



Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

Psichologijos institutas

Lina Juozapavičiūtė

Klinikinės psichologijos magistrantūros studijų programa

Magistro darbas

Specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčiai po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų

Darbo vadovė: dr. Lina Jovarauskaitė

Darbo konsultantas: prof. dr. Evaldas Kazlauskas

Vilnius 2022

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
PRATARMĖ.....	5
1. ĮVADAS.....	6
1.1. Trauminės patirtys ir jų sąsajos su psichikos sveikata.....	6
1.2. Psichikos sveikatos specialistų kompetencijos, teikiant psichotraumatologinę pagalbą.....	8
1.3. Specializuotų psichotraumatologinių mokymų poreikis ir reikšmė.....	11
1.4. Psichikos sveikatos specialistų pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais veiksniai.....	14
1.5. Tyrimo tikslas, uždaviniai.....	18
2. TYRIMO METODIKA.....	19
2.1. Tyrimo dalyviai.....	19
2.2. Tyrimo instrumentai.....	20
2.3. Tyrimo eiga.....	22
2.4. Duomenų analizė.....	22
3. REZULTATAI.....	24
3.1. Pagrindinių kintamųjų aprašomoji statistika.....	24
3.2. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiai prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų.....	25
3.3. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais sąsajos su specialistų depresiškumu bei nerimu.....	27
3.4. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais palyginimas tarp grupių.....	29
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	34
4.1. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčių įvertinimas prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų.....	34
4.2. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais sąsajos su specialistų depresiškumu bei nerimu.....	36
4.3. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais sąsajos su profesiniais veiksniais.....	37
4.4. Tyrimo ribotumai.....	41
IŠVADOS.....	43
LITERATŪRA.....	44

SANTRAUKA

Juozapavičiūtė, L. (2022). *Specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčiai po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 50.

Dėl nepakankamo potrauminio streso sutrikimo (PTSS) atpažinimo ir diagnozavimo kyla sunkumų suteikti psichologinę pagalbą PTSS turintiems asmenims. Todėl svarbu stiprinti psichikos sveikatos specialistų kompetencijas, kurios reikalingos dirbant su psichologines traumas patyrusiais asmenimis. Šio darbo tikslas buvo įvertinti psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčius bei susijusius veiksnius prieš ir po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose. Tyrime naudota demografinių duomenų anketa, specialistų suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais įvertintas prieš ir po dalyvavimo mokymuose naudojant suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalę (RTEPS); specialistų depresiškumas ir nerimas įvertinti remiantis pacientų sveikatos klausimynu (PHQ-4). Tyrime dalyvavo 164 psichikos sveikatos specialistai, iš kurių 158 (96,3 %) moterys, 5 (3 %) vyrai ir 1 (0,6 %) „kita“. Tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 24 iki 73 metų ($M = 42,21$; $SD=11,10$). Rezultatai parodė, kad po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose 52,4 proc. psichikos sveikatos specialistų reikšmingai padidėjo suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais. Psichikos sveikatos specialistų kompetencijų pokyčiai buvo susiję su ankstesniu dalyvavimu psichotraumatologiniuose mokymuose, tačiau nebuvo susiję su specialistų depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumu ar darbine patirtimi.

Raktiniai žodžiai: psichikos sveikatos specialistai, potrauminis stresas, trauma, mokymai, kompetencijos.

SUMMARY

Juozapavičiūtė, L. (2022). *Professionals' perceived readiness to work with psychological trauma exposed populations after participation in psychotraumatological assessment training*. Master's thesis. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 50.

Due to the insufficient recognition and diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD), it is difficult to provide psychological treatment to people with PTSD. Therefore, it is important to strengthen the competence of mental health professionals in working with people who have experienced psychological trauma. The aim of this study was to assess the changes in mental health specialists' perceived readiness to work with clients who have experienced psychological trauma and the associated factors before and after participation in psychotraumatological assessment training. The study used a demographic questionnaire, the specialists' perceived readiness to work with clients who have experienced trauma was assessed before and after participation in the training using the Readiness to Work with Trauma-Exposed Patients Scale (RTEPS), and the specialists' depression and anxiety were assessed using the Patient Health Questionnaire (PHQ-4). A total of 164 mental health specialists participated in the study, of which 158 (96.3%) were women, 5 (3%) were men, and 1 (0.6%) were "other". The age of the participants ranged from 24 to 73 years ($M = 42.21$; $SD = 11.10$). The results showed that after participating in psychotraumatological assessment training, 52.4% of mental health specialists significantly increased their perceived readiness to work with clients who have experienced trauma. Changes in mental health specialist competence were associated with participation in previous psychotraumatological training, but not with specialists' expressed depression or anxiety symptoms or work experience.

Keywords: mental health professionals, posttraumatic stress, trauma, training, competencies.

PRATARMĖ

Trauminės patirtys yra dažnos žmonių gyvenimuose (Kessler et al., 2017). Ištyrus paplitimą 24 pasaulio šalyse, nustatyta, kad per gyvenimą bent vieną trauminį įvykį patyrė 70,4 proc. žmonių (Kessler et al., 2017). Panašūs duomenys gauti tiriant trauminių patirčių paplitimą tarp Baltijos šalių gyventojų: 70 - 75 proc. per gyvenimą yra susidūrę su trauminėmis patirtimis (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Svarbu tai, kad trauminės patirtys gali sietis su žmogaus kasdienį funkcionavimą apsunkinančiais įvairiais fiziniais ir psichiniais sutrikimais, tarp jų ir potrauminio streso sutrikimu (PTSS) (Kessler et al., 2017). Vidutiniškai PTSS yra nustatomas 12,5 proc. pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pacientų (Spottswood, Davydow, Huang, Alliance, & Sciences, 2017). Bendrojoje Baltijos šalių populiacijoje potrauminio streso sutrikimą gali turėti 2 - 7 proc. gyventojų (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Tačiau išanalizavus Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos duomenis, nustatyta, kad tik 0,01 proc. - 0,02 proc. šalies populiacijos yra diagnozuojama kaip turintys PTSS, tai sudaro apie 1 proc. galimų PTSS atvejų Lietuvoje (Kazlauskas, Zelviene, & Eimontas, 2017).

Kyla įvairių iššūkių bandant suteikti pagalbą traumines patirtis patyrusiems žmonėms (Schäfer et al., 2018). Visų pirma, žemi PTSS atpažinimo rodikliai rodo, kad bendrosios praktikos gydytojai bei psichikos sveikatos specialistai nepakankamai atpažįsta šį sutrikimą (Kazlauskas et al., 2017). Nepakankamas PTSS atpažinimas ir diagnozavimas gali būti viena iš pagrindinių priežasčių, kliudančių šalies mastu tinkamai teikti pagalbą PTSS turintiems asmenims (Kazlauskas et al., 2017). Taip pat trauminius įvykius patyrę asmenys gali vengti kalbėti apie savo traumines patirtis, ypač kai nejaučia palaikymo ar pritarimo (Kazlauskas, Želviene, Eimontas, & Gegieckaitė, 2017). Todėl svarbu, kad psichikos sveikatos specialistai gebėtų pastebėti bei įvertinti traumines patirtis. Vis dėlto psichikos sveikatos specialistai gali vengti dirbti su žmonių trauminėmis patirtimis ir PTSS dėl suvokiamo savo kompetencijų trūkumo (Schnell, Katte, & Gast, 2015). Tyrimų duomenimis, iki 75 proc. psichikos sveikatos specialistų teigia esantys nepakankamai gerai paruošti atpažinti ir teikti psichologinę pagalbą trauminius įvykius patyrusiems žmonėms (Kumar, Brand, & Courtois, 2019). Kadangi specialistams, dirbantiems su asmenimis, patyrusiais traumines patirtis ir turinčiais potrauminio streso sutrikimą, reikalingos specifinės kompetencijos, kurių šiuo metu stinga, yra svarbu didinti psichotraumatologinių mokymų prieinamumą (Cook, Newman, & Simiola, 2019). Gausesni mokymai psichotraumatologijos srityje galėtų prisidėti prie psichikos sveikatos specialistų kompetencijų didinimo bei efektyvesnio į traumą orientuoto gydymo (Frank, Becker-Haimes, & Kendall, 2020). Trūksta tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamos psichikos sveikatos specialistų turimos kompetencijos dirbant su traumines patirtis patyrusiais bei PTSS turinčiais asmenimis, ir psichotraumatologinių mokymų poreikis bei efektyvumas.

1. ĮVADAS

1.1. Trauminės patirtys ir jų sąsajos su psichikos sveikata

Potencialiai trauminis įvykis literatūroje apibūdinamas kaip įvykis, kuris tiesiogiai arba netiesiogiai kelia grėsmę žmogaus gyvybei ar sveikatai, ir kurį žmogus patyrė pats, tapo liudininku ar sužinojo apie artimajam įvykusį įvykį (Bryant, 2019). Tai gali būti tokie įvykiai kaip seksualinė ar fizinė prievarta, pagrobimas, kalinimas, gyvybei pavojinga liga ar sužalojimas, rimta avarija, susidūrimas su kito žmogaus mirtimi ar rimtu sužalojimu, stichinė nelaimė ir kt. (Scott et al., 2013). Bandant išsiaiškinti potencialiai trauminių įvykių paplitimą buvo atliktas tyrimas įvairiose pasaulio šalyse ir nustatyta, kad bent vieną trauminį įvykį per gyvenimą patyrė 70,4 proc. žmonių (Kessler et al., 2017). Panašūs duomenys gauti tiriant trauminių patirčių paplitimą tarp Baltijos šalių gyventojų, buvo nustatyta, kad 70 - 75 proc. žmonių per gyvenimą yra susidūrę bent su viena traumine patirtimi (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Atlikus tyrimą, apimančią 24 pasaulio šalis 6 pasaulio kontinentuose, buvo nustatyta, kad apie 30 proc. žmonių susiduria su 4 potencialiai trauminais įvykiais (Benjet et al., 2016). Vis dėlto trauminis įvykis yra subjektyvus patyrimas ir jo išgyvenimas kiekvienam žmogui gali būti skirtingas (McLaughlin, Conron, Koenen, & Gilman, 2010). Potencialiai trauminiai įvykiai yra plačiai paplitę tarp įvairių šalių gyventojų, o jų išgyvenimas – individualus.

Nors daugelis žmonių, patyrusių traumines patirtis, atsistato, tačiau dalis – patiria neigiamas pasekmes (McLaughlin et al., 2010). Remiantis tyrimų duomenimis, trauminių įvykių patyrimas gali sietis su įvairiais psichiniais bei fiziniais sunkumais (Scott et al., 2013). Pavyzdžiui, mokslinėje literatūroje randamos sąsajos tarp patirtų trauminių įvykių ir padidėjusios rizikos išgyventi daugiau streso, turėti depresijos ir nerimo spektro sutrikimų (McLaughlin et al., 2010). Taip pat gali turėti įtakos potrauminio streso sutrikimo (PTSS) išsivystymui (Kessler et al., 2017; Mažulytė et al., 2014). Daliai žmonių, per gyvenimą patyrusių trauminius įvykius, gali pasireikšti įvairūs sunkumai, tarp jų ir tokie sutrikimai kaip depresija, nerimas ar potrauminis stresas.

Potrauminio streso sutrikimas paveikia įvairias žmogaus gyvenimo sritis (Bryant, 2019). Esant potrauminio streso sutrikimui pastebimi pasikartojantys trauminio įvykio prisiminimai per fizinį sužadimą, įkyrias mintis ar vaizdinius, košmarus ir pan., būdingas vidinių bei išorinių stimulų, susijusių su trauminiu įvykiu, vengimas, stipri, neigiama reakcija, prasidėjusi po trauminio įvykio, padidėjusios grėsmės suvokimas dabartyje ir kt. (WHO, 2018). PTSS išsivystymo rizika gali priklausyti nuo patirto trauminio įvykio rūšies (Kessler et al., 2017) ar trauminės patirties intensyvumo (Kazlauskas, Šimėnaitė, & Gailienė, 2007). Pavyzdžiui, Kessler ir kiti (2017)

epidemiologiniame tyrime, apimančiame 24 valstybes, nustatė, kad didžiausią PTSS riziką turi tie asmenys, kurie patyrė traumas, sukeltas kitų žmonių, tokias kaip seksualinis smurtas ar netikėta artimojo mirtis (lyginant su gamtos stichijų sukeltomis trauminėmis patirtimis). Dažnai PTSS siejasi su kitais psichikos sveikatos sutrikimais (Bryant, 2019; McLaughlin et al., 2010; Price & Van Stolk-Cooke, 2015). Pavyzdžiui, mokslinių tyrimų rezultatai atskleidžia, kad PTSS siejasi su depresijos, nerimo spektro sutrikimų išsivystymu, padidėjusia savižudybių ar lėtinių ligų rizika (Karatzias et al., 2019). Be to, PTSS gali prisidėti prie socialinių problemų, tokių kaip nedarbas (Domanskaitė-Gota, Gailienė ir Kazlauskas, 2009). Taip pat potrauminio streso sutrikimo turėjimas siejasi su padidinta rizika patirti įvairius miego sutrikimus (Baird, Theal, Gleeson, McLeay, & O'Sullivan, 2018). Tiriant PTSS paplitimą tarp Baltijos šalių gyventojų rasta, kad apie 2 - 7 proc. gyventojų gali turėti potrauminio streso sutrikimą (Kazlauskas & Zelviene, 2016), o atlikus metaanalizę ir išanalizavus 41 tyrimą, publikuotus tarp 1980 ir 2016 metų, nustatyta, kad PTSS vidutiniškai patiriamas 12,5 proc. pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pacientų (Spottswood et al., 2017). Taigi potrauminio streso sutrikimas gali sukelti neigiamas pasekmes žmonių funkcionavimui, o paplitimas yra aukštas, ypatingai tarp pacientų, besilankančių pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

Bandant kuo efektyviau padėti trauminius įvykius patyrusiems ir su neigiamomis pasekmėmis susiduriantiems asmenims, yra svarbu, kad psichikos sveikatos specialistai taikytų moksliniais įrodymais grįstus metodus (Cook et al., 2019; Frank et al., 2020). Todėl gausiai atliekami moksliniai tyrimai bei kuriamos mokymų, įvertinimo metodikos, gydymo gairės ir t.t. (Cook et al., 2019). Nepaisant to, tyrimų rezultatai rodo, kad asmenys, turintys potrauminio streso sutrikimą, yra nepakankamai diagnozuojami (Kazlauskas et al., 2017). Pavyzdžiui, Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, nustatoma tik apie 1 proc. potencialių potrauminio streso sutrikimo atvejų (Kazlauskas et al., 2017). Remiantis tyrimų rezultatais, patirtos traumos ir PTSS nėra pakankamai atpažįstami, diagnozuojami ar įvertinami psichikos sveikatos specialistų, o tai gali būti vienas didžiausių trukdžių PTSS gydymui (Kazlauskas et al., 2017). Taigi nors po patirtų trauminių įvykių kai kuriems žmonėms reikalingas į traumą orientuotas gydymas, tačiau dalis šių žmonių jo nesulaukia.

Keliamos hipotezės ir ieškoma paaiškinimų, kokios yra galimos priežastys, kad tik dalis iš trauminius įvykius patyrusių ir neigiamas pasekmes išgyvenančių asmenų yra pastebimi, tinkamai įvertinami ir sulaukia efektyvios pagalbos (Kazlauskas et al., 2017). Randama kompleksinių trukdžių, tokių kaip didelis pacientų skaičius ir laiko stygius, specialistų trūkumas, žinių apie į traumą orientuotą gydymą trūkumas pirminės sveikatos priežiūros specialistams (van den Berk-Clark et al., 2021). Be to, gali turėti įtakos trauminius įvykius patyrusių asmenų įsitikinimai ir

jausmai, pavyzdžiui, dvejojimas dėl gydymo naudingumo, baimė pasirodyti išprotėjusiais arba vengimas kalbėti apie traumas (Kazlauskas & Zelviene, 2017; van den Berk-Clark et al., 2021). Taip pat didelę įtaką gali turėti psichotraumatologinių mokymų stygius specialistams, dirbantiems su traumas patyrusiais klientais, ir jų nepakankamos kompetencijos, pasitikėjimo savo gebėjimais trūkumas (Cook et al., 2019; Kazlauskas, Jovarauskaite, & Gelezelyte, 2022; Rose et al., 2011). Svarbu ir tolimesniuose tyrimuose aiškintis galimas kliūtis bei mėginti jas įveikti (Kazlauskas & Zelviene, 2017; van den Berk-Clark et al., 2021). Taigi ieškoma nepakankamo trauminių įvykių ir PTSS diagnozavimo bei gydymo priešasčių, kurios randamos įvairios organizacinių, traumas patyrusių asmenų ir į traumą orientuotą pagalbą teikiančių specialistų lygiu.

Apibendrinus tyrimus, galima pastebėti, kad trauminės patirtys ir PTSS pakankamai dažnai pasitaiko žmonių gyvenimuose ir gali sukelti sunkių psichinių bei fizinių sunkumų (Bryant, 2019; Scott et al., 2013). Tačiau dėl įvairių trukdžių ir barjerų nėra pakankamai pastebimi ir diagnozuojami trauminius įvykius patyrę ir neigiamas pasekmes, tarp jų ir PTSS, išgyvenantys asmenys (Kazlauskas & Zelviene, 2017; van den Berk-Clark et al., 2021). Vienas iš svarbių aspektų, turintis įtakos nustatymui bei gydymui asmenų, patiriančių su trauminėmis patirtimis susijusias pasekmes, yra psichikos sveikatos specialistų kompetencijos (Cook et al., 2019). Toliau bus aptariama, kokios kompetencijos yra būtinos psichikos sveikatos specialistams, teikiantiems į traumą orientuotą pagalbą.

1.2. Psichikos sveikatos specialistų kompetencijos, teikiant psichotraumatologinę pagalbą

Moksliniuose tyrimuose ir praktikoje vis didesnė reikšmė teikiama kompetencijoms, kurios yra reikalingos psichikos sveikatos specialistams įvertinti ir teikti psichologinę pagalbą PTSS turintiems asmenims (Cook et al., 2019). Fairburn ir Cooper (2011) terapeutų kompetencijas apibūdino kaip lygį, kuriuo specialistai turi žinių bei įgūdžių įgyvendinti gydymo standartus ir siekti efektyvaus poveikio. Daugiau nei prieš tris dešimtmečius Miller (1990) išdėstė, kokiomis savybėmis turi pasižymėti klinikinį darbą dirbantys specialistai. Visų pirma, yra svarbu turėti žinių; taip pat svarbu žinoti, kaip turimas žinias pritaikyti; mokėti pademonstruoti turimus įgūdžius; galiausiai - gebėti pritaikyti įgūdžius praktikoje. Tačiau psichotraumatologijos srityje dirbantiems specialistams reikia specifinių, į traumą orientuotų kompetencijų.

Visų pirma, psichotraumatologijos srityje dirbantiems specialistams svarbu gebėti atpažinti bei įvertinti trauminės patirtis ir PTSS (Cook et al., 2019). Iš tyrimų galima pastebėti, jog nors yra dažnas paplitimas, tačiau Lietuvoje nėra pakankamai diagnozuojami žmonės, patyrę psichologines traumas ir turintys PTSS (Kazlauskas et al., 2017). Aktualu tai, kad pasidalinimas apie savo patirtas

traumines patirtis gali palengvinti su trauma susijusias neigiamas pasekmes, tačiau traumas patyrę asmenys gali vengti apie tai kalbėti, ypač jei nejaučia palaikymo ar pritarimo (Kazlauskas et al., 2017). Todėl yra svarbu, kad specialistai klaustų bei gebėtų įvertinti klientų patirtis. Remiantis tyrimų rezultatais, traumos atskleidimas gali būti prognozuojamas socialinio pripažinimo, t. y., kuo didesnis yra juntamas nepritarimas trauminių patirčių atsiskleidimui, tuo mažiau norima kalbėti apie savo traumines patirtis. Pastebėta, kad sulauktas pripažinimas iš tolimesnio (nei šeima ar draugai) socialinio rato gali labiau paskatinti pasipasakoti apie savo traumines patirtis (Kazlauskas et al., 2017). Gali kilti ir kitokių iššūkių, pavyzdžiui, tyrimų rezultatai rodo, jog efektyviau yra įvertinamos pacientų patirtos traumos, kai yra sukuriamas ryšys su specialistu, ir pacientai jaučia, kad specialistas gali padėti įveikti simptomus, sukeltus trauminio įvykio, depresijos ir PTSS (van den Berk-Clark et al., 2021). Tačiau psichikos sveikatos specialistai dažnai susiduria su dideliu darbo krūviu ir laiko stoka, todėl svarbu turėti trumpų ir efektyvių būdų, kaip atpažinti ir įvertinti traumines patirtis (van den Berk-Clark et al., 2021). Taigi norint suteikti adekvačią pagalbą asmenims, išgyvenantiems trauminių įvykių sukeltas pasekmes, yra svarbu psichotraumatologijos srityje dirbančių specialistų įvertinimo kompetencija.

Mokslinėje literatūroje galima rasti įvairių tyrimų, kuriuose kuriamos, adaptuojamos, įvertinamos ir pan. įvairios metodikos, skirtos padėti nuo trauminių patirčių ir jų padarinių kenčiantiems asmenimis (pavyzdžiui, Kazlauskas, Mažulytė, Želvienė, Dovydaitienė ir Skruibis, 2013). Vis dėlto psichikos sveikatos specialistai ne visada yra linkę taikyti mokslu grįstas metodikas (angl. *evidence based*) teikiant į traumą orientuotą pagalbą (Becker, Smith, & Jensen-Doss, 2013; Gyani, Shafran, Myles, & Rose, 2014). Pavyzdžiui, Becker ir kiti (2013) atlikę tyrimą su 756 psichikos sveikatos specialistais nustatė, kad tik mažiau nei 10 proc. apklaustųjų įprastai savo darbe vadovaujasi į traumą orientuotų ir moksliniais tyrimais įrodytų metodikų vadovais. Taip pat tyrimų duomenys rodo, kad specialistai, parinkdami gydymą pacientams, dažniau yra linkę vadovautis savo turima darbine patirtimi nei naujausių tyrimų duomenimis (Gyani et al., 2014). Tačiau svarbu ne tik taikyti mokslu grįstą, į traumą orientuotą pagalbą, bet ir gebėti šiuos būdus pritaikyti kiekvienam asmeniui, patyrusiam trauminius įvykius, individualiai (Cook et al., 2019; Dublin, Abramovitz, Katz, & Layne, 2021). Taigi nors į traumą orientuotų metodikų taikymas yra svarbus, tačiau ne visi psichikos sveikatos specialistai jas taiko dirbdami su traumines patirtis patyrusiais klientais.

Tyrimų duomenys rodo, kad ne tik traumines patirtis išgyvenę ir PTSS turintys asmenys patiria stiprias emocijas, tačiau ir su jais dirbantys psichikos sveikatos specialistai (Lee, Gottfried, & Bride, 2018; Makadia, Farrell, & Turpin, 2017; Rayner, Davis, Moore, & Cadet, 2020; Veronese, Pepe, Massai, De Mol, & Robbins, 2017). Todėl specialistams yra svarbu gebėti išbūti su savo ir klientų stipriomis emocijomis. Tyrimai atskleidžia, kad specialistams, kurie mano, kad jiems trūksta

traumos įvertinimo ir gydymo kompetencijų, gali būti sunkiau išbūti bei toleruoti stiprias emocijas, kylančias dirbant su traumines patirtis patyrusiais asmenimis (Cook et al., 2019). Taigi yra svarbu specialistams, teikiantiems į traumą orientuotą pagalbą, gebėti išbūti su darbe kylančiomis intensyviomis emocijomis.

Suprantant psichikos sveikatos specialistų pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais svarbą yra bandoma susisteminti žinias ir pateikti apibendrintas rekomendacijas, kokiomis kompetencijomis turi pasižymėti specialistai, dirbantys su traumines patirtis patyrusiais asmenimis (Cook, Newman, & The New Haven Trauma Competency Group, 2014). Pavyzdžiui, Amerikos psichologų asociacija (APA) išskyrė penkias pagrindines kompetencijas: mokslu grįstos žinios apie traumą (t. y., specialistai turėtų sekti ir gebėti praktikoje taikyti naujausiais tyrimais pagrįstas žinias); į traumą orientuotas vertinimas (svarbu taikyti naujausias, patikimas ir validžias vertinimo priemones, atsižvelgiant į unikalią kliento patirtį); į traumą orientuotos intervencijos (sekti ir gebėti taikyti moksliniais įrodymais pagrįstas intervencijas); į traumą orientuotas profesionalumas (laikytis vertybių, įgūdžių bei nuostatų etiškam darbui su tikslu kuo efektyviau padėti traumines patirtis patyrusiems asmenims); į traumą orientuotų santykių palaikymas (gebėjimas efektyviai bendrauti su traumines patirtis patyrusiais asmenimis ar jų grupėmis) (Cook et al., 2019). Taip pat buvo išskirtos 9 papildomos pamatinės kompetencijos, tokios kaip bendradarbiavimas su kitais specialistais; psichikos sveikatos specialistų savirefleksija, įsivertinimas bei pasirūpinimas savimi; žmogaus gyvenimo ciklą ir stadijų žinojimas; domėjimasis kultūriniais aspektais ir kita (Cook et al., 2019). Taigi specialistams, dirbantiems psichotraumatologijos srityje, yra svarbios plataus spektro kompetencijos.

Vis dėlto APA išskirtos kompetencijos yra rekomendacinio pobūdžio ir labiau orientuotos į psichikos sveikatos specialistams, dirbantiems su psichologines traumas patyrusiais klientais, rengiamų specializuotų mokymų siektiną turinį (Cook et al., 2019; Rosen, Ruzek, & Karlin, 2017). Todėl kai kurie autoriai atkreipia dėmesį, kad yra svarbu vertinti psichikos sveikatos specialistų turimas kompetencijas (Rosen et al., 2017). Tai galėtų prisidėti prie įvertinimo, ar psichikos sveikatos specialistai yra pakankamai pasiruošę dirbti su traumas patyrusiais asmenimis, arba ar į traumą orientuoti mokymai buvo efektyvūs (Rosen et al., 2017; Skruibis, Astrauskas, & Mazulyte-Rasytine, 2021).

Apžvelgus mokslinius tyrimus, nagrinėjančius psichotraumatologijos srityje dirbančių specialistų kompetencijų įvertinimą, pastebima, kad kompetencijos gali būti įvertintos matuojant specialistų žinias bei gydymo pritaikymą (Fairburn & Cooper, 2011). Tikrinant specialistų žinias dažniausiai yra vertinama, kaip specialistai žino gydymo strategijas ir procedūras, indikacijas ir kontraindikacijas, galinčias padėti arba pabloginti gydymo efektyvumą. Šis būdas, paprastai,

nereikalauja daug resursų ir yra lengva administruoti (Choi & Seng, 2015; Skruibis et al., 2021). Pavyzdžiui, Dittmann ir kiti (2017) sukūrė skalę, vertinančią į traumą orientuoto gydymo efektyvumą. Taip pat dažnai matuojami specialistų gebėjimai pritaikyti turimas žinias praktikoje, t. y., įgyvendinti gydymą. Šie gebėjimai matuojami trimis būdais: įvertinant pacientų būklę; įvertinant konsultacijos sesiją; įvertinant standartizuotais vaidmenų žaidimais (Fairburn & Cooper, 2011). Kai kurie tyrimai, vertindami specialistų kompetencijas, vertina pagal tai, kokių rezultatų sulaukia gydomi pacientai, kiek jų būklė pagerėja (Monson et al., 2018). Tačiau tokie tyrimai nebūtinai yra tikslius, nes gali egzistuoti daug šalutinių kintamųjų, nepriklausančių nuo specialisto kompetencijų, pvz., pacientų turimos komorbidinės ligos ar sudėtingi gyvenimo įvykiai (Fairburn & Cooper, 2011). Pavyzdžiui, Espeleta, Peer, Are ir Hanson (2021) nustatė, kad terapeutų suvokiamų kompetencijų taikant į traumą orientuotą kognityvinę elgesio terapiją lygis siejasi su klientų potrauminio streso simptomais – kuo terapeutai suvokia turintys aukštesnes kompetencijas, tuo labiau sumažėjo jaunuolių, turinčių potrauminio streso sutrikimą, simptomai. Taip pat norint įvertinti turimas specialistų kompetencijas, gali būti vertinama konsultacijų kokybė, pavyzdžiui, perklausant sesijos įrašo ir standartizuota metodika įvertinant pasirinktą aspektą (pvz., laiko valdymą) (Fairburn & Cooper, 2011). Taip pat kai kuriuose tyrimuose specialistų kompetencijos vertinamos standartizuotuose vaidmenų žaidimuose (Fairburn & Cooper, 2011; Lotzin et al., 2018). Nors šis būdas vienas efektyviausių, tačiau reikalauja daug resursų. Taigi specialistų, dirbančių psichotraumatologijos srityje, kompetencijos gali būti matuojamos tikrinant žinias ir gebėjimus pritaikyti jas praktikoje.

Nepaisant atliekamų tyrimų, kurių įvertinimo ir gydymo metodikų, pateikiamų rekomendacijų psichotraumatologijos srityje dirbantiems specialistams, mokslinių tyrimų rezultatai rodo, jog psichikos sveikatos specialistams trūksta kompetencijų dirbti su traumas patyrusiais klientais (Schnell et al., 2015). Prie kompetencijų didinimo galėtų prisidėti specializuoti į traumą orientuoti mokymai (Cook et al., 2019). Toliau bus aptariami į traumą orientuoti mokymai specialistams, jų poreikis bei reikšmė.

1.3. Specializuotų psichotraumatologinių mokymų poreikis ir reikšmė

Psichotraumatologinių mokymų trūkumas psichikos sveikatos specialistams, teikiantiems pagalbą su trauminių patirčių pasekmėmis susiduriantiems asmenims, yra vienas didžiausių barjerų, trukdančių įrodymais grįstų intervencijų taikymui bei efektyviam gydymui (Frank et al., 2020). Tyrimų duomenys rodo, kad psichikos sveikatos specialistai nėra pakankamai paruošti darbui su traumas patyrusiais klientais: jiems trūksta plataus spektro žinių apie traumas, sukeltas

pasekmes, efektyvius gydymo būdus; trūksta praktikos ir darbo įgūdžių (Cook et al., 2019). Adams ir Riggs (2008) nustatė, kad 25 proc. iš tirtų psichologijos studentų, teikiančių į traumą orientuotą psichologinę pagalbą, neturėjo jokių psichotraumatologinių mokymų ar pasiruošimo. Kadangi psichikos sveikatos specialistai nėra pakankamai gerai paruošiami ne tik teikti tinkamą pagalbą, bet ir diagnozuoti su patirtomis psichologinėmis traumomis susijusius sutrikimus, todėl yra svarbu organizuoti tam skirtus mokymus.

Daugelis specialistų, dirbančių su psichologines traumas patyrusiais klientais, išreiškia norą turėti daugiau mokymų apie trauminės patirtis, sutrikimų diagnozavimą ir efektyvų gydymą (Cook et al., 2019; Dublin et al., 2021; Schnell et al., 2015). Jungtinėse Amerikos Valstijose tiriant psichikos sveikatos specialistus buvo nustatyta, kad 68 proc. tyrimo dalyvių manė, kad buvo nepakankamai paruošti įvertinti žmonių trauminės patirtis, o 75 proc. specialistų teigė, kad yra nepakankamai gerai paruošti teikti psichologinę pagalbą ir taip mažinti psichologinių traumų sukeltas pasekmes, 10 proc. specialistų išsakė, kad negavo jokių mokymų, susijusių su kompleksine trauma (Kumar et al., 2019). Vokietijoje tirtų psichoterapeutų atsakymai panašūs – specialistai neigė buvę pakankamai paruošti dirbti su žmonėmis, turinčiais su trauminėmis patirtimis susijusių sutrikimų (Schnell et al., 2015). Apie du trečdalius (64 proc.) ištirtų Amerikos psichologų, dirbančių su traumas patyrusiais klientais, išreiškė norą ir motyvaciją dalyvauti su trauma susijusiuose mokymuose (Cook, Dinnen, Rehman, Bufka, & Courtois, 2011). Taigi daugelis psichikos sveikatos specialistų teigia buvę nepakankamai paruošti dirbti su traumas patyrusiais asmenimis ir išreiškia poreikį turėti daugiau mokymų psichotraumatologijos srityje.

Moksliniuose tyrimuose yra nagrinėjama specializuotų psichotraumatologinių mokymų nauda (Adams & Riggs, 2008; Kazlauskas et al., 2017; Lotzin et al., 2018; Makadia et al., 2017). Visų pirma, specialistai, dalyvavę mokymuose, kuriuose yra mokoma atpažinti ir įvertinti su psichologinėmis traumomis susijusius ypatumus, dažniau ir drąsiau klausia klientų apie trauminės patirtis, geba efektyviau pastebėti klientus, patyrusius trauminės patirtis (Lotzin et al., 2018). Kadangi trauminius įvykius išgyvenę asmenys gali vengti kalbėti apie savo trauminės patirtis, psichikos sveikatos specialistams yra svarbu gebėti pastebėti bei apklausti klientus (Kazlauskas, et al., 2017). Taip pat kadangi darbas su žmonėmis, išgyvenusiais trauminius įvykius, gali turėti neigiamos įtakos pačių specialistų savijautai, yra pastebėta būtinybė mokyti specialistus efektyvių būdų, kaip išbūti su stresu darbe, su kylančiomis intensyviomis emocijomis (Adams & Riggs, 2008; Makadia et al., 2017). Tiriant klinikinės psichologijos studentus - praktikantus buvo pastebėta, kad studentai, kurie mokymų metu buvo geriau paruošti dirbti su trauminėmis patirtimis, patyrė mažiau streso darbe, rečiau patyrė su antrine trauma siejamus simptomus (Makadia et al., 2017). Psichotraumatologiniai mokymai, skirti psichikos sveikatos specialistams, gali padėti efektyviau

atpažinti, įvertinti bei teikti tinkamą pagalbą klientams, susiduriantiems su trauma susijusiomis neigiamomis pasekmėmis, todėl yra svarbus kokybiškas būsimų ir esamų psichikos sveikatos specialistų rengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais.

Nėra vienareikšmiškai sutariama, koku būdu turėtų būti vykdomi mokymai, skirti psichikos sveikatos specialistams. Mokslinėje literatūroje yra išskiriamos 5 pagrindinės mokymų rūšys: seminarai, skirti specialistus išmokyti specifinės temos ar intervencijos; seminarai su papildomomis ekspertų konsultacijomis po mokymų; nuotoliniai mokymai per internetines platformas; specialistų apmokymai (angl. *train the trainer*) ir intensyvūs mokymai (vykstantys bent 20 valandų ir įtraukiantys bent dvi mokymosi rūšis) (Frank et al., 2020). Frank ir kiti (2020) atlikę sisteminę analizę pateikė rezultatus, kad nors mokymai, paprastai, yra efektyvesni nei savarankiškas specialistų mokymasis ar trumpalaikiai seminarai, o intensyvūs mokymai gali turėti įtakos ir specialistų elgesio pokyčiams, tačiau visi mokymo būdai pasižymi ne tik privalumais, bet ir trūkumais. Vis dažniau yra rengiami psichikos sveikatos specialistams skirti mokymai nuotoliniu būdu, nors yra pastebėta, kad nuotoliniai mokymai turi mažesnę efektyvumą nei kitų formų mokymai (Frank et al., 2020), tačiau nuotoliniai mokymai, kaip ir auditoriniai mokymai, gali būti panašiai efektyvūs mokant paprastesnių moksliniais tyrimais grįstų intervencijų aspektų, pavyzdžiui, grįstų matavimais (Wolk et al., 2019). Nepaisant vykstančių diskusijų, ar nuotoliniu būdu vykdomi mokymai yra pakankamai efektyvūs, šis būdas turi privalumų ir vis dažniau specialistams skirtų mokymų yra vykdoma per nuotolį (Frank et al., 2020). Viena iš priežasčių yra ta, kad nuotoliniu būdu vykdomi mokymai gali sumažinti kaštus (tokius kaip specialistų laikas, pinigai ir kt.) (German et al., 2018). Taip pat į mokymus gali prisijungti dalyviai, gyvenantys kituose, nei vyksta mokymai, miestuose. Taigi nėra vienareikšmio atsakymo, koku būdu mokymai, skirti psichikos sveikatos specialistams, turėtų būti vykdomi, todėl yra atliekami tyrimai efektyvumo įvertinimui.

Vis daugiau tyrimų rezultatų pateikia įrodymus, kad nuotoliniai mokymai, skirti specialistams traumų atpažinimui ir gydymui, yra efektyvūs (Sansen et al., 2020). Buvo nustatyta, kad nuotoliniu būdu įgytos žinios ir įgūdžiai gali padėti geriau suprasti ir įvertinti sutrikimus (Dublin et al., 2021), efektyviai didinti specialistų žinias apie traumas ir PTSS, didinti kompetencijas PTSS diagnozavimui bei gydymui (Dublin et al., 2021; Kumar et al., 2019; Sansen et al., 2020), didinti emocines kompetencijas: savirefleksiją bei pasirūpinimą savimi (Sansen et al., 2020), gali padidinti specialistų pasitikėjimą savo gebėjimais dirbti su traumas patyrusiais ir sutrikimų turinčiais asmenimis (Dublin et al., 2021; Sansen et al., 2020), taip pat stiprinti empatijos jausmą (Dublin et al., 2021). Tačiau kai kuriuose tyrimuose po mokymų nepastebima specialistų empatijos padidėjimo (Kumar et al., 2019). Taip pat po mokymų gali padidėti specialistų lūkesčiai

savo pačių efektyvumui (Sansen et al., 2020), o padidėję lūkesčiai savo efektyvumui gali turėti įtakos tam, kad specialistai bus linkę dažniau taikyti išmoktas intervencijas savo praktikoje su klientais (Shapiro, Prinz, & Sanders, 2012). Svarbu tai, jog mokymų efektyvumas, remiantis savistabos klausimynų duomenimis, yra linkęs išlikti stabilus laike (Sansen et al., 2020). Taigi mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad mokymai, skirti psichikos sveikatos specialistams didinti kompetencijas psichotraumatologijos srityje, gali būti efektyvūs ir naudingi.

Apžvelgus mokslinius tyrimus, galima pastebėti, kad egzistuoja mokymų stygius psichikos sveikatos specialistams, dirbantiems su trauminius įvykius patyrusiais ir PTSS turinčiais asmenimis. Specializuoti mokymai galėtų padėti didinti psichikos sveikatos specialistų kompetencijas bei gerinti į traumą orientuotos pagalbos efektyvumą. Tačiau svarbu plačiau aptarti, kokią įtaką turi darbas su traumas patyrusiais ir PTSS turinčiais asmenimis psichikos sveikatos specialistams.

1.4. Psichikos sveikatos specialistų pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais veiksniai

Psichikos sveikatos specialistų psichinė sveikata. Dauguma žmonių per gyvenimą yra patyrę trauminių patirčių, todėl pakankamai dažnai psichikos sveikatos specialistams tenka susidurti su klientais, patyrusiais traumines patirtis ir turinčiais potrauminio streso sutrikimą (Evans et al., 2013; Kessler et al., 2017). Darbas su traumas patyrusiais klientais gali būti apibūdinamas kaip specialistų tiesioginis darbas su klientais, kurie patyrė bent vieną trauminį įvykį (APA, 2013). Psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su traumines patirtis patyrusiais asmenimis, darbo pobūdis pasižymi tuo, kad per klientų pasakojimus psichikos sveikatos specialistai netiesiogiai susiduria su trauminėmis patirtimis (Makadia et al., 2017). Taip pat traumines patirtis patyrę asmenys gali pasižymėti aukšta disreguliacija (Rossi et al., 2013). Dėl tokio darbo pobūdžio psichikos sveikatos specialistų savijauta gali būti paveikta (Cook et al., 2019). Vis dėlto mokslinėje literatūroje randami prieštaringi tyrimai apie pasekmes, kurias jaučia psichikos sveikatos specialistai, dirbantys su traumines patirtis patyrusiais asmenimis (Cook et al., 2019; Rayner et al., 2020; Rossi et al., 2013).

Psichikos sveikatos specialistai, girdėdami apie klientų išgyventas traumines patirtis, gali patirti neigiamas pasekmes. Specialistams, dirbantiems psichotraumatologijos srityje, yra padidinta rizika patirti stresą bei depresiją (Veronese et al., 2017). Palestinoje ištyrus 201 visuomenės sveikatos organizacijoje dirbantį specialistą (psichologus, gydytojus, socialinius darbuotojus ir kt.) buvo nustatyta, kad dauguma specialistų pasižymėjo vidutinio arba aukšto lygio psichologiniu stresu, o beveik 10 proc. specialistų išreiškė požymius, būdingus depresijos sutrikimui (Veronese et

al., 2017). Svarbu tai, kad didesnis patiriamo streso lygis gali sietis su prastesniu specialistų profesiniu funkcionavimu (Zahniser, Rupert, & Dorociak, 2017). Taip pat dėl glaudaus bendravimo su traumas patyrusiais asmenimis psichikos sveikatos specialistai turi riziką patirti antrinį trauminį stresą (angl. *secondary traumatic stress*) (Lee et al., 2018; Rayner et al., 2020; Sodeke-Gregson, Holtum, & Billings, 2013). Todėl psichikos sveikatos specialistams gali pasireikšti simptomai, panašūs į potrauminio streso sutrikimo (Lee et al., 2018; Makadia et al., 2017; Rayner et al., 2020). Dažniausiai išskiriami antrinio trauminio streso požymiai yra šie: įkyrios mintys apie klientus, klientų vengimas, miego sunkumai, dirglumas, dėmesio koncentracijos sunkumai (Lee et al., 2018). Australijoje atliktame tyrime nustatyta, kad iš 190 psichikos sveikatos specialistų 75,2 proc. išreiškė bent vieną antrinio trauminio streso požymį, o 29,5 proc. specialistų atitiko antrinio trauminio streso diagnostinius kriterijus (Rayner et al., 2020). Panašius duomenis savo tyrime nustatė ir Makadia ir kiti (2017), ištyrę 564 klinikinės psichologijos studentus - praktikantus (angl. *trainee clinical psychologists*), kuriems buvo būdingi vengimo, nuolatinių, pasikartojančių prisiminimų apie kliento trauminį įvykį, susijaudinimo, dirglumo požymiai. Taigi dėl darbo su trauminius įvykius patyrusiais žmonėmis psichikos sveikatos specialistai patiria padidintą riziką patirti stresą, depresiją ir antrinį trauminį stresą.

Taip pat psichikos sveikatos specialistams gali išsivystyti perdegimas, kuris pasižymi emociniu ir fiziniu išsekimu (Rossi et al., 2013). Psichikos sveikatos specialistams, patiriantiems perdegimą, gali pasireikšti vengimas, atsiskyrimas ir izoliacija nuo aplinkinių, negalėjimas jausti užuojautos, įtampa, nerimas, dirglumas, nuolatinis nuovargio jausmas bei mintys, kad darbai nėra pakankamai gerai atlikti ar užbaigti (Rossi et al., 2013). Dėl specialistų patiriamo perdegimo gali atsirasti įvairios klaidos, pacientų sunkumų nepakankamas įvertinimas, prastas pacientų gydymas ir pan. (Adams et al., 2008, cit. pagal Rossi et al., 2013). Be to, gali pakisti specialistų įsitikinimai bei požiūris (Adams & Riggs, 2008; Barros et al., 2020). Specialistams, dirbantiems su trauminius įvykius patyrusiais asmenimis, gali pasireikšti vikarinė traumatizacija (angl. *vicarious traumatization*) (VT) (Adams & Riggs, 2008; Barros et al., 2020). Specialistams netiesiogiai, tačiau per darbą su traumines patirtis patyrusiais klientais, gali pakisti požiūris į save, kitus bei pasaulį, atsirasti susirūpinimas dėl savo ir savo mylimųjų, ypač vaikų, saugumo (Barros et al., 2020). Apžvelgus tyrimus, galima pastebėti, kad psichikos sveikatos specialistai, dirbdami su psichologines traumas patyrusiais klientais, gali patirti neigiamas pasekmes tokias kaip antrinis trauminis stresas, vikarinė traumatizacija, perdegimas, depresijos ir nerimo sutrikimai.

Tačiau yra tyrimų, kurie nenustato psichikos sveikatos specialistams, dirbantiems su traumas patyrusiais klientais, neigiamų pasekmių, arba priešingai – yra randama pozityvių aspektų. Pavyzdžiui, Makadia ir kiti (2017) tyrime nenustatytos sąsajos tarp klinikinės psichologijos

studentų praktikantų darbo su trauminius įvykius patyrusiais klientais ir vikarinės traumatizacijos, t. y., nepasikeitė įsitikinimai apie save, kitus ar pasaulį (Makadia et al., 2017). Be to, darbas su traumines patirtis patyrusiais žmonėmis nebuvo susijęs su bendru jaučiamu distresu (Makadia et al., 2017). Panašiai ir kitame tyrime, kuriame buvo tirti 152 psichikos sveikatos specialistai, dirbantys Australijoje su klientais, patyrusiais traumines patirtis, turinčiais PTSS, nebuvo nustatytos sąsajos su antriniu trauminiu stresu, vikarine traumatizacija ar perdegimu (Deville, Wright, & Varker, 2009). Svarbu atkreipti dėmesį, kad kai kurie psichikos sveikatos specialistai gali jausti pasitenkinimą padėdami kitiems žmonėms (Rossi et al., 2013). Panašius rezultatus nustatė Veronese ir kiti (2017), pastebėję, kad kuo daugiau specialistai susidūrė su pacientų trauminėmis patirtimis, tuo buvo labiau tikėtina, kad juto augimo jausmą darbe. Šie potyriai siejami su potrauminiu augimu, kuris pasižymi traumos įprasminimu (Rossi et al., 2013; Veronese et al., 2017). Taigi kai kuriuose tyrimuose nėra nustatoma, kad psichikos sveikatos specialistai, dirbdami psichotraumatologijos srityje, patirtų neigiamas pasekmes.

Nors tyrimų rezultatai rodo, kad kai kuriems psichikos sveikatos specialistams darbas su traumines patirtis patyrusiais klientais gali kelti riziką patirti antrinį trauminį stresą, vikarinę traumatizaciją, perdegimą, depresiją ir kitas neigiamas pasekmes, tačiau nėra iki galo aišku, kokie faktoriai šią riziką gali mažinti arba didinti (Rayner et al., 2020). Kai kuriuose moksliniuose tyrimuose yra išskiriami tokie asmeniniai faktoriai kaip lytis, amžius, šeiminė padėtis, pačių specialistų patirti trauminiai įvykiai, naudojamos streso įveikos strategijos, gynybos mechanizmai, pasirūpinimas savimi (Adams & Riggs, 2008; Barros et al., 2020; Diehm, Mankowitz, & King, 2019; Padmanabhanunni, 2020; Rayner et al., 2020; Rossi et al., 2013; Skruibis et al., 2021). Tačiau yra tyrimų, kuriuose nerandama sąsajų tarp specialistų demografinių duomenų ir jaučiamų pasekmių (Rzeszutek, Partyka, & Gołąb, 2015). Taip pat Szota, Schulte ir Christiansen (2021) nustatė, kad specialistams, dirbantiems su vaikais, turinčiais su smurtinėmis patirtimis susijusių sutrikimų, suvokiamas aukštesnis savo kompetencijų lygis veikė kaip apsauginis veiksnys nuo antrinio trauminio streso. Atsižvelgiant į tai, svarbu toliau tyrinėti psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su traumines patirtis patyrusiais klientais, riziką keliančius ir apsauginius veiksnius. Vis dėlto ne tik įvairūs individualūs veiksniai gali turėti įtakos psichikos sveikatos specialistų savijautai ir kompetencijoms, bet ir profesiniai veiksniai.

Psichikos sveikatos specialistų profesiniai veiksniai. Psichikos sveikatos specialistų savijauta bei pasirengimas dirbti su traumines patirtis patyrusiais klientais gali sietis su profesiniais veiksniais, tokiais kaip darbo sutarties tipas, distresas bei socialinė parama (Diehm et al., 2019; Makadia et al., 2017; Rossi et al., 2013). Mažesnė tikimybė jausti nuovargį ar perdegimą tiems

psichikos sveikatos specialistams, kurie turi ilgalaikes darbo sutartis, lyginant su dirbančiais pagal terminuotas darbo sutartis (Rossi et al., 2013). Taip pat psichikos sveikatos specialistams didesnė tikimybė patirti perdegimą darbe yra tiems, kurie patiria aukštesnę distresą darbe (Rossi et al., 2013). Be to, nustatyta, kad kuo daugiau asmuo patiria streso darbe, tuo ryškiau pasireiškia simptomai, siejami su antriniu trauminiu stresu (Makadia et al., 2017). Socialinė parama gali veikti kaip apsauginis veiksnys tarp laiko, kiek psichologai dirba su trauminius įvykius patyrusiais klientais ir antrinio trauminio streso išsivystymo (Diehm et al., 2019). Tačiau Lenkijoje ištyrus 80 psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su trauminius įvykius patyrusiais asmenimis, nenustatyti ryšiai tarp su darbu siejamų veiksnių bei antrinio trauminio streso simptomų (Rzeszutek et al., 2015). Taigi svarbu atsižvelgti į psichikos sveikatos specialistų, dirbančių psichotraumatologijos srityje, profesinius veiksnius, tokius kaip darbo sutartis, distresas, socialinė parama.

Dar vienas svarbus profesinis veiksnys yra psichikos sveikatos specialistų turima darbinė patirtis (Cook et al., 2019). Mažesnis išdirbtų metų skaičius gali sietis su prastesne psichikos sveikatos specialistų psichologine gerove (Makadia et al., 2017). Italijoje ištyrus 260 specialistus, dirbančius su traumas patyrusiais asmenimis, pastebėta, kad psichikos sveikatos specialistų tikimybė patirti perdegimą didėja priklausomai nuo išdirbtų metų skaičiaus, t. y., su kiekvienais išdirbtais metais didėja tikimybė patirti perdegimą darbe (Rossi et al., 2013). Prieštaringi rezultatai randami tarp turimos darbinės patirties bei antrinio trauminio streso pasireiškimo. Pavyzdžiui, Sodeke-Gregson ir kiti (2013) nustatė, kad psichikos sveikatos specialistų jaučiamas patirties dirbti su traumines patirtis patyrusiais asmenimis trūkumas prognozavo antrinio trauminio streso pasireiškimą, tačiau Diehm ir kiti (2019) tyrime nerastos sąsajos tarp darbo patirties metais ir antrinio trauminio streso. Šie rezultatai yra aktualūs, nes specialistai parinkdami gydymą pacientams dažniau yra linkę vadovautis savo turima darbine patirtimi nei naujausių tyrimų duomenimis (Gyani et al., 2014). Vis dėlto, galima pastebėti, kad tyrimų, nagrinėjančių darbinės patirties įtaką psichikos sveikatos specialistams, rezultatai nėra vieningi.

Kitas svarbus veiksnys, galintis turėti įtakos psichikos sveikatos specialistams, yra tai, kaip dažnai jie darbe susiduria su traumines patirtis patyrusiais ar PTSS turinčiais asmenimis. Buvo nustatyta, kad antrinio trauminio streso išsivystymui gali turėti įtakos darbas su didesniu kiekiu asmenų, patyrusių trauminius įvykius (Rayner et al., 2020). Panašūs rezultatai rasti ir kitame tyrime: kuo daugiau klinikinės psichologijos studentai – praktikantai dirbo su žmonėmis, patyrusiais traumines patirtis, tuo stipresni jiems reikėsi antrinės traumos simptomai, tokie kaip invazijos apie trauminius įvykius, pacientų vengimas ir dirglumas, įtampos jausmas (Makadia et al., 2017). Taip pat nustatyta, kad kuo daugiau specialistai susidūrė su pacientais, patyrusiais traumines patirtis, tuo labiau didėjo rizika, kad prastės jų psichologinė gerovė (Veronese et al., 2017). Taigi specialistai

gali būti neigiamai paveikti kliento trauminių patirčių, todėl svarbu atsižvelgti į specialistų savijautą, susijusius rizikos bei apsauginius veiksnius, o kartu ir pagalbos būdus.

Apibendrinant, darbas su žmonėmis, patyrusiais psichologines traumas ir turinčiais PTSS, yra sudėtingas ir gali kelti įvairių iššūkių, tokių kaip suprastėjusi psichikos sveikatos specialistų psichologinė gerovė, antrinis trauminis stresas, depresija, perdegimas ir kt. Be to, specialistams gali trūkti kompetencijų, reikalingų pastebėti, įvertinti ir suteikti tinkamą pagalbą traumą patyrusiems, PTSS turintiems klientams. Todėl yra svarbus tinkamas psichikos sveikatos specialistų pasirengimas dirbti su šia žmonių grupe.

1.5. Tyrimo tikslas, uždaviniai

Tyrimo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčius bei susijusius veiksnius prieš ir po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose.

Pasiekti tyrimo tikslui išsikelti tokie tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais (vertinimo, terapijos, afekto toleravimo kompetencijų) pokyčius prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų;
2. Nustatyti suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais (vertinimo, terapijos, afekto toleravimo kompetencijų) pokyčio sąsajas su psichikos sveikatos specialistų depresiškumu bei nerimu;
3. Nustatyti suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais (vertinimo, terapijos, afekto toleravimo kompetencijų) pokyčio sąsajas su profesiniais veiksniais, tokiais kaip darbo patirtis, susidūrimo su psichologines traumas patyrusiais ar potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis dažnis, ankstesnis dalyvavimas psichotraumatologiniuose mokymuose.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Magistro darbo tyrimas buvo atliekamas iš Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Psichotraumatologijos centro (PTC) specialistų vykdytų mokymų „Psichologinės traumos ir adaptacijos sutrikimo atpažinimas bei psichologinio psichotraumatologinio įvertinimo pagrindai“ metu gautų dalies duomenų. Tyrimui vykdyti gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas (2020/10/29 Nr. 52). Tyrimas buvo atliekamas 2020 m. spalio - gruodžio mėnesiais. Prieš dalyvaujant tyrime, tyrimo dalyviai turėjo pateikti informuotą sutikimą.

Tyrimo dalyviai buvo 164 psichikos sveikatos specialistai, iš kurių 158 (96,3 %) moterys, 5 (3 %) vyrai ir 1 (0,6 %) „kita“. Tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 24 iki 73 metų ($M = 42,21$; $SD=11,1$). Daugiausiai tiriamųjų 151 (92,1 %) dirbo psichologais ir 13 (7,9 %) gydytojais psichiatrais.

Specialistų susidūrimo dažnumas su žmonėmis, patyrusiais psichologines traumas arba potrauminio streso sutrikimą. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių 65,2 proc. ($n = 107$) nurodė, kad savo profesinėje praktikoje dažnai susiduria su traumas patyrusiais žmonėmis, o 31,1 proc. ($n = 51$) nurodė, kad kartais. Taip pat 22,0 proc. ($n = 36$) specialistų nurodė, kad dažnai susiduria su potrauminio streso sutrikimą turinčiais žmonėmis, 45,7 proc. ($n = 75$) dalyvių – kartais susiduria. Tai rodo, kad didelė dalis tyrimo dalyvių savo darbe susiduria su psichologines traumas patyrusiais arba potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis.

Darbo stažas. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių 53,7 proc. ($n = 88$) savo profesijoje dirbo daugiau nei 10 metų, 35,4 proc. ($n = 58$) dirbo nuo 2 iki 10 metų ir 11 proc. ($n = 18$) dirbo mažiau 2-us metus.

Psichotraumatologijos mokymai. Didžioji dalis 65,9 proc. ($n = 108$) tyrimo dalyvių nurodė anksčiau nedalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių imties charakteristikos (N=164).

	Bendra imtis	
	n	%
Profesinėje praktikoje susidūrimo dažnumas su traumas patyrusiais žmonėmis		
Niekada	0	0,0
Retai	6	3,7
Kartais	51	31,1
Dažnai	107	65,2
Profesinėje praktikoje susidūrimo dažnumas su potrauminio streso sutrikimą turinčiais žmonėmis		
Niekada	5	3,0
Retai	48	29,3
Kartais	75	45,7
Dažnai	36	22,0
Darbo stažas		
< 2 metai	18	11,0
2 - 10 metai	58	35,4
> 10 metai	88	53,7
Ankstesnis dalyvavimas psichotraumatologiniuose mokymuose		
Dalyvavo	56	34,1
Nedalyvavo	108	65,9

2.2. Tyrimo instrumentai

Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalė (RTEPS) (angl. *Perceived readiness to work with trauma exposed populations scale*) (Kazlauskas et al., 2022). Ši savistaba paremta skalė skirta tirti specialistų suvoktą pasirengimą dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais psichikos sveikatos praktikoje. Skalę sudaro 10 teiginių, kurie suskirstyti į 3 subskales: vertinimo (3 teiginiai), terapijos (3 teiginiai), afekto toleravimo (4 teiginiai). Kiekvienas teiginys vertinamas penkių balų skalėje: *visai nesutinku* (0), *nesutinku* (1), *nei sutinku, nei nesutinku* (2), *sutinku* (3), *visiškai sutinku* (4). Klausimynas susideda iš pozityvių (vertinimo ir terapijos subskalėse) ir negatyvių (reversinių) teiginių (afekto toleravimo subskalėje), todėl, norint apdoroti duomenis, afekto toleravimo subskalės teiginiai koduojami atvirkščiai. Galutinis balas gaunamas sudėjus visus teiginius, kuo aukštesnis balas - tuo labiau specialistas suvokia esantis pasiruošęs dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais. Šio tyrimo metu gauta RTEPS skalės

Cronbach'o $\alpha = 0,81$, vertinimo subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,67$, terapijos subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,77$, afekto toleravimo *Cronbach'o* $\alpha = 0,74$. Leidimas naudoti RTEPS skalę gautas iš skalės autorių.

Pacientų sveikatos klausimynas (trumpoji versija, PHQ-4) (angl. *Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety*) (Kroenke, Spitzer, Janet, Williams, & Lowe, 2009), skirtas įvertinti depresiškumo ir patiriamo nerimo požymius. Tiriamieji turėjo įvertinti 4 teiginius 4 balų skalėje: *visai nevargino* (1), *keletą dienų* (2), *daugiau nei pusę iš visų dienų* (3), *beveik kiekvieną dieną* (4). PHQ-4 skalė sudaryta iš 2 subskalių: depresiškumo (2 teiginiai) ir nerimo (2 teiginiai). Šia skale matuojama, ar tiriamieji dviejų savaitių laikotarpyje jautėsi nervingi, nerimastingi, įsitempę, negalėjo sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti, ir ar jautėsi nusiminę, prislėgti, beviltiški, turėjo mažą susidomėjimą ar malonumą atliekant veiklas. Šioje skalėje galima buvo surinkti nuo 0 iki 12 balų, kurie nurodo depresiškumo ir nerimo išreikštumą: 1) surinkus tarp 0 - 2 balų, depresiškumo ir nerimo simptomai minimalūs; 2) surinkus tarp 3 – 5 balų, depresiškumo ir nerimo simptomai mažai išreikšti; 3) surinkus tarp 6 – 8 balų, depresiškumo ir nerimo simptomai vidutiniai; 4) surinkus tarp 9 – 12 balų, depresiškumo ir nerimo simptomai sunkūs (Kroenke et al., 2009). Autorių gautas šio klausimyno bendras vidinio suderinamumo koeficientas *Cronbach'o* $\alpha = 0,85$, depresiškumo subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,81$, nerimo subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,82$. Šio tyrimo metu gauta PHQ-4 skalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,67$, depresiškumo subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,52$, nerimo subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,62$. PHQ-4 klausimynas yra laisvai prieinamas internete, naudoti tyrimo tikslais leidimo nereikia.

Demografinės charakteristikos. Tyrimo dalyvių buvo klausiama apie jų lytį, amžių, profesiją, profesinio darbo stažą.

Psichikos sveikatos specialistų susidūrimo dažnumas su žmonėmis, patyrusiais psichologines traumas arba potrauminio streso sutrikimą, buvo matuojamas užduodant du klausimus: kaip dažnai specialistai savo praktikoje susiduria su asmenimis, patyrusiais psichologines traumas, ir kaip dažnai specialistai savo praktikoje susiduria su potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis. Kiekvienas teiginys vertinamas keturių balų skalėje: *niekada* (1), *retai* (2), *kartais* (3), *dažnai* (4).

Ankstesnė mokymų patirtis buvo matuojama užduodant du klausimus: ar specialistai anksčiau yra dalyvavę mokymuose apie potrauminio streso įvertinimą ir ar specialistai anksčiau yra dalyvavę mokymuose apie pagalbą potrauminį stresą patiriantiems asmenims.

2.3. Tyrimo eiga

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai 2020 m. spalio - gruodžio mėnesiais buvo kviečiami registruotis į VU psichotraumatologijos centro specialistų nuotoliniu būdu rengiamus mokymus „Psichologinės traumos ir adaptacijos sutrikimo atpažinimas bei psichologinio psichotraumatologinio įvertinimo pagrindai“. Mokymų metu dalyviams buvo perteikiamos mokslinių tyrimų rezultatais paremtos žinios apie normalias ir psichopatologines reakcijas į patirtas traumines patirtis, pristatyti galimų sutrikimų diagnostiniai kriterijai. Taip pat mokymų dalyviai supažindinti bei apmokyti dirbti su psichotraumatologinio įvertinimo metodikomis. Informacija platinta VU Psichotraumatologijos centro puslapio skiltyje „mokymai“, *Facebook* puslapyje „Trauma ir psichologinė pagalba“ bei išsiuntus pranešimus Lietuvos regionų visoms psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms. Paspaudę skelbime buvusią nuorodą dalyviai internete galėjo užpildyti registracijos anketą. Pirminės anketos pildymo metu buvo gautas dalyvių sutikimas naudoti nurodytus asmens duomenis mokymų tikslais. Artėjant mokymų dienai buvo išsiunčiamas elektroninis laiškas, kuriame mokymų dalyvių buvo prašoma tyrimo klausimyną užpildyti internete iki dalyvavimo mokymuose. Po užpildymo buvo išsiunčiama vaizdo konferencijų programos „Zoom“ nuoroda su prisijungimo duomenimis, reikalingais dalyvauti mokymuose. 2020 m. lapkričio - gruodžio mėnesiais vyko mokymai, kuriuos sudarė 2 akademinės valandos teorinės dalies ir 2 akademinės valandos – praktinės. Iš karto po mokymų bei praėjus trims mėnesiams, atskiru elektroniniu laišku, mokymų dalyvių buvo prašoma internetu pakartotinai užpildyti klausimyną. Kilus klausimams ar neaiškumams, tyrimo dalyviai galėjo susisiekti su mokymų rengėjais ir tyrėjais nurodytu VU psichotraumatologijos centro telefonu arba elektroniniu paštu. Mokymai tyrimo dalyviams buvo nemokami (mokymus finansavo LR Sveikatos apsaugos ministerija), po mokymų dalyviai gavo kvalifikacijos tobulinimo pažymėjimus.

Darbo autorė dalyvavo tyrimo komandoje: padėjo parengti klausimus, prisidėjo prie dalyvių registracijos ir duomenų surinkimo, elektroniniais laiškais atsakė į dalyvių klausimus, dalyvavo ir asistavo vedėjams vienuose „Psichologinės traumos ir adaptacijos sutrikimo atpažinimas bei psichologinio psichotraumatologinio įvertinimo pagrindai“ mokymuose.

2.4. Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojantis „IBM SPSS Statistics 26“ programa. Pasitelkus šią programą skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai). Skalių patikimumas apskaičiuotas vidinio suderintumo būdu (*Cronbach'o a*). *Cronbach'o a* rodiklis,

esantis apie 0,90 yra laikomas puikiu, apie 0,80 – labai geru, o reikšmės apie 0,70 – pakankamomis, kad šias skales ar subskales būtų galima naudoti skaičiavimuose (Little et al., 1999, cit. pagal Kline, 2016).

Norint patikrinti, ar duomenys yra pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, buvo naudojami šie kriterijai: histograma, stačiakampė diagrama, asimetrijos ir eksceso koeficientai bei Kolmogorov-Smirnov testas. Apskaičiavus ir išanalizavus gautus parametrus buvo nustatyta, kad RTEPS skalės ($p < 0,001$) ir jos subskalių: vertinimo ($p < 0,001$), terapijos ($p < 0,001$), afekto toleravimo ($p < 0,001$), duomenų pasiskirstymas yra artimas normaliajam pasiskirstymui, todėl analizuojant duomenis buvo taikomi parametrinės statistikos kriterijai. Taip pat apskaičiavus ir išanalizavus PHQ-4 skalės ($p < 0,001$) ir jos subskalių: depresiškumo ($p < 0,001$) ir nerimo ($p < 0,001$) duomenis, paaiškėjo, kad duomenų pasiskirstymas nėra artimas normaliajam pasiskirstymui, todėl duomenų analizavimui buvo taikyti neparametrinės statistikos kriterijai.

Siekiant įvertinti suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčius prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų, buvo naudotas porinis (dviem priklausomoms imtims) *Student t – testas*. Nustatyti intervencijos efektyvumui buvo apskaičiuota eta kvadrato statistika (angl. *The eta squared statistic*) (Cohen, 1988). Eta kvadrato statistikos rodiklis nuo 0,01 rodo, kad efekto dydis yra mažas, nuo 0,06 iki 0,13 - vidutinis, 0,14 ir daugiau - didelis. Individualiems pokyčiams patikrinti naudotas Patikimo pokyčio indeksas (angl. *Reliable Change Index*, RCI). RCI yra rodiklis, leidžiantis įvertinti intervencijos efektyvumą kiekvienam dalyviui individualiai (Jacobson & Truax, 1991; Zahra & Hedge, 2010). RCI reikšmės, kurios yra $\geq 1,96$ ir $\leq -1,96$ yra laikomos statistiškai reikšmingomis. RCI neigiama reikšmė rodo matuojamo faktoriaus sumažėjimą, o teigiama reikšmė - faktoriaus padidėjimą (Jacobson & Truax, 1991; Zahra & Hedge, 2010).

Siekiant nustatyti ryšius tarp kintamųjų taikyta *Spearman* koreliacija. Lyginant vidurkius tarp dviejų nepriklausomų imčių naudotas nepriklausomų imčių *Student t – testas*, o lyginant trijų grupių vidurkius - Vienfaktorinė dispersinė analizė (*ANOVA*).

3. REZULTATAI

3.1. Pagrindinių kintamųjų aprašomoji statistika

RTEPS skalės aprašomoji statistika. Suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais buvo apskaičiuotas remiantis RTEPS skalės rezultatais. RTEPS skalės ir jos subskalių aprašomoji statistika pateikta 2 ir 3 lentelėse.

2 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalės ir subskalių aprašomoji statistika pirmojo matavimo metu (N = 164).*

RTEPS	M	SD	Min.	Max.	Koreliacijos			
					1	2	3	4
1. RTEPS bendras įvertis	21,30	4,65	2	33	-			
2. Vertinimo kompetencija	5,50	1,75	0	9	0,77**	-		
3. Terapijos kompetencija	5,38	1,93	0	11	0,80**	0,60**	-	
4. Afekto toleravimo kompetencija	10,43	2,34	2	16	0,75**	0,29**	0,32**	-

Pastaba. RTEPS = Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalė; M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Min. - minimali subskalės įverčio reikšmė; Maks. - maksimali subskalės įverčio reikšmė. ** $p < 0,01$.

3 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalės ir subskalių aprašomoji statistika antrojo matavimo metu (N = 164).*

RTEPS	M	SD	Min.	Max.	Koreliacijos			
					1	2	3	4
1. RTEPS bendras įvertis	27,15	4,27	13	38	-			
2. Vertinimo kompetencija	8,30	1,72	3	12	0,76**	-		
3. Terapijos kompetencija	7,30	1,73	3	12	0,71**	0,49**	-	
4. Afekto toleravimo kompetencija	11,55	2,35	4	16	0,74**	0,29**	0,19**	-

Pastaba. RTEPS = Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalė; M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Min. - minimali subskalės įverčio reikšmė; Maks. - maksimali subskalės įverčio reikšmė. ** $p < 0,01$.

Šio tyrimo metu apskaičiuota RTEPS bendro įverčio *Cronbach'o* $\alpha = 0,81$, vertinimo kompetencijos subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,67$, terapijos kompetencijos subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,77$, afekto toleravimo kompetencijos subskalės *Cronbach'o* $\alpha = 0,74$. Nors vertinimo kompetencijos subskalės įvertis yra ribinis (0,67), tačiau, remiantis Kline (2011), *Cronbach'o* α apie 0,7 yra pakankama.

PHQ-4 klausimyno aprašomoji statistika. Specialistų depresiškumas ir nerimas buvo apskaičiuoti remiantis Pacientų sveikatos klausimynu (PHQ-4). PHQ-4 klausimyno ir jo subskalių aprašomoji statistika pateikta 4 lentelėje. Šio tyrimo metu gautas bendras Pacientų sveikatos klausimyno vidinio suderinamumo koeficientas *Cronbach'o* $\alpha = 0,67$, depresiškumo *Cronbach'o* $\alpha = 0,52$, nerimo *Cronbach'o* $\alpha = 0,62$. Nors PHQ-4 skalės įvertis yra ribinis, tačiau remiantis Kline (2016), *Cronbach* α apie 0,7 yra pakankama.

4 lentelė. Pacientų sveikatos klausimyno ir subskalių aprašomoji statistika ($N = 164$).

PHQ-4	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	Koreliacijos		
					1	2	3
1. PHQ-4 bendras įvertis	6,23	1,58	4	11	-		
2. Depresiškumas	3,12	0,90	2	5	0,86**	-	
3. Nerimas	3,12	0,95	2	7	0,82**	0,43**	-

Pastaba. PHQ-4 = Pacientų sveikatos klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. *Min.* – minimali subskalės įverčio reikšmė; *Maks.* – maksimali subskalės įverčio reikšmė. ** $p < 0,01$.

3.2. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiai prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų

Siekiant įvertinti suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčius prieš ir po „Psichologinės traumos ir adaptacijos sutrikimo atpažinimas bei psichologinio psichotraumatologinio įvertinimo pagrindai“ mokymų, buvo naudotas porinis (dviem priklausomoms imtims) *Student t-testas* (5 lentelė). Išanalizavus duomenis buvo nustatyta, kad yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$) suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais padidėjimas po mokymų, eta kvadrato statistika (angl. *The eta squared statistic*) rodo RTEPS ($\eta = 0,60$) didelį efekto dydį (Cohen, 1988). Taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) padidėjimai vertinimo kompetencijos (gautas didelis efekto dydis ($\eta = 0,60$), terapijos

kompetencijos (gautas didelis efekto dydis ($\eta = 0,49$)) ir afekto toleravimo kompetencijos (gautas didelis efekto dydis ($\eta = 0,21$)).

5 lentelė. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiai prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų ($N = 164$).

RTEPS	Prieš mokymus	Po mokymų	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
RTEPS bendras įvertis	21,30 (4,65)	27,15 (4,27)	-15,74	163	< 0,001
Vertinimo kompetencija	5,50 (1,75)	8,30 (1,72)	-15,73	163	< 0,001
Terapijos kompetencija	5,38 (1,93)	7,30 (1,73)	-12,57	163	< 0,001
Afekto toleravimo kompetencija	10,43 (2,33)	11,55 (2,35)	-6,50	163	< 0,001

Pastaba. RTEPS = Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalė; *M* – vidurkis, *SD* - standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Individualūs suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiai po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiai individualiai buvo skaičiuoti naudojant Patikimo pokyčio indeksą (RCI). RCI reikšmės suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais nustatytos nuo -2,44 iki 7,68 ($M = 2,04$, $SD = 1,66$) (6 lentelė). Teigiamas RCI balas rodo suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais padidėjimą, o neigiamai išreikštas RCI balas – sumažėjusį suvoktą pasirengimą dirbti su traumas patyrusiais klientais. Išanalizavus duomenis buvo nustatyta, kad suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais statistiškai reikšmingai ($RCI > 1,96$) padidėjo 86 dalyviams (52,4 %), sumažėjo 1 dalyviui (0,6 %), 77 (47,0 %) nepatyrė reikšmingų suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčių.

Vertinimo, terapijos ir afekto toleravimo kompetencijų pokyčiai individualiai taip pat buvo skaičiuoti naudojant Patikimo pokyčio indeksą (RCI). RCI reikšmės vertinimo kompetencijai nustatytos nuo -1,74 iki 3,14 ($M = 0,98$, $SD = 0,79$) (6 lentelė). Išanalizavus duomenis nustatyta, kad vertinimo kompetencija statistiškai reikšmingai ($RCI > 1,96$) padidėjo 15 dalyvių (9,1 %). RCI reikšmės terapijos kompetencijai nustatytos nuo -1,40 iki 2,44 ($M = 0,67$, $SD = 0,68$). Išanalizavus duomenis nustatyta, kad terapijos kompetencija statistiškai reikšmingai ($RCI > 1,96$) padidėjo 9 dalyviams (5,5 %). RCI reikšmės afekto toleravimo kompetencijai nustatytos nuo -1,395 iki 3,50 ($M = 0,39$, $SD = 0,77$). Išanalizavus duomenis nustatyta, kad afekto toleravimo kompetencija statistiškai reikšmingai ($RCI > 1,96$) padidėjo 4 dalyviams (2,4 %). Nė vienam asmeniui nebuvo nustatytas sumažėjimas vertinimo, terapijos ar afekto toleravimo kompetencijose po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų.

6 lentelė. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais individualūs pokyčiai (Patikimo pokyčio indeksas (Reliable Change Index, RCI)) ($N = 164$).

RTESPS	Intervalas	$M (SD)$	Teigiamas RCI	Nėra pokyčio	Neigiamas RCI
			$n (%)$	$n (%)$	$n (%)$
RTEPS bendras įvertis	-2,44 – 7,68	2,04 (1,66)	86 (52,4 %)	77 (47,0 %)	1 (0,6 %)
Vertinimo kompetencija	-1,74 – 3,14	0,98 (0,79)	15 (9,1 %)	149 (90,9 %)	0 (0 %)
Terapijos kompetencija	-1,40 – 2,44	0,67 (0,68)	9 (5,5 %)	155 (94,5 %)	0 (0 %)
Afekto toleravimo kompetencija	-1,395 – 3,50	0,39 (0,77)	4 (2,4 %)	160 (97,6 %)	0 (0 %)

Pastaba. RTEPS = Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalė; RCI = Patikimo pokyčio indeksas. M – vidurkis, SD - standartiniai nuokrypiai.

3.3. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais sąsajos su specialistų depresiškumu bei nerimu

Depresiškumo ir nerimo simptomų aprašomoji statistika. Specialistų depresiškumas ir nerimas buvo matuojamas PHQ-4 klausimynu. Atsižvelgiant į autorių (Kroenke et al., 2009) rekomendacijas, specialistai buvo suskirstyti į 4 grupes pagal tai, kiek depresiškumo ir nerimo balų jie surinko PHQ-4 klausimyne. Iš 7 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad 101 (61,60 %) specialistas nepatyrė ar patyrė minimalius depresiškumo ir nerimo simptomus (1 grupė), 58 (35,40 %) specialistai patyrė mažai išreikštus depresiškumo ir nerimo simptomus (2 grupė) bei 5 (3,00 %) specialistai patyrė vidutinius depresiškumo ir nerimo simptomus (3 grupė).

7 lentelė. Specialistų išreikšti depresiškumo ir nerimo simptomai ($N=164$).

	1 grupė	2 grupė	3 grupė	4 grupė
$n (%)$	101 (61,60 %)	58 (35,40 %)	5 (3,00 %)	0 (0 %)

Pastaba. 1 grupė – specialistai, kurių depresiškumo ir nerimo simptomai minimalūs (0 - 2 balai); 2 grupė – specialistai, kurių mažai išreikšti simptomai (3 – 5 balai); 3 grupė – specialistai, kurių vidutiniai simptomai (6 – 8 balai); 4 grupė – specialistai, kurių sunkūs simptomai (9 – 12 balų).

Suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais ir depresiškumo bei nerimo ryšiai. Siekiant nustatyti, ar siejasi suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais su specialistų nerimu ir depresiškumu, buvo naudotas *Spearman* koreliacijos koeficientas (8 lentelė). Rezultatai parodė egzistuojant statistiškai reikšmingas sąsajas tarp specialistų nerimo ir depresiškumo bei suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais. Nustatyta, kad kuo daugiau specialistai išreiškia nerimo ir depresiškumo požymių, tuo

žemesnis jų suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais prieš ($r_s = -0,20, p < 0,05$) bei po ($r_s = -0,16, p < 0,05$) psichotraumatologinio įvertinimo mokymų. Be to, kuo daugiau specialistai išreiškia nerimo ir depresiškumo požymių, tuo žemiau išreikšta jų afekto toleravimo kompetencija prieš mokymus ($r_s = -0,22, p < 0,01$). Taip pat kuo aukštesnis specialistų depresiškumas, tuo žemesnis jų suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais prieš ($r_s = -0,21, p < 0,01$) ir po ($r_s = -0,23, p < 0,01$) psichotraumatologinio įvertinimo mokymų, ir tuo žemiau išreikšta vertinimo kompetencija po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų ($r_s = -0,16, p < 0,05$), bei afekto toleravimo kompetencija prieš ($r_s = -0,24, p < 0,01$) ir po ($r_s = -0,19, p < 0,05$) psichotraumatologinio įvertinimo mokymų.

8 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais ir depresiškumo bei nerimo ryšiai (N=164).*

	RTEPS bendras įvertis		Vertinimo kompetencija		Terapijos kompetencija		Afekto toleravimo kompetencija	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
PHQ-4								
PHQ-4 bendras įvertis	-0,20*	-0,16*	-0,08	-0,08	-0,10	-0,08	-0,22**	-0,13
Depresiškumas	-0,21**	-0,23**	-0,10	-0,16*	-0,12	-0,11	-0,24**	-0,19*
Nerimas	-0,13	-0,03	-0,05	0,02	-0,04	-0,01	-0,13	-0,03

Pastaba. PHQ-4 = Pacientų sveikatos klausimynas; RTEPS = Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais skalė. T1 – pirmojo matavimo metu, prieš mokymus, T2 – antrojo matavimo metu, po mokymų. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumą. Atsižvelgiant į sąlyginai nedidelę tyrimo imtį ir mažą skaičių tam tikruose tiriamųjų atsakymų variantuose, rezultatų skaičiavimo patogumo tikslais, specialistų pasiskirstymas pagal depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumą iš keturių grupių (specialistai, nepatyrė ar patyrė minimalius depresiškumo ir nerimo simptomus ($n = 101$); specialistai patyrė mažai išreikštus depresiškumo ir nerimo simptomus ($n = 58$); specialistai patyrė vidutinius depresiškumo ir nerimo simptomus ($n = 3$); specialistai patyrė sunkius depresiškumo ir nerimo simptomus ($n = 0$)) buvo sudarytos dvi grupės (apjungiant 2, 3, 4 grupes): specialistai, kuriems nėra simptomų ($n = 101$), ir specialistai, kuriems mažai išreikšti ir vidutiniai simptomai ($n = 63$) (9 lentelė). Siekiant nustatyti, ar suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI) skiriasi pagal depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumą, buvo naudotas *Student t testas* (9 lentelė). Išanalizavus duomenis galima pastebėti, kad nenustatyta statistiškai reikšmingų pokyčių ($p > 0,05$) suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais RCI bei vertinimo,

terapijos ir afekto toleravimo kompetencijų RCI reikšmių skirtumų pagal depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumą (lyginant specialistus, kuriems nėra simptomų ir kuriems yra mažai išreikšti ir vidutiniški simptomai). Taigi, remiantis duomenimis, suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais, vertinimo, terapijos ir afekto toleravimo kompetencijų pokyčiai nebuvo susiję su specialistų depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumu.

9 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio ir depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumas (N=164).*

Skalė	1 grupė (n = 101)		2 grupė (n = 63)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI)	2,03	1,79	2,05	1,42	-0,06	162	0,96
Vertinimo kompetencijos pokytis (RCI)	1,00	0,86	0,94	0,69	0,52	162	0,61
Terapijos kompetencijos pokytis (RCI)	0,68	0,70	0,65	0,65	0,25	162	0,81
Afekto toleravimo kompetencijos pokytis (RCI)	0,35	0,79	0,46	0,75	0,89	162	0,37

Pastaba. M – vidurkis, SD - standartiniai nuokrypiai. 1 grupė – specialistai, kuriems nėra simptomų; 2 grupė – specialistai, kuriems yra mažai išreikšti ir vidutiniški simptomai.

3.4. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais palyginimas tarp grupių

Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal specialistų darbo patirtį metais. Atsižvelgiant į sąlyginai nedidelę tyrimo imtį ir mažą skaičių tam tikruose tiriamųjų atsakymų variantuose, rezultatų skaičiavimo patogumo tikslais, specialistų pasiskirstymas pagal turimą darbinę patirtį metais iš trijų grupių (specialistai, dirbantys mažiau nei dvejus metus ($n = 18$); dirbantys nuo dviejų iki dešimties metų ($n = 58$); dirbantys daugiau nei dešimt metų ($n = 88$)) buvo sudarytos dvi grupės (apjungiant specialistus, dirbančius < 2 metus ir 2 – 10 metų): specialistai, kurie dirba mažiau nei 10 metų ($n = 76$), ir kurie dirba daugiau nei 10 metų ($n = 88$) (10 lentelė). Siekiant nustatyti, ar suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis skiriasi pagal specialistų turimą darbo patirtį, buvo naudotas *Student t* testas (10 lentelė). Išanalizavus duomenis galima pastebėti, kad nenustatyta statistiškai reikšmingų pokyčių ($p > 0,05$) suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais RCI bei vertinimo, terapijos ir afekto toleravimo kompetencijų RCI reikšmių skirtumų pagal darbo stažą (lyginant specialistus dirbusius mažiau nei 10 metų ir daugiau nei 10 metų). Taigi, remiantis duomenimis, suvokto

pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais, vertinimo, terapijos ir afekto toleravimo kompetencijų pokyčiai nebuvo susiję su specialistų darbo patirtimi metais.

10 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal specialistų darbo patirtį (N=164).*

Skalė	< 10 metų (n = 76)		> 10 metų (n = 88)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI)	2,13	1,46	1,97	1,81	0,61	162	0,540
Vertinimo kompetencijos pokytis (RCI)	1,06	0,75	0,90	0,83	1,33	162	0,186
Terapijos kompetencijos pokytis (RCI)	0,62	0,61	0,72	0,74	-0,96	162	0,339
Afekto toleravimo kompetencijos pokytis (RCI)	0,45	0,72	0,34	0,82	0,83	162	0,408

Pastaba. M – vidurkis, SD - standartiniai nuokrypiai.

Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal susidūrimo dažnumą su psichologines traumas patyrusiais asmenimis. Atsižvelgiant į sąlyginai nedidelę tyrimo imtį ir mažą skaičių tam tikruose tiriamųjų atsakymų variantuose, rezultatų skaičiavimo patogumo tikslais, specialistų pasiskirstymas pagal susidūrimo dažnumą su psichologines traumas patyrusiais asmenimis iš keturių grupių (specialistai, kurie susiduria: niekada ($n = 0$), retai ($n = 6$), kartais ($n = 51$), dažnai ($n = 107$)) buvo sudarytos dvi grupės: specialistai, kurie retai arba kartais susiduria su psichologines traumas patyrusiais asmenimis ($n = 57$), ir specialistai, kurie dažnai susiduria ($n = 107$) (11 lentelė). Siekiant nustatyti, ar suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis skiriasi pagal susidūrimo dažnumą su psichologines traumas patyrusiais asmenimis, buvo naudotas *Student t testas* (11 lentelė). Išanalizavus duomenis galima pastebėti, kad nenustatyta statistiškai reikšmingų pokyčių ($p > 0,05$) suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais RCI bei vertinimo, terapijos, afekto toleravimo kompetencijų RCI reikšmių skirtumų pagal susidūrimo dažnumą su psichologines traumas patyrusiais asmenimis. Taigi, suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais, vertinimo, terapijos ir afekto toleravimo kompetencijų pokyčiai nebuvo susiję su specialistų susidūrimo dažnumu su psichologines traumas patyrusiais asmenimis.

11 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal susidūrimo dažnumą su traumas patyrusiais asmenimis (N=164).*

Skalė	Retai arba kartais (<i>n</i> = 57)		Dažnai (<i>n</i> = 107)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI)	2,19	1,75	1,96	1,61	0,85	162	0,394
Vertinimo kompetencijos pokytis (RCI)	1,09	0,73	0,92	0,82	1,33	162	0,185
Terapijos kompetencijos pokytis (RCI)	0,76	0,74	0,62	0,65	1,22	162	0,225
Afekto toleravimo kompetencijos pokytis (RCI)	0,34	0,79	0,42	0,76	-0,59	162	0,56

Pastaba. *M* – vidurkis, *SD* - standartiniai nuokrypiai.

Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis ir susidūrimo dažnumas su potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis. Atsižvelgiant į sąlyginai nedidelę tyrimo imtį ir mažą skaičių tam tikruose tiriamųjų atsakymų variantuose, rezultatų skaičiavimo patogumo tikslais, specialistų pasiskirstymas pagal susidūrimo dažnumą su potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis iš keturių grupių (specialistai, kurie niekada (*n* = 0), retai (*n* = 6), kartais (*n* = 51), dažnai (*n* = 107) susiduria) buvo sudarytos trys grupės: 1 grupė - specialistai, kurie niekada arba retai susiduria su potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis (*n* = 53), 2 grupė - kartais (*n* = 75), 3 grupė - dažnai (*n* = 36) (12 lentelė). Siekiant nustatyti, ar suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais RCI reikšmių vidurkiai skiriasi pagal susidūrimo dažnumą su turinčiais potrauminio streso sutrikimą, buvo naudota Vienfaktorinė dispersinė analizė (*ANOVA*) (12 lentelė). Išanalizavus duomenis galima pastebėti, kad yra statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$) vertinimo kompetencijos pokyčių (RCI) ($F(2) = 6,03$, $p = 0,003$) trijose specialistų grupėse. Eta kvadrato statistika (angl. *The eta squared statistic*) rodo esant vidutinį efekto dydį ($\eta = 0,07$). *Post hoc* analizės rezultatai (naudojant *Tukey HSD testą*) parodė, kad 2 grupė ($M = 1,00$, $SD = 0,66$) statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo 3 grupės ($M = 0,61$, $SD = 0,92$), 1 grupė ($M = 1,18$, $SD = 0,80$) statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo 3 grupės ($M = 0,61$, $SD = 0,92$) ir 1 grupė ($M = 1,18$, $SD = 0,80$) statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo 2 grupės ($M = 1,00$, $SD = 0,66$). Taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$) terapijos kompetencijos pokyčio (RCI) ($F(2) = 4,53$, $p = 0,012$) trijose specialistų grupėse. Eta kvadrato statistika (angl. *The eta squared statistic*) rodo esant vidutinį efekto dydį ($\eta = 0,05$). *Post hoc* analizės rezultatai (naudojant *Tukey HSD testą*) parodė, kad 1 grupė ($M = 0,72$, $SD = 0,72$) statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo 3 grupės ($M = 0,38$, $SD = 0,70$) ir 1 grupė ($M = 0,72$, $SD =$

0,72) statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo 2 grupės ($M = 0,78$, $SD = 0,61$). Tačiau suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčių (RCI) ir afekto toleravimo kompetencijos pokyčių (RCI) vidurkiai grupėse pagal susidūrimo dažnumą su PTSS turinčiais asmenimis nesiskyrė ($p > 0,05$). Taigi specialistų vertinimo kompetencijos pokyčiai (RCI) bei terapijos kompetencijos pokyčiai (RCI) skiriasi pagal susidūrimo dažnumą su potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis.

12 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal susidūrimo dažnumą su PTSS turinčiais asmenimis (N=164).*

Skalė	1 grupė	2 grupė	3 grupė	F	df	p
	(n = 53)	(n = 75)	(n = 36)			
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI)	2,26 (1,75)	2,16 (1,47)	1,47 (1,78)	2,82	2	0,063
Vertinimo kompetencijos pokytis (RCI)	1,18 (0,80)	1,00 (0,66)	0,61 (0,92)	6,03	2	0,003
Terapijos kompetencijos pokytis (RCI)	0,72 (0,72)	0,78 (0,61)	0,38 (0,70)	4,53	2	0,012
Afekto toleravimo kompetencijos pokytis (RCI)	0,35 (0,79)	0,38 (0,76)	0,48 (0,79)	0,35	2	0,703

Pastaba. M – vidurkis, SD - standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu. 1 grupė – specialistai, kurie niekada arba retai susiduria su potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis, 2 grupė – specialistai, kurie kartais susiduria, 3 grupė – specialistai, kurie dažnai susiduria.

Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiai ir dalyvavimas ankstesniuose psichotraumatologiniuose mokymuose. Siekiant nustatyti, ar suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis skiriasi pagal tai, ar specialistai anksčiau (iki dalyvaujant „Psichologinės traumos ir adaptacijos sutrikimo atpažinimas bei psichologinio psichotraumatologinio įvertinimo pagrindai“ mokymuose) yra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose, buvo naudotas *Student t testas* nepriklausomoms imtims (13 lentelė). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčiui (RCI) bei vertinimo kompetencijos pokyčiui (RCI) ir terapijos kompetencijos pokyčiui (RCI) (13 lentelė). Statistiškai reikšmingi skirtumai nenustatyti afekto toleravimo kompetencijos pokyčiui (RCI). Statistiškai reikšmingai ($t(162) = 2,48$, $p = 0,014$) skiriasi suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI): dažniau yra aukščiau išreikštas suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI) tų specialistų, kurie anksčiau nėra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose ($M = 2,27$, $SD = 1,71$), lyginant su

specialistais, anksčiau dalyvavusiais kokuose nors psichotraumatologiniuose mokymuose ($M = 1,60, SD = 1,47$). Vertinimo kompetencijos pokytis (RCI) statistiškai reikšmingai ($t(162) = 2,32, p = 0,021$) yra aukštesnis tų specialistų, kurie anksčiau nėra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose ($M = 1,08, SD = 0,82$), nei tie, kurie anksčiau yra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose ($M = 0,78, SD = 0,71$). Taip pat statistiškai reikšmingai ($t(162) = 2,71, p = 0,008$) skiriasi terapijos kompetencijos pokytis (RCI), jis yra aukštesnis tų specialistų, kurie anksčiau nėra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose ($M = 0,77, SD = 0,71$), lyginant su tais, kurie anksčiau yra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose ($M = 0,47, SD = 0,59$).

13 lentelė. *Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčio skirtumai pagal dalyvavimą ankstesniuose psichotraumatologiniuose mokymuose (N=164).*

Skalė	Nedalyvavo ($n = 108$)		Dalyvavo ($n = 56$)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokytis (RCI)	2,27	1,71	1,60	1,47	2,48	162	0,014
Vertinimo kompetencijos pokytis (RCI)	1,08	0,82	0,78	0,71	2,32	162	0,021
Terapijos kompetencijos pokytis (RCI)	0,77	0,71	0,47	0,59	2,71	162	0,008
Afekto toleravimo kompetencijos pokytis (RCI)	0,41	0,75	0,35	0,81	0,51	162	0,612

Pastaba. M – vidurkis, SD - standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo metu buvo nagrinėjamas Lietuvoje dirbančių psichikos sveikatos specialistų suvoktas pasirengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais, potrauminio streso sutrikimą turinčiais asmenimis. Šis tyrimas prisidėjo prie geresnio supratimo apie psichikos sveikatos specialistų kompetencijas dirbant su psichologines traumas patyrusiais, PTSS turinčiais žmonėmis, apie psichotraumatologinio įvertinimo mokymų poreikį bei naudą. Darbe buvo tyrinėjama, kaip pasikeitė tyrimo dalyvių suvoktas pasirengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose. Buvo analizuojami psichikos sveikatos specialistų depresiškumo bei nerimo ypatumai bei sąsajos su suvoktu pasirengimu dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais. Taip pat nagrinėti psichikos sveikatos specialistų profesiniai veiksniai, tokie kaip darbo patirtis, susidūrimo dažnumas su asmenimis, patyrusiais psichologines traumas, turinčiais potrauminio streso sutrikimą, ankstesnis dalyvavimas psichotraumatologiniuose mokymuose, bei jų sąsajos su suvoktu pasirengimu dirbti su psichologines traumas patyrusiais, PTSS turinčiais klientais. Tyrime analizuojant psichikos sveikatos specialistų suvoktą pasirengimą dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais gauti panašūs, su kai kuriais skirtumais, rezultatai kaip ir kituose tyrimuose (Dublin et al., 2021; Ferguson et al., 2019; Kumar et al., 2019; Lotzin et al., 2018; Sansen et al., 2020). Toliau bus aptariami šiame tyrime gauti duomenys bei jų panašumai ir skirtumai su kitų tyrimų rezultatais.

4.1. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais pokyčių įvertinimas prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų

Tyrimo rezultatai parodė, kad psichikos sveikatos specialistų suvoktas pasirengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais bei vertinimo, terapijos, afekto toleravimo kompetencijų įverčiai reikšmingai padidėjo po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose. Mūsų tyrimas patvirtina kitų autorių tyrimus, kuriuose nustatyta, kad specializuoti mokymai yra efektyvūs didinant kompetencijas specialistų, dirbančių su traumines patirtis patyrusiais, PTSS turinčiais klientais (Dublin et al., 2021; Ferguson et al., 2019; Kumar et al., 2019; Lotzin et al., 2018; Sansen et al., 2020). Toliau rezultatai bus aptariami detaliau.

Nagrinėjant individualius psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčius po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų buvo rasta, kad 52,4 proc. dalyvių kompetencijos reikšmingai padidėjo. Gauti rezultatai panašūs į

Lotzin ir kitų (2018) atliktą tyrimą, kuriame daugiau nei pusei specialistų mokymai buvo naudingi. Analizuojant kompetencijas atskirai, galima pastebėti, kad labiausiai padidėjo, kaip ir prieš tai minėtame tyrime, vertinimo kompetencija. Tai gali būti paaiškinama mokymų specifika: specialistai dalyvavo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose, kuriuose daugiausia dėmesio buvo skiriama reakcijų į trauminės patirtis pažinimui, galimų sutrikimų diagnostiniams kriterijams bei įvertinimo metodikoms. Vis dėlto analizuojant kompetencijų pokyčius individualiame lygmenyje, rasti nedideli pokyčiai (vertinimo kompetencija padidėjo 9,1 proc. dalyvių, terapijos kompetencija - 5,5 proc., afekto toleravimo kompetencija - 2,4 proc.). Todėl tolimesniuose tyrimuose būtų vertinga tyrinėti psichotraumatologinių mokymų efektyvumą individualiame lygyje.

Tačiau mūsų tyrimo rezultatai skyrėsi nuo kito tyrimo (Crabbe, Underwood, Parks-Savage, & Maclin, 2013), kuriame nebuvo rasta statistiškai reikšmingų pokyčių specialistams, dalyvavusiems mokymuose, kuriuose buvo mokoma apie tai, kas yra trauma, galimas reakcijas, simptomus, rizikos ir apsauginius veiksnius, veiksmingas į traumą orientuotas intervencijas ir metodikas. Šiame tyrime buvo matomas specialistų žinių padidėjimas, tačiau nesiekė statistiškai reikšmingo lygio (Crabbe et al., 2013). Atsiradę skirtumai gali būti paaiškinami mažo dalyvių skaičiaus (Crabbe ir kitų (2013) tyrime iš viso buvo 40 specialistų, kuriuos padalino po 20 į dvi grupes: pirma - specialistai dalyvavę tyrime, antra (kontrolinė) – nedalyvavę mokymuose, o mūsų tyrime daugiau – 164 specialistai). Taip pat skyrėsi tyrimų dalyvių profesijos – mūsų tyrime dalyvavo psichologai bei psichiatrai, dirbantys su įvairias trauminės patirtis patyrusiais asmenimis, o Crabbe ir kitų (2013) tyrime atsitiktinai atrinkti bet kokios specialybės specialistai, dirbantys su trauminės patirtis patyrusiomis paauglėmis. Vis dėlto, priešingai nei kai kuriuose tyrimuose (Crabbe et al., 2013; Lotzin et al., 2018; Sansen et al., 2020), mūsų tyrime gauti specialistų kompetencijų pokyčiai nebuvo lyginti su kontroline grupe, t. y., specialistais, kurie nedalyvavo mokymuose. Tai būtų padėję įvertinti, ar kompetencijų padidėjimas nėra susijęs su kitais veiksniais, pvz., savaiminiu išmokimu (Sansen et al., 2020). Todėl tolimesniuose tyrimuose būtų galima atlikti tyrimą su dviem grupėmis (dalyvavusiais mokymuose ir nedalyvavusiais – kontroline grupe).

Nors yra pastebima, kad trumpi mokymai psichotraumatologijos tematika, paprastai, pasižymi mažesniu efekto dydžiu (Choi & Seng, 2015), tačiau mūsų tyrime nustatyti didelį efekto dydį rodantys kompetencijų pokyčiai (suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčio $\eta = 0,60$; vertinimo kompetencijos $\eta = 0,60$; terapijos kompetencijos $\eta = 0,49$; afekto toleravimo kompetencijos $\eta = 0,21$). Pavyzdžiui, Choi ir Seng (2015) nustatė reikšmingus pokyčius lygius pusei *SD* dydžio. Atsiradę skirtumai, galimai, susiję su mokymų dizainu. Choi ir Seng (2015) tyrė efektyvumą mokymų, kurie truko valandą, ir specialistai tik išklausė lektoriaus dėstomą informaciją. Mūsų tyrimo dalyviai dalyvavo šiek tiek ilgesniuose

mokymuose (4 valandų) ir išgirstas žinias buvo skatinami pritaikyti vaidmenų žaidimuose, kurie, paprastai, būna efektyvesni, lyginant su teoriniu informacijos išklausymu (Fairburn & Cooper, 2011). Todėl mokymų metu mokymasis iš karto pritaikyti teorines žinias galėjo padėti didinti psichotraumatologinių mokymų efektyvumą.

Mūsų tyrime gauti rezultatai (psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais padidėjimas po psichotraumatologinių įvertinimo mokymų) yra svarbūs ir naudingi, nes kaip rodo kiti tyrimai (Lotzin et al., 2018; Sansen et al., 2019; Szota et al., 2021), padidėjus specialistų kompetencijoms, didėja specialistų ketinimas taikyti į traumą orientuotą pagalbą, o kartu mažėja baimė bei vengimas dirbti su traumines patirtis patyrusiais klientais. Taigi tolimesniuose tyrimuose būtų vertinga tyrinėti psichotraumatologinių mokymų, psichikos sveikatos specialistų kompetencijas bei nuostatų pokyčius, pasitelkti kitus mokymų efektyvumo matus, tokius kaip įvertinimas darbinėje aplinkoje, ar specialistai dažniau klausia klientų apie patirtas traumines patirtis, ar klientų sutrikimų požymiai mažėja ir pan. (Fairburn & Cooper, 2011). Tai galėtų duoti svaresnių įrodymų, kad pakankamai trumpi psichotraumatologinio įvertinimo mokymai gali būti efektyvūs didinant psichikos sveikatos specialistų kompetencijas darbui su traumines patirtis patyrusiais klientais.

4.2. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais sąsajos su specialistų depresiškumu bei nerimu

Tyrime nustatytos reikšmingos sąsajos tarp suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais ir psichikos sveikatos specialistų depresiškumo bei nerimo išreikštumo. Tai iš dalies sutampa su kitų tyrimų duomenimis, kuriuose nustatoma, kad psichikos sveikatos specialistams, savo darbe susiduriantiems su psichologines traumas patyrusiais klientais, gali pasireikšti neigiamos pasekmės, pavyzdžiui, perdegimas, empatijos stoka, antrinė viktimizacija, antrinis trauminis stresas, prastesnė psichologinė gerovė (Cook et al., 2019; Rayner et al., 2020).

Analizuojant duomenis, buvo pastebėta, kad kuo daugiau specialistai išreiškė nerimo ir depresiškumo požymių, tuo žemesnis jų suvoktas pasirengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų, ir tuo žemiau išreikšta afekto toleravimo kompetencija prieš mokymus. Taip pat tyrimo rezultatai atskleidė, kad kuo aukštesnis specialistų depresiškumas, tuo žemesnis jų suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų, ir tuo žemiau išreikšta vertinimo kompetencija po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų, bei afekto toleravimo kompetencija prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų. Šie rezultatai iš dalies sutampa

su kitų tyrimų duomenimis (Makadia et al., 2017), kuriuose nustatyta, kad mažesnis patiriamas stresas siejasi su geresniu specialistų pasirengimu dirbti. Vis dėlto tyrimo duomenys iš dalies skiriasi nuo Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikto tyrimo, kuriame buvo rasta, kad specialistai, dirbantys su pabėgėliais, po į traumą orientuotų mokymų, pritaikė asmeniniame gyvenime išmokus įgūdžius: ėmė stebėti savo bei aplinkinių kasdienio streso raišką bei padidėjo streso įveikos naudojimo būdai, pvz., dėmesingo įsisąmoninimo (angl. *mindfulness*) technikos (Im & Swan, 2021). Tačiau dalinai sutampa su kitame tyrime gautais rezultatais, kuriame tiriant klinikinės psichologijos studentus - praktikantus buvo pastebėta, kad studentai, kurie mokymų metu buvo geriau paruošti dirbti su trauminėmis patirtimis, patyrė mažiau streso darbe, rečiau patyrė su antrine trauma siejamus simptomus (Makadia et al., 2017).

Mūsų tyrime nebuvo nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčių ir specialistų depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumo. Tyrimo duomenys dalinai skiriasi nuo Zahniser ir kitų (2017) nustatytų tyrimo rezultatų, kuriuose buvo rasta, jog didesnis patiriamo streso lygis siejasi su prastesniu specialistų profesiniu funkcionavimu. Interpretuojant rezultatus, svarbu atsižvelgti į tai, kad mūsų tyrime buvo netolygiai pasiskirsčiusios specialistų grupės pagal jų išreikštus depresiškumo ir nerimo simptomus (1 grupė - 101 specialistai, kurie nepatyrė ar patyrė minimalius depresiškumo ir nerimo simptomus; 2 grupė - 58 specialistai, kurie patyrė mažai išreikštus depresiškumo ir nerimo simptomus; 3 grupė – 5 specialistai, kurie patyrė vidutinius depresiškumo ir nerimo simptomus; 4 grupė - 0 specialistų, kurių būtų sunkūs simptomai). Dėl to tolimesniuose tyrimuose būtų svarbu sudaryti tolygiai pasiskirsčiusias specialistų grupes. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad mūsų tyrime nustatytos koreliacijos yra silpnos. Todėl tyrime gautus rezultatus reikėtų vertinti ir interpretuoti atsargiai.

4.3. Suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais sąsajos su profesiniais veiksniais

Darbo patirtis metais. Šio tyrimo duomenys atskleidė, kad suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais nebuvo susijęs su specialistų darbo patirtimi metais. Gauti duomenys skiriasi nuo kitų tyrimų (Lotzin et al., 2018; Makadia et al., 2017; Padmanabhanunni, 2020; Szota et al., 2021). Pavyzdžiui, Lotzin ir kiti (2018) atliktame tyrime su 148 psichikos sveikatos specialistais, kuriems buvo surengti psichotraumatologijos tema mokymai, nustatyta, kad nuo 2 iki 5 metų dirbantiems specialistams, lyginant su mažiau nei 2 metus dirbusiais, daugiau padidėjo pasitikėjimas savo kompetencijomis klausti pacientų apie jų traumines patirtis. Tokie skirtumai

galėjo atsirasti dėl to, kad mūsų tyrime specialistai nebuvo tolygiai pasiskirstę į grupes pagal darbo patirtį metais, pvz., tik 11 proc. tyrimo dalyvių dirbo mažiau nei dvejus metus, todėl, siekiant sudaryti panašaus dydžio imtis atliekant skaičiavimus, buvo sudarytos dvi grupės pagal darbo patirtį metais (dirbantys iki 10 metų (46,4 proc.) ir dirbantys daugiau nei 10 metų (53,7 proc.)). Taip pat pastebėti skirtumai gali sietis su tuo, kad mūsų tyrime naudota nereprezentatyvi tyrimo imtis, buvo remtasi elektroninėje erdvėje užpildyta, savistaba paremta anketa. Todėl tolimesniuose tyrimuose būtų svarbu sudaryti reprezentatyvią tiriamųjų imtį (su kuo tolygesniu pasiskirstymu pagal tiriamųjų patirtį metais), surinkti duomenis iš kelių skirtingų šaltinių, pvz., pačių specialistų ir jų kolegų ar supervizorių vertinimo. Tai galėtų padėti geriau suprasti ryšius tarp psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais ir darbinės patirties.

Susidūrimo dažnumas su psichologines traumas patyrusiais asmenimis. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (65,2 proc.) savo profesinėje praktikoje dažnai susiduria su traumas patyrusiais klientais, o maždaug trečdalis (31,1 proc.) - kartais. Iš šiame tyrime dalyvavusių psichikos sveikatos specialistų nebuvo tokių, kurie savo darbe nesusidurtų su traumines patirtis patyrusiais asmenimis. Gauti rezultatai panašūs į kituose tyrimuose nustatytus duomenis, kuriuose fiksuojamas psichikos sveikatos specialistų dažnas susidūrimas su psichologines traumas patyrusiais asmenimis (Rayner et al., 2020). Vis dėlto mūsų tyrime gauti rezultatai skiriasi nuo kai kurių kitų tyrimų duomenų, kuriuose randami mažesni susidūrimo skaičiai (Cook et al., 2011; Makadia et al., 2017).

Jungtinėse Amerikos Valstijose apklausiant praktikuojančius psichologus buvo nustatyta, kad apie 84 proc. darbe susiduria su traumines patirtis patyrusiais klientais (Cook et al., 2011). Atsiradusius skirtumus būtų galima paaiškinti tuo, kad tyrimuose surenkama skirtinga tyrimo imtis. Pavyzdžiui, Cook ir kitų (2011) tyrime psichologai buvo atrinkti atsitiktinai, o Makadia ir kiti (2017) tyrė klinikinės psichologijos studentus-praktikantus, kurie nebūtinai atliko praktikas psichotraumatologijos srityje. Be to, mūsų tyrimas buvo atliktas su psichikos sveikatos specialistais, kurie išreiškė norą dalyvauti psichotraumatologiniuose mokymuose. Todėl, gali būti, kad tyrimo dalyviai buvo labiau suinteresuoti, pasižymėjo didesne vidine motyvacija iš jaučiamo poreikio darbe.

Panašiai kaip ir mūsų tyrime, Australijoje tiriant 190 psichikos sveikatos specialistus, visi specialistai, dalyvavę tyrime, bent retkarčiais susiduria su traumines patirtis patyrusiais klientais. Kaip ir mūsų tyrime, pastarajame tyrime specialistai buvo kviečiami per profesines organizacijas ir grupes bei socialines medijas išsiunčiant pakvietimus dalyvauti tyrime. Gali būti, kad specialistai savanoriškai panorę dalyvauti mokymuose, turi didesnę suinteresuotumą, t. y., darbe dažniau

susiduria su traumines patirtis patyrusiais asmenimis. Vis dėlto pastarajame tyrime nustatyti aukštesni susidūrimo rodikliai: 42,6 proc. labai dažnai; 30,0 proc. dažnai; kartais 24,2 proc.; 3,2 proc. retai darbe susiduria su traumines patirtis patyrusiais klientais (Rayner et al., 2020). Tolimesniuose tyrimuose būtų svarbu tirti kultūrinių ir kitų veiksnių įtaką gautiems rezultatų skirtumams.

Susidūrimo dažnumas su PTSS turinčiais asmenimis. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tik 3,0 proc. dalyvių savo darbe nesusiduria su PTSS turinčiais asmenimis. Šie rezultatai panašūs į kituose tyrimuose gautus duomenis, kuriuose randama, kad didžioji dalis psichikos sveikatos specialistų savo darbe susiduria su potrauminio streso sutrikimą turinčiais klientais (Evans et al., 2013). Analizuojant detaliau, nustatyta, kad 22,0 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad dažnai susiduria su potrauminio streso sutrikimą turinčiais žmonėmis, 45,7 proc. dalyvių – kartais, o 29,3 proc. – retai. Taip pat šiame tyrime rasti didesni vertinimo ir terapijos kompetencijų pokyčiai individualiame lygmenyje (RCI) tų specialistų, kurie niekada arba retai savo darbe susiduria su PTSS patiriančiais asmenimis. Tai panašu į kitų tyrimų rezultatus (Makadia et al., 2017; Skruibis et al., 2021), kurie rodo, kad mažesnę patirtį turinčių specialistų kompetencijos po psichotraumatologinių mokymų padidėja daugiau. Tokie rezultatai galėtų būti paaiškinti tuo, kad specialistai, dalyvavę tyrime, kartu dalyvavo ir psichotraumatologiniuose mokymuose, todėl rečiau susiduriantys su PTSS turinčiais klientais psichikos sveikatos specialistai mokymų metu galėjo įgauti daugiau vertinimo bei terapijos kompetencijų, lyginant su kolegomis, kurie dažniau susiduria su PTSS turinčiais klientais.

Dalyvavimas ankstesniuose psichotraumatologiniuose mokymuose. Iš tyrime dalyvavusių psichikos sveikatos specialistų apie du trečdalius (65,9 proc.) nurodė, kad anksčiau nėra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose. Tai iš dalies sutampa su ankstesniais tyrimais, kurie parodė mokymų, skirtų specialistams dirbti su trauminėmis patirtimis, stygių (Cook et al., 2011; Cook et al., 2019; Dublin et al., 2021; Kumar et al., 2019).

Tačiau mūsų tyrime gauti šiek tiek aukštesni rezultatai nei kituose tyrimuose (Cook et al., 2011; Cook et al., 2019; Dublin et al., 2021; Kumar et al., 2019). Atsiradę skirtumai galėtų būti paaiškinti tuo, kad mūsų tyrime buvo klausiama vienu klausimu, ar specialistai yra anksčiau dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose. Tokio pobūdžio klausimą psichikos sveikatos specialistai galėjo suprasti skirtingai, pavyzdžiui, ar studijų metais yra turėję mokymų psichotraumatologijos tema, arba ar dirbdami yra dalyvavę formaliuose į traumą orientuotose mokymuose. Taip pat atsiradę skirtumai gali sietis su tuo, kad tyrimas buvo atliktas su dalyviais,

kurie savanoriškai atsiliepė į kvietimą ir išreiškė norą dalyvauti psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose. Taigi tyrimo rezultatams galėjo turėti įtakos dalyvių jaučiama stoka kompetencijų, susijusių su trauminių patirčių ir PTSS įvertinimu bei gydymu, ir jaučiama didesnė vidinė motyvacija mokytis, didinti savo kompetencijas. Vis dėlto gauti rezultatai sutampa su kitų mokslininkų paskelbtais duomenimis (Cook et al., 2011; Cook et al., 2019; Dublin et al., 2021; Kumar et al., 2019), kad nors psichikos sveikatos specialistai dirba su traumines patirtis išgyvenusiais klientais, tačiau dažnai nėra pakankamai apmokyti įvertinimo ar pagalbos teikimo metodų, bet kartu turi norą dalyvauti psichotraumatologiniuose mokymuose.

Tačiau mūsų tyrime gauti duomenys žemesni nei kitame atliktame tyrime (Czincz & Romano, 2013). Pastarajame tyrime nustatyta, kad 78 proc. specialistų nebuvo dalyvavę į traumą orientuotuose mokymuose. Atsiradę skirtumai galėtų būtų paaiškinti tuo, kad minėtame tyrime buvo klausama apie dalyvavimą specifiniuose apie pagalbą vaikams, patyrusiems seksualinį išnaudojimą, mokymuose, o mūsų tyrime buvo klausama bendrai apie psichotraumatologinių mokymų patirtį.

Analizuojant detaliau turimą mokymų patirtį, nustatyta, kad individualiame lygmenyje dažniau yra aukščiau išreikštas suvoktas pasirengimas dirbti su traumas patyrusiais klientais, vertinimo bei terapijos kompetencijos (tačiau ne afekto toleravimo) pokytis (RCI) tų specialistų, kurie anksčiau nėra dalyvavę psichotraumatologiniuose mokymuose (lyginant su specialistais, anksčiau dalyvavusiais kokiuose nors psichotraumatologiniuose mokymuose). Tai sutampa su kitų tyrimų rezultatais, kad jaunesni ir mažiau patirties turintys specialistai mokymuose gali labiau padidinti savo kompetencijas, lyginant su vyresniais ir daugiau patirties turinčiais specialistais (Skruibis et al., 2021). Taip pat specializuoti psichotraumatologiniai mokymai gali didinti specialistų pasitikėjimą savo kompetencijomis (Sansen et al., 2020), o tai didina tikimybę taikyti išmoktas intervencijas savo praktikoje su klientais (Shapiro et al., 2012). Nors, remiantis RTEPS skalės autorių (Kazlauskas et al., 2022) pastebėjimais, kad galime įtarti, kad psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais padidėjimas gali rodyti specialistų didesnę pasitikėjimą savo kompetencijomis bei norą pritaikyti turimas žinias su klientais, tačiau mūsų tyrime tai nebuvo tirta. Todėl reikalingi detalesni tyrimai tarp suvokto pasirengimo dirbti su traumas patyrusiais klientais ir pasitikėjimo savo kompetencijomis bei pritaikomumo praktikoje.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad šiame tyrime buvo nustatyta, kad ne specialistų profesinė patirtis, o dalyvavimas psichotraumatologiniuose mokymuose siejasi su aukštesniu suvoktu pasirengimu dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais. Šie rezultatai yra svarbūs, nes rodo, jog psichikos sveikatos specialistai gali įgyti kompetencijų, reikalingų trauminių patirčių ir

PTSS įvertinimui bei gydymui, per trumpus mokymus, o tai gali pagerinti specializuotą psichotraumatologinę pagalbą Lietuvoje. Taigi, remiantis mūsų tyrimo rezultatais, svarbu užtikrinti specializuotus psichotraumatologinius mokymus psichikos sveikatos specialistams, dirbantiems su traumas patyrusiais, PTSS turinčiais asmenimis.

4.4. Tyrimo ribotumai

Svarbu atsižvelgti į tyrimo ribotumus, kurie galėjo turėti įtakos tyrimo rezultatams. Visų pirma, mūsų tyrimo imties dydis bei reprezentatyvumas yra mažas. Į psichotraumatologinio įvertinimo mokymus bei į tyrimą buvo kviečiami dalyvauti psichikos sveikatos srityje dirbantys specialistai, iš kurių didžiumą sudarė moterys, psychologės. Tačiau nebuvo įtraukti kiti specialistai, dirbantys psichikos sveikatos įstaigose su trauminės patirtis patyrusiais asmenimis, pvz., socialiniai darbuotojai, seselės. Taip pat tyrime nebuvo atsižvelgta, kokiam mieste ar organizacijoje specialistai dirba. Todėl sunku gautus rezultatus pritaikyti visose Lietuvos vietovėse dirbantiems psichikos sveikatos specialistams. Taip pat į „Psichologinės traumos ir adaptacijos sutrikimo atpažinimas bei psichologinio psichotraumatologinio įvertinimo pagrindai“ mokymus psichikos sveikatos specialistai buvo kviečiami dalyvauti ne atsitiktine, iš anksto numatyta tvarka, o savanoriškai. Tai galėjo turėti įtakos, kad tyrime dalyvavo labiau motyvuoti, didesnę mokymų poreikį jaučiantys, dažniau susiduriantys su klientų trauminėmis patirtimis ar PTSS, specialistai. Reikėtų geresnio pasiskirstymo pagal specialybes, lytis, turimą darbo patirtį, atsižvelgti, kokiuose miestuose bei organizacijose dirba specialistai. Dėl šių priežasčių interpretuoti tyrimo duomenis bei juos pritaikyti platesnei specialistų populiacijai reikėtų atsargiai. Būtų vertingi tolimesni tyrimai, kurių metu būtų sudaroma reprezentatyvi specialistų imtis.

Mūsų tyrime nebuvo atsižvelgta į kitus aspektus, kurie galėjo turėti įtakos psichikos sveikatos specialistų suvoktam pasirengimui dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais, tokie kaip supervizijos, darbo vietos reikalavimai, savarankiškas mokymasis (profesinės literatūros skaitymas) (Gyani et al., 2014). Taip pat tolimesniuose tyrimuose vertėtų atsižvelgti į gaunamą socialinę paramą, naudojamus gynybos mechanizmus, streso įveikos būdus ir pan., kurie gali turėti įtakos psichikos sveikatos specialistų kompetencijoms.

Suvoktas pasirengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais bei psichikos sveikatos specialistų depresiškumas ir nerimas buvo matuojami savistaba paremtais klausimynais (RTEPS ir PHQ-4). Todėl, nors klausimynai trumpi ir juos lengva administruoti, tačiau gauti duomenys paremti subjektyviu tyrimo dalyvių požiūriu į savo kompetencijas bei psichinę sveikatą, dėl to šis matavimo būdas galėjo turėti įtakos rezultatų validumui bei patikimumui. Taip pat

psichikos sveikatos specialistų psichinė sveikata buvo tikrinta PHQ-4 klausimynu, kurio vidinio suderinamumo koeficientas mūsų tyrime, anot Kline (2016), yra pakankamas (*Cronbach'o* $\alpha = 0,67$), tačiau ribinis. Be to, depresiškumo bei nerimo subskalių vidinio suderinamumo koeficientai žemi (depresiškumo *Cronbach'o* $\alpha = 0,52$, nerimo *Cronbach'o* $\alpha = 0,62$). Todėl tolimesniuose tyrimuose svarbu detaliau tyrinėti psichikos sveikatos specialistų psichinę sveikatą. Taip pat ateityje būtų galima psichikos sveikatos specialistų žinias psichotraumatologijos srityje patikrinti „žinių testuose“ arba įtraukti psichikos sveikatos specialistų elgesio stebėjimą darbo vietoje.

Šis tyrimas atliktas taikant longitudinalinio tyrimo dizainą su 2 matavimais prieš ir po psichotraumatologinio įvertinimo mokymų, tačiau nėra aišku, kaip keičiasi specialistų suvoktas pasirengimas dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose einant laikui. Be to, svarbu atkreipti dėmesį, kad šis tyrimas vykdytas pandemijos metu. Tyrimai parodė, kad pandemijos metu psichikos sveikatos specialistai susidūrė su įvairiais sunkumais (Zhang et al., 2020). Taip pat rezultatai interpretuoti atsižvelgiant tik į psichotraumatologiniuose mokymuose dalyvavusių psichikos sveikatos specialistų duomenis, tačiau nebuvo lyginta su specialistais, nedalyvavusiais mokymuose (kontroline grupe). Taigi tolimesniuose tyrimuose būtų svarbu patobulinti tyrimo dizainą, tai duotų reprezentatyvesnius ir patikimesnius duomenis.

Apibendrinant, mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad didelė dalis psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su psichologines traumas ir PTSS turinčiais klientais, gali jausti kompetencijų stygių. Tačiau trumpi psichotraumatologiniai įvertinimo mokymai gali būti veiksmingi didinant specialistų kompetencijas. Būtų vertinga atlikti tolimesnius ir išsamesnius tyrimus apie psichotraumatologijos srityje dirbančių specialistų kompetencijas bei į traumą orientuotų mokymų poreikį, efektyvumą bei naudą. Gausesni tyrimai bei platesnė analizė galėtų prisidėti prie efektyvesnio nustatymo, diagnozavimo ir specializuotos pagalbos plėtros Lietuvoje bei pasaulyje asmenims, patyrusiems trauminės patirtis ar turintiems potrauminio streso sutrikimą.

IŠVADOS

1. Psichikos sveikatos specialistų vertinimo, terapijos, afekto toleravimo kompetencijų įverčiai statistiškai reikšmingai padidėjo po dalyvavimo psichotraumatologinio įvertinimo mokymuose. Vertinant individualiu lygmeniu, daugiau nei pusės specialistų minėtų kompetencijų pokytis buvo teigiamas.
2. Psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingai susiję su specialistų depresiškumo bei nerimo simptomų išreikštumu.
3. Psichikos sveikatos specialistų suvokto pasirengimo dirbti su psichologines traumas patyrusiais klientais pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingai susiję su darbo stažu bei susidūrimo su traumas patyrusiais asmenimis dažnumu.
4. Vertinimo ir terapijos kompetencijų pokyčiai buvo didesni tų psichikos sveikatos specialistų, kurie dažniau darbe susidūrė su potrauminio streso sutrikimą turinčiais klientais bei dalyvavo ankstesniuose psichotraumatologiniuose mokymuose.

LITERATŪRA

- Adams, S. A., & Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26–34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baird, T., Theal, R., Gleeson, S., McLeay, S., & O’Sullivan, R. (2018). Detailed polysomnography in Australian Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(9), 1577–1586. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7340>
- Barros, A. J. S., Teche, S. P., Padoan, C., Laskoski, P., Hauck, S., & Eizirik, C. L. (2020). Countertransference, defense mechanisms, and vicarious trauma in work with sexual offenders. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 48(3), 302-314. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003925-20>
- Becker, E. M., Smith, A. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Behaviour research and therapy who ’ s using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 706–710. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.008>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World mental health survey consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>
- Choi, K. R., & Seng, J. S. (2015). Pilot for nurse-led, interprofessional in-service training on trauma-informed perinatal care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(11), 515–521. <https://doi.org/10.3928/0022124-20151020-04>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook, J. M., Dinnen, S., Rehman, O., Bufka, L., & Courtois, C. (2011). Responses of a sample of practicing psychologists to questions about clinical work with trauma and interest in specialized training. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 253–257. <https://doi.org/10.1037/a0025048>
- Cook, J. M., Newman, E., & The New Haven Trauma Competency Group. (2014). A consensus statement on trauma mental health: The New Haven Competency Conference process and major findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(4), 300–307. <https://doi.org/10.1037/a0036747>

- Cook, J. M., Newman, E., & Simiola, V. (2019). Trauma training: Competencies, initiatives, and resources. *Psychotherapy, 56*(3), 409–421. <https://doi.org/10.1037/pst0000233>
- Crable, A. R., Underwood, L. A., Parks-Savage, A., & Maclin, V. (2013). An examination of a gender-specific and trauma-informed training curriculum: Implications for providers. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(4), 30-37. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100964>
- Czincz, J., & Romano, E. (2013). Childhood sexual abuse : community-based treatment practices and predictors of use of evidence-based practices. *Child and Adolescent Mental Health 18*(4), 240–246. <https://doi.org/10.1111/camh.12011>
- Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(4), 373–385. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology, 25*(3), 196–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Dittmann, C., Müller-Engelmann, M., Stangier, U., Priebe, K., Fydrich, T., Görg, N., ... Steil, R. (2017). Disorder- and treatment-specific therapeutic competence scales for posttraumatic stress disorder intervention: development and psychometric properties. *Journal of Traumatic Stress, 30*(6), 614–625. <https://doi.org/10.1002/jts.22236>
- Domanskaitė-Gota, V., Gailienė, D. ir Kazlauskas, E. (2009). Potrauminio streso sutrikimą turinčių Lietuvos Afganistano karo veteranų trauminės patirties ir potrauminės simptomatikos ryšys. *Psichologija, 39*, 7-18. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2009.0.2598>
- Dublin, S., Abramovitz, R., Katz, L., & Layne, C. M. (2021). How do we get to trauma-informed practice? Retention and application of learning by practitioners trained using the core curriculum on childhood trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(2), 258–262. <https://doi.org/10.1037/tra0000982>
- Espeleta, H. C., Peer, S., Are, F., & Hanson, R. F. (2021). Therapists' perceived competence in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy and client outcomes: findings from a community-based learning collaborative. *Child Maltreatment, 1*–11. <https://doi.org/10.1177/10775595211003673>
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology, 48*(3), 177–193. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.804189>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour research and therapy, 49*(6-7), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L., Martinez, L., & Procter, N. (2019). Suicide prevention training - improving the attitudes and confidence of rural Australian health

- and human service professionals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(1), 15–26. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000524>
- Frank, H. E., Becker-Haimes, E. M., & Kendall, P. C. (2020). Therapist training in evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), 1–30. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12330>
- German, R. E., Adler, A., Frankel, S. A., Stirman, S. W., Pinedo, P., Evans, A. C., ... Creed, T. A. (2018). Testing a web-based, trained-peer model to build capacity for evidence-based practices in community mental health systems. *Psychiatric Services*, 69(3), 286–292. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700029>
- Gyani, A., Shafran, R., Myles, P., & Rose, S. (2014). The gap between science and practice: how therapists make their clinical decisions. *Behavior Therapy*, 45(2), 199–211. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.004>
- Im, H., & Swan, L. E. T. (2021). “We learn and teach each other”: interactive training for cross-cultural trauma - informed care in the refugee community. *Community Mental Health Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00899-2>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/59/1/12/10>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Kazlauskas E., Šimėnaitė I., & Gailienė D. (2007). Relationship between trauma exposure, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder. *Psichologija*, 35, 7-18. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2007.0.2856>
- Kazlauskas, E., Mažulytė, E., Želviene, P., Dovydaite, M., & Skruibis, P. (2013). Trumpalaikės eklektinės potrauminio streso psichoterapijos veiksmingumas: Vilniaus BEPP studijos žvalgomojo tyrimo rezultatai. *Sveikatos Mokslai*, 23(5), 40–45. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2013.116>
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic countries: from political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29295>
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2017). Association between posttraumatic stress and acceptance of social changes: findings from a general population study and proposal of a new concept. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 126–131. <https://doi.org/10.1177/0020764016687788>

- Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). “No posttraumatic stress disorder in Lithuania”: national health care fails to identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 30*(1), 99–102. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.22152>
- Kazlauskas, E., Želvienė, P., Eimontas, J., & Gegieckaitė, G. (2017). Association between social acknowledgment and trauma disclosure. *Visuomenės Sveikata, 27*(6), 122–127. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.107>
- Kazlauskas, E., Jovarauskaite, L., & Gelezelyte, O. (2022). Measuring mental health professionals’ trauma care competencies: Psychometric properties of the novel readiness to work with trauma-exposed patients scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001231>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(Suppl 5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics, 50*(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kumar, S. A., Brand, B. L., & Courtois, C. A. (2019). The need for trauma training: clinicians’ reactions to training on complex trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0000515>
- Lee, J. J., Gottfried, R., & Bride, B. E. (2018). Exposure to client trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: a mediation analysis. *Clinical Social Work Journal, 46*(3), 228–235. <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0638-1>
- Lotzin, A., Buth, S., Sehner, S., Hiller, P., Martens, M. S., Pawils, S., ... Schafer, I. (2018). “Learning how to ask”: effectiveness of a training for trauma inquiry and response in substance use disorder healthcare professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10*(2), 229–238. <https://doi.org/10.1037/tra0000269.supp>
- Makadia, R., Farrell, R. S., & Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: secondary traumatic stress or vicarious traumatization. *Clinical psychology & psychotherapy, 24*(5), 1059–1068. <https://doi.org/10.1002/cpp.2068>
- Mažulytė, E., Skerytė-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Gailienė, D., Grigutytė, N., & Kazlauskas, E. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: three adult generations in Lithuania. *Psichologija, 49*, 20–33. <https://doi.org/10.15388/psichol.2014.49.3696>
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress

- sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, *40*(10), 1647–1658. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992121>
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, *65*(9), S63–S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
- Monson, C. M., Shields, N., Suvak, M. K., Lane, J. E. M., Shnaider, P., Landy, M. S. H., ... Wiltsey, S. (2018). A randomized controlled effectiveness trial of training strategies in cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: impact on patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *110*, 31–40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.08.007>
- Padmanabhanunni, A. (2020). Caring does not always cost: the role of fortitude in the association between personal trauma exposure and professional quality of life among lay trauma counselors. *Traumatology*, *26*(4), 420–426. <https://doi.org/10.1037/trm0000262>
- Price, M., & Van Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the factors of PTSD, major depression, and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.012>
- Rayner, S., Davis, C., Moore, M., & Cadet, T. (2020). Secondary traumatic stress and related factors in Australian social workers and psychologists. *Health and Social Work*, *45*(2), 122–130. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa001>
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G., & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *198*(3), 189–194. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072389>
- Rosen, R. C., Ruzek, J. I., & Karlin, B. E. (2017). Evidence-based training in the era of evidence-based practice: challenges and opportunities for training of PTSD providers. *Behaviour Research and Therapy*, *88*, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.009>
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., ... Amaddeo, F. (2013). Erratum to “Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health service”. *Psychiatry Research*, *205*(1–2), 183. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.017>
- Ruzek, J. I., Rosen, R. C., Garvert, D. W., Smith, L. D., Sears, K. C., Marceau, L., ... Stoddard, A. M. (2014). Online self-administered training of PTSD treatment providers in cognitive-behavioral intervention skills: results of a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, *27*, 703–711. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21977>
- Rzeszutek, M., Partyka, M., & Gołąb, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(4), 213–220. <https://doi.org/10.1037/pro0000024>
- Sansen, L. M., Saupe, L. B., Steidl, A., Fegert, J. M., Hoffmann, U., & Neuner, F. (2019). Daring to process the trauma: Using a web-based training to reduce psychotherapists’ fears and

- reservations around implementing trauma-focused therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), Article 1696590. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1696590>
- Sansen, L. M., Saupe, L. B., Steidl, A., Fegert, J. M., Hoffmann, U., & Neuner, F. (2020). Development and randomized-controlled evaluation of a web-based training in evidence-based trauma therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(2), 115–124. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pro0000262>
- Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W., Egretau, L., ... Murphy, D. (2018). Trauma and trauma care in Europe. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1556553>
- Schnell, T., Katte, S., & Gast, U. (2015). Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 83, 516–521. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1553729>
- Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., ... Kessler, R. C. (2013). Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study. *PLoS ONE* 8(11): e80573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080573>
- Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2012). Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: The Triple P-Positive Parenting Program. *Child Maltreatment*, 17(1), 86–95. <https://doi.org/10.1177/1077559511424774>
- Skruibis, P., Astrauskas, K., & Mazulyte-Rasytine, E. (2021). Changes in prospective helpline volunteers ' suicide intervention skills throughout the initial training. *Death Studies*, 45(7), 578–582. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671538>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in U.K. therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21869. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Spottswood, M., Davydow, D. S., Huang, H., Alliance, C. H., & Sciences, B. (2017). The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(4), 159–169. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000136>
- Szota, K., Schulte, K. L., & Christiansen, H. (2021). Kompetenzerleben von Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen. *Kindheit Und Entwicklung*, 30(3), 192–201. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000347>
- Van den Berk-Clark, C., Gallamore, R., Barnes, J., Oberle, A., Meyer, D., & Schneider, F. D. (2021). Identifying and Overcoming Barriers to Trauma Screening in the Primary Care Setting. *Families, Systems and Health*, 39(2), 177–187. <https://doi.org/10.1037/fsh0000593>
- Veronese, G., Pepe, A., Massaiu, I., De Mol, A. S., & Robbins, I. (2017). Posttraumatic growth is related to subjective well-being of aid workers exposed to cumulative trauma in

- Wolk, C. B., Becker-Haimes, E. M., Fishman, J., Affrunti, N. W., Mandell, D. S., & Creed, T. A. (2019). Variability in clinician intentions to implement specific cognitive-behavioral therapy components. *BMC Psychiatry*, 19(1), 406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-019-2394-y>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th revision). Paimta iš <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zahniser, E., Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 283–289. <https://doi.org/10.1037/tep0000172>
- Zahra, D., & Hedge, C. (2010). The Reliable Change Index: Why Isn't It More Popular in Academic Psychology? *The Psychologist Quarterly*, 76, 14-19. Paimta iš [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1787193](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1787193)
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>