

PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE KAO OBLIK POMOĆI TRAUMATIZIRANIM OSOBAMA

Radojka Kraljević

Visoka poslovna škola Libertas
Trg J.F. Kennedyja 6b, 10 000 Zagreb
kraljevic@vps-libertas.hr

Tomislav Bunjevac

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet sveučilišta u Zagrebu
Ivana Lučića 3, 10 000 Zagreb
tbunjeva@ffzg.hr

Sažetak

U ovome istraživanju razmatra se organizirana pomoć stanovništvu u poslijeratnim zajednicama, u obliku psihosocijalnih intervencija. Razmatrane su intervencije u okviru biopsihosocijalnog modela shvaćanja mentalnog zdravlja traumatiziranih osoba. Cilj ispitivanja je provjeriti postoje li razlike u vrsti i količini korištenih psihosocijalnih intervencija između sudionika različitih sociodemografskih karakteristika. Za registriranje broja i vrste primljenih psihosocijalnih intervencija korišten je Upitnik MACSI (Matrix for Recording Health Care and Social Interventions), konstruiran za potrebe istraživanja u međunarodnom projektu (Connect projekt, Priebe i sur., 2004). Dobiveni rezultati pokazali su da postoje razlike u vrsti i količini korištenih psihosocijalnih intervencija između sudionika različitih sociodemografskih karakteristika.

Ključne riječi: traumatizacija, modeli psihosocijalnih intervencija, psihološka pomoć, oporavak

MODELI SHVAĆANJA MENTALNOG ZDRAVLJA TRAUMATIZIRANIH OSOBA

U literaturi se nalazi nekoliko osnovnih modela shvaćanja mentalnog zdravlja i bolesti koji se koriste i u radu s traumatiziranim osobama; najčešće je riječ o medicinskom i biopsihosocijalnom modelu.

Medicinski model

U okviru medicinskog modela koji je definiran temeljem Međunarodne klasifikacije bolesti (International Classification of Diseases, WHO, 1992) i Dijagno-

stičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje; DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 1996) u najvećem broju slučajeva, po analogiji s dijagnostikom somatskih bolesti, pruža se psihijatrijska pomoć traumatiziranim osobama.

Dakle, klasifikacija psihopatoloških poremećaja je simptomatološka, odnosno sindromska. Analogija s dijagnostikom somatskih bolesti najčešće podrazumijeva neki od oblika kliničkog tretmana, kao i uvođenje farmakoterapije u tretman.

Kad se radi o traumatiziranoj populaciji, općenito možemo kazati da mogućnost oporavka putem klasičnih terapijskih medicinskih intervencija ima svoja ograničenja. Analiza efikasnosti i troškova pokazuje da dugotrajne hospitalizacije ne znače i bolji tretman, te da, kad je riječ o traumatiziranim osobama, prednost imaju kratkotrajni boravci na specijaliziranim odjelima (Fontana i Rosenbeck, 1997). Pokazalo se da je terapijski odnos između psihijatra i pacijenta važan faktor koji sudjeluje u ishodu liječenja traumatiziranih osoba. Istraživanja McGuira, McCabea i Priebea (2001) pokazala su da terapijski savez čini 21-56% varijance u određenju ishoda liječenja. Traumatizirane osobe (naročito žrtve mučenja) teško se odlučuju na traženje medicinske stručne pomoć i u većini slučajeva nisu spremne postati pacijenti. A kad se i odluče zatražiti pomoć, onda je za njih prihvatljivija pomoć usmjerena na njihovo fizičko, a ne na psihičko zdravlje (Eisenman i sur., 2000; Kraljević, 2004). Postavljena dijagnoza često ima svojstvo "etikete", što je jedan od važnih razloga zbog kojeg žrtve izbjegavaju tražiti stručnu pomoć.

U okviru ovog modela naglasak je na psihopatologiji, te se ne pridaje važnost drugim intervencijama u zajednici. No, u radu s traumatiziranim osobama važno je uzeti u obzir šire kontekstualne aspekte kao što su rješavanje osnovnih socijalnih i materijalnih potreba, te jačanje veza u obitelji i zajednici. Naime, čak i ljudi s visokim stupnjem simptomatologije mogu imati "zdrave snage" i dobru adaptaciju u drugim životnim područjima (Stubbs, 2005).

Biopsihosocijalni model

Prema biopsihosocijalnom modelu, biološki, psihološki i socijalni činitelji imaju jednako značenje u određenju zdravlja i bolesti. Kroz međusobnu interakciju procesi na mikro i makrorazini dovode do zdravlja ili bolesti. Kako su ti procesi međuzavisni, promjene na jednoj razini dovode do promjena na drugim razinama (Borell-Carrio, Suchman i Epstein, 2004).

Pokazano je da kronični stres i kumulativna traumatizacija mogu potisnuti aktivnosti imunološkog sustava. No, postoje velike individualne razlike u percepciji događaja kao traumatizirajućih i reakcija na njih (Anderson i Armstead, 1995). To može ovisiti o ličnosti, stilu suočavanja, stupnju samopoštovanja, lokusu kontrole, procjeni samoeфикаsnosti, pesimizmu, optimizmu, socijalnom kontekstu i percipiranoj socijalnoj podršci.

U okviru ovog modela od interesa je istražiti glavne biološke, psihološke i socijalne odrednice zdravlja i bolesti, te utvrditi na koji način bolest djeluje na pojedinca, o kojim činiteljima ovisi njegova percepcija bolesti i reakcija na njih, te koje psihološke varijable moderiraju funkcioniranje imunološkog sustava.

Teorijsko značenje ovakvih istraživanja jest da bi rezultati trebali razjasniti prirodu interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja bolesti. Praktično značenje je razvoj učinkovitih preventivnih, dijagnostičkih i terapijskih strategija, osmišljavanje programa izobrazbe za stručnjake u svrhu poboljšanja zdravstvene skrbi i dodatno osposobljavanje za prevenciju, te provedba psihosocijalnih programa za pojedine bolesnike.

Integriranje socijalnih i ponašajnih odrednica u području zdravlja i bolesti, kao i uključivanje bioloških pokazatelja u primijenjenim socijalnim istraživanjima (Finch, Vaupel i Kinsella, 2001) u osnovi su daljnjeg razvoja modela, pa se danas govori o interaktivnom biopsihosocijalnom modelu mentalnog zdravlja. Takav model počiva na intervencijama koje su orijentirane prema zdravlju, te koje su usklađene s potrebama i kontekstom u kojem se pojedinac nalazi.

Tijekom 80-90 godina u Europi se intenzivno razvijaju novi pristupi u radu s traumatiziranim osobama koji su temeljeni na biopsihosocijalnom shvaćanja mentalnog zdravlja. Oni daju prednost psihološkim i socijalnim činiteljima oporavka. Naglašava se važnost intervencija u zajednici, te savjetovanje i psihoterapijske intervencije koje se bave emocionalnim, kognitivnim i ponašajnim aspektima traume (Knezović, Gogić i Kocijan-Hercigonja, 2001; Ajduković, 2003; Harvey, 1996).

Pokazalo se da medicinski model u radu s traumatiziranim osobama ima svoja ograničenja, te da koncepti razumijevanja traumatizacije koji dolaze iz razvijenih zemalja, u zemljama u razvoju nisu u potpunosti primjenjivi (Mercer, Ager i Ruwanpura, 2004). Uz medicinski pristup u radu s traumatiziranim osobama važno mjesto zauzima i psihosocijalni pristup, unutar kojeg je omogućen razvoj specifičnih modela vezanih uz oporavak traumatiziranih osoba (Solomon, 2002), od kojih su neki razvijeni tijekom rada i kod nas (Knezović 1997; Knezović, Gogić i Kocijan-Hercigonja, 2001).

U ovom se istraživanju polazi od temeljne pretpostavke da izloženost traumatskim događajima negativno utječe na mentalno zdravlje pogođenih osoba. Traumatski doživljaj može biti toliko intenzivan da osobni mehanizmi za suočavanje nisu dovoljno jaki i funkcionalni da ga prevladaju, te za osobu predstavljaju trajni izvor patnje i dovode do ozbiljnih poteškoća u psihosocijalnom funkcioniranju. Premda se najveći dio osoba oporavi od posljedica traumatizacije bez organizirane pomoći, nekima je za oporavak takva pomoć potrebna. Dosadašnja iskustva upućuju na dominaciju medicinskog modela u shvaćanju mentalnog zdravlja traumatiziranih osoba.

Sukladno tome, organizirana pomoć razmatra se u obliku psihosocijalnih intervencija, odnosno bio-psiho-socijalnog modela shvaćanja mentalnog zdravlja traumatiziranih osoba. Naime, pregledom literature unutar ovog područja, nisu prona-

dena istraživanja u kojima se posebno ispituje uloga psihosocijalnih intervencija u aktualnom mentalnom zdravlju traumatiziranih osoba, stoga nam se čini od interesa to provjeriti. Poznavanje njihove učinkovitosti moglo bi biti važno za racionalnije i empirijski utemeljeno planiranje prevencije mentalnih poremećaja u zajednici.

Psihosocijalne intervencije

Nakon 1980. godine, odlukom UNHCR-a, psihosocijalne intervencije, uz kliničke intervencije postaju sastavni dio pružanja pomoći traumatiziranim osobama (UNHCR, 1991). Ekspanziju doživljavaju tijekom rata na prostorima bivše Jugoslavije. Njihova provedba je počela 1993. godine, a 1994. godine bilo je registrirano 185 različitih psihosocijalnih programa u Hrvatskoj i Bosni (Agger, Vuk i Mimica, 1995). Prema Agger, Vuk i Mimica (1995), najčešće se radilo o sljedećim intervencijama: 1. socijalne intervencije (uključuju i organiziranje skrbi za djecu i obitelji), 2. intervencije usmjerene prema zadatku (npr. edukacijske aktivnosti, rekreacijske aktivnosti, različiti klubovi), 3. psihološki orijentirane intervencije (npr. grupe samopodrške, grupe žrtava mučenja i sl.), 4. savjetodavne intervencije (individualno, obiteljsko savjetovanje usmjereno na trenutne probleme i poteškoće) i 5. intenzivne psihoterapijske intervencije (individualna, grupna psihoterapija).

Cilj psihosocijalnih intervencija u radu s traumatiziranim osobama je podržati proces oporavka uklanjajući prepreke koje mogu dovesti do dugoročnih štetnih posljedica izazvanih traumatizacijom. Prema Ajdukoviću (1995), psihosocijalna pomoć je proces psihološkog i socijalnog osnaživanja svakog pojedinca (djeteta i odrasle osobe), njegove obitelji i socijalnog okruženja, kako bi u sebi i svojoj neposrednoj okolini pronašao i stekao snage i načine za uspješno suočavanje sa stresom i prevladavanjem krize, postupnu izgradnju normalnog, psihički zdravog i punovrijednog načina života, bez štetnih posljedica za sebe i druge. Pružanje takve vrste pomoći glavni je cilj programa psihosocijalne pomoći.

Terminom "psihosocijalne intervencije" obuhvaćena je materijalna pomoć (hrana, stanovanje, odjeća), socijalno zbrinjavanje, osnovno zdravstveno zbrinjavanje, briga za održavanje ili obnavljanje obiteljskog i socijalnog života, te briga za podržavanje psihosocijalne prilagodbe, pomoć u uspostavljanju i održavanju redovitog psihološkog funkcioniranja i psihološke stabilnosti, preveniranje i ublažavanje posljedica traumatskih doživljaja. Da bi pružanje psihosocijalne pomoći bilo djelotvorno, nužna je pretpostavka brzog i lakog prepoznavanja dominantne potrebe traumatiziranih osoba i "socijalnih prioriteta". Vrste pomoći koje se pružaju u kriznim situacijama usmjerene su na osiguravanje osnovnih uvjeta (hrana, smještaj, liječenje, distribucija lijekova), a tek kasnije na red dolaze druge vrste psihosocijalnih intervencija koje se temelje na raznim vrstama psihoterapija, savjetovanja i usluga (pravna pomoć, zastupanje, grupe samopomoći, klubovi podrške, savjetovanje).

Psihosocijalne intervencije mogu biti usmjerene na pružanje pomoći/tretmana osobama pogođenim traumatizacijom, ali mogu isto tako biti usmjerene i na soci-

jalnu revitalizaciju i rekonstrukciju zajednice (Knezović, Gogić i Kocijan-Hercigonja, 2001; Ehrenreich, 2001; Ajduković i Ajduković, 2003). I u jednom i u drugom slučaju naglašava se važnost "ranih intervencija". Tijekom masovne traumatizacije osobe su izložene različitim vrstama traumatizacije u različito vrijeme. Iskustva pokazuju da je u nekim slučajevima pomoć stradalnicima rata pružena neposredno, u nekim tek nakon proteka vremena, pri čemu se radilo o istim vrstama intervencija, odnosno istoj vrsti pomoći (Ajduković i Ajduković, 2003).

Intervencija nisu usmjerene samo na uklanjanje trenutnih posljedica traumatizacije, nego i na stvaranje novih spoznaja o ulozi psihosocijalnih intervencija u prevenciji razvitka psihičkih smetnji kod traumatiziranih osoba. Prema Brundtlandu (2000), psihosocijalna briga treba biti sastavni dio hitnog odgovora javnog sistema i zdravstvene zaštite.

Cilj je ovog ispitivanja provjeriti postoje li razlike u vrsti i količini korištenih psihosocijalnih intervencija između sudionika različitih sociodemografskih karakteristika.

Rezultati su razmatrani s obzirom na sljedeće sociodemografske karakteristike sudionika (dob, spol, obrazovanje, socioekonomski status i strukturu obitelji - članovi obitelji s kojima sudionik živi). Očekuje se da će neke psihosocijalne intervencije češće koristiti osobe nižeg socioekonomskog statusa i obrazovanja i to one koje si to na drugi način ne bi mogli priuštiti budući da u normalnim okolnostima podrazumijevaju financijsku participaciju (npr. privatne zdravstvene i psihološke usluge). Što se tiče dobi i strukture obitelji, očekuje se da će stariji sudionici češće koristiti psihosocijalne intervencije u skladu s objektivnim zdravstvenim poteškoćama koje su u toj dobi prisutne. Isto tako i samci će češće koristiti psihosocijalne intervencije kako bi realizirali potrebu za socijalnom podrškom. S obzirom na spol, očekuje se da će ženske osobe češće tražiti pomoć u skladu sa socijaliziranom rodnom ulogom.

Psihosocijalne intervencija u ovom ispitivanju uključuju: primljenu psihološku-psihijatrijsku pomoći, osiguran smještaj, zapošljavanje i stručno osposobljavanje, organiziranje aktivnosti u slobodno vrijeme, socijalnu podršku i financijsko-pravnu pomoć.

METODOLOGIJA

Sudionici istraživanja

Uzorak je konstruiran kao višestruko stratificirani probabilistički uzorak. U prvoj fazi identificirane su administrativne jedinice u kojima je stanovništvo bilo izloženo ratnim stradanjima, te su od 12 županija po slučaju odabrane 2 županije u kojima je stanovništvo bilo izloženo ratnim stradanjima. Odabrane su Sisačko-moslavačka i Karlovačka županija. Nakon toga su u njima po slučaju odabrana naselja

veća od 3.000 stanovnika koja su ušla u ispitivanje. Temeljem toga u ispitivanje su uključeni: Karlovac, Vojnić, Dvor, Slunj, Petrinja, Glina i Sunja. U sljedećem koraku slučajnim odabirom određene su ulice, odnosno domaćinstva u kojima se ispitivanje provodilo.

U svakom domaćinstvu ispitana je osoba koja je zadovoljavala sljedeće ulazne kriterije: da je živio u područjima Hrvatske koja su bila izravno izložena ratnim djelovanjima, koji su rođeni na području bivše Jugoslavije, u dobi su od 18 do 65 godina i koji su doživjeli najmanje jedan potencijalno traumatski događaj. U ispitivanje je uključen onaj član kućanstva čiji je datum rođenja bio najbliži datumu ispitivanja. U ispitivanje nisu uključeni sudionici koji temeljem medicinske dokumentacije imaju psihijatrijske smetnje.

Ukupno smo nastojali pristupiti u 1260 identificiranih kućanstava, pri čemu nismo uspjeli uspostaviti kontakt u 368 slučajeva (29%). Kontakt nije uspostavljen u slučajevima gdje u domaćinstvu koje je ušlo u uzorak nitko nije živio. Kontaktirali smo 892 potencijalna sudionika, od kojih 254 (28%) nisu ispunila ulazne kriterije. Od 638 sudionika koji su ispunili kriterije, 21% je odbilo sudjelovati u istraživanju. Najčešći razlozi odbijanja bili su: nemaju vremena (31%), ne žele razgovarati o tome (4%), "objektivni razlozi" kao npr. hitna obaveza, hospitalizacija (14%), nisu došli na ugovoreni termin (4%), ne žele navesti razlog (47%). Istraživanje je provedeno na uzorku od ukupno 454 sudionika koji su zadovoljavali navedene kriterije i pokazali spremnost na sudjelovanje u ispitivanju, što iznosi 79%. Neki od mogućih izvora pristranosti koji su mogli utjecati na spremnost i pristanak sudionika za sudjelovanje u ispitivanju su spol ispitivača (ispitivanje su provodile žene) i emocionalno stanje kontaktiranih potencijalnih sudionika.

Od ukupno 454 sudionika istraživanja, uzorak čini 245 žena (54%). Prosječna dob sudionika istraživanja iznosi 46 godina ($SD = 10,84$). U Tablici 1. prikazane su sociodemografske karakteristike uzorka.

Nacionalna struktura našeg uzorka sukladna je općim podacima, prema Državnom zavodu za statistiku iz 2001. godine. Hrvati su većinsko stanovništvo, zatim Srbi i ostali u svim mjestima u kojima je provedeno istraživanje, s izuzetkom Dvora, u kojem su Srbi većinsko stanovništvo (Statistički ljetopis, 2006).

Mjesečna primanja po članu obitelji ne prelaze 2.000 kn za 69% sudionika ispitivanja. Nezaposlenost je u travnju 2006. godine u Hrvatskoj iznosila 16,7%, (Statistički ljetopis, 2006), u Karlovačkoj županiji iste godine prema podacima Županijske komore iznosila je 15,7%, a u Sisačko-moslavačkoj županiji 17,6%. U našem uzorku stopa nezaposlenosti je značajno viša, iznosi 38,5%. Također treba naglasiti da se radi o selekcioniranom uzorku s obzirom na traumatizaciju, te je temeljem toga očekivano i određeno neslaganje s podacima u općoj populaciji. Osim toga u manjim mjestima (Glina, Sunja, Vojnić, Dvor) stopa nezaposlenosti znatno je veća nego na razini županije.

U ovom ispitivanju najviše sudionika su povratnici (46,0%), na domicilne stanovnike otpada 35,2%, dok su 18,8% sudionika useljenici ili su stekli pravo na

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike uzorka

Sociodemografske karakteristike		N	%
Spol	Muškarci	209	46,0
	Žene	245	54,0
Dob	25-30	31	6,8
	31-40	116	25,6
	41-50	146	32,2
	51-60	93	20,5
	61- 70	67	14,8
Obrazovanje	Nepotpuna osnovna škola	29	6,5
	Osnovna škola	92	20,5
	Srednja škola	291	64,8
	Viša i visoka škola	37	8,2
Bračni status	Oženjeni/udati	334	73,3
	Neoženjeni	47	10,4
	Izvanbračna zajednica	12	2,6
	Razvedeni	35	7,7
	Udovac/ica	26	5,7
Broj djece	Bez djece	67	14,8
	Jedno dijete	101	22,2
	Dvoje djece	212	46,7
	Troje ili više djece	74	16,3
Ekonomski status (mjesečna primanja po članu obitelji)	do 100 Eur	134	30,1
	101-200 Eur	137	30,8
	201 i više	174	39,1
Struktura obitelji	Sami	35	7,7
	S nekim	419	92,3
Smještaj	Vlastita kuća/stan	280	61,5
	Privremeni smještaj osiguran od države	94	20,7
	Iznajmljeni prostor za vlastite potrebe	19	4,2
	Drugo	61	13,6
Radni status	Zaposleni	163	35,9
	Nezaposleni	175	38,5
	Mirovina	105	23,1
	Ostalo	11	2,5
Legalni status	Domicilni stanovnik	160	35,2
	Povratnici	209	46,0
	Useljenici, stekli hrvatsko državljanstvo	86	18,8
Nacionalna pripadnost	Hrvat	364	80,3
	Srbin	73	16,1
	Bošnjak	10	2,2
	Ostali	6	1,3
Aktivno sudjelovanje u ratu	Da	145	31,9
	Ne	309	68,1

hrvatsko državljanstvo. U ratu je aktivno sudjelovalo 31,9% sudionika ispitivanja; 20,7% sudionika ima privremeni smještaj osiguran od države, a najviše sudionika živi u vlastitoj kući (61,5%) s nekim od članova obitelji 92,3%, dok 7,7% sudionika žive sami.

Iako se konačni realizirani uzorak ne može smatrati reprezentativnim prema svim relevantnim socioekonomskim obilježjima, smatramo da je ostvarena maksimalna reprezentativnost koja je, u praktičnom kontekstu, bila moguća.

Instrumenti

U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti:

Upitnik za prikupljanje sociodemografskih podataka (konstruiran za potrebe istraživanja).

Upitnik zdravstvenih i psihosocijalnih intervencija, MACSI (Matrix for Recording Health Care and Social Interventions, Priebe i sur., 2005)¹. Upitnik omogućuje registriranje broja i vrste primljenih intervencija (zdravstvenih i psihosocijalnih).

Upitnik je dobro prihvaćen od sudionika i jednostavan za primjenu. Za potrebe ovog istraživanja korištene su sljedeće kategorije psihosocijalnih intervencija: psihološko-psihijatrijska pomoć, osiguranje smještaja/stambenog prostora, stručno osposobljavanje, aktivnosti u slobodno vrijeme, socijalna podrška i financijsko-pravna pomoć.

Pitanje za registriranje korištenih psihosocijalnih intervencija bilo je formulirano na sljedeći način: 'Jeste li od rata primili neku od navedene pomoći?' Pri tome se registrirao broj intervencija koje su sudionici koristili u svakoj pojedinoj kategoriji od početka rata.

Postupak

Ispitivanje je provedeno tijekom 2006. godine. Podaci su prikupljeni primjenom skala i upitnika vođenim strukturiranim intervjuom. Ispitivačice su bile psihologinje s neposrednim iskustvom u radu s traumatiziranim osobama i posebno trenirane za ovo ispitivanje.

Nekoliko dana prije ispitivanja ostavljene su obavijesti u kućanstvima koja su po slučaju odabrana. U obavijesti je bio naveden cilj ispitivanja i da će ih posjetiti jedna od ispitivačica, te ugovoriti vrijeme ispitivanja koje je njima najprihvatljivije.

1 Upitnik MACSI (*Matrix for Recording Health Care and Social Interventions*) je konstruiran za potrebe istraživanja u međunarodnom projektu (*Connect projekt*, Priebe i sur., 2005).

Nakon ugovorenog termina ispitivanja ispitivačice su dolazile u kućanstva, uspostavljale izravan kontakt i provodile ispitivanje.

Neposredno prije intervjua sudionici su bili detaljno upoznati s ciljevima ispitivanja, te da će za sudjelovanje dobiti simboličnu novčanu naknadu. Objašnjeno im je da je njihovo sudjelovanje potpuno dobrovoljno, te da mogu od intervjua odustati u bilo kojem trenutku, bez ikakvih štetnih posljedica za njih. Sudionicima je posebno objašnjen postupak zaštite privatnosti podataka koji će biti uporabljeni samo u istraživačke svrhe. U upitniku s njihovim odgovorima nalazio se samo identifikacijski broj sudionika, a na posebnom listu njihovi osobni podaci za kontakt i tekst koji potvrđuje njihov pristanak. Na taj se način osigurala povjerljivost dobivenih podataka.

REZULTATI I RASPRAVA

Na temelju prikupljenih podataka Upitnikom zdravstvenih i psihosocijalnih intervencija (MACSI), operacionalizirane su psihosocijalne intervencije. U tablici 2. naveli smo kategorije primljene pomoći, te intervencije koje su unutar pojedine kategorije koristili sudionici. Važno je istaknuti da je jedna osoba mogla koristiti više intervencija u pojedinoj kategoriji, pa ukupni rezultat u pojedinoj kategoriji predstavlja broj korištenih intervencija.

Korištene psihosocijalne intervencije svrstane su u sljedeće kategorije:

Psihološko-psihijatrijska pomoć. Psihološka pomoć je uključivala individualnu/grupnu psihoterapiju, suportivnu psihoterapiju i savjetovanje. Psihijatrijska pomoć je uključivala psihijatrijske konzultacije, specijalizirani tretman PTSP-a, psihijatrijsko bolničko liječenje i dnevnu bolnicu.

Pomoć u osiguranju stambenog prostora (smještaj). U ovu kategoriju svrstan je privremeni i sadašnji smještaj. Primljenu pomoć bilo je moguće razmatrati s obzirom na vrstu intervencija koje su sudionici primili tijekom rata, odnosno aktualno primaju. Privremeni smještaj uključuje: kolektivni smještaj, smještaj u hotelu, smještaj u studentskom domu, plaćanje režija i novčanu potporu za stanarinu. Sadašnji smještaj uključuje: kuću dobivenu na korištenje, materijal za obnovu kuće, novčanu potporu za obnovu kuće, obnovu kuće, opremu i namještaj, kredite.

Pomoć u zapošljavanju i osposobljavanju. U intervencije osposobljavanja svrstali smo: osposobljavanje za pojedino zanimanje, prekvalifikacije, tečajeve (kompjutorske, jezične), stručno usavršavanje. Intervencije zapošljavanja uključuju: financijsku pomoć za pokretanje posla, pomoć u pokretanju posla (nefinancijsku), pomoć pri traženju posla, poučavanje u pisanju molbi i treniranju za intervju za dobivanje posla.

Strukturiranje slobodnog vremena, socijalna podrška i kontakti. U ovu kategoriju uključili smo intervencije namijenjene strukturiranju slobodnog vremena kao što su izleti, sportske aktivnosti, organiziranje kreativnih radionica i drugih socijal-

Tablica 2. Korištenje psihosocijalnih intervencija – prema broju korisnika (N = 454)

Intervencije	Broj korisnika	%
PSIHOLOŠKO-PSIHIJATRIJSKA POMOĆ		
PSIHOLOŠKA POMOĆ		
Individualna/grupna psihoterapija	16	3,5
Supportivna terapija	3	0,7
Savjetovanje	2	0,4
Psihološka pomoć UKUPNO	20	4,4
PSIHIJATRIJSKA POMOĆ		
Psihijatrijske konzultacije	78	17,2
Specijalizirani tretman PTSP-a	12	2,6
Psihijatrijsko bolničko liječenje	26	5,7
Dnevna bolnica	2	0,4
Psihijatrijska pomoć UKUPNO	83	18,3
STAMBENI PROSTOR (SMJEŠTAJ)		
PRIVREMENI SMJEŠTAJ		
Kolektivni smještaj	31	6,8
Smještaj u hotelu	5	1,1
Smještaj u studentskom domu	4	0,9
Plaćanje režija	1	0,2
Novčana potpora za stanarinu	5	1,1
Privremeni smještaj UKUPNO	40	8,8
SADAŠNJI SMJEŠTAJ		
Kuća na korištenje	118	26,0
Materijal za obnovu	32	7,0
Novčana potpora za obnovu kuće	72	15,9
Obnova kuće	84	18,5
Oprema i namještaj	57	12,6
Krediti	5	1,1
Ostalo	5	1,1
Sadašnji smještaj UKUPNO	285	62,8
ZAPOŠLJAVANJE I OSPOSOBLJAVANJE		
OSPOSOBLJAVANJE		
Osposobljavanje za pojedino zanimanje	14	3,1
Prekvalifikacija	10	2,2
Tečajevi (kompjutorski, jezični)	14	3,1
Stručno usavršavanje	21	4,6
Ostalo	3	0,7
Osposobljavanje UKUPNO	51	11,2
ZAPOŠLJAVANJE		
Financijska pomoć za pokretanje posla	2	0,4
Pomoć u pokretanju posla (nefinancijska)	1	0,2
Pomoć pri traženju posla	85	18,7
Poučavanje u pisanju molbi i treniranju za intervju	1	0,2
Ostalo	3	0,7
Zapošljavanje UKUPNO	88	19,4

Intervencije	Broj korisnika	%
SLOBODNO VRIJEME, SOCIJALNA PODRŠKA I KONTAKTI		
Grupe za uzajamnu podršku i rekonzilijaciju	1	0,2
Veteranske grupe	10	2,2
Ženske grupe	6	1,3
Grupe podrške	1	0,2
Kreativne radionice	1	0,2
Izleti	5	1,1
Socijalizacijske izbjegličke grupe	1	0,2
Grupe umirovljenika	8	1,8
Slobodno vrijeme, socijalna podrška i kontakti UKUPNO	73	16,1
FINANCIJSKO-PRAVNA POMOĆ		
SADAŠNJA FINANCIJSKA POMOĆ		
Socijalna pomoć	98	21,6
Mirovine	33	7,3
Invalidnina	1	0,2
Dječji doplatk	44	9,7
Porodiljna naknada	6	1,3
Sadašnja financijska pomoć UKUPNO	169	37,2
PROŠLA FINANCIJSKA POMOĆ		
Financijska pomoć od humanitarnih organizacija	2	0,4
Pomoć u hrani, odjeći, higijenskim sredstvima	102	22,5
Studentske stipendije	1	0,2
Kartoni	101	22,2
Ostala financijska pomoć	15	3,3
Prošla financijska pomoć UKUPNO	164	36,1
PRAVNA POMOĆ		
Savjeti o legalnom statusu, vizama i državljanstvu	3	0,7
Savjeti o imovinskim pitanjima	4	0,9
Pravna zastupanja	4	0,9
Ostala pravna pomoć	1	0,2
Pravna pomoć UKUPNO	32	7,0

nih događanja u lokalnoj zajednici i sl. Pružanje socijalne podrške i kontakata kroz djelovanje posebno formiranih grupa (grupa za uzajamnu podršku i rekonzilijaciju, veteranske grupe, ženske grupe, socijalizacijske izbjegličke grupe).

Financijsko-pravna pomoć. Sastoji se od financijske pomoći, primljene ranije ili aktualno, te pravne pomoći. Aktualna financijska pomoć uključuje: socijalnu pomoć, mirovine, invalidnine, dječji doplatk i porodiljnu naknadu. Prošla financijska pomoć odnosi se na financijsku pomoć od humanitarnih organizacija, pomoć u hrani, odjeći i higijenskim sredstvima, studentske stipendije, financijsku pomoć vezanu uz izbjeglički/prognanički status i sl. Pravna pomoć uključuje savjete o pravnom statusu, vizama i državljanstvu, o imovinskim pitanjima, pravnom zastupanju i drugim oblicima pravne pomoći.

Iz tablice 2. vidljivo je da je najviše osoba koristilo intervencije vezane uz osiguranje smještaja (62,8%), aktualnu (37,2%) i prošlu financijsku pomoć (36,1%), pod kojom se podrazumijeva financijska pomoć koju su sudionici primali tijekom rata. Intervencije iz područja osposobljavanja primilo je 11,2% sudionika, 19,4% je primilo intervencije zapošljavanja, 7,0% pravnu pomoć. Psihijatrijsku pomoć je primilo 18,3% sudionika, a svega 4,4% sudionika navelo je da je primilo psihološku pomoć, što govori u prilog češćeg korištenja intervencija iz okvira medicinskog modela.

Tablica 3. Učestalost korištenja pojedinih kategorija psihosocijalnih intervencija (N = 454)

Intervencija	Br. intervencija	f	%
Psihološka pomoć	0	434	95,6
	1	19	4,2
	2	1	0,2
Psihijatrijska pomoć	0	371	81,7
	1	49	10,8
	2	33	7,3
	3	1	0,2
Privremeni smještaj	0	414	91,2
	1	34	7,5
	2	6	1,3
Sadašnji smještaj	0	169	37,2
	1	204	44,9
	2	67	14,8
	3	12	2,6
	4	2	0,4
Osposobljavanje	0	403	88,8
	1	40	8,8
	2	11	2,4
Zapošljavanje	0	366	80,6
	1	84	18,5
	2	4	0,9
Slobodno vrijeme, socijalna podrška i kontakti	0	381	83,9
	1	57	12,6
	2	11	2,4
	3	4	0,9
	4	1	0,2
Sadašnja financijska pomoć	0	285	62,8
	1	140	30,8
	2	28	6,2
	3	1	0,2
Prošla financijska pomoć	0	290	63,9
	1	122	26,9
	2	42	9,3
Pravna pomoć	0	422	93,0
	1	31	6,8
	2	1	0,2

U tablici 3. navedene su učestalosti korištenja pojedinih intervencija. Broj primljenih intervencija unutar pojedinih kategorija je varirao, a najveći je bio 4 i to za kategoriju sadašnji smještaj.

Što se tiče korištenja različitih intervencija u pojedinoj kategoriji, sudionici najčešće koriste jednu od intervencija, eventualno dvije vrste intervencije, te samo u rijetkim slučajevima tri ili više vrsta intervencija. U tablici 4. prikazane su interkorelacije bazirane na podacima o učestalosti određenih vrsta psihosocijalnih intervencija.

Između zapošljavanja i korištenja trenutne financijske pomoći dobivena je umjerena pozitivna korelacija. Korištenje prošle financijske pomoći u korelaciji je s ostvarivanjem prava na smještaj (privremeno i sadašnje). Također su značajne ($p < 0,01$) povezanosti između slobodnog vremena i osposobljavanja, korištenja pravne pomoći i mentalno-zdravstvene pomoći, te osposobljavanja i slobodnog vremena. Također, može se opaziti umjerena povezanost između korištenja trenutne financijske pomoći i zapošljavanja, i također statistički značajna, ali niža povezanost između korištenja mentalno-zdravstvene pomoći i slobodnog vremena.

Tablica 4. Interkorelacije psihosocijalnih intervencija (Pearsonovi koeficijenti korelacije)

	Privremeni smještaj	Sadašnji smještaj	Osposobljavanje	Zapošljavanje	Slobodno vrijeme	Sadašnja financijska pomoć	Prošla financijska pomoć	Pravna pomoć	Mentalno-zdravstvena pomoć
Privremeni smještaj	1	0,07	0,09	0,07	0,04	0,03	0,28**	0,04	-0,01
Sadašnji smještaj		1	0,01	-0,01	0,04	0,08	0,23**	-0,01	-0,10*
Osposobljavanje			1	-0,06	0,13**	-0,08	-0,01	-0,07	0,01
Zapošljavanje				1	-0,04	0,30**	0,07	0,01	0,03
Slobodno vrijeme					1	0,02	-0,06	0,12**	0,12**
Sadašnja financijska pomoć						1	0,02	0,03	0,04
Prošla financijska pomoć							1	-0,01	-0,09*
Pravna pomoć								1	0,05
Mentalno-zdravstvena pomoć									1

** statistički značajno uz $p < 0,01$

* statistički značajno uz $p < 0,05$

Kao što je ranije izloženo (tablice 2. i 3.) među najčešće korištenim pojedinim intervencijama izdvajaju se: kuća na korištenje (26%), socijalna pomoć (21,6%), pomoć u hrani, odjeći i higijenskim sredstvima, te pomoć ostvarena u okviru izbjegličko/prognaničkog statusa, tzv. kartoni (22,2%). Najmanje korištenih intervencija registrirano je u okviru kategorije psihološke pomoći (4,4%), a najviše intervencija u kategoriji sadašnjeg smještaja (62,8%). Više od polovine sudionika primilo je ovu intervenciju.

U područjima obuhvaćenim ovim ispitivanjem pojedine intervencije nisu sudionicima bile dostupne, pa onda nisu bili ni u mogućnosti koristiti ih, kao što je slučaj s psihološkom pomoći. To također upozorava na skroman broj intervencija koje stoje na raspolaganju sudionicima ispitivanja iz okvira biopsihosocijalnog modela. Neki su sudionici bili prognani ili izbjegli u druga područja, gdje također neke od intervencija nisu bile dostupne. Dio sudionika naročito je naglašavao nedostatak intervencija u okviru psihološke pomoći, što je u ovom ispitivanju i potvrđeno (svega 4,4% prima psihološku pomoć), te nemogućnost zaposlenja u poslijeratnim zajednicama, čemu u prilog govori i visoka stopa nezaposlenosti u područjima gdje je ispitivanje provedeno.

S obzirom na spol, pokazale su se statistički značajne razlike u proporciji sudionika koji su koristili psihijatrijsku pomoć i intervencije vezane uz zapošljavanje. Muškarci češće koriste psihijatrijsku pomoć ($\chi^2 = 14,798$; $df = 1$; $p = 0,000$) i privremeni smještaj ($\chi^2 = 6,066$; $df = 1$, $p = 0,014$), dok žene češće koriste intervencije iz područja zapošljavanja ($\chi^2 = 7,518$; $df = 1$; $p = 0,006$). Dobivene razlike moguće je objasniti činjenicom da su muškarci očekivano u većem broju aktivno sudjelovali u ratu (61,7%, a žene 6,5%), što je moglo rezultirati s više tegoba na planu psihič-

Tablica 5. Korištenje psihosocijalnih intervencija s obzirom na spol sudionika

Vrste intervencija	Proporcije sudionika koji su koristili intervenciju		Stat. značajnost razlika
	Muškarci	Žene	
Psihološka pomoć	0,57	0,33	$\chi^2 = 1,642$; $df = 1$, $p = 0,200$
Psihijatrijska pomoć	0,26	0,12	$\chi^2 = 14,798$; $df = 1$; $p = 0,000$ **
Osposobljavanje	0,12	0,11	$\chi^2 = 0,024$; $df = 1$; $p = 0,876$
Zapošljavanje	0,14	0,24	$\chi^2 = 7,518$; $df = 1$; $p = 0,006$ **
Slobodno vrijeme	0,18	0,14	$\chi^2 = 1,269$; $df = 1$; $p = 0,260$
Privremeni smještaj	0,53	0,12	$\chi^2 = 6,066$; $df = 1$, $p = 0,014$ **
Sadašnji smještaj	0,60	0,65	$\chi^2 = 1,026$; $df = 1$, $p = 0,311$
Sadašnja financ. pomoć	0,38	0,37	$\chi^2 = 0,055$; $df = 1$, $p = 0,815$
Prošla financ. pomoć	0,32	0,40	$\chi^2 = 3,466$; $df = 1$, $p = 0,063$
Pravna pomoć	0,67	0,73	$\chi^2 = 0,072$; $df = 1$, $p = 0,788$

** statistički značajno uz $p < 0,01$

* statistički značajno uz $p < 0,05$

Tablica 6. Korištenje psihosocijalnih intervencija prema dobnim kategorijama sudionika

Vrste intervencija	Proporcije sudionika koji su koristili intervenciju					Stat. značajnost razlika
	Dobne kategorije (godine)					
	25-30	31-40	41-50	51-60	61-65	
Psihološka pomoć	0,00	0,03	0,06	0,07	0,02	nije testirano
Psihijatrijska pomoć	0,09	0,17	0,24	0,19	0,09	$\chi^2 = 8,816$; $p = 0,066$
Osposobljavanje	0,19	0,17	0,12	0,07	0,02	$\chi^2 = 14,904$; $p = 0,005^{**}$
Zapošljavanje	0,36	0,21	0,19	0,24	0,05	$\chi^2 = 15,859$; $p = 0,003^{**}$
Slobodno vrijeme	0,13	0,18	0,13	0,18	0,16	$\chi^2 = 1,947$; $p = 0,746$
Privremeni smještaj	0,19	0,11	0,08	0,07	0,05	$\chi^2 = 7,377$; $p = 0,117$
Sadašnji smještaj	0,48	0,54	0,69	0,63	0,62	$\chi^2 = 10,002$; $p = 0,040^*$
Sadašnja financ. pomoć	0,32	0,45	0,39	0,36	0,24	$\chi^2 = 8,638$; $p = 0,071$
Prošla financ. pomoć	0,39	0,35	0,39	0,31	0,36	$\chi^2 = 1,925$; $p = 0,750$
Pravna pomoć	0,07	0,07	0,07	0,05	0,10	$\chi^2 = 1,605$; $p = 0,808$

** statistički značajno uz $p < 0,01$ ($df = 4$)

* statistički značajno uz $p < 0,05$ ($df = 4$)

kog zdravlja, pa onda i korištenju psihijatrijske pomoći. Također je poznato da je dio njih ostvario mirovine zbog sudjelovanja u borbi, te na taj način riješio svoj ekonomski status, dok je to u žena rjeđe slučaj, te one češće koriste usluge vezane uz zapošljavanje.

Statističku značajnost razlika za kategoriju 'Psihološka pomoć' nije bilo moguće testirati jer je broj sudionika koji su koristili tu vrstu intervencije u pojedinim kategorijama bio manji od 5.

S obzirom na dobne kategorije, dobivene su statistički značajne razlike u proporcijama sudionika za korištenje intervencija iz područja osposobljavanja ($\chi^2 = 14,904$; $df = 4$; $p = 0,005$), zapošljavanja ($\chi^2 = 15,859$; $df = 4$; $p = 0,003$) i sadašnjeg smještaja ($\chi^2 = 10,002$; $df = 4$; $p = 0,040$). Rezultati pokazuju da su mladi sudionici, u većoj proporciji, koristili usluge osposobljavanja (19,4%) i zapošljavanja (35,5%). Razlog je tome što oni, za razliku od starijih sudionika, spadaju u radno sposobnu kategoriju stanovništva. Općenito, uočljiv je trend smanjivanja ovih intervencija u funkciji porasta dobi.

S obzirom na kategorije sudionika prema visini mjesečnih primanja po članu kućanstva, dobivene su značajne razlike u korištenju intervencija osposobljavanja ($\chi^2 = 8,837$; $df = 2$; $p = 0,012$), zapošljavanja ($\chi^2 = 24,411$; $df = 2$; $p = 0,000$), sadašnjeg smještaja ($\chi^2 = 8,873$; $df = 2$; $p = 0,012$) i trenutne financijske pomoći ($\chi^2 = 28,893$; $df = 2$; $p = 0,000$). Sudionici viših mjesečnih primanja u većoj su proporciji koristili intervencije osposobljavanja (stručno usavršavanje, kompjutorski i jezični tečajevi), dok su sudionici s nižim primanjima, u većoj proporciji, koristili usluge vezane uz zapošljavanje (kao što je npr. pomoć pri traženju posla).

Tablica 7. Korištenje psihosocijalnih intervencija prema visini mjesečnih primanja po članu kućanstva

Vrste intervencija	Proporcije sudionika koji su koristili intervenciju			Stat. značajnost razlika
	Kategorije prema mjesečnim primanjima po članu			
	Do 100 €	101–200 €	Preko 200 €	
Psihološka pomoć	0,05	0,03	0,06	$\chi^2 = 1,428$; $p = 0,490$
Psihijatrijska pomoć	0,24	0,18	0,15	$\chi^2 = 4,132$; $p = 0,127$
Osposobljavanje	0,06	0,10	0,17	$\chi^2 = 8,837$; $p = 0,012^{**}$
Zapošljavanje	0,29	0,24	0,08	$\chi^2 = 24,411$; $p = 0,000^{**}$
Slobodno vrijeme	0,11	0,19	0,18	$\chi^2 = 3,996$; $p = 0,136$
Privremeni smještaj	0,09	0,09	0,09	$\chi^2 = 0,121$; $p = 0,941$
Sadašnji smještaj	0,66	0,70	0,55	$\chi^2 = 8,873$; $p = 0,012^{**}$
Sadašnja financ. pomoć	0,55	0,36	0,25	$\chi^2 = 28,893$; $p = 0,000^{**}$
Prošla financ. pomoć	0,37	0,38	0,35	$\chi^2 = 0,280$; $p = 0,869$
Pravna pomoć	0,08	0,07	0,07	$\chi^2 = 0,310$; $p = 0,856$

** statistički značajno uz $p < 0,01$ ($df = 2$)

* statistički značajno uz $p < 0,05$ ($df = 2$)

Tablica 8. Korištenje psihosocijalnih intervencija prema stupnju obrazovanja sudionika

Vrste intervencija	Proporcije sudionika koji su koristili intervenciju				Stat. značajnost razlika
	Kategorije prema obrazovanju				
	Nepotpuna osn. škola	Osnovna škola	Srednja škola	Viša ili visoka	
Psihološka pomoć	0,00	0,07	0,05	0,00	nije testirano
Psihijatrijska pomoć	0,10	0,21	0,19	0,05	$\chi^2 = 5,908$; $p = 0,116$
Osposobljavanje	0,00	0,08	0,12	0,24	nije testirano
Zapošljavanje	0,21	0,29	0,18	0,05	$\chi^2 = 10,656$; $p = 0,014^{**}$
Slobodno vrijeme	0,03	0,14	0,19	0,08	$\chi^2 = 7,161$; $p = 0,067$
Privremeni smještaj	0,10	0,09	0,82	0,11	nije testirano
Sadašnji smještaj	0,89	0,71	0,58	0,59	$\chi^2 = 13,973$; $p = 0,003^{**}$
Sadašnja financ. pomoć	0,52	0,53	0,34	0,11	$\chi^2 = 25,067$; $p = 0,000^{**}$
Prošla financ. pomoć	0,55	0,38	0,35	0,29	$\chi^2 = 5,597$; $p = 0,133$
Pravna pomoć	0,07	0,09	0,65	0,08	nije testirano

** statistički značajno uz $p < 0,01$ ($df = 3$)

* statistički značajno uz $p < 0,05$ ($df = 3$)

Što se tiče kategorija sudionika prema stupnju obrazovanja, dobivene su statistički značajne razlike za intervencije zapošljavanja ($\chi^2 = 10,656$; $df = 3$; $p = 0,014$), sadašnjeg smještaja ($\chi^2 = 13,973$; $df = 3$; $p = 0,003$) i sadašnje financijske pomoći ($\chi^2 = 25,067$; $df = 3$; $p = 0,000$). Intervencije iz kategorije zapošljavanja u većoj proporciji koristili su manje obrazovani sudionici (20,7% ; 29,3% ; 18,2%). Ovako dobiveni podaci upućuju na činjenicu da visoko obrazovani sudionici imaju manje poteškoća u pronalaženju zaposlenja, te u manjem postotku koriste ove usluge (5,4%).

Razmatrajući korištenje zdravstvenih intervencija kod 996 traumatiziranih osoba s Kosova (Eytan i sur., 2006), autori su dobili rezultate o općenito češćem korištenju intervencija od strane starijih sudionika, onih nižeg obrazovnog nivoa, lošijeg fizičkog statusa, odnosno sudionika s dijagnosticiranim PTSP-om.

Dio problema vezanih uz oporavak traumatiziranih osoba povezan je s nedostatkom financijskih izvora, nezaposlenošću, uvjetima smještaja i drugim psihosocijalnim činiteljima (Kraljević, 2008; Knezović i Bunjevac, 2003). Već je spomenuto da je psihološku pomoć u obliku individualne/grupne psihoterapije i savjetovanja, na razini cjelokupnog uzorka koristilo svega 20 sudionika (4,4%), te nije bilo moguće testirati razlike između sudionika različitih sociodemografskih karakteristika budući da je broj opaženih frekvencija u pojedinim kategorijama manji od 5. Jednim dijelom ovo možemo objasniti i činjenicom da se traumatizirane osobe teže odlučuju na traženje psihološke pomoći, te da je većini ljudi prihvatljivije imati tjelesne zdravstvene probleme nego psihičke. U istraživanjima faktora važnih za traženje psihološke pomoći kod traumatiziranih osoba (Janković, Schutzwahl, Fazel i Pribe, 2005) značajnim su se pokazali: izraženost psihopatologije, vrsta traumatskog događaja i stupanj traumatizacije, te sociodemografske karakteristike i spol. Bland i sur. (1997) su našli da pomoć traže traumatizirane osobe koje su mlađe dobi, iz gradske sredine, višeg obrazovanja, razvedeni i koji imaju izražene psihičke probleme. S druge strane, u našem ispitivanju sudionici su psihijatrijsku pomoć (psihijatrijske konzultacije, bolničko liječenje, specijalizirani tretman za PTSP, dnevnu bolnicu) koristili 3-4 puta češće nego psihološku pomoć, za što može postojati nekoliko objašnjenja. Prvo je povezano s činjenicom da je u okviru našeg zdravstvenog sustava ovaj oblik psihijatrijske pomoći sastavni dio specijalističkih zdravstvenih usluga, pa je sudionicima više na raspolaganju. Drugo moguće objašnjenje povezano je s činjenicom da je jedan broj sudionika rata (između ostalog) i putem psihijatrijske pomoći ostvarivao pravo na mirovinu i ostala braniteljska prava.

ZAKLJUČAK

Utvrđene su razlike u vrsti i količini korištenih psihosocijalnih intervencija između sudionika različitih sociodemografskih karakteristika. Razlike su pronađene za spol, dob, ekonomski status i obrazovanje. Pokazalo se da psihijatrijsku pomoć muškarci koriste u većoj proporciji od žena, a žene u većoj proporciji koriste inter-

vencije iz područja zapošljavanja. Mlađi sudionici, u većoj proporciji od starijih, koriste usluge osposobljavanja i zapošljavanja. Sudionici boljeg ekonomskog statusa u većoj proporciji koriste intervencije osposobljavanja, dok sudionici lošijeg ekonomskog statusa i slabije obrazovani, u većoj proporciji koriste usluge vezane uz zapošljavanje, kao što je pomoć pri traženju posla.

Ovi rezultati upućuju na važnost prepoznavanja i uvažavanja različitih potreba traumatiziranih osoba u zajednici. Sukladno tome, psihosocijalne intervencije je moguće planirati vodeći računa o stvarnim potrebama traumatiziranih osoba. U ovom se istraživanju pokazalo da sudionici rijetko koriste psihosocijalne intervencije. Jedan od razloga mogao bi biti povezan s objektivnim ograničenjem broja ponuđenih psihosocijalnih intervencija u zajednicama u kojima je provedeno ispitivanje, odnosno na prevladavanje intervencija iz okvira medicinskog modela. Drugi mogući razlog je ne prepoznavanje njihove važnosti u okviru biopsihosocijalnog modela kao doprinosa zdravstveno-mentalnom statusu traumatiziranih osoba. Naime, za oporavak traumatiziranih osoba najčešće se koriste intervencije iz klasičnog medicinskog modela, te se u okviru ovog modela većini sudionika i pruža pomoć (Stubbs, 2005). Često se, osim klasične medicinske pomoći, radi i o oblicima socijalne pomoći (rješavanje egzistencijalno-socijalnih problema u osiguravanju i reguliranju statusa, npr. stjecanje prava na mirovinu, invalidninu i sl.).

LITERATURA

- Agger, I., Vuk, S., Mimica, J. (1995). *Theory and practice of psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. Brussels: ECHO.
- Ajduković, D. (1995). *Programi psihosocijalne pomoći prognanoj i izbjegloj djeci: priručnik za pomagače-nestručnjake*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Ajduković, D. (2003). *Socijalna rekonstrukcija zajednice*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Ajduković, D., Ajduković, M. (2003). Reconstructing early intervention after trauma. U: O. Roderick, U. Schnyder (ur.), *Innovations in the care survivors*, pp. 81-91. Oxford: Oxford University Press.
- Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Četvrto izdanje, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Anderson, N.B., Armstead, C.A. (1995). Toward understanding the association of socioeconomic status and health: A new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine*, 57, 213-225.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H. (1997). Help-seeking for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 935-942.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A.L., Epstein, R.M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.

- Brundtland, G.H. (2000). Mental health of refugees, internally displaced persons and other populations affected by conflict. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 159-161.
- Ehrenreich, J.H. (2001). *Coping with disasters. A Guidebook to psychosocial intervention* (Revised intervention). <http://www.mhw.org> Pristupljeno 14. lipnja 2007.
- Eisenman, D.P., Gelberg, L., Lui, H., Shapiro, M.F. (2003). Mental health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in United States with previous exposure to political violence. *The Journal of the American Medical Association*, 290, 627-634.
- Eytan, D., Toscani, L., Loutan, L. (2006). Posttraumatic stress disorder and the use of general health services in postwar Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 57-67.
- Finch, C.E., Vaupel, J.W., Kinsella (2001). *Cells and surveys. Should biological measures be included in social science research?* Washington, DC: National Academy Press.
- Fontana, A., Rosenheck, R. (1994). Causal model of war-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 475 – 500.
- Harvey, M.R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Janković, J., Schutzwahl, M., Fazel, M., Priebe, S. (2005). Who seeks treatment after a traumatic event and who does not? A review of findings on mental health service utilization. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 595-605.
- Knezović, Z., i Bunjevac, T. (2003). Ratni stres i agresivnost. *Suvremena psihologija*. 6, 53-63.
- Knezović, Z., Gogić, B., Kocijan-Hercigonja, D. (2001). *Hrvatski psihosocijalni program: petogodišnja iskustva u radu sa sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata*. Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata-MHBDR, Zagreb.
- Knezović, Z. (1997). *Psihosocijalni program (PSP) za ratne stradalnike –Hrvatski model*. (ur. Stojan Vrljić) Zbornik radova "Popularna srijeda". Pedagoški fakultet Sveučilišta u Mostaru, 129-132.
- Kraljević, R. (2004). Integrative therapy principles as an approach in treatment of the victims of torture and members of their families. *Voice Against Torture*, 11, 1-8.
- Kraljević, R. (2008). *Doprinos nekih osobina ličnosti i psihosocijalnih intervencija odabranim pokazateljima mentalnog zdravlja ratom traumatiziranih osoba*. Doktorska disertacija, Zagreb: Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
- McGuire, R., McCabe, Priebe, S. (2001). Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 557-564.
- Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10. revizija (1994). Svezak 1. Zagreb: Medicinska naklada.
- Mercer, S.W., Ager, A., Ruwanpura, E. (2004). Psychosocial distress of Tibetans in exile: Integrating Western interventions with traditional beliefs and practice. *Social Science and Medicine*, 60, 179-189.
- Priebe, S., Janković Gavrilović, J., Schutzwahl, M., Galeazzi, G.M., Lečić-Toševski, D., Ajduković, D., Frančičković, T., Kučukalić, A., Popovski, M. (2004). Study of long term clinical and social outcomes after war experiences in ex Yugoslavia- methods of the "Connect project". *Psychology Today*, 36, 111-122.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330, 7483, 123-136.

Stubbs, P. (2005). *International actors and national social policy: New policy and old modalities*. [Http://paulstubbs.pbwiki.com/](http://paulstubbs.pbwiki.com/) Pristupljeno 29. studenoga 2007.

UNHCR (1991). *Social services on Refugee Emergencies*, Geneva.

PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS AS A FORM OF ASSISTANCE FOR TRAUMATIZED PERSONS

Summary

This paper reviews organized assistance provided for the population in post-war communities in the form of psychosocial interventions. The interventions are considered within the framework of the biopsychosocial model used in understanding the mental health of traumatized persons. The aim of the study was to determine whether differences exist in the type and amount of psychosocial interventions among participants from different sociodemographic backgrounds. The Matrix for Recording Health Care and Social Interventions (MACSI), which was constructed for an international research project (Connect project, Priebe et. al., 2004) was used to register the number and type of intervention. The obtained results revealed differences in the type and amount of psychosocial interventions in different sociodemographic groups.

Key words: traumatization, psychosocial intervention models, psychological assistance, recovery

Primljeno: 19. 02. 2009.