

**Никола Петковић  
Драгана Маћешић  
Петровић  
Милош Ђорђевић\***

## **СИНДРОМ САГОРЕВАЊА КОД ПРОФЕСИОНАЛАЦА КОЈИ РАДЕ У ЗАВОДСКОМ ТРЕТМАНУ МАЛОЛЕТНИХ ДЕЛИНКВЕНАТА**

*Апстракт:* Приказани рад представља покушај осветљавања значаја професионалног стреса, те синдрома сагоревања код професионалаца који раде у заводском третману малолетних делинквената, као и могућих импликација ове сложене појаве. У том смислу, поред теоријске елаборације наведене проблематике, у раду ће бити приказани и резултати истраживања које је обухватило 59 стручњака у 5 установа наведеног типа на територији Србије. Применом *Maslach Burnout Inventory*, добијени су резултати који сведоче да преко 37% запослених показује емоционалну исцрпљеност високог нивоа, као и значајно оптерећење у димензији деперсонализације и личног професионалног постигнућа. Осим закључака на нивоу целокупног узорка, вршена је и провера корелативног значаја специфичних варијабли, а према синдромском испољавању. У том контексту, у раду су приказани резултати професионалаца посматрани у односу на полну припадност, решеност стамбеног питања, као и присуство хроничних, органских болести или инвалидитета. Коначно, у раду ће се приказати и могући облици деловања у смеру превенирања и купирања поменуте појаве.

*Кључне речи:* синдром сагоревања, професионални стрес, малолетничка делинквенција, рехабилитација, преваспитање

### **Увод**

Протеклих неколико деценија у научној литератури порасло је интересовање за тему стреса индукованог специфичностима посла, те значајних консеквенци истог. Ова тема постаје актуелна како због субјективних, унутарпсихичких одраза код запослених, тако и због пратећих секвела које се реперкутују на кориснике програма, а у којима стресом оптерећени професионалци учествују. (Soderfeldt,1995)

---

\* Никола Петковић, дипл. специјални педагог, студент докторских студија Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду; Доц. др Драгана Маћешић Петровић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду; Милош Ђорђевић, дипл. специјални педагог, студент докторских студија Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду.

Сходно претходним наводима, рад са малолетним починиоцима кривичних дела представља сложено поље које нужно укључује изложеност афективно оптерећујућим темама брачне дисфункционалности, злостављања, алкохолизма, наркоманије, насиља, ексцесивног занемаривања. Стручњаци у раду са овом популацијом имају стога пред собом високе захтеве емпатског, емотивног инвестирања, разумевања етиологије агресивног понашања и коначно контејнирања унутарпсихичких оптерећујућих садржаја које њихови штићеници носе. Ипак, дуготрајни рад и уложена енергија нису увек гарант успеха. Лимитираност ресурса, високи захтеви и одсуство адекватног социјалног статуса стручњака, само су неки од фактора који ову делатност чине додатно фрустрирајућом.

Средином 90' година у Данској, као држави западне Европе која запошљава велики број стручњака у области социјалног рада, нотирани су не-обично велики број запослених у социјалним службама који су узимали дуге периоде боловања, превременог пензионисања или који су подносили захтеве за поновно укључивање у посебне програме помоћи намењене стручњацима. Овакве манифестације уз навођење специфичних психофизичких симптома објашњаване су појмом – *burnout syndrome* – синдром сагоревања. (Boritz, Rugulines, Bjorner, 2006)

Иако је социјални рад нотирани као област која има надпросечан ниво ризика развоја поменутог синдрома (Yajaratne & Chess, 1984; Abdalah, 2009), већина научних студија у Србији које су спровођене, бавиле су се овим појмом пре свега кроз призму одраза у индустрији, маркетингу или специфичним медицинским гранама попут онкологије, педијатрије, хирургије (Лечић и сарадници, 2009; Кликовац, 2008; Маћешкић 2009), занемарујући ову област. Као квалитетнији садржај домаћих аутора, који се бави овом темом, појављује се „Помоћ помагачима; Приручник за професионалце”. (Деспотовић и сарадници, 2002) Ипак, обухватније студије о преваленцији и специфичностима овог појма и појаве у оквирима рада са малолетним делинквентима у нас су изостале.

У контексту претходних напомена, идеја овог рада се испољава у више нивоа. У првом нивоу покушаће се теоријском елаборацијом дефинисати појмовно одређење, феноменолошке димензије, те практични одрази на професионалце и младе са којима исти раде. У другој равни, овај рад покушаће да емпиријски утврди стопу присутности и ниво синдрома сагоревања међу професионалцима који раде у установама заводског третмана малолетних делинквената те да тестира низ корелативних хипотеза. Коначно, као циљ рада поставиће се указивање на могуће правце деловања, а у смислу превенирања и купирања ове сложене појаве.

## Дефинисање појма

Сам термин „*burnout*” потиче из англосаксонског говорног подручја и у буквалном смислу значи изгорети, утихнути. Занимљиво је да се у Јапану за исти скуп симптома користи реч „калоши”, која дословно значи смрт од умора на послу. (Кликовац, 2008) Током 60-их година „*burnout*” концепт колоквијално је означавао детериоризујуће ефекте хроничне злоупотребе психоактивних супстанци и консеквентне промене које би се одражавале на личност. (Zelmer, 1995)

Синдром сагоревања/изгарања међу првима теоријски детаљније изучава Херберт Фрауденбергер (Fraudenberger, 1974), приметивши специфичне одразе истог на сопственој личности те на запосленима у различитим помажућим/социјалним службама. Исти аутор у свом раду даје дефиницију синдрома изгарања као: „*Постепени губитак идеализама, енергије, смисла и циљева које често доживљавају људи који се професионално баве помажућим професијама, а што представља непосредну последицу услова у којима раде.*”

Кристина Маслах (Maslach, 1981) 80-их година прошлог века врши нај-обухватнија испитивања ове појаве. Поред теоријске елаборације, Маслах је конструисала и неколико различитих верзија инструмената које се користе у процени синдрома, а код различитих категорија запослених (Maslach Burnout Inventory). Исти аутор у свом раду налази да у литератури у овом контексту постоји преко 30 различитих дефиниција поменуте појаве. Ипак као заједничко свим овим наводи се да је синдром изгарања:

- Стање хроничног пролонгираног стреса које се постепено развија;
- Стање физичке, емоционалне и менталне исцрпљености које резултира из рада са људима и емоционално захтевним ситуацијама;
- Синдром изгарања је стање које се развија услед дискрепанције на нивоу интенције мотивисаног радника и реалности неадекватних услова рада.

Само дефинисање синдрома, прегледом различитих студија, било је одређено пре свега оним варијаблама које су се покушале акцентовати као виталне у развоју или превенцији ове појаве, те је и разумљива њихова даља неуједначеност и делимично проширивање концепта.

## Манифестације синдрома сагоревања/изгарања и динамика развоја

Синдром изгарања се манифестује у три нивоа (Maslach & Jackson, 1981):

- Емоционална исцрпљеност,
- Смањено лично постигнуће,
- Симптоми деперсонализације.

Емоционална исцрпљеност, која се најчешће појављује као централни симптом у оквиру наведене појаве, описује се као „исцеђеност, истрошеност”, односно немогућност да се психолошки инвестира у оној мери у којој то специфичности посла захтевају. И док у већини других професија уложени труд има позитивно оваплоћење, у коме можемо огледати сопствену успешност и лични квалитет, овакав вид гратификације у раду са малолетним делинквентима често изостаје. Рецидивизам у смислу поновног вршења кривичних дела, злоупотребе ПАС, амбивалентан и често незахвалан однос штићеника, остављаће професионалце без адекватног емотивног „feed back”-а. Тако ће ова константност давања, без реципроцитета, временом празнити емотивну акумулацију професионалаца, развијајући осећај истрошености и немогућности даљег пружања.

Смањено лично постигнуће уз тенденцију негативног процењивања сопствене компетенције и могућности да се помогне другима, представља последицу кумулације различитих стресогених фактора. Ова супрасинергија емотивних турбуленција и објективних спољашњих осујећења, развијаће на једној страни осећање сопствене некомпетентности, а на другој тактику специфичног личног аболирања. Ова аболиција подразумеваће да није ни потребно да улажемо труд, јер је исход унапред одређен као негативан.

Симптоми деперсонализације подразумевају развој специфичних ставова и односа стручњака према штићеницима. Упорност одржавања негативних бихејвиоралних образаца, репетитивност и отпори ка „логично исправном”, временом ће развијати (код професионалаца) став цинизма и идеју да су штићеници сами криви због лоше ситуације у којој се налазе, те да не заслужују помоћ. У овом контексту занимљиво је напоменути да је 50-их година у науку уведен појам „compassion fatigue” емпатског замора, који је касније дефинисан и као секундарни стресни поремећај. (Figley, 1995) Првобитно примећен међу медицинским особљем, овај појам је објашњавао негативне емотивне промене, осећања безнађа и неосетљивости кроз континуирану изложеност трауми и стресу. У том смислу слична динамика

се среће и код професионалаца у оквиру рада са малолетним преступницима. Занемаривање, зостављање, агресивни бихејвиорални обрасци родитељства, те репликовани модели код деце, чиниће рад професионалаца у заводском третману посебно афективно оптерећујућим.

Поред симптома којима Маслах (Maslach, 1981) дефинише синдром изгарања, низ аутора проширује овај концепт, описујући велики број појава као могући одраз стреса. (Yajaratne & Chess, 1984; Koeske & Koeske, 1988; Um & Harison, 1998). У том смислу симптоми се могу нотирати у неколико нивоа:

- Ниво индивидуе-стручњака,
- Ниво штићеника,
- Ниво колектива у коме стручњак ради.

Ниво индивидуе се манифестује кроз незадовољство послом, жељом да се напусти посао, одсуством са посла, смањеном ефикасношћу, смањеном посвећеношћу, депресијом, бесом, изолацијом, сумњичавошћу, испадима беса, исцрпљеношћу, инсомниом, мигренозним главобољама, замором, гастроинтестиналним проблемима, коронарном болешћу, злоупотребом ПАС, иритабилношћу, конфликтима итд. Синдром изгарања при томе може да се одрази и на породични живот стручњака изложеног овој врсти стреса. Психолошке секвеле, сталне жалбе на посао, те породична средина као „вентил” који омогућава евакуацију акумулиране фрустрације, може водити унутарпородичним свађама, разводу брака, изолацији, развоју циничног става према члановима породице. (Maslach, 1982; Abdalah, 2009) Емотивна детериоризација и стални притисак оствариваће своје ефекте и у односу на саме штићенике. У том смислу последице могу бити свакако у добијању лошијих сервиса, урушавању односа поверења, дехуманизацији, примени физичке силе, скраћивању терапијских и радних сеанси. (Yajaratne & Chess, 1984) Коначно, последице ће трпети и целокупни колектив, односно установа у којој професионалци под стресом раде. У том погледу примећују се лоши односи међу члановима колектива, подељеност и групе међу колегама, иритабилност, пад ефикасности. (Деспотовић, 2006)

Крафт (Kraft, 2006) у истом контексту, бавећи се питањем прогресивности синдрома сагоревања, наводи секвенцијални преглед развојних ступњева ове појаве, а према Фрауденбергеру и Нурту.

Табела 1. Фазе развоја синдрома сагоревања према Фрауденбергеру

1. Компулзија за доказивањем	7. Повлачење
2. Улагање додатне енергије у рад	8. Уочљиве бихејвиоралне промене
3. Занемаривање сопствених потреба	9. Деперсонализација
4. Померање конфликта	10. Унутрашње осећање празнине
5. Ревизија вредности	11. Депресија
6. Порицање проблема	12. Синдром сагоревања

### Предиктори синдрома сагоревања

Истражујући претходно елаборирану проблематику, Маслах (Maslach, 1978) налази да је једна трећина свих запослених у социјалним службама у САД оптерећена симптомима изгарања у високом степену, да једна трећина показује умерени ниво, те да је једна трећина симптоматски оптерећена у ниском нивоу. Ипак, Џонсон (Jonson, 1988), расправљајући о концепту синдрома сагоревања, износи став да је поменути оквир само „користан, социјално прихватљив концепт” којим се прикрива одустајање, те бежање од одговорности. Џонсон у истом контексту наводи да овако конципиран модел аболира стручњаке у њиховој неуспешности, те да је због тога посебно атрактиван.

У складу са претходним наводима занимљиво је да аутори, попут Боровица (Borovitz, 1995), метаанализом реализованих студија не налазе потврду вишег нивоа изгарања код стручњака у социјалним службама. Наиме, поред низа методолошких замерки које поменути аутор износи, према обрађеним истраживањима, посебно се истиче да је у већини студија које су спровођене присутан мали проценат одговора стручњака на упитнике који су им достављени. Тако од 18 студија које ови аутори анализирају, само је у једној евидентиран одговор на преко 80% послатих упитника, док скоро половина студија има одговор мањи од 50%.

Даљу забуну, када је овај концепт у питању, чини се да доноси и анализирање предиктора, односно диспозиционих фактора који условљавају или олакшавају појаву овог стања. У том смислу не постоји јединствен став да ли је „burnout” примарно одређен специфичностима посла или специфичностима саме индивидуе, односно емотивно оптерећеног стручњака. Као неки од предиктора везаних за професионалце и њихове атрибуте наводе се: *брачно стање* (сматра се да постојање породице и породичне подршке олакшава превазилажење стреса), *године старости*

(млади стручњаци показују већу склоност ка изгарању због недостатка искуства), *пол* (сматра се да жене чешће и дубље емотивно инвестирају у проблеме својих клијената, те да су са већом диспозицијом развоја синдрома), *едукација* (недостатак стручних знања, вештина, супервизије), *лошији социјални статус и лоша новчана накнада за рад*. (Courage, 1987)

Вулевић (2002) у истом контексту наводи да су најистакнутији фактори повезани са симптомима изгарања: хроничитет, комплексност и тежина проблема клијента/штићеника. Исти аутор даље истиче да већу склоност ка синдрому изгарања показују особе са високим очекивањима у погледу личног и професионалног функционисања: „Професионалци који теже перфекционизму ће теже подносити ситуације у којима нису у стању да донесу одређену одлуку, неизвесност, осећање некомпетентности, а што се нужно јавља током рада са људима.” Млади стручњаци, у том контексту према Вулевић (2002), могу имати исувише идеалистична очекивања од радне средине, где суочавање са ограничењима у погледу пружања помоћи, може код неких изазвати осећање љутње, беспомоћности и безнадежности.

Фрауденбергер (Fraudenberger, 1974), као један од водећих теоретичара у овом пољу, бавећи се питањем диспозиционих фактора, такође истиче да је синдром сагоревања повезан с одређеном структуром личности, односно тзв. интризичним, унутрашњим индивидуалним факторима. У том контексту, исти аутор описује три типа личности значајних за развој синдрома изгарања. (Кликовац, 2008)

- **Посвећени радници** – проводе много времена на послу, уз често волонтерско остајање после обавезног радног времена. Раде до граница психофизичке издржљивости и настоје да остваре близак однос са штићеником/клијентом.
- **Превише укључени радници** – не остављају времена за слободне активности. Често носе део посла својој кући.
- **Ауторитативни радници** – са ставом да нико не може посао боље обавити од њих самих.

Купер (Cooper, 1999), у истим оквирима расправе, указује на значај тежине случајева, те структуре личности штићеника са којима стручњак ради. У том смислу наводи се да је синдром сагоревања посебно актуелан у социјалним службама због специфичности клијената. Тако малолетници који су починиоци кривичних дела неретко могу бити сврстани у категорије поремећаја личности, препсихопатија и граничних „borderline” стања, између психотичног и неуротичног. При томе, рад са наведеним

категоријама свакако ће носити специфична афективна оптерећења, а с обзиром на сложеност психодинамике наведених стања.

Као трећа сфера доприноса насценцији синдрома изгарања помиње се и функционисање институција/установа, односно организационе варијабле које условљавају рад у оквиру завода. Деспотовић (2002) тако наводи да функционисање установа у којима раде професионалци код којих се јавља синдром изгарања карактерише:

- Пренатрпаност послом,
- Интерперсонални конфликти,
- Неадекватно коришћење знања и вештина професионалаца,
- Одсуство или мали број супервизијских састанака,
- Притисак који долази од радних захтева,
- Одсуство подршке колега,
- Одсуство улагања у едукацију запослених.

Ако у том смеру анализирамо још увек блиску и актуелну историју, те њене одразе на социјалну политику, јасно је да постоји додатни низ чинилаца који су погодовали развоју синдрома сагоревања међу стручњацима у Србији. Наиме, ратификованост међународних конвенција, естетика научних навода о значају и приоритетима младих, јасно није корелирала са реалним оквирима и улагањима у програмске садржаје намењене малолетним делинквентима, те професионалцима који раде са истима. Истина, последњих година постоји тенденција и воља да се нешто промени у овој области, али чини се да су објективни, а пре свега материјални лимити, нешто што ће још дуго утицати на турбулентност пута специјалне педагогије. Материјална осиромашеност, деградација социјалног статуса стручњака, изједначавање компетентности стручњака са ограничењима институција у којима исти раде, само су неки од фактора који су синергетски суделовали у генерисању осећања беса, умора, беспомоћности, незаинтересованости, те синдрома изгарања у крајњој линији.

## Могућности превенирања синдрома сагоревања

Разматрајући могућности превенирања синдрома сагоревања различити аутори су дефинисали низ мера које могу остварити протективни и превентивни ефекат. Већина предлога у стручној литератури коцентрисана је пре свега на промене у нивоу рада односно радне организације.

Кликовац (2008) у овом контексту наводи две групе супортивних интервенција, а које имају значајан превентивни потенцијал.



Табела 2. Личне и организационе стратегије  
(Кликовац, 2008)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Едукација везана за теме синдрома сагоревања</li> <li>• Групна подршка</li> <li>• Развој вештина комуникације</li> <li>• Супервизије</li> <li>• Развој свести о сопственим осећањима</li> <li>• Радионице</li> <li>• Оспособљавање за самопомоћ</li> <li>• Предавања</li> <li>• Поштовање сопствених граница и потреба</li> <li>• Антиципирање стреса</li> <li>• Хобији и посебна интересовања</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оптималан број запослених</li> <li>• Флексибилно планирање посла</li> <li>• Континуирана едукација</li> <li>• Подршка сарадника</li> <li>• Добри услови рада</li> <li>• Ефикасан вођа тима</li> </ul>
--	--

Ипак, ако узмемо у обзир лимитираност објективне реалности у којој наши стручњаци раде, чини се да превенирање синдрома изгарања у највећој мери може бити остварено акцентовањем индивидуе, односно личних капацитета професионалаца, којима би се исти успешно носили са угрожавајућим садржајима. Наиме, стиче се утисак да већина професионалаца, после димпломирања, бива само делом оспособљена за рад са младима. Тако познавање теоријских модела, техника и метода рада, често није довољно да би се професионалци носили са теретом посла који обављају. Компаративно посматрано, већина озбиљних едукација, различитих психотерапијских оријентација, као обавезни део тренинга, садрже искуствене одоносно терапијске групе или индивидуални терапијски рад, те супервизије којима се обезбеђују не само мониторинг квалитета рада, већ се управо олакшава разрешење свих оних потенцијалних и актуелних афективно оптерећујућих ситуација, а које се намећу као препрека у раду или унутрашњем психолошком еквилибријуму професионалца. (Ерић, 2006) У том смислу, супервизијске активности или супортивне групе унутар колектива могу имати протективну улогу те пружити помоћ у успостављању контакта са свим оним садржајима којих се несвесно желимо дистанцирати, а који нас угрожавају. (Ерић, 2006) Развијајући способност да разумемо осећања која се генеришу премаштићеницима, да разумемо комуникативну функцију пројективне идентификације, обезбеђујемо не само купирање евентуалних психофизичких тегоба, већ и бољи квалитет

сервиса који би се пружао младима, али и значајно снижену турбулентност међуколегијалних односа, која, нажалост, представљају учестали (негативни) део наше прећутне реалности.

### Обухваћени узорак

Специфичност спроведеног истраживања базира се у чињеници да је у истом обухваћено око 80% укупног броја запослених стручњака, а који раде на пословима заводске рехабилитације и третмана малолетних делинквената. У том смислу истраживање је обухватило запослене у:

- Заводу за васпитање деце и омладине, Београд;
- Заводу за васпитање омладине, Ниш;
- Заводу за васпитање омладине, Књажевац;
- Васпитно-поправном дому, Крушевац;
- Казнено-поправном заводу за малолетнике, Ваљево.

Узорком је обухваћено укупно 59 стручњака образовног профила специјални педагог, социјални радник и психолог, ангажованих на позицији васпитача или у стручним тимовима матичних установа. Истина, овакав број, поред предности у смислу сагледавања целокупног професионалног кадра на територији Републике Србије, носи и извесна оптерећења. Наиме, релативно мали број испитаника представљао је значајан проблем за доношење валидних статистичких закључака, а по питању специфичних хипотеза.

Анализом узорка утврђено је да су 55.9% (n=33) испитаника чинили мушкарци, док су 44.1% (n=26) чиниле жене. Према годинама старости, само 16.9% (n=10) чине стручњаци до 30 година старости, 23.7% (n=14) стручњаци у распону од 30 до 40 година старости, 30.5% (n=18) у распону од 40 до 50 година и, коначно, 28.8% испитаника (n=17) изнад 50 година старости. Према брачном статусу, 50.8% (n=30) стручњака је нежењено/неудато, а 49.2% (n=29) ожењено/удато. 15.2% (n=9) испитаника је заокружило „на одређено” у категорији радног статуса, односно 84.8% (n=50) је дало одговор да има стални радни однос. Ипак, оно што је посебно занимљиво јесте да, и поред тога што само 13.5% стручњака нема решено стамбено питање, само 6.7% (n=4) испитаника извештава о повољном материјалном статусу. У овом контексту значајни су и подаци који сведоче да скоро 19% испитаника болује од неке органске, хроничне болести или је оптерећено инвалидитетом. Ипак, као похвално поставља

се и чињеница да само 20% стручњака није похађало неки вид додатне едукације након завршеног факултета.

### Методологија истраживања – примењени инструмент

У свом раду везаном за синдром сагоревања, Маслахова је примарно формирала инструмент за мерење ове појаве код стручњака који раде у социјалним службама. Ипак, са развојем потреба за праћењем синдрома и у другим областима рада, исти аутор формира и додатна два варијетета, намењена запосленима у образовању и несоцијалним службама.

- MBI-Human Services Survey (MBI-HSS);
- MBI-Educators Survey (MBI-ES);
- MBI-General Survey (MBI-GS).

Како је реализовано истраживање, а које ће бити приказано у овом раду, обухватило запослене у службама заводског третмана/преваспитања малолетних делинквената, примењена је првобитна верзија, односно (MBI-HSS).

Наведени инструмент се састоји од 22 ајтема који су подељени у три супскале, сходно симптомима који се развијају у оквиру синдромског манифестовања. Ови ајтеми су приказани у форми изјава, односно ставова и осећања који се развијају код стручњака. Инструмент садржи 9 ајтема који мере ниво емоционалне исцрпљености, 5 ајтема који мере симптоме деперсонализације и 8 који се тичу промена на нивоу личне професионалне успешности.

Мерење у оквиру датог инструмента се остварује сабирањем скорова на датој скали. Наиме, свака изјава се мери на седмостепеном оквиру (0-6), а у смислу учесталости појаве наведених изјава.

Табела 3. Елементи примењеног инструмента

E1	Осећам да ме мој посао емоционално исцрпљује	0 1 2 3 4 5 6
E9	Осећам да кроз свој посао позитивно утичем на животе других људи	0 1 2 3 4 5 6
E15	Не марим шта се дешава штићеницима са којима сам у контакту	0 1 2 3 4 5 6
E22	Осећам да ме штићеници криве за неке од својих проблема	0 1 2 3 4 5 6

Инструмент не показује финални скор, већ се бодовање врши засебно по супскалама. У том смислу, виши резултати на супскалама емоционалне исцрпљености и деперсонализације корелирају са нивоом синдромске

оптерећености, док је обрнута пропорционалност присутна на супскали личног постигнућа. У овом случају мањи укупни скор корелира са већим нивоом синдромског постојања.

**Табела 4. Распон скорова према скалама**

	Низак	Умерен	Висок
Емоц. исцрпљеност ЕЕ	<17	17-26	>27
Деперсонализација ДП	>7	7-13	>13
Лично постигнуће ЛП	>38	31-38	<31

Поред стандардизованог инструмента у реализованом истраживању, присутност синдрома сагоревања је праћена у односу на низ хипотеза, а у вези са демографским карактеристикама стручњака. Године старости, године радног стажа, пол, брачни статус, родитељски статус, материјални статус, здравствени статус, похађање додатних едукација након факултета, праћени су у контексту поменутог дејства на развој синдрома сагоревања.

Конечно, допуњени инструмент је садржао и питање о мишљењу стручњака према потреби имплементације различитих видова подршке запосленима, а у службама наведеног типа.

## Преглед резултата истраживања

Преглед резултата према три подскеле MBI-HSS показује да у целокупном узорку од 59 испитаника на супскали емоционалне исцрпљености, висок ниво испољава 37.2% стручњака (n=22), умерен ниво 27,1% (n=16), а низак ниво 35.5% (n=21). У истим оквирима, разматрањем на супскали деперсонализације висок ниво испољава 13.5% (n=8), умерен ниво 22% (n=13), а низак ниво чак 64.4% испитаних стручњака (n=38). Конечно, на супскали личног постигнућа о високом нивоу сведочи 30.5% испитаника (n=18), о умереном 34% (n=20), а о ниском 35.5% испитаних стручњака (n=21).

Табела 5. Дистрибуција резултата на нивоу целокупног узорка

Супскале	Висок	Умерен	Низак
ЕЕ	н = 22 37.20%	н = 16 27.10%	н = 21 35.50%
ДП	н = 8 13.50%	н = 13 22.00%	н = 38 64.40%
ЛП	н = 18 30.50%	н = 20 34,00%	н = 21 35.50%

ЕЕ (x-squared=1.051, df=2, p>0.05); ДП (x-squared=26.271, df=2, p<0.01); ЛП (x-squared=0.237, df=2, p>0.05)

Табела 6. Резултати на нивоу целокупног узорка

	н	Мин.	Макс.	Медијана	Стд. дев.
ЕЕ	59	12.00	46.00	25.5763	9.90681
ДП	59	1.00	16	6.6271	3.96927
ЛП	59	15.00	48.00	35.1695	7.36289

## Резултати у односу на полну припадност

Посматрано у односу на полну условљеност и хипотезу према којој жене показују виши ниво синдрома сагоревања, а с обзиром на значајније емпатско инвестирање, резултати студије указују да на супскали емоционалне исцрпљености 42% жена (н=11) показује скор високог нивоа, наспрам 30% мушкараца (н=11). Умерен ниво на истој супскали показује 30.7% испитаница (н=8) наспрам 33.3% испитаника (н=10). Коначно, низак ниво у оквиру супскале емоционалне исцрпљености показује 7 жена наспрам 12 мушкараца, што нас приближава претходно приказаним размерама од 30.7% испитаница и 36.3% испитаника.

На супскали деперсонализације значај полне припадности даје следеће резултате: 15.1% мушкараца (н=5) показује висок ниво, а у односу на 11.5% жена (н=3). Умерен ниво на истој супскали показује 8.8% мушкараца (н=6) наспрам 26.9% жена (н=7). И коначно, о ниском нивоу извештава 66.6% мушкараца (н=22), односно 61% жена (н=16).

Супскала личног постигнућа даје резултате идентичног броја мушкараца и жена са високим нивоом оптерећености. Тако, нумерички изражено, 9 мушкараца (27%) и 9 жена (34.6%) припада овој категорији. О умереном нивоу извештава 13 мушкараца наспрам 7 жена, што у процентима

износи 39.3% наспрам 26.9%. Коначно, низак ниво показује 11 мушкараца (33.3%) у односу на 10 жена (38.4%).

Табела 7. Дистрибуција резултата у односу на пољну припадност

Скале	Мушкарци			Жене		
	Висок	Умерен	Низак	Висок	Умерен	Низак
ЕЕ	н=11 30%	н=10 33.3%	н=12 36.3%	н=11 42.3%	н=8 30.7%	н=7 30.7%
ДП	н=5 15,1%	н=6 8.8%	н=22 66.6%	н=3 11,5%	н=7 26.9%	н=16 61%
ЛП	н=9 27%	н=13 39.3%	н=11 33.3%	н=9 34.6%	н=7 26.9%	н=10 38.4%

Табела 8. Резултати у односу на пољну припадност

	н	Мин.	Макс.	Мед.	Стд. дев.
Мушкарци	33				
ЕЕ	33	13.00	46.00	25.1212	10.65879
ДП	33	1.00	15.00	6.0000	4.02337
ЛП	33	15.00	45.00	35.0000	7.13705
Жене	26				
ЕЕ	26	12.00	42.00	26.1538	9.03634
ДП	26	4.00	16.00	7.4231	3.82803
ЛП	26	20.00	48.00	35.3846	7.77728

T paried test ЕЕ (t score = -0,682) ; ДП (t score= -1.919) ; ЛП (t score= -0.256)

## Резултати у односу на године старости

Истраживање хипотезе према којој млађи стручњаци показују већу склоност према развоју синдрома сагоревања, иако веома интересно, трпело је у валидности процене, а с обзиром на мали обим узорка. У циљу очувања економичности рада, у даљем тексту приказаће се само разлика између исказаних скорова код професионалаца старосне доби до 30 година, односно преко 50 година.

Резултати на супскали емоционалне исцрпљености за стручњаке до 30 година показују висок ниво у 30% случајева (н=3), наспрам 23.5% (н=4) код професионалаца старости изнад 50 година. Умерен ниво на истој скали показује 50% испитаника (н=5) старости до 30 година, односно

23.5% стручњака (n=4) старости изнад 50 година. Коначно, низак ниво на истој скали показује 20% испитаника (n=2) у првој компаративној категорији, односно 52.9% испитаника (n=9) у категорији преко 50 година.

На супскали деперсонализације испитаници до 30 година у 10% случајева (n=1) сведоче о високом нивоу оптерећености. Посматрано у другој старосној категорији изнад 50 година, исти број стручњака (n=1) даје извештаје о високом нивоу деперсонализације. Умерен ниво у првој категорији показује 40% (n=4) наспрам 41% (n=7) друге старосне групе. Коначно, о ниском нивоу исте супскале даје податке 50% испитаника (n=5) до 30 година старости, односно 52.9% стручњака (n=9) преко 50 година старости.

На скали личног постигнућа, посматрано у истом компаративном контексту стручњаци до 30 година старости показују висок ниво у 30% (n=3) случајева, наспрам 29.4% (n=5) у популацији преко 50 година. Умерен ниво у популацији до 30 година показује 40% испитаника (n=4), док о ниском сведочи једнак број као у категорији високог оптерећења. Исти нивои посматрани у категорији преко 50 година сведоче о сличним размерама. Тако и у умереној и у ниској партицији налазимо 35.2% испитаника (n=6).

Табела 9. Дистрибуција резултата према годинама старости

Скале	<30			>50		
	Висок	Умерен	Низак	Висок	Умерен	Низак
ЕЕ	n=3 30%	n=5 50%	n=2 20%	n=4 23.5%	n=4 23.5%	n=9 52.9%
ДП	n=1 10%	n=4 40%	n=5 50%	n=1 5.8%	n=7 41.1%	n=9 52.9%
ЛП	n=3 30%	n=4 40%	n=3 30%	n=5 29.4%	n=6 35.2%	n=6 35.2%

Табела 10. Резултати према годинама старости

	n	Мин.	Макс.	Мед.	Стд. дев.
<30	10				
ЕЕ30	10	11.00	41.00	23.8000	8.06639
ДП30	10	1.00	13.00	5.7000	4.16467
ЛП30	10	27.00	41.00	34.0000	4.78423
>50	17				
ЕЕ50	17	2.00	44.00	22.4706	11.01203
ДП50	17	1.00	17.00	5.4118	4.63760
ЛП50	17	23.00	43.00	34.3529	6.69833

## Резултати стручњака који немају решено стамбено питање

С обзиром на мали број стручњака који раде на пословима заводског третмана преваспитања малолетних делинквената, у статистичкој анализи се издвојио низ малих подгрупа, чија је валидност процене била управо оптерећена самом величином. Ипак, међу различитим подгрупама, стручњаци који немају решено стамбено питање (n=8) давали су статистички занимљиве одговоре. У том смислу на супскали емоционалне исцрпљености висок ниво испољава 62.5% стручњака (n=5), умерен ниво 25% (n=2), односно низак ниво 12.5% испитаника (n=1). На супскали деперсонализације висок, као и умерен ниво испољава 25% (n=2), а низак ниво 50% испитаника (n=4). Финално, на супскали личног постигнућа висок ниво показује 50% (n=4), умерен ниво 37.5% (n=3), а низак ниво 12.5 (n=1).

Табела 11. Дистрибуција резултата стручњака који немају решено стамбено питање

Супскале	Висок		Умерен		Низак	
ЕЕ	n = 5	62.5%	n = 2	25.0%	n = 1	12.50%
ДП	n = 2	25%	n = 2	25.0%	n = 4	50%
ЛП	n = 4	50%	n = 3	33,00%	n = 1	35.50%

Табела 12. Резултати стручњака који немају решено стамбено питање

Супскале	n	Мин.	Макс.	Мед.	Стд. дев.
ЕЕ	8	15.00	41.00	30.0000	9.13392
ДП	8	3.00	14.00	8.1250	4.08613
ЛП	8	26.00	42.00	32.7500	5.25765

## Анализа резултата истраживања

Сумарни преглед резултата реализоване студије сведочи да 64% стручњака који раде у заводском третману малолетних делинквената, показује значајан ниво емоционалне исцрпљености. Тако преко 37% стручњака показује високе скорове, док 27.1% сведочи о умереном нивоу синдромске оптерећености. Занимљиво је да овакви резултати коначно показују подударање и са налазима Маслахове о тенденцијама расподеле синдрома сагоревања међу радницима у социјалним службама, а који су приказани



у претходном тексту. При томе се мора узети у обзир да анализа појединачних скорова који оперишу унутар овог специфичног нивоа, показује значајну гравитацију ка горњим партицијама наведеног оквира, односно вишег степена синдромског испољавања. У том контексту сведочи и просечна вредност на супскали емоционалне исцрпљености од 25.57%.

Са малим варијацијама овакви подаци су приказани и на супскали личног постигнућа, односно супскали која мери утицај стресогених фактора на перцепцију сопствених радних капацитета и ефеката рада. Тако добијени скорови показују 30.5% извештаја високог нивоа, 34% умереног и 35.5% ниског нивоа. Ипак, извесна одступања у односу на приказане скорове бележе се у равни деперсонализације где више од 64% испитаних стручњака показује високе скорове, а само 13.5% високе. У истом контексту вреди напоменути да просечни скор на поменутој скали износи 7,36, а што улази у оквир умереног нивоа, који почиње са скором 7. Оно што је посебно занимљиво јесте да анализом појединачних одговора на питања из поменуте супскале деперсонализације, добијају се одговори у којима стручњаци углавном негирају промене понашања и ставова према штићеницима, али исказују значајну бојазан утицаја посла на личну емоционалну стабилност и будуће интерперсоналне релације.

Хипотеза према којој жене показују значајнији потенцијал за развој синдрома сагоревања, према добијеним подацима, није нашла значајнију статистичку потврду. Тако, иако на скали емоционалне исцрпљености, 42% жена показује висок ниво наспрам 30% мушкараца, у равни средњих вредности добијених скорова нема значајнијег одступања. Правац сличне преваге показује и анализа супскале личног постигнућа у којој висок ниво показује 34% жена наспрам 27% мушкараца. Ипак, нешто већи проценат високих скорова мушкараца приметан је на супскали деперсонализације, где се поставља 15% испитаника наспрам 11% испитаница. Исту тенденцију односа, у којој мушкарци показују виши ниво оптерећености, можемо пратити и у умереним нивоима супскале личног постигнућа у којима извештава више од 39% мушкараца наспрам 26.9% жена. Коначно, у равни ниских скорова, испитаници и испитанице показују скоро потпуно уједначеност на све три супскале.

Разматрање нивоа синдромског испољавања код стручњака различитих година старости није пронашло значајније разлике између категорија испитаника до 30 година и изнад 50 година. Ипак, овоме доприноси и величина самог узорка те неуједначеност истог, а што је резултирало у немогућности формирања потпуно валидних компаративних закључака.

Даљом анализом малих подгрупа, а које су се издвојиле у односу на специфичне варијабле, занимљиво је напоменути да нерешеност стамбеног питања у 87.5% случајева корелира са високим и умереним резултатима на супскали емоционалне исцрпљености, са чак 62% високо скорованих.

Конечно, значајнији корелативни однос се показао и у случају постојања органских, хроничних болести или инвалидитета стручњака. У овом смислу чак 45.5% стручњака из ове категорије показује високе скорове на супскали емоционалне исцрпљености, приближно 27,7 на супскали личног постигнућа, а чак 36.6% на супскали деперсонализације, што представља скок од 23.1% у равни високих скорова, посматрано у односу на целокупни узорак.

### **Уместо закључка**

Синдром сагоревања, иако јасно потврђен као појава са значајним одразима на запослене у службама преваспитања малолетних делинквената, у нашој средини не наилази на озбиљнија уважавања. Тако резултати реализованог истраживања имају пре свега за циљ осветљавање ове проблематике и указивање на снажне негативне импликације, а са надом у могуће промене. У том контексту се морају схватити и резултати студије у којој чак 87% испитаних стручњака сматра да је потребно организовати различите видове помоћи запосленима у овом домену, а без обзира на актуелну синдромску оптерећеност.

Поштујући претходне наводе приближавамо се свакако и пољу значајних рационализација, а пре свега у равни финансијских дефицита, којима се оправдава изостанак поменутих програма. Ипак, чини се да уважавањем тешке ситуације у којој се систем преваспитања малолетника налази, као и мултипло имплицитних одраза исте, добит евентуалних програма помоћи запосленима знатно би превазилазила инвестирано.

## Литература

- Borritz M., Rugulies, R., Bjorner J., Villadsen E., Mikkelsen. O., Kristensen T. (2006), *Burnout among employees in human service work: design and baseline finding of the PUMA study*, Scandinavian Journal of Public Health; vol 34: 49–58.
- Courage, M. and Williams, D. (1987), *An Approach to the Study of Burnout in Profesional Care Poviderns in the Human Service Professions*, Journal of Social Service research 10:7–22.
- Despotović, T., Vulević, G, Dunjić, I. (2006), *Pomoć pomagačima*; Priručnik za profesionalce, Save the children UK.
- Erić, Lj. (2006), *Psihoterapija*, Institut za mentalno zdravlje.
- Figley, C. R. (Ed.) (1995), „Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.”, NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (1995), Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In Stamm, B. (ed.) *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Luterville,MD: Sidren Press.
- Freudenberger, H. J. (1974), „Staff burnout”, Journal of Social Issues, 30: 159–65.
- Gomez J., Michaelis R. (1995), *An Assessment of Burnout in Human Service Providers*, The Journal of Rehabilitation, Vol. 61: 23–6.
- Ilić, Z. (2000), Resocijalizacija mladih prestupnika, Defektološki fakultet.
- Ilić, I. (2005), *Kontratransfer u inicijalnoj fazi psihoterapije adolescenata*, Engrami, vol 27: 69–81.
- Jayarathne, S. and Chess, W. (1984), *Job Satisfaction, Burnout, and Turnover: A national Study*, Social work 29: 448–53.
- Johnson E. (1988), *Burnout a metaphoric myth*, American Journal of Psysical and Medical rehabilitation, 67:237.
- Klikovac (2008), „Profesionalni stres, sindrom izgaranja i empatija medicinskog osoblja na onkološkim odeljenjima”, Magistarska teza, Filozofski fakultet.
- Koeske, G. and Koeske, R. (1989), *Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: A Critical review and Reconceptualisation*, Journal of Applied Behavioral Science, 25, No 2: 131–144.
- Lečić i saradnici (2009), „Burnout in Belgrade orthopaedic surgeons and general practitioners, a preliminary report”, Acta chirurgica yugoslavica, vol. 56, br. 2: 53–9.

- Maćešić-Petrović, D., Žigić, V. (2009), Burnout sindrom-stresne reakcije, u: Maćešić Petrović, D., Žigić, V., *Laka intelektualna ometenost – razvojne i funkcionalne specifičnosti*, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju i CIDD, Beograd, str. 123–51.
- Maslach, C., Jackson S. (1981), „The measurement of experienced burnout”, *Journal of Occupational Behaviour*, Vol 2:99–113.
- Maslach, C. & Goldberg, J. (1998), „Prevention of burnout: New perspectives”, *Applied and Preventive Psychology*, 7:63–74.
- Maslach, C. (2003), „Job burnout: New directions in research and intervention”, *Current Directions in Psychological Science*, 12:189–192.
- Mihaljčić i saradnici (2008), *Dimenzije temperamenta deteta i ponašanje majke u roditeljskoj ulozi*, Filozofski fakultet.
- Petrović-Bjekić, D. (1997), *Dinamičke osobine ličnosti nastavnika i uspešnost u nastavi*, Psihologija, vol 30: 93–110.
- Sowers-Hoag (1987), „Burnout among social works professionals: A behavioral approach to causal and interventive knolege”, *Journal of Social Service Reaserch*, 10.
- Soderfeldt, M. (1995), „Burnout in Social work”, *Social work*:638–46.
- Todorović, J. (2005), *Vaspitni stilovi roditelja i samopoštovanje adolescenata*, Univerzitet u Nišu.
- Vez, T. (2007), *Supervizija: proces obezbeđivanja kvalitetnog profesionalnog razvoja*, Poremećaji ponašanja i prestupništvo mladih, specijalno pedagoški diskurs, 131–149.
- Zelmer, D.(1995), „Teaching to Prevent Burnout in Helpin Profesions”, *Analytic Teaching*, Vol 24: 20–25.

## INSTITUTIONAL TREATMENT OF JUVENIE DELINQUENTS

By Nikola PETKOVIC, Dragana MACESIC PETROVIC  
and Milos DJORDJEVIC

### A B S T R A C T

The article shown presents an attempt to clarify (lighten up) the importance of professional stress and the burnout syndrome in professionals working on the institutional treatment of juvenile delinquents, as well as the possible

implications of this complex phenomenon. In that relation, beside the theoretical elaboration of the mentioned problem, the article will present results of the research which included 59 professionals from 5 institutions of the mentioned type in the territory of Serbia. The application of the Maslach Burnout Inventory resulted in getting evidence that over 37 % of employees demonstrate high level of emotional exhaustion, as well as substantial sense of being under burden when depersonalization and personal professional achievements are concerned. Beside conclusions brought at the entire model level, tests have been made too of the correlative importance of specific variables in relation to the syndrome demonstration. In that context the article gives a summary of results achieved by professionals observed in relation to the following criteria: sex, housing situation and possible presence of chronic, organic diseases or invalidity. Finally, in the article will be mentioned some possible forms of action in the direction of prevention and resolution of the said phenomenon.

*Key words:* Burnout syndrome, professional stress, juvenile delinquents, rehabilitation, reformation