

OBLICI I UČESTALOST KORIŠTENJA ORGANIZIRANE PSIHOLOGIJSKE POMOĆI U VUKOVARSKO-SRIJEMSKOJ ŽUPANIJI

Mujkić, Sven

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:781005>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Sven Mujkić

**OBLICI I UČESTALOST KORIŠTENJA ORGANIZIRANE
PSIHOSOCIJALNE POMOĆI U VUKOVARSKO-
SRIJEMSKOJ ŽUPANIJI**

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Sven Mujkić

**OBLICI I UČESTALOST KORIŠTENJA ORGANIZIRANE
PSIHOSOCIJALNE POMOĆI U VUKOVARSKO-
SRIJEMSKOJ ŽUPANIJI**

Završni rad

Mentor:

Doc.dr.sc. Slavica Kozina

Split, 2014.

Zahvaljujem se mentorici doc.dr.sc. Slavici Kozina te dipl. med. techn. Raheli Orlandini na savjetima, uputama, pomoći i vodstvu pri izradi ovog završnog rada. Također, zahvala mojoj obitelji i prijateljima na strpljivosti, razumijevanju i podršci.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Razvoj programa.....	2
1.2. Pojemovna i teorijska podloga programa	4
1.3. Ciljevi programa	6
1.4. Korisnici programa	8
1.5. Načela provedbe programa	9
1.6. Trorazinska koncepcija nacionalnog PSP-programa	12
1.6.1. Županijska razina ili ŽCPSP	13
1.6.2. Regionalna razina ili RCPT	15
1.6.3. Državna razina ili razina djelovanja nacionalnog psihotrauma centra (NPTC)	17
2. CILJ RADA	20
3. RASPRAVA.....	21
3.1. PROCJENA STANJA PSIHOSOCIJALNIH POTREBA PO ŽUPANIJAMA..	21
3.2. CENTAR ZA PSP VUKOVARSKO-SRIJEMSKE ŽUPANIJE	27
4. ZAKLJUČAK.....	33
5. LITERATURA	34
6. SAŽETAK.....	35
7. ABSTRACT	36
8. ŽIVOTOPIS.....	37

1. UVOD

Psihosocijalna podrška obuhvaća pristup žrtvama nasilja ili velikih nesreća i katastrofa kojim se potiče otpornost pojedinca i zajednice (1). Olakšati povratak u normalni svakodnevni život i sprečavanje posljedica potencijalno traumatičnih događaja glavni je cilj psihosocijalne podrške. Tri su glavna izvora stresno-kriznih situacija u bliskoj prošlosti u Hrvatskoj. Ponajprije to su dvije tranzicije: ideološka (od komunizma k demokraciji) i politička (od Jugoslavije k samostalnoj Hrvatskoj). Treći i najintenzivniji stresor efekt traumatskog karaktera bio je, dakako, rat (petogodišnja agresija velikosrba i JNA na Hrvatsku (2)). Rat sa sobom donosi ranjavanje, gubitak članova obitelji, oboljenje, gubitak doma, osjećaja sigurnosti i mnoge druge strahote, što za sobom povlači potrebu kontinuirane psihosocijalne pomoći hrvatskim braniteljima i članovima njihovih obitelji kao i obitelji svih stradalnika. U traganju za pružanjem što učinkovitije pomoći različitim kategorijama stradalnika Domovinskog rata još 1995. godine pristupilo se razvijanju mreže centara za psihosocijalnu pomoć kao temeljne sastavnice cjelovitog nacionalnog programa psihosocijalne skrbi, dok je Vlada Republike Hrvatske 1999. godine usvojila prvi Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata. Program je osmišljen kako bi se provodio na cijelom području Republike Hrvatske, na lokalnoj, županijskoj, regionalnoj i nacionalnoj razini dok je za nositelja programa određeno Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata, danas Ministarstvo branitelja. Od 1995. do danas ustrojen je i djeluje ukupno 21 centar za psihosocijalnu pomoć (PSP) u svakoj županiji po jedan (3). Iznimka je Brodsko-posavska županija na čijem su području sve ove godine aktivna dva PSP-centra- u Slavonskom Brodu i u Novoj Gradiški (4). U centrima su kao honorarni djelatnici angažirani stručnjaci različitih profila (psiholozi, psihijatri, socijalni radnici, pravnici te ostali stručnjaci društveno-humanističkog usmjerenja) koji psihosocijalnu podršku stradalnicima pružaju stacionarno (kroz svakodnevno organizirana dežurstva u prostorijama centra) i mobilno (timske posjete domu i obitelji). Uz psihosocijalnu pomoć, pruža se i pravna pomoć te također, nakon što se ukazala potreba, organizirani su klubovi branitelja, bračni i obiteljski tretmani te dječje radionice (5).

1.1. Razvoj programa

Dakle, priroda problema bila je kompleksa i zahtijevala je isto tako kompleksne i hitne oblike intervencije, no okolnosti za projektiranje i primjenu sustavnijih oblika PSP intervencija bile su u početku vrlo skromne. U prvoj fazi najjače agresije (1991.) puno veću ulogu su imale nevladine udruge i individualno-međuobiteljski oblici solidarnosti, nego udjel još nerazvijenih, državnih institucija; tome svjedoči i podatak da je samo 20% prognanika i izbjeglica tada bilo smješteno u organiziranim vladinim objektima (2). Neke od aktivnih nevladinih organizacija bile su Caritas, Bedem ljubavi, Dobrobit, a kasnije i društvo za psihološku pomoć itd. Od stranih međuvladinih organizacija tu su bile UNICEF, ECTF, ECHO, WHO itd. Kasnije sve više jačaju institucijsko-vladini oblici pomoći, te krajem 1994. Godine vlada RH osniva posebno koordinativno tijelo- Operativni stožer za pomoć ratnim stradalnicima. U sklopu tog stožera početkom 1995. godine započinju dva posebna nacionalna programa:

1. izgradnja specijalnih kuća za nepokretne 100% invalide i
2. psihosocijalni program.

Želja je bila stvoriti maksimalno fleksibilni program koji će se moći kontinuirano mijenjati ovisno o efektima svakog koraka u razvoju programa kako bi tako koncipiran program mogao adekvatno odgovoriti na zahtjeve vrlo različitih i promjenjivih situacija i to na cijelom teritoriju RH.

Program se pokušalo ostvariti kroz 3 faze:

1. u ratnoj fazi PSP-1
2. u poratnoj fazi PSP-2
3. u mirnodopskoj fazi PSP-3

PSP-1 se razvijao tijekom prve ratne faze, u uvjetima minimalnih materijalno-tehničkih resursa i maksimalnih potreba. Bila je to faza zanosa i entuzijazma (2); velika razina motivacije kod stručnjaka u nevladinim i vladinim organizacijama kompenzirala je učinkovito većinu nedostataka u novcu i opremi, ali u to vrijeme nisu se mogli do kraja ostvariti nužni preduvjeti davanja psihosocijalne pomoći u uvjetima poželjne fizičke

sigurnosti budući da su trajali ratni uvjeti. Na terenu se počelo 1.veljače 1995. kroz PILOT-program organiziranjem manjih interdisciplinarnih timova u jednoj krizno najprioritetnijoj županiji uz certu bojišnice (Brodsko-posavska županija). Osnovna namjera bila je da se „u hodu“ pažljivo bilježe i preispituju iskustva sa terena i da se sve što se pokaže uspješnim ugrađuje u opći PSP program te kasnije prenosi i na druge županije kroz edukaciju iskusnijih prema manje iskusnima. Minimalni profesionalni sastav PSP-tima imao je barem 4 vrste stručnjaka: socijalne radnike, pravnike, psihologe i zdravstvene radnike. Tu su bili i stručnjaci za djecu, i brojni profili stručnjaka. Rad se odvijao primarno kroz savjetovališta za djecu i odrasle te se u svakoj akciji forsirao pristup cijeloj obitelji, a ne samo izoliranom ratnom stradalniku (osobi s invaliditetom, udovici, djetetu poginulog, roditeljima poginulog, oslobođenim zatočenicima, obiteljima nestalih, prognanicima i ostalim vojnim i civilnim stradalnicima i svim ostalim osobama u stanju potrebe). U skladu sa zahtjevima realnih situacija na terenu, kao i prema načelima rehabilitacije u zajednici, nastojalo se dijagnosticirati potrebe i provoditi tretman na obiteljima u realnim uvjetima situacija i objekata u kojima i žive korisnici programa. Zbog toga su formirani MOBILNI TIMOVI koji su automobilima obilazili kuće i privremena prebivališta ratnih stradalnika. Svi PSP-timovi imali su obvezu održati najmanje po jednu timsku sintezu tjedno. Do kraja 1996. kroz individualne ili grupne tretmane prošla su 10 553, a godinu dana kasnije, 24 949 korisnika (djece i odraslih u različitim oblicima individualnog i grupnog tretmana) (2).

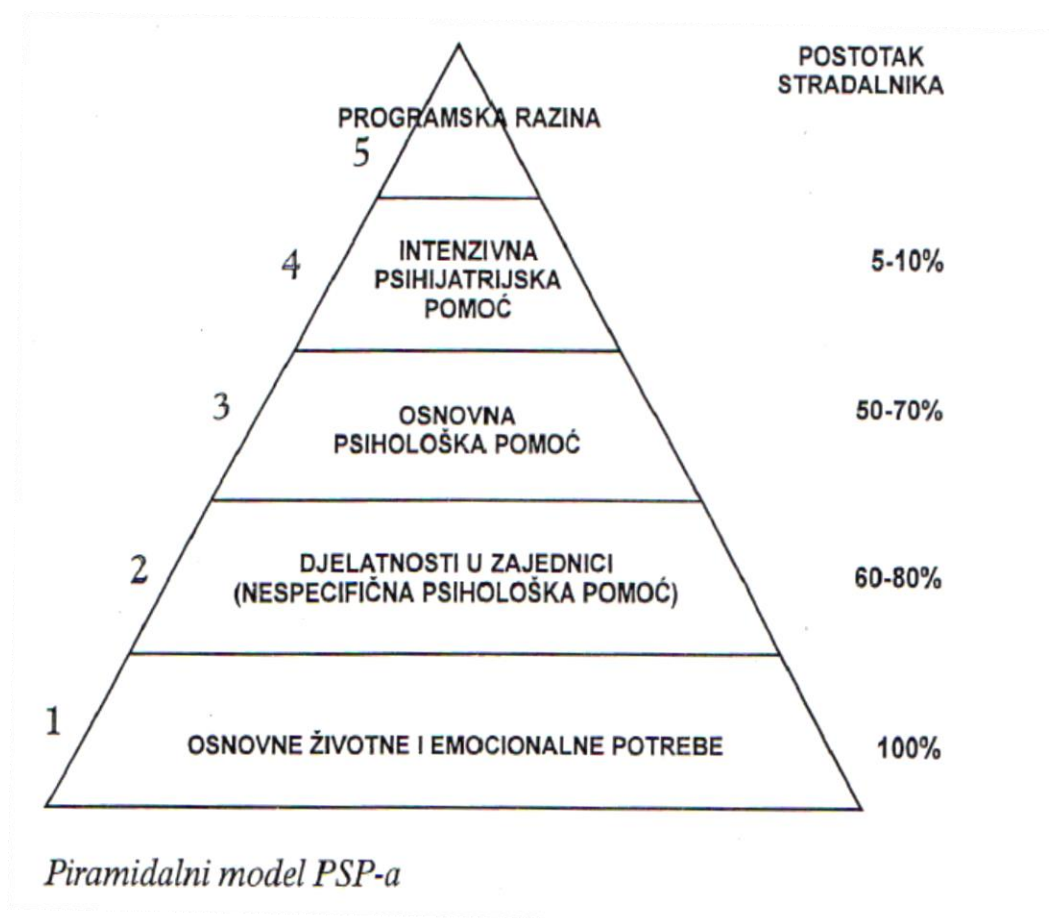
PSP-2 je koncipiran krajem 1997. godine u post-ratnoj fazi. Njime se željelo korisničke udruge ratnih stradalnika učinkovitije i odgovornije uključiti u lakše oblike rehabilitacijskih sportsko-rekreativnih PSP-programa (sport, fitness, organizacije izleta itd.). Također je cilj bio pojačati evaluacijsko-istraživačku djelatnost kao i informatičku potporu programu. Program je trebao dobiti stalne administrativne i stručne djelatnike, kao i znatno bolju opremu. Radilo se i na stalnoj domaćoj i međunarodnoj edukaciji stručnjaka kao i na razvoju posebnih programa pomoći pomagačima, te su se razvijali i novi programi za poticanje procesa povjerenja, tolerancije i razrješavanja konflikata u etnički složenim povratničkim područjima. Ova faza trebala je trajati 3-5 godina (2).

PSP-3 označava mirnodopsku fazu u kojoj se planira stalno pratiti populaciju ratnih stradalnika, a posebice neke skupine kao što su djeca, zatočeniци, obitelji nestalih, osobe

s teškim invaliditetom, osobe sklone suicidalno ponašanju, osobe s PSTP-em itd. Također, želi se razviti trajni javno-zdravstveni preventivno-rehabilitacijski nacionalni program polivalentnih centara za mentalno zdravlje (2).

1.2. Pojemovna i teorijska podloga programa

Činjenica je da je većina stresora u hrvatskom Domovinskom ratu djelovala gotovo istodobno. To znatno uvećava vjerojatnost pojavljivanja učestalijih psihopatoloških STRES-efekata. Simultano djelovanje dovelo je do vrlo intenzivnih stres-doživljaja ili do trauma. (2) Posljedicama djelovanja ratnih stresora bilo je zahvaćeno cijelo hrvatsko društvo, ali neprihvatljiva je teza da su svi jednako stradali, te u tom području prosudbu treba ostaviti kvalificiranim stručnjacima. Situacija na prvoj crti bojišnice imala je obilježja ugroženosti temelja socijalne i fizičke egzistencije, dakle imala je i neka bitna svojstva krize. Poseban problem je bio što su cijele obitelji bile izložene višestrukim i prolongiranim stres utjecajima: bilo je poginulih, ranjenih, zatočenih i branitelja i civila u istoj obitelji koja je, u pravilu, bila i prognana iz vlastitog doma. To stvara učestalije pojave kompleksnog, a ne jednostavnog PTSP-a (6) kao i ostale oblike multiplih psihosocijalnih poremećaja. U skladu s modernim holističkim i interakcionističkim biopsihosocijalnim pristupima zdravlju ovakav opći teorijski okvir činio se najadekvatnijim kao temelj za projektiranje PSP programa. Dopuna tom pristupu sastojala se u uvažavanju i četvrte, tj. franklovske nad smisaone duhovno-spiritualne sastavnice u integralnom pristupu cjelini ljudskog bića (2). Dakle, inačica ovog općeg modela pristupa čovjeku i njegovu zdravlju bio bi dopunjeni bio-psiho-socijalno-duhovni pristup. Posebno mjesto zauzima i Maslowljeva hijerarhija potreba (1970.) kao inspiracija za kreiranje prve verzije modificiranog tzv. PIRAMIDALNOG MODELA (slika 1.)



Slika1. Piramidalni model PSP-a (2)

Na slici se jasno vidi pretpostavka da bi skoro svi ratom traumatizirani trebali iskazivati neki oblik osnovnih životnih i emocionalnih potreba (hrana, smještaj, zdravlje, materijalne potrebe itd.). Takve se potrebe ponajviše trebaju zadovoljavati na najnižoj razini neposredne zajednice kao što su obitelj, škola, vrtići, te na razini nevladinih humanitarnih organizacija. Na drugoj razini piramide, očekuje se da će nespecifičnu psihosocijalnu pomoć trebati 60-80% osoba koje su proživjele traumu. Njima bi se pomoć trebala pružati u zajednici, preko nevladinih udruga kao i kroz rad stručnjaka iz centra za PSP (posebice važni mobilni timovi). Na trećoj razini očekuje se da bi 50-70% osoba moglo zatražiti osnovnu psihološku pomoć kao što je savjetovanje, grupni tretman, potpora itd. i to pretežito u ovlaštenim PSP centrima. Na četvrtoj razini se očekuje da bi 5-10% osoba moglo zatražiti neki oblik specijalističke psihijatrijske pomoći u ambulantama i stacionarima regionalnih i nacionalnog trauma centra. Opća strategija koju

implicira ovaj pristup podupire da se što više poremećaja i problema u prilagodbi pokuša riješiti izvan institucija i uz poticanje maksimalno aktivne kooperacije osobe-korisnika.

U ratnim uvjetima primarni cilj bio je pružiti integralnu bio-psiho-socijalnu i duhovnu pomoć ratnom stradalniku i njegovoj obitelji kao i svim građanima u stanju potrebe. Pri tomu se polazi od temeljnog načela da je korisnik u pravilu „zdrava“ osoba koja se nalazi u prolaznom teškom stanju. Dakle poremećaj se, u načelu, tretira kao trajno reverzibilan fenomen; ili drugim riječima, na ratnom traumom uzrokovani poremećaj u prilagodbi, gleda se kao na „prirodnu tj., normalnu reakciju na abnormalno teške i ugrožavajuće okolnosti“ (2).

1.3. Ciljevi programa

Cilj Nacionalnog PSP programa precizno je naveden i glasi: „...organizirati psihosocijalnu pomoć kao dio integrativne skrbi za sudionike i stradalnike rata na području cijele Hrvatske kao i svim stanovnicima kojima je ona potrebna u obliku i intenzitetu primjerenom potrebama...“ (Vlada RH, 1995.)

Osnovni dugoročni cilj Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći je podizanje opće kvalitete življenja i podupiranje potpune psihosocijalne reintegracije svih sudionika i stradalnika rata na području cijele Republike Hrvatske kao i članova njihovih obitelji, civilnih žrtava rata, osoba koje su bile izložene seksualnim zlostavljanjima i silovanjima, sudionika Drugog svjetskog rata, vojnih i civilnih invalida Drugog svjetskog rata i članova njihovih obitelji te osoba stradalih pri obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru misija UN-a, NATO misija i misija EU i članova njihovih obitelji.

Rat izaziva poremećaj u funkcioniranju društva u cjelini, promjene u socijalnom okruženju, promjene ili zastoje u profesionalnim aktivnostima, traume, stradanja, prisilne (privremene ili trajne) promjene boravišta, materijalne gubitke ili gubitak bližnjih, kidanje socijalnih veza koje su postojale prije rata i slično. Određene, posebno ranjive socijalne skupine, u takvim promijenjenim životnim okolnostima, imaju bitno umanjene

prilike za samostalnu prilagodbu i za njih je nužno osigurati različite oblike potpore od strane društvene zajednice.

Ministarstvo branitelja, u suradnji s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu do sada je provelo Program za poboljšanje kvalitete življenja u obiteljima hrvatskih branitelja. Program je proveden od 2008. do 2012. godine te je za to vrijeme ispitano ukupno 6 193 osobe (7-87 godina); od toga 4 973 žene (88,54%) i 644 muškarca (11,46%). Najveći udio ispitanica predstavljale su supruge hrvatskih branitelja, zatim djeca poginulih hrvatskih branitelja te roditelji poginulih hrvatskih branitelja.

Cilj istraživanja bio je opisati dugoročne posljedice po tjelesno i psihičko zdravlje osoba koje su žrtve primarne i sekundarne traumatizacije, uslijed proživljenih ratnih traumatskih iskustava. Dobiveni podatci pokazali su kako su kod više od polovice promatrane populacije dijagnosticirane određene bolesti ili stanja te još jednom ukazali na nužnost organiziranja sustavne zdravstvene skrbi za sve osobe izložene ratnim traumama, ali i na nastavak organizacije istraživanja i prikupljanja podataka radi daljnje obrade i analize s ciljem prevencije bolesti i poboljšanja kvalitete življenja. Dosadašnja iskustva pokazala su kako braniteljska populacija predstavlja socijalno izuzetno osjetljivu skupinu koja zahtijeva posebnu skrb. Visok stupanj siromaštva, narušeni obiteljski odnosi kao i spoznaja da su hrvatski branitelji skupina koja je sklonija nizu oboljenja razlog su zbog kojeg je postalo nužno proširiti postojeći sustav psihosocijalne skrbi na sveukupno skrb za pojedinca.

Među prioritetima u borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti braniteljske i stradalničke populacije te očuvanja zdravlja i kvalitete života, nalazi se proširenje pružanja zdravstvenih i psihosocijalnih usluga te pružanje usluga u zajednicama u kojima korisnici žive, uključujući smještaj, njegu i rehabilitaciju, razvoj koncepta socijalnog stanovanja, pomoć kućanstvima s lošom socijalnom i stambenom situacijom te smještaj za beskućnike.

Ministarstvo branitelja teži, (kao prioritet) u pružanju skrbi za hrvatske branitelje, dodatno razraditi i ojačati sustav psihosocijalne i zdravstvene pomoći hrvatskim braniteljima na način da ustroji ustanove u kojima bi branitelji na jednom mjestu mogli dobiti svu potrebnu zdravstvenu skrb i rehabilitaciju, ali koja bi istovremeno mogla

pružiti i smještaj za dio populacije koja ne može biti ni na koji drugi način stambeno i socijalno zbrinuta.

Cilj Ministarstva branitelja je utemeljiti veteranske centre koji bi omogućili da se na jednom mjestu pruži sve što je potrebno hrvatskim braniteljima. U veteranskim centrima tako bi se hrvatskim braniteljima omogućila cjelovita zdravstvena skrb i potrebne socijalne usluge. Veteranski centri predstavljali bi rezidencijalno-hospicijski tip centra koji bi omogućio zbrinjavanje najosjetljivijeg dijela populacije hrvatskih branitelja izvan vlastitog doma. U navedenim centrima braniteljima bi se osigurao privremeni smještaj (smještaj branitelja do oporavka ili poboljšanja socio-ekonomskih/obiteljskih uvjeta) ili trajni smještaj. Veteranski centri istovremeno bi omogućili i zapošljavanje i dodatnu izobrazbu velikog broja djece smrtno stradalih, nestalih ili zatočenih hrvatskih branitelja, djece dragovoljaca Domovinskog rata, djece HRVI i hrvatskih branitelja.

Na operativnoj razini temeljni cilj programa je osigurati kontinuiranu psihosocijalnu i zdravstvenu pomoć kao dio integrativne skrbi za hrvatske branitelje iz Domovinskog rata i članove njihovih obitelji, civilne žrtve rata i osobe koje su bile izložene seksualnim zlostavljanjima i silovanjima, sudionike Drugog svjetskog rata, vojne i civilne invalide Drugog svjetskog rata te osobe stradale pri obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u okviru mirovnih misija na području cijele Republike Hrvatske, kojima je ona potrebna, u obliku i intenzitetu primjerenom njihovim potrebama (3).

1.4. Korisnici programa

Ratna stradanja utječu na obitelji stradalnika kao i civilno pučanstvo na ratom zahvaćenom području, a ne samo na osobe izravno uključene u ratna stradanja što pokazuje niz dosadašnjih istraživanja te je upravo zbog toga nužno sustav psihosocijalne i zdravstvene pomoći prilagoditi različitim kategorijama korisnika i uskladiti ih prema posebnim potrebama pojedinih podskupina.

Prema kriteriju brojnosti mogu se izdvojiti sljedeće podskupine:

1. hrvatski branitelji

2. obitelji hrvatskih branitelja i stradalnika
3. ratni vojni invalidi i hrvatski branitelji oboljeli nakon rata
4. civili koji su izravno ili neizravno pogođeni ratnim zbivanjima.

Prema intenzitetu i težini proživljenih trauma kao najugroženiji izdvajaju se:

1. osobe koje su uslijed rata ostale visoko ovisne o socijalnoj okolini (djeca, invalidi, adolescenti, starije i nemoćne osobe)
2. osobe izložene teškim psihičkim traumama i stradanjima u ratu (preživjeli zatočenici srpskih koncentracijskih logora, obitelji nestalih hrvatskih branitelja, obitelji smrtno stradalih hrvatskih branitelja, obitelji hrvatskih branitelja, oboljeli od psihičkih ili tjelesnih bolesti čiji je nastanak ili pogoršanje već postojeće bolesti vezano uz rat, žrtve i svjedoci silovanja i seksualnih zlostavljanja tijekom Domovinskog rata, žrtve i svjedoci ratnih zločina
3. osobe koje nisu primarno traumatizirane ratnim stradanjima, ali je kod njih došlo do sekundarne traumatiziranosti, tj. prenesene traume i transgeneracijske traume (3).

1.5. Načela provedbe programa

U provođenju nacionalnog programa bitno je držati se određenih načela, koje smo podijelili te objasnili kroz 13 osnovnih:

1. Temeljno načelo ovog programa je psihosocijalna pomoć. Psihosocijalna pomoć sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata mora biti stupnjevita ovisno o vrsti traumatskog iskustva, intenzitetu reakcije na stres te životnim okolnostima. Osobe koje sudjeluju u provedbi nacionalnog programa moraju biti obrazovane kako bi korisnicima programa u svakom trenutku pružile socijalnu podršku i pomoć, psihološko savjetovanje, posebne oblike izobrazbe ili usavršavanja ili, ukaže li se potreba, organizirale psihoterapijsko i psihijatrijsko liječenje i hospitalizaciju.

2. Potpuna reintegracija u društvo svih pripadnika ciljnih skupina kojima je potrebna bilo kakva vrsta stručne pomoći predviđena ovim programom. Ovo načelo svojevrsni je i konačni cilj programa, što odgovara definiciji zdravlja usvojenoj od Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj zdravlje nije samo odsustvo bolesti već je to stanje biološkog, psihološkog i socijalnog blagostanja.

3. Socijalna i psihološka pomoć, prema opće prihvaćenim svjetskim načelima mora biti organizirana gdje god je to moguće, u mjestu u kojem korisnik boravi, odnosno mjestu koje je najbliže boravištu i mora uključivati obitelj, radnu sredinu, školu, vrtić te svaku drugu instituciju koja je značajna za korisnika.

4. Pomoć mora biti kontinuirana, a ako nije započeta, treba je započeti što ranije. Jedan dio hrvatskih branitelja je kontinuirano u tretmanu psihosocijalne pomoći, a dio branitelja i 18 godina nakon Domovinskog rata, obraća se po prvi put, tražeći pomoć u rješavanju psihosocijalnih problema i narušenog zdravlja. Kako bi se omogućilo pružanje cjelovite brige i potpune zdravstvene njege oboljelih branitelja u budućnosti se planirana i osnivanje centara pojačane skrbi i trajnog ili privremenog smještaja hrvatskih branitelja oboljelih od najtežih bolesti, u postojećim ili novoosnovanim ustanovama skrbi.

5. Mora biti integrativna što znači da mora uključivati interdisciplinarne timove stručnjaka različitih profila, kao i različite institucije u jedinstveni sustav zbrinjavanja utemeljen na načelima timskog rada. Čovjek kao osoba djeluje cjelovito i svrhovito, što znači da sve ono što se događa na jednoj razini utječe na funkcioniranje drugih razina. Čovjek je biće koje je u isto vrijeme i tjelesno i duhovno. Duhovnost je posljednjih dvadesetak godina postala istraživani fenomen u području medicine, posebno psihijatrije. U sve većem broju zemalja duhovnost nalazi svoje mjesto i u direktnoj kliničkoj primjeni, s ciljem integriranja duhovnih potreba i potencijala pacijenta s terapijskim procesom. Vjera je prepoznata kao veliki duhovni izazov koji može značajno utjecati na proces izlječenja, daje smisao ljudskom životu, potiče nadu i ohrabruje. Obzirom da se u razmjeni iskustva stručnih djelatnika i velikog broja korisnika nacionalnog programa pokazala korist ovakvog pristupa i želja da se na temi duhovnosti i dalje radi, Ministarstvo branitelja će za sve zainteresirane korisnike programa, u suradnji s vojnim ordinarijatom, ispitati mogućnost organiziranja seminara duhovne obnove i ostale vidove suradnje.

6. Stručnjaci uključeni u proces pružanja psihosocijalne i zdravstvene pomoći moraju biti posebno odabrani i obrazovani, otvoreni u komuniciranju i suradnji, te moraju poznavati i poštivati načela timskog rada. Nadalje, izobrazba i usavršavanje stručnjaka mora biti kontinuirana i rezultat izraženih potreba korisnika programa.

7. Težište mora biti na proaktivnoj orijentaciji koja je usmjerena na korištenje realnih potencijala korisnika programa kako bi se osigurala potrebna socijalno-psihološka reintegracija i optimalna kvaliteta života korisnika. Dugoročni cilj programa je prilagodba svih elemenata sustava individualnim potrebama korisnika i jačanje njihovih postojećih potencijala.

8. Opisani model pretpostavlja postojanje tri razine u pružanju psihosocijalne i zdravstvene pomoći: županijsku, regionalnu i nacionalnu razinu.

9. Jedno od najvažnijih načela ovog programa je koordiniranost. Temeljno polazište nacionalnog programa je da i druga ministarstva, tijela državne uprave i tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, uz Ministarstvo branitelja, preuzimaju odgovornost za funkcioniranje programa.

10. U programe pružanja psihosocijalne pomoći potrebno je uključiti i udruge koje za to imaju uvjete. Uvjete i kriterije za uključivanje udruga u izvedbu nacionalnog programa određuje Ministarstvo branitelja

11. Financiranje programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći razrađuje Ministarstvo branitelja koje osigurava sredstva za rad stručnih suradnika, njihovo stručno usavršavanje te materijalne troškove vezane za rad centara za psihosocijalnu pomoć. Iskustvo dosadašnje provedbe programa ukazalo je na potrebu sklapanja ugovora o radu s jednim dijelom stručnog kadra u centrima za psihosocijalnu pomoć i to za osmosatno radno vrijeme za razdoblje trajanja nacionalnog programa. Navedenim zapošljavanjem smanjili bi broj honorarnih stručnih suradnika te u okviru istih financijskih sredstava produžili radno vrijeme centara. Suradnici koji će raditi na provedbi nacionalnog programa u centrima za psihosocijalnu pomoć bit će na raspolaganju korisnicima tijekom osmosatnog radnog vremena, a ne samo u vremenu dežurstva, kako je do sada bila praksa u jednom dijelu centara.

12. Provedbom nacionalnog programa osigurava se kontinuirano praćenje potreba korisnika i njihovih eventualnih promjena tijekom vremena kroz objektivnu analizu stručnih mjesečnih izvješća. Objektivna evaluacija i učinci svih aktivnosti u programu te rezultati istraživačkih projekata predstavljaju temelj za donošenje svih važnih odluka u vezi s razvojem programa u budućnosti.

13. Na temelju prikupljenih podataka i rezultata provedenih istraživanja, a u suradnji s drugim institucijama i zavodima, sastavit će se baza podataka koja će omogućiti unaprjeđivanje i kvalitetniju provedbu programa, s ciljem unaprjeđivanja mentalnog zdravlja korisnika programa i pružanja potpune skrbi za sve njegove korisnike (3).

1.6. Trorazinska koncepcija nacionalnog PSP-programa

Opći cilj PSP programa bio je pružiti najveću moguću kvalitetu psihosocijalne pomoći svim kategorijama osoba-korisnika stradalim u hrvatskom Domovinskom ratu koji se nalaze u stanju potrebe i to na svim dijelovima teritorija Republike Hrvatske. Taj cilj se nastojao realizirati kroz trorazinsku stručno-organizacijsku koncepciju nacionalnog PSP-programa (2).

Cijeneći dosadašnja pozitivna iskustva u provedbi nacionalnog programa, sustav psihosocijalne i zdravstvene skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata i ubuduće će se organizirati, na lokalnoj (županijskoj), regionalnoj i nacionalnoj razini. Na lokalnoj, županijskoj razini zadržavaju se centri za psihosocijalnu pomoć, na regionalnoj razini (Zagreb, Rijeka, Split i Osijek) regionalni centri za psihotraumu, a na nacionalnoj razini utemeljuje se nacionalni centar za psihotraumu (3).

U program pružanja psihosocijalne pomoći mogu se uključiti i udruge koje za to imaju uvjete, a koje određuje Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata (7).

1.6.1. Županijska razina ili ŽCPSP

Na županijskoj razini su utemeljeni centri za psihosocijalnu pomoć te oni predstavljaju okosnicu sustava psihosocijalne skrbi. Danas u Hrvatskoj djeluje ukupno 21 centar za psihosocijalnu pomoć-u svakoj županiji po jedan uz iznimku Brodsko-posavske županije na čijem su području sve ove godine aktivna dva PSP-centra (u Slavonskom Brodu i u Novoj Gradiški (4), te jedan centar za grad Zagreb i Zagrebačku županiju. Županije i gradovi osiguravaju prostor za rad centara, a Ministarstvo branitelja osigurava financiranje djelatnika i sredstava za rad.

Stručni rad u centrima za psihosocijalnu pomoć odvija se prema načelima nacionalnog programa, uvažavajući načela i standarde stručnog rada, kao i pozitivne pravne propise. Aktivnosti i zadaće koje provode centri mijenjale su se i usklađivale ovisno o trenutnim potrebama korisnika.

Stacionarni rad (rad u prostorijama centra) uključuje:

- individualno psihosocijalno savjetovanje (s naglaskom na ublažavanje posljedica traumatskog iskustva, olakšavanje prilagodbe novonastalim situacijama te postizanje socijalne promjene s ciljem poboljšanja životnih uvjeta),
- grupni psihosocijalni tretman (organiziran je kroz klupski rad za hrvatske ratne vojne invalide, grupe roditelja smrtno stradalih hrvatskih branitelja, supruge smrtno stradalih hrvatskih branitelja, rad s djecom organiziran je najčešće u dječjim radionicama),
- pravnu pomoć (korisnika se upoznaje sa zakonskim propisima i daju se konkretne upute o načinu na koji ta prava ostvariti) i
- informiranje (korisnici se upućuju u mjere aktivne politike zapošljavanja, mogućnosti dodatne izobrazbe u cilju lakšeg zapošljavanja, osnivanja braniteljskih zadruga i sve ostale aktivnosti i programe koje provodi Ministarstvo branitelja) (3).

Mobilni timovi predstavljaju posebnu vrstu intervencija u okviru nacionalnog programa. Organiziraju se od samog početka djelovanja centara za psihosocijalnu pomoć, a odnose se na hitne posjete domu i obitelji branitelja. U vrijeme kada su osnovani centri za psihosocijalnu pomoć, mobilni timovi predstavljali su njihovu najznačajniju aktivnost,

obilažene su obitelji smrtno stradalih hrvatskih branitelja, članovi obitelji nestalih hrvatskih branitelja, hrvatski ratni vojni invalidi te ostali branitelji (ovisno o problemskoj situaciji). Danas se mobilni timovi prvenstveno odnose na hitne posjete domu i obitelji branitelja u slučajevima pro-suicidalnih izjava korisnika, smrti, izrazito lošeg socio-ekonomskog i/ili zdravstvenog stanja, stambenih izvida u cilju ostvarivanja prava na stambeno zbrinjavanje, a na zahtjev Ministarstva branitelja, korisnika ili neke od udruga proizašlih iz Domovinskog rata. Tim koji dolazi u obitelj (dom) korisnika lakše ostvaruje komunikaciju s korisnikom i zadobiva njegovo povjerenje te ima neposredan i cjelovit uvid u ukupne prilike u kojima korisnik (obitelj) živi. Iako mobilni timovi danas ne predstavljaju vodeću aktivnost centara za psihosocijalnu pomoć, njihov se rad i danas smatra posebnim, specifičnim i prepoznatljivim (3).

Broj stručnih suradnika u centrima određuje se temeljem kriterija koje postavlja Ministarstvo branitelja. Za svaku kalendarsku godinu određuje se broj potrebnih suradnika ovisno o broju pruženih intervencija, broju korisnika i dosadašnjim iskustvima u radu te se s njima sklapa ugovor o djelu. Sukladno navedenim aktivnostima, u centrima se angažiraju stručnjaci obrazovnih profila socijalnog radnika, psihologa i pravnika, a ostali ovisno o specifičnim potrebama lokalne zajednice. Na temelju navedenog, u 2013. godini je angažirano 85 djelatnika različitih profila u statusu honorarnih suradnika (najveći broj psihologa, socijalnih radnika i pravnika, a manji broj na stručnjake drugih društveno-humanističkih profila). Nadalje, planirano je umjesto jednog dijela vanjskih suradnika primiti više suradnika u radni odnos na određeno vrijeme za razdoblje trajanja Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći s ciljem unapređivanja kvalitete usluga u centrima.

Unapređenje kvalitete rada u centrima odnosi se prvenstveno na dostupnost usluga savjetovališta odnosno duže radno vrijeme svakog pojedinog centra, koje će omogućiti upravo zapošljavanje suradnika na puno radno vrijeme. Namjera je u stalni radni odnos primiti nezaposlene socijalne radnike, pravnike i psihologe te zadržati određeni broj honorarnih stručnih suradnika radi prijenosa znanja i iskustva, kontinuiteta rada i upućivanja na hitne krizne intervencije koje iziskuju posebno educirane stručnjake s dugogodišnjim iskustvom. Centri za psihosocijalnu pomoć dužni su stalno pratiti specifične probleme i potrebe hrvatskih branitelja, članova njihovih obitelji, kao i svih

korisnika Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći na lokalnoj razini, te stručno i pravodobno odgovoriti na nove potrebe i traženja (3).

Osnovne zadaće centara za psihosocijalnu pomoć su:

- provedba programa psihosocijalne prevencije i potpora i to stacionarno i mobilno,
- provedba programa kriznih intervencija, koordiniranje i usmjeravanje prema odgovarajućim institucijama (zdravstvenim ustanovama, centrima za socijalnu skrb, obiteljskim centrima i sl.), ovisno o problematici,
- formiranje jedinstvene baze podataka o korisnicima i njihovim potrebama na lokalnoj razini,
- osiguravanje medijske promocije na lokalnoj razini i upoznavanje što šireg kruga korisnika s postojećim i novim sadržajima rada (3).

Stručni suradnici centara za psihosocijalnu pomoć imaju obvezu dva puta godišnje organizirati mobilne obilaske svih hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata 100% oštećenja organizma I. skupine, pratiti njihove specifične zdravstvene i socio-ekonomske potrebe, a Ministarstvu branitelja dostaviti izvješća o njihovom trenutnom zdravstvenom stanju te zadovoljstvu kvalitetom rada njegovatelja (u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života). Centri za psihosocijalnu pomoć uspostavljaju redovitu komunikaciju s (lokalnim i regionalnim) zdravstvenim ustanovama, centrima socijalne skrbi, obiteljskim centrima, predstavnicima lokalne, gradske i županijske vlasti kao i s udrugama proizašlim iz Domovinskog rata. Cilj redovite komunikacije je brže i učinkovitije rješavanje problema kroz suradnju navedenih institucija (3).

1.6.2. Regionalna razina ili RCPT

U sklopu Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći na regionalnoj razini djeluju regionalni centri za psihotraumu koji posebno skrbe o oboljelima od PTSP-a kao i drugim psihičkim poremećajima koji su u uzročno posljedičnoj vezi sa sudjelovanjem u ratnim događajima te vode posebnu evidenciju korisnika. Na području Republike Hrvatske djeluju sljedeći regionalni centri za psihotraumu i to:

- Regionalni psihotrauma centar u Rijeci obuhvaća Primorsko-goransku, Istarsku i Ličko-senjsku županiju, a smješten je pri KBC Rijeka,
- Regionalni psihotrauma centar u Osijeku obuhvaća Osječko-baranjsku, Vukovarsko-srijemsku, Brodsko-posavsku i Požeško-slavonsku županiju, a smješten je pri KB Osijek,
- Regionalni psihotrauma centar u Splitu obuhvaća Splitsko-dalmatinsku, Dubrovačko-neretvansku, Zadarsku i Šibensko-kninsku županiju, a smješten je pri KBC Split.
- Grad Zagreb i Zagrebačku županiju, Sisačko-moslavačku, Karlovačku, Krapinsko-zagorsku, Međimursku, Bjelovarsko-bilogorsku i Virovitičko-podravsku županiju pokriva Nacionalni centar za psihotraumu u Zagrebu smješten pri KBC Zagreb (3).

Regionalni centri za psihotraumu imaju status posebnih odjela u sastavu kliničkih bolnica i kliničkih bolničkih centara koji osiguravaju prostor za njihov rad, dok Ministarstvo branitelja sufinancira rad stručnih djelatnika i programe stručnog rada namijenjene hrvatskim braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata, sudionicima Drugog svjetskog rata, osobama koje su za vrijeme rata bile izložene seksualnim zlostavljanjima i silovanjima te osobama stradalim pri obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru mirovnih misija. Regionalnim centrom za psihotraumu upravlja voditelj centra koji vodi brigu o provedbi programa te Ministarstvu branitelja dostavlja mjesečna stručna i financijska izvješća. Voditelje regionalnih centara imenuju ravnatelji matičnih zdravstvenih ustanova na prijedlog Ministarstva branitelja (3).

Zadaci regionalnih centara za psihotraumu:

- dijagnosticiranje i liječenje ratom psihički traumatiziranih osoba najsuremenijim postupcima i metodama liječenja,
- razvijanje visoko diferentnih dijagnostičkih postupaka liječenja i njihovo vrednovanje,
- provođenje istraživanja u području dijagnosticiranja i tretmana ratom uzrokovanih psihičkih trauma,

- provođenje istraživanja i analiza s ciljem dugoročnog poboljšanja zdravlja i kvalitete življenja ciljnih skupina,
- vođenje evidencije korisnika, izrada redovitih mjesečnih i godišnjih raščlambi i izvješća o radu,
- stalna izobrazba putem seminara, vježbi i predavanja kako bi se osigurala razmjena znanja i iskustva, te unaprijedilo razumijevanje traumatskog ratom izazvanog stresa (3).

1.6.3. Državna razina ili razina djelovanja nacionalnog psihotrauma centra (NPTC)

Nacionalni centar za psihotraumu je zamišljen kao odjel za pružanje zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata na nacionalnoj razini. Osnovna zadaća nacionalnog centra za psihotraumu je unaprjeđivanje kliničke i psihosocijalne skrbi o veteranima i stradalnicima kroz:

- istraživanja,
- edukacije,
- znanstvena usavršavanja,
- učinkovitije uspostavljanje dijagnoza i liječenja PTSP-a i drugih poremećaja vezanih uz ratnu traumu.

Korisnici ovog programa bit će: hrvatski branitelji, obitelji hrvatskih branitelja i stradalnika, ratni vojni invalidi i hrvatski branitelji oboljeli nakon rata, te civili koji su izravno ili neizravno pogođeni ratnim zbivanjima. Prema intenzitetu i težini proživljenih ratnih trauma kao najugroženiji izdvajaju se:

1. osobe koje su uslijed rata ostale visoko ovisne o socijalnoj okolini: invalidi, djeca, adolescenti, starije i nemoćne osobe;

2. osobe izložene teškim psihičkim traumama i stradanjima u ratu, kamo spadaju: preživjeli zatočenici srpskih koncentracijskih logora, obitelji nestalih hrvatskih branitelja, obitelji smrtno stradalih hrvatskih branitelja, obitelji hrvatskih branitelja, oboljeli od psihičkih ili tjelesnih bolesti čiji je nastanak ili pogoršanje već postojeće bolesti vezano uz rat, žrtve i svjedoci silovanja i seksualnih zlostavljanja tijekom Domovinskog rata. žrtve i svjedoci ratnih zločina;

3. osobe koje nisu primarno traumatizirane ratnim stradanjima, ali je kod njih došlo do sekundarne traumatiziranosti, tj. prenesene traume i transgeneracijske traume (8).

Nacionalni centar djeluje u sklopu Klinike za psihijatriju KBC Zagreb, u suradnji s Klinikom za psihološku medicinu i Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu.

Centar je organiziran kao:

- a) Klinički odjel s dnevnom bolnicom,
- b) Centar za znanstveno-istraživačke projekte,
- c) Centar za krizna stanja (3).

Klinički odjel s dnevnom bolnicom - primarno uključuje pružanje psihijatrijske pomoći s posebnim naglaskom na pomoć u prevenciji samoubojstava hrvatskih branitelja uključivanjem korisnika u različite terapijske programe. Istodobno, uz dnevnu bolnicu u sklopu Kliničkog bolničkog centra Zagreb nastavlja se s pružanjem bolničke skrbi. Takvo neposredno iskustvo stacionarnog liječenja i kliničke prakse osigurava uključenim stručnjacima povratnu informaciju s obzirom na primjenu terapijskih metoda i smjernica (8).

Centar za znanstveno-istraživačke projekte - ključ za uspješnije liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja je razumijevanje etiologije, patofiziologije i psihologije PTSP-a. Odjel je osnovan kao centar izvrsnosti za istraživanje, obrazovanje o prevenciji, razumijevanju i liječenju PTSP-a, a konačni cilj je praktična primjena svih znanstveno istraživačkih i obrazovnih aktivnosti. U suradnji s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i ostalim znanstvenim institucijama centar će sustavno provoditi istraživanja s ciljem unapređivanja skrbi oboljelih od PTSP-a. U sklopu centra predviđena je i provedba međunarodne suradnje sa svjetskim priznatim stručnjacima iz područja psihotraumatologije i organizacije skrbi za oboljele od PTSP-a (8).

Centar za krizna stanja - djeluje u sklopu nacionalnog centra za psihotraumu kao posebna jedinica u kojoj je osobama u stanju akutne psihičke krize dostupna stručna pomoć tijekom 24 sata putem telefona. Tijekom cijelog dana organizirano je dežurstvo liječnika psihijatra. Prednost ovog načina rada je brza uspostava kontakta odnosno stručne pomoći putem telefona, anonimnost te mogućnost da osobe iz udaljenih mjesta u najkraćem mogućem roku dobiju adekvatnu stručnu pomoć (naročito u slučajevima

prevencije odnosno sprječavanja suicida). Na ovaj način daje se mogućnost osobama iz cijele Hrvatske, posebno onima koji imaju poteškoće u dobivanju psihijatrijske skrbi da u stanju akutne psihičke krize uspostave kontakt sa stručnom osobom (8).

2. CILJ RADA

Cilj rada je upoznati se sa raznolikošću oblika psihosocijalnih potreba u hrvatskom pučanstvu, s naglaskom na branitelje, njihove članove obitelji te ostale stradalnike Domovinskog rata. Nadalje, upoznavanje s Nacionalnim psihosocijalnim programom kroz koji se i provodi psihosocijalna pomoć, s naglaskom na Vukovarsko-srijemsku kao županiju s najvećim brojem stradalnika te samim time i najvećom potrebom za psihosocijalnom pomoći.

3. RASPRAVA

Agresija na Hrvatsku nije uzrokovala samo materijalna razaranja, već i brojne teško mjerljive i duboko zapisane tragove u psihičkom životu preživjelih, ne samo stradalnika već i njihovih obitelji. Uslijed izraženih potreba velikog dijela hrvatske populacije, sukladno razmjerima, intenzitetu i okrutnostima nametnutog rata, u Republici Hrvatskoj nastao je i razvijao se sustav psihosocijalne i zdravstvene skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata. Na županijskoj razini su utemeljeni centri za psihosocijalnu pomoć te oni predstavljaju okosnicu sustava psihosocijalne skrbi. Do danas u Hrvatskoj djeluje ukupno 21 centar za psihosocijalnu pomoć od kojih je bitno istaknuti Centar za PSP Vukovarsko-srijemske županije sa sjedištem u Vinkovcima, kao centar s najvećim brojem intervencija što je usko povezano sa činjenicom da je ovo županija s najvećim brojem stradalnika. Pretpostavka je da bi skoro svi ratom traumatizirani trebali iskazivati neki oblik osnovnih životnih i emocionalnih potreba (hrana, smještaj, zdravlje, materijalne potrebe itd.). Pomoć mora biti kontinuirana, a ako nije započeta, treba je započeti što ranije.

I 23 godine nakon početka domovinskog rata još uvijek je nepoznata sudbina velikog broja nestalih osoba te se obitelji nestalih dugi niz godina bore s neizvjesnošću i pitanjem sudbine njihovih najbližih što sasvim sigurno ostavlja duboki trag i potrebu za psihosocijalnom podrškom. Nadalje, jedan dio hrvatskih branitelja je kontinuirano u tretmanu psihosocijalne pomoći, ali dio branitelja se i 18 godina nakon Domovinskog rata, obraća po prvi put tražeći pomoć u rješavanju psihosocijalnih problema i narušenog zdravlja što ukazuje na daljnju potrebu za održavanjem i razvijanjem programa, posebice u Vukovarsko-srijemskoj županiji.

3.1. PROCJENA STANJA PSIHOSOCIJALNIH POTREBA PO ŽUPANIJAMA

U agresiji na Hrvatsku došlo je do okupacije skoro 30% teritorija, poginulo je oko 16 000 civila i branitelja, zatočeno i nestalo je više od 10 000 ljudi; ranjeno oko 38000,

prognano i izbjeglo je oko 500-700 000 osoba. Procjenjuje se (Vlada RH, 1999., str. 5) da je oko milijun osoba tijekom rata u Hrvatskoj bilo izloženo primarnom, tj. izravnom ratnom stresu. Svi ovi brojevi upućuju na neke bitne aspekte dimenzija povećanih psihosocijalnih potreba koje je izravno moguće povezati s ratom. Poznavanje takvih informacija upravo je i jedna od ključnih pretpostavki za racionalno projektiranje svakog psihosocijalnog programa koji ima nakanu ublažiti negativne posljedice individualnog i kolektivnog stresa izazvanog ratom. Kada bi kriterije traumatizacije ponešto ublažili i proširili i na sekundarnu i tercijarnu traumatizaciju, onda bi ovi brojevi bili i znatno veći (2).

Kao što je vidljivo iz tablice 1., izravni demografski gubitci (s visokim probabilitetom ova se kategorija može inače izjednačiti s kategorijom „poginuli“) iznose 16 091 osoba. Stupanj vjerodostojnosti ovog podatka povećava činjenica da i dva druga nezavisna izvora (Žunec, 1998., i Vlada RH 1999.) iznose relativno slične podatke. Žunec navodi da ima ukupno 15583 poginulih i nestalih (9), a Vlada RH tvrdi da je broj poginulih tijekom Domovinskog rata 15000. U tablici 1. valja istaknuti još dvije stvari. Ponajprije, uočljiv je vrlo visoki postotak stradanja civila (41,0%). Uz to, informativnim se čini i uvođenje jednog novog tipa indikatora stradanja ili tzv. „indeks stradanja“ (IS) za svaku pojedinu županiju. Taj indeks predstavlja omjer dvaju postotaka. Prvi postotak predstavlja relativni udio poginulih u nekoj županiji u ukupnom broju poginulih u Hrvatskoj, a drugi postotak upućuje na udio stanovnika u toj županiji u ukupnom broju stanovnika u Hrvatskoj prema popisu iz 1991. godine. Kada su ta dva postotka jednaka, tada je $IS=1$. Taj indeks za Vukovarsko-srijemsku županiju iznosi 6,889 što znači da procijenjeni broj od 5 358 stradalih u ovoj županiji zapravo znači da su njihovi ukupni demografski gubitci skoro 7 puta veći nego što je bio njihov relativni udio u ukupnom stanovništvu Hrvatske. Odnosi među županijama približno su slični i za ostale kategorije (osobe s invaliditetom, prognanici, izbjeglice, povratnici, itd.) ljudskih stradanja koja se mogu povezati s ratnim i poratnim procesom (2).

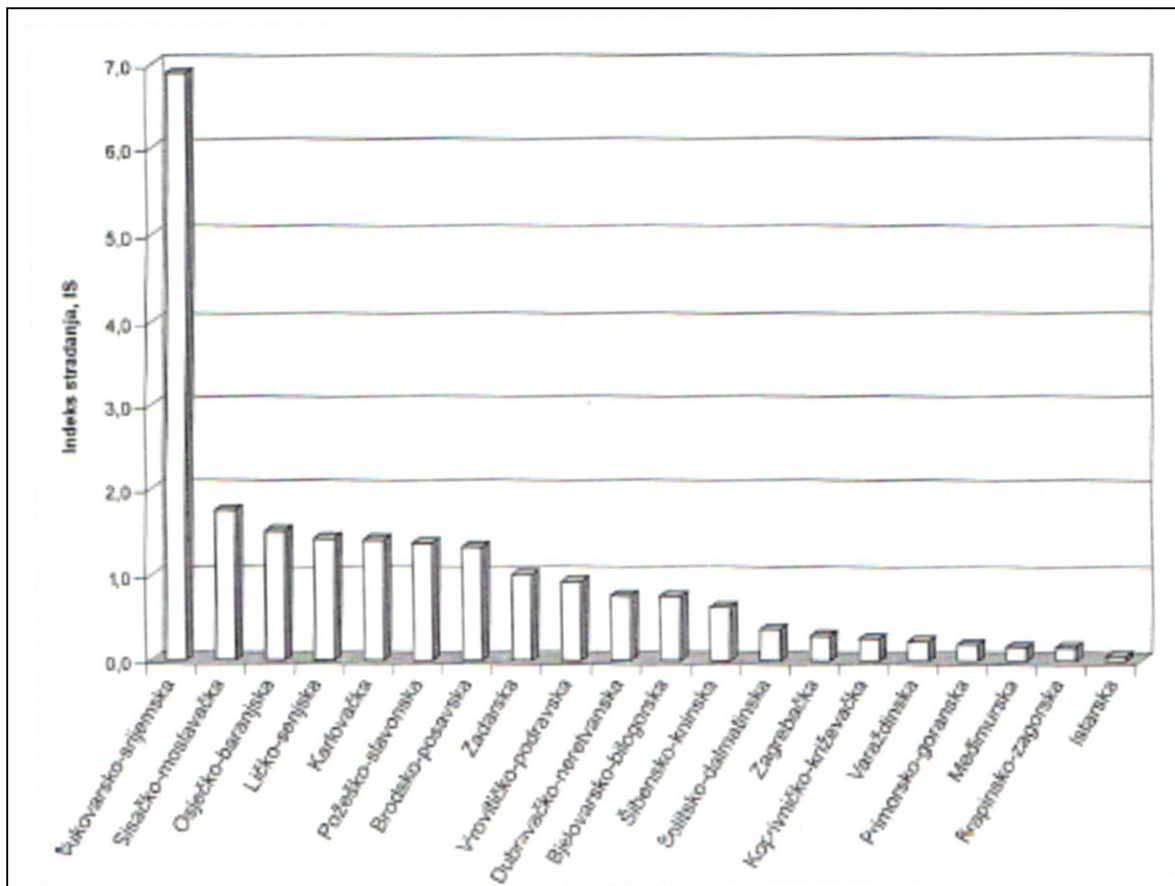
Tablica 1. Izravni demografski gubitci u Hrvatskoj uzrokovani agresijom po županijama (procjena) (2)

ŽUPANIJE	Poginulih branitelja	Poginulih civila**	Nestalih	Ukupno	%	IS*
Vukovarsko-srijemska	1165	3404	789	5358	33,3	6,8
Sisačko-moslavačka	604	538	335	1477	9,2	1,8
Osječko-baranjska	894	818	153	1865	11,6	1,5
Ličko-senjska	224	130	53	407	2,5	1,4
Karlovačka	553	273	47	873	5,4	1,4
Požeško-slavonska	212	200	46	458	2,8	1,3
Brodsko-posavska	613	151	14	778	4,8	1,3
Zadarska	286	405	37	728	4,5	1,0
Virovitičko-podravska	209	100	18	327	2,0	0,9
Dubrovačko-neretvanska	185	125	11	321	2,0	0,8
Bjelovarsko-bilogorska	288	52	25	365	2,3	0,8
Šibensko-kninska	134	182	7	323	2,0	0,6
Splitsko-dalmatinska	546	51	7	604	3,8	0,4
Zagrebačka	1013	59	7	1079	6,7	0,3
Koprivničko-križevačka	116	0	0	116	0,7	0,3
Varaždinska	147	3	0	150	0,9	0,2

Primorsko-goranska	207	6	1	214	1,3	0,2
Međimurska	65	3	0	68	0,4	0,2
Krapinsko-zagorska	78	3	0	81	0,5	0,2
Istarska	39	1	1	41	0,3	0,1
Ostali i nepoznato	250	101	107	458	2,8	
UKUPNO	7828	6605	1658	16091	100,00	

*IS, indeks stradanja predstavlja omjer postotka poginulih i nestalih u odnosu na ukupni broj poginulih i nestalih (stupac %) i postotka udjela stanovništva županije u ukupnom broju stanovnika RH (prema popisu iz 1991.)

**obuhvaća podatke o poginulim, ekshumiranim civilima, te poginulim civilima u UNPA



Slika 2. Indeks stradanja po županijama (2)

Ambicija projekta bila je primarno usredotočiti se na najmasivnije pokazatelje stanja psihosocijalnih potreba za svaku županiju i u skladu s tim pokušati dizajnirati najbolji mogući lokalni psihosocijalni program. U tom kontekstu većina empirijskih pokazatelja (npr. ljudska stradanja i nezaposlenost itd.), a i stanje u modernim teorijama o odnosu trauma i psihosocijalnog stanja upućuju na to da je procjena stanja PSP-potreba usko povezana sa stupnjem izloženosti ratnim traumama. To je, dakako, u velikoj korelaciji s geografskom pozicijom te županije u odnosu na bojišnicu tijekom Domovinskog rata. Tijekom Domovinskog rata cijela je zemlja bila u „stanju stresa“. Teško je precizno i posve objektivno procjenjivati tko je više, a tko manje bio eksponiran ratnom stresu i traumi. No, čini se da bi se županije, prema gruboj procjeni stupnja izloženosti ratnoj traumi, mogle ipak svrstati u tri skupine:

1.visoko izložene ratnoj traumi; to je 11 županija s prve crte bojišnice: Vukovarsko srijemska, Osječko-baranjska, Sisačko-moslavačka, Karlovačka, Brodsko-posavska, Zadarska, Splitsko-dalmatinska, Požeško-slavonska, Ličko-senjska, Dubrovačko-neretvanska i Šibensko-kninska;

2.umjereno odnosno niti visoko niti nisko izložene ratnoj traumi: to su 3 županije koje su djelomično i povremeno bile na crti bojišnice ili izložene bombardiranju: Bjelovarsko-bilogorska, Zagrebačka županija, Virovitičko-podravska;

3.nisko izložene ratnoj traumi; to su 6 županija (i jedan grad) koje su bile izvan prve crte bojišnice ili su imale tek minimalnu ili kratku izloženost neposrednim ratnim operacijama: Primorsko-goranska, Varaždinska, Koprivničko-križevačka, Krapinsko-zagorska, Međimurska, Istarska i Grad Zagreb (2).

Godišnji prikaz intervencija županijskih centara za psihosocijalnu pomoć u razdoblju od 2005. do 2012. godine pokazao je kako je najveći broj intervencija zabilježen u Vukovarsko-srijemskoj županiji, Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji, zatim Sisačko-moslavačkoj i Zadarskoj županiji, nakon kojih slijede Osječko-baranjska i Brodsko-posavska županija. Uz iznimku Grada Zagreba i Zagrebačke županije, navedene županije su ratom najviše pogođene i visok broj intervencija odgovara velikoj stopi njihovog stradanja tijekom Domovinskog rata. Visok stupanj intervencija u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji možemo pripisati brojnosti stanovnika glavnog grada, činjenici da je velik broj branitelja iz Zagreba sudjelovao u akcijama Bljesak i Oluja, ali i činjenici da je velik broj stradalnika iz ratom zahvaćenih područja preselio u Grad Zagreb i Zagrebačku županiju (3).

3.2. CENTAR ZA PSP VUKOVARSKO-SRIJEMSKE ŽUPANIJE

Centar za PSP Vukovarsko-srijemske županije osnovan je 30. srpnja 1995. godine. Tada je uređen i prostor za rad. U djelatnost je u početku bilo uključeno ukupno 17 stručnjaka: 6 socijalnih radnika, 3 psihologa, 3 defektologa, 1 pedagog, 2 više medicinske sestre, 1 pravnik te 1 psihijatar. Centar je smješten u Vinkovcima, a kroz sve vrijeme prisutna je zadovoljavajuća suradnja s udrugama i županijom. S obzirom na činjenicu da je ovo županija s najvećim brojem stradalnika, najviše pozornosti u radu posvetilo se najugroženijim kategorijama stradalnika. To su djeca, supruge i roditelji poginulih, nestalih i zatočenih hrvatskih branitelja, hrvatski ratni vojni invalidi te njihove obitelji i roditelji.

PSP intervencije centra organizirane su na sljedeće načine:

- individualno psihologijsko savjetovanje,
- grupni psihosocijalni tretman,
- obiteljski psihotretman,
- bračni psihotretman,
- savjetovanje,
- informiranje,
- pravna pomoć,
- mobilni obilazak stradalnika (2).

Centar svoje aktivnosti od samog osnivanja pa sve do danas provodi kroz stacionarni rad. Korisnici se mogu obraćati za pomoć dolaskom u savjetovalište, ali isto tako i putem otvorenog kontakt telefona. Stacionarno savjetovalište počelo je raditi u srpnju 1996. godine, međutim, početni problem u radu je bio relativno slab odaziv stradalnika što se kasnije znatno popravilo.

Također, razvijen je i rad mobilnih timova koji su raspoređeni po teritorijalnom principu, tako da je sada pokriveno cijelo područje županije i dio Bosanske Posavine. Tim dolazi u obitelji stradalnika i tako ima cjelovit uvid u ukupne prilike u obitelji. Ostvaruje se izravan kontakt sa stradalnicima u njihovu prirodnom ambijentu, gdje se daleko lakše ostvaruje komunikacija. Sve je povezano s činjenicom da korisnici imaju određeni

animozitet prema odlasku po pomoć u institucije. Mobilni timovi obilazili su stradalnike na osnovu prijedloga udruga, na osobni poziv korisnika kao i na osnovi zaključaka na timskim sintezama. U svom radu primjenjivali su pretežno savjetovanje, informiranje, individualnu, obiteljsku i bračnu terapiju (2).

Tablica 2. Primjer rada mobilnog tima za 1996. i 1997.g.

Ratni stradalnici	1996.g.	1997.g.
obitelji poginulih	356	210
obitelji nestalih	95	66
obitelji invalida	281	75
Ukupno	732	351
Prijeđenih kilometara	16 000*	9481

*1996. neko vrijeme je bio pokvaren mjerač udaljenosti

Tablica 2 prikazuje primjer rada mobilnog tima za 1996. i 1997. godinu gdje je mobilna ekipa obišla ukupno 1083 obitelji poginulih i nestalih hrvatskih branitelja, te obitelji ratnih invalida. U te dvije godine automobilski mjerač udaljenosti zabilježio je prijeđenih više od 26 000 km (1996. prijeđena je i veća udaljenost, ali to nije zabilježeno, jer se mjerač udaljenosti pokvario).

Tablice 3 i 4 prikazuju primjer tablica kakve se koriste u Centru za PSP Vukovarsko-srijemske županije kako bi podijelili korisnike po kategoriji te po vrsti radne intervencije.

Tablica 3. Analiza po kategoriji korisnika (2)

KATEGORIJA KORISNIKA	BROJ KORISNIKA U PODRUČNOJ JEDINICI	MOBILNI TIM (zatražen od MB-a)	MOBILNI TIM ostalo	UKUPNO
1.HRVI				
2.RODITELJI HRVI				
3.SUPRUG/A HRVI				
4.DIJETE HRVI				
5.HRVATSKI BRANITELJ(M)				
6.HRVATSKI BRANITELJ(Ž)				
7.RODITELJ HB				
8.SUPRUG/A HB				
9.DIJETE HB				
10.ČLAN OBITELJI UMRLOG HB				
11.RODITELJ SMRTNO STRADALOG HB				
12.SUPRUGA SMRTNO STRADALOG HB				
13.DIJETE SMRTNO STRADALOG HB				
14.ČLAN OBITELJI ZATOČENOG/NESTALOG HB				
15.CIVILNE ŽRTVE RATA				
16.ŽRTVE SEKSUALNOG ZLOSTAVLJANJA- SILOVANJA				
17.PRIPADNICI MIROVNIH MISIJA				
18.PRIPADNICI NOB-a				
19.OSTALO				
UKUPNO				

Tablica 4. Analiza po vrsti radne intervencije (2)

RADNA INTERVENCIJA	BROJ INTERVENCIJA PRUŽENIH U PODRUČNOJ JEDINICI	BROJ INTERVENCIJA PRUŽENIH MOBILNO (zatraženo od MB- a)	BROJ INTERVENCIJA PRUŽENIH MOBILNO (ostalo)	UKUPNO
1.KLUBOVI PRIJATELJA				
2.PSIHOSOCIJALNA POMOĆ/SAVJETOVANE				
3.PRAVNA POMOĆ (ZOPHBDR)				
4.PRAVNA POMOĆ (OSTALO)				
5.INFORMIRANJE: JNP				
6.INFORMIRANJE: STIPENDIJE/ UDŽBENICI				
7.INFORMIRANJE: PROGRAM STRUČNOG OSPOSOBLJAVANJA I ZAPOSŁJAVANJA NEZAPOSLENIH HB				
8.INFORMIRANJE: OSTALO				
9.PROGRAM ZA POBOLJŠANJE KVALITETE ŽIVLJENJA				
10.STAMBENI IZVIDI				
UKUPNO				

Imajući u vidu bitno promijenjene okolnosti u cijeloj državi (nema više ratnih djelovanja, ostvarena je cjelovitost teritorija Republike Hrvatske, i ostvaruje se povratak prognanih osoba), došlo je i do promjena u sadržaju rada centra. Pristupalo se grupnom radu s odraslim stradalnicima, u koji su bili uključeni hrvatski ratni vojni invalidi i razvojačeni branitelji (sa i bez uspostavljene dijagnoze PTSP-a). Formirane su i tri grupe

djece stradalnika školskog uzrasta u Vinkovcima i Županji. Tijekom 1996. godine radilo se sa grupom djece na profesionalnoj orijentaciji te rad s djecom koja imaju enurezu. Organizirana je i jedna grupa djece od 10 do 12 godina starosti s kojima se radilo u vidu igraonice. U sklopu centra djeluju 3 terapijske grupe, jedna za odrasle i dvije za djecu:

1. Klub '91 u kojoj se okupljaju hrvatski ratni vojni invalidi, razvojačeni branitelji sa ili bez dijagnoze PTSP-a. Klub '91 djeluje u okvirima terapijske zajednice otvorenog tipa u posthospitalnom liječenju PTSP-a kod hrvatskih branitelja. Od 1998. Grupu vode stručnjaci PSP centra tri puta tjedno. Zapaženi su pozitivni pomaci u socijalizaciji branitelja, učenju samopomoći, njihovoj socijalnoj uključenosti, općem oporavku, osjećaju prihvaćenosti i pripadanja, prevenciji psihičkih komplikacija postojećeg PTSP-a, a posebice u sprječavanju samoubojstva.
2. Vrapčić je dječja grupa u koju su uključena djeca ratnih stradalnika (poginulih branitelja, nestalih i zatočenih, razvojačenih branitelja, civilnih ratnih žrtava. Vrapčić djeluje od 1997. godine. Rad s djecom odvija se kroz pedagoške radionice u kojima se nastoji odgojno djelovati na razvijanju nenasilnih oblika ponašanja i suradnje. Djeca u grupi dobivaju i psihološku pomoć u slučaju iskazivanja simptoma traume i poteškoća u školi.
3. Bezimeni, a do 1998. godine djelovala je grupa Sunce. Radi se o rizičnoj skupini djece, s obzirom da su iz obitelji ratnih stradalnika (invalidi, poginuli, nestali i dr.). Dolazak na grupu je na dobrovoljnoj osnovi, grupa je otvorenog tipa i održava se jednom tjedno po dva školska sata. Djeca se okupljaju oko radionica u kojima se provode vježbe učenja komunikacije, nenasilnog rješavanja sukoba, izgradnje pozitivne slike o sebi i drugima, prorada traumatskih iskustava, vježbe koncentracije i slični psihosocijalni programi. Djeca su dobro prihvatila takav oblik rada i izražavaju želju za više susreta s obzirom na to da je u školi pristup učenicima uglavnom frontalnog oblika kada ne dolazi uvijek do izražaja njihova kreativnost i nisu u mogućnosti aktivno sudjelovati (2).

S korisnicima programa komuniciralo se i putem udruga proizašlih iz Domovinskog rata. Predstavnici udruga su, na zajedničkim sastancima, uglavnom prezentirali bazu

podataka koja je služila za organizaciju rada mobilnih timova na terenu i savjetovaništa. U 1998. godini kontakti s udrugama proizašlih iz Domovinskog rata održavani su redovito jedanput mjesečno, zbog tada aktualnih problema koje su udruge imale u kontaktima s članovima obitelji stradalnika pri ekshumaciji na Novom groblju u Vukovaru. Na timskim sintezama, koje se održavaju jedan puta mjesečno, analizira se rad mobilnih timova vezan uz svakog stradalnika i obitelji kod kojih je obavljen posjet. Na sjednicama u rad su se uključivali svi članovi tima. Na taj način dolazi se do kvalitetnijeg uvida u problem razmatrajući ga s više aspekata. Donose se i zajednički zaključci oko plana provođenja daljnjih aktivnosti (2).

4. ZAKLJUČAK

Hrvatski branitelji i njihovi članovi obitelji suočeni su s raznim rizicima i problemima, poput siromaštva, nezaposlenosti, bolesti, gubitcima bližnjih, kidanje socijalnih veza i slično te se mogu izdvojiti kao posebno ranjiva skupina zbog dugotrajnih i teških posljedica proizašlih iz ratnih stradanja. Veterani kod nas, kao i svugdje u svijetu, predstavljaju rizičnu skupinu koja zaslužuje prioritetan status u strategijama skrbi, ali i javnog zdravstva svojih zemalja. Na temelju toga, usvojen je Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata. Program je osmišljen kako bi se provodio na cijelom području Republike Hrvatske, na lokalnoj, županijskoj, regionalnoj i nacionalnoj razini. Želja je bila stvoriti maksimalno fleksibilni program koji će se moći kontinuirano mijenjati ovisno o efektima svakog koraka u razvoju programa kako bi tako koncipiran program mogao adekvatno odgovoriti na zahtjeve vrlo različitih i promjenjivih situacija i to na cijelom teritoriju RH; dok je posebno izražena potreba bila u županiji s najvećim brojem stradalnika, Vukovarsko-srijemskoj.

Uz dosadašnju problematiku hrvatskih branitelja i njihovih članova obitelji te ostalih stradalnika, obzirom na starenje populacije, očekuje se da će zdravstvene potrebe korisnika programa biti sve izraženije posebno kod onih koji se nalaze i u teškoj materijalnoj situaciji i nemaju članova obitelji koji bi mogli za njih skrbiti. Slijedom toga, podizanje opće kvalitete življenja i podupiranje potpune psihosocijalne reintegracije svih sudionika i stradalnika rata na području cijele Republike Hrvatske kao i članova njihovih obitelji te civilnih žrtava rata, biti će potrebno i dalje ostvarivati i razvijati kroz Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći, što uostalom i je njegov dugoročni cilj.

5. LITERATURA

1. <http://www.hck.hr/hr/kategorija/kategorije-zastita-zdravlja-psihosocijalna-podrska-190>
2. Hrvatski psihosocijalni program: Petogodišnja iskustva u radu sa sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata (uredili: Z. Knezović, B. Gogić i D. Kocijan-Hercigonja), MHBDR, Zagreb 2001.
3. Vlada Republike Hrvatske. Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata, Drugog svjetskog rata te povratnicima iz mirovnih misija. Zagreb, listopad 2013.
4. http://www.cajtung.com/index.php?option=com_content&view=article&id=835%3Apsp&catid=1%3Aaktualno&Itemid=37
5. <http://www.branitelji.hr/pregled/nacionalni-program-psihosocijalne-i-zdravstvene-pomoci-za-sudionike-i-stradalnike-iz-domovinskog-rata>
6. Herman, J. L. Trauma and recovery. Basic Books 1997., New York
(dostupno na internetu,
http://books.google.hr/books?id=3cn2R0KenN0C&printsec=frontcover&hl=hr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
7. Priručnik: Prepoznavanja, rano otkrivanje i sprječavanje suicidalnosti. Dubravka Kocijan-Hercigonja, Vera Folnegović-Šmalc. Zagreb, 1999.
(dostupno na internetu,
<http://www.suicidi.info/files/Prepoznavanje,%20rano%20otkrivanje%20i%20spre%20vanje%20suicidalnosti,%20priru%20nik.pdf>
8. Lončar M. i sur. Nacionalni centar za psihotraumu. Soc. psihijat. Vol. 42 (2014) Br. 2, str. 78.
9. Žunec, O. (1998.). Rat u Hrvatskoj od 1991.-1995.

6. SAŽETAK

Cilj rada je upoznati se sa raznolikošću oblika psihosocijalnih potreba u hrvatskom pučanstvu, s naglaskom na branitelje, njihove članove obitelji te ostale stradalnike Domovinskog rata kao i upoznavanje sa Nacionalnim psihosocijalnim programom kroz koji se i provodi psihosocijalna pomoć s naglaskom na Vukovarsko-srijemsku kao županiju s najvećim brojem stradalnika te samim time i najvećom potrebom za psihosocijalnom pomoći. Opći cilj PSP programa je pružiti najveću moguću kvalitetu psihosocijalne pomoći svim kategorijama osoba-korisnika stradalim u hrvatskom Domovinskom ratu koji se nalaze u stanju potrebe i to na svim dijelovima teritorija Republike Hrvatske. Taj cilj se nastoji realizirati kroz trirazinsku stručno-organizacijsku koncepciju nacionalnog PSP-programa. Na lokalnoj, županijskoj razini djeluju centri za psihosocijalnu pomoć, na regionalnoj razini (Zagreb, Rijeka, Split i Osijek) regionalni centri za psihotraumu, dok na nacionalnoj razini djeluje nacionalni centar za psihotraumu. Nacionalni PSP program je opravdao svoje postojanje te će se i dalje razvijati i unaprjeđivati dokle god za to bude potrebe.

7. ABSTRACT

The aim is to get acquainted with the variety of forms of psychosocial needs among the Croatian population, with an emphasis on veterans, their family members and other victims of war and introducing a national psychosocial program through which is conducted psychosocial support, with an emphasis on the Vukovar-Srijemski county as the county with the largest number of victims and therefore in the greatest need for psychosocial assistance. The overall objective of the PSP program is to provide the highest possible quality of psychosocial care for all categories of persons-user victims in the Croatian Homeland War who are in need, and in all parts of Croatian territory. This goal had to be realized through a three-tier professional organizational concept of national PSP programs. At the local, county-level operating are centers for psychosocial assistance, at the regional level (Zagreb, Rijeka, Split and Osijek) Regional centers for psychological trauma, while at the national level, the National Center for psychological trauma. National PSP Program has justified its existence and will continue to evolve and improve as long as need be.

8. ŽIVOTOPIS

Sven Mujkić rođen je 27.11.1992.

Osnovnu školu do 5. razreda pohađao je u Vinkovcima, zatim u Vukovaru.

Srednju medicinsku školu-smjer medicinski tehničar završio u Vinkovcima gdje je maturirao 2011.godine.

2011./2012.g. upisuje studij na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu, smjer-sestrinstvo.