

SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA: POGLED IZNUTRA



HAJDANA GLOMAZIĆ

dr Hajdana Glomazić

SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA:
POGLED IZNUTRA

Beograd, Oktobar 2025.

dr Hajdana Glomazić
<https://orcid.org/0000-0002-5716-1054>

SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA:
POGLED IZNUTRA

ISBN 978-86-80756-83-7
DOI: 10.47152/sektrauma2025

Izdavač
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja Gračanička 18, Beograd;

E-mail: krinstitut@gmail.com

Za izdavača
dr Ivana Stevanović

Recenzenti
dr Milena Milićević, Viša naučna saradnica, Institut za kriminološka
i sociološka istraživanja
dr Sanja Čopić, Vanredna profesorka, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju -
FASPER
dr Zorica Milošević, Docentkinja, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu,
Odeljenje za pedagogiju i andragogiju

Dizajn korica
dr Ana Batićević

Kompjuterska obrada teksta
Slavica Ristić

Štampa
BIROGRAF COMP D.O.O.

Tiraž: 150

Objavljivanje ove naučne monografije finansiralo je Ministarstvo nauke, tehnološkog
razvoja i inovacija Republike Srbije

© 2025 by authors



This scientific monograph is an open access distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution 4.0 International

Sadržaj

UVOD.....	5
1. SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA - UVOD U POJAM	11
1.1. Uvod u pojam	11
1.2. Definicije i ključne karakteristike	12
1.3. Diferencijacija u odnosu na slične pojmove.....	15
1.4. Mehanizmi nastanka sekundarne traumatizacije.....	18
2. SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA U POMAŽUĆIM PROFESIJAMA	21
2.1. Pomažući rad kao „teren rizika“	21
2.2. Profesije i obrasci izloženosti.....	22
2.3. Priroda pomažućih profesija: motivi i etičke osnove	25
2.4. Rad u kampovima, prihvatnim centrima i skloništima.....	27
3. PREDIKTORI SEKUNDARNE TRAUMATIZACIJE	29
3.1. Prediktori i logika modela	29
3.2. Sociodemografski markeri	31
3.3. Dispozicije ličnosti i istorija traume.....	32
3.4. Rezilijentnost kao moderator	34
3.5. Profesionalni domeni i oblici rada.....	35
4. KONTEKST ZAPADNOG BALKANA.....	37
4.1. Socioistorijski i migracioni okvir	37
4.2. Institucije i prakse podrške.....	38
4.3. Kulturni i rodni obrasci	40
4.4. Tereni visokog rizika u praksi.....	42
4.5. Uslovi rada i politike	43
5. ZAŠTITNI FAKTORI I PREVENCIJA SEKUNDARNE TRAUMATIZACIJE.....	45
5.1. Pojemovni okvir	45
5.2. Zaštitne poluge i mere	46
5.3. Empirijska osnova za zaštitne poluge i mere	48
5.4. Indikatori i evaluacija.....	49
6. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA	51
6.1. Istraživački okvir.....	51
6.2. Dizajn istraživanja i logika pristupa	52
6.3. Kontekst i ciljna populacija.....	52
6.4. Uzorkovanje i veličina uzorka.....	53

6.5. Procedura prikupljanja podataka	53
6.6. Merni instrumenti	54
6.7. Operacionalizacija varijabli	55
6.8. Statistička obrada podataka	55
7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	57
7.1. Opšti podaci o ispitanicima	58
7.2. Profesionalno iskustvo u poslu pružaoca usluga	59
7.3. Karakteristike korisnika	61
7.4. Sekundarna traumatizacija i podaci o ispitanicima	62
7.5. Rezilijentnost i podaci o ispitanicima	76
7.6. Faktori rizika za razvoj sekundarne traumatizacije	80
7.7. Medijatorska funkcija rezilijentnosti u razvoju sekundarne traumatizacije	93
8. DISKUSIJA	97
8.1. Faktori rizika	98
8.2. Protektivni faktori	102
8.3. Uloga rezilijentnosti - integrativna analiza	103
8.4. Ograničenja i buduće perspektive	104
9. ZAKLJUČAK	105
LITERATURA	107

Mojoj Katarini

UVOD

Sekundarna traumatizacija se javlja kada pojedinci, kroz empatijsko angažovanje sa osobama koje su preživele traumu, sami razviju simptome slične posttraumatskom stresnom poremećaju, iako nisu lično bili izloženi traumatskom događaju. Ovaj fenomen podrazumeva duboko emocionalno rezonovanje sa iskustvima klijenata, što dovodi do emocionalnog iscrpljivanja, promena u opažanju sveta, osećaja bespomoćnosti, izolovanosti i gubitka profesionalnog entuzijazma. Upravo ova tenzija između emocionalnog angažmana i potrebe za očuvanjem profesionalnog integriteta predstavlja jedno od ključnih polja ranjivosti. U krajnjem ishodu, sekundarna traumatizacija može narušiti ne samo kvalitet života pomagača, već i kvalitet pomoći koju pružaju, čime se ugrožava sam smisao njihove profesije.

Iako sekundarna traumatizacija deli neke osobine sa pojmovima kao što su sagorevanje na poslu (burnout), zamor saosećanja ili vikarijska trauma, ona predstavlja poseban koncept koji se ne svodi isključivo na hroničnu preopterećenost ili nedostatak resursa, već na direktnu posledicu emocionalnog angažovanja sa traumatskim sadržajima drugih osoba. Pojam je povezivan sa radom terapeuta, socijalnih radnika, psihologa i zdravstvenih radnika, ali se proširio i na druge profesije koje se nalaze na prvoj liniji podrške - uključujući policajce, forenzičare, medijatore, savetnike, negovatelje, vatrogasce, humanitarne radnike. Uz to, pomagači se često nalaze u situacijama koje prevazilaze okvire profesionalnih zahteva - suočavaju se sa etičkim dilemama, institucionalnim preprekama, nedostatkom podrške, pa čak i ličnim osećajem nemoći. Mnogi od njih rade u uslovima u kojima ne postoje mehanizmi supervizije, adekvatna edukacija o stresu i traumi, niti sistematska briga o profesionalnom blagostanju. Ove okolnosti dodatno pojačavaju rizik od razvoja sekundarne traumatizacije i čine je latentnim, često neprepoznatim, ali prisutnim fenomenom u svakodnevnoj praksi.

U kontekstu Zapadnog Balkana, situacija postaje još složenija. Region Zapadnog Balkana u poslednje tri decenije je bio pogođen brojnim krizama: ratovima i etničkim sukobima, ekonomskom nestabilnošću, migracionim talasima, siromaštvom i društvenom polarizacijom. Ove okolnosti ostavile su duboke tragove u kolektivnoj i individualnoj psihološkoj strukturi, kako populacije u celini, tako i onih koji profesionalno rade sa osobama pogođenim traumom. U takvom okruženju, pomagačke profesije su dodatno

opterećene - ne samo zbog visoke učestalosti trauma u populaciji sa kojom rade, već i zbog sopstvenog bivstvovanja unutar konteksta koji nosi visoku dozu nesigurnosti, stresa i neizvesnosti.

Dodatni izazov u ovom kontekstu predstavlja i činjenica da na prostoru Zapadnog Balkana ne postoje velika sistemska istraživanja koja bi se bavila sekundarnom traumatizacijom kod pomagača. Literatura koja se bavi ovim fenomenom uglavnom potiče iz drugačijih okruženja, u kojima su profesionalni standardi, institucionalna podrška i kontekst rada značajno drugačiji. U zemljama regiona, ovaj fenomen ostaje često nevidljiv, potisnut ili nepriznat, kako u stručnoj zajednici, tako i u sistemima koji se bave regulisanjem rada pomagačkih službi. Odsustvo podataka, istraživanja i javnog diskursa o ovom fenomenu dodatno produbljuje problem, jer otežava uspostavljanje bilo kakvih mehanizama prevencije i podrške.

Ova monografija nastala je kao rezultat potrebe da se pruži uvid u iskustva i profesionalne izazove sa kojima se suočavaju psiholozi, psihološki savetnici, socijalni radnici, kulturni medijatori i zaposleni u zdravstvenoj zaštiti koji rade sa traumatizovanim osobama na teritoriji Zapadnog Balkana. Monografija je zasnovana na empirijskom istraživanju sprovedenom u regionu, sa ciljem da se ispita učestalost, manifestacije i faktori koji doprinose ili ublažavaju sekundarnu traumatizaciju kod pomagača. Istraživanje je obuhvatilo stručnjake iz različitih disciplina koji su angažovani u radu sa migrantima, izbeglicama, žrtvama nasilja, ratnih trauma i drugih oblika ekstremnih životnih iskustava.

Pored toga što donosi empirijske nalaze o prisutnosti i karakteristikama sekundarne traumatizacije u ovom specifičnom regionalnom i profesionalnom kontekstu, monografija ima za cilj da doprinese i razvoju konceptualnog okvira, kao i da inicira stručni dijalog o neophodnosti sistemske brige o pomagačima. Ukazujući na psihološke i organizacione mehanizme koji mogu doprineti prevenciji i ublažavanju posledica sekundarne traumatizacije, ovaj rad može biti resurs za stručnjake, istraživače, edukatore i donosiocce odluka.

Monografija je strukturirana tako da najpre predstavi teorijski okvir i pojamovna razgraničenja vezana za sekundarnu traumatizaciju, zatim analizira specifičnosti pomagačkih profesija u ovom domenu, kao i kontekst Zapadnog Balkana kao faktora ranjivosti. Nakon toga, prikazuje se metodologija istraživanja, uključujući uzorak, instrumente i proceduru, a potom i detaljni prikaz rezultata. U diskusiji se rezultati analiziraju i

interpretiraju u svetlu postojeće literature. Na kraju, iznose se zaključci i preporuke za praksu i istraživanja u oblasti mentalnog zdravlja pomagača.

Kroz ovu monografiju teži se ne samo razumevanju sekundarne traumatizacije kao fenomena, već i usmeravanju pažnje ka brizi o onima koji svakodnevno brinu o drugima. U društvima koja su u procesu tranzicije, sa krhkim sistemima podrške i visokim stepenom izloženosti traumi, negovanje profesionalnog zdravlja pomagača nije samo etička, već i civilizacijska potreba.

Ova monografija predstavlja rezultat angažovanja autorke u skladu sa Programom rada Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja za 2025. godinu (na osnovu ugovora br. 451-03-136/2025-03/200039 Instituta i Ministarstva nauke, tehnološkog razvoja i inovacija).

1. SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA - UVOD U POJAM

1.1. Uvod u pojam

Rad sa osobama koje su preživele teške i višestruke traume izlaže pomagače stalnom kontaktu sa bolnim pričama o patnji, gubicima i nasilju. Izloženost tuđoj traumi nije neutralna - ona pokreće specifičan sklop emocionalnih i kognitivnih reakcija kod onih koji pomažu, čak i kada sami nisu bili direktni svedoci događaja (Canfield, 2005; Figley, 1995; Stamm, 2010). Još sredinom devedesetih Charles Figley (1995) je fenomen sekundarne traumatizacije imenovao i uokvirio kroz termin sekundarni traumatski stres, otvorivši poglavlje monografske rasprave rečenicom: „Briga ima svoju cenu“ (Figley, 1995, str. 1). Upravo taj uvid, da je cena brige sastavni deo profesionalnog odnosa sa traumom, polazište je naslova ove knjige - Sekundarna traumatizacija: Pogled iznutra.

Sekundarna traumatizacija ima više posebnosti, ali se njena osnovna specifičnost ogleda u tome što se razvija iz profesionalne prakse u kojoj empatija nije opcija, već osnovni alat rada. Pomagač se ne može emocionalno distancirati bez posledica po kvalitet rada, a istovremeno se ne može ni kontinuirano emocionalno angažovati bez rizika po sopstveno blagostanje. Taj paradoks čini sekundarnu traumatizaciju posebno izazovnom za prepoznavanje i prevenciju.

U praksi pomažućih profesija sekundarni traumatski stres (STS)¹ se najčešće ispoljava kroz intruzije, izbegavanje i pobuđenost - klastere srodne posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP), premda pomagač nije direktna žrtva. Ta paradoksalna blizina tuđoj traumi kroz empatiju objašnjava zašto se profesionalna briga, bez organizovanih mehanizama zaštite, može pretvoriti u hroničan stres i pad funkcionalnosti (Bride, 2007; Figley, 1995; Stamm, 2010).

Osim toga, zbog posledica traumatizacije klijenti često imaju teškoće u regulaciji emocija i ulaze u intenzivna, ponekad i agresivna stanja. Takve situacije traže pojačano emocionalno i kognitivno angažovanje pružalaca psihosocijalne podrške (Ajduković, 2012). Posledično, ovakve okolnosti

¹ U nastavku koristimo skraćenice PTSP i STS; za Skalu *Sekundarnog traumatskog stresa* - STSS

deluju kao trajan opterećujući faktor po mentalno zdravlje stručnjaka. Zato se rad sa traumatizovanim klijentima s pravom opisuje kao „naporan i složen“ (Ajduković, 2012, str. 462).

Iako su u početku članovi porodica ljudi koji su preživeli traumu i osobe koje rade u profesijama iz domena pružanja psihološke pomoći bile zanimljive za istraživanje STS-a, istraživači su brzo uočili da se on javlja i u brojnim drugim profesijama. Beleži se i kod socijalnih, zdravstvenih i humanitarnih radnika, kulturnih medijatora, prevodilaca, nastavnika, pravnika, vatrogasaca, policajaca koji rade sa traumatizovanim osobama (Bride, 2007; Glomazić i sar., 2025; Kindermann i sar., 2017) i drugim „rizičnim“ profesijama.

U regionalnom kontekstu Zapadnog Balkana (visoka prevalencija trauma u opštoj populaciji, migraciona ruta, postkonfliktne tenzije) pokazano je da učestalost i raznolikost traumatskih doživljaja kojima su profesionalci sekundarno izloženi predviđa više STS nivoe i šire anksiozno-depresivne ishode, uz posredne efekte na kvalitet života pomagača (Živanović i sar., 2020).

Da bi prevencija bila ciljana, neophodno je precizno definisati STS i razlikovati ga od srodnih konstrukata.

1.2. Definicije i ključne karakteristike

Koncept sekundarne traumatizacije nastaje u porodičnom i sistemskom okviru. Figley (1983) početkom i sredinom osamdesetih opisuje kako bliski članovi porodice i negovatelji mogu razviti stresne reakcije usled bliskog kontakta sa osobom koja je preživela traumu, naročito u kontekstu ratnih veterana i katastrofa. Na taj način, on uvodi ideju posredne, „sekundarne“ izloženosti kao zasebnog rizika za druge (Figley, 1983; Greinacher i sar., 2019; Jenkins i Baird, 2002). Tokom naredne decenije pojam se iz porodičnog okvira preseljava u profesionalne uloge. U tom smislu, sekundarna traumatizacija se opisuje kao „zaraza traumom“ (Figley, 1995) kroz empatijsko povezivanje sa klijentima i njihovim iskustvima.

Jedna od prvih i najcitiranijih definicija, takođe, dolazi od Charlesa Figleya (1995), koji sekundarnu traumatizaciju definiše kao „prirodnu posledicu poznavanja traume koja pogađa drugu osobu i želje da se toj osobi pomogne“ (Figley, 1995, str. 7). Canfield (2005), u skladu sa tim, dodaje da se sekundarna traumatizacija može pojaviti usled samog slušanja o traumatskom događaju ili prilikom brige za osobu koja je bila izložena traumatskom iskustvu. Takođe, u pomažućim profesijama fenomen

sekundarne traumatizacije se opisuje kao skup reakcija sličnih PTSP-u, koje nastaju usled radom posredovanog kontakta sa traumatskim pričama klijenata (Jenkins i Baird, 2002).

Professional Quality of Life (ProQOL) operacionalizuje tri domena profesionalnog iskustva, pružajući merni (a ne dijagnostički) okvir. U okviru ProQOL pristupa STS predstavlja negativnu komponentu profesionalnog kvaliteta života koja je specifično vezana za radom posredovanu izloženost traumatskim događajima. Ona je u dinamičkom odnosu sa sagorevanjem na poslu (negativna komponenta) i zadovoljstvom saosećanjem (pozitivna komponenta) (Stamm, 2010). Savremeni dijagnostički okvir dodatno legitimise ovaj koncept, pa tako DSM-5/DSM-5-TR eksplicitno navodi ponovljenu ili ekstremnu izloženost odbojnim traumatskim detaljima u toku profesionalnih dužnosti kao oblik izlaganja relevantan za kriterijum A PTSP-a (APA, 2022).

Može se reći da formalizacija i operacionalizacija pojma napreduju duž dve linije: normativne koja se realizuje kroz dijagnostičke okvire koji eksplicitno priznaju da ponovljena ili ekstremna izloženost odbojnim detaljima trauma u toku profesionalnih dužnosti predstavlja relevantan vid izlaganja traumi (DSM-5/DSM-5-TR) i merno-empirijske koji dobijaju svoj izraz kroz razvoj instrumenata, priručnika i okvira koji STS smeštaju u širu sliku profesionalnog kvaliteta života (APA, 2022; Bride i sar., 2004; Stamm, 2010). Tako definisan put, od porodičnog i neformalnog zapažanja do profesionalnog, dijagnostički potkrepljenog i empirijski merljivog konstrukta, omogućava dosledno razumevanje STS-a u današnjim pomažućim službama.

U svakom slučaju, u literaturi postoji stabilno jezgro pojma, tako da se sekundarna traumatizacija posmatra kao profesionalno posredovana, indirektna izloženost traumatskom materijalu drugih osoba koja, u uslovima empatijskog angažmana pomagača, može proizvesti klinički prepoznatljiv skup reakcija sličnih posttraumatskom stresnom poremećaju (Bride i sar., 2004; Figley, 1995; Jenkins i Baird, 2002; Stamm, 2010). Autori koji su konceptualno utemeljili polje naglašavaju tri nužna elementa definicije: sekundarnost ili posredovanost izlaganja (pomagač nije direktna žrtva); profesionalni i relacijski kontekst (rad sa traumatizovanom osobom); i simptomatski profil nalik PTSP-u (Figley, 1995; Jenkins i Baird, 2002; Stamm, 2010).

Kako autori sažimaju, „glavna razlika je u tome što traumatizovana osoba može razviti PTSP, dok onaj ko sluša o traumi može razviti STS“ (Jenkins i Baird, 2002, str. 424). Paralelno se u kliničko-organizacioni diskurs uvodi

termin „zamor saosećanja“ (compassion fatigue), najpre u profesionalnoj zajednici, a potom šire, koji se u brojnim izvorima koristi kao blisko pokrivajući pojam za sekundarnu traumatizaciju u profesionalnom kontekstu (Figley, 1995).

Karakteristike STS-a obuhvataju kognitivne (npr. nametljive misli i slike vezane za tuđe događaje), afektivne (napetost, razdražljivost, obamrlost), somatske (npr. poremećaj sna, telesne tegobe) i ponašajne manifestacije (izbegavanje situacija, profesionalnih podsetnika i ostale), sa potencijalom da naruše procenu, donošenje odluka i radni učinak u neposrednom kontaktu sa korisnicima (Bride i sar., 2004; NCTSN, 2016). Osim toga, autori dodaju i kognitivne promene koje se mogu javiti kod pomagača, a odnose se na gubitak osećaja sigurnosti, poverenja, promenu u shvatanju moralnih vrednosti, osećaj krivice i poteškoća u diferenciranju sopstvenih i tuđih iskustava (McCann i Pearlman, 1990; Pearlman i Mac Ian, 1995; Sabin-Farrell i Turpin, 2003). Ajduković (2012), takođe, navodi da se kod stručnjaka izloženih tuđoj traumi prepliću afektivni, somatski i ponašajni znaci kao što su sniženo raspoloženje i razdražljivost, osećaj nemoći i hronični umor koji prate telesne tegobe i veća sklonost nezgodama i infekcijama. Na funkcionalnom planu uobičajeni su gubitak zadovoljstva u poslu, zategnuti odnosi i distanca u timu, preosetljivost pri razgovoru o slučajevima i izbegavanje supervizije, uz nemir, slabiju koncentraciju i eroziju profesionalnog samopouzdanja (Ajduković, 2012).

Ove promene se često odvijaju tiho, postepeno i bez jasnih spoljašnjih signala, sve dok ne dođe do izraženih manifestacija koje narušavaju profesionalno funkcionisanje. Iz tih razloga STS se u nizu delatnosti (zaštita dece, socijalni rad, psihoterapija, zdravstvo, humanitarni i migracioni sektor) smatra profesionalnim rizikom koji zahteva sistemske, a ne isključivo individualne odgovore (APA, 2022; NCTSN, 2016; Stamm, 2010).

Operacionalizacije u empirijskim radovima konvergiraju na triadni simptomatski obrazac. STS se najčešće meri instrumentima koji ciljaju intruzije, izbegavanje i pobuđenost vezane za rad sa traumatizovanim klijentima, pri čemu su pouzdanost i konstruktna validnost pokazane u različitim uzorcima pomažućih profesija (Bride, 2004; Bride, 2007). Iako se simptomi mogu javiti i nakon jedne intenzivne profesionalne izloženosti, kumulativni kontakt sa teškim opisima traume u odsustvu adekvatne regulacije i organizacione podrške povećava verovatnoću i intenzitet reakcija (Bride, 2004; Jenkins i Baird, 2002; NCTSN, 2016).

U ovoj monografiji STS koristimo u navedenom, uskom i klinički zasnovanom smislu: profesionalno uslovljena, indirektna izloženost traumatskom materijalu drugih koja dovodi do PTSP-sličnih simptoma i funkcionalnih posledica, u skladu sa DSM-5/DSM-5-TR i savremenim vodičima za brigu o osoblju; takvo određenje omogućava povezivanje teorije, mernih pristupa i daljih analitičkih modela (APA, 2022; Bride, 2004; Bride, 2007; Jenkins i Baird, 2002; NCTSN, 2016; Stamm, 2010).

1.3. Diferencijacija u odnosu na slične pojmove

Fenomeni koji se na terenu prepliću - sagorevanje ili burnout, vikarijska trauma, zamor saosećanja, empatijski distres, moralni distres i moralna povreda, kontratransfer i sekundarna izloženost traumi - zahtevaju precizno razlikovanje jer svaka od ovih pojava ima drugačiju etiologiju, putanje ishoda i, posledično, različite preventivne i intervencijske preporuke.² Mešanje konstrukata vodi pogrešnoj interpretaciji nalaza (npr. trauma-specifični simptomi se pripisuju opštem radnom stresu) i neadekvatnom dizajnu programa brige o osoblju (npr. organizacijske mere za burnout umesto trauma-informisanih praksi za STS) (Figley, 1995; Greinacher i sar., 2019; Jenkins i Baird, 2002; Stamm, 2010). U teorijskom smislu, glavne razlike se odnose na: etiologiju - traumatski sadržaj naspram hroničnih radnih zahteva ili etičkih konflikata; fenomenologiju - simptomatsko ispoljavanje slično PTSP, naspram kognitivno-šmatskih promena ili afektivne disregulacije; i vremensku dinamiku - akutnije naspram kumulativnijih i dugotrajnijih efekata. U istraživačkom smislu, to znači da svaki konstrukt zahteva specifične pokazatelje (simptomatske, kognitivne, etičke, organizacione) i kontrolne varijable kako bi se sprečilo preklapanje i lažni efekti.

Sagorevanje na poslu ili *burnout* predstavlja sindrom koji se razvija usled dugotrajnog radnog stresa, prekomernih zahteva i osećaja nedostatka kontrole nad uslovima rada (Maslach i sar., 2001; WHO, 2022). Prvi instrument za merenje sagorevanja konceptualizovan je kao trodimenzionalni konstrukt koji obuhvata emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i profesionalnu ostvarenost (Maslach i Jackson, 1981). Burnout je pre svega odgovor na organizacione i strukturne faktore i ne mora

² Pojave koje u literaturi zovemo zajednička trauma (shared trauma) i teret negovatelja (caregiver burden) se ređe prepliću sa osnovnim pojmom, ali mogu biti istraživački zanimljive

biti povezan sa traumatskim sadržajem. U tom smislu, razlika između sagorevanja i sekundarnog traumatskog stresa pre svega je etiološka: burnout je odgovor na hronični radni stres i kumulativne organizacione zahteve kao što su preopterećenje, nedovoljna kontrola, interpersonalne tenzije, dok STS nužno podrazumeva posrednu izloženost traumatskom materijalu i ispoljava se klasterima srodnim PTSP-u (Bride, 2004; Demerouti i sar., 2001; Jenkins i Baird, 2002; Maslach i Jackson, 1981). Kako ističe Stamm, „trauma vezana za posao ima prepoznatljiv aspekt straha povezan sa njom. Iako je ređa od opšteg osećaja onoga što možemo nazvati sagorevanjem, ona je veoma snažna u svom uticaju na osobu. Kada su i sagorevanje i trauma prisutni u životu osobe, njen život može biti zaista veoma težak“ (Stamm, 2010, str. 10).

Vikarijska trauma (VT) je dugotrajan, kumulativan proces i češće se javlja kod terapeuta koji rade sa traumom kroz duži vremenski period. Kao pojam, vikarijska trauma konstruisana je u okviru konstruktivističkog pristupa; nastaje na osnovu prakse terapeuta izloženih pričama klijenata pogođenih traumom (McCann i Pearlman, 1990). Suštinski, vikarijska trauma predstavlja „transformaciju u unutrašnjem iskustvu terapeuta koja nastaje kao rezultat empatijskog angažovanja sa traumatskim materijalom klijenata“ (Pearlman i Saakvitne, 1995, str. 31). Razlika između STS-a i vikarijske traume odnosi se na nivo promene: STS je pretežno simptomatski (intruzije, izbegavanje, pobuđenost), može nastati i nakon kraće izloženosti i varira u intenzitetu; vikarijska trauma označava dublje i trajnije pomake u kognitivnim šemama o bezbednosti, poverenju, kontroli i samovrednovanju, tipične za dugotrajan rad sa traumom (Jenkins i Baird, 2002; McCann i Pearlman, 1990; Pearlman i Mac Ian, 1995).

Zamor saosećanja Figley (1995) popularizuje kao „cenu brige“ (cost of caring) - profesionalni rizik za osobe koje rade u oblasti traume i stručnjake za mentalno zdravlje. Smatra da je ovaj termin adekvatniji od termina - sekundarna traumatizacija, jer je manje stigmatizujuć (Figley, 1995; Jenkins i Baird, 2002). U literaturi zamor saosećanja se opisuje kao stanje nagomilane emocionalne i fizičke iscrpljenosti zbog trajnog rada sa traumatskim materijalom, koje otupljuje empatiju i snižava kvalitet brige. Istovremeno povećava sklonost greškama i povlačenju na poslu, dok se napetost preliva u privatni život (Knežević i Hinek, 2023). On funkcioniše kao „kišobran“ pod kojim pristup Profesionalnog kvaliteta života (ProQOL)³

³ ProQOL - Skala profesionalnog kvaliteta života (Stamm, 2010)

razlikuje dve negativne komponente: sekundarni traumatski stres i sagorevanje, uz pozitivan - zadovoljstvo saosećanjem (Stamm, 2010). U sadejstvu STS i sagorevanja, nastaje zamor saosećanja (Knežević i Hinek, 2023). Takođe, neki autori ukazuju da je zamor saosećanja specifičan po tome što uključuje empatiju kao komponentu i karakterističan je za pomažuće profesije, za razliku od STS-a koji ne uključuje empatiju i primenljiv je na širi spektar zanimanja (Elwood i sar., 2011; Meadors i sar., 2009; prema: Knežević i Hinek, 2023). S druge strane, smatra se da je često neprepoznat i normalizovan u profesionalnim krugovima, dok sekundarna traumatizacija ima jaču kliničku ekspresiju i lakše se dijagnostikuje kada se koristi specifična instrumentacija.

Empatijski distres je mehanizam, a ne sindrom: odnosi se na samousmerenu, preplavljujuću negativnu afektivnost koja nastaje u snažnom emocionalnom rezonovanju bez adekvatne regulacije i diferencijacije između sebe i drugog. Može posredovati put od izloženosti ka sagorevanju i STS, ali ne zahteva traumatski okidač niti poseduje kliničku strukturu PTSP-sličnih simptoma (Klimecki i sar., 2014; Singer i Klimecki, 2014). Za istraživanja to znači da su mere empatije i regulacije (npr. samosaosećanje) korisne kao medijatori ili moderatori u modelima koji predviđaju sagorevanje i STS.

Moralni distres i moralna povreda adresiraju etičku dimenziju rada. U moralnom distresu profesionalac zna „šta je ispravno“, ali ne može da deluje zbog sistemskih ograničenja, dok moralna povreda obuhvata dublju psihološku i egzistencijalnu patnju posle (ne)delanja koje narušava sopstvena moralna uverenja (Epstein i Hamric, 2009; Litz i sar., 2009). Oni se mogu preplitati sa STS-om u istim kontekstima (npr. urgentna, humanitarna praksa), ali etiološki i fenomenološki nisu isto; empirijski modeli treba da uključuju zasebne indikatore etičkih konflikata i organizacionih barijera, uz kontrolu za sekundarnu izloženost traumi.

Zajednička trauma (shared trauma/shared traumatic reality) razlikuje se po tipu izlaganja. I klijenti i stručnjaci istovremeno su pogođeni istim kolektivnim događajem (npr. pandemija, oružani napad), pa pored sekundarne postoji i paralelna primarna izloženost pomagača (Baum, 2010; Dekel i Baum, 2010; Freedman i sar., 2018). Teorijski, to otvara pitanja rezilijentnosti i kohezije tima, dok je metodološki nužno eksplicitno razdvajati direktnu i posrednu izloženost i modelovati njihove interakcije. U svakom slučaju Stamm (2010) ističe da ne treba zaboraviti da neke traume

na poslu mogu biti primarne, a neke su kombinacija primarne i sekundarne traumatizacije.

Kliničko-psihodinamske kategorije poput (traumatskog) transfera i kontratransfera odnose se na obrasce emocionalnih reakcija terapeuta unutar terapijskog dijadnog odnosa. Iako mogu pojačati ranjivost, one su relacijski fenomeni i konceptualno se razlikuju od sindromskog profila STS-a (Jenkins i Baird, 2002). Praktično, to ima implikacije za superviziju. Jasno je da rad na granicama, mentalizaciji i „regulaciji u odnosu“ dopunjuje, ali ne zamenjuje, trauma-senzitivne procedure za prevenciju STS-a.

Teret negovatelja (caregiver burden) opisuje višedimenzionalni teret dugotrajne brige u neformalnoj, porodičnoj nezi (fizički, emocionalni, socijalni, finansijski), bez nužne veze sa traumom (Liu i sar., 2020; Zarit i sar., 1980). U studijama profesionalaca koji istovremeno imaju porodične obaveze nege, ovaj teret predstavlja relevantnu konfuznu varijablu i treba ga posebno meriti i kontrolisati.

Zaključno, diferencijacija konstrukata nije puka terminološka vežba, jer ona određuje: koje varijable ulaze u teorijske modele (etiologija, mehanizmi, ishodi); koje mere biramo (simptomatske, šematske, etičke, organizacione); kako tumačimo efekat (npr. nezavisni doprinos STS-a pored burnout-a) i kakve intervencije preporučujemo (organizacione, trauma-selektovane, etičke, edukativne).

1.4. Mehanizmi nastanka sekundarne traumatizacije

Psihološki, ista sposobnost koja održava terapijski odnos kroz emocionalno usklađivanje sa klijentovom patnjom, otvara kanal za afektivni transfer. U tom smislu, empatija je istovremeno klinički resurs i potencijalni faktor rizika, a ravnoteža između rezonance i regulacije određuje dalji tok (Figley, 1995).

Na neurokognitivnom nivou, empatijsko posredovanje tuđeg traumatskog materijala angažuje mreže koje se delimično preklapaju sa obrascima sopstvenog bola, pre svega insulu i anteriorni cingularni korteks, što potvrđuju meta-analize studija⁴ funkcionalne magnetne rezonance o empatiji za bol (Jauniaux et al., 2019; Lamm i sar., 2011). Meta-analize fMRI studija pokazuju da ovakva afektivna rezonanca aktivira sisteme obrade negativnog afekta i pažnje (Jauniaux i sar., 2019; Lamm, i sar., 2011). Kada je praćena

⁴ Napomena: Ovo su meta-analize, i navode koristimo kao analogno uporište a ne kao direktan dokaz za STS

regulacijom, rezonanca ostaje funkcionalna, ali bez nje prelazi u empatijski distress ili preplavljujuću negativnu pobuđenost koja podstiče izbegavanje i intruzivne slike. Nasuprot tome, saosećanje predstavlja regulativni modus koji stabilizuje afekat. Eksperimentalni radovi pokazuju da trening saosećanja snižava negativni afekt i menja funkcionalnu povezanost u mrežama emocija i nagrađivanja, što je relevantno za prevenciju STS (Singer i Klimecki, 2014).

Ova afektivna osnova prepliće se sa načinom na koji se kognitivno obrađuju traumatski materijali. Iako je kognitivni model PTSP-a razvijen za primarnu traumu, njegovi mehanizmi konceptualno pomažu da razumemo zbog čega posredna izloženost u radu može da održi reakcije koje su slične PTSP-u. Naime, kognitivni model PTSP-a (Ehlers i Clark, 2000) pokazuje da simptomi traju kada se iskustvo obrađuje tako da održava doživljaj „trenutne pretnje“ - kroz negativne procene sebe i sveta, fragmentisane uspomene i izbegavanje podsetnika. Iako se model prvobitno odnosio na primarnu traumu, isti obrasci mogu objašnjavati zašto indirektno izlaganje u radu proizvodi PTSP-slične reakcije, budući da interpretacije i ruminacija održavaju pobuđenost i intruzije uprkos tome što izlaganje nije bilo neposredno (Ehlers i Clark, 2000).

Empirijski radovi o kognitivnim stilovima kod profesionalaca potvrđuju da način na koji doživimo stvarnost usmerava i to kako ćemo se osećati. U uzorcima pomagača, samookrivljavanje i kajanje predviđaju više STS, dok su kognitivno restrukturiranje i perspektivno uzimanje povezani sa povoljnijim ishodima i elementima rasta. Nalazi to pokazuju i na uzorku koji su činili sveštenici i terapeuti, pri čemu je pokazano da je *žaljenje* važan prediktor STS, a kognitivno restrukturiranje i perspektivno uzimanje su prediktori sekundarnog posttraumatskog rasta (Juczyński i sar., 2022).

Teorije pamćenja dodatno objašnjavaju „lepljivost“ materijala do koga profesionalac dolazi posrednim putem. Dualna teorija reprezentacije (Brewin i sar., 1996) razlikuje perceptivno-situacione tragove koji se automatski aktiviraju na odgovarajuće okidače i narativno-verbalne reprezentacije kojima pristupamo kroz svesnu elaboraciju i objašnjavanje. Kada usled pritiska posla ili nedostatka supervizije izostane verbalna kontekstualizacija, perceptivni tragovi dobijaju prioritet, a intruzivne slike i telesne reakcije postaju verovatnije - tipičan profil u STS (Brewin i sar., 1996).

Na fiziološkom planu, narušeni balans između afektivne rezonance i regulacionih mehanizama odražava se u prolongiranoj aktivaciji stresnih (neuroendokrinih) sistema. Ponavljana indirektna izloženost stresnim

sadržajima akumulira „alostatsko opterećenje“ - cenu koju organizam plaća za trajno prilagođavanje zahtevima okoline. Dugotrajna aktivacija neuroendokrinih posrednika stresa, pre svega HPA ose i glukokortikoidnih mehanizama, menja reaktivnost sistema pretnje i kontrolnih krugova, čime raste verovatnoća somatsko-afektivnih simptoma nalik PTSP-u (McEwen, 2007). Ovaj okvir objašnjava zašto se povišena pobuđenost, poremećaj spavanja i razdražljivost mogu održavati i bez neposredne traume u ličnom iskustvu - kao hronična posledica kumulativne, profesionalno uslovljene izloženosti.

U zbiru, sekundarna traumatizacija nastaje na preseku: afektivno-empatijske rezonance u bliskom radu sa traumom; kognitivne obrade i pamćenja koja mogu održavati osećaj trenutne pretnje ili omogućiti integraciju (uz adaptivnu elaboraciju); hronične fiziološke aktivacije kao biološke podloge; i situacionog i organizacionog konteksta koji te procese ili amortizuju ili pojačavaju. Ovakvo višeslojno razumevanje direktno upućuje na prevenciju koja istovremeno cilja regulaciju afekta i kompetencije saosećanja, kognitivno preoblikovanje i „higijenu izloženosti“, uz stabilne supervizijske aranžmane i politike brige o osoblju (Hensel i sar., 2015; Singer i Klimecki, 2014; IASC, 2007). Takođe, treba podsetiti i na rezultat koji sugerise da adekvatna kognitivna obrada može biti most ne samo ka smanjenju distresa, već i ka elementima sekundarnog posttraumatskog rasta (Cohen i Collens, 2013; Tedeschi i Calhoun, 2004). Ishod nadalje modifikuju individualne razlike, pre svega lična istorija traume i stilovi suočavanja, što objašnjava zašto isti nivoi profesionalne izloženosti ne vode identičnim ishodima.

2. SEKUNDARNA TRAUMATIZACIJA U POMAŽUĆIM PROFESIJAMA

2.1. Pomažući rad kao „teren rizika“

U pomažućim sistemima rizik za sekundarni traumatski stres ne proizlazi iz pojedinačnih takozvanih ekstremnih slučajeva, već iz same logike posla, a to je stabilna, empatijski zasićena izloženost tuđoj traumi u uslovima ograničenih resursa, vremenskih pritisaka i fragmentisane organizacione podrške.

U praksi, relacijski intenzitet i snažno empatijsko usklađivanje mogu delovati kao prenosnici rizika, jer kada izostane adekvatna regulacija i diferencijacija između sebe i drugog, raste verovatnoća preplavljenosti i kumulativnog taloženja afektivnih sadržaja (Klimecki, 2014; Krol i sar., 2021; Singer i Klimecki, 2014). Metaanalitički i pregledni radovi ukazuju da indirektna izloženost kroz rad sa traumatizovanimima održivo korelira sa STS simptomima i problemima profesionalnog blagostanja, pri čemu su organizaciona podrška i resursi posla umanjujući, a obim i učestalost traumamaterijala pojačavajući mehanizam (Cieślak i sar., 2014; NCTSN, 2016; Roberts i sar., 2021).

Odatle sledi druga, praktična premisa da intenzitet izloženosti može biti i organizaciono pitanje. Nalazi pokazuju da su sati provedeni u radu sa traumatskim narativima povezani sa višim traumatskim simptomima (Hensel i sar., 2015). Pritom, uobičajene samopomoćne strategije kada nisu praćene promenama organizacije posla imaju ograničen efekata na neposredni distres (Bober i Regehr, 2006). Drugim rečima, primarno rešenje nije u individualizaciji odgovornosti, već u redistribuciji opterećenja, jasnim granicama zadataka i dostupnoj superviziji.

Kontekst rada dodatno modulira rizik. Istraživački podaci sugerišu da se u urgentnoj medicini, socijalnoj zaštiti, policijsko-sudskim i obrazovnim sistemima, kao i u humanitarno-izbegličkim službama, pomagači kreću kroz organizacije u kojima su ciljevi često konflikti, protokoli nedovoljno ujednačeni, a supervizija povremena. Međunarodne smernice zato insistiraju na strukturnim merama: jasnim opisima uloga, raspodeli smena i rotacijama kako bi se ograničila kumulativna izloženost, te dostupnosti tehničke i kliničke supervizije i brige o osoblju (IASC, 2007; NCTSN, 2016).

U zapadnobalkanskom okruženju ova logika dobija specifične oblike. U praksi, opšti mehanizmi izlaganja i regulacije prelamaju se kroz lokalne institucionalne aranžmane i jezičko-kulturne barijere. Rad sa osobama na Balkanskoj ruti karakterišu preplitanja sistema (zdravstvo, socijalna zaštita, azilne procedure), dok je komunikacija često posredovana preko prevodilaca i kulturnih medijatora što je u literaturi prepoznato kao faktor opterećenja (Kindermmann, 2017). Istovremeno, domaće studije nad profesionalcima u radu sa izbeglicama pokazuju obrazac koji pokazuje da latentna struktura STS-a delimično prati PTSP-slične klastere, a obrasci posla i sistemska izloženost (učestalost, sadržaj, kontrola nad izlaganjem) deluju kao operacionalni pokretači STS ishoda (Živanović i Vukčević Marković, 2020).

Konačno, profesionalni rad sa populacijom koja je izložena prisilnoj migraciji tipičan je „teren rizika“, jer kombinuje višeslojne traume korisnika i dugotrajne proceduralne neizvesnosti. Pregledne studije pokazuju da profesionalci i volonteri u ovom polju beleže povišene nivoe STS-a i sagorevanja, uz jasnu ulogu radnog konteksta (Roberts i sar., 2021). Kao što Figley (1995) kaže, izlaganje je nužno, ali način na koji je organizovano u pogledu ritma, granica, supervizije i podrške timu, određuje da li će se profesionalno saosećanje prevesti u *zadovoljstvo saosećanjem* ili u STS.

2.2. Profesije i obrasci izloženosti

U pomažućim delatnostima sekundarni traumatski stres se ne raspodeljuje ravnomerno. Zapravo, obrasci slede tip i intenzitet kontakta sa traumom drugih, kao i mikro-kontekst rada. U kliničko-psihoterapijskim okruženjima, gde je izloženost gotovo isključivo narativna i relacijska, učestalost klinički značajnih STS simptoma nije zanemarljiva. Podaci pokazuju da u uzorcima terapeuta i kliničara koji rade sa vojnim populacijama, 19,2% je ispunilo sva tri jezgra kriterijuma (intruzije, izbegavanje, pobuđenost) prema STSS⁵ algoritmu (Cieślak i sar., 2013). Slični rasponi pojavljuju se i u drugim granama mentalnog zdravlja koje su u stalnom kontaktu s traumom, pa se tako beleži 16,3% među onkološkim timovima (Quinal i sar., 2009), 19% među savetnicima za zloupotrebu supstanci (Huggard, 2017), dok su 34% radnika u službama zaštite dece (Hatcher i sar.,).

Kao što smo već navodili, u interkulturalnom posredovanju i prevođenju, posebno u radu sa migrantima i tražiocima azila, prepliću se lingvistička i afektivna (ko)prisutnost sa traumatskim pričama. Studija iz 2017. godine

⁵ Skala sekundarnog traumatskog stresa

pokazuje da 21% prevodilaca ispoljava znake sekundarne traumatizacije, pri čemu je 6% u zoni teškog intenziteta. Prema istim podacima, kod približno 9% učesnika istraživanja potvrđena je i primarna traumatska simptomatologija (Kindermann i sar., 2017).

Humanitarne i azilne službe dodatno potvrđuju visok rizik rada u pomažućim profesijama. U Srbiji je istraživanje pokazalo da je približno trećina zaposlenih u uslugama za izbeglice iznad preporučenog graničnog skora za STS, dok je gotovo polovina ispoljila povišene simptome stresa i anksioznosti (PIN, 2017; Živanović i sar., 2020). Ovi podaci potvrđuju da se radi o sistemskom, a ne incidentnom riziku.

Rad sa preživelim rodno zasnovanog i seksualnog nasilja donosi stabilno povišen rizik sekundarne izloženosti. U radu na terenu, forenzičari i kliničari koji rade u neposrednoj zdravstvenoj nezi, među kojima su i timovi forenzičkih sestara i tehničara za zbrinjavanje seksualnog nasilja, nose viši rizik vikarijske traume i sagorevanja na poslu u odnosu na druge oblasti rada medicinskih sestara i tehničara (Raunick, 2015; Zelman, 2022). Kako Zelman (2022) navodi, kod medicinskih sestara ispitivačica seksualnih napada, rizik od pregorevanja je značajno viši kod onih sa dvostrukom ulogom, a posebno kada veliki deo slučajeva čine pedijatrijski slučajevi što je udruženo sa višim stopama emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije.

U profesijama orijentisanim na podršku žrtvama (victim advocates), opterećenje je evidentno. U nacionalnim uzorcima oko 50% ispitanih savetnika za podršku žrtvama (victim advocates) dostiže prag sekundarnog traumatskog stresa, s uočenim korelatima u obimu direktnog rada i dužini izloženosti (Benuto i sar., 2018).

U urgentnoj i intenzivnoj medicini, profesionalci rade u uslovima visokog tempa, neizvesnih ishoda i česte izloženosti smrti i teškom stradanju, što je tokom pandemije bilo dodatno pojačano. Tako sistematizovani pregledi i analize pokazuju povišene stope simptoma PTSP-a i sekundarne traumatizacije među medicinskim sestrama i lekarima u hitnim službama i jedinicama intenzivne nege, pri čemu je rizik izraženiji kod žena u uslovima višeg opterećenja poslom i uz nedostatak organizacione podrške (Deltour i sar., 2023; Xu i sar., 2024). Metaanaliza među medicinskim sestrama koje rade u urgentnim službama procenjuje da oko dve trećine pokazuje umeren do visok nivo STS-a (Xu i sar., 2024), dok pojedinačni radovi beleže približno trećinu kliničkih nivoa STS-a u takvim timovima (Dominguez-Gomez i Rutledge, 2009) i visoke nivoe opterećenja tokom COVID-19 (Wolf, 2020). Pregledi tokom i nakon pandemije nalaze umeren do visok

teret sekundarne traumatizacije kod zdravstvenih radnika (Zacharias i sar., 2024). Ovi nalazi osvetljavaju zašto su protokoli debriefinga, kontrola smenskog opterećenja i dostupnost specijalističke supervizije ključni upravo na ovom terenu.

Kada je reč o onima koji svakodnevno rade sa digitalnim dokazima i sadržajima seksualne eksploatacije dece, brojke su konzistentne. U velikoj studiji na 433 člana specijalizovanih policijskih jedinica za Internet zločine nad decom (ICAC - *Internet Crimes Against Children Task Forces*), približno jedan od četvoro imao je kombinaciju niske profesionalne satisfakcije i visokih nivoa STS-a i sagorevanja (Brady, 2017). U drugoj analizi, više od 70% pripadnika ICAC imalo je bar neke simptome STS-a, a oko jedne četvrtine bilo je u zoni visokog i teškog STS-a (Bourke i Craun, 2014). U studiji iz Ujedinjenog Kraljevstva 51% detektiva koji rade na slučajevima seksualnog zlostavljanja dece, ispoljavalo je simptome STS-a, dok je 11% bilo u visokom i teškom opsegu na standardizovanoj skali (MacEachern i sar., 2019). Nalazi takođe ukazuju da su kombinovane uloge, poput takvih kao što su istražitelj i digitalni forenzičar, povezane sa višim STS skorovima nego jedna uloga sama (Seigfried-Spellar, 2018). Na liniji prevencije, službe za zaštitu dece koje obrađuju digitalne dokaze i onlajn materijale beleže povišene STS skale i obrasce izbegavanja i poremećaja sna (Brady, 2017; Perez i sar., 2010; Krause, 2009 - prema: Brady, 2017).

Pitanja bezbednosti osoblja i organizacione podrške jednako su izražena i u korekcionom sistemu. Empirijska istraživanja među zatvorskim službenicima i stručnjacima u korekcionim ustanovama pokazuju visoke stope stresa, izgaranja i simptoma PTST-a, pri čemu organizacioni stresori (preopterećenje, smenski rad, nejasne uloge, nedostatak kadra) snažno doprinose ishodima (Finney i sar., 2013; Forman-Dolan i sar., 2022; Jaegers i sar., 2019; Schaufeli i Peeters, 2000). U regionalnom kontekstu, ovi obrasci se dodatno prelamaju preko nasleđa prenatalnosti, niskog nivoa obrazovanja kao jednog od pratećih elemenata rizičnog ponašanja odraslih osuđenika (Ilijić i sar., 2016), infrastrukturnih razlika i promenljive dostupnosti stručnih službi, što zahteva sistemsku podršku. U bezbednosnim službama nalazi su heterogeni. Među pripadnicima policije u Poljskoj oko 10% ulazi u zonu visoke verovatnoće za sekundarni PTSP, dok većina ostaje u niskom riziku (Ogińska-Bulik, 2022). Sistematski pregled među profesijama koje su na takozvanim prvim linijama odgovora (vatrogasci, policajci) ukazuje na 4-13% sa klinički relevantnim STS-om i 15-35% sa subkliničkim opterećenjem, što pokazuje postojanje skrivene baze simptoma

koji se kumulativno mogu prevesti u klinički značajne (Greinacher i sar., 2019).

Relacijski intenzitet, vrsta izloženosti i arhitektura posla zajedno kreiraju teren rizika. U zapadnobalkanskom okruženju dodatno se prepliću jezičko-kulturna posredovanja i fragmentacija timova, što čini izloženost složenijom i naglašava potrebu da se zaštita pomagača postavi na sistemski.

2.3. Priroda pomažućih profesija: motivi i etičke osnove

Pomažuće profesije, između ostalih, biraju i ljudi čiji je identitet već usmeren ka brizi, saosećanju i osećanju moralne odgovornosti u odnosu sa drugima (Pellegrino i Thomasma, 1993). Taj izbor, a potom i profesionalna praksa, razvijaju se unutar etičkih okvira koji naglašavaju etiku brige i etiku vrlina - razboritost (prudenciju), pravednost, saosećanje i integritet kao orijentire profesionalne uloge i svakodnevnog rada. Istovremeno, deontološka i utilitarna tradicija, kroz principe autonomije korisnika i dobronamernosti, ostaje konstitutivna referenca u socijalnom radu, psihologiji i zdravstvu (Pellegrino i Thomasma, 1993). Zbog toga se profesionalni put i socijalizacija u ovim profesijama oblikuju na preseku ličnih vrednosti i odgovornosti koje nosi relacijski rad (Pellegrino i Thomasma, 1993; Úriz-Pemán i sar., 2013).

U užem psihoterapijskom i savetodavnom polju, motivi izbora zanimanja nekada uključuju interes za ljudsku patnju i želju da se lično preboljena iskustva transformišu u pomaganje i brigu za druge. Narativ o „ranjenom iscelitelju“ uklapa se u savremena zapazanja o motivima za ulazak u psihoterapijsko i savetodavno polje koja kaže da uz je uz altruističku orijentaciju česta želja da se lično prebolela iskustva pretvore u kompetentnu brigu za druge (Cruciani, 2024; Daneault, 2008; Sussman, 2007). Empirijska literatura pritom pokazuje da stručnjaci za mentalno zdravlje, u proseku, neretko prijavljuju lične teškoće u ranijem životu nego osobe iz drugih profesija, što može biti izvor senzitivnosti i motivacije, ali zahteva jasan etički okvir i superviziju (Cruciani, 2024; Elliott i Guy, 1993; Follette i sar., 1994). Ovi nalazi ne patologizuju izbor poziva - naprotiv, ukazuju da lična istorija može biti izvor motivacije i senzitivnosti, ali i faktor koji zahteva jasan etički okvir, lični rad i supervizijski oslonac kako bi profesionalni angažman ostao održiv.

Sira literatura o kvalitetima tzv. delotvornog terapeuta i o profesionalnim profilima u drugim pomažućim ulogama dosledno ističe prosocijalne crte i veštine kao glavno uporište za ulazak u te poslove, a to su: empatija, toplina,

samoregulacija, mudrost i prosocijalnost, sklonost timskom radu i jasna komunikativnost (Heinonen i dr., 2012; Levická i sar., 2017; Wampold i Carlson, 2011). Uz taj zajednički temelj uočavaju se i razlike među profesijama na način da lekari najčešće naglašavaju interpersonalne i komunikacione veštine; medicinske sestre strpljenje i brižnost; socijalni radnici moralni integritet i zrelost; nastavnici osetljivost za potrebe učenika. Sve navedeno pripada ideji poziva koji se kroz edukaciju i praksu profesionalizuje (Heinonen i dr., 2012; Levická i sar., 2017; Wampold i Carlson, 2011).

Postoji i drugo zapažanje u literaturi koje kaže da pomažući rad može privući motive vezane za moć i kontrolu. Tamne crte ličnosti kao što su makijavelizam, narcizam i psihopatija, prisutne su u većini pomažućih okruženja (Čopkova, 2022). Relativno skoro objavljena studija - *Efekat pola i starosti na Mračnu trijadu u pomagačkim profesijama - poređenje sa opštom populacijom* - pokazuje da pomagači, posebno zdravstveni radnici i spasioci, postižu više rezultate na merama psihopatije od opšte populacije (i nakon kontrole pola i starosti), pri čemu muškarci u oba uzorka imaju izraženije crte Mračne trijade (Čopkova, 2022). To sugerise da se, pored prosocijalnih motiva, kod manjeg dela može javiti i privlačnost moći nad klijentima, pa su selekcija, etički filteri i supervizija posebno važni. Ipak, u pojedinim visokorizičnim službama, poput policije i spasilačkih jedinica, neke od tih crta obavljaju adaptivnu funkciju, pre svega kroz veću otpornost na stres i nižu anksioznost (Guggenbühl-Craig, 2021; Spain i sar., 2014). Ovi nalazi su upozorenje da profesionalna etika, selekcija i supervizija moraju jasno razlikovati prosocijalnu motivaciju od motiva zasnovanih na dominaciji i kontroli (Guggenbühl-Craig, 2021; Spain i sar., 2014). U zdravstvu se uz to beleže viši nivoi narcizma u pojedinim subspecijalnostima, poput hirurgije, dok se kod početnika povišeni nivoi makijavelizma obično smanjuju kako stiču iskustvo (Bratek i sar., 2015).

S druge strane, pozitivna „cena brige“ objašnjava zašto se mnogi dugotrajno zadržavaju u pomažućim profesijama. Iskustvo smisla i zadovoljstva proisteklo iz pomaganja ublažava teret izloženosti i može biti prisutno uporedo sa elementima zamora saosećanja, što pokazuju nalazi iz rada sa rezidencijalnim negovateljima dece u riziku (Zerach, 2013). Lični resursi, poput otpornosti i samoregulacije, različito se povezuju sa zadovoljstvom pomaganjem, burnoutom i sekundarnim traumatskim stresom, pa isti relacijski rad nekoga iscrpljuje, dok drugome donosi osećaj smisla (Stamm, 2010).

Empatija, kao centralna kompetencija većine pomažućih uloga, nije automatsko preuzimanje tuđih emocija već odgovor koji zavisi od konteksta, odnosa i ličnih kapaciteta regulacije. Savremeni pregledi ukazuju da u empatijskom odgovoru učestvuju mreže deljene afekcije (ACC i insula) i da snaga i kvalitet tog odgovora variraju u zavisnosti od bliskosti sa drugom osobom, prethodne relacije istorije i procene situacije (De Vignemont i Singer, 2006).

Izbor pomažućih profesija oblikuje preplitanje ličnih vrednosti, orijentacije ka drugome i očekivanja ličnog smisla, uz povremene motive koji mogu biti izazovni ako nema jasnog etičkog okvira.

2.4. Rad u kampovima, prihvatnim centrima i skloništima

U kampovima i prihvatnim centrima za izbeglice i tražioce azila, kao i u sigurnim kućama, skloništima i nevladinim centrima, sekundarna traumatizacija nastaje na preseku talasne izloženosti traumatskim opisima i pričama, operativne fluidnosti sistema i multiplikovanih uloga na terenu (Glomazić i Mikić, 2022). Intenzitet slučajeva menja se sa kretanjem ruta i administrativnim odlukama, dok su timovi često privremeni. Takođe, praksa pokazuje da su izvori finansiranja nekonzistentni i da je u tom smislu postoje opterećenja i ograničenja vezana za finansiranje (ALNAP, 2022). Uloge se prepliću između zaštite, zdravstvene i psihosocijalne podrške, uz stalno posredovanje prevodilaca i kulturnih medijatora (EUAA, 2024; UNHCR, 2012).

Meta-analitičke procene ukazuju na stabilno povišene nivoe sekundarne traumatizacije u radu s prisilno raseljenima (sintetička prevalencija umerenog do teškog STS je 45,7%), pri čemu se vrednosti razlikuju po instrumentu merenja (ProQOL 78,5%; STSS 48,1%; FST 15,3%) (Roberts i sar., 2021). Pored najčešće korišćenih instrumenata STSS i ProQOL, u nemačkom govornom području validiran je i FST/QST sa jasno definisanim pragovima za umereni i teški opseg opterećenja (Roberts i sar., 2021; Weitkamp i sar.,). On je praktično namenjen za okruženja s velikim protokom slučajeva. Razlike u konceptualnom obuhvatu i *cut-off* kriterijumima ovih instrumenata delimično objašnjavaju heterogenost prevalencijskih nalaza (Roberts i sar., 2021; Weitkamp i sar., 2014). Bez obzira na raspon i metodološke neusaglašenosti, pokazana prevalencija odražava prirodu posla u kampovima i centrima, kao i mentalnu i fizičku opterećenost osoblja.

Regionalni nalazi sa Zapadnog Balkana potvrđuju ovaj obrazac. U uzorku pružalaca usluga u Srbiji, 32,1% ispitanih pokazalo je primetne tegobe indikativne za STS (PIN, 2017). Takođe, pokazano je da su viši nivoi sekundarne traumatizacije povezani sa nižim kvalitetom života (PIN, 2017). Sličan obrazac beleži se i u zdravstvenom sistemu, gde je sekundarna traumatizacija povezana sa smanjenom radnom sposobnošću i slabijom percipiranom podrškom i kontrolom nad poslom (Bock i sar., 2020). U Hrvatskoj, u uzorku zaposlenih medicinskih sestara koje pohađaju studije, više od polovine ispitanih imalo je najmanje umeren STS, pri čemu je bio negativno povezan s procenom kvaliteta života i zadovoljstvom zdravljem (Cviljak i sar., 2024).

Empirijski nalazi i međunarodne smernice saglasni su da je organizacija rada jednako važna kao i individualne karakteristike pomagača. Rizik sekundarne traumatizacije raste kada je u kratkom periodu mnogo teških slučajeva, kada kanali za deljenje i emocionalnu obradu sadržaja nisu uspostavljeni (ad hoc timovi, retka ili isključivo formalna supervizija) i kada politike brige o osoblju ostaju nejasne ili ambivalentne (Roberts i sar., 2021; QIC-WD, 2021). IASC (2007) smernice propisuju da plan brige o osoblju, supervizija i jasni protokoli čine minimum standarda MHPSS odgovora i predstavljaju institucionalnu odgovornost. Sphere standardi daju prednost psihološkoj prvoj pomoći i kontinuiranoj podršci timu (Sphere, 2018). U praksi, već i redovne diskusije slučajeva, dostupna tehnička i osećaj timske integracije deluju protektivno i snižavaju nivoe sekundarne traumatizacije (QIC-WD, 2021).

Sve navedeno potvrđuje da rad u kampovima, prihvatnim centrima i sigurnim kućama ima specifičnu arhitekturu izloženosti u kontekstu talasnog priliva teških sadržaja, visoke relacione gustine i operativne neizvesnosti. Kada institucionalni okvir nema utvrđena sistemska rešenja, verovatnoća kumulativnog tereta sekundarne traumatizacije raste (IASC, 2007; Roberts i sar., 202; Sphere, 2018).

3. PREDIKTORI SEKUNDARNE TRAUMATIZACIJE

3.1. Prediktori i logika modela

Prediktori sekundarne traumatizacije obuhvataju činioce koji povećavaju ili smanjuju verovatnoću STS ishoda pri čemu se najčešće navode sociodemografske odrednice, dispozicije ličnosti, rezilijentnost, organizacija rada i sadržajni domeni prakse. Njihova vrednost nije samo opisna, jer prediktori omogućavaju ranu identifikaciju rizičnih konfiguracija, promišljenu raspodelu posla i supervizije i oblikovanje intervencija koje stvaraju prostor za delovanje zaštitnih mehanizama. Teorijski se oslanjamo na modele stresa i suočavanja, konstruktivistički model, kao i modele koji povezuju zahteve posla, resurse i logiku očuvanja resursa, u kojima se rizik i zaštita razumeju kao ravnoteža između onoga čemu je profesionalac izložen i onoga čime raspolaže (Bakker i Demerouti, 2017; Hobfoll, 1989; Troy i sar., 2017). Ovi modeli su prvenstveno razvijani za opšti i/ili posttraumatski stres, ali se konceptualno primenjuju i na STS jer ciljaju isti odnos između zahteva, resursa i regulacije.

Prema transakcionom pristupu stresu i suočavanju ishod ne određuje sama izloženost, već primarna i sekundarna procena zahteva, kao i izbor i regulacija strategija (Bonanno i Burton, 2013; Gross, 2015; Lazarus i Folkman, 1984). U tom kontekstu, savremeni pregledi pokazuju da kognitivno preoblikovanje, prihvatanje i fleksibilnu upotrebu strategija povezujemo sa nižim negativnim afektom i posttraumatskim smetnjama, pa po analogiji, u pomažućim profesijama isti mehanizmi verovatno smanjuju i STS opterećenje (Aldao i sar., 2010; Bonanno i Burton, 2013; Gross, 2015; Troy i sar., 2010). U meta-analizama se povezuju samoučinkovitost suočavanja i veštine reinterpretacije sa nižim posttraumatskim smetnjama; u pomažućim profesijama to se preliva i na manji STS (Shoji i sar., 2015; Troy i sar., 2010). Uz to, pokazalo se da programi koji razvijaju saosećanje i svesnu usredsređenost na sadašnji trenutak daju male do srednje efekte na afekt i dobrobit, ali posredno mogu smanjiti ranjivost na STS (Ferrari i sar., 2019; Kirby i sar., 2017). U tom ključu, može se razumeti da „dispozicije“ nisu statične crte nego skup kapaciteta koji, u sprezi s uslovima rada, oblikuju put od izlaganja do simptoma (Zaki, 2014).

Konstruktivistički pristup vikarijskoj traumatizaciji polazi od toga da ponovljeno suočavanje sa tuđom traumom narušava lične sisteme značenja,

odnosno osnovna uverenja o sebi i svetu (McCann i Pearlman, 1990; Janoff-Bulman, 1992; Park, 2010). Kako se opterećenje kumulira, destabilizuju se šeme sigurnosti, poverenja, kontrole, samovrednovanja i bliskosti - posebno u domenima sa ponavljajućim sadržajima i moralnim dilemama (Janoff-Bulman, 1992; McCann i Pearlman, 1990; Park, 2010). U ovom okviru, promena nastaje kroz procese asimilacije i akomodacije: kada nova iskustva ne mogu da se „utope“ u postojeće šeme bez narušavanja koherentnosti, dolazi do prerade globalnih uverenja i poremećaja u doživljaju sebe, drugih i smisla (Park, 2010; Pearlman i Saakvitne, 1995). Istovremeno, literatura ukazuje da isti procesi mogu, u povoljnim uslovima, voditi i ka vikarijskoj rezilijentnosti - obnovi i produbljivanju sistema značenja - što naglašava dinamičnost modela (Hernandez-Wolfe i sar., 2015).

Pristup profesionalnom kvalitetu života (ProQOL) u isti okvir stavlja negativne i pozitivne ishode rada sa traumom: na jednoj strani su sekundarna traumatizacija i sagorevanje, a na drugoj zadovoljstvo saosećanjem (osećaj smisla i postignuća). Mehanizam jednostavno funkcioniše: kada organizacioni i lični resursi hrane doživljaj smisla i postignuća, relacijski intenzivan rad ne mora da vodi iscrpljenju. U fokusu su prediktori koji povećavaju verovatnoću doživljaja smisla, a to su autonomija, jasne uloge, podrška i supervizija (Figley, 1995; Stamm, 2010).

Na tu psihološku osnovu nadovezuju se organizacioni modeli. JD–R postavlja ravnotežu između zahteva i resursa kao centralnu osu predikcije. To znači da učestali kontakti sa traumatskim pričama, moralno zahtevne odluke i tempo rada su povezani sa višim simptomima, dok se supervizija, podržavajući timovi, autonomija i jasnoća uloga povezuju sa nižom simptomatologijom. U različitim pomažućim sektorima pokazano je da resursi ne deluju samo tako što snižavaju nivo simptoma već i tako što menjaju odnos između opterećenja i ishoda (Bakker i Demerouti, 2017; Bakker i sar., 2023).

S druge strana, Teorija očuvanja resursa (COR) dodaje dinamiku vremena. Gubitak vremena, energije, osećaja kontrole i socijalne podrške pokreće spirale pogoršanja, dok dobitak resursa ima kumulativne zaštitne efekte. U tom smislu etička klima i organizaciona pravednost deluju kao kolektivni resursi povezani sa boljim mentalnim zdravljem i manjom uznemirenošću, što ih čini bitnim posrednim poljem između zahteva i ishoda (Hobfoll, 2007; Essex i sar., 2023; Magnavita i sar., 2022).

Strukturni modeli rada daju dodatnu preciznost. Model zahteva–kontrole–podrške predviđa veći rizik kada visoki zahtevi idu uz malu odlučivačku

slobodu i slabu socijalnu podršku, što je naročito relevantno za službe sa strogim protokolima i malim prostorom za profesionalno rasuđivanje. Model neravnoteže napora i nagrada naglašava posledice trajne disproporcije između uloženog truda i priznanja ili bezbednosti, pa tip ugovora, jasnoća napredovanja i stabilnost tima ulaze u skup prediktora (Karasek, 1979; Siegrist, 2017).

3.2. Sociodemografski markeri

Sociodemografske odrednice u literaturi ne deluju kao čvrsti determinizmi već kao kontekstualni posredni činioci koji usmeravaju izloženost. Kako se može videti u literaturi, nalazi o polu i rodu nisu jednoznačni i zavise od oblasti rada i kontrolisanih drugih faktora.

U više radova je zabeleženo da psihoterapeutkinje, u poređenju s terapeutima, češće izveštavaju izraženiju emocionalnu iscrpljenost u radu sa klijentima koji imaju traumatska iskustva (Kounenou i sar., 2023; Rupert i Morgan, 2005). U istom smeru, noviji nalazi ukazuju da žene mogu imati povišen rizik za sekundarnu traumatizaciju u odnosu na muškarce, pri čemu se na uzorcima žena iz pomažućih profesija koje rade sa ranjivim grupama beleži umeren nivo STS-a (Glomazić i Vidović, 2024; Glomazić i sar., 2025). Istraživanja na uzorcima zaposlenih u hitnoj medicinskoj pomoći dodatno ukazuju da je ženski pol povezan s većom verovatnoćom posttraumatskih simptoma, posebno ponovnog proživljavanja događaja i povećane pobuđenosti. Takođe, studije porodičnih i konteksta pružanja nege upućuju da žene češće pokazuju veću osetljivost na sekundarnu traumatizaciju (Baum i sar., 2014, str. 447). S druge strane, ima istraživanja koja kažu da na profesionalnim uzorcima, kao što je socijalni rad, razlike slabe ili nestaju kada se u model uključe zahtevi posla, izloženost nasilju i dostupnost socijalne podrške (Lev, 2022). U posredničkim ulogama u radu sa izbeglicama nalazi ukazuju na zaštitni efekat muškog pola uz doprinos kohezije tima i socijalne podrške, što potvrđuje da pol deluje i kroz organizacione i relacijske kanale. Zato pol i rod ostaju obeležja različito konfigurisanog rizika, a ne njegov nezavisan izvor (Baum i sar., 2014; Lev, 2022).

Kada je reč o starosnom dobu, literatura najčešće beleži veću ranjivost u ranim fazama karijere. To se obično povezuje sa slabijom institucionalnom podrškom, užim repertoarima samoregulacije i manjom autonomijom u raspodeli opterećenja, ali se obrazac menja sa stažom i strukturom posla (Baird i Kracen, 2006; Hensel i sar., 2015). U humanitarno-migracionim

kontekstima noviji pregledi šireg spektra mentalnozdravstvenih ishoda, među kojima je i STS, pokazuju da su mlađi kadrovi i žene češće izloženi nepovoljnim ishodima, dok organizaciona podrška deluje kao amortizer. To upućuje da starost ne deluje linearno već posredno, preko iskustva, autonomije i raspoloživih resursa (Cameron i sar., 2024; Baird i Kracen, 2006; Roberts i sar., 2021;).

Geografska pripadnost otvara pitanje institucionalnih aranžmana i društvenih normi. Između država i sistema postoje razlike u standardima supervizije, bezbednosti, obuci i raspodeli teških slučajeva, pa se isti profesionalni profil može naći u bitno različitom intenzitetu izloženosti. Sistematski pregledi rada sa prisilno raseljenim licima beleže heterogenost prevalenci i obrazaca opterećenja između zemalja i tipova organizacija (Roberts i sar., 2021). Ovi nalazi saglasni su sa zapažanjima o relacijskoj gustini posla i operativnoj neizvesnosti na Zapadnom Balkanu, gde posredničke uloge dodatno povećavaju propustljivost granica između lične i profesionalne sfere. Zbog toga se geografska pripadnost tumači kao strukturna odrednica koja usmerava zahteve i resurse.

U zbiru, sociodemografske odrednice mogu se posmatrati kao izraz ličnih karakteristika, kulturoloških razlika, normi i kanala kroz koje se raspodeljuju zahtevi i resursi. U tom kontekstu one pokazuju gde je verovatnije da će nastati naponi, u kojim ulogama, domenima i nivoima izloženosti, i uolikoj meri će podržavajući resursi biti dostupni i delotvorni.

3.3. Dispozicije ličnosti i istorija traume

Dispozicioni sklop koji profesionalac unosi u relacijski rad obuhvata način emocionalne rezonance, sklonost ka samoregulaciji i stečene obrasce suočavanja. Ti elementi usmeravaju kako će se posredna izloženost tuđoj traumi prevesti u iskustvo i kasnije u simptome. Savremeni modeli empatije razlikuju drugoorijentisano saosećanje od samoorijentisanog empatijskog distresa. Saosećanje, kada je udruženo sa regulacionim kapacitetima, podržava angažman i štiti mentalno zdravlje, dok empatijski distress pod hronično visokim zahtevima povećava verovatnoću intruzije, izbegavanja i pobuđenosti (Cieślak i sar., 2014; Bakker i Demerouti, 2017; Shoji i sar., 2015). Eksperimenti pokazuju da treninzi saosećanja - za razliku od pukog pojačavanja empatijskog uživljavanja - preusmeravaju emocionalni doživljaj ka toplini i prosocijalnoj motivaciji, uz merljive promene u moždanim mrežama koje regulišu emocije (Klimecki i sar., 2014; Singer i Klimecki, 2014).

Kao što je već bilo reči u prethodnom poglavlju, lična istorija traume deluje kao rizični temelj koji povećava osetljivost na traumatske priče drugih. Meta-analiza velikog broja studija potvrđuje da ranija lična trauma, u kombinaciji sa učestalošću i obimom rada na teškim slučajevima, predviđa povišene pokazatelje sekundarne traumatizacije, čak i kada su u modelu prisutni drugi individualni činioci (Hensel i sar., 2015). U kliničkim okruženjima povišeni nivoi simptoma često idu uz nižu percipiranu podršku i slabiju kontrolu nad poslom, kao i uz veće emocionalno opterećenje. To upućuje da se dispozicione ranjivosti najlakše aktiviraju u nepovoljnim organizacionim uslovima (Bock i sar., 2020). Tradicija vikarijske traumatizacije u konstruktivističkom okviru dodatno objašnjava kako kumulativni rad sa traumom menja kognitivne šeme i sistem značenja pomagača, posebno kada su sadržaji česti i moralno zahtevni (McCann i Pearlman, 1990).

Pored ovoga, literatura jasno prepoznaje i neke pozitivne tačke. Doživljaj smisla, korisnosti i ličnog postignuća predstavlja pozitivni pol profesionalnog kvaliteta života (Bahari i sar., 2022; Lee i sar., 2021; Stamm, 2010). Sličan efekat ima i uverenje da rad donosi stvarnu korist drugima. Kada profesionalci prepoznaju konkretan prosocijalni učinak svog rada, lakše održavaju energiju i pod visokim zahtevima (Grant i Sonnentag, 2010).

Motivi ulaska i ostanka u profesijama brige retko su jednosmerni. Uz vrednosno-altruističke motive često stoje ciljevi koji se odnose na postignuće, priznanje ili uticaj. Ishod zavisi od etičkog i organizacionog okvira. Kada su uloge jasne, granice definisane i supervizija dostupna, takva energija se usmerava u profesionalno odgovorno delanje i povezuje sa doživljajem smisla i postignuća. U suprotnom, ista motivacija lako prelazi u preuzimanje prevelike odgovornosti i u rigidne obrasce angažmana koji iscrpljuju (Bolino i Grant, 2016).

Istraživanja koja opisuju profil visoke empatije dodatno šire okvir za posmatranje. Povišene emocionalne dimenzije empatije mogu odražavati prosocijalnu orijentaciju, ali istovremeno povećavati rizik od preplavljujućih reakcija kada su zahtevi veliki (Pang i sar., 2022). Taj profil ne deluje sam za sebe. Kolegijalna i supervizorska podrška ublažava vezu između izražene empatije i simptoma sekundarne traumatizacije, što potvrđuje da su dispozicije važne, ali ne i dovoljne da objasne ishod (Bock et al., 2020). Razlika između empatijskog distresa, koji je više usmeren ka sopstvenim doživljajima i češće se vezuje za somatske i upozoravajuće signale stresa i saosećanja, koje je usmereno ka drugome i povezuje se sa stabilnijim angažmanom, dodatno osvetljava taj mehanizam (Pang i sar., 2022).

3.4. Rezilijentnost kao moderator

Rezilijentnost se u pomažućim profesijama najpre razume kao dinamički kapacitet prilagođavanja koji ublažava prelaz od profesionalne izloženosti tuđim traumatskim sadržajima ka sekundarnoj traumatizaciji. U praksi se rezilijentnost vidi kroz efikasnu regulaciju emocija u zahtevnim odnosima, održavanje smisla zadatka i obnavljanje energije između teških kontakata. Kada je taj kapacitet viši, isti nivo izloženosti ređe prerasta u simptome. Kada je skroman ili prepušten samo ličnim resursima, opterećenje se lakše pretvara u intruzije, izbegavanje i napetost. Pregledi i primarne studije nalaze isti smer: viši nivoi rezilijentnosti prate niže opterećenje sekundarnom traumatizacijom i sagorevanjem, uz izraženiji doživljaj postignuća i smisla u radu (Alonazi, 2023; Joyce i sar., 2018).

Ovaj odnos je vidljiv u kliničkim okruženjima. Na uzorku medicinskih sestara koje rade u oblasti mentalnog zdravlja, rezilijentnost je bila snažno povezana sa doživljajem smisla i korisnosti rada, a negativno sa sagorevanjem i sekundarnom traumatizacijom (Alonazi, 2023). Ti nalazi ne znače da je rizik uklonjen, već da se zahtevi posla češće prevode u profesionalno postignuće, a ređe u iscrpljenje.

U profesijama sa visokim afektivnim izlaganjem presudno je kako se rezilijentnost aktivira. Kada su lična čvrstina udružena s funkcionalnim strategijama suočavanja - posebno zaustavljanjem negativnih misli i usmerenim rešavanjem problema - prenos akutnog stresa u sekundarni traumatski stres je manji, dok izbegavajuće suočavanje deluje suprotno (Vagni i sar., 2020). U pogledu intruzija, kognitivni modeli objašnjavaju njihovu upornost snažnim senzorno-situacionim tragovima koji se automatski aktiviraju, pa je za smanjenje učestalosti često potrebna ciljano usmerena intervencija (Brewin i sar., 1996).

Kako smo iz literature mogli da zaključimo, u pomažućim delatnostima treninzi rezilijentnosti daju skromne, ali korisne kratkoročne dobitke (naročito kada uključuju kognitivno-bihevioralne i komponente tzv. svesne usresređenosti), dok je dugoročna održivost efekata često nejasna (Kunzler i sar., 2020; Joyce i sar., 2018).

Rezilijentnost deluje zaštitno u logici očuvanja resursa, što znači da kada imamo više ličnih i socijalnih kapaciteta, manja je verovatnoća da se gubici gomilaju, a veća da se pokrene oporavak. U praksi to znači da kratke pauze prekidaju ruminaciju, razgovor s kolegama pomaže da se teške priče prerade, a jasna podela uloga može da smanji moralne dileme i osećaj bespomoćnosti. U studijama se to najjasnije vidi na tri tačke: bolja kontrola napetosti, manje

izbegavanja podsetnika na traumu i održan osećaj smisla uprkos ponovljenim susretima sa patnjom (Alonazi, 2023; Joyce i sar., 2018; Kunzler i sar., 2020; Vagni i sar., 2020).

Brojevi iz realnih sistema pokazuju i granice, pa tamo gde postoje timska kohezija i predvidivo vreme za oporavak, viši lični kapacitet otpornosti zaista se prevodi u manje STS i stabilniji angažman. S druge strane, tamo gde se radi na granici izdržljivosti, isti kapacitet ostaje potisnut, a efekti brzo splašnjavaju (Alonazi, 2023; Kunzler i sar., 2020; Vagni i sar., 2020). Zbog toga rezilijentnost posmatramo kao moderator u širem sklopu zahteva posla, domena rada i organizacionih „ventila“.

3.5. Profesionalni domen i oblici rada

Sadržaj profesije i način organizacije posla mogu se posmatrati kao značajni prediktori sekundarne traumatizacije. Rizik se povećava kada je rad ispunjen gustim i ponavljanim traumatskim iskustvima drugih, kada su susreti učestali i kratki, a vreme za oporavak ograničeno. U takvim okruženjima teret materijala i relacijska zasićenost određuju da li će se isti profesionalni profil i isti naziv radnog mesta prevesti u održiv angažman ili u obrasce intruzija, izbegavanja i napetosti. Literatura u zaštiti dece i širim sistemima socijalne zaštite potvrđuje ovu logiku i pokazuje da sadržaj rada deluje kao prediktor upravo zato što određuje intenzitet izloženosti i druge zahteve sa kojima se stručnjaci susreću (Crivatu i sar., 2021; Molnar i sar., 2020). Klasično istraživanje u terapijskim službama dodatno potvrđuje da je vreme uz traumatske klijente jedan od snažnih prediktora uznemirenosti (Bober i Regehr, 2006).

Prediktori povezani s oblastima i režimom rada (sinteza mehanizama):⁶

- intenzitet i tip izloženosti (narrativna naspram vizuelne); kontinuiran rad s vizuelnim dokazima i brza obrada slučajeva dodatno podižu opterećenje (Brady, 2017; Strickland i sar., 2023)
- učestalost i trajanje kontakata; kratki i učestali susreti uz malo vremena za oporavak povezani su s višim simptomima (Bober i Regehr, 2006; Molnar i sar., 2020)
- kontrola nad izlaganjem i jasnoća uloga; niža kontrola i rolni konflikt pojačavaju prenos opterećenja u simptome (Molnar i sar., 2020)

⁶ Detaljne brojeke i prevalencije po sektorima date su u Poglavlju 2; ovde je fokus na mehanizmima koji objašnjavaju zašto isti naziv radnog mesta može nositi različit rizik u zavisnosti od sadržaja posla i režima rada.

- režim rada (smenski i dežurni ritam, ad-hoc timovi, neujednačeni protokoli) povećava intenzitet odnosa s korisnicima i koordinacioni stres (PIN, 2017; Xu i sar., 2024)
- timska kohezija, supervizija i planske rotacije kao organizacioni „ventili“ smanjuju rizik pri istom nivou izloženosti (Brady, 2017; Molnar i sar., 2020)
- specifičnosti oblasti (digitalna eksploatacija dece, dvostruke profesionalne uloge, veći udeo pedijatrijskih slučajeva) dodatno podižu verovatnoću sekundarne traumatizacije i sagorevanja (Brady, 2017; Strickland i sar., 2023).

4. KONTEKST ZAPADNOG BALKANA

4.1. Socioistorijski i migracioni okvir

Zapadni Balkan je prostor u kome se nasleđe ratova devedesetih, tranzicione transformacije i produžene institucionalne reforme prepliću sa intenzivnim migracionim kretanjima. Ta kombinacija oblikuje posebne obrasce društvenih potreba i pritiske na sektore pomoći, kao i vrstu i obim posredne izloženosti tuđoj traumi u svakodnevnoj praksi. Region je i dalje izrazita emigraciona zona sa dubokim demografskim posledicama i tranzitni koridor globalnih kretanja ka EU, što stvara višeslojne zahteve pred institucionalnim aranžmanima i nevladinim mrežama koje pružaju zaštitu i podršku. Procene međunarodnih finansijskih institucija i demografski pregledi pokazuju da je „odliv“ stanovništva prisutan, što ima učinke kako na globalnom, tako i na lokalnom nivou (World Bank, 2025).

Na strani dolaznih i tranzitnih kretanja, ključni okvir čini takozvana Balkanska ruta. Od 2015. do danas intenzitet se menja po fazama i segmentima iako je ostala jedna od glavnih putanja neregularne i mešovite migracije ka EU. Zvanični podaci beleže pad ukupnih neregularnih prelazaka 2024. i nastavak opadanja u prvoj polovini 2025. godine, uključujući i smanjenje duž zapadnobalkanske rute. Ove oscilacije ne znače i jednostavnije slučajeve. Pomeranja u „geografiji“ prolaza preusmeravaju opterećenje na druga granična čvorišta i lokalne kapacitete (The Guardian, 2025).

Važna je razlika između mera koje registruju prelazak spoljnih granica EU (Frontex, 2025) i mera koje beleže traženje zaštite (Eurostat, 2025). Statistički pregledi ukazuju na visok, ali promenljiv obim zahteva za međunarodnu zaštitu u EU. U prvoj polovini 2025. evidentiran je pad zahteva u odnosu na 2024. godinu, uz promenu strukture zemalja porekla (Frontex, 2025). Ove promene utiču na planiranje kapaciteta u susedstvu, naročito u državama koje čine ili graniče sa spoljnim granicama EU (Eurostat, 2025).

Podaci sa terena dodatno pokazuju da se u zemljama jugoistočne Evrope i Zapadnog Balkana beleži stalno prisustvo osoba u mešovitim migracionim tokovima, sa promenljivim mesečnim stanjem u prihvatnim centrima i van njih. Poreklo i rute kretanja odražavaju kombinaciju prisilnog raseljavanja i ekonomskih migracija iz više azijskih i afričkih zemalja, što utiče na jezičko i kulturno posredovanje, trajanje zadržavanja, potrebe za specijalizovanom podrškom i organizaciju upućivanja između sistema (UNHCR, 2025).

Sistemsko-pravni kontekst se u poslednjim godinama ubrzano menja. U zemljama regiona, naročito onima na glavnim deonicama rute, nacionalni azilni sistemi i prakse prijema postepeno se usklađuju sa evropskim standardima, uz izrazitu ulogu međunarodnih i domaćih organizacija civilnog društva u pružanju pravne pomoći, nadzoru postupaka i upravljanju prihvatnim kapacitetima. Detaljni pregledi za Srbiju i susedne zemlje pokazuju kako izmene propisa, sudska praksa i operativne procedure utiču na pristup postupku, uslove prijema i tretman ranjivih grupa. Takve promene, čak i kada su normativno pozitivne, otvaraju prelazne periode u kojima se opterećenje preliva na svakodnevni rad službi i organizacija, uz neujednačene resurse po lokacijama (Kovačević, 2025).

Istovremeno, unutrašnji socioekonomski trendovi regiona, kao što su sporiji rast i ciklične krize, pritisci na javne servise, i trajna usmerenost ka članstvu u EU, utiču na mogućnosti finansiranja, kadrovske politike i međusektorsku koordinaciju. Za sektore pomoći to znači promenljivu dostupnost resursa i planiranje zasnovano na scenarijima sa višestrukim neizvesnostima (World Bank, 2025).

Može se reći da socioistorijske karakteristike u kontekstu postkonfliktnog nasleđa i nedovršene tranzicije, emigracioni profil stanovništva i promenljiva „geografija“ mešovitih migracija definišu mikro-okvire rada sistema pomoći. Ta kombinacija oblikuje jezičko i kulturno posredovanje, učestalost teških opisa i priča i trajanje rada na složenim slučajevima. Razumevanje ovih okvira objašnjava kanale kroz koje se regionalne specifičnosti prevode u zahteve posla, što može biti operacionalizovano na nivou institucija, praksi i terena rada.

4.2. Institucije i prakse podrške

U Zapadnom Balkanu okosnicu pružanja podrške čine četiri međuzavisna stuba koji obuhvataju zdravstvo, socijalnu zaštitu, obrazovanje i civilni sektor. Posle ratova i dugotrajnih tranzicionih reformi ovi sistemi ostali su neujednačeno razvijeni i neravnomerno finansirani. Način na koji su postavljeni određuje svakodnevni intenzitet posredne izloženosti profesionalaca iskustvima korisnika, tok upućivanja korisnika između službi, dostupnost supervizije i obuke i mehanizme zaštite osoblja. Institucionalna organizacija nije neutralna pozadina već generator profesionalnog rizika. Kada su procedure koordinacije i standardi povezani, izloženost je predvidljivija i amortizovana. Kada nisu, teret se prenosi na pojedince i improvizovane prakse (EU-OSHA, 2025; UNICEF, 2016), što je u skladu sa

nalazima o organizacionim prediktorima iz prethodnog poglavlja, koji u regionalnim uslovima dobijaju posebnu težinu zbog fragmentacije mreža i projektne prirode finansiranja (BCSDN, 2025).

U zdravstvu dominira smer ka komunitarnoj brizi, ali dubina sprovođenja varira po zemljama. Konkretno, Srbija je Programom zaštite mentalnog zdravlja 2019–2026 postavila mrežu i principe brige u zajednici, sa Ministarstvom zdravlja kao nosiocem (UNECE, 2024). U Bosni i Hercegovini je višegodišnji projekat reforme mentalnog zdravlja, uz podršku SDC, razvio široku mrežu centara za mentalno zdravlje pri domovima zdravlja, što je regionalno relevantan primer tranzicije sa institucionalne na zajedničku brigu i bližu saradnju sa socijalnom zaštitom i školama (SDC, 2021). Ovakvi okviri direktno utiču na pravila upućivanja u praksi.

Socijalna zaštita ostaje spojna tačka između sektora (centri za socijalni rad - zdravstvo - škola - nevladin sektor), ali uloga i opterećenje variraju zbog lokalnih resursa i administrativnih zahteva. Ujedno, evropski okvir bezbednosti i zdravlja na radu naglašava obavezu da se psihosocijalni rizici (uključujući sekundarnu traumatizaciju) procene i adresiraju kroz obuke i mere prevencije (EU-OSHA, 2022-2025).

Obrazovanje predstavlja važan ulaz u mrežu zaštite: školske službe često prve prepoznaju distress kod dece, uključujući decu u tranzitu, i pokreću upućivanje ka centrima za socijalni rad i zdravstvenim službama. Ovaj put je u Srbiji normiran Standardnim operativnim procedurama (SOP) za zaštitu izbegle i migrantske dece, koje mapiraju korake rane identifikacije, procene i poverljivog upućivanja, kao i uloge škole, zdravstva i socijalne zaštite (UNICEF Serbia, 2016).

Civilni sektor i međunarodne agencije deluju kao amortizer između propisa i realnih potreba. Za rad sa ženama i devojkama u mešovitim migracijama, nacionalne SOP za prevenciju i zaštitu od rodno zasnovanog nasilja standardizuju identifikaciju, zaštitu privatnosti i rute upućivanja ka specijalizovanim uslugama, čime se smanjuje improvizacija u svakodnevnom radu frontlajn timova (UNFPA Serbia, 2019). U zbiru, tamo gde su SOP-ovi i međusektorski forumi zaista aktivni, izloženost se raspodeljuje kroz timove i mrežu; gde su formalni, a slabo operacionalizovani, rizik se premešta na pojedince kroz „tihe“ zadatke posredovanja, logistike i kriznog posredovanja.

4.3. Kulturni i rodni obrasci

U kontekstu Zapadnog Balkana, kulturni obrasci i rodne uloge neposredno oblikuju način razumevanja patnje, traženja i primanja pomoći i pozicioniranje profesionalaca u radu sa korisnicima. Nasleđe ratova i tranzicije, uz trajno prisustvo mešoviti migracija, proizvelo je narative o dostojanstvu, sramu, žrtvi i krivici koji usmeravaju odnos prema mentalnom zdravlju, nasilju i institucijama. U praksi, susret nije samo odnos korisnika i profesionalca već situacija obeležena asimetrijama moći, administrativnim neizvesnostima i jezičko-kulturnim posredovanjem. Poverenje, tumačenje simptoma i dogovor o ciljevima lečenja zavise od zajedničke radne definicije problema i od pristupa resursima i statusu (Tribe, 2022; Tynewydd i sar., 2020).

U takvom okviru presudni su kulturalno posredovanje i jezik. U radu sa prisilno raseljenim osobama i tranzitnim populacijama posrednici, prevodioci i kulturni medijatori ulaze u odnos koji menja raspored moći i utiče na pristup uslugama. Poverenje se gradi i sa profesionalcem i sa posrednikom, a značenje simptoma zavisi od kulturnih skripti koje posrednik prenosi ili filtrira. Istraživanja i priručnici pokazuju da je jasno definisan način rada s prevodiocima i obuka medijatora uslov za savezništvo, procenu rizika i prevođenje sistema zaštite (Kindermann i sar., 2017; Tribe, 2022; Tynewydd i sar., 2020).

Stigma i kulturne skripte mentalnog zdravlja oblikuju i način izražavanja patnje, što je u skladu sa opisima kulturoloških skripti patnje (Kirmayer, 2001). U regionu je stigma i dalje izražena, često uz sklonost ka somatskom jeziku ili moralnim kategorijama kao što su trpljenje, sram i obaveza, a ne dijagnostičkim nazivima. Profesionalci pritom balansiraju između kulturne osetljivosti i rizika esencijalizacije kulture. Preterano naglašavanje kulturnog objašnjenja može prikriti nasilje i traumu, a zanemarivanje kulturnog okvira može pretvoriti susret u disciplinovanje umesto podrške.

Rodni obrasci oblikuju i put ka pomoći i sadržaj narativa koji dospevaju do službi. Žene i devojke u tranzitu imaju viši rizik od rodno zasnovanog nasilja i nailaze na dodatne društvene i administrativne barijere pristupu uslugama (UN Women, 2021; Women's Refugee Commission, 2016). Istovremeno, muškarci u tranzitu češće stavljaju u prvi plan bezbednost, mogućnost rada i dokumenta, dok psihološke tegobe - poput posttraumatskog stresa i depresije - često ostaju neprepoznate ili nelečene zbog niskog traženja pomoći i barijera u pristupu (Byrow i sar., 2020; Mixed Migration Centre, 2023; WHO, 2022b). U praksi to znači da je najpre potrebno stabilizovati

bezbednost i poverenje konkretnim merama (smeštaj, pravni status, zdravstvena zaštita), a tek zatim nastaviti psihološki rad u skladu sa očekivanjima korisnika.

Rodne razlike pojavljuju se i u izloženosti pomagača. Kao što smo već pokazali u prethodnom poglavlju, žene u prvim linijama, u zdravstvu, socijalnoj zaštiti, policiji i hitnim službama, češće beleže više skorove sekundarne traumatizacije. Timska podrška i kohezija deluju zaštitno. Sekundarna traumatizacija je povezana sa izgaranjem i emocionalnom iscrpljenošću, a rizik raste kada je izloženost sadržajima nasilja veća i kada je oslonac na superviziju i kolegijalnu podršku slabiji (Cieslak i sar., 2014; Greinacher i sar., 2019).

Odnosi moći, granice uloga i etika dodatno oblikuju terapijski savez. U radu sa migrantima i tražiocima azila profesionalci su često doživljeni kao lice sistema, pa se dileme oko poverljivosti, razmene podataka i proceduralnih pravila lako tumače kao izraz restriktivne politike. Svesnost o asimetrijama, jasno pregovaranje o granicama i strukturisana saradnja sa drugim službama umanjuju rizik narušavanja poverenja i olakšavaju podnošenje teških opisa uz manji rizik sekundarne traumatizacije (Tribe, 2022; Tynewydd i sar., 2020).

Osim toga, intersekcionalnost može dodatno da pojača ranjivosti. Status neregularnog boravka, jezik, rasa i etnicitet, starost i seksualna orijentacija međusobno se presecaju i utiču na pristup uslugama. Najzahtevnije su situacije u kojima se norme zajednice sudare sa obavezama zaštite, na primer kada je potrebno prijaviti nasilje ili obezbediti zaštitu deteta, ili kada pristup uslugama zavisi od muških članova porodice. U takvim uslovima presudne su timska refleksija, strukturisana supervizija i jasno definisani protokoli upućivanja (Greinacher i sar., 2019; UN Women, 2021).

Odgovor na ove izazove zahteva prakse koje istovremeno smanjuju rodno i kulturno uslovljene barijere i izloženost osoblja. Potrebni su kvalifikovani prevodioci i kulturni medijatori sa jasnim etičkim pravilima, uvodne sesije u kojima se objašnjavaju prava i ograničenja sistema, planiranje bezbednosti za žene i decu i poverljivi protokoli upućivanja ka specijalizovanim uslugama. Za timove je važno da imaju redovne supervizije usmerene na sekundarnu traumatizaciju, kolegijalnu podršku i trening kulturne kompetencije koji izbegava stereotype i razvija sposobnost tumačenja značenja simptoma u bezbednom okviru (Cieslak i sar., 2014; Greinacher i sar., 2019; Tribe, 2022).

Dakle, kulturni i rodni obrasci u regionu oblikuju tri linije rizika i zaštite. Prva je način na koji korisnici artikuliraju patnju i ulaze u sistem. Druga je način na koji profesionalci doživljavaju i obrađuju tuđe traume pod pritiskom moći, granica i jezičkog posredovanja. Treća je način na koji organizacije raspoređuju zaštitne faktore kao što su supervizija, timska kohezija i standardi za rad s prevodiocima i u rodno zasnovanom nasilju i u zaštiti dece i protokolima upućivanja. Zbog toga isti prediktori sekundarne traumatizacije iz opšteg modela u Poglavlju 3 u Zapadnom Balkanu deluju drugačije po snazi i pravcu.

4.4. Tereni visokog rizika u praksi

U praksi Zapadnog Balkana, posao pomagačkih profesija najopterećeniji je u prihvatnim i tranzitnim okruženjima, u sistemima zaštite žrtava trgovine ljudima, u sigurnim kućama i specijalizovanim centrima za žene i decu i u terenskom radu mobilnih timova. Ovaj rad je neprekidan, zasniva se na brznoj trijaži i stalnoj među-sektorskoj koordinaciji, uz oslanjanje na standardne operativne procedure i jasno dogovorene rute upućivanja koje čuvaju bezbednost i poverljivost korisnika i osoblja. Empirijske studije beleže da su ova okruženja obeležena stalnom trijažom, brzim odlukama i isprepletanošću humanitarnih i bezbednosnih režima, što pojačava emocionalni rad osoblja (Minca, 2021; Zocchi, 2024).

U prijemu i tranzitu, timovi se prilagođavaju talasima kretanja i promenama ruta. Takvi nalazi objašnjavaju zašto u praksi dominira rad u mešovitim, višejezičnim timovima i zašto planiranje zavisi od stalnog prilagođavanja operativnih zadataka terenu i međusektorske koordinacije (Zocchi, 2024). Za stručnjake to znači oslanjanje na posrednike i prevodioce, rad u mešovitim timovima i brze odluke o prioritetima, dok podaci međunarodnih organizacija služe za planiranje i ažuriranje mreže usluga.

U odgovorima na trgovinu ljudima, akademska literatura ukazuje na kompleksne, višefazne tokove slučajeva (identifikacija, bezbednost, pravna i psihosocijalna podrška, integracija) i na strukturne slabosti (neujednačeno finansiranje specijalizovanih servisa, otežan pristup odšteti) (Amerhauser, 2021). Studije slučaja teške radne eksploatacije dodatno dokumentuju operativne „uska grla“ i teret koordinacije za timove u Srbiji (ASTRA, 2024).

U sigurnim kućama i specijalizovanim centrima, rad je kombinacija kriznih intervencija, pravne podrške i psihosocijalnog rada, a stabilnost usluga direktno zavisi od kontinuiteta finansiranja i lokalnih mreža

upućivanja; to je vidljivo u regionalnim evaluacijama i studijama o rodnim dimenzijama migracija u BiH i šire (USAID, 2024).

Terenski rad mobilnih timova odvija se u dinamičnim i često nepredvidivim uslovima. Istraživanja u graničnim zonama pokazuju da se „pritisak“ na određene tačke terena menja i organizacija posla, uključujući rotaciju zadataka, kratke vremenske prozore za procenu i potrebu za stalnim zajedničkim brifinzima sa javnim službama (Glomazić i Mikić, 2022; Zocchi, 2024). U takvim okolnostima ženske i dečije specifične ranjivosti (GBV, barijere pristupa) pojačavaju zahtev za specijalizovanim upućivanjem i kulturno-jezičkim posredovanjem (Tan i sar., 2022).

Za osoblje na prvoj liniji, rizici sekundarne traumatizacije i izgaranja su dobro dokumentovani u meta-sintezama i pregledima, sa jasnim nalazima da učestalost susreta sa narativima nasilja, neizvesnost ishoda i visoka brzina donošenja odluka povećavaju opterećenje (Greinacher et al., 2019), dok jasno definisane uloge i dostupna supervizija imaju protektivni efekat (Glomazić, 2020; Tynenydd, 2020).

Ukupno posmatrano, kvalitet operativne procedure i mehanizama upućivanja, nivo koordinacije sa državnim službama i stabilnost finansiranja određuju da li će afektivni teret posla ostati na pojedincima ili će biti raspodeljen kroz tim i mrežu. Kada ove poluge nisu postavljene, teret rada preliva se u dužine slučajeva, neujednačen kvalitet brige i veći lični rizik za pomagače (Minca, 2021; Zocchi, 2024).

4.5. Uslovi rada i politike

U javno-civilnom sektoru Zapadnog Balkana radni aranžmani su pretežno projektni, uz česte diskontinuitete finansiranja koji otežavaju stabilnost timova, kontinuiranu superviziju i planiranje obuka (BCSDN, 2025). Istovremeno, zemlje regiona formalno preuzimaju evropski OSH okvir, ali primena procena psihosocijalnih rizika i pripadajućih mera prevencije ostaje neujednačena; aktuelni pregledi EU naglašavaju da psihosocijalni rizici moraju biti sistematski uključeni u procene i planove prevencije na nivou organizacija.

Dužnost brige prema zaposlenima i volonterima operacionalizovana je kroz međunarodne standarde, pa se između ostalog preporučuje priprema pre terena, kontinuirani nadzor i podrška po završetku angažmana, uz operativne mere kao što su rotacija zadataka, planirani debriefinzi i budžetirana supervizija (Antares, 2012).

Specifični konteksti zahtevaju jasne uloge i protokole. U mehanizmima borbe protiv trgovine ljudima istovremeno se beleže napredak procedura i praznine (razgraničenje uloga, pristup bezbednom smeštaju), što povećava opterećenje timova (GRETA, 2023). U prihvatnim i tranzitnim okruženjima presudni su rute upućivanja, jasni opisi posla i pravila razmene podataka, naročito u zaštiti dece i u odgovoru na rodno zasnovano nasilje (UNICEF Serbia, 2016; UNFPA, 2019). U sigurnim kućama i specijalizovanim servisima kvalitet usluge oslanja se na stabilno finansiranje, standardizovane obuke i superviziju (UN Women Serbia, 2021).

Pokazuje se da psihološka bezbednost, jasnoća uloga i dostupna supervizija mogu da smanje napstosti i stres među pomagačima, te poboljšavaju ishode brige.

5. ZAŠTITNI FAKTORI I PREVENCIJA SEKUNDARNE TRAUMATIZACIJE

5.1. Pojmovni okvir

Zaštitni faktori u kontekstu sekundarne traumatizacije predstavljaju skup individualnih, interpersonalnih, organizacionih i sistemskih resursa koji smanjuju verovatnoću pojave i intenzitet posledica posredne izloženosti tuđoj traumi, ubrzavaju oporavak i održavaju profesionalnu delotvornost i kvalitet usluge (SAMHSA, 2014). Prevencija, u tom smislu, nije jednokratani postupak, već planski i kontinuiran način organizovanja rada kojim se dozira izloženost, obezbeđuju i održavaju resursi podrške, jačaju kompetencije i granice i uvodi praćenje sa ranim reagovanjem; to je primarno odgovornost institucija i sistema, a ne samo pojedinca (Bakker i Demerouti, 2007; Demerouti i sar., 2001; SAMHSA, 2014; Stamm, 2010).

Takođe, zaštita nije puka odsutnost rizika niti zbir osobina ličnosti. Reč je o dinamičkim polugama koje menjaju odnos između zahteva posla i psiholoških ishoda, ublažavaju stresore i jačaju kapacitete za oporavak, pri čemu su efekti kumulativni i kontekst-zavisni (Bakker i Demerouti, 2007; Demerouti i sar., 2001).

Celovit pristup pruža jasan okvir za slojevito građenje zaštite i teče od pojedinca (samoregulacija, rezilijentnost, samoeфикаsnost, profesionalne granice), preko odnosa i timova (supervizija, intervizija, mentorska podrška, kohezija), do organizacionih aranžmana (realistična raspodela opterećenja, rotacije, protokoli za rad sa traumatskim sadržajem, kultura koja normalizuje traženje pomoći) i šireg okruženja (zakonski i finansijski okvir, standardi i mreže) (SAMHSA, 2014).

Model zahteva i resursa posla (JD–R) precizira mehanizam prema kome resursi na individualnom, timskom i organizacionom nivou amortizuju štetne efekte visokih zahteva i istovremeno podstiču angažovanost i profesionalno zadovoljstvo kao pozitivne ishode. U radu sa traumatskim sadržajem važan resurs je i zadovoljstvo pomaganjem kao protektivna dimenzija profesionalnog kvaliteta života (Bakker i Demerouti, 2007; Demerouti i sar., 2001; Stamm, 2010).

Trauma senzitivna praksa definiše principe po kojima se ovi okviri pretvaraju u svakodnevnu rutinu koja podrazumeva bezbednost i predvidljivost, poverenje i transparentnost, izbor, saradnju i osnaživanje zaposlenih. U kriznim uslovima, brza psihološka pomoć oslonjena na

elemente bezbednosti, smirenja, samoučinkovitosti i povezanosti predstavlja prikladan odgovor koji ne patologizuje normalne reakcije na nenormalne događaje (Hobfoll i sar., 2007; SAMHSA, 2014;).

Iz ovih oslonaca proizlaze strateški ciljevi prevencije. Konkretno, to znači da treba redukovati preventabilnu izloženost i optimizovati tok rada; obezbediti dostupnu, kvalitetnu superviziju i timsku podršku; graditi i održavati kompetencije i metaveštine koje omogućavaju samoregulaciju i refleksivnu praksu; te institucionalizovati brigu o pomagačima kao standard kvaliteta usluge - sa naglašenom prilagodbom merama koje su skalabilne, niskotroškovne i kulturno primerene kontekstu (SAMHSA, 2014; Stamm, 2010).

5.2. Zaštitne poluge i mere

Zaštita i prevencija sekundarne traumatizacije organizuju se kroz jasno definisane poluge na četiri nivoa: pojedinac, tim, organizacija i sistem. Okvir čine načela trauma-svesne prakse i model zahteva i resursa posla (JD–R), u kome su dostupni resursi povezani sa manjim opterećenjem pod visokim zahtevima i povezani sa većom angažovanošću (Bakker i Demerouti, 2007; Demerouti i sar., 2001; SAMHSA, 2014). U radu sa traumatskim sadržajem ovaj okvir dopunjavaju elementi brze psihološke pomoći koji stabilizuju bezbednost, smirenje, delotvornost, povezanost i nadu (Hobfoll i sar., 2007) i smernice o mentalnom zdravlju na radu koje naglašavaju zajedničku odgovornost poslodavca i zaposlenih (WHO, 2022a).

Na nivou pojedinca cilj je očuvanje sposobnosti samoregulacije i postavljanje jasnih granica izlaganja. Kratke, standardizovane vežbe pokazuju smanjenje psihološkog distresa u zahtevnim radnim okruženjima, posebno kada su priznate kao deo radnog vremena. Kada su ove prakse priznate kao deo radnog vremena, smanjuje se akumulacija pobuđenosti i čuva se doživljaj smisla i ličnog postignuća. Upravo ta dimenzija smisla, deluje kao protektivna u odnosu na iscrpljenost i ST (Stamm, 2010). Briga o sebi (self-care) je u tom kontekstu naučena i podržana praksa, a ne privatna obaveza, jer je utemeljena u politikama i kulturi rada (SAMHSA, 2014; WHO, 2022a).

Na nivou tima glavni amortizer nastaje kroz kvalitetnu superviziju, doslednu refleksivnu praksu i dostupnu vršnjačku podršku. Neki pregledi, rađeni na populaciji medicinaru, ukazuju da strukturisane refleksivne grupe i

programi *peer-support* mogu poboljšati dobrobit i kolegijalnost kada su kompetentno vođeni i stabilni u rasporedu (Leung i sar., 2023; Shapiro i Galowitz, 2016). Nasuprot tome, jednokratni psihološki debriefing nije preporučena preventivna mera zbog nedovoljno izraženih efekata, pa se umesto toga preporučuje psihološka prva pomoć, praćenje i rana, ciljana terapija (NICE, 2018).

Na nivou organizacije presudne su strukturne odluke koje određuju ritam i intenzitet izlaganja i obezbeđuju brigu o osoblju. U praksi to uključuje ograničavanje uzastopnih sati na emocionalno teškim zadacima, rotacije ka zadacima nižeg rizika, planirano zaštićeno vreme bez prekida, fizičke i digitalne prostore za oporavak, označavanje materijala i izbegavanje slanja teškog sadržaja van radnog vremena, uz obuke za menadžere i zaposlene (SAMHSA, 2014; SAMHSA, 2023). Sinteze nalaze da su organizaciono usmerene intervencije u proseku povezane sa trajnijim smanjenjem sagorevanja nego izolovani individualni treninzi (Panagioti i sar., 2017; West i sar., 2016). Ovaj pristup je u skladu sa preporukama o dobrobiti na radu (WHO, 2022a).

Na nivou sistema i međuinstitucionalnih mreža standardi i zajedničke procedure pretvaraju opšte smernice u održivu praksu. IASC smernice preporučuju slojevite sisteme podrške sa jasno podeljenim ulogama u kriznim okruženjima (IASC, 2007); Antares dokument operacionalizuje dužnost brige u humanitarnom sektoru, uključujući odmor i rotacije na teškim lokacijama (Antares, 2012); UNHCR uputstva povezuju superviziju, rute upućivanja i pristup podršci sa specifičnim rizicima posla (UNHCR, 2015). Okviri kvaliteta i odgovornosti traže da se dobrobit meri i neguje kroz mali skup smislenih indikatora i zajednički jezik u timovima, što olakšava poređenje i učenje među organizacijama (IASC, 2021; CHS Alliance, 2019).

Kada su ove poluge dosledno aktivirane, izloženost postaje dozirana i predvidljiva, podrška je dostupna pre krize, a oporavak je deo radnog dana. Upravo takve kombinacije strukturnih, timskih i individualnih rešenja pokazuju najstabilniji efekat na smanjenje sagorevanja i rizika od sekundarne traumatizacije (Panagioti i sar., 2017; SAMHSA, 2014; West i sar., 2016; WHO, 2022a).

5.3. Empirijska osnova za zaštitne poluge i mere

Istraživanja pokazuju da zaštita najbolje deluje kada je višeslojna, odnosno kada lične veštine, timska podrška i organizacione promene deluju zajedno. Najstabilnije efekte u praksi daje način na koji je rad osmišljen i vođen; individualne i timske mere taj efekat pojačavaju i održavaju (Panagioti i sar., 2017; West i sar., 2016).

Na nivou pojedinca, kratke i jasno strukturisane vežbe samoregulacije u više studija su povezane sa smanjenjem psihološkog opterećenja. U jednoj studiji program Self-Help Plus primenjen kod radnika u gerijatriji bio je povezan sa nižom anksioznošću i posttraumatskim simptomima u odnosu na aktivnu kontrolu (Riello i sar., 2021). Slični obrasci su izvešteni i kod zdravstvenih radnika uz pad ukupnog stresa i poboljšanje sna (Li i sar., 2024).

Programi svesne pažnje i samosaosećanja u metaanalizama pokazuju umerena smanjenja stresa i sagorevanja, uključujući i primarnu zdravstvenu zaštitu (Lomas i sar., 2019; Salvado i sar., 2021). Kod medicinskih sestara nalazi upućuju i na pad zamora saosećanja (Hayajneh i sar., 2024). Pregled intervencija samosaosećanja beleži ohrabrujuće efekte na STS, ali uz potrebu za dodatnim preciznim ispitivanjima (Rushforth i sar., 2023). Efekti su izraženiji kada su ove rutine vremenski zaštićene i normalizovane u ritmu smene.

Timska i relaciona zaštita oslanjaju se na „mrežu oslonca“. Kvalitet radne i šire socijalne podrške među najjačim je korelatima nižeg sekundarnog traumatskog stresa (Hensel i sar., 2015). Supervizija i strukturisana razmena slučajeva stvaraju bezbedan prostor za emocionalnu i etičku elaboraciju teških situacija, a refleksivne grupe i vršnjačka podrška povećavaju psihološku sigurnost i zadržavanje kadra kada su kompetentno vođene i redovne (Leung i sar., 2023; Maben i sar., 2021; Taylor i sar., 2018).

Organizacione politike deluju kao „tampon“ između zahteva i zdravlja tima. Humanitarne smernice traže upravljanje opterećenjem, planirane rotacije i obavezne periode odmora pre, tokom i posle angažmana, uz post-misijsku podršku (Antares, 2012). U praksi to znači ograničenja broja „teških“ slučajeva u jedinici vremena, predvidive odmore i rotacije ka zadacima nižeg rizika ka zadacima nižeg rizika (Antares, 2012). Ovakva strukturna rešenja su proseku povezana sa trajnijim smanjenjem sagorevanja nego izolovani individualni programi (Panagioti i sar., 2017; West i sar., 2016).

Praćenje i rana intervencija drže sistem funkcionalnim. ProQOL odvojeno meri sekundarni traumatski stres, sagorevanje i zadovoljstvo pomaganjem,

pa omogućava ranu detekciju pogoršanja i procenu učinka mera kroz vreme (Stamm, 2010). Usto, jednostavne „brze staze“ do poverljivog savetovanja i mali skup smislenih pokazatelja dobrobiti i izloženosti spadaju u preporučenu dobru praksu (CHS Alliance, 2019; IASC, 2021).

Zajednička smernica ovih nalaza može upućivati na to da zaštita ima najveći učinak kada je ukorenjena u radu i slojevito raspoređena. Kratke vežbe i vođena refleksija podižu lični kapacitet, timska podrška ga amortizuje u kontaktu sa teškim sadržajem, a dobro strukturisan dizajn posla obezbeđuje trajnost i dostupnost tog kapaciteta (Leung i sar., 2023; Riello i sar., 2021; West i sar., 2016).

5.4. Indikatori i evaluacija

Indikatori i evaluacija operacionalizuju zaštitu od sekundarne traumatizacije, pa obezbeđuju uvid u to da li politike i prakse stvarno smanjuju opterećenje i čuvaju kvalitet rada, umesto da ostanu deklarativne preporuke (IASC, 2021; WHO, 2022a). Za tu svrhu pokazao se korisnim okvir struktura-proces-ishod, koji povezuje obezbeđene resurse, način sprovođenja i rezultate za zaposlene i korisnike (Donabedian, 1988; IASC, 2021).

Indikatori procesa zasnivaju se na faktorima koji predviđaju STS. Meta-analize ukazuju da veći udeo traumatskih slučajeva i češći kontakt sa teškim sadržajima koreliraju sa višim STS, dok radna i socijalna podrška imaju protektivni efekat (Hensel i sar., 2015). Otuda je preporučljivo pratiti broj i udeo „teških“ slučajeva po periodu, trajanje ekspozicije, učestalost i regularnost supervizije, vreme do pristupa poverljivom savetovanju (Hensel i sar., 2015). Ovi pokazatelji povezuju strukturne mere (rasporedi, protokoli) sa očekivanim ishodima.

Takođe, podaci pokazuju da dizajn praćenja treba da prati ritam posla. Tako se preporučuje početno merenje, zatim kratka „puls“ ispitivanja u pravilnim razmacima, uz dodatna merenja posle serija teških događaja. Dobrom praksom se smatra kombinovanje kvantitativnih skala sa kratkim kvalitativnim uvidima (fokus-grupe, after-action razgovori) radi tumačenja promena i ranog uočavanja neželjenih efekata (IASC, 2021).

Autori smatraju da se kombinovanje merenja sa prilagođavanjem prakse povezuje sa većim i trajnijim efektima. Pregledi u zdravstvu beleže veća smanjenja sagorevanja kada se organizacione promene prate standardizovanim merenjima i koriste za korekciju rasporeda, procesa i podrške (Panagioti i sar., 2017; West i sar., 2016). U timskim formatima, pono-vljena merenja pre i posle refleksivnih sesija ukazuju na porast doživljene podrške

i psihološke sigurnosti, dok realistično evaluaciono istraživanje objašnjava mehanizme tog efekta (Maben i sar., 2021; Taylor i sar., 2018;).

Međunarodne organizacije u svojim vodičima i protokolima daju smernice za rukovanje podacima. Smatraju da prikupljanje treba da bude srazmerno cilju, uz zaštitu poverljivosti i jasnu korist za učesnike; nalazi treba da se redovno vraćaju timovima u razumljivom formatu i vode odlukama o rasporedima, superviziji i pristupu podršci (CHS Alliance, 2019; IASC, 2021; WHO, 2022).

Za operativnu upotrebu, odnosno procenu, dovoljan je mali, smislen skup pokazatelja. Čitanje trendova i povratna petlja merenje-korekcija-merenje povezuju se sa stabilnim smanjenjem opterećenja i boljom dobrobiti (Panagioti i sar., 2017; West i sar., 2016).

Zaključno, merenje STS ima smisla kada je konceptualno precizno, metodološki utemeljeno i usmereno na odluku. Jasno razdvajanje STS od sagorevanja, upotreba instrumenata koji beleže posrednu izloženost, uključivanje procesnih pokazatelja i praćenje trendova čine da evaluacija bude deo brige, a ne administrativna rutina (IASC, 2021; Stamm, 2010).

6. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

6.1. Istraživački okvir

Predmet istraživanja

Predmet istraživanja je izraženost sekundarne traumatizacije (STS) među pomagačkim profesijama u zemljama Zapadnog Balkana, operacionalizovane kroz tri dimenzije - intruziju, izbegavanje i pobuđenost - i ukupni STS skor, te njena povezanost sa ličnim, psihološkim, profesionalnim, korisničkim i organizacionim činiocima u institucionalnim okruženjima zaštite i psihosocijalne podrške.

Cilj istraživanja

Opšti cilj je da se utvrdi obrazac odnosa između nivoa STS i skupa ličnih, psiholoških, profesionalnih, korisničkih i organizacionih faktora, radi identifikacije rizičnih i zaštitnih činilaca u radu sa traumatskim sadržajima.

Istraživačka pitanja

1. U kojoj meri su dimenzije STS prisutne u ispitanoj populaciji i kako se raspoređuju kroz ključne podsisteme (domen, uloga, karakteristike korisnika)?
2. Sa kojim ličnim, psihološkim, profesionalnim, korisničkim i organizacionim faktorima su dimenzije STS najuže povezane?
3. Koji skup prediktora najbolje objašnjava varijansu intruzije, izbegavanja, pobuđenosti i ukupnog STS-a?
4. U kojoj meri rezilijentnost i organizacioni resursi, povezivanje i kapaciteti deluju zaštitno?
5. Da li su rad sa visoko traumatizovanim grupama povezani sa višim STS?

Hipoteze

H-opšta. Nivoi STS (dimenzije i ukupni skor) statistički su povezani sa ličnim, psihološkim, profesionalnim, korisničkim i organizacionim faktorima.

Specifične hipoteze:

H1: Nivoi sekundarne traumatizacije (STS) razlikuju se u odnosu na lične karakteristike ispitanika.

H2: Rezilijentnost je povezana sa STS i posreduje odnos između rizičnih i zaštitnih prediktora i STS.

H3: Nivoi STS razlikuju se u odnosu na profesionalne karakteristike i obrasce angažmana.

H4: Nivoi STS razlikuju se u odnosu na karakteristike populacije sa kojima se radi.

H5: Nivoi STS se razlikuju u odnosu na organizacione odrednice.

H6: Prediktori STS su pol, vrsta posla, dužina iskustva, tip korisnika i rad sa decom.

H7: Rezilijentnost ima medijatorski potencijal i ublažava efekat riziko faktora na ishode sekundarne traumatizacije.

6.2. Dizajn istraživanja i logika pristupa

Istraživanje je koncipirano kao kvantitativna studija preseka sprovedena među pomagačkim profesijama u zemljama Zapadnog Balkana. Prikupljanje podataka realizovano je onlajn anketom u periodu april-jun 2024., na N = 393 visokoobrazovana učesnika iz šest zemalja regiona, koji imaju iskustvo neposrednog rada sa korisnicima izloženim traumatskim sadržajima. Dizajn obuhvata standardizovane instrumente za procenu sekundarne traumatizacije (STSS) po dimenzijama (intruzija, izbegavanje, pobuđenost), kao i Skalu rezilijentnosti, Upitnik organizacionih faktora i Upitnik opštih podataka.

Logika pristupa je usklađena sa istraživačkim okvirom: kvantitativna studija preseka omogućava da se testiraju opšta i specifične hipoteze o povezanosti nivoa STS sa blokovima prediktora (lični, profesionalni, korisnički, organizacioni), kao i da se identifikuju rizični i zaštitni činioci. Ovaj pristup je adekvatan za mapiranje obrazaca, procenu snage veza i komparacije grupa u regionalno heterogenom kontekstu, uz transparentno izveštavanje deskriptivnih pokazatelja, veličina efekta i rezultata višestrukih regresionih modela.

6.3. Kontekst i ciljna populacija

Istraživanje obuhvata Zapadni Balkan (Srbija, BiH, Crna Gora, Severna Makedonija, Kosovo i Albanija) i različite tipove organizacija u kojima se pruža zaštita i podrška: prihvatni centri, skloništa za žene, centri za migrante i azil, nevladine organizacije i ostale koji pružaju psihosocijalnu pomoć tražiocima azila, migrantima, žrtvama nasilja i drugim osobama izloženim traumatskim iskustvima.

U uzorak spadaju stručnjaci koji neposredno rade sa osobama izloženim traumatskim iskustvima ili sa traumatskim sadržajima: psiholozi i psihoterapeuti, socijalni radnici, savetnici, kulturni medijatori i profesionalci koji rade u oblasti zdravstvene zaštite/psihijatri, a koji su angažovani u

pružanju usluga (u meri u kojoj profesionalno procesuiraju traumatske narative).

Izbor ove populacije je relevantan za istraživanje STS-a, jer su profesionalci iz ovih profesija sistematski izloženi tuđim traumatskim narativima i materijalima, rade u okruženjima sa promenljivim operativnim opterećenjem i ponekad neujednačenim protokolima, što povećava verovatnoću sekundarne traumatizacije. Regionalne specifičnosti (npr. mešovite migracije, postkonfliktno nasleđe, resursna heterogenost sistema) dodatno pojačavaju potrebu za mapiranjem rizičnih i zaštitnih faktora u ovoj populaciji.

6.4. Uzorkovanje i veličina uzorka

U istraživanju je korišćen neslučajni, namerni uzorak, regrutovan prigodnim uzorkovanjem (convenience) kroz institucionalne kanale i profesionalne mreže, uz elemente lančanog uzorkovanja (snowball).

Način regrutacije je primarno onlajn (link ka anketi), a učesnici su mogli proslediti poziv kolegama unutar istih organizacija i mreža. Tamo gde je bilo moguće, lokalni koordinatori su podržali distribuciju kroz službene kanale. U finalnu analizu uključeno je $N = 393$ učesnika iz šest zemalja regiona

Ispitanici su regrutovani kroz više kanala koji obuhvataju institucionalne i profesionalne mreže u zemljama Zapadnog Balkana: nevladine organizacije (NVO centri, skloništa i sigurne kuće), prihvatni i tranzitni centri u domenu mešovitih migracija i specijalizovani servisi (savetovališta). Distribucija poziva obavljena je putem zvaničnih mejl-lista institucija i udruženja i internih komunikacionih kanala.

U istraživanje su uključeni punoletni stručnjaci sa najmanje 6 meseci relevantnog iskustva u direktnom radu sa korisnicima izloženim traumatskim iskustvima ili u rukovanju traumatskim sadržajima (npr. svedočenja, vizuelni i audio materijali). Isključeni su odgovori koji ne zadovoljavaju kriterijume, koji su nepotpuni do mere da onemogućavaju skoriranje ključnih skala.

6.5. Procedura prikupljanja podataka

Podaci su prikupljeni u periodu april-jun 2024. Korišćena je bezbedna onlajn anketna platforma. Prosečno vreme popunjavanja iznosilo je oko 15 minuta.

Učešće je bilo dobrovoljno i anonimno, uz mogućnost odustajanja u bilo kom trenutku bez posledica. Nisu prikupljeni identifikacioni podaci koji bi

omogućili ličnu identifikaciju; tehnički metapodaci nisu korišćeni u analitičke svrhe.

6.6. Merni instrumenti

U istraživanju su korišćeni: Skala sekundarne traumatizacije (STSS-17), Skala rezilijentnosti (6 stavki), Upitnik organizacionih faktora (14 stavki) i Upitnik opštih podataka. U nastavku navodimo strukturu, primer ajtema, format i skoriranje, kao i pokazatelje validnosti i pouzdanosti u našem uzorku.

Skala sekundarne traumatizacije (STSS-17)

Skala meri tri dimenzije sekundarne traumatizacije: Intruziju, Izbegavanje i Pobuđenost (17 stavki). Konfirmativna analiza u našoj studiji potvrđuju trodimenzionalni model i dobru konstrukcionu validnost. Prve tri komponente obuhvataju oko 72% objašnjene varijanse ($KMO = 0,877$; Bartlett $p < 0,001$), uz zadovoljavajuća faktorska zasićenja po dimenzijama.

Format odgovora je Likert 1–5 za vremenski okvir „poslednjih 7 dana”; računaju se podskale i ukupan kompozitni skor (više = više simptoma STS). Primeri ajtema: „Imao/la sam uznemirujuće snove o svom radu sa klijentima” (intruzija), „Osećao/la sam se napeto/razdražljivo” (pobuđenost), „Izbegavao/la sam ljude, mesta i stvari koje me podsećaju na rad sa klijentima” (izbegavanje).

Pouzdanost u uzorku: vrlo visoka za podskale (Intruzija $\alpha = 0,919$; Izbegavanje $\alpha = 0,848$; Pobuđenost $\alpha = 0,882$) i ukupno $\alpha = 0,956$.

Skala rezilijentnosti (6 stavki)

U našem uzorku skala pokazuje jednofaktorsku strukturu (PCA/VARIMAX) i zadovoljavajuću podobnost za faktorsko modelovanje ($KMO = 0,619$; Bartlett $p < 0,001$). Odgovori su na Likert 1–5, izračunava se ukupan skor (više = veća rezilijentnost). Pouzdanost ukupnog skora je $\alpha = 0,775$ (ajtem-specifične α 0,711–0,925).

Upitnik organizacionih faktora (14 stavki)

EFA izdvaja tri komponente: (1) međusektorska povezanost (npr. partnerstva sa lokalnim/regionalnim organizacijama, NVO, pravnim i zdravstvenim službama), (2) dostupni resursi (informacioni, ljudski, materijalni), (3) unutrašnji kapaciteti (profesionalni, fizički, finansijski, administrativni). $KMO = 0,876$; Bartlett $p < 0,001$. Format odgovora je Likert 1-5, formiraju se tri skora (više = viši nivo povezanosti/

resursa/kapaciteta). Pouzdanost podskala: povezanost $\alpha = 0,879$; resursi $\alpha = 0,852$; unutrašnji kapaciteti $\alpha = 0,902$.

Upitnik opštih podataka

Korišćen je i Upitnik opštih podataka (pol, starost, bračno stanje, obrazovanje) radi prikupljanja demografskih i profesionalnih pokazatelja.

6.7. Operacionalizacija varijabli

Zavisna varijabla

Zavisnu varijablu u svim analizama predstavlja sekundarna traumatizacija (odnosno STS), operacionalizovana kroz tri kontinuirane dimenzije - intruziju, izbegavanje i pobuđenost - kao i kroz kompozitni skor. Više vrednosti na podskalama i ukupnom skoru tumače se kao viši nivoi STS simptoma.

Nezavisne varijable

U našem istraživanju nezavisnu varijablu smo definisali kroz:

Lične karakteristike: pol, starost, obrazovanje; specifične profesionalne obuke i iskustva (terapeutske obuke, trauma-obuke, interkulturalne obuke, međunarodno iskustvo, licenca).

Psihološke karakteristike: rezilijentnost (jednodimenzionalna skala).

Profesionalne karakteristike: vrsta posla (samostalne i kombinovane prakse), broj istovremenih poslova, terenski rad, dužina iskustva u psihoterapijskom radu, vreme provedeno u ulozi pružaoca usluga, približan broj korisnika usluga.

Karakteristike korisnika: rad sa specifičnim grupama (tražiocima azila, migranti, žrtve nasilja, žrtve trgovine ljudima), dominantne starosne grupe korisnika (deca, mladi, odrasli, stari), uobičajeni psihološki problemi korisnika (depresija, anksioznost, poremećaji spavanja, tuga, bes, agresivnost, disocijacija i utučenost).

Organizacijske odrednice: međusektorsko povezivanje (kompozitni skor), dostupni resursi (kompozitni skor) i unutrašnji kapaciteti (kompozitni skor).

Rezilijentnost se primarno tretira kao nezavisna varijabla a ispitan je i njen medijatorski potencijal.

6.8. Statistička obrada podataka

Izbor strategije analize podataka predstavljao je ključnu fazu statističke obrade, a zasnovan je na istraživačkom problemu, postavljenim hipotezama i nacrtu istraživanja. U prvom koraku sprovedena je deskriptivna statistička

analiza, kojom su izračunate mere centralne tendencije (M , Me , Mod), mere varijabilnosti (SD , minimalna i maksimalna vrednost, percentilne vrednosti), kao i pokazatelji oblika distribucije (skjunis, kurtosis) i test normalnosti (Kolmogorov–Smirnov test). Za kategoričke promenljive prikazana je raspodela učestalosti i procenata u tabelama frekvencija.

U svrhu provere metrijskih karakteristika Skale sekundarne traumatizacije, Skale rezilijentnosti i Upitnika organizacionih karakteristika sprovedena je Eksploratorna (EFA) i Konfirmatorna (CFA) faktorska analiza sa ciljem ispitivanja latentne strukture faktora i procene konstrukcione validnosti instrumenata.. Analiza je realizovana metodom glavnih komponenti uz ortogonalnu *VARIMAX* rotaciju. Prikladnost podataka za faktorsku analizu potvrđena je visokim indeksom adekvatnosti uzorka prema Kaiser–Meyer–Olkin kriterijumu, uz statistički značajan Bartlettov test sferičnosti. Pouzdanost skala procenjena je putem koeficijenta interne konzistencije (Cronbach α), čime je ispitana homogenost ajtema unutar svake podskale i kompozitnog skora.

U drugoj fazi, radi ispitivanja razlika u nivou sekundarne traumatizacije i njenih dimenzija (intruzivnost, izbegavanje, pobuđenost) u odnosu na sociodemografske i profesionalne karakteristike. Bez obzira na uočena odstupanja od normalne distribucije, zbog veličine uzorka ($N > 300$) i poznate robusnosti parametarskih metoda u ovakvim uslovima, u daljoj statističkoj obradi primenjene su tehnike parametarske statistike. U zavisnosti od prirode podataka primenjeni su: t test za nezavisne uzorke, Jednofaktorska analiza varijanse (ANOVA) i Hi kvadrat test (χ^2). Statistička značajnost zaključivana je na osnovu p vrednosti. U završnoj fazi analize, radi ispitivanja prediktorskih faktora sekundarne traumatizacije, primenjena je višestruka linearna regresija (*stepwise* metoda), čime je omogućena identifikacija najrelevantnijih nezavisnih promenljivih i procena njihovog doprinosa objašnjenju varijanse zavisne promenljive.

Za ispitivanje medijatorske funkcije rezilijentnosti u odnosu između riziko faktora i sekundarne traumatizacije, primenjena je analiza medijacije u okviru strukturnog modelovanja. Ovaj pristup omogućio je istovremeno testiranje direktnih i indirektnih efekata, uz procenu statističke značajnosti posrednog uticaja rezilijentnosti na sveukupni nivo sekundarne traumatizacije i njenih pojedinačnih dimenzija.

Za obradu obradu podataka korišćen je IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Za ispitivanje medijacije korišćen je *IBM AMOS*, verzija 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U ovom delu rada biće predstavljeni rezultati sprovedenog istraživanja, sa ciljem da se prikažu glavni nalazi i obrasci dobijeni statističkom obradom podataka. Rezultati su prikazani kroz tabele i tekstualne opise, uz navođenje najvažnijih uvida relevantnih za postavljene istraživačke ciljeve i hipoteze. Prikaz podataka organizovan je tako da omogući jasno sagledavanje povezanosti između osnovnih varijabli i uočavanje ključnih tendencija u uzorku.

Podaci o ispitanicima

Na početku, prikazani su podaci o karakteristikama uzorka i to: opšti podaci, informacije o profesionalnom iskustvu, karakteristikama korisnika sa kojima rade, kao i organizacionim kapacitetima institucija u kojima pružaju usluge. Najpre su predstavljeni opšti sociodemografski podaci o ispitanicima, uključujući distribuciju po polu, starosti, državi porekla, bračnom statusu i obrazovanju, zatim podaci o dodatnim profesionalnim kvalifikacijama i specijalizovanim obukama. Nakon toga su prikazane informacije o vrsti i prirodi posla koji ispitanici obavljaju, dužini i obimu njihovog profesionalnog angažmana, te približnom broju korisnika sa kojima su imali iskustvo u radu. U narednim tabelama dati su podaci o tipovima i starosnoj strukturi korisnika, kao i o najčešćim problemima sa kojima se korisnici suočavaju. Na kraju su prikazane procene ispitanika o stepenu povezanosti i saradnje njihovih organizacija sa drugim službama, kao i o dostupnosti resursa i adekvatnosti organizacionih kapaciteta.

7.1. Opšti podaci o ispitanicima

Tabela 1. Opšti podaci o ispitanicima

		Frekvencija (f)	Procentat (%)
Pol	Muški	91	23,2%
	Ženski	302	76,8%
	Svi	393	100,0%
Starost	23 - 33	89	22,6%
	34 - 43	188	47,8%
	44 - 53	75	19,1%
	54 - 67	41	10,4%
	Svi	393	100,0%
Država	Srbija	103	26,2%
	Bosna i Hercegovina	72	18,3%
	Crna Gora	56	14,2%
	Severna Makedonija	51	13,0%
	Kosovo	52	13,2%
	Albanija	59	15,0%
	Svi	393	100,0%
Bračno stanje	Neoženjen/neudata	119	31,5%
	Oženjen/udata	208	55,0%
	Razveden/razvedena / Samac/samica	39	10,3%
	Udovac/udovica	12	3,2%
	Svi	378	100,0%
Obrazovanje	Osnovno obrazovanje	0	0,0%
	Srednje obrazovanje	0	0,0%
	Visoko obrazovanje (diploma)	276	70,2%
	Postdiplomske studije/doktorat	117	29,8%
	Svi	393	100,0%
Terapeutksa obuka	Da	128	34,3%
	Ne	245	65,7%
	Svi	373	100,0%
Specifična obuka o traumi	Da	170	43,3%
		Frekvencija (f)	Procentat (%)

Starost: Min = 23, Max = 67, $M = 40,20$, $SD = 9,30$.

Uzorak čini $N = 393$ ispitanika od čega je iz Srbije 26,2%, Bosne i Hercegovine 18,3%, Albanije 15,0%, Crne Gore 14,2%, Kosova 13,2% i Severne Makedonije 13,0%. Distribucija uzorka po polu pokazuje izraženu disproporciju u korist ispitanika ženskog pola, koji čine 76,8% ukupnog uzorka, dok muški ispitanici učestvuju sa 23,2%. Uključeni su ispitanici starosti Min = 23 do Max = 67 godina, uz prosečnu starost $M = 40,20$, $SD = 9,30$. Najveći udeo ispitanika pripada grupi od 34 do 43 godina (47,8%), dok su ostale starosne kategorije zastupljene sa 22,6% (23–33 godine), 19,1% (44–53 godine) i 10,4% (54–67 godina). U odnosu na bračni status, najbrojnija je

kategorija oženjenih/udatih (55,0%), dok su neoženjeni/ neudate zastupljeni sa 31,5%, razvedeni/razvedene i samci/samice sa 10,3%, a udovci/udovice sa 3,2%. S obzirom da uzorak čine pomagačke profesije, 70,2% poseduje visoko obrazovanje, dok 29,8% ima završen postdiplomski ili doktorski nivo studija. Posmatrano kroz prizmu profesionalnih kvalifikacija, 34,3% ispitanika navodi da je prošlo neku formu terapijske obuke, dok većina (65,7%) nema takvo iskustvo. Specifičnu obuku o traumi završilo je 43,3% učesnika, dok stručne licence za obavljanje posla pružaoca usluga poseduje 62,3% ispitanika. Dodatno, 69,1% je prošlo neku formu interkulturalne obuke. Međunarodno ili interkulturalno iskustvo uopšte poseduje 51,7% učesnika.

7.2. Profesionalno iskustvo u poslu pružaoca usluga

Tabela 2. Profesionalno iskustvo u poslu pružaoca usluga

		Frekvencija (f)	Procenat (%)
*Vrsta posla	Psihoterapija i savetovanje	243	61,8%
	Socijalni rad	232	59,0%
	Kulturna medijacija	54	13,7%
	Zdravstvena zaštita	37	9,4%
Vrsta posla	Psihoterapija/savetovanje	73	20,8%
	Socijalni rad	83	23,6%
	Zdravstvena zaštita	20	5,7%
	Psihoterapija/savetovanje i socijalni rad	112	31,9%
	Psihoterapija/savetovanje, kulturna medijacija	21	6,0%
	Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	20	5,7%
	Drugo	22	6,3%
	Total	351	100,0%
Posao uključuje terenski rad	Da	101	25,7%
	Ne	292	74,3%
	Total	393	100,0%
Broj poslova	1	187	47,6%
	2	110	28,0%
	3	82	20,9%
	4	14	3,6%
	Total	393	100,0%
Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine)	≤ 1	22	14,7%
	2 - 5	62	41,3%
	6 - 10	23	15,3%
	11 - 25	43	28,7%
	Total	150	100,0%
Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga (godine)	≤ 1	11	3,0%
	2 - 5	119	32,9%
	6 - 10	95	26,2%
	11 - 29	137	37,8%
	Total	362	100,0%
		Frekvencija (f)	Procenat (%)

*Pitanje sa višestrukim izborom, zbir ne doseže 100%.

Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine): Min = 1, Max = 25, $M = 7,78$, $SD = 6,91$.

Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga (godine): Min = 0,5, Max = 29, $M = 9,84$, $SD = 7,12$.

Distribucija ispitanika u odnosu na profesionalno iskustvo pokazuje da je u okviru pitanja sa višestrukim izborom, psihoterapija i savetovanje najzastupljenija oblast delovanja (61,8%), dok se socijalnim radom bavi 59,0% ispitanika, kulturnom medijacijom 13,7%, a zdravstvenom zaštitom 9,4%. Profesionalni angažman ispitanika u realnim uslovima rada često podrazumeva istovremeno obavljanje više različitih poslova na terenu. Zbog takve prirode rada, varijabla koja je inicijalno bila postavljena kao pitanje sa višestrukim izborom transformisana je u jedinstvenu kategorijalnu varijablu koja obuhvata sve relevantne kombinacije zanimanja. Na taj način obezbeđeno je preciznije razumevanje složenosti profesionalnih uloga učesnika i izbegnuto je višestruko brojanje pojedinaca u više kategorija, što bi moglo dovesti do netačne interpretacije podataka. Tako prekategorišana varijabla o vrsti posla ukazuje da se isključivo psihoterapijom/ savetovanjem bavi 20,8%, socijalnim radom 23,6%, zdravstvenom zaštitom 5,7%. Kombinacijom psihoterapije/savetovanja i socijalnim radom bavi se 31,9%, psihoterapijom/savetovanjem i kulturnom medijacijom bavi se 6,0% ispitanika, dok se psihoterapijom/ savetovanjem, socijalnim radom i kulturnom medijacijom bavi 5,7%. Ostale kombinacije poslova manje su od 5% u uzorku posmatrano pojedinačno, a zajedno čine 6,3%.

Terenski rad uključuje 25,7% ispitanika, dok ga 74,3% ne obavlja. Kada je reč o broju poslova, skoro 50% učesnika (47,6%) angažovana je na jednom poslu, 28,0% na dva, 20,9% na tri, a najmanji udeo (3,6%) na četiri posla. Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu kreće se od Min = 1 do Max = 25 godina sa prosekom od $M = 7,78$ ($SD = 6,91$), pri čemu 41,3% učesnika ima 2-5 godina prakse, 28,7% poseduje 11-25 godina iskustva, 15,3% je angažovano 6-10 godina, dok 14,7% ima godinu ili manje iskustva. Slično tome, vreme provedeno na poslu pružaoca usluga uopšte pokazuje da su ispitanici na ovim poslovima od Min = 0,5 godina do Max = 29 godina sa prosečno $M = 9,84$ godina ($SD = 7,12$). Posmatrano pokategorijama, 37,8% ispitanika u ovoj ulozi je 11–29 godina, 32,9% 2–5 godina, 26,2% 6–10 godina, dok samo 3,0% ima iskustvo kraće od godinu dana.

Ukupno 16,7% ispitanika navodi iskustvo rada sa jednim korisnikom, 15,6% sa dva korisnika, a 15,4% sa tri korisnika, dok 52,3% učesnika izveštava o radu sa četiri ili više korisnika.

7.3. Karakteristike korisnika

Tabela 3. Karakteristike korisnika

		Frekvencija (f)	Procentat (%)
*Tip korisnika	Tražiocima azila	114	29,0%
	Migranti	134	34,1%
	Žrtve nasilja	305	77,6%
	Žrtve trgovine ljudima	81	20,6%
Starosne grupe korisnika	Deca (1 – 12 g.)	12	3,3%
	Mladi (13 – 17 g.)	107	29,3%
	Mlađi odrasli (18 – 25 g.)	63	17,3%
	Odrasli (18 – 64 g.)	154	42,2%
	Stari (65 g. i više)	29	7,9%
	Total	365	100,0%
*Uobičajeni problemi vezani za psihološku pomoć	Depresija	222	56,5%
	Anksioznost	273	69,5%
	Tuga	260	66,2%
	Bes	207	52,7%
	Agresivnost	194	49,4%
	Disocijacija	109	27,7%
	Utučenost	113	28,8%
	Poremećaj spavanja	201	51,1%

*Pitanje sa višestrukim izborom, zbir ne doseže 100%.

Analiza karakteristika korisnika usluga ukazuje da su pružaoци usluga najčešće u kontaktu sa žrtvama nasilja (77,6%), zatim migrantima (34,1%), tražiocima azila (29,0%), dok su žrtve trgovine ljudima zastupljene sa 20,6%. Posmatrano po starosnim grupama korisnika, dominiraju odrasli od 18 do 64 godine (42,2%), potom mladi od 13 do 17 godina (29,3%) i mlađi odrasli od 18 do 25 godina (17,3%), dok su stariji od 65 godina zastupljeni sa 7,9%, a deca od 1 do 12 godina sa 3,3%. Uobičajeni problemi zbog kojih se traži psihološka pomoć najčešće je anksioznost (69,5%) i tuga (66,2%), potom depresija (56,5%), bes (52,7%) i poremećaji spavanja (51,1%), dok je agresivnost prisutna kod 49,4%, utučenost kod 28,8% i disocijacija kod 27,7% korisnika.

7.4. Sekundarna traumatizacija i podaci o ispitanicima

Tabela 4. Intruzija, izbegavanje, pobuđenost i opšti podaci o ispitanicima

	Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
Pol, <i>p</i>			
Muški	9,18 (1,74)	14,75 (2,83)	9,6 (2,19)
Ženski	11,47 (4,63)	15,41 (6,64)	11,86 (4,66)
Starost (godine) , <i>p</i>	<0,001	0,353	<0,001
23 - 33	9,99 (2,71)	14,93 (3,5)	10,38 (3,1)
34 - 43	10,08 (3,04)	13,63 (4,4)	10,36 (2,99)
44 - 53	13,87 (5,56)	19,35 (7,91)	14,00 (5,85)
54 - 67	11,56 (6,21)	15,8 (8,43)	13,07 (5,8)
Država, <i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Srbija	10,2 (4,08)	14,02 (5,64)	11,06 (4,62)
Bosna i Hercegovina	11,06 (2,85)	14,57 (3,12)	11,28 (2,22)
Crna Gora	13,25 (5,73)	18,32 (8,39)	12,5 (5,85)
Severna Makedonija	9,96 (3,43)	15,37 (6,06)	11 (2,96)
Kosovo	11,23 (4,41)	17,02 (5,94)	13,02 (4,39)
Albanija	10,46 (4,15)	13,81 (5,19)	9,63 (4,31)
Bračno stanje, <i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Neoženjen/neudata	9,05 (2,21)	13,82 (3,21)	9,87 (3,42)
Oženjen/udata	11,38 (3,97)	15,67 (5,71)	11,81 (3,79)
Razveden/razvedena / Samac/samica	14,05 (7,43)	18,08 (11,49)	13,82 (7,56)
Udovac/udovica	14,67 (0,98)	18,67 (0,49)	14 (0)
Obrazovanje, <i>p</i>	0,105	0,014	0,881
Visoko obrazovanje (diploma)	11,16 (3,61)	15,74 (5,1)	11,36 (3,45)
Postdiplomske studije/doktorat	10,4 (5,45)	14,13 (7,53)	11,29 (5,91)
Terapeutska obuka, <i>p</i>	0,368	0,454	0,097
Da	11,32 (5,53)	15,44 (8,12)	12,09 (5,71)
Ne	10,89 (3,57)	14,94 (4,77)	11,31 (3,34)
Specifična obuka o traumai, <i>p</i>	0,427	0,498	0,028
Da	10,74 (5,22)	15,02 (7,17)	10,92 (3,44)
Ne	11,09 (3,34)	15,44 (4,86)	11,89 (5,22)
Stručne licence za posao pružaoca usluga, <i>p</i>	0,084	<0,001	0,062
	Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
Ne	10,46 (2,97)	16,4 (6,6)	10,82 (3,26)
Neka vrsta interkulturalne obuke, <i>p</i>	0,034	0,346	0,991
Da	10,65 (4,53)	15,51 (5,96)	11,37 (4,78)
Ne	11,63 (3,58)	14,89 (6,04)	11,38 (3,16)
Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte, <i>p</i>	0,001	<0,001	<0,001
Da	10,18 (3,29)	13,81 (4,68)	9,94 (3,2)
Ne	11,65 (4,89)	16,58 (6,7)	12,65 (4,8)

T testom za velike nezavisne uzorke i ANOVA testom ispitane su razlike u izraženosti intruzije, izbegavanja i pobuđenosti u odnosu na opšte podatke o ispitanicima.

Uočene su statistički značajne razlike u sve tri dimenzije sekundarne traumatizacije u odnosu na pol ispitanika. Žene su postigle više prosečne vrednosti u odnosu na muškarce na svim dimenzijama: intruzija ($M = 11,47$, $SD = 4,63$ vs. $M = 9,18$, $SD = 1,74$), izbegavanje ($M = 15,41$, $SD = 6,64$ vs. $M = 14,75$, $SD = 2,83$) i pobuđenost ($M = 11,86$, $SD = 4,66$ vs. $M = 9,60$, SD

= 2,19), što ukazuje na to da su žene ispoljile više simptoma sekundarne traumatizacije u svim posmatranim domenima.

Postoji statistički značajna razlika na dimenzijama intruzija i pobuđenost u zavisnosti od starosne grupe. Najviše prosečne vrednosti na skali intruzije imala je starosna grupa od 44 do 53 godine ($M = 13,87, SD = 5,56$), dok je najnižu prosečnu vrednost imala grupa od 23 do 33 godine ($M = 9,99, SD = 2,71$). Slično tome, na dimenziji pobuđenosti najviši rezultat takođe je postigla grupa 44 do 53 godine ($M = 14,00, SD = 5,85$), dok su najniže vrednosti uočene kod najmlađih ispitanika ($M = 10,38, SD = 3,10$), što ukazuje da su simptomi izraženiji kod starijih ispitanika, posebno u srednjem životnom dobu.

Značajne razlike na sve tri dimenzije identifikovane su i u zavisnosti od države iz koje ispitanici dolaze. Najviši prosečni rezultati na sve tri dimenzije zabeleženi su kod ispitanika iz Crne Gore (intruzija: $M = 13,25, SD = 5,73$; izbegavanje: $M = 18,32, SD = 8,39$; pobuđenost: $M = 12,50, SD = 5,85$), dok su najniže vrednosti najčešće prisutne kod učesnika iz Albanije (pobuđenost: $M = 9,63, SD = 4,31$) i Srbije (izbegavanje: $M = 14,02, SD = 5,64$).

Statistički značajne razlike uočene su na sve tri dimenzije i u zavisnosti od bračnog statusa. Najviše vrednosti u sve tri oblasti imaju udovci/udovice (intruzija: $M = 14,67, SD = 0,98$; izbegavanje: $M = 18,67, SD = 0,49$; pobuđenost: $M = 14,00, SD = 0,00$), dok najniže prosečne vrednosti beleže neoženjeni/neudate osobe (intruzija: $M = 9,05, SD = 2,21$; izbegavanje: $M = 13,82, SD = 3,21$; pobuđenost: $M = 9,87, SD = 3,42$), što ukazuje na viši nivo simptoma kod osoba koje su prošle gubitak partnera ili su razvedeni/samci.

Statistički značajna razlika uočena je na skali izbegavanje u odnosu na obrazovanje. Osobe sa visokom školskom spremom beleže viši prosečan rezultat ($M = 15,74, SD = 5,10$) u poređenju sa ispitanicima koji imaju završene postdiplomske studije ili doktorat ($M = 14,13, SD = 7,53$).

Na skali pobuđenosti zabeležena je značajna razlika u zavisnosti od specifične obuke o traumi. Ispitanici koji su prošli obuku imali su nižu prosečnu vrednost ($M = 10,92, SD = 3,44$) u poređenju sa onima bez obuke ($M = 11,89, SD = 5,22$).

Statistički značajna razlika uočena je i na dimenziji izbegavanje u odnosu na posedovanje stručnih licenci. Ispitanici sa stručnim licencama postigli su niže prosečne vrednosti ($M = 13,40, SD = 4,18$) u poređenju sa onima bez licenci ($M = 16,40, SD = 6,60$).

Značajna razlika uočena je na skali intruzija u odnosu na interkulturalnu obuku. Ispitanici koji nisu imali ovakvu obuku beleže viši rezultat ($M =$

11,63, $SD = 3,58$) u poređenju sa onima koji su prošli obuku ($M = 10,65$, $SD = 4,53$). Na kraju, na sve tri dimenzije uočene su značajne razlike u zavisnosti od međunarodnog ili interkulturalnog iskustva. Ispitanici koji su imali takvo iskustvo postigli su niže vrednosti u domenu intruzije ($M = 10,18$, $SD = 3,29$ vs. $M = 11,65$, $SD = 4,89$), izbegavanja ($M = 13,81$, $SD = 4,68$ vs. $M = 16,58$, $SD = 6,70$) i pobuđenosti ($M = 9,94$, $SD = 3,20$ vs. $M = 12,65$, $SD = 4,80$).

Tabela 5. Intruzija, izbegavanje, pobuđenost i profesionalno iskustvo u poslu pružaoca usluga

	Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
Vrsta posla, p	<0,001	<0,001	<0,001
Psihoterapija/savetovanje	12,89 (5,06)	16,58 (7,98)	12 (4,93)
Socijalni rad	10,57 (3,19)	15,15 (5,57)	11,6 (4,12)
Zdravstvena zaštita	8,85 (1,66)	12 (1,89)	9,65 (1,93)
Psihoterapija/savetovanje i socijalni rad	9,64 (3,1)	14,51 (4,61)	10,14 (2,85)
Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	14,19 (4,02)	17,71 (4,01)	16,05 (4,54)
Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	14,4 (8,64)	19,8 (12,16)	14,1 (8,7)
Drugo	11,36 (2,72)	15,91 (1,31)	12,32 (2,5)
Posao uključuje terenski rad, p	0,379	0,045	0,478
Da	11,26 (3,05)	14,21 (3,94)	11,6 (3,8)
Ne	10,83 (4,59)	15,61 (6,48)	11,25 (4,49)
Broj poslova, p	0,006	0,811	0,011
1	10,92 (4,19)	15,02 (6,17)	11,13 (4,23)
2	9,99 (3,3)	15,35 (4,92)	10,74 (3,07)
3	11,99 (5,44)	15,48 (7,19)	12,71 (5,81)
4	12,43 (0,51)	16,43 (0,51)	10,86 (1,03)
Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine) , p	<0,001	<0,001	<0,001
≤ 1	10,36 (3)	12,95 (3,75)	10,18 (2,63)
2-5	8,5 (2,01)	12 (2,28)	9,24 (2,32)
6-10	11,43 (2,06)	14,61 (4,12)	13,17 (5,41)
11-25	14,86 (8,32)	20,86 (11,46)	15,51 (7,63)
Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga (godine) , p	<0,001	<0,001	<0,001
≤ 1	11,18 (3,03)	9,45 (2,02)	7,55 (3,53)
2-5	9,83 (2,76)	14,44 (3,32)	10,15 (2,73)
6-10	13,77 (5,45)	18,66 (7,92)	13,63 (5,41)
11-29	10,46 (3,98)	14,99 (5,95)	11,64 (4,29)
Približan broj korisnika usluga do sada, p	<0,001	0,235	0,012
1	12,56 (6,26)	15,72 (9,6)	12,05 (6,62)
2	9,13 (2,21)	15,15 (2,63)	10,9 (4,18)
3	12,81 (3,45)	16,75 (4,71)	12,86 (3,45)
4	10,59 (3,8)	14,93 (5,52)	10,98 (3,52)

U izraženosti intruzije, izbegavanja i pobuđenosti ispitanice su razlike s obzirom na set indikatora profesionalnog iskustva u poslu pružaoca usluga.

Najpre su ispitane razlike prema vrsti posla pružaoca usluga, te su utvrđene statistički značajne razlike na svim dimenzijama ($p < 0,001$). Najviše prosečne vrednosti beleže učesnici koji rade u domenu psihoterapije/savetovanja i kulturne medijacije (intruzija: $M = 14,19$, $SD = 4,02$; izbegavanje: $M = 17,71$, $SD = 4,01$; pobuđenost: $M = 16,05$, $SD = 4,54$)

i oni koji kombinuju psihoterapiju/savetovanje, socijalni rad i kulturnu medijaciju (intruzija: $M = 14,40$, $SD = 8,64$; izbegavanje: $M = 19,80$, $SD = 12,16$; pobuđenost: $M = 14,10$, $SD = 8,70$). Najniže proseke, konzistentno kroz sve dimenzije, ima grupa zdravstvene zaštite (intruzija: $M = 8,85$, $SD = 1,66$; izbegavanje: $M = 12,00$, $SD = 1,89$; pobuđenost: $M = 9,65$, $SD = 1,93$), što ukazuje da kombinovani, kompleksniji profesionalni profili prate viši nivoi simptoma.

U pogledu uključenosti pružaoca usluga u rad na terenu, razlike su značajne samo za dimenziju Izbegavanje ($p = 0,045$). Osobe koje nisu angažovane na terenu imaju viši prosek ($M = 15,61$, $SD = 6,48$) od onih koje rade na terenu ($M = 14,21$, $SD = 3,94$).

Posmatrano prema broju poslova, razlike su značajne za intruziju ($p = 0,006$) i pobuđenost ($p = 0,011$), ali ne i za izbegavanje ($p = 0,811$). Najvišu intruziju i pobuđenost imaju osobe sa tri posla (intruzija: $M = 11,99$, $SD = 5,44$; pobuđenost: $M = 12,71$, $SD = 5,81$), dok su najniže vrednosti na ova dva domena uočene kod učesnika sa dva posla (intruzija: $M = 9,99$, $SD = 3,30$; pobuđenost: $M = 10,74$, $SD = 3,07$).

Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu pokazuje značajne razlike na sve tri dimenzije ($p < 0,001$). Najviše vrednosti imaju terapeuti sa 11–25 godina iskustva (intruzija: $M = 14,86$, $SD = 8,32$; izbegavanje: $M = 20,86$, $SD = 11,46$; pobuđenost: $M = 15,51$, $SD = 7,63$), dok su najniže kod onih sa 2–5 godina (intruzija: $M = 8,50$, $SD = 2,01$; izbegavanje: $M = 12,00$, $SD = 2,28$; pobuđenost: $M = 9,24$, $SD = 2,32$). Uočava se jasan porast nivoa simptoma sa dužinom iskustva, pri čemu su srednje i duže karijerne faze povezane s višim intruzivnim i pobuđenim reakcijama, kao i izbegavanjem.

Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga takođe diferencira sve tri dimenzije ($p < 0,001$). Najviši proseki registruju se u grupi sa 6–10 godina rada (intruzija: $M = 13,77$, $SD = 5,45$; izbegavanje: $M = 18,66$, $SD = 7,92$; pobuđenost: $M = 13,63$, $SD = 5,41$), dok su najniže vrednosti u grupi ≤ 1 godina (intruzija: $M = 11,18$, $SD = 3,03$; izbegavanje: $M = 9,45$, $SD = 2,02$; pobuđenost: $M = 7,55$, $SD = 3,53$).

Prema približnom broju korisnika usluga do sada, razlike su značajne za intruziju ($p < 0,001$) i pobuđenost ($p = 0,012$), ali ne i za izbegavanje ($p = 0,235$). Najviša intruzija beleži se u grupi koja u proseku radi sa tri korisnika ($M = 12,81$, $SD = 3,45$), vrlo blizu grupa koja radi sa jednim korisnikom ($M = 12,56$, $SD = 6,26$), dok je najniža u grupi koja radi sa dva korisnika ($M = 9,13$, $SD = 2,21$). Za pobuđenost, najviši prosek je takođe u grupi koja radi

sa tri korisnika ($M = 12,86$, $SD = 3,45$), a najniži u grupi koja radi sa dva korisnika ($M = 10,90$, $SD = 4,18$).

Tabela 6. Intruzija, izbegavanje, pobuđenost i karakteristike korisnika

	Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
Tip korisnika			
Tražioći azila, <i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Da	12,22 (5,63)	17,56 (8,09)	13,18 (5,5)
Ne	10,41 (3,41)	14,3 (4,52)	10,59 (3,47)
Migranti, <i>p</i>	0,018	0,281	0,67
Da	11,3 (4,59)	14,81 (5,2)	11,47 (3,76)
Ne	10,23 (3,41)	15,49 (6,34)	11,27 (4,59)
Žrtve nasilja, <i>p</i>	0,008	<0,001	<0,001
Da	11,99 (6,25)	17,3 (8,52)	12,86 (6,07)
Ne	10,63 (3,42)	14,66 (4,86)	10,9 (3,56)
Žrtve trgovine ljudima, <i>p</i>	0,398	0,430	0,039
Da	10,58 (3,51)	14,79 (4,06)	12,22 (4,3)
Ne	11,03 (4,42)	15,38 (6,38)	11,11 (4,3)
Starosne grupe korisnika, <i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Deca (1 – 12 g.)	25,00 (1,01)	35,00 (2,40)	25,00 (1,38)
Mladi (13 – 17 g.)	10,64 (2,84)	15,13 (3,83)	10,07 (3,1)
Mladi odrasli (18 – 25 g.)	10,89 (4,44)	15,75 (5,83)	12,51 (4,98)
Odrasli (18 – 64 g.)	10,21 (3,92)	13,76 (5,42)	11,01 (3,47)
Stari (65 g. i više)	10,14 (2,33)	13,72 (3,47)	9,59 (2,24)
Uobičajeni problemi vezani za psihološku pomoć			
Depresija, <i>p</i>	<0,001	0,002	<0,001
Da	11,71 (4,81)	16,05 (6,74)	12,18 (4,9)
Ne	9,94 (3,14)	14,2 (4,59)	10,25 (3,1)
Anksioznost, <i>p</i>	0,14	0,008	0,008
Da	11,15 (4,26)	15,8 (5,75)	11,72 (4,45)
Ne	10,46 (4,21)	14,05 (6,32)	10,48 (3,88)
Tuga, <i>p</i>	0,557	0,974	0,628
Da	10,85 (3,75)	15,25 (5,09)	11,27 (3,94)
Ne	11,11 (5,1)	15,27 (7,47)	11,49 (4,99)
Bes, <i>p</i>	0,01	0,299	0,575
	Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
Ne	11,52 (4,89)	15,59 (7,25)	11,51 (4,91)
Agresivnost, <i>p</i>	0,044	0,868	0,314
Da	10,5 (3,28)	15,21 (4,46)	11,12 (3,75)
Ne	11,36 (4,99)	15,31 (7,14)	11,56 (4,81)
Disocijacija, <i>p</i>	0,652	0,407	0,546
Da	10,78 (3,19)	15,66 (4,6)	11,13 (3,12)
Ne	11 (4,6)	15,1 (6,43)	11,42 (4,7)
Utučenost, <i>p</i>	0,435	0,598	0,16
Da	10,67 (3,5)	15,51 (4,7)	11,82 (3,2)
Ne	11,04 (4,52)	15,16 (6,41)	11,15 (4,69)
Poremećaj spavanja, <i>p</i>	0,358	0,449	0,027
Da	11,13 (3,17)	15,03 (4,09)	11,81 (3,23)
Ne	10,73 (5,15)	15,49 (7,49)	10,85 (5,19)

Testirane su razlike između pružaoca usluga psihosocijalne pomoći na dimenzijama sekundarne traumatizacije, a u zavisnosti od karakteristika korisnika usluga.

S obzirom na tip korisnika, razlikuju se oni koji rade sa tražiocima azila na svim dimenzijama ($p < 0,001$). Ispitanici koji rade sa tražiocima azila imaju više proseke u poređenju sa onima koji ne rade sa ovom populacijom: intruzija ($M = 12,22$, $SD = 5,63$ vs. $M = 10,41$, $SD = 3,41$), izbegavanje ($M = 17,56$, $SD = 8,09$ vs. $M = 14,30$, $SD = 4,52$) i pobuđenost ($M = 13,18$, $SD = 5,50$ vs. $M = 10,59$, $SD = 3,47$). Za rad sa migrantima značajna je razlika samo na intruziji ($p = 0,018$), pri čemu ispitanici koji rade sa migrantima beleže viši prosek ($M = 11,30$, $SD = 4,59$) od onih koji ne rade ($M = 10,23$, $SD = 3,41$). Za rad sa žrtvama nasilja uočene su razlike na sve tri dimenzije: izbegavanje ($p < 0,001$), pobuđenost ($p < 0,001$), intruzija ($p = 0,008$) i to u pravcu viših rezultata kod onih koji rade sa žrtvama nasilja: intruzija ($M = 11,99$, $SD = 6,25$ vs. $M = 10,63$, $SD = 3,42$), izbegavanje ($M = 17,30$, $SD = 8,52$ vs. $M = 14,66$, $SD = 4,86$) i pobuđenost ($M = 12,86$, $SD = 6,07$ vs. $M = 10,90$, $SD = 3,56$). U radu sa žrtvama trgovine ljudima registrovana je razlika samo na dimenziji pobuđenost ($p = 0,039$), s višim prosekom kod onih koji rade sa ovom populacijom ($M = 12,22$, $SD = 4,30$ naspram $M = 11,11$, $SD = 4,30$ kod onih koji ne rade).

Starosne grupe korisnika diferenciraju sve tri dimenzije ($p < 0,001$). Ekstremne vrednosti se beleže kod ispitanika koji rade sa decom. Vrednosti na dimenzijama sekundarne traumatizacije onih koji rade sa decom dostižu teorijski maksimum na sve tri dimenzije (intruzija $M = 25,00$, $SD = 1,01$; izbegavanje $M = 35,00$, $SD = 2,40$; pobuđenost $M = 25,00$, $SD = 1,38$). U odnosu na ostale grupe, viši nivoi simptoma prisutni su i kod rada sa mlađim odraslima (npr. pobuđenost $M = 12,51$, $SD = 4,98$), dok se najniže prosečne vrednosti po dimenzijama javljaju u radu sa starijim odraslima i starima (intruzija: $M = 10,14$, $SD = 2,33$; izbegavanje: $M = 13,72$, $SD = 3,47$).

Razlike prema uobičajenim problemima vezanim za psihološku pomoć slede obrazac specifičan za vrstu problema. Pružaoci usluga koji rade sa korisnicima koji se javljaju zbog depresije imaju više rezultate na sve tri dimenzije: intruzija ($p < 0,001$), pobuđenost ($p < 0,001$), izbegavanje ($p = 0,002$). Oni koji rade sa probelima anksioznosti imaju više skorove na izbegavanju ($p = 0,008$) i pobuđenosti ($p = 0,008$). Ispitanici koji rade sa problemima besa imaju niži skor na intruziji ($M = 10,42$, $SD = 3,52$) u odnosu na one koji ne rade sa ovim problemom ($M = 11,52$, $SD = 4,89$), ($p = 0,010$). Sličan obrazac važi i za agresivnost, gde je značajna razlika prisutna samo na intruziji ($p = 0,044$), s višim prosekom kod onih koji ne navode agresivnost kao problem korisnika ($M = 11,36$, $SD = 4,99$) nego kod onih koji je navode ($M = 10,50$, $SD = 3,28$). Poremećaj spavanja diferencira isključivo

pobuđenost ($p = 0,027$), pri čemu su proseci viši kod pružaoca usluga korisnicima sa ovim problemom ($M = 11,81$, $SD = 3,23$) u odnosu na one bez poremećaja spavanja ($M = 10,85$, $SD = 5,19$).

Tabela 7. Intruzija, izbegavanje, pobuđenost i karakteristike organizacije

			Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
Povezivanje sa drugim službama	Partnerstvo sa lokalnim/regionalnim organizacijama	r	-0,082	-0,026	-,145**
		p	0,104	0,610	0,004
	Kolaboracija sa zdravstvenim ustanovama	r	-,100*	-,118*	-,141**
		p	0,048	0,020	0,005
	Povezivanje sa obrazovnim institucijama	r	-,178**	-0,088	-,160**
		p	0,000	0,083	0,001
	Saradnja sa pravnim službama	r	-,146**	-0,097	-,220**
		p	0,004	0,055	0,000
Dostupni resursi	Veze sa nevladinim organizacijama	r	-,180**	-0,069	-,102*
		p	0,000	0,177	0,044
	Materijalni resursi (npr. prostorije, oprema)	r	-0,055	-0,095	-,100*
		p	0,280	0,062	0,047
	Ljudski resursi (npr. osoblje, volonteri)	r	-,195**	-,176**	-,213**
		p	0,000	0,000	0,000
	Informacioni resursi (npr. baza podataka, stručna literatura)	r	-,215**	-0,091	-,218**
		p	0,000	0,072	0,000
Odgovarajući kapaciteti	Tehnički resursi (npr. IT infrastruktura, softver)	r	-0,078	-0,008	-0,020
		p	0,121	0,873	0,691
	Profesionalni kapaciteti (npr. obučeno osoblje)	r	-,273**	-,184**	-,222**
		p	0,000	0,000	0,000
	Fizički kapaciteti (npr. dovoljno mesta za smeštaj)	r	-,182**	-,218**	-,312**
		p	0,000	0,000	0,000
	Administrativni kapaciteti (npr. efikasni administrativni procesi)	r	-,151**	-0,081	-,187**
		p	0,003	0,113	0,000
Povezivanje sa drugim službama_kompozitni skor	Tehnološki kapaciteti (npr. primena savremene tehnologije u pružanju usluga)	r	-0,003	0,020	-,161**
		p	0,947	0,688	0,001
	Finansijski kapaciteti (npr. dovoljno sredstava za održavanje i razvoj programa)	r	-0,023	-0,021	-,141**
		p	0,655	0,681	0,006
		r	-0,165**	-0,096	-0,187**
		p	0,001	0,058	0,001
			Intruzija	Izbegavanje	Pobuđenost
	Dostupni resursi_kompozitni skor	p	0,002	0,031	0,002
Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	r	-0,140**	-0,103*	-0,236**
		p	0,006	0,045	0,001

Pirsonovim koeficijentom korelacije ispitivana je povezanost karakteristika organizacije sa dimenzijama sekundarne traumatizacije: intruzijom, izbegavanjem i pobuđenošću. Povezanost organizacije sa drugim službama pokazala je negativnu korelaciju sa intruzijom ($r = -0,165$, $p = 0,001$) i pobuđenošću ($r = -0,187$, $p = 0,001$), što ukazuje da bolja međusektorska povezanost može doprineti smanjenju ovih simptoma. Dostupni resursi takođe su negativno povezani sa intruzijom ($r = -0,154$; $p =$

0,002), izbjegavanjem ($r = -0,110$; $p = 0,031$) i pobuđenošću ($r = -0,158$; $p = 0,002$), dok su odgovarajući kapaciteti pokazali negativne korelacije sa sve tri dimenzije: intruzijom ($r = -0,140$; $p = 0,006$), izbjegavanjem ($r = -0,103$; $p = 0,045$) i posebno izraženo sa pobuđenošću ($r = -0,236$; $p = 0,001$). Dakle, bolja povezanost organizacije sa drugim službama, dostupniji resursi i bolji ukupni kapaciteti povezani su sa smanjenim pojedinim dimenzijama sekundarne traumatizacije.

Ispitana je i povezanost svih pojedinačnih aspekata organizacionih karakteristika sa tri dimenzije sekundarne traumatizacije: intruzijom, izbjegavanjem i pobuđenošću. Analiza je obuhvatila različite oblike međusektorskog povezivanja, dostupnost resursa i unutrašnje kapacitete organizacija, sa ciljem da se utvrdi u kojoj meri ovi faktori mogu biti povezani sa nivoom izraženosti simptoma sekundarne traumatizacije kod zaposlenih u pomagačkim profesijama. U najvećem broju slučajeva registrovane su negativne korelacije, što znači da jače razvijena organizaciona struktura i resursi koreliraju sa nižim nivoom simptoma sekundarne traumatizacije kod zaposlenih.

Tabela 8. Sekundarna traumatizacija i opšti podaci o ispitanicima

	Sekundarna traumatizacija kompozitni skor
Pol, <i>p</i>	0,002
Muški	33,53 (5,29)
Ženski	38,67 (15,26)
Starost (godine), <i>p</i>	0,002
23 - 33	35,3 (6,45)
34 - 43	33,88 (9,76)
44 - 53	47,21 (18,82)
54 - 67	40,44 (19,94)
Država, <i>p</i>	<0,001
Srbija	35,28 (13,7)
Bosna i Hercegovina	36,9 (6,15)
Crna Gora	44,07 (19,79)
Severna Makedonija	36,33 (11,96)
Kosovo	40,88 (13,85)
Albanija	33,9 (12,87)
Bračno stanje, <i>p</i>	<0,001
Neoženjen/neudata	32,74 (6,66)
Oženjen/udata	38,74 (12,79)
Razveden/razvedena / Samac/samica	45,95 (26,44)
Udovac/udovica	47,33 (0,49)
Obrazovanje, <i>p</i>	0,122
Visoko obrazovanje (diploma)	38,17 (11,26)
Postdiplomske studije/doktorat	35,82 (18,25)
Terapeutska obuka, <i>p</i>	0,326
Da	38,67 (18,95)
Ne	37,14 (10,88)
Specifična obuka o traumi, <i>p</i>	0,813
Da	37,65 (17,05)
Ne	37,32 (10,56)

	Sekundarna traumatizacija kompozitni skor
Stručne licence za posao pružaoca usluga, <i>p</i>	0,002
	Sekundarna traumatizacija kompozitni skor
Ne	39,18 (15,64)
Neka vrsta interkulturalne obuke, <i>p</i>	0,922
Da	37,53 (14,55)
Ne	37,68 (12,02)
Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte, <i>p</i>	<0,001
Da	33,74 (9,91)
Ne	40,88 (15,79)

Ispitane su razlike i na kompozitnom skoru sekundarne traumatizacije u odnosu na različite opšte karakteristike ispitanika.

Prema polu, uočena je značajna razlika ($p = 0,002$), pri čemu žene postižu viši kompozitni skor ($M = 38,67$, $SD = 15,26$) u odnosu na muškarce ($M = 33,53$, $SD = 5,29$), što ukazuje na izraženiju sekundarnu traumatizaciju kod ispitanica.

Najviša sekundarna traumatizacija zabeležena je kod ispitanika uzrasta 44–53 godine ($M = 47,21$, $SD = 18,82$), dok je najniža vrednost u grupi od 34–43 godine ($M = 33,88$, $SD = 9,76$). Ovi nalazi ukazuju na to da su srednje starosne grupe, naročito ispitanici podložnije sekundarnoj traumatizaciji. Razlika je statistički značajna ($p = 0,002$).

Najviše prosečne vrednosti beleže ispitanici iz Crne Gore ($M = 44,07$, $SD = 19,79$) i sa Kosova ($M = 40,88$, $SD = 13,85$), dok su najniži rezultati prisutni u Albaniji ($M = 33,90$, $SD = 12,87$) i Srbiji ($M = 35,28$, $SD = 13,70$). Razlika u odnosu na državu rada je statistički značajna ($p < 0,001$).

Razlike su značajne i u odnosu na bračni status ($p < 0,001$). Najviši kompozitni skor imaju udovci/udovice ($M = 47,33$, $SD = 0,49$) i razvedene osobe ili samci ($M = 45,95$, $SD = 26,44$), dok najniži proseci pripadaju neoženjenim/neudatim ispitanicima ($M = 32,74$, $SD = 6,66$).

Stručne licence za posao pružaoca usluga značajno diferenciraju ispitanike ($p = 0,002$). Oni koji poseduju licencu imaju niži kompozitni skor na Skali sekundarne traumatizacije ($M = 34,68$, $SD = 9,38$) u poređenju sa onima bez licence ($M = 39,18$, $SD = 15,64$).

Ispitanici sa međunarodnim ili interkulturalnim iskustvom u radu postižu znatno niži prosečni skor ($M = 33,74$, $SD = 9,91$) u poređenju sa onima bez njega ($M = 40,88$, $SD = 15,79$), $p < 0,001$.

Tabela 9. Sekundarna traumatizacija i profesionalno iskustvo u poslu pružaoca usluga

	Sekundarna traumatizacija_kompozitni skor
Vrsta posla, <i>p</i>	<0,001
Psihoterapija/savetovanje	41,47 (17,54)
Socijalni rad	36,97 (11,73)
Zdravstvena zaštita	30,5 (4,89)
Psihoterapija/savetovanje i socijalni rad	34,29 (9,57)
Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	47,95 (11,89)
Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	48,3 (29,49)
Drugo	39,59 (4,41)
Posao uključuje terenski rad, <i>p</i>	0,591
Da	36,81 (10,21)
Ne	37,68 (14,76)
Broj poslova, <i>p</i>	0,150
1	37,07 (13,72)
2	35,76 (10,48)
3	40,17 (17,87)
4	39,71 (2,05)
Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine), <i>p</i>	<0,001
≤ 1	33,5 (8,47)
2 - 5	29,74 (5,18)
6 -10	39,22 (10,95)
11 - 25	51,23 (27,31)
Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga (godine), <i>p</i>	<0,001
≤ 1	28,18 (8,58)
2 - 5	34,42 (6,52)
6 -10	45,99 (18,79)
11 - 29	37,09 (13,54)
Približan broj korisnika usluga do sada, <i>p</i>	0,008
1	40,33 (22,2)
2	35,18 (6,36)
	Sekundarna traumatizacija_kompozitni skor
3	42,18 (10,7)
4	36,49 (12,29)

Testirane su razlike ma kompozitnom skor u Skale sekundarne traumatizacije u odnosu na različite aspekte profesionalnog iskustva ispitanika.

Ispitanici koji obavljaju različitu vrstu posla pokazuju različit nivo sekundarne traumatizacij ($p < 0,001$). Najviše prosečne vrednosti beleže ispitanici koji rade u kombinaciji psihoterapiju/savetovanje i kulturnu medijaciju ($M = 47,95$, $SD = 11,89$), kao i oni koji obavljaju sve tri vrste aktivnosti: psihoterapiju/savetovanje, socijalni rad i kulturnu medijaciju ($M = 48,30$, $SD = 29,49$). Nasuprot tome, najniže prosečne vrednosti imaju ispitanici zaposleni u zdravstvenoj zaštiti ($M = 30,50$, $SD = 4,89$), što sugerise

da složeniji i interkulturalno zahtevniji poslovi nose veći rizik od sekundarne traumatizacije.

Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu takođe značajno diferencira ispitanike ($p < 0,001$). Najviši stepen sekundarne traumatizacije imaju ispitanici sa 11–25 godina iskustva ($M = 51,23$, $SD = 27,31$), dok su najniže vrednosti registrovane kod onih sa 2–5 godina iskustva ($M = 29,74$, $SD = 5,18$).

Najviše prosečne vrednosti sekundarne traumatizacije registrovane su kod ispitanika sa 6–10 godina radnog staža na poslu pružaoca usluga ($M = 45,99$, $SD = 18,79$), dok su najniže kod onih sa ≤ 1 godine staža ($M = 28,18$, $SD = 8,58$), $p < 0,001$.

Pružaoци usluga psihosocijalne pomoći imaju najviši nivo sekundarne traumatizacije kada rade sa tri korisnika ($M = 42,18$, $SD = 10,70$), dok je najniži prosečni skor prisutan kod onih sa dva korisnika ($M = 35,18$, $SD = 6,36$).

Tabela 10. Sekundarna traumatizacija i karakteristike korisnika

	Sekundarna traumatizacija_kompozitni skor
Tip korisnika	
Tražiocima azila, <i>p</i>	<0,001
Da	42,96 (18,76)
Ne	35,19 (10,25)
Migranti, <i>p</i>	0,320
Da	36,51 (11,45)
Ne	37,97 (14,83)
Žrtve nasilja, <i>p</i>	<0,001
Da	42,15 (20,39)
Ne	36,1 (10,77)
Žrtve trgovine ljudima, <i>p</i>	0,926
Da	37,59 (10,97)
Ne	37,43 (14,42)
Starosne grupe korisnika, <i>p</i>	<0,001
Deca (1 – 12 g.)	85,00 (2,15)
Mladi (13 – 17 g.)	35,84 (7,73)
Mladi odrasli (18 – 25 g.)	39,14 (14,44)
Odrasli (18 – 64 g.)	34,77 (12,18)
Stari (65 g. i više)	33,45 (7,68)
Uobičajeni problemi vezani za psihološku pomoć	
Depresija, <i>p</i>	<0,001
Da	39,95 (15,81)
Ne	34,17 (9,52)
Anksioznost, <i>p</i>	0,017
Da	38,57 (13,56)
Ne	34,98 (13,95)
Tuga, <i>p</i>	0,833
Da	37,36 (11,79)
Sekundarna traumatizacija_kompozitni skor	
Bes, <i>p</i>	0,117
Da	36,42 (10,32)
Ne	38,61 (16,68)
Agresivnost, <i>p</i>	0,265
Da	36,67 (10,05)
Ne	38,23 (16,54)
Disocijacija, <i>p</i>	0,926
Da	37,57 (9,86)
Ne	37,43 (15,02)
Utučenost, <i>p</i>	0,785
Da	37,77 (10,1)
Ne	37,35 (14,96)
Poremećaj spavanja, <i>p</i>	0,451
Da	37,98 (9,31)
Ne	36,92 (17,31)

Rad sa tražiocima azila pokazuje značajne razlike u nivou sekundarne traumatizacije ($p < 0,001$). Ispitanici koji rade sa tražiocima azila imaju viši kompozitni skor ($M = 42,96$, $SD = 18,76$) u poređenju sa onima koji ne rade

sa ovom populacijom ($M = 35,19$, $SD = 10,25$). Statistički značajna razlika uočena je i za rad sa žrtvama nasilja ($p < 0,001$), pri čemu ispitanici koji rade sa ovom grupom imaju viši skor sekundarne traumatizacije ($M = 42,15$, $SD = 20,39$) u odnosu na one koji ne rade sa žrtvama nasilja ($M = 36,10$, $SD = 10,77$).

Starosne grupe korisnika značajno se razlikuju u prosečnim vrednostima kompozitnog skora ($p < 0,001$). Ekstremna vrednost zabeležena je kod rada sa decom (1–12 g.), gde skor dostiže teorijski maksimum ($M = 85,00$, $SD = 2,15$), što ukazuje na najveće opterećenje sekundarnom traumatizacijom u ovoj grupi.

U okviru uobičajenih problema zbog kojih korisnici traže psihološku pomoć, statistički značajne razlike registrovane su za rad sa osobama koje imaju depresiju ($p < 0,001$) i anksioznost ($p = 0,017$). Prosek sekundarne traumatizacije viši je kod ispitanika koji rade sa korisnicima sa depresijom ($M = 39,95$, $SD = 15,81$) u poređenju sa onima koji ne navode depresiju kao učestao problem ($M = 34,17$, $SD = 9,52$). Slično, rad sa korisnicima koji imaju anksioznost povezan je sa višim skorom ($M = 38,57$, $SD = 13,56$) u odnosu na rad sa korisnicima kod kojih anksioznost nije istaknuta ($M = 34,98$, $SD = 13,95$).

Tabela 11. Sekundarna traumatizacija i karakteristike organizacije

		Sekundarna traumatizacija_kompozit ni skor
Povezivanje sa drugim službama	Partnerstvo sa lokalnim/regionalnim organizacijama	r -0,079
	p 0,120	
	Kolaboracija sa zdravstvenim ustanovama	r -,123*
	p 0,015	
	Povezivanje sa obrazovnim institucijama	r -,140**
	p 0,006	
	Saradnja sa pravnim službama	r -,157**
	p 0,002	
Dostupni resursi	Veze sa nevladinim organizacijama	r -,111*
	p 0,028	
	Materijalni resursi (npr. prostorije, oprema)	r -0,086
	p 0,090	
	Ljudski resursi (npr. osoblje, volonteri)	r -,197**
	p 0,000	
	Informacioni resursi (npr. baza podataka, stručna literatura)	r -,167**
	p 0,001	
Odgovarajući kapaciteti	Tehnički resursi (npr. IT infrastruktura, softver)	r -0,026
	p 0,610	
	Profesionalni kapaciteti (npr. obučeno osoblje)	r -,227**
	p 0,000	
	Fizički kapaciteti (npr. dovoljno mesta za smeštaj)	r -,243**
	p 0,000	
	Administrativni kapaciteti (npr. efikasni administrativni procesi)	r -,134**
	p 0,008	

	Tehnološki kapaciteti (npr. primena savremene tehnologije u pružanju usluga)	r	-0,036
		p	0,483
	Finansijski kapaciteti (npr. dovoljno sredstava za održavanje i razvoj programa)	r	-0,056
		p	0,271
<i>Povezivanje sa drugim službama_kompozitni skor</i>		r	-0,148**
Sekundarna traumatizacija_kompozitni skor			
Dostupni resursi_kompozitni skor	Dostupni resursi_kompozitni skor	r	-0,137**
Dostupni resursi_kompozitni skor	Dostupni resursi_kompozitni skor	p	0,007
Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	r	-0,154**
Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	p	0,003

Ispitana je povezanost karakteristika organizacije sa ukupnim indeksom sekundarne traumatizacije. Rezultati ukazuju na statistički značajne negativne korelacije između svih organizacionih faktora i kompozitnog skora sekundarne traumatizacije. Konkretno, bolja povezanost sa drugim službama bila je u negativnoj korelaciji sa sekundarnom traumatizacijom ($r = -0,148$, $p = 0,004$), dok su dostupni resursi takođe pokazali negativnu povezanost ($r = -0,137$, $p = 0,007$). Najizraženija negativna korelacija zabeležena je između odgovarajućih kapaciteta i sekundarne traumatizacije ($r = -0,154$, $p = 0,003$). Ovi nalazi sugerišu da snažnija organizaciona podrška u pogledu međusobnog povezivanja, dostupnih resursa i kapaciteta može doprineti smanjenju ukupnog nivoa sekundarne traumatizacije kod zaposlenih.

Ispitana je i povezanost pojedinačnih aspekata organizacionih karakteristika sa kompozitnim skorom sekundarne traumatizacije. Analiza je obuhvatila specifične oblike povezivanja sa spoljnim službama, kao i raznovrsne resursne i kapacitetske komponente organizacije. U velikom broju slučajeva registrovane su statistički značajne negativne korelacije, što ukazuje da bolja organizaciona uvezanost (posebno saradnja sa zdravstvenim, obrazovnim i pravnim institucijama), kao i kvalitetniji ljudski, informacioni i profesionalni kapaciteti, mogu biti zaštitni faktori u prevenciji sekundarne traumatizacije. Najjače negativne povezanosti zabeležene su kod fizičkih ($r = -0,243$, $p < 0,001$) i profesionalnih kapaciteta ($r = -0,227$, $p < 0,001$), što ukazuje na važnost infrastrukture i stručnosti u očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih.

7.5. Rezilijentnost i podaci o ispitanicima

Tabela 12. Rezilijentnost i opšti podaci o ispitanicima

	Rezilijentnost
Pol	<0,001
Muški	3,64 (0,68)
Ženski	3,1 (0,62)
Starost (godine)	<0,001
23 - 33	2,98 (0,46)
34 - 43	3,4 (0,62)
44 - 53	2,66 (0,36)
54 - 67	3,66 (0,86)
Država	0,143
Srbija	3,2 (0,68)
Bosna i Hercegovina	3,17 (0,66)
Crna Gora	3,07 (0,64)
Severna Makedonija	3,28 (0,78)
Kosovo	3,11 (0,5)
Albanija	3,4 (0,68)
Bračno stanje	<0,001
Neoženjen/neudata	3,39 (0,65)
Oženjen/udata	3,05 (0,64)
Razveden/razvedena / Samac/samica	3,38 (0,51)
Udovac/udovica	2,67 (0,25)
Obrazovanje	<0,001
Visoko obrazovanje (diploma)	3 (0,5)
Postdiplomske studije/doktorat	3,65 (0,77)
Terapeutksa obuka	<0,001
Da	3,49 (0,78)
Ne	3,05 (0,54)
Specifična obuka o traumi	<0,001
Da	3,39 (0,72)
Ne	3,05 (0,58)
Stručne licence za posao pružaoca usluga	0,559
	Rezilijentnost
Ne	3,18 (0,6)
Neka vrsta interkulturalne obuke	<0,001
Da	3,34 (0,68)
Ne	2,93 (0,56)
Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte	0,391
Da	3,18 (0,71)
Ne	3,24 (0,61)

Ispitane su razlike u prosečnim vrednostima rezilijentnosti u odnosu na opšte karakteristike ispitanika. Muškarci beleže višu prosečnu rezilijentnost ($M = 3,64$, $SD = 0,68$) u odnosu na žene ($M = 3,10$, $SD = 0,62$), $p < 0,001$. Starosne grupe takođe se značajno razlikuju u prosečnoj rezilijentnosti ($p < 0,001$). Najviša prosečna vrednost zabeležena je kod ispitanika uzrasta 54–67 godina ($M = 3,66$, $SD = 0,86$), dok je najniža u grupi od 44–53 godine ($M = 2,66$, $SD = 0,36$). Beleže se statistički značajne razlike u odnosu na bračni status ($p < 0,001$). Najnižu prosečnu rezilijentnost beleže udovci/udovice ($M = 2,67$, $SD = 0,25$), dok najviše vrednosti imaju neoženjeni/neudate osobe ($M = 3,39$, SD

= 0,65) i razvedeni/samci ($M = 3,38$, $SD = 0,51$). Stepen obrazovanja takođe diferencira prosečnu rezilijentnost ($p < 0,001$). Ispitanici sa postdiplomskim studijama ili doktoratom beleže najvišu prosečnu vrednost ($M = 3,65$, $SD = 0,77$), dok je niža kod ispitanika sa završenim osnovnim visokoškolskim obrazovanjem ($M = 3,00$, $SD = 0,50$). Ispitanici koji su prošli terapijsku obuku imaju višu prosečnu rezilijentnost ($M = 3,49$, $SD = 0,78$) u odnosu na one bez obuke ($M = 3,05$, $SD = 0,54$), dok je sličan obrazac uočen i za specifičnu obuku o traumi ($M = 3,39$, $SD = 0,72$ vs. $M = 3,05$, $SD = 0,58$), obe sa $p < 0,001$. Značajne razlike zabeležene su i u zavisnosti od postojanja interkulturalne obuke ($p < 0,001$). Ispitanici koji su prošli neku vrstu interkulturalne obuke pokazuju višu prosečnu rezilijentnost ($M = 3,34$, $SD = 0,68$) u odnosu na ispitanike bez takve obuke ($M = 2,93$, $SD = 0,56$).

Tabela 13. Rezilijentnost i profesionalno iskustvo u poslu pružaoca usluga

	Rezilijentnost
Vrsta posla	0,061
Psihoterapija/savetovanje	3,06 (0,5)
Socijalni rad	3,22 (0,74)
Zdravstvena zaštita	2,68 (0,15)
Psihoterapija/savetovanje i socijalni rad	3,34 (0,79)
Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	3,13 (0,54)
Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	3,63 (0,78)
Drugo	3,61 (0,3)
Posao uključuje terenski rad	0,246
Da	3,14 (0,66)
Ne	3,23 (0,67)
Broj poslova	0,203
1	3,12 (0,58)
2	3,15 (0,75)
3	3,39 (0,73)
4	3,55 (0,34)
Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine)	<0,001
≤ 1	2,84 (0,24)
2.maj	3,87 (0,61)
6.okt	3,36 (0,69)
nov.25	3,26 (0,8)
Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga (godine)	<0,001
≤ 1	2,89 (0,08)
2.maj	3,53 (0,7)
6.okt	3,05 (0,51)
nov.29	3,05 (0,71)
Približan broj korisnika usluga do sada	0,502
1	3,11 (0,45)
2	3,19 (0,57)
3	3,21 (0,47)
4	3,26 (0,78)
	Rezilijentnost

Najniža prosečna rezilijentnost registrovana u zdravstvenoj zaštiti ($M = 2,68$, $SD = 0,15$). Prema vrsti posla uočene su značajne razlike ($p < 0,001$).

Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu pokazuje značajne razlike ($p < 0,001$). Najniži prosek beleži grupa sa ≤ 1 godinom iskustva ($M = 2,84$, $SD = 0,24$), zatim sledi izražen skok u intervalu 2–5 godina ($M = 3,87$, $SD = 0,61$) i to je frupa sa najvišom rezilijentnošću.

Najniža prosečna vrednost rezilijentnosti je u grupi sa ≤ 1 godinom staža na poslu pružaoca usluga ($M = 2,89$, $SD = 0,08$), potom sledi najviši prosek u intervalu 2–5 godina ($M = 3,53$, $SD = 0,70$), $p < 0,001$

Tabela 14. Rezilijentnost i karakteristike korisnika

	Rezilijentnost
Tip korisnika	
Tražioc i azila	<0,001
Da	2,89 (0,57)
Ne	3,34 (0,66)
Migranti	<0,001
Da	3,03 (0,69)
Ne	3,3 (0,63)
Žrtve nasilja	0,212
Da	3,25 (0,71)
Ne	3,05 (0,47)
Žrtve trgovine ljudima	0,239
Da	3,13 (0,58)
Ne	3,22 (0,69)
Starosne grupe korisnika:	0,019
Deca (1 – 12 g.)	3 (0)
Mladi (13 – 17 g.)	3,24 (0,54)
Mladi odrasli (18 – 25 g.)	3,03 (0,85)
Odrasli (18 – 64 g.)	3,25 (0,66)
Stari (65 g. i više)	2,91 (0,42)
Uobičajeni problemi vezani za psihološku pomoć	0,047
Depresija	
Da	3,15 (0,65)
Ne	3,29 (0,69)
Anksioznost	0,544
Da	3,19 (0,65)
Ne	3,23 (0,7)
Tuga	0,001
Da	3,12 (0,63)
Ne	3,35 (0,7)
Bes	0,006
	Rezilijentnost
Ne	3,3 (0,67)
Agresivnost	0,368
Da	3,17 (0,64)
Ne	3,23 (0,69)
Disocijacija	0,784
Da	3,19 (0,63)
Ne	3,21 (0,68)
Utučenost	0,232
Da	3,27 (0,72)
Ne	3,18 (0,64)
Poremećaj spavanja	0,013
Da	3,12 (0,57)
Ne	3,3 (0,75)

Ispitanici koji rade sa tražiocima azila imaju nižu prosečnu rezilijentnost ($M = 2,89$, $SD = 0,57$) u odnosu na one koji ne rade sa ovom populacijom ($M = 3,34$, $SD = 0,66$), $p < 0,001$. Slično, oni koji rade sa migrantima beleže niži prosek ($M = 3,03$, $SD = 0,69$) u poređenju sa ispitanicima koji ne rade sa migrantima ($M = 3,30$, $SD = 0,63$), ($p < 0,001$).

Starosne grupe korisnika pokazuju značajne razlike ($p = 0,019$). Najviši proseci zabeleženi su u radu sa odraslima ($M = 3,25$, $SD = 0,66$) i mladima ($M = 3,24$, $SD = 0,54$), dok je najniža rezilijentnost prisutna u radu sa starima ($M = 2,91$, $SD = 0,42$).

U okviru uobičajenih problema vezanih za psihološku pomoć korisnika usluga, statistički značajne razlike su registrovane za tugu ($p = 0,001$), bes ($p = 0,006$) i poremećaj spavanja ($p = 0,013$). Rezilijentnost je niža među ispitanicima koji rade sa korisnicima kod kojih je tuga uobičajen problem ($M = 3,12$, $SD = 0,63$) u odnosu na one koji to ne navode ($M = 3,35$, $SD = 0,70$). Slično važi za bes ($M = 3,11$, $SD = 0,65$ naspram $M = 3,30$, $SD = 0,67$) i poremećaj spavanja ($M = 3,12$, $SD = 0,57$ naspram $M = 3,30$, $SD = 0,75$).

Tabela 15. Rezilijentnost i karakteristike organizacije

			Rezilijentnost
Povezivanje sa drugim službama	Partnerstvo sa lokalnim/regionlnim organizacijama	r	,154**
	Kolaboracija sa zdravstvenim ustanovama	p	0,003
	Povezivanje sa obrazovnim institucijama	r	,128*
	Saradnja sa pravnim službama	p	0,013
	Veze sa nevladinim organizacijama	r	,112*
		p	0,030
		r	0,081
		p	0,118
		r	,187**
Dostupni resursi	Materijalni resursi (npr. prostorije, oprema)	p	0,000
	Ljudski resursi (npr. osoblje, volonteri)	r	0,096
	Informacioni resursi (npr. baza podataka, stručna literatura)	p	0,063
	Tehnički resursi (npr. IT infrastruktura, softver)	r	,226**
		p	0,000
		r	-0,042
		p	0,418
Odgovarajući kapaciteti	Profesionalni kapaciteti (npr. obučeno osoblje)	r	-0,029
	Fizički kapaciteti (npr. dovoljno mesta za smeštaj)	p	0,582
	Administrativni kapaciteti (npr. efikasni administrativni procesi)	r	,192**
	Tehnološki kapaciteti (npr. primena savremene tehnologije u pružanju usluga)	p	0,000
		r	,148**
		p	0,004
		r	0,044
		p	0,399
			0,034
			0,514
			0,069

			Rezilijentnost
	Finansijski kapaciteti (npr. dovoljno sredstava za održavanje i razvoj programa)	p	0,188
<i>Povezivanje sa drugim službama_kompozitni skor</i>			0,163**
		r	0,002
		p	
			Rezilijentnost
Dostupni resursi_kompozitni skor	Dostupni resursi_kompozitni skor	p	0,120
Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	r	0,106*
Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	Odgovarajući kapaciteti_kompozitni skor	p	0,044

Rezultati ispitivanja povezanosti organizacionih karakteristika sa rezilijentnošću zaposlenih pokazuju da postoji statistički značajna pozitivna korelacija između povezanosti organizacije sa drugim službama i nivoa rezilijentnosti ($r = 0,163$, $p = 0,002$), što ukazuje da bolja međusobna saradnja doprinosi većoj otpornosti na stres. Takođe, odgovarajući kapaciteti organizacije pokazali su slabiju, ali statistički značajnu pozitivnu povezanost sa rezilijentnošću ($r = 0,106$, $p = 0,044$). Povezanost između dostupnih resursa i rezilijentnosti nije bila statistički značajna ($p = 0,120$). Dakle, međusobna povezanost organizacija i interni kapaciteti, mogu imati ulogu u jačanju rezilijentnosti zaposlenih.

Rezultati povezanosti pojedinačnih aspekata organizacionih karakteristika sa nivoom rezilijentnosti zaposlenih pokazuju više statistički značajnih pozitivnih povezanosti, što ukazuje da jače razvijena organizaciona struktura može doprineti višem nivou rezilijentnosti zaposlenih. Posebno se izdvajaju veze sa saardnjom sa nevladinim organizacijama ($r = 0,187$, $p < 0,001$), kao i kvalitet ljudskih resursa ($r = 0,226$, $p < 0,001$) i profesionalnih kapaciteta ($r = 0,192$, $p < 0,001$). Pozitivne korelacije su takođe registrovane za partnerstva sa lokalnim i zdravstvenim institucijama, kao i za fizičke kapacitete.

7.6. Faktori rizika za razvoj sekundarne traumatizacije

U cilju identifikovanja faktora koji doprinose izraženosti simptoma sekundarne traumatizacije kod profesionalaca angažovanih u radu sa ranjivim populacijama, sprovedene su četiri odvojene višestruke linearne regresione analize, sa dimenzijama intruzija, izbegavanje i pobuđenost i ukupna sekundarna traumatizaciji, kao zavisnim varijablama. Regresione analize sprovedene su primenom stepwise metode (korak-po-korak) kako bi

se izdvojili statistički najrelevantniji prediktori u okviru složenog skupa ulaznih varijabli.

Metodološki, primena *stepwise* pristupa po tematskim blokovima (opšti podaci o ispitanicima, profesionalno iskustvo, karakteristike korisnika i karakteristike organizacije) omogućila je kontrolu složenosti modela i izbegavanje *overfitting-a*, odnosno preopterećenja modela suvišnim brojem prediktora koji ne doprinose objašnjenju varijanse. Ovakav pristup zasnovan je na preporučenim statističkim pravilima o odnosu broja prediktora i veličine uzorka.

Naime, broj ispitanika u istraživanju ($N = 300$) zadovoljava kriterijume Pedagogovog pravila (Pedhazur, 1997), koje nalaže minimum 10 do 15 ispitanika po prediktoru. S obzirom na to da je ukupan broj potencijalnih prediktora bio 19 po bloku, optimalan broj ispitanika bi bio između 190 i 285, što je u ovom slučaju premašeno.

Takođe, ispunjeni su uslovi i prema Greenovom pravilu (Green, 1991):

1. Za testiranje ukupnog modela, $N \geq 50 + 8m$ (gde je m broj prediktora); za 19 prediktora: $N \geq 202$.

2. Za testiranje pojedinačnih prediktora, $N \geq 104 + m$; za 1 prediktora: $N \geq 123$.

Oba kriterijuma su ispunjena, čime je obezbeđena dovoljna statistička snaga analiza. Nezavisne varijable bile su tematski grupisane u četiri bloka:

Opšti podaci o ispitanicima:

Ovaj blok obuhvata sociodemografske karakteristike i prethodno stručno usavršavanje. Uključene varijable su:

- pol (ref. kategorija: muški)
- starost (kontinuirana)
- bračno stanje: neoženjen/neudata, oženjen/udata i razveden/razvedena (ref. kategorija: udovica/udovac)
- nivo obrazovanja (ref. kategorija: visoko obrazovanje)
- pohađanje terapeutske obuke (ref. „ne“)
- specifična obuka o traumi (ref. „ne“)
- posedovanje stručnih licenci za rad (ref. „ne“)
- pohađanje interkulturalne obuke (ref. „ne“)
- prethodno međunarodno/interkulturalno iskustvo (ref. „ne“)

Profesionalno iskustvo:

U okviru ovog bloka analizirane su varijable koje se odnose na vrstu i trajanje profesionalnog angažmana:

- vrsta posla: psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, zdravstvena zaštita, psihoterapija/savetovanje i socijalni rad, psihoterapija/ savetovanje i kulturna medijacija, kao i kombinovane uloge (ref. kategorija: drugo)
- obavljanje terenskog rada (ref. „ne“)
- broj različitih poslova (kontinuirana)
- dužina iskustva u psihoterapiji (kontinuirana)
- vreme provedeno na trenutnom poslu (kontinuirana)
- približan broj korisnika sa kojima je ispitanik radio do sada (kontinuirana)

Karakteristike korisnika:

Analizirani su tipovi korisnika, uzrast korisnika i vrste problema sa kojima se najčešće suočavaju:

- tip korisnika: tražioci azila, migranti, žrtve nasilja, žrtve trgovine ljudima (ref. kategorija: drugo)
- starosne grupe korisnika: mladi (13–17 g.), mlađi odrasli (18–25 g.), odrasli (18–64 g.), stari (65+), (ref. kategorija: deca 1–12 g.)
- najčešći psihološki problemi korisnika: depresija, anksioznost, tuga, bes, agresivnost, disocijacija, utučenost, poremećaji spavanja (ref. kategorija: drugo)

Karakteristike organizacije:

Razmatrane su i organizacione odlike radnog okruženja koje potencijalno mogu doprineti prevenciji ili pogoršanju profesionalnog stresa:

- povezanost sa drugim službama (kontinuirana)
- dostupni resursi (kontinuirana)
- unutrašnji kapaciteti organizacije (kontinuirana)

Za sve kategoričke varijable u analizi korišćene su unapred definisane referentne kategorije, a kontinuirane varijable uključene su bez transformacije. Svi modeli su analizirani nezavisno po dimenzijama, a rezultati su prikazani u odgovarajućim tabelama u nastavku.

Tabela 16. Prediktori intruzije, četiri modela ultivarijantne linearne regresije (*stepwise* metoda)

		Beta	t	p	95,0% Interval poverenja	
					Donja granica	Gornja granica
Nezavisne varijable: Opšti podaci o ispitanicima	Korak 4: Adj. $R^2 = 0,203$; $F = 12,66$, $p < 0,001$. Nezavisne varijable: Opšti podaci o ispitanicima (Constant)		6,075	$< 0,001$	4,520	8,847
	Bračno stanje_Neoženjen/neudata	-0,115	-2,181	0,030	-2,147	-0,111
	Bračno stanje_Razveden/razvedena	0,186	3,692	$< 0,001$	1,234	4,047
	Pol	0,147	2,807	0,005	0,487	2,766
	Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte	-0,208	3,747	$< 0,001$	-0,867	-2,781
	Neka vrsta interkulturalne obuke	-0,188	-2,987	0,003	-2,906	-0,599
	Starost (kont.)	0,148	2,808	0,005	0,020	0,116
Nezavisne varijable: Profesionalno iskustvo	Korak 10: Adj. $R^2 = 0,606$; $F = 34,97$, $p < 0,001$. (Constant)		23,795	$< 0,001$	11,933	14,092
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	0,546	8,478	$< 0,001$	9,073	14,581
	Vrsta posla_Zdravstvena zaštita	-0,164	-3,348	0,001	-9,558	-2,467
	Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine)	1,082	10,922	$< 0,001$	0,674	0,972
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje	0,430	6,670	$< 0,001$	4,056	7,467
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	0,241	4,265	$< 0,001$	2,610	7,108
	Posao uključuje terenski rad	0,212	3,306	0,001	1,022	4,052
Nezavisne varijable: Karakteristike korisnika	Korak 5: Adj. $R^2 = 0,283$; $F = 18,61$, $p < 0,001$. (Constant)		21,064	$< 0,001$	12,060	14,543
	Starosne grupe korisnika_Odrasli (18 – 64 g.)	-0,296	-3,661	$< 0,001$	-3,951	-1,190
	Starosne grupe korisnika_Stari (65 g. i više)	-0,218	-3,911	$< 0,001$	-5,327	-1,763
	Starosne grupe korisnika_Mladi odrasli (18 – 25 g.)	-0,142	-2,047	0,041	-3,229	-0,065
	Starosne grupe korisnika_Mladi (13 – 17 g.)	-0,189	-2,415	0,016	-3,262	-0,334
	Tip korisnika_Tražioc azila	0,671	8,616	$< 0,001$	4,842	7,706
	Tip korisnika_Migranti	0,622	-7,741	$< 0,001$	0,985	4,155
Nezavisne varijable: Karakteristike organizacije	Korak 1: Adj. $R^2 = 0,024$; $F = 10,57$, $p = 0,001$.					
	Povezivanje sa drugim službama	-0,164	-3,252	0,001	-1,387	-0,342

U cilju identifikovanja značajnih prediktora intruzije kod profesionalaca koji rade sa ranjivim populacijama, sprovedena je višestruka linearna regresiona analiza korišćenjem *stepwise* metode. Analiza je organizovana kroz četiri odvojena modela, pri čemu je svaki model obuhvatio tematski grupisane nezavisne varijable: opšte sociodemografske karakteristike ispitanika (Model 1), profesionalno iskustvo (Model 2), karakteristike

korisnika sa kojima ispitanici rade (Model 3) i organizacione karakteristike radnog okruženja (Model 4).

Model 1: Opšti podaci o ispitanicima

Regresioni model je bio statistički značajan ($F = 12,66$, $p < 0,001$) i objasnio je 20,3% varijanse u intruziji (Adjusted $R^2 = 0,203$). Višim rezultatima intruzije doprinosi više faktora. Pol se pokazao kao značajan prediktor: ispitanice ženskog pola imale su više rezultate na skali intruzije u poređenju sa muškarcima ($\beta = 0,147$, $t = 2,807$, $p = 0,005$, 95% CI [0,487, 2,766]). Starost je takođe bila pozitivno povezana sa intruzijom ($\beta = 0,148$, $t = 2,808$, $p = 0,005$, 95% CI [0,020, 0,116]). Bračno stanje pokazalo je diferencirane efekte: osobe koje su razvedene imale su značajno više rezultate intruzije ($\beta = 0,186$, $t = 3,692$, $p < 0,001$, 95% CI [1,234, 4,047]), dok su ispitanici koji su neoženjeni/neudate beležili značajno niže rezultate ($\beta = -0,115$, $t = -2,181$, $p = 0,030$, 95% CI [-2,147, -0,111]). Pohađanje interkulturalne obuke bilo je značajan negativan prediktor ($\beta = -0,188$, $t = -2,987$, $p = 0,003$, 95% CI [-2,906, -0,599]), kao i međunarodno/interkulturalno iskustvo ($\beta = -0,326$, $t = -6,088$, $p < 0,001$, 95% CI [-2,708, -0,293]).

Model 2: Profesionalni iskustvo

Ovaj model pokazao je izrazitu prediktivnu snagu, sa Adjusted $R^2 = 0,606$ i statistički značajnom F-vrednošću ($F = 34,97$, $p < 0,001$). Najjači pozitivan prediktor intruzije bio je broj godina psihoterapijskog iskustva ($\beta = 1,082$, $t = 10,922$, $p < 0,001$, 95% CI [0,674, 0,972]) i dužina rada na poslu pružaoca usluga ($\beta = 1,286$, $t = -11,598$, $p < 0,001$, 95% CI [1,113, 1,789]). Viši nivoi intruzije takođe su registrovani kod onih koji rade u kombinovanim ulogama (psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija: $\beta = 0,546$, $t = 8,478$, $p < 0,001$; psihoterapija/savetovanje: $\beta = 0,430$, $t = 6,670$, $p < 0,001$; savetovanje, socijalni rad i kulturna medijacija: $\beta = 0,241$, $t = 4,265$, $p < 0,001$). Terenski rad je takođe bio značajan prediktor viših rezultata ($\beta = 0,212$, $t = 3,306$, $p = 0,001$, 95% CI [1,022, 4,052]). Niži nivoi intruzije identifikovani su kod ispitanika zaposlenih u oblasti zdravstvene zaštite ($\beta = -0,164$, $t = -3,348$, $p = 0,001$).

Model 3: Karakteristike korisnika

Model je objasnio 28,3% varijanse intruzije (Adjusted $R^2 = 0,283$), uz statistički značajnu F-vrednost ($F = 18,61$, $p < 0,001$). Najjači pojedinačni prediktor bila je kategorija korisnika – tražioci azila, pri čemu rad sa ovim korisnicima dovodi do većeg nivoa intruzije ($\beta = 0,671$, $t = 8,616$, $p < 0,001$, 95% CI [4,842, 7,706]). Oni koji rade sa migrantima povezani su sa višim

rezultatima ($\beta = 0,622$, $t = -7,741$, $p < 0,001$, 95% CI [0,985, -4,155]). Uzrast korisnika takođe je značajan prediktor: kada se radi sa uzrastima starijim od detinjstva (1–12 g.), pomagači beleže niže nivoe intruzije: odrasli ($\beta = -0,296$, $t = -3,661$, $p < 0,001$), stari ($\beta = -0,218$, $t = -3,911$, $p < 0,001$), mlađi odrasli ($\beta = -0,142$, $t = -2,047$, $p = 0,041$) i mladi ($\beta = -0,189$, $t = -2,415$, $p = 0,016$).

Model 4: Karakteristike organizacije

Iako je model bio statistički značajan ($F = 10,57$, $p = 0,001$), objašnjena varijansa bila je niska (Adjusted $R^2 = 0,024$). Jedini značajan prediktor bio je nivo povezanosti sa drugim službama, koji je pokazao negativnu povezanost sa intruzijom ($\beta = -0,164$, $t = -3,252$, $p = 0,001$, 95% CI [-1,387, -0,342]). Dakle, veća međusistemska povezanost organizacije deluje protektivno, jer je povezana sa manjom izraženošću simptoma intruzije.

Sumirano, na osnovu četiri sprovedena regresiona modela precizno su identifikovani riziko i protektivni faktori povezani sa dimenzijom intruzije kod profesionalaca angažovanih u radu sa rizičnim grupama. Kao riziko faktori, odnosno varijable koje su dosledno povezane sa višim nivoima intruzije, izdvojili su se ženski pol, starije životno doba, bračni status „razvedeni“, veći broj godina psihoterapijskog iskustva, kao i profesionalni angažmani koji obuhvataju psihoterapiju, savetovanje, kulturnu medijaciju i socijalni rad, uključujući i obavljanje terenskog rada. Takođe, rad sa tražiocima azila i migrantima identifikovan je kao izrazit izvor rizika. S druge strane, protektivni efekat utvrđen je kod ispitanika koji nisu u bračnom odnosu, onih koji su pohađali interkulturalnu obuku i koji imaju međunarodno/interkulturalno iskustvo, kao i kod profesionalaca angažovanih u zdravstvenoj zaštiti. Dodatno, rad sa korisnicima starijih uzrasta – uključujući mlade, mlađe odrasle, odrasle i starije osobe – povezan je sa nižim intenzitetom intruzije u poređenju sa radom sa decom. Na nivou organizacije, veća povezanost sa drugim službama pokazala se kao značajan protektivni faktor.

Tabela 17. Prediktori izbegavanja, četiri modela multivarijantne linearne regresije (*stepwise* metoda)

				95,0% Interval poverenja		
				Donja granica	Gornja granica	
				Beta	t	p
Nezavisne varijable: Opšti podaci o ispitanicima	Korak 2: Adj. R ² = 0,257; F = 16,73, p < 0,001.					
	(Constant)		1,307	0,192	-1,332	6,604
	Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte	- 0,326	6,088	< 0,001	- 2,708	0,293
	Stručne licence za posao pružaoća usluga	- 0,300	5,979	< 0,001	-2,502	0,955
	Korak 3: Adj. R ² = 0,492; F = 35,21, p < 0,001.					
Nezavisne varijable: Profesionalno iskustvo	(Constant)		25,198	< 0,001	14,449	16,905
	Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine)	1,088	10,433	< 0,001	0,889	1,304
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	0,561	8,985	< 0,001	12,571	19,650
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje	0,481	7,887	< 0,001	6,402	10,677
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje je, socijalni rad, kulturna medijacija	0,253	4,261	< 0,001	3,639	9,921
Nezavisne varijable: Karakteristike korisnika	Korak 4: Adj. R ² = 0,302; F = 19,68, p < 0,001.					
	(Constant)		20,859	< 0,001	17,193	20,772
	Tip korisnika_Tražioći azila	0,624	8,677	< 0,001	6,331	10,042
	Tip korisnika_Žrtve nasilja	0,094	-2,020	0,044	-2,716	0,037
	Starosne grupe korisnika_Odrasli (18 – 64 g.)	-0,442	-5,450	< 0,001	-7,375	-3,464
	Starosne grupe korisnika_Stari (65 g. i više)	-0,282	-4,942	< 0,001	-8,956	-3,858
	Starosne grupe korisnika_Mladi (13 – 17 g.)	-0,280	-3,553	< 0,001	-5,818	-1,673
	Starosne grupe korisnika_Mladi odrasli (18 – 25 g.)	-0,185	-2,663	0,008	-5,205	-0,783
Nezavisne varijable: Karakteristike organizacije	Korak 1: Adj. R ² = 0,111; F = 5,13, p = 0,024.					
	(Constant)		12,869	< 0,001	15,726	21,397
	Dostupni resursi	-0,116	-2,265	0,024	-1,517	-0,107

Model 1: Opšti podaci o ispitanicima

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 16,73$, $p < 0,001$) i objasnio je 25,7% varijanse u izbegavanju (Adjusted $R^2 = 0,257$). Ispitanici koji su imali međunarodno ili interkulturalno iskustvo pokazali su niže nivoe izbegavanja u poređenju sa onima bez takvog iskustva ($\beta = -0,326$, $t = 6,088$, $p < 0,001$, 95% CI [-2,708, 0,293]), kao i oni koji poseduju stručne licence

za rad ($\beta = -0,300$, $t = 5,979$, $p < 0,001$, 95% CI [-2,502, 0,955]). Dakle, identifikovana su dva protektivna faktora izbegavanja: međunarodno /interkulturalno iskustvo ($\beta = -0,326$, $p < 0,001$) i posedovanje stručne licence za rad ($\beta = -0,300$, $p < 0,001$).

Model 2: Profesionalni iskustvo

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 35,21$, $p < 0,001$) i objasnio je 49,2% varijanse u izbegavanju (Adjusted $R^2 = 0,492$), što ukazuje na snažan doprinos varijabli profesionalnog iskustva u objašnjenju izraženosti ovog aspekta sekundarne traumatizacije. Najsnažniji pojedinačni prediktor bio je broj godina psihoterapijskog iskustva, koji je bio pozitivno povezan sa izbegavanjem ($\beta = 1,088$, $t = 10,433$, $p < 0,001$, 95% CI [0,889, 1,304]).

Vrsta profesionalnog angažmana takođe se pokazala kao statistički značajan prediktor: ispitanici angažovani u oblasti psihoterapije i savetovanja u kombinaciji sa kulturnom medijacijom imali su više rezultate na skali izbegavanja u odnosu na referentnu kategoriju ($\beta = 0,561$, $t = 8,985$, $p < 0,001$, 95% CI [12,571, 19,650]), kao i oni koji rade u oblasti psihoterapije/savetovanja ($\beta = 0,481$, $t = 7,887$, $p < 0,001$, 95% CI [6,402, 10,677]), te oni angažovani u kombinovanim ulogama koje uključuju psihoterapiju, socijalni rad i kulturnu medijaciju ($\beta = 0,253$, $t = 4,261$, $p < 0,001$, 95% CI [3,639, 9,921]). Sumirano, kao riziko faktori za viši nivo izbegavanja identifikovani su: duže trajanje psihoterapijskog iskustva ($\beta = 1,088$, $p < 0,001$), rad u okviru psihoterapije/savetovanja ($\beta = 0,481$, $p < 0,001$), psihoterapije sa kulturnom medijacijom ($\beta = 0,561$, $p < 0,001$) i kombinovani angažman u savetovanju, socijalnom radu i kulturnoj medijaciji ($\beta = 0,253$, $p < 0,001$).

Model 3: Karakteristike korisnika

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 19,68$, $p < 0,001$) i objasnio je 30,2% varijanse u izbegavanju (Adjusted $R^2 = 0,302$), što ukazuje na umereni doprinos karakteristika korisnika u objašnjenju ovog oblika sekundarne traumatizacije. Kao najsnažniji riziko faktor identifikovana je radna angažovanost sa tražiocima azila ($\beta = 0,624$, $t = 8,677$, $p < 0,001$, 95% CI [6,331, 10,042]) i žrtvama nasilja ($\beta = 0,094$, $t = -2,020$, $p = 0,044$, 95% CI [-2,716, 0,037]). U poređenju sa radom sa maloletnicima, rad sa svim ostalim kategorijama je protektivni faktor.

Model 4: Karakteristike organizacije

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 5,13$, $p = 0,024$), ali je objasnio relativno mali deo varijanse u izbegavanju (Adjusted $R^2 = 0,111$),

što ukazuje na skroman doprinos organizacionih karakteristika u objašnjenju ovog aspekta sekundarne traumatizacije. Jedini značajan prediktor bio je nivo dostupnosti resursa, koji je bio negativno povezan sa izraženošću simptoma izbegavanja ($\beta = -0,116$, $t = -2,265$, $p = 0,024$, 95% CI $[-1,517, -0,107]$). Dakle, dostupni resursi predstavljaju protektivni faktor za izbegavanje ($\beta = -0,116$, $p = 0,024$).

Sumirano, na osnovu sprovedenih regresionih modela identifikovani su ključni riziko i protektivni faktori povezani sa izraženošću simptoma izbegavanja kao dimenzije sekundarne traumatizacije. Kao protektivni faktori izdvojili su se međunarodno ili interkulturalno iskustvo, posedovanje stručne licence za rad i dostupnost resursa u organizaciji. Takođe, rad sa starijim korisnicima u odnosu na rad sa decom pokaza se kao protektivni. Sa druge strane, kao riziko faktori izdvojili su se duže trajanje psihoterapijskog iskustva, kao i profesionalni angažmani koji uključuju rad u okviru psihoterapije i savetovanja, naročito u kombinaciji sa kulturnom medijacijom ili socijalnim radom. Takođe, rad sa tražiocima azila i žrtvama nasilja prepoznat je kao dodatni izvor rizika, budući da je povezan sa višim nivoima izbegavanja.

Tabela 18. Prediktori pobudjenosti, četiri model multivarijantne linearne regresije (*stepwise* metoda)

		Beta	t	p	95,0% Interval poverenja	
					Donja granica	Gornja granica
Nezavisne varijable: Opšti podaci o ispitanicima	Korak 3: Adj. R ² = 0,257; F = 12,67, p < 0,001.					
	(Constant)		6,062	< 0,001	4,251	8,334
	Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte	-0,327	6,023	< 0,001	-1,91	0,762
	Bračno stanje_Razveden/razvedena	0,162	3,25	0,001	0,899	3,652
	Pol	0,124	2,346	0,02	0,221	2,505
	Starost (kont.)	0,145	2,826	0,005	0,02	0,113
	Neka vrsta interkulturalne obuke	-0,127	-2,029	0,043	-2,314	-0,036
Nezavisne varijable: Profesionalno iskustvo	Korak 4: Adj. R ² = 0,588; F = 37,14, p < 0,001.					
	(Constant)		17,15	< 0,001	11,635	14,662
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	0,687	11,539	< 0,001	12,228	17,276
	Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine)	1,057	10,681	< 0,001	0,649	0,943
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje	0,311	5,477	< 0,001	2,641	5,617
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	0,124	2,248	0,026	0,302	4,659

psihoterapije/savetovanja ($\beta = 0,311$, $t = 5,477$, $p < 0,001$, 95% CI [2,641, 5,617]) i kombinovanim angažmanom u psihoterapiji/savetovanju, socijalnom radu i kulturnoj medijaciji ($\beta = 0,124$, $t = 2,248$, $p = 0,026$, 95% CI [0,302, 4,659]). Negativna povezanost sa pobuđenošću uočena je kod rada u zdravstvenoj zaštiti ($\beta = -0,150$, $t = -3,002$, $p = 0,003$, 95% CI [-9,057, -1,87]).

Model 3: Karakteristike korisnika

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 20,26$, $p < 0,001$) i objasnio je 32,9% varijanse pobuđenosti (*Adjusted R*² = 0,329). Viša pobuđenost je bila povezana sa radom sa tražiocima azila ($\beta = 0,666$, $t = 9,804$, $p < 0,001$, 95% CI [5,058, 7,596]), korisnicima sa poremećajem spavanja ($\beta = 0,251$, $t = 4,552$, $p < 0,001$, 95% CI [1,232, 3,104]) i korisnicima sa anksioznošću ($\beta = 0,196$, $t = 3,315$, $p = 0,001$, 95% CI [0,748, 2,93]). Negativna povezanost sa pobuđenošću zabeležena je kod rada sa starijim korisnicima (65+ godina) ($\beta = -0,225$, $t = -4,817$, $p < 0,001$, 95% CI [-5,22, -2,194]), mladima od 13–17 godina ($\beta = -0,291$, $t = -5,64$, $p < 0,001$, 95% CI [-3,801, -1,836]), odraslima od 18–64 godine ($\beta = -0,211$, $t = -3,941$, $p < 0,001$, 95% CI [-2,79, -0,933]).

Model 4: Karakteristike organizacije

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 22,41$, $p < 0,001$), ali je objasnio relativno mali deo varijanse pobuđenosti (*Adjusted R*² = 0,053). Jedini značajan prediktor bio je nivo unutrašnjih kapaciteta, koji je bio negativno povezan sa pobuđenošću ($\beta = -0,236$, $t = -4,735$, $p < 0,001$, 95% CI [-1,553, -0,642]).

Sumirano, na osnovu sprovedenih regresionih modela identifikovani su ključni riziko i protektivni faktori povezani sa izraženošću simptoma pobuđenosti kao dimenzije sekundarne traumatizacije. Kao protektivni faktori izdvojili su se međunarodno ili interkulturalno iskustvo, prethodno pohađanje interkulturalne obuke, rad u okviru zdravstvene zaštite, angažman sa starijim korisnicima (65+ godina), kao i rad sa mlađim (13–17 godina) i odraslim korisnicima (18–64 godine) u poređenju sa decom. Pored toga, viši nivo unutrašnjih kapaciteta organizacije pokazao se kao dodatni protektivni faktor. Sa druge strane, kao riziko faktori izdvojili su se razvedeni bračni status, ženski pol, starija životna dob, duže trajanje psihoterapijskog iskustva, kao i profesionalni angažmani koji uključuju psihoterapiju i savetovanje, naročito u kombinaciji sa kulturnom medijacijom ili socijalnim radom. Takođe, rad sa tražiocima azila, korisnicima sa poremećajem spavanja i korisnicima

sa anksioznošću prepoznat je kao dodatni izvor rizika, budući da je povezan sa višim nivoima pobuđenosti.

Tabela 19. Prediktori sekundarne traumatizacije, četiri model multivarijantne linearne regresije (*stepwise* metoda)

		Beta	t	p	95,0% Interval poverenja	
					Donja granica	Gornja granica
Nezavisne varijable: Opšti podaci o ispitanicima	Korak 4: Adj. $R^2 = 0,245$; $F = 14,36$, $p < 0,001$. (Constant)		5,062	$< 0,001$	10,528	23,908
	Međunarodno/interkulturalno iskustvo uopšte	-0,291	5,377	$< 0,001$	-1,242	1,287
	Bračno stanje_Razveden/razvedena	0,219	4,215	$< 0,001$	5,353	14,720
	Pol	0,123	2,372	0,018	0,748	8,012
	Stručne licence za posao pružaoca usluga	-0,220	4,385	$< 0,001$	-1,492	1,173
	Starost (kont.)	0,173	3,421	0,001	0,109	0,405
	Neka vrsta interkulturalne obuke	-0,153	-2,481	0,014	-8,353	-0,965
Nezavisne varijable: Profesionalno iskustvo	Korak 4: Adj. $R^2 = 0,560$; $F = 38,624$, $p < 0,001$. (Constant)		27,269	$< 0,001$	36,523	42,223
	Dužina iskustva u psihoterapeutskom radu (godine)	1,128	11,625	$< 0,001$	2,286	3,221
	Vreme provedeno na poslu pružaoca usluga (godine)	1,184	11,516	$< 0,001$	1,293	2,329
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje i kulturna medijacija	0,671	11,552	$< 0,001$	38,676	54,616
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje	0,475	8,377	$< 0,001$	15,616	25,243
	Vrsta posla_Psihoterapija/savetovanje, socijalni rad, kulturna medijacija	0,236	4,270	$< 0,001$	8,228	22,375
	Vrsta posla_Zdravstvena zaštita	-0,105	-2,071	0,040	-24,167	-0,579
Nezavisne varijable: Karakteristike korisnika	Korak 5: Adj. $R^2 = 0,309$; $F = 20,30$, $p < 0,001$. (Constant)		22,007	$< 0,001$	41,299	49,403
	Tip korisnika_Tražioc i azila	0,694	9,486	$< 0,001$	16,616	25,305
	Starosne grupe korisnika_Odrasli (18 – 64 g.)	-0,377	-4,689	$< 0,001$	-15,089	-6,173
	Starosne grupe korisnika_Stari (65 g. i više)	-0,268	-4,868	$< 0,001$	-19,685	-8,358
	Starosne grupe korisnika_Mladi (13 – 17 g.)	-0,291	-3,789	$< 0,001$	-13,582	-4,301
	Uobičajeni problemi korisnika_Anksioznost	0,142	2,317	0,021	0,637	7,789
	Starosne grupe korisnika_Mladi odrasli (18 – 25 g.)	-0,153	-2,218	0,027	-10,752	-0,647
Nezavisne varijable: Karakteristike organizacije	Korak 1: Adj. $R^2 = 0,021$; $F = 9,21$, $p = 0,003$. (Constant)		15,805	$< 0,001$	40,531	52,049
	Unutrašnji kapaciteti	-0,154	-3,035	0,003	-3,846	-0,822

Model 1: Opšti podaci o ispitanicima

Regresioni model koji je uključio opšte podatke o ličnosti bio je statistički značajan ($F = 14,36, p < 0,001$) i objasnio je 24,5% varijanse sekundarne traumatizacije ($Adjusted R^2 = 0,245$). Viši nivoi sekundarne traumatizacije zabeleženi su kod razvedenih ($\beta = 0,219, t = 4,215, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [5,353, 14,720]$), žena u poređenju sa muškarcima ($\beta = 0,123, t = 2,372, p = 0,018, 95\% \text{ CI } [0,748, 8,012]$), starijih ispitanika ($\beta = 0,173, t = 3,421, p = 0,001, 95\% \text{ CI } [0,109, 0,405]$). Negativna povezanost sa sekundarnom traumatizacijom utvrđena je kod ispitanika sa kod onih koji su pohađali neku vrstu interkulturalne obuke ($\beta = -0,153, t = -2,481, p = 0,014, 95\% \text{ CI } [-8,353, -0,965]$), onih sa međunarodnim ili interkulturalnim iskustvom ($\beta = -0,291, t = 5,377, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [-1,242, 1,287]$) i onih sa stručnim licencama za pružanje usluga ($\beta = -0,220, t = 4,385, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [-1,492, 1,173]$).

Model 2: Profesionalni iskustvo

Regresioni model koji kao nezavisne promenljive sadrži one koje se odnose na profesionalno iskustvo, bio je statistički značajan ($F = 38,624, p < 0,001$) i objasnio je 56,0% varijanse sekundarne traumatizacije ($Adjusted R^2 = 0,560$). Viši nivoi sekundarne traumatizacije povezani su sa dužim iskustvom u psihoterapeutskom radu ($\beta = 1,128, t = 11,625, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [2,286, 3,221]$), radom u okviru psihoterapije/ savetovanja i kulturne medijacije ($\beta = 0,671, t = 11,552, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [38,676, 54,616]$), radom u okviru psihoterapije/ savetovanja ($\beta = 0,475, t = 8,377, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [15,616, 25,243]$) i kombinovanim angažmanom u psihoterapiji/savetovanju, socijalnom radu i kulturnoj medijaciji ($\beta = 0,236, t = 4,270, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [8,228, 22,375]$), ali i sa dužim vremenom provedenim na istom radnom mestu pružaoca usluga ($\beta = 1,184, t = 11,516, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [1,293, 2,329]$). Negativna povezanost utvrđena je kod rada u zdravstvenoj zaštiti ($\beta = -0,105, t = -2,071, p = 0,040, 95\% \text{ CI } [-24,167, -0,579]$).

Model 3: Karakteristike korisnika

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 20,30, p < 0,001$) i objasnio je 30,9% varijanse sekundarne traumatizacije ($Adjusted R^2 = 0,309$). Viši nivoi sekundarne traumatizacije uočeni su kod rada sa tražiocima azila ($\beta = 0,694, t = 9,486, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [16,616, 25,305]$) i korisnicima sa anksioznošću ($\beta = 0,142, t = 2,317, p = 0,021, 95\% \text{ CI } [0,637, 7,789]$). Negativna povezanost utvrđena je kod rada sa odraslima (18–64 godine) ($\beta = -0,377, t = -4,689, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [-15,089, -6,173]$), starijim korisnicima (65+ godina) ($\beta = -0,268, t = -4,868, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [-19,685,$

-8,358]), mladima (13–17 godina) ($\beta = -0,291, t = -3,789, p < 0,001, 95\% \text{ CI } [-13,582, -4,301]$), mlađim odraslima (18–25 godina) ($\beta = -0,153, t = -2,218, p = 0,027, 95\% \text{ CI } [-10,752, -0,647]$).

Model 4: Karakteristike organizacije

Regresioni model bio je statistički značajan ($F = 9,21, p = 0,003$), ali je objasnio relativno mali deo varijanse sekundarne traumatizacije (*Adjusted R*² = 0,021). Jedini značajan prediktor bio je nivo unutrašnjih kapaciteta, koji je bio negativno povezan sa sekundarnom traumatizacijom ($\beta = -0,154, t = -3,035, p = 0,003, 95\% \text{ CI } [-3,846, -0,822]$).

Sumirano, sprovedeni regresioni modeli identifikovali su više značajnih riziko i protektivnih faktora povezanih sa sekundarnom traumatizacijom. **Riziko faktori** obuhvataju: razvedeni bračni status, ženski pol, starija životna dob, duže iskustvo u psihoterapeutskom radu, rad u okviru psihoterapije i savetovanja, kulturne medijacije, socijalnog rada (pojedinačno i u kombinaciji), kao i duže trajanje rada na radnom mestu pružaoca usluga. Dodatno, rad sa tražiocima azila i korisnicima sa anksioznim smetnjama izdvojio se kao izvor povećanog rizika. **Protektivni faktori** uključuju: pohađanje interkulturalne obuke, međunarodno ili interkulturalno iskustvo, posedovanje stručnih licenci za pružanje usluga, rad u zdravstvenoj zaštiti, rad sa odraslim (18–64 godine), starijim (65+ godina), mladim (13–17 godina) i mlađim odraslim korisnicima (18–25 godina) u odnosu na rad sa najmlađima, kao i veći unutrašnji kapaciteti organizacije.

7.7. Medijatorska funkcija rezilijentnosti u razvoju sekundarne traumatizacije

U cilju provere pretpostavke da rezilijentnost predstavlja značajan psihološki resurs koji umanjuje intenzitet sekundarne traumatizacije kod pružalaca usluga, sprovedena je medijaciona analiza korišćenjem strukturnog modelovanja putanjama (*Path analysis*) u okviru softverskog paketa AMOS. Ovaj pristup omogućava istovremenu procenu direktnih i indirektnih efekata više prediktora na zavisnu varijablu, uz uvođenje medijatora u model, čime se dobija preciznija slika o mehanizmima koji povezuju nezavisne i zavisne varijable.

U modelu su kao nezavisne varijable uključene sociodemografske karakteristike, profesionalna iskustva i tipovi korisnika sa kojima ispitanici rade, dok je sekundarna traumatizacija definisana kao zavisna varijabla. Rezilijentnost je modelovana tako da zauzima posredničku poziciju između prediktora i sekundarne traumatizacije. Analiza je izvedena korišćenjem

standardizovanih koeficijenata (β) za putanje a (prediktor $\rightarrow$ rezilijentnost), b (rezilijentnost $\rightarrow$ sekundarna traumatizacija) i c' (direktan efekat prediktora na sekundarnu traumatizaciju nakon kontrole medijatora). Indirektni efekat je izračunat kao proizvod putanja $a \times b$, dok je ukupni efekat određen kao zbir direktnog i indirektnog efekta ($c' + a \times b$). Analiza je sprovedena korišćenjem *bootstrap* metode sa 5000 uzoraka radi procene intervala poverenja za indirektno efekte, čime je obezbeđena robusnost procena i izbegnuto oslanjanje na pretpostavku o normalnosti distribucije indirektnih efekata.

Tabela 20. Efekti medijacionog modela rezilijentnosti na sekundarnu traumatizaciju

Šifra	Prediktor	a: Prediktor $\rightarrow$ Rezilijentn ost (β)	p(a)	b: Rezilijentn ost $\rightarrow$ Sek. traumatiza cija (β)	p(b)	c': direktno Prediktor $\rightarrow$ Sek. traumatiza cija (β)	p(c')	Indirektni efekat $a \times b$	Ukupni efekat $c' + a \times b$
v1	Bračno stanje – razveden/razvedena	-0,15	0,004	-0,5	<0,001	0,12	0,007	0,075	0,195
v2	Pol – ženski (ref. muški)	-0,12	0,018	-0,5	<0,001	0,08	0,032	0,06	0,14
v3	Starost (kont.)	-0,10	0,011	-0,5	<0,001	0,09	0,021	0,05	0,14
v4	Interkulturalna obuka (da)	0,14	0,006	-0,5	<0,001	-0,03	0,24	-0,07	-0,1
v5	Međunarodno/interkulturalno iskustvo (da)	0,16	0,003	-0,5	<0,001	-0,04	0,18	-0,08	-0,12
v6	Stručne licence za pružanje usluga (da)	0,12	0,02	-0,5	<0,001	-0,05	0,12	-0,06	-0,11
v7	Iskustvo u psihoterapiji (godine)	-0,18	<0,001	-0,5	<0,001	0,2	<0,001	0,09	0,29
v8	Vreme na istom radnom mestu (godine)	-0,1	0,015	-0,5	<0,001	0,11	0,01	0,05	0,16
v9	Vrsta posla – psihoterapija/savetovanje + kulturna medijacija	-0,2	<0,001	-0,5	<0,001	0,22	<0,001	0,1	0,32
v10	Vrsta posla – psihoterapija/savetovanje	-0,16	<0,001	-0,5	<0,001	0,16	<0,001	0,08	0,24
v11	Vrsta posla – psihoterapija/savetovanje + soc. rad + kult. medijacija	-0,14	0,002	-0,5	<0,001	0,12	0,006	0,07	0,19
v12	Vrsta posla – zdravstvena zaštita	0,10	0,026	-0,5	<0,001	-0,08	0,04	-0,05	-0,13
v13	Tip korisnika – tražioci azila	-0,22	<0,001	-0,5	<0,001	0,24	<0,001	0,11	0,35
v14	Uobičajeni problem korisnika – anksioznost	-0,12	0,014	-0,5	<0,001	0,1	0,018	0,06	0,16
v15	Starosna grupa korisnika – odrasli (18–64)	0,15	0,004	-0,5	<0,001	-0,09	0,022	-0,075	-0,165
v16	Starosna grupa korisnika – stari (65+)	0,16	0,003	-0,5	<0,001	-0,1	0,012	-0,08	-0,18
v17	Starosna grupa korisnika – mladi (13–17)	0,14	0,006	-0,5	<0,001	-0,11	0,009	-0,07	-0,18
v18	Starosna grupa korisnika – mladi odrasli (18–25)	0,12	0,02	-0,5	<0,001	-0,08	0,038	-0,06	-0,14
v19	Unutrašnji kapaciteti organizacije (viši)	0,18	<0,001	-0,5	<0,001	-0,12	0,006	-0,09	-0,21

Medijaciona analiza potvrdila je da je rezilijentnost snažan protektivni faktor sekundarne traumatizacije ($b = -0,45$, $p < 0,001$): veće vrednosti rezilijentnosti konzistentno su povezane sa nižim nivoom sekundarne

traumatizacije. Kod riziko faktora (npr. v1 razvedeni, v7 dužina psihoterapijskog iskustva, v9–v11 vrste posla sa dominantnom psihoterapijom/savetovanjem, v13 rad sa tražiocima azila i v14 anksioznost korisnika) direktni efekti na sekundarnu traumatizaciju ostaju statistički značajni, ali su smanjeni kada se u model uključi rezilijentnost (c' u rasponu 0,10–0,20). Indirektni efekti $a \times b$ za ove prediktore su pozitivni (npr. za v13: $a = -0,24$, $a \times b = 0,108$, 95% CI [0,038, 0,178]), što ukazuje da deo povećanja sekundarne traumatizacije ide preko smanjenja rezilijentnosti. Dakle, jačanjem rezilijentnosti umanjuje se efektivni uticaj riziko faktora. Za protektivne faktore (npr. v4 interkulturalna obuka, v5 međunarodno/interkulturalno iskustvo, v6 stručne licence, v12 zdravstvena zaštita, v15–v18 starosne grupe korisnika i v19 unutrašnji kapaciteti organizacije), a put je pozitivan (povećavaju rezilijentnost), dok je indirektni efekat negativan ($a \times b < 0$), što dodatno smanjuje sekundarnu traumatizaciju.

U celini, obrazac efekata dosledno pokazuje delimičnu medijaciju. Rezultati potvrđuju da rezilijentnost ima ključnu ulogu u ublažavanju negativnog uticaja profesionalnih i ličnih faktora rizika na sekundarnu traumatizaciju. Viši nivoi rezilijentnosti dosledno su povezani sa nižim nivoima sekundarne traumatizacije, dok nizak nivo rezilijentnosti delimično posreduje i pojačava efekat rizičnih prediktora.

8. DISKUSIJA

Rezultati ovog istraživanja su pružili koherentan prikaz obrazaca sekundarne traumatizacije (STS) u pomagačkim profesijama na Zapadnom Balkanu. Analizom podataka prikupljenih od 393 visokoobrazovana stručnjaka iz zapadnobalkanskih zemalja, predstavljeni su višeslojni obrasci rizika i zaštite, pružajući uvid u lične, psihološke, organizacione i kontekstualne faktore koji oblikuju izloženost sekundarnoj traumatizaciji.

Dakle, da sumiramo: u ovom istraživanju mapirali smo sekundarnu traumatizaciju (STS) među profesionalcima pomažućih delatnosti u ovom regionu i ispitali kako lični, psihološki, profesionalni, korisnički i organizacioni činioci oblikuju njene nivoe. Kako su rezultati pokazali, dimenzije STS-a (intruzija, izbegavanje, pobuđenost) prisutne su u različitom intenzitetu kroz podsisteme, pri čemu se izdvajaju profili i konteksti povišenog rizika: žene, ispitanici u srednjem životnom dobu i bez stabilne partnerske podrške; hibridne i profilno „granične“ uloge (psihoterapija i savetovanje u kombinaciji sa kulturnom medijacijom i/ili socijalnim radom), duže trajanje prakse i veći intenzitet angažmana; kao i rad sa visoko traumatizovanim grupama - posebno tražiocima azila i migrantima, te sa klijentima decom. Na nivou korisničke problematike, anksioznost i poremećaji spavanja selektivno su povezani sa višom pobuđenošću pružalaca, što se odražava i na ukupan STS. Naše nalaze prate podaci iz literature (Hatfield i sar. 1993; Harvey, 2022; Miranda i sar., 2024; Patriquin i sar., 2017; Roberts i sar., 2021)

Istovremeno, uočeni su jasni protektivni obrasci. Rezilijentnost se pokazala kao snažan zaštitni faktor i aktivni regulator i direktno je negativno povezana sa STS-om, s tim da delimično posreduje efekte prediktora (ne ukida ih u potpunosti). Pregledi i meta-analize nalaze slične obrasce (Roberts i sar., 2021). Organizacione odrednice, kao što su bolja međusektorska povezanost, dostupniji resursi i jači unutrašnji kapaciteti, konzistentno su povezane sa nižim STS (najjače za pobuđenost); profesionalna standardizacija (licence) i interkulturalne kompetencije i iskustvo dodatno snižavaju rizik, a zdravstvena zaštita se, u poređenju s hibridnim ulogama, ističe nižim STS-om (Hensel i sar., 2015; Lev, 2022; Méndez-Fernández i sar., 2022; Puzzo, 2024; Sutton i sar., 2022), verovatno zbog većeg stepena protokolizacije i timske organizacije.

Sumarno, opšta hipoteza o višeslojnoj povezanosti STS-a je potvrđena, a većina specifičnih hipoteza dobija podršku uz važne nijanse: efekti nisu simetrični preko sve tri dimenzije (npr. terenski rad se pre svega vidi na izbegavanju; opterećenje pokazuje nelinearnost, sa „vrhom“ kod tri paralelne uloge i klijenta). U multivarijantnim modelima pojedini bivarijantni nalazi slabe ili nestaju (npr. depresija, bes i agresivnost), što upućuje da je rizik specifičnije vezan za arousal (anksioznost i nesanica) i za kontekste kumulativne traumatske izloženosti (tražioci azila i migranti). Ovakav obrazac usmerava preporuke na dva nivoa: jačanje individualne rezilijentnosti (treninzi, supervizija, protokoli samoregulacije) i unapređenje organizacionih uslova (povezanost, resursi, kapaciteti, standardizacija), posebno u okruženjima sa visokom i hroničnom izloženošću traumatskim narativima (Dominguez-Gomez i Rutledge, 2009; Xu sar., 2024).

U nastavku ćemo detaljnije interpretirati neke od rezultata istraživanja, kategorišući ih kao faktore rizika i zaštite.

8.1. Faktori rizika

Rad sa tražiocima azila i migrantima u našim modelima pokazuje značajan i dosledan rizik - povezan je sa višim rezultatima na intruziji, izbegavanju i pobuđenosti, ali i sa kompozitnim STS skorom. Ovakav profil je teorijski očekivan i podudaran s nalazima iz različitih sistema podrške izbeglicama (Živanović i Vukčević Marković, 2020). Jedno od objašnjenja je da su profesionalci u ovom polju izloženi ekstremno teškim i hronično ponavljajućim traumatskim narativima (rat, progon, gubitak, raseljavanje), uz strukturnu neizvesnost (pravne barijere, spor administrativni proces, ograničeni resursi) koja pojačava moralni distres i otežava emocionalnu obradu. U tom kontekstu je razumljivo da su intruzivne slike i prizori češći (intruzije), da se javljaju strategije zaštitnog distanciranja (izbegavanje) i da je fiziološko uzbuđenje povišeno (pobuđenost). Ovi obrasci su dokumentovani među raseljavanim radnicima, humanitarnim timovima i kulturnim medijatorima (Kindermmann, 2017; Rizkalla i sar., 2019; Tynewydd, 2020). Dodatno, ove uloge često uključuju zadatke poput jezičko-kulturnog posredovanja, snalaženje između sistema; zahtevi emotivne regulacije i odgovornosti su veći a standardizacija procesa slabija, pa je moguće da ova kombinacija čini STS verovatnijim i izraženijim. Jedan od važnih faktora rizika odnosi se na rad sa decom, koji je povezan sa najvišim nivoima svih dimenzija STS-a. U našem uzorku prosci skoro dostižu i teorijski maksimum, što je u skladu sa literaturom koja decu i dečiju

zaštitu identifikuje kao visoko-rizične kontekste za sekundarnu traumatizaciju i moralni distress kod profesionalaca (Miranda i sar., 2024; NCTSN, 2016; Raunick, 2015; Zelman, 2022). Ovaj obrazac je očekivan (ali ne u ovoj meri), jer su studije pokazivale da narativi koji uključuju decu pojačavaju empatijski angažman i moralni distress, što nadalje povećava verovatnoću intruzivne ruminacije i fiziološke pobuđenosti. Empirijski pregledi u pedijatrijskim okruženjima dosledno beleže visoke nivoe moralnog distressa i posledica po dobrobit osoblja (Miranda i sar., 2024). Nasuprot tome, rad sa starijim odraslima najčešće je najniže opterećujući - verovatno zbog drugačije strukture narativa, tehnika rada i organizovanijeg servisa (jasniji protokoli, timska podela rada).

Zanimljiv nam je i nalaz koji se odnosi na rad sa žrtvama nasilja. Naime, Zabeležen je porast na dimenziji izbegavanje u radu sa žrtvama nasilja i mi ga tumačimo kao funkcionalan, kratkoročni mehanizam samoodbrane - privremeno kognitivno ili emocionalno odmicanje radi očuvanja kapaciteta, naročito kada su narativi vizuelni i ponavljajući i kada institucionalne mogućnosti za zaštitu i rehabilitaciju nisu odmah dostupne. Važno je naglasiti da ovakva interpretacija stoji uz multivarijantnu kontrolu, pa treba reći da efekti rada sa tražiocima azila i migrantima nisu posledica preklapanja sa drugim profesionalnim ili organizacionim varijablama, već odražavaju specifičnu kombinaciju visoke traumatske ekspozicije i sistemskih ograničenja.

Uobičajeni problemi korisnika pokazuju selektivan obrazac rizika. Kada klijenti imaju anksiozne smetnje, kod pružalaca psihosocijalne podrške se podiže rezultata na dimenziji pobuđenost, a taj efekat je dovoljno jak da se odrazi i na kompozitni STS skor. Anksioznost posmatramo kao psihofiziološki poremećaj sa hronično povišenim autonomnim uzbuđenjem, što može značiti da kod profesionalaca u bliskom empatijskom kontaktu povećava verovatnoću „zaraze“ afektom i fiziološkog usklađivanja, pre svega u domenu budnosti i napetosti (Hatfield i sar., 1993; Patriquin i sar., 2017). Budući da je pobuđenost jedno od tri jezgra dimenzije STS, povišeni arousal se, sasvim očekivano, preslikava na više ukupne STS vrednosti.

Slično tome, rad sa klijentima sa poremećajem spavanja u našim modelima je nezavisno povezan upravo sa dimenzijom pobuđenost. Kognitivni model insomnije pokazuje da briga, monitoring pretnji i anticipatorna anksioznost održavaju autonomni arousal, i noću i danju (Harvey, 2002). Za one koji rade sa takvim klijentima, kontinuirana ekspozicija narativima i ponašajnim obrascima visokog arousala povećava profesionalnu tenziju i fiziološku

reaktivnost, koja se u STS metrikama najpre vidi baš na dimenziji pobuđenosti. Ovaj obrazac je dokumentovan i u širim uzorcima zdravstvenih radnika, gde su poremećaji spavanja stabilno povezani sa pokazateljima radnog stresa i iscrpljenosti (Lu, 2023). Za razliku od toga, drugi uobičajeni problemi (npr. depresivnost, bes i agresivnost) ne pokazuju značajne efekte u regresijama nakon kontrole ostalih prediktora, pa ih u ovom uzorku ne tumačimo kao pouzdane izvore rizika. To je metodološki važna razlika u odnosu na bivarijantne nalaze, jer kada se istovremeno uzmu u obzir kontekstualni i profesionalni faktori, internalizujući problemi sa visokim arousalom (anksioznost, insomnija) vidi se da zaista ostaju kao nosači rizika upravo pobuđenost i (posledično) kompozitni STS. Može se reći da je ovo u skladu sa teorijama emocionalne transmisije i sa samom konstrukcijom STS koja uključuje fiziološku komponentu.

Jedan od upečatljivijih nalaza koje smo dobili odnosi se na polne razlike u ispoljavanju sekundarne traumatizacije. Pokazano je da su žene izloženije STS, što nije samo deskriptivni signal već i rezultat u regresijama, koji kaže da ženski pol ostaje značajan riziko faktor na sve tri dimenzije (intruzija, izbegavanje, pobuđenost), kao i za kompozitni STS skor. Ovakav obrazac je u skladu s meta-analitičkim nalazima o većoj podložnosti žena sekundarnoj traumatizaciji (Baum, 2014) i novijim studijama na uzorcima socijalnih radnika u kojima su žene iskazivale više STS skorove u odnosu na muškarce, čak i uz kontrolu drugih faktora (Glomazić i sar., 2025; Glomazić i Vidović, 2024; Kounenou i sar.; Lev, 2022; 2023; Rupert i Morgan, 2005). Ovaj obrazac je konzistentan sa idejom rodno normiranog emocionalnog rada - veća očekivana empatičnost i dostupnost, što povećava ruminaciju i fiziološku pobuđenost. Dodatno, literatura o emocionalnom radu i sagorevanju ukazuje da upravo zahtevi emocionalnog rada predviđaju iscrpljenost i srodne ishode (Jeung i sar., 2018), a da rodne uloge i očekivanja mogu pojačati taj teret i pridoneti većoj izloženosti žena negativnim ishodima u radu (Artz i sar., 2021, Glomazić i Vidović, 2024).

Slično, rezultati ukazuju na izraženije simptome u srednjem životnom dobu naročito za intruziju i pobuđenost. Umesto očekivane otpornosti koja je građena na osnovu iskustva, verovatnije objašnjenje je da postoji kumulativni efekat izloženosti, što znači „trošenje“ usled godinama taloženog neobrađenog emocionalnog materijala korisnika, uz rast profesionalne odgovornosti i smanjenje formalne podrške. Pretpostavljamo da upravo to povećava ranjivost baš u fazama karijere kada je teret odlučivanja i vođenja timova najveći. Osim toga, objašnjenje može biti i da

dugotrajno i ponavljano izlaganje stresorima vodi „trošenju“ regulacionih sistema i većoj fiziološkoj reaktivnosti, dok profesionalne obaveze i odgovornost rastu brže od dostupne podrške. U literaturi se beleže i drugačiji rezultati, koji pokazuju da su mladi ljudi koji su na početku karijere najranjiviji, što ima i svoja logična objašnjenja (Baird i Kracen, 2006; Hensel i sar., 2015; Stamm, 2010).

Interesantan, iako u početku možda sporedan nalaz, odnosi se na razvedene ispitanike i one koji su ostali bez partnera. Kod njih su zabeležene više vrednosti sekundarne traumatizacije (dimenzije intruzija i pobuđenost i kompozitan skor), što može ukazivati na to da profesionalni stres postaje izraženiji kada izostaje lična podrška iz porodičnog okruženja. Kod osoba koje su razvedene ili su bez partnera i istovremeno imaju roditeljske obaveze, dolazi do preklapanja više opterećenja - profesionalnog, emocionalnog i porodičnog - što dodatno iscrpljuje njihove resurse. Kvalitet i dostupnost socijalne i porodične podrške su identifikovani kao zaštitni činioci za STS i srodne ishode.

Razlike prema vrsti posla i ulozi su značajne na svim dimenzijama i kompozitnom skor STS. Kombinovani, kompleksniji profesionalni profili (npr. psihoterapija i savetovanje u kombinaciji sa kulturnom medijacijom i/ili socijalnim radom) prate više prosečne vrednosti intruzije, izbegavanja i pobuđenosti, dok su najniži nivoi konzistentno zabeleženi u zdravstvenoj zaštiti. Moguća objašnjenja uključuju veći udeo međusistemskog posredovanja, takozvanog graničnog rada (prevođenje značenja između sistema i kultura), intenzivniji emocionalni rad i češće situacije bez jasno standardizovanih protokola. Takođe, hibridne uloge uključuju jezičko-kulturno posredovanje, višestruke i često konfliktne zahteve uloga i brzu adaptaciju na neujednačene procedure. Istraživanja na prevodiocima i kulturnim medijatorima u radu s izbeglicama pokazuju povišene nivoe psihološkog distresa i rizik za STS (Kindermann, 2017). Nasuprot tome, okruženja zdravstvene zaštite obično nude jasnije procedure, timsku podelu rada i stabilnije mehanizme kontrole opterećenja. To redistribuiraa emocionalni teret i smanjuje prostor za ruminaciju, a pokazalo se da sistemske intervencije i programi podrške snižavaju burnout i povezane ishode. Ova kombinacija graničnog rada i slabije institucionalne standardizacije možda objašnjava zašto se granice rada i emocionalna regulacija u takvim profilima brže „troše“, za razliku od strukturisanih okruženja.

8.2. Protektivni faktori

U modelima, interkulturalna obuka i međunarodno i interkulturalno iskustvo pokazali su zaštitne efekte. Kako je pokazano u studiji, obuka je povezana sa nižom intruzijom (u pojedinim modelima i sa nižom pobuđenošću), dok međunarodno i interkulturalno iskustvo konzistentno predviđa niže rezultate na sve tri dimenzije i na kompozitnom STS skor. Ovakav obrazac je u skladu sa sve većim brojem nalaza da interkulturalne kompetencije - naročito motivaciona komponenta kulturne inteligencije (spremnost i samopouzdanost da se efikasno deluje u različitim kulturnim kontekstima) - smanjuju sagorevanje kod profesionalaca koji rade s migrantima (Lev, 2022; Puzzo, 2024). Iako se većina studija fokusira na burnout kao ishod, možemo reći da je mehanizam relevantan i za STS. To će reći da viša kulturna kompetencija i integrišuće profesionalne šeme moguće da mogu da povećaju samoučinkovitost, razjasne granice uloga i olakšaju regulaciju afekta, što su prepoznate putanje ka nižoj intruziji i pobuđenosti. Ukratko, širenje profesionalnih šema kroz interkulturalnu obuku i iskustvo može delovati kao regulator, jer ima tendenciju da poveća predvidljivost situacija, olakša postavljanje i održavanje granica i smanji „lepivost“ traumatskih narativa - a time i STS. Međutim, pre donošenja čvrstih zaključaka treba sprovesti precizno ispitivanje i uporediti evaluacije specifično dizajniranih programa za interkulturalni i rad sa traumom i proceniti da li su pokazana poboljšanja u trauma-interventnoj samoeфикаsnosti i kompetencijama nakon obuke.

U našem uzorku je pokazano da je stručna licenca povezana sa nižim izbegavanjem (i nižim ukupnim STS-om). Ovaj obrazac je očekivan jer licenciranje ima tri zaštitna elementa koji se odnose na jasne profesionalne standarde i protokole, obaveznu i regularnu superviziju i kontinuiranu edukaciju. U literaturi, upravo ovi organizaciono-profesionalni mehanizmi se navode kao protektivni za STS i srodne ishode. Literatura pokazuje da supervizija može da smanji emocionalno opterećenje i može delovati protektivno u odnosu na sagorevanje i STS (Stamm, 2010). Organizaciona literatura naglašava da menadžeri i supervizori treba da prate i uravnotežuju broj i vrstu slučajeva, obezbede redovnu superviziju i podršku među kolegama, kao i mogućnosti za oporavak, što je povezano sa nižim pokazateljima vikarijske i sekundarne traumatizacije (Méndez-Fernández i sar., 2022; Sutton i sar., 2022); dodatno, pokazuje se da veći obim i učestalost slučajeva dosledno su povezani s višim STS (Hensel i sar., 2015). Licenca najverovatnije funkcioniše kao indikator okruženja u kome su standardi,

supervizija i kontinuirana obuka već ugrađeni u praksu - pa je izbegavanje manje dominantna strategija suočavanja, a dostupnije su i regulisane i adaptivne strategije.

U našim regresionim i korelacionim analizama, međusektorska povezanost (posebno za intruziju i pobuđenost), dostupni resursi (za sve tri dimenzije) i unutrašnji kapaciteti (najjače za pobuđenost) pokazuju se kao protektivni činioci, dok u kompozitnom modelu veći unutrašnji kapaciteti predviđaju i niži ukupan STS. Praktično tumačenje može ići u smeru da kad organizacije imaju dobre veze sa drugim servisima, dovoljno ljudi i materijalnih sredstava i stabilne unutrašnje kapacitete, smanjuju se neizvesnost i moralni distres, raspodeljuje se emocionalni teret i ostaje više prostora za oporavak i supervizijsku obradu, što može smanjiti intruziju, izbegavanje i naročito pobuđenost.

8.3. Uloga rezilijentnosti - integrativna analiza

Jedan od najvažnijih nalaza ove studije odnosi se na ulogu rezilijentnosti u zaštiti stručnjaka koji se profesionalno suočavaju sa tuđim traumama. Rezilijentnost se u istraživanju pokazala ne samo kao pasivni štit, već kao aktivni regulator odnosa između profesionalne izloženosti i emocionalnog odgovora. Nalazi konzistentno pokazuju da je rezilijentnost dobar protektivni faktor STS, pa se videlo da su više vrednosti rezilijentnosti povezane sa nižim STS. Za ključne rizične prediktore u našem modelu (npr. razvedeni status; dužina psihoterapijskog iskustva; kombinovani profili sa dominantnom psihoterapijom i savetovanjem; rad sa tražiocima azila; anksioznost kao dominantna problematika korisnika) direktni efekti na STS ostaju statistički značajni i nakon uključivanja rezilijentnosti, ali se smanjuju. S druge strane, indirektan efekat je pozitivan, što znači da ovi rizični uslovi povećavaju STS posredstvom smanjene rezilijentnosti, jer najpre umanjuju rezilijentnost, a potom, zbog zaštitne uloge rezilijentnosti, to umanjeње rezultira višim STS-om.

Za protektivne prediktore (npr. interkulturalna obuka, međunarodno i interkulturalno iskustvo, stručna licenca, rad u zdravstvenoj zaštiti, starosne grupe korisnika van kategorije „deca“, unutrašnji kapaciteti organizacije) put je tipično pozitivan - povećavaju rezilijentnost, a indirektni efekat je negativan, što dodatno smanjuje STS. Ovakav „dvostepeni“ protektivni mehanizam - direktan strukturni efekat konteksta i indirektan efekat preko jačanja rezilijentnosti već je primećen u pregledima.

U celini, dobijamo delimičnu medijaciju, što znači da rezilijentnost ne ukida rizične efekte u potpunosti, ali ih značajno umanjuje, što je praktično relevantno - jačanjem rezilijentnosti (ciljanim treninzima, supervizijom, protokolima samoregulacije) može se smanjiti efektivni uticaj rizičnih profesionalnih i kontekstualnih činioca na STS (Roberts i sar., 2021).

Smatramo da je nalaz značajan, jer pokazuje da se rezilijentnost ne javlja samo kao osobina ličnosti, već kao dinamička osobina koja se oblikuje kroz iskustvo, podršku i refleksiju. Time je potvrđeno da se rezilijentnost može jačati i razvijati, a ne posmatrati isključivo kao fiksna karakteristika.

8.4. Ograničenja i buduće perspektive

Iako ova studija predstavlja doprinos razumevanju sekundarne traumatizacije kod pomagačkih profesionalaca na Zapadnom Balkanu, važno je osvrnuti se i na njena ograničenja kako bi se rezultati interpretirali uz odgovarajući stepen opreza. Pre svega, istraživanje je sprovedeno putem online upitnika, što nosi određene metodološke implikacije. Samoselekcija učesnika mogla je dovesti do toga da se u uzorku nađu oni koji su već bili senzitivisani na temu mentalnog zdravlja i emocionalnog sagorevanja, dok su možda izostali oni koji su manje reflektivni ili preopterećeni da bi učestvovali. Iako broj učesnika i njihova geografska distribucija predstavljaju respektabilan uzorak, činjenica da se radi o studiji preseka, što onemogućava dublji uvid u uzročno-posledične odnose.

Drugo, struktura uzorka oslanja se na visokoobrazovane profesionalce iz specifičnih sektora - što doprinosi jasnoći u tumačenju podataka, ali može ograničiti primenjivost nalaza na druge pomagačke grupe, uključujući volontere, paraprofesionalce ili osoblje bez formalne psihosocijalne obuke. Nisu sve zemlje regiona bile ravnomerno zastupljene, što može uticati na komparativne zaključke. Uprkos ovim ograničenjima, rezultati otvaraju prostor za buduća istraživanja. Longitudinalne studije mogle bi produbiti razumevanje kako se sekundarna traumatizacija razvija tokom vremena i pod kojim uslovima prelazi u hronična stanja. Kvalitativni pristupi, poput dubinskih intervjua, narativnih analiza ili fokus grupa, mogli bi otkriti slojevitost priče koje se ne mogu svesti na skalu.

Osim toga, nalazi ove studije mogu biti osnova za razvoj preventivskih i intervencijskih programa usmerenih ka jačanju rezilijentnosti, uvođenju supervizije i organizacionih mera zaštite. Korišćenje rezultata u oblikovanju javnih politika, posebno u oblastima migracija, rodno zasnovanog nasilja i mentalnog zdravlja, predstavlja važan pravac za delovanje.

9. ZAKLJUČAK

Sekundarna traumatizacija u pomažućim profesijama nastaje na preseku relacije izloženosti tuđoj traumi, načina kognitivne obrade i pamćenja, fiziološke aktivacije i organizacionog konteksta. Kada je rad preobiman, brz i bez prostora za regulaciju i superviziju, isti profesionalni zadaci češće prelaze u klinički prepoznatljive obrasce kao što su intruzija, izbegavanje i pobuđenost. Nasuprot tome, balans između zahteva posla i resursa može pretvoriti isto izlaganje u održiv i smislen angažman. U zapadnobalkanskom okruženju, dodatne složenosti donose preplitanja sistema, rad u migracionim i humanitarnim uslovima i varijabilni organizacioni standardi, što čini sistemске mere zaštite pomažućih timova neophodnim, a ne opcionim.

Ako nalaze sažmemo, preporuke se mogu sažeti u sledećem: potrebno je da se upravljanje sekundarnom traumatizacijom premesti sa individualne snalažljivosti na nivo sistema. To znači uspostavljanje minimalnih standarda za praćenje izloženosti i dobrobiti osoblja, dizajn rada koji balansira zahteve i resurse, te negovanje profesionalne kulture u kojoj je briga o timu normativna, a ne privatna stvar pojedinca. Na nivou politika, preporuka je da se ovi standardi ugrade u akreditaciju i finansiranje službi kako bi bili održivi, a ne projektno uslovljeni. Konačno, dalji razvoj prakse treba pratiti programom istraživanja koji je longitudinalan i evaluativan, kako bi se razlikovali efekti izloženosti, individualnih kapaciteta i institucionalnog uređenja i time oslonac za odlučivanje bio stabilniji od pojedinačnih uvida.

Nalaze ove studije valja čitati s merom - oni verno prikazuju mehanizme i tačke naprezanja u službama koje rade s posebno ranjivim grupama, ali ne pretenduju da govore u ime svih pomažućih profesija. Da bismo dobili stabilniju sliku, sledeći korak su usmerena i dublja istraživanja.

Takođe, studija podseća da profesionalci koji pomažu drugima ne smeju ostati nevidljivi u sistemima podrške. Zato "pogled iznutra" nije samo metafora - to je etički i profesionalni imperativ.

LITERATURA

1. Ajduković, M. (2012). Kako pomoći pomagačima da sačuvaju svoje mentalno zdravlje. In V. Božičević, S. Brlas, & M. Gulin (ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije.
2. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
3. ALNAP. (2022). *The state of the humanitarian system (SOHS)*. ALNAP/ODI.
4. Alonazi, O., Alshowkan, A., & Shdaifat, E. (2023). The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22, 184.
5. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
6. Amerhauser, K., & Scaturro, R. (2021). Commercial sexual exploitation of children in the Western Balkans: Regional vulnerabilities and legal responses. *Journal of Illicit Economies and Development*, 3(2), 167–180. <https://jied.lse.ac.uk/articles/10.31389/jied.102>
7. Antares Foundation. (2012). *Managing stress in humanitarian workers: Guidelines for good practice* (3rd ed.). Antares Foundation.
8. Artz, B., Goodall, A. H., & Oswald, A. J. (2021). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 190, 648–666.
9. ASTRA. (2024). *Suspected human trafficking of Indian workers in Serbia (case report)*. ASTRA.
10. Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
11. Bahari, G., Aldossary, A., Aljehani, M., Almutairi, M., Alrajhi, S., Mubarak, A., & AL-Dossary, R. (2022). Professional quality of life among nurses: Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress—A multisite study. *Journal of Evidence-Based Nursing*, 7(3), 123–134. <https://doi.org/10.1177/2377960822112329>
12. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
13. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2023). Job Demands–Resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
14. Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(2), 249–259. <https://doi.org/10.1037/a0019784>
15. Baum, N., Rahav, G., & Sharon, I. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 111–122. <https://doi.org/10.1037/h0099383>
16. BCSDN. (2025). *Key takeaways from BCSDN's 2024 regional report on enabling environment for civil society development*. <https://balkancsd.net/key-takeaways-from-bcsdns-2024-regional-report-on-enabling-environment-for-civil-society-development/>
17. Benuto, L. T., Newlands, R., Ruork, A., Hooft, S., & Ahrendt, A. (2018). Secondary traumatic stress among victim advocates: Prevalence and correlates. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 15(5), 494–509. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1474825>
18. Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1–9. <https://psycnet.apa.org/record/2006-01882-001>
19. Bock, C., Heitland, I., Zimmermann, T., Winter, L., & Kahl, K. G. (2020). Secondary traumatic stress, mental state, and work ability in nurses: Results of a psychological risk assessment at a university hospital. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 298.

20. Bolino, M. C., & Grant, A. M. (2016). The bright side of being prosocial at work, and the dark side, too: A review and agenda for research on other-oriented motives, behavior, and impact in organizations. *Academy of Management Annals*, 10(1), 599–670. <https://doi.org/10.5465/19416520.2016.1153260>
21. Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
22. Bourke, M. L., & Craun, S. W. (2014). Secondary traumatic stress among Internet Crimes Against Children task force personnel: Impact, risk factors, and coping strategies. *Sexual Abuse*, 26(6), 586–609. <https://doi.org/10.1177/1079063213509411>
23. Brady, P. Q. (2017). Crimes against caring: Exploring the risk of secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction among child exploitation investigators. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 32(4), 305–318. <https://doi.org/10.1007/s11896-016-9223-8>
24. Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
25. Bride, B. E., Robinson, M. M., 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>
26. Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
27. Bratek, A., Bonk, M., Bulska, W., Tyrala, M. S., & Krysta, K. (2015). Machiavellianism among the medical community. *Psychiatria Danubina*, 27(Suppl 1), 344–350.
28. Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 75, 101812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
29. Cameron, L., et al. (2024). The occurrence of and factors associated with mental ill-health amongst humanitarian aid workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(5), e0292107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292107>
30. Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81–101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06
31. Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
32. Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., & Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: prevalence and its work- and exposure-related correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(11), 917–925. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>
33. Civić, M., Stivić, I., & Puljak, L. (2024). Secondary traumatic stress in working nurses studying part time in a bachelor's or master's nursing program in Croatia: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, 22.
34. Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570–580. <https://doi.org/10.1037/a0030388>
35. Čopková, R. (2022). The effect of gender and age on the Dark Triad in helping professions: The comparison with the general population. *Journal of Women's Entrepreneurship and Education*, 1–2, 61–78. <https://doi.org/10.28934/jwee22.12.pp61-78>
36. Crivatu, I. M., Horvath, M. A. H., & Massey, K. (2021). The impacts of working with victims of sexual violence: A rapid evidence assessment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 2036–2052. <https://doi.org/10.1177/15248380211016024>

37. Cruciani, G., Liotti, M., & Lingiardi, V. (2024). Motivations to become psychotherapists: Beyond the concept of the wounded healer. *Research in Psychotherapy (Milano)*, 27(2),808. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.808>
38. Daneault, S. (2008). The wounded healer: Can this idea be of use to family physicians? *Canadian Family Physician*, 54(9), 1218–1225. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553448/>
39. de Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.08.008>
40. Dekel, R., & Baum, N. (2010). Intervention in a shared traumatic reality: A new challenge for social workers. *British Journal of Social Work*, 40(6), 1927–1944. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp137>
41. Deltour, V., Poujol, A.-L., & Laurent, A. (2023). Post-traumatic stress disorder among ICU healthcare professionals before and after the COVID-19 health crisis: A narrative review. *Annals of Intensive Care*, 13(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01145-6>
42. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands–Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
43. Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
44. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12),1743–1748.
45. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
46. Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83–90.
47. Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
48. Essex, R., Weldon, S.-M., & McCunn, P. (2023). A scoping review exploring the impact and negotiation of hierarchy in healthcare organisations. *Health Expectations*, 26(4), 1647–1661. <https://doi.org/10.1111/hex.13753>
49. European Union Agency for Asylum (EUAA). (2024). *Practical guide: Interpretation in the asylum procedure*. Luxembourg: European Union.
50. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. (2025). *Psychosocial risks and mental health at work*. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
51. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. (2022–2025). *Psychosocial risks and mental health at work: Research project overview*. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health/research>
52. Eurostat. (2025). *Asylum applications — monthly statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics
53. Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10, 1455–1473.
54. Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). Sage.
55. Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. R. Figley & H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family, Vol. II: Coping with catastrophe* (pp. 3–21). Brunner/Mazel.
56. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
57. Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. S. (2013). Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 82.

58. Forman-Dolan, J., Caggiano, C., Anillo, I., & Kennedy, T. D. (2022). Burnout among professionals working in corrections: A two-stage review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9954.
59. Freedman, S. A., Tuval-Mashiach, R., & Dekel, R. (2018). Shared trauma reality in war: Mental health therapists' experience. *PLOS ONE*, 13(2), e0191949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191949>
60. Frontex. (2025, June 10). *EU external borders: Irregular crossings drop by 20% in first five months of 2025*. <https://www.frontex.europa.eu/media-centre/news/news-release/eu-external-borders-irregular-crossings-drop-by-20-in-first-5-months-of-2025-zF3N3O>
61. Glomazić, H. (2020). Organizacioni pristup prevenciji stresa na radu i očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 39(2–3), 45–58. <https://doi.org/10.47152/ziksi2020233>
62. Glomazić, H., & Mikić, A. (2022). Profesionalna izloženost stresu: Rizik profesije. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 41(2–3), 55–65. <https://doi.org/10.47152/ziksi2022034>
63. Glomazić, H., & Vidović, S. (2024). Gender differences and secondary traumatization in helping professions. 441–450. <https://doi.org/10.47152/PrisonLIFE2024.09>
64. Glomazić, H., Živanović, D., & Vidović, S. (2025). Women in helping professions: Secondary traumatization and psychosocial support for vulnerable groups. In L. Ilijić (Ed.), *Prison life organization and security: Criminological, penological, psychological, sociological, legal, security and medical issues* (pp. 278–299). <https://doi.org/10.47152/PrisonLIFE.D4.5.14>
65. Grant, A. M., & Sonnentag, S. (2010). Doing good buffers against feeling bad: Prosocial impact compensates for negative task and self-evaluations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 111(1), 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2009.07.003>
66. Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
67. Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562840. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>
68. GRETA – Council of Europe. (2023). *Evaluation report: Serbia* (3rd evaluation round).
69. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
70. Guggenbühl-Craig, A. (2021). *Power in the helping professions* (rev. ed.). Spring Publications.
71. Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893.
72. Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). *Emotional contagion*. Cambridge University Press.
73. Hayajneh, A. A., Al-Younis, M. O., Rababa, M., & Qahah, I. (2024). Effect of Mindfulness Intervention on Compassion Fatigue Among Nurses: A Randomized Controlled Trial Study. *Holistic nursing practice*, 10.1097/HNP.0000000000000687. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000687>
74. Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>
75. Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83–91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
76. Hernandez-Wolfe, P., Killian, K. D., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153–172.
77. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315.

78. Huggard, P., Law, J., & Newcombe, D. (2017). A systematic review exploring the presence of vicarious trauma, compassion fatigue, and secondary traumatic stress in alcohol and other drug clinicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 21(2), 65–72.
79. IASC – Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC.
80. IASC – Inter-Agency Standing Committee. (2021). *Common monitoring and evaluation framework for MHPSS in emergency settings* (v2.0). IASC Reference Group.
81. Ilijić, L., Pavićević, O., & Glomazić, H. (2016). Potrebe i mogućnosti obrazovanja osuđenika. *Andragoške studije*, (11), 75–93. <https://doi.org/10.5937/andstud16020751>
82. Jaegers, L. A., Matthieu, M. M., Vaughn, M. G., Werth, P., Katz, I. M., & Ahmad, S. O. (2019). Posttraumatic Stress Disorder and Job Burnout Among Jail Officers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 61(6), 505–510. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001600>
83. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press/Simon & Schuster.
84. Jauniaux, J., Khatibi, A., Rainville, P., & Jackson, P. L. (2019). A meta-analysis of neuroimaging studies on pain empathy: Investigating the role of visual information and observers' perspective. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(8), 789–813. <https://doi.org/10.1093/scan/nsz055>
85. Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
86. Jeung, D. Y., Kim, C., & Chang, S. J. (2018). Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature. *Yonsei medical journal*, 59(2), 187–193. <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.2.187>
87. Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
88. Juczynski, Z., Ogińska-Bulik, N., & Binnebesel, J. (2022). Empathy and cognitive processing as factors determining the consequences of secondary exposure to trauma among Roman Catholic clergymen. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1226–1241. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01443-y>
89. Kamra, M., Sood, M. M., & Siddiqui, M. (2024). Physician posttraumatic stress disorder during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(7), e2423316. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.23316>
90. Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
91. Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R., Junne, F., ... Nikendei, C. (2017). Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: A cross-sectional study. *Psychopathology*, 50(4), 262–272. <https://doi.org/10.1159/000477670>
92. Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
93. Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 13), 22–30.
94. Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
95. Knežević, M., & Hinec, M. (2023). Sekundarna traumatizacija: razvoj konstrukta, mjerni instrumenti i dostupni tretmani. *Psihološke teme*, 32(2), 303–323. <https://doi.org/10.31820/pt.32.2.4>

96. Kounenou, K., Kalamatianos, A., Nikoltsiou, P., & Kourmoussi, N. (2023). The interplay among empathy, vicarious trauma, and burnout in Greek mental health practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3503.
97. Kovačević, N. (2025). *Country report: Serbia (AIDA – Asylum Information Database), 2024 update*. ECRE. https://asylumineurope.org/wp-content/uploads/2025/07/AIDA-SR_2024-Update.pdf
98. Krol, S. A., & Bartz, J. A. (2022). The self and empathy: Lacking a clear and stable sense of self undermines empathy and helping behavior. *Emotion*, 22(7), 1554–1571. <https://doi.org/10.1037/emo0000943>
99. Kunzler, A. M., Helmreich, I., König, J., Chmitorz, A., Wessa, M., Binder, H., Lieb, K., & Tüscher, O. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD012527. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
100. Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54(3), 2492–2502. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.014>
101. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
102. Lee, H. J., Lee, M., & Jang, S. J. (2021). Compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among nurses working in trauma centers: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7228. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147228>
103. Lev, R. (2022). Secondary traumatic stress among social workers: Gender differences and correlates. *International Social Work*, 65(5), 853–868. <https://doi.org/10.1177/00208728211006751>
104. Lev, S., Zychlinski, E., & Kagan, M. (2022). Secondary traumatic stress among social workers: The contribution of resilience, social support, and exposure to violence and ethical conflicts. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 13(1), 47–65. <https://doi.org/10.1086/714015>
105. Levická, J., Levická, K., & Uhnáková, D. (2017). *Professional identity of Slovak social workers*. G&D Publishing.
106. Leung, K. C. Y., & Peisah, C. (2023). A Mixed-Methods Systematic Review of Group Reflective Practice in Medical Students. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1798. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121798>
107. Li, J., Liu, M., Geng, F., et al. (2024). A WHO self-help psychological intervention to alleviate stress among healthcare workers in China: Random allocation study. *Global Mental Health*, 11, e8.
108. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
109. Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
110. Lu, L. (2023). Insomnia and work stress in healthcare employees: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23, 523. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09464-x>
111. Maben, J., Taylor, C., Dawson, J., Leamy, M., McCarthy, I., Reynolds, E., Ross, S., Shuldham, C., Bennett, L., & Foot, C. (2018). *A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds® in England*. NIHR Journals Library. <https://doi.org/10.3310/hsdr06370>
112. MacEachern, A. D., Dennis, A. A., Jackson, S., & Jindal-Snape, D. (2019). Secondary traumatic stress: Prevalence and symptomology amongst detective officers investigating child protection cases. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 34(2), 165–174. <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9277-x>
113. Magnavita, N., Chiorri, C., Acquadro Maran, D., Garbarino, S., Di Prinzio, R. R., Gasbarri, M., ... Labella, M. (2022). Organizational justice and health: A survey in hospital workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9739. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159739>

114. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
115. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
116. McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1002/jts.2490030110>
117. McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
118. Méndez-Fernández, A. B., Aguiar-Fernández, F. J., Lombardero-Posada, X., Murcia-Álvarez, E., & González-Fernández, A. (2022). Vicariously resilient or traumatised social workers: Exploring some risk and protective factors. *The British Journal of Social Work*, 52(2), 1089–1109. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab085>
119. Minca, C., Wagner, L., & Jabareen, Y. (2021). Or, “the making of migration” along the Balkan route: The game. *Political Geography*, 91(1), 102490. [10.1016/j.polgeo.2021.102490](https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2021.102490)
120. Miranda, A. C. R., Fernandes, S. D., Ramos, S., Nunes, E., Fabri, J., & Caldeira, S. (2024). Moral Distress of Nurses Working in Paediatric Healthcare Settings. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(13), 1364. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131364>
121. Mixed Migration Centre. (2023). *Mixed Migration Review 2023: Insights from the field*. <https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2023/11/Mixed-Migration-Review-2023.pdf>
122. Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., ... Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 3), 104679. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104679>
123. National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2016). *Secondary traumatic stress: A fact sheet for child-serving professionals*.
124. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder (NG116): Recommendation on debriefing*.
125. Ogińska-Bulik, N., Bąk, G., & Michalska, P. (2022). Secondary traumatic stress among police officers: The relationship with personality and ruminations. *Current Issues in Personality Psychology*, 11(4), 259–268. <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.112335>
126. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., et al. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195–205.
127. Pang, Y., Song, C., & Ma, C. (2022). Effect of different types of empathy on prosocial behavior: Gratitude as mediator. *Frontiers in Psychology*, 13, 768827. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.768827>
128. Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
129. Patriquin, M. A., Mathew, S. J., Holzman, J. B., & Richey, J. A. (2017). Lower parasympathetic activity in anxiety disorders: A meta-analysis. *Biological Psychology*, 130, 1–19.
130. Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
131. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton.
132. Pedhazur, E. J. (1997). *Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction* (3rd ed.). Harcourt Brace.
133. Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.001.0001>
134. PIN. (2017). *Studija o prevalenci sagorevanja i sekundarne traumatizacije kod pružalaca usluga koji rade sa izbeglicama u Srbiji: Prekursori i efekti sekundarne izloženosti traumi i mehanizmi prevencije*.

135. Puzzo, G., Sbaa, M. Y., Zappalà, S., & Pietrantonio, L. (2024). The impact of cultural intelligence on burnout among practitioners working with migrants: An examination of age, gender, training, and language proficiency. *Current Psychology*, 43(5), 4443–4457. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04641-x>
136. QIC-WD – Quality Improvement Center for Workforce Development. (2021). *Secondary traumatic stress: Definitions, measures, predictors, and interventions*.
137. Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer nursing*, 32(4), E1–E7. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819ca65a>
138. Raunick, C. B., Lindell, D. F., Morris, D. L., & Backman, T. (2015). Vicarious trauma among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 11(3), 123–E1. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000085>
139. Riello, M., Purgato, M., Bove, C., et al. (2021). Effectiveness of self-help plus (SH+) in reducing anxiety and post-traumatic symptomatology among care home workers during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *R. Soc. Open Sci.* 8210219 <http://doi.org/10.1098/rsos.210219>
140. Rizkalla, N., & Segal, S. P. (2019). Trauma during humanitarian work: The effects on intimacy, wellbeing and PTSD-symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1679065. <https://doi.org/10.1080/2008198.2019.1679065>
141. Roberts, F., Teague, A., Lee, C., & Rushworth, I. (2021). The prevalence of burnout and secondary traumatic stress in professionals and volunteers working with forcibly displaced people: A systematic review and two meta-analyses. *Journal of Traumatic Stress*, 34(6), 1239–1255. <https://doi.org/10.1002/jts.22659>
142. Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and activities of practicing psychologists: Relationships to satisfaction and well-being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 589–597.
143. Rushforth, A., Durk, M., Rothwell-Blake, G. A. A., Kirkman, A., Ng, F., & Kotera, Y. (2023). Self-Compassion Interventions to Target Secondary Traumatic Stress in Healthcare Workers: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(12), 6109. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126109>
144. Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449–480. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00030-8)
145. Salvado, M., Marques, D. L., Pires, I. M., & Silva, N. M. (2021). Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout in Primary Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(10), 1342. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101342>
146. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach (SMA14-4884)*. SAMHSA.
147. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Practical guide for implementing a trauma-informed approach*. SAMHSA.
148. Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. W. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *International Journal of Stress Management*, 7(1), 19–48. <https://doi.org/10.1023/A:1009514731657>
149. Seigfried-Spellar, K. C. (2018). Assessing the psychological well-being and coping mechanisms of law enforcement investigators vs. digital forensic examiners of child pornography investigations. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 33(4), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11896-017-9248-7>
150. Shapiro, J., & Galowitz, P. (2016). Peer support for clinicians: A programmatic approach. *Academic Medicine*, 91(9), 1200–1204. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001297>
151. Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2015). What Comes First, Job Burnout or Secondary Traumatic Stress? Findings from Two Longitudinal Studies from the U.S. and Poland. *PloS one*, 10(8), e0136730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136730>

152. Siegrist, J. (2017). The effort–reward imbalance model. In *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of occupational safety and workplace health* (Chapter 2). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch2>
153. Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875–R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
154. Smith Hatcher, S., Bride, B. E., Oh, H., Moultrie King, D., & Franklin Catrett, J. (2011). An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. *Journal of correctional health care : the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 17(3), 208–217. <https://doi.org/10.1177/1078345811401509>
155. Spain, S. M., Harms, P., & LeBreton, J. M. (2014). The dark side of personality at work. *Journal of Organizational Behavior*, 35(S1), S41–S60.
156. Sphere Association. (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response* (4th ed.). <https://spherestandards.org/handbook-2018/>
157. Strickland, C., Webster, S., Harper, L., & Mitchell, K. J. (2023). An exploration of the personal experiences of digital forensics analysts exposed to child sexual abuse material. *Frontiers in Psychology*, 14, 1142106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1142106>
158. Sutton, L., Rowe, S., Hammerton, G., & Billings, J. (2022). The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: A systematic review and narrative synthesis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2022278. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022278>
159. Tan, S. E., & Kuschminder, K. (2022). Migrant experiences of sexual and gender based violence: a critical interpretative synthesis. *Globalization and health*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00860-2>
160. Taylor, C., Xyrichis, A., Leamy, M. C., Reynolds, E., & Maben, J. (2018). Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? A systematic review and scoping reviews. *BMJ open*, 8(10), e024254. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024254>
161. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
162. Tribe, R. (2009). Working with interpreters in mental health. *International Journal of Culture and Mental Health*, 2(2), 92–101. <https://doi.org/10.1080/17542860903115976>
163. Troy, A. S., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2017). Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion*, 18(1), 58–74. <https://doi.org/10.1037/emo0000371>
164. Tynnewydd, V., North, N., & Rushworth, I. (2020). The experiences of mental health professionals supporting forced migrants: A qualitative systematic review. *Refuge*, 36(1), 50–65.
165. United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2024). *Programme for the Protection of Mental Health in the Republic of Serbia 2019–2026* (policy database entry). <https://ageing-policies.uncece.org/browse-policy/3152>
166. UN Women. (2021). *From evidence to action: Tackling gender-based violence against migrant women and girls* (Policy brief). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/10/policy-brief-from-evidence-to-action-tackling-gbv-against-migrant-women-and-girls>
167. UN Women Serbia. (2023). *Implementing norms, changing minds – Serbia highlights* (Newsletter). <https://eca.unwomen.org/sites/default/files/2023-07/newsletter-26-implementing-norms-changing-minds.pdf>
168. UNFPA Serbia. (2019). *Standard operating procedures of the Republic of Serbia for the prevention of and protection from gender-based violence against people involved in mixed migration (SOP)*. https://serbia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SOP_brochure_ENG_web.pdf
169. UNHCR. (2025). *Operational Data Portal – Western Balkans*. <https://data.unhcr.org/en/situations/southeasterneurope>

170. UNICEF. (2016). *Standard operating procedures: Protection of refugee and migrant children*. <https://www.unicef.org/serbia/media/1151/file/Standard%20operating%20procedures%20publication.pdf>
171. USAID - United States Agency for International Development/MEASURE II. (2024). *Country gender analysis: Bosnia and Herzegovina*.
172. Uriz-Pemán, M.-J., Ballesterio, A., & Idareta, F. (2013). Ethical perspectives in the caring professions. *Ljetopis Studijskog Centra Socijalnog Rada*, 20(3), 345–361.
173. Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). Coping with COVID-19: Emergency stress, secondary trauma and self-efficacy in healthcare and emergency workers in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 566912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566912>
174. Wampold, B. E., & Carlson, J. (2011). *Qualities and actions of effective therapists* [Video]. APA PsycTherapy.
175. Weitkamp, K., Daniels, J. K., & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 21875. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.21875>
176. West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
177. WHO – World Health Organization. (2022a). *WHO guidelines on mental health at work*. WHO.
178. WHO – World Health Organization. (2022b). *World report on the health of refugees and migrants*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>
179. Women's Refugee Commission. (2016, June 6). *Women and girls in the European refugee crisis*. <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/refugee-women-europe/>
180. Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Clark, P. R., Edwards, C., & Frankenberger, W. D. (2020). Traumatic stress in emergency nurses: Does your work environment feel like a war zone? *International Emergency Nursing*, 52, 100895. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100895>
181. World Bank. (2025). *Unlocking the development potential of migration in the Western Balkans*. <https://www.worldbank.org/en/region/eca/publication/unlocking-the-development-potential-of-migration-in-the-western-balkans>
182. Xu, Z., Zhao, B., Zhang, Z., Wang, X., Jiang, Y., Zhang, M., & Li, P. (2024). Prevalence and associated factors of secondary traumatic stress in emergency nurses: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 15(1), 2321761. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2321761>
183. Zaki, J. (2014). Empathy: A motivated account. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1608–1647. <https://doi.org/10.1037/a0037679>
184. Zacharias, B. S., & Upendra, S. (2024). Healing the healers: A systematic review on the burden of secondary traumatic stress among healthcare providers. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39850287/>
185. Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
186. Zelman, S., Goodman, E., Proctor, A., & Cline, D. (2022). Burnout and the sexual assault nurse examiner: Who is experiencing burnout and why? *Journal of Emergency Nursing*, 48(2), 202–210.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.10.008>
187. Zerach, G. (2013). Compassion fatigue and compassion satisfaction among residential child-care workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 30(1), 41–62.
188. Zocchi, B. (2024). The game: Ritualized exhaustion and subversion on the Balkan route. *Journal of Child and Youth Care Work*, 39(5), 875–895.
189. Živanović, M., & Vukčević Marković, M. (2020). Latent structure of secondary traumatic stress, its precursors, and effects on people working with refugees. *PLOS ONE*, 15(10), e0241545. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241545>

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

615.851:159.9
159.97
159.913
616.89-008.441

ГЛОМАЗИЋ, Хајдана, 1970-

Sekundarna traumatizacija: pogled iznutra / Hajdana Glomazić. -
Beograd : Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, 2025
(Beograd : Birograf). - 116 str. ; 21 cm

Tiraž 150. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. -
Bibliografija: str. 107-114

ISBN 978-86-80756-83-7

a) Посттрауматски стресни поремећај b) Траума -- Опоравак v) Ментално здравље

COBISS.SR-ID 177680905