



Viktor Božičević / Siniša Brlas / Marina Gulin

PSIHOLOGIJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO **SVETI ROK** VIROVITIČKO-PODRAVSKE ŽUPANIJE

PSIHOLOGIJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

PRIRUČNIK ZA PSIHOLOŠKU
DJELATNOST U ZAŠTITI
I PROMICANJU MENTALNOG ZDRAVLJA

UREDNICI

Mr. sc. Viktor Božičević, prof.
Siniša Brlas, prof.
Mr. spec. Marina Gulin, dipl. psih.

NAKLADNIK

Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“
Virovitičko-podravске županije

LEKTORICA

Danijela Fabric Fabijanac, prof.

NASLOVNICA

Definicija, Zagreb

PRIPREMA I TISAK

Grafiti Becker, Virovitica

NAKLADA

500 primjeraka
Virovitica 2012.
Prvo izdanje

CIP zapis dostupan u računalnome katalogu Nacionalne
i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 821384

ISBN 978-953-7756-06-2

© Nijedan dio ove publikacije ne smije se
umnožavati, fotokopirati ni na bilo koji način
reproducirati bez nakladnikova pismenog
dopuštenja.

Viktor Božičević
Siniša Brlas
Marina Gulin

PSIHOLOGIJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA
PRIRUČNIK ZA PSIHOLOŠKU DJELATNOST
U ZAŠTITI I PROMICANJU MENTALNOG ZDRAVLJA

Virovitica 2012.

SADRŽAJ

| | |
|--|-----|
| 1. PREGOVOR | 10 |
| Zašto priručnik i kome je namijenjen | 11 |
| 2. INTERDISCIPLINARNI PRISTUP U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA | 14 |
| 2.1. Slavko Sakoman: Koncept zaštite mentalnog zdravlja; mjesto i uloga psihologije i psihologa | 15 |
| 2.2. Marina Kuzman: Intersektorska suradnja u zaštiti mentalnog zdravlja mladih | 22 |
| 2.3. Jadranka Mustajbegović: Mentalno zdravlje i radno mjesto: cilj i put | 27 |
| 2.4. Miroslav Venus: Međusektorski pristup u zaštiti mentalnog zdravlja i mjesto i uloga psihologa u stručnim timovima u javnozdravstvenom sustavu | 31 |
| 2.5. Željko Ključević: Suradnja psihologa i psihijataru u interdisciplinarnom pristupu zaštiti mentalnog zdravlja u stručnim timovima u javnozdravstvenom sustavu | 34 |
| 2.6. Hrvoje Gligora: Psiholozi i promicanje mentalnog zdravlja | 40 |
| 3. PSIHOLOŠKA DJELATNOST U ZAŠTITI I PROMICANJU MENTALNOG ZDRAVLJA | 46 |
| 3.1. Vizija, misija i ciljevi psihološke djelatnosti u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja | 47 |
| 3.2. Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja u općoj populaciji | 49 |
| 3.2.1. Nataša Basanić Čuš, Sandra Milotti Ašpan i Marijana Rajčević Kazalac: Projektni rad u zajednici na unaprjeđenju mentalnog zdravlja u općoj populaciji | 50 |
| 3.2.2. Maja Lipanović i Ivana Jukić: Jačanje roditeljskih odgojnih kompetencija, odgovorno roditeljstvo | 61 |
| 3.2.3. Mirjana Nazor: Promicanje odgovornosti, pozitivnih društvenih vrijednosti, etičkih i moralnih principa u odgojno-obrazovnom procesu i medijima | 66 |
| 3.3. Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja djece i mladih | 74 |
| 3.3.1. Marta Ljubešić: Roditeljske vještine i rana interakcija te rana intervencija u zajednici | 75 |
| 3.3.2. Ana Uranija: Psihološka potpora obitelji u zaštiti mentalnog zdravlja | 87 |
| 3.3.3. Vesna Rusijan Ljuština: Dječji vrtić i mentalno zdravlje djece – iskustva i preporuke | 94 |
| 3.3.4. Vesna Rak: Unaprjeđivanje kvalitete psihosocijalnog okruženja i potpore učenicima u školi: iskustvene preporuke i upute za rad psihologa | 100 |
| 3.3.5. Marina Gulin: Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih i psihološka intervencija | 124 |
| 3.3.6. Branka Lukić Cesarik: Psihološka procjena i rana intervencija kod djece i mladih s poteškoćama u razvoju uz podršku njihovim obiteljima | 137 |
| 3.3.7. Branka Lukić Cesarik: Prepoznavanje problema u obitelji i psihološka intervencija | 147 |

| | | |
|----------------|--|-----|
| 3.3.8. | Berta Bacinger-Klobučarić: Uloga lokalne zajednice u podršci djeci i mladima s problemima mentalnog zdravlja: od ranog prepoznavanja do rane intervencije | 156 |
| 3.3.9. | Dragana Matešković i Gordana Buljan Flander: Prevencija zlostavljanja djece i međuvršnjačkog nasilja | 172 |
| 3.3.10. | Dean Ajduković: Prevencija nasilja u mladenačkim vezama | 183 |
| 3.4. | Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja na radnom mjestu | 200 |
| 3.4.1. | Cvjetko Vretenar i Sara Visintin: Upravljanje ljudskim resursima koje osigurava produktivnost i održivi razvoj radne snage | 201 |
| 3.4.2. | Hrvoje Gligora: Afirmiranje partnerskog odnosa i rješavanje sukoba poslodavaca i zaposlenika | 212 |
| 3.4.3. | Ratko Kovačić i Željka Pačalat: Obrazovanje koje priprema za rad | 219 |
| 3.4.4. | Anita Đuretić-Bartolović: Odabir najpogodnijih radnika za zahtjeve radnog mjesta i razvoj karijere | 234 |
| 3.4.5. | Zoran Sušanj: Organizacijske intervencije u procesima upravljanja ljudskim resursima: uloga rukovoditelja u očuvanju mentalnog zdravlja | 246 |
| 3.4.6. | Marina Gulin: Upravljanje stresom na radnom mjestu | 264 |
| 3.4.7. | Viktor Božičević: Osoba narušenog mentalnog zdravlja - psihološka potpora na radnom mjestu | 271 |
| 3.5. | Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja ranjivih populacijskih skupina: žrtava rata i njihovih obitelji, nezaposlenih te osoba starije životne dobi | 278 |
| 3.5.1. | Zdenka Pantić: Psihosocijalne intervencije prema braniteljima i njihovim obiteljima | 279 |
| 3.5.2. | Zdenka Pantić: Psihosocijalne intervencije prema civilnim žrtvama rata i njihovim obiteljima | 289 |
| 3.5.3. | Mirjana Zečirević, Marijana Senjak i Irena Bačelić: Razvoj kompetencija za poboljšanje zapošljivosti dugotrajno nezaposlenih osoba kojima prijete socijalna isključenost | 305 |
| 3.5.4. | Marlena Plavšić: Potpora osobama starije životne dobi, sprječavanje nasilja nad starijim osobama i unaprjeđivanje kvalitete života i mentalnog zdravlja | 322 |
| 3.6. | Psihologija u prevenciji poremećaja mentalnog zdravlja te liječenju i rehabilitaciji osoba s poremećajima mentalnog zdravlja | 336 |
| 3.6.1. | Viktor Božičević: Interdisciplinarna suradnja u provođenju dijagnostike i tretmana problema mentalnog zdravlja | 337 |
| 3.6.2. | Mladen Mavar, Lucijana Rupić i Maja Vučenović: Unaprjeđivanje psihosocijalnih metoda rehabilitacije osoba s poremećajem mentalnog zdravlja | 344 |
| 3.6.3. | Marina Pleša: Institucionalna skrb i psihosocijalna potpora o psihički bolesnim odraslim osobama u sustavu socijalne skrbi | 352 |
| 3.6.4. | Gordan Bošković: Važnost prepoznavanja rizičnih i protektivnih čimbenika za samoubojstvo, procjena rizika, tretmani u prevenciji suicida | 363 |
| 3.6.5. | Siniša Brlas: Unaprjeđivanje mjera prevencije i suzbijanje ovisnosti; mjesto i uloga psihologa | 386 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 3.6.6. | Pino Tuftan: Indicirana prevencija kockanja i novih oblika ovisnosti | 395 |
| 3.7. | Međusektorska suradnja i suradnja s medijima u području zaštite mentalnog zdravlja u zajednici | 408 |
| 3.7.1. | Dean Ajduković i Dragan Jusupović: Suradnja u lokalnoj zajednici: model, iskustva i evaluacija unaprjeđenja međusektorske suradnje u suzbijanju nasilja u obitelji | 409 |
| 3.7.2. | Marlena Plavšić: Mediji i suradnja s medijima u funkciji zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja u zajednici | 425 |
| 3.8. | Mogući pristupi istraživanjima u području zaštite mentalnog zdravlja | 435 |
| 3.8.1. | Ljiljana Kaliterna Lipovčan, Josip Burušić i Maja Tadić: Indikatori kvalitete življenja | 436 |
| 3.8.2. | Siniša Brlas: Planiranje tijeka akcije; kako da ciljevi budu ostvarivi | 444 |
| 3.8.3. | Josip Burušić, Ljiljana Kaliterna Lipovčan i Maja Šerić: Evaluacijska istraživanja u području zaštite i promicanja mentalnog zdravlja te unaprjeđenja kvalitete života | 450 |
| 3.9. | Kako pomoći pomagačima da sačuvaju svoje mentalno zdravlje | 462 |
| 3.9.1. | Marina Ajduković: Psihologija o psiholozima; a tko mene pita kako mi je... ? | 462 |
| 4. | BILJEŠKE O AUTORIMA | 470 |

1. PREDGOVOR

Zašto priručnik i kome je namijenjen

Život na način na koji ga živimo i svijest o potrebi skrbi o zdravlju određuju naše svakodnevno ponašanje, a sve više i stručne postupke usmjerene očuvanju zdravlja i kvalitete života općenito. Mentalno zdravlje dio je našega zdravlja, a načinom života i mentalno je zdravlje sve ugroženije. Psihološka struka zasigurno je među onima koje u području skrbi o mentalnom zdravlju može ponuditi lepezu mjera i postupaka u različitim područjima života i rada, koje su usmjerene u prvome redu očuvanju zdravlja i prevenciji obolijevanja, ali i postupke tretmana za one pojedince (i/ili skupine) kojima je mentalno zdravlje već narušeno.

Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine prepoznala je područja u kojima je važno djelovati kako bi se čuvalo mentalno zdravlje populacije te je u skladu s time i denirala mjere za djelovanje odnosno smjernice za unaprjeđenje postojećih i razvoj novih načina zaštite mentalnog zdravlja.

U tome je kontekstu velik prostor za djelovanje povjeren javnozdravstvenom sustavu, koji ima formirane stručne timove koji se već godinama bave liječenjem, prevencijom i suzbijanjem ovisnosti, što uključuje i brigu o mentalnom zdravlju ovisnika, ali i zdravih, te je skrb o mentalnom zdravlju u ovim službama u širem kontekstu prepoznata i naglašena kao primarna djelatnost te stavljena na prvo mjesto kako bi se iskoristili kapaciteti za djelotvorne intervencije u smjeru očuvanja mentalnog zdravlja, ne zanemarujući pri tome poslove liječenja i prevencije ovisnosti koje su ove službe nastavile i dalje obavljati.

Slijedom toga skupina psihologa zaposlenih u županijskim zavodima za javno zdravstvo, osobito urednici ove knjige, prepoznali su prostor za psihološki struku i kapacitete psihologije za djelotvorne intervencije u području brige za mentalno zdravlje. Uslijedila je javna rasprava za koju je poticaj bila knjiga „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja“, objavljena 2010. godine u izdanju Zavoda za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije. Javna je rasprava rezultirala izradom prijedloga smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, koje su 2011. godine objavljene u knjizi „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja“. Ove smjernice definiraju mjere i postupke koje psiholozi provode ili mogu provoditi u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Ovako koncipiran pristup projektu nametnuo je potom i potrebu kreiranja publikacije koja bi upućivala, na temeljima dobre psihološke prakse i iskustva, u stručne postupke koje psiholozi provode ili imaju znanja i vještine za njihovo provođenje. Tako je nastala ova knjiga „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja“, koja sadržajem obuhvaća prioriteta područja Nacionalne strategije i prezentira dobru psihološku praksu u tim područjima, afirmirajući stručne aktivnosti psihologa u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Knjiga je koncipirana kao temelj psihološke djelatnosti u unaprjeđivanju međusektorske

suradnje u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, s ciljem potpunijeg uključivanja psihologije i psihologa te učinkovite primjene potencijala psihološke struke u ovome području. Nadogradnja je dakle publikaciji „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja“ u kojoj su operacionalizirane i definirane mjere i aktivnosti te poslovi kojima psiholozi mogu pridonijeti ostvarenju ciljeva, odnosno učinkovitosti i uspješnosti mjera djelovanja definiranih u prioritetnim područjima „Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja od 2012. do 2016.“.

Priručnik je stoga namijenjen psiholozima kao vodič u neposrednoj praksi i kao takav prva je stručna knjiga koja, u potpunom suglasju s najvažnijim državnim strateškim dokumentom u području zaštite mentalnog zdravlja, afirmira kapacitete psihološke struke. Jasno je da je ovo pionirsko djelo i kao takvo u njemu još ima prostora za napredovanjem i poboljšanjima. Stoga smo uvjereni da će kolegice i kolege priručnik čitati dobronamjerno te promišljati o mogućim poboljšanjima i tako dati svoj kreativni stručni doprinos možebitnim idućim izdanjima za koja se nadamo da će uslijediti.

Urednici

2. INTERDISCIPLINIRANI PRISTUP U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

2.1. **Koncept zaštite mentalnog zdravlja; mjesto i uloga psihologije i psihologa**

Uvod

Premda je u definiciji pojma zdravlje „mentalno“ njegova jednakovrijedna sastavnica kao i „tjelesno“, nevjerojatan je i po čovjeka štetan disbalans u poziciji, vrjednovanju i resursima koje javno zdravstvo troši na taj aspekt zdravstvene zaštite ljudi. U javnosti vrlo afirmirana suvremena „somatska“ medicina guta enormne materijalne resurse. Zašto je to tako? Mentalno zdravlje i preventivna medicina općenito, posve su marginalizirani. Tko se proslavio ili ostvario velik profit baveći se zaštitom mentalnog zdravlja? Na kreiranje zdravstvene politike (orijentirane na „bolest“), na žalost, značajan utjecaj imaju sustavi koji usmjeravaju veliki novac na dijagnostiku i liječenje bolesti (osobito farmakoterapiju). Premda su posljednjih nekoliko decenija mozak i „ono“ psihičko u njemu (kao temeljno izvoriste ljudskog ponašanja i funkcioniranja) u fokusu neuroznanstvenika i suvremene psihologije, mala je vjerojatnost da će se u doglednoj perspektivi osigurati adekvatan prostor i sredstva za razvoj metoda i organizaciju sustava koji bi svojim djelovanjem štitili i unaprjeđivali *mentalno zdravlje* ljudi.

Nema zdravlja i osjećaja prirodne životne radosti koja daje smisao postojanju, bez mentalnog zdravlja. *Mentalna funkcionalnost* osoba odražava se u svim aspektima ljudskog ponašanja. Mentalno biti funkcionalan znači imati takav *konstrukt osobnosti* kojim čovjek sve svoje „darove“ i resurse, od inteligencije do fizičkih dispozicija, optimalno i balansirano koristi zadovoljavajući osobne, ali i pridonoseći potrebama drugih i zajednice. Tijelo može biti u svakom detalju zdravo, genska dispozicija bez opterećenja, inteligencija izvrsna, a osoba može biti posve neučinkovita u svom funkcioniranju, čak vrlo štetna ponašanjem po sebe ili zajednicu, može biti nesretna do razine suicidalnosti, čak i unatoč vrlo povoljnih trenutnih životnih okolnosti. Na izgradnju, strukturiranje, organizaciju i moralnost osobnosti, njenu snagu, stabilnost i kapacitete potrebne za prilagodbu na nepovoljne okolnosti ili ustrajnost i vještinu kojom će rješavati probleme ili mijenjati stvarnost (ne na štetu drugih), od presudnog je značaja *odgoj i kvaliteta života* u procesu odrastanja. U kojoj mjeri (znanost) znanja iz područja *razvojne psihologije* posjeduju i koriste oni koji odgajaju djecu (roditelji, nastavnici, zdravstveni djelatnici), da bi odgojni postupak bio optimalno funkcionalan? Kvalitetnim odgojem mozak dobiva šansu da svoje resurse, um ispred svega, na najbolji način stavi u funkciju upravljanja životnim procesima, što se među ostalim potvrđuje i kroz *ponašanja* kojima čovjek čuva i unaprjeđuje vlastito tjelesno i mentalno zdravlje, a istovremeno kroz interakcije pridonosi dobrobiti drugih. Odgoj za samosvjesno, samozaštitno ponašanje najvažniji je element

preventivnog djelovanja. O ljudskoj psihi i ponašanju čovjeka, od svih struka najviše zna psihologija i ta znanstvena disciplina uz „pedagogiju“ mora u društvu dobiti daleko veći prostor i utjecaj.

Današnja psihijatrija i njeni dosezi u zaštiti mentalnog zdravlja

Psihijatrija „priča“ svoju priču. Zdravstvena politika je pridonijela prevelikoj razdvojenosti primarne od sekundarne zdravstvene zaštite, ali i stručnih resursa; onih angažiranih na programe liječenja od onih „koji se bave prevencijom“. Prema „opisu posla“ specijalista psihijatar zaposlen u bolničkoj ustanovi ne treba se baviti prevencijom, osobito ne na „terenu“. Tijekom petogodišnjeg specijalističkog staža gotovo ništa niti ne uči o modalitetima preventivnog djelovanja (zaštiti mentalnog zdravlja u zajednici). U dodiplomskoj izobrazbi liječnika kao i u programu specijalizacije psihijatrije, premalo je prostora ostavljeno za učenje psihologije ponašanja i doživljavanja. Najveći dio vremena specijalizanti psihijatrije provode uz bolesnički krevet učeći farmakoterapiju psihoza i depresije. Bez dobrog poznavanja „normalne“ ljudske psihologije (ali i pedagogije) i iskustva u radu s institucijama lokalne zajednice (od škole do zatvora), psihijatar ne može biti organizator, edukator, kreator, a ni stručnjak koji neposredno i kvalitetno provodi mjere univerzalne i selektivne prevencije psihičkih poremećaja. Kako savjetovati roditelje u svezi odgoja djece ako o pedagogiji i metodama odgoja i modalitetima disfunkcionalnosti obitelji liječnik gotovo ništa nije učio? Jedino na području bolesti ovisnosti, dio psihijatara je angažiran na terenu radeći prevenciju ovisnosti ili rehabilitaciju ovisnika o alkoholu (rad u klubovima liječenih alkoholičara).

Psihijatrija je zatvorena u svoja „dvorišta“ i okrenuta pasivnom čekanju bolesnika. Pod utjecajem biološke paradigme, u tretmanu je dominantno usmjerena na farmakoterapiju svega nekoliko kategorija pacijenata. Kao medicinska grana propustila je svoju priliku društveno se angažirati u preventivnoj medicini, pridonoseći razvoju suvremenog, učinkovitog, jeftinog i lako dostupnog sustava, koji bi u provođenju mjera selektivne i indicirane prevencije, preferirajući etiološki pristup, psioedukacijom, psihološkim intervencijama i psihosocijalnim postupcima pomagao obiteljima, djeci, mladima, odraslima osnažiti svoje kapacitete i što prije uspostaviti mentalnu ravnotežu ukoliko se pojavi rizik i/ili naznake i prvi simptomi psihičkog poremećaja radi stresa, loših navika, teškoća prilagodbe ili životnih problema i nepovoljnih okolnosti razne naravi. Psihijatrijske ustanove (bolnice, klinike) u pružanju sekundarne specijalističke zdravstvene zaštite najveći dio svojih resursa troše na hospitalni tretman. Posthospitalno, ambulantno liječenje, programi socijalne rehabilitacije (osobito težih duševnih bolesnika) u mnogim područjima Hrvatske nisu dostupni i adekvatno potrebama organizirani. Kako onda očekivati da bi sadašnji sustav naše psihijatrije bio u stanju preuzeti odgovornost za kreiranje, organizaciju i provedbu Nacionalnog programa zaštite mentalnog zdravlja?

U svakom slučaju, da bi se učinio korak naprijed prema organizaciji „novog“ sustava za **zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja**, potrebno je uspostaviti liniju razgraničenja, definirati modalitete suradnje (važnost komplementarnosti) i razuman balans u trošenju sredstava javnog zdravstva između psihijatrije i farmakoterapije s jedne i sustava za

mentalno zdravlje s druge strane. Taj bi sustav na terenu provodio mjere univerzalne i selektivne prevencije mentalnih poremećaja u nekoliko posebno definiranih populacija (školska djeca, radno aktivno stanovništvo...), a u okviru mjera indicirane prevencije osiguravao bi pomoć ugroženoj populaciji koristeći psihoedukaciju, savjetovanje i neke druge oblike psihoterapije, ovisno o razini osposobljenosti raspoloživih stručnih resursa. Farmakoterapija bi trebala biti u posve drugom planu.

Važnost dokumenta *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja*

Hrvatska je u začetima izgradnje suvremenog sustava za zaštitu mentalnog zdravlja. Još u vremenu „Štampareve medicine“, postojali su Dispanzeri za mentalno zdravlje. Godine su prošle od prvog osnivanja nacionalnog Zavoda za mentalno zdravlje, građevine od slova na papiru. Bila su imenovana i dva ravnatelja te praktično nepostojeće ustanove. Od toga se koncepta, koji se u suštini naslanjao na postojeći psihijatrijski sustav, na koncu odustalo, a briga za mentalno zdravlje pučanstva stajala je i dalje na margini hrvatske medicine. Bilo je pitanje kako krenuti u kreiranje novog sustava koji bi drukčijim pristupom, mnogo učinkovitije i izvan postojeće psihijatrije (s kojom bi ipak trebao biti komplementaran), mogao bolje pridonositi poboljšanju mentalnog zdravlja ljudi u zajednici, prevenciji mentalnih poremećaja, ranom otkrivanju rizičnih populacija i afirmaciji uloge psiholoških i drugih nefarmakoloških intervencija u tretmanu onih kojima je to potrebno. Okvir za taj projekt definiran je tijekom izrade dokumenta *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja*. Ministarstvo zdravlja je sa skupinom stručnjaka izradilo navedeni dokument i što je osobito važno, odredilo se u odnosu na institucionalni model za ustroj sustava. Mreža Zavoda za javno zdravstvo postaje nositelj tog važnog projekta, njihove novo osnovane Službe za mentalno zdravlje preuzimaju kreiranje i neposredno provođenje mnogih mjera predviđenih provedbenim Programom, kojemu je **Strategija** dala okvir za djelovanje.

„Zavod za zaštitu mentalnog zdravlja“ ili integracija u mrežu Zavoda za javno zdravstvo?

Zavodi za javno zdravstvo u županijama i HZJZ čine dobro organiziranu mrežu ustanova koja je danas, nakon razaranja „Štampareve“ medicine i marginalizacije pozicije Doma zdravlja, ostala stožerni sustav odgovoran za čuvanje javnog zdravlja. Obzirom da nema zdravlja bez mentalnog zdravlja, čuvanje i unaprjeđenje javnog zdravlja nije moguće ako se ne vodi računa o mentalnom zdravlju. Da bi Zavodi u pravom smislu riječi i u punini odrađivali svoju zadaću, trebali su proširiti svoje djelovanje i na tu „komponentu“ zdravlja. Prvi korak u tom smislu dogodio se 2007. godine nakon što su izmjenama Zakona te ustanove prihvatile baviti se prevencijom i izvanbolničkim liječenjem ovisnika o drogama. Kasnije, u odlučivanju gdje locirati *novi sustav za zaštitu mentalnog zdravlja*, pomoglo je to dragocjeno iskustvo jer su se Zavodi potvrdili kao ustanove koje mogu dati puno više. U drugom koraku, Službe za prevenciju i liječenje ovisnosti o drogama u mreži Županijskih zavoda za javno zdravstvo, strateškom odlukom Ministarstva zdravlja nakon provedene zakonske procedure, prerasle su u **Službe za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti**. Time su i naši Zavodi za javno zdravstvo,

proširenjem područja svoga rada na područje mentalnog zdravlja, dobili mogućnost i obvezu da svojim djelovanjem pridonose zaštiti sveukupnog, a ne samo „somatskog“ zdravlja građana.

Taj je organizacijski model mnogo racionalniji, a u stručnom smislu učinkovitiji jer nekoliko postojećih djelatnosti Zavoda (npr. školska medicina, epidemiologija, prevencija ovisnosti), stvarajući suradnički odnos, mogu osigurati mnogo veću učinkovitost u provedi Programa, no što bi se postiglo razvijajući od početka posve novu mrežu specijaliziranih županijskih institucija pod koordinacijom središnje ustanove (Zavoda za mentalno zdravlje). Konačno, taj se model već potvrdio neisplativim. Ne samo da bi prošlo i izgubilo se mnogo vremena, već bi i financijski troškovi za osiguranje prostora za rad, režije, hladni pogon, upravnu strukturu i administraciju takve nove ustanove bili neusporedivo veći. Isplativije je osigurati nešto više sredstva postojećoj mreži Zavoda za javno zdravstvo, da kadrovski i stručno poboljšaju ekipiranost postojećih timova i time povećaju učinkovitost svog djelovanja.

Komparativne prednosti psihologije u odnosu na psihijatriju

U normativnom uređenju navedenih Službi ZJZ, **psiholozi** su uz psihijatre u stručnim timovima za mentalno zdravlje dobili istaknuto mjesto. Njihova profesija im daje prednost jer o «psihološkom» najviše znaju, a u rješavanju psihičkih problema ljudi **moraju** koristiti psihološke metode jer farmakoterapiju kao metodu liječenja, za razliku od liječnika (psihijatarata), psiholozi ne mogu koristiti. Nakon završenog petogodišnjeg studija psihologije, uz kratko i ciljano doškoloвање, mogu postati specijalizirani za provođenje brojnih mjera i aktivnosti predviđenih Nacionalnim programom zaštite mentalnog zdravlja. **Psihijatri** su također neophodni, ali njihovo je školovanje dugotrajno i skupo, na tržištu rada ih je malo, specijalizacija im na žalost ne daje znanja i usmjerenje bavljenja preventivnim radom u (lokalnoj) zajednici, pa im je, premda su specijalisti, također potrebno «doškoloвање» za posebnost posla koji ih očekuje u Zavodima za javno zdravstvo. Konačno, otvaranjem vrata u područje mentalnog zdravlja, psiholozi su, vidjevši svoju priliku i ne čekajući pasivno da im «netko» odredi što će i kako raditi, pokrenuli inicijativu da sami trasiraju svoju ulogu u tom velikom razvojnom projektu. Nakon provedenih rasprava u svojim stručnim krugovima, odlučili su izraditi **Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u Programima zaštite mentalnog zdravlja** kao okvir za buduće vlastito djelovanje i to ne samo unutar zdravstvenog sustava, već i mnogo šire. Kao korak dalje, pripremili su i ovaj **Priručnik** neophodan za edukaciju budućih stručnjaka za mentalno zdravlje.

Preuzimanje još značajnije uloge primijenjene psihologije u društvu bilo bi moguće ukoliko bi psiholozi u okviru svoje Komore i HPD profunkcionirali kao jedna velika jedinstvena mreža profesionalaca, koja svojim umijećem, profesionalnim identitetom, etikom i djelovanjem, gdje god bili ili radili (škola, zdravstvo, socijalna skrb, radne organizacije, zatvori, itd.), služe čovjeku zauzimajući se za njegove «psihološke potrebe». U tom bi slučaju psiholozi zaposleni u Službama za mentalno zdravlje, u brojnim institucijama, imali mnogo vanjskih suradnika. Slično etici koja obvezuje liječnika, i psiholog bi trebao

biti dužan uvijek i svugdje pomoći čovjeku koji je neposredno «psihološki ugrožen». Liječniku nije dopušteno učiniti pogrješku umijeća ili znanja koristiti u svrhu manipulacije bolesnikom radi bilo kojeg interesa. Ako bi u tom bi pravcu i psiholozi profilirati svoju profesionalnu etiku, to bi spriječilo nastojanja nekih sustava da tu profesiju koriste radi interesnog manipuliranja ljudima (npr. u marketingu, u kompanijama u interesu poslodavca, torturama represivnog aparata, kroz pristranost u rješavanju maritalnih ili radnih problema...), moguće i na štetu čovjeka.

Psihološke metode, a ne psihofarmakoterapija u Službama za mentalno zdravlje?

U provođenju mjera indicirane prevencije, psihijatri su suviše skloni „rješavati“ psihičke probleme ljudi uporabom psihofarmaka. Današnji zdravstveni sustav troši enormna financijska sredstva na farmakoterapiju, a posebno je evidentan rast potrošnje psihofarmaka. Ljudima koji imaju psihičke probleme nastale radi stresa, teškoća prilagodbe, poremećaja međuljudskih odnosa (u obitelji, poslu...), preopterećenja, životnih tragedija, treba stručnjak koji će ih čuti, razumjeti, koji će s njima razgovarati i voditi ih prema izlazu iz problema. Psihijatri su naučeni vrlo „brzim rješenjima“ kroz simptomatsku psihofarmakoterapiju antidepresivima, anksioliticima, stabilizatorima raspoloženja, hipnoticima i nekim antipsihoticima. Zato se s pravom mora postaviti pitanje je li isplativo psihijatrija koji rade i koji će raditi u timovima za mentalno zdravlje, omogućiti liječenje uporabom lijekova. Ako se to dogodi, tada ćemo na terenu imati samo povećan broj „psihijatrijskih“ ambulanti i možda još veću potrošnju lijekova. Potrebna je ozbiljna rasprava da se odgovori na to strateško pitanje. Potrošnju psihoaktivnih lijekova moguće je smanjiti samo ako se afirmira preventivno djelovanje i osigura rana intervencija psihološkim metodama kod ljudi koji imaju psihološki problem, dakle prije no što razvije teži oblik psihološkog (psihijatrijskog) poremećaja. Takvim pristupom bi se uz malu investiciju u „psihološki orijentirane timove“ moglo uštedjeti i velik novac koji se danas troši na liječenje brojnih (psiho)somatskih poremećaja. Povišen krvni tlak jedan je od najčešćih i kod većine ljudi razvija se kao posljedica prolongirane izloženosti stresu. Promjenom stila života, navika ili drukčijim odnosom prema životnim problemima (rješavanje, kad god je moguće, a kada nije, promjenom odnosa prema izvanjskom, frustrirajućem realitetu), moguće je sniziti ili posve normalizirati krvni tlak, ublažiti stenokardije, smiriti gastritis... i time uštedjeti velik novac koji bi se trošio na liječenje navedenih psihofizioloških poremećaja i bolesti.

Koje bi populacije prioritetno trebalo zahvatiti mjerama univerzalne, selektivne i indicirane prevencije i kako?

Nacionalni program zaštite mentalnog zdravlja razvojni je projekt. Nije realno za očekivati da će tek formirani i slabo ekipirani timovi u Službama za mentalno zdravlje ZJZ biti u stanju preuzeti odgovornost za provođenje svih mjera zacrtanih u dokumentu *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja*, od zaštite mentalnog zdravlja djece tijekom školovanja, uposlenika na radnom mjestu, do preuzimanja brige za mentalne probleme građana treće dobi. Treba ići korak po korak, potrebno je odrediti prioritete.

Obzirom da se u odnosu na ciljeve preventivnog djelovanja najviše može postići utjecanjem na populaciju djece u procesu odrastanja i da postojeće Službe za mentalno zdravlje i ovisnosti imaju najviše iskustva u radu sa školom, ta bi populacija trebala biti u fokusu. Samo primjera radi, nekoliko riječi o konceptu zaštite mentalnog zdravlja djece tijekom školovanja. U okviru mjera **univerzalne prevencije**, treba učiniti sve što je moguće da se djeci osigura kvalitetan život i odgoj. Puno toga treba učiniti drukčije (obitelj, škola, lokalna zajednica), da bi većina djece odrastala radosna. Provođenje mjera **selektivne prevencije** podrazumijeva potrebu da se što prije prepoznaju djeca koja su pod višim rizikom (za razvoj ovisnosti, poremećaja ličnosti, delikvencije, drugih psihičkih poremećaja, itd...), kako bi im se, sukladno individualnim potrebama, osiguralo provođenje nekih posebno razrađenih dodatnih zaštitnih mjera, poput diskretnog osobnog postupka u okviru školskog programa prevencije rizičnih ponašanja. No kako uočiti, identificirati rizičnu djecu? Škole same uočavaju „problematičnu djecu“, često to osjećaju i sami roditelji, samo ne znaju kome se obratiti za pomoć. Potrebno je razviti sustav za ranu dijagnostiku djece koja su pod visokim rizikom i kojima su neophodne mjere selektivne ili, za teže slučajeve, indicirane prevencije. Neke Službe za mentalno zdravlje već na tome rade. U suradnji sa školskom medicinom, uz redovite sistematske preglede kojima se do sada poglavito procjenjivao somatski status, razvijaju instrumentarij za *screening* djece koja bi po **mentalnom statusu** i/ili trenutnim okolnostima življenja mogla biti procijenjena visoko rizičnim. Ima ih oko 10%.

Etiološki gledano, djeca mogu biti u riziku radi disfunkcionalnosti obiteljskog sustava, izloženosti nekim izvanobiteljskim psiho(fizičkim) traumama ili radi svoje psihobiološke dispozicije. Mogu biti osobito teške naravi. Ako ih se ne uoči na vrijeme i ništa ne poduzme, vremenom dolazi do progresije poremećaja za koji su disponirani. Treba li čekati da se kod djeteta koje je povišeno depresivno (što se obično ne prepozna na vrijeme) razvije ovisnost ili teški depresivni poremećaj s prvim suicidalnim pokušajem pa da se tek tada psihijatrijski intervenira? Ili da se kod tjeskobnog djeteta razvije teški anksiozni poremećaj, da se kod hiperaktivnog djeteta s poremećajem ophođenja, radi nestručne ili nikakve dodatne pomoći razvije delikvencija koju će kasnije rješavati represivni aparat. U psihijatrijskom bi sustavu bilo puno manje pacijenata, a u zatvorskom sustavu manje zatvorenika, ako bi se djeci pod visokim rizikom na vrijeme osigurala adekvatna dodatna stručna pomoć s ciljem zaustavljanja progresije poremećaja „koji prijeti“ da se razvije u veliku nevolju. Mjere selektivne prevencije provodi školski psiholog ili razrednik u suradnji s roditeljima, ponekad će se konzultirati školski ili obiteljski liječnik. Ako se problem ne riješi, neka od djece će biti u obiteljskom postupku stručnog tima Službi za mentalno zdravlje ZJZ. Mjere **indicirane prevencije** potrebno je osigurati za djecu kod koje se razvio teži mentalni poremećaj. Ovisno i vrsti i težini poremećaja, osigurat će se terapijski postupak. Posebno složene slučajeve će liječiti ambulantly ili bolnički psihijatar specijaliziran za dječju i adolescentnu psihijatriju.

Po sličnom je modelu potrebno razraditi provedbene mjere kojima će se štititi i unaprjeđivati mentalno zdravlje drugih ciljnih populacija. **Zaštita mentalnog zdravlja na radnom mjestu** je, nakon zaštite djece, po važnosti na drugome mjestu prioriteta sadašnjih Službi za mentalno zdravlje.

Suradnja s drugim institucijama

Stručni timovi Službi za zaštitu mentalnog zdravlja moraju razviti modalitete suradnje sa stručnjacima **svih institucija** koji mogu pridonijeti ciljevima koji su postavljeni. U kreiranju mjera **univerzalne** prevencije, njihova je zadaća poticati na akciju, motivirati, afirmirati, educirati i promicati u javnosti važnost mentalnog zdravlja i o tome kako se sprječava nastanak mentalnih poremećaja i psihosomatskih bolesti. O tome se u **medijima** malo zna i govori. Bolesti i individualni slučajevi teške patologije uma koji su počinili zločin, svakodnevno okupiraju medijski prostor. No o tome kako odgojiti dijete da odraste u normalnu, moralnu i stabilnu osobu, ili kako radnike učiniti zadovoljnim, ili kome se i gdje obratiti ako imaš problem (u braku, školi, s djecom, na poslu, sa sobom...), a ne želiš ići „na psihijatriju“, treba mnogo više i glasnije govoriti. Nakon što su objavljeni rezultati velikog paneuropskog istraživanja (*HZJZ, 2010., Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi, HBSC - Svjetska zdravstvena organizacija – Regionalni ured za Europu*) po kojima je Hrvatska locirana na posljednje mjesto od 33 zemlje, po postotku (7%) djece 11 i 15-godišnjaka, koja su potvrdno odgovorila na pitanje da vole školu, što su Ministarstvo prosvjete i ZJZ sa Službama za mentalno zdravlje i školsku medicinu hitno trebali učiniti? Koji bi odgovor dobili na pitanje uposlenika u našim kompanijama, poduzećima, ustanovama, kako se osjećaju na radnom mjestu? Koliko bi ih odgovorilo da su frustrirani, nezadovoljni, izloženi mobingu...? Kako educirati i uvjeriti poslodavce da je u njihovom interesu imati zadovoljne, mentalno zdrave, visoko produktivne i lojalne uposlenike? Kako se boriti protiv mobinga?

U svim ciljnim skupinama (od djece do starih) postoje populacije određenih karakteristika (osobnih ili okolinskih) koje su pod većim rizikom i za njih treba razraditi mjere selektivne i indicirane prevencije. Glede mjera **indicirane** prevencije, najjednostavniji način da se dođe do osoba kojima treba psihološka stručna pomoć, jest uspostaviti suradnju s **liječnicima opće medicine**. Brojni njihovi pacijenti, u prvom koraku, prije no što dobiju sedative ili antidepresive, umjesto u psihijatrijsku, trebalo bi upućivati u „Savjetovalište za mentalno zdravlje“ ili Centre za psihološku pomoć

Zaključno

Psihologija kao znanost, slično specijalizacijama u medicini, sve je više fragmentirana u brojne «psihologije» koje se bave ljudima unutar vrlo specifičnih okolnosti. **Psiholozi** koji djeluju ili će djelovati u mreži **Službi za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja** trebaju razvijati integralni pristup kroz individualiziranu, ali cjelovitu psihologiju koja se bavi čovjekom s ciljem da mu se pomogne, istovremeno ga sagledavajući u svim njegovim ulogama i pratećim mentalnim procesima. Ako bi se psihologija razvijala i etički profilirala u tom pravcu, mogla bi postati ne samo temeljni stup Programa zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja unutar zdravstvenog sustava, već jedan od najvažnijih dionika brige o čovjeku u suvremenoj civilizaciji, u kojoj su mnoge stvari krivo složene i u kojoj je sve manje ljudi koji su prirodno sretni i mentalno funkcionalni.

Marina Kuzman

2.2. Intersektorska suradnja u zaštiti mentalnog zdravlja mladih

Svjetska zdravstvena organizacija opisuje mentalno zdravlje kao stanje blagostanja u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se suočiti s normalnim životnim stresom, može produktivno raditi i sposobna je doprinosti svojoj zajednici. S tog pozitivnog motrišta mentalno je zdravlje temelj ljudskog blagostanja i djelotvornog funkcioniranja za pojedinca i zajednicu. Taj ključni koncept mentalnog zdravlja konzistentan je i u različitim inačicama interpretacije kulturološki različitih sredina.

Od svih elemenata zdravlja, koje Svjetska zdravstvena organizacija definira kao „tjelesno, mentalno i društveno blagostanje“, mentalno se zdravlje povijesno najmanje razumjelo i često bilo zaboravljano. No u posljednjem su desetljeću uloženi veliki naponi za prevladavanje barijera u prevenciji problema mentalnog zdravlja, unaprjeđenju zdravstvene i druge skrbi te potpunog uključivanja mentalnog zdravlja u javno zdravstvo u čitavom svijetu. Danas je mentalno zdravlje visoko u međunarodnim i nacionalnim prioritetima, te su i tijela upravljanja i zdravstveni profesionalci svjesni njegove važnosti za sveobuhvatno zdravlje pojedinaca, zajednice pa i čitavih nacija.

U vrijeme krize, kada rastu sukobi između pojedinaca i zajednica, a ekonomske se nejednakosti povećavaju, svijest o snažnoj povezanosti temeljnih građanskih, političkih, ekonomskih, društvenih i kulturnih prava i mentalnog zdravlja, osobito je važna. Dobro mentalno zdravlje proizlazi i iz okruženja mira, stabilnosti i uspjeha.

Na mentalno zdravlje i mentalne bolesti, kao i na druge bolesti i stanja, djeluju mnogostruki i isprepleteni čimbenici, koji se povezuju sa siromaštvom, niskom razinom obrazovanja, niskim prihodima i lošim uvjetima stanovanja. Za te je rizične skupine karakteristična pojava osjećaja nesigurnosti, beznađa, straha od društvenih promjena te tjelesne bolesti, a među njima je češća uporaba sredstava ovisnosti, nasilje i zlostavljanje. Na individualnoj razini na mentalno zdravlje osobe djeluju individualni čimbenici i iskustvo svakodnevnog života, u obitelji, školi, na ulici, na poslu i drugim mjestima i okolnostima življenja. Istodobno, na sve sastavnice konteksta djeluje i mentalno zdravlje svakog pojedinca jer pojedinac doprinosi cjelokupnom zdravlju zajednice u kojoj živi i djeluje.

Usprkos tome, mentalno zdravlje i mentalna bolest se najčešće oživljavaju izvan tradicionalnog koncepta javnog zdravlja. Posljedice su dvojake: s jedne strane nisu dovoljno iskorištene mogućnosti unaprjeđenja mentalnog zdravlja u zajednici, a s druge su strane organizirani naponi zemalja za smanjenje društvenog i ekonomskog opterećenja zbog mentalnih bolesti usmjereni ponajprije ka tretmanu oboljelih.

Mentalno zdravlje podrazumijeva dobru mentalnu sposobnost i osjećanje više nego samo odsustvo bolesti. Nije jednostavno procijeniti dobro mentalno zdravlje, kao što nije jednostavno procijeniti niti zdravlje kao takvo. Poimanje zdravlja ponekad ovisi o geografskom smještaju, kulturi, povijesnom razdoblju, životnoj dobi, aktualnom utjecaju bolesti ili onesposobljenja i slično. Istraživanja su utvrdila temeljne načine međusobnog utjecaja mentalnog i tjelesnog zdravlja pojedinca te međudjelovanja s društvenim i okolinskim čimbenicima zdravlja. Jedan od načina je izravno kroz fiziološko djelovanje neuroendokrinog i imunskog sustava, a drugi kroz različita usvojena ponašanja povezana sa zdravljem. Fiziologija i ponašanje djeluju svaki za sebe, no djeluju i međusobno, a i u odnosu na društvenu okolinu. Ponašanje se, na primjer, može odražavati na fiziološke funkcije (pušenje može oštetiti imunski sustav), ali i obratno – fiziološke funkcije mogu djelovati na ponašanje (na primjer umor može pogodovati nezgodama i ozljedama). U integrativnom modelu zdravlja temeljenom na dokazima mentalno je zdravlje ključna sastavnica cjelovitog zdravlja.

Kompleksna je povezanost odrednica zdravlja, ponašanja i mentalnog zdravlja u različitim životnim razdobljima. U adolescenata su depresija i nisko samopoštovanje povezani s pušenjem, ekscesivnim pijenjem, poremećajima hranjenja i rizičnim seksualnim ponašanjem, povećavajući rizik mnogih bolesti uključujući razvoj ovisnosti, spolno prenosive ili zloćudne bolesti. Poremećaji raspoloženja mogu povećavati rizik od ozljeda ili nezgoda kao i oštetiti tjelesno funkcioniranje. Odavno je utvrđeno da je uporaba droga u mladoj životnoj dobi povezana s rizikom nastanka ovisnosti o drogama ili alkoholu u odrasloj dobi. Nedostatak mogućnosti zaposlenja može biti povezan s depresijom te zlouporabom droga i alkohola. U lošim društvenim kontekstima veća je vjerojatnost za nasilje, kućno nasilje, zlouporabu droga i alkohola te posttraumatske stresne sindrome.

Cjeloživotni pristup pomaže pri razumijevanju društvenih inačica i utjecaja na zdravlje i mentalno zdravlje. Izloženost negativnim iskustvima i rizičnom okolišu kumulira se tijekom života i povećava rizik obolijevanja u odrasloj dobi kao i rizik prijevremene smrtnosti. Taj pristup rasvjetljava biološki i društveno rizična razdoblja u kojima bi politike koje pojedinca brane od nakupljanja rizika bile osobito značajne.

Dokazi da je mentalno zdravlje nedjeljivo povezano s tjelesnim zdravstvenim ishodima nedvojbeni su i jednoznačni. Za promjenu zdravstvenog stanja neke zajednice, mentalno je zdravlje od presudnog značenja. Intervencije usmjerene samo na osobu, kao trening socijalnih vještina ili samokontrola, neće imati dugoročan utjecaj na ponašanje niti na zdravstvene ishode, ukoliko obitelj, radna okolina i širi društveni utjecaji ne podržavaju promjene.

Za mjerila i ishode mentalnog zdravlja tradicionalni pokazatelji koji se rabe u zdravstvenom području također nisu primjenjivi. Jedan od pristupa je i poznati salutogenetski pristup Antonovskog, koji se usredotočuje na mogućnost suočavanja više nego na stres i čimbenike zdravlja više nego patogenetske utjecaje. U salutogenezi se pretpostavlja da bogato, kompleksno ljudsko biće nije moguće identificirati ili izjednačiti sa specifičnom

patologijom, nemoći ili ograničenim brojem rizičnih čimbenika. Pretpostavka te teorije je da je osjećaj koherentnosti, odnosno vjerovanje razumijevanja postavljenih izazova, vjerovanje da osoba raspolaže načinima za suočavanje te da je za suočavanje motivirano, temeljno za zdrave ishode i upravljanje osjećajem zdravlja. Neki su znanstvenici, radeći na djelovanju očekivanja na akcije i ishode, utvrdili da su globalna pozitivna ili negativna očekivanja relativno stabilna u vremenu i kontekstu i da predstavljaju važnu značajku osobnosti. Nije neočekivano da se optimisti pokazuju aktivnijim sudionicima, s manje izbjegavanja i voljnijima za sudjelovanje u akcijama dobrim za zdravlje.

Zaštitnim se čimbenicima smatraju utjecaji koji modificiraju osobnu reakciju na rizične situacije i čimbenike i nisu uvijek uočljivi ukoliko rizične situacije tijekom života izostaju. Na razvoj otpornosti na stres mogu utjecati interaktivni procesi koje valja promatrati u kontekstu i izbjegavati izravne zaključke koji ne uzimaju u obzir kompleksnost odnosa. Na primjer, mentalni će poremećaj roditelja biti stresan i pretkazivati dječji emocionalni poremećaj kroz utjecaj nefunkcioniranja obitelji, osobito ako je dijete uključeno u konflikt, ukoliko nema zaštitnog dobrog odnosa s drugim roditeljem i mogućnosti restrukturiranja harmoničnih odnosa.

U tijeku djetinjstva i adolescencije djeca više desetaka tisuća sati provode u školi. Učitelj je pritom logičan pozitivan model i važna osoba u promicanju i zaštiti mentalnog zdravlja. No uloga koja zahtijeva vještinu i koherentnost nije jednostavna i stavovi i mišljenja o tome kako primijeniti i prenijeti te vještine razlikuje se i u zemljama i između zemalja. U nekim se zemljama suprotstavljanje i izazivanje učitelja smatra prihvatljivim, u drugima se stogo kažnjava. Stoga i u procjeni mentalnog zdravlja, kao i u kreiranju i prihvaćanju programa uneprijeđenja socijalnih vještina, treba uzeti u obzir specifične aspekte. No bez obzira na te različitosti učitelji su u vrlo moćnom položaju. Njihovo ponašanje i stavovi o tome što je dobro mentalno zdravlje izravno utječu na koncept mentalnog zdravlja koji će učenici usvojiti. Učitelji su i na druge načine uključeni u proces razvoja mentalnog zdravlja djece: mogu djelovati na unaprijeđenje smopoštovanja, na usvajanje prihvatljivih komunikacijskih vještina, na sposobnost suočavanja sa stresom i nepovoljnim okolinskim čimbenicima.

Adolescenti su nedvojbeno vulnerabilna skupina i često im nedostaju znanja i vještine za donošenje neovisnih odluka koje su za njih najpovoljnije. Emocionalno, društveno i ekonomsko okruženje mladih snažno utječe na emocionalni, psihički, ali i tjelesni razvoj. Suprotno općem vjerovanju, adolescencija je razdoblje u kojem se pojavljuju mnogi problemi ponašanja i mentalnog zdravlja, koji mogu utjecati i na mlade i na njihovu okolinu kao obitelj, vršnjake i širu zajednicu. Zbog nepravovremenog prepoznavanja tih problema njihov se utjecaj može protezati i u odraslo doba.

Ne treba zanemariti da je mentalno zdravlje za mnoge osobe povezano s osobnim odnosom prema konceptu Boga i da se neki aspekti problema mentalnog zdravlja trebaju sagledavati i kroz percepciju mogućeg poremećenog odnosa prema tom konceptu.

U realnom su svijetu zdravstveni profesionalci i oni koji planiraju politike i donose odluke često potpuno zaokupljeni neposrednim problemima oboljelih te ne obraćaju pozornost na one koji su prividno zdravi. Teško prihvaćaju i činjenicu da brze promjene društvenih i okolinskih uvjeta u gotovo svim zemljama svijeta nemaju uvijek pozitivan utjecaj na mentalno zdravlje populacije. Takva je percepcija manje povezana s nedostatkom dokaza ili koncepta o djelotvornim akcijama promicanja mentalnog zdravlja, već više ovisi o edukaciji, sagledavanju uloge u društvu i društvenom očekivanju. Nije nezanemarivo ni vrlo prisutno oklijevanje da se o problemima mentalnog zdravlja progovori otvoreno.

Obzirom na kompleksnost geneze i mogućnosti preventive i tretmana, u području mentalnog zdravlja je nedvojbeno nužan interdisciplinarni pristup. Pritom se to ne odnosi samo na međudjelovanje zdravstvenih i suradnih struka, već i na uključivanje drugih sektora koji mogu djelovati na odrednice zdravlja. Unaprjeđenje mentalnog zdravlja zahtijeva politike i programe u državnom i poslovnom sektoru uključujući obrazovanje, zapošljavanje, pravosuđe, okoliš, socijalnu skrb, ali i specifične aktivnosti u području zdravstva usmjerene prevenciji i liječenju. Osobito su važni donositelji odluka na nacionalnoj i lokalnim razinama, čije aktivnosti mogu na mentalno zdravlje i posredno djelovati.

Upravo kompleksna interakcija između odrednica mentalnog zdravlja može rezultirati kompleksnom suradnjom između profesionalaca u pojedinim sektorima kao i između sektora. Ponekad se može činiti da su brojne službe jedna drugoj kontradiktorne, iako su sve utemeljene s istim ciljevima i svrhom. U traženju rješenja i pomoći pojedinci se mogu naći u situaciji kruženja od jedne do druge službe i osjećati se izgubljeni u sustavu. Neosporno je važno da zdravstveni profesionalci koji rade u području mentalnog zdravlja prepoznaju i razumiju nužnost suradnje s drugim zdravstvenim radnicima kao i nužnost suradnje sa stručnjacima i dionicima iz drugih sektora.

Multidisciplinarni pristup podrazumijeva spoznaju da nitko nije „sam“ pored pacijenata, odnosno osobe koja treba pomoć, već da mora surađivati s timom (liječnici, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi...). Intersektorska suradnja uključuje i druge dionike koji mogu imati utjecaja na pojedine sastavnice odrednica mentalnog zdravlja. Doživljavati osobnu ili usko profesionalnu ulogu kao ekskluzivnu u ovom području, znači ne razumjeti kompleksnost značenja mentalnog zdravlja kao ni njegovih poremećaja.

Programi i aktivnosti koji mogu pomoći u sprječavanju i suzbijanju problema mentalnog zdravlja trebaju biti usmjereni svim interesnim skupinama. Programi podrške roditeljima pokazali su se djelotvornima u suzbijanju nesigurnosti, anksioznosti i stresa, osobito kod majki, kao i u podizanju samopoštovanja i komunikacije unutar obitelji, što je sve utjecalo na zdravstvene ishode djece.

Dobro oblikovane intervencije mogu djelovati na smanjenje vršnjačkog nasilja i isključenosti, kao i smanjenje agresivnog rješavanja sukoba. Programi usmjereni smanjenju nasilja, povećanju empatije i unaprjeđenju komunikacije mogu biti uspješno primijenjeni u osnovnim i srednjim školama.

Rano prepoznavanje i intervencija kod rizika poremećaja ponašanja i mentalnih poremećaja ključni je čimbenik u njihovom djelotvornom sprječavanju i liječenju. Utvrđeno je da preventivne strategije za depresiju i anksioznost u djetinjstvu i adolescenciji djelotvorno smanjuju rizik od novih slučajeva depresije kao i drugih problema mentalnog zdravlja. Programi usmjereni vještinama rješavanja problema i usvajanju socijalnih vještina mogu značajno unaprijediti spoznaju, emocionalno znanje i vještine suočavanja s rizičnim situacijama. Za djecu s rizikom ili koja već imaju subkliničke probleme neka od terapijskih tehnika kao kognitivno-bihevioralna, realitetna, individualna ili obiteljska psihoterapija mogu biti djelotvorne u smanjenju postojećih simptoma i sprječavanju recidiva.

Suočavanje s i sprječavanje stigme i diskriminacije treba biti integralni dio potpunog procesa za sve osobe s problemima mentalnog zdravlja, a osobito za djecu i mlade. Specifične mjere za tu populaciju uključuju informiranje o posvemašnjoj proširenosti tih zdravstvenih problema, omogućavanje otvorenih dijaloga, kontrolu medija i sprječavanje obilježnosti. Mladi nemaju okoštale i nepomirljive stavove odraslih i stoga su ključna skupina za mijenjanje percepcije i dugoročnog unaprjeđenja sagledavanja važnosti tih problema, a na nama je da ih pritom usmjerimo i pomognemo im.

Literatura:

1. Antonovsky, A. (1996.): The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 11(1):11-18
2. Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989.): Assessing coping strategies: a theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56:267–283
3. Costello, E. J. et al. (2003.): Relationships between poverty and psychopathology; a natural experiment, *JAMA*, 290:2023–2029
4. Holland, P. et al. (2000.): Life-course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during childhood, *Social Science and Medicine*, 50:1285–1295
5. Lahtinen, E. et al., eds (1999.): *Framework for promoting mental health in Europe*, Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)
6. Patel, V., Kleinman, A. (2003.): Poverty and common mental disorders in developing countries, *Bulletin of the World Health Organization*, 81:609–615
7. Rutter, M. et al. (2004.): Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees, *Developmental Psychology*, 40:81–94
8. Sartorius, N. (2003.): Social capital and mental health, *Current Opinion in Psychiatry*, 16(suppl. 2):101–105
9. Von Rueden, U. et al. (2006.): The European KIDSCREEN group, Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study, *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60:130–135
10. WHO (2002.): *Prevention and promotion in mental health*, Geneva, World Health Organization
11. WHO (2005.): *Child and Adolescent Mental Health: Policies and Plans*

2.3. Mentalno zdravlje i radno mjesto: cilj i put

“Ljubav i rad su dva uporišta na kojima počiva zdravlje.”

S. Freud

Neraskidiva veza sveukupnosti psihičkog i fizičkog zdravlja i socijalnog blagostanja kao sastavnica definicije zdravlja prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) nigdje se ne potvrđuje tako zorno kao u odnosu mentalnog zdravlja i rada: mentalni poremećaji vrlo često kompromitiraju sveukupno socijalno funkcioniranje oboljelog i predstavljaju uzrok nastupanja trajne radne nesposobnosti. Osim što su po zdravlje štetani tzv. ‘loši poslovi’, dugotrajni izostanci s posla zbog bolovanja predstavljaju snažne prediktore nesposobnosti i mortaliteta (workintunewithlife.eu). U zahtjevima za procjenu radne nesposobnosti, u zajednicama koje prolaze krizna razdoblja, najčešće su psihijatrijske i kardiovaskularne bolesti, pri čemu se više od polovine svih onih koji dolaze s psihijatrijskom dijagnozom, kad se nađu pred invalidskom komisijom, proglašavaju nesposobnima za rad (Kecmanović, 1989.). Time se, s razine pojedinca, njegovo mentalno zdravlje dodatno ugrožava, a s pozicija društva, kriza produbljuje jer je, kao što je rečeno, mentalno funkcioniranje povezano s fizičkim i socijalnim funkcioniranjem; npr. depresija je čimbenik rizika za razvoj raka i bolesti srca, a osobe koje boluju od kroničnih bolesti imaju znatno veću šansu razviti neku psihičku bolest kao što su anksiozni i depresivni poremećaji. Psihičke bolesti u komorbiditetu s tjelesnim bolestima često ostaju neprepoznate i neliječene, a dokazano je da snažno doprinose povećanju broja i težine komplikacija tjelesnih bolesti, smanjuju kvalitetu života, povećavaju troškove liječenja, povećavaju stopu samoubojstava (Sadock, 2000.). Naime, kod mentalnih bolesti, osim bolesti i organskih moždanih oštećenja, kao mogući uzroci invalidnosti navode se i psihosocijalni čimbenici. Zato se, u uvjetima prolongirane društveno-ekonomske krize, pojačava pritisak na psihijatrijske službe u cilju rješavanja radnog i materijalnog statusa pojedinca (Wan, 2006.). Tako se zbog svojih specifičnosti psihijatrija svrstava u red medicinskih disciplina koje predstavljaju pogodan teren za zadovoljenje brojnih nemedicinskih motiva. A zanemaruje se izrazito važna spoznaja da 90% ljudi s mentalnim zdravstvenim poteškoćama želi raditi (Waddell, 2006.).

U prvih dvadeset uzroka invalidnosti u svijetu, pet je psihijatrijskih: unipolarni depresivni poremećaj, alkoholizam, shizofrenija, bipolarni afektivni poremećaj, Alzheimerova i druge demencije (WHO, 2001.). U Republici Hrvatskoj duševni se poremećaji nalaze na trećem mjestu prema vrstama oštećenja kod osoba s invaliditetom, na temelju *Zakona o registru o osobama s invaliditetom* (NN 64/01.): 23,2% osoba s invaliditetom ili 28 na 1000 stanovnika (nakon oštećenje lokomotornog sustava i oštećenje drugih organa) (Benjak, 2011.).

Posebno velik značaj i pozornost stručne i opće javnosti pojavljuje se tek kad problemi s mentalnim zdravljem vode do izostanaka s posla ili onemogućavaju pronalazak posla (workintunewithlife.eu). Loše mentalno zdravlje odgovorno je za velik postotak dugotrajnih izostanaka s posla, a samo se 50% onih koji su izvan posla 6 i više mjeseci vrate na posao (Blank, 2008.). S druge je strane dugotrajna nezaposlenost velik rizik po zdravlje: veći rizik nego mnoge „bolesti ubojice”; veći rizik nego mnogi opasni poslovi (npr. graditeljstvo); dva do tri puta veći rizik za mentalne poteškoće; vodi u trajni gubitak radne sposobnosti što opet neminovno ima za posljedicu socijalnu isključenost i siromaštvo (Waddell, 2006.).

Obzirom na to da mentalne bolesti, za razliku od tjelesnih, u većoj meri onesposobljavaju nego što dovode do prijevremene smrti, procjenu takozvanog zdravstvenog tereta nije moguće prikazivati isključivo u terminima incidencije–prevalencije i mortaliteta. Zato se značaj invalidnosti ogleda i u tome što se kao jedinice za izračunavanje globalnog tereta bolesti (GBD) uvode godine života izmijenjene zbog invalidnosti (*disability adjusted life years* - DALY) i godine proživljene s invalidnošću (YLDs). Procjena radnog funkcioniranja u psihijatrijskim istraživanjima često je zapostavljena (Elsayed, Y. A., 2009.), djelimično i zbog nedostatka vladinih instrumenata. Jedan od pouzdanih i klinički značajnih instrumenata je *Occupational Functioning Scale* (OFS), posebno primjenjivan kod nepsihotičnih (anksioznih i depresivnih poremećaja) (Hannula, J., 2006.): radna nesposobnost, odnosno izostanci s posla, češći su zbog depresije nego zbog arterijske hipertenzije ili šećerne bolesti. Četiri od šest vodećih uzroka godina provedenih s onesposobljenošću (YLD) su depresija, alkoholizam i bolesti uzrokovane alkoholom, shizofrenija i bipolarni afektivni poremećaj; psihijatrijske bolesti su odgovorne za 13% izgubljenih godina života (DALY) (Mathers, 2001., str. 10).

Svakoga od nas pogađa loše mentalno zdravlje. Osjetljivost na psihosocijalni stres, burn-out i ostali mentalni problemi postaju sve veći i veći izazovi kako se mijenja priroda posla u Europi. Opsežna su istraživanja odnosa mentalnog zdravlja i čimbenika psihijatrijskih bolesti, depresije i stresa, donijela redoslijed čimbenika koji predviđaju uspješan povratak na posao. Pokazalo se da je na prvom mjestu čimbenika koji predviđaju uspješan povratak na posao radno mjesto (‘dobri poslovi’), dok je samo medicinsko stanje oboljelog tek na petom mjestu, iza obiteljske anamneze, po zdravlje rizičnih ponašanja i socijalnog statusa (workintunewithlife.eu).

Imajući u vidu činjenice kao što je često spominjani podatak da 1% do 2% populacije ima ozbiljne probleme u vezi svog mentalnog zdravlja (npr. shizofrenija, bipolarni poremećaji...), a da će jedna od četiri osobe tijekom života patiti od nekog oblika mentalnih poteškoća (workintunewithlife.eu); te rjeđe naglašavanu činjenicu da će jedna od šest osoba radno aktivne dobi imati simptome povezane s mentalnim poteškoćama (npr. problemi sna, umor....) koji ne budu dijagnosticirani te da će jedna od šest osoba radnoaktivne dobi imati dijagnoze u vezi oštećenja mentalnog zdravlja (npr. depresija, anksioznost, itd.) (RC Psych, 2008.), jasno je da rješenja treba tražiti na samim radnim mjestima, u radnim organizacijama, prekidajući začarni krug koji je u praksi najčešće prisutan.

Činjenicu da mnogi poslodavci nemaju nikakva pravila kako se nositi u slučaju mentalnih poteškoća zaposlenih potvrđuju i rezultati istraživanja: 60% neposrednih rukovoditelja podcjenjuje postotak svojih zaposlenika s mentalnim poteškoćama, a 76% neposrednih rukovoditelja svjesno je da trebaju raditi najmanje s jednom osobom s mentalnim poteškoćama, u raskoraku je s činjenicom da je samo 13% rukovoditelja obučavano s ciljem podizanja svijesti o mentalnom zdravlju. Svega nekoliko neposrednih rukovoditelja misli da se mogu obratiti liječniku koji skrbi za radnika, a obično ne vjeruju liječniku, osobito ako se radi o stresu (Employers Forum on Disability survey 2008.).

U mnogim se zemljama, uglavnom razvijenim, još uvijek troši novac na velike psihijatrijske bolnice i azile, koje se fokusiraju na mali dio onih kojima treba liječenje, a potpuni je nedostatak znanja i vještina na razini primarne zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u samoj radnoj organizaciji: tvrtki, poduzeću...

Rad, osim što predstavlja mogućnost unaprjeđenja osobnog zdravlja i blagostanja, ima neprijeporan pozitivan utjecaj na zdravlje u dobro uređenim organizacijama. **Organizacijske karakteristike** povezane sa zdravim načinom rada i uvjetima rada s **niskim** razinama **stresa**, a s **visokim** razinama **produktivnosti radne organizacije**, izravno počivaju na **produktivnosti svakog zaposlenog** pojedinca u njoj (workawesome.com).

Poslodavci trebaju znati što se događa na njihovim radnim mjestima. Ne mogu očekivati neposredne rukovoditelje da ih drže informiranima o štetnim, nepovoljnim stanjima ili događanjima na dnevnoj bazi (Starks, 2005., str. 123). Ključna je primarna prevencija **prepoznatih čimbenika**, a ne rješavanje ishoda (sekundarna & tercijarna prevencija). Radno mjesto predstavlja važno mjesto za rješavanje i prevenciju mentalnih problema te promicanje mentalnog blagostanja (workintunewithlife.eu). Upravo je to nakana skupa koji se održao u svibnju 2012. godine u Bruxellesu: *Breaking the Link between Mental Health and Labor Exclusion in Europe: Towards an EU-Wide Action Plan*.

Bitno je da poslodavac u svoje zadaće upravljana, u okvirima svoje nadležnosti, prepozna, nauči sagledati ulogu radnog mjesta u odnosu na čimbenike utjecaja i očuvanja mentalnog zdravlja svojih zaposlenih kao što su:

- **priznanje** zaposlenicima za radnu uspješnost
- mogućnosti za **napredak** u karijeri
- organizacijska kultura koja **cijeni** pojedinog zaposlenika
- **djela** poslovnog vodstva koja su dosljedna organizacijskim vrijednostima (workawesome.com).

I neizostavno poduzimanje preventivnih aktivnosti koje, sukladno zakonskim propisima očuvanja zdravlja na radu, uključuju službe za zaštitu zdravlja na radu s psihologom i specijalistom medicine rada.

Literatura:

1. Benjak, T., Petreski, N., Radošević, M.: Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2010., Hrvatski zavod za javno zdravstvo, dostupno na: http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/invalidi10.pdf
2. Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., MacDonald, E. (2008.): *Asystematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health*, *J Occup Rehabil* 18:27-34
3. Elsayed, Y. A., Al-Zahrani, M. A., Rashad, M. M. (2009.): *Factors affecting mental fitness for work in a sample of mentally ill patients*, *Int J Ment Health Syst* 3(1):25
4. *Employers Forum on Disability survey (2008.)*, dostupno na: <http://www.efd.org.uk/disability/disability-facts>
5. Hannula, J., Lahtela, K., Järvikoski, A., Salminen, J., Mäkelä, P. (2006.): *Occupational functioning scale (OFS): an instrument for assessment of work ability in psychiatric disorders*. *Nordic J Psychiatry* 60(5):372-8
6. *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry (monograph on CD - ROM)*, Sadock, B. J., Sadock, V. A., Lippincot Williams & Willkins, 16th ed., Version 3.11.4., New York, 2000.
7. Kecmanović, D., Trogranić, Z., Cerić, I. (1989.): *Working ability of mentally ill people in times of social crisis*, *Acta Psychiatr Scand* 80(4):340-5
8. Mathers, C. D., Vos, T., Lopez A. D., Salomon, J., Ezzati, M. (ed.) (2001.): *National Burden of Disease Studies: A Practical Guide*. Edition 2.0. Global Program on Evidence for Health Policy, Geneva, World Health Organization (dostupno na: <http://www.depresija.org/forum/index.php?showtopic=3188>)
9. Skakić, O. i Trajanović, Lj. (2011.): *Procena radne sposobnosti mentalno obolelih osoba u uslovima društveno-ekonomske krize*, *Med Pregl*; LXIV (1-2): 41-45
10. Stranks, J. (2005.): *Stress at Work - Management and Prevention*, Elsevier Butterworth-Heinemann, Oxford, 169-200
11. Virtanen, M. (2012.): *Working too much is correlated with 2-fold increase in likelihood of depression*, objavljeno 20. 01. 2012., dostupno na: <http://www.plos.org/>
12. *What is Personal Productivity? 2012.*, dostupno na: <http://workawesome.com/productivity/personal-productivity/>
13. Waddell, G., Burton, K. (2006.): *Is work good for your health and well-being?*, London, TSO, dostupno na: <http://www.tsoshop.co.uk>
14. Wan, J., Morabito, D., J., Khaw, L., Knudson, M., M., Dicker, R., A. (2006.): *Mental illness as an independent risk factor for unintentional injury and injury recidivism*, *J. Trauma* 61(6):1299-304
15. WHO, *Investing in mental health*, Geneva, 2003.
16. WHO, *World health report 2001., Mental health, new understanding, new hope*, Geneva
17. *The Royal College of Psychiatrists (2008.): Mental Health and Work*, dostupno na: <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/www.workintunewithlife.eu>
18. *Zakon o registru o osobama s invaliditetom*, NN 64/01.

Miroslav Venus

2.4. Međusektorski pristup u zaštiti mentalnog zdravlja i mjesto i uloga psihologa u stručnim timovima u javnozdravstvenom sustavu

„...bolesniku treba najprije ponuditi riječ, a tek onda lijek.“

Hipokrat

Sustav javnog zdravstva označava društveni i politički koncept s ciljem unaprjeđenja zdravlja, produženja i unaprjeđenja kvalitete života stanovništva kroz zdravstveno prosvjećivanje, sprječavanje bolesti, te druge oblike zdravstvenih i drugih intervencija. Prema konceptu strateškog plana razvoja javnog zdravstva, ono predviđa uključivanje javnozdravstvenih funkcija u sve segmente društva uz razvoj partnerskog odnosa i intersektorske suradnje.

Republika Hrvatska zemlja je s dugom tradicijom na području zaštite javnog zdravlja s doprinosima značajnim u svjetskim razmjerima. Prema Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja postoji uzlazni trend u broju psihijataru u RH, postoje i drugi specijalisti na području zaštite duševnog zdravlja, kao što su psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti i specijalisti u edukaciji, ali je vrlo malo specifičnih i dobro razvijenih programa njihovog djelovanja u zajednici. Suradnja među sektorima postoji, posebice kod mreže centara za pomoć ovisnicima o drogama u zavodima za javno zdravstvo koji se značajnije oslanjaju na navedenu međusektorsku suradnju.

Mentalno zdravlje, kao dio općeg zdravlja, predstavlja važno područje za pojedinca, obitelj i društvo u cjelini, tako da je prevencija, rano otkrivanje, dijagnostika, liječenje i rehabilitacija duševnih poremećaja i bolesti, kao i bolesti ovisnosti od posebnog zdravstvenog interesa stanovništva za RH. Na razini primarne zdravstvene zaštite duševni poremećaji sudjeluju s udjelom od 4 do 5%, dok su hospitalizacije zbog istih poremećaja zastupljene sa 6 do 7% u ukupnom bolničkom pobolu i to najviše (oko 70%) u radno aktivnoj dobi od 20 do 59 godina života. I inače, prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, najveći dio izdataka za zdravstvo u RH otpada na bolničko liječenje (u 2011. godini preko 8 milijardi kn ili oko 45% izdataka za zdravstvenu zaštitu).

Cilj javnozdravstvenog sustava svakako bi trebao biti smanjivanje razlike između očekivanog trajanja života i očekivanog trajanja zdravog života kroz kontinuirano praćenje mortaliteta i morbiditeta u RH. Očekivano trajanje zdravog života pri rođenju u RH je ispod prosjeka zemalja EU-27 i iznosi 57,4 za muškarce i 60,6 godina za žene. U zemljama EU-27 prosjek za muškarce je 61,7 i za žene 62,6 godina života.

Očekivano trajanje zdravog života pri dobi od 65 godina pokazuje da je ono u RH relativno kratko, svega 6,4 godina za oba spola, dok je u zemljama EU-27 prosjek za muškarce 8,7 i za žene 8,8 godina. Udio osoba s kroničnim bolestima ili dugotrajnim problemima sa zdravljem, u koje se ubrajaju i duševne bolesti, jedan je od važnijih pokazatelja morbiditeta i često je korištena mjera općeg zdravlja populacije. Kronični zdravstveni problemi, koji su po svojoj prirodi dugotrajni i zahtijevaju dugotrajno liječenje, jedan su od temeljnih generatora troškova javnog zdravstvenog sustava, a udio osoba s kroničnim bolestima ili dugotrajnim zdravstvenim problemima u RH je relativno visok i iznosi 38% ukupne populacije te zauzima visoko treće mjesto među zemljama EU-27.

Osim tzv. objektivnih demografskih pokazatelja zdravstvenog statusa populacije, postoje i mjere koje se temelje na subjektivnoj procjeni pojedinca, kao što je npr. samoprocjena zdravlja. Stanovnici Hrvatske su u 2010. godini prema percepciji osobnoga zdravlja bili na samome dnu među promatranim zemljama EU-27, sa 46,4% stanovnika koji su svoj osobni zdravstveni status ocijenili s vrlo dobrim ili dobrim, dok je s druge strane 28% njih svoje osobno zdravlje ocijenilo lošim ili izrazito lošim.

Holističkim, cjelovitim pristupom ljudskom zdravlju kao filozofiji koja uzima u obzir cjelinu, a ne samo pojedine dijelove, pokazuje se da je ljudski organizam cjelina koja funkcionira temeljem međusobne uvjetovanosti i uzajamnosti. Prema tome, suvremena medicina prihvaća spoznaju da se liječi čovjek, a ne bolest, upravo zbog nedjeljivosti fizičkog i psihičkog. Kao izraziti model interdisciplinarnog pristupa u suvremenoj medicini može poslužiti primjer psihoneuroimunologije (PNI), novije znanosti koja se bavi interakcijama između psiholoških procesa te živčanog i imunološkog sustava u tijelu, a koja uključuje psihologiju, neuroznanost, imunologiju, fiziologiju, farmakologiju, molekularnu biologiju, psihijatriju, bihevioralnu medicinu, infektologiju, endokrinologiju, reumatologiju, itd.

Razumijevanje psihologije bolesnika i liječnika nezaobilazni je dio liječenja somatskih bolesti jer omogućava prepoznavanje psihološke podloge zahtjeva koje bolesnik postavlja liječniku. Zanimljivo je da psihološkog u liječenju somatskih bolesti može dovesti do interpersonalnih konflikata i nesuradljivosti bolesnika. Liječnik je u „apostolskoj ulozi“ pod velikim psihološkim opterećenjem jer ga ta uloga gura preko njegovih realnih mogućnosti i okvira zdravstvene usluge. Liječnik „obuzet“ apostolskom ulogom ne doživljava bolesnika kao jednako vrijednog sudionika u procesu liječenja, a teško prihvaća i pomoć, savjet i suradnju drugih kolega u liječenju. Odustajanjem od navedene uloge, od uvjerenja da o bolesniku već sve zna bolje i od njega samoga, liječnik slušanjem kolega, a kasnije i bolesnika, postupno razvija empatiju za psihološku i emocionalnu podlogu njegovih zahtjeva i žalbi.

Zbog svega navedenog, potrebno je provoditi promociju mentalnog zdravlja za sve, pristupati duševnim poremećajima kroz preventivne aktivnosti, uz promociju rane intervencije i liječenja, te unaprijediti kvalitetu života osoba s mentalnim poremećajima kroz socijalnu inkluziju i zaštitu njihovih prava i dostojanstva. Umjesto isticanja

mentalnog zdravlja pojedinca, treba ojačati mentalno – zdravstveni pristup na razini populacije promjenom dosadašnjeg shvaćanja tradicijski vezanog za mentalne poremećaje. Pozornost suvremene medicine i javnozdravstvenih aktivnosti treba usmjeriti na dobro, a ne isključivo na narušeno mentalno zdravlje.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti definirana je javnozdravstvena djelatnost s nositeljem i koordinatorom na nacionalnoj razini u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i županijskim zavodima koji imaju zadaću provedbe i koordinacije na razini županija. Praćenje i ocjena zdravstvenog stanja i opterećenja bolešću populacije, kao i različitih vulnerabilnih skupina ključni je dio javnozdravstvenog djelovanja. Mrežom javne zdravstvene službe utvrđena je mreža timova za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo, s psiholozima kao stručnjacima u timu zaduženima za područje prevencije poremećaja u ponašanju, provedbu psiholoških postupaka i tretmana u okviru liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije bolesnika. Optimalna zdravstvena zaštita takvih osoba, u skladu sa suvremenim stavovima, postiže se uravnoteženim sustavom koji uključuje bolničke i izvanbolničke usluge, uključujući zavode za javno zdravstvo sa svojom dugogodišnjom tradicijom u promociji zdravlja i prevenciji bolesti.

Uloga psihologa, kao dio stručnih timova u zavodima, u provedbi navedenih ciljeva je neizostavna upravo zbog njihove formalne naobrazbe potpomognute dodatnim edukacijama. Spremnost na suradnju i timski rad koji uključuje ostale stručnjake predstavlja *conditio sine qua non* u njihovom radu, posebice u kontekstu rada na brojnim različitim područjima koji su, uostalom, vidljivi i u ovom Priručniku. Svako zdravo društvo, temeljeno na znanju i općem zdravlju, uključuje i visoku razinu mentalnog zdravlja koje se najučinkovitije postiže ulaganjem u prevenciju. Postojeća mreža zavoda za javno zdravstvo najidealnije je mjesto kroz koju se postavljeni visoki zahtjevi mogu provesti (i provode se) gotovo u potpunosti. Najzdravije „tkivo“ u sustavu hrvatskog zdravstva pri tome participira s vrlo malo sredstava od ukupnog „zdravstvenog kolača“ pa se tako nameće potreba za osjetno većim izdvajanjem sredstava za promociju zdravlja i prevenciju bolesti uopće. U 2010. godini tako je udjel izdataka za prevenciju u RH iznosio svega 0,68% ukupnih izdataka za zdravstvo, u susjednoj Republici Sloveniji iste godine on je iznosio 3,58%, dok je u zemljama EU taj udjel bio 2,68%.

U opisanim uvjetima psiholozi kao dio javnozdravstvenog preventivnog tima na području zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja već sada postižu zapažene rezultate i u potpunosti su opravdali svoje uvrštavanje u sustav zavoda za javno zdravstvo.

Željko Ključević

2.5. Suradnja psihologa i psihijatra u interdisciplinarnom pristupu zaštiti mentalnog zdravlja u stručnim timovima u javnozdravstvenom sustavu

2.5.1. Uvod

Interdisciplinarnost je vrsta suradnje kojom stručnjaci različitih disciplina teže prema zajedničkim ciljevima.

Interdisciplinarni pristup obično se primjenjuje kad tradicionalne discipline pojedinačno nisu u mogućnosti polučiti rezultate kakve želimo postići.

Brojni stručnjaci iz različitih područja vjeruju kako je goruće probleme čovječanstva moguće riješiti jedino kroz interdisciplinarne pristupe, bez obzira radi li se o kratkoročnom vremenu neke intervencije, ili o kontinuitetu djelovanja.

Interdisciplinarne skupine stvaraju stručnjaci iz različitih područja i rade na istom programu, i/ili projektu. Tako doprinose raznolikosti pristupa i otvaraju mogućnost sveobuhvatnijeg odnosa u radu.

2.5.2. Javno zdravstvo i mentalno zdravlje

Javno zdravstvo je društveni i politički koncept jasno definiranog cilja, a to je unaprjeđenje zdravlja, produženje i unaprjeđenje kvalitete života stanovništva, suzbijanje bolesti te druge zdravstvene intervencije.

Mentalno je zdravlje izrazito važno za pojedinca, obitelj kao temeljnu jedinicu društva te društvo u cjelini. Jedan je od prioritetnih javnozdravstvenih problema u svijetu, EU i Republici Hrvatskoj zbog relativno visoke prevalencije, nastanka u mlađoj odrasloj nerijetko dječjoj dobi. Suvremene strategije za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja usmjeravaju sve više pozornosti prema multidisciplinarnoj i multisektorskoj suradnji ne zaboravljajući temeljni individualni pristup prema pojedincu kao čovjeku.

2.5.3. Sastav i uloga interdisciplinarnog tima u javnom zdravstvu

Stručni interdisciplinarni tim u javnom zdravstvu koji se bavi problematikom mentalnog zdravlja čine: psihijatar, psiholog, defektolog, socijalni radnik, sociolog i medicinska sestra. Vodeću ulogu, zadaću i odgovornost za uspješno funkcioniranje ovakvog tima prvenstveno imaju psihijatar i psiholog.

Psihijatrija (grčki *psyche* - duša, *iatrea* - liječenje) temeljno je definirana kao medicinska struka čije je područje zanimanja razvoj, manifestacija bolesti i poremećaja čovjekove ličnosti koji nastaju iz subjektivnoga ili njegova odnosa s okolinom.

Dva su temeljna područja u medicinskoj struci predmet zanimanja psihijatrije, mentalni poremećaji i individualno ponašanje u zdravlju i bolesti. Oba područja obilježava stupanj znanstvene nesigurnosti, stoga psihijatrija upotrebljava modele ponašanja i mentalne aktivnosti da bi smanjila tu nesigurnost organizirajući znano u konceptualni okvir.

Psihologija je izraz koji potječe iz grčkog *psiha* (ψυχή) = *duh, duša, život, um, dah* i *logos* (λόγος) = *govor, studij, rasuđivanje*. Moderna psihologija je prirodna i društvena znanost koja se bavi procesima u mozgu i njihovim izražavanjem u ponašanju. Nastoji sustavnim empirijskim istraživanjima steći znanje o uzrocima i načinu ponašanja ljudi (i životinja), na koji način ljudi doživljavaju svijet u kojem žive.

Jasno je koliko zajedničkih interesa imaju ove dvije discipline te je njihova vodeća uloga u multidisciplinarnom timu od ključne važnosti kako bi se ispunili definirani ciljevi i to: promocija mentalnog zdravlja za sve, promocija rane intervencije i liječenja mentalnih poremećaja, unaprjeđenje kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima ili dizabilitetom kroz socijalnu inkluziju, razvoj informiranja, istraživanja i sustava znanja na području mentalnog zdravlja. Timski stručni rad podrazumijeva pristup korisniku specifičnim znanjima i vještinama svakog člana tima, rad je koordiniran radi dobrobiti korisnika te svaki stručnjak neposredno ili posredno doprinosi kvalitetnoj procjeni i određivanju tretmana. Uz obradu slijedi i redovita koordinacija s drugim institucijama, ukoliko je potrebna, kako bi pristup bio učinkovitiji.

2.5.4. Suradnja psihijatra i psihologa u interdisciplinarnom timu u javnom zdravstvu

Uloga psihologa u postupcima i procedurama pogotovo savjetovanja u javnom zdravstvu kao važnog segmenta neizostavna je, otklanja moguće brojne stigme i predrasude prije, ali i nakon intervencija psihijatra. Psiholog je uvijek prihvatljiv terapeut bez hipoteke stigme, netko tko razumije i sadržava poteškoće korisnika i obitelji, kao pomoćni ego, prati, potiče i signalizira potrebitu suradnju ostalih članova tima.

Neposredna suradnja psihijatra i psihologa kao okosnice interdisciplinarnog tima ne teče samo kroz savjetodavan rad s korisnicima, dijagnostiku i terapiju, nego kroz sve segmente prevencije gdje je neophodno razviti suradnju s drugim institucijama, udrugama, ali i pojedincima svakodnevno i neposredno, šireći mrežu suradnje.

Rano otkrivanje, dijagnostika, terapija djece i adolescenata s poremećajima ponašanja i problemima mentalnog zdravlja jedan je od prioriteta današnjice s kojim se uspješno može nositi jedino interdisciplinarnim pristupom, interdisciplinarni tim nošen prvenstveno neposrednom, neformalnom i plodonosnom suradnjom psihijatra i psihologa.

Senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje razvojnih i drugih poteškoća iz kruga mentalnog zdravlja, rad s djelatnicima predškolskih i školskih ustanova u cilju ranog prepoznavanja, dijagnosticiranja, ali i interveniranja kod različitih poremećaja djece i adolescenata poseban je izazov testiranju uspješnosti interdisciplinarnog koncepta.

2.5.5. Primjeri dobre prakse

Kako bi se ovakva suradnja na neki način standardizirala potrebno je napraviti i slijediti radne procedure. Broj radnih procedura nije ograničen i one se mogu mijenjati i nadograđivati. Kako izgledaju vidljivo je iz slijedećih primjera dobre prakse u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti:

Procedura: **Savjetovanišni rad s djecom i adolescentima s emocionalnim poteškoćama**

Svrha:

Pružanje pomoći i podrške djeci, mladima i njihovim roditeljima, koji imaju poteškoće vezane uz mentalno zdravlje.

Odnosi se na postupke namijenjene zaštiti, održavanju i poboljšanju mentalnog zdravlja pojedinaca i njihovih obitelji te poboljšanju kvalitete života uz optimalno iskorištavanje osobnih potencijala.

1. Područje primjene:

Pružanje pomoći i podrške odnosi se na djecu, adolescente i njihove roditelje, koji imaju poteškoće vezane uz mentalno zdravlje.

Proceduru primjenjuju djelatnici Savjetovišta za zaštitu djece i mladih u Službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti NZJZ SDŽ, različitih struka (psiholog, defektolog, specijalist školske medicine, socijalni radnik).

2. Odgovornosti:

U proceduri kao odgovorni djelatnici Službe sudjeluju stručni suradnici Savjetovišta, medicinska sestra, te odgovorni djelatnici ustanova socijalne skrbi, sudstva, te školstva po potrebi.

Javljanje u Savjetovište može biti samoinicijativno ili na zahtjev roditelja, ali i na preporuku stručnih službi škole, nadležnih liječnika, Zavoda za socijalnu skrb, Općinskog državnog odvjetništva, suda i sl., a uključuju se u program praćenja, individualne i obiteljske tretmane.

3. Postupak:

U Savjetovište se dolazi po prethodnom telefonskom ili osobnom dogovoru s medicinskom sestrom ili stručnim suradnikom u zakazani termin. Po dolasku u čekaonici Savjetovišta medicinska sestra vrši potvrdu identiteta i upisuje klijenta u knjigu protokola. Ukoliko je riječ o već evidentiranom klijentu pronalazi osobni list

u kartoteci, a ako osoba dolazi prvi put, nakon konzultacije sa stručnim suradnikom uzima osobne podatke, podatke o zdravstvenom osiguranju, te ih upisuje u osobni list klijenta. Postupak rada s klijentom je različit, ovisno je li riječ o novom klijentu ili već prije evidentiranom.

- Novi klijent: Kod prvog razgovora sa stručnim suradnikom osim samog klijenta najčešće je prisutan jedan ili oba roditelja jer se uglavnom radi o maloljetnim osobama, osobama koje su još u sustavu obrazovanja ili pak dolaze na inicijativu roditelja. Obavlja se prvi intervju pri čemu se uzima cjelovita osobna i obiteljska anamneza, razlog dolaska te se ti podaci unose u Osobni list korisnika. U dogovoru s klijentom i prema procjeni stručnog suradnika dogovaraju se daljnji dijagnostički i terapijski postupci, pregled i obrada specijaliste psihijatra, te način i intenzitet dolazaka.
- Već zabilježen klijent: Po dolasku u čekaonicu Savjetovališta klijent se prijavljuje medicinskoj sestri, ostavlja svoje osobne podatke te ga se nakon identifikacije upućuje stručnom suradniku koji je zadužen za vođenje savjetodavnog tretmana. Vrš se potrebni terapijski i dijagnostički postupci, pregled i obrada specijaliste psihijatra.

Od samoga se početka u programa praćenja u savjetovališni rad uključuje i obitelj. U Savjetovalištu se zaprimaju na uvid ili kopiraju po potrebi nalazi prethodno napravljeni u svrhu dijagnostike u drugim ustanovama, zbog upotpunjavanja informacija potrebnih za provođenje tretmana. Također se zaprimaju i dokumenti različitih državnih institucija (sud, općinsko državno odvjetništvo, zavod za socijalnu skrb, škola i sl.) ukoliko je osoba upućena na tretman od strane službene osobe. Izvještaji o tijeku i uspješnosti provedenog tretmana, potpisani od strane odgovorne osobe, protokoliraju se u centralnom protokolu i poštom šalju na odgovarajuću adresu.

Svaki dolazak korisnika bilježi se u knjizi protokola.

4. Zapisi:

- osobni list klijenta
- izvještaji.

Procedura: **Preventivni programi/projekti, edukacije i rad na unaprjeđenju mentalnog zdravlja**

1. Svrha:

Osnovni je cilj preventivnih programa/projekata rad na zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, prevencija ovisnosti kod mladih, sprječavanje rizičnog ponašanja te promicanje zdravih stilova života. Ovim se aktivnostima nastoji osvijestiti važnost očuvanja mentalnog zdravlja populacije djece i mladih kroz informiranje i educiranje kako djece i mladih, tako i svih koji sudjeluju u odgojnom procesu (roditelji, odgojitelji, zdravstveni djelatnici, nastavnici i stručni suradnici).

2. Područje primjene:

Primjenjuje se na djecu predškolskih ustanova osnovnih i srednjih škola, nastavnike i stručne suradnike škola, sve zainteresirane stručnjake koji se u svakodnevnom neposrednom radu bave s djecom i mladima, kao i roditelje. Postupak provode psiholog i psihijatar, ali i ostali stručni suradnici Savjetovaništa za zaštitu djece i mladih, cijeli multidisciplinarni tim (defektolog, specijalist školske medicine, socijalni radnik, sociolozi).

3. Postupak:

Preventivne aktivnosti Službe provode se na različite načine ovisno o potrebama korisnika preventivnih programa i projekata poštujući krajnji cilj i ciljanu skupinu, svrhu, ali i mogućnosti djelovanja Službe. Provode se samostalno ili u suradnji s drugim institucijama. Najčešće su to zdravstvene, odgojno-obrazovne i socijalne ustanove (vrtići, osnovne i srednje škole, sl.), zavodi socijalne skrbi, pravosuđe te udruge koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja. Preventivni sadržaji evaluirani su upitnicima i evaluacijskim listama, fokus skupinama, zbog potrebe planiranja budućih preventivnih aktivnosti.

Načini na koje se provode ovakvi programi su sljedeći:

Edukacijske aktivnosti- uključuju izobrazbu pojedinaca i skupina, nastavnika i stručnih suradnike, roditelja, iz područja ovisnosti i mentalnog zdravlja. Edukacije se provode na sljedeće načine:

- Predavanja, tribine, radionice te izrada prigodnih informativnih, edukativnih, ali i promidžbenih materijala. Načini i tematike edukacija prilagođene su skupini kojoj su namijenjene. Predavanja i radionice zamišljene su za provedbu jednokratno, kako bi se skrenula pozornost.
- Edukacija edukatora za djelatnike vrtića, škola, socijalne skrbi, stručnih suradnika koji rade s djecom i adolescentima, a provode se kroz predavanje i seminare.
- *Vršnjačka edukacija*- edukacija odabrane skupine djece/adolescenata koje educiraju djelatnici Savjetovaništa za rad s vršnjacima. Edukacija se provodi kroz radionice i predavanja, a obrađuju se različite teme iz područja ovisnosti (pušenje, pijenje alkohola, konzumacija droga, nove/tehnološke ovisnosti) i mentalnog zdravlja (samopoštovanje, donošenje odluka, utjecaj okoline/medija, komunikacijske vještine). Po završetku edukacije skupine vršnjaka edukatora, projekt se nastavlja radom s ostalim učenicima, gdje vršnjaci edukatori održavaju edukaciju kroz kraća predavanja i radionice u razredima na satovima razrednog odjeljenja, a uz pomoć stručnih suradnika škole. Edukacija pripremljena na ovakav način traje tijekom školske godine, a tempo i broj susreta prilagođeni su mogućnostima škole i učenika.
- *Krizne intervencije*- uključuju niz preventivnih aktivnosti koje djelatnici Savjetovaništa provode na inicijativu i prema potrebi ustanove koja se

obratile za pomoć, a u slučaju kada je potrebna intervencija stručnjaka koji se bave problematikom ovisnosti i mentalnim zdravljem.

- *Kampanje*- obuhvaćaju niz aktivnosti u kojima je uključen veći broj djece i mladih. Sudjeluju na javnom obilježavanju dana značajnih za problematiku ovisnosti i mentalnog zdravlja. Kroz različite kreativne i iskustvene radionice osmišljava se promoviranje važnosti zaštite mentalnog zdravlja, zdravih stilova života i prevencija ovisnosti.

2.5.6. Zaključak

Značajan broj ljudi u općoj populaciji ima sklonost predrasudama, zabrudama i stereotipijama, kada je u pitanju mentalno zdravlje, uključujući i krajnje korisnike. Nerijetko se boje potražiti pomoć, pogotovo psihijatra jer se plaše neprimjerenih komentara, etiketiranja i nerazumijevanja okoline. Smatraju kako njihovim poteškoćama, problemima ili patnji nema pomoći jer shvaćaju normalnost kao prosjek, a ne kao raspon. Skrivaju svoje probleme dok ne razviju nekakav emocionalni poremećaj, što je u današnjem vremenu i dalje prisutno, nepotrebno i nedopustivo!

Kvalitetna, neposredna, plodonosna, neformalna, protočna suradnja psihijatra i psihologa kao vodećih članova interdisciplinarnog tima u javnom zdravstvu, omogućava odgovorno javno djelovanje na primjeren način o važnosti zaštite i očuvanja mentalnog zdravlja.

Njihove su uloge jasno definirane, važno je da se međusobno poznaju, učestalo razmjenjuju informacije o vrsti pruženih usluga, daljnim planovima i potezima, da je procedura međusobnog upućivanja klijenata neformalna.

Interdisciplinarnim pristupom jezgre tima psiholog-psihijatar uvijek se otvaraju različite nove mogućnosti. Suradnja na tom putu započinje promicanjem preventivnih zahvata od rane dobi, kako bi kasnije moguće poteškoće bile lakše rješive. Kvalitetno djelovanje u ranoj dobi izuzetna je prilika za početak emocionalnog opismenjavanja, stvaranja budućih emocionalnih kompetencija svakog pojedinca današnjeg društva.

Literatura:

1. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja 2009. - 2013., MZS RH
2. Sakoman, S. (2009.): Osnove koncepta programa zaštite mentalnog zdravlja pri službama Zavoda za javno zdravstvo, prezentacija, Sisak
3. Silobrčić Radić, M., Hrabak-Žerjavić, V. (2009.): Mentalno zdravlje u EU i strategija zaštite mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, prezentacija, Sisak
4. Mesić, M. (2010.): Uloga psihologa u prevenciji ovisnosti i mentalnom zdravlju; tko smo, kako nam je i što radimo, Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja str. 23 - 32
5. Plan razvoja Javnog zdravstva za razdoblje 2011. - 2015., MZ RH

2.6. Psiholozi i promicanje mentalnog zdravlja

Psihologija je, komparativno gledajući, mlada profesija, iako je evidentno da su 'psihološke' koncepcije kroz povijest bile prisutne i u filozofiji i u religiji. No, psihologija se kao znanost počela razvijati u 19. stoljeću, proučavanjem percepcije, reakcija i drugih mentalnih procesa, što je dovelo do stvaranja teorija i, u konačnici, do primijenjene discipline kakvu imamo danas.

2.6.1. Psihologija i psihološka djelatnost

Kakva je psihologija danas?

Psihologija je danas jasno definirana djelatnost u gotovo svim europskim zemljama, a psiholozi rade s pojedincima, skupinama, obiteljima i institucijama, usmjereni su i na poučavanje psihologije, a i podrška su drugim profesijama u raznim sustavima.

Psihologija istražuje i nastoji razumjeti uzroke ljudskog ponašanja, pomaže pojedincima da sami razumiju svoje ponašanje, pomaže preveniranju problema i smanjenju patnje/boli te pomaže u stvaranju okruženja koje promovira zdravo, dobrobiti usmjereno sudjelovanje u produktivnoj provedbi raznih aktivnosti. I sve ovo u različitim područjima kao što su zdravlje, školstvo, rad i organizacija, zajednica, promet, sport i pravo.

Psihološka djelatnost u Hrvatskoj je, kao i u brojnim europskim zemljama, profesija regulirana posebnim zakonom – *Zakonom o psihološkoj djelatnosti* kojim se 'uređuje sadržaj, područje primjene, uvjeti i načini obavljanja te organizacija i nadzor psihološke djelatnosti u Republici Hrvatskoj' (NN, 47/03.). Spomenuti Zakon 'psihološku djelatnost' određuje kao 'sustav pojedinačno ili skupno usmjerenih stručnih postupaka, mjera i sredstava utemeljen na načelima i spoznajama psihološke znanosti koji obuhvaća: psihološku dijagnostiku, psihološke tretmane i savjetodavni rad, edukacijske aktivnosti, psihološka stručna istraživanja i psihološku evaluaciju' (NN, 47/03.).

U suvremenim društvima, profesije imaju važnu ulogu u pružanju javnih usluga i u oblikovanju javnih politika. Stručno znanje i kompetencija osiguravaju ostvarenje interesa korisnika za kvalitetnom profesionalnom uslugom, ali i javni interes društva da osigura pružanje ključnih profesionalnih usluga (Musa, Džinić, 2012.). Razne profesije predstavljaju stalno zanimanje, zahtijevaju posebno prethodno obrazovanje i kasnije usavršavanje i udruživanje u strukovne udruge, a mogućnost obavljanja profesionalne djelatnosti regulira se propisom (odnosno zakonski) te je profesionalni rad podvrgnut profesionalnoj etici i kontroli pripadnika iste profesije.

Profesija u osnovi uključuje 'visok stupanj znanja i/ili vještina utemeljenih na obrazovanju i/ili usavršavanju, članstvo u profesionalnoj organizaciji s visokim stupnjem standarda za ulazak, posvećenost javnoj službi iznad osobnih interesa te etički kodeks' (Jacob i Boisvert, 2010.).

U Hrvatskoj se psihološkom djelatnošću kao zanimanjem mogu baviti samo psiholozi, koji se obvezno udružuju u Hrvatsku psihološku komoru, kao samostalnu i neovisnu organizaciju sa svojstvom pravne osobe koja regulira pitanja vezana uz obavljanje psihološke djelatnosti i prati i nadzire provođenje Kodeksa etike psihološke djelatnosti. Prema podacima iz Registra članova (HPK, 2012.), u Hrvatskoj na dan 15. ožujka 2012. godine, osnovnu dopusnicu za obavljanje psihološke djelatnosti posjeduje 2.274 psihologa koji psihološku djelatnost obavljaju u područjima navedenim u Tablici 1.

| PODRUČJE | N | % |
|---|-------|------|
| I. Klinička psihologija, zdravstvena psihologija, psihološko savjetovanje i medicina rada | 438 | 19,3 |
| II. Organizacijska psihologija i psihologija rada | 433 | 19,0 |
| III. Školska i predškolska psihologija | 733 | 32,2 |
| IV. Socijalna skrb i obiteljski centri, penološka psihologija | 308 | 13,6 |
| V. Znanost | 154 | 6,8 |
| VI. Privatna praksa | 52 | 2,3 |
| VII. Nevladine organizacije | 25 | 1,1 |
| VIII. Ostalo | 116 | 5,1 |
| IX. Članovi komore koji ne obavljaju psihološku djelatnost | 15 | 0,7 |
| Ukupno | 2.274 | |

Tablica 1. Broj psihologa – članova Hrvatske psihološke komore po područjima obavljanja psihološke djelatnosti

2.6.2. Psiholozi i mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija je 2001. godine definirala mentalno zdravlje kao ‘stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno, te je sposoban pridonositi zajednici (Brlas, S. i Gulin, M., 2010.).

Europska unija također naglašava važnost mentalnog zdravlja – *Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit (European Pact for Mental Health and Well-being)*, je pod patronatom Svjetske zdravstvene organizacije prihvaćen na konferenciji na visokoj razini 2008. godine s namjerom promocije značaja mentalnog zdravlja za javno zdravlje, produktivnost, učenje i društvenu koheziju u Uniji.

Pet područja koja su obuhvaćena planom aktivnosti Pakta su:

- (1) prevencija samoubojstava i depresije
- (2) mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju
- (3) mentalno zdravlje na radnom mjestu
- (4) mentalno zdravlje starijih osoba
- (5) suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti.

Ova su područja obuhvaćena i *Nacionalnom strategijom zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine*, usvojene 16. rujna 2010. godine na 79. sjednici Vlade Republike Hrvatske. Područja djelovanja Strategije usmjerena su na: (1) unaprjeđenje mentalnog zdravlja u općoj populaciji, (2) unaprjeđenje mentalnog zdravlja u dobno-specifičnim i vulnerabilnim populacijama, (3) unaprjeđenje mentalnog zdravlja na radnom mjestu, (4) prevenciju, liječenje i rehabilitaciju duševnih poremećaja, (5) zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, te (6) suradnju s drugim sektorima, razmjenu informacija i znanja te istraživanju.

Koja je uloga psihologa kada govorimo o mentalnom zdravlju?

Ulazeći u svijet psihološke profesije, neizostavno nam se postavljaju pitanja zbog čega se bavimo psihologijom i koja je naša uloga u društvu, odnosno za što nas plaćaju? Koja je bit našeg rada, i što je to što nas čini drukčijim od ostalih profesija? Za neke je profesije, pogotovo one s dugom tradicijom, to jednostavno odrediti: na primjer, svećenici su tu da odrede smisao življenja ljudi sa zajedničkim kulturnim identitetom i osiguraju stabilnost zajedničkog sustava interesa i skupnu koheziju. Zadaća liječnika svima je jasna – smanjenje patnje, boli, liječenje bolesti, odgoda smrti, odvjetnici i pravnici imaju za zadaću rješavanje konflikata i doprinos stvaranju i održavanju društvenog reda. Zašto je određivanje uloge i poslova psihologa ponekad teško jasno odrediti?

Tražeci odgovor, možemo krenuti od pretpostavke da u svijetu nema katastrofa, bolesti, sukoba i ratova, ukratko, da ljudi žive u miru i bez patnje, vjerojatno ne bi bilo potrebe za psiholozima, a vjerojatno ne bi bilo ni psihološke profesije. No, ljudski su životi obilježeni i nesrećama, i bolestima, i smrću, svi smo mi ponekad izloženi traumati i nesigurnosti, i ratu i sukobima, svi imamo iskustvo boli, stresa i frustracije, a svež primjer nam je i stvarnost svakodnevice posljednjih nekoliko godina aktualne svjetske gospodarske krize, gdje su pojmovi briga, aksioznost i depresija postali dio svakodnevice, a potrošnja cigareta, alkohola i antidepresiva u konstantnom je porastu. Kao posljedicu takve situacije, treba stvoriti smisao životu i reducirati ljudsku patnju. I ovdje na scenu nastupaju psiholozi, no to je samo jedna od njihovih uloga, odnosno uloga samo jednog dijela psihologa koji se bave ovim područjem. Spoznaje i metode suvremene psihologije, kao i pozicije psihologa u različitim sustavima i područjima, od odgoja i obrazovanja, preko zapošljavanja i rada, do zdravstvene i socijalne skrbi, omogućuju psiholozima da značajno doprinesu unaprjeđenju mentalnog zdravlja u populaciji na mnogo načina.

Psiholozi svojim kompetencijama temeljenim na stručnom obrazovanju i radnom iskustvu s različitim problemima unutar područja u kojima rade, mogu značajno doprinosti identificiranju čimbenika koji doprinose dobrom mentalnom zdravlju, kao i čimbenika koji predstavljaju rizik za mentalno zdravlje, ali i razvoju učinkovitih intervencija usmjerenih unaprjeđenju mentalnog zdravlja u populaciji.

Unutar područja odgoja i obrazovanja, u kojem je najviše zaposlenih psihologa, osim radom na ciljanim preventivnim programima i radom s djecom i mladima kojima je potrebna stručna psihološka pomoć, psiholozi mogu doprinijeti unaprjeđenju kvalitete obrazovanja, odnosno kvalitete odgojnog i obrazovnog rada i kvalitete školskog života učenika.

U području rada također je jako velik prostor u kojem psiholozi mogu djelovati na unaprjeđenje mentalnog zdravlja, kako na jačanju kapaciteta pojedinaca za nošenje sa stresom, tako i na unaprjeđenju radnih i organizacijskih uvjeta, odnosno oblikovanju zdravog radnog mjesta.

U području zdravstva psihozi su zaposleni na svim razinama zdravstvene zaštite, najčešće u okviru psihijatrije, medicine rada i zdravstvene zaštite djece, gdje sudjeluju u interdisciplinarnim timovima u dijagnostici i tretmanu – psihoterapiji. Doprinos i rad psihologa u području zdravstvene psihologije prihvaćen je i priznat i od zdravstvenih djelatnika i od pacijenata. Novost u zdravstvenom sustavu je uključivanje psihologa kao člana standardnog tima na razinu primarne zdravstvene zaštite, u službe za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti pri županijskim zavodima za javno zdravstvo, što je uređeno Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08.) i Mrežom javne zdravstvene službe (NN 98/09.), a čime su stvorene pretpostavke za snažniji razvoj psihologije u području zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja.

Područje skrbi o ranjivim skupinama, posebno aktualno zbog posljedica rata i gospodarske krize, veliko je područje u kojem psiholozi mogu doprinijeti razvoju i provedbi psihosocijalnih intervencija usmjerenih osnaživanju pojedinaca za uključivanje u zajednicu, kao i u unaprjeđivanju kapaciteta zajednice u području socijalne skrbi.

Prema *Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine*, za njenu učinkovitost je ključna suradnja svih sudionika u provedbi, a posebno sustava zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, gospodarstva, pravosuđa, obiteljsko-pravne zaštite i unutarnjih poslova kako na nacionalnoj, tako i na lokalnoj razini, a od posebne važnosti je suradnja s civilnim društvom. Istraživačke institucije i stručne udruge imaju također ključnu ulogu u pronalaženju novih spoznaja i njihovom širenjem ne samo prema profesionalcima u zdravstvu, već i prema široj zajednici.

Zahvaljujući uključenosti psihologa u sve sustave koji provode Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja, kao i kompetencijama psihologa, psihološka struka pokazuje da ima značajan potencijal za učinkovit rad u području zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja u populaciji. Ovo također obvezuje psihologe da potencijale struke i svoje osobne

razvijaju i dalje i da tako budu još osposobljeniji za sustavan rad na pitanima i ciljevima koje je postavila Nacionalna strategija.

Literatura:

1. Brlas, S. i Gulin, M. (ur.) (2010.): *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*, ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravске županije, Virovitica
2. *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU High-level Conference Together for Mental Health and Wellbeing, 12.-13. June 2008., Brussels
3. Gligora, H. (2012.): *Treba li nam psihologija?*, Izlaganje na konferenciji Psihologija za gospodarstvenike (neobjavljeno), 5. Tjedan psihologije – Rijeka psihologije, Rijeka
4. Hrvatska psihološka komora: *Analiza podataka iz Registra članova na dan 15. 03. 2012. godine* predstavljena na 20. sjednici Skupštine Hrvatske psihološke komore, 24. 03. 2012. godine, Zagreb
5. Jacob, S. i Boisvert, Y. (2010.): To Be or Not to Be a Profession: pros, cons and challenges for evaluation, *Evaluation* 16(4): 349-369
6. Mreža javne zdravstvene službe, *NN 98/09*.
7. Musa, A. i Džinić, J. (2012.): *Europska regulacija profesija i komore u Hrvatskoj: razvoj upravne profesije i drugih profesija u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb
8. *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine* usvojena na 79. sjednici Vlade Republike Hrvatske, 16. rujna 2010. godine, Zagreb
9. Zakon o psihološkoj djelatnosti, *NN 47/03*.
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *NN 150/08*.

3. PSIHOLOŠKA DJELATNOST U ZAŠTITI I PROMICANJU MENTALNOG ZDRAVLJA

3.1. **Vizija, misija i ciljevi psihološke djelatnosti u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja**

Cilj je javnozdravstvenog pristupa u zaštiti mentalnog zdravlja postići optimalnu kvalitetu življenja u cijeloj populaciji te blagostanje svih stanovnika koje osigurava i psihološku dobrobit pojedinaca. U zajednici orijentiranoj na dobrobit pojedinci ostvaruju svoje potencijale i iskorištavaju prostor za napredovanje, mogu se nositi sa svakodnevnim životnim teškoćama i stresom, mogu raditi produktivno i plodno te su sposobni pridonositi zajednici. Kroz to zajednica svojim funkcioniranjem omogućuje zadovoljavanje zajedničkih potreba ljudi i skupina, omogućuje produktivnost pojedinaca i organizacija te tako gradi i svoj kapacitet za potporu pojedincima, obiteljima, a posebno ranjivim skupinama.

Pred psiholozima je prostranstvo potreba ljudi i zajednice u cjelini. Područje je to velikih izazova za struku i stručnjake kao pojedince. Prostor je to i prilika za psihologiju i psihologe, ali je to i pitanje profesionalne i društvene odgovornosti. Psihologija kao znanost i struka treba znati formulirati ciljeve djelovanja i iste usklađivati s potrebama zajednice. Psihologija također treba razmatrati i razvijati svoje snage, mogućnosti i potencijale kako bi psiholozi bili učinkovita podrška zajednici u postizanju zajedničkog cilja, a to je dobrobiti svih ljudi koji žive u zajednici.

Bez jasne slike (vizije) o tome gdje kao struka u budućnosti želimo biti u područjima zaštite i promicanja mentalnog zdravlja ne možemo niti usmjeravati djelovanje svi u istome smjeru, a niti afirmirati kapacitete primijenjene psihologije za djelotvorne intervencije u području zaštite i promicanja mentalnog zdravlja. Stoga je kao prvi korak nužno osvijestiti osobne snage, ali i prostor za napredovanje te identificirati okolinske činitelje (i prilike i prijetnje) kako bismo mogli kreirati putove ka ostvarivim ciljevima djelovanja. Zato ovdje jasno i nedvosmisleno želimo definirati viziju kao zamisao o željenom i predvidljivom razvoju psihologije u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, zadati misiju koja će aktivirati resurse psihološke struke ka djelovanju i potom slijediti ciljeve; od globalnog prema sasvim specifičnim i operativnim ciljevima djelovanja.

Vizija

Kao dalekosežna zamisao o željenom i predvidljivom razvoju događaja ili pothvata vizija je projekta „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja“ bila i ostala osnažiti kapacitete psihološke struke kako bi psihologija mogla konstruktivno doprinosti dobrobiti u zajednici. Ova vizija usmjeravala je naše djelovanje tijekom realizacije projekta; od poticanja na stručnu javnu raspravu, preko izrade smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja pa do konkretnih iskustvenih uputa za neposredan pomagački rad koji je i smisao djelovanja psihologa.

Misija

Misija je zadatak većeg značaja koji je od općeg interesa i aktivira resurse psihološke struke na djelovanje pa je stoga zadaća projekta „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja“ afirmirati kapacitete primijenjene psihologije za djelotvorne intervencije u području zaštite i promicanja mentalnog zdravlja kako bi psihologija doista i stvarno praktičnim radom psihologa bila operativno korisna ljudima. Slijedeći načelo „bolje spriječiti nego liječiti“ želimo da aktivnosti psihološke struke budu usmjerene sve više mjerama univerzalne prevencije (u očuvanju mentalnog zdravlja i prevenciji poremećaja) na organizacijskoj i socijalnoj razini, u školama, radnim organizacijama i zajednici te da u potpunosti budu usklađene s područjima i mjerama Nacionalne strategije.

Ciljevi

Ciljevi su zamišljena, buduća stanja koja želimo postići određenim aktivnostima i određenim sredstvima i neposredno proizlaze iz vizije.

Projektom „Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja“ možemo definirati:

1. Globalni cilj

Ovaj se cilj definira kao konačno stanje u kojemu želimo biti u budućnosti, a to je psihologija koja konstruktivno u zajednici doprinosi zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja populacije.

2. Specifične ciljeve

Ovi se ciljevi odnose na učinke koji se mogu neposredno i objektivno mjeriti. Stoga ovaj priručnik iznimnu pozornost posvećuje metodologiji istraživanja u području zaštite i promicanja mentalnog zdravlja te unaprjeđenja kvalitete života kako bi aktivnosti imale okvir za djelovanje i evaluaciju (praćenje) procesa i (mjerjenje) učinaka.

3. Operativne (izvedive) ciljeve

To su sva u ovom priručniku opisana konkretna ponašanja dakle djelovanje psihologa koje će voditi prema globalnom cilju, a time i afirmirati viziju u stvarnosti.

3.2. **Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja u općoj populaciji**

Nacionalna strategija navodi kako jedna od četiri osobe u Europi barem jednom u životu ima izravne teškoće s mentalnim zdravljem dok je puno više onih koji su neizravno u riziku. Stoga je nužno povećati znanje stanovnika o važnim pitanjima vezanima uz mentalno zdravlje, a psiholozi kroz psioh edukaciju i motiviranje stanovnika osobito mogu pomoći razvijati svijest o zdravim načinima življenja i rizičnim čimbenicima, poboljšati sposobnost građana da čitaju, procjenjuju i razumiju informacije vezane uz mentalno zdravlje (zdravstvenu pismenost) kako bi mogli stvarati utemeljeno mišljenje, poticati aktivnosti kojima se osigurava sigurna okolina i smanjuju rizični čimbenici, poticati aktivnosti kojima se destigmatiziraju duševne bolesti, razvijati smjernice za odgovorno medijsko praćenje pitanja vezanih uz mentalno zdravlje te omogućiti veće sudjelovanje i utjecaj javnosti, a posebice korisnika usluga i osoba koje o njima skrbe, u donošenju planova i odluka vezanih uz mentalno zdravlje.

U ovome poglavlju tekstovi obuhvaćaju dobru praksu i iskustva sudjelovanja psihologa u projektnom radu na unaprjeđivanju mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici te važna područja djelovanja na unaprjeđivanje mentalnog zdravlja u populaciji usmjerenoj na djecu i mlade u kojem psiholozi mogu osobito značajno pridonijeti, promicanje odgovornog roditeljstva i promicanje odgovornosti i pozitivnih društvenih vrijednosti u odgojno-obrazovnom procesu.

3.2.1. Projektni rad u zajednici na unaprjeđenju mentalnog zdravlja u općoj populaciji

3.2.1.1. Lokalna zajednica kao čimbenik zaštite mentalnog zdravlja pojedinca i obitelji

Lokalna zajednica je mjesto u kojem ljudi žive, rade i provode najveći dio svoga života. Njezina je uloga višestruka: od osiguravanja elementarnih uvjeta za život, rad i gospodarski napredak do razvijanja osjetljivosti zajednice, pogotovo lokalnih političkih vlasti, za psihosocijalne i zdravstvene potrebe građana odnosno stvaranje uvjeta za veću kvalitetu života i zdravlja u zajednici uopće.

Zajednicu možemo odrediti i kao društveni identitet koji se očituje kroz bliske, neformalne odnose među njezinim članovima, ograničenu socijalnu i prostornu mobilnost, postojanje čvrste kohezije zasnovane na pripadanju. Zajednica predstavlja populaciju čiji se članovi svjesno identificiraju jedni s drugima. Oni se isto tako identificiraju i s lokalnom zajednicom kao cjelinom, budući da žive u istim prostorima i uključuju se u zajedničke aktivnosti. Zajednica, dakle nije samo skupina ljudi koji žive u istom susjedstvu, četvrti, mjestu ili gradu, nego je to i skupina ljudi koji se druže, dijele zajedničke probleme i imaju zajedničke interese i jasno definiraju potrebe zajednice odnosno okruženja kojemu pripadaju.

Psihološki i socijalno ljudi trebaju društvo drugih ljudi i emocionalnu sigurnost koja proizlazi iz osjećaja pripadnosti socijalnoj skupini čiji članovi dijele i načine ponašanja. Navedene uloge lokalne zajednice u uskoj su međuovisnosti te međusobnim interaktivnim djelovanjem utječu na ukupni razvoj zajednice i svih njenih stanovnika u cjelini.

Put koji bi trebalo zacrtati, u svakoj zajednici, usmjeren je jačanju zaštitnih čimbenika u vidu podrške osobnom rastu i razvoju svakog pojedinca, pružanju potpore razvoju zdravih i funkcionalnih obitelji te umrežavanje, suradnja i projektno partnerstvo u zajednici radi stvaranja zdravijeg okruženja koje potiče sigurnost ljudi, unaprjeđuje kvalitetu života i zdravlje.

Zajednica ima izuzetnu ulogu u prevenciji i zaštiti zdravlja pa tako i u segmentu zaštite mentalnog zdravlja. Značaj i vrijednost pristupa prevenciji i unaprjeđenju mentalnog zdravlja proizlazi iz svijesti o odgovornosti lokalnih snaga za podizanje kvalitete života i zdravlja građana mobiliziranjem lokalne političke vlasti, aktivnim uključivanjem građana, ustanova, civilnog sektora, poticanjem međusektorske suradnje, kontinuiranim educiranjem lokalnih stručnih kadrova, stvaranjem socijalne mreže podrške te uključivanjem resursa lokalnih profesionalca u kreiranje autorskih programa za zdravlje zajednice.

U okviru raznih lokalnih i globalnih nastojanja da se djeluje na unaprjeđenje zdravlja i podizanje kvalitete života susrećemo pojam *prevencija*, a brojni programi, aktivnosti i ciljana djelovanja za zdravlje nazivaju se *preventivnim aktivnostima*.

Prevenzijska znanost bavi se stjecanjem i razumijevanjem informacija o rizičnim i zaštitnim čimbenicima prisutnim u okruženju razvoja mladog čovjeka, stavljajući te nalaze u akciju primjenom različitih obećavajućih programa (Bloom, 1996.; Albee i Gullotta, 1997.; prema Bašić, Ferić Šlehan i Kranželić Tavra, 2007.). To je mlada znanost, koja se na svjetskoj razini razvija unatrag 15-tak godina kao odgovor na spoznaju o postojanju različitih rizičnih čimbenika za razvoj djece i mladih suvremenoga doba. Prema komisiji za mentalno zdravlje SAD-a (Albee, 1998.; prema Bašić, Ferić Šlehan i Kranželić Tavra, 2007.) glavni se pravci prevencije trebaju odnositi na stvaranje uvjeta u društvu koje se brine o djeci i mladima, ali i o odraslim osobama kao važnim čimbenicima dječjeg razvoja.

Prema najnovijim istraživanjima, nigdje u svijetu rizici za razvoj ljudske jedinice nisu jednaki nuli, dapače oni postoje i svako je dijete, kao i svaki čovjek, tijekom svog odrastanja izloženo nekima od njih. Pri tome treba naglasiti da razlikujemo „unutarnju“ ranjivost odnosno otpornost svake jedinice (osobni rizični/zaštitni čimbenici) od vanjskih rizičnih/zaštitnih čimbenika (u obitelji, školi, društvu vršnjaka te u zajednici uopće) na koje se osmišljenim i dostupnim programima i aktivnostima može djelovati u cilju sveobuhvatne zaštite. Prevenzijska znanost usmjerena je izučavanju zakonitosti međuodnosa rizika i zaštite za razvoj svake jedinice te stremi stvaranju optimalnih uvjeta za rast i razvoj svake osobe u njenom neposrednom okruženju. Uloga zajednice u prevenciji mentalnog zdravlja i unaprjeđenju zdravlja uopće neosporna je, a strateški dokumenti za zdravlje odgovornih političkih vlasti sastavni su dio dugoročne vizije razvoja svake zajednice.

U uvjetima života i zahtjevima suvremenog svijeta, u kojemu se sukobljavaju surovi materijalizam postojanju čovjeka kao socijalnog, društvenog i nadasve emotivnog bića, sve je ugroženije psihosocijalno zdravlje ljudi, njihova emocionalna stabilnost odnosno mentalno zdravlje.

Znanstvenici europskog konzultacijskog tima za promociju mentalnog zdravlja navode više odgovora na pitanje *Zašto tako velika potreba za prevencijom u zajednici?*

Evo nekih od razloga:

- Svi imamo pravo na zadovoljavanje osnovnih psiholoških i fizioloških potreba i prava, na opću dobrobit, na mentalno zdravlje...
- Postoje brojne evidencije o povećanju broja djece/mladih i odraslih s različitim oblicima rizičnih ponašanja, poremećaja, patnji i bolesti čije manifestacije ozbiljno narušavaju normalan razvoj djeteta/mladog čovjeka ili odgovornost odraslih i njihovu „produktivnost“ u različitim životnim područjima i odgovornostima (po nekim pokazateljima radi se o ¼ ukupne populacije).
- Po nekim procjenama u Europi samo u području mentalnih bolesti to „odnosi/trazi“ oko 3-4% bruto nacionalnog dohotka.
- Ako se ne intervenira kod problema u djetinjstvu, cijena će biti veća u odrasloj dobi.

- Važno je stvarati evidenciju preventivnih programa (*evidence-based*) te pratiti njihovu učinkovitost i utjecaj na zdravlje u zajednici s ciljem da se dugoročno implementiraju oni preventivni programi koji dokazuju svoju uspješnost.

Na razini Svjetske zdravstvene organizacije i Europskog projekta za promociju mentalnog zdravlja opisan je *Ottawa Charter for Health Promotion* (SZO, 1986., prema Llopis i sur., 2005.) – konceptualni okvir za strategije prevencije koji sugerira intervencije u zajednici kako slijedi:

- izgradnja javnozdravstvene politike (brige o zdravlju, prehrani, okolišu, stanovanju, obrazovanju...)
- kreiranje podržavajuće okoline (podržavajuća obiteljska okolina – potpora obiteljima s rizikom, podrška roditeljima od strane lokalne zajednice, intervencije potrebne roditeljima, predškolske intervencije, škole kao podržavajuća okolina za učenje i rast, podržavajuća okolina na radnome mjestu...)
- jačanje aktivnosti zajednice (jačanje mreža u zajednici, akcije zajednice prema zlouporabi droga, medijske kampanje...)
- razvoj osobnih vještina (jačanje otpornosti i promocija socijalne kompetencije, ciljane prevencija depresije, rješavanje negativnih posljedica nezaposlenosti...)
- nova orijentacija zdravstvenih servisa (kratke intervencije u primarnoj zaštiti, intervencije za nove majke, rane intervencije za osobe s mentalnim poremećajima...).

Iz gore navedenog proizlazi da je strateško planiranje i djelovanje za zdravlje u zajednicama, kao odraz odgovornosti lokalnih političkih struktura, u skladu s europskim i svjetskim standardima koji se postavljaju pred suvremene lokalne zajednice. Spremnost ključnih ljudi za ulaganje u prevenciju u zajednici značajan je zaštitni čimbenik.

Koncept rizika i zaštite ima veliku važnost za prevenciju u zajednici. Zadatak je odgovornih lokalnih zajednica neprestano smanjivanje rizika i povećavanje zaštite usmjerene građanima u vlastitom okruženju. Ključni su ljudi oni koji donose odluke i imaju značajan utjecaj na zajednicu. Ukoliko su oni spremni surađivati s lokalnim stručnjacima i izdvajati financijska sredstva za prevenciju te ako ih evidentno izdvajaju, oni posredno šalju poruku zajednici da je prevencija važna i postaju njezini zastupnici. Istovremeno fokusiraju čovjeka/građanina kao najveću vrijednost vlastite zajednice, a njegovo fizičko i mentalno zdravlje kao osobni imperativ i odgovornost.

Istraživanja potreba, rizika i zaštite u zajednici trebaju biti sastavni dio ukupnog plana razvoja lokalne zajednice. U ista trebaju biti uključeni sve populacione skupine - djeca, mladi, odrasli, roditelji djece i mladih, odgajatelji, učitelji, stručni suradnici, građani i ključni ljudi u zajednici (ljudi koji donose odluke). Ispitanici tada procjenjuju svoje okruženje, ponašanje, kompetencije, relevantne potrebe te ukupne resurse zajednice čime definiraju prioritete i smjernice djelovanja u vlastitoj zajednici.

Rizični čimbenici definiraju se kao bilo koji utjecaji koji pojačavaju vjerojatnost prvog pojavljivanja poremećaja, pojačavaju vjerojatnost napredovanja prema vrlo ozbiljnom

stanju i podržavaju problematična stanja. Snaga osobe da se odupre takvim utjecajima odnosno da usprkos njima ne razvije problematična ponašanja, jest ono što se odnosi na zaštitne čimbenike.

Zaštitni čimbenici su oni uvjeti koji „štite“ ljude od negativnih posljedica izloženosti riziku i to kroz smanjivanje utjecaja rizika ili utjecanje na način na koji će ljudi odgovoriti na rizik, odnosno rizične čimbenike. Npr., rizični čimbenici zajednice jesu dostupnost alkohola i droga, te poštivanje zakona i normi u zajednici, a zaštitni čimbenici u zajednici jesu javna politika „ne-korištenja“ alkohola i droga, mreže podrške i prilike za socijalno vezivanje, sigurnost u zajednici i spremnost ključnih ljudi na ulaganje u prevenciju.

Strategijski procesi koji podupiru razvoj složenih/sveobuhvatnih preventivnih programa u zajednici uključuju mobiliziranje zajednice, procjenu potreba zajednice, vođenje procesa planiranja prilikom identificiranja potreba, implementiranje programa do koordiniranja svih programa i njihove evaluacije.

Uspješni preventivni programi utječu na podizanje kvalitete života građana u njihovu neposrednom okruženju lokalne zajednice ili nekoliko manjih lokalnih zajednica koje su u neposrednoj blizini, a tek onda na području regije i šire. Programi su uspješniji kada se: identificiraju potrebe, razvijaju različite strategije za njihovo zadovoljavanje, naprave mostovi između mnogih institucija i servisa u zajednici koji te potrebe mogu zadovoljavati. Prevencija bazirana na dostupnim programima u zajednici je učinkovita budući da koristi resurse svakodnevnog okruženja u kojemu ljudi žive i rade. Dostupni i učinkoviti programi te lokalni stručni resursi potiču prosocijalno ponašanje i dovode zaštitu mentalnog zdravlja na „kućni prag“, čine je istinski dostupnom svakom čovjeku. Preventivne intervencije za zaštitu mentalnog zdravlja građana u kontekstu njihova svakodnevnog života imaju bolje rezultate jer se provode u okruženju, često uz rad i podršku obitelji, ekonomične su i dostupne, osiguravaju kontinuitet i odražavaju bazičnu sigurnost građanima.

Ukoliko zajednica želi kontrolirati rizične čimbenike to može činiti mobilizirajući vlastite odgovornosti i resurse u svrhu ostvarivanja uvjeta u kojima će se ljudi zdravo razvijati i ostvarivati svoje potencijale, zahvaljujući podršci okruženja u kojem žive.

Izuzetan resurs zajednice čine njezini profesionalci koji u okviru različitih organizacija mogu ostvariti posebne doprinose za svoju zajednicu i svoje sugrađane. Profesionalni resurs zajednice za unaprjeđenje i čuvanje mentalnog zdravlja zasigurno čine psiholozi, pedagozi, liječnici, socijalni pedagozi i drugi stručnjaci, a njihovo organiziranje na razini vlastite zajednice od izuzetnoga je značaja. Takvi, hvalevrijedni primjeri organiziranja lokalnih zajednica u skrbi za mentalno zdravlje u Hrvatskoj postoje i veoma ih je važno isticati.

U hrvatskim se gradovima zaštita mentalnog zdravlja građana lokalno najčešće odvija dijelom kroz aktivnosti i programe institucija sustava (zdravstvo, socijala, vrtići, škole...) te kroz rad neprofitnih organizacija i svjetski priznatih projekta kao što je, primjerice, projekt zdravih gradova Svjetske zdravstvene organizacije. Jedan od gradova koji može poslužiti kao primjer dobre prakse lokalne skrbi o mentalnom zdravlju svih svojih sugrađana zasigurno je Poreč.

Poreč je grad u kojemu se psiholozi i stručnjaci srodnih struka (liječnici, socijalni pedagozi, pedagozi...) iznimno zalažu za koncept lokalnog modela podrške zaštiti mentalnog zdravlja kroz projekt Zdravi grad, gradsko psihološko savjetovište i druge psiho socijalne programe koji predstavljaju lokalni nadstandard. Porečki su psiholozi dali značajan pečat zaštiti mentalnog zdravlja promovirajući zdrave životne izbore tijekom rasta i razvoja svakog čovjeka razvijajući sadržaj projekta Zdravi grad Poreč. Organizirali su lokalni rad s građanima putem sveobuhvatnih programa za zaštitu obitelji, prevenciju ovisnosti i drugih rizika za zdravlje, kojima se, u najširem smislu, unaprjeđuju socijalne i komunikacijske vještine građana, potiče razvoj sposobnosti i ukupnog potencijala čitavih obitelji te pozitivno utječe na promjene kvalitete života pojedinaca i čitavih skupina. Tako se u Poreču psiholozi godinama uključuju u rad: gradskog Savjetovišta za djecu, mlade, brak i obitelj, pripremu mladih parova za porod i prihvata bebe, edukaciju mladih volontera u zajednici, realizaciju raznih kreativnih radionica, realiziraju podršku sportašima i mladim voditeljima porečkih udruga, realiziraju program promjene ponašanja kod osoba s prekomjernom tjelesnom težinom, osiguravaju podršku starim i bolesnim osobama, organiziraju humanitarne i preventivne akcije u zajednici posebno usmjerene zaštiti djece i mladih te prevenciji poremećaja u ponašanju, pružaju podršku mentalno bolesnim osobama, osobama s posebnim potrebama, aktivno utječu na destigmatizaciju bolesnih osoba i stvaranje ukupnog senzibiliteta zajednice za sve ranjive skupine građana. U dinamici života i rada koje karakterizira 21. stoljeće psiholozi Poreča zasigurno su pokazali da su stručnjaci koji imaju značajnu ulogu u životima svojih sugrađana i unaprjeđenju njihova mentalnog zdravlja u najneposrednijem okruženju.

3.2.1.2. Psihosocijalni servisi zajednice kao čimbenik zaštite mentalnog zdravlja građana

Razvoj zajednice je proces koji se odvija i uspostavlja kao posljedica suradničkih, kolektivnih akcija, promišljanja i strateškog planiranja, uočavanja problema zajednice, konsenzusa u njihovu rješavanju, a sve kako bi se postigli dugoročni socijalni, ekonomski i ekološki uvjeti u zajednici. Primarni cilj razvoja zajednice je kreiranje boljeg života za sve ljude u njoj. Cilj organizacije zajednice ili njezina razvoja je i uspostavljanje zajednice kao mjesta važnog za zadovoljavanje potreba njezinih građana. Šest je prepoznatih dimenzija razvoja: socijalni, ekonomski, politički, kulturni, razvoj okoliša te osobni razvoj. Socijalni razvoj pretpostavlja razvoj servisa u zajednici, socijalno planiranje te socijalnu animaciju.

Potrebe ili problemi oko kojih se organiziraju skupine u zajednici nužno mora identificirati sama zajednica s ciljem planiranja i implementiranja lokalnih intervencija koje direktno utječu na veću kvalitetu života. Veoma je važan princip planiranja iz baze i „oslušivanja bila“ građana kada se život u zajednici želi oplemeniti potrebnim zaštitnim servisima. Samoorganiziranje zajednice u osiguravanju servisa za zaštitu mentalnog zdravlja uključuje širi krug ljudi i institucija, omogućava razvijanje kreativnih sposobnosti velikog broja stručnjaka, ali i laika, razvija osjećaj odgovornosti lokalne zajednice za ishod projekta. Prevencija u zajednici usmjerena je dijelom na mogućnosti lokalnih socijalnih institucija, ali i sve druge resurse/servise koji pozitivno utječu na mentalno zdravlje ljudi i smanjuju

rizične čimbenike. Socijalne institucije su različite grupacije i organizacije, uključujući obitelji, škole, resorne sustave, prijateljske mreže, klubove, društva i organizacije, civilni sektor te projekti koji ljude povezuju, pružaju sigurnost i jačaju socijalne mreže zajednice. Neophodna je integracija usluga na razini zajednice te osiguravanje kontinuiteta liječenja i pružanja skrbi i izvan sustava zdravstva kao što su lokalni terapijski modeli obiteljske potpore u neposrednom okruženju po tipu savjetovališta za djecu, mlade, brak i obitelj. Mentalno zdravlje je preduvjet razvoja društva pa se suvremene strategije za zaštitu i unaprjeđenje zdravlja sve više usmjeravaju prevenciji i rehabilitaciji, multidisciplinarnoj i međusektorskoj suradnji, individualiziranom pristupu prema bolesniku te brizi za oboljele u zajednici i njihovom uključivanju u društveni život grada.

Programi u zajednici koji unaprjeđuju kvalitetu života i zdravlje građana te stvaraju okruženje koje pruža socijalnu sigurnost i zaštitu svim skupinama građana direktno utječu na razvoj i napredak lokalne zajednice. Kako bi zajednica postala socijalno osjetljiva u zaštiti svih svojih građana, pojedinaca i obitelji te kako bi poduprla razvoj funkcionalnih obitelji, potrebno je jačati lokalni socijalni program, razviti vlastite projekte i savjetovališta, implementirati verificirane „evidence base“ programe iz Europe i svijeta koji odgovaraju na identificirane potrebe zajednice i ostvariti projektno partnerstvo s relevantnim ustanovama u lokalnoj zajednici te civilnim sektorom u cilju unaprjeđenja mentalnog zdravlja.

Zdrave zajednice imaju slijedeće karakteristike:

- nude svojim članovima sigurno mjesto za život
- nude pristup onim dobrima i servisima koji zadovoljavaju potrebe njenih članova
- sadrže odnose koji povezuju njihove članove
- sadrže zajedništvo vrijednosti i ciljeva koji pomažu zajednički život članova
- posjeduju resurse za povezivanje, umrežavanje i stvaranje nove kvalitete u zajednici za zaštitu mentalnog zdravlja.

Socijalno osjetljive zajednice su mjesto gdje se ljudima daje najveći značaj, gdje su svakodnevni odnosi među članovima predvidljivi (osiguravaju sigurnost), imaju prepoznato mjesto za svakog člana unutar socijalne strukture, nude prilike za rast i razvoj, osiguravaju različite oblike pomoći i podrške, dovoljno su homogene kako bi se izbjegli ozbiljni konflikti u okruženju, dovoljno heterogene kako bi njegovale bogatstvo različitosti, izrazito su reaktivne u odnosu na najranjivije skupine građana, razvijaju strateški pristup zaštiti zdravlja kreirajući dugoročne strategije i razvojne planove za unaprjeđenje zdravlja građana, izrađuju i donose strateške dokumente temeljem koji se prati, procjenjuje, modificira lokalni model zaštite mentalnog zdravlja (kao primjer navodimo dokumente *Gradska slika zdravlja grada Poreča i okvir gradskog plana za zdravlje, Zdravi grad Poreč, 2008.*; *Obiteljska politika Grada Poreča, Zdravi grad Poreč, 2010.* i sl.). Za sve navedeno koriste lokalne profesionalce, među kojima psiholozi imaju veoma značajno mjesto.

Dinamika lokalne organizacije na putu do implementacije različitih servisa za podršku mentalnom zdravlju može se opisati u koracima. Prvo je bitno osnivanje ili samoinicijativno formiranje inicijativne skupine. Inicijativu može dati lokalna vlast, mogu je dati lokalni

profesionalci, civilni sektor, postojeće institucije društva (socijala, prosvjeta..). Drugi korak čini osnivanje odbora/tijela/stručne skupine u kojemu su predstavnici javnih djelatnosti i to školstva, policije, zdravstva, socijalnog rada, civilnog sektora, lokalnih inicijativa građana i dr. Ovo operativno tijelo pruža priliku za identificiranje problema unutar pojedinih službi, a uključivanjem različitih struka i većeg broja ljudi stvara se šire podržavajuće okruženje, unaprjeđuje međusektorska komunikacija i otvara put utvrđivanju potreba građana u zajednici. Isto radno tijelo, po osnivanju, treba raditi na: traženju konkretne financijske i institucionalne podrške od lokalne vlasti, animirati skupinu stručnjaka te odrediti nositelja primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, te pronaći adekvatan prostor za lociranje pojedinih lokalnih servisa npr. savjetovališta u zajednici. Treći je korak edukacija lokalnih stručnih timova radi stvaranja lokalnih profesionalnih resursa koji će osiguravati trajnu zaštitu mentalnog zdravlja građana.

Za realiziranje prevencije i intervencija u lokalnoj zajednici od izrazite je važnosti poštivanje razina preventivnog djelovanja:

1. univerzalna
2. selektivna
3. indicirana.

Univerzalni programi podrazumijevaju programe koji su usmjereni pojedincima i obiteljima koji nisu identificirani na osnovi individualnog rizika već čine zdravu populaciju. Programi na ovoj razini usmjereni su podršci svim građanima (npr. tematski roditeljski sastanci, javne tribine, predavanja, radionice, okrugli stolovi koji podržavaju zdravo odrastanje djece i mladih te pružaju podršku roditeljima, socijalne akcije, programi za kvalitetno slobodno vrijeme djece i mladih u zajednici i dr.).

Selektivni programi usmjereni su na pojedince, roditelje i čitave obitelji u zajednici kojima su potrebne specifične informacije kao npr. o odgoju djeteta (traže odgovore na dileme i probleme), žele se dodatno educirati, surađivati ili su identificirani na ranoj razini rizika te trebaju stručnu pomoć i podršku.

Indicirani programi i intervencije namijenjeni su djeci, mladima, odraslim osobama, roditeljima i/ili čitavim obiteljima koje su visoko rizične, a podrazumijevaju pomoć pojedincu, obiteljsko savjetovanje, pružanje potpore obitelji za razvijanje strategija funkcionalnog napredovanja svakog njezinog člana (gradska psihološka savjetovališta, centri za liječenje ovisnosti, razvoj civilnog sektora u zajednici i dr).

Prevenција utemeljena na sveobuhvatnom djelovanju u zajednici je budućnost, bez obzira na to je li riječ o prevenciji koja se realizira kroz postojeće institucije društvenog sustava ili se radi o organiziranju zajednice u promoviranju pozitivnog razvoja ljudskog resursa, jačanju zaštitnih čimbenika, organiziranom djelovanju građana, profesionalca i znanstvenika, neformalnih i formalnih sustava, stvaranju koalicije za prevenciju u zajednici, medijskom podupiranju programa prevencije.

3.2.1.3. Uključivanje medija i promicanje zdravlja kao temeljne vrijednosti

Masovni mediji imaju velik utjecaj na oblikovanje stavova javnosti. Njihov utjecaj koriste svi segmenti društva od moćne političke elite, preko korporacija do pripadnika različitih struka koji posjeduju moć znanja. Psiholozi, osim što imaju moć znanja, imaju moralnu i etičku dužnost doprinosti razvoju pojedinca i zajednice kao i odgovornost pronalaženja najučinkovitijeg načina na koji da to učine razumijevajući ljudsko ponašanje, modele učenja, znajući zakone percepcije i mnoge druge. Pomoću medija se može puno učiniti za povećanje osjetljivosti zajednice na probleme kao i za korištenje svih sačuvanih kapacitete pojedinaca, može se djelovati na destigmatizaciju povremenih životnih kriza, duševnih bolesti i slično. Informiranje o zdravlju i bolesti, utjecaj na razvoj stavova i ponašanja te formiranje zdravih stilova života zadaća su i odgovornost zajednice, kao i samoga pojedinca. U tome im mediji mogu uvelike pomoći. Za to je potrebna timska profesionalna suradnja u oblikovanju zdravstvenih poruka koje su (a) stručno provjerene i točne, (b) etički opravdane te (c) oblikovane na način koji odgovara različitim medijima. Neophodno je u lokalnu timsku suradnju uključiti upravo predstavnike lokalnih medija, doprinijeti njihovoj edukaciji i senzibilizaciji za teme mentalnog zdravlja, zdravlja djece i mladih te čitavih obitelji. Psiholozi i drugi stručnjaci mogu temeljiti svoju suradnju s medijima i na aktivnom izvještavanju, pisanju o raznim temama koje se odnose na mentalno zdravlje, javnim nastupima kad god im se za to pruži prilika te tako podizati opću osjetljivost za razumijevanje značaja podrške ranjivim skupinama ljudi.

Iz svega proizlazi da je prvi cilj *promicanje* zdravlja kao procesa koji ljudima omogućava da unaprjeđuju vlastitu kvalitetu života i povećaju osobnu kontrolu čime se postiže preuzimanje osobne odgovornosti za svoje zdravlje. Promicanju zdravlja psiholozi mogu pridonijeti uključujući se u:

1. izgradnju javno-zdravstvene politike usmjerene zdravlju
2. stvaranju okoliša koji doprinosi zdravlju
3. jačanju aktivnosti na razini zajednice
4. razvijanju osobnih znanja i vještina
5. reorijentiranjem zdravstvenih službi i usluga.

Razina uključenosti struke pokriva čitavu vertikalnu, od opće političke razine ka specifičnoj, usmjerene pojedincu (o važnosti povezivanja istih bit će govora u poglavlju 3.2.1.5.), a zajednički rast i razvoj kao najviši oblik suradnje potrebno je provoditi na svim razinama. Stoga treba voditi računa o temeljnim principima rada koji trebaju biti:

- ✓ *prilagođeni kontekstu* – spol, dob, socio-ekonomski status, identitet, moraju se poštivati, razumjeti i cijeniti
- ✓ *informativni i proaktivni* – građani imaju pravo pravovremeno i na zadovoljavajuć način biti informirani o tome što, kako i kada može utjecati na njihov život. Distribucijom jednostavnih i razumljivih informacija povećava se interes i motivacija za osobnim angažmanom.

- ✓ *prilagodljivi i komunikativni* – građani su heterogena skupina, a razlike se očituju u obrazovanju, moći, vrijednostima kao i interesima. Stoga je potrebno slijediti pravila učinkovite komunikacije krećući od pojednostavljivanja tekstova do fleksibilnog korištenja svih dostupnih medija i načina obavještanja te informiranja (televizija, internet, radio, edukativne brošure, bilteni, javne tribine i slično).
- ✓ *uključivanje i ravnopravnost* – potrebno je osigurati poštivanje interesa svih pa i onih koji nemaju svojih predstavnika (npr. duševni bolesnici) ili su njihovi interesi slabije zastupljeni
- ✓ *edukativni*- potrebno je osigurati uzajamno poštivanje i razumijevanje svih sudionika, njihovih vrijednosti, interesa, prava i dužnosti. Predstavnici struke moraju znati granicu između psihologije kao sredstva obrazovanja ili sredstva za povećanje zabave (gledanosti, čitanosti...). Također je potrebno da psihologija u medijima tumači, educira i pokuša podržati/ojačati ljude, izbjegavajući gotove savjete.
- ✓ *suradnički* – potrebno je promicati suradnju i konsenzus kad god je to moguće. Koliko god smo spremni kritizirati i očekivati da se politika/mediji promijene i prilagode našim očekivanjima vrijedi se podsjetiti postulata vlastite struke koji kaže da ne možemo promijeniti druge već sami sebe.
- ✓ *odgovorni* – trenutke/trendove čiji se utjecaji procjenjuju potrebno je mijenjati s obzirom na rezultate. K tomu dodano potrebno je osigurati povratnu informaciju svim sudionicima u procesu, poglavito o tome na koji je način njihov doprinos asimiliran u postupku donošenja odluka. Primjera radi reality show popularan je u modernom svijetu. Psihologizma se u takvim programima nudi sudjelovanje na više načina. Uz istraživanja koja upozoravaju na negativne posljedice takvih emisija tu su i činjenice (privatnosti gotovo da nema, visoka razina stresa) koje dovode u pitanje etičnost takvih programa. Kad je riječ o ovakvim ili sličnim sadržajima psiholozi ne bi trebali podržavati njihovo emitiranje (Sindik, 2007.).

3.2.1.4. Multidisciplinarni pristup unaprjeđenju mentalnog zdravlja u zajednici

Potrebno je imati u vidu da svaka lokalna zajednica ima brojne specifičnosti, potrebe, ali i resurse. Stoga je izuzetno važno lokalne resurse umrežiti, međusobno povezivati, stvarati socijalnu mrežu podrške, sigurno okruženje za zadovoljavanje specifičnih potreba građana što neposrednije u njihovu životnom okruženju. Multidisciplinarni pristup omogućava sagledavanje problema mentalnog zdravlja i zdravlja uopće s različitih aspekata te kreiranje zaštitnih programa iznad standarda postojećih društvenih sustava. Povezivanje resursa omogućava lokalnim zajednicama osmišljavanje preventivnih intervencija u onom dijelu u kojemu ih socijalne i zdravstvene ustanove ne pokrivaju, dakle daje mogućnost za izbjegavanje preklapanja i stvaranje optimalnih uvjeta za zaštitu i podršku svim građanima.

Povezivanje građana, gradske vlasti, stručnih resursa zajednice, nevladinih organizacija i svih drugih resursa koji unaprjeđuju kvalitetu života i zdravlja zajednice najbolji su ključ za uspjeh u zaštiti mentalnog zdravlja. Odgovornost za povezivanje imaju sve pomagačke struke, a među njima i psiholozi u zajednici. Za Poreč je koordinacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici potekla od lokalnog projekta Zdravi grad Poreč, no isto može biti koordinirano na različite načine u drugim zajednicama. Upravo iz tog razloga potrebno je jačati koncept lokalne zaštite i realizacije lokalnih programa u svim zajednicama koje za to posjeduju resurse. Lokalni su programi utoliko učinkovitiji jer osiguravaju direktan kontakt s građanima, kroz njih se može djelovati na povećanje osjećaja uključenosti, osobne kompetentnosti i funkcionalnosti svake osobe i/ili obitelji. Upravo su dostupni lokalni programi imperativ današnjice i uvjet gospodarskog napretka sredine. Lokalne zajednice koje su razvile te i dalje razvijaju strategije djelovanja, a u okviru njih i programe kao odgovor na zahtjeve građana današnjice, stvaraju uvjete za sretniji, dulji, kvalitetniji i zdraviji život, za uspješan život i napredak.

Jedno od važnih mjesta u strategiji lokalnog djelovanja za zdravlje upravo je obrazovanje lokalnih stručnjaka s ciljem osiguravanja i jačanja profesionalnih resursa u gradu koji mogu doprinijeti realizaciji preventivnih programa za unaprjeđenje zdravlja u zajednici. Njezina operacionalizacija osigurava snagu lokalnih profesionalaca koji svom gradu i građanima usmjeravaju specifična znanja te daju doprinos realizaciji ekonomičnih, dostupnih, stručnih i sveobuhvatnih programa za podršku zdravlju svih populacijskih skupina (djece, mladih, predbračnih parova, roditelja, starijih, osoba s invaliditetom, bolesnih, ovisnika...). Na razini države postoje brojne nacionalne strategije iz područja socijalne zaštite i unaprjeđenja zdravlja, no njihova realizacija najčešće ovisi o razini suradničkih odnosa, povezivanju, organiziranosti, socijalnoj osjetljivosti, resursima i kreativnosti svake lokalne zajednice te njezinim kapacitetima za samoorganizaciju u zaštiti građana.

Rezultati višekratnih anketiranja /istraživanja u našoj lokalnoj zajednici, gradu Poreču, od 90-tih godina do danas pokazuju da građani imaju potrebu da ih se osnažuje psihosocijalnim uslugama u zajednici (podrška osobnom rastu i razvoju, unaprjeđenje komunikacijskih vještina u obitelji, jačanje za roditeljsku ulogu i partnerstvo, podrška mentalno bolesnim osobama i njihovim obiteljima, podrška osobama s posebnim potrebama i obiteljima i dr.).

Rezultati suradnje stručnih timova Poreča te porečkih psihologa i drugih stručnih resursa u okviru naše zajednice/županije s djelatnicima primarne zdravstvene zaštite u ZZJZ Pula, lokalno povezivanje s vrtićima i školama, Centrom za socijalnu skrb, civilnim sektorom i građanima, višekratno su ukazali na postojeći deficit dostupnih psiho-socijalnih usluga za građane u postojećim institucijama društva (zdravstvo, socijala, školstvo...). U navedenim institucijama izostaju adekvatni uvjeti (financijski, kadrovski, prostorni) za temeljito, dugoročno i kontinuirano pružanje podrške svim područjima unaprjeđenja mentalnog zdravlja građana. Vezano uz navedeno, odgovorne lokalne zajednice mogu značajno doprinijeti mentalnom zdravlju građana povezivanjem vlastitih resursa te ulaganjem u programe/projekte/servise koji pružaju specifične usluge građanima.

Dakle, programi u zajednici usmjereni jačanju zaštitnih čimbenika u odnosu na pojedinca, obitelj, vršnjake, školu i zajednicu moguće je realizirati kroz:

- postojeće institucije društva (vrtiće, škole, domove zdravlja, centre za socijalnu skrb, domove za starije i nemoćne...)
- specifične psihosocijalne programe koje su neke zajednice i/ili županije razvile u cilju zaštite zdravlja s posebnim naglaskom na području mentalnog zdravlja građana (obiteljski centri, gradska psihološka savjetovališta, organizacije civilnog sektora, projekti zdravih gradova i dr.)
- socijalni program grada koji je sadržan u socijalnoj odluci grada i radu upravnih i stručnih tijela gradova
- suradnju grada s civilnim sektorom (Društvo naša djeca, Društvo invalida, Klub liječenih alkoholičara, Crveni križ, Centar za građanske inicijative, centri za inkluziju osoba s posebnim potrebama i druge)
- župni ured i dr.

Projektno partnerstvo i umrežavanje na razini lokalne zajednice uvijek je podložno promjenama. U projektno partnerstvo uključuju se gradske organizacije i udruge prema gradskim prioritetima, a u skladu s kapacitetom udruga za sudjelovanje u realizaciji psihosocijalnih programa u zajednici te u skladu s potrebama nadopune usluga postojećih društvenih sustava.

Literatura:

1. Bašić, J. (2009.): *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*, Školska knjiga, Zagreb
2. Bašić, J., Ferić Šlehan M., Kranželić Tavra V. i sur. (2006.): *Zajednice koje brinu kao model prevencije poremećaja u ponašanju*, Sveučilište u Zagrebu Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb
3. Bašić, J., Ferić Šlehan M., Kranželić Tavra V. (2007.): *Model prevencije poremećaja u ponašanju: Epidemiološka studija – mjerenje rizičnih i zaštitnih čimbenika u Istarskoj županiji*, Pula-Zagreb
4. Bašić, J., Grozić-Živolić, S. (2010.): *Zajednice koje brinu-model prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih: Razvoj implementacija i evaluacija prevencije u zajednici*, Pula-Zagreb
5. Mikulčić, T., Basanić Čuš, N., Rajčević, M., Šogorić, S. (2008.): *Gradska slika zdravlja i okvir gradskog plana za zdravlje grada Poreča*, Zdravi grad Poreč i Grad Poreč, Poreč
6. Milotti Ašpan, S., Basanić Čuš, N. (2010.): *Obiteljska politika grada Poreča (psihosocijalni aspekt)*, „Zdravi grad“ Poreč i Vijeće za socijalnu politiku Grada Poreča, Poreč
7. Sindik, J. (2007.): *Status psihologije u medijima u Hrvatskoj i zapreke komunikaciji između znanosti i javnosti, Metodčki ogledi*, 14, 1, 77-91

3.2.2. Jačanje roditeljskih odgojnih kompetencija, odgovorno roditeljstvo

„Što se tiče roditeljstva, nema dobrih starih vremena“, kaže Jesper Juul danski obiteljski terapeut i jedan od vodećih stručnjaka u ovome području.

Isti autor (Juul, 2011.) dodaje kako je roditeljstvo uvijek bilo teško i emocionalno uznemirujuće, ali ukazuje i na činjenicu da su se uvjeti roditeljstva u posljednja dva desetljeća značajno promijenili. Roditelji više nemaju važnu vanjsku podršku – jedinstveni moralni konsenzus u društvu o tome što je poželjno roditeljsko ponašanje, više ne postoje općeprihvaćene „metode“ odgoja. Nema zajedničkih vrijednosti i „uspješnih metoda“ te su roditelji suočeni sa zadatkom da postanu „roditelji iznutra“: potaknuti su da istražuju, propituju sebe i svoje dijete, upoznaju i odrede svoje jedinstvene vrijednosti, jedinstvenu osobnost svog djeteta i budu na putu svog jedinstvenog načina međusobne prilagodbe. Činjenica je da roditelji i dalje vape za djelotvornim odgojnim metodama, gotovim rješenjima za svakodnevne izazove življenja s djetetom. Takav cilj često si postavljaju i stručnjaci, čime u stvarnosti odobravaju koncept uklanjanja simptoma umjesto razvijanja kvalitete odnosa unutar obitelji.

Suvremeno društvo prepoznaje težinu roditeljske uloge, koja se odvija u kontekstu brojnih društvenih promjena, te kontinuirano razvija načine pružanja pomoći i potpore roditelju.

Konvencija UN-a o pravima djeteta iz 1989. godine (2001.) označava početak neupitne afirmacije dječjih ljudskih prava. Konvencija ujedno predstavlja početak pomicanja roditeljstva iz sfere privatnog u sferu javnog, kao i paralelno preuzimanja odgovornosti države i društva da na stručan i strukturiran način podržava djecu i roditelje. Roditeljstvo tako postaje predmetom javnih politika, koje u svom djelovanju uključuju rad i mišljenje stručnjaka mentalnog zdravlja pa tako i psihologa.

Početno je fokus stručnjaka i sustava bio na razvijanju različitih mehanizama zaštite djeteta od neprihvatljivih roditeljskih postupaka, dok je danas fokus na definiranju društveno poželjnog roditeljstva koje se naziva različitim imenima: ‘pozitivno roditeljstvo’, ‘roditeljstvo u najboljem interesu djeteta’, ‘poticajno roditeljstvo’, ‘odgovorno roditeljstvo’, ‘dovoljno dobro roditeljstvo’, ‘kompetentno roditeljstvo’... Svi se ovi termini odnose na roditeljska ponašanja koja optimalno štite dobrobit djeteta i potiču njegov pun, cjelovit razvoj (intelektualni, emocionalni, socijalni, tjelesni).

Roditeljstvo u najboljem interesu djeteta oslanja se na humanističke vrijednosti i prava koja promiče Konvencija UN-a o pravima djeteta, kao i na suvremene teorijske spoznaje razvojne psihologije i psihologije roditeljstva (Pećnik i Ferć Šlehan, 2011.). Juul (2011.) smatra da bi stručnjaci u svoja promišljanja i rad trebali uključivati i znanja, spoznaje iz sistemske teorije, odnosno (relacijske) psihologije (Stern, Fonagy i dr.), kao i ostalih različitih izvora: pedijatrije, neuroznanosti, pedagogije i sociologije (s naglaskom na longitudinalne studije).

Važno je prepoznati i to da se dijete više ne promatra kao pasivni odgojni objekt odraslih. Ono je prepoznato kao aktivni sudionik svoje socijalizacije. Roditelj naravno utječe na dijete, ali i dijete na roditelja. Posebno je važno prepoznati doprinos kvalitete odnosa roditelj-dijete, tj. „subjekt-subjekt odnosa“ za dobrobiti djeteta i kvalitetu roditeljstva (Juil, 1998.). Naglasak se više stavlja na optimalno djetinjstvo djeteta, a ne na njegove optimalne razvojne ishode u budućnosti.

Republika Hrvatska se unutar svojih dokumenata i smjernica odlučila za pojam **odgovornog roditeljstva**. Ono obuhvaća četiri kategorije roditeljskih ponašanja i vrijednosti za koje se smatra da slijede dobrobit djeteta: brižno ponašanje, pružanje strukture, granica i vođenja, uvažavanje djeteta kao osobe te omogućavanje osnaživanja djeteta (Pećnik, 2008.; Pećnik i Ferć Šlehan, 2011.).

Od koristi je spomenuti osnovne postavke teorije samoodređenja (Ryan, Deci, Grolnick, prema Pećnik i Starc, 2010.) prema kojoj svi ljudi, i odrasli i djeca, za razvoj samomotivacije/ inicijative i mentalno zdravlje trebaju imati zadovoljene temeljne psihološke potrebe: za autonomijom, povezanošću i kompetentnošću. Ponašanja roditelja koja omogućavaju zadovoljenje tih temeljnih potreba (tzv. središnje dimenzije roditeljskog konteksta) su: roditeljska osobna uključenost, pružanje strukture i podržavanje djetetove autonomije. Norveška je autorica Kari Killen (2001.) utvrdila *sedam središnjih roditeljskih funkcija* presudnih u dječjem razvoju, bez obzira na kulturu i povijesni kontekst:

1. sposobnost realističnog opažanja djeteta
2. sposobnost prihvaćanja odgovornosti za prepoznavanje djetetovih potreba
3. sposobnost postavljanja realističnih očekivanja o djetetovim mogućnostima suočavanja
4. sposobnost uključivanja u pozitivnu interakciju s djetetom
5. sposobnost suosjećanja s djetetom (empatija)
6. sposobnost davanja prednosti zadovoljenju djetetovih temeljnih potreba
7. sposobnost obuzdavanja osobne frustracije i bola pred djetetom.

U nastavku se predlaže da odgovorno roditeljstvo podrazumijeva i preuzimanje *tri vrste odgovornosti* roditelja (Juil, 2006.): odgovornost za dobrobit i razvoj djeteta, odgovornost za kvalitetu odnosa s djetetom te odgovornost za osobnu dobrobit i razvoj kao roditelja. Juil (2008.) navodi da je važan i potreban oprez u korištenju definicije odgovornog roditeljstva kako bi se izbjegla opasnost da ‘propisivanje’ obilježja odgovornog roditeljstva dovede do toga da dijete postane roditeljski ‘projekt’ (opet pasivni objekt).

Odgovorno roditeljstvo nije samo odgovornost roditelja nego i društvene zajednice koja preuzima svoju odgovornost za stvaranje socijalnih uvjeta za roditeljsko ponašanje u najboljem interesu djeteta. Od omogućavanja roditeljeve uključenosti u svakodnevni život djeteta, do osiguravanja sadržaja i resursa u zajednici pomoću kojih roditelj može osnaživati dijete (Pećnik i Ferć Šlehan, 2011.). Društvene zajednice na regionalnim i lokalnim razinama u Republici Hrvatskoj trebale bi se svjesnije i aktivnije baviti temom roditeljstva, stvarajući okvire unutar kojih stručnjaci, psiholozi mogu i trebaju djelovati.

3.2.2.1. Potrebna stručna znanja psihologa

Bez obzira na kojem radnom mjestu i s kojim programom psiholog radi s roditeljima i djecom, dužan je **biti obaviješten** o drugim ustanovama koje pružaju određenu vrstu usluge obiteljima te o ustanovama koje imaju specifične zakonske obveze.

Nadalje, s obzirom na uvodno navedene promjene društvenog konteksta kao i suvremenom društvu inherentnu neprestanu promjenjivost, psiholog je upućen **trajno pratiti nove spoznaje** vezane uz shvaćanje djeteta (dijete je do 18-te godine!) i roditeljstva, kao i načine pružanja podrške pozitivnom roditeljstvu te ta znanja primjenjivati u svome radu. Komunikacijska kompetentnost, odnosno sposobnost vođenja razgovora uz preuzimanje profesionalne odgovornosti, imperativ je za svakog psihosocijalnog stručnjaka: razvija je psiholog i ima je pravo očekivati od drugih. Psiholog je profesionalno pozvan **biti vješt u radu** i s majkama i s očevima, kao i u radu s djecom i obiteljima.

Stoga od početka radnog staža psiholog nužno pohađa odgovarajuća stručna predavanja i seminare, a uputno je, nakon upoznavanja s općim znanjima i vještinama u savjetodavnom radu, usmjeriti se prema nekoj od postojećih savjetodavno-terapeutskih edukacija. Ova znanja, u kombinaciji s učenjem u području razvojne psihologije i psihologije roditeljstva, omogućavaju savjetodavni rad individualno ili s roditeljskim parom. Osim izravnog kontakta, savjetovanje se nudi (i ima svoje specifičnosti) telefonom i on-line. Sastavni su dio rada psihologa i predavanja za roditelje. Više nisu dopustivi ex katedra monolozi, već se kreiraju dinamična informativna izlaganja koja obvezno u nastavku uključuju roditelje s njihovim pitanjima i komentarima. Za navesti je da Jesper Juul i njegovi suradnici ove aktivnosti nazivaju „inspirativna predavanja“.

Jedan od najpopularnijih načina rada s roditeljima je skupni rad, tako da je poznavanje metoda skupnog rada temelj ovakvih aktivnosti.

Odgovorno roditeljstvo je vrlo široko područje skupnog rada s obzirom na sadržaj programa, ciljne skupine roditelja, broj i čestinu susreta. Psiholog rijetko i slučajem (za sada) može doći u priliku educirati se za provođenje nekog licenciranog programa. Puno je češće u situaciji da sam razvije neki program radionica za roditelje, ovisno o potrebama radnog mjesta. Radionice se ponekad nazovu i školama za roditelje ili radionice za trening roditeljske kompetentnosti, psihoedukativne radionice i slično. Njihov je opći cilj pružanje podrške, poticanje osobnog razvoja roditelja i edukacija. Radionice se sastoje od dinamičnih prezentacija stručnih informacija, raznolikih prorada/vježbi na odabranu temu, uz povremene domaće zadaće. Po mogućnosti se roditeljima priređuju posebno pisani materijali. Skupna interakcija i razmjena iskustava roditeljima je vrlo poticajna te u tom kontekstu stručnjak djelotvornije može roditelje usmjeriti prema preuzimanju novih znanja i vještina. Naravno, neophodno je razraditi način evaluacije programa i načina rada.

Sadržaj programa za opću populaciju uobičajeno uključuje slijedeće teme: obitelj kao sustav; razvojni ciklusi obitelji; što znači biti odgovoran roditelj/roditelj u najboljem interesu djeteta; osvještavanje roditeljskih osobina/vrijednosti/ciljeva; razvojne faze djeteta; komunikacija; pravila/ granice/rješavanje sukoba; roditeljski stres; osjećaji...potrebe; itd. Obično se organiziraju dvosatni skupni susreti jedan puta tjedno ili dvotjedno, 6 do 12 susreta u slijedu. Skupina uobičajeno broji 10 do 12 roditelja. Neka iskustva ukazuju na uputnost formiranja početno veće skupine jer dio roditelja redovito odustane. Uputno je i da skupinu vode dva voditelja.

Često je prisutan problem motiviranja roditelja za uključivanje u ovakav način rada. Najviše se odazivaju roditelji koji su najbliže kriteriju „dovoljno dobri“. Pokazuje se da je kod sastavljanja skupine često presudan osoban pristup roditelju. Konkretnije, veća je vjerojatnost da će se roditelj uključiti u skupinu ako ga na nju uputi stručnjak s kojim i inače ostvaruje dobru suradnju. Radi toga je psihologu od koristi da dobro surađuje sa svima koji su u neposrednom kontaktu s roditeljima. Roditelji kao da cijene izreku „Ljude ne zanima koliko znate, sve dok ne saznaju koliko vam je stalo“. I naravno ovdje vrijedi i izreka „dobar glas daleko se čuje“.

U ovom se području rada slijedi načelo da je stručnjak partner roditeljima, on gradi odnos ravnopravnosti i pristupačnosti. Stručnjak roditelja upoznaje sa stručnim znanjima i u dijalogu mu pomaže da sam odredi što mu je od toga iskoristivo. Roditelja se upućuje da istraži svoje snage, vrijednosti, ciljeve i granice. Postaje očito da nema univerzalnih recepata i metoda. Roditeljima se ukazuje da dijete nije objekt odgoja, projekt roditelja, čovjek u nastajanju, već subjekt - ljudsko biće sa svim znanjima, ali nedostatkom iskustva, u potrebi roditeljskog vođenja i skrbi.

Na koncu, psiholog je upućen **poznavati politiku roditeljstva** izloženu u dokumentima Vijeća Europe i UN-ovoj Konvenciji o pravima djeteta, i razumjeti njihov utjecaj na praksu. Isto se odnosi i na strateške dokumente Republike Hrvatske (kao npr. Obiteljska politika, Nacionalni plan za prava i interese djece, Nacionalna strategija prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih...).

Relevantno je da psiholozi **stvaraju „prostor“ koji će im omogućiti promišljanje o vlastitom radu i njegovom** utjecaju na roditelje i djecu. Kao i da **evaluiraju svoj rad u praksi**, koristeći i evaluaciju od strane kolega i supervizora, s posebnim naglaskom na povratne informacije djece i roditelja (prema Daly, 2008.).

Zaključno

U neposrednom radu psihologa od značaja je prepoznavanje i slanje poruke roditeljima da nema savršenog roditelja, odnosno da mogu biti *dovoljno dobri roditelji*. Roditelji sa svim svojim osobinama i značajkama, s ključnim elementom preuzimanja odgovornosti za svoje roditeljstvo i odnos s djetetom. Da ih potaknemo da se ne bave traženjem „krivca“, već da se usmjere osvještavanju odnosa roditelj-dijete i ostalih odnosa u obitelji, kao i uvažavanju utjecaja obiteljske atmosfere na iste.

Posao nam je podržati roditelje u tome da budu svoji, autentični, oslušuju sebe i svoje dijete te ih na prikladan način motivirati da čuju i promišljaju što o roditeljstvu i djeci imaju za reći stručnjaci.

Roditeljima osvještavamo koliko je odnos roditelj-dijete uzajaman, kako oni utječu na svoju djecu, ali i njihova djeca na njih. Kao i to da roditelji i djeca nisu ravnopravni u odlučivanju, ali jesu u dostojanstvu postojanja. Koncept ravnopravnog dostojanstva (Juil, 2006.) koj nas usmjerava na jednako poštivanje mišljenja, osjećaja i potreba i roditelja i djeteta, zastupljen je i u odnosu psihologa i roditelja. Profesionalna je odgovornost psihologa da izriče svoja stručna znanja i opažanja te da time potiče i uvažava mišljenja i stavove roditelja, lišeno vrijednosnih prosudbi i procjena stručnjaka „s visoka“. Dijete nema koristi od roditelja koji iz interakcije sa stručnjakom odlazi s osjećajem obezvrijeđenosti i omalovažavanja.

Pregrad (2009.) zaključuje da mi kao stručnjaci možemo pomoći roditelju ostvariti cilj stvaranja „svoje“ obitelji, a kao jedan od načina je i upućivanje roditelja u to kako živjeti sa svojim djetetom. Ona ujedno navodi da je mjesto u kojem nam djeca postaju subjekti ono mjesto od kojeg sve u življenju obitelji ide lakše.

Osnovna bi misao nas psihologa trebala biti prepoznavanje i naglašavanje važnosti individualnosti svake odrasle osobe i djeteta, kao i njihovog jedinstvenog odnosa.

Literatura:

1. Daly, M. (2008.): *Roditeljstvo u suvremenoj Europi: pozitivan pristup*, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Zagreb
2. Juul, J. (1998.): *Vaše kompetentno dijete*, Educa, Zagreb
3. Juul, J. (2011.): *Metode odgoja u roditeljstvu – zašto i zašto ne?*, www.familylab.hr
4. Juul, J. (2008.): *Život u obitelji: najvažnije vrijednosti u zajedničkom životu i odgoju djece*, Pelago, Zagreb
5. Killen, K. (2001.): Izdani: Zlostavljana djeca su odgovornost svih nas, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
6. Konvencija UN-a o pravima djeteta (2001.), Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, Zagreb
7. Pećnik, N. (2008.): *Suvremeni pogledi na dijete, roditeljstvo i socijalizaciju*, Dijete i društvo, 10 (1-2), str. 99-115
8. Pećnik, N. i Ferić Šlehan, M. (2011.): *Određenje odgovornog roditeljstva, analiza mjera rane pomoći u suočavanju s čimbenicima rizika i prijedlozi novih preventivno-savjetodavnih oblika pomoći obiteljima u riziku*, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Zagreb
9. Pećnik, N. i Starc, B. (2010.): *Roditeljstvo u najboljem interesu djeteta i podrška roditeljima najmlađe djece*, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb
10. Pregrad, J. (2009.): *Bolje biti dosljedan nego idealan roditelj*, www.glasistre.hr

Literatura koju preporučamo:

1. Ajduković, M. (1997.): *Grupni pristup u psihosocijalnom radu: načela i procesi*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
2. Gordon, Th. (1996.): *Škole roditeljske djelotvornosti; ili kako s djetetom biti prijatelj*, Poduzetništvo Jakić, Zagreb
3. Juul, J. (1995.): *Razgovori s obiteljima: perspektive i procesi*, Alinea, Zagreb
4. Longo, I. (2005.): *Biti djetetu blizu-* prilozi za radionice djelotvornog roditeljstva, Liga za borbu protiv narkomanije, Split
5. Longo, I. (2010.): *Roditeljstvo se može učiti*, Alinea, Zagreb
6. Petak, O. i Osmak Franjić, D. (2002.): *Škola za roditelje*, Ministarstvo rada i socijalne skrbi, Zagreb

Mirjana Nazor

3.2.3. Promicanje odgovornosti, pozitivnih društvenih vrijednosti, etičkih i moralnih principa u odgojno-obrazovnom procesu i medijima

*Naša djeca to je naša starost.
Pravilan odgoj, to je naša sretna starost;
loš odgoj, to je naša buduća nesreća, naše suze,
naša krivnja pred drugim ljudima, pred čitavom zemljom.*

Makarenko

3.2.3.1. Zaboravljena odgovornost, izokrenute pozitivne društvene vrijednosti

ESPAD, istraživanje o navikama pijenja alkoholnih pića u mladima, provedeno u Hrvatskoj 2007. godine na reprezentativnom uzorku od 3042 pokazalo je da se najmanje jednom u životu opilo 62% dječaka i 48% djevojčica prvih razreda te 72% dječaka i 59% djevojčica drugih razreda srednje škole. U tzv. „binge drinkingu” (pijenje pet i više pića jedno za drugim), u posljednjih 30 dana barem je jednom sudjelovalo više od polovice ispitanih učenika, dok se 50% adolescenata opija gotovo redovito vikendom.

U Hrvatskoj oko 60 000 djece ima neki psihički poremećaj.

Svakodnevno, ili gotovo svakodnevno, 27% djece doživljava neke oblike nasilja u školi (verbalnog i/ili tjelesnog). Više od 4000 djece u Hrvatskoj svakodnevno je izloženo obiteljskom nasilju, a tek se oko jedne petine obrati odrasloj osobi za pomoć.

Očito je da se mnogi mladi ponašaju neodgovorno, da ne cijene rad, pristojnost, pomaganje drugima i ostale pozitivne vrijednosti. Također je očito da je velik dio tinejdžerske i adolescentne populacije izložen nepovoljnim utjecajima vršnjačke i/ili obiteljske okoline. Odgovorna i neodgovorna djeca i mladi, ona s psihičkim poremećajima, i ona (za sada) mentalno zdrava, izložena su prečesto nepovoljnim utjecajima sredine u kojoj odrastaju. Nadam se da ne vjerujemo da su mladići koji su napali Luku Ritzu jedini krivci za njegovu smrt, kao i neki drugi mladi nasilnici za smrt ili teške ozljede bilo kojeg drugog mladog bića. Njihove ruke i noge su to učinile, to je nesporna činjenica, ali kaos u njihovim glavama iz kojeg je proizašlo nasilničko ponašanje nije njihov autohtoni proizvod – on je uzgojen na plodnom tlu našeg svakodnevnog licemjerja i istinske nebrige za mlade, kako roditelja, tako i učitelja i društva u cjelini.

Djeci i mladima potrebna je pomoć: i onima koji još nemaju problema s mentalnim zdravljem kako bi ga sačuvali i, naravno, onima koji iskazuju određene poremećaje kako stanje ne bi bilo još teže i zahtjevnije.

3.2.3.2. Djelujemo li preventivno?

Temeljni pokazatelj odgovornosti društva u cjelini prema djeci i mladima je preventivno djelovanje, kako bi se sačuvalo njihovo mentalno zdravlje odnosno prevenirala devijantna ponašanja i nastajanje različitih psihičkih poremećaja.

Što bi zapravo značilo biti odgovoran, odnosno odgovorno djelovati? Odgovoran pojedinac se ponaša odgovorno prema sebi, drugima i svijetu oko sebe. A to u prvom redu znači da „odgovara“ na potrebe, osobne, ali i druge osobe, tj. prepoznaje svoje potrebe i nastoji ih na prikladan način zadovoljiti te pomaže zadovoljavanju potreba drugoga.

Odgovorni odrasli, na prvome mjestu roditelji i profesionalni odgojitelji, morali bi svojim djelovanjem „odgovarati“ na potrebe djece i mladih, tj. prepoznati njihove potrebe i omogućiti njihovo zadovoljavanje. Neke od tih potreba su: potreba za samoaktualizacijom, autonomijom ili slobodom, kompetentnošću, zabavom, postignućem, prisnošću odnosno ljubavlju... Zadovoljavanjem tih potreba koje nisu kod svakog pojedinca jednako izražene, ali se u određenom intenzitetu ipak javljaju, pomaže se uravnotežen razvoj osobe. Nezadovoljenje potreba čini djecu i mlade frustriranim, nasilnima, egoističnima, anksioznima i depresivnima. Nezadovoljavanje elementarnih potreba je i svojevrsno nasilje nad djecom jer ugrožava njihovu psihološku dobrobit i često postaje poticaj za njihovo skretanje u devijantno ponašanje, a time i narušavanje mentalnog zdravlja.

Obiteljski i institucionalni odgoj trebao bi se temeljiti na poštivanju u prvom redu sebe (roditelj/učitelj) kao ljudskog bića, jedinstvenog i neponovljivog, slobodnog i odgovornog. Odrasla osoba (roditelj/učitelj) trebala bi prihvaćati svoje dijete/učenika kao osobu koja ima osobne interese, motive i sposobnosti. Mlade treba poticati da se bave onim aktivnostima koje će doprinijeti razvoju njihovih potencijala i zadovoljavanju malo prije spomenutih potreba.

Primjerom i razgovorom potrebno je poticati razvoj pozitivnih društvenih vrijednosti kao što su: poštenje, tolerancija, solidarnost, razumijevanje, odgovorna sloboda, međusobno poštivanje, pomaganje potrebnima... Cilj odgoja, kako obiteljskog tako i onog koji se odvija u odgojno-obrazovnim institucijama, trebao bi biti razvoj osobe koja će prihvaćati etičke i moralne standarde sredine i društva u kojem odrasta, ali ne zbog straha od kazne ili nametnutog autoriteta, već kao osobni izbor. Važno je da mladi shvate i prihvate moralne standarde kao smjernice osobnoga razvoja i instrumente ostvarivanja psihološke dobrobiti, kako svoje tako i drugoga.

Psihološkoj dobrobiti i razvoju samopoštovanja doprinosi osjećaj kompetentnosti. Koliko će se mladi osjećati kompetentnima za savladavanje različitih problema i izazova ovisi u velikoj mjeri o percepciji osobnoga utjecaja na ta događanja. Ukoliko njihovo iskustvo pridonosi tome da atribucije uspjeha i neuspjeha pripisuju uglavnom događanjima koje ne mogu kontrolirati, to će potaknuti razvoj naučene bespomoćnosti. „To je reakcija odustajanja koja uslijedi zbog uvjerenja da naši postupci ne mogu utjecati na ishod“ (*Seligman, M., 2006., str. 30*). Povećana depresivnost u mladima vjerojatno se djelomično

može objasniti upravo sve češćom pojavom naučene bespomoćnosti. „Depresija je poremećaj našeg „ja“ kad smo u vlastitim očima neuspješni u odnosu na svoje ciljeve. U društvu u kojem je individualizam uzeo maha, ljudi sve češće vjeruju da su središte svijeta“ (*Seligman, 2006., str. 7*). To je još jedna zamka u koju upadaju mladi ljudi jer su u kriznim situacijama često prepušteni sami sebi ili eventualno roditeljima odnosno jednom roditelju. Mreže socijalnih odnosa koje su prije funkcionirale u mnogim obiteljima i bile dragocjeno uporište danas postaju sve tanje i lomljivije. Odnos s djedovima i bakama i ostalom rodbinom koji bi mogli predstavljati određeni socijalni oslonac i zaštitu, često nije adekvatan ili u potpunosti izostaje.

U odgojno-obrazovnim institucijama, nažalost, često se puno veća vrijednost pridaje obrazovnoj komponenti dok se odgojna zanemaruje. Međutim, dok je propuste u znanju uvijek moguće nadoknaditi, u odgoju to uglavnom nije slučaj.

Često se zaboravlja da roditelji i učitelji odgojno ne djeluju samo kada djecu potiču i osnažuju nego i onda kada ih omalovažavaju, vrijeđaju i prekomjerno kritiziraju; odgojno djelujemo i onda kada cijenimo samo odličan uspjeh u školi, a zanemarujemo poštenje, odgovornost, suosjećajnost, tolerantnost..., dakle, pozitivne društvene vrijednosti; odgojno djelujemo i onda kada se razgovor s mladima zapravo pretvara u monolog neupitnog autoriteta; odgojno djelujemo i kada propuštamo djecu naučiti da su neuspjesi sastavni dio života svakog pojedinca, a ne privilegija nesposobnih; odgojno djelujemo i ako ih ne učimo da su gotovo svi problemi rješivi, samo je potrebno obratiti se nekome za pomoć umjesto da probleme skrivamo i pravimo se da ne postoje.

Pitanje je koliko često u odnosu s djecom i mladima promičemo pozitivne društvene vrijednosti, vrijednosti usklađene s određenim etičkim i moralnim principima i standardima, a koliko je često naše ponašanja zapravo izravno kršenje poželjnih normi i vrijednosti?

Roditelji i učitelji su modeli s kojima će se dijete/učenik identificirati. Dijete/učenik će oponašati ponašanje modela te će od njega dobivati i povratne informacije o svom ponašanju. Nužno je da se modeli ponašaju dosljedno, jasno i nedvosmisleno definiraju dobra i poželjna ponašanja kao i neprihvatljiva. Ukoliko postoji raskorak između onoga što modeli govore i preporučuju te načina na koji se sami ponašaju, to stvara konfuziju u mladim glavama i može postati poticaj za licemjerno ponašanje. Osim što će takvim ponašanjem modeli izgubiti vjerodostojnost, oni šalju i vrlo nemoralnu poruku da su određena loša ponašanja i kršenje određenih pravila, privilegija odraslih: „Ti se moraš ponašati u skladu s pravilima, ali za mene to ne vrijedi!“

Mlade treba motivirati da se ponašaju na odgovoran, društveno prihvatljiv način. Samo poznavanje pravila ponašanja i normi koje vrijede u nekom društvu, nije dovoljno. Znati i ponašati se u skladu s tim znanjem dva su različita kolosijeka.

Uz postojanje adekvatnih modela koji se ponašaju u skladu s pozitivnim društvenim vrijednostima i ujedno djeluju motivirajuće na mlade, potrebno je i potkrepljivati pozitivno ponašanje. Ukoliko povratne informacije nema ili se čak podcjenjuje pozitivno ponašanje, izostat će pozitivni rezultati. Naravno da će se neka djeca i mladi i bez pohvale, bez pozitivne povratne informacije ponašati prihvatljivo, u skladu s pozitivnim društvenim vrijednostima, ali dio populacije mladih to zasigurno neće činiti.

U preventivnoj djelatnosti svakako bi i mediji trebali odigrati značajnu ulogu jer su oni u današnje vrijeme postali vrlo važan element socijalizacije. Ne umanjujući odgovornost roditelja i učitelja u ovome se području danas ne može zanemariti uloga medija. *Konvencija o pravima djeteta* iz 1989. godine zahtjeva da se u medijskim politikama, kao i obrazovnim i kulturnim, posveti nužna pozornost medijskim i komunikacijskim pravima djece. Na papiru su mnogi problemi očito adekvatno riješeni, ali u provedbi napisanog vrlo često nastupaju teškoće i djelovanje suprotno proklamiranim stavovima. „Mediji imaju i ambivalentnu ulogu u suvremenoj odgojnoj paradigmi jer su, s jedne strane, obrazovno-informativnog sadržaja, dok s druge strane, u određenim sadržajima poprimaju najsofisticiraniji oblik manipuliranja i/ili indoktrinacije mlade generacije.“ (*Miliša, Zloković, 2008., str. 131*)

3.2.3.3. Odgovornost/neodgovornost odgovornih

Agresija i depresija kod djece i mladih u porastu su, kao i konzumacija alkohola! U Hrvatskoj danas na području dječjeg mentalnog zdravlja rade tek 34 psihijatra, dakle jedan na 35 tisuća djece. Ni s adolescentima situacija nije puno bolja.

U školama nedostaje stručnih suradnika, ali nažalost i njihova prisutnost nije garancija kvalitetnijeg djelovanja u odgojno-obrazovnoj instituciji jer često obavljaju administrativne poslove na štetu profesionalnog rada s djecom, učiteljima i roditeljima.

„Školski uspjeh toliko ne ovisi o fondu činjenica kojima dijete raspolaže ili o dragocjenoj sposobnosti čitanja, koliko o emocionalnim i društvenim pokazateljima: samopouzdanju i zainteresiranosti; svijesti o tome kakvo se ponašanje od njega očekuje i kako ovladati nagonom koji ga potiče na neprihvatljivo ponašanje; sposobnosti čekanja, pridržavanja uputa, obraćanja učiteljima za pomoć; i izražavanja potreba uz slaganje s drugom djecom“ (Goleman, 1997., str. 199)

Školska djeca provode više vremena ispred televizora nego u bilo kojoj drugoj aktivnosti, izuzev spavanja. Ankete pokazuju kako do 35% Britanaca u dobi od 11 do 15 godina provede više od 7 sati na dan pred zaslonom računala, što ne uključuje aktivnosti vezane za mobilni telefon (Honore, 2009., str. 39). Očito je da roditelji imaju sve manje vremena, ali i znanja, a ponekad i interesa za bavljenje svojom djecom. Često ne znaju gdje im se maloljetna djeca nalaze, s kim se druže i što rade. Mnogi su čak vrlo zadovoljni ako je njihovo dijete pred nekim ekranom jer su uvjereni da je na taj način zaštićeno od štetnih utjecaja ulice i vršnjaka, ne shvaćajući koliko poguban utjecaj mogu imati elektronički mediji.

Ciljevi edukacije u školi trebali bi biti mnogo šire postavljeni od usvajanja znanja iz različitih područja. Škole su ipak još uvijek odgojno-obrazovne institucije. Nužno je da djeca usvoje znanja iz različitih školskih predmeta, ali to bi trebalo biti uporabno, a ne „papagajsko“ znanje. To znači da je nužno povezivati znanja iz različitih područja kako bi djeca dobila što cjelovitiju i smisleniju sliku o onome što uče. Uz to je potrebno učenike poticati na kritičko razmišljanje, analizu i sintezu naučenog jer će samo na temelju takvog znanja biti osposobljeni i za kvalitetno djelovanje. Školovanje u cjelini treba biti prožeto i učenjem i poticanjem samostalnosti, odgovornosti, tolerantnosti, brižnosti... To je zadaća svakoga tko radi u odgojno-obrazovnoj ustanovi. Još je Sokrat rekao da je edukacija potpaljivanje lampi, a ne punjenje praznih posuda. U našim se školama često umjesto u svjetiljke učenike pretvara u kontejnere u koje se ubacuju gomile podataka koje učenici ne razumiju te ih ne mogu ni smisleno koristiti.

Roditeljski odgojni stilovi doprinose postavljanju ili nepostavljanju granica u ponašanju, odnosno ispravnom shvaćanju njihova značenja. Granice bi trebale biti pravila ponašanja koja pomažu pojedincu da sam upravlja svojim životom, sebe izgrađuje kao osobu pomažući mu da ne upadne u ponor koji će ugroziti njegovo mentalno zdravlje. Kako ističe Sammons: „To kako se roditelji odnose prema djetetu mnogo je značajnije, od toga tko su“ (*Sammons, 2010., str. 95*). Uloga medija može biti informacijska, zabavna, estetska, edukacijska... Televizija je danas, uz internet, jedan od najutjecajnijih masovnih medija. Ona na izravan ili neizravan način utječe na usvajanje vrijednosti i stavova, dakle na ponašanje djece, ali i odraslih.

Prema nekim istraživanjima dokazano je da reklamiranje alkoholnih pića zaista i utječe, u određenoj mjeri na njihovo konzumiranje, tj. dovodi do povećanja broja mladih koji uživaju alkohol. Tko je zapravo odgovoran za postojanje brojnih reklama o pivu na našim ekranima? Onaj tko ih emitira ili oni koji ništa ne poduzimaju da bi se takve reklame uklonile barem iz javnih medija (*Moravak, 2011.*).

O medijima se često govori kao o sveprisutnim izvorima nasilja s kojima se susreće većina djece (*Groves, 1997., str. 88*). Studije pokazuju kako igranje nasilnih videoigara tijekom 30 minuta smanjuje aktivnost čeonog režnja dječjeg mozga i to područja povezanog s koncentracijom i kontrolom nagona (*Honore, 2009., str. 105*).

Ervin i Morton, na temelju rezultata jedne 15-godišnje studije naglašavaju kako se izloženost medijskom nasilju u djetinjstvu dovodi u vezu s agresivnim ponašanjem djeteta, ali je i prediktor nasilničkog ponašanja (*Ervin, Morton, 2008., str. 109*).

Britanski Institut za zdravlje djece procjenjuje da se kod petogodišnjaka za svaki dodatni sat gledanja televizije tijekom vikenda za 7% povećavaju njegovi izgledi da pati od debljine u odraslijoj dobi (*Honore, 2009., str. 39*). Debljina može u kasnijim godinama biti uzrok nezadovoljstva svojim izgledom te biti i okidač za anoreksiju i bulimiju. Danas mediji nameću potpuno nove ideale muške i ženske ljepote što utječe na promjene u načinu prehrane i stilu života. Kod mladih ljudi kao posljedica toga može biti negativna slika o

sebi, smanjeno samopouzdanje, a to može rezultirati već prije spomenutom anoreksijom i bulimijom.

Reklame sugeriraju nužnost posjedovanja svega što se reklamira, čime djeci stvaraju krive predodžbe o vrijednostima. Može se javiti osjećaj tuge i nezadovoljstva kada djeca shvate da ne mogu dobiti to što žele. Ponekad su reklame i poticaj da se na neprihvatljive načine dođe do željenog. Masovni mediji pomoću stereotipa oblikuju razumijevanje i pogled na svijet. Upravo zbog sve većeg utjecaja masovnih medija i njihove sve veće i značajnije uloge u životima djece i mladih, iako ne samo njih, danas se sve više govori o medijskom opismenjavanju kao nužnom procesu u stvaranju medijske pismenosti. Ona se najčešće definira kao sposobnost pristupa, analize, vrjednovanja i odašiljanja poruka posredstvom medija.

Konvencija UN-a o pravima djeteta u 17. članku ističe pravo djece na odgovarajuću informaciju. Zahtijeva se da vlade svih država prepoznaju važnost medija u životu djece, u njihovu pravilnom psihičkom, fizičkom i društvenom razvitku, te da zbog toga stvore uvjete kako bi mediji bili izvor korisnih sadržaja, koristan partner i saveznik u odrastanju djece.

Nameće se pitanje tko u današnjoj obitelji odlučuje o izboru sadržaja medijske ponude, vremenu koje će dijete posvetiti medijima, igračkama koje će se djetetu kupovati, uzorima s kojima će se djeca i mladi identificirati i slično? Postoji li u obitelji ili zvan nje netko tko bi s djecom ozbiljno prokomentirao ono što gledaju na ekranima: filmove, reklame, spotove i bio spreman na argumentiranu raspravu o tim sadržajima?

3.2.3.4. Jesmo li spremni bilo što mijenjati?

Durkheim je uveo pojam anomije da bi opisao društveno stanje u kojemu postojeće norme više ne mogu kontrolirati ponašanje zbog brzih društvenih promjena. Anomija se opisuje i iskazuje s tri dimenzije: devalvacija normi, interpersonalna dezintegracija i nesigurna budućnost (*Šram, 2007., str. 104*). Mnogi mladi, kako je već rečeno, imaju nisko samopoštovanje, često prisutan osjećaj osobne neadekvatnosti i tendenciju da sebe krive za neuspjehe. Osjećaj besperspektivnosti u pogledu budućnosti dodatno potiče javljanje fenomena naučene bespomoćnosti. Rezultat toga je pasivnost, bezvoljnost i gotovo nemogućnost da se bilo što poduzme.

Anomalije koje u društvu postoje ne mogu se sakriti od mlade generacije, niti ih je moguće zaštititi u potpunosti od njih. A upravo su oni najranjiviji dio populacije jer još nemaju razvijene mehanizme za obranu i borbu s različitim teškoćama, nedosljednostima i nepoštivanjem moralnih normi.

Temeljno je pitanje jesmo li kao društvo spremni mijenjati okruženje u kojem živimo, a koje u mnogim područjima nepovoljno djeluje na mentalno zdravlje svih, a pogotovo djece i mladih?

Očekivati odgovornost djece i mladih, u društvu gdje se populacija odraslih ponaša kao da ne zna pravi sadržaj toga pojma, naivno je. Očekivati da mladi žive u skladu s pozitivnim društvenim vrijednostima i moralnim principima ako je takvo ponašanje u društvu na niskoj razini i češće se ismijava nego što se cijeni, također je naivno.

Čini se da bismo se morali ozbiljnije pozabaviti promoviranjem etičkih i moralnih principa te poštivanjem i razvijanjem pozitivnih društvenih vrijednosti. Taj bismo angažman mogli nazvati zastupanjem duhovne ekologije.

Ako se djeca i mladi ponašaju neprimjereno i krše određene norme represivne su mjere ponekad neizbježne, ali moraju biti primjerene počinjenom djelu i dobi djeteta. Ako se radi o maloljetnicima jasno je da roditelji moraju snositi svoj dio odgovornosti, ali ni škola u takvim situacijama nikada nije potpuno nevinna.

Međutim, činjenica je da dok ne shvatimo da djecu od najranije dobi treba odgajati - u obitelji, u predškolskim ustanovama, u školama, u župama, u klubovima, putem medija, dakle u svim segmentima društva s ljubavlju, ali i s jasno postavljenim granicama i jasno definiranom i općeprihvaćenom ljestvicom vrednota - ništa se bitno promijeniti neće.

Vrlo često, slikovito rečeno, i u obitelji, i u školi, i u društvu u cjelini zapravo sijemo „brokve“ te se ne bismo trebali čuditi što ne raste cvijeće svugdje oko nas! Očito je potrebno brizi za mentalno zdravlje svih, ali primarno djece i mladih pristupati preventivnim akcijama. Opasno je čekati narušavanje mentalnog zdravlja da bi se tek tada nešto poduzelo.

Želimo li mentalno zdravu djecu moramo imati odgovorne i moralno izgrađene edukatore – od obitelji, preko škole, sportskih klubova, kulturno-umjetničkih društava, župa – dakle svi koji na bilo koji način dolaze u kontakt s djecom i mladima ne mogu izbjeći „zapovjednu odgovornost“ kada je u pitanju promicanje odgovornosti, pozitivnih društvenih vrijednosti te etičkih i moralnih principa.

3.2.3.5. A što sada?

Etičnost i odgovornost odgovornih ne bi se smjela očitovati samo u analiziranju stanja mentalnog zdravlja djece i mladih, pisanju radova na tu temu i organiziranju okruglih stolova. S deklarativne brige za mlade nužno je konačno prijeći na djelovanje. Djelovanje ne bi smjelo biti senzacionalističko, površno, politikantsko i nabijeno deprimirajućim informacijama.

Svatko tko radi s djecom i mladima trebao bi pod povećalom, pogledati svoju odgovornost – osobnu u smislu ljudske etičnosti, ali naravno i profesionalnu. Osobna odgovornost je teško objektivno dohvatljiva, ali profesionalna odgovornost učitelja, školskih psihologa i novinara morala bi biti jasnije definirana, kako bi se lako uočilo neodgovorno djelovanje koje bi trebalo podlijegati određenim unaprijed definiranim sankcijama.

Bilo bi nužno konačno definirati što zapravo znači preventivno djelovanje – u odgojno-obrazovnim institucijama i u medijima. Često se naša prevencija svodi na sprječavanje

većeg zla kada je manje već prisutno. Ali i to uvjetno rečeno malo zlo moguće je prevenirati – ne uvijek, ali mnogo češće nego što se to sada događa.

Želimo li sačuvati mentalno zdravlje mladih treba im osim stjecanja znanja u školama omogućiti i stjecanje određenih socioemocionalnih vještina. Na tom bi planu psiholozi trebali raditi s učenicima, ali i s učiteljima.

Društveno poželjne vrijednosne orijentacije moraju biti jasno javno iskazane, a ponašanja u skladu s pozitivnim društvenim vrijednostima potkrepljivana. Jedino će tako mladi znati što se u društvu poštuje i cijeni. Javni bi mediji više vremena trebali posvećivati pitanjima iz područja odgoja i obrazovanja, kulture, znanosti, češće održavati kontakt emisije u kojima će sudjelovati stručnjaci koji će u okviru određenog područja kompetentno odgovarati na pitanja gledatelja. Više bi prostora u medijima trebalo dati djeci i mladima koji su uspješni u sportu, glazbi, znanosti, bilo kojoj društveno prihvatljivoj aktivnosti. Mnogo bi više trebalo isticati važnost volonterskog rada i vrjednovati ga na primjeren način.

Nije dovoljno pronaći stolicu u razredu redovne osnovne škole i zaključiti kako smo na taj način integrirali dijete s poteškoćama u razvoju. Forma je na taj način zadovoljena, ali ništa više od toga. Na sličan smo način do sada postupali u vezi mentalnog zdravlja djece i mladih. I sada smo tu gdje jesmo. Iskreno se nadam ne zadugo!

Literatura:

1. Ervin, E. J., Morton, N. (2008.): Exposure to Media Violence and Young Children with and without Disabilities: Powerful Opportunities for Family-Professional Partnership, *Early Childhood Education Journal*, 36, str. 105-112
2. Groves, B. (1997.): Growing up in a violent world: The impact of family and community violence on young children and their families, *Topics in Early Childhood Special Education*, 17 (1), 74-102
3. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD, 2007.
4. Honore, C. (2009.): Pod pritiskom – spašavanje djece od kulture hiper roditeljstva, Zagreb, Algoritam, str. 39, 105
5. Hrvatski akcijski plan o alkoholu (2010.), Zagreb, str. 10
6. Konvencija o pravima djeteta, Glavna skupština UN-a, 1989.
7. Miliša Z., Zloković J. (2008.): Odgoj i manipulacija djecom u obitelji i medijima, Zadar-Rijeka: MarkoM usluge d.o.o., str. 131
8. Moravak, D. (2011.): www.dnevno.hr
9. Sammons, P. (2010.): Does pre-school make a difference? Identifying the impact of pre-school on children's cognitive and social behavioral development at different ages, U: Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., Taggart, B. (ur.): *Early Childhood Matters: Evidence from the Effective Pre-school and Primary Education project*, Routledge, Taylor & Francis Group, str. 92-113
10. Seligman, M. (2006.): Naučeni optimizam, IEP – DZ, Zagreb, str. 7, 30
11. Šram, Z. (2007.): Anomija, depresivnost i antizapadna orijentacija, *Revija za sociologiju*, Vol XXXVIII., No 3–4: 103–118

3.3. Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja djece i mladih

Djeca i mladi osobito su ranjivi dio opće populacije i upravo kod djece i mladih, od rođenja pa do ulaska u svijet odraslih, psihologija i psiholozi mogu značajno pridonijeti unaprjeđenju mentalnog zdravlja. Psiholozi su u našoj zemlji angažirani u različitim sustavima koji skrbe o djeci i mladima i ovo iskustvo zasigurno psihologe čini kompetentnim stručnjacima u radu s djecom i mladima dovoljno senzibiliziranim za prepoznavanje potreba i rizika kojima su djeca i mladi izloženi, uključujući i njihovo mentalno zdravlje. Veliki su izazovi za psihologiju u podršci ranoj interakciji i roditeljstvu, podršci obitelji, podršci razvoju djece, njihovom odgoju i obrazovanju, razvoju potencijala, osamostaljivanju, pripremanju za životne uloge. Isto tako, značajan doprinos mentalnom zdravlju djece i mladih psihologija može dati angažirajući se na unaprjeđivanju kvalitete odgojnog i obrazovnog rada u školi, na unaprjeđenju kvalitete školskog života, na unaprjeđenju podrške mladima u zadovoljavanju njihovih potreba u zajednici.

3.3.1. Roditeljske vještine i rana interakcija te rana intervencija u zajednici

Djeca općenito, a djeca rane životne dobi (0-6) posebno su vulnerabilna skupina i stoga imaju posebnu društvenu pozornost i zaštitu. Analiza stanja i prava djece u Hrvatskoj (Brajša Žganec i sur., 2011.) pokazala je da je to jedno od područja u kojem je posljednjih godina zabilježen značajan napredak, ali da još uvijek postoje neriješeni izazovi, osobito za najvulnerabilniji dio dječje populacije koju čine djeca bez roditeljske skrbi, djeca čiji su roditelji u zatvoru ili iz različitih razloga smanjeno sposobni brinuti se o njima, djeca čije obitelji žive u teškim okolnostima i mlađa djeca s razvojnim odstupanjima, te se i psiholozi trebaju dodatno usmjeriti na promicanje i zaštitu njihovog mentalnog zdravlja. Spomenuta analiza pokazuje da iako je Hrvatska potpisnica brojnih dokumenata o pravima djece, te je razradila i brojne nacionalne dokumente, „postoji očita potreba za boljom koordinacijom, snažnijom provedbom mjera, jačanjem koordinacije, te osiguravanjem suradnje između jedinica lokalne i regionalne samouprave, centara socijalne skrbi, obiteljskih centara, nevladinih organizacija i drugih odgovornih tijela“ (Brajša Žganec i sur., 2011., str. 188). Posebno zahtjevne okolnosti nastaju onda kada je istovremeno prisutno više nepovoljnih čimbenika zajedno, primjerice razvojne teškoće udružene s nedostatnom roditeljskom skrbi zbog bolesti ili siromaštva, te smo u takvim okolnostima svi pozvani na potporu djetetu i obitelji.

Društvene su mjere ponajprije usmjerene na zaštitu zdravlja i sigurnosti djece, te na djetetove roditelje i druge pomagače (dadilje, odgajateljce) jer oni njeguju, odgajaju i stvaraju uvjete u kojima se djeca razvijaju. Oni su aktivni sudionici djetetova razvoja i puno su važniji od bogatstva materijalne okoline koja okružuje dijete. Stoga su roditeljske vještine i kvaliteta interakcije koju bliski odrasli ostvaruju sa svojim mališanima od presudne važnosti za razvoj i očuvanje mentalnog zdravlja djece.

3.3.1.1. Roditelji i mentalno zdravlje djeteta

Svi se mi rađamo s jedinstvenom biologijom koja čini svakog pojedinca različitim od svih ostalih. Ono što se provlači kroz svu tu različitost je ljudska prosocijalna priroda koja od najranije dobi ljudsko biće čini posebno osjetljivim i odgovorljivim na socijalne signale. Ljudsko biće za razliku od drugih živih bića ne dolazi na svijet s gotovim obrascima ponašanja, ono ih uči. Dakle, rađa se ne jako u tjelesnom i u psihološkom pogledu i ne može preživjeti bez roditeljske skrbi. Znanstvena su nam istraživanja donijela obilje novih informacija koje nam omogućuju da sve točnije razumijemo rano djetinjstvo, te su istovremeno potvrdila izuzetnu važnost brižne roditeljske skrbi. Međutim, niti ta roditeljska skrb ne nastaje u nekom zrakopraznom prostoru, ona je pod utjecajem

kulture koja oblikuje djetetovu razvojnu nišu u kojoj se ostvaruju odnosi djeteta i roditelja (Lewis, 2000.). A roditeljska skrb nedjeljivo utječe na tjelesni i psihički razvoj djeteta. Zadovoljavanje tjelesnih potreba, npr. u hranjenju, njezi, uspavlivanju ili oblačenju, pruža roditelju priliku da istovremeno odgovara i na psihičke potrebe svog djeteta. On to čini u skladu s onim što je nekad davno sam iskusio, preuzeo kao vrijednosni sustav od zajednice, ali i u skladu s onim što je na svjesnoj razini naučio o ranom odgoju: o tome što znači maziti, a što razmaziti, je li vrijeme provedeno u igri s djetetom dobitak ili gubitak, ima li smisla postavljati djetetu granice – te kada i kako. U skladu s time roditelj odgovara na djetetove emocionalne, socijalne i kognitivne potrebe. Različite okolnosti mogu ugroziti ovaj proces te se s razlogom stvaraju različiti programi potpore roditeljstvu. Primjerice UNICEF je omogućio razvoj ciklusa radionica kao podršku roditeljima najmlađe djece „Rastimo zajedno“ koje se izvode po vrtićima u većem broju županija (Pećnik i Starc, 2010.).

Već je dugo poznato da središnje mjesto u kvaliteti skrbi u najranijoj dobi pripada roditeljskoj osjetljivosti i odgovornosti na djetetove signale što uključuje emocionalnu dostupnost roditelja i toplinu (Ainsworth i sur., 1978., Bornstein i Tamis LeMonda, 1989.). Da bi senzitivno reagirali djetetu bliske osobe moraju biti u stanju vidjeti onako kako dijete vidi, osjećati onako kako ono osjeća i u svom odgojavanju biti usklađeni s djetetovim sposobnostima kognitivne obrade. I roditelji to doista uduvijek čine, iako ne jednako senzitivno i uravnoteženo. Zato su roditelji ne samo čuvari djetetovog tjelesnog i mentalnog zdravlja, nego i njegovi stvaratelji, a u određenim ga okolnostima oni mogu i ugrožavati. Za mentalno zdravlje dojenčadi s dugoročnim učincima ključno je stvaranje sigurne privrženosti između djeteta i bliskih odraslih osoba.

Što psiholozi mogu učiniti za razvoj sigurne privrženosti?

- Pisati i držati javna predavanja o privrženosti i njezinoj važnosti za zdrav razvoj. Osobito učinkovite mogu biti edukacije za roditelje i druge stručnjake (pedijatre, odgajatelje i druge koji rade s najmlađom populacijom) koje se odvijaju više u obliku rasprave negoli poučavanja. One mogu biti u formi rasprave o tome što roditelji poduzimaju za zdravi razvoj svog djeteta. Roditelji doista čine mnogo toga što je važno: redovito idu pedijatru i cijepi dijete, brinu o njezi i zdravoj prehrani, vode računa jesu li igračke sigurne i poticajne za djetetovo istraživanje, pružaju toplinu i stvaraju podržavajući odnos s djetetom. U tom razgovoru psiholog dobiva priliku naglasiti kako je odnos s djetetom od posebne važnosti. U razgovoru valja provjeriti koliko su sudionici osviješteni da djeca već od prvoga dana pokazuju što trebaju i da je zadovoljavanje njihovih potreba „dvosmjerna cesta“. Ona emocionalno povezuje dva bića, roditelja i dijete, i stvara zdravu, sigurnu privrženost. Zahvaljujući njoj dojenče će odrasti u pouzdanu i brižnu odraslu osobu sposobnu da stvara i održava odnose tijekom cijeloga života. Roditelji, ali i drugi stručnjaci koji u svome radu susreću dojenčad i mlađu djecu te njihove roditelje trebaju znati da:

- sigurna privrženost ovisi o ponašanju osoba koje brinu o djetetu, konkretno o tome koliko one senzitivno odgovaraju na djetetove signale
 - privrženost pomaže dojenčadi otkriti da je odrasla bliska osoba sigurna baza iz koje dijete može započeti istraživanje svijeta koji ga okružuje
 - sigurna privrženost pomaže djetetu da se uspješno nosi s frustracijom i stresom, razvije socijalne vještine i odnose, izgradi samopouzdanje, razvije motivaciju za učenje i uspjeh u školi te razvije vještine rješavanja problemskih situacija.
- Osim što psiholozi trebaju senzibilizirati djeci važne osobe (roditelje, dadilje, odgajatelje, liječnike, bolničko osoblje i dr.) o važnosti privrženosti, oni im trebaju ukazati da se na izgradnju sigurne privrženosti može utjecati na način da:
 - pozornost bude usmjerenija na djetetove komunikacijske signale. Njih dijete ne šalje namjerno, ali oni odražavaju njegovo stanje i raspoloživost za komunikaciju. Djeca odaju kako im je: jesu li potištena, pospana, spavaju li ili su smireno budna, uznemirena ili prestrašena. U senzitivnoj komunikaciji polazimo od djetetovog stanja i prva reakcija odraslog je povezana sa stanjem djeteta.
 - Roditelj pomaže djetetu u uspostavljanju samoregulacije upravo na način da uvažavanjem komunikacijskih signala prepoznaje njegovo stanje i kroz interakciju mu pomogne u smirenom prijelazu iz jednog stanja u drugo, primjerice iz pospanosti u san, iz uznemirenosti u aktivnu budnost. Ova pomoć ne može biti racionalno vođena, već je intuitivno vođena djetetovim signalima. Zato psiholog neće tumačiti što roditelj treba raditi, već će osnaživati njegovo samopouzdanje i pomagati mu u strategijama nošenja sa stresom kako bi se „oslobodilo“ roditeljevo intuitivno djelovanje. Tada će roditelj sam otkriti što najbolje smiruje njegovo dijete u pojedinom trenutku i neće listati knjige da pronađe što znanost kaže o tome. Ovo je i način kako dijete stječe sigurnost i povjerenje jer odrasta uz roditelja koji dobro čita, odgovara na njegove signale i pomaže mu u uspostavljanju samokontrole i uravnoteženosti.
 - Roditeljevo odgovaranje mora biti dosljedno jer samo tako omogućava djetetu da otkrije određene pravilnosti koje će mu onda omogućiti da djeluje proaktivno, ali i da prepozna ljude oko sebe.

Prepoznavanje i razlikovanje osoba kojima je dijete okruženo bitno je za razvoj usmjerene privrženosti, tog snažnog osjećaja povezanosti s jednom osobom i temeljnog odnosa na koji se nadograđuju svi kasniji odnosi. Dosljednost u odgovaranju je važna kod svih osoba koje brinu o djetetu.

- Roditelje treba ohrabrivati za što više tjelesne nježnosti s djetetom od najranije dobi. Brojna moderna pomagala, lijepa, a često suvišna odjeća, nosilice, hranilice i kolica, dugi sati u vožnji i sl., ostavljaju sve manje vremena za tjelesni kontakt i tjelesne igre, smijeh i pjesmu. Sva su osjetila važna za razvoj i uspostavljanje odnosa. Djeca trebaju puno tjelesne nježnosti i tjelesnog kontakta jer dodir je značajna stimulacija za razvoj privrženosti, a svi oblici hranjenja i njege daju obilne prilike koje ne treba propuštati.
 - Roditelji osjećaju sreću kad se dijete smije i kad se igraju s njime, a za dijete su igra i smijeh nešto što hrani njihov emocionalni razvoj i privrženost. Uvijek je važno naglasiti da se mame i tate ne igraju na isti način, te da dijete treba i jednu i drugu vrstu igre. Očevi su poznati po „akcijskim“ igrama koje pršte energijom, dok mame naginju suptilnijim i smirenijim igrama. Igru čini igrom upravo djetetovo pravo da vodi igru te nije na odmet roditeljima pripomenuti: „*Slijedite svoje dijete!*“
 - Premoren i brigama preplavljen roditelj teško će biti dobar partner za razvoj privrženosti. Zato roditeljima uvijek treba naglašavati da, ako ne iz nekog drugog razloga, onda zbog djeteta, trebaju brinuti o sebi. Roditelji su skloni zanemarivanju svojih potreba, zaboravljajući pritom da samo ako su oni dobro i njihovom djetetu može biti dobro. Ovo osobito vrijedi za roditelje bolesne ili razvojno ugrožene djece.
- Psiholozi mogu puno učiniti i na redefiniranju poimanja potreba dojenčadi i mlađe djece. Informacije o tome ponovno trebaju roditelji i stručnjaci koji u svome radu susreću mlađu djecu i njihove roditelje, ali i opća javnost, te posebno donositelji političkih odluka jer njihove odluke u velikoj mjeri pridonose uvjetima života koji utječu na tjelesno i mentalno zdravlje najmlađih. Poznati američki pedijatri Brazelton i Greenspan upozorili su u svojoj knjizi (Brazelton i Greenspan, 2000.) o temeljnim, nezaobilaznim potrebama djece. Iako u društvima blagostanja nitko nema pravo ignorirati te potrebe, to se ipak mnogima događa. Stoga je važno javno promovirati što svako dijete treba da bi zdravo odrastalo te da bi moglo učiti i biti sretno. Niže taksativno navodimo do kakvih su zaključaka spomenute autore dovela njihova istraživanja. Vodeći računa o potrebama za zdrav

razvoj valja utjecati na organizacijske oblike skrbi za najmlađu djecu. Ove su potrebe posebno ugrožene kod mlađe djece s razvojnim odstupanjima jer roditelji ne dobivaju odgovarajući oblik potpore u suočavanju s činjenicom da je dijete drukčije, te ih se često pretvara u koterapeute koji svoje dijete „treniraju“ u skladu s njegovom kronološkom, a ne razvojnom dobi.

- Prema Brazeltonu i Greenspanu (2000.) temeljne, nezaobilazne potrebe djece su:

(1) Potreba za toplim i podržavajućim odnosom bitnija je za emocionalni i intelektualni razvoj od ranog kognitivnog treninga ili edukativnih igara. Autori upozoravaju da u ovom našem ubrzanom načinu života češće nagoli se misli izostaje razvoj bliskog odnosa s dojenčecom. Bliski se odnos razvija kroz zajedničko druženje djece i njihovih roditelja. Dijete do godine dana, dok je u budnom stanju, ne bi smjelo biti više od jedne trećine vremena prepušteno sebi dok bi oko dvije trećine vremena trebalo biti u interakciji s bliskom osobom.

(2) Potreba za zaštitom, sigurnošću i regulacijom. Ova potreba biva zadovoljena ako djetetova okolina učinkovito štiti dijete od tjelesnih ozljeda, toksičnih djelovanja i/ili nasilja. Na kvalitetu zadovoljavanja ove potrebe utječu i dobro organizirana pedijatrijska skrb i mreža rane intervencije.

(3) Potreba za stjecanjem iskustva koje je prilagođeno individualnim potrebama djeteta traži da se svakom djetetu prizna njegovu jedinstvenost i pravo na usvajanje znanja osobnim tempom. Autori, koji su i sami po svojoj temeljnoj izobrazbi liječnici, upozoravaju da je u medicinskim krugovima koji rade s mlađom djecom nedostatno prisutna izobrazba koja bi im ukazala na potrebu i dosege rane intervencije. Oni navode da gotovo 99% liječnika koji uoče rano razvojno odstupanje smatra da treba pričekati kako bi se vidjelo hoće li se to samo od sebe normalizirati (Brazelton i Greenspan 2002., str. 182). Takav je stav u suprotnosti s potrebom stjecanja ranog iskustva na individualno primjeren način i to bez odgode i čekanja da se pokaže ozbiljnije zakazivanje.

(4) Potreba za razvojno primjerenim iskustvima će biti zadovoljena ako se razumije da se djeca iz dana u dan mijenjaju, tj. ona se razvijaju emocionalno, intelektualno i socijalno, a izloženost informacijama, postupcima i općenito prilikama za stjecanje iskustva mora biti prilagođena njihovom razvojnom stupnju. Nerealistična očekivanja i izloženost razvojno neprimjerenim zadacima ometaju stoga djetetov razvoj.

(5) Potreba za strukturom i granicama, kada je zadovoljena, omogućava da okolina djetetu postane predvidiva i jasnija. Usvajanje pravila i poštivanje granica koje se odvija u toplim i bliskim obiteljskim odnosima omogućava djetetu internalizaciju granica, kanaliziranje agresije i smireno rješavanje problema. Da bi se ostvarili ti ciljevi djeca trebaju okolinu koja je istovremeno i empatična i sposobna

postaviti granice, te koja djeluje ponajprije svojim pozitivnim očekivanjima. Za zadovoljavanje ove potrebe važno je da odrasli imaju povjerenja u djetetove potencijalne i dobro razumiju njegove slabosti.

(6) Potreba za stabilnom i podupirućom zajednicom i kulturalnim kontinuitetom važna je da bi se dijete osjećalo integrirano i sigurno u svojoj zajednici, tj. ono treba odrastati u stabilnim uvjetima kakve osigurava kontinuitet u obiteljskim vrijednostima, skupinama vršnjaka, te u širem kontekstu religija i kultura.

(7) Zaštita budućnosti je također temeljna potreba koja ovisi o zdravom okolišu i kooperaciji među ljudima jer su danas pojedinci i narodi međuovisniji negoli ikada ranije. Zanemarivanje ove činjenice, prema mišljenju autora, ugrožava budućnost sve naše djece.

3.3.1.2. Odgojno-obrazovne usluge i mentalno zdravlje djeteta

Suvremeni način života često već rano traži smještanje djeteta u neki od oblika društvene skrbi za djecu kao što su jaslice, vrtić ili angažiranje dadilje. Ono što vrijedi za kvalitetu odnosa roditelj-dijete, vrijedi i za kvalitetu odnosa odgajatelj/dadilja-dijete. Da bi se taj odnos mogao razviti nije važan samo topao i na djetetove potrebe usmjeren odgajatelj, već i dovoljno prilika da se odnos može uspostaviti. To u velikim skupinama nije moguće, a nije moguće niti ako iz različitih (objektivnih) razloga dolazi do češćih promjena odgojitelja u skupini. Neki rezultati američkih istraživanja govore da više vremena provedeno u skupini u predškolskoj dobi daje drukčije socijalizacijsko iskustvo koje rezultira u impulzivnijem i riziku sklonijem ponašanju u adolescenciji (Vandell i sur., 2010.). Zanimljivo je da je korelacija bila neovisna o kvaliteti predškolske skrbi koju su djeca imala. Nedvojbeno, djeca trebaju roditelje više nego što ih imaju. Kada se razmatra uloga odgojno-obrazovnih usluga sa stanovišta utjecaja na dijete u literaturi nailazimo na različite pristupe. S jedne se strane na jaslice i vrtiće gleda kao na mjesta koja promiču djetetove socijalne vještine i pripremaju ga za zahtjeve škole (Lamb i Ahnert, 2006.), dok istraživanja koja su se više fokusirala na pitanja razvoja privrženosti često upozoravaju da veoma rano odvajanje može biti rizično za razvoj sigurne privrženosti te rezultirati s problemima ponašanja u djeteta (Egeland i Hiester, 1995.). Ove različite perspektive i često dobiveni kontroverzni rezultati govore o potrebi daljnjeg istraživanja povezanosti rane skrbi i kasnijeg razvoja.

Valja biti svjestan činjenice da suvremeni roditelji često nemaju velike mogućnosti izbora. Zahtjevi radnog mjesta, uvjeti na tržištu rada i druge društvene okolnosti primoravaju ih da zatraže pomoć u brizi za djecu i da se odvoje od njih i na desetak sati dnevno. K tomu pronalaženje odgovarajućeg smještaja na prikladnoj lokaciji koji daje dobre uvjete za zadovoljavanje djetetovih potreba u roditelja prati često visoka razina stresa. Tu su osobito ugrožene jednoroditeljske obitelji, kao i one obitelji koje imaju dijete koje u razvoju ne slijedi urednu liniju. Valja imati na umu da problem odvajanja nije prisutan samo na strani djeteta, njega osjećaju i roditelji. Stoga psiholozi trebaju:

- pružiti podršku roditeljima u pronalaženju najbolje odgojno-obrazovne usluge za dijete

- širiti informacije o potrebama mlađe djece, osobito one s odstupanjima, ali i njihovih roditelja
- rabiti svaku priliku za utjecaj na kreatore javnih politika, osobito u svojoj, lokalnoj sredini te im osvještavati kako su ulaganja u ljudski potencijal, osobito u najranijoj dobi, važna investicija u budućnost društva
- stvarati partnerski odnos s roditeljima; to nikako ne znači da su oni izjednačeni u znanjima i ulogama s psiholozima, već da je roditelj ekspert za svoje dijete, a psiholog za različita područja teorijske i primjenjene psihologije.

3.3.1.3. Roditeljstvo: mitovi i realnost

Iako smo svjedoci sve većeg broja inicijativa za potporu roditeljstvu u ovoj domeni još uvijek vladaju neki mitovi koji otežavaju roditeljima suočavanje s izazovima roditeljstva. Izreći ćemo ih u onom obliku kako se roditelji susreću s njima. Nasuprot ovim, neutemeljenim tvrdnjama, koje ne ojačavaju roditeljske kompetencije, nego ih narušavaju, davanje kratkog objašnjenja problema koji brine roditelje, riječ ohrabrenja i potpore, te uključivanje prirodnih pomagača (rodbine, prijatelja) mogu biti veoma učinkoviti i pridonijeti osnaživanju roditelja koje je u najboljem interesu djeteta. Budući da psiholozi susreću roditelje mlađe djece, osvještavanjem da ovi mitovi postoje i svojim suprostavljanjem mitovima, kao i pružanjem podrške roditeljstvu, psiholozi aktivno pridonose unaprjeđivanju mentalnog zdravlja najmlađe populacije. Temeljem dugogodišnjeg autoričinog rada u savjetovanju roditelja i upoznavanju najčešćih komentara i sugestija koje roditelji dobivaju, izdvojeno je sljedećih sedam najrasprostranjenijih pogrešnih tvrdnji:

1. Mit: *Svaki roditelj zna i može umiriti/nahraniti/uspavati svoje dijete!*

Istina je da gotovo jedna četvrtina dojenčadi ima probleme s regulacijom svog ponašanja, te se početni djetetovi problemi u samoregulaciji znatno lakše prevladavaju uz stručnu savjetodavnu pomoć roditeljima. Izostane li ona roditelji koji se suočavaju s ovakvim teškoćama naglo gube samopouzdanje te lako dolazi do ozbiljnih interakcijskih poremećaja i ugrožavanja mentalnog zdravlja dojenčeta.

2. Mit: *Ne uzimajte dijete prečesto na ruke, razmazit ćete ga.*

Upravo suprotno, tjelesni kontakt daje djetetu doživalj ugone i sigurnosti te potiče razvoj privrženosti.

3. Mit: *Ne tepajte djetetu, govorite mu od početka, čistim književnim jezikom*

Dojenčev je mozak drukčiji negoli mozak starijeg djeteta i govor okoline obrađuje na drukčiji način. Upravo tzv. „maminski“ - poseban način kako se odrasli obraćaju dojenčetu privući će mu pozornost i ono će pažljivo slušati. A i „maminski“ se mijenja kako dijete odrasta. Odrasli je spontanosti u obraćanju djetetu, to je jezik srca. Nakon što dijete počinje izgovarati riječi, treba mu model kako ta riječ zvuči u govoru odraslih.

4. *Djetetov razvojni ishod ovisi o tome koliko će roditelji s djetetom vježbati.*

Ovu tvrdnju čuju brojni roditelji djece s neurorazvojnim rizikom i žive s osjećajima krivnje ako dijete ne napreduje kao ostala djeca. Istina je da je razvojni ishod rezultanta utjecaja bioloških i okolinskih uvjeta bez jasnih granica, te da prekomjerno vježbanje može biti i štetno. Ono ne dovodi do napretka: u djeteta stvara osjećaj neadekvatnosti i naučenu bespomoćnost, a u roditelja pridonosi nastanku sindroma sagorijevanja.

5. *Mit: Roditelji su subjektivni i pretjeruju, vide problem i ondje gdje ga nema.*

Roditelji imaju svoju, roditeljsku percepciju. Ona za stručnjaka sadržava obilje važnih informacija i zato ih treba pažljivo slušati. U pravilu gdje roditelj vidi problem, problem i postoji.

6. *Mit: Roditeljima dojenčadi i mlađe djece treba jasno i izravno ukazati na djetetova razvojna odstupanja, kako bi postali realni i počeli se više baviti djetetom.*

Nikako! Uplašeni roditelj postaje nesposoban učinkovito se baviti svojim djetetom. Djeca u svakodnevnim interakcijama trebaju opušteno i vedre roditelje koji mogu „čitati“ djetetove komunikacijske signale i poticati ih kroz igru. Roditeljima treba uvijek reći istinu, ali način kako to činiti, to je nešto što se uči. To je važna i zahtjevna vještina u kojoj se psiholozi nikad ne smiju prestati usavršavati.

7. *Mit: Kupujte djetetu igračke poznatih proizvođača, kupovanje igračaka je investicija u razvoj.*

Istina je da je roditelj najbolja igračka svom dojenčetu i da smo okruženi brojnim predmetima koji mogu poslužiti u kreativnoj igri djeteta i odraslog. Tradicijske pjesmice, brojalice i igre za dojenčad usklađene su s onim što je znanost potvrdila da dojenče i malo dijete trebaju u odrastanju i vrijeme provedeno s djetetom i ispunjeno njima je prava investicija u razvoj.

3.3.1.4. Potpora roditeljstvu: kako razvijati, provoditi, evaluirati učinkovitost i naprjeđivati programe potpore roditeljstvu u zajednici

Već u prethodnome poglavlju naveden je niz smjernica za borbu protiv uviježenih i široko rasprostranjenih predrasuda o roditeljima i njihovom postupanju. Psiholozi na brojnim radnim mjestima poput predškolskih ustanova, klinika, obiteljskih centara, ali i u privatnoj praksi trebaju pružiti podršku roditeljstvu jer time najbolje rade na prevenciji problema mentalnog zdravlja u djece najranije dobi. Ove je informacije potrebno slati općoj javnosti i tako pružiti zaštitu roditeljstvu od iskorištavanja u komercijalne svrhe, ali i prema suradnim strukama, osobito u području biomedicine gdje zaokupljenost tjelesnim bolestima i kurativom često ne ostavlja dovoljno prostora zaštititi i promicanju mentalnog zdravlja.

Ljudsko je biće – biće koje stvara odnose i biće koje u interakciji s bliskim osobama razvija kognitivne vještine i sve složenije obrasce ponašanja. Baš stoga što ih ne posjeduje, nego stvara, ono je u djetinjstvu i posebno vulnerabilno i ovisno o roditeljskoj skrbi. Ove činjenice nisu psiholozima nepoznate i stoga oni imaju posebnu odgovornost u zaštiti roditeljskih vještina te zagovaranju potreba roditelja kako bi njihove roditeljske vještine bile učinkovite u zaštiti i poticanju djetetovog razvoja. Naime, roditelji su prvi djetetovi učitelji, a način roditeljskog djelovanja ide kroz interakcije. U tim interakcijama roditelji su oduvijek pokazivali izuzetnu sposobnost „čitanja signala“ koje dijete nesvjesno odašilje i koji govore o njegovoj trenutnoj sposobnosti za prihvatanje i integraciju iskustava kojima je dijete izloženo u danome trenutku. Ova se roditeljska sposobnost i zove intuitivna roditeljska didaktika (Papoušek i Papoušek, 2002.). Didaktika stoga jer su znanstvene analize pokazale da roditeljska reaktivnost na djetetove signale slijedi „didaktička načela poučavanja“ iako roditelji na svjesnoj razini ništa o tome ne znaju niti mogu izvjestiti. Njihova je odgovornost na pre-svjesnoj, intuitivnoj razini te kao takva i usklađena sa sposobnostima kognitivne obrade dojenčeta koja istom gradi svjesnu razinu spoznaje. Stoga i potpora roditeljstvu treba biti organizirana na različite načine, ovisno o razvojnoj dobi djeteta, te o roditeljskim potrebama, odnosno o problemu koji uočava roditelj. Što je dijete mlađe, to se više potpora treba davati na način da se ne naruši roditeljska spontanost i intuitivnost, te su u ranoj dobi znatno učinkovitiji oni programi koji osnažuju roditelje u odnosu na one koji na racionalnoj razini educiraju.

3.3.1.5. Rana intervencija i uloga psihologa

Rana intervencija kao novi pojam u (re)habilitacijskoj literaturi postoji već pedesetak godina, ali se temeljna pitanja rane intervencije, kao i načini pružanja kontinuirano mijenjaju. Na pragu 21. stoljeća glavno pitanje s kojim se suočava područje rane intervencije je pitanje kako kapitalizirati najnovije znanje i mobilizirati zajedničke resurse da se osigura bolji zdravstveni i razvojni ishod u djece s razvojnim rizicima ili već utvrđenim teškoćama (Meisels i Shonkoff, 2003.). Rana intervencija slijedi ideju prevencije jer intervencija kreće od prepoznatog rizika za atipičnu razvojnu krivulju te različitim postupcima usmjerenim na dijete jednako kao i na njegovu okolinu (roditelje, ali i proširenu obitelj i zajednicu) optimira uvjete za djetetovo učenje i razvoj. Ona stoga i najčešće i započinje prije postavljanja medicinske dijagnoze. Sama medicinska dijagnoza, osim što stiže odgođeno, veoma malo govori o individualnim obilježjima učenja u djeteta te ništa o obiteljskim potrebama. Intervencija mora biti balansirano i planski vođen proces u kojem se rehabilitacijski postupci namijenjeni unaprijeđenju djetetovih vještina primjenjuju paralelno sa strategijama koje trebaju minimalizirati negativne učinke bioloških ograničenja/oštećenja na razvojni ishod. Stoga ona i može biti učinkovita samo ako je sustav rane intervencije dovoljno razvijen, raznolik i timski kako bi mogao odgovoriti individualnim potrebama svakog djeteta i njegove obitelji, ako se koriste metode zasnovane na znanstvenoj evidenciji te se usluge pružaju u prirodnoj i inkluzivnoj okolini (Bruder, 2010.). Guralnick (2011.) navodi da rizični i zaštitni čimbenici djeluju na tri razine: razini djetetovih socijalnih i kognitivnih sposobnosti, razini obiteljskih interakcijskih obrazaca i na razini obiteljskih resursa, a svi se oni odražavaju na obiteljske

interakcije koje su okvir u kojem se odigrava djetetovo učenje. Stoga je središnji zadatak u ranoj intervenciji obnoviti obiteljske interakcijske obrasce i podići ih na najbolju moguću razinu.

Psiholozi u ranoj intervenciji sudjeluju u svim komponentama sustava: u probiru, ranoj detekciji i identifikaciji djece s razvojnim rizicima i razvojnim teškoćama, u njihovom upućivanju u sveobuhvatnu procjenu kao i u samoj procjeni, u organizaciji i provođenju tretmana te njegovoj evaluaciji. Važna komponenta u sustavu rane intervencije je i planiranje i potpora pri prijelazu u neki drugi sustav, a ta je komponenta u nas slabije razvijena negoli ostale. Ona je bitna stoga jer su razvojni obrasci djece s teškoćama veoma osjetljivi i nedovoljno stabilni, te se lako narušavaju upravo onda kao prijelaz u novi sustav nije planirano vođen i stručno podržavan (npr. prijelaz iz stručne potpore u obitelji u predškolsku ustanovu, ili iz vrtića u školu i sl.). Upravo stoga što razumiju da je rano učenje drukčije od školskog, da se ono odvija u prirodnom okruženju djeteta gdje se ono osjeća sigurno i zaštićeno, te u interakciji sa senzitivnom odraslom osobom i vršnjacima, psiholozi se mogu zauzeti za rane i učinkovite oblike potpore u skladu s filozofijom rane intervencije. A rana intervencija ne čeka da se problem stvori, već kod uočenih rizika daje takav oblik potpore djetetovoj prirodnoj okolini da rano učenje bude podržano na najbolji mogući način.

Pri tom je od posebne važnosti i način komunikacije s roditeljima djece s teškoćama u razvoju. Naime, kroz razvojnu procjenu i komunikaciju s psihologom roditelj najčešće dobiva prvu potvrdu da djetetov razvoj ne slijedi urednu razvojnu liniju. U najvećem broju slučajeva roditelji su to i sami uočili, ali su skloni odstupanja pripisati činjenici da je svako dijete drukčije i ima svoj tempo razvoja (što je točno), te da oni kao roditelji možda i pretjeruju. Psiholog će na osnovu primjene razvojnih testova i drugih metoda primjerenih za razvojnu procjenu u najranijoj dobi doći do podatka prelazi li odstupanje onu granicu kada govorimo o značajnim odstupanjima ili razvojnim poremećajima (tj. kada je rezultat za više od dvije standardne devijacije udaljen od prosjeka).

Sama razvojna evaluacija u ranoj je dobi zahtjevnija negoli kod starije djece. Ona se ne svodi na primijenu testova, već treba uključivati sintezu informacija iz strukturirane procjene i opservacije djetetovog ponašanja s onima koje daju roditelji i druge osobe koje su imale priliku opažati dijete. Dojenčad i mlađa djeca su još predjezična ili su u ranoj fazi jezične komunikacije, njihovo su raspoloženje i otvorenost za suradnju ovisni o osjećaju sigurnosti u datom trenutku i mnoge njihove tek izranjajuće sposobnosti znatno su vidljivije kod kuće u poznatom okruženju negoli tijekom „formalne procjene“ (Gilliam i Mayes, 2000.). Zbog toga psihološka razvojna procjena treba predstavljati kombinaciju strukturiranih i nestrukturiranih postupaka.

Ipak, najzahtjevnija situacija nastaje onda kada roditeljima treba saopćiti nalaz procjene, dakako ako nalaz potvrđuje negativne slutnje. Ako je saopćavanje neželjene vijesti vođeno vješto, rezultati psihološke procjene mogu biti točka obrata s terapijskim učinkom na roditelje jer će im pomoći da razumiju djetetove posebne edukacijske potrebe te da i odgovore na njih. Saopćavanje se nalazi na kontinuumu gdje na jednom kraju imamo

kruti realizam koji se očituje kroz navođenje i objašnjavanje djetetovih deficita, dok je na drugom kraju optimizam usmjeren na roditeljski proces suočavanja i načine kako potpomognuti djetetov napredak. Drugim riječima razgovor se može kretati od objašnjavanja ograničenja do objašnjavanja potencijala. Roditelji žele i trebaju čuti istinu, ali se ona nikako ne svodi na navođenje ograničenja, a da nisu objašnjene i djetetove mogućnosti, te načini kako se može poduprijeti djetetov napredak. Budući da dijete odrasta i uči u obiteljskom kontekstu, važno je poduprijeti i roditeljski proces suočavanja i prilagodbe na nove okolnosti. Roditeljima pristupačan način razgovora uključuje (Bartolo, 2002.):

- pokazivanje empatije za roditeljsku zabrinutost
- iskazivanje pozitivnog odnosa prema djetetu
- prepoznavanje da roditelji već uspješno zadovoljavaju neke djetetove potrebe i potvrđivanje roditeljima da to već čine
- povezivanje stručnih i roditeljskih procjena, npr. pitati roditelje kako oni procijenjuju raznu djetetovog razvoja
- prethodno usuglašavanje procjena članova tima, kako roditelji ne bi dobili nepovezane ili suprotstavljene procjene koje roditelj ne može integrirati
- da se roditeljima ostavi dovoljno vremena da mogu izraziti svoju zabrinutost i pitati sve što ih zanima.

Ovakav način razgovora, kako navodi Bartolo (2002.) može se ostvarivati na način da se (1) fokus razgovora sasvim odmakne od neželjenih vijesti o poremećaju na pitanja djetetovog napretka i odgojno-obrazovnih i terapijskih programa koji su mu potrebni, odnosno (2) da se razgovor vodi uz pažljivu kombinaciju informacija o djetetovim ograničenjima utvrđenim u razvojnoj procjeni i uočenim postignućima. To znači da bi uvijek **prvo** trebalo navesti ono što dijete već radi dobro, u čemu je uspješno, a potom negativne rezultate procjene. Negativne rezultate treba saopćavati „umekšanom“ terminologijom. Primjerice, kod trogodišnjaka urednog motoričkog razvoja koji ne govori, te je dobiven razvojni kvocijent manji od 50 (npr. na Bayley ljestvici mentalnog razvoja) može se reći „Dječak je živ i spretan, pun energije. Vi se odlično snalazite s njegovom aktivnošću koja i od vas traži neprekidno kretanje i usmjernost na dijete. Rekli ste da Vas brine što on ne surađuje i ne igra se na način kako to vidite kod vršnjaka. Rezultati dobiveni na mjernim instrumentima i opažanje tijekom ispitivanja potvrđuju da se on značajno razlikuje od vršnjaka u razini usvojenih vještina. On se za sada ne može ponašati na složeniji i suradljiviji način jer je njegov način obrade informacija kojima je izložen drukčiji i za to nitko nije kriv. To je jednostavno posljedica načina na koji njegov mozak obrađuje i pamti informacije. Zato u bavljenje s njime treba unijeti puno više strukture i jasnoće, jer će mu to olakšati usvajanje vještina i znanja. Stoga je i njemu i Vama potrebna dodatna podrška kako biste se još bolje snalazili u odgojnim postupcima i kroz svakodnevne situacije podupirali njegov razvoj...“

Ranu intervenciju čini učinkovitom upravo ova usmjernost na obitelj i osnaživanje roditelja jer u najranijoj dobi djeca uče kroz svakodnevne interakcije s bliskim osobama

i kroz istraživanje okoline koju također oblikuju osobe koje brinu o djetetu, a to je također ogromna domena u kojoj psiholozi trebaju dati svoj doprinos. Pri tome ne treba zaboraviti niti na roditelje jer su oni također zbog okolnosti koje su zadesile dijete dodatno izloženi pojačanom stresu. Istraživanje provedeno na uzorku roditelja djece s teškoćama u razvoju iz hrvatske populacije (Kralj, 2011.) govori da je čak 40% majki izloženo klinički signifikantnoj razini stresa, tj. onoj koja počinje ugrožavati tjelesno zdravlje. Možemo reći da rana intervencija prevenira probleme mentalnog zdravlja i u djece i u roditelja.

Literatura:

1. Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978.): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Hillsdale, NJ.: Erlbaum
2. Bartolo, P. A. (2002.): Communicating a diagnosis of developmental disability to parents: multiprofessional negotiation frameworks, *Child: Care, Health and Development*, 28, 65-71.
3. Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S. (1989.): Maternal responsiveness and cognitive development in children, U: Bornstein, M. H. (ur.): *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences for child development*, San Francisco: Jossey-Bass, 49-61
4. Brajiša-Žganec, A., Franc, R., Merkeš, M., Radačić, I., Šerić, M. i Šikić-Mićanović, L. (2011.), *Analiza stanja prava djece i žena u Hrvatskoj*, Zagreb, Unicef
5. Brazelton, B. T. i Greenspan, S. I. (2000.): *The irreducible needs of children*, NewYork, Perseus Books
6. Bruder, M. B. (2010.): Early childhood intervention: A promise to children and families for their future, *Exceptional Children*, 76, 339-355
7. Egeland, B. i Hiester, M. (1995.): The long-term consequences of infant day-care and mother-infant attachment, *Child Development*, 66,474-485
8. Gilliam, W. S. i Mayes, L. C. (2000.): Developmental assessment of infants and toddlers, U: Zeanah: Ch. H. (ur.): *Handbook of infant mental health*, London: The Guilford Press, 236-248
9. Guralnick, M. (2011.): Why early intervention works, *Infants and Young Children*, 24, 6-28
10. Kralj, T. (2011.): Opterećenje i potrebe roditelja male djece s razvojnim poteškoćama, *Stručni magistarski rad*, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu
11. Lamb, M. E. i Ahnert, L. (2006.): Nonparental child care: Context, concepts, correlates, and consequences, U: Renninger, K. A. i Sigel, I. E. (ur.): *Handbook of child psychology: vol.4., Child psychology in practice*, Hoboken, NJ: Wiley, 950-1016
12. Lewis, M. L. (2000.): The cultural context of infant mental health: The developmental niche of infant- caregiver relationships, Uzeanah, Ch. J. (ur.): *Handbook of infant mental health*, New York: Guilford, 91-107
13. Meisels, S. J. i Shonkoff, J. P. (2003.): Early childhood intervention: A continuing evolution, U: Shonkoff, J. P. i Meisels S. J. (ur.): *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge: Cambridge University Press; 3-31
14. Papoušek, H. i Papoušek, M. (2002.): Intuitive parenting, U: Bornstein, M. H. (ur.): *Handbook of parenting*, 2. sv. *Biology and ecology of parenting*, Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum, 183-203.
15. Pečnik, N., Starc, B.: *Roditeljstvo u najboljem interesu djeteta i podrška roditeljima najmlađe djece*, Zagreb, UNICEF
16. Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M., Steinberg, L., Vandergrift, N. i NICHD Early Child Care Research Network (2010.): Do effects of early child care extend to age 15 years?, *Child Development*, 81, 737-756

3.3.2. Psihološka potpora obitelji u zaštiti mentalnog zdravlja

U području zaštite mentalnog zdravlja, odnosno prevencije problema mentalnog zdravlja, neovisno o području psihološkog djelovanja i ciljanim korisnicima usluga psihološke pomoći, nemoguće je zaobići obitelj. Nema čovjeka koji nije dio nekog obiteljskog sustava po svojoj biološkoj ili/i socijalnoj pripadnosti, čovjeka čiji se psihološki razvoj nije odvijao u nekom obiteljskom kontekstu (čak i kad je obitelj odsutna, disfunkcionalna) i čija se osobnost nije strukturirala u značajnoj zavisnosti o strukturi i dinamici obiteljskih odnosa. Intrapsihički svijet pojedinca, razvoj njegovih biološki predisponiranih osobina i kapaciteta, razvija se i modelira kroz interpersonalne odnose, bazično s prvom značajnom osobom ili osobama u djetetovom životu, a kasnije kroz odnose i s drugim značajnim osobama.

Činjenica nezaobilaznosti obitelji indicira da na razini univerzalne prevencije, svaka stručna psihološka pomoć pojedincima i skupinama, a koja doprinosi povećanju kvalitete života i jačanju kapaciteta suočavanja i prilagodbe tijekom životnog ciklusa pojedinaca i skupina, ujedno predstavlja psihološku potporu obitelji kojoj taj pojedinac ili članovi skupine pripadaju.

Usmjerenost psihološkog djelovanja direktno na obitelj mladim psiholozima često izgleda neprivačno, gotovo zastrašujuće. Zamišljanje slike višečlane disfunkcionalne obitelji s jedne strane i psihologa, koji se bori između razumijevanja obiteljske dinamike i zaštite osobnoga integriteta, s druge strane, može ostaviti dojam previše kompleksnog zadatka u kojem svaka naša intervencija daje malo rezultata. Da, ponekad je rad s obiteljima upravo takav. Međutim, umjesto da odustanemo i odemo u atraktivnija područja psihološkog djelovanja, mogli bismo se zapitati nije li to rezultat naših propusta, odsutnosti pravovremene preventivne profesionalne raspoloživosti? Jesmo li kao struka dovoljno prisutni i podržavajući našim obiteljima u njihovom životnom ciklusu?

U praksi često susrećemo obitelji koje se u svojim poteškoćama osjećaju usamljeno i odbačeno te izvještavaju o nailaženju na nepremostive prepreke i nerazumijevanje pri pokušajima pronalaska stručne pomoći u rješavanju nekog svog problema.

S druge strane susrećemo stručnjake koji profesionalno mnogo ulažu u rad s obiteljima, a izvještavaju o nezadovoljstvu rezultatima i visokom profesionalnom izgaranju.

Očito je da imamo profesionalaca sa znanjem i pozitivnom motivacijom za rad s obiteljima i obitelji kojima su potrebne njihove profesionalne usluge.

U čemu je onda problem? Bolje rečeno, u čemu su problemi? Nameće se mnogo hipotetskih pitanja: Stižu li intervencije psihologa usmjerene prema obitelji u pravo vrijeme? Zna li psiholog iskoristiti pozitivne kapacitete obitelji na kojima se mogu graditi promjene? Poštuje li psiholog vrijednosni sustav obitelji neovisno o osobnom? Je li realan u postavljanju profesionalnih ciljeva, uvažavajući kapacitete obitelji, ali i svoje profesionalne i osobne kapacitete? Očekuju li se kompleksni odgovori na ova pitanja ili nam je potrebna jednostavnost, sustavnost, transparentnost, rezonantnost, dostupnost...? Je li potrebno čekati da obitelj sama shvati da ima problem ili naše intervencije moraju biti dostupne obiteljima u svakodnevici, poput hrane?

3.3.2.1. Kada je obitelji potrebna psihološka pomoć i potpora?

Promatramo li obitelj kao živi sustav koji prolazi svoje faze životnog ciklusa, sa specifičnim „zadacima“ u svakoj od njih:

- faza mladića ili djevojke, samaca čiji je zadatak separacija od roditeljskog doma, diferencijacija od emocionalnog programa obitelji, postizanje osobnog identiteta i životnog stila
- faza para čiji je zadatak stvaranje para, odvajanje od primarne obitelji, emocionalna neovisnost
- faza obitelji s malim djetetom kojeg karakterizira nastajanje obitelji, sa zadacima prestrukturiranja sustava, usklađivanja, dogovaranja, prilagodbe specifičnim razvojnim potrebama djeteta, gdje uz ulogu bračnog para, par dobiva i ulogu roditeljskog para
- faza obitelji s adolescentom koja je istovremeno teška i obogaćujuća za roditelja, obiteljske granice moraju postati elastične da adolescenta puste i prime ga natrag
- svođenje/saldiranje računa, odlazak djece iz obitelji i dolazak svojte u obitelj, prihvaćanje djece kao odraslih osoba
- faza obitelji u starosti koju karakterizira starost, bolesti, gubici, ovisnost, društvena marginalizacija.

Postaje nam jasno da je vrlo široko područje kompetencije psihologa. Istovremeno, ne očekuje se od jednog psihologa univerzalna kompetencija. Naprotiv, svatko može prema svojim specifičnim profesionalnim znanjima i nagnućima naći uže područje u kojem će predstavljati podršku obiteljima.

Općenito, obiteljima je potrebna dostupna i kontinuirana afirmativna podrška gdje bi mogli dobiti savjet i poduku u vezi:

- bračnih problema (uzajamna prilagodba partnera i kapacitiranje za stvaranje nove obitelji, prevladavanje uobičajenih ili/i specifičnih bračnih kriza, komunikacija u paru, nenasilno rješavanje partnerskih sukoba i frustracija)
- obiteljskih problema (prilagodba bračnih partnera na nove šire obitelji, komunikacija i konstruktivno rješavanje problema, formiranje zdravih granica u odnosu para sa širom obitelji, prilagodba obitelji u različitim fazama obiteljskog ciklusa)

- odgoja djece (razvojna problematika, razvoj privrženosti u obitelji, pozitivni odgojni postupci)
- snalaženja i podrške u bračnim/obiteljskim/roditeljskim ulogama kad je obitelj pod stresom:
 - zbog karakteristika roditelja (nezrelost, bolest, krize, rastava...)
 - zbog karakteristika djeteta/ce (razvojni problemi, ponašajni ili/i emocionalni problemi, obrazovni problemi, bolest...)
 - zbog specifične dinamike uvjetovane nekim društvenim uvjetom (stambeni ili/i materijalni problemi, gubitak posla, preseljenje, ostarjeli roditelji poteškoće u prilagodbi na nove faze životnog ciklusa...)

Nemaju sve obitelji sreću i privilegiju doživljavati stres samo zbog potrebe prilagođavanja formativno očekivanim životnim promjenama. Nažalost mnoge obitelji susreću se s izvanrednim, nepredvidivim poteškoćama: razvojne poteškoće kod djece, specifične obrazovne poteškoće, bolesti, prerani gubici, nagle promjene egzistencijalnih uvjeta života, traumatizacije uslijed osobnih ili/i društvenih događanja, tranzicije i sl. Ovakve se poteškoće teže predviđaju, a prilagodba je najčešće teška i bolna. Uloga psihologa u organizaciji pomoći takvim obiteljima je moguće marginalizirana pred drugim profesijama koje su primarne u rješavanju nastalih problema (npr. liječnicima). To, međutim, ne umanjuje našu profesionalnu obvezu da svojim pravovremenim prepoznavanjem posljedica traumatizacije ili traumatske spoznaje o poteškoćama člana ili članova obitelji upravo pravovremeno interveniramo kako bismo umanjili posljedice koje proizlaze iz poteškoća psihološke prilagodbe. Prepoznavanje, podrška, rezoniranje s problemima obitelji može značajno utjecati na jačanje kapaciteta obitelji i njihovo usmjeravanje u rješavanje primarnog problema.

Kao što je vidljivo, širok je spektar potencijalnih potreba obitelji, a to iziskuje i razvoj široke mreže profesionalne psihološke pomoći. Pritom je važno da svaki profesionalac zna granice svoje kompetencije, ali i da potencijalnim korisnicima, kao i njihovim uputiteljima, bude jasno koju vrstu pomoći gdje mogu dobiti. To iziskuje i prethodnu dobru procjenu obitelji od strane uputitelja ili dobar uvid članova obitelji u svoj problem.

3.3.2.2. Oblici psihološke pomoći i potpore obiteljima

Slijedeći je korak uži izbor oblika i organizacije stručne pomoći. To je ujedno korak na kojem mnogi odustanu zbog brojnih prepreka na koje se može naići. Na testu je povjerenje psihologa u osobni program i prepoznatljivost potrebe određenog programa u nekom društvenom kontekstu.

Ovdje je, uz stručna znanja, dobro posegnuti za osloncem u zakonskoj regulativi. Ne treba očekivati gotove nacрте, uhodane prakse, zakonske institute unutar kojih bi se određeni program kao psihološka djelatnost mogao odvijati, jer to najčešće ne možemo naći. Naprotiv, dobro je pripremiti sebe za ulogu stručnjaka koji upravo može svoje profesionalno znanje postaviti u određene zakonske okvire.

Postojeće zakonodavstvo u pravilu regulira određene obveze iz područja pravne i socijalne skrbi, odgoja i obrazovanja, zdravstva, a koja se oslanjaju na međunarodno zakonodavstvo i nacionalne strategije u zaštiti obitelji i pojedinih njezinih članova.

Najjasniji zakonski oslonac za psihološke intervencije najčešće je vezan uz zakonski indicirane tretmane (npr. „škola za roditelje“, „psihosocijalni tretman počinitelja nasilja u obitelji“, „nadzor nad izvršavanjem roditeljske skrbi“, „pojačana briga i nadzor nad maloljetnim počiniteljima kaznenih djela“). To su ujedno tretmani koji se u pravilu obavljaju u prisilnom kontekstu, rjeđe u dobrovoljnom, ali oni ne pokrivaju sve potrebe obitelji i mogućnosti psiholoških intervencija.

Stoga je zadaća na kreativnosti i inventivnosti samih psihologa naći načina da na svom radnom mjestu ili kroz neku drukčije organiziranu profesionalnu aktivnost (udruge, projekti) nametnu svoja profesionalna znanja i indikativne psihološke intervencije.

Pritom je značajna senzibiliziranost samog psihologa za prepoznavanje potreba obitelji, prepoznavanje rezonantnog društvenog konteksta unutar kojeg je moguće provesti profesionalne ideje za rad s obiteljima, te osobnih profesionalnih kapaciteta.

Pri izboru oblika psihološke intervencije dobro je podsjetiti se onog što sam ranije naglasila kako je širok spektar potencijalnih potreba obitelji, koje ujedno iziskuju razvoj široke mreže profesionalne psihološke pomoći. Osim što obvezuje, ovo nam daje slobodu izbora djelatnosti prema osobnim preferencijama, a što povećava naše kompetencije i autentičnost u radu.

Na razini univerzalne prevencije (prevencije kojom se psihološkim intervencijama usmjerenim na cijelu populaciju učinci mjere i u području pomoći obiteljima i poboljšanju kvalitete njihovog života) to može biti organiziranje javnih tribina, pisanih brošura, znanstvenih radova, javnog istupanja u medijima, na teme koje su specifično vezane uz obiteljski život (dinamika obiteljskih odnosa i značaj razvojne prilagodbe, važnost privrženosti za kvalitetu obiteljskih odnosa, komunikacijske vještine, prevladavanje stresa, odgoj djece, gubitci, starenje i smrt, transgeneracijski obiteljski obrasci itd.).

Na razini selektivne prevencije, koja je usmjerena na specifičnu užu populaciju ili problem (normativni ili specifični) u nekoj fazi životnog ciklusa obitelji, psihološke intervencije mogu biti usmjerene na:

- djecu i adolescente (stjecanje životnih vještina: komunikacijske vještine, suočavanje sa stresom, učenje asertivnosti, formiranje privrženosti s vršnjacima i u ljubavnim vezama, spolnost)
- mlade parove pred ulaskom u brak i formiranje obitelji (restrukturiranje obiteljskih odnosa, formiranje privrženosti i vještine njegovanja dugotrajnih odnosa, komunikacijske vještine)
- bračne parove i roditelje (jačanje životnih vještina, dinamika obiteljskih odnosa i značaj razvojne prilagodbe, razvojni ciklus pojedinca od rođenja do smrti, odgojne vještine i znanja, prevladavanje životnog stresa)
- starije i nemoćne članove obitelji (očuvanje psihofizičkih kapaciteta, prilagodba na gubitke: uloga, odnosa, osoba)

- osobe ili/i obitelji pogođene nekim specifičnim oblikom razvojnog, zdravstvenog ili socijalnog problema.

Navedeni ciljani korisnici i područja (teme) psiholoških intervencija ne moraju biti nužno drukčiji u provođenju indicirane prevencije, tj. prevencije usmjerene na populaciju u riziku ili kod koje se već manifestiraju poteškoće. Razlika je više u stupnju pritiska ili prisile obitelji na podvrgavanje psihološkoj intervenciji, te u eventualnoj zakonskoj regulativi koja je direktivnije naznačena kad se radi o obiteljima čiji su problemi identificirani od strane nadležnih institucija (obrazovne, socijalne, zdravstvene).

Obzirom na karakteristike obitelji i njihove poteškoće, način rada s njima trebao bi biti organiziran na način da omogućava:

- individualni rad
- tretman u bračnom paru
- obiteljski tretman
- grupni tretman.

Odluka o načinu rada s obitelji ili/i njezinim pojedinim članovima trebala bi se temeljiti na procijenjenoj učinkovitosti psihološke intervencije i očuvanju psihofizičkog integriteta svakog pojedinog člana obitelji. Posljednje je vrlo značajno u obiteljima u kojima se odnosi temelje na dominaciji i kontroli pojedinih članova obitelji ili koalicija u obitelji, a što se u pravilu susreće pri pojavnosti obiteljskog nasilja.

U praksi su se pokazali učinkovitima i ekonomičnima grupni tretmani, homogenizirani prema problematici na kojoj se radi. Iskustveno edukativnim pristupom u grupnom radu korisnici mogu dobiti:

- > poduku o određenoj problematici
- > kognitivni i emocionalni uvid u osobno doživljavanje i ponašanje
- > podršku
- > poticaj za razvoj i jačanje strategija za nošenje s teškoćama
- > poticaj za čuvanje osobnih granica.

Na taj se način osobama u tretmanu, neovisno o kontekstu uključivanja (prisilnom ili dobrovoljnom) omogućava promjena i osobni rast u podržavajućoj, afirmativnoj, nedirektivnoj i diskretnoj klimi skupnog rada, a ujedno se jača osobna odgovornost za osobne izbore, spontanost i komunikološka sposobnost.

Da bismo omogućili konstruktivnu i produktivnu klimu u radu s obiteljima, neovisno primamo li sve ili samo neke članove obitelji, moramo pažljivo isplanirati pristupanje obiteljima. Svaka osoba ili obitelj koja dolazi sa svojim problemom kod psihologa, neovisno dolazi li dobrovoljno ili pod prisilom, dolazi s izvjesnom tjeskobom i nepovjerenjem, sklonija je zatvaranju u sebe nego otvorenom iskazivanju problema, možda je i svjesna svojih poteškoća, ali ne vidi rješenja i izlaz iz nastale situacije. S druge strane psiholog ima profesionalna očekivanja od sebe, ali također na neki način i osobno doživljava obitelj.

Situacija je kompleksna i previše direktivno suočavanje s identificiranim problemom obitelji neće biti učinkovito ako ne uključimo razumijevanje cijelog konteksta: razumijevanje i prihvaćanje obrambenih mehanizama obitelji pri ulasku u psihološki tretman, upoznavanje obitelji i razumijevanje nastajanja problema baš u kontekstu te konkretne obitelji, upoznavanje njihovog vrijednosnog sustava, procjenu akutne opasnosti problema za pojedinog člana obitelji, ali i razumijevanje osobnih kontratransfera i vrijednosnog sustava koji može biti vrlo različit od onog u kojem živi obitelj u tretmanu.

Prvi bi kontakt s obitelji stoga trebao ići u smjeru uspostavljanja odnosa obitelji s psihologom, te definiranja ciljeva i načina rada s obitelji koje uključuje i percepciju obitelji, a ne samo stručnjaka.

Poštivanje vrijednosnog sustava obitelji neovisno o osobnom u iznalaženju najboljeg rješenja za pojedinu obitelj, strpljenje psihologa i planirana uvremenjenost intervencija prilagođena kapacitetima obitelji, razumijevanje bez osuđivanja, podrška i ohrabrenje pri uvođenju promjena neovisno koliko neznatne one bile, ali i otvorenost i iskrenost psihologa te postavljanje jasnih profesionalnih granica i ciljeva uvjeti su za konstruktivan i produktivni rad s obitelji.

Obiteljima ne trebaju naša gotova i direktivna rješenja, nego rezonantno, nepristrano i odgovorno vođenje kroz preuzimanje odgovornosti članova obitelji za nastalu situaciju i uvođenje promjena.

Od psihologa se očekuje direktivnost jedino u situaciji kad se radi o akutnoj ugroženosti nekog člana obitelji ili ugrožavajućem ponašanju nekog člana obitelji bez adekvatnog uvida i kapaciteta za promjenom.

Ono što je jedinstveno i neizostavno važno u radu s obiteljima jest dostupnost, transparentnost i kontinuitet afirmativne psihološke podrške obiteljima. Ako su ti uvjeti zadovoljeni, tada je zadovoljen još jedan značajan kriterij - pravovremenost. Mi trebamo biti dostupni obiteljima, a ne da nas oni traže kad se problem intenzivirao. Moramo im nuditi svoju pomoć i senzibilizirati ih za uviđanje problema u nastajanju, djelovati primarno preventivno gdje god se za to pruža mogućnost.

Ujedno, moramo biti na usluzi obiteljima i u situacijama kad su se poteškoće intenzivirale, osobito kad institucije društva vrše pritisak na obitelj i ukazuju na njezinu disfunkcionalnost. To je za obitelj vrlo složena pozicija, često uključuje njezino kvantitativno i kvalitativno restrukturiranje, te su rješenja kompleksna i bez stručne pomoći nedovoljno kvalitetna, što može ostaviti dalekosežan trag na pojedinačne obitelji kroz generacije, ali i na šire društvene odnose.

Preporučena literatura:

1. Ajduković, M. i sur. (2010.): Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju nasilja u obitelji, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
2. Ajduković, M. i Pavleković, G. (2004.): Nasilje nad ženom u obitelji, 2. dopunjeno izdanje, DPP, Zagreb
3. Arambašić, L. (2005.): Gubitak, tugovanje, podrška, Naklada Slap, Zagreb
4. Berk, L. E. (2008.): Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, Jastrebarsko, prijevod 3. izdanje
5. Bion, W. R. (1983.): Iskustva u radu s grupama, Naprijed, Zagreb
6. Brown, R. (2006.): Grupni procesi – Dinamika unutar i između grupa, Naklada Slap, Jastrebarsko, prijevod 2. izdanje
7. Buljan-Flander, G. i Kocijan-Hercigonja, D. (2003.): Zlostavljanje i zanemarivanje djece, Marko M. usluge d.o.o., Zagreb
8. Cirrillo, S. i dr. (1989.): La famiglia maltrattante, Diagnosi e terapia, Raffaello Cortina Editore, Milano
9. Čudina Obradović, M. i Obradović, J. (2006.): Psihologija braka i obitelji, Golden marketing-tehnička knjiga, Zagreb
10. Fraenkel, P., Sheinberg, M., True, F. (1996.): Making family safe for children Habdbook for a family-centered approach to intrafamilial child sexual abuse, Ackerman Institute for the family, New York
11. Janković, J. (2004.): Pristupanje obitelji – sustavni pristup“, Alinea, Zagreb, 2. izmjenjeno i dopunjeno izdanje
12. Jusupović, D. i dr. (2008.): Psihosocijalni tretman počinitelja nasilja u obitelji, Priručnik za voditelje tretmana, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
13. Kazneni zakon RH, NN 110/97.
14. Kellerman, P. F. i Hudgins, M. K. (2001.): Psihodrama i trauma - Odigravanje sopstvenog bola, International Aid Network, Beograd
15. Killen, K. (2001.): Izdani - zlostavljana djeca su odgovornost svih nas, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
16. Klarin, M. (2006.): Razvoj djece u socijalnom kontekstu, Roditelji, vršnjaci, učitelji – kontekst razvoja djeteta, Naklada Slap, Jastrebarsko i Sveučilište u Zadru
17. Nikolić, S. i dr. (1996.): Osnove obiteljske terapije, Podrška mentalnom zdravlju obitelji, Medicinska naklada, Zagreb
18. Obiteljski zakon Republike Hrvatske, NN 116/03., 17/04., 136/04., 107/07.
19. Pećnik, N. (2006.): Međugeneracijski prijenos zlostavljanja djece, Naklada Slap, Jastrebarsko
20. Pregrad, J. (1996.): Stres, trauma, oporavak: Udžbenik programa „Osnove psihosocijalne traume i oporavka, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
21. Protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji (2006.), Vlada RH, MOBMS
22. Schaie, K. W. i Willis, S. L. (2001.): Psihologija odrasle dobi i starenja, Naklada Slap, Jastrebarsko
23. Van der Kolk, B. A. i dr. (2007.): Traumatic stress The Effects ov Overwhelming Experience on Mind, Body and Society, Guilford Press, New York
24. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, NN 137/09., 124/10., 60/10.

3.3.3. Dječji vrtić i mentalno zdravlje djece – iskustva i preporuke

Polaskom u dječji vrtić briga za mentalno zdravlje djeteta počinje dobivati stalan i trajan institucionalni okvir. Na život djeteta i obitelji počinju značajno utjecati mnogi i raznovrsni čimbenici, koji u velikoj mjeri nisu unutar njihove kontrole. Kontrolu preuzima osoblje vrtića, u najvećoj mjeri odgajateljice koje su u neposrednom radu/odnosu s djetetom i svakodnevnom kontaktu s roditeljima. Posredstvom njih društvo, sukladno aktualnim propisima i aktualnom sustavu vrijednosti te uz organizaciju stručnog i poslovnog nadzora, regulira odgoj djece u ranoj odnosno predškolskoj dobi, kompenzirajući tako djeci odgojnu ulogu zaposlenih roditelja i zadovoljavajući složenu potrebu djece za socijalizacijom s njihovim vršnjacima.

3.3.3.1. Postojeći propisi i moguće uloge psihologa

Zakon o predškolskom odgoju i naobrazbi (NN 10/97. i 107/07.) propisuje okvire unutar kojih se predškolska djelatnost u Hrvatskoj može odvijati. Unutar tih okvira osigurani su uvjeti za humanistički pristup razvoju djeteta i roditeljstvu suvremenih zaposlenih roditelja. U interesu očuvanja i unaprjeđivanja mentalnog zdravlja djece, kao i u interesu zaštite institucije obitelji i roditeljstva, ističemo potrebu za poboljšanjem spomenutih zakonskih uvjeta. Na primjer: navedenim je Zakonom omogućeno da dijete započne s dolaskom u jaslice nakon navršenih 6 mjeseci života, čime je u prvi plan društvenih interesa stavljen roditeljev (najčešće majčin) radni status, a ne djetetova dobrobit. Iskustva iz prakse pokazuju nam da je veoma teško osigurati kvalitetno zadovoljavanje djetetove potrebe za privrženosti, koje je temelj razvoja djetetovog mentalnog zdravlja, ukoliko je već od šestog mjeseca života odvojeno od majke oko osam sati dnevno i boravi u instituciji. Također, susrećemo se s osjećajem krivnje majki koje su prinuđene zbog obveze prema poslodavcu upisati šestmesečno dijete u jaslice i time staviti u drugi plan svoj odnos s djetetom. Obzirom da tako regulirana mogućnost polaznja šestomjesečnog djeteta u dječji vrtić nije u interesu mentalnog zdravlja niti djeteta, niti majke/roditelja, psiholozi se mogu aktivno zauzeti za izmjenu ove zakonske odredbe, stručno argumentirajući značaj rane privrženosti djeteta za njegov kasniji emocionalan i socijalni razvoj. U tom je smislu moguće, primjerice, uputiti pismo zakonodavcu u ime strukovnih institucija (Hrvatske psihološke komore i Hrvatskog psihološkog društva) u kojem se obrazlaže razloge za ukidanje mogućnosti upisa djeteta u ustanovu prije navršene prve godine života.

S druge strane, spomenutim Zakonom nije propisano da sva djeca u godini prije polaska u osnovnu školu moraju biti obuhvaćena programom predškolskog odgoja i naobrazbe, iako za to postoji poseban društveni interes i interes svakog pojedinog djeteta. Nota

bene, Zakon o predškolskom odgoju i Elementi državnog pedagoškog standarda iz 1983. godine isto su propisivali! Istini za volju, činjenica je da je gotovo 100% djece u Hrvatskoj uključeno barem u program tzv. predškole: kratkog, najčešće 200-satnog programa predškolskog odgoja. No, u različitim se sredinama predškola organizira na vrlo različite načine, s ponekad vrlo dvojnim učincima. Program predškole ne može nadomjestiti učinke cjelogodišnjeg boravka djeteta u redovitom cjelodnevnom ili poludnevnom programu predškolskog odgoja prije polaska u osnovnu školu. Za to bi naša država trebala osigurati uvjete, što znači propisati da djeca u godini prije polaska u školu imaju prioritet pri upisu u vrtiće. Psiholozi zaposleni u sustavu odgoja i obrazovanja u tom dijelu mogu i trebali bi utjecati, na jednak način kojeg smo naveli u prethodnom odlomku.

Istim je Zakonom regulirano da se osnivanje predškolskih ustanova omogućava raznim pravnim i fizičkim osobama, čime je zaista omogućeno zadovoljavanje široke palete raznovrsnih potreba i interesa građana (prvenstveno roditelja) u području predškolskog odgoja. Međutim, nije osiguran dovoljan nadzor nad kvalitetom materijalnih i pedagoških uvjeta u kojima tako osnovane ustanove rade. Osnivačima je dozvoljeno u velikoj mjeri samostalno odlučivati ne samo o materijalnim uvjetima rada vrtića, već i o kvaliteti odgojno-obrazovnog procesa, što nije u konačnom interesu djece. Time što je, primjerice, jedinicama lokalne samouprave ili privatnim osobama omogućeno da sukladno svojim mogućnostima financiraju predškolsku djelatnost, otvoren je prostor za značajne raspone u različitostima materijalnih i pedagoških uvjeta unutar kojih se provodi ova djelatnost. Od grada do grada, od općine do općine, od vrtića do vrtića, razlike mogu biti nedopustivo velike. S aspekta zaštite i promicanja jednakog prava sve djece na odgoj i obrazovanje, koja slijedi iz Konvencije o pravima djece UN-a (NN 12/93.) dužni smo reagirati. U interesu je dobrobiti djece da zakonodavac propiše sve elemente materijalnih uvjeta unutar kojih će se ova djelatnost odvijati i osigurati nadzor nad provođenjem propisanih pedagoških standarda. Zakonodavac mora zaštititi jednaka prava sve djece u ovoj državi, a na nama je stručnjacima da reagiramo ukoliko se to ne čini. Goruće pitanje oko kojega se treba angažirati je činjenica da tisuće djece u Hrvatskoj, čiji su roditelji izrazili potrebu za upisom djeteta u vrtić, to nisu uspjeli. Ako se naša država deklarira kao prijatelj djece, onda hitno treba stvoriti uvjete da se razriješi ova nepravda.

Državnim pedagoškim standardom kojeg je Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa donijelo u svibnju 2008. godine (NN 63/08.) pokrenulo se poboljšanje uvjeta za provođenje predškolske djelatnosti. Osobito je važno da se broj djece u skupinama i broj skupina u jednom vrtiću značajno smanjio u odnosu na ranije razdoblje. Time je omogućeno da se svakom djetetu pristupi kao individui, omogućiti mu se prepoznavanje i poticanje njegovog jedinstvenog razvoja. Napose uz uvjet da dijete odgaja kvalitetno obrazovan i stručno osposobljen odgajatelj kojeg podržava i usmjerava kompetentni vrtićki stručni tim, na čelu s odgovornim, na dobrobit djeteta i djece usmjerenim ravnateljem. Uloga nas psihologa zaposlenih u vrtićima je da svakodnevno pokazujemo i dokazujemo našu korisnost, jer još uvijek ne postoji uvjerenost da je svakom djetetu i svakoj obitelji, kao i odgajateljima u vrtiću potreban stalna i trajna stručna podrška psihologa. I dalje se prednost pri zapošljavanju u vrtićima daje pedagogima, mada iskustvo praktičara

govori da je korisnost i jednih i drugih stručnjaka jednako vrijedna. Dapače, tek u interdisciplinarnom pristupu postiže se optimum i za dijete i za cijeli proces predškolskog odgoja i obrazovanja.

Slijedom navedenog psiholozima u zaštiti i unaprjeđivanju mentalnog zdravlja djece, roditelja i obitelji može se preporučiti:

- angažman na praćenju i mijenjanju zakonske regulative kojom se propisuje razina zaštite potreba, prava i interesa djece, roditelja i obitelji
- provođenje edukacije roditelja za zaštitu njihovih prava i prava njihove djece
- pokretanje javnih aktivnosti kojima se mobilizira zajednica u zaštiti mentalnog zdravlja djece
- istupanje u medijima, kako bi se na temelju znanstveno utemeljenih i stručnih spoznaja promicala briga za mentalno zdravlje djece, te zaštita roditeljstva i obitelji pred mnogobrojnim korisnicima različitih medija
- utjecanje na programe obrazovanja, stručnog osposobljavanja i usavršavanja odgajatelja, psihologa i drugih stručnih suradnika vrtića
- neposredno provođenje edukacija odgojitelja s ciljem promicanja zaštite mentalnog zdravlja djece
- provođenje edukacije ravnatelja i predstavnika osnivača i financijera vrtića, s ciljem promicanja zaštite mentalnog zdravlja djece, roditeljstva i obitelji
- poticanje timskog rada, interdisciplinarnosti i multidisciplinarnosti prilikom dijagnostičkih i intervencijskih, napose terapijskih postupaka s djecom, roditeljima i obiteljima
- provođenje supervizije stručnih djelatnika u odgojno-obrazovnom procesu.

3.3.3.2. Kako psiholozi utječu na dobrobit djece u vrtiću?

Od trenutka kada dijete zajedno s roditeljima prvi puta dođe u vrtić, psiholozi vode računa o tome da i dijete i roditelji dožive vrtić kao sigurno, korisno i ugodno mjesto za odrastanje. Nekada samostalno, a nekada zajedno s odgajateljima i drugim stručnim djelatnicima vrtića, već kod postupka upisa djeteta u vrtić započinju s građenjem odnosa koji će djetetu i roditeljima poslati poruku povjerenja u ustanovu. U velikim vrtićima, naročito u onima u kojima se godišnje upisuje više od stotinu nove djece, postupak upisa je najčešće uglavnom administrativan. Najviše se pozornosti poklanja prikupljanju raznovrsnih dokumenata, popunjavanju obrazaca, a komunikacija s djetetom i roditeljima o njihovim potrebama i očekivanjima od vrtića, nažalost, izostaje. Zapravo nema opravdanih organizacijskih ili bilo kojih drugih razloga zbog kojih bi tako trebalo biti! Psiholozi su na potezu: već i sam prvi ulazak djeteta i roditelja u ustanovu mogu učiniti humanim. Na njima je da ostalim sudionicima u postupku upisa ukažu na važnost tog događaja za daljnji proces života djeteta u ustanovi, te da osmisle postupak,

pripreme pisane informativne, edukativne i druge materijalne dokaze djeci i roditeljima da su dobrodošli (na primjer: male poklone novoj djeci izrađene rukama djece koja su već polaznici vrtića).

Nakon što se upišu, a nažalost u mnogim hrvatskim vrtićima to mnogoj djeci ne polazi za rukom, stručnim djelatnicima vrtića predstoji da roditeljima i djeci pomognu u prilagodbi na nove životne okolnosti. Treba im dati sve informacije koje ih zanimaju, kvalitetno predstaviti program i organizaciju vrtića, upozoriti ih na moguće probleme u prilagodbi djeteta i obitelji i dati im upute kako ih prebroditi. U tom dijelu poslova su psiholozi u vrtićima osobito važni i potrebni. U svakodnevnoj vrtićkoj praksi susrećemo se s vrlo različitim stavovima i postupcima prilikom odvajanja djeteta od roditelja, najčešće majke. Veliki dio odgajatelja smatra da je bezbolnije za dijete da otrpi trenutak bolnog, traumatičnog odvajanja i ostajanja u vrtiću bez roditelja, nego li da se dugotrajno, postupno i zajedno s roditeljima prilagođava na novo životno okruženje i nove životne navike. Na psiholozima je da pomognu odgajateljima prepoznati stvarnu potrebu i dobrobit svakog djeteta, te da potaknu odgajatelje na uvid u postupke koje čine iz osobnih potreba i interesa, a što u interesu mentalnog zdravlja pojedinog djeteta i cijele obitelji. Nužne su stručne rasprave između odgajatelja i članova stručnog tima o ovoj temi, koja je za djecu i roditelje presudno važna, a nerijetko se odgajateljima prepušta da postupe prema svojoj savjesti, pa i neodgovorno. U istarskim vrtićima osobito je uznemiravajuća izjava odgajatelja, koja se ponekad može čuti, koja je identična izjavama nekih čuvarica djece. Ona glasi: „Ne bude mu, ne, nič!“ Da, u tome trenutku djetetu zaista neće biti ništa, osim što će neutješno plakati, ali će zato traumu odvajanja od roditelja i dolaženja u vrtić dugo pamtiti, kao čin koji je bio protivan poštivanju njegove osobnosti. Često pomaže ukoliko se odgojiteljicama ili drugim osobama uključenim u ovaj proces, situaciju ponašanja djeteta pojasni jednostavnim pitanjem: „Kako je Vama kada morate ostati na nekom mjestu kojeg ne poznajete i kada to ne želite, a prisiljavaju Vas?“ Iz razgovora s roditeljima može se zaključiti da upravo taj trenutak – odvajanje djece od roditelja zbog ostanka u vrtiću, prepoznaju kao mjestu na kojem bi psiholozi zaposleni u vrtiću najviše trebali raditi. Kada pogledamo izvještaje o radu psihologa u pojedinim vrtićima utvrditi ćemo da se toj problematici posvećuju u manjem broju slučajeva nego li, na primjer, problematici procjene spremnosti djeteta za polazak u osnovnu školu. Iz toga bi se moglo zaključiti da su psiholozi u prosijeku više u službi funkcioniranja odgojno-obrazovnog sustava, nego li u službi zaštite dobrobiti pojedinog djeteta i njegovog mentalnog zdravlja.

Po učestalosti poslova koje psiholozi obavljaju u vrtićima na prvome su mjestu poslovi na procjeni djetetovog razvojnog statusa i utvrđivanju odstupanja u odnosu na djecu iste kronološke dobi. Ovi poslovi obuhvaćaju dijagnostički postupak za koji ne raspoložemo adekvatnim psihodijagnostičkim instrumentarijem, postupcima i tehnikama nužno potrebnim za kvalitetnu i pouzdanu procjenu djetetova ponašanja i funkcioniranja. Kada je riječ o neurotskom, rjeđe psihotičnom tipu poremećaja kod djece psiholozi zaposleni u vrtićima često upućuju djecu kliničkom psihologu. Pitanje je je li to optimalno rješenje? Držimo da bi bilo bolje u interesu zaštite djece koja polaze vrtić da se dijagnostički i terapijski postupci, kad god je to opravdano, provode u vrtiću. Stoga je potrebno osigurati

kontinuirano stručno osposobljavanje i usavršavanje psihologa koji rade u vrtićima, kako u dijagnostičkim, tako i u terapijskim postupcima, s naglaskom na edukacije iz područja savjetovanja.

Drugo je moguće rješenje osnivanje mobilnih stručnih timova, koji bi zbog potrebe dijagnostike, ali i tretmana djece, mogli obilaziti vrtiće na području npr. jedne županije ili većeg grada. Takav pristup u kojem stručnjaci dolaze k djeci, umjesto obrnuto, može biti učinkovitiji u brizi o dječjem zdravlju, a moguće i jeftiniji. Bilo bi korisno elaborirati ovaj prijedlog. Zsigurno bi takvim pristupom bili oduševljeni naročito roditelji djece s teškoćama u razvoju, koji ulažu mnogo napora prilikom odlaženja na česte preglede i tretmane kod stručnjaka u ponekad do pedesetak kilometara udaljenim gradovima.

Preporuke:

- potaknuti osnivače i financijere vrtića da povećaju kapacitete, kako bi se upisala sva djeca koja se prijavljuju
- učiniti postupak upisa djeteta u vrtić dobrodošlicom za dijete i roditelje
- pomoći djeci, roditeljima i odgajateljima u adaptaciji na vrtić
- razviti dijagnostički instrumentarij za procjenu razvojnog statusa djece predškolske dobi
- osigurati jačanje kompetencija psihologa u stručnom radu kroz stručno usavršavanje u dijagnostičkom procjenjivanju, savjetovanju i psihoterapijskim intervencijama
- razvijati mobilne stručne timove pri institucijama na razini županija ili većih gradova.

3.3.3.3. Kako psiholozi mogu brinuti o sebi?

Na web stranicama Hrvatskog psihološkog društva - Sekcije za predškolsku psihologiju istaknuto je da je zadatak psihologa zaposlenih u vrtiću:

„... osiguravanje odgovarajućeg, sigurnog stabilnog i poticajnog okruženja, u kojem će svako dijete, zadržavajući svoju osobnu i obiteljsku autonomiju, rasti i razvijati se u ono što na osnovu svojih potencijala može postati...“

Iz ovoga zadatka slijedi da su psiholozi zaduženi i za pitanja „odgovarajućeg, sigurnog, stabilnog i poticajnog okruženja“ u vrtiću. U tom je dijelu neophodno da su psiholozi u stanju kvalitetno surađivati sa svim članovima stručnog tima vrtića, koji uključuje najčešće ili u najboljem slučaju: ravnatelja, pedagoga, defektologa, logopeda, medicinsku sestru; a ponekad i neke druge stručnjake (liječnika, socijalnog radnika, socijalnog pedagoga...). Znanja o timskom radu i vještine participacije u njemu zahtjevni su. Timski je rad čest i nezaobilazan. Stoga je potrebno da se psiholozi još tijekom studiranja osposobljavaju za timski rad. U praksi svjedočimo da se psiholozi vrlo često opredjeljuju upravo za stručno usavršavanje iz timskog rada, jer se tu osjećaju nedovoljno kompetentni.

Slijedeće što ih zanima je suočavanje sa stresom i supervizija njihovog rada. O tome valja voditi računa kada se brine o mentalnom zdravlju psihologa.

Preporuke:

- omogućiti psiholozima tijekom studiranja veći broj sati praktične nastave
- omogućiti psiholozima tijekom studiranja usvajanje vještina timskog rada
- omogućiti psiholozima superviziju njihovog rada
- osmisliti i provoditi program potpore u upravljanju stresom na radu za psihologe i ostale djelatnike u vrtiću.

Literatura:

1. Bredekamp, S. (ur.) (1996.): Kako odgajati djecu, Razvojno primjerena praksa u odgoju djece od rođenja do osme godine, Educa, Zagreb
2. Bruner, J. (2000.): Kultura obrazovanja, Educa, Zagreb
3. Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J., Rusijan Ljuština V. (ur.) (2009.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju, Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
4. Gopnik, Meltzoff, Kuhl (2003.): Znanstvenik u koljevci, Zagreb, Educa
5. Hansen, Kaufman, Walsh (2004.): Kurikulum za vrtiće, Zagreb, Korak po korak
6. Miljk, A. (1996.): Humanistički pristupteoriji i praksi predškolskog odgoja, Persona, Zagreb
7. Miljak, A. (2009.): Življenje djece u vrtiću, Zagreb, SM Naknada
8. Miljak, A., Vujičić, L. (ur.) (2000.): Dječji vrtić- dječja kuća, odrastanje u skladu s dječjom prirodom, Dječji vrtić „Radost“, Poreč
9. Petrović-Sočo B. (2009.): Mijenjanje konteksta i odgojne prakse dječjih vrtića, Zagreb, Mali profesor
10. Slunjski, E. (2001.): Integrirani predškolski kurikulum – rad na projektima, Zagreb, Mali profesor
11. Slunjski, E. (2008.): Dječji vrtić – zajednica koja uči, Zagreb, Spektar medija
12. Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (2005.): Dječja psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko

3.3.4. Unaprjeđivanje kvalitete psihosocijalnog okruženja i potpore učenicima u školi: iskustvene preporuke i upute za rad psihologa

Unaprjeđenje kvalitete psihosocijalnog okruženja i potpore učenika u školi podrazumijeva odmak od tradicionalne i razvijanje suvremene škole u kojoj je nastava usmjerena na učenika u okrilju humanističkoga kurikuluma, podržana od svih dionika odgojno-obrazovnog procesa: učenika, učitelja i roditelja. U takvoj se školi učenici razvijaju slobodno, samostalno i osobno, raste njihov osjećaj osobne kompetentnosti, samopouzdanja i autonomije i pokazuju svoju kreativnost i znanje.

Na taj način škola prerasta u izvanobiteljsku bazu sigurnosti iz koje djeca dodatno crpe poticaj za cjeloviti i cjeloživotni razvoj jer je osjećaj uspjeha oduvijek najbolji motivator. Neposredni nositelji preobrazbe tradicionalne u suvremenu školu jesu učenici i učitelji čiji se rad vrjednuje u području obrazovnih postignuća, ali i psihosocijalnih odnosa. U tim smjerovima definirala sam ulogu školskog psihologa kao, uz ravnatelja, jednu od ključnih osoba u funkciji razvoja škole i razvojnog planiranja.

3.3.4.1 Usmjerenost na učenike

U žarištu unaprjeđivanja kvalitete škole trebao bi biti učeniku usmjeren pristup koji kao središnju temu i kao primarni cilj postavlja osiguravanje optimalne podrške za osobni i akademski razvoj osobnih potencijala svakog učenika, tj. zadovoljavanje razvojnih potreba svakog učenika.

U formalnom školskom kontekstu psiholog treba stvarati optimalne uvjete za poticanje i aktualizaciju potencijala svakog učenika, a posebice **učenika s posebnim potrebama** koje čine učenici s razvojnim poteškoćama i daroviti učenici.

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 87/08., 86/09., 92/10., 105/10.-ispr., 90/11., 5/12. i 16/12.), čl. 63 propisuje obvezu identifikacije, praćenja, poticanja i dodatnog rada s **darovitim učenicima**.

Identifikacija darovitih osigurava se cjelovitim i timskim pristupom psihologa, učitelja, roditelja i učenika u razrednom odjelu. Mjerni instrumenti koje psiholog u tu svrhu koristi jesu test SPM, Ljestvica PROFNAD (za učitelje), Upitnik PRONAD-R (za roditelje), Upitnik PRONAD-U (za učenike).

Identifikacija se provodi u 3. razredu osnovne škole. Radi cjelovitog statusa učenika

uputno je tablično prikazati rezultate postignute u testu, ljestvici i upitnicima, zatim školski uspjeh i dodatni rad, izvannastavne i izvanškolske aktivnosti kao i naznačiti osobne interese svakog učenika.

Poticanje darovitih ostvaruje se kroz obrazovnu potporu, potporu za osobni rast i razvoj (socijalni i emocionalni) te potporu za kreativni razvoj.

Obrazovna potpora ostvaruje se kroz *obogaćene nastavne programe*, a nositelji su učitelji.

Potpora za osobni i kreativni razvoj ostvaruje se kroz programe neformalnog obrazovanja, a nositelj je školski psiholog.

Obogaćenje nastavnog programa ostvaruje se:

- dodatnim sadržajima predmeta za povećanje širine i dubine određenog sadržaja u redovitoj i dodatnoj nastavi i
- promjenama u načinu učenja sadržaja (kritičko mišljenje, divergentno mišljenje, kreativnost, analiza, sinteza, generalizacija...).

Program neformalnog obrazovanja provodi se:

- kroz radionice za unaprjeđivanje prezentacijskih vještina (primjerice, priprema PP prezentacije, struktura PP prezentacije, poticanje komunikacije s publikom, savladavanje treme i neverbalna komunikacija)
- poučavanjem vrijednosti pozitivnog mišljenja
- kroz radionice za poticanje kreativnog mišljenja (primjerice, kreiranje prostornih slagalica)
- kroz debatni klub
- obogaćivanjem rječnika
- upoznavanjem strukture znanstvenog istraživanja kroz praktični rad (primjerice: ispitivanje stavova mladih prema glazbi, filmu i modi – postavljanje hipoteze, definiranje predmeta istraživanja, konstruiranje i primjena ankete, statistička obrada rezultata i donošenje zaključka)
- kroz radionice usmjerene osobnom razvoju ličnosti (razvoj samopouzdanja, pozitivne slike o sebi, tolerancije na frustraciju, komunikacijske vještine, prepoznavanje i izražavanje osjećaja, razvijanje optimizma, timski rad, otpornost na stres i sl.)
- radionice sa socijalizacijskim sadržajima
- učenje medijacije u cilju međuvršnjačke pomoći u rješavanju sukoba
- razvijanjem intelektualnih sposobnosti kroz rješavanje problemskih zadataka divergentnim mišljenjem
- usvajanjem strategija čitanja u samoreguliranom učenju i sl.

Metode poučavanja darovitih učenika obuhvaćaju:

- rad na obrazovno-istraživačkim projektima
- rad u malim homogenim skupinama
- rad s mentorom
- kontakti sa stručnjacima iz područja interesa

- posjete ustanovama iz područja interesa.

Na plenarnom roditeljskom sastanku roditelja darovitih potrebno je upoznati roditelje s načinom i svrhom identifikacije, planom i programom rada te kroz daljnje pojedinačne i skupne informacije obavještavati ih o uspjehu obrazovanja, osobnog razvoja i socijalizacije učenika.

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi, čl. 62, uz darovite kao učenike s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama definira i **učenike s teškoćama**, a u čl. 65 navodi vrste teškoća.

Uloga psihologa u poticanju i aktualizaciji potencijala ove populacije učenika je pružiti emocionalnu potporu kroz savjetodavni rad.

Psiholog redovno komunicira i surađuje s roditeljima i terapeutima učenika te kontinuirano komunicira s učiteljima sa svrhom davanja preporuka za rad s učenikom (temeljem preporuka dijagnostičara i terapeuta kao i preporuka iz stručne literature).

Psiholog kao član sudjeluje u radu **Povjerenstva za utvrđivanje psihofizičkog stanja djeteta** koje se najčešće sastaje i odlučuje:

- pri upisu djece u 1. razred
- pri određivanju primjerenog oblika školovanja za učenike s razvojnim poteškoćama (individualni postupci uz redovan nastavni plan i program ili prilagođeni nastavni program)
- pri određivanju napredovanja darovitih učenika.

Polazak djeteta u školu nedvojbeno je značajna prekretnica u njegovu životu. Stoga je potrebno utvrditi nekoliko vrsta spremnosti za školu: tjelesnu, govornu, kognitivnu, emocionalnu i socijalnu, ali i motiviranost. U tu je svrhu potrebno usustaviti postupak procjene psihofizičkog stanja djeteta te on najčešće obuhvaća standardizirani intervju s djetetom, intervju s roditeljem i primjenu Testa spremnosti za školu. U cilju stvaranja uvjeta za što bržu i uspješniju prilagodbu djeteta školskim zahtjevima i usklađivanje poučavanja njegovim psihofizičkim mogućnostima nužna je i suradnja sa stručnjacima iz vrtića (psiholozima, pedagogima, defektolozima) za djecu koja su obuhvaćena predškolskim odgojem radi njihova mišljenja o razvojnim potrebama djeteta i preporukama.

Temeljem svih prikupljenih podataka psiholog formira uravnotežene razredne odjele 1. razreda.

Sveobuhvatnom procjenom djeteta i odgovarajućom intervencijom izbjeći ćemo moguće reaktivno stanje djeteta na polazak u školu (odgojne teškoće, agresivnost, neposlušnost, durenje, depresivno stanje - plačljivost, anksiozno stanje - strah od odvajanja, strah od učiteljice, konverzivne simptome: mokrenje, mučninu, povraćanje, tik, mucanje, glavobolju, drhtanje, neuredan san, selektivni mutizam – dijete ne govori pred određenim osobama ili u određenim situacijama). Ovakva stanja najčešće su posljedica emocionalno-socijalne nezrelosti. Psiholog savjetuje roditelje, djecu i učiteljicu o odgojnim postupcima i atmosferi kojom okružuju dijete.

Temeljni dokument Nacionalni okvirni kurikulum navodi osam temeljnih kompetencija, prema definiranju Europske unije, za cjeloživotno obrazovanje koje učenik treba steći na kraju svog osnovnoškolskog obrazovanja. Jedna od njih jest „**učiti kako učiti**“ koja otvara mogućnost psihologu da provođenjem radionica o samoreguliranom učenju i treningom strategija čitanja doprinosi unaprjeđenju školske uspješnosti učenika.

U području **profesionalnog usmjeravanja učenika** psiholog:

- saziva i održava plenarni roditeljski sastanak za roditelje učenika 8. razreda na kojem informira o vrstama srednjih škola, uvjetima upisa u srednje škole, suradnji škole s Hrvatskim zavodom za zapošljavanje i sl.
- održava predavanje o važnosti izbora primjerenog srednjoškolskog obrazovnog programa i upisu u srednju školu namijenjeno učenicima
- prikuplja podatke o životnim vrijednostima i ciljevima učenika primjenom ankete i tijekom informativnog razgovora s učenikom interpretira rezultat
- ispituje dominantnu vrstu inteligencije po Gardnerovom modelu primjenom upitnika i tijekom informativnog razgovora s učenikom interpretira rezultat
- u suradnji s Hrvatskim zavodom za zapošljavanje primjenjuje licencirani računalni program „Moj izbor“ namijenjen individualnoj primjeni na učenicima, a za ispitivanje profesionalnih interesa
- detektira učenike s razvojnim, socijalnim i zdravstvenim teškoćama te ih upućuje na profesionalno usmjeravanje u Hrvatski zavod za zapošljavanje
- u suradnji sa školskom knjižnicom informira učenike o srednjim školama putem njihovih promotivnih letaka, CD i DVD materijala, školskih listova, priručnika
- individualno savjetuje i informira učenika
- individualno savjetuje i informira roditelje.

Svojim znanjem i stručnošću psiholog aktivno doprinosi i provedbi **školskih preventivnih programa** koji se planiraju Godišnjim planom i programom rada škole kao i Školskim kurikulumom. Navedeni programi realiziraju se različitim oblicima i metodama rada (radionicama, izradom plakata, predavanjima, igranjem uloga, debatama i sl.). Ovo je zahvalno područje za proširivanje suradnje s lokalnom zajednicom, tj. udrugama, centrima, savjetovalištim koji se uključuju svojim temama i stručnjacima kao realizatorima aktivnosti u školi, ali i educiraju stručne suradnike i učitelje za provedbu određenih programa. Područja prevencije, primjerice, jesu: seksualno nasilje (Centar za seksualna prava „Ženska soba“), ovisnost (Obiteljski centar grada Zagreba, Zavod za javno zdravstvo), nasilje (Udruga Civitas Zagreb, Savjetovalište Luka Ritz) i dr.

Psiholog utvrđuje i analizira **socijalni status učenika** u razrednom odjelu sociometrijskim ispitivanjem. Sociometrija je tehnika kojom ispituujemo prilagodbu učenika skupini (razrednom odjelu). Obuhvaća dva emocionalna sociometrijska kriterija (S kim bi želio sjediti u klupi? S kim bi želio ići na izlet?) i jedan funkcionalni sociometrijski kriterij (S kim bi želio sudjelovati u školskom projektu?).

Daje nam mjeru prihvaćenosti pojedinca u skupini vršnjaka koju izražavamo kvantitativnim podacima pomoću individualnog indeksa učenika. Kvalitativna analiza atributa – osobina

učenika koje učenici iznose kao razloge biranja/nebiranja pojedinog učenika daje nam dodatne korisne podatke (vidi prilog br. 1). Temeljem svih rezultata psiholog unaprjeđuje skupnu koheziju i homogenost skupine učenika u razrednom odjelu kroz radionički oblik rada.

3.3.4.2. Usmjerenost na učitelje

„Da bi se shvatila istinska kakvoća ljudi, potrebno je zaviriti u njihov um i proučiti ono čemu streme i od čega zaziru.“

Marko Aurelije

Nastojeći osigurati napredno, zdravo i sretno odrastanje svakog učenika te izgraditi učenika da bude dorastao različitim životnim situacijama i da one stresne pretvara u izazove, odgojni je izazov za učitelje i stručne suradnike u školi. Cilj je zajednički: pripremiti i osnažiti učenike za odgovorno ponašanje prema osobnom i životu drugih te im u svakom trenutku poslati poruke i smjernice za odabir pravih životnih vrednota i pronalaženje osobnoga puta prema ostvarenju konstruktivnih životnih planova.

Postati i ostati kompetentan po svim parametrima važnim za učinkovito djelovanje u okviru obrazovne i odgojne uloge u školi, a na putu k izvrsnosti, zahtijeva od učitelja osobno razvijanje neprestanim učenjem. Pri tome, zadan je imperativ usmjerenosti na učenika pojedinca te podrška edukacijskoj integraciji učenika s poteškoćama. Stoga je, kroz svoju djelatnu ulogu u timu stručno razvojne službe škole, psiholog usmjeren na poticanje, doprinošenje i evaluiranje profesionalnog razvoja učitelja.

Specifičnom edukacijom o razumijevanju i objašnjavanju ljudskih procesa koju psiholozi posjeduju, osobno trebaju kroz savjetodavni rad, predavanja i radionice namijenjene učiteljima i učenicima u kojima se steču komunikacijske vještine unaprjeđivati međuljudske odnose na relaciji učitelj-učenik, učitelj-roditelj, učitelj-učitelj, učenik-učenik (Weeks, 2000.).

Periodično organizira komunikacijske radionice za učitelje koje imaju za cilj unaprjeđenje pozitivnog emocionalnog odnosa učitelja i učenika, a na koji utječe priznavanje rada učenika kroz verbalnu pohvalu, vrjednovanje napretka koji učenik ostvaruje u svladavanju gradiva, a ne samo kvalitete učeničkog uratka, dobro raspoloženje učitelja i sl.

Educira učitelje o recentnim saznanjima iz područja razvojne, kognitivne i primijenjene psihologije (primjerice: rješavanje sukoba, nove paradigme za stvaranje kvalitetne škole, o darovitosti i dr.). Osposobljava učitelje za bolje razumijevanje učeničkih potreba i ponašanja.

Educira učitelje putem predavanja na temu zašto i kako raditi s darovitima, o odgojno-obrazovnim potrebama darovite djece, ulozi učitelja u razvoju darovitosti, metodici rada i dr., s ciljem ostvarivanja suvremenih obrazovnih zahtjeva za većom individualizacijom, kreativnošću i fleksibilnošću nastave.

Područje rada kojem psiholog može bitno doprinijeti svojim znanjem i stručnošću je i praćenje i unaprjeđivanje odgojno-obrazovne djelatnosti škole.

Kako bi škola zadržala dominantnu ulogu, ne samo u obrazovanju već i u **odgoju učenika**, psiholog ima zadaću educiranja učitelja – razrednika za provođenje tematskih pedagoških radionica koje doprinose razvoju integrirane ličnosti učenika – emocionalnih, socijalnih i kognitivnih potencijala (Beane, A. L. (2008.), Rađenović, A. (2007.), Uzelac, M. (1997.), Uzelac, M. (2000.), Uzelac, M. (2005.), Weltmann Begun, R. (2007.)). Ovakvim aktivnostima jačamo odgojnu ulogu škole.

U području **obrazovne djelatnosti** temeljno je utvrditi trenutno stanje kvalitete poučavanja u pojedinim nastavnim predmetima kao i motivaciju učenika za učenje pojedinog predmeta. Podaci se prikupljaju, primjerice, skalama procjene i anketama, npr. o motivaciji za učenje namijenjenim učenicima (vidi prilog br. 2) ili upitnikom za učitelje kojim samovrjednuju svoju pripremu za projektni dan (vidi prilog br. 3). Nadalje, opservira rad učenika i učitelja na nastavnom satu (vidi prilog br. 4). Analizom rezultata psiholog uočava prednosti i nedostatke procesa poučavanja te dogovara s učiteljima daljnje smjernice za rad. Nakon određenog vremena provodi evaluaciju učinjenog.

Na taj način psiholog doprinosi razvoju učitelja s ciljem potaknuti ih na razmišljanje o njihovoj profesionalnoj kakvoći i pomaže im otkriti njezine pokazatelje i razviti takvu kakvoću. Pomaže trajno stručno usavršavanje učitelja na stručnim aktivima škole kroz predavanja i radionice. Primjerice, educiranjem učitelja o potrebi i korisnosti *akcijskih istraživanja* učiteljske prakse unaprjeđujemo odgojno-obrazovnu praksu i razvijamo potencijale učitelja i učenika.

Poučavanje je zanimanje koje uključuje refleksivno mišljenje, trajno stručno usavršavanje, odgovornost, kreativnost, istraživanje i donošenje osobnih sudova.

Unutar **politike ljudskih potencijala škole** treba provoditi selekciju učiteljskog osoblja psihodijagnostičkim sredstvima koja će izborom najkvalitetnijih učitelja podupirati i jamčiti kakvoću procesa učenja i osobnog razvoja učenika. Kakvoća učitelja opći je pojam koji ne obuhvaća samo znanja i vještine, nego i osobna obilježja (poštivanje, brižnost, hrabrost, empatiju itd.) kao i osobne vrijednosti, stavove, identitet, vjerovanja te strukturu ličnosti i dr.

3.3.4.3 Samovrjednovanje škole

„Najveća otkrića u životu se rađaju iz osporavanja statusa quo, a ne iz njegovog prihvaćanja.“
Dryden i Vos

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 87/08., 86/09., 92/10., 105/10.-ispr., 90/11., 5/12. i 16/12.) propisuje obvezu škole da koristi rezultate vanjskog vrjednovanja i samovrjednovanja za unaprjeđivanje vlastite kvalitete rada. U tu svrhu u školama su ustrojene radne skupine - Školski timovi za kvalitetu koji provode samovrjednovanje škole. Opći zadatak Tima jest izgrađivanje školskog ozračja koje se naziva „kultura kvalitete“, a kojega karakterizira zajednički stav da je kvaliteta obrazovanja zajednička, nadređena vrednota i kolektivna odgovornost svih zaposlenika škole.

Nezaobilazni član, a nerijetko i voditelj Školskog tima za kvalitetu jest školski psiholog.

Zadatak je Tima unaprjeđivati i podržavati dosljedno provođenje projekta samovrjednovanja u školi koji obuhvaća vrjednovanje **obrazovnih postignuća učenika, procesa unutar škole** (odnos učenika prema drugim učenicima i školi, odnos učenika i učitelja, poučavanje i učenje, vrjednovanje učeničkog napretka i postignuća, odnos učitelja, roditelja i škole, planiranje nastavnog procesa, radno ozračje) i **organizacije rada škole** (organizacija nastave i rada, materijalni uvjeti i opremljenost škole, izvannastavne aktivnosti, dodatna, dopunska i izborna nastava, pedagoške mjere, uključenost škole u projekte, stručna služba, suradnja s lokalnom zajednicom, stručno usavršavanje zaposlenika škole).

Uloga psihologa u procesu samovrjednovanja škole je doprinijeti *utvrđivanju postojećeg stanja* kvalitete rada u školi kritičkom analizom empirijskih podataka dobivenih putem ispitivanja mišljenja učitelja, učenika i roditelja (intervjuima, na radionicama, na sastancima, anketama) i *djelotvornom razvojnom planiranju*. Izvedbeni plan treba sadržavati prioritete unaprjeđenja, operativne ciljeve koje želimo ostvariti, aktivnosti koje ćemo poduzimati, nužne resurse, nositelje aktivnosti, termine ostvarenja i mjerila uspješnosti ostvarenja plana (vidi prilog br. 5).

U definiranju školskog razvojnog plana najbolji je, tzv. pristup cijele škole odnosno na razini Učiteljskog vijeća provesti SWOT analizu, odrediti koja su prioritetna područja unaprjeđenja rada škole u kratkoročnom jednogodišnjem razdoblju i timski pristupiti ostvarenju zacrtanih ciljeva.

U projektu samovrjednovanja škole nužna je podrška ravnatelja kao poslovnog, ali i stručnog organa škole. Temeljem rezultata SWOT analize i egzaktnih pokazatelja postojećeg stanja, Tim predlaže i uz suglasnost ravnatelja provodi definirane aktivnosti usmjerene razvoju škole.

Literatura:

1. Beane, A. L. (2008.): Učionica bez zlostavljanja, Mosta d.o.o., Zagreb
2. Dudley, W. (2000.): Osam najvažnijih koraka u rješavanju sukoba, očuvanju dobrih odnosa na radu, kod kuće i u zajednici, Sunce – društvo za psihološku pomoć, Osijek
3. Nacionalni okvirni kurikulum (2010.), Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH, Zagreb
4. Rađenović, A. (2007.): Priručnik za razrednike, Alineja, Zagreb
5. Uzelac, M. (2000.): Za Svemire, „Mali korak“ - Centar za kulturu mira i nenasilja, Zagreb
6. Uzelac, M. (1997.): Za Damire i Nemire, „Mali korak“ – Centar za kulturu mira i nenasilja, Zagreb
7. Uzelac M. (2005.): 111 koraka prema demokraciji i ljudskim pravima, „Mali korak“ – Centar za kulturu mira i nenasilja, Zagreb
8. Weltmann Begun, R. (2007.): Socijalne vještine za tinejdžere, Naklada Kosinj d.o.o., Zagreb
9. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi, NN 87/08., 86/09., 92/10., 105/10. -ispr., 90/11., 5/12. i **16/12.**

PRILOG BR. 1

(pripremila Vesna Rak)

INTERPRETACIJA REZULTATA SOCIOMETRIJE

REZULTATI

Uočljivo je da učenici po oba emocionalna i funkcionalnom sociometrijskom kriteriju dosljedno izabiru kao prihvaćene Doru B. i Doru P. što upućuje na odličnu prilagodbu ovih dviju učenica razredu i to na izvrsnu razinu prihvaćenosti od suučenika jer je vrijednost njihovog individualnog indeksa prihvaćenosti znatno veća od ostalih.

Nasuprot njima, važno je istaknuti dosljedno nepovoljno pozicioniranje učenika Vladimira, Dominika, Lucije, Marije i Roka (tablica ukupnog sociometrijskog statusa) koji nisu prihvaćeni od većine svojih kolega zbog neuspješne prilagodbe skupini što za njih predstavlja otežavajuću okolnost u ovoj fazi odrastanja. Djeca ove dobi, naime, traže svoju neovisnost i individualnost distancirajući se od roditelja i postaju sve otvoreniji za utjecaje prijatelja.

Savjet učiteljici:

- Ovaj nepovoljan rezultat zbog jednoznačno detektiranih neprihvaćenih učenika zahtjeva rad na stvaranju konstruktivne socijalne klime te s tog temelja homogeniziranje i stvaranje kohezije u razrednom odjelu na satovima razrednog odjela kroz interaktivne radionice.
- Socijalne odnose među učenicima moguće je razvijati i skupnim radom u nastavi kao oblikom kooperativnog učenja. U ovom razdoblju razvijaju se iznimno sofisticirane socijalne vještine, djeca uče kako se uklopiti i pristupiti skupinama, kako raspoznati društvena pravila, kako razumjeti druge, kako se nositi s konfliktima na pozitivan i obostrano koristan način.
- Djeci ove dobi jako je potrebna ljubav i prihvaćenost roditelja i okoline, iako često takve osjećaje skrivaju da bi se pokazali što odraslijim i zrelijim osobama. Iako malo adolescenata ove dobi to priznaje, roditelji su još uvijek glavni izvor njihove sigurnosti. Stoga u savjetovanju roditelja naglasiti važnost roditeljske prisutnosti u životu djeteta i uloge uzora koju imaju.

Analizom uočavamo da gore navedeni učenici osim Roka jesu oni koji ni po jednom sociometrijskom kriteriju (emocionalnom i funkcionalnom) nisu prihvaćeni od ostatka razrednog odjela. Među njima dosljedno najzadnje mjesto po rangu prihvaćenosti (dakle, najneprihvaćeniji) po svim kriterijima sociometrijskog statusa ima Vladimir, a slijede ga Dominik i Lucija.

Savjet učiteljici: Promisliti - je li osjećaj manje vrijednosti prisutan kod Vladimira

- kompenzira li Vladimir svojim ponašanjem nedostatak sigurnosti koju osjeća u obitelji s obzirom na specifičnost odnosa djeteta i roditelja koji se primjerice očituje u Vladimirovoj instrumentaliziranosti u procesu donošenja odluka koje se tiču prvenstveno njega (npr. izbor izvannastavnih aktivnosti) kao i u utjecaju

roditeljskih negativnih (pesimističnih) stavova o svijetu oko njih na Vladimira na što roditeljima treba skrenuti pozornost.

Kvalitativna analiza razloga biranja ili odbijanja pojedinog učenika ukazuje na Vladimirove slabo razvijene socijalne vještine, a što su one razvijenije osiguran je veći sociometrijski status u skupini vršnjaka. Omogućavaju pojedincu lakše snalaženje u interpersonalnim odnosima s drugim učenicima i učiteljima, lakše podnošenje frustracije, bolju prilagodljivost u odnosima, empatiju i samokontrolu (komponente emocionalne inteligencije).

Savjet učiteljici: - Upoznati roditelje s potrebom razvijanja socijalnih vještina (pohađanjem različitih programa) te ga uključiti u savjetovanje s ciljem da doprinesemo njegovom socioemocionalnom rastu te organizirano utječemo na njegovu bolju prilagodbu skupini suučenika i na formiranje njegovog karaktera napose samopouzdanja (kako bi prestao imati potrebu da podcijeni drugoga) i samokritičnosti (kako bi imao moralan odnos prema osobnim postupcima, a posebno prema osobnim pogreškama), neagresivnosti (kako ne bi bio sklon prema drugome verbalno reagirati izazivački i neprestano se od nekoga braniti) i altruizma (kako bi uvijek bio spreman pomoći drugome).

Na satovima razrednog odjela provoditi radionice koje utječu na razvoj komponenti emocionalne inteligencije.

U razlozima sociometrijskog izbora učenici navode vrijeđanje i ruganje Vladimira i Dominika, a i šire.

Savjet učiteljici: Poučite učenike koji su tome izloženi kako da se zaštite i obeshrabre one koji vrijeđaju. Primjerice, predložite im da se nasmiju na njihov komentar ili da se ne obaziru na njih ili da se udalje od njih i pridruže većoj skupini učenika ostavljajući ih same.

Poučite učenike koji su izloženi vrijeđanju nekim dobrim odgovorima kao: „Ja sam guma, a ti ljepilo. Što god kažeš odbije se od mene i zaljepi se na tebe.“ Ili: „Što god veliš to si sam.“ Ili: „Možda ti je malo popustilo pamćenje; ja se zovem Marija.“ Nekoliko dobrih odgovora dovest će do toga da oni koji vrijeđaju izgube zanimanje za takvu zabavu.

SAVJET UČITELJICI: U iskorjenjivanju svih nepoželjnih oblika ponašanja učenika navedenih u RAZLOZIMA SOCIOMETRIJSKOG IZBORA najbolje je biti uporan. Razmisliti o mogućoj štetnosti razgovora s učenikom neprimjerenog ponašanja pred ostalim učenicima i dovođenja u neugodnu situaciju prekoravanjem ili držanjem predavanja kako se takvim postupkom ne bi postiglo da se vrijeđanje obavlja potajice. Umjesto toga odmah treba prekinuti takvo ponašanje i pozvati učenika na stranu da biste s njim nasamo porazgovarali. Odlučno iskažite svoje mišljenje o vrijeđanju i odredite gdje su granice.

SAVJET UČITELJICI: Učeniku ne objašnjavati što ne smije raditi (npr. „Nemoj gurati učenicu.“), već mu reći što želite da čini (npr. „Dominik, molim te budi dobar prema učenicima. Ako želiš proći, jednostavno reci: Samo malo...“). Primjećujte i pohvalite i najmanji oblik poželjnog ponašanja. Uvijek reagirajte pozitivno kad se učenik ponaša onako kako želite.

SAVJET UČITELJICI: Ako vas učenik ne sluša kad nešto od njega tražite, pobrinite se da ga pogledate u oči. Ako ne odgovara na vaš zahtjev, tražite da ponovi što ste rekli, npr.: „Roko, što sam ti rekla da učiniš?“. Kad učenik ponovi vaš zahtjev, onda znate da vas je čuo (i da on zna da vi znate da vas je čuo) i vjerojatnije je da će učiniti što mu je rečeno. Nemojte općenitim napomenama ukazivati na to što biste htjeli da učenik napravi. Nemojte zvučati kao da učenik može i ne mora poslušati započinjući rečenicu s: „Hoćeš li? Možeš li?“ ili završavajući rečenicu s: „U redu?“. Vaše molbe trebaju biti jasne, kratke i određene: „Molim te, ne uzimaj Mariji gumicu, a da je nisi za to pitao.“

Nemojte poticati takvu neposlušnost učenika time što ćete postavljati zahtjeve na kojima nećete inzistirati. Ako je uobičajeno da sve ponavljate tri ili četiri ili dvanaest puta prije nego što nešto poduzmete, učenik će naučiti da vas može ignorirati prvih nekoliko puta, a kao posljedicu toga trpjet će jedino dosadan ritam vašeg glasa. Budete li čekali da učenik počne surađivati svojom voljom i redovito, nećete biti uspješni u mijenjanju njegova ponašanja. Potrebna vam je vježba, strpljenje i upornost.

SAVJET UČITELJICI: Ako ste odlučili obavijestiti roditelje da se učenik loše ponaša u razredu, predložite sastanak učiteljice - roditelja – učenika. Ovakav sastanak je bolji od sastanka roditelja s učiteljicom bez učenika jer time potvrđujete činjenicu da je učenik odgovoran za svoje ponašanje. Nайдete li na roditeljsku obranu njegova djeteta i pokušaj da okrivi nekog drugog ili traži isprike zamolite ih da odvoje činjenice od svojih osjećaja. Ispričajte im polako o čemu je riječ kako bi raspolagali stvarnim činjenicama umjesto općenitim pritužbama.

SAVJET UČITELJICI: Svaki put kad učenik nekoga vrijeđa, odmah ga nježno uhvatite za ramena, pogledajte ravno u oči i recite: „Kad nekoga vrijeđaš, onda se ne igraš.“ Odvedite učenika do stolice i neka mirno sjedi dok ne procijenite da se smirio (jedno od dobrih jednostavnih pravila za određivanje dužine takve stanke jest minuta po godini života). Ako učenik opet nekog vrijeđa kad ustane i vrati se u igru, recite: „Još nisi spreman za igru.“ i usmjerite ga natrag na mjesto s kojega je ustao.

Posvetite više pozornosti učeniku koji je uvrijeđen nego onome koji vrijeđa. Nakon kratkog ukora okrenite leđa tom učeniku i posvetite se učeniku koji je uvrijeđen. Na taj način uskraćuje se pozornost učeniku koji vrijeđa pa čin vrijeđanja drugih neće biti način da dobije pozornost.

Naučite učenika da izbroji do deset svaki put kad osjeti želju uvrijediti drugog učenika. Ovaj postupak daje mu neposredni način da zastane i izrazi svoju ljutnju primjerenijim rječnikom. Nagradite ga pohvalom svaki put kad vidite da je to uspješno izveo.

Praktična primjena

Sociometrija je inicirana pokazati položaj učenika Vladimira u razrednom odjelu i njegove interpersonalne socijalne odnose s vršnjacima kako bismo na temelju rezultata doprinijeli poboljšanju istih.

Rezultati ukazuju da postoji tenzija u interpersonalnom socijalnom odnosu zbog uzajamnog neadekvatnog ponašanja.

Predložena su rješenja u obliku savjeta i preporučene literature učiteljici.

PREPORUČENA LITERATURA

s obzirom na specifične potrebe razrednog odjela detektirane sociometrijskim ispitivanjem i rani adolescentni uzrast kada djeca aktivno izgrađuju svoju osobnost i socijalnu kompetenciju:

- Amnesty International Hrvatske: Prvi koraci – Priručnik o odgoju i obrazovanju za ljudska prava, Zagreb, 2000.
- Ivanek, A. i sur.: Kreativni razrednik/razrednica (40 primjera pedagoških radionica), Profil International d.o.o., Zagreb, 2005.

napose:

- pedagoška radionica «Naš razred» s ciljem upoznavanja sličnosti i različitosti učenika razrednog odjela
- pedagoška radionica «Zlatna markica» s ciljem uočavanja osobnih pozitivnih osobina i osobina učenika oko nas
- pedagoška radionica «Asertivno ponašanje» s ciljem osvještavanja učenika kako mogu bolje zadovoljiti svoje potrebe, a da pri tomu ne ugrožavaju druge i slično.

PRILOG BR. 2 – Upitnik za ispitivanje motivacije za učenje fizike

(pripremila Vesna Rak)

ružno | | | | | | | lijepo

teško | | | | | | | lako

veselo | | | | | | | tužno

zanimljivo | | | | | | | nezanimljivo

nevažno | | | | | | | važno

privlačno | | | | | | | odbojno

nemotiviran | | | | | | | motiviran

1. Utječe li aktivnost i motiviranost učitelja na satu na tvoju motiviranost da učiš taj nastavni predmet? (zaokruži odgovor)

DA

NE

2. Ako da, kako procjenjuješ motiviranost učitelja iz fizike? (procijeni na skali od 1 – nemotiviran učitelj do 5 – izrazito motiviran učitelj)

Procjena: _____

3. Motivira li te kada učitelj od tebe zahtijeva aktivnije sudjelovanje na satu? (zaokruži odgovor)

DA

NE

4. Ako da, koliko aktivnosti na satu traži učitelj iz fizike? (procijeni na skali od 1 – ne traži aktivnost do 5 – traži izrazitu aktivnost)

Procjena: _____

5. Poredaj od 1 do 5 čimbenike koji te motiviraju za učenje i to tako da je broj 1 – najslabiji motivator, a 5 – najjači motivator:

- a) _____ ocjena
- b) _____ priznavanje tvog učenja (rada) izraženo verbalnom pohvalom
- c) _____ sam rad (učenje)
- d) _____ osobna odgovornost za uspjeh
- e) _____ razumljivost i korisnost onoga što učiš

6. Procijeni koliko je čimbenik iz prethodnog pitanja kojeg si označio s 5 (najjači motivator) prisutan u fizici:

(1 – nije prisutan, 2 – srednje prisutan, 3 – dovoljno prisutan)

Procjena: _____

7. U kojoj mjeri učitelj iz fizike ima pozitivan stav prema tebi?

(1 – u potpunosti, 2 – djelomično, 3 – nema pozitivan stav)

Procjena: _____

8. Na praznu liniju napiši ovisi li tvoj uspjeh u fizici više o:

A – osobnim aktivnostima, osobnim sposobnostima i zalaganju

B – sreći, postupcima i raspoloženju učitelja (unesi oznaku A ili B)

Oznaka: _____

9. Vrijednuje li učitelji fizike:

A – samo kvalitetu tvog uratka

B – napredak koji ostvaruješ u svladavanju gradiva

C - oboje (unesi oznaku A, B ili C)

Oznaka: _____

10. Koji od navedenih predmeta najradije učiš (najviše si motiviran) i zašto?
(zaokruži slovo ispred predmeta)

a) Fiziku,

zato što _____

b) Kemiju,

zato što _____

c) Biologiju,

zato što _____

d) Matematiku,

zato što _____

11. Koji od navedenih predmeta najmanje voliš učiti (najmanje si motiviran) i zašto?

(zaokruži slovo ispred predmeta)

a) Fiziku,

zato što _____

- b) Kemiju,
zato što _____
- c) Biologiju,
zato što _____
- d) Matematiku,
zato što _____
12. Smanjuje li se tvoja motivacija za učenje ako drugi učenici ometaju sat? (zaokruži odgovor)
DA NE
13. Je li ometanje sata obično prisutno na satu fizike? (zaokruži odgovor)
DA NE
14. Djeluje li obrazloženje učitelja za postignutu ocjenu pozitivno na tvoju motivaciju?
(zaokruži odgovor)
DA NE
15. Obrazlaže li ti obično učitelj fizike razloge tvoje postignute ocjene? (zaokruži odgovor)
DA NE
16. Motivira li te više za učenje kad učiš teoriju ili kad učiš istražujući? (zaokruži odgovor)
- a. učenje teorije
 - b. učenje istraživanjem
 - c. podjednako
17. Učiš li istražujući na nastavnim satovima fizike? (zaokruži odgovor)
- a. ne
 - b. djelomično
 - c. da
18. Što bi još više podiglo tvoju motivaciju za učenjem fizike kako bi ostvario još bolje obrazovno postignuće?
- _____
- _____
- _____

PRILOG BR. 3

(pripremila Vesna Rak)

ANKETA ZA SAMOVRJEDNOVANJE U PROJEKTNOM DANU

Poštovani učitelji!

Ova anketa služi za samovrjednovanje Vaših obrazovno-odgojnih učinaka tijekom školskog projektnog dana te samoprocjenu osobnoga zadovoljstva postignutim rezultatima učenika, stoga su rezultati ankete namijenjeni isključivo Vama.

U svrhu što veće objektivnosti samoprocjene, anketu ispunite anonimno.

Unaprijed zahvaljujemo na Vašem trudu i izdvojenom vremenu!

- 1) KOLIKO STE ZADOVOLJNI TEMELJITOŠĆU SVOJE PRIPREME ZA PROJEKTNI ZADATAK U SLJEDEĆIM KOMPONENTAMA (ocijenite na skali od 1 – 5):

ocjena

- a) formuliranju sadržaja i cilja projektnog zadatka učenicima..... _____
- b) uputi učenicima kako raditi..... _____
- c) izradi plana rada i vremena..... _____
- d) podjeli rada među učenicima..... _____
- e) samostalnosti učenika u radu..... _____
- f) osiguranju učeničke suradnje u donošenju potrebnog materijala i pribora... _____

- 2) JESTE LI UNAPRIJED RAZRADILI POSTUPAK ZA MOTIVIRANJE UČENIKA ZA PROJEKTNI DAN (zaokružite):

da – ne

U ČEMU SE SASTOJALO MOTIVIRANJE?

- 3) PREMA KOJEM STE KRITERIJU FORMIRALI RADNE SKUPINE UČENIKA?

- 4) JESTE LI KORISTILI NEKU OD KREATIVNIH TEHNIKA ZA PRODUKCIJU IDEJA O IZGLEDU PLAKATA VAŠEG RAZREDNOG ODJELA (zaokružite):

da – ne

KAKO STE DOŠLI DO IDEJE?

- 5) KOLIKO STE ZADOVOLJNI POBUĐENIM STVARALAŠTVOM UČENIKA (ocijenite na skali od 1 – 5): _____

ZAŠTO?

- 6) KOLIKO STE POTAKNULI UČENIKE NA ISTRAŽIVAČKO UČENJE (ocijenite na skali od 1 – 5): _____

- 7) JE LI SVAKI UČENIK SVOJIM SPOSOBNOSTIMA PRIDONIO OSTVARIVANJU CILJA (zaokružite):

da – ne – ne znam

- 8) JE LI SKUPNA INTERAKCIJA BILA DOBRA (zaokružite):

da – ne – ne znam

PO ČEMU?

- 9) TIJEKOM RJEŠAVANJA PROJEKTOG ZADATKA KOLIKO STE (ocijenite na skali od 1- 5):

- a) poticali kod učenika socijalnu kooperativnost
- b) savjetovali i usmjeravali učenike u radu
- c) jačali samopouzdanje učenika
- d) postigli da svaki učenik doživi ostvarenje projektnog zadatka kao zajednički cilj
- e) postigli samostalnost učenika u radu

- 10) JESTE LI RAZVILI OSOBNU ODGOVORNOST UČENIKA ZA OSOBNI DOPRINOS SKUPNOM RADU (zaokružite):

da – ne

KAKO?

11) JESTE LI KONTINUIRANO I DOSLJEDNO NADGLEDALI RAD NA PROJEKTNOM ZADATKU (zaokružite):

da – ne

12) JESTE LI NAKNADNO RASPRAVILI I VRJEDNOVALI S UČENICIMA (zaokružite):

- a) rad pojedinih članova skupine da – ne
- b) aktivnosti koje su pridonijele uspješnosti i aktivnosti koje su ometale proces učenja da – ne
- c) rezultate rada da - ne

13) KOLIKO STE ZADOVOLJNI (ocijenite na skali od 1 – 5):

- a) radom svih učenika _____
- b) postignutim ciljem na projektnom danu _____

ZAŠTO?

14) ZNATE LI KOLIKO SU UČENICI ZADOVOLJNI SVOJIM REZULTATOM RADA NA PROJEKTNOM ZADATKU (zaokružite):

da – ne

AKO DA, KOLIKO SU ZADOVOLJNI (ocijenite na skali od 1 – 5): _____

ZAŠTO?

15) PREMA VAŠOJ PROCJENI, KOLIKO JE ZADOVOLJENA POJEDINA RAZINA UČENJA TIJEKOM RADA NA PROJEKTNOM ZADATKU (ocijenite na skali od 1 – 5):

- a) učenje sadržaja i činjenica (učenici znaju, razumiju, prepoznaju...) _____
- b) učenje metoda i strategija (učenici traže informacije, strukturiraju ih, organiziraju, planiraju, odlučuju, oblikuju, vizualiziraju...) _____
- c) socijalno-komunikativno učenje (učenici slušaju, obrazlažu, argumentiraju, pitaju, raspravljaju, surađuju, integriraju, razgovaraju, prezentiraju...) .. _____
- d) afektivno učenje (učenici izgrađuju samopouzdanje, poistovjećuju se sa skupinom, angažiraju se, stvaraju vrijednosne sudove...) _____

16) TIJEKOM RADA NA PROJEKTNOM ZADATKU POISTOVJEĆUJETE LI SVOJU ULOGU SA (zaokružite):

- a) sveznajućim izvorom podataka
- b) pomagačem i moderatorom rada
- c) oboje.

17) JESTE LI ZAJEDNIČKI S UČENICIMA PREDLOŽILI MJERE UNAPRJEĐIVANJA RADA NA PROJEKTNOM ZADATKU (zaokružite):

da – ne

AKO DA, KOJE?

18) ŠTO BISTE PROMIJENILI U SVOM PRISTUPU PROJEKTNOM ZADATKU SLJEDEĆE GODINE?

19) SMATRATE LI DA STE DOVOLJNO EDUCIRANI ZA PRIMJENU SKUPNOG RADA (zaokružite):

da - ne

PRILOG BR. 4

(pripremila Vesna Rak)

UVID U IZVOĐENJE NASTAVE METODIČKE JEDINICE - Izvješće -

Škola: _____

Razredni odjel: _____

Mjesto: _____

Nastavni predmet: Geografija

Metodička (nastavna) jedinica: GEOGRAFSKA RAZNOLIKOST HRVATSKE

Učitelj: _____

Nadnevak: _____

TIJEK VOĐENJA (ORGANIZACIJE) NASTAVNOG SATA

Artikulacija metodičke jedinice:

Izostala je najava cilja nastavnog sata.

Metodička jedinica ne sadrži *Uvodni dio* u kojem učiteljica uvodnim pitanjima uvodi učenike u sadržaj koji će obrađivati na ovome satu. Ne iznosi praktično iskustvo s temom (npr. Kad putujete Lijepom našom na more kakve geografske raznolikosti vidite na putu?).

Metodička jedinica započinje s *Glavnim dijelom* u okviru kojega se obrađuje novi sadržaj nastavnim metodom usmenim izlaganjem. S obzirom da izlaganje nije obogaćeno slikama (iako je tema zahvalna za slikovni prikaz) prikraćeni su učenici koji preferiraju vizualni način učenja. Tijekom obrade učiteljica često povezuje nove sadržaje s obrađenim temama na prethodnim satovima čime ostvaruje ponavljanje naučenog dosjećanjem i međusobno povezivanje sadržaja. Čestim postavljanjem kratkih pitanja na koja učenici uspješno kratko odgovaraju postiže interaktivan proces pri čemu uključuje različite učenike. Učenici promišljaju odgovore na postavljena pitanja iz novog gradiva jer učiteljica traži logičko povezivanje činjenica. Neki od osnovnih parametara geografske raznolikosti Hrvatske zapisuju se na ploču (i u bilježnice) iako su već zapisani na prethodnim satovima (na što podsjeća dvoje učenika jer su zbunjeni količinom ponovljenog gradiva, a učiteljica objašnjava da su spominjali, ali da je ovo nova cjelina što učenike nije baš uvjerilo). Tema se obrađuje logičkim slijedom i sustavno. Značenje nepoznatih pojmova objašnjava uz misaoni angažman učenika (npr. „funkcionalna podjela“ u podnaslovu).

Tek nakon 20-tak minuta sata učiteljica podsjeća da otvore geografski atlas. Korisno upućuje učenike kako da si olakšaju i ubrzaju zapisivanje – kraticama registarskih automobilskih oznaka. Izostalo je vježbanje pa obrađene sadržaje učiteljica nije postavila u novi kontekst i uključila reprezentativne primjere u cilju podizanja usvojenog gradiva na višu razinu generaliziranosti (npr. Koje europske zemlje imaju slična geografska obilježja kao Hrvatska, a koje vrlo različita obilježja?). Metodička jedinica ne završava *Zaključnim dijelom* (ukupno trajanje sata je „potrošeno“ na obradu nove teme) pa je stoga izostala provjera ostvarenosti obrazovnih zadataka („mjerljivo“ ponavljanjem netom naučenog) kao i naglašavanje sadržaja kojeg učenici trebaju upamtiti o geografskoj raznolikosti Hrvatske.

Budući da ni obrada nove teme nije završena do kraja nastavnog sata, nakon zvona učiteljica zadaje ostatak neobrađenog sadržaja iz udžbenika i pisanu domaću zadaću.

Nastavna sredstva i pomagala:

Udžbenik, ploča i kreda, geografska karta Hrvatske

Nastavni oblici rada:

Frontalni rad

IZGLED PLOČE

Preglednost informacija je ostvarena no, različitost geografskih cjelina Hrvatske bi bila vizualno naglašenija korištenjem kreda u boji (posebice za učenike „vizualce“). Monotonost ispisanog teksta izbjegla bi se korištenjem i tabličnog prikaza podataka.

PSIHOFIZIČKA PRIPREMLJENOST UČENIKA

Iako je prošlo 10-tak minuta od početka sata, cca. 22% sata, kroz vrata učionice u školskom hodniku se čuje učenička graja, učiteljičin povišeni ton i međusobno nadvikivanje što govori da učiteljica u tom trenutku „ne vlada razredom“, a učenici mentalno ni emocionalno nisu spremni za rad.

Ulaskom pedagoginje i mene u učionicu spontano se uspostavlja radna disciplina. Nakon cca. 1 minute tišine učiteljica informira učenike da će obraditi novu temu te s dodatnim zakašnjenjem ispisuje naslov na ploču.

Tijekom cijelog sata jakne na klupi dijela učenika predstavljaju distraktore za psihofizičku pripremljenost učenika za rad na nastavnom satu jer asociraju na završetak rada koji još traje i koji zahtjeva od učenika aktivan rad (ili osjećaj učenika da su tu „u prolazu“ i sl.) te time ometaju umnu usredotočenost na aktualnu aktivnost. Od učenika zahtjevamo da na satu ne sjede u jaknama, a učiteljica ju nosi.

Koncentriranje učenika je otežano zbog nedinamičnosti procesa čemu pridonosi jednoličan ritam i boja glasa učiteljice te predvidljivost rada: kratko pitanje učiteljice – kratak odgovor učenika – zapisivanje na ploču. Jednoličnost rada je povremeno prekidana zahtjevom da učenik pokaže pojam na geografskoj karti.

Uočivši da učenik nema pred sobom na klupi geografski atlas ne primjećuje da drugi učenik sjedi sam u klupi s atlasom te ne konkretizira rješenje kao ni dogovor s učenikom za ubuduće, već preko učenikovog ponašanja i nepripremljenosti za sat, iako je verbalizirala problem, olako prelazi.

EMOCIONALNI ODNOS S UČENIKOM

Ozbiljno fizičko držanje učiteljice usklađeno je s ozbiljnošću komuniciranja s učenicima. Nedostaje toplina u nastupu koja se može realizirati povremenim pohvalama uz osmijeh za npr. disciplinu koja postoji na satu, kvalitetu ranije naučenog, uspješno snalaženje na karti, dodatna pitanja zainteresiranih učenika.

Učiteljica nastoji učenike povremeno opustiti šaljivim tonom i primjedbama temeljenim na prigovorima zbog inače neprimjerenog odnosa prema radu ili nediscipline na satovima što kod učenika stvara tenziju iako su na ovom satu uspješni. Time ih ne potiče na zadržavanje takvog pozitivnog ponašanja i ubuduće, već se neprestano „vraća korak nazad“ pridajući veću važnost prošlom nego budućem.

Učiteljica je svjesna različitih individualnih sposobnosti učenika i u najboljoj namjeri da pohvali,

psihološki gledano, nespreno se izražava spram učenika slabijih sposobnosti ne dajući mu potporu za ubuduće dobar rad (npr. O, pa to je lijep rukopis u odnosu na inače – učeniku s individualiziranim pristupom). Pomalo ironično se obraća inače manje discipliniranom učeniku umjesto da ga pohvali za ostvareno ponašanje (npr. Dođi na kartu da i tebe čujemo; reci, šutljiv si danas, a inače nisi). Učiteljica je senzibilizirana za potrebe i mogućnosti različitih učenika, ali verbalne komunikacijske vještine u obraćanju učeniku nisu uvijek primjerene zbog slanja nepodržavajućih, neafirmativnih pa i izazivačkih poruka poput: „malo se digni, danas nisi baš hrabar, pa te moramo podići“ (aludirajući na uobičajenu nedisciplinu učenika), „makni se na karti da drugi vide pokazuješ li dobro!“ - (umjesto: da naučiš i druge!), „ti pišeš, samo provjeravam“ – (umjesto: drago mi je da sve stigneš zapisati!). Ovakvom komunikacijom učiteljica ne ostvaruje svoju odgojnu ulogu (da hrabri, pozitivno usmjerava učenika, pomaže razvoju međusobne suradnje, doprinosi afirmaciji svakog učenika u razrednom odjelu). Dužnost je učitelja da mlade ljude uključi u društvo, a ne da ih isključi.

Pri kritiziranju se treba usmjeriti na čin, a ne na učenika pa komentar učiteljice: „svakog otkrivam po malo – i u pozitivnom i u negativnom“ nije primjeren. Uloga učiteljice jest da učenika pripremi da bude otvoren za dijalog kad ga kritizira, a ne da ga uči zauzimati nužno obrambeni stav.

Učiteljica najčešće stoji pred pločom na strani katedre (krajnje desno u učionici) čime ne uspostavlja ravnopravan kontakt s učenicima iz reda klupa kod vrata (krajnje lijevo) zbog čega učenici mogu osjećati nelagodu budući da je učiteljica manje usredotočena na njih u odnosu na ostale kao što nema ni uvid što pojedinci rade.

Ukoliko se učenik lošije snalazi u verbaliziranju odgovora, učiteljica ga ne potiče da samostalno jezgrovito oblikuje odgovor i time razvija svoju rječitost, već ona sama daje sažet odgovor čime učenika prikraćuje za osjećaj zadovoljstva zbog uspjeha.

Dojam je da učiteljica ne doživljava sebe kao „trenera“ koji uvijek pruža potporu kada uoči i osjeti poboljšanje u radu i ponašanju učenika, jer radne se navike stječu kao što se i ponašanje uči.

Ne izražava osjećaj radosti kad uoči dobre rezultate učenika. Dojam je da strepi zbog moguće nediscipline učenika zbog čega se ne može, unatoč svojim kompetencijama, opustiti pa je atmosfera „malo nategnuta“. Pri tome bi trebala imati na umu da način na koji gleda na disciplinu u mnogočemu ovisi o načinu na koji promatra učenike, mlade osobe: predstavljaju li oni potencijalan rizik koji treba držati pod kontrolom ili su i oni ljudska bića poput nje, samo mlađa i neiskusnija. Nadalje, voditi računa da je autoritet učitelja nešto što on treba zaslužiti, a ne nešto što podrazumijeva učiteljska funkcija. Izgradnju zdravog autoriteta pomoći će i adekvatan emocionalan odnos s učenicima uz sva pravila, dosljednost, zahtjeve i ostalo.

IZGLED UČIONICE

Uredna školska ploča. Na manje adekvatnom mjestu visi geografska karta jer dio zaklanja katedra. U kutu učionice na jednoj školskoj klupi rašireni plakati – učnički radovi zaprašeni, što ostavlja loš dojam o učiteljskoj nebrizi spram uloženog truda učenika, tvorca plakata.

SAŽETO:

Ako učiteljicu sagledavamo s dvije točke gledišta: osobne i profesionalne, preporuke su da na osobnom planu više iskazuje empatičnosti i uvažavanja, a na profesionalnom više inovativnosti.

U _____

Stručni suradnik psiholog:
Vesna Rak, prof.

PRILOG BR. 5

(pripremila Vesna Rak)

ŠKOLSKI RAZVOJNI PLAN

| <p>PRIORITETNO PODRUČJE UNAPRJEĐENJA</p> | <p>CILJEVI</p> | <p>METODE I AKTIVNOSTI ZA OSTVARIVANJE CILJEVA</p> | <p>NUŽNI RESURSI</p> | <p>DATUM DO KOJEGA ĆE SE CILJ OSTVARITI</p> | <p>OSOBE ODGOVORNE ZA PROVEDBU AKTIVNOSTI</p> | <p>MJERLJIVI POKAZATELJI OSTVARIVANJA CILJEVA</p> |
|---|---|--|--|--|--|---|
| <p>Znanja i vještine iz predmeta prirodoslovlja (fizika, biologija, kemija, matematika)</p> | <p>Podići motivaciju učenika i povećati razinu obrazovna postignuća učenika</p> | <p>Primijeniti primjeren upitnik o motivaciji, statistički obraditi podatke i utvrditi razinu motivacije učenika na početku godine. Primijeniti primjeren upitnik o zadovoljstvu učenika.</p> | <p>Novac za upitnike, vrijeme za konstrukciju, primjenu i obradu upitnika, stručna znanja psihologa.</p> | <p>Do 31. listopada 2009. Do 31. svibnja 2009.</p> | <p>Psiholog</p> | <p>Ponovno primijeniti upitnik nakon godinu dana i utvrditi razinu motivacije. Broj kašnjenja učenika na nastavni sat. Usporediti broj neopravdanih izostanaka učenika u 7. i 8. razredu. Rezultati upitnika o zadovoljstvu učenika na kraju godine.</p> |
| <p>Stručno usavršavanje i profesionalni razvoj djelatnika škole</p> | <p>Preispitati i unaprijediti osobnu praksu. Povećati motivaciju djelatnika za profesionalni razvoj. Stići nove kompetencije i proširiti stručna znanja. Podići razinu atraktivnosti škole.</p> | <p>Akcijsko istraživanje. Primijeniti upitnik o motivatorima na početku edukacije. Predavanja i radionice. Pratiti izvođenje nastave drugih učitelja (sustručnjaka i nesustručnjaka) u školi kroz mentorstvo u paru. Surađivati s „kritičkim prijateljem“ iz redova Školskog tima za kvalitetu. Sudjelovati na tematskim seminarima. Predavanja i radionice vanjskih stručnjaka u školi.</p> | <p>Stručno znanje o svrsi i strukturi akcijskog istraživanja. Vrijeme za konstrukciju i primjenu upitnika te obradu rezultata. Stručna literatura. Vrijeme za pripremu i održavanje predavanja i radionica te akcijskog istraživanja. Stručna znanja psihologa i pedagoga. Vrijeme za praćenje nastave. Vrijeme za mentorske konzultacije.</p> | <p>Tijekom nastavne godine.</p> | <p>Svi učitelji razredne i predmetne nastave i PB-a. Psiholog i pedagog. Članovi Školskog tima za kvalitetu.</p> | <p>Izvršjeće akcijskog istraživanja (intervjui s učenicima, anketni upitnici za učenike, evaluacije rada učenika od strane učenika, dnevnik istraživanja, fotografije i dr.) Utvrđiti razinu motivacije na kraju edukacije ponovnom primjenom upitnika. Rezultati evaluacije predavanja i radionica. Broj praćenih nastavnih satova po učitelju. Rezultati evaluacijskog upitnika o ostvarenom unaprjeđenju učiteljske prakse za „kritičkog prijatelja“.</p> |

| PRIORITETNO PODRUČJE UNAPREĐENJA | CILJEVI | METODE I AKTIVNOSTI ZA OSTVARIVANJE CILJEVA | NUŽNI RESURSI | DATUM DO KOJEGA ĆE SE CILJ OSTVARITI | OSOBE ODGOVORNE ZA PROVEDBU AKTIVNOSTI | MJERLJIVI POKAZATELJI OSTVARIVANJA CILJEVA |
|---|---|---|---|--|--|--|
| Radno ozračje | <p>Poboljšati suradnju učitelja i stručnih suradnika u odgojno-obrazovnom procesu.</p> <p>Poboljšati komunikaciju učitelja i stručnih suradnika.</p> <p>Poboljšati međusobnu suradnju kolega učitelja u odgojno-obrazovnom procesu.</p> | <p>Provođenje ciljanih radionica.</p> <p>Primijeniti primjeren upitnik, statistički obraditi podatke i odrediti razinu zadovoljstva svih sudionika u komunikaciji.</p> <p>Predavanje i radionica za djelatnike škole na temu uspješnijeg komuniciranja uz evaluacijski upitnik.</p> <p>Dogovoriti način rješavanja konfliktnih situacije prema internom Protokolu o jedinstvenom postupanju učitelja i stručne službe u ostvarivanju odgojno-obrazovnog cilja u OŠ Pantovčak.</p> | <p>Priprema za provođenje radionica.</p> <p>Novac za upitnike, vrijeme za konstrukciju, primjenu i obradu upitnika, stručna znanja psihologa.</p> <p>Vrijeme za sastanke, stručna znanja učitelja, stručna znanja stručnih suradnika, stručna literatura.</p> | <p>Po potrebi tijekom godine.</p> <p>Do 30. studenog 2009.</p> <p>Po potrebi tijekom godine.</p> | <p>Psiholog</p> <p>Psiholog</p> <p>Psiholog</p> <p>Psiholog i pedagog</p> | <p>Broj izvedenih radionica i rezultati evaluacije.</p> <p>Utvrđiti razinu zadovoljstva komunikacijom na kraju godine ponovnom primjenom upitnika.</p> <p>Rezultati evaluacije kvalitete predavanja i radionice.</p> <p>Broj sastanaka.</p> <p>Broj riješenih situacija i situacija u rješavanju u odnosu na konfliktnu.</p> |
| Odnos učenika prema drugim učenicima i školi | <p>Poticati i razvijati demokratski duh kod učenika, osjećaj pripadnosti razredu, pozitivan stav prema školi.</p> <p>Razvijati kod učenika poštovanje i toleranciju prema drugim učenicima te uvažavanje razlika.</p> <p>Razvijati emocionalnu inteligenciju učenika.</p> <p>Potaknuti osobni i socijalni razvoj učenika (konstruktivno rješavanje problema, nenasilna komunikacija, solidarnost).</p> <p>Senzibilizirati učenike za kvalitetnije međuljudske odnose.</p> | <p>Unaprijediti kvalitetu rada Vijeća učenika izradom i provedbom programa rada za ostvarenje zactanih ciljeva.</p> <p>Provoditi tematske radionice na satovima SR0-a.</p> <p>Održavati tematska predavanja.</p> | <p>Vrijeme za sastanke Vijeća učenika.</p> <p>Vrijeme za pripremu radionica i predavanja te projekta.</p> <p>Pedagoško-psihološka znanja učitelja, stručna znanja pedagoga i psihologa, stručna literatura.</p> <p>Suradnja s vanjskim stručnjacima.</p> <p>Tehnička pomagala</p> | <p>Tijekom nastavne godine.</p> | <p>Psiholog i pedagog</p> <p>Psiholog, pedagog, razrednici i ostali učitelji</p> | <p>Evaluacijski rezultati članova Vijeća učenika.</p> <p>Rezultati evaluacijskih izvješća razrednika o provedenim radionicama i održanim predavanjima</p> |

Marina Gulin

3.3.5. Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih i psihološka intervencija

„Mentalno zdravlje je stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici.“ (WHO, 2001.)

3.3.5.1. Rizici za mentalno zdravlje u djetinjstvu i mladenaštvu

Hoće li tijekom djetinjstva i mladenaštva ostvariti razvojne zadatke i u odrasloj dobi moći ostvarivati svoje potencijale, nositi se s normalnim životnim stresom, te produktivno i plodno raditi i pridonositi zajednici ne ovisi samo o pojedincu – djetetu, a kasnije mladoj osobi. Koliko će učinkovito pojedinac koristiti prilike koje vode k jačanju, pridonose razvoju svojih potencijala i izbjegavati rizike koji vode u destrukciju i propadanje mlade osobe, u velikoj mjeri ovisi o uspješnosti odgojnog procesa u obitelji i uspješnosti procesa obrazovanja. Kako će uspješno obiteljski odgoj i proces institucionalnog odgoja i obrazovanja ostvariti svoju funkciju ovisi o mnogim zaštitnim i rizičnim čimbenicima. Zaštitni čimbenici povezani su sa smanjenjem mogućnosti javljanja neprihvatljivih ponašanja i nepovoljnih ishoda, a rizični ih čimbenici čine vjerojatnima. Svrhovita skrb društva za djecu i mlade, usmjerena razvoju i odgoju odgovornih, produktivnih i plodnih članova zajednice, u svom djelovanju treba pružati učinkovitu potporu obitelji u ostvarenju odgojne funkcije, a proces institucionalnog odgoja i obrazovanja učiniti što je moguće svrhovitijim. U djelovanju usmjerenom prevenciji, odnosno smanjenju rizika za javljanje nepoželjnih ponašanja kod djece i mladih potrebno je obuhvatiti osnaživanje zaštitnih čimbenika i smanjivanje utjecaja rizičnih čimbenika.

U istraživanjima usmjerenim poboljšanju sustava prevencije ovisnosti Nacionalni institut za istraživanje zlouporabe droga SAD (Cire, 2002.; prema Sakoman, 2009. -1) utvrdio je najznačajnije zaštitne i rizične čimbenike:

Zaštitni čimbenici:

- čvrste i pozitivne obiteljske veze
- nadzor roditelja nad aktivnostima svoje djece i njihovih vršnjaka
- jasna pravila ponašanja koja se dosljedno provode unutar obitelji
- uključenost roditelja u život svoje djece
- uspjeh u školovanju
- čvrste veze s institucijama poput školskih i vjerskih organizacija
- usvajanje (prihvatanje) ustaljenih normi o uporabi droge.

Rizični čimbenici:

- kaotična obiteljska okolina, posebno ona u kojoj roditelji zlorabe drogu ili boluju od duševnih bolesti
- neučinkovito roditeljstvo, posebice s djecom teške naravi ili s poremećajima u ponašanju
- nedostatak veza roditelj-dijete i nedostatak odgoja
- neprikladno, povučeno ili agresivno ponašanje u razredu
- neuspjeh u školovanju
- loše sposobnosti (vještine) snalaženja u društvu
- druženje s vršnjacima koji su skloni devijantnom ponašanju
- opažanje odobravanja uporabe droge unutar obitelji, posla, škole, vršnjaka i zajednice.

Istraživanja su potvrdila da navedeni čimbenici osim na uzimanje droge utječu i na druge oblike neprihvatljivog ponašanja, poput nasilja kod mladih, mladenačke delikvencije, prekida školovanja, rizičnog seksualnog ponašanja i maloljetničke trudnoće.

Navedeni zaštitni i rizični čimbenici neprihvatljivog ponašanja mladih vrlo jasno upućuju na zaštitnu ulogu obitelji, odnosno na nefunkcionalnost obitelji kao značajan čimbenik rizika. Drugo, važna zaštitna područja su školska uspješnost i vršnjačko okruženje. Školska (ne)uspješnost nije samo problem i pokazatelj uspješnosti djeteta i njegovih roditelja, već jednako tako problem i pitanje uspješnosti škole u ostvarenju odgojnih i obrazovnih ciljeva, među kojima je svakako značajan cilj spremnost mlade osobe za ulazak u svijet rada. Kvaliteta vršnjačkog okruženja djece i mladih, osim što je područje odgojnog utjecaja roditelja svakog pojedinog učenika, rezultat je i uspješnosti ostvarenja odgojno-obrazovnih ciljeva škole, odnosno ostvarenja odgojne funkcije škole.

3.3.5.1.1. Zaštitni i rizični čimbenici u obitelji

Uloga obitelji u sazrijevanju i osamostaljivanju djece može biti dvojaka. Obiteljski odgoj može biti vrlo snažan zaštitni čimbenik, a isto tako obiteljsko funkcioniranje može biti snažan čimbenik rizika za javljanje nepoželjnog ponašanja djece. Poznavanje načina na koji funkcioniranje obitelji sudjeluje u nastanku nepoželjnih ponašanja, kao i poznavanje načina na koji obitelj ostvaruje svoju zaštitnu ulogu u procesu odrastanja djeteta omogućuje učinkovite intervencije usmjerene poboljšanju funkcioniranja obitelji, a u svrhu prevencije problema i unaprjeđenja mentalnog zdravlja djece i mladih.

Način djelovanja zaštitnih i rizičnih čimbenika u procesu odrastanja djeteta, odnosno njihov utjecaj na javljanje ovisničkog ponašanja mladih, detaljno je pojasnio Sakoman (2009.; 2009.). Navodi da je za uspješnost odgoja djeteta ključno roditeljsko umijeće vođenja procesa odrastanja, što se posebno ogleda tijekom adolescencije djece u načinu na koji roditelji uspijevaju održavati optimalnu ravnotežu između dviju naoko suprotstavljenih težnji:

1. održavanja kontrole (nadzora nad ponašanjima djece „vani“, koji iz godine u godinu tijekom adolescencije mora biti sve manji i suptilniji)

2. poticanja procesa separacije i socijalnog sazrijevanja davanjem sve veće slobode.

Autoritativni odgojni pristup i dinamično održavanje uravnoteženosti između kontrole i poticanja procesa osamostaljivanja daje najbolje rezultate u odgoju djece, uz uvjet da je odnos između roditelja i djece utemeljen na bezuvjetnoj ljubavi, a usmjeravanje na poželjno ponašanje postiže se prvenstveno pohvalom i ohrabriranjem.

Rizični čimbenici za neuspjeh roditelja u vođenju procesa odrastanja djece, koji značajno pridonose preranom ili prenaplom gubitku nadzora roditelja nad ponašanjem svoje djece te njihovoj usmjerenosti vršnjacima koji ekstremno pokazuju svoju slobodu otkačenim ponašanjem i konzumiranjem droga su:

- autoritaran odgojni pristup u kojem roditelji na vrlo krut način postavljaju svoje zahtjeve i određuju granice, a usmjeravanje djece prema (za njih) poželjnom ponašanju ostvaruju prvenstveno stalnim prijetnjama, kaznom i drugim neugodnim posljedicama koje će imati ako nešto ne učine ili učine krivo
- liberalan odgojni pristup u kojem roditelji djeci daju veliku autonomiju, slobodu i povjerenje uz slabu kontrolu i nadzor
- prezaštitnički odgojni pristup u kojem roditelji onemogućuju separaciju te pokušavaju s djecom stvoriti i održavati simbiotski odnos, pri tom se podređuju dječjim željama i zahtjevima, u svemu im udovoljavaju propuštajući ih učiti redu, radu i odgovornosti
- disfunkcionalnost odgoja u odnosu na individualne značajke i različitost potreba pojedinog, ali „normalnog“ djeteta, kad se može raditi o nevjestosti roditelja da odgojni pristup individualno prilagodi.

Tijekom adolescencije, kada se proces separacije ubrzava, ometa ili opstruira, najviše dolaze do izraza posljedice neuspješno vođenog procesa osamostaljivanja djeteta. Posebno su riziku izloženi tinejdžeri opterećeni obiteljskom patologijom, odrasli u obiteljima u kojima je teže poremećena komunikacija među roditeljima i u kojima vlada nesuglasje. Visokorizični su tinejdžeri koji su u teškim konfliktima s roditeljima, oni koji u životu imaju više problema (npr. u obitelji i školi) i koji se zbog toga loše osjećaju, kao i nježno odgajani koji su tijekom života bili frustrirani zbog odvajanja od roditelja, te tinejdžeri koji su uz konflikte ili bez njih naglo izmakli kontroli roditelja, a nisu bili adekvatno pripremljeni za snalaženje u prostoru slobode koju su osvojili.

U procesu nastanka nepoželjnih ponašanja djece i mladih ključnu ulogu ima disfunkcionalni odgoj. Sakoman (2009., 1.) navodi pojavne oblike disfunkcionalnosti odgoja u obitelji i/ili školi:

- neprilagođavanje odgojnog pristupa u odnosu na razvojnu fazu odrastanja (dob) djeteta
- neprilagođen (krivi) odgojni pristup u odnosu na individualne ili specifične potrebe pojedinog „normalnog“ djeteta (učenika)
- neprilagođen (nestručni) odgojni pristup prema djeci (učenicima) koja su rizična i teže odgojiva zbog „teške“ naravi
- izostanak bilo kakvog odgoja ili izloženost djece patnji i frustracijama zbog teškog poremećaja strukture obiteljskog sustava (raspad obitelji, bolest obiteljskih odnosa)

ili se radi o bolesnim interpersonalnim odnosima na relaciji djeca–odgajatelj, kojima učenici mogu biti izloženi u školi.

Zbog važnosti odgojne uloge u prevenciji ovisnosti o drogama i drugih nepoželjnih ponašanja mladih, zauzima se da školski preventivni programi budu integralni dio odgojno-obrazovnog procesa. Glavne točke koje se odnose na primarno-preventivnu aktivnost škola su afirmacija uspješnog roditeljstva, učenje životnih vještina, specifična edukacija o štetnim posljedicama uzimanja sredstava ovisnosti i pravovremeni diskretni personalni zaštitni programi za rizičnu djecu.

3.3.5.1.2. Školska (ne)uspješnost

Osim što je školska uspješnost snažan zaštitni čimbenik za zdravo i uspješno odrastanje, ona je zbog svojih posljedica na zapošljivost i konkurentnost na tržištu rada značajan čimbenik mentalnog zdravlja odrasle osobe. Pretpostavka za uspješno osamostaljivanje u mladoj odrasloj dobi je zapošljivost, odnosno odgovarajuće obrazovanje koje omogućuje ulazak u svijet rada i ponovno zapošljavanje nakon mogućeg gubitka posla. Gledajući i iz ovog zornog kuta, školska neuspješnost nadilazi razinu problema pojedinca i njegove obitelji i ukazuje na nužnost sustavnog bavljenja školskom neuspješnošću na razini društva. Potreba za učinkovitom prevencijom školske neuspješnosti ukazuje na nužnost da se pri razmatranju čimbenika teškoća u učenju i školske neuspješnosti žarište interesa usmjeri s pojedinca i njegove unutarnje prirode na okolinu u kojoj se odvija proces učenja, na kurikulum, uključujući i prikriveni kurikulum.

Koncept rada s učenicima s poteškoćama u učenju usmjeren prevenciji školske neuspješnosti razradile su Magajna i suradnice (2008.). Suvremeni pristupi u području učenja i podučavanja usmjereni su na interaktivnu prirodu procesa učenja te na utjecaj neusklađenosti značajki učenika i okoline u kojoj se odvija proces učenja (metode, gradivo, materijali, klima i sl.) pri nastajanju teškoća. Zbog postizanja bolje usklađenosti te kompetencija za učenje i psihosocijalnih kompetencija učenika i okoline, ovi pristupi naglašavaju planiranje i izvedbu značajnih promjena u okolini kao i tretman djeteta. Iz vidika interakcijskog pristupa autorice poteškoće u učenju dijele na tri tipa:

Tip I. Uzroci poteškoća primarno su u okolini učenika

U ovu skupinu spadaju poteškoće pri učenju koje su posljedica kulturne i ekonomske prikraćenosti, nedovoljnoga ili neodgovarajućeg podučavanja i prikrivenog kurikuluma, teškoće povezane s višejezičnošću i višekulturalnošću te s trajnijim stresnim podražajima u obitelji. Ovdje spadaju, primjerice, djeca koja se zateknu u okolini koja je po vrijednostima, aspiracijama i navikama potpuno različita od njihove obiteljske, djeca koja slabo znaju jezik na kojem se odvija podučavanje, djeca izložena stalnom stresu u obiteljskom okruženju ili u razredu odnosno u školi te djeca koja iz bilo kojeg razloga često izostaju s nastave, mijenjaju učitelje ili škole.

Tip II. Uzroci poteškoća su u kombinaciji čimbenika (uzajamnoj interakciji) među pojedincem i okolinom

U pojedinom djetetu ili pojedincu su određeni unutarnji čimbenici koji znače veću

ranjivost, veću sklonost razvoju određenih općih ili specifičnih poteškoća učenja. Premda će se poteškoće u učenju jasno pojaviti jedino ako okolina nije planirana i osposobljena za odgovarajuće rješavanje tih ranjivosti, posebnosti ili sklonosti. Ovdje spadaju, primjerice, djeca s blažim poteškoćama u učenju, djeca i mladi s epilepsijom ili drugim kroničnim oboljenjima te poteškoće koje nastupe kao posljedica odgoja u obitelji ili u školi, koji je neusklađen sa značajkama djetetova temperamenta.

Tip III. Uzroci poteškoća primarno su u pojedincu

Ovo mogu biti neurološki poremećaji, razvojne ili motivacijske specifičnosti, umjerene do teže specifične poteškoće u učenju, itd. Ovaj tip poteškoća obično je najozbiljniji, kroničan i često uključuje više područja. Djeca s ovim tipom poteškoća vjerojatno će uvijek imati poteškoće i potrebna će im biti veća prilagodba u okolinama koje su obično odgovarajuće. Najveću skupinu ovog tipa poteškoća čine učenici s umjerenim i prije svega težim oblikom specifičnih poteškoća učenja, na primjer djeca s epilepsijom kad epilepsiju prate specifični poremećaji učenja ili posljedice dodatnih oštećenja mozga.

U svrhu učinkovitog prepoznavanja i planiranja pomoći pojedinom učeniku s poteškoćama u učenju ova jako heterogena skupina dijeli se na nekoliko podskupina, koje zbog čestih kombinacija poteškoća i interakcijskih utjecaja nije moguće jasno razlikovati. Magajna i suradnice (2008.) navode sljedeće podskupine:

- lakše i umjerene specifične poteškoće u učenju i jezične poteškoće
- poteškoće u učenju zbog smetnji pozornosti i hiperaktivnosti
- poteškoće u učenju zbog sporijeg općeg razvoja
- poteškoće u učenju zbog slabije razvijenih samoregulacijskih vještina
- poteškoće u učenju zbog nedostane motivacije za učenje
- emocionalno uvjetovane poteškoće u učenju
- poteškoće u učenju zbog bilingvizma te socijalno-kulturalne različitosti
- poteškoće u učenju zbog socijalno-ekonomske prikraćenosti

te naglašavaju da bi škola trebala posvetiti pozornost i učenicima s blažim vidnim, slušnim, govornim i/ili motoričkim oštećenjima.

Specifične poteškoće u učenju suvremeni pristupi pojašnjavaju s pojmom „neurorazličitosti“, neurorazvojne varijacije kod koje učenje ne teče na isti način. Radi se o prisutnosti drukčije moždane organizacije koja daje prednost određenim drugim načinima obrade informacija, a teškoće proizlaze iz neusklađenosti neurorazvojnog profila sa zahtjevima okoline (Magajna, 2011.). Na neurorazvojnu varijaciju ne bismo smjeli gledati kao na neke vrste patologije jer svi učenici imaju svoje jedinstvene neurorazvojne profile, svoje kombinacije jakih i slabih područja (Pohlman, 2008.; prema Magajna, 2011.).

Proces prepoznavanja i otkrivanja učenika koji imaju poteškoće u učenju treba biti usmjeren pružanju pomoći djetetu te davanjem povratnih informacija podržavati prije svega napredovanje učenika, pomoći im da sami uče, poboljšaju procese učenja i bolje napreduju. Dijagnostičko procjenjivanje mora razotkriti čimbenike koji ometaju proces usvajanja neke aktivnosti učenja (npr. tehnike glasnoga čitanja) i tako nadići dodjeljivanje

oznaka i uvrštavanje pojedinaca s određenim problemom pri učenju u neku kategoriju (Pohlman, 2008.; prema Magajna, 2011.). Dijagnostičkim procjenjivanjem poteškoća u učenju koje:

- omogućuje uvid u napredovanje učenika izvođenjem sustavnog opažanja, pitanja i testiranja
- daje učenicima bolju mogućnost za razvijanje samovrjednovanja osobnog napretka
- omogućuje detaljniji uvid u poteškoće učenika,

učenicima se pruža potrebna potpora i pomoć u učenju te razvija rezilijentnost i omogućuje planiranje dugoročnije pomoći (Magajna, 2011.). Procjenjivanje je na cjelinu usmjeren proces koji može uključivati bilo koji vidik djetetovog odgojno-obrazovnog funkcioniranja. Može se koristiti u svrhu probira, identifikacije vrste poteškoća u učenju, utvrđivanja intenziteta poteškoća i potrebe po usmjeravanju, planiranja ili oblikovanja programa pomoći pojedinom djetetu, praćenja učenikova napredovanja te evaluacije adekvatnosti programa.

Magajna i suradnice (2008.) definiraju načela po kojima se profesionalci koji rade s učenikom i drugi pomagači trebaju ravnati kako bi osigurali učinkovitost pomoći kod poteškoća u učenju. Da bi pomoć bila učinkovita treba biti cjelovita, interdisciplinarna i u partnerskoj suradnji s roditeljima. Treba biti usmjerena otkrivanju i poticanju djetetovih jakih područja, njegovoj uključenosti te poticanju unutarnje motivacije i samoodređenosti. Tijekom pružanja pomoći djetetu treba postavljati optimalne izazove, pomoć odgovorno i planirano provoditi te vrjednovati učenikov napredak. Pomoć djetetu s poteškoćama u učenju treba biti usmjerena dugoročnom osiguravanju kvalitetnoga življenja unatoč nedostacima, odnosno poteškoćama.

3.3.5.2. Prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih

Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja, odnosno osobnih i okolinskih rizika za mentalno zdravlje djece i mladih, kao i zaštitnih čimbenika, od velike je važnosti za pravovremenu i učinkovitu intervenciju, za prevenciju problema, unaprjeđenje mentalnog zdravlja i stvaranje pretpostavki za ostvarenje potencijala te dobrobit u životnoj perspektivi.

Učinkovite strategije za rano uočavanje rizika za mentalno zdravlje djece i mladih, osim probirnih postupaka, su osvještavanje roditelja i svih profesionalaca koji su u kontaktu s njima o rizicima, važnosti diskretnog prepoznavanja problema i otkrivanja osobe s rizikom, na način koji potpomaže savladavanje problema te za pružanje potpore u granicama svojih mogućnosti i kompetencija. U provedbi ovih strategija važno je da su svi profesionalci svjesni svojih mogućnosti i ograničenja te svjesni svoje osobne i profesionalne odgovornosti za dobrobit djeteta.

Psihološko dijagnostičko procjenjivanje

Donošenje psihološke dijagnostičke procjene djeteta ili adolescenta je proces koji uključuje korištenje nestandardiziranih i standardiziranih postupaka procjenjivanja jakih i slabih strana, razvojnih mogućnosti i potreba, interakcije s roditeljima, vršnjacima i u školi, u

svrhu procjene rizika za njegovo mentalno zdravlje i dobrobit, kao i procjenu zaštitnih čimbenika te resursa za podršku u obitelji i školi, koju bismo u planiranju i provedbi potpore i pomoći mogli koristiti. Strategiju primjene pojedinih postupaka dijagnostičkog procjenjivanja prilagođavamo aktualnom problemu, potrebama i mogućnostima djeteta, svrsi procjenjivanja, te situaciji u kojoj procjenjivanje vršimo. Važno je da je proces psihološkog dijagnostičkog procjenjivanja vođen na način da uz slabe strane uvijek osvjetljava i jake strane, podiže svjesnost o mogućnostima za nadvladavanje problema, te usporedno koristi sve raspoložive resurse za potporu djetetu ili adolescentu, u obitelji, školi i među vršnjacima.

Korištenje neformalnih strategija može znatno pridonijeti otkrivanju potreba pojedinca i planiranju učinkovite pomoći. Osim što je njihov doprinos nezamjenjiv u procjenjivanju socijalnog funkcioniranja osobe, kvalitativne metode nam omogućuju uvid u procese (metakognitivne vještine, organizacija, kvaliteta mišljenja) koji su jako važni za razumijevanje neke vještine ili znanja, ili razotkrivanje prepreka učinkovitijem učenju. Neformalni (alternativni) načini procjenjivanja omogućuju sakupljanje relevantnih informacija na područjima koja su s obzirom na spoznaje kognitivne teorije i suvremenih istraživanja učenja središnjeg značenja za postizanje optimalnog razvoja potencijala, posebno pri iznimnim učenicima: na području samoregulacije, metakognicije, kvalitete mišljenja i razumijevanja, transfera učenja i korištenja povratnih informacija za napredovanje u učenju (Lupart, 2004.; prema Magajna, 2011.).

Dijagnostičkim procjenjivanjem djeteta usmjereni smo na čimbenike u samoj prirodi, razvojnim obilježjima i sposobnostima djeteta kao i na čimbenike u odgojnom pristupu roditelja, usklađenosti odgojnog pristupa roditelja i značajki prirode djeteta, te na čimbenike funkcioniranja obitelji. Dijagnostičkim procjenjivanjem učinkovitosti djeteta u području učenja usmjereni smo u otkrivanje čimbenika koji ometaju učenje u samom djetetu ili tinejdžeru kao i u njegovoj okolini u kojoj se odvija proces učenja. Kod procjenjivanja funkcioniranja djeteta ili tinejdžera u odnosu s vršnjacima također smo usmjereni na čimbenike unutar pojedinca i čimbenike unutar vršnjačke skupine. U okviru samog procesa procjenjivanja potrebno je pozornost usmjeriti na utvrđivanje jakih područja, koja djetetu ili tinejdžeru omogućavaju kompenziranje poteškoća i dobro funkcioniranje unatoč ustrajanju teškoća te analizirati povoljan utjecaj zaštitnih čimbenika u okolini.

Kod dijagnostičkog procjenjivanja poteškoća u učenju analiza mora obuhvatiti proučavanje mogućih interaktivnih utjecaja i neusklađenosti između značajki učenika i njegovog stila učenja te značajki poučavanja i okoline u kojoj se odvija proces učenja (Magajna, 2011.). Glavni ciljevi dijagnostičkog procjenjivanja poteškoća u učenju (Reid, 1999.; prema Magajna, 2011.) su:

- identificirati opća jaka područja učenika i slabosti
- utvrditi aktualnu razinu djetetove izvedbe i postignuća
- objasniti nedostatak napretka
- identificirati one vidike učenikove izvedbe pri čitanju, pisanju, računanju, pravopisu i

- drugim školskim spretnostima, koje su svojstvene za tipičan „uzorak pogriješaka“
- identificirati specifična područja kompetentnosti
- razumjeti učenikov stil učenja
- utvrditi pokazatelje u kurikulumu koji mogu biti zanimljivi učeniku ili ga motivirati.

Svrha je dijagnostičkog procjenjivanja procijeniti vrstu i intenzitet poteškoća djeteta, te potrebu po dodatnoj, prilagođenoj ili posebnoj pomoći. Kvalitativnim metodama dobivena procjena izvrsna je podloga za primjenu standardiziranih postupaka koji uključuju korištenje testova općih i specifičnih sposobnosti, emocionalnog i socijalnog funkcioniranja te za preciznije identificiranje prirode problema djeteta. Za donošenje potpunije i preciznije psihološke dijagnostičke procjene često je vrlo korisno primijeniti i tehniku funkcionalne analize ponašanja.

Funkcionalna procjena ponašanja

Kad su kod djeteta ili adolescenta prisutni problemi ponašanja – neprilagođeno, nepoželjno, socijalno neprihvatljivo ponašanje, te bilo koje ponašanje koje negativno utječe na njegovo učenje, funkcioniranje, zdravstveno stanje ili na funkcioniranje i dobrobit drugih u njegovoj okolini, da bismo dobili što bolji uvid u ponašanje i mogli planirati odgovarajući tretman uputno je napraviti funkcionalnu procjenu ponašanja.

Funkcionalna procjena ponašanja je neformalna tehnika procjenjivanja namijenjena sakupljanju informacija u svrhu planiranja pozitivnog ponašajnog plana za učenike s manje primjerenim ponašanjem (Taylor, 2009.; prema Pulec Lah, Janjušević, 2011.). Funkcionalnom procjenom ponašanja razmatramo odnose među čimbenicima koji mijenjaju i održavaju određeno ponašanje (Pulec Lah, Janjušević, 2011.), kako bismo:

- utvrdili kakvu svrhu ili funkciju ima ponašanje pojedinca, koje označavamo kao problematično, ometajuće, manje primjereno ili nepoželjno
- utvrdili kako različiti čimbenici u okolini uvjetuju javljanje, ustrajanje ili intenziviranje manje primjerenog ponašanja
- na temelju utvrđenih spoznaja ciljano planirali pristup, odnosno tretman za ublažavanje ometajućeg ponašanja, odnosno za nadomještanje tog ponašanja s prihvatljivijim.

Postoje različiti pristupi funkcionalne procjene ponašanja i svaki uključuje ponešto različit niz postupaka, ali svima su zajednički sljedeći osnovni koraci (O’Neill i dr., 1997.; prema Pulec Lah, Janjušević, 2011.):

1. Identifikacija i opis ponašanja koje tretiramo, uključujući i sklopove uzoraka ponašanja koja se obično javljaju zajedno.
2. Identifikacija ciljeva koji utječu na ponašanje:
 - identifikacija događaja, razdoblja, situacija, koje izazivaju ponašanje ili najavljuju kad će se neprimjereno ponašanje javiti ili se neće javiti tijekom različitih tipičnih dnevnih rutina
 - identifikacija posljedica koje utječu na neprimjereno ponašanje (održavaju, potiču, ublažavaju).

3. Oblikovanje i provjeravanje hipoteza koje objašnjavaju ponašanje (opisuju specifično ponašanje, specifičnu vrstu situacije, u kojoj se javlja ponašanje) te posljedice ili potkrjepljenja koja održavaju ponašanje u toj situaciji.
4. Oblikovanje plana pozitivne potpore ponašanja.

U postupku procjenjivanja ponašanja koristimo neposredno promatranje djeteta i intervju s djetetom i drugim osobama koje poznaju dijete i njegovo ponašanje (roditelji, učitelji, drugi), a prema potrebi i dostupnu dokumentaciju o djetetu te njegove uratke. Preporučljivo je da su u postupak procjenjivanja ponašanja djeteta uključeni roditelji. Djetetovo ponašanje opserviramo u različitim okruženjima i situacijama. Pri procjenjivanju usmjeravamo pozornost na učestalost, trajanje i intenzivnost promatranog ponašanja, a prema specifičnostima ponašanja biramo različite strategije promatranja. Ponašanje odredimo s obzirom na okolnosti u kojima se ponašanje javlja, čimbenik koji je izazvao ponašanje i posljedice ponašanja. Pri tom razmotrimo i čimbenike i posljedice koji se povezuju s poželjnim ponašanjem. Pri analizi okolnosti u kojima se ponašanje javlja uzimamo u obzir moguće uzroke iz neposredne okoline, šire okoline i čimbenike koji mogu proizlaziti iz samog djeteta. U opisu ponašanja detaljno opišemo ponašanje-događaj, te zabilježimo učestalost, trajanje, intenzitet, vrijeme koje prođe od čimbenika koji je izazvao ponašanje do reakcije i gdje se ponašanje javlja.

Psihološki pregled djeteta (ili adolescenta)

Kada procijenimo da vrsta i intenzitet poteškoća ili neadaptiranosti kod djeteta ili adolescenta zahtijevaju specifičniji pristup tretmana, u svrhu potpunije i podrobnije identifikacije prirode poteškoća i planiranja odgovarajućeg tretmana koristimo kvalitativne i standardizirane kvantitativne pristupe procjenjivanja, objedinjene u psihološkom pregledu djeteta (adolescenta). Cilj psihološkog pregleda djeteta ili adolescenta je dobivanje što cjelovitije i podrobnije slike o njemu i njegovom funkcioniranju, u svrhu planiranja odgovarajuće potpore i pomoći.

Krajnji je cilj i svrha psihološkog procjenjivanja djeteta pružanje pomoći u njegovom najboljem interesu. Za učinkovito postizanje ove svrhe psiholog mora identificirati i evaluirati značajne djetetove jake snage, izgleda i povoljne prilike u njegovu životu, jednako dobro kao i njegove kapacitete i nedostatke (Blau, 1991.). Stoga potpuni psihološki pregled (procjenjivanje) uključuje:

- 1 – procjena potreba određenih pritiscima okoline, koje djeluju ili bi mogle utjecati na dijete
- 2 – psihološko ispitivanje djeteta prema prethodno aktualiziranim pitanjima (problemima), što uključuje testiranja, mjerenja i druge načine sakupljanja podataka u svrhu pojašnjenja statusa i potencijala djeteta
- 3 – integriranje prethodno sakupljenih informacija o djetetu u ranijim fazama procjenjivanja, koje se mogu koristiti za oblikovanje razvojnih intervencijskih strategija i preporuka radi boljeg nošenja s uočenim nedostacima (problemima) u djetetovu razvoju

- 4 – priopćavanje i interpretiranje rezultata psihološkog procjenjivanja roditeljima i drugima koji sudjeluju u pružanju pomoći djetetu, u njegovom najboljem interesu
- 5 – procjena mogućih ishoda, potrebe po ponovnom pregledu ili intervencijskim strategijama i daljnje preporuke.

3.3.5.3. Psihološka intervencija usmjerena razvijanju rezilijentnosti i jačanju potencijala za napredovanje

Psihološka intervencija usmjerena razvijanju rezilijentnosti i jačanju potencijala za napredovanje, usmjerena je jačanju kapaciteta djeteta i njegovih roditelja za savladavanje problema, smanjivanju neusklađenosti odgojnog pristupa i značajki djeteta te oblikovanju potpore u okolini, široj obitelji, školi ili među vršnjacima. Njeni važni elementi su omogućavanje upoznavanja i razumijevanja, svjesnosti svojih jakih i slabih strana kod djeteta i roditelja te „pletanje mreže“ jakih strana kako bi ih se što učinkovitije koristilo za jačanje potencijala za napredovanje. Poznavanje i razumijevanje sebe, svjesnost svojih slabih i jakih područja, jača rezilijentnost pojedinca, povezano je s dugotrajnim povoljnim ishodima, unatoč ustrajnosti teškoća (Raskind, Goldberg, Higgins in Herman, 1999.; prema Magajna, 2011.).

Psihološka intervencija kod djeteta ili adolescenta počinje već samim razgovorom, konstatiranjem razloga dolaska psihologu te teče tijekom cijelog procesa dijagnostičkog procjenjivanja. Uz pomno biranje smjera i sadržaja, glavna „oruđa“ psihološke intervencije usmjerene razvijanju rezilijentnosti i jačanju potencijala za napredovanje tijekom procesa dijagnostičkog procjenjivanja su:

- način vođenja procesa dijagnostičkog procjenjivanja, koji osvjetljava problem kao jasan i ograničen, osvjetljava jake strane djeteta ili adolescenta, podiže svjesnost i mobilizira potencijal za savladavanje problema te za potporu i pomoć u neposrednoj okolini
- odnos prema djetetu ili adolescentu i njegovim roditeljima, koji krijepi njihovo samopoštovanje i samopouzdanje, pozitivno ih uvažava i prihvaća te razumije njihovo viđenje i odnos prema problemu.

Intervencija prema djetetu ili adolescentu

Psihološku intervenciju prema djetetu ili adolescentu usmjeravamo jačanju njegovog kapaciteta da učinkovito, u skladu sa svojim potrebama, vrijednostima i interesima, postavlja ciljeve i usmjerava svoje aktivnosti prema tim ciljevima, uvažavajući obilježja uvjeta okoliša. Pri tom da vješto i primjereno situaciji te svojim mogućnostima i ograničenjima, koristiti svoje sposobnosti, znanja i vještine te da to iskustvo uspješno integrira u potencijal za učinkovito savladavanje novih životnih situacija, na svoju dobrobit.

Intervencija obuhvaća psihološko podučavanje, savjetovanje i trening potrebnih vještina (Gulin, 2010.). Psihološkom podukom nastojimo djetetu ili adolescentu, primjereno uzrastu, pojasniti sve aspekte problema potrebne za njegovo razumijevanje situacije u kojoj se našao i iznalaženje rješenja. Primjereno uzrastu, zajedno s njim dogovorimo ciljeve, strategiju, sadržaj i oblik pomoći koju pružamo te zajedno izradimo plan uvježbavanja potrebnih vještina. Vodimo računa da su dogovoreni ciljevi djetetu ili adolescentu smisleni u njegovoj životnoj perspektivi, kao i da je sadržaj, obim, intenzitet, redoslijed i dnevni raspored vježbanja, trening, prilagođen potencijalu i specifičnom problemu djeteta ili adolescenta te zahtjevima okoliša. Kako bismo održali njegovu motiviranost za sudjelovanje u tretmanu, trening vještina treba biti koliko god je moguće osmišljen i integriran u stvarni život te dobro usklađen s ostalim aktivnostima. Sukladno potrebama djeteta ili adolescenta i procijenjenom prioritetu parcijalnih ciljeva unutar tretmana, podučavanje i trening vještina te primjenu stečenih vještina u konkretnim životnim situacijama pratimo psihološkim savjetovanjem.

Proces savjetovanja i primjenjivanja novih vještina u stvarnim životnim situacijama vodimo tako da djetetu i adolescentu omogućimo razumijevanje i uvid u sve aktualne aspekte problema koji rješavamo te da mu omogućimo stjecanje iskustva pozitivnog potkrjepljivanja u stvarnim životnim situacijama u kojima primjenjuje vještine. Intervenciju usmjeravamo jačanju njegovih samoregulacijskih kompetencija, kao i kompetencija za uspostavljanje kvalitetnih odnosa s okolinom te za korištenje potpore iz okoline, prije svega obitelji, škole i vršnjaka.

Intervencija prema obitelji djeteta ili adolescenta

Intervencija prema obitelji djeteta ili adolescenta usmjerena je oblikovanju poticajnog obiteljskog okruženja za zdrav razvoj i uspješno osamostaljivanje djeteta, odnosno usmjerena potpori uspješnom ostvarenju roditeljske uloge. Čudina-Obradović i Obradović (2003.) naglašavaju da je za uspješno roditeljstvo nužno provoditi postupke nadzora nad djetetovim aktivnostima, komunikacije s djetetom i sudjelovanja u zajedničkom odlučivanju, sudjelovanja u školskom učenju te postavljanja kriterija ponašanja i uspoređivanja stvarnog ponašanja s kriterijem. Dalje navode da je za uspješno roditeljstvo važno iskazivanje međusobnog poštovanja i ljubavi te brige za uključivanje u pozitivnu

skupinu vršnjaka i strukturiranost slobodnog vremena, kao i izbjegavanje negativnoga začaranog kruga „prkosni adolescent – oštre mjere”.

Koliko će roditelji biti uspješni u svojoj roditeljskoj ulozi ovisi o odgojnom stilu i njihovoj vještini vođenja procesa odrastanja djeteta. Samo kvalitetnim odnosom u autoritativnom vođenju procesa osamostaljivanja djeteta moguće je u mentalnom prostoru graditi savjest, izvorište intrinzične motivacije važne za poštivanje postavljenih granica, a ponašanje sukladno dobro izgrađenoj savjesti i poštivanje roditeljskih ograničenja garancija su djeci da će očuvati odnos s roditeljima (Sakoman, 2009., 2.).

Psihološku intervenciju usmjeravamo razvoju roditeljskih kompetencija potrebnih za uspješno prevladavanje aktualnog problema, kao i prema oblikovanju i prilagođavanju odgojnog stila djetetovim potrebama i značajkama. Posebno smo usmjereni na vještinu:

- postavljanja i pomicanja granica prema potrebama i razvojnim mogućnostima djeteta, onoliko koliko je ono sposobno preuzimati odgovornost za svoje ponašanje, a da ne nanese štetu sebi ili drugima
- na uspostavljanje pravila unutar tih granica koja pridonose razvijanju odgovornosti i međusobnog povjerenja djeteta i roditelja.

U određivanje ciljeva intervencije i vrjednovanju uspješnosti uključujemo i dijete i roditelje, a pri tom nastojimo postići njihovu što bolju usklađenost. Pri tom trebamo biti nepristrani, usmjereni usklađivanju njihovih međusobnih očekivanja. Vrlo često psihološka intervencija prema obitelji djeteta ili adolescenta započinje medijacijom, odnosno posredovanjem s ciljem ublažavanja ili rješavanja njihovog međusobnog konflikta (medijacija). Psihološka intervencija ponekad treba biti usmjerena i ublažavanju i rješavanju konflikta roditelja sa školom, odnosno unaprjeđivanju kompetencija roditelja za pomoć djetetu u učenju i suradnju sa školom.

Oblikovanje potpore u školskoj okolini

Intervenciju oblikovanja potpore učeniku u školskoj okolini usmjeravamo dogovaranju zajedničke strategije sa školom za provedbu potpore i pomoći učeniku u učenju i adaptaciji na školske zahtjeve i okruženje. U školi treba omogućiti podržavajuću razrednu klimu u kojoj nema stigmatiziranja i podržavati učenika u svladavanju problema. Usmjereni smo oblikovanju uvjeta u razredu koji će omogućiti optimalno napredovanje učenika s poteškoćama u učenju i ponašanju, u granicama određenim školskim pravilima. Pri tom, trebamo voditi računa da intervencije ne krše školska pravila, te da intervencija u školsko okruženje ne nanese štetu učeniku na drugi način, da ga ne stigmatizira i na taj način stupnjuje problem ili izazove novi problem s vršnjacima ili nastavnicima.

U intervenciji nastojimo osnažiti partnerski odnos roditelja i škole. Za oblikovanje odgovarajuće potpore učeniku u školi važno je da škola i roditelji uspostave partnerski odnos koji nije opterećen traženjem odgovornosti (krivnje) za učenikov neuspjeh, u jednom ili drugom smjeru, već da zajedno dogovore i usklade odgovarajuću podršku učeniku u izvršavanju školskih obveza, kod kuće i u školi (Gulin, 2010.).

Ponekad u posredovanju prema školi intervenciju usmjeravamo i podršci učitelju, u nošenju sa zahtjevnom i za njega stresnom situacijom u učenikovu razredu ili u odnosu prema roditeljima koji ne pokazuju dovoljno spremnosti za suradnju.

Literatura:

1. Blau, T. H. (1991.): *The Psychological Examination of the Child*, John Wiley & Sons, Inc., New York
2. Čudina-Obradović, M., Obradović, J. (2003.): Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti, *Revija za socijalnu politiku*, god. 10, br. 1, str. 45-68, Zagreb
3. Gulin, M. (2010.): Jačanje osobnog potencijala za napredovanje, U: Brlas, S., Gulin, M. (ur.) (2010.): *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*, ZZJZ „Sveti Rok“ VPŽ, Virovitica
4. Magajna, L., Kavkler, M., Čačinović Vogrinčić, G., Pečjak, S., Bregar Golobič, K. (2008.): *Učne težave v osnovni šoli: koncept dela*, Zavod Republike Slovenije za šolstvo, Ljubljana
5. Magajna, L. (2011.): Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje učnih težav: osnovna izhodišča in pristopi, U: Magajna, L., Velikonja, M. (ur.) (2011.): *Učenci z učnimi težavami; Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*, Pedagoška fakulteta, Ljubljana
6. Pulec Lah, S., Janjušević, P. (2011.): Funkcionalna ocena vedenja, U: Magajna, L., Velikonja, M. (ur.) (2011.): *Učenci z učnimi težavami; Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*, Pedagoška fakulteta, Ljubljana
7. Sakoman, S. (2009.): *Školski programi prevencije ovisnosti*, Agencija za odgoj i obrazovanje, Zagreb
8. Sakoman S. (2009.): *Uloga obitelji u razvoju ovisničkih ponašanja*, *MEDICUS* 2009, Vol. 18, No. 2, 193-204

3.3.6. Psihološka procjena i rana intervencija kod djece i mladih s poteškoćama u razvoju uz podršku njihovim obiteljima

Iskustvo mladića koji je u svojim dvadesetim godinama postupno gubio vid, sedam godina bio potpuno slijep te nakon operativnog zahvata značajno povratio vid:

„Postao sam super-slijepac. Svi su se divili kako lako rješavam sve probleme u svom životu. Putovao sam tako dobro da su se ljudi šalili kako zapravo sve to glumim. Nisu mogli shvatiti kako se slijepac može tako dobro kretati, čak i bez štapa. A tada, posve iznenada, ponovo sam postao sasvim običan čovjek; ništa posebno. Izgubio sam svoj poseban položaj i niotkud više nije bilo potpore za ono kroz što sam prolazio. Kada sam ljudima pokušavao izreći što osjećam, oni bi me ušutkali riječima „Ne želim to slušati. Uništavaš sve one divne stvari koje su ti se dogodile“. Jasno je da ne želim ponovno biti slijep, no volio bih malo razumijevanja da sve što mi se dogodilo nije baš sretni završetak iz bajke bez ikakvih problema u prilagodbi. Nije ugodno kad te ljudi smatraju ludim.“ (Vash, C., Crewe, N., 2010., str. 8)

Ova priča pokazuje kako rizik po mentalno zdravlje pojedinca može doći u različitim situacijama i u svakom trenutku čovjekovog razvoja: kada doživimo gubitak ili pak prijetnju gubitka, kada su ugrožene naše potrebe, kad se pojave nepovoljne okolnosti u životnom okruženju ili pak kad se pojave mogućnosti za povoljne ishode. Svaka promjena nosi sa sobom i priliku i rizik.

3.3.6.1. Dijete s poteškoćama u razvoju i njegova obitelj

Obitelj je sustav koji karakterizira složen odnos među članovima. Obitelj kao cjelina utječe na razvoj svakog svog člana pojedinačno, ali i svaki član obitelji utječe na strukturu i funkcioniranje obitelji svojim rođenjem, osobnim promjenama tijekom odrastanja te socijalnim odnosima izvan svoje obitelji.

Obitelj se može promatrati kao svaki živi organizam koji se rađa, raste, razvija i umire. Obiteljski razvojni ciklus započinje neovisnošću mladih osoba koje se nalaze između obitelji iz koje dolaze i one koju će tek stvoriti. Za zdravlje buduće obitelji bitno je da obje mlade osobe postignu emocionalnu, fizičku, socijalnu i financijsku samostalnost, da su razvijenog osobnog identiteta i sposobnosti za stvaranje bliskosti i održavanje odnosa koji mogu izdržati izazove svakodnevnog života. Slijedeća razvojna faza je formiranje bračnog para (bez obzira kojim ritualom stvoren, vjenčanjem ili individualnim obećanjem). Bračni par pretpostavlja da su partneri posvećeni i odani jedno drugom te da je stvoren novi obiteljski sustav, različit od njihovih primarnih obitelji, ali pod utjecajem istih kroz sustav ideja, očekivanja i vrijednosti koje su partneri iz njih donijeli. U ovoj fazi bitno je i određenje prema važnim članovima iz primarnih obitelji, stvaranje granica u odnosima,

određivanje zajedničkih ciljeva i prioriteta što zahtjeva sposobnost prilagodbe i mentalno zdravlje oba partnera. Treća je faza razdoblje života s malim djetetom. Rođenje svakog djeteta zahtjeva velike promjene u sustavu obitelji, a razvojna faza obitelji određena je dobi najstarijeg djeteta. Polaskom prvorodenog djeteta u školu započinje četvrta faza obiteljskog ciklusa i u tom se trenutku obitelj nužno otvara široj društvenoj zajednici koja dobiva uvid u obiteljske procese. Adolescencijom djece započinje peta faza koja zahtjeva velike promjene u odnosima roditelja i djece zbog jačanja neovisnosti djece te posljedično ponovnog okretanja partnera jednog drugome na novoj razini, otkrivanja novih interesa roditelja ili pak razvoja karijere. U šestoj fazi, fazi „praznog gnijezda“, djeca odlaze iz obitelji, a kao zreli ljudi postižu ravnopravan odnos sa svojim roditeljima. U zadnjoj fazi roditelji stare, postaju djedovi i bake, odlaze u mirovinu, mijenja se način života i socijalno okruženje i na koncu prvo jedan, a zatim i drugi partner nestaje (Nikolić, Vidović, Marangunić, i Bujas-Petković, 2008.).

Prijelaz iz jedne u drugu razvojnu fazu za svaku je obitelj krizno razdoblje jer zahtjeva prilagodbu i promjenu odnosa, a ako obitelj u tim procesima ne uspije dolazi do zastoja u razvoju, obitelj ostaje vezana uz jednu određenu fazu i treba pomoć obiteljskog terapeuta kako bi nastavila svoj razvoj. Iznimne situacije iz okruženja (nepovoljni ekonomski događaji, političke promjene, rat, prirodne katastrofe...) i unutar same obitelji (tjelesne ili psihičke bolesti, nenadane smrti, neplanirana rođenja) stvaraju još veće zahtjeve za prilagodbom obiteljskog sustava te je potreban visok stupanj fleksibilnosti i kohezije da bi su u teškoj situaciji obitelj mogla održati u relativnoj stabilnosti. Utjecaj spoznaje da vlastito dijete odstupa u psihofizičkom razvoju u odnosu na vršnjake je konstantno, u većoj ili manjoj mjeri, frustrirajuće za roditelje (i obitelj), a posebno u početnom prepoznavanju problema te u kriznim razdobljima tijekom odrastanja svakog djeteta (početak školovanja, promjene tijekom školovanja, pubertet, izbor budućeg zanimanja, osamostaljivanje djeteta te posebno postojanje progresivnog invaliditeta kod djeteta). U takvim situacijama nije dovoljna samo obiteljska terapija već obitelji treba usklađeno provođenje intervencija iz raznih sustava (zdravstvo, socijalna skrb, školstvo) kako bi se povećale osobne snage djeteta i roditelja te povećala socijalna podrška pojedinim članovima obitelji i obitelji kao cjelini.

Djeca s poteškoćama u razvoju rastu i razvijaju se (vrlo generalizirano rečeno) i u zdravim i u rizičnim obiteljima. **Zdrava obitelj** je ona u kojoj roditelji u emotivno toploj atmosferi pružaju svom djetetu pozornost i potporu tijekom odrastanja, sve do osamostaljenja. **Rizična obitelj** je ona obitelj koja svojom strukturom i odnosima može nepovoljno utjecati na ukupan razvoj djeteta. U ovakvim obiteljima postoje sukobi, tajni savezi, agresivno ponašanje, hladni i zanemarujući odnosi među članovima obitelji. Nepovoljne uvijete za razvoj djece najviše uzrokuju roditeljski sukobi, nekvalitetno roditeljstvo (nemar, nebriga, emocionalna nedostupnost, izostanak potpore i financijske teškoće obitelji).

Iskustva iz prakse pokazuju da roditelji djece s teškoćama u razvoju navode kako se najčešće susreću sa sljedećim preprekama:

- nedostatak mogućnosti za otvorenim, iskrenim, ljudskim razgovorom o problemima koje imaju
- poteškoće u suočavanju s činjenicom da imaju dijete s teškoćama u razvoju
- nerazumijevanje, predrasude i nerealna očekivanja od djece s teškoćama u razvoju u okviru obrazovnog procesa
- nesnalaženje u velikom broju propisa koji reguliraju prava njihove djece.

3.3.6.2. Razvijanje odnosa s djetetom i njegovim roditeljima

U najboljem interesu svih uključenih u proces, a primarno djeteta, jest **razvijanje djelotvornog suradničkog odnosa** od prvog susreta s roditeljima i djetetom. Time im ukazujemo dužno poštovanje, ne namećemo se kao moćni profesionalni autoritet i dajemo do znanja kako smo otvoreni za zajednički osobni rast i učenje.

Sljedeća bitna komponenta gradnje kvalitetnog odnosa s djetetom i roditeljima jest **empatija**, što podrazumijeva suživljavanje promatrača s psihičkim svijetom klijenta, zadržavajući realan uvid u stanje, bez osobnog proživljavanja. U susretu s klijentom bitno je dati mu do znanja da smo prepoznali i prihvatili njegove emocije. Ovo je zahtjevno u situacijama kada su klijenti preplavljeni ljutnjom prema nekom drugom stručnjaku ili nama samima. U takvim bi slučajevima mogla pomoći sljedeća rečenica: „*Neke majke su se ljutile na mene kada sam im rekla rezultate ispitivanja.*“ Ovom rečenicom dajemo do znanja da smo prepoznali i prihvatili majčinu ljutnju, nismo majku etiketirali te da nismo povrijeđeni njenom ljutnjom.

Na kraju, naša je profesionalna zadaća zadržati umjereni optimizam pri poduzimanju svih intervencija, a u najtežim situacijama, kao što je progresivni invaliditet, pokušati pronaći smisao za dijete, roditelje i za sebe same.

Tijekom rada s roditeljima i njihovom djecom **stalno smo u procesu savjetovanja**. Savjetovanje je proces koji pomaže roditeljima i djeci da se promijene. Savjetovanjem se pokušava roditelje i djecu (i mlade) s poteškoćama u razvoju usmjeriti ka novim i dubljim razinama razumijevanja problema, uzimajući u obzir njihove snage i razvijajući nove strategije u nošenju s teškim situacijama. Savjetovanje je usmjereno na jačanje osobnih potencijala, samopoštovanja, samopouzdanja i samozastupanja. Cjelokupni proces savjetovanja u ovom slučaju nije vremenski ograničen, ali kroz susrete s klijentima opetovano prolazimo kroz **temeljne faze savjetovanja**:

- uvodni dio (uspostavljanje odnosa)
- središnji dio (utvrđivanje problema i pregovaranje ciljeva)
- završni dio (intenzivan rad na postizanju ciljeva).

Ciljevi savjetovanja su ograničeni, uglavnom su usmjereni na poticanje rasta i razvoja ličnosti i više se odnose na trenutačnu situaciju osobe. Savjetovanje često ima i edukativnu funkciju i pojedincu pomaže bolje funkcionirati u određenim životnim ulogama.

Primjer:

Cilj savjetovanja: Poboljšanje razumijevanja nekog problema kojeg ističu roditelji.

Tijekom psihološkog savjetovanja roditelji postaju svjesni svojih osjećaja i somatskih reakcija vezanih za problem, svojih misli i ponašanja vezanih uz problem te interpersonalnih odnosa koji utječu ili proizlaze iz postojećeg problema.

Ishod: Razumijevanje različitih dimenzija problema pomaže roditeljima jasnije percipirati realnost i osjetiti veću kontrolu nad svojim reakcijama na nastali problem.

Psihološko savjetovanje roditelja i djece s poteškoćama u razvoju indicirano je u svim situacijama u kojima određeni problem ili poteškoća ometa svakodnevno funkcioniranje te kad stari mehanizmi rješavanja problema nisu djelotvorni u postojećoj problemskoj situaciji.

Ponekad stres izazvan spoznajom da dijete ima neko tjelesno ili mentalno oštećenje do te mjere naruši psihološko, tjelesno i socijalno funkcioniranje roditelja da je potrebna i dodatna stručna pomoć. To su situacije kada se javlja jaka anksioznost, osjećaji krivnje, stida i ljutnje, depresivne reakcije, agresivnost, okrivljavanje drugih za nastalu situaciju, psihička i fizička iscrpljenost. Tada je uz individualnu psihoterapiju indicirano i skupno savjetovanje te obiteljska terapija.

Posebnu pozornost treba posvetiti obiteljima s djetetom s progresivnim invaliditetom (postojanje aktivne bolesti koja progresivno uništava tkivo (kosti, živce, mišićje ili drugo tkivo)). U takvim situacijama nužna je maksimalna psihološka, socijalna i duhovna podrška invalidnom djetetu, roditeljima, braći i sestrama.

Velik broj obitelji nakon izvjesnog vremena prihvate činjenicu da njihovo dijete ima poteškoće u razvoju, organiziraju svoj život u novonastaloj situaciji, potiču razvoj djeteta u okviru njegovih mogućnosti, suprotstavljaju se poteškoćama u hodu i kroz njih doživljavaju osobni i obiteljski rast i razvoj. Neke obitelji proživljavaju duboke krize i raspadaju se. Neki pak roditelji zbog svoje osobnosti i niskih kapaciteta za suočavanje sa životnim poteškoćama napuštaju svoje dijete.

Društveno gledano, najteža je situacija kada se dijete s teškoćama u razvoju rodi u obitelji koja objektivno ima smanjene roditeljske kompetencije uslijed intelektualnih teškoća roditelja uz minimalnu ili čak rizičnu socijalnu „podršku“ od strane delinkventnih pojedinaca te ovakve situacije zahtjevaju **energične intervencije** unutar socijalne skrbi i pravosuđa.

3.3.6.3. Rane intervencije

Rane intervencije podrazumijevaju razne oblike poticanja usmjerenog prema djeci i savjetovanja usmjerenog prema roditeljima koji se primjenjuju kao izravne i neposredne posljedice nekog utvrđenog razvojnog uvjeta. Rane intervencije u ovom odlomku definiraju se kao rane na kontinuumu rizika, što podrazumijeva nastojanje da se rano prepoznaju rizici u ponašanju djece i mladih s poteškoćama u razvoju te rizični čimbenici unutar obiteljskog okruženja kako bi se poduzele odgovarajuće intervencije (Ajduković, 2008.).

Nivo rizika po mentalno zdravlje djeteta s poteškoćama u razvoju nije direktno vezan uz vrstu i stupanj tjelesnog ili mentalnog oštećenja već je usko povezan s roditeljskim ponašanjem i strukturom i odnosima unutar obitelji. Tako npr. činjenica da dijete ima više težih oštećenja u tjelesnom i mentalnom funkcioniranju ne iscrpljuje samo dijete koliko roditelje i obitelj te zahtjeva rane intervencije u smislu podrške i savjetovanja roditelja kao i podrške i savjetovanja zdravih sestara i braće.

Ovisno o vrsti i stupnju poteškoće djeteta s jedne strane te fazi prilagodbe roditelja, roditeljskim kompetencijama (znanja, vještine i stavovi o odgoju), obiteljskim snagama i slabostima, stupnju socijalne interakcije obitelji sa zajednicom i prisustvu psihosocijalnih stresora s druge strane, razlikujemo mali, umjereni i veliki rizik za mentalno zdravlje i razvoj djece s poteškoćama u razvoju i članova njihovih obitelji te shodno tome biramo i provodimo različite programe intervencija. Radi preglednosti, moguće intervencije prema djeci i obitelji, prikazane su tabelarno.

Tablica 1. Mali rizik za mentalno zdravlje i razvoj djece s poteškoćama u razvoju

| | |
|---|---|
| 1. Postojanje blažeg odstupanja u jednom segmentu psihofizičkog razvoja, koje se ne može razvrstati na osnovu „Pravilnika o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima“ (NN 64/02.). | |
| Intervencije prema djetetu - Savjetodavno praćenje i poticanje djetetovog razvoja | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Škole za roditelje namijenjene svim roditeljima |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u predškolskim ustanovama, školski psiholozi, psiholozi u zdravstvu. | |
| 2. Postojanje blažih i povremenih poteškoća u savladavanju gradiva | |
| Intervencije prema djetetu: - Opće poticanje djetetovog samopoštovanja (rad na slijedećim elementima: poznavanje sebe, osobno ja i drugi, prihvaćanje sebe, oslanjanje na osobne snage, samoizražavanje, samopouzdanje, svijest o sebi) - Razvijanje strategija učenja (npr. u odnosu na čitanje, pisanje, zapamćivanje, matematiku, pripreme za testove, dnevnog planiranja, postavljanje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, organiziranosti) | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Škole za roditelje namijenjene svim roditeljima |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, ako ih nema onda psiholozi u zdravstvu. | |

Nastavak tablice br. 1

| | |
|---|---|
| 3. Pojava stresa ili krize u zdravoj obitelji, a koji nisu direktno vezani uz djetetovu poteškoću u razvoju (npr. selidba, gubitak zaposlenja, smrt člana šire obitelji, teška bolest člana šire obitelji...) | |
| Intervencije prema djetetu: - Savjetodavno praćenje i poticanje djetetovog razvoja | Intervencije prema obitelji: -Kroz razgovor s roditeljima poticati obiteljske procese kao što su uzajamna emocionalna potpora, uzajamno pomaganje partnera, jasna komunikacija, konstruktivno rješavanje problema, korištenje resursa lokalne zajednice |
| Nositelj aktivnosti: Onaj psiholog kojem roditelji povjere „svoju priču“. | |

Tablica 2. Umjeren rizik za mentalno zdravlje i razvoj djece s poteškoćama u razvoju

| | |
|---|---|
| 1. Postojanje odstupanja u jednom segmentu psihofizičkog razvoja u skladu s „Pravilnikom o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima“ (NN 64/02.) | |
| Intervencije prema djetetu: - Sustavno smanjivanje osobnih ograničenja djeteta kroz rehabilitacijske i rehabilitacijske programe, ovisno o djetetovoj razvojnoj poteškoći - Vježbanje aktivnosti svakodnevnog/samostalnog života - Savjetodavno praćenje i poticanje djetetovog razvoja | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u planiranje aktivnosti prema djetetu - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi. | |
| 2. Školovanje po prilagođenom programu i/ili uz individualizirani pristup učeniku u skladu s Pravilnikom o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 23/91.) | |
| Intervencije prema djetetu: - Savjetodavno praćenje i poticanje djetetovog razvoja - Opće poticanje djetetovog samopoštovanja - Razvijanje strategija učenja - Otkrivanje i praćenje djetetovih interesa i jakih snaga | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u planiranje aktivnosti prema djetetu - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u sustavu zdravstva. | |
| 3. Dijete s teškoćama u razvoju ulazi u novu razvojnu fazu (pubertet, spolno sazrijevanje) | |
| Intervencije prema djetetu: - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje - Kroz individualne razgovore i skupni rad raditi na razvijanju socijalnih vještina - Poticanje odgovornog spolnog života | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju - Obiteljska terapija, po potrebi |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi. | |
| 4. Izbor budućeg zanimanja | |
| Intervencije prema djetetu: - Otkrivanje i praćenje djetetovih interesa i jakih snaga - Profesionalna orijentacija | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi, psiholozi u zavodima za zapošljavanje. | |

Nastavak tablice br.2

| 5. Jedan od roditelja ne prihvaća činjenicu da dijete ima poteškoću u razvoju | |
|--|---|
| Intervencije prema djetetu: - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje - Kroz individualne razgovore i skupni rad raditi na razvijanju socijalnih vještina - Poticanje djetetovog samopoštovanja | Intervencije prema obitelji: - Kroz individualni rad s roditeljem, rad u paru, skupni rad i obiteljsku terapiju raditi na osvještavanju otpora i poticanju promjene - Po potrebi psihoterapija s roditeljem |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu zdravstva, školski psiholozi, psiholozi u sustavu socijalne skrbi, licencirani psihoterapeuti. | |
| 6. Jedan od roditelja ima slabije roditeljske kompetencije | |
| Intervencije prema djetetu: - Sustavno praćenje i poticanje djetetovog razvoja - Sustavno smanjivanje osobnih ograničenja djeteta kroz rehabilitacijske i rehabilitacijske programe, ovisno o djetetovoj razvojnoj poteškoći - Vježbanje aktivnosti svakodnevnog /samostalnog života | Intervencije prema obitelji: - Kroz individualni, rad u paru s drugim roditeljem i skupni rad konstantno raditi na povećavanju roditeljskih kompetencija (znanja, vještina i stavova o odgoju) - Demonstriranje na konkretnim primjerima iz života djeteta i roditelja |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu socijalne skrbi, školski psiholozi, psiholozi u predškolskim ustanovama. | |
| 7. Pojava krize u zdravoj obitelji koja je direktno vezana uz djetetovu poteškoću u razvoju (saznanje za djetetovu poteškoću, prelazak djeteta u drugu školu, izbor zanimanja, seksualno ponašanje djeteta) | |
| Intervencije prema djetetu: - Dijete uključeno u tretman obitelji - Po potrebi individualno savjetovanje s djetetom | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju - Psihoedukacija i prorada odgovarajućih sadržaja uz pomoć brošura i priručnika za roditelje |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi, školski psiholozi. | |
| 8. Ulazak obitelji u novi životni ciklus (faza polaska djeteta u školu i ulazak u adolescenciju) | |
| Intervencije prema djetetu: - Dijete uključeno u tretman obitelji - Po potrebi individualno savjetovanje s djetetom | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Po potrebi i kraća obiteljska terapija |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi, licencirani obiteljski terapeuti. | |

Tablica 3. Velik rizik za mentalno zdravlje i razvoj djece s poteškoćama u razvoju





| 1. Postojanje više vrsta oštećenja koja uzrokuju odstupanja u psihofizičkog razvoja djeteta u skladu s „Pravilnikom o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima“ (NN 64/02.) | |
|---|--|
| Intervencije prema djetetu: - Sustavno smanjivanje osobnih ograničenja djeteta kroz rehabilitacijske i rehabilitacijske programe, ovisno o djetetovim razvojnim poteškoćama - Savjetodavno praćenje i poticanje djetetovog razvoja - Vježbanje aktivnosti svakodnevnog/samostalnog života - Opće poticanje djetetovog samopoštovanja - Razvijanje strategija učenja - Otkrivanje i praćenje djetetovih interesa i jakih snaga - Profesionalna orijentacija - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje - Kroz individualne razgovore i skupni rad raditi na razvijanju socijalnih vještina | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju - Uključivanje roditelja u skupine za samopomoć |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u zdravstvu i socijalnoj skrbi, školski psiholozi, psiholozi u zavodima za zapošljavanje. | |

Nastavak tablice br. 3

| | |
|--|---|
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u zdravstvu i socijalnoj skrbi, školski psiholozi, psiholozi u zavodima za zapošljavanje. | |
| 2. Školovanje po posebnom programu u skladu s Pravilnikom o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 23/91.) | |
| Intervencije prema djetetu: - Sve što je navedeno uz točku 1 - Vježbanje vještina u području izvršnih funkcija (planiranje, organizacija, rješavanje problema, kontrola ponašanja) - Vježbanje vještina u području kognitivnih funkcija (percepcija, orijentacija, pozornost, pamćenje, mišljenje) - Razvijanje strategija učenja | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju - Uključivanje roditelja u skupine za samopomoć |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u zdravstvu i socijalnoj skrbi, psiholozi u zavodima za zapošljavanje. | |
| 3. Progresivni invaliditet | |
| Intervencije prema djetetu: - Sve gore navedeno - Maksimalna psihološka, emotivna i duhovna potpora djetetu | Intervencije prema obitelji: - Sve gore navedeno - Maksimalna psihološka, emotivna i duhovna potpora roditeljima i braći i sestrama - Povećanje socijalne podrške kroz angažiranje skupina potpore među članovima šire obitelji, prijateljima, susjedima - Povećanje resursa okruženja kroz pomoć obitelji u ostvarivanju svih mogućih prava |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u zdravstvu i socijalnoj skrbi, školski psiholozi, psiholozi u zavodima za zapošljavanje. | |
| 4. Niti jedan od roditelja ne prihvata činjenicu da dijete ima poteškoću u razvoju (negiranje problema) | |
| Intervencije prema djetetu: - Sve gore navedeno - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje | Intervencije prema obitelji: - Uključiti roditelje u planiranje aktivnosti za dijete - Kroz individualni rad s roditeljem, rad u paru, skupni rad te obiteljsku terapiju raditi na osvještavanju otpora i poticanju promjene |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: školski psiholozi, psiholozi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi, licencirani terapeuti. | |
| 5. Oba roditelja imaju slabije roditeljske kompetencije | |
| Intervencije prema djetetu: - Sve gore navedeno - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje | Intervencije prema obitelji: - Kroz individualni, rad u paru s drugim roditeljem i skupni rad konstantno raditi na povećavanju roditeljskih kompetencija (znanja, vještina i stavova o odgoju) - Demonstriranje na konkretnim primjerima iz života djeteta i roditelja - Povećanje socijalne podrške u okruženju kroz obitelj za podršku - Dnevno udomiteljstvo - Poludnevni smještaj djeteta u ustanovu - Nadzor nad izvršenjem roditeljske skrbi |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu socijalne skrbi, školski psiholozi. | |
| 6. Pojava krize u disfunkcionalnoj obitelji koja je direktno vezana uz djetetovu poteškoću u razvoju (saznanje za djetetovu poteškoću, prelazak djeteta u drugu školu, izbor zanimanja, seksualno ponašanje djeteta) | |
| Intervencije prema djetetu: - Sve što je gore navedeno - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje | Intervencije prema obitelji: - Podrška i savjetovanje obitelji - Uključivanje roditelja u radionice namijenjene specifičnim problemima s kojima se suočavaju - Individualna terapija - Obiteljska terapija |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu socijalne skrbi i zdravstva, školski psiholozi, licencirani terapeuti. | |

Nastavak tablice br. 3

| 7. Mentalne bolesti i/ili invalidnost drugih članova obitelji | |
|--|--|
| Intervencije prema djetetu: - Sve gore navedeno - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje | Intervencije prema obitelji: - Formiranje i vođenje skupne potpore među osobama sa sličnim problemom (npr. klub liječenih alkoholičara) - Angažiranje skupne potpore među članovima šire obitelji, prijateljima, susjedima - Nadzor nad izvršenjem roditeljske skrbi |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu socijalne skrbi i zdravstva. | |
| 8. Zanemarivanje i zlostavljanje djeteta | |
| Intervencije prema djetetu: - Sve gore navedeno - Sustavno praćenje djetetovog razvoja u svim segmentima ponašanja, posebno njegovo emocionalno i socijalno funkcioniranje - Maksimalna psihološka, emotivna i duhovna potpora djetetu | Intervencije prema obitelji: - Sustavno smanjivanje osobnih ograničenja roditelja kroz psihosocijalni tretman nasilničkog ponašanja te liječenje alkoholizma i drugih ovisnosti roditelja - Nadzor nad izvršavanjem roditeljskog prava - Smještaj djeteta u udomiteljsku obitelj |
| U timu s ostalim stručnjacima aktivnosti obavljaju: psiholozi u sustavu socijalne skrbi i zdravstva. | |

Legenda polja u tablicama:  Prepoznat problem kod djeteta  Prepoznat problem u obitelji
 Intervencija prema djetetu  Intervencija prema obitelji

3.3.6.4. Zaključne napomene

Dijete s poteškoćama u razvoju i njegova obitelj dolaze u susret s psiholozima u različitim ustanovama iz sustava socijalne skrbi, bolnicama, zavodima za javno zdravstvo, vrtićima, školama, obiteljskim centrima, zavodima za zapošljavanje te psiholozima u privatnoj praksi. Sigurno je kako svojim klijentima želimo najbolje i svjesni svojih profesionalnih kompetencija djelujemo u smjeru najboljeg. No, trebali bismo biti svjesni i osobnih i sustavnih ograničenja.

Kao stručnjaci trebamo biti svjesni osobnih kompetencija i samostalno primjenjivati samo one metode rada s klijentima za koje smo u potpunosti osposobljeni, što znači da smo spremni na konstantno učenje i suradnju s drugim kolegama, bilo kao učenici, bilo kao učitelji.

Kao stručnjaci ne smijemo pretpostavljati da smo dužni riješiti sve probleme naših klijenata, koliko god to željeli, jer ćemo sigurno podbaciti i izgubiti volju za rad s djecom s poteškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Osim toga takvim stavom oduzimamo roditeljima ravnopravnost u odnosu pri planiranju aktivnosti za njihovo dijete i obitelj te mogućnost zajedničkog učenja i rasta.

Na kraju svaki sustav u kojem psiholog djeluje zakonima i pravilnicima definira oblike pomoći djeci s poteškoćama u razvoju i njihovim roditeljima i uvijete za njihovo

ostvarivanje. Ako svom klijentu želimo pomoći, korektno je raspitati se o svim aspektima donošenja nekih odluka. Informacije je moguće dobiti kroz literaturu i proučavanje propisa, ali teško će išta od toga biti potpuno bez osobnog kontakta, suradnje i razmjene informacija s kolegama iz drugih sustava. Kako pri donošenju svih odluka vezanih uz prava djece i njihovih roditelja stručnjak prvo mora poštivati pozitivne zakonske propise unutar sustava u kojem djeluje, a zatim struku, nužno je da se kao kolege držimo kompetencija i ovlasti koje nam daje taj sustav i ne zalaziti u kompetencije kolega iz drugih sustava.

Literatura:

1. Ajduković, M. i Radočaj, T. (ur.) (2008.): Pravo djeteta na život u obitelji, Stručna pomoć obiteljima s djecom i nadzor nad izvršavanjem roditeljske skrbi kao proces podrške za uspješno roditeljstvo, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb
2. Nikolić, S., Vidović, V., Marangunić, M. i Bujas-Petković, Z. (2008.): Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca, Naklada Slap, Jastrebarsko
3. Vas, C. L. i Crewe, N. M. (2010.): Psihologija invaliditeta, Naklada Slap, Jastrebarsko
4. Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 23/91.)
5. Pravilnik o postupku utvrđivanja psihofizičkoga stanja djeteta, učenika te sastavu stručnoga povjerenstva (NN 55/11.)
6. Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima (NN 64/02.)

3.3.7. Prepoznavanje problema u obitelji i psihološka intervencija

Psihološke intervencije u obitelji i procjene koje im prethode određene su ovlastima i ograničenjima sustava u kojem psiholog djeluje s jedne strane te profesionalnim znanjima i vještinama s druge strane. Visoko specijalizirane intervencije u obitelji poduzimaju psiholozi iz sustava socijalne skrbi i licencirani obiteljski terapeuti. Psiholozi u sustavu socijalne skrbi, kao članovi stručnog tima, sudjeluju u sveobuhvatnoj procjeni obitelji i donošenju direktivnih rješenja za obitelji. Obiteljski terapeuti ulaze u višeslojnu analizu obiteljskog sustava, svojim intervencijama ulaze u najintimnija i najsloženija područja pojedinaca i njihovih obitelji, njihova znanja i vještine stječu se sustavnom i dugotrajnom edukacijom i ovaj tekst nije njima namijenjen. Tekst je namijenjen psiholozima koji tijekom psihološkog savjetovanja procijene da bi uključivanje klijentove obitelji pridonijelo rješavanju određenog problema, a kada je klijent dijete onda je to i obvezno.

Cilj psihološkog savjetovanja s obitelji je pomoći obitelji, to jest njezinim članovima, bolje razumjeti i operacionalizirati problem s kojim su se suočili, prepoznati obiteljske potencijale, otkriti nekoristene snage i resurse te da, polazeći od tog novog uvida, nađu rješenja koja ranije nisu mogli vidjeti. Ovako određen cilj savjetovanja, osim u slučajevima akutne ugroženosti nekog od članova obitelji (otkrivanje zlostavljanja djeteta, npr.), isključuje nuđenje gotovih i direktivnih rješenja obitelji. Od psihologa se očekuje nepristrano, rezonantno i odgovorno vođenje obitelji do iznalaženja rješenja, a članovi obitelji preuzimaju odgovornost za izbore promjena koje žele i mogu napraviti.

Obitelj je složena i povezana cjelina, ona je sustav koji se sastoji od više podsustava, a kao cjelina je dio suprasustava, tj. okoline u kojoj živi. Obitelj kao cjelina utječe na razvoj svakog svog člana pojedinačno, ali i svaki član obitelji utječe na strukturu i funkcioniranje obitelji svojim rođenjem, smrću, osobnim promjenama tijekom odrastanja te socijalnim odnosima izvan svoje obitelji. Promjene u bilo kom dijelu sustava utječu na svakog člana obitelji te na obitelj u cijelosti, bile one negativne ili pozitivne. Obitelj kao sustav može imati zaštitnu i rizičnu ulogu za rast i razvoj svakog svog člana, a posebno djeteta. U **suradničkom odnosu** s obitelji treba otkrivati zaštitne čimbenike, ali i osvijestiti rizične, istražujući:

- načine na koje je obitelj reagirala u stresnim situacijama (izvori stresa: gubitak zaposlenja, teška bolest člana obitelji, smrt člana obitelji, selidba, razvod, financijska kriza, siromaštvo, socijalna isključenost, društvena nesigurnost, rat)
- kako se nosila s rješavanjem problema

- kakva je komunikacija među članovima u obitelji
- jesu li jasno definirane obiteljske uloge
- kakva je emocionalna potpora i pomaganje među članovima, a posebno među bračnim partnerima
- postoji li emotivna toplina, ljubav i predanost obitelji
- obiteljski sustav vjerovanja
- strukturu obitelji
- korištenje resursa lokalne zajednice.

U praksi socijalnog rada za procjenjivanje obiteljske situacije i potreba djece primjenjuju se instrumenti kao što su Lista za procjenu roditeljskih snaga, Kempeov inventar obiteljskih stresora, itd. (Ajduković i Sladović, 2008.), shematski prikazi obitelji (genogrami, ekološke mape), terenski izvidi, intervjui. Obiteljski terapeuti u svom radu s obiteljima često koriste genogram istražujući obrasce funkcioniranja, odnose i strukture koje se nastavljaju ili ponavljaju od jedne do druge generacije. Za potrebe psihološkog savjetovanja obitelji genogram može poslužiti kao dobra tehnika za otkrivanje zaštitnih i rizičnih čimbenika u obitelji, ali i kao psihološka intervencija u obitelj.

3.3.7.1. Genogram

Genogram je shematski prikaz obiteljske strukture, odnosa i povijesti obitelji najmanje u tri generacije, predstavlja grafički prikaz života svake obitelji u sadašnjosti, u prošlosti, a može upućivati i na život obitelji u budućnosti. Informacije koje sadrži genogram integracija su verbalnih, vizualnih i emotivnih podataka dobivenih od članova obitelji.

Pri izradi genograma uobičajenim genogramskim simbolima prikazujemo pojedine biološke i zakonske povezanosti obitelji te pojedine događaje (smrt, razvod i sl.) koji su prikazani na slici 1. (McGoldrick i Gerson, 1885.). Osobu zbog koje smo se susreli s obitelji obilježimo dvostruko, krug u krugu, kvadrat u kvadratu. Za odnose među članovima obitelji možemo koristiti različite linije, npr. za nejasne odnose valovitu liniju, za konfliktne cik-cak, za vrlo bliske odnose dvije paralelne linije, za bliske, ali konfliktne odnose dvije paralelne linije i jednu cik-cak, za simbiotski odnos tri paralelne linije itd. Kako ćete vi to činiti odlučite sami, možete koristiti i linije u bojama ili nešto drugo, genogram prvenstveno služi vama i konkretnoj obitelji s kojom radite.

Genogram se izrađuje po mogućnosti uz nazočnost cijele nuklearne obitelji, ili barem dijela obitelji. Može se raditi i s pojedincem, ali se tada gube sve informacije do kojih dolazimo temeljem interakcije među članovima obitelji.

Za izradu genograma potrebno je 60 do 90 minuta, može se izraditi u jednom susretu s obitelji, ali nije poželjno žuriti s njegovom izradom, može se graditi postupno u više susreta jer nikada se ne zna koje probleme, traume i osjećaje članovi obitelji mogu iznijeti,

a svaki susret treba integrirano zatvoriti.

Istovremeno s konstrukcijom genograma vodi se specifični genogramski intervju.

3.3.7.2. Genogramski intervju

Genogramskim intervjuom prikupljamo sve relevantne podatke o obitelji i unosimo ih u crtež. Počinjemo s nuklearnom obitelji (roditelji i djeca) i članovima obitelji koji žive zajedno, a zatim prelazimo na obitelji porijekla, obitelj oca i obitelj majke (na slici 2. vidimo izgled genograma u trenutku kada ćemo propitivati o obitelji majke). U početnoj fazi bilježe se demografske informacije: uzrast, zanimanje i obrazovanje članova obitelji; datumi koji određuju ulaz i izlaz iz obitelji (rođenje, smrt, vjenčanje, razvod); mjesto življenja obitelji i porijekla (ako su ranije živjeli u drugom naselju, okruženju). Potom se unose funkcionalne informacije: o zdravlju, liječenju, bolovanju, ponašanju članova obitelji, njihovim osjećajima. Slijede kritični događaji u obitelji: gubitci, preseljenja, uspjesi, što se može upisati i na posebnom listu (kronološki se navodi kratak opis životnih događaja u nekom kritičnom razdoblju, prvo vezano za problem zbog kojeg se organizira susret s obitelji, a potom i za razdoblja koja su bitna za obitelj). O obiteljskim odnosima, što je ključni dio genograma, doznajemo temeljem izjava članova obitelji i direktnog promatranja interakcija među članovima obitelji za vrijeme susreta.

Cjelokupnu sliku o obitelji dobivamo obazrivim i postupnim ispitivanjem u više pravaca:

- od problema zbog kojeg dolaze (sasvim uski kontekst) prema širem kontekstu obiteljskog života
- od nuklearne obitelji ka proširenoj obitelji i širim društvenim sustavima
- od aktualnih događanja kroz kronologiju događanja u prošlosti ka očekivanoj budućnosti
- od ležernih informacija o obitelji ka teškim pitanjima koja izazivaju anksioznost kod članova obitelji
- od vidljivih činjenica do procjene i pretpostavki o funkcioniranju obitelji i odnosima unutar nje.

U razgovoru s obitelji ne postavljamo pitanja „zašto“ jer na njih ni djeca ni odrasli članovi u biti nemaju odgovor, a umjesto odgovora možemo izazvati niz obrana, racionalizacija ili netočnog pripisivanja uzroka. U postavljanju pitanja treba koristiti „kako, kad, tko, što“ pitanja. Pitanja treba formulirati:

- u terminima specifičnog interaktivnog ponašanja u specifičnim uvjetima
- u terminima razlike u ponašanju
- u terminima klasifikacije nekog specifičnog ponašanja u nekoj konkretnoj interakciji od strane nekoliko članova obitelji
- u terminima ponašanja koje ukazuje na promjene u odnosu prije i poslije nekog konkretnog događaja
- u terminima razlike u odnosu na pretpostavljene okolnosti (hipotetska pitanja).

Obitelj trebamo prihvatiti onakvu kakva ona jest, prići joj otvoreno, bez predrasuda. Tijekom susreta s obitelji vidjet ćemo da svaki član obitelji ima svoj osobni, subjektivni pogled na događaje i probleme u obitelji, a mi moramo voditi računa o stvarnostima svih članova. Niti jedna stvarnost nije "točna" ili "netočna". Psiholog treba poticati iznošenje različitih pogleda i realiteta i pri tome ostati neutralan. U procesu savjetovanja s obitelji valja izbjegavati vezivanje uz pojedinog člana obitelji, a koaliranje je isključeno.

3.3.7.3. Interpretacija genograma

Nema uniformnih i jasnih principa za interpretaciju genograma već samo „podsjetnik“ na kategorije obilježja obitelji koja nas vode kroz istraživanje potencijalnih snaga i slabosti konkretne obitelji.

1. obiteljska struktura

- a) sastav kućanstva - cjelovita obitelj ili ne; nuklearna ili proširena obitelj; jednoroditeljska obitelj; novi brak; djeca iz više brakova
- b) sibling pozicija - red rođenja; razlika u spolu i uzrastu između siblinga; značajni događaji u obitelji u vrijeme rođenja djeteta; osobine svakog djeteta; očekivanja roditelja u odnosu na svako dijete; sibling pozicija djeteta u odnosu na sibling poziciju roditelja
(*Sibling - svako od dvoje ili više djece koji imaju jednog ili dva zajednička roditelja*)
- c) neobične obiteljske konfiguracije - serijski razvodi, izvanbračne veze unutar obitelji.

2. životni ciklus obitelji – prilagodba obitelji na prijelazu iz jedne u drugu razvojnu fazu; premladi ili stari roditelji; kratak razmak između emocionalnih veza

3. ponavljanje obrazaca kroz generacije

- a) obrazaca funkcioniranja – alkoholizam; nasilje; iste profesije
- b) obrazaca odnosa – bliskosti, distance, konflikti između određenih članova obitelji
- c) strukturalnih obrazaca – npr. isti broj djece, isti red rođenja.

4. životni događaji i obiteljsko funkcioniranje

- a) koincidencija životnih događaja (npr. brak koincidira sa smrću roditelja jednog od supružnika ili rođenje djeteta s bolesti roditelja...)
- b) utjecaj životnih promjena, trauma i tranzicija
- c) reakcije na godišnjice relevantnih obiteljskih događaja
- d) utjecaj društveno-političkih i ekonomskih događaja na obitelj.

5. obrasci odnosa i trokuti

Primjeri obiteljskih trokuta: dijete i roditelji; supružnici i svekrva; supružnici i punica; supružnici i muževa karijera; supružnici i ljubavnik. Primjeri trokuta u razvedenim obiteljima (dijete-otac-maćeha; dijete-majka-maćeha; dijete-otac-očuh; muž sa sadašnjom i bivšom suprugom; žena sa sadašnjim i bivšim mužem). Postoje i višegeneracijski trokuti (dijete-roditelj-baka/djed), trokuti specifični za obitelji s posvojenom djecom (dijete-posvojitelji-biološki roditelji), itd.

6. obiteljska ravnoteža i neravnoteža

- a) u obiteljskoj strukturi (npr. obitelj porijekla oca velika, a majke mala)
- b) u ulogama (netko u obitelji ima malo, a netko puno uloga)
- c) u funkcioniranju (različiti stavovi prema odgoju djece, vrijednostima, radu...)
- d) u resursima (zdravlje, financije, kompetencije).

3.3.7.4. Primjena genograma u psihološkom savjetovanju

Iako su podatci koje prikupljamo genogramom relativno objektivni, njihova interpretacija je u velikoj mjeri subjektivna. Spoznaje o složenim obiteljskim fenomenima pružaju nam dobru osnovu za postavljanje hipoteza koje ćemo provjeravati tijekom rada s obitelji te daju sugestije za daljnje istraživanje obitelji i psihološke intervencije prema obitelji ili pojedinim članovima. Tijekom psihološkog savjetovanja genogram možemo koristiti za:

- lakše uspostavljanje kontakta
- stvaranje referentnog okvira za rad
- uključivanje cijele obitelji (rado prihvaćaju rad na zajedničkom zadatku)
- deblokiranje obiteljskog sustava (širi se fokus, smanjuje rigidnost)
- konstrukciju novog referentnog okvira obitelji (više informacija za stvaranje alternativnih uvida i rješenja)
- kreiranje strategija daljnjih psiholoških intervencija s obitelji i pojedinim članovima obitelji
- oslobađanje negativnih emocionalnih naboja na prihvatljiv način
- neutraliziranje destruktivnih konflikata
- stvaranje uvida u obiteljske snage u pogledu različitih mogućnosti za rješavanje problema (kako su to drugi članovi obitelji činili ranije)
- mogućnost preventivnog djelovanja.

Slijedom izrečenog možemo zaključiti kako je genogram ekonomičan i koristan instrument prikupljanja potrebnih informacija o obitelji, ali i psihološka intervencija koja kod blaže obiteljske patologije omogućuje uključenim članovima bolje razumijevanje i operacionaliziranje problema s kojim su se suočili, prepoznavanje obiteljskih potencijala, otkrivanje nekorištenih snaga i resursa te, polazeći od tog novog uvida, pronalaženje rješenja koja ranije nisu mogli vidjeti.

Literatura:

1. Ajduković, M. i Sladović Franz, B. (2008.): Instrumenti socijalnog rada za procjenjivanje obiteljske situacije i potreba djece, U: Ajduković, M. & Radočaj, T., ur.: Pravo djeteta na život u obitelji, Stručna pomoć obiteljima s djecom i nadzor nad izvršavanjem roditeljske skrbi kao proces podrške za uspješno roditeljstvo, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb, 195-207
2. McGoldrick, M, & Gerson R. (1985.): Genograms in family assessment, W.W. Norton, New York

Slika 1. Genogramski simboli

Muško:



Žensko:

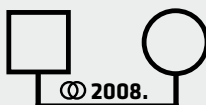


BROJ OZNAČAVA
STAROST OSOBE

Smrt:



Brak:



(Ⓞ 2008. → godina sklapanja braka)

Izvanbračna veza:



(godina početka veze)

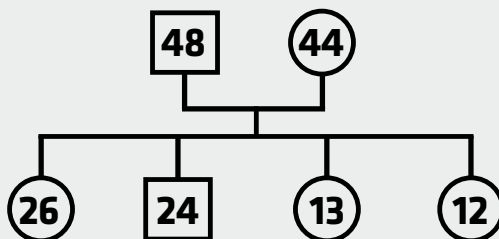
Odvojeni život bračnog para:



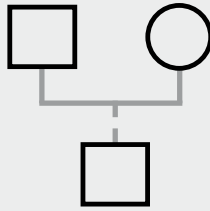
Razvod:



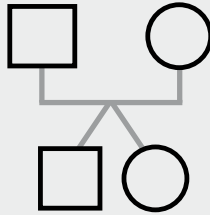
Djeca redom rođenja:



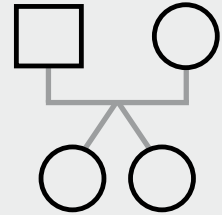
Posvojeno dijete:



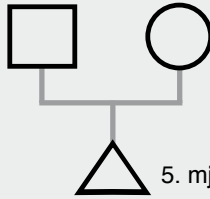
Blizanci:



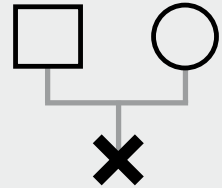
Jednojajčani:



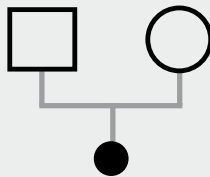
Trudnoća:



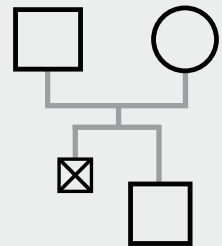
Namjerni ab:



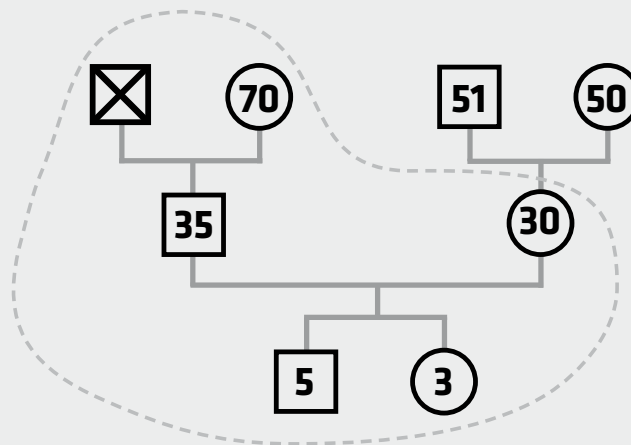
Spontani ab:



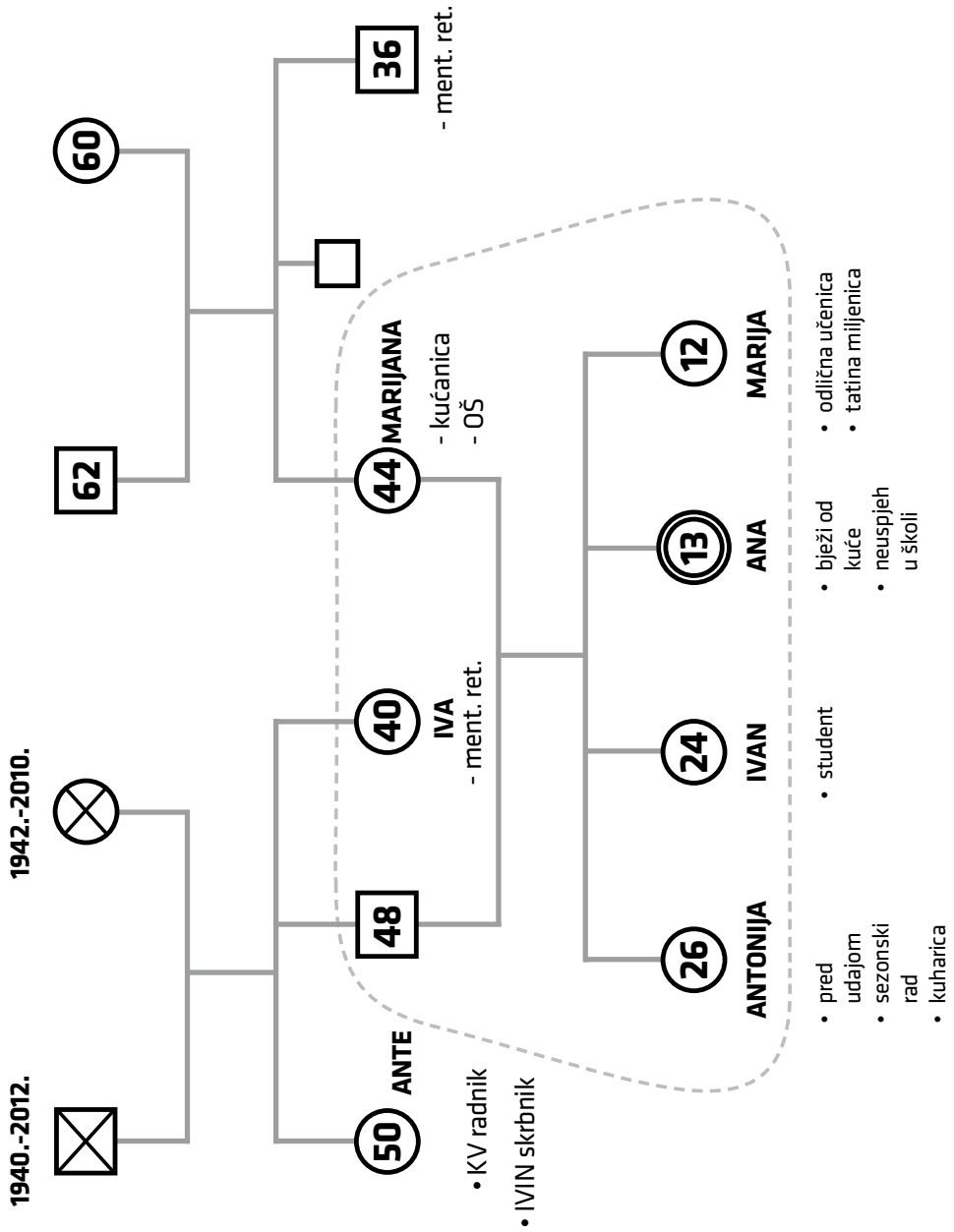
Dijete umrlo na porodu:



Domaćinstvo:



Slika 2. Genogram Ane xy



3.3.8. Uloga lokalne zajednice u podršci djeci i mladima s problemima mentalnog zdravlja: od ranog prepoznavanja do rane intervencije

Problemu mentalnog zdravlja djece i mladih društvo posljednjih desetljeća prilazi sve intenzivnije i konkretnije. Poremećaj mentalnog zdravlja za dijete znači nepovoljnu perspektivu, dok je dobro mentalno zdravlje djeteta pretpostavka dobrog mentalnog zdravlja u odrasloj dobi. Kao što se navodi u Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016. godine, gdje se promovira rana intervencija mentalnih poremećaja, „...unaprjeđenje mentalnog zdravlja djece i mladih je ulaganje u budućnost“.

Radi se o dijelu populacije koji je najranjiviji i naspram kojeg su odrasli najranjiviji, stoga su tu usmjereni pozornost i aktivnosti te preventivni i ranointerventni programi niza organizacija i stručnjaka.

3.3.8.1. Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja djece i mladih

Prema mjerama Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016. godine potrebno je poboljšati prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih sa svrhom trenutnog interveniranja i preveniranja razvoja težih poremećaja. Identifikacija ranih faza problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih podrazumijeva uočavanje promjena ponašanja u negativnom smjeru u početnom stadiju. To znači uočavanje znakova upozorenja, primjerice beznađe, nedostatak energije, emocionalni ispadi do tada neuobičajeni, slabljenje školskih ocjena, promjene u apetitu ili spavanju... Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja znači i uočavanje djece u riziku, uzimajući u obzir rizične razvojne čimbenike. Naime, razmatrajući razvoj djece, nužno je uvažiti utjecaj međudjelovanja individualne razine (biološki potencijal, psihološki čimbenik) i socijalnog okružja. Prema tome, rizična djeca i mladi mogu se identificirati na osnovi:

(A) čimbenika na individualnoj razini

(B) socijalnih rizičnih čimbenika

za koje se zna da mogu biti povezani s početkom problema mentalnog zdravlja.

(A) Poznavanjem **psihofizičkih karakteristika** samog djeteta i usmjeravanjem pozornosti na ona područja koja pogoršavaju probleme, možemo evidentirati rizično dijete za razvoj problema mentalnog zdravlja: djeca s razvojnim smetnjama i zdravstvenim problemima, djeca s ADHD sindromom i s teškoćama učenja, djeca sa socio-emocionalnim smetnjama i teškoćama socijalne prilagodbe, sa slabom kontrolom emocija, uočavanje djece smanjenog samopouzdanja i sl. U ranoj detekciji problema mentalnog zdravlja potrebno je i poznavati tipična odstupajuća ponašanja u funkciji dobi. Rizični čimbenik kod djece

predškolske dobi može biti, primjerice, hiperaktivnost (prema Wenar, 2003., str. 91). Početkom školovanja mogu se pojaviti školska fobija, teškoće učenja, osjećaj inferiornosti, kao počeci problema mentalnog zdravlja. Najčešći problemi tinejdžerske dobi: depresija i delinkvencija - manifestacije koje je pogriješno minorizirati uz obrazloženje puberteta kao razdoblja bure i stresa, tj. kao prolazne poremećaje. Psihološki rizični čimbenici kod adolescenata: kriza identiteta; s adolescencijom se često javljaju poremećaji hranjenja.

(B) Detektiranje **rizičnih okružja** u kojima odrastaju djeca i mladi - od obitelji do izvanobiteljskog konteksta.

→ NEPOVOLJNA SOCIO-OBITELJSKA OKRUŽJA :

- siromašne i marginalizirane obitelji rizičnih egzistencijalnih uvjeta, socijalno isključene, isključene iz sustava zdravstva i zaposlenosti
- roditelji narušenog mentalnog zdravlja: psihički bolesni, ovisnici
- visoka izloženost obitelji stresu, npr. teške bolesti ili smrt u obitelji, loša obiteljska klima, razvod braka
- različiti oblici neodgovornog roditeljstva: zanemarena ili zlostavljana djeca, negativna interakcija roditelj-dijete, izloženost djeteta obiteljskom nasilju ili manipulaciji tijekom razvoda; negativni modeli u obitelji - roditelji skloni asocijalnom ili antisocijalnom ponašanju.

→ IZVANOBITELJSKI KONTEKST:

- interpersonalni utjecaji: pripadnost skupini vršnjaka odstupajućeg ponašanja, socijalna izoliranost (nedostatak prijateljskih veza), vršnjačko zlostavljanje
- kulturalni čimbenici: kriminogena sredina, dostupnost droge i oružja, pripadnost subkultur gdje su uobičajeni nasilje, strahovi, loše roditeljstvo
- rizični čimbenici vezani uz zajednicu: siromaštvo i ekonomska deprivacija, visoka razina nezaposlenosti, nedovoljna dostupnost usluga namijenjenih obiteljima, odsustvo korisnih i kvalitetnih programa za djecu i mlade izvan školskog sustava, medijsko prezentiranje nasilja i tolerancija na nasilje, laka dostupnost alkohola, liberalni stavovi prema korištenju droge i prema kriminalnim radnjama.

Ranim uočavanjem rizika otvara se put za promptnu intervenciju prije razvoja poremećaja. U što ranijoj detekciji djece u riziku, organiziraju se segmenti zajednice - oni kojima je cilj promocija dobrog mentalnog zdravlja djece i mladih, zatim njihova međuorganiziranost, te spremnost svakog stručnjaka unutar svog resora na akciju.

U postupcima ranog identificiranja problema značajna je uloga psihološkog procjenjivanja sa širokom lepezom metoda, radi dobivanja što jasnijeg uvida u prirodu problema mentalnog zdravlja i utvrđivanja slabih i jakih područja kako bi se moglo odabrati i provesti odgovarajuću intervenciju. Stručnjaci se, pri identificiranju šireg spektra djece u riziku, mogu osloniti i na rezultate ispitivanja i na kvalitativna istraživanja unutar lokalnih zajednica primjenom anketa i upitnika koji se primjenjuju u školama.

3.3.8.2. Organizirana lokalna zajednica u zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih

Na razvoj djeteta neprestano djeluje njegova unutarnja sfera (osobna obilježja, osobna iskustva), a odrastanje istovremeno upotpunjuju vanjski čimbenici u smislu socijalizacijskih utjecaja - roditelja i obitelji, školske sredine, vršnjaka, susjeda, zajednice - kao davatelja standarda kulture i životnih vrijednosti. Ranije opisani rizični čimbenici mogući su u svim sferama. Od trenutka kad se uoče prvi znaci mogućeg problema mentalnog zdravlja, započinje rana intervencija s ciljem sprječavanja širenja problema. Radi se o kompleksnom procesu koji zahtjeva višeslojnost. Tu se podrazumijeva zadovoljenje niza potreba - psiholoških, psihosocijalnih, pedagoških, zdravstvenih, socijalnozaštitnih - na individualnoj i kontekstualnoj razini. Učinkoviti pristup ranim intervencijama proizlazi iz kvalitetnog organiziranja zajednice mobiliziranjem mreže raspoloživih institucija i organizacija čiji sadržaj rada i ovlasti zadiru u prava djece i mladih, krenuvši od angažiranja službi za zaštitu mentalnog zdravlja pri županijskim zavodima za javno zdravstvo do komplementarnog nadopunjavanja s drugim sektorima. Za to je u zajednici potrebno identificirati postojeće resurse i njihove mogućnosti za pružanje usluga, i mogućnosti za uklanjanje činitelja koji negativno djeluju na mentalno zdravlje.

3.3.8.2.1. Identificiranje potencijala zajednice

Cjelokupna lokalna zajednica objedinjuje brojne čimbenike, i zaštitne i rizične, koji određuju kvalitetu sazrijevanja i odrastanja djece. Tako postoji niz prednosti u zajednici koje mogu poticati dobrobit djece i mladih, a njihovo pronalaženje, iskorištavanje i jačanje mogu pridonijeti pozitivnom mentalnom zdravlju.

Čimbenici zaštite:

- I. Svjesnost ključnih ljudi na ključnim pozicijama u zajednici o važnosti podrške djeci i mladima i o važnosti ulaganja u dostupnost i kvalitetu usluga.
- II. Mogućnost lokalne zajednice da pruži svojim članovima socijalizacijske poticaje (zajednica koja usađuje norme i vrijednosti npr. tradicija, obrazovanje) i socijalno sudjelovanje (zbog širenja mreže socijalne podrške).
- III. Osjećaj sigurnosti u zajednici: netolerantni stavovi prema činjenju kaznenih djela, prema napuštanju škole; poštivanje zakona o zabrani prodaje alkohola osobama mlađima od 18 godina ; postojanje socijalne kontrole, poruke protiv delinkvencije.
- IV. Senzibilizirani građani koji smatraju da je odgovornost svih da provode i podupiru aktivnosti za zaštitu djece kroz aktivan doprinos zajednici, udrugama.
- V. Stvaranje uvjeta za stabilne obitelji - konkretna podrška roditeljima za posvećenost svojoj roditeljskoj ulozi.
- VI. Mreža službi koja promiče zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih stvarajući podržavajuće okruženje i uvjete u kojima se djeca i mladi pozitivno razvijaju i ostvaruju svoje potencijale, i gdje se iskorištava pozitivni kontekst njihovog svakodnevnog življenja. Realizira se putem otvorenih organizacija i institucija, te kompetentnih stručnjaka; lociranjem stručnjaka u zajednici na način da budu poznati i dostupni. To su višestruke stimulativne domene, npr. školska sredina koja pruža mogućnost afirmacije; mogućnost za pružanjem intervencija na mjestima kao što su savjetovališta; sadržaji za korisno i

kvalitetno provođenje slobodnog vremena i slično.

Poznavanje ovih čimbenika značajno je za sustavno kreiranje, planiranje i provođenje intervencija jer načini na koje lokalna zajednica izvršava ove zadaće utječu na socijalizaciju i zdrav razvoj djece. Korištenje zaštitnih čimbenika zajednice u preventivnim programima i aktivnostima svakako rezultira prepoznatljivim učinkom u prevenciji problema i poremećaja mentalnog zdravlja.

3.3.8.2.2. Segmenti društvene zajednice u podršci mentalnom zdravlju djeci i mladima

Jedan od istaknutih protektivnih čimbenika u kvalitetno organiziranoj zajednici je višesustavni interventni pristup u provođenju aktivnosti usmjerenih na dobrobit djece. Tu su uključeni brojni sustavi kojima su obavijena djeca i mladi, što znači da intervencije obuhvaćaju obiteljske, edukativne, zdravstvene, psihološke, socijalne, kulturalne potrebe djece i mladih u riziku. Brojni sektori djeluju usklađeno i suradnički, s participacijom stručnih aktera - psiholozi, liječnici, defektolozi, pedagozi, učitelji, socijalni radnici, suci za mladež, policijski djelatnici - koji raspolažu stručnim kompetencijama i znanjima o postupcima pomoći mladima i djeci s problemima mentalnog zdravlja.

→ Otkako je zaštita mentalnog zdravlja obuhvaćena Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08.) ključnu ulogu u provođenju mjera i aktivnosti zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih imaju timovi u **djelatnostima zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti** (u daljnjem tekstu: djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja) u županijskim zavodima za javno zdravstvo, čime je skrb o mentalnom zdravlju dostupnija i djelotvornija nego ikada ranije, što ističe Marina Kuzman u predgovoru knjige Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja (Brlas i Gulin, ur., 2010.). U stručne multidisciplinarne timove djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja ulaze psiholog, psihijatar i medicinska sestra. Djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja predstavljaju neizostavni element u osmišljavanju i provođenju raznih oblika programa zaštite djece i mladih, s koordinativnom ulogom pri poduzimanju mjera.

→ **Zdravstveni sektor** u okviru zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih.

- Pedijatar, brine o ukupnom zdravlju djece, radi na pravovremenom otkrivanju odstupanja u razvoju i općem zdravlju.

- Zdravstvena zaštita školske djece i mladeži s primarnim zadatkom poduzimanja specifičnih preventivnih mjera zdravstvene zaštite školske djece i mladih. Usmjereni i na rano uočavanje poremećaja edukativnog zdravlja i simptoma odstupajućeg funkcioniranja tipičnog za školsku dob, te time na zaštitu mentalnog zdravlja. Domene djelovanja su i pitanja reproduktivnog zdravlja, zdrave prehrane i razvojnih problema.

- Liječnik opće medicine koji prati zdravlje i odrastanje djeteta u obiteljskom okruženju; suradnjom s roditeljima svojim savjetima i stručnim postupcima liječenja dovodi dijete do bolje kvalitete života.

- Psihijatar kao dio tima djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja. U sklopu specijalističke zdravstvene zaštite liječi psihičke bolesti i štiti mentalno zdravlje osoba.

- Zdravstveni suradnici (psiholog, defektolog, socijalni radnik) upotpunjuju dijagnostičke i interventne postupke liječnika u sklopu postupaka očuvanja dobrobiti djece i mladih.

→ Podrška djeci u **odgojno-obrazovnim ustanovama**.

U vrtićima odgojitelji i stručni suradnici detektiraju rane probleme i odstupanja u ponašanju djece.

U školama je zadatak nastavnika, učitelja i stručnih suradnika pravovremeno otkrivanje djece koja trebaju posebnu stručnu potporu u učenju i očuvanju psihičkog zdravlja, i detektiranje teškoća snalaženja u školskoj i vršnjačkoj sredini. Škola je neosporno važan čimbenik u zajednici polazeći od njezine odgojno-obrazovne uloge koja obuhvaća svu djecu. Važan je čimbenik u razmatranjima očuvanja mentalnog zdravlja djece i mladih zbog činjenice da je uspješno obrazovanje temelj zadovoljstva jer uspjeh u školi predstavlja prvu stubu kasnijih životnih mogućnosti.

Iz populacije studenata na fakultetima se mogu regrutirati volonteri za specifične angažmane u pomoći djeci i mladima s problemima mentalnog zdravlja

→ Ovlasti i obveze **sustava socijalne skrbi** temelje se najviše na Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 33/12.), Zakonu o sudovima za mladež (NN 84/11.) i Obiteljskom zakonu (NN 116/03.). Uloga u pogledu zaštite dobrobiti djece i mladih je osiguranje potpore obiteljima i roditeljima u odgoju uključenjem stručnjaka različitih profila, uz moguću primjenu mjera obiteljsko-pravne zaštite djece; socijalna promocija djece i mladih kroz stručan rad s djecom koja odrastaju u nepovoljnim okruženjima, djecom sa smetnjama u psihofizičkom razvoju, djecom žrtvama nasilja, djecom sklonom delinkventnom ponašanju. Uslugu savjetovanja, izvan osnovne domene poslova socijalne službe, povjerava djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja, obiteljskom centru, zdravstvenom sektoru. U postupanju s maloljetnim delinkventima oslanja se na kaznenopravni sustav.

→ Uloga **represivnog aparata**.

- **Policija** - vezano za rizik od razvoja problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih, rad policije odnosi se na kaznenopravnu zaštitu djece i maloljetnika; na otkrivanje kaznenih djela kojima se ugrožava njihov tjelesni integritet, zdravlje i nesmetani razvoj; suzbijanje maloljetničke delinkvencije; redukciju rizičnih čimbenika odrastanja djece.

- **Pravosuđe**: pri općinskim i županijskim državnim odvjetništvima i sudovima postoje Odjeli za mladež koji posebnu pozornost obraćaju na pitanja interesa djece. Težište u postupcima se stavlja na osobu, a ne na samo djelo, što znači uvažavanje potreba, očekivanja i problema mlade osobe, primjenjujući načelo: pomoć umjesto kazne. Državna odvjetništva nalažu, a sudovi za mladež izriču odgojne mjere u skladu sa Zakonom o sudovima za mladež (NN 84/11.) u čijoj provedbi sudjeluju socijalna služba i djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja.

→ **Tijela područne samouprave i tijela lokalne samouprave**, i njihova savjetodavna tijela kao što su Povjerenstvo za suzbijanje zlouporabe opojnih droga, Vijeća učenika, Savjet mladih, i sl., usmjerena su na međuresornu suradnju u utvrđivanju potreba djece i mladih, motiviranje i uključivanje djece i mladih u provođenje postupaka suzbijanja negativnih društvenih pojava koje štete razvoju djece. Navedena tijela lokalne i područne samouprave mogu osiguravati resurse koji služe aktivnostima za rad s djecom i mladima, i koordinirati različite partnere.

→ **Nevladine humanitarne udruge** građana, oformljene s ciljevima za opću korist i dobrobit djece i mladih, mogu pokrivati širok raspon intervencija, primjerice,

organiziranje aktivnosti za ostvarivanje prava djece, promoviranje zdravih stilova života, provođenje aktivnosti s djecom u njihovom slobodnom vremenu, uključuju se u programe vršnjačke pomoći i socijalizacije.

→ **Obiteljski centri** pružaju usluge savjetodavnog karaktera u sklopu ranih intervencija, i organiziranje preventivnih aktivnosti u cilju podizanja kvalitete života djece i mladeži; djelokrug aktivnosti je propisan Zakonom o socijalnoj skrbi (NN 33/12.).

→ **Vjerske udruge** koje se općenito zauzimaju za ljude u nevolji, osobito su zainteresirane za pomoć djeci, mladima i obiteljima kroz pružanje duhovnih sadržaja i sadržaja koji se temelje na pozitivnim vrijednostima.

→ **Zavodi za zapošljavanje** s ulogom profesionalnog usmjeravanja djece (informiranje, savjetovanje) pri odabiru budućeg zanimanja odnosno obrazovanja, promatrajući odabir budućeg zvanja kao važan aspekt zadovoljstva u kasnijem životu. Profesionalno usmjeravanje predstavlja ranu intervenciju i ima preventivno značenje kao pomoć pri donošenju primjerene odluke o izboru obrazovnog programa.

→ **Predstavnici gospodarstva**, koji nude mentore, opremu, služe kao modeli za učenje o karijeri, pomažu pri osposobljavanju za posao. Usko su vezani s drugim resorima (odgojno-obrazovni, tijela samouprave).

→ **Zabavne, kulturne, sportske udruge** - mjesta pozitivnog afirmiranja, razvoja talenata, pripadnosti interesnoj skupini, izgradnji i učenju prosocijalnog ponašanja, poticanja inicijative. Upućene su na interaktivnu suradnju s resorima koji su uključeni u provedbu projekata za dobrobit djece i mladih.

→ **Lokalni mediji** kritičnim reklamiranjem stvaraju realne ciljeve, formiraju negativne stavove prema nepoželjnim navikama i oblicima ponašanja, osvješćuju javnost o širokoj problematici mentalnog zdravlja djece i mladih.

→ U cilju pružanja podrške mentalnom zdravlju djece i mladih potrebno je jačanje **volonterskih inicijativa** za dobrobit djece.

Različiti resori nude različite oblike posrednog i neposrednog rada s korisnicima. Razina i oblik se razlikuju zavisno od ovlasti i djelokruga rada, uz aktivnosti suradnje s drugim resorima.

3.3.8.2.3. Značaj multidisciplinarnog pristupa i intersektorskog udruživanja kao organiziranja zajednice u rješavanju problema

Zajednica raspolaže spektrom gore navedenih službi koje brinu o djeci i mladima, koje imaju mogućnost ranog prepoznavanja odstupanja ponašanja i prepoznavanja problema mentalnog zdravlja djece i mladih, i mogućnost, a i obvezu, pružanja podrške. U uspješnom rješavanju problema mentalnog zdravlja djece i mladih kao važan čimbenik mora se istaknuti način na koji su organizirani segmenti društva i stupanj interakcije među njima. Učinkovita umreženost struktura u praktičnoj provedbi interventnih programa znači slijeđenje načela koja se podrazumijevaju u sustavu multidisciplinarnosti i koja su imperativ ukoliko društvo nastoji postići dobitak za djecu i mlade:

- Svaki resor sa svojom domenom djelovanja pridonosi povećanju mentalnih i adaptacijskih kompetencija djece i mladih.

- Dostupnost i proaktivnost unutar svakog segmenta.
- Koordinacija sustava u cilju jačanja povezanosti davatelja usluga na svim razinama i usklađenosti djelovanja.
- Komplementarni pristup - provođenje intervencija koje nadopunjavaju nedostatke intervencija drugih institucija čime se kompetencije i međusobni naponi međusobno jačaju.
- Multidisciplinarnost nije moguća bez međusobnog povjerenja i uvažavanja struka na osobnoj razini, želje za suradnjom potrebne kod svake strane, shvaćanja koristi od međusobne suradnje, postojanja kontinuiranog sustava razmjena informacija kroz dogovor o intervencijama uz razjašnjavanje nejasnoća i spremnost na timski rad.

Time se sustav koji štiti djecu i mlade učini koherentnim jer jača dosljednost i kolektivnu snagu u pružanju podrške.

3.3.8.3. Rane intervencije u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih

Rana intervencija zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih podrazumijeva reagiranje na prve znakove uočenog problema. Pruža se zbog neodgodive potrebe rješavanja problema i poboljšanja stanja prije razvoja dubljeg i težeg oblika poremećaja. Sastoji se od niza stručnih aktivnosti pružanja usluga, u cilju smanjenja neželjenog stanja i postizanja pozitivnih promjena. Tu ulaze usluge u rasponu od identifikacije problema do izravne intervencije u smislu pružanja pomoći, uz ciljanje na dugoročne promjene.

U ranointerventnim mjerama podrške mentalnom zdravlju djeci i mladima svakako je potrebno implementirati programe senzibiliziranja opće i stručne javnosti za pravovremeno prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih putem tribina, predavanja i kampanja; edukaciju o ranim fazama problema; informiranje o rizičnim čimbenicima za razvoj problema mentalnog zdravlja, te omogućavanje dostupnosti potrebnih informacija.

3.3.8.3.1. Intervencije prema djeci i mladima s problemima mentalnog zdravlja: primjeri za aktivnosti

Usluge u zajednici koja obuhvaća sve ranije navedene i opisane resurse kojima je cilj suzbijanje razvoja problema mentalnog zdravlja kod djeteta ili mlade osobe, znače poduzimanje ciljanih intervencija, poput povećanja sposobnosti djece i mladih za nošenje s problemima, razvijanja sposobnosti socijalnog uklapanja i udovoljavanja zahtjevima koji se postavljaju pred njih. Intervencije su pri tome razvojno prilagođene, uz sagledavanje višestrukih čimbenika koji oblikuju osobu, a time i problem. Pored individualnih razvojnih prednosti (kao što su socio-emocionalna kompetentnost, odgovornost, pozitivne vrijednosti i sl.) intervencije se oslanjaju i na kontekstualne - odnose se na podržavajući milje odrastanja (obitelj, prijatelji, podrška službi npr. škole, zdravstva). Svi aspekti razvojnih prednosti - individualnih i okolinskih - su zaštitni čimbenici i mogu jačati, a njihov razvoj u velikoj mjeri zavisi od organiziranja zajednice. Zajednica koja naglašava vrijednost protektivnih čimbenika razvija i potiče izgradnju usklađenog sustava mreže svih službi za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih.

Različiti su vidovi međuresorne inicijative interventnih tretmana djece i mladih, i treba ih razmatrati na različitim razinama.

→ U detektiranju rizičnih čimbenika za razvoj problema mentalnog zdravlja poštuje se **interdisciplinarni pristup**: radi se procjena problema s različitih aspekata: psihološkog, medicinskog, defektološkog, pedagoškog, socijalnog. Nakon identificiranja problema i utvrđivanja potreba djeteta ili mlade osobe, a i njezine obitelji, pristupa se određivanju razina u sustavu djetetovih problema, time vezano određivanju potrebnih postupaka slijedom definiranih ovlasti pripadnih institucija te se poduzimaju daljnji koraci u cilju pomoći. Na svakoj razini potreban je angažman pripadne struke ili institucije. Intervencije koje slijede u okviru su osobne odgovornosti stručnjaka i odgovornosti zajednice. Kao što opisuje Nino Žganec u knjizi *Prevenција poremećaja u ponašanju djece i mladih u lokalnoj zajednici* (Janković i Bašić (ur.), 2001., str. 60), multidisciplinarnost znači preuzimanje one funkcije za koju je pojedini član tima kompetentan. Pri tome preuzima dužnost na kontakt s predstavnicima drugih tijela u cilju razmjene saznanja o djetetu umjesto monopoliziranja saznanjima, u cilju sprječavanja dupliciranja pojedinih intervencija, i smanjivanja mogućnosti kontradiktornih procjena i poduzetih akcija. Očekuje se kompetentnost stručnjaka ne samo u stručnom pogledu, već i da djeluju komplementarno i koordinirano uz nadilaženje osobne promocije. Naglašava se uloga stručnjaka koji ne prebacuju odgovornost na druge i ne ignoriraju probleme. Kroz praćenje u aktivnostima i kroz produblјivanje spoznaja o djetetu i okolini, donosi se procjena dugoročnosti intervencija. Neizostavno je sustavno evaluiranje i praćenje kvaliteta usluga i učinaka svih aktivnosti koje se provode, u cilju unaprјeđenja i planiranja daljnjih koraka.

→ Stručnjaci u **djelatnostima za zaštitu mentalnog zdravlja** temeljem osobne i stručne odgovornosti, svojim aktivnim angažiranjem provode niz programa i interventnih postupaka usmjerenih učinkovitom očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih. Djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja u tom se smislu promatraju kao baza aktivnosti zbog središnje uloge u zaštiti mentalnog zdravlja u okviru zdravstvene zaštite. Prema Marini Kuzman (predgovor knjige *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*, Brlas i Gulin (ur.), 2010.), multidisciplinarnost i nužnost suradnje među profesijama i među sektorima očituje se ne samo u raznorodnosti sastava timova već i u povezničkom položaju djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja.

Senzibilizacija javnosti za probleme djece i mladih u riziku ukazivanjem na važnost mentalnog zdravlja djece i mladih i na mogućnost doprinosa šire socijalne mreže u zaštiti rizične djece i mladih.

Senzibilizacija stručne javnosti za partnerstvo u djelovanju: naglasak na (1) povjerenju među strukama i tijelima kao uvjetu višeslojnosti intervencija i uspješnog suradnog odnosa; (2) paralelnosti odvijanja intervencija aktivnom koordinacijom struktura koje djeluju u istom pravcu, a svaka sa svojom ulogom kojom pridonosi zajedničkom cilju; (3) osiguranju zajedničkih dogovora s ciljem izgradnje trajnog odnosa među suradnicima. Planiranje intervencija. Kao prvi korak u planiranju rješavanja problema potrebno je

identificirati zaštitne i rizične čimbenike u unutarnjem i vanjskom svijetu osobe radi jačanja zaštitnih i reduciranja rizičnih. Reduciranje rizičnih vanjskih čimbenika uključuje socijalnu službu prema neučinkovitim obiteljima; policiju u postupanju prema nesigurnoj zajednici; škole uklanjajući negativnu vršnjačku dinamiku. U cilju jačanja vanjskih zaštitnih čimbenika povećanjem socijalno-obiteljske podrške planira se uključenje udruga, škola, centra za socijalnu skrb. Kompozicija uključenih institucija i struka tijekom intervencije ovisi o problemu: nakon utvrđivanja potreba osobe i ciljeva koji se žele postići, planiraju se timovi i sektori koji će u međusuradnji biti akteri intervencije. U koordinativnoj ulozi djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja oslanjaju se na prednost lake dostupnosti čime lako povezuju ostale segmente i komponente društva.

U cilju kreiranja i razrade mehanizama postupanja s djecom i mladima radi pravovremene i učinkovite stručne pomoći potrebno je rukovoditi se strateškim dokumentima u kojima su koncipirane osnovne smjernice planiranja tretmana za razvitak mentalnog zdravlja djece i mladih (kao npr. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016. godine, Smjernice za planiranje, provedbu i evaluaciju preventivskih i tretmanskih programa zaštite djece od nasilja, 2010. g, Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine) i konkretnim mjerama propisanim u njima.

Neposredno pružanje pomoći jačanjem osobnih snaga. Prednost djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja je pružanje osjećaja sigurnosti zbog nerestriktivnog pristupa i nestigmatiziranja.

→ **Formiranje stručnih timova** koji će tijekom pomaganja djeci i mladima unositi vlastite mogućnosti interveniranja i djelokrug svojih specifičnih ovlasti. Uz doprinos djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja, uključuju se potrebni resori.

- **Mogućnosti škole** su detekcija rizične djece na osnovi psiholoških i socijalnih čimbenika. Škola je u poziciji opservirati djecu u formalnim i neformalnim situacijama, situacijama pritiska i zahtjeva, snalaženja među vršnjacima, stječe barem djelomični uvid u matičnu sredinu djeteta. Nakon identifikacije problema, stručna služba škole djeluje prema djeci i roditeljima u savjetodavnom smislu, a prema potrebi - ukoliko problem nadilazi mogućnost djelovanja unutar škole, koristi resurse lokalne zajednice, od zdravstvenog resora i djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja, do nevladinih organizacija.

HODOGRAM MEĐUSEKTORSKOG POVEZIVANJA.

Detektirane teškoće učenja: upućivanje djeteta županijskom zavodu za javno zdravstvo - Zdravstvenoj zaštiti školske djece i mladeži, koja u cilju multidisciplinarnе procjene upućuje dijete djelatnostima za zaštitu mentalnog zdravlja ili stručnom povjerenstvu za utvrđivanje psihofizičkog stanja djeteta.

Znaci zanemarivanja ili zlostavljanja djeteta: upućivanje u centar za socijalnu skrb.

Socio-emocionalne smetnje - dijete se upućuje u savjetovalište djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja ili u obiteljski centar, uključuje u aktivnosti nevladinih udruga, vjerskih udruga.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI unutar škole uz međusektorski pristup.

Promatrajući školu kao instituciju koja promiče i nagrađuje prosocijalne vrijednosti: organiziranje zajedničkih akcija učenika, školskih djelatnika i zajednice.

Stvaranje projektnih skupina s učenicima, s temama koje obuhvaćaju njima važna života područja i na način koji potiče alternativno mišljenje s ciljem produciranja ideja za rješavanje problema.

Za rizičnu djecu provođenje radionica organiziranih prema potrebama djece - učenje životnih i socijalnih vještina, kooperativno učenje, primjereno izražavanje osjećaja, međukulturalno uvažavanje i prihvaćanje različitosti, promicanje prosocijalnih normi, promocija zdravih životnih navika i odgovornog ponašanja.

Nuđenje relevantnih tema za obradu na satovima razrednih odjela shodno uočenim dominantnim teškoćama u razredu.

- Intervencije u **vrtićima** - usmjerene prema djeci predškolske dobi. Rano djetinjstvo izuzetno je važno za razvoj samopoštovanja i prosocijalnog ponašanja te usvajanja pozitivnih životnih vrijednosti, kao preduvjetima dobrog mentalnog zdravlja u kasnijoj dobi. Fokus bavljenja djecom nije isključivo na samome djetetu, već na djetetu u kontekstu, u obitelji, najčešće s roditeljima (skrbnicima) koji utječu na djetetov razvoj i njegovo mentalno zdravlje, i to kroz ciljano osmišljene programe.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI uz intersektorsku suradnju, npr. s djelatnostima za zaštitu mentalnog zdravlja.

Provođenje programa preveniranja ponašajnih i emocionalnih problema djece, s ciljem razvoja specifičnih zaštitnih čimbenika kao što su samokontrola, svjesnost o osobnim emocijama, samopouzdanje, njegovanje dobrih odnosa s drugima.

Senzibiliziranje roditelja i odgojitelja na važnost poznavanja i praćenja cjelokupnog, a osobito socio-emocionalnog razvoja djeteta.

Educiranje djelatnika vrtića usmjereno na rane intervencije u zaštiti mentalnog zdravlja djece.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI u suradnji s pedijatrима, defektolozima: suportivno-savjetodavna pomoć roditeljima djece s poteškoćama prilagodbe ili s poteškoćama u razvoju; ujecaj na roditelje da prepoznaju i podrže stimulacijske postupke koji unaprjeđuju razvoj djece.

- Medicinsko praćenje djeteta/mlade osobe iziskuje **uključenje liječnika**.

POSTUPANJE LIJEČNIKA U MULTIDISCIPLINARNOJ SURADNJI.

U cilju upotpunjavanja dijagnostike uključuju se polikliničko-konzilijarna zdravstvena zaštita i zdravstveni suradnici. U prepoznavanju ranih faza problema mentalnog zdravlja obraćaju se stručnjacima za zaštitu mentalnog zdravlja. Po pitanjima psihičkih poremećaja i ovisnosti intervenira liječnik specijalist psihijatrije. Kod uočenih znakova zlostavljanja/zanemarivanja djeteta uključuje se centar za socijalnu skrb.

Zdravstvena zaštita školske djece i mladeži ostvaruje permanentnu interaktivnu međuvezu s odgojno-obrazovnim ustanovama zbog pravovremenog prepoznavanja problema edukativnog zdravlja i prepoznavanja ranih faza problema mentalnog zdravlja. Usko surađuje i sa socijalnom službom te s djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI suradno sa stručnjacima iz područja mentalnog zdravlja: senzibiliziranje liječnika za prepoznavanje početnih znakova problema mentalnog zdravlja djece i mladih; promocija važnosti pravodobnog prepoznavanja djece i mladih u povećanom riziku kroz obvezne liječničke sistematske preglede.

- **Socijalne službe.**

MEĐUSEKTORSKO POVEZIVANJE proizlazi iz zakonske regulative.

Socijalna služba izriče i primjenjuje mjere obiteljsko-pravne zaštite djece u slučaju potrebe jačanja obiteljskih resursa ili ublažavanja nepovoljnih obiteljskih okolnosti koje su detektirane kao rizični čimbenici. U provedbi tih mjera podrazumijeva se multikomponentnost uključujući, osim socijalnog sustava, djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja sa svojom savjetodavnom ulogom, zdravstvo, škole, te po potrebi druge resore u cilju širenja mreža usluga namijenjenih jačanju roditeljskih kompetencija i umanjivanju rizičnog čimbenika 'nepovoljnog obiteljskog miljea'.

U sklopu procesuiranja kaznenih djela koja su počinjena na štetu djece, socijalna se služba povezuje s policijom, zdravstvom, savjetodavnim službama.

Provođenje odgojnih mjera izrečenih maloljetnim i mlađim punoljetnim počiniteljima kaznenih djela - suradnja s pravosuđem, policijom, odgojno-obrazovnim institucijama, savjetovalištima, nevladinim udrugama i privrednim sektorom.

Kod uočene potrebe za osnaživanjem rizične djece i mladih - upućivanje u savjetovalište djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja, u nevladine udruge.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI izvan izriječom propisanih zakonskih mjera: uključenje djece i mladih u druženje s udomljenom djecom, s invalidnom djecom; intenziviranje suradnje s tijelima lokalne i regionalne samouprave radi pravodobne zaštite uočenih rizičnih obitelji.

- Detektiranje narušenog mentalnog zdravlja djeteta/mlade osobe kao rezultat negativnih pojava u bliskom okruženju, ili kada u zajednici postoje problemi koji ugrožavaju osjećaj sigurnosti, ili problemi koji ometaju skladan svakodnevni život djece i mladih, iziskuje uključenje **policije** koja djeluje prema vanjskim rizičnim čimbenicima.

Policija je odgovorna za unaprjeđenje kvalitete života i za sigurnost građana. Koncept svog djelovanja u zajednici zasniva na pristupačnosti, pružanju usluga i prilagodljivosti, nastojeći promijeniti stav građana o policiji kao ovlaštenoj za primjenu isključivo sredstava prisile.

- Povezanost s **gospodarskim sektorom** uz uključenje **zavoda za zapošljavanje**, za pomoć mladima da konkretno planiraju budućnost integrirajući svoja dosadašnja iskustva iz svijeta rada.

RANO INTERVENTNE AKTIVNOSTI:

- u cilju profesionalnog usmjeravanja provođenje individualnog rada savjetovanjem
- skupni rad u vidu radionica s temama poput "Kako odabrati zanimanje?", "Samoprocjena potencijala"...

- Uključenje lokalnih autoriteta u **tijelima samouprave** radi potpore:

- djelovanja savjetovališta za djecu i mlade
- djelovanja klubova, udruga (sportskih, KUD-ova) kao mjesta za kvalitetno provođenje vremena djece i mladih i za socijalizaciju.

- **Obiteljski centri**, unutar mreže podrške djeci i mladima te njihovim obiteljima, od posebne su važnosti kao mjesta oblikovanja savjetovališnih programa.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI: promoviranje pozitivnih životnih stilova i vrijednosti,

razvoj osobnih potencijala, poticanje tolerancije prema drukčijima, osnaživanje djece i mladih s posebnim potrebama, provođenje škole za roditelje.

- Suradnja s **civilnim udrugama za pomoć djeci i mladima** lako je ostvariva zbog njihove fleksibilnosti shodno aktualnim potrebama. Unutar mreže pomoći djeci i mladima, sektori ih uključuju imajući na umu da udruge osmišljavaju, organiziraju i vode aktivnosti s rizičnom djecom i mladima i s djecom u ranim fazama problema mentalnog zdravlja, u pravcu korigiranja odstupajućeg ponašanja i navika. Koriste razne vidove djelovanja, skupne radionice, dječje forume..., sa sadržajima poput poticanja adaptabilnijeg ponašanja, izgradnje samokontole, saniranja posljedica niskog samovrjednovanja i drugo.

➔ Zbog pojava kao što su pritisak vršnjačkih skupina, nesigurnost kod djece i mladih, dosada, nedostatak prostora u kojima bi mladi umjesto u kafićima mogli sadržajnije provoditi vrijeme, od izuzetnog je značaja **organizacija aktivnosti djece**, sa svrhom da strukturirano i kvalitetno provode slobodno vrijeme konstruktivnim sadržajima koji nisu komercijalne naravi. Pri poduzimanju konkretnih akcija poželjno je uključivanje tijela poput Savjeta mladih, voditelja školskih preventivnih programa, predstavnika roditelja iz Vijeća roditelja škola, voditelja udruga i klubova, uz osobu koordinatora kojoj je primarni cilj promicanje dobrobiti djece, radi poticanja na inicijativu, organiziranja, okupljanja važnih osoba, usmjeravanja, usklađivanja dogovora.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI:

Organiziranje društvenih akcija u zajednici, poput ekološke (npr. osiguravanje čistih i sigurnih igrališta); volonterski servisi izvan škole; aktivnosti brige o osobnom zdravlju; formiranje klubova zajedničkog učenja: kooperativno učenje i poticanje navika međusobnog pomaganja; organizacija i ohrabrivanje akcija darivanja i druge humanitarne akcije; poticanje djece i mladih za pružanje raznih vrsta pomoći djeci s posebnim potrebama, starijima i nemoćnima; osiguravanje besplatnih ulaznica za kulturne manifestacije; uključivanje crkve pri oblikovanju slobodnog vremena mladih: crkveni zbor, debatne skupine, izrada župnih listića.

Oslanjajući se na dobro poznatu činjenicu o značajnom međutjecaju vršnjaka, moguće je uspostaviti programe vršnjačke pomoći: razvoj socijalnih vještina kroz "mentorstvo" starijeg djeteta mlađem, pružanje instrukcija u razredu, mladi edukatori vršnjacima i sl. Profit je obostran: djeca i mladi s problemima nailaze na unutargeneracijsko razumijevanje zbog sličnih interesa i stavova, dok mlada osoba - pomagač stječe korisna znanja i vještine, ujedno pomagačka aktivnost pridonosi jačanju osjećaja samoučinkovitosti; njeguje se timski rad, međusobno uvažavanje, utvrđuje vrijednost zajedništva, razvija vršnjačka komunikacija.

Osnivanje skupina mladih ili klubova za mlade s osmišljenim društveno-korisnim ciljevima: osvješćivanje javnosti o mentalnom zdravlju, promicanje kvalitetnih društvenih sadržaja, razvijanje programa vršnjačke pomoći u lokalnoj zajednici.

Opisane aktivnosti mogu se realizirati i sa širokim obuhvatom djece i mladih u sklopu preventivnih akcija.

3.3.8.3.2. Ciljane intervencije prema obiteljima

Obzirom na značaj obitelji kao društvene vrijednosti, kvalitetno roditeljstvo nije samo odgovornost roditelja nego i društvene zajednice. Obitelj omogućava očuvanje mentalnog zdravlja djece kroz udovoljavanje kako elementarnim životnim potrebama tako i temeljnim psihološkim potrebama (npr. stvaranje uvjeta za bazične osjećaje sigurnosti i pripadnosti, privrženost). Obitelj je primarni čimbenik formiranja pozitivne prilagodbe djeteta i obrane od neželjenih utjecaja. Zaslužuje velike količine pozornosti društva i time podršku od strane lokalne zajednice. Stoga je na razini lokalne zajednice potrebno osigurati ispunjenje društvene odgovornosti prema djeci i roditeljima kroz širok raspon mjera za podršku, od stvaranja osnovnih socio-ekonomskih uvjeta za roditeljsko ponašanje u najboljem interesu djeteta kojima će se omogućiti normalni uvjeti za vođenje brige o djeci, preko omogućavanja roditeljeve uključenosti u svakodnevni život djeteta, do osiguravanja sadržaja u zajednici koji omogućavaju podršku roditeljima u odgoju djece podižući kvalitetu života obitelji putem koje roditelj može osnaživati dijete. Tu se uključuje niz institucija kroz mjere: stambeno-materijalna pomoć, mjere obiteljsko-pravne zaštite djece, psihologijsko savjetovanje obitelji, provođenje zdravstvene brige nuđenjem programa za bolju obiteljsku zdravstvenu skrb, pružanje mogućnosti za usklađivanje obiteljskog i profesionalnog života, podrška roditeljima u podizanju i odgoju djece.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI:

Kao preventivne aktivnosti: razni vidovi edukativnih aktivnosti koje potiču kompetentno i odgovorno roditeljstvo, programi koji promoviraju prosocijalne vrijednosti u obitelji; senzibiliziranje roditelja za probleme s kojima se mogu suočavati djeca i mladi; informiranje o negativnim oblicima ponašanja; isticanje značaja obitelji u prevenciji razvoja poremećaja mentalnog zdravlja. Medijsko promicanje koncepcije pozitivnog roditeljstva.

Interventni pristupi - savjetovani rad usmjeren na obitelj po mjeri individualnih potreba obitelji. Podučavanje odgojnim metodama; restrukturiranje obiteljskih interakcija i komunikacije; planiranje budućih odgojnih strategija. Ranije spomenute mjere obiteljsko-pravne zaštite djece. Povezivanje obitelji s resursima lokalne zajednice radi zadovoljavanja širih i sveobuhvatnih potreba.

3.3.8.4. Uloga psihologa u podršci djeci i mladima s problemima mentalnog zdravlja

U kreiranju i provođenju postupaka zaštite djece i mladih pogođenih problemima mentalnog zdravlja zahtjeva se svekolika participacija i angažman psihologa. Psihologijski profesionalni identitet podrazumijeva skrb za mentalno zdravlje ljudi. Psihologijske kompetencije proizlaze iz znanstveno utemeljenog i primjenjivog skupa znanja o mentalnom ustroju i ukupnom funkcioniranju čovjeka. Psihologijska saznanja i metode omogućuju otkrivanje i utvrđivanje ranih znakova narušenog mentalnog zdravlja, procjenu poteškoća i uzroka disfunkcionalnosti, utvrđivanja osobina i općih mogućnosti i snaga osobe, što je ključno za određivanje vrste tretmana prema potrebama ponaosob. Sagledavajući osobu sa svojim kapacitetima, s mentalnim procesima i u okrilju okolinskog konteksta, psiholog osmišljava puteve pomoći. U cilju što sveobuhvatnije pomoći

pojedincu, uključuje različite struke i stručnjake u smislu partnerstva: ispreplitanjem niza institucija i profesija moguće je kompletnije pridonijeti ukupnim nastojanjima zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih.

PRIMJERI ZA AKTIVNOSTI:

Rukovodeći se dosad višekratno isticanom potrebom za multidisciplinarnim pristupom, uloga psihologa usmjerena je na:

- senzibiliziranje stručnjaka za važnost rane pomoći djeci, mladima i obiteljima
- ojačavanje kompetentnosti stručnjaka dodatnim educiranjem u smislu pružanja novih saznanja i vještina potrebnih za djelotvorno prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih, i znanja i vještina potrebnih za pružanje djelotvorne ranointerventne pomoći
- poticanje sustručnjaka da postanu svjesni svoje kompetentnosti
- promicanje značaja savjetovaniškog rada
- iniciranje intenziviranja dijaloga u svim pravcima među sudionicima u procesu pružanja pomoći razmjenom iskustava i podataka, što uključuje radne sastanke, korespondencije, konzultacije, timsku potporu, međusobno informiranje
- isticanje zajedničkog i suradnog odnosa unutar struke i među strukama, bez samoafirmacije i rivaliteta koji štete interesima djece.

Senzibiliziranje donositelja odluka na lokalnoj razini za pomoć pri poduzimanju mjera za dobrobit djece i mladih.

Relevantna je uloga psihologa u radu s obiteljima i prema roditeljima. Pored savjetodavnog obiteljskog pristupa, aktivnosti se mogu usmjeriti i na rad s obiteljima u vidu škole za roditelje i skupnog rada s roditeljima, sa sadržajima poput unaprjeđenja obiteljskih interakcija, jačanja odgojnih kompetencija i snaga roditelja, promicanja odgojnih vrijednosti.

Usluge koje pruža psiholog u individualnom radu s djetetom ili mladom osobom u određenom razdoblju njegove psihičke neravnoteže širokog su spektra s univerzalnim ciljem da se smanje nepovoljni čimbenici za razvoj mentalnog poremećaja i poboljša opće funkcioniranje. Primjenjuje se niz različitih interventnih mjera jačanja sposobnosti pojedinca u prevladavanju problema, učenja uspješnog korištenja osobnih mehanizama suočavanja i rješavanja problema, osnaživanja u nevoljama, poticanja na samouključenje i odgovornost, učenja socijalno kompetentnog ponašanja.

Evaluacija aktivnosti i postojećeg stanja, što podrazumijeva procjenu uspješnosti unaprijed planiranih intervencija, prosudbu učinaka i eventualnu potrebu za promjenom intervencija.

3.3.8.5. Zaključak

Organizirana lokalna zajednica, kao zaštitni čimbenik u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih, raspolaže nizom mogućnosti za podršku djeci i mladima u vidu spleta uključenih službi i stručnjaka koji odgovaraju na potrebe djeteta ili mlade osobe, koji djeluju u cilju uklanjanja ili ublažavanja poteškoća i usmjereni su na očuvanje mentalnog i tjelesnog zdravlja. Na razini lokalne zajednice potrebno je stalno unaprjeđivati multikomponentni pristup i koordiniranost, uvažavanjem potreba i mogućnosti zainteresiranih strana,

ali i širenjem izvan okvira vlastite lokalne zajednice. Time se postiže međusuradnja više lokalnih zajednica koje također primjenjujući načela interdisciplinarnе suradnje s naglaskom na razmjenu dobrih iskustava, mogu profitirati svaka unutar vlastitog prostora. Stalno napredovanje učiniti će sustav prepoznatljivim, pouzdanim i sve učinkovitijim te optimističnim u pogledu vjere građana u mogućnost modificiranja neželjenih pojava kod djece i mladih.

Literatura:

1. Ajduković, D. (ur.) (2003.): Socijalna rekonstrukcija zajednice: psihološki procesi, rješavanje sukoba i socijalna akcija, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
2. Ajduković, M. (2008.): Rane intervencije i ostale intervencije u zajednici kao podrška roditeljima pod rizicima, U: Ajduković, M., Radočaj, T. (ur.): Pravo djeteta na život u obitelji, Zagreb: Ured UNICEFa za Hrvatsku, 57-75
3. Bašić, J. (2001.): Lokalna zajednica u prevenciji poremećaja u ponašanju: određenje i teorijski pristupi, U: Janković i Bašić (ur.): Prevencija poremećaja u ponašanju djece i mladih u lokalnoj zajednici, Povjerenstvo Vlade RH za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, Zagreb, 33-47
4. Berk, L. E. (2008.): Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, Jastrebarsko
5. Bijedić, M. (2010.): Čimbenici učinkovitosti izvaninstitucionalnih intervencija usmjerenih djeci i mladima rizičnog ponašanja, *Odgovorne znanosti*, 12, 1, 131-149
6. Brlas, S., Gulin, M. (ur.) (2010.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, ZZJZ "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije, Virovitica, 11-14
7. Bouillet, D. (2005.): Primjena međunarodnih standarda i preporuka u djelovanju hrvatskog društva prema djeci i mladima s poremećajima u ponašanju, *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 12 (1), 107-130
8. Essau, C. A., Conradt, J. (2006.): Agresivnost u djece i mladeži, Naklada Slap, Jastrebarsko
9. Ferić, M., Kranželić, V. (2001.): Lokalna zajednica u osmišljavanju i postavljanju programa prevencije poremećaja u ponašanju, U: Janković i Bašić (ur.): Prevencija poremećaja u ponašanju djece i mladih u lokalnoj zajednici, Povjerenstvo Vlade RH za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, Zagreb, 65-86
10. Kregar, K. (2001.): Zdravi gradovi: primjer lokalnog razvoja i organiziranja zajednice, *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 8 (1), 51-69
11. Munjas Samarin, R., Takšić, V. (2009.): Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata, *Suvremena psihologija*, 12, 2, 355-370
12. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine
13. Nacionalni plan aktivnosti za dobrobit, prava i interese djece od 2006. do 2012. godine
14. Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine
15. Obiteljski zakon RH, NN 116/03., 17/04., 136/04., 107/07., 57/11., 61/11.
16. Priprema za zapošljavanje (2005.), preuzeto 25. travnja 2012. g. na: <http://www.hzz.hr/default.aspx?id=6086>
17. Smjernice za planiranje, provedbu i evaluaciju preventivskih i tretmanskih programa zaštite djece od nasilja, 2010.
18. Uvodić-Đurić, D., Zadravec Baranašić, A. (2010.): Pokrenimo zajednicu u prevenciji ovisničkih ponašanja mladih, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 6, 23, 197-201
19. Wenar, C. (2003.): Razvojna psihopatologija i psihijatrija, Naklada Slap, Jastrebarsko
20. Zadravec Baranašić, A. (2008.): Priručnik za mlade edukatore vršnjaka o ovisnostima, Autonomni centar - ACT, Čakovec
21. Zakon o socijalnoj skrbi, NN 33/12.

22. Zakon o sudovima za mladež Zakon o sudovima za mladež, NN 84/11.
23. Žganec, N. (2001.): Prevencija poremećaja u ponašanju u lokalnoj zajednici, U: Janković i Bašić (ur.): Prevencija poremećaja u ponašanju djece i mladih u lokalnoj zajednici, Povjerenstvo Vlade RH za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, Zagreb, 49-64
24. Žganec, N. (2002.): Prevencije zlostavljanja djece u svjetlu ekološkog pristupa i rada u zajednici, Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada, 9 (2), 259-270

3.3.9. Prevencija zlostavljanja djece i međuvršnjačkog nasilja

3.3.9.1. Prevencija zlostavljanja djece

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije zlostavljanje djece sastoji se od svih oblika fizičkog i/ili emocionalnog neprimjerenog postupanja, seksualnog zlostavljanja, zanemarivanja ili nepažljivog postupanja, eksploatacije ili drugih oblika iskorištavanja koji rezultiraju stvarnom ili mogućom povrjedom djetetovog života, zdravlja, razvoja ili digniteta u kontekstu odgovornosti, povjerenja ili moći. Značajne i dugotrajne posljedice koje ostavlja, kao i velika vjerojatnost međugeneracijskog prenošenja, nasilje prema djeci čini ozbiljnim problemom društva te je neupitna važnost aktivnog djelovanja stručnjaka kroz intervenciju, ali i prevenciju. Za učinkovitu prevenciju najprije je važno imati što cjelovitiju sliku, tj. što jasnije razumijevanje ove pojave, a što uključuje poznavanje informacija o rasprostranjenosti, rizične uvjete za nastanak, posljedice koje ostavlja na djecu, kao i čimbenike koji djeluju zaštitno, odnosno smanjuju vjerojatnost pojave nasilja prema djeci.

Raširenost zlostavljanja i zanemarivanja djece

Prema podacima svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2010.) 20% žena i 5-10% muškaraca je seksualno zlostavljano u djetinjstvu, dok je 25-50% djece doživjelo fizičko zlostavljanje. Nadalje, podaci američkih centara za kontrolu bolesti i prevenciju (CDC, 2012.) ukazuju da je 10,6% djece emocionalno zlostavljano, njih 28,3% doživjelo je fizičko zlostavljanje, 20,7% je seksualno zlostavljano (svaka četvrta djevojčica i svaki šesti dječak), a 14,8% djece tijekom djetinjstva je bilo zanemareno. Također je važan podatak da se većina zlostavljanja djece, čak do 65% događa unutar obitelji, a u 90% slučajeva od strane djetetu poznate osobe. Prema podacima dobivenim kroz istraživanje Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba (Buljan Flander, 2007.) na uzorku djece širom RH doznaje se o sličnim trendovima. Naime, prema dobivenim rezultatima tjelesno zlostavljanje doživjelo je 16,7% djece, emocionalno zlostavljanje 37,7% djece, spolno zlostavljanje 18,1% djece, a nasilju u obitelji svjedočilo je 16,8% djece.

Istraživanja o transgeneracijskom prijenosu nasilja (Egeland, 1993.; Ehrensaft i sur., 2003., Ross, 1996.) pokazuju da će 30-40% roditelja zlostavljanih u djetinjstvu nastaviti zlostavljati svoju djecu kasnije u životu. S druge strane, kod majki koje su kao djeca imale kvalitetnu njegu u samo 3% slučajeva postoji rizik da će zlostavljati svoju djecu. Međutim, moguće su prilične promjene kroz generacije. U skladu s tim, mnoge zlostavljane osobe prekidaju krug zlostavljanja, a pokazalo se da tomu pridonose slijedeći čimbenici:

- dostupnost emocionalno podržavajuće odrasle osobe tijekom djetinjstva

- podržavajuće veze (prijatelji, partner, supružnik)
- psihoterapija
- stabilan dom
- minimalni stresogeni životni događaji
- minimalna anksioznost i depresivnost
- svjesnost i razumijevanje
- minimalna sklonost disocijaciji (Egeland, 1993.).

Rizični čimbenici

Za poduzimanje kvalitetnih preventivnih aktivnosti od ključne je važnosti poznavati rizične i zaštitne čimbenike koji utječu na pojavu nasilnih obrazaca unutar obitelji. Pregledom literature uočavaju se određeni uvjeti u kojima je vjerojatnost pojave zlostavljanja djece povećana. Ti uvjeti nazivaju se rizičnim čimbenicima za nastanak zlostavljanja. Rizične čimbenike za zlostavljanje djece moguće je svrstati u nekoliko kategorija: one koji se odnose na roditelje, one koji se odnose na djecu, kao i one koji se odnose na karakteristike društva u cjelini. Ovdje ćemo detaljnije razmotriti prve dvije kategorije, budući da unutar njih kao psiholozi možemo značajno doprinijeti.

Pokazalo se da su za zlostavljanje djece rizičniji oni roditelji kod kojih se pronalaze jedno ili više slijedećih obilježja:

- prisutnost ovisnosti
- problematična konzumacija alkohola
- psihopatologija
- iskustvo zlostavljanja ili zanemarivanja u djetinjstvu (poremećaj privrženosti)
- izolacija (nedostatak socijalne podrške, osobito jednoroditeljske obitelji bez socijalne podrške)
- visoka razina okolinskog stresa (bračni konflikti, financijski problemi)
- nedostatak komunikacijskih vještina roditelja
- slabija kontrola impulsa i niska tolerancija na frustracije
- razvod (osobito visokokonfliktni razvod)
- egzistencijalna pitanja (životne krize)
- obitelji s puno djece
- mladi roditelji (nedovoljna svijest i znanje o dječjem razvoju i potrebama)
- iskrivljena percepcija djeteta, tj. negativne atribucije dječjih ponašanja (Ammerman i sur., 1999.; Black, Heyman i Smith Slep, 2001.; Brown i sur, 1998.).

Kao što je već spomenuto utvrđene su i karakteristike djece koje ih čine rizičnijima za zlostavljanje od druge djece. Istraživanja pokazuju da se zlostavljanje češće javlja u slijedećim skupinama djece:

- mlađa djeca (manje od 6 godine) ili adolescenti
- djeca s ADHD-om
- djeca s poteškoćama u razvoju
- djeca sa smetnjama učenja
- neželjena djeca ili djeca koja ne uspijevaju zadovoljiti roditeljska očekivanja
- djeca s kroničnim bolestima ili posebnim potrebama
- djeca čiji su roditelji u postupku razvoda braka (Brown i sur., 1998.).

Zaštitni čimbenici

Zaštitni čimbenici odnose se na uvjete koji smanjuju rizik za zlostavljanje djece, jačaju otpornost obitelji, te koji potiču razvoj i održanje zdravih i dobrih kapaciteta pojedine obitelji. Pokazalo se da se takvi zaštitni čimbenici kod djece odnose na:

- prisutnost zaštićujućeg, nezlostavljajućeg roditelja ili nekog drugog zaštićujućeg člana obitelji
- učinkovite strategije djeteta za suočavanje sa stresom (podrška prijatelja, traženje pomoći, zamišljanje pozitivnih ishoda)
- dobro tjelesno zdravlje i visoke kognitivne sposobnosti djeteta
- bavljenje hobijima i interesima
- dobra slika o sebi
- razvijene socijalne vještine
- unutarnji lokus kontrole (Harrington i Dubowitz, 1999.).

Identificirani su i određeni uvjeti kod roditelja u kojima je vjerojatnost pojave zlostavljanja djece smanjena, a odnose se na:

- uspostavljenu sigurnu privrženost s djetetom
- prorađena osobna iskustva zlostavljanosti tijekom djetinjstva
- podršku drugih članova obitelji
- prisutnost socijalne podrške
- stabilne odnosi s vlastitim roditeljima
- stabilno i suportivno obiteljsko okruženje (cjelovite obitelji s jasnim pravilima i granicama ponašanja i roditeljskom kontrolom, kao i uspostavljenim toplim emocionalnim vezama s vlastitom djecom)
- visoko-obrazovane roditelje koji promiču prosocijalne oblike ponašanja (Harrington i Dubowitz, 1999.).

Posljedice zlostavljanja

Zlostavljanje na djecu ostavlja teške i dugotrajne posljedice. Najčešće su to osjećaj bespomoćnosti, nisko samopouzdanje, nisko samopoštovanje, loš uspjeh u školi, poremećaji ponašanja, razni poremećaji ishrane (kod djevojčica), alkoholizam, razvoj ovisnosti, anksiozni poremećaji, fobije, a moguće su i još ozbiljnije posljedice, poput PTSP-a suicidalnosti, disocijacije, poremećaja osobnosti i slično (Buljan Flander i Kocijan Hercigonja, 2003.). Razina ozbiljnosti i dugotrajnosti posljedica ovisi o raznim čimbenicima, kao što su oblik zlostavljanja, trajanje i intenzitet zlostavljanja, razina bliskosti sa zlostavljačem, karakteristike osobnosti i strategije suočavanja sa stresom kod djeteta, dostupnost podrške i kvaliteta bliskih odnosa u socijalnoj okolini. Također, buduće emocionalno stanje zlostavljanog djeteta uvelike ovisi i o tome je li bilo uključeno u tretman stručnjaka mentalnog zdravlja (Buljan Flander i Kocijan Hercigonja, 2003.).

Primarna prevencija

Podizanje javne svijesti o problemu zlostavljanja prvi je korak u zaštiti zlostavljane i zanemarene djece. Stoga je na općoj razini prevenciju potrebno provoditi kroz suradnju s različitim institucijama i ustanovama (odgojno-obrazovnim i zdravstvenim), nevladinim sektorom i medijima. U okviru primarne prevencije naše mogućnosti i odgovornosti kao

psihologa moguće je ostvariti kroz:

- osobno educiranje o problemu zlostavljanja i zanemarivanja djece s ciljem što boljeg i što ranijeg prepoznavanja zlostavljanja
- provođenje psihoedukacije stručnjaka u različitim sustavima, a s ciljem osvještavanja problema zlostavljanja, načinima prepoznavanja, posljedicama i mogućnostima reagiranja
- publiciranje stručnih i znanstvenih radova vezanih uz temu obiteljskog nasilja
- organizaciju i sudjelovanje u akcijama usmjerenim na zaštitu djece
- publiciranje i distribuciju edukativno-promotivnih materijala (plakati, brošure, radne bilježnice, priručnici, letci za roditelje, stručnjake, djecu)
- suradnju s medijima (članci, televizijske emisije).

Sekundarna ili usmjerena (ciljana) prevencija

Sekundarna prevencija ciljana je usmjerena prema rizičnim skupinama, najčešće obiteljima (roditeljima) koji su visoko rizični za zlostavljanje i zanemarivanje djece, ali još nisu evidentirani kao zlostavljači, kao i prema djeci koja su u riziku za zlostavljanje. Cilj je sekundarne prevencije identificirati okolinske, obiteljske i osobne činitelje koji pridonose nasilju nad djecom (rizične čimbenike) te pružanje pravodobne pomoći obiteljima u krizi. U sekundarnoj ili usmjerenoj prevenciji može se djelovati kroz:

- istraživački rad kojim se utvrđuju raširenost zlostavljanja i činitelji rizika zlostavljanja
- edukaciju stručnjaka koji neposredno rade s obiteljima i djecom (kao i u okviru primarne prevencije)
- psiho-edukaciju djece i različite oblike skupnog i individualnog rada s djecom (osvještavanje osobnih granica, poučavanje o dječjim pravima, poticanje povjerenja odraslima o neugodnim i stresnim iskustvima, edukacija o dobrim i lošim dodirima, razvijanje samozaštitnih strategija)
- rad s budućim roditeljima i roditeljima male djece
- rad s roditeljima (individualno i skupno).

Kroz rad s roditeljima na ovoj razini važno je omogućiti im prostor da otvoreno govore o svojim poteškoćama i frustracijama, te im pružiti razumijevanje i podršku za njihove poteškoće (stresni uvjeti) te istovremeno promicati odgovorno roditeljstvo i važnost kvalitetne međuroditeljske komunikacije, pružati stručne informacije o specifičnostima dječjeg razvoja i dječjih potreba, zajedno s roditeljima istraživati učinkovite i za obje strane (roditelji i djeca) zadovoljavajuće načine suočavanja s izazovima roditeljstva, te zajedno s njima istražiti mogućnosti podrške za sebe unutar vlastite socijalne okoline. Također je, osobito u visokorizičnim obiteljima, potrebno surađivati s drugim nadležnim institucijama (najčešće CZSS), a s ciljem detaljnijeg praćenja obitelji, odnosno što adekvatnije zaštite djeteta.

Tercijarna ili indicirana prevencija

Tercijarna prevencija poduzima se onda kada je zlostavljanje (traumatizacija) već počinjeno. Cilj tercijarne prevencije je spriječiti, odnosno prekinuti ponavljanje zlostavljanja i retraumatizaciju, te pomoći djetetu (žrtvi) u procesu oporavka. U okviru toga, uloga psihologa je:

- obavijestiti policiju, državno odvjetništvo i nadležni Centar za socijalnu skrb o opravdanoj sumnji na počinjeno zlostavljanje, a što je zakonska obveza regulirana pravnim sustavom RH
- procijeniti razinu rizika, odnosno zaštićenosti za dijete unutar obitelji te u skladu s tim surađivati i kontaktirati nadležan CZSS, a vezano uz poduzimanje mjera iz domene obiteljsko pravne zaštite djece
- surađivati s ostalim zdravstvenim i odgojno-obrazovnim ustanovama, obiteljskim centrima, savjetovalištim i nevladinim sektorom, uključenima u zaštitu djeteta
- osigurati pomoć djetetu koje prolazi kroz pravosudni proces odnosno surađivati sa sudom u cilju prevencije reviktimizacije djeteta svjedoka.

Prevencija na ovoj razini uključuje i direktan rad sa zlostavljanom i zanemarenom djecom i njihovim obiteljima. Budući da rad s ovom skupinom djece iziskuje specifična znanja i vještine, potrebno je dodatno se educirati, kako bi bili u mogućnosti pružiti što bolju pomoć i podršku ovoj djeci. U radu s traumatiziranom djecom potrebna su nam znanja o dječjem razvoju i obiteljskim sustavima, kao i specifična znanja o provođenju intervjua sa zlostavljanom djecom.

Tijekom samog rada sa zlostavljanim djetetom potrebno je:

- provesti kvalitetnu stručnu obradu, s ciljem utvrđivanja trenutnog emocionalnog stanja djeteta i utvrđivanja njegovih trenutnih potreba
- planiranje primjerenog tretmana u skladu s procijenjenim trenutnim emocionalnim stanjem djeteta
- slijedeći specifična znanja o radu s traumatiziranom djecom, osigurati im prorađu traumatskih iskustava, kako bi ih uspješno integrirali u osobno, dosadašnje, životno iskustvo
- s djetetom istražiti dostupnu podršku u njegovoj okolini (rodbina, prijatelji, ostale važne odrasle osobe)
- raditi na simptomima koji su posljedica traumatskog iskustva
- raditi s nezlostavljajućim roditeljem koji uključuje:
 - pružanje podrške
 - naglašavanje važnosti njihove uloge u djetetovom oporavku
 - informiranje o trenutnom dječjem emocionalnom stanju
 - psihoedukaciju o dječjim reakcijama na traumu, kao i adekvatnim reakcijama na takve dječje reakcije
 - istraživanje sustava socijalne podrške roditelja
 - poticanje i razvijanje i drugih učinkoviti strategija suočavanja sa stresom
 - upućivanje u druge institucije koje mogu biti od pomoći.

Psiholozi značajno mogu doprinijeti rješenjima problema zlostavljanja, i to na način da djeluju kroz sve navedene razine prevencije, a s ciljem smanjenja rizičnih uvjeta za nastanak zlostavljanja djece te istovremeno podržavajući i razvijajući zaštitne čimbenike. Također je izuzetno važna koordinacija i suradnja s ostalim stručnjacima i institucijama uključenima u rad s djetetom.

3.3.9.2. Prevencija međuvršnjačkog nasilja

Prema jednoj od najčešće korištenih definicija, vršnjačko zlostavljanje određuje se kao zbir namjernih negativnih postupaka koji su dugotrajni, usmjereni na istog učenika ili skupine učenika, najčešće dva do tri učenika zlostavljaju jednoga (Olweus, 1998.). Ovi negativni postupci odnose se na tjelesno i/ili psihičko zlostavljanje te izolaciju. Pri definiciji vršnjačkog nasilja važno je napomenuti da je odnos zlostavljača i žrtve uvijek praćen nerazmjerom snaga, u smislu da je zlostavljač uvijek na neki način moćniji nego što je to žrtva. Također, vršnjačko zlostavljanje uključuje želju da se nekoga povrijedi, akciju povređivanja, ponavljanje takvog ponašanja, nesrazmjer snaga i nepravedno korištenje snage, namjeru zlostavljača da ponizi žrtvu, vidljivo uživanje zlostavljača ili pak hladnoću i nedostatak suosjećanja sa žrtvom te osjećaj potlačenosti žrtve (Rigby, 2003.).

Raširenost nasilja među djecom

UNICEF-ovo istraživanje (Pregrad, 2011.) provedeno u osnovnim školama u RH, ukazuje da je 10,4% učenika bilo izloženo vršnjačkom nasilju (opetovano, 2 do 3 puta mjesečno), 22,3% doživjelo je neki oblik nasilja jedan do dva puta u posljednjih nekoliko mjeseci, a 67,3% učenika nije bilo izloženo nijednom obliku nasilja. Rezultati su pokazali i da se 11,9% učenika ponekad, često ili gotovo uvijek ponaša nasilno prema drugoj djeci, a njih 19,8% povremeno (rijetko) su nasilni prema drugima. Rezultati istraživanja Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba (Buljan Flnder, Durman Marijanović i Ćorić Špoljar, 2007.), koje je također provedeno na populaciji osnovnoškolske djece u RH pokazalo je da otprilike svako četvrto dijete, tj. 27% ispitanih učenika, doživljava barem jedan od oblika nasilja u školi skoro svakodnevno, pri čemu su 19% djece pasivne žrtve (samo doživljavaju nasilje), a 8% djece su "provokativne žrtve" (doživljavaju nasilje, ali ga i čine). Istraživanje je pokazalo da je 8% djece svakodnevno nasilno prema drugoj djeci, a sama ne doživljavaju nasilje (tj. ukupno 16% djece se svakodnevno ponaša nasilno prema drugoj djeci), dok 65% djece nije uključeno u niti jedan oblik nasilja.

Razvojem modernih tehnologija vršnjačko se nasilje proširilo te postalo prisutno ne samo na školskim hodnicima, već i u domovima djece žrtava, što ovaj problem čini još ozbiljnijim i kompleksnijim jer se može događati 24 sata na dan, svih sedam dana u tjednu.

Posljedice vršnjačkog nasilja

Posljedice koje vršnjačko nasilje ostavlja na djecu mogu biti duboke i dugotrajne. Brojnim studijama pokazalo se da djeca žrtve vršnjačkog nasilja pokazuju značajne simptome depresivnosti (potištenost, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti, poteškoće spavanja

i hranjenja), anksioznosti (napetost, strahovi, zabrinutost), nedostatak samopoštovanja, te ponekad i sklonost agresivnosti (Rejntes i sur., 2010.; Smokowski i Kopasz, 2005.). Također se, kao posljedice mogu javiti i brojne psihosomatske smetnje (glavobolje, trboblje), odbijanje odlazaka u školu, samodestruktivno ponašanje, a u ekstremnim slučajevima i suicid (Fekkes, Pijpers i Verloove-VanHorick, 2003.; Notvig, Albrektsen i Qvarnstrøm, 2001.). Neke od ovih posljedica nastavljaju se i u odrasloj dobi, i to najčešće u smislu osjećaja trajne uznemirenosti, samookrivljanja, brojnih strahova i internaliziranih poremećaja, a najčešće depresivnosti i anksioznosti (Rejntes i sur., 2010.).

Preventivne aktivnosti

Međuvršnjačko nasilje može se smanjiti dobro planiranom i sustavno provedenom prevencijom, a smanjenje je veće ukoliko se takvi programi provode na razini čitave škole te kroz duži vremenski period (Rigby, 2002.).

Osobito korisnima pokazale su se slijedeće aktivnosti:

- jačanje javne svijesti o problemu međuvršnjačkog nasilja
- osnaživanje, tzv. skupine „promatrača“, tj. osvještavanje njihove uloge i snage u zaustavljanju međuvršnjačkog nasilja
- aktivno uključivanje sve djece u rješavanje problema, i to kroz vršnjačku podršku, medijaciju i sl.
- jačanje specifičnih stručnih kompetencija povezanih s problematikom (znanja o žrtvama, nasilnicima, bullyingu općenito) kod svih odraslih uključenih u rad s djecom
- djelovanje na više razina (škola, obitelj, društvo).

Ono što stoji u pozadini ove ideje jest činjenica da je za zaustavljanje vršnjačkog nasilja potrebna kontinuirana i koordinirana suradnja svih odraslih uključenih u rad s djecom, koji tvore stabilnu mrežu podrške s istim stavom i istim ciljem sprječavanja vršnjačkog nasilja.

Unutar ovako široko postavljenih aktivnosti, uloga psihologa uglavnom se odnosi na rad s djecom i roditeljima. No, prije svega je potrebno raditi na formiranju čvrstog i jasnog stava među svom djecom da je nasilje nedopustivo, a kako bi ih potaknuli da što prije progovore o osobnim nasilnim iskustvima, ali i kao svjedoci nasilnih ponašanja drugih. Djecu žrtve često karakterizira povučенost, loša slika o sebi i nedovoljno razvijene vještine zastupanja sebe (Olweus, 1998.). Uzevši to u obzir, može se pretpostaviti da je među ovom djecom smanjena vjerojatnost povjeravanja odraslima o svojim negativnim iskustvima, budući da na nekoj način smatraju kako “zaslužuju” takve postupke od drugih učenika, ne misle da su takva ponašanja neprimjerena, već žive u uvjerenju da bolje niti ne zavređuju. Ako tome dodamo i činjenicu da se vršnjačko nasilje uglavnom događa izvan vidokruga odraslih, jasno je da se radi o kompleksnom problemu, te da je izuzetno važno jačati djecu (i žrtve i promatrače) da progovaraju o ovakvim iskustvima (Pregrad, 2011.). Tek nakon što se sazna za nasilje, moguće je započeti s drugom razinom prevencije, i to radeći s djecom žrtvama, kao i s djecom koja se ponašaju nasilno, odnosno s roditeljima ove djece.

Rad s djecom žrtvama vršnjačkog nasilja

Kao što postoje rizični čimbenici za nasilje odraslih prema djeci, utvrđeni su i rizični čimbenici za međuvršnjačko nasilje, te su povezani, kako s karakteristikama djece nasilnika, tako i s karakteristikama djece žrtava.

U skladu s tim identificirane su tipične karakteristike djece koja najčešće postaju žrtvama vršnjačkog nasilja, odnosno koje ih čine rizičnima:

- tiha i povučena, submisivna
- plašljiva, oprezna, nesigurna i anksiozna
- osjetljiva, često na neugodna iskustva reagiraju plačem i povlačenjem
- slabijih socijalnih vještina
- sniženog su samopoštovanja
- često sama, nemaju prijatelja ili ih imaju nekoliko (odbacivanje od strane drugih)
- imaju nedostatak samopouzdanja
- imaju prezaštićujuće roditelje
- u pravilu nisu agresivni
- fizički slabije građe.

Rad s djecom žrtvama potrebno je temeljiti na razvoju socijalnih vještina i strategija zalaganja za sebe. No, da bi se postigao uspjeh u ovim područjima, u tretman je prije svega važno uključiti roditelje ove djece. Naime, ukoliko razmotrimo obiteljsku pozadinu djece žrtava vršnjačkog nasilja, često ćemo naići na pretjerano zabrinute i protektivne roditelje koji iz osobne (pre)naglašene brige, osjećaja odgovornosti i/ili nastojanja da očuvaju dijete od prekomjernih napora i stresova života, reagiraju na i najmanju djetetovu potrebu ili naznaku nevolje u njegovom okruženju. Ponašajući se na taj način, roditelji šalju poruku djetetu da se oni sami ne mogu brinuti za sebe, da se nisu sposobni nositi sa svijetom koji ih okružuje, niti im daju priliku da oni sami iskuse određenu razinu frustracija i nauče kako da ih prevladaju. Kao posljedica se javlja nerazvijeno samopouzdanje djece, nesamostalnost, povlačenje i nerazvijene socijalne vještine. Ono što je ovoj djeci u situaciji vršnjačkog nasilja potrebno, jest to da im odrasli pruže podršku kako bi razvili vještine koje nemaju, a ne da samo preuzmu ulogu zaštitnika i ukore zlostavljača, jer na taj način samo ponavljamo obrazac njihovih roditelja i podržavamo djetetov osjećaj neučinkovitosti i nedostatka povjerenja u osobne sposobnosti (Pregrad, 2011.). U radu s ovom djecom moguće je provoditi slijedeće intervencije:

- istražiti socijalnu mrežu koja djetetu može biti podrška te ga osnažiti da traži pomoć za sebe
- razvijati osjećaj samosvijesti (tko sam ja, kakav sam ja; što volim, što ne volim; što smatram dobrim, a što lošim i sl.)
- raditi na osvještavanju njihovih osobnih granica (što mi odgovara, što mi ne odgovara;) i otvorenom komuniciranju osobnih želja, potreba, mišljenja stavova (želim..., mislim..., trebam...)
- raditi na ekspresiji osjećaja (osobito onih koje potiskuje)
- omogućiti im iskustvo zauzimanja za sebe i osobne potrebe najprije u sigurnom okruženju, a zatim ih osnaživati da naučene strategije prenose u svakodnevne situacije

- osnivati socijalizacijske skupine u kojima je moguće vježbati vještine socijalne interakcije, asertivnosti, kao i učinkovite strategije suočavanja s problematičnim situacijama.

Rad s djecom počiniteljima vršnjačkog nasilja

Također je utvrđen tipičan skup karakteristika djece koja su sklona zlostavljanju. Takva djeca u svom ponašanju pokazuju:

- agresivnost (i prema djeci i prema odraslima)
- impulzivnost
- suprotstavljanje odraslima
- želju za moći i kontroliranjem drugih
- nedostatak povjerenja u druge i svijet oko sebe (svijet je nesigurno mjesto)
- nedostatak empatije i kajanja
- okrutnost prema životinjama
- naglašenu potrebu za korišću
- pozitivan stav spram agresivnosti
- fizički jači dječaci.

Ova djeca često dolaze iz obitelji u kojima nije bilo emocionalne topline i suosjećanja (a moguće je da je bilo i direktnog zlostavljanja i zanemarivanja) i to osobito tijekom rane dječje dobi, zbog čega razvijaju poremećaje privrženosti. Drugim riječima, ova djeca na svojim ranim nepovoljnim iskustvima s primarnim skrbnicima temelje svoja, uglavnom negativna, uvjerenja o svijetu drugima i odnosima s drugima (Levy i Orlans, 2004.). To mogu biti djeca o kojima se, prema nekim objektivnim, vanjskim pokazateljima adekvatno skrbilo (imali su hranu, odjeću, adekvatnu zdravstvenu brigu i materijalne uvjete), no roditelji nisu dovoljno brinuli o stvarnim djetetovim unutarnjim emocionalnim potrebama, niti su na adekvatan način postavljali granice dječjim ponašanjima, tolerirali su agresivnost, a u situacijama povećane frustracije, reagirali fizičkim kažnjavanjem (Dacy i Kenny, 1994.; prema Pregrad, 2011). Takva djeca svijet vide kao nestabilno i nesigurno mjesto, smatraju da nisu vrijedna ljubavi i poštovanja drugih pa se na taj način odnose i prema drugima. Budući da nemaju iskustvo brižnih i empatičnih odnosa, jednostavno nemaju niti kapacitet za razvoj takvih osjećaja prema drugima. Također, njihove strategije zadobivanja pozornosti i zadovoljenja potreba temelje se na neadekvatnim iskustvima i modelima, kao što su agresivnost, impulzivnost, smanjena tolerancija na frustraciju, potreba za moći i kontroliranjem drugih i sl. (Levy i Orlans, 2004.).

Djeca koja se nasilno ponašaju vrlo lako u nama izazovu osjećaje ljutnje i potrebu da ih kaznimo. No, znajući na koji način su ova djeca razvila svoje načine reagiranja, jasno je da će im u najmanjoj mjeri koristiti dodatno ponižavanje i naše agresivne reakcije. Za prevenciju vršnjačkog nasilja prije svega je nužno vidjeti ovu djecu kao djecu u nevolji kojoj je također potrebna pomoć i podrška odraslih, a kako bi promijenili tijek osobnoga razvoja. Stoga, stručni rad s djecom počiniteljima vršnjačkog nasilja treba temeljiti na pružanju empatije, kako bi ju i oni sami mogli razvijati prema drugima jer je to ključno iskustvo koje im nedostaje i što uzrokuje njihova nasilna ponašanja, kao i postavljanju pravednih granica njihovom ponašanju (Pregrad, 2011.).

U okviru toga, s ovom djecom valja raditi na:

- kontroli osobne impulzivnosti
- razvoju suosjećanja prema drugima (što nije moguće bez da pokazujemo razumijevanje i suosjećanje prema njima)
- vještinama suradnje s drugima
- postavljanju jasnih i pravednih granica njihovim neprimjerenim načinima reagiranja
- učiti ih da je svijet (ako poštujemo ove granice) sigurno, predvidljivo i prijateljsko mjesto (Pregrad, 2011.).

Rad s djecom neuključenom u nasilje (promatrači)

Slijedeća izuzetno važna skupina su takozvani promatrači, odnosno djeca koja nisu direktno uključena u vršnjačko nasilje. Istraživanja ukazuju da su drugi učenici (promatrači) prisutni u 85% situacija vršnjačkog nasilja. U UNICEF-ovom istraživanju (Pregrad, 2011.) pokazalo se da velika većina te djece zapravo nema neutralnu ulogu. Naime, njih 90% ne odobrava zlostavljanje i suosjeća sa žrtvom, a njih 63% kaže da im je žao i da su spremni pomoći. Relativno je mali postotak (9,5%) onih koji ili odobravaju nasilje ili su ravnodušni prema njemu. Unatoč tome što pokazuju spremnost za pomoć, mali broj učenika uistinu i pokuša nešto učiniti. Više od polovice učenika (njih 55%) gotovo nikad ili rijetko nešto pokušaju učiniti s ciljem zaustavljanja vršnjačkog nasilja, dok svega 17% to čini često ili gotovo uvijek. Na taj način efekt promatrača podržava i održava problem vršnjačkog nasilja. Ovu „šutljivu“ većinu od 90%, koja ima zdravi stav spram nasilja, možemo promatrati kao značajan potencijal koji se iz šutljive i nemoćne većine može razviti u glasnu i moćnu (Pregrad, 2011.). Stoga je od velikog značaja raditi na resursima ove skupine, u smislu njihova poticanja da redovito i kontinuirano na neki način reagiraju na vršnjačko nasilje.

U radu s ovom djecom važno je:

- upoznati ih s rizičnim čimbenicima i posljedicama vršnjačkog nasilja
- prikazati važnost uloge većine neuključene u nasilje (promatrača)
- osigurati im adekvatan sustav podrške (odrasli kojima se mogu obratiti za pomoć)
- osvijestiti osjećaj osobne odgovornosti da reagiramo
- podučiti ih vještinama međuvršnjačke medijacije.

Također je važno dati podršku i nastavnicima i školskom osoblju, kako bi pravovremeno reagirali i na najmanji oblik nasilja, te time svojim postupcima pokazali nultu stopu tolerancije na nasilje. Naime, pokazalo se da se vršnjačko nasilje značajno smanjilo u onim školama koje su ne samo deklarativno govorile protiv nasilja, već zaista svojim postupcima demonstrirale netoleranciju na nasilje (Olweus, 1993.). Na taj će način i učenici imati više povjerenja u nastavnike i u većoj se mjeri osjećati sigurnima u zaštitne postupke odraslih, a time i vjerojatnije povjeravati se odraslima i tražiti pomoć.

Literatura:

1. Ammerman, R., Kolko, D., Kirisci, L., Blackson, T. i Dawes, M. (1999.): Child abuse potential in parents with histories of substance abuse disorder. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1225-1238.
2. Black, D. A., Heyman, R. E. i Smith Slep, A. M. (2001.): Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 121-188.
3. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. i Salzinger, S. (1998.): A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065-1078
4. Buljan Flander, G., Durman Marijanović, Z. i Ćorić Špoljar, R. (2007.): Pojava nasilja među djecom s obzirom na spol, dob i prihvaćenost/odbačenost u školi, *Društvena istraživanja*, 16(87-88), 157-174
5. Buljan Flander, G. i Kocijan Hercigonja, D. (2003.): Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb, MarkoM.
6. Buljan Flander, G. (2007.): Izloženost djece nasilju: Jesmo li nešto naučili? U: V. Kolesarić (ur.): Psihologija i nasilje u suvremenom društvu Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa Psihologija nasilja i zlostavljanja, Osijek, 45-52
7. Child Welfare Information Gateway, Children's Bureau, FRIENDS National Resource Center For Community-Based Child Abuse Prevention, Center for the Study of Social Policy-Strengthening Families (2012.): Preventing Child Maltreatment and Promoting Well-Being. Preuzeto s: <http://www.childwelfare.gov/can/factors/protective.cfm>
8. Egeland, B. (1993.): A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation, U: R. J. Gelles and D. R. Loseke (ur.): *Current Controversies on Family Violence*, Sage Publications, Newbury Park, California
9. Ehrensaft, M., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. i Johnson, J. (2003.): Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 741-753
10. Fekkes, M, Pijpers, F. I. M. i Verloove-VanHorick, S. P. (2004.): Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, 144, 17-22.
11. Harrington, D. i Dubowitz, H. (1999.): Preventing child maltreatment. U: R. L. Hampton (ur.), *Family violence: 2nd edition. Prevention and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
12. Levy, T. i Orlans, M. (2004.): Attachment disorder, antisocial personality, and violence. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 7(4), 18-23.
13. Notvig, G. K., Albrektsen, G. i Qvarnstrøm, U. (2001.): Psychosomatic Symptoms among Victims of School Bullying. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 365-377.
14. Olweus, D. (1993.): *Bullying at school: What we know and what we can do*, Blackwell Publishing, SAD.
15. Olweus, D. (1998.): *Nasilje među djecom u školi: Što znamo i što možemo učiniti*. Zagreb, Školska knjiga.
16. Pregrad, J. (2011.): *Stop nasilju među djecom. Priručnik programa prevencije vršnjačkog nasilja*, Zagreb, Ured UNICEF-a za Hrvatsku
17. Rigby, K. (2002.): *A meta-evaluation of methods and approaches to reducing bullying in pre-schools and in early primary school in Australia*. Canberra, Commonwealth Attorney-General's Department.
18. Rigby, K (2003.): Consequences of Bullying in Schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 583-590.
19. Reijntes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P. i Telch, M. J. (2010.): Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies, *Child Abuse & Neglect*, 34; 244-252
20. Ross, S. M. (1996.): Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents, *Child abuse neglect*, 20(7), 589-598
21. Smokowski, P. R. i Kopasz, K. H. (2005.): Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies, *Children & Schools*, 27; 101-110
22. World Health Organization. (2010.): *Child maltreatment (Fact Sheet No. 150)*. Preuzeto s: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html

3.3.10. Prevencija nasilja u mladenačkim vezama

U ovom smo prilogu opisali razvoj, provedbu i evaluaciju dugoročno održivog programa prevencije nasilja u mladenačkim vezama kao primjer kreativnog angažiranja postojećih resursa u zajednici u svrhu povećanja kvalitete života i zaštite mentalnog zdravlja mladih.

3.3.10.1. Zašto je nasilje u mladenačkim vezama društveni problem?

Tijekom adolescencije odvijaju se brojni procesi psihosocijalnog sazrijevanja koji uključuju i oblikovanje odnosa u mladenačkim ljubavnim vezama. Svaka mlada osoba do adolescencije ima bogato iskustvo sa svim drugim oblicima bliskih odnosa (s članovima obitelji, prijateljima, vršnjacima), ali pred njom stoji nov i osjetljiv razvojni zadatak oblikovanja sasvim nove vrste bliskog odnosa koja se naziva ljubavna ili romantična veza. Ovi su razvojni odnosi važni jer omogućuju zadovoljavanje niza potreba: za pripadanjem, bliskosti, odnosa privrženosti s osobom koje nije član obitelji niti prijatelj, za izgradnjom osobnog i posebno rodnog identiteta, zbog usvajanja obrazaca komuniciranja svojih specifičnih potreba i postavljanja granica, itd. Romantični odnosi su dugotrajnije dobrovoljne interakcije koje takvima prepoznaju oba partnera, a obilježava ih intenzivno izražavanje emocija, fizička i seksualna privlačnost (Collins, 2003.), visoka razina međuovisnosti i emocionalne uključenosti (Brehm, 1992.). Ovi su odnosi obično praćeni specifičnim osjećajem zaljubljenosti koji je različit od svih drugih osjećaja s kojima mlada osoba već ima iskustvo. U adolescenciji su romantični odnosi razvojno primjereni i očekivani, a porastom dobi raste proporcija mladih koji imaju takvo iskustvo. Većina hrvatskih sedamnaestogodišnjaka navodi da su u prethodnih šest mjeseci imali iskustvo romantične veze (Ajduković, Löw i Sušac, 2011.).

U partnerskom odnosu poseban je izazov za mlade osobe postizanje ravnoteže između želje za što većom bliskosti s partnerom ili partnericom i težnje za osobnom slobodom u tom odnosu. Zbog toga adolescentske veze karakteriziraju snažni osjećaji, impulzivne reakcije i česti sukobi. Teškoće u balansiranju između intimnosti i nezavisnosti, kao i način na koji dvije osobe u takvoj vezi rješavaju svoje različitosti stvaraju potencijal za međusobno upoznavanje, povećanje bliskosti, uvažavanje i ljubav, ali i za agresiju i nasilna ponašanja.

Pojava partnerskog nasilja u svakoj bliskoj vezi očigledan je paradoks jer se radi se o odnosu koji je po definiciji dobrovoljan, a svaki oblik nasilja negira tu dobrovoljnost i opasno ugrožava vezu. U slučaju partnerskog nasilja u odrasloj dobi brojni su razlozi radi kojih takva veza traje usprkos nasilju. Neki od njih su snažna emocionalna vezanost uz partnera (koji puta i traumatska vezanost uz nasilnika), nedovoljno samopouzdanje i s time povezano uvjerenje da osoba ne može živjeti bez partnera, preuzimanje odgovornosti

na sebe za nasilno ponašanje partnera, umanjivanje ozbiljnosti nasilja, relativiziranje nasilja uvjerenjem da se ono javlja u većini veza, nada da žrtva može pomoći nasilnom partneru da promijeni svoje ponašanje samo ako bude ustrajna i „dovoljno dobra“, strah od većih posljedica ako se nasilje razotkrije ili ako žrtva prekine vezu, nedovoljna socijalna podrška i socijalna izoliranost, očekivanje okoline da se ustraje u vezi pod bilo koju cijenu, uvjerenje da se ništa ne može promijeniti i bojazan da društvene službe neće pružiti učinkovitu zaštitu od nasilja, briga za osobnu egzistenciju i materijalna ugroženost, itd. Neki od ovih razloga, prvenstveno emocionalnih i odnosnih, vrijede i za adolescentske veze u kojima ima nasilja, premda je socijalna obveza objektivno neusporedivo manja. No, istraživanja u svijetu i u nas pokazuju da je nasilje u adolescentskim vezama vrlo rašireno. Zabrinjavajuće je da se dosljedno pokazuje da između 60% i 80% naših mladih u dobi od oko sedamnaest godina izjavljuje da su doživjeli, a od 40% do preko 90% ih priznaje da su počinili neki oblik nasilja u vezi (Hodžić, 2009.; Ajduković, Löw i Sušac, 2011.).

Nasilje u vezama praktički je uvijek nastojanje da se korištenjem prisile (psihičke, fizičke ili seksualne) ostvari moć nad partnerom ili partnericom, odnosno da se utječe ne njegovo ili njezino ponašanje. Međutim, mladenačke veze imaju neke specifičnosti vezane za to razvojno razdoblje. Za razliku od veza odraslih, one su heterogenije obzirom na stupanj intimnosti, očekivane uloge i trajanje. To je doba kada se značajno oblikuju uvjerenja o tome kakva treba biti kvalitetna veza, ali i o zloupotrebi moći i kontrole u odnosu. Ti su procesi u velikoj mjeri pod utjecajem normi vršnjačkih skupina i slike koju prikazuju mediji, gdje se često prikazuju stereotipne i neravnopravne rodne uloge u vezi. Želja za samostalnošću od odraslih, prvenstveno roditelja, doprinosi da nasilje u vezi ostaje skriveno i podcijenjeno. Sve to smanjuje sposobnosti mladih da prepoznaju zlostavljачka ponašanja, njihovu spremnost da prekinu nasilnu vezu, prijave nasilje i potraže odgovarajuću pomoć. Raiford i suradnici (2007.) pokazali su da većina adolescenata koji su u nasilnoj vezi opisuju tu vezu „dobrom“ ili „vrlo dobrom“. Značajan postotak tih pojedinaca (55%-63%) ostaje i dalje u takvoj vezi, bez obzira na viktimizaciju.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, nasilje je namjerna upotreba fizičke sile ili moći, prijetnjom ili ponašanjem koje dovodi ili ima veliku vjerojatnost da dovede do ozljede, smrti, psihološke štete, deprivacije ili nerazvijenosti (Krug i sur., 2002.). Nasilna ponašanja u adolescentskim vezama odgovaraju ovoj definiciji, a posebno aspektu psihološke štete pa time ugrožavaju mentalno zdravlje.

Nasilje u adolescentnim partnerskim odnosima manifestira se u tri glavna pojavna oblika: psihičkom, fizičkom i seksualnom. Psihičko nasilje najzastupljeniji je oblik nasilja u vezama mladih. Ono se najčešće javlja kao verbalna agresija koja tipično uključuje emocionalne prijetnje, vrijeđanje, ismijavanje i ponižavanje, kontroliranje partnerovog kretanja, odijevanja i ponašanja, ucjenjivanje. Manipulacija se obično koristi radi socijalnog izoliranja partnera od prijatelja i obitelji, što je sredstvo za slabljenje sposobnosti samostalnog odlučivanja i smanjenje samopoštovanja. Nedovoljno poznavanje svojih prava u vezi i niska sposobnost održavanja osobnih granica u ljubavnoj vezi nasuprot

snažnim osjećajima zaljubljenosti, olakšava pristajanje i na odnose koji mladoj osobi nisu ugodni. Poznato je da ljubomorno ponašanje, koje može poprimiti specifičan oblik psihičkog nasilja, mladi često tumače izrazom ljubavi i privrženosti. Zbog toga rijetko prepoznaju ove rane znakove emocionalnog zlostavljanja. Upravo se ljubomora i kontrolirajuće ponašanje navode kao česti čimbenici rizika za pojavu fizičkog nasilja (Ajduković i Ručević, 2009.). Istraživanja pokazuju da se u vezama mladih ljubomora i nasilje vremenom pojačavaju, često se ponavljaju i u sljedećim vezama, a kasnije i u braku (Grasley, Wolfe, Wekerle, 1999.). Bitno je upozoriti da ne treba umanjivati posljedice koje psihičko nasilje nosi, koje partneri i njihova bliska okolina često ne prepoznaju, premda može imati vrlo štetne posljedice.

Fizičko nasilje su svi agresivni postupci koji nanose bol ili povredu, a mogu biti različitog intenziteta i opasnosti po fizičku dobrobit osobe. Kod mladih su to najčešće pljuskanje, guranje, štipanje, čupanje i povlačenje te bacanje predmeta na partnera/partnericu. U adolescentskim vezama je fizičko nasilje manje prisutno od psihičkog, no brojna istraživanja pokazuju opasno visoku prevalenciju. Uz ljubomoru, mladi mogu prema partneru ili partnerici biti fizički nasilni i zbog straha od prekida veze ili doživljaja provociranja od partnera ili partnerice.

Seksualno se nasilje očituje u neželjenim i neugodnim ponašanjima seksualne prirode, a usko su povezana s prva dva oblika nasilja. Ono obuhvaća neželjene dodire, geste i komentare, nagovaranje, ucjenjivanje i prisiljavanje na seksualne aktivnosti. Ovaj je oblik najmanje raširen oblik nasilja u adolescentskim vezama. Mladi su u razdoblju srednje do kasne adolescencije najizloženiji seksualnom nasilju u vezi, kao i vjerojatnosti ponovne viktimizacije (Young i Furman, 2008.). Vjerojatni razlog je mladenačka nesigurnost i nedostatak iskustava za prepoznavanje rizičnih situacija i reguliranje svojih granica, nasuprot potrebi za pripadanjem. Jedan od najčvršćih nalaza u području istraživanja nasilja u vezama mladih je da djevojke u znatno većem postotku nego mladići iskazuju seksualnu viktimizaciju u vezi (Sherer, 2009.).

O nasilju u bliskoj vezi govorimo kada se radi o jednokratnom i izoliranom događaju, ali i kad postoji obrazac ponašanja koji pokazuje da se radi o *nasilnom odnosu*. Premda istraživanja pokazuju da većina mladih koji su imali iskustvo nasilja izjavljuju da su doživjeli ili počinili jedan ili dva nasilna incidenta, jedan dio mladih živi u nasilnom partnerskom odnosu. Valja upozoriti da je uzajamno nasilje u vezi najčešće, tj. da su oni koji dožive neki oblik nasilja istodobno i sami nasilni prema partneru (nasuprot prepoznatljive uloge žrtve u uloge počinitelja), a da je takvo nasilje povezano s većim rizikom ozljeđivanja (Straus, 2004.).

Tek je osamdesetih godina prošlog stoljeća nasilje u adolescentskim vezama u svijetu prepoznato kao važan društveni i javnozdravstveni problem jer ugrožava mentalno i tjelesno zdravlje mladih. Podatak da je nasilje u partnerskim vezama mladih oko tri puta češće nego u oženjenih odraslih je za mnoge bio iznenađujući (Straus, 2004.). Na temelju velikog komparativnog istraživanja na studentima u 16 zemalja, Murray Straus je upozorio

da su neke od raširenih pretpostavki o ljubavnim vezama mladih ljudi jednostavno netočne. Tako je pokazao da je u prethodnih 12 mjeseci (u prosjeku) 29% studenata fizički napalo svojeg partnera/partnericu (raspon među zemljama od 17% do 45%); 7% partnera je nanijelo ozljedu (raspon od 2% do 20%); da je većina fizičkih napada u vezama mladih manjeg intenziteta (npr. bacanje predmeta na partnera, udarac po licu), ali da je proporcija djevojaka koje su fizički udarile partnera bila veća nego mladića, dok su kod seksualnog napada mlade žene daleko najčešće žrtve; da su djevojke češće bile blaže i teže nasilne nego njihovi mladići, ali da su ozljede češće nanijeli mladići djevojkama; da opravdavanje nasilja u vezi pozitivno korelira s počinjenjem nasilja; da izloženost fizičkom kažnjavanju i svjedočenje nasilju među roditeljima u djetinjstvu korelira s počinjenjem nasilja prema partneru/partnerici u vrijeme adolescencije i mlade odrasle dobi. Kingsfogel i Gryich (2004.) utvrdili su da su mladići koji su kao djeca više svjedočili sukobima među roditeljima češće smatrali da je agresija prihvatljiva u romantičnim vezama, slabije su kontrolirali svoju srdžbu, bili su uvjereni da je nasilno ponašanje rašireno među njihovim vršnjacima. Oni su istodobno bili psihički i fizički nasiljniji prema svojim partnericama. Ova povezanost nije utvrđena za nasilno ponašanje djevojaka. Važno je istaknuti da je iskustvo fizičkog zlostavljanja u mladenačkoj vezi snažniji prediktor kasnijeg nasilja u obitelji u odrasloj dobi nego što je to izloženost nasilju u primarnoj obitelji tijekom djetinjstva (Smith i sur., 2003.).

U jednom od rijetkih nacionalno reprezentativnih istraživanja adolescenata (preko 7.500 mladih Amerikanaca od 12 do 18 godina prosječne dobi 17 godina), Halpern i suradnici (2010.) potvrdili su da je psihičko nasilje najčešći oblik (29%), a slijedi fizičko nasilje (12%). Viktimizacija je bila podjednaka za mladiće i djevojke, osim kod seksualnog nasilja gdje su djevojke bile žrtve znatno češće. Osim toga, djevojke i mladići koji su imali više romantičnih veza i slabiji školski uspjeh su bili pod značajno većim rizikom fizičke i psihičke viktimizirane. Kad su kontrolirali broj veza u tom razdoblju, pokazalo se da su starije djevojke (18 do 21 godine) značajno češće viktimizirane nego one u dobi od 15 do 17 godina, što pokazuje da kod starijih adolescenata i mladih odraslih u ovom dobnom rasponu raste vjerojatnost nasilnog ponašanja u vezi. Ta se vjerojatnost smanjuje u kasnijoj dobi. Djevojke koje su bile odlične učenice imale su 1/3 vjerojatnosti da budu viktimizirane u usporedbi s vršnjakinjama koje su bile loše ili vrlo loše učenice.

Nagovaranje na seks i prisutnost alkohola redovito se spominju kao rizični čimbenici za nasilje u bliskim vezama mladih. Pri tome se izjave mladića i djevojaka znatno razlikuju. U istraživanju Molidor, Tolman i Kober (2000.) pokazalo se da je 17% mladića navelo da su doživjeli fizičko nasilje zbog nagovaranja partnerice na seks, dok je 37% djevojaka navelo da su bile izložene fizičkom nasilju zbog istog razloga. Gotovo 37% mladića koji su doživjeli fizičko nasilje su izjavili da su tada bili pijani, dok je 55% djevojaka izjavilo da su njihovi mladići bili pijani u trenutku nasilnoga incidenta. Devet posto djevojaka je bilo tada pijano. Kao što se iz ovih vidi podataka, postoji znatna razlika između djevojaka i mladića u percepciji okolnosti koje su povezane s nasiljem u bliskoj vezi. No u svakom slučaju, vidljivo je da su alkohol i prisila na seks dva situacijska rizična čimbenika koja su visoko povezani s fizičkim nasiljem kao oblikom rješavanja sukoba između adolescentnih partnera.

U pregledu međunarodnih istraživanja Ajduković i Ručević (2009.) su izdvojile tri skupine čimbenika koji pridonose riziku za doživljavanje i činjenje nasilja u adolescentskim vezama: individualne, interpersonalne i čimbenike rizika na razini zajednice, odnosno društva. Individualni čimbenici uključuju: nisko samopoštovanje, nesigurnu ili preokupiranu privrženost partneru, iskustvo viktimizacije u primarnoj obitelji, potrebu za dokazivanjem u vezi pod „svaku cijenu”, pretjeranu ljubomoru, stereotipna uvjerenja o muško-ženskim odnosima, neprepoznavanje nekih ponašanja u vezi kao nasilna, nepoznavanje svojih i tuđih prava u vezi, pozitivan stav o nasilju kao načinu rješavanja nesuglasica te konzumaciju alkohola/droge. Pod interpersonalne čimbenike rizika su ubrojile slabe komunikacijske vještine, teškoće u izražavanju osjećaja te slabe vještine rješavanja sukoba pregovaranjem. Širi društveni čimbenici su pozitivan odnos vršnjaka prema nasilju, prihvatljivost nasilja u medijima, općenito veća količina nasilja i tolerantan odnos društva prema nasilju.

Nalazi domaćih istraživanja sukladni su onima u svijetu. Ovisno o metodologiji istraživanja, nalazi se varijabilitet u proporciji sudionika koji su imali iskustvo nasilja u vezi. Tako je Pečnik (1990.) našla da oko 90% studenata u njenom uzorku izvještava o osobnoj ili partnerovoj verbalnoj agresiji, a otprilike trećina o fizičkom nasilju u situacijama sukoba. Dvadeset godina kasnije, Ajduković i suradnice (2011.) su na učenicima od 17 godina utvrdili da je od onih koji su u posljednjih 6 mjeseci bili u vezi, njih 86,4% doživjelo nasilje, a većina je to doživjela jednom ili dva puta. Među mladima koji su imali iskustvo veze u tom vremenskom razdoblju, 86,2% doživjelo je neki oblik psihičkog nasilja, 37,2% neki oblik fizičkog nasilja, a 26,6% seksualnog. I iz ovih podataka vidljivo je da u Hrvatskoj postoji velika potreba za razvojem i provedbom preventivnih programa.

Istraživanja u nas, kao i u svijetu, sustavno pokazuju da djevojke iskazuju više počinjenog psihičkog i fizičkog nasilja u vezi nego mladići (Pečnik, 1990.; Ajduković i Ručević, 2009.; Ajduković i sur., 2011.; Detelić, 2011.; Kišan, 2011.; Težak, 2012.). No cilj fizičkog nasilja kojeg čine djevojke i mladići prema svojim partnerima ili partnericama je različit. Djevojke češće koriste fizičko nasilje u samoobrani, a mladići kako bi kontrolirali partnericu. Fizičko nasilje koje počinje djevojke prema svojim mladićima je lakše naravi nego obratno, tako da je i vjerojatnost ozljeđivanja manja (Hickman, Jaycox i Aronoff, 2004.). Osim toga, djevojke češće koriste kombinaciju psihičkog i fizičkog nasilja (Sears, Byers i Price, 2007.). Ovi su autori našli da je mladićima i djevojkama prihvatljivije da djevojke koriste fizičko nasilje u partnerskim odnosima nego da to čine mladići. Sukladno tome, što potvrđuje valjanost navedenih nalaza u nas, mladići iskazuju više doživljenog psihičkog i fizičkog nasilja od djevojaka (Ajduković i sur., 2011.; Detelić, 2011.; Kišan, 2011.; Težak, 2012.), a više počinjenog seksualnog. To potvrđuju i izjave djevojaka. No valja ponoviti da su u slučajevima obostranog fizičkog nasilja, djevojke izložene težim oblicima fizičkog nasilja i s težim posljedicama.

U svim našim istraživanjima dosljedno se pokazuje da sudionici koji imaju netočnija uvjerenja o kvalitetnoj vezi, koji slabije prepoznaju što je sve nasilno ponašanje u vezi, u većoj mjeri čine i doživljavaju nasilje u vezi. U prediktivnim modelima počinjenja

nasilja najbolji prediktor je iskustvo viktimizacije u vezi, što vrijedi za oba spola, ali je posebno istaknuto kod djevojaka (Hickman i sur., 2004.; Löw, Ajduković i Sušac, 2010.; Težak, 2012.). Isto je utvrdio i O'Keefe (1977.), odnosno da počinjenje nasilja povećava vjerojatnost nasilne reakcije ili budućeg nasilnog reaktivnog ponašanja. O'Keefe je, kao i mi, našao da je opravdavanje ili prihvaćanje nasilja kao prikladnog načina rješavanja sukoba povezano s učestalijim nasilnim ponašanjem.

3.3.10.2. Veza nasilja u mladenačkim vezama i mentalnog zdravlja

Kako to lijepo opisuje Težak (2012.), mladi parovi koji su dulje u vezi, sazrijevanjem i učenjem zajedno rastu i stvaraju vlastitu partnersku zajednicu. Upoznavanjem sebe i partnera te zajedničkim ulaganjem u odnos doprinosi se kvalitetnom zajedničkom životu. To nije moguće bez poštivanja ličnosti i granica partnera, kao i izbjegavanja nanošenja emocionalne i fizičke boli. Biti dobar par ne znači „odreći se sebe“, ali sigurno znači prilagoditi se i mijenjati. No, kao što je već navedeno, ti odnosi mogu biti obilježeni lošim načinima rješavanja sukoba, što je potencijal za izbijanje i eskalaciju nasilja u vezi.

Osim fizičkih ozljeda, nasilje u vezi ostavlja psihičke i emocionalne posljedice. Molitor i suradnici (2000.) utvrdili su da su one različite za djevojke i za mladiće. Djevojke su navodile znatno više negativnih posljedica. Većina mladića (56%) nije osjećala emocionalne posljedice nakon najgoreg nasilnog događaja kojem su bili izloženi, dok se tako osjećalo samo 9% djevojaka, a jako se osjećalo povrijeđenima njih 48%. Samo je 3% mladića bilo fizički ozlijeđeno nasuprot 29% djevojaka. Najčešća reakcija mladića na takav događaj je bilo da im je to bilo smiješno (54%), nasuprot samo 10% djevojaka. Oko trećine djevojaka se fizički suprotstavilo kad su bile izložene fizičkom napadu. Uz to, nasilje u vezi ima i dugoročne posljedice za žrtvu, kao i za počinitelja, njihove obitelji i zajednicu. Neki od nepovoljnih učinaka su povećana zlouporaba alkohola i droga, kasnije rizično seksualno ponašanje, antisocijalno i nasilno ponašanje, depresivno raspoloženje i veća sklonost samoubojstvu (O'Keefe, 2005.). Obrasci ponašanja naučeni u adolescentskim vezama mogu se prenositi i na kasnije veze u odrasloj dobi (Wolfe i sur., 2003.; Ajduković i Ručević, 2009.).

Osim toga, nasilje u adolescentskim vezama je povezano s većom vjerojatnosti drugih rizičnih ponašanja mladih, rizicima za mentalno i tjelesno zdravlje te socijalno funkcioniranje (O'Keefe, 2005.). Partnersko nasilje mladih je često samo još jedan pojavni oblik šireg obrasca antisocijalnog ponašanja, a može biti povezano s kontekstom socijalizacije u obitelji kao što je opća agresivnost, zlouporaba droge, roditeljski nasilni odnosi. Ako se s time poveže nekvalitetno roditeljstvo (nedovoljni nadzor, nedosljednost roditeljskih postupaka, nesigurna privrženost i emocionalna hladnoća), velika je vjerojatnost teškoća u interpersonalnim bliskim odnosima (Halpern i sur., 2001.).

Viktimizacija fizičkim nasiljem u adolescentnoj dobi povećava rizik ponovne viktimizacije tijekom mlade odrasle dobi. Studentice koje su imale iskustvo fizičkog nasilja u adolescenciji su tijekom prve godine studiranja bile 3 puta vjerojatnije ponovno

viktimizirane (Smith i sur., 2003.), a to se nastavilo i tijekom narednih godina studija. Pokazalo se da je izloženost nasilju u mladenačkoj vezi bilo snažniji prediktor viktimizacije tijekom studija nego izloženost nasilju u djetinjstvu. Kao što je ranije spomenuto, obrazac nasilnog rješavanja sukoba vjerojatno se prenosi u odnose u odrasloj dobi, a na temelju našeg kliničkog iskustva možemo reći da je vidljiv u mnogim slučajevima obiteljskog nasilja. Osim toga, iskustvo s nasiljem u adolescenciji nerijetko predstavlja dio životnog kontinuuma koji započinje iskustvom s nasiljem u dječjoj dobi u primarnoj obitelji, nastavlja se u mladenačkim vezama i kasnije nasiljem u vlastitoj obitelji odrasle osobe.

3.3.10.3. Potreba za programima prevencije nasilja u mladenačkim vezama

Na temelju izloženih spoznaja koje su vrlo dobro empirijski utemeljene u istraživanjima provedenim u svijetu i u nas, očigledno je da je nasilje u vezama mladih ozbiljan problem s potencijalno vrlo negativnim posljedicama na dobrobit njih samih, ali i njihovih budućih obitelji. Ignoriranje ovih činjenica vodi dugoročnom ugrožavanju mentalnog zdravlja i dobrobiti mladih ljudi i visokim društvenim troškovima koji se vezuju uz nasilje u obitelji. Zbog toga je potrebna učinkovita strategija prevencije primjerena ovoj dobnoj skupini i njenim specifičnim potrebama. Pri izradi preventivnih programa treba poći od rezultata istraživanja koji upućuju na područja kojima treba posebno obratiti pozornost, vodeći računa o rodnim razlikama i specifičnostima.

Hoće li ranije navedeni čimbenici povećanog rizika za nasilje u mladenačkim vezama doista dovesti do tog nepoželjnog ishoda u velikoj mjeri ovisi o kombinaciji osobina dvije osobe koje čine par. Kad u vezu uđu dvije osobe od kojih svaka ima više rizičnih čimbenika za nasilje, povećava se vjerojatnost nasilnog rješavanja njihovog sukoba i uspostave nasilnog odnosa. S druge strane, kao što ističu Halpern i suradnici (2009.), partnerski odnos s osobom koja nema ili ima malo rizičnih osobina, omogućuje partneru s rizičnim čimbenicima da nauči konstruktivne interpersonalne procese i tako izbjegne nasilje u vezi. U tome važnu posredujuću ulogu mogu imati upravo široko dostupni preventivni programi koji će velikom broju mladih ljudi pomoći da razumiju uzroke i posljedice nasilja u njihovim vezama, da ga brže i točnije prepoznaju i da znaju što sve mogu učiniti za sebe, svoje partnere i prijatelje kako bi odrastali u sigurnijem ljubavnom okruženju.

Većina preventivnih programa vezuje se uz škole budući da se najveći broj mladih određeni broj godina nalazi u sustavu školovanja. Dakako da ne treba zanemariti činjenicu da oni mladi koji prekinu proces školovanja predstavljaju posebno rizičnu skupinu (i) za nasilje u vezama. No, zbog potencijalnog dosezanja vrlo velikog broja mladih, programi koji se provode u okviru školskog programa ili su uz njega u svijetu najčešći. Oni su uglavnom usmjereni na promjenu stavova i povećanje znanja učenika u vezi nasilja u vezama i upoznavanja njegovih posljedica (Hickman i sur., 2004.). Kao posljedica promjene stavova i znanja, očekuje se da ovi programi dovedu i do pozitivnih promjena u ponašanju.

Zbog navedenih razloga očigledno je bilo potrebno u hrvatski sustav obrazovanja uvesti preventivne programe na razini srednjeg obrazovanja i tretmanske programe za žrtve i počinitelje nasilja u vezama mladih. Ovi programi trebaju biti usmjereni na kognitivne i emocionalne procese koji mogu dovesti do smanjivanja nasilja te na jačanje vršnjačkih normi koje ne opravdavaju nasilje pod bilo kojim uvjetima. Kako bi bili učinkoviti, oni moraju moći dovesti do sustavne promjene, tj. zahvatiti ključne elemente zaustavljanja nasilja u mladenačkim vezama, osigurati resurse za trajnu provedbu i doseći veliki broj korisnika, mladih ljudi. Upravo smo takav preventivni program razvili, provjerili i evaluirali.

Programi opće i selektivne prevencije koji imaju ambiciju dovesti do sustavne promjene, tj. do izgradnje pretpostavki koje će kod mladih ljudi voditi do smanjivanja nasilja u vezi, trebaju po našem mišljenju zadovoljiti sljedećih nekoliko uvjeta.

1. Moraju biti učinkoviti, što se provjerava evaluacijom postignuća.
2. Moraju biti dovoljno jednostavni da ih može na standardan način provoditi velik broj osoba koje ne moraju nužno imati visoko specifično obrazovanje o nasilju u vezama.
3. Moraju biti jeftini kako bi se osigurala provedivost u financijski oskudnom obrazovnom okruženju.
4. Moraju biti fokusiranog sadržaja i kratkog trajanja kako bi se mogli realizirati u okviru redovitog nastavnog programa.
5. Moraju se odvijati kontinuirano (tj. svake školske godine) i doprijeti do vrlo velikog broja učenika i učenica.
6. Trebaju biti sadržajem i metodičkim načinom rada zanimljivi i privlačni mladim ljudima.
7. Trebaju uključivati relevantne sadržaje koji su primjereni svakodnevnom iskustvu u romantičnoj vezi najvećeg broja mladih ljudi.
8. Trebaju biti vremenski odnosno dobno primjereni potrebama mladih ljudi, tako da oni mogu prepoznati neposrednu korist od takvih programa za svoje svakodnevno iskustvo.
9. Moraju biti dugoročno održivi tako što će resursi biti stalno osigurani.
10. Moraju imati iskrenu podršku nadležnih institucija (Ministarstva obrazovanja, škola, stručnih udruga).

Iskustva provedbe i evaluacije programa koji ciljaju na smanjenje vjerojatnosti počinjenja i doživljavanja nasilja u bliskim odnosima, a temelje se barem na nekim od navedenih načela su vrlo oskudna. Jednu od prvih evaluacija preventivnih programa spominju Hickman i suradnici (2004.) koju je 1998. provela Jones u Minnesoti. Program je trajao pet školskih sati, a provodili su ga nastavnici u nižim razredima srednje škole. U odnosu na kontrolnu skupinu u školskim razredima u kojima je proveden program povećani su rezultati znanja o nasilju u vezama mladih, ali se stavovi nisu promijenili. Promjene su kod djevojaka bile nešto veće nego kod mladića, pa i u pogledu stavova. Vjerojatno je najpoznatija evaluacija američkog *Safe Dates* programa (Foshee i sur., 2000.) koja

je obuhvatila 955 učenika u intervencijskim razredima i 1.010 učenika u kontrolnim razredima u 14 škola. Sam intervencijski program uključivao je niz aktivnosti koje su se odvijale u zajednici i u školi (10 sati nastave, natjecanje u izradi plakata i izradu školske predstave). Nakon mjesec dana utvrđene su značajne razlike prema kontrolnoj skupini u pogledu manjeg počinjenja psihičkog i spolnog nasilja, a počinjenje fizičkog nasilja se također smanjilo, ali neznajno. Nakon godine dana, bili su i dalje vidljivi pozitivni učinci programa na varijable znanja i stavova, ali ne i u ponašanju.

Na temelju stranih iskustava, osobnih istraživanja i iskustava u razvijanju preventivnih programa za mlade osobe, pristupili smo razvoju, primjeni i evaluaciji preventivnog program primjerenog realitetu hrvatskog obrazovnog sustava i potrebama mladih ljudi¹.

3.3.10.4. Razvoj preventivnog programa

Cilj je ovog trajnog programa proaktivne prevencije razviti samoodrživi sustav suzbijanja nasilja u mladenačkim vezama za velik broj učenika srednjih škola diljem Hrvatske uz niske troškove. Program je doprinos ostvarenju s Nacionalne strategije protiv nasilja u obitelji Vlade RH za razdoblje 2008.-2010. godine, prema kojoj su pojedina ministarstva i druge organizacije nositelji ili izvršitelji konkretnih mjera. Ciljna populacija su učenici 3. razreda srednjih škola u Republici Hrvatskoj, a program je trajnog karaktera.

Nositelj programa prevencije je Društvo za psihološku pomoć (DPP) u suradnji s Odsjekom za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Program je razvijen u okviru projekta „Izgradnja kapaciteta za koordinirano djelovanje u suzbijanju rodno uvjetovanog nasilja“ financiranog kroz Matra program Ministarstva vanjskih poslova Kraljevine Nizozemske i u suradnji s nizozemskom nevladinom organizacijom Movisie u razdoblju od 2009. do 2011. godine.

Razvoj programa počivao je na kreativnom doprinosu stručnih suradnika iz niza srednjih škola², konzultanata iz Nizozemske i suradnika Društva za psihološku pomoć, te višestrukoj empirijskoj provjeri sadržaja i načina rada. Na trodnevnom seminaru (tj. prvi modul) sudjelovalo je 56 stručnih suradnika iz srednjih škola iz 34 grada iz svih županija. Oni su zajedno s konzultantima iz nizozemske organizacije Movisie i voditelja seminara iz DPP izradili radne verzije radionica. Materijal za radionice i kurikulum su suradnici DPP-a uobličili u upute za provedbu radionica koje su bile opisane u radnoj verziji priručniku za voditelje. Zajednički sadržaj četiri radionice vodi ostvarenju svrhe preventivnog programa.

1 U koncipiranju i pripremi programa sudjelovali su uz autora ovoga teksta Marina Ajduković, Željka Kamenov, Sanja Cesar, Ajana Löw i Nika Sušac.

2 U razvoju programa sudjelovali su sljedeći stručni suradnici: Danica Bavčević, Mirta Benović, Ivana Biljan, Sanja Bjelinski Alfier, Matija Bojić, Renata Brekalo Papac, Sanja Crnković, Zlata Čatović, Brankica Čavužić, Tomislav Čekolj, Anita Dašek, Ruža Fosin, Davorika Glavina Stanković, Dubravka Glavinić, Goran Gračanin, Romana Grdan, Sanja Grgurević, Koraljka Hausnet-Lasović, Ana Ivaković, Ana Jakopc, Božica Jengić, Marina Jurušić, Nada Kemešić, Lidija Komljenović, Mihael Kozina, Ana Krtić, Andrea Kuhner, Ivan Lakić, Melita Majurec, Ljiljana Matošević, Jasna Marulić, Ankica Medved, Neda Nefat, Ante Papić, Đurđica Petrešević, Marijana Petrić, Ljerka Puljević, Ksenija Romanić, Ines Roso Perić, Elizabeta Sabljčić, Suada Salčić, Mira Soldić, Vesna Stipčić Sladović, Marina Sviben, Davorika Šorak, Sanela Štubelj, Mirjana Šutalo, Danijela Tomica, Marijana Vekarić, Mira Verunica, Mirjana Škrapić, Helena Štrucelj, Jasminka Zagorac, Zrinska Zrnčić Krajnović, Jadranka Žarković, Marija Živković.

Definirani su sljedeći ciljevi koji se postižu sudjelovanjem učenika u radionicama:

1. Razjasniti uvjerenja o dobroj i sigurnoj vezi.
2. Povećati poznavanje svojih prava u vezi.
3. Podići razinu prepoznavanja nasilja u mladenačkim vezama.
4. Unaprijediti prepoznavanje osobne izloženosti i svojeg nasilnog ponašanja u vezi.
5. Osvijestiti svoju spremnost na prekidanje nasilnih obrazaca u vezi.
6. Povećati spremnost na traženje i pružanje pomoći u slučaju nasilja u vezi.

Nakon prvog modula, stručni su suradnici u svojim školama isprobali radionice, na drugom modulu na temelju povratnih informacija one doradene i zatim ponovno isprobane tijekom prvog polugodišta šk. god. 2010./2011. Tijekom dvije provedbe pilot radionica na 750 i 2.500 učenika prikupljena su vrijedna iskustva o tome kako su učenici prihvatili temu i način rada, o primjerenosti i korisnosti radnih materijala, izvedivosti radionice u planiranom vremenu, teškoćama s pojedinim dijelovima radionica i slično. Svoja zapažanja o svakoj radionici stručni suradnici su bilježili u formular za procesnu evaluaciju prve verzije programa. Pokazalo se da su sadržaji i način rada vrlo dobro prihvaćeni od učenika i učenica te da ih ova tema jako zanima.

Nakon provedbe pilot radionica učenici su evaluirali čitav program. Koristili su kratki evaluacijski instrument. Pokazalo se da su učenici vrlo dobrim ocijenili korisnost sadržaja (4,1 na skali od 1 do 5), kao i provedbu radionica (3,9), pisane materijale (3,8), velikom većinom bi preporučili sudjelovanje na radionicama svojim prijateljima (4). Ove ocjene i kvalitativne povratne informacije su poslužile za poboljšanje kurikuluma i priručnika.

Stručni suradnici su se zadnji puta sastali na jednodnevnom okupljanju i razmijenili iskustva o provedbi programa, kada je definirana konačna verzija kurikuluma „standardnih radionica“.

Konačnu verziju programa radionica su stručni suradnici u svojim školama proveli s 2.800 učenika. Osim njih, posebno pripremljeni studenti radionice su proveli s 2.350 učenika. U prvoj godini primjene su na taj način radionice provedene u 82 škole (39 gimnazija i 43 strukovne škole) u 36 gradova, s ukupno 5.150 učenika i učenica. Još veći broj učenika nove generacije trećih razreda srednjih škola (oko 5.800) prošao je kroz radionice 2011./2012. školske godine.

Struktura i način provedbe radionica

Svaka od četiri radionica traje jedan školski sat (45 minuta). Provode se u okviru redovite nastave, obično satova razredne zajednice, jer se tako osigurava dostupnost svim učenicima. Naime, kada bi se ovaj program provodio kao dodatna ili izvannastavna aktivnost, postoji realna opasnost da ne bi sudjelovali učenici i učenice koji su pod većim rizikom da dožive ili čine nasilje u vezi.

Budući da je rad u radionicama intenzivan, a vrijeme za provedbu aktivnosti kratko, važno

je da učenici unaprijed znaju da će se raditi na odnosima u ljubavnim vezama mladih. Potreban materijal za provedbu radionica je vrlo jednostavan i jeftin te lako dostupan. Realni troškovi vezani su uz nešto potrošnog materijala za svakog učenika, a kreću se oko 3 kune po učeniku. Osim toga, uz priručnik sav materijal je priređen na CD-u kojeg provoditelji radionica dobiju. Na njemu se nalaze PowerPoint prezentacije za radionice, kratki video film te radni materijali. Predviđeno je da učenici nakon svake radionice mogu ponijeti sa sobom kratke letke o temama kojima su se bavili na toj radionici. Oprema za provedbu aktivnosti je uobičajena u većini srednjih škola.

Vjerojatno će u nekim školama provedba ovog programa potaknuti učenike na kreativno uključivanje u dodatne aktivnosti i osobni angažman u prevenciji nasilja u vezama. Na to upućuje iskustvo iz sličnih programa u svijetu. Primjeri su izrada školskih plakata, snimanje kratkih tematskih video filmova i njihovo prikazivanje u školi u okviru drugih obrazovnih aktivnosti, stvaranje dramskih predstava i slično. Korisnim se pokazalo uputiti učenike na web portale na hrvatskom i drugim jezicima gdje mogu dobiti informacije i pratiti promjene u suzbijanju nasilja u bliskim vezama i u obitelji, a i sami učenici mogu kreirati svoje web-stranice u vezi ove teme. Bilo bi dobro da se nastavničko vijeće i vijeće roditelja upozna s ovim preventivnim programom. Također je korisno na roditeljskim sastancima dati informaciju o programu i razlozima njegovog provođenja.

Izborni kolegij za studente

Glavni resurs održivosti ovog preventivnog programa i niskih troškova je oslanjanje na studente pomagačkih struka za provedbu standardnih radionica s učenicima srednjih škola i rad sveučilišnih nastavnika u pripremi studenata. Na taj se način osigurava kontinuitet resursa (novi studenti koji se svake godine na različitim hrvatskim visokoškolskim ustanovama osposobljavaju za vođenje radionica), niski troškovi (sveučilišni nastavnici svake godine obrazuju novu generaciju studenata u okviru svog redovnog posla) i omogućavanje velikom broju učenika srednjih škola iz različitih dijelova Hrvatske (više tisuća) da imaju korist od sudjelovanja u radionicama.

U izradi standardnih radionica sudjelovala je i skupina sveučilišnih nastavnika sa studija pomagačkih struka (psihologija, socijalna pedagogija, socijalni rad).³ Uzevši u obzir ove radionice, oni su izradili nastavni program izbornog predmeta o nasilju u bliskim vezama koji je prvi puta ponuđen tijekom šk. god. 2010./11., a upisalo ga je 114 studenata. Godinu dana kasnije još veći broj studenata je upisao ovaj kolegij. Pridružili su se još neki studiji, tako da je izborni kolegij ponuđen studentima u Zagrebu, Osijeku, Čakovcu, Rijeci, Gospiću i Zadru, što omogućuje pokrivanje različitih dijelova Hrvatske radionicama za učenike. U skoroj budućnosti očekuje se da će nastavnici na još nekoliko studijskih programa u drugim dijelovima zemlje ponuditi ovaj izborni predmet.

3 U koncipiranju nastavnog programa izbornog predmeta sudjelovali su: Dean Ajduković (Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Zagreb), Vera Čubela Adorić (Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru), Darko Hren (Filozofski fakultet Split), Ajana Löw (Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Zagreb), Jelena Maričić (Studij psihologije, Hrvatski studiji), Anela Nikčević Milikov (Učiteljski fakultet Rijeka, Studij u Gospiću), Gabriela Ratkajec (Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet), Danijela Šincek (Studij psihologije, Filozofski fakultet Osijek), Nika Sušac (Studij socijalnog rada, Pravni fakultet Zagreb).

Studenti diplomskih studija se kroz ovaj predmet temeljito osposobljavaju za provedbu standardnih radionica u razrednim odjelima, a pri tome stječu šire znanje o nasilju u partnerskim odnosima i u obitelji, te vještine izrade i vođenja preventivnih programa. Dio studentskih obveza je da svatko od njih provede četiri standardne radionice u razrednim odjelima trećih razreda srednjih škola. Do sada, svake godine oko 3.000 učenika na ovaj način ima koristi od radionica koje vode studenti. Stručni suradnici pomažu studentima da lakše uđu u škole i podržavaju ih svojim iskustvom i savjetima. Provedbu radionica koje u školama vode studenti odobrilo je Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, uz pozitivno mišljenje Agencije za odgoj i obrazovanje. Program je podržala i Udruga ravnatelja srednjih škola.

3.3.10.5. Evaluacija učinaka programa

Kao dio pripreme za evaluaciju, suradnici DPP konstruirali su instrumente za evaluaciju učinaka projekta. Instrumenti su primijenjeni u dvadesetak škola sa 671 učenikom. Na temelju provedenih analiza instrumenti su skraćeni, dopunjeni i metrijski uređeni. Tako su dobiveni evaluacijski i istraživački instrumenti odličnih metrijskih svojstava.

Evaluacija učinaka radionica morala je odgovoriti na sljedeća ključna pitanja:

- 1.) Jesu li radionice pridonijele jasnijim uvjerenjima o tome što je zdrava i sigurna veza?
- 2.) Jesu li povećale znanje o tome što je sve nasilno ponašanje?
- 3.) Jesu li smanjile osobnu viktimizaciju i počinjenje nasilja u vezi?
- 4.) Jesu li povećale poznavanje svojih prava u vezi?
- 5.) Je li poboljšana svijest o svojem kapacitetu za postavljanje granica u vezama koje nisu sigurne
- 6.) Je li poboljšana spremnost na traženje i pružanje pomoći kad se radi o nasilnoj vezi?

Učinkovitost programa provjerena je korištenjem kvaziekperimentalnog nacrtu prije-poslije s usporednim skupinama. Prije provedbe druge verzije radionica, stručni suradnici su na učenicima 3. razreda svoje škole primijenili instrumente za evaluaciju u dvije skupine razrednih odjela. U „intervencijskim“ odjelima su zatim provedene radionice, dok su „komparabilni“ odjeli služili kao kontrolna skupina. U intervencijskim odjelima sudjelovalo je 829, a u komparabilnim odjelima 758 učenika i učenika. Od provedbe radionica (intervencije) do evaluacijskog retesta prošlo je 6 mjeseci, što je omogućilo procjenu učinaka preventivnog programa.

U tablici 1. vidljivo je da se prije provedbe radionica intervencijski i komparabilni razredi nisu razlikovali u varijablama počinjenja ili viktimizacije nasiljem u bilo kojem od tri aspekta ponašanja (psihičko, fizičko i seksualno nasilja). U većini ostalih indikatora, ako je postojala razlika prije provedbe radionica, situacija je bila nešto nepovoljnija u razredima u kojima su zatim provedene radionice. To znači da ako je promjena u kriterijima evaluacije zbog radionica bila učinkovita, njena je veličina mogla biti samo podcijenjena, a nikako

precijenjena. Evaluacija je pokazala da su šest mjeseci nakon provedbe radionica učenici u razrednim odjelima koji su prošli program iskazali da su činili i doživljavali manje nasilnih ponašanja nego u razrednim odjelima istih škola u kojima nisu provedene radionice. Isto tako su učenici nakon radionica pokazali točnija uvjerenja o tome što je zdrava i kvalitetna veza, bolje prepoznavanje nasilnih ponašanja i bolje su poznavali svoja prava u vezi. Sve su ove razlike bile visoko statistički značajne ($p < 0.001$).

Veličina učinka preventivnih radionica mjerena Cohenovim d-indeksom bila je srednje veličine (oko 0,4) za smanjenje počinjenog nasilnog ponašanja, što je posebno vrijedan indikator učinkovitosti ovog programa. Ovaj učinak je bio dosljedan za sva tri aspekta nasilnog ponašanja (psihičko, fizičko i seksualno). Učinak programa na smanjenu viktimizaciju je bio manji (veličina učinka 0,1), ali vidljiv za manju fizičku i spolnu viktimizaciju u odnosu. I svi drugi pokazatelji su dosljedno pokazivali pozitivne učinke programa: smanjivanje netočnih uvjerenja o kvalitetnoj vezi, bolje poznavanje svojih prava u vezi, bolje prepoznavanje nasilnih ponašanja i spremnost na pružanje pomoći prijatelju ili prijateljici u nasilnoj vezi.

Tablica 1. Aritmetičke sredine za kontrolne (M cont) i intervencijske (M interv) razredne odjele prije provedbe preventivnih radionica (test) i 6 mjeseci kasnije (retest). Cohenov d-indeks pokazuje veličinu učinka između ovih skupina u dvije vremenske točke.

| Varijabla | | M cont | M interv | d-indeks |
|--------------------|--------|--------|----------|----------|
| Počinjeno nasilje | test | 0,5 | 0,6 | n.s. |
| | retest | 0,9 | 0,6 | 0,3 |
| Fizičko | test | 0,4 | 0,4 | n.s. |
| | retest | 0,8 | 0,7 | 0,2 |
| Psihičko | test | 0,7 | 0,7 | n.s. |
| | retest | 1,0 | 0,8 | 0,3 |
| Seksualno | test | 0,3 | 0,3 | n.s. |
| | retest | 0,6 | 0,4 | 0,2 |
| Doživljeno nasilje | test | 0,4 | 0,6 | n.s. |
| | retest | 0,7 | 0,5 | 0,1 |
| Fizičko | test | 0,3 | 0,3 | n.s. |
| | retest | 0,7 | 0,4 | 0,2 |
| Psihičko | test | 0,5 | 0,5 | n.s. |
| | retest | 0,7 | 0,6 | n.s. |
| Seksualno | test | 0,3 | 0,2 | n.s. |
| | retest | 0,5 | 0,4 | 0,2 |
| Netočna uvjerenja | test | 2,2 | 2,1 | 0,2 |
| | retest | 2,2 | 1,9 | 0,4 |
| Poznavanje prava | test | 4,1 | 4,0 | 0,2 |
| | retest | 4,2 | 4,4 | 0,2 |
| Pružanje pomoći | test | 3,5 | 3,7 | 0,1 |
| | retest | 3,8 | 3,9 | 0,1 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|-----|-----|------|
| Traženje pomoći | test | 2,3 | 2,4 | 0,2 |
| | retest | 2,3 | 2,4 | n.s. |
| Postavljanje granica | test | 2,2 | 2,2 | n.s. |
| | retest | 1,7 | 1,6 | -0,2 |
| Prepoznavanje nasilja | test | 2,1 | 2,2 | 0,1 |
| | retest | 2,0 | 2,2 | 0,2 |

Bilješka: Oznaka n.s. pokazuje da nije postojala statistički značajna razlika između dvije skupine. Vrijednost Cohenovog d-indeksa pokazuje je li razlika između dvije skupine ili dvije vremenske točke ne samo statistički značajna nego je li ona i smisljena; za vrijednosti od 0,2 do 0,4 se smatra da pokazuju umjereno velike učinke intervencije.

3.3.10.6. Ograničenja i prednosti ovog preventivnog programa

Ograničenje ovog preventivnog programa je njegovo trajanje od samo 180 minuta u okviru redovite nastave. Sukladno tome se može očekivati da je i postignuće ciljeva programa i radionica ograničeno, a ne dramatično veliko. Za one učenike i učenice koji pokazuju zanimanje za ovu temu, preporučuje se uključivanje u programe Centra za edukaciju, savjetovanje i istraživanje (CESI) koji su opsežniji i dugotrajniji te omogućuju uvježbavanje promjena u ponašanju, a odvijaju se kao izvannastavna aktivnost za učenike i učenice koji su posebno zainteresirani.

Glavna je prednost ovog preventivnog programa njegova potencijalna i kontinuirana dostupnost jako velikom broju učenika i učenica koji su u životnom razdoblju kad uspostavljaju romantične veze.

Daljnje su prednosti ovog programa što se osposobljava velik broj studenata za metodički radionički rad s učenicima, da su studenti dobro pripremljeni za provedbu preventivnih radionica s mladima koji su im bliski po dobi i što program pridonosi suradnji između sveučilišnih studija i srednjih škola u suzbijanju nasilja u bliskim odnosima. Kontinuirano uključivanje znatnog broja studenata omogućuje da velik broj učenika svake godine prođe kroz radionice bez dodatnih troškova ili velikog dodatnog radnog opterećenja stručnih suradnika. Na ovaj je način uspostavljen samoodrživi sustav prevencije nasilja u mladenačkim vezama u Hrvatskoj s godišnjim obuhvatom od najmanje 6.000 učenika uz minimalne troškove. Očekuje se da će broj studenata koji će svake godine upisivati izborni kolegij rasti, kao i uključivanje novih studija pomagačkih struka, tako da se tijekom godina očekuje još veći obuhvat učenika.

Stručni suradnici u srednjim školama nisu dodatno opterećeni kontinuiranom provedbom ovog preventivnog programa, kao što je to inače slučaj, već će prvenstveno pomagati studentima da organizacijski lakše provedu radionice u školama. Angažman studenata ne priječi da stručni suradnici koji za to imaju interesa i sami vode radionice. Dapače, već se pokazalo da se svake godine javi pet do deset novih stručnih suradnika koji su saznali za ovaj preventivni program i uključili su se tako što provode radionice u svojim školama.

Zaključak

Ovaj preventivni program je primjer postizanja sinergijskog učinka su-djelovanjem stručnjaka iz srednjih škola i fakulteta, koji je rezultirao značajnom dodatnom vrijednošću za sve uključene. Povezivanje njihovih komplementarnih znanja i vještina dalo je novu vrijednost u obliku dobro pripremljenog kurikuluma preventivnih radionica koji je prilagođen stvarnosti srednjih škola i aktiviralo veliki resurs kojeg predstavljaju studenti i njihovi nastavnici. Održivost ovog preventivnog programa i doseganje velikog broja adolescenata svake godine primjer je strategije aktiviranja resursa zajednice uz izrazito male troškove.

Budući da se provedbom radionica tijekom redovne nastave dopire do svih učenika, a ne samo onih s posebnim interesom za temu nasilja u mladenačkim vezama, postižu se ciljevi opće prevencije. Rigorozna je evaluacija pokazala da je ovaj preventivni program učinkovit u smanjivanju počinjenja i doživljavanja nasilja, poboljšanju znanja o nasilju u mladenačkim vezama, prepoznavanju nasilnih ponašanja, poznavanju svojih prava u vezama i stavovima o zdravim i kvalitetnim partnerskim odnosima. Obzirom na vrlo ograničen intenzitet intervencije, odnosno trajanje radionica za učenika (samo 180 minuta), može se ocijeniti da je preventivni program visoko učinkovit, uz izrazito povoljan odnos troškova i koristi.

Studenti pomagačkih struka na većem broju studija i u različitim dijelovima zemlje su dobili novi izborni predmet kojeg smatraju relevantnim i korisnim te dobro pripremljeni dolaze u realnu situaciju razrednih odjela gdje provode radionice. Dobna bliskost učenika i studenata dodatno povećava vjerojatnost preventivnih učinaka radionica. Osim tog praktičnog iskustva koje smatraju vrlo dragocjenim, studenti savladavaju nove sadržaje koje procjenjuju vrlo važnim ne samo za svoj profesionalni razvoj, nego i osobni rast, a uz to razvijaju kompetencije izrade preventivnih programa koje će moći koristiti u svojem budućem radu u različitim stručnim područjima.

Literatura:

1. Ajduković, D., Löw, A., Sušac, N. (2011.): Rodne razlike i prediktori partnerskog nasilja u mladenačkim vezama, *Ljetopis socijalnog rada*, 18, 527-553
2. Ajduković, M., Ručević, S. (2009.): Nasilje u vezama mladih, *Medicus*, 18, 217-225
3. Brehm, S. S. (1992.): *Intimate relationships*, New York: McGraw-Hill
4. Centres for Disease Control and Prevention (2006.): Youth Risk Behaviour Surveillance – United States, 2005.: Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report, 55, 1-108., <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5505.pdf>
5. Collins, A. W. (2003.): More than myth: The developmental significance of romantic relationships during adolescence, *Journal of Research on Adolescence*, 13, 1-24
6. Detelić, M. (2011.): Nasilje u adolescentskim romantičnim vezama: uloga pogrešnih uvjerenja, prepoznavanja nasilnog ponašanja u vezi i rodnih uloga, neobjavljeni diplomski rad, Zagreb, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu
7. Foshee, V. A., Bauman, K. E., Greene, W. F., Koch, G. G., Linder, G. F., MacDougall, J. E. (2000.): The Safe Dates program: 1-year follow-up results, *American Journal of Public Health*, 90, 1619-1622

8. Halpern, C. T., Oslak, S. G., Young, M. L., Martin, S. L., Kupper, L. L. (2001.): Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health, *American Journal of Public Health*, 91, 679–1685
9. Hickman, L. J., Jaycox, L. H., Aronoff, J. (2004.): Dating violence among adolescents: Prevalence, gender distribution and prevention program effectiveness, *Trauma, Violence & Abuse*, 5 (2), 123-142
10. Hodžić, A. (2009.): Nasilje ne prolazi samo od sebe: Izvještaj o istraživanju rodno uvjetovanog nasilja u adolescentskim vezama u Republici Hrvatskoj, Zagreb, CESI
11. Jezl, D. R., Molitor, C. E., Wright, T. L. (1996.): Physical, sexual and psychological abuse in high school dating relationships: Prevalence rate and self esteem issues, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 69-87
12. Jones, L. (1998.): The Minnesota School Curriculum Project: A statewide domestic violence prevention project in secondary schools, U: B. Levy (ur.), *Dating violence: Young women in danger*, Seattle, WA: Seal Press, 258-266
13. Kingshofel, K. M., Grych, J. H. (2004.): Interparental conflict and adolescent dating relationships: Integrating cognitive, emotional, and peer influences, *Journal of Family Psychology*, 18,505–515
14. Kišan, I. (2011.): Doprinos pojedinih osobina pri doživljavanju nasilja u parnterskim odnosima mladih, neobjavljeni diplomski rad, Zagreb, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu
15. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (2002.): *World report on violence and health*, Geneve, World Health Organization
16. Molitor, C., Tolman, R. M., Kober, J. (2000.): Gender and contextual factors in adolescent dating violence, *Prevention Research*, 7, 1-4
17. O’Keefe, M. (1997.): Predictors of dating violence among high school students, *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 546-568
18. O’Keefe, M. (2005.): Teen dating violence: A review of risk factors and prevention efforts, *National Electronic Network on Violence Against Women* [online]
19. Löw, A., Ajduković, D., Sušac, N. (2010.): Predviđanje učestalosti počinjenog i doživljenog nasilja u mladenačkim vezama, III. Znanstveno-stručni skup „Psihosocijalni aspekti nasilja u suvremenom društvu – izazov obitelji, školi i zajednici“, u.: Kolesarić, V., Ručević, S. Šincek, S. (ur.): Program i sažeci izlaganja, *Osijek, Filozofski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera*, 32-33
20. Pečnik, N. (1990.): Nasilje u ljubavnim vezama mladića i djevojaka i stavovi prema fizičkom zlostavljanju žena, neobjavljeni diplomski rad, Zagreb, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu
21. Raiford, J. L., Wingwood, G. M, Diclemente, R. J. (2007.): Prevalence, incidence and predictors of dating violence: A longitudinal study of African American female adolescents, *Journal of Women’s Health*, 16, 822-832
22. Sears, H. A., Byers, E. S., Price, E. L. (2007.): The co-occurrence of adolescent boys’ and girls’ use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships, *Journal of Adolescence* 30, 487-504
23. Sherer, M. (2009.): The nature and correlates of dating violence among Jewish and Arab youths in Israel, *Journal of Family Violence*, 24, 11-26
24. Smith, P. H., White, J. W., Holland, L. J. (2003.): A Longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women, *American Journal of Public Health*, 93, 1104-1109
25. Straus, M. A. (2004.): Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide, *Violence Against Women*, 10, 790-811
26. Straus, M. A. (2007.): Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations, *Children and Youth Services Review*, 30, 252-275
27. Težak, K. (2012.): Predviđanje viktimizacije i počinjenja nasilja u adolescentskim vezama, neobjavljeni diplomski rad, Zagreb, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu
28. Young, B. J., Furman, W. (2008.): Interpersonal factors in the risk for sexual victimization and its recurrence during adolescence, *Youth Adolescence*, 37, 297-309
29. Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A., Grasley, C., Reitzel-Jaffe, D. (2003.): Dating violence prevention with at-risk youth: A controlled outcome evaluation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 279-291

3.4. Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja na radnom mjestu

Produktivnost pojedinaca, organizacija i zajednice u cjelini jedan je od značajnijih ciljeva zajednice. Omogućava njenu održivost te kapacitet za razvoj i za potporu zajednice pojedincima, obiteljima i posebno ranjivim skupinama. Ključno je pitanje kako unaprjeđivati upravljanje ljudskim resursima da ono osigura visoku produktivnost i održiv razvoj radne snage. Ovo je velik izazov i prostor u kojem psihologija i psiholozi mogu značajno pridonijeti u iznalaženju rješenja, od unaprjeđivanja obrazovanja koje bi trebalo pripremati za rad, preko razvoja potencijala, sve do kreiranja radnog mjesta i organizacijskih uvjeta koji omogućuju visoku produktivnost i istovremeno očuvanje zdravlja.

3.4.1. Upravljanje ljudskim resursima koje osigurava produktivnost i održiv razvoj radne snage

3.4.1.1. Produktivnost i održiv razvoj radne snage

Produktivnost u interesu poslodavca i dobiti zajednice

Gledamo li na produktivnost kao uspješnost pri obavljanju nekog posla u odnosu na upotrebljene resurse onda možemo primijetiti implicitnost doprinosa produktivnog rada ne samo u organizaciji, već i široj zajednici te gospodarstvu uopće. Kvalitetan i produktivan rad odražava se na zaposlenost, tržište, standard pojedinca i društva kao i kvalitetu života općenito. Uzimajući u obzir da su ljudi oni koji su produktivni razumijemo bitnost brige o resursu zvanom čovjek. U poduzetničkom društvu briga za kadrove i njihovu motivaciju, specijalizaciju i promociju postaje dijelom programa uspostavljanja i razvoja integralne kvalitete poduzeća. Ukoliko su glavni čimbenici profesionalnog razvoja prisutni u poduzeću se javlja motivacija, zadovoljstvo, proizvodnost i ravnomjeran razvoj. Briga o čovjeku na radnom mjestu veoma je bitna budući da kroz posao čovjek postiže kvalitetu života, socijalnu jednakost, poštovanje samoga sebe, samokontrolu i naposljetku upravlja svojom karijerom te mu je stoga nužno pružiti savjetovanje i podršku. Takvim načinom podrške i usmjerenosti ka čovjeku jačamo kružni kontinuirani proces koji počinje s čovjekom te putem rada, organizacije, zajednice i gospodarstva proces se ponovno na njega i vraća.

Obrazovanje koje omogućuje zapošljivost i konkurentnost pojedinaca na tržištu rada

Jednostavan primjer velikih promjena koje su nastupile zadnjih par desetljeća u odnosu na obrazovanje, zapošljavanje i poveznicu s gospodarstvom možemo zateći u primjeru dječje igre. Klikeri, lovice, graničar, crvena kraljica i mnogo druge otišle su u zaborav. Primjetno je smanjenje igara koje potiču senzomotoriku i društvene aktivnosti u zamjenu za televiziju i računala. U školama je sve manje obrazovnih aktivnosti koje potiču fini motorički razvoj. Kao jedan od negativnih ishoda promjene načina života, primijećena je sve manja manualna spretnost kao i manji interes prema zanimanjima usredotočena na motorici. Kao primjer, navodimo problematiku upisa u Industrijsko-obrtničke škole koje ne uspijevaju sakupiti dovoljan broj učenika za pokretanje smjerova nužnih za industriju i zadovoljenje manjka deficitarnih zanimanja. Upis u takve škole ograničio se na djecu koja nisu zadovoljila ocjenama za upis u druge obrazovne ustanove četverogodišnjeg obrazovanja. Organizacije koje zapošljavaju moraju uložiti mnogo sredstava za organiziranje tečajeva i osposobljavanja za nužna deficitarna zanimanja. S druge strane, promjene koje donose nove tehnologije i tehnološke procese otežavaju

obrazovnim ustanovama pratiti te brze promjene koje se događaju u tehnološkom ciklusu. Organizacije su prisiljene pratiti promjene i razvoj ukoliko im je u interesu opstanak i konkurentnost na tržištu. Stoga, važno je participirati u podizanju kvalitete radne snage na tržištu rada i njenog usklađivanja s potrebama poslodavaca i to:

- provođenjem i unaprjeđivanjem profesionalnog usmjeravanja
- provođenjem i unaprjeđivanjem savjetovanja u razvoju karijere tijekom obrazovanja za zanimanje
- sudjelovanje u usklađivanju i kreiranju obrazovnih programa za zanimanje u skladu sa zahtjevima poslova za koja se obrazuje (unutar obrazovnog sustava, u partnerstvu s poslodavcima)
- u suradnji s ostalim stručnjacima kreirati, pratiti, provjeravati i verificirati kompetencije potrebne za uspješno sudjelovanje na tržištu rada
- sudjelovati u izradi i provedbi obrazovnih programa, kako bi onim učenicima i polaznicima obrazovanja odraslih, tijekom obrazovanja za rad, omogućili stjecanje kompetencija potrebnih za obavljanje poslova radnog mjesta
- sudjelovati u izradi, provedbi i verifikaciji obrazovnih programa za obrazovanje odraslih – cjeloživotnog obrazovanja (stjecanje novih kompetencija, usavršavanja, osposobljavanja, osvježavanja) s ciljem stjecanja većih mogućnosti na tržištu rada i usklađivanja s potrebama poslodavaca.

Također, iskustvo pokazuje da je suradnja između fakulteta i organizacija nužno potrebna kako ne bi dolazilo do prevelike diskrepance između sveučilišnih znanja i proizvodnog procesa. Ističemo važnost rada institucija na problematikama s kojima se organizacije susreću u radnom procesu, kao i važnost otvorenosti organizacija prema novim znanjima, metodama i tehnologijama dobivenim istraživanjima instituta. Predlažemo sporazume između fakulteta i organizacija kako bi se omogućilo i gospodarstvu i mladom čovjeku odgovarajuća sprema i kompetentnost za ulazak na tržište rada s obzirom da su znanja i vještine radni kapital koji omogućuje realnu konkurentnost na tržištu rada.

3.4.1.2. Razvijanje zdravih uvjeta na radnom mjestu

Osiguravanje zdravih uvjeta na radnom mjestu prema zakonski reguliranim aktima

Kako bi mogli pružiti čovjeku zdravo okruženje, prvenstveno je nužno da poslodavac i radnik dobro poznaju radnu okolinu i očekivanja radnog mjesta. Temeljni dokument koji opisuje zadatke, ovlasti i odgovornosti za određenu poziciju je opis radnog mjesta. Svrha mu je da zaposlenik i rukovoditelj imaju jasnu predodžbu o zaduženjima i obvezama na konkretnom radnom mjestu, kako bi se ustanovilo preklapaju li se zaduženja, ovlasti i odgovornosti različitih osoba i radnih mjesta. Također, uključuje i popis potrebnih kvalifikacija za obavljanje zadataka tog radnog mjesta, kao i važne procese i procedure vezane za njega.

Prilikom zapošljavanja za neka radna mjesta u određenim područjima rada poput industrije, prema pravnim aktima, radnicima treba biti osigurano osposobljavanje vezano uz mjere sigurnosti na radnom mjestu poput zaštite od požara i sigurnosti i zaštite na radu (Šarić, Ribić, Čengić, Sertić, 1984.). S obzirom na specifičnosti nekih radnih mjesta, zakonom je propisana i specifična zdravstvena zaštita koju je potrebno realizirati putem periodičnih zdravstvenih i psiholoških pregleda. Radnike je potrebno postavljati na radna mjesta za koje imaju kvalifikaciju i osposobljenost, no ukoliko postoji potreba za prelaskom na druga ili slična radna mjesta nužno je radnike dodatno osposobiti pružajući im time adekvatnu zaštitu.

Bitno je da organizacija usko surađuje s liječnicima specijalistima medicine rada u provođenju mjera specifične zdravstvene zaštite što uključuje:

- davanje savjeta o zdravlju, sigurnosti, organizaciji rada i zaštitnim sredstvima
- stalnu skrb o boljoj prilagođenosti rada, uključujući vrijeme, način i uvjete rada
- sudjelovanje u informiranju, stručnom osposobljavanju i obrazovanju iz zaštite zdravlja na radu, sigurnosti na radu i organizacije rada, ocjenjivanje uvjeta rada na pojedinom radnom mjestu radi zaštite radnika od ozljeda na radu i profesionalnih bolesti.

Važnost suradnje medicine rada i organizacije vidljiva je i u mjerama profesionalne rehabilitacije radnika čije zdravstvene sposobnosti više ne odgovaraju zahtjevima posla koji su obavljali.

Organizacijska klima i kultura kao preduvjet zdravih uvjeta na radnom mjestu

Organizacijski koncepti klime i kulture nužno su povezani jer organizacijska kultura referira na bitne vrijednosti, predodžbe i uvjerenja koja djeluju na razmišljanja zaposlenika, njihove fantazije, viziju, socijalnu energiju, svijet i osjećaje (upućuje na način na koji organizacija obavlja ili nastoji obavljati svoj posao), a klima predstavlja individualnu svijest i stav djelatnika prema različitim organizacijskim entitetima (upućuje na misli i osjećaje djelatnika prema organizacijskoj situaciji).

Organizacijska klima relativno je stabilno obilježje internalne okoline, ona je iskustvo članova pa utječe na osnovne organizacijske procese komuniciranja, rješavanja problema, učenje, motivaciju, učinkovitost i proizvodnost organizacije, inoviranje i zadovoljstvo poslom. Stoga, koncept organizacijske klime postaje nezaobilazan koncept učinkovitog upravljanja organizacijom jer obuhvaća ljude, njihove međusobne interakcije i sinergiju koju tvore. Naime, za suvremenu organizaciju postaje bitno da djelatnici vole ići na posao, da ih posao oplemenjuje i usrećuje (kako bi bili odani i privrženi organizaciji) jer samo zadovoljan čovjek s mogućnošću izražavanja svojih sposobnosti može optimalizirati upotrebu skupih materijalnih resursa i tako stvarati proizvode i usluge prema visokim kriterijima i najizbirljivijih potrošača. Osim toga, da bi ljudi u potpunosti koristili svoje potencijale i bili zainteresirani stalno učiti i produbljivati svoja znanja i vještine u organizacijske svrhe, potrebno je tako koncipirati organizaciju (stvarati takvo klimatsko ozračje) da se djelatnici u njima osjećaju dobro, kao kod kuće, budu im odani i žele

ostvarivati njihove ciljeve. Stoga bi se bez pretjerivanja moglo reći da je menadžment budućnosti zapravo menadžment organizacijske klime (koji izvire iz jake organizacijske kulture), gdje kvalitetni djelatnici funkcioniraju na optimumu svojih mogućnosti, pa tako predstavljaju visoku vrijednost svojim organizacijama (Bogdanović, 2003.).

Uloga organizacijskog psihologa može biti od velike koristi u ispitivanju organizacijske klime s obzirom da je dijagnoza organizacijskog stanja, dakako, tek prvi korak u nastojanju poboljšanja. Neke od preporuka za poboljšanje klime jesu:

1. Poboljšanje jasnoće

- točno definirati organizacijsku viziju, misiju, strateške ciljeve
- definirati uloge, procese i zapovjedne linije

2. Standardi poslovanja

- razvijati standarde poslovanja u odnosu prema: poslu, organizaciji, kolegama, korisnicima
- poseban se naglasak stavlja na razvitak sustavnog dokumentiranja procesa, kao temelja dobrih standarda

3. Definirati odgovornosti

- točno definirati područja odgovornosti po radnim mjestima
- davati zaposleniku sve relevantne informacije i ovlasti koje su mu potrebne za odgovorno odlučivanje

4. Uvođenje pravednog i transparentnog sustava nagrađivanja i napredovanja

- davati kvalitetne povratne informacije o radu djelatnika
- postaviti dugoročne i kratkoročne ciljeve djelatnika i redovito pratiti njihov napredak

5. Povećati fleksibilnost

- kratki i česti sastanci na kojem se iznose nove ideje
- pravodobna povratna informacija o novim idejama
- brzina u uvođenju novih ideja
- manje procedura i pravila

6. Poboljšanje timskog rada i uvođenje projektnih timova

- razviti redovite mehanizme otvorene komunikacije (individualni i skupni sastanci)
- uključivati zaposlenike u procese rješavanja problema i donošenja odluka
- ad hoc sastavljanje timova usmjerenih na rješavanje nekog problema

U radu na organizacijskoj klimi i kulturi nezaobilazno područje rada je problematika dostojanstva radnika. Hrvatsko zakonodavstvo ne poznaje definiciju „mobinga“ te u Zakonu o radu čl. 22a (NN 149/09.) navodi da je zaštita dostojanstva radnika zaštita od uznemiravanja i zaštita od spolnog uznemiravanja, dok pojam „mobing“ ili u hrvatskom jeziku „zlostavljanje na radu“ predstavlja svako ponašanje koje je opetovano, sustavno i izravno usmjereno na radnika ili skupinu radnika, a koje ima za cilj poniziti, viktimizirati ili zastrašiti te koje predstavlja rizik za zdravlje i sigurnost. Najpotpunija definicija mobinga navedena je u novom francuskom zakonu o mobingu. Definicija mobinga u francuskom

Zakonu socijalne modernizacije br. 2002–73 od 17. siječnja 2002. glasi: „Mobing je psihičko maltretiranje što se ponavlja putem akcija kojima je cilj ili posljedica degradacija radnikovih radnih uvjeta, koje mogu uzrokovati napad i nanijeti štetu ljudskim pravima i ljudskom dostojanstvu, naštetiti fizičkom ili mentalnom zdravlju ili kompromitirati žrtvinu profesionalnu budućnost” (Kostelić-Martić, 2005.).

Prema zakonu o radu (NN 149/09.) poslodavac je dužan prevenirati uznemiravanje i spolno uznemiravanje te spriječiti nastavak ukoliko se ono stvarno događa. Postupak zaštite dostojanstva radnika prethodi sudskom postupku, a sastoji se u tome što je uznemiravani radnik dužan poslodavcu, tj. povjereniku za zaštitu dostojanstva radnika (obveza imenovanja ukoliko poslodavac zapošljava više od 20 radnika) dostaviti pritužbu, a poslodavac ili povjerenik za zaštitu dostojanstva radnika dužni su u roku utvrđenom kolektivnim ugovorom, sporazumom sklopljenim između radničkog vijeća i poslodavca ili pravilnikom o radu, a najkasnije u roku od osam dana od dostave pritužbe ispitati pritužbu i poduzeti sve potrebne mjere primjerene pojedinom slučaju radi sprječavanja nastavka uznemiravanja ili spolnog uznemiravanja ako se utvrdi da ono postoji. Ono što poslodavac može napraviti kako bi umanjio i spriječio slučajeve uznemiravanja je:

- ohrabriti sve zaposlene na radnom mjestu da se međusobno odnose profesionalno i s poštovanjem
- pokušati riješiti problem prije nego što stanje postane ozbiljno
- upoznati sve zaposlene što se smatra zlostavljanjem na radnom mjestu i kome se mogu obratiti za pomoć
- osobe na upravljačkim položajima trebaju pratiti stanje u radnom kolektivu i po potrebi djelovati preventivno
- prema svim prigovorima treba se odnositi ozbiljno i rješavati ih brzo i u povjerenju.

Potpora zaposlenicima koja osigurava produktivnost i kvalitetu života

Ističemo važnost upravljanja ljudskim resursima koje osigurava produktivnost i kvalitetu života putem sustavnog provođenja univerzalne (preventivne) organizacijske intervencije u različitim procesima upravljanja ljudskim resursima, usmjerene redukciji stresora vezanih uz kontekst i sadržaj rada i u svrhu optimizacije radnog procesa i podizanja produktivnosti te unaprjeđenja psihosocijalne klime u organizaciji. Na osnovi iskustvenih spoznaja i pozitivne prakse, smatramo da podjela iz smjernica (Božičević, Brlas, i Gulin, urednici, 2011.) na dobar način segmentira ulogu organizacijskog psihologa u praćenju i podršci procesa upravljanja ljudskim resursima:

1. organizacijsko funkcioniranje i organizacijsku kulturu kroz:

- precizno definiranje ciljeva i zadataka
- adekvatne načine rješavanja problema u poslu
- rješavanje komunikacijskih problema u organizaciji
- poboljšanje silazne i uzlazne komunikacije
- razvoj povjerenja, suradnje i suportivne klime u organizaciji.

Organizacijski bi psiholog trebao biti uključen u svaki od navedenih segmenata i kao podrška i kao edukator.

2. radne/organizacijske uloge kroz:

- jasnoću radne uloge
- smanjenje konflikta radnih uloga
- povratnu informaciju o učinku i razvoju kompetencija
- pomoć u suočavanju sa stresom kod trajne izloženosti klijentima/kupcima.

Smatramo definiranje radne organizacijske uloge važnim dijelom diskretnog pristupa radniku i poslovođstvu.

3. motivaciju i stavove zaposlenih kroz:

- redovito praćenje zadovoljstva poslom
- poboljšanje distributivne pravednosti (omjeri među plaćama zaposlenih, transparentnost i dosljednost u vrjednovanju rada kod određivanja fiksne plaće)
- poboljšanje proceduralne pravednosti (unaprijed određeni kriteriji i postupci mjerenja uspješnosti, određivanje i provođenje adekvatne materijalne i nematerijalne stimulacije dobrog rada)
- poboljšanje interakcijske pravednosti (razvoj rukovoditelja u svrhu većeg korištenja participativnog stila i dijaloga).

Naglasak stavljamo na koordinatornu, kontrolnu i edukativnu ulogu organizacijskog psihologa.

4. razvoj karijere kroz:

- osiguravanje mogućnosti razvoja karijere
- zadovoljstvo statusom u organizaciji
- djelovanje na općedruštveno vrjednovanje rada.

Praćenje pojedinca i njegovog razvoja jedna je od središnjih zadaća organizacijskog psihologa gdje može utjecati na razvojni put radnika i organizacije.

5. donošenje odluka kroz:

- veću participaciju u donošenju odluka
- uključivanje u postavljanje ciljeva
- veću kontrolu nad poslom.

Gore navedene stavke opisuju moderan pristup poslu participacijom svih dionika u procesu.

6. međuljudske odnose na poslu kroz:

- sprječavanje socijalne ili fizičke izolacije
- poboljšanje odnosa s nadređenima
- povećanje socijalne ili praktične podrške na poslu.

Putem organizacijske klime i kulture moderira se okruženje za bolje socijalno funkcioniranje.

7. dizajn posla kroz:

- dobro definiranje posla
- smanjenje nesigurnosti u poslu
- povećanje raznolikosti kraćih radnih ciklusa
- sprječavanje rascjepkanosti/beznačajnosti posla

- povećanje korištenja vještina
- uspostavljanje ravnoteže ovlasti i odgovornosti
- povećanje kontrole nad tempom rada (radno opterećenje/ radni ritam)
- ergonomsku prilagodbu rada čovjeku i čovjeka radu.

Gore navedene točke ukazuju da klasični zadaci organizacijskog psihologa imaju osnova da persistiraju i u današnje vrijeme.

8. kvantitetu i kvalitetu rada kroz:

- smanjenje radnog preopterećenja/podopterećenja
- razvoj vještina suočavanja s visokim pritiskom zbog rokova.

Gornje točke dio su pristupa razvijanja vještina i optimalizacije radnih procesa u svrhu dobivanja maksimalnog učinka uz minimalne štete.

9. radni raspored kroz:

- uvođenje primjerenih oblika smjenskog rada
- uvođenje fleksibilnog radnog rasporeda
- povećanje predvidljivosti radnog vremena
- pravilnu organizaciju pauza i odmora tijekom rada.

Konstruktivno-istraživačke komponente organizacijskog psihologa mogu utjecati na odluke o optimalnoj organizaciji radnog vremena iz vizure radnika.

Uspostavljanje ravnoteže između poslovnog i privatnog života

Sustav motivacije zaposlenih uz materijalne kompenzacije mora obuhvaćati i one nematerijalnog karaktera jer mu je cilj zadovoljenje raznolikih ljudskih potreba (Bahtijarević-Šiber, 1999.). Što više potreba zadovoljava to je instrumentalniji za ostvarenje organizacijskih ciljeva. Budući da potrebe nisu samo materijalne, već i socijalne i psihološke (potrebe rasta i razvitka pojedinca, priznavanje sposobnosti, statusa, suradnje i socijalnih kontakata, sigurnosti, itd.), potrebno je sustav materijalne stimulacije dopuniti mehanizmima koji ukazuju na značenje svakog pojedinca za organizaciju i njegov individualni doprinos. Velik dio svog života radnik provodi na radnom mjestu te je stoga važno uspostavljanje interakcije i ravnoteže između poslovnog i privatnog života. Ne možemo pojedinca smatrati zbrojem zasebnih karakteristika, on je cjelovit i jedino takav funkcionalan. Svjesni toga, naglašavamo važnost razvijanja sljedećih područja:

- **Aktivno promoviranje odgovarajuće socijalne politike u radnom okruženju**
Kroz poticanje povoljnijeg rješavanja stambenih pitanja poput subvencioniranja kamata ili formiranja garancijskog fonda za dobivanje kredita organizacija uvelike pomaže radnicima u njihovom zbrinjavanju. Također, osiguravanje dostupnih mjesta u predškolskim ustanovama i dogovora s gradom u svezi sudjelovanja u djelu troškova, ili pak formiranja vlastitog vrtića unutar poduzeća, radnicima se pruža potpora i pomoć. Postoji još niz ideja putem kojih se može promovirati socijalna politika pa tako navodimo formiranje financijskog fonda za zbrinjavanje starijih radnika u vidu smještaja u dom, pružajući im financijsku i zdravstvenu potporu te podržavanje humanitarnih udruga unutar poduzeća koje financijski pomažu radnicima i njihovim obiteljima u slučaju zdravstvenih poteškoća.

- **Aktivno promoviranje kulturno – sportsko rekreativne aktivnosti**
Osim ulaganja u znanje i resurse potrebne za svoju osnovnu djelatnost važna su kontinuirana ulaganja i u zdrav život svojih djelatnika, njihovih obitelji, umirovljenika i sumješтана kroz pomoć u organizaciji aktivnog korištenja slobodnog vremena kroz sportske i druge društvene i kulturalne aktivnosti od sportsko ribolovnog društva, do sekcije biciklizma, šaha, streljaštva, nogometa, planinarstva, fotografije i drugih. Osnivanjem klubova ili plaćanje članarine u gradskoj knjižnici poduzeće pokazuje socijalnu osjetljivost prema svojim zaposlenicima.
- **Kreiranje poticajnih organizacijskih uvjeta**
Uzimajući u obzir privatne i obiteljske obveze radnika - mogućnost uvođenja fleksibilnog radnog vremena i rada kod kuće mogu podizati zadovoljstvo poslom i kvalitetu rada. Razne studije pokazuju da i poslodavci i zaposlenici uglavnom imaju koristi od uvođenja fleksibilnosti radnog vremena. Zaposlenici su, primjerice, pokazali zadovoljstvo radom, ne planiraju tražiti novi posao, zadovoljni su poslom i boljeg su zdravlja.
- **Osmišljavanje i provođenje aktivnosti usmjerene senzibiliziranju poslodavaca na važnost mentalnog zdravlja i educiranje poslodavca o korisnosti i isplativosti intervencija usmjerenih na sprječavanje negativnog ponašanja na poslu, što uključuje:**
 - dosljedne, stalne i pravovremene reakcije organizacije na eventualnu pojavu negativnog ponašanja na poslu
 - razvijanja primjerenih i učinkovitih algoritama postupaka i radnji na sprječavanju i saniranju konflikata i nasilja na radnom mjestu
 - osvješćivanja zaposlenika o prihvatljivim načinima ponašanja
 - osvješćivanje i educiranje poslodavca o mentalnom zdravlju kao akciji prevencije
 - uvođenja i praćenja provedbe etičkog kodeksa ponašanja.
- **Razvijanje, provođenje, evaluiranje učinkovitosti i unaprjeđivanje psihološke intervencije u slučaju kriznih situacija u organizaciji**
Razgovori, pripreme ili pak, uslijed kritičnih situacija, podrška i upućivanje u načine intervencija usmjereni su jačanju kolektiva za prevladavanje problema ili nošenje s problemima, optimizaciji radnog procesa, podizanju učinkovitosti i stvaranju poticajne klime u organizaciji.
- **Provođenje psihosocijalne pomoći te psihološkog savjetovanja i rehabilitacije za osobe** koje su bile izložene uznemiravanju, zlostavljanju/nasilju ili drugim oblicima negativnog ponašanja na radnom mjestu.

- **Razvijanje stručno utemeljenih postupaka ranog prepoznavanja problema mentalnog zdravlja i algoritma postupanja**
Postupci i intervencije mogu se implementirati putem radionica i edukativnih programa. Time se omogućuje diskretna rana intervencija i što brža i bolja prilagodba radnika zahtjevima posla (u suradnji s liječnicima obiteljske medicine, psihijatrima).
- **Razvijanje postupaka i metoda mjerenja stresa u radu**
Identificiranje radnih uvjeta, socijalnih odnosa i okruženja, osobnosti pojedinaca, radnih zadataka i radne uloge kao izvora stresa u radu mogu se lakše analizirati, pratiti i definirati indikatori pojave radnog stresa.
- **Provođenje savjetovanja u svezi karijere**
Razvoj karijere vrlo je bitan za čovjeka budući da kroz posao postiže kvalitetu života, socijalnu jednakost, poštovanje samog sebe, samokontrolu i naposljetku upravlja osobnom karijerom te mu je stoga nužno pružiti savjetovanje i podršku. Savjetovanje se odnosi na periode od uvođenja u posao pa sve do priprema za umirovljenje. Putem godišnjih razgovora, postavljanjem individualnih i organizacijskih ciljeva, radnike se prati i podržava u njihovom procesu razvoja.

3.4.1.3. Primjeri dobre prakse – prijedlozi mjera

S ciljem pružanja pomoći i ideja o načinima Upravljanja ljudskim resursima koje osigurava produktivnost i održivi razvoj radne snage navodimo primjere postupanja na osnovu iskustva i dobre prakse jednog hrvatskog brodogradilišta.

a. *Resursi odjela ljudskih resursa u brizi za mentalno zdravlje radnika na radnom mjestu*

U odjelu ljudski resursa, posao i radne uloge organizirane su na način da postoji mreža ključnih stručnjaka kojima je zadatak briga za mentalno zdravlje radnika na radnom mjestu. Stručni tim sačinjavaju suradnici za zdravstvo, socijalni radnici i psiholozi ojačani dobrom suradnjom sa Službom zaštite na radu te specijalistima medicine rada.

b. *Prije svega pravi čovjek*

Korisno bi bilo da svaki kandidat koji se zapošljava prolazi selekcijski intervju (Cooper i Robertson, 2007.)

Na osnovi odgovarajućeg iskustva i obrazovanja kandidati se upućuju na liječničku i psihološku obradu s ciljem odabira najadekvatnijeg radnika za traženo radno mjesto. Početna obrada služi kao temelj prevenciji i praćenju mentalnog zdravlja radnika na radnom mjestu.

c. *Seminari za radnike i ovlaštenike poslodavca*

Svi radnici organizacije, osim što su obvezni proći obuku zakonski predviđenih

tečajeva zaštite na radu i zaštite od požara, prolaze i uvodno informativne seminare za novoprimitljene radnike. Prilikom seminara radnici se upoznaju sa svojim pravima i obvezama, kao i obvezama poslodavca prema radniku. U svrhu prevencije, praćenja radnika i podizanja kvalitete rada ciklički se organiziraju edukacije namijenjene poslovođama i rukovoditeljima, a s ciljem informiranja te pozivanja na suradnju s odjelom ljudskih resursa.

d. *Uvođenje novih radnika u posao*

Nerealno je vjerovati da će svi novi zaposlenici imati vještine i sposobnosti potrebne da odmah obavljaju zadaće na određenom nivou (<http://ohioline.osu.edu/hrm-fact/0003.html>). Tako su na primjer školovanom brodomonteru dobro došla znanja i iskustava majstora koji će biti odgovoran za uvođenje u posao novoprimitljenog radnika. Dobro planiranje i provođenje orijentacije i obuke stoji vremena i truda i zaposlenika i poslodavca, ali dalekosežne koristi rezultiraju u pozitivnim, produktivnim i motiviranim pojedincima. Stoga, uloga poslodavca ili osobe koja će obučavati postaje uloga učitelja u procesu uvođenja u posao. Bitno je odrediti mentore – instruktore educirane andragoško-pedagoško-psihološkim znanjima. Uvođenjem u posao daju se zaposlenicima potrebne tehničke i profesionalne vještine te im se pokazuje da ulažemo u njih i da smo za njih zainteresirani.

e. *Stalna skrb o fizičkom i mentalnom zdravlju radnika na radnom mjestu*

Dobro uspostavljena mreža suradnje specijalista medicine rada, ljudskih resursa, službe zaštite na radu i radne sredine omogućuju radniku konstantnu podršku i praćenje. Od zakonski predviđenih periodičnih pregleda medicine rada i psihologa do izvanrednih pregleda i potreba, radnik je praćen s ciljem održavanja funkcionalnosti i sposobnosti za rad. Raspon intervencija trebao bi se kretati od sukoba u radnoj sredini do fizičkih ograničenja i ozljeda pa sve do smanjene funkcionalnosti zbog različitih duševnih poremećaja ili ovisnosti. Naglasak je potrebno staviti na suradnju i senzibilizaciju tematike.

f. *Intervencije u rehabilitaciji*

Ukoliko dođe do smanjenja ili ograničenja radne sposobnosti radnika, na organizaciji je da proučava, nalazi i nudi najprikladnija rješenja kako bi radnik iskoristio preostalu radnu sposobnost. Kao primjer, navodimo intervenciju za skupinu mlađih radnika iz proizvodnje, koji su fizički ograničeni u obavljanju svojih poslova radi ozljeda na radu ili drugog. U njihovom je slučaju oformljen interni tečaj za osposobljavanje za radno mjesto konstruktora kako bi njihove intelektualne sposobnosti i znanja mogli biti iskorišteni u drugim područjima u kojima ne postoji opasnost narušavanja mentalnog i fizičkog zdravlja.

g. *Praćenje karijere radnika i razvoj kompetentnosti*

Razvoj osobe kao cjeline bitan je aspekt moderne organizacijske brige i odgovornosti. Razvoj ocjenjivanja, planiranja i nagrađivanja, ugrađenih u djelotvoran sustav

unutar organizacije, ključni su za razvoj pojedinca i organizacije, kojoj to predstavlja dodatnu vrijednost na tržištu rada. Jasna je stoga potreba za sustavom koji omogućuje zaposlenicima i organizaciji usklađivanje osobnih i organizacijskih ciljeva. Uvođenjem sustava omogućava se kadrovima da uz pomoć stručnjaka iz ljudskih resursa i rukovoditelja – mentora, aktiviraju edukativne i profesionalne kompetencije iz kojih će izgrađivati profesionalnu karijeru u organizaciji. Na taj se način motivira radnike na preuzimanje inicijative i odgovornosti za osobni razvoj i profesionalnu karijeru te im pomaže u procesu spoznavanja sebe, svojih mogućnosti i aspiracija te određivanja godišnjih osobnih i profesionalnih ciljeva koje će dostizati tijekom rada. Time se i određuju individualne potrebe za usavršavanjem koje su bitne pri analizi i planiranju obrazovnih aktivnosti. Putem procjena i godišnjih razgovora između rukovoditelja i radnika te ljudskih resursa razvija se proces uspostavljanja bolje komunikacije između rukovoditelja i radnika te osnažuje sustav upravljanja ljudskim resursima.

Literatura:

1. Bahtijarević-Šiber, F. (1999.): Management ljudskih potencijala, Golden Marketing, Zagreb
2. Bogdanović, M. (2003.): Dijagnosticiranje organizacijske klime, EKONOMSKI PREGLED, 54 (9-10), 829-856
3. Cooper, D. i Robertson, I. T. (2007.): Psihologija odabira zaposlenika, Naklada Slap, Jastrebarsko
4. Kostelić – Martić, A. (2005.): Mobing: psihičko maltretiranje na radnome mjestu (kako prepoznati mobing, kako se obraniti i kako ga spriječiti), Školska knjiga
5. <http://ohioline.osu.edu/hrm-fact/0003.html>
6. Šarić, M., Ribić, Z., Čengić, Z., Sertić, Z. (1984.): Radna sposobnost – Poslovi s posebnim uvjetima rada; Opća i posebna zdravstvena sposobnost, Priručnik, Zagreb: Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada i Viša tehnička škola za sigurnost pri radu
7. Božičević, V., Brlas, S. i Guljin, M. (ur.) (2011.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica
8. Zakon o radu (NN 149/09.)

3.4.2. Afirmiranje partnerskog odnosa i rješavanje sukoba poslodavaca i zaposlenika

3.4.2.1. Komunikacija i stres na radnom mjestu

Komunikacija kao proces prijenosa informacija, stavova, razmišljanja i ideja je jedna od najosnovnijih poslovnih ili organizacijskih funkcija i ključna poveznica organizacijskih dijelova, bez obzira na njihovu veličinu. U kontekstu mentalnog zdravlja na radnom mjestu, treba voditi računa o raznim komunikacijskim odnosima u organizaciji – od odnosa radnika/zaposlenika i rukovodstva, preko korištenja kvalitetne komunikacije za jačanja radne motivacije do povećanja učinkovitosti ili produktivnosti. Nedostatak kvalitetne komunikacije, manjak komunikacije i loše komuniciranje navode se kao negativni stresori na radnom mjestu, što u učestalom obliku dovodi do poremećaja mentalnog zdravlja. Ovdje još spadaju i loši međuljudski odnosi, sukoboljubljanje, diskriminacija, društveno isključivanje, uznemiravanje i mobbing.

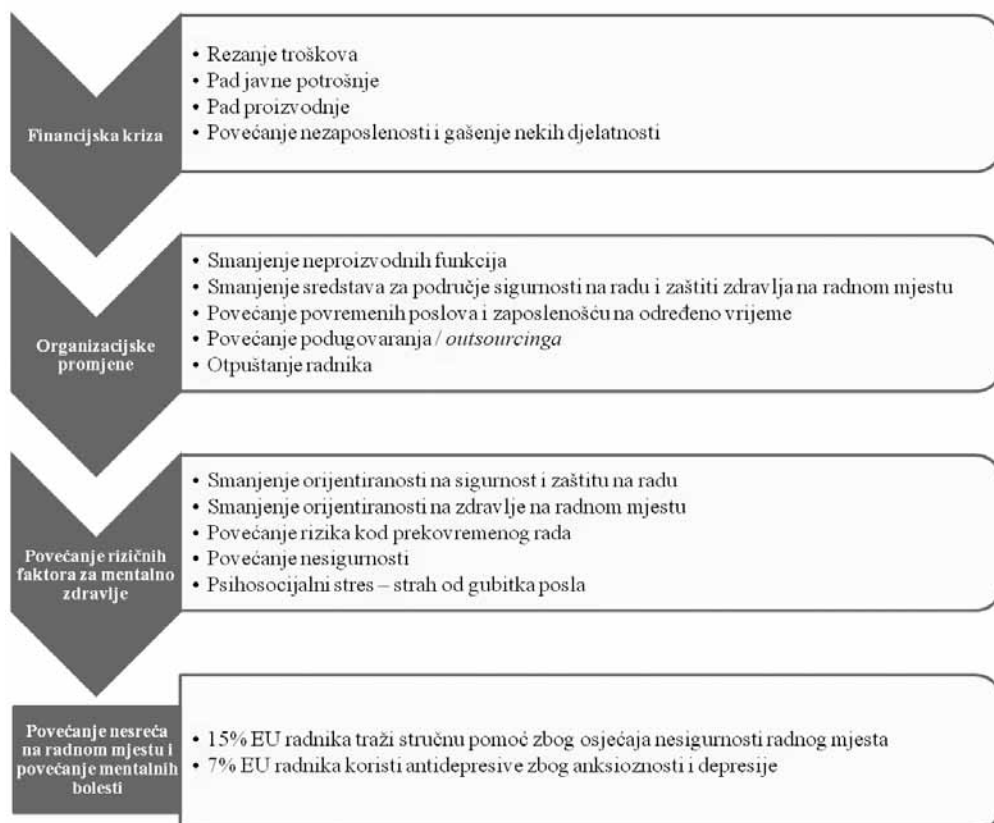
Usljed loših komunikacijskih odnosa u organizaciji dolazi do pojave stresa. Stres na radnom mjestu obuhvaća svakog u radnom procesu – i poslodavce, i radnike, i menadžere, kao i poduzetnike, supervizore, savjetnike itd. Stres na radom mjestu prirodna je reakcija na intenzivni pritisak koji se javlja u određenom vremenskom periodu. Trošak koji nastaje zbog posljedica stresa kreće se primjerice u Europskoj uniji na razini između 2,6-3,8% BDP-a, a stres je uzrok 50-60% izgubljenih radnih dana.

Međunarodna organizacija rada upozorava na povećanje mentalnih bolesti kao posljedica stresa na radnom mjestu i ova je pojava uočena ne samo u Europskoj uniji, već i u ostalim dijelovima svijeta. Kao najčešći razlozi spominju se pretrpanost informacijama i loša komunikacija; povećanje obima posla i skraćenje vremenskog roka za njegovu realizaciju; visoki zahtjevi koji se odnose na mobilnost i fleksibilnost; zahtjev za konstantnom dostupnošću uz korištenje suvremene mobilne tehnologije; te zabrinutost oko zadržavanja ili gubitka posla gdje je upravo ovaj čimbenik u vrijeme gospodarske krize naročito izražen (EC, 2008.). Prema posljednjem istraživanju Eurobarometra iz 2010. godine, čak 25% radnika u Europskoj uniji osjeća strah zbog gubitka posla, a jasno je da se s nesigurnošću svjetskih gospodarstava taj strah povećava (EC, 2010.).

Moguće rješenje ili barem ublažavanje ovog problema svakako leži u kvalitetnoj međusobnoj komunikaciji svih sudionika radnog procesa: uska suradnja menadžmenta i radnika bitna je za pronalazak rješenja za sigurno i zdravo radno mjesto. Uključivanje radnika, predstavnika radnika i sindikata kod donošenja ključnih odluka ključno je za prevenciju stresa na radnom mjestu, pogotovo u vremenima svjetske gospodarske

krize koja ima značajan utjecaj na pojavu stresa na radnom mjestu. Financijska kriza manifestira se u rezanju troškova, padu javne potrošnje, padu proizvodnje, povećanju nezaposlenosti i gašenju nekih djelatnosti, što vodi do organizacijskih promjena koje se ogledaju u smanjenju 'neproizvodnih' funkcija, smanjenju sredstava za područje sigurnosti i zaštiti zdravlja na radnom mjestu, te u povećanju povremenih poslova i zaposlenošću 'na određeno vrijeme', povećanju podugovaranja, odnosno 'outsourcinga', te otpuštanju radnika, a sve to povećava rizične čimbenike za mentalno zdravlje smanjujući orijentiranost na sigurnost i zaštitu na radu, zdravlje na radnom mjestu, povećava rizike kod prekovremenog rada, povećava nesigurnost, kao i psihosocijalni stres odnosno strah od gubitka posla (Baumann, 2010.). Posljedica je povećanje nezgoda na radnom mjestu, kao i već spomenuto povećanje mentalnih bolesti kao posljedica stresa na radnom mjestu – već spomenuti Eurobarometar navodi kako je 15% radnika Europske unije zbog osjećaja nesigurnog radnog mjesta zatražilo stručnu pomoć, a 7% ih koristi antidepresive zbog anksioznosti i depresije (Slika 1.).

Slika 1. Utjecaj financijske krize na mentalno zdravlje



3.4.2.2. Sukob na radnom mjestu

Sukob je neizbježan dio brojnih životnih segmenata pa je tako prisutan i na radnom mjestu.

Sukob na radnom mjestu, odnosno organizacijski sukob je nesuglasje koje se javlja kada su ciljevi, interesi ili vrijednosti različitih pojedinaca ili skupina nekompatibilni i kada ti pojedinci blokiraju jedni drugima napore za postizanje ciljeva. S obzirom na široki spektar ciljeva različitih interesenata u organizaciji, sukob postaje neizbježan element radnog okruženja.

Uzroke sukoba pronalazimo u lošem rukovođenju, neadekvatnom linijskom menadžmentu te slabim upravljanjem procesima, a također i u sukobu koji proizlazi iz razlika u osobnosti pojedinaca (CIPD, 2008.).

Suvremeni pristup sukobu na radnom mjestu vidi sukob kao priliku, odnosno šansu i tada govorimo o funkcionalnom sukobu koji pridonosi ostvarivanju ciljeva skupine ili organizacije – ovakvu vrstu sukoba treba njegovati, za razliku od disfunkcionalnog sukoba koji sprječava organizaciju u ostvarenju ciljeva.

Danas se organizacijskim sukobima pristupa kroz interakcijsku perspektivu koja sukob ne samo da prihvaća, već i opravdava njegovo kontrolirano i umjereno stimuliranje u uvjetima stagnacije poduzeća i nedostatka kreativnih idejnih rješenja, što znači da je optimalna razina sukoba ipak potrebna određenoj organizaciji jer izostanak sukoba može upućivati na to da uprava naglašava konformizam i guši inovacije (Bahtijarević-Šiber, 1993.; Robbins, 1993.). Interakcijski teoretičari smatraju da rijetka pojava sukoba poduzeće vodi u stagnaciju, skupna razmišljanja i skupne stavove te zanemarivanje potrebnih organizacijskih promjena, dok će umjerena količina konstruktivnih konflikata povećati inventivnost, kreativnost, a potom i konkurentnost poduzeća. Ova suvremena perspektiva ukazuje na moguće funkcionalno, pozitivno djelovanje konflikata koji kao takvi poboljšavaju sveukupan organizacijski potencijal (Gordon, 1998.; Greenberg, 1996.).

Upravljanje sukobom uključuje sve elemente koji mogu pridonijeti rješavanju ili sprječavanju sukoba u što spadaju disciplina, poboljšanje komunikacije i uzimanje u obzir životnih faza uključenih strana. Rezultati disfunkcionalnih sukoba na radnom mjestu očituju se u smanjenju zadovoljstva poslom koji rezultira napuštanjem radnog mjesta, izostajanjem s radnog mjesta, zdravstvenim problemima, i u konačnici lošim poslovnim rezultatima.

U literaturi nalazimo pet stilova razrješavanja sukoba:

- (1) Forsirajući – uključuje rješavanje sukoba na način da se zadovolje potrebe jedne na štetu druge strane

- (2) Suradnički – nagrađuje sukob tražeći prikladno rješenje za sve strane
- (3) Kompromisni – uključuje rješavanje sukoba tako da se svaka od strana u sukobu odrekne dijela vrijednosti
- (4) Izbjegavajući – uključuje rješavanje sukoba povlačenjem iz sukoba ili ih suzbijajući
- (5) Prilagođavajući – uključuje rješavanje sukoba stavljanjem tuđih potreba iznad svojih.

Među najuspješnije strategije rješavanja sukoba na radom mjestu spadaju rasprava o problemu i uzrocima sukoba, otvorena komunikacija, postizanje kompromisa između dviju strana u sukobu, ili postizanje koncenzusa te rotiranje/izmjena odgovornosti. Manje uspješne strategije uključuju izbjegavanje, odnosno ignoriranje postojanja problema.

Suvremeni pristup rješavanja sukoba usmjeren je ka iskorištavanju pozitivnih učinaka sukoba, a tu spadaju smanjenje emocionalnih sukoba, održavanje umjerene razine kognitivnih sukoba u području rješavanja poslovnih zadaća koje nemaju rutinski karakter, te osposobljavanje zaposlenih za primjenu i prilagodbu različitim načinima upravljanja sukobima u različitim situacijama. U procesu upravljanja konfliktima važno je i oblikovanje sudjelovanja organizacije unutar koje će zaposleni biti spremni za primjenu novih saznanja koja će omogućiti prihvaćanje novih načina razmišljanja, ponašanja i rješavanja problema.

3.4.2.3. Prema zdravom radnom mjestu

Zdravo radno mjesto je radno mjesto na kojem radnici i menadžment surađuju na konstantnom poboljšanju radnog procesa kako bi zaštitili i promovirali zdravlje, sigurnost i dobrobit svih sudionika radnog procesa te održivost radnog mjesta vodeći se pritom sljedećim pretpostavkama: (1) zdravlje i sigurnost povezani su s fizičkim okruženjem radnog mjesta; (2) zdravlje, sigurnost i dobrobit povezani su s psihosocijalnim radnim okruženjem u što spadaju organizacija posla i organizacijska kultura; (3) izražena je potreba za zdravstvenim resursima pojedinca na određenom radnom mjestu; (4) djelovanje zajednice je usmjereno unaprjeđenju zdravlja radnika, njihovih obitelji i drugih članova društva.

Kako bi se ostvario cilj zdravog radnog mjesta, prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, potrebno se usmjeriti na četiri područja: fizičko okruženje radnog mjesta; psihosocijalno okruženje radnog mjesta; zdravstvene resurse pojedinca na radnom mjestu; te na uključenje gospodarstva u ovu tematiku (WHO, 2010.).

Za psihologe uključene u proces kreiranja zdravih radnih mjesta bitno je upravo psihosocijalno radno okruženje koje uključuje organizacijsku kulturu, stavove, vrijednosti i vjerovanja kao i svakodnevno ponašanje na radnom mjestu koje utječe na mentalno zdravlje i dobrobit svih zaposlenih. Dobro je spomenuti kako prema ranije spomenutom istraživanju Eurobarometra 20% radnika Europske unije ne osjeća poštovanje na radnom mjestu i ne dobiva zaslužen priznanje za svoj rad.

Primjeri uzročnika, odnosno stresora na radnom mjestu su sljedeći:

- *loša organizacija rada*: problemi sa zahtjevima posla, vremenski pritisak, zemljopisna 'raspršenost' organizacije i razine odlučivanja, loš sustav nagrađivanja i plaća, nedostatak podrške nadređenih, nejasno definiran posao, loša komunikacija
- *organizacijska kultura* u kojoj nedostaju politika i procesi vezani uz dignitet i poštivanje svih zaposlenika, u kojoj su prisutni šikaniranje i mobbing, diskriminacija po bilo kojoj osnovi, stigmatizacija i netolerancija prema nacionalnoj ili nekoj drugoj različitosti, i generalno – gdje se ne podržava zdravi stil života
- *loša linija odlučivanja* i stil rukvođenja u kojem nema konzultiranja, dovoljno komunikacije, konstruktivnih povratnih informacija i gdje menadžment nema podršku
- *nedostatak podrške u ravnoteži privatnog i poslovnog života*
- *strah od gubitka posla* kao posljedica spajanja, preuzimanja ili restrukturiranja tvrtki ili kao posljedica situacije na tržištu, što se posebno posljednjih nekoliko godina očituje u svjetskom gospodarstvu.

Djelovanje na psihosocijalno radno okruženje uključuje:

- *uklanjanje ili modificiranje izvora stresa*: smanjenje prekovremenog rada, premještaje poslovođa i educiranje o komunikaciji i stilovima rukvođenja, uspostavljanje nulte tolerancije na uznemiravanje na radnom mjestu
- *zaštitu radnika* podizanjem svijesti radnika o potrebi sprječavanja sukoba na radnom mjestu i uznemirujućih situacija
- *povećanje utjecaja radnika u odlučivanju* – stvaranje demokratične radne sredine: dopustiti stvaranje ravnoteže između privatnog i poslovnog života, omogućiti podršku kolega i nadređenih, omogućiti fleksibilnost radnog vremena, omogućiti pravovremenu, otvorenu i iskrenu komunikaciju.

Zdravo radno mjesto uključuje vodstvo usmjereno na temeljnim ljudskim vrijednostima; uključuje radnike i njihove predstavnike u proces planiranja i evaluacije (radnici moraju biti aktivno uključeni u procese odlučivanja kroz uvažavanje njihovih mišljenja i ideja – od samog procesa 'slušanja' do primjene); analiziranje rascjepa između stvarne i željene situacije u radnom procesu; učenje od drugih (akademska zajednica, sindikati, nevladin sektor); održivost; važnost integracije svih elemenata / dijelova određene organizacije, bez obzira na veličinu.

3.4.2.4. Afirmacija parterskog odnosa poslodavaca i zaposlenika i doprinos psihologom procesu

Uvidom u brojnu literaturu iz područja organizacijske psihologije i psihologije rada možemo zaključiti da se najveći doprinos psihologa može očekivati u analizi i preoblikovanju posla vodeći se njegovom složenosti, zahtjevima, povratnim informacijama i potrebama radnika, kao i stvaranju mogućnosti za razvoj suradnje i timskog rada.

Osim toga, od psihologa se može očekivati i utjecaj na top menadžment koji bi trebao biti funkcionalan, transparentan, otvoren, komunikativan i operativno učinkovit – u takvim situacijama gdje menadžment prepoznaje značaj ljudskog čimbenika u uspješnosti organizacije, može se očekivati da će od psihologa tražiti ulaganje napora u stvaranje zdravog radnog mjesta. Prostor koji se otvara za djelovanje psihologa je i sudjelovanje u stvaranju demokracije na radnom mjestu kao i stvaranje uvjeta za sudjelovanje zaposlenih u kreiranju organizacijske strategije te sudjelovanje u kreiranju organizacijske kulture koja će promovirati zdravo radno mjesto (EFPA, 2011.).

Uloga psihologa u kreiranju zdravog radnog mjesta može obuhvatiti praćenje mentalnog zdravlja zaposlenika na radnom mjestu, praćenje uvjeta rada i identificiranje rizičnih čimbenika za mentalno zdravlje na radnom mjestu, planiranje i sudjelovanje u intervencijama usmjerenim upravljanju izvorima stresa i jačanju otpornosti zaposlenika na stres; jačanju kompetencija rukovoditelja za upravljanje stresom u organizaciji te savjetovanje menadžmenta o temama bitnim za psihosocijalne aspekte zdravog radnog mjesta.

Psiholozi naglašavaju probleme koji se događaju u komunikacijskom procesu i pozornost usmjeravaju na identifikaciju prepreka za uspješnu komunikaciju, posebno onih koji se odnose na međuljudske odnose. Međuljudski odnosi predstavljaju izvor različitih otpora, sukoba, nesporazuma, nametanja osobnih interesa i interesa formalnih i neformalnih skupina, što u određenim situacijama dovodi do različitih sukoba.

Upravo stoga je prevencija, odnosno važnost prepoznavanja mogućih sukoba najučinkovitiji način smanjenja učestalosti sukoba. Afirmacija partnerskih odnosa nadređenih i podređenih jedan je od elementa uspješnosti organizacije. Ona se može ostvariti kroz rano prepoznavanje potencijalnih sukoba, više neformalnih individualnih kontakata sudionika radnog procesa, redovite (svakodnevne) konzultacije sudionika poslovnog procesa o predstojećim aktivnostima, jasno izražavanje očekivanja, jasno određivanje odgovornosti, konzistentno uzorno ponašanje u skladu sa zahtjevima posla, osiguravanje savjetovanja za zaposlenike pod stresom i medijacijom kada se sukob razvije.

Literatura:

1. Bahtijarević-Šiber, F. (1993.): Zadaci menadžera u upravljanju konfliktima u poduzećima, Računovodstvo i financije, br. 5, Zagreb
2. Baumann, A., ur. (2010.): Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times, WHO
3. Gordon, J. R. (1998.): Organizational Behavior – a diagnostic approach, Prentice Hall, Inc., New Jersey
4. Greenberg, J. (1996.): Managing behavior in Organizations, Second edition, Prentice-Hall Inc., 1996., U.S.A.
5. 'Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners', WHO, 2010.
6. 'Leadership and the management of conflict at work – Survey report', Chartered Institute of Personnel and Development, London, 2008.
7. 'Mental health and wellbeing at the workplace – What psychology tells us', EFPA Position Statement, 2011.
8. 'Mental Health In Workplace Settings – Consensus Paper', European Commission, 2008.
9. 'Mental Health' – Special Eurobarometar 345, European Commission, 2010.
10. Robbins, S. P. (1993.): Bitni elementi organizacijskog ponašanja, III. izdanje, MATE, Zagreb

3.4.3. **Obrazovanje koje priprema za rad**

Saniranje dugoročnih posljedica Domovinskog rata, ublažavanje ekonomske krize, razvijanje suradnje u regiji, razvijanje zdravog kritičkog stava prema svemu što donosi kapitalizam i demokracija, nalaženje svog mjesta u Europi... - to su neki od izazova s kojima će se generacije koje sada obrazujemo suočavati u svom radnom vijeku. Nema paradigme koju im možemo prenijeti kao recept za siguran uspjeh, kao što nema ni recepta za rješavanje problema gladi u svijetu, globalnog zatopljenja ili terorizma. U mnogim od tih situacija se ne mogu osloniti na iskustvo prijašnjih generacija, već trebaju naći svoj put pri čemu će vrlo vjerojatno djelovati na načine koje mi nismo ni predvidjeli.

Naslov ovog poglavlja je Obrazovanje koje priprema za rad, što je zapravo pleonazam jer je jedan od glavnih ciljeva obrazovanja priprema za život i rad. Međutim, u ovom smo tekstu željeli objediniti načine na koje psiholozi koji rade u obrazovanju mogu unaprjeđivati kvalitetu te *pripreme*, tako da učenici iz škole ponesu sa sobom ono što će im uistinu biti korisno u svijetu rada. Iako ne znamo za kakav točno svijet svoje učenike pripremamo, vjerujemo da im, opremajući ih nekim temeljnim vrijednostima i kompetencijama kako to predviđa Nacionalni okvirni kurikulum, možemo dati najbolje što u ovom trenutku znamo.

U nastavku teksta slijede smjernice za rad psihologa u obrazovanju koje su grupirane u tri domene rada, i od kojih je svaka podskupina detaljnije pojašnjena, uz prijedloge aktivnosti i neke praktične naputke iz iskustva autora. Glavna ideja koja se provlači kroz način pristupanja radu u ovoj domeni jest da pozivamo kolege na domišljatost i hrabrost u oblikovanju svog pristupa ovoj problematici, uz human i suosjećajan odnos prema svim ljudima koje u svom radu susreću, od učenika i roditelja do nastavnika. Naime, postoji domena rada u kojoj smo kao psiholozi vrlo dobri i koje je opisom posla najčešće definirano kako naše područje *par excellence*. Tu ponajprije mislimo na primjenu psihometrijskih instrumenata, te davanje mišljenja i procjena, što su vrlo vrijedni i važni doprinosi psihologa. Međutim, ostanemo li na onome što znamo, propuštamo priliku da u većoj mjeri pomognemo učenicima. Iskustvo pokazuje da je ponekad potrebno pokušati nešto što nije standardna obrazovna ili psihološka praksa kako bi se došlo do produktivnijeg rješenja, pa nam je stoga želja da si, uz sve ono vrijedno što znamo kao psiholozi (i ono što ovdje piše), dopustimo još učenja kroz pokušaje i pogriješke, improvizaciju i domišljanje na temelju osobnoga iskustva sa svojim učenicima, na svojoj školi, u specifičnim socijalnim uvjetima u kojima radimo i u vremenu akceleriranih promjena koje nas vrlo napadno stimuliraju na stalno osvježavanje svog pristupa.

3.4.3.1. Poticanje interesa učenika za svijet rada i promicanje radnih vrijednosti u praksi škole, od osnovne škole pa dalje tijekom obrazovanja

Kako su obrazovne ustanove prve radne organizacije koje učenici imaju priliku dobro upoznati „iznutra“, značajan dio onoga što će naučiti i ponijeti sa sobom u život odnosi se ne samo na ono što se radi, nego *kako* se radi. Pedagoškim rječnikom možemo reći da je važan *skriveni kurikulum* – kakva je radna atmosfera u školi, znaju li se pravila i držimo li ih se, dolaze li nastavnici na vrijeme na nastavu, rade li motivirano i savjesno, kakva je klima među zaposlenicima, kakva je klima među učenicima, kakva je kvaliteta odnosa između nastavnika i učenika. Škola je pogotovo specifična domena rada jer je velik dio rada, odnosno pola radnog vremena koje se odnosi na pripreme za nastavu, rad s roditeljima i slične poslove, prepušteno osobnoj odgovornosti i savjesti nastavnika, pa je kod učenika i roditelja česta percepcija (opravdana ili ne) da se u školi malo ili nevoljko radi. Ako je jedan od ciljeva obrazovanja promicanje radnih vrijednosti, potrebno je da zaposlenici škole u očima svojih klijenata imaju *kredibilitet za prenošenje tih vrijednosti*.

Psiholozi koji rade u obrazovnim ustanovama imaju priliku promicati radne vrijednosti u školskoj praksi te time poticati interes učenika i pripremati ih za svijet rada kroz:

(1) unaprjeđivanje radne atmosfere u školi

Kad govorimo o aktivnostima kroz koje unaprjeđujemo radnu atmosferu u školi, obično mislimo na *radionice* usmjerene na povećanje motivacije i zadovoljstva poslom kod nastavnika, promoviranje kvalitetnog rada nastavnika i učenika, gradnju povjerenja i unaprjeđivanje suradnje među zaposlenicima, razvoj relacijskih kompetencija i sl. Međutim, i svi drugi „*standardni*“ poslovi psihologa poput pružanja individualne podrške nastavnicima, medijacije u sukobima, informiranja nastavnika o relevantnim temama, rada s učenicima, itd., pridonose boljoj radnoj atmosferi u školi i kad im to nije prvi cilj, i time stvaraju preduvjet za prenošenje radnih vrijednosti učenicima. Iskustvo u radu s profesorima kod kojih je potrebno unaprijediti način rada pokazuje da ponekad naša „*dijagnostička sklonost*“ može biti problem i djelovati kao prepreka uspostavljanju dobrog odnosa s kolegom koji traži poticaj za profesionalni rast i razvoj. Ukratko, produktivnije je razmišljati o tome što je nastavniku koji je relativno neuspješan potrebno da bude uspješniji i što mu od toga mi možemo dati, nego na način „*što kolega radi loše, gdje griješi u svom radu*“. (Specifičnosti relacijskih kompetencija unutar obrazovnog sustava su odlično opisane u široko dostupnoj literaturi autora koji se bave tom tematikom, poput dolje navedenih Williama Glassera, Jespera Juula i drugih)

(2) posredovanje između nastavnika i ravnatelja

Vrlo često školski psiholozi imaju više kontakta i s ravnateljem i s nastavnicima nego što oni imaju međusobno, odnosno često predstavljamo sponu između „radnika“ i „šefa“. Tako se ponekad možemo naći u prilici kad je neku odluku „odozgo“ potrebno objasniti i približiti zainteresiranom ili zbunjenom nastavniku i pomoći mu da nađe način da radi u skladu s tom odlukom, ali i s onim što mu je osobno prihvatljivo i izvedivo. Isto tako, može se javiti potreba da neke povratne informacije od nastavnika i zapažanja o njihovim potrebama prosljedimo „uzlazno“ ili barem ohrabrimo nastavnike da to učine sami. Kao prijedlog za način rada u takvim situacijama bismo iznijeli gledište koje je suprotno od pretjeranog ograđivanja (npr. zahtijevanje da, ako postoje neke nedoumice između nastavnika i uprave škole, oni to moraju izravno sami riješiti). Ovakav stav je vrlo čest u školskoj praksi i svodi se na to da, vjerojatno iz straha od pogreške, svaki zaposlenik radi samo ono što ga se usko tiče. Nastavniku koji traži pomoć se tada događa da ga šalju od vrata do vrata i zapravo mu nitko ne izlazi u susret. Mi vidimo ulogu školskog psihologa kao takvu da *otvara kanale za komunikaciju i stvara „prostor“ za suradnju*, a osim toga uvažava *različite načine na koje pojedinci traže pomoć*. Ako je netko došao do psihologa sa svojim problemom, to je učinio s razlogom. Naravno, u praksi je potrebno voditi računa o tome da nekim nastavnicima (kao i nekim ravnateljima) odgovara da psiholog usko surađuje s ravnateljem (i vide ga kao legitimni put do ravnatelja, ako im je teško komunicirati s njim izravno), dok nekima smeta kad se miješaju poslovi podrške i savjetovanja s poslovima upravljanja školom (i u tom slučaju vide psihologa kao da nije „jedan od njih“, nego s druge strane). Treba uzeti u obzir i činjenicu da ne pomažemo ni nastavnicima ni sebi ako oni na neki način postanu ovisni o psihologu, oslanjajući se na nas kad god treba nešto provjeriti, obaviti ili reći.

Kako se radna atmosfera učenika često može usporediti s radnom atmosferom u zbornici, tako i vodstvo koje razvijaju nastavnici prema učenicima, vrlo često ovisi o tipu vodstva ravnatelja škole. U praksi su česti pokušaji da se metodama pritiska i postavljanja uvjeta pokušava „motivirati“ nastavnike na savjesniji rad i bolji odnos s učenicima, što obično završava neuspjehom ili samo prividnim uspjehom. Stoga se u literaturi može naći preporuka da je za radnu atmosferu vrlo važno da se uprava škole odnosi prema zaposlenicima kao što želimo da se oni odnose prema učenicima (Juul i Jensen, 2010.).

(3) skrb o sadašnjim potrebama i interesima učenika

Kako bi ciljevi obrazovanja koji su usmjereni na budućnost učenika (npr. pripremiti ih za svijet rada, razvijati kompetencije potrebne u životu, i specifičnije, uspješno savladati gradivo do kraja školske godine, položiti državnu maturu, upisati željeni fakultet) bili ostvarivi, potrebno je skrbiti i o sadašnjim potrebama i interesima učenika, odnosno o kvaliteti njihova školskog života. Ako u tome ne uspijemo i učenici se ne povežu sa školom, i ne dožive ju kao mjesto gdje su važni, oni neće biti motivirani za sve ono ostalo dobro što im škola želi ponuditi (Glasser, 2005.). Kako bi se način rada u školi mogao organizirati tako da ne bude u konfliktu s psihološkim potrebama (npr. za druženjem, opuštenom atmosferom, za važnošću itd.) ili tako da barem bude u boljoj ravnoteži s njima, potrebno je prikupiti *informacije o tome što učenicima uistinu treba*.

Aktivnosti primjerene za ispunjavanje ovoga cilja mogu uključivati provođenje inicijalnog *upitnika interesa i motivacije* za školu kako bismo bolje upoznali novoupisane učenike (u srednjoj školi), aktivno traženje povratne informacije što učenicima nedostaje u školi kako bi se dobro osjećali kroz *posjete satu razrednog odjela*, i uvažavanje svih informacija koje *učenici spontano iznose* u individualnim razgovorima kod psihologa. Pritom i sasvim „obični“ projekti poput uvođenja tuširanja nakon nastave tjelesnog odgoja i vođenje brige da se to odvija na način da se ne ugrožava dostojanstvo učenika predstavljaju nešto u što se psiholog može aktivno uključiti. U nekim će se školama većina tako organiziranih aktivnosti odnositi na osnovne potrebe, poput higijene, razmjena knjiga ili odjeće i sl., dok će u drugim školama te potrebe biti adekvatno zadovoljene kod većine učenika pa će oni tražiti intervencije usmjerene na nešto drugo. Pritom je produktivno ako osoba koja radi na mjestu psihologa osjeća određenu slobodu u radu te mu može pristupiti kreativno jer je malo toga što je dobro za učenike, a da se u to, ako ima vremena i volje, ne može uključiti, ili barem podržati, i njihov psiholog.

Osim mogućnosti djelovanja na tri navedena načina usmjerena stvaranju preduvjeta za kvalitetno obrazovanje u užem smislu (dakle poučavanje i usvajanje znanja), psiholozi mogu pridonositi ***unaprijeđivanju prenošenja i stjecanja znanja*** i:

(4) poticanjem intrinzične motivacije učenika, prepoznavanjem talenta i osiguravanjem podrške mentorskom radu

Kad razmišljamo o učenicima na kojima je školski sustav podbacio (ili prema drugom gledištu, koji se „nisu uklopili“), tada smo najčešće usmjereni na učenike koji dožive školski neuspjeh (u smislu negativnih ocjena ili ponavljanja razreda). No, ima razloga vjerovati da se i obrazovanje najuspješnijih učenika može značajno unaprijediti. Inspirirani otvorenim pismom harvardskom studentu koje je napisao 2004. godine tadašnji dekan tog prestižnog sveučilišta, smatramo potrebnim osvrnuti se na činjenicu da učenici (i studenti) koji su poslušno i brzo („u roku“!) obavili sve zadatke koje im je obrazovni sustav zadao, često ne razvijaju ljubav prema učenju, iskru, radoznalost, žar. Kako je i u našim školama česta pojava da (i) „najbolji“ učenici ne žele učiti ništa izvan onog što je za ocjenu ili se boduje na državnoj maturi ili na prijemnom ispitu, kao važnu domenu rada psihologa u obrazovanju predlažemo *buđenje intrinzične motivacije učenika, prepoznavanje talenta i osiguravanje podrške mentorskom radu*. Konkretno aktivnosti kojima možemo doprinijeti tom cilju se često ne mogu ispuniti jednokratnom radionicom nego dugotrajnim razvijanjem inspirativne školske klime kroz, npr., praksu držanja *motivacijskih govora* za učenike i nastavnike (koje mogu držati ravnatelj škole ili zainteresirani profesori); *isticanje postignuća* učenika i profesora u izvannastavnim aktivnostima na web stranici škole, u školskim novinama, na oglasnim pločama; izlaganje trofeja, nagrada i priznanja učenicima na vidljivim mjestima u školi; kroz *fleksibilnost škole* prema učenicima koji su intenzivno angažirani u radu izvannastave ili u dodatnoj školi (npr. glazbena škola) u smislu dogovora o terminu ispitivanja i slično. Poseban dio je i *individualna podrška* vrlo motiviranim učenicima koja se vrlo često, za razliku od rada sa

svim ostalim učenicima, svodi na „davanje dozvole“ da budu nesavršeni, djeca i ne budu stalno (pre)odgovorni. S druge strane, konkretan doprinos samom radu takvih učenika možemo dati kroz poticanje suradnje s lokalnim *udrugama koje se bave inovacijama* ili poticanjem na *javljanje na projekte inovacija* koje sponzoriraju lokalna poduzeća ili tijela lokalne uprave i samouprave, tijela na državnoj razini ili EU.

Kod rada s vrlo motiviranim ili talentiranim učenicima ponekad se srećemo s uvjerenjem da učenik neće imati priliku dovoljno naučiti ako u razredu ima učenika slabijih sposobnosti (češće tako misle roditelji osnovnoškolaca). Tome možemo doskočiti tako da razvijamo stav da je učenje nešto puno šire od nastavnog gradiva iz udžbenika, a konkretno za učenika osmislimo (u suradnji s nastavnicima) aktivnosti u okviru *individualiziranog pristupa* poput posebnih projekata ili dodjeljivanja važnije uloge u razredu kod učenja. Na primjer, možemo im postaviti uistinu težak zadatak – kako ono što je tebi zanimljivo učiniti važnim tvojim nemotiviranim kolegama? To je vrsta problema s kojim će se vjerojatno susretati u realnom životu i za čije rješavanje treba osim svojih intelektualnih resursa aktivirati i emocionalne kapacitete i socijalne vještine.

U okviru točke o žaru i interesu učenika za učenje možemo predložiti i praćenje onih područja za koja učenici imaju manje interesa (npr. prirodne i tehničke znanosti) i osmišljavanje *programa za poticanje interesa za njih* (npr. Dani znanosti, Dani pokusa, Studije slučaja poznatih znanstvenika).

(5) suradnja između različitih školskih institucija

Još jedna od važnih zadaća obrazovanja, usko vezana uz sam interes za učenje, a u koju može biti uključen i psiholog, je razvijanje interesa za tijek osobnog obrazovanja i njegovo planiranje. Okosnica rada u tom području je razvijanje stava da *je obrazovanje nešto čime pojedinac aktivno upravlja*, a ne neka mreža u koju je prisilno bačen sa šest godina i koja mu je „okupirala cijeli život“, kako to učenici često verbaliziraju, zaključujući pritom da se pojedinac može samo pasivno pustiti da ga sustav nosi kamo god je taj sustav već zamislio da treba ići. U razvijanju pozitivnijeg i aktivnijeg stava prema tijeku osobnog obrazovanja učenicima možemo pomoći *razvijanjem perspektive o mogućnostima koje im stoje na raspolaganju*. Tako psiholog može sudjelovati u organizaciji posjeta predstavnika srednjih škola na SRO završnih razreda osnovnih škola („kampanje za upis u srednje škole“), ili obrnuto, organizirati posjete zainteresiranih kandidata iz osnovnih škola srednjim školama, pogotovo praktičnoj nastavi određenih zanimanja, vježbama, radionicama, na danima otvorenih vrata. Gimnazijskim učenicima i učenicima četverogodišnjih programa drugih srednjih škola prema njihovom interesu možemo omogućiti kontakt sa studentima različitih fakulteta kroz posjete gosta studenta na satove razrednog odjela, predavanja za zainteresirane skupine učenika na razini cijele škole, posjete manjih skupina učenika pojedinim fakultetima i izlaganje prikupljenih informacija i dojmova na satu razrednog odjela, u školskim novinama, na web stranici škole, u lokalnim novinama. Suradnja je važna i zbog odgojne komponente rada – tako se primjerice u praksi često pokazuje da učenici odustanu od škole oko 7. razreda – a planiranjem intervencija usmjerenih na tu dob u suradnji različitih obrazovnih institucija može se smanjiti broj učenika koji u obrazovanju ne vide svoju perspektivu.

(6) kontakt s različitim aspektima svijeta rada

Kako je za učenike poticajno da si mogu predočiti svoj budući tijek obrazovanja, tako je važno i da na što neposredniji način dožive svijet rada kako bi mogli stvoriti sliku sebe kao budućeg radnika. Aktivnosti na tom planu mogu krenuti već u nižim razrednima osnovne škole (pa i u predškolskom odgoju) kad možemo organizirati i provoditi posjete *učenika različitim radnim organizacijama* i poticati učitelje na projekte u kojima učenici na svojoj koži *iskušavaju ulogu nekih zaposlenika škole* – npr. ulogu domara, čistačice (u sklopu održavanja čistoće škole), ulogu nastavnika (kroz pripremanje i držanje dijela nastavnog sata za svoje suučenike), sve na način koji je prilagođen dobi i interesima učenika. Kod nas je nešto rjeđa praksa (ali vrijedi pokušati!) da se kroz suradnju s različitim radnim organizacijama u kojima su zaposleni roditelji učenika organiziraju akcije poput dana kad *učenik ide na posao s roditeljem*.

U mnogim srednjim školama stručni suradnici u suradnji s razrednicima dogovore *posjet stručnjaka* iz područja za koje se učenici školuju kako bi im prenijeli svoja profesionalna iskustva i objasnili svoj profesionalni put. Projekti *volontiranja učenika* znače priliku za stjecanje osobnog iskustva ulaganja svojeg vremena u nešto korisno, prihvaćanje odgovornosti koje im nisu zadane, osjećaj ispunjenja zbog dobro obavljenog posla. Učenicima koji se spremaju na fakultet koristit će i kontakt sa stručnjacima koji su završili fakultete različitih područja, kroz posjete gosta na satove razrednog odjela, predavanja za zainteresirane skupine učenika na razini cijele škole, posjete manjih skupina učenika stručnjacima na njihovom radnom mjestu i izlaganje prikupljenih informacija i dojmova u školi. Najizravniji kontakt učenika sa svijetom rada može se postići kroz *rad učeničke zadruge*, gdje psiholog može pratiti i unaprjeđivati njezin rad.

Posebna skupina kojoj imamo priliku osigurati iskustvo s njihovim budućim poslom su *studenti psihologije i psiholozi pripravnici* – uvid u svoje područje rada im možemo omogućiti kroz ulogu gosta predavača na fakultetu, posjet studenata svojoj radnoj organizaciji, obavljanje mentorstva, stručne prakse i programa volontiranja studenata i pripravnika.

3.4.3.2. Razvoj profesionalnih kompetencija tijekom obrazovanja

Druga važna domena rada psihologa u obrazovnom sustavu odnosi se na to kako je službeni školski plan i program pretočen u stvarni život učenika i nastavnika. Ciljevi učenja odnose se na razvijanje kompetencija, specifičnih za profil za koji se učenik obrazuje, i općih, poput samoreguliranog učenja, organiziranja, timskog rada, vještina samoprezentacije, rješavanja sukoba, itd. Razvoj specifičnih kompetencija ostvaruje se kroz kvalitetu rada škole (u smislu kvalitetne izvedbe programa) i sadržaje programa osposobljavanja, koji bi trebali biti usklađeni sa stvarnim potrebama na tržištu rada, dok na opće kompetencije više utječe sveukupna klima u školi, vrijednosti koje se promiču kroz način rada škole i način na koji se odvija nastava kao i izvannastavni programi usmjereni upravo na razvoj tih vještina.

Kako bismo na što obuhvatniji način stimulirali **razvoj kompetencija učenika tijekom obrazovanja** predložimo poduzimanje slijedećih mjera:

(1) ohrabrivanje nastavnika u njihovom individualnom profesionalnom razvoju

Školske se ustanove međusobno jako razlikuju po tempu kojim prihvaćaju nove spoznaje i pedagoške prakse. Također se često događa da je jedan aspekt razvoja škole jako naglašen dok su ostali zanemareni, npr. škola koja je u tehnološkom smislu dobro opremljena, može sporo usvajati praksu individualiziranog pristupa učenicima ili obrnuto. Ono što u praksi najčešće koči nastavnike da unaprijede svoj rad je osjećaj vrlo ograničene slobode u ostvarivanju nastavnog plana, tako da je jedna od poticajnijih mjera koju možemo predložiti sa svrhom povećanja kvalitete rada škole *podrška nastavnicima u istraživanju, pokušajima i pogreškama, razvoju pristupa koji odgovara i njima i njihovim učenicima*. Kako škola ne bi zapala u kolotečinu, potrebno je podjednako prihvaćati nove nastavnike i cijeniti njihovu svježinu i potencijal za unošenje promjena, kao i iskusne nastavnike koju ulažu trud da bi pratili način na koji se društvene promjene odražavaju na život u učionici.

Jedan od čimbenika koji nam se čine vrlo važni za „otvaranje“ umova učenika za ono što im žele prenijeti nastavnici jest *otvorenost nastavnika za lekcije koje možemo naučiti od učenika*. U praksi obično očekujemo njihovu prijemljivost za svoja znanja, a imamo otpor prema onome u čemu su učenici bolji. Tako se npr. vrlo često može čuti da današnji učenici predobro znaju svoja prava, a ne znaju obveze, što je zapravo i druga strana činjenice da „naše“ starije generacije (koje su bile relativno poslušne prema autoritetima) ne znaju dobro svoja prava i kako se za njih boriti, a mnogo toga rade „iz obveze“. Ako učenici znaju bolje od nas sadržaj pravilnika koji se odnose na naš (zajednički!) rad, to možemo shvatiti kao dobronamjernu poruku da se i mi trebamo tako temeljito pripremiti za suradnju (a ne kao, npr. objavu rata).

(2) implementacija elementa koji su važni u svijetu rada za nastavni proces

Kako bismo kroz nastavni proces dobro pripremali učenike za svijet rada potrebno je *primjećivati i nagradivati trud, točnost, odgovornost, pouzdanost, poduzetnost, kolegijalno ponašanje, zrelo i uravnoteženo prihvaćanje uspjeha kao i prihvaćanje neuspjeha*. Jedna je od čvrsto ukorijenjenih praksi u školama da se znanje vrjednuje više od truda i odnosa prema radu. Tako je npr. ocjena iz aktivnosti obično manje važna od ocjene iz pismenog ispita. Ako uzmemo u obzir da većinu suhoparnih činjenica koje smo usvojili zaboravljamo ako se dalje ne bavimo njima, a s druge strane, odnos prema radu je navika koja nam ostaje, možemo zaključiti da su to dovoljni razlozi za promjenu te prakse (dakle, zašto ne bi ponašanje učenika bilo važno kao i poznavanje činjenica, ili važnije, za konačnu ocjenu?). U suprotnom, čest je stav učenika da ocjena isključivo ovisi o tome koliko netko „lako shvaća“ (dakle o nečem na što imaju mali utjecaj – inteligenciji) pa je klima u cijelim razredima takva da nitko ništa ne radi, a ocjene se uistinu distribuiraju prema tome koliko je netko uspio usput zapamtiti. Važno je da učenici uspjeh u prvom redu povezuju s trudom! Iako je ideja o obrazovanju, i specifičnije, ocjenjivanju koje motivira učenika za rad i ulaganje truda u učenje, naglašena u Nacionalnom okvirnom kurikulumu, Zakonu o odgoju i obrazovanju te Pravilniku o ocjenjivanju, u praksi nastavnicima treba mnogo podrške kako bi tu ideju mogli provesti u djelo. Drugi indikatori koji ukazuju na potrebu

za unaprjeđivanjem nastave su velik broj učenika koji uzimaju instrukcije, česta pojava plagijata kad se traži kreativan rad učenika (lektira i sastavci s interneta), kao i razočaranje nekih najboljih (najposlušnijih) učenika pitanjima s državne mature koja se odnose na zaključivanje i primjenu znanja.

Aktivnosti koje najčešće provodimo na radnom mjestu školskog psihologa kako bismo pridonosili podizanju kvalitete nastave kroz naglašavanje onoga što je važno u radu su aktivno sudjelovanje na *raspravama razrednih i nastavnih vijeća* (na temu kriterija vrjednovanja i relativne važnosti znanja i truda te praktične nastave i općeobrazovnih predmeta) i provođenje *radionica i predavanja za nastavnike o nastavi koja priprema za rad* (i život). Možemo i sami te ideje provoditi u *nastavi psihologije* (u školama gdje postoji nastava psihologije) ili ići korak dalje i osmisliti i provoditi *fakultativne predmete ili izvannastavne aktivnosti* poput: Upravljanja karijerom, Socijalnih vještina i vještina organizacije, Primijenjene psihologije i sl., usmjerenih na razvoj kompetencija važnih u svijetu rada. Također postoji mogućnost ostvarivanja *suradnje s udrugama* koje žele provoditi slične programe u školi.

(3) aktivno unaprjeđivanje kvalitete rada škole

Povezivanje nastave i onoga što je važno u svijetu rada samo je jedan od aspekata kvalitetnog rada škole, uz koji možemo i provoditi projekt *samovrjednovanja* škole, uključivati se u organizaciju *edukacija i razmjene stručnjaka*, stručne posjete i prenošenje iskustva drugih škola i drugih država, sudjelovati u *istraživanjima* u suradnji s drugim obrazovnim institucijama, pa i izravno *kontaktirati nadležno ministarstvo* kroz dopise, molbe i peticije kad imamo zapažanja i prijedloge za unaprjeđenje sustava obrazovanja. Uz to je potrebno aktivno unaprjeđivati i osobni rad kroz *permanentno obrazovanje* konzultiranjem stručne literature, praćenjem aktualnih društvenih promjena i promjena u svijetu rada, uključivanjem u formalne i neformalne oblike obrazovanja, *kroz razmjenjivanje iskustva* s kolegama aktivnim sudjelovanjem na županijskim stručnim vijećima, stručnim skupovima te *aktiviranjem pomoći vanjskih suradnika* (poput Mobilnog tima Agencije za odgoj i obrazovanje).

(4) poticanje sudjelovanja učenika u upravljanju radom škole

Aktivnosti kojima se razvijaju vještine poput (samo)organiziranja, upravljanja, timskog rada i donošenja odluka možemo provoditi i izvan nastave, na primjer: poticanjem većeg *sudjelovanja učenika u donošenju odluka* oko organizacije rada svog razreda i načina uređenja učionice, a u svrhu poticaja razvoja inicijative i odgovornosti kod učenika; razvijanjem prakse *samovrjednovanja učenika* i aktivnog odnosa prema osobnom znanju; uključivanjem u rad *Vijeća učenika* sa svrhom vježbanja proaktivnog pristupa izazovima s kojima se učenici susreću u svojoj školskoj okolini; angažiranjem učenika u *opremanju škole* – kroz lobiranje i traženje sponzora za uređenje dijela škole ili nabavljanje opreme, ili akciju u kojoj učenici sami osmisle i odrade uređivanje svoje učionice ili dijela škole.

(5) posvećivanje posebne pozornosti razvoju profesionalnih kompetencija kod učenika s poteškoćama

Potrebno je aktivno sudjelovati u radu *školskog povjerenstva* za utvrđivanje psihofizičkog stanja djeteta i predlagati primjerene oblike školovanja i oblike pomoći za učenike s poteškoćama – prilagođeni program i individualizirani pristup te sudjelovati u organizaciji odgovarajuće *potpore u učenju* i izvršavanju školskih obveza djeci koja imaju poteškoća u praćenju nastavnog programa i školskoj uspješnosti.

(6) korištenje znanja i iskustva učenika iz težih socijalnih prilika

Kad se radi o životnim znanjima i vještinama, učenici iz težih socijalnih prilika su u nekim područjima puno „odrasliji“ od onih zaštićenih učenika iz povoljnijih socijalnih prilika koji ih često nadmašuju u školskom znanju. Kroz izravan doticaj s brigama odraslih poput siromaštva i nezaposlenosti te preuzimanjem odgovornosti za ono od čega djecu obično želimo poštedjeti, poput skrbi o članovima obitelji i privređivanja za obitelj, oni u većoj mjeri mogu sagledati svijet oko sebe očima odrasle osobe koja se na neki način treba snaći u životu. Ovo nipošto nije argument kojim pokušavamo reći da bismo djeci trebali davati veću odgovornost nego što oni mogu preuzeti, već samo konstatiramo da u mnogim obiteljima to tako realno jest, i da mi nešto s tim možemo napraviti u školi (a i ako ništa ne učinimo, to se opet osjeća u životu škole). Ono što je vrijedno za druge učenike jest da njihovi vršnjaci imaju iskustvo traženja posla i rada, razvoja odgovornosti, prilagodljivosti i samostalnosti te su imali prilike formirati pozitivan stav prema obrazovanju i marljivom radu kao najsigurnijem izlazu iz teških socijalnih prilika (možda su imali i negativna iskustva i bili u situaciji da moraju razviti svoje načine nošenja s tim iskustvima, što isto može biti korisno i poticajno za ostale učenike).

S jedne strane, učenici čija iskustva značajno odstupaju od tipičnih iskustava njihovih vršnjaka su u većem riziku od socijalne marginalizacije u školi ako se ta njihova iskustva ne interpretiraju kao važna i zanimljiva. S druge strane, ti su učenici bliži svojim kolegama od odraslih, pa samim time i uspješniji u prenošenju znanja i stavova. Uzimajući to u obzir na psihologu je da osmisli kako će u školi i među učenicima na pozitivan način *dati na važnosti tim učenicima* i njihovom znanju, vještinama i iskustvu, kao i važnim porukama koje žele prenijeti svojim vršnjacima kako bi se iz toga izvukla višestruka dobrobit.

3.4.3.3. Profesionalno usmjeravanje učenika i potpora u razvoju karijere tijekom obrazovanja

„Profesionalno usmjeravanje je skup različitih aktivnosti koje pojedincima omogućuju identificirati osobne mogućnosti, kompetencije i interese u različito doba života, kako bi donijeli odluke o obrazovanju, osposobljavanju i zapošljavanju i upravljali vlastitom profesionalnom karijerom”. Kao što vidljivo iz definicije profesionalnog usmjeravanja koju je 2004. godine Vijeće ministara EU navelo u Rezoluciji o cjeloživotnom profesionalnom usmjeravanju, radi se o većem broju aktivnosti od kojih se neke provode u obrazovnim ustanovama.

Na mjestu školskog psihologa provodimo:

(1) ispitivanje motivacije učenika za školu

Budući da se svaka generacija na neki način razlikuje od prethodne, jedna od aktivnosti kojima je korisno započeti rad na profesionalnom usmjeravanju su *upitnici* (ili, u školama gdje vrijeme to dopušta, individualni razgovori) kojima je cilj ispitati motivaciju učenika za školu (npr. kod svih novoupisanih učenika neke škole), očekivanja od srednje škole i budućeg zaposlenja, planove za zapošljavanje i/ili nastavak školovanja i sl., kako bismo pratili trendove i usklađenost očekivanja učenika i onoga što obrazovne institucije nude. U tom su smislu zanimljive *usporedbe rezultata* na inicijalnim upitnicima kod upisa učenika u školu (ili na fakultet) i završne, pred završetak srednjeg školovanja (ili fakulteta). Dakle, informacije koje na taj način prikupimo služe kao orijentir za daljnji rad s učenicima.

(2) profesionalno informiranje

Ova važna aktivnost u sklopu profesionalnog usmjeravanja se uglavnom, bar u nekoj mjeri, radi organizirano na svim školama. Obično na razini cijele populacije učenika provodimo aktivnosti pružanja relevantnih informacija koje im mogu pomoći kod donošenja odluke o odabiru zvanja, zanimanja i područja rada kao i za planiranje daljnjeg profesionalnog razvoja. U suradnji s Hrvatskim zavodom za zapošljavanje, učenici završnih razreda osnovnih škola *upoznaju se sa zanimanjima* za koja se mogu školovati u lokalnom području, te o zanimanjima koja su tražena na lokalnom području, odnosno zanimanja s kojima se teže zapošljava. Učenike srednjih škola kroz posjete satovima razrednog odjela informiramo o fakultetima koji postoje u RH, načinima i uvjetima studiranja i slično. No, adekvatni alati za *proaktivno i samostalno nalaženje informacija* vjerojatno predstavljaju ono najkorisnije što učenicima možemo dati u sklopu profesionalnog informiranja.

Individualno profesionalno informiranje provodi se kod stručnih suradnika u školi na zahtjev učenika ili roditelja te obvezno *kod svih izvanrednih događaja* poput školskog neuspjeha učenika koji je često praćen idejom o odustajanju od školovanja. U takvim slučajevima učenici imaju na raspolaganju više mogućnosti poput ponavljanja godine, promjene programa i obrazovanja odraslih, u koje će ih psiholog uputiti.

Poseban je slučaj kad je učenicima izrečena pedagoška mjera *Isključenja iz škole* uz koju zbog neinformiranosti često dolazi do problema. Tako mnogi roditelji zaključče ili su netočno informirani da izricanje ove pedagoške mjere za njihovo dijete znači prestanak statusa učenika u određenoj školi (i svih prava koja imaju na temelju toga, kao npr. prava na zdravstveno osiguranje). Često su informirani i da je učenika iz nekog razloga bolje ispisati i na taj način „preduhitriti“ pedagošku mjeru isključenja iz škole, misleći da oba postupka rezultiraju istim statusom za njihovo dijete. Isključenje iz škole ipak je *samo* pedagoška mjera kojom se učeniku ukazuje na to da je njegovo ponašanje neprihvatljivo i da će mu stoga biti uskraćen dio suradnje sa školom koji se odnosi na njegovo prisustvovanje nastavi te školske godine. Međutim, ta je osoba i dalje učenik škole, samo s izrečenom najstrožom pedagoškom mjerom. Kako je zakonom predviđeno da učenik kojem je

izrečena navedena mjera ima pravo polagati razredni ispit, i samim time mogućnost da, ako se potruđi, uspješno završi školsku godinu, a s druge strane, predviđeno je da se sve pedagoške mjere izriču samo za tekuću školsku godinu, učenik koji se dovede do te teške situacije ima mogućnost da iduće godine redovito upiše razred i pohađa nastavu sa svojim suučenicima. To je zakonski okvir koji uvažava spoznaju da su učenici još uvijek osobe koje se razvijaju i sazrijevaju; da ukoliko naprave pogriješku imaju pravo novim pokušajem odraditi nešto kako treba; te da se pedagoške mjere donose radi dobrobiti učenika (za učenika je uistinu korisno da se suoči s posljedicama svog ponašanja), a ne radi kažnjavanja, iz osвете ili kako bi se škola riješila svog dijela odgovornosti za vodstvo učenika i prebacila ga na neku drugu školu ili instituciju. Provedba tih ideja obično traži puno osjetljivosti od strane stručnog suradnika, prije svega prema učeniku (iako je stručni suradnik vrlo često i sam razočaran neuspješnom suradnjom s njim), ali i u komunikaciji s roditeljima (tako da prihvate rješenje kao pravednu posljedicu za ponašanje koja je unaprijed dogovorena i definirana školskim Statutom, i da znaju da postoje izlazi koji bi trebali biti poticajni za učenika) i nastavnicima (kod kojih se često javlja osjećaj nepravde ako su se oni trudili, a suradnja s učenikom nije uspjela pa prema njihovom doživljaju jedino učenik može biti kriv za to). Svi poslovi podrške, dogovaranja, praćenja učenika koji na taj način završava razred ulaze u područje (općenitog) psihološkog savjetovanja, ali i profesionalnog savjetovanja kojem ćemo se detaljnije posvetiti.

(3) profesionalno savjetovanje i praktični poslovi povezani s tim

Za vrijeme srednje škole provodimo aktivnosti iz djelokruga profesionalnog savjetovanja najčešće kao pomoć učeniku pri odluci o *izboru izbornih i fakultativnih predmeta, o premještanju u drugi program ili drugu školu i pri odluci o nastavku školovanja.*

Kao oblik brze osnovne pomoći u profesionalnom savjetovanju u obrazovnim ustanovama imamo priliku koristiti računalni program „*Moj izbor*“ za profesionalno usmjeravanje, koji nakon relativno kratke primjene daje rezultate u obliku popisa predloženih zanimanja, a ima i vrlo korisne informacije poput opisa zanimanja, sličnih zanimanja, opisa uvjeta rada i slično. Uz sam program potrebno je provesti razgovor s učenikom prije testiranja o njegovim očekivanjima i nedoumicama te nakon testiranja o tome kako je doživio predložene rezultate.

Kod individualnog profesionalnog savjetovanja neki učenici *samoinicijativno traže pomoć* oko nastavka školovanja i izbora karijere, dok se kod drugih *kroz rad na nekim drugim problemima iskristalizira potreba za usmjeravanjem.* Osim već spomenutih učenika koji su svojim ponašanjem „zaradili“ pedagošku mjeru isključenja iz škole, tu je velik broj učenika kod kojih su prisutni manji, ali značajni problemi s disciplinom poput ometanja nastave ili povrjede učeničkih dužnosti poput neizvršavanja školskih i domaćih zadaća i školski neuspjeh. Tada psihološka intervencija poput definiranja problema (često usmjerenog na učenika, npr. „učenik je nemotiviran“) i nalažanja rješenja u smislu načina na koji se učenik može prilagoditi situaciji nije zadovoljavajuća – ako se kao objašnjenje njegove nemotiviranosti identificira odabir pogriješnog programa obrazovanja, tada je to je jedna od rijetkih situacija u kojima imamo priliku direktno riješiti problem klijenta kroz *promjenu programa školovanja.*

Za većinu ostalih situacija kažemo da ne možemo rješavati nečije probleme umjesto njih samih – no, u ovom slučaju, obično je školski psiholog taj koji uspoređuje programe, uz konzultacije s razrednim vijećem identificira predmete iz kojih će učenik koji mijenja program trebati polagati razredni ispit kao i rok u kojem se očekuje da to napravi. Sam sadržaj ispita obično određuje svaki predmetni nastavnik u dogovoru s učenikom. Treba ipak napomenuti da su premještaji u toku 2. razreda srednje škole (i nadalje) teško izvedivi zbog praktičnih razloga (veći broj razlikovnih ispita i velik broj sati prakse koju treba nadoknaditi). Pritom je vrlo važno mišljenje razrednog vijeća onog razreda iz kojeg učenik odlazi kao i onog razreda u koji učenik ide, a poželjno je organizirati i aktivnosti poput konzultacija učenika s novim profesorima ili „malog prijemnog ispita“ u važnijim predmetima kako bi učenik imao priliku potvrditi svoju motivaciju i sposobnost da dalje uspješno prati program (pogotovo kad se radi o premještaju u zahtjevniji program). S druge strane, važno je i da se profesori imaju priliku izjasniti o tome kako vide taj premještaj (iako ne donose odluku) i osjetiti učenikovu motivaciju (ponekad, ako se postupak ne provede pažljivo, nastavnici nevoljko prihvaćaju rješenja o premještajima pogotovo ako su učenici bili nemotivirani u „starom“ programu). Za učenike strukovnih škola često je potrebno i mišljenje Agencije za strukovno obrazovanje i Hrvatske obrtničke komore (i/ili stručnih aktiva određenih predmeta) kako bi se utvrdilo može li učenik i na koji način nadoknaditi razliku u praktičnoj nastavi. Ako postupak premještaja bude uspješno proveden uloga psihologa je i dalje pratiti uspješnost učenika, tempo polaganja razlikovnih ispita, snalaženje u novoj socijalnoj sredini itd.

Osim vrste programa koji učenik pohađa, savjetovanje i s njim povezani postupci se ponekad odnose i na *način školovanja* – osim već spomenute situacije kad je učeniku izrečena pedagoška mjera isključenja iz škole, nastavak načina školovanja se razlikuje od standardnog i u drugim situacijama poput dugotrajnog liječenja, trudnoće, profesionalnog bavljenja sportom itd. Načini koji dolaze u obzir su polaganje razrednog ispita, obrazovanje odraslih, dopisne škole i slično. Nije naodmet spomenuti činjenicu da je polaganje razrednog ispita za učenika besplatno (na što učenik ima pravo ako je isključen ili ako iz bilo kojeg drugog razloga nije prisustvovao nastavi, a taj razlog nastavničko vijeće smatra opravdanim), dok se ostali načini obrazovanja plaćaju.

Osim individualnog, profesionalno savjetovanje moguće je organizirati i *skupno* u obliku radionica na kojima učenici imaju priliku osvijestiti osobne potencijale i interese. No, za razliku od predavanja u svrhu profesionalnog informiranja koje se može raditi u velikim skupinama učenika, produktivnost ovih radionica je obično veća u manjim skupinama, a ponekad ima smisla formirati skupine po sličnosti učeničkih potreba i interesa.

(4) upućivanje u Hrvatski zavod za zapošljavanje

Sve učenike kojima je potrebno opsežnije profesionalno usmjeravanje od onog koje možemo provesti u školi upućujemo u Hrvatski zavod za zapošljavanje. Uglavnom to radimo iz sasvim praktičnih razloga – kad ne raspolažemo točnim informacijama o onom području rada koje učenika zanima ili potrebnim psihometrijskim instrumentima (škole se jako razlikuju po tome osiguravaju li, i u kojoj mjeri, testove i ostale materijalne preduvjete za rad psihologa). Osim specifičnog znanja i bogatijeg iskustva u profesionalnom usmjeravanju, kolege koji rade u Zavodu obično raspolažu i onim vrijednim neformalnim informacijama koje nigdje ne pišu, a odnose se, npr. na to jesu li određene škole sklone odobravati premještanje u svoje programe i koliko je način rada neke škole u skladu s učenikovim potrebama i željama te zahtjevima potencijalnih poslodavaca.

(5) profesionalno usmjeravanje učenika s teškoćama

Kao posebno osjetljivu kategoriju učenika kad se radi o potrebi za profesionalnim usmjeravanjem možemo istaknuti učenike s teškoćama. Pravilnik o postupku utvrđivanja psihofizičkoga stanja djeteta, učenika te sastavu stručnoga povjerenstva (2011.) predviđa da prije utvrđivanja psihofizičkoga stanja za potrebe upisa u primjereno srednjoškolsko obrazovanje, *učenik s teškoćama obvezno prolazi postupak profesionalnoga usmjeravanja u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje*. Služba za profesionalno usmjeravanje izrađuje mišljenje o raspoloživim sposobnostima i motivaciji te interesima kandidata s popisom mogućih zdravstvenih kontraindikacija za potrebe upisa u što primjerenije srednjoškolsko obrazovanje. Postupak utvrđivanja psihofizičkoga stanja djeteta provodi se i u druge svrhe osim profesionalnog savjetovanja, odnosno utvrđivanja primjerenog programa školovanja (utvrđivanje primjernih oblika pomoći), ali su i ti razlozi usko povezani s otkrivanjem i razvojem učenikovih potencijala.

(6) profesionalno usmjeravanje na fakultetima

Kao posebnu preporuku za psihologe koji imaju prilike djelovati u ustanovama visokoškolskog obrazovanja ističemo da bi bilo korisno na fakultetima u sklopu psiholoških savjetovališta ponuditi profesionalno usmjeravanje uz dodatak praktičnih programa koji imaju za cilj *lansirati mlade stručnjake u svijet rada*. Aktivnosti mogu obuhvaćati informiranje o posebnim domenama profesije i specifičnostima rada u njima, uključivanje u programe volontiranja i stažiranja, informiranje o izvannastavnim aktivnostima na fakultetu poput demonstratora i posebnih projekata u koje se mogu uključiti studenti, povezivanje s tvrtkama u kojima se mogu zaposliti mladi stručnjaci itd.

* * *

Zaključno, kako bismo mogli ukratko odrediti ulogu psihologa u okviru obrazovanja koje priprema za rad? U školskoj će se svakodnevici to pitanje provlačiti u obliku upita o tome na čijoj smo strani, ili još češće, u obliku optužbi da smo na strani učenika (prema viđenju nastavnika) ili na strani škole (prema viđenju učenika), ili na strani uprave škole

(prema viđenju nastavnika) itd. Prema našem viđenju, okosnica rada psihologa može biti upravo podsjećanje učenika, nastavnika i roditelja na to da smo se u školi organizirali sa zajedničkim ciljem i da svi stojimo na istoj strani. Zajednički je cilj kvalitetno obrazovanje koje priprema učenika za produktivan rad i omogućuje mu zapošljivost i konkurentnost na tržištu rada, sposobnost cjeloživotnog učenja (u najširem smislu) i prilagođavanja novim uvjetima rada.

Iz iskustva stječemo dojam da je ono što je školama najpotrebnije od stručnog suradnika pristup koji vodi računa o čovjeku (bio to nastavnik, učenik ili roditelj) i o konstruktivnim odnosima među ljudima. Različite „metode“ i postupci mogu biti uspješni ako klijenti s kojima radimo osjete da su nam važni i da im imamo volje nekako pomoći. Dovoljno je podsjetiti se na medicinsko načelo *Primum non nocere*, prije svega ne škoditi, koje je primjenjivo i u našem radu. Ljudi nam dolaze ranjivi kad se obraćaju za pomoć i mali znakovi nerazumijevanja i nesusretljivosti ih mogu lako povrijediti. Uistinu nam se čini da je bolje ništa ne napraviti nego naškoditi onome koji traži pomoć.

Osim toga, u našoj kulturi još uvijek vlada uvjerenje da je bolje ne dizati previše prašine oko problema jer ćemo tako stvoriti još više problema, pogotovo kad se radi o odnosu unutar bilo kojeg sustava, pa tako i školskog sustava. To se može vidjeti kod velikog broja učenika, pogotovo onih poslušnih i relativno uspješnih koji daju sve od sebe da se prilagode svakoj situaciji i spremni su trpjeti gotovo sve samo da ne ispadne da „stvaraju probleme“ (ukazujući na njih). Opet je ovo jedna od onih situacija u kojoj većina nas može puno naučiti o zdravoj dozi asertivnosti od „nediscipliniranih“ učenika koji se ne suzdržavaju ukazati na probleme (i na taj način nam zapravo pomažu da budemo bolji). Kod roditelja je nepovjerenje prema sustavu često vidljivo po tome što se odlučuju doći i razgovarati tek kad su jako ljuti (ili u rijetkim ekstremnim situacijama dolaze i alkoholizirani). Iz toga možemo vidjeti da su imali velike zadržke i oklijevali nam se obratiti dok god je razina problema bila nekako podnošljiva, a pokrenulo ih je tek snažno emocionalno stanje. Naravno, ovo je „idealna“ situacija u kojoj možemo odigrati ulogu kafkijanskog činovnika u sustavu i pitati (tako često postavljano pitanje u školi): *Gdje ste bili do sad?*, i time samo učvrstiti uvjerenje da nema smisla tražiti pomoć unutar škole za probleme koje imaju sa školom. Iz različitih posrednih izvora poput rasprava na internetskim forumima, iskaza učenika i neformalnih razgovora možemo primijetiti da i profesori mnogo toga trpe u razredu i pritom ne traže pomoć iz straha da ih se ne proglašeni nesposobnima ukazujući im kako ne znaju voditi (i „disciplinirati“) učenike, a bez stvarne pomoći oko tako definiranih problema.

Na nama je da se svojim radom odupremo predrasudi o sustavu koji nema razumijevanja za svoje korisnike jer smo mi često ti koji predstavljaju sustav (ili barem onaj dio njega s kojim se može komunicirati) pred učenicima, roditeljima ili nastavnicima kad im to treba. Način na koji se odnosimo prema ljudima je ono što daje „boju“ ili „melodiju“ svemu što se radi u sustavu obrazovanja. Naš posao u okviru obrazovanja koje priprema za rad mogao bi se svesti na jedan cilj – pomoći. Kad se ljudi ohrabre za traženje pomoći (a za to stvarno treba i hrabrosti i odgovornosti), na nama je da im pružimo iskustvo iz

kojeg će naučiti da su donijeli pravu odluku obrativši nam se, i koje će ih potaknuti na proaktivnu i konstruktivnu daljnju suradnju. Kad im „pomažemo“ u sklopu prevencije, koristit će pristup koji isto tako vodi računa o ljudskim bićima, u ovom slučaju uvažavajući nesavršenost čovjeka (i života). Mnoge pametne, lijepe i korisne ideje koje su prisutne u pedagogiji i psihologiji već desecima godina izazivaju otpor jer su prezentirane na način koji više naginje ideologiji, a nije povezan sa stvarnim iskustvom ljudi s kojima radimo. Često nas doživljavaju kao da promičemo pristupe koji ne dopuštaju pogriješke, pa ljudi kojima bi nova znanja sama po sebi mogla biti korisna unaprijed odustaju jer znaju da se njihov život ne može uklopiti u neku idealiziranu sliku. Ako želimo biti pristupačniji, trebali bismo se pobrinuti da naši učenici, roditelji i nastavnici znaju da tražimo rješenja koja su daleko od idealnog, ali su ipak bolja od trenutne problematične situacije i da je to samo po sebi vrijedno i „isplativo“, da svaki trud da se nešto unaprijedi ima smisla. Isto vrijedi i za naš rad jer uz sve ono što piše u zakonima i stručnoj literaturi, koliko ćemo biti uspješni u opremanju naših učenika za rad i život u velikoj mjeri ovisi o nama – i našoj senzibiliziranosti, etičnosti, osobnoj odgovornosti te optimizmu i vjeri da se može i vrijedi truditi.

Literatura:

1. Armstrong, T. (2008.): Najbolje škole – Kako istraživanje razvoja čovjeka može usmjeravati pedagošku praksu, Educa, Zagreb
2. Glasser, W. (2005.): Kvalitetna škola – škola bez prisile, Educa, Zagreb
3. Juul, J. I Jensen, H. (2010.): Od poslušnosti do odgovornosti, Kompetencija u pedagoškim odnosima, Naklada Pelago, Zagreb
4. Honoré, C. (2009.): Pod pritiskom, Spašavanje djece od kulture hiperroditeljstva, Algoritam, Zagreb
5. Lewis, H. R. (2004.): Slow down. Getting More out of Harvard by Doing Less (otvoreno pismo harvardskog dekana studentima dostupno na: <http://people.seas.harvard.edu/~lewis/SlowDown2004.pdf>)
6. Nacionalni okvirni kurikulum za predškolski odgoj i obrazovanje te opće obvezno i srednjoškolsko obrazovanje (2010.), Republika Hrvatska, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Zagreb
7. Pravilnik o načinima, postupcima i elementima vrjednovanja učenika u osnovnoj i srednjoj školi (2010.), Republika Hrvatska, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Zagreb
8. Pravilnik o postupku utvrđivanja psihofizičkoga stanja djeteta, učenika te sastavu stručnoga povjerenstva (2011.), Republika Hrvatska, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Zagreb
9. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (2008.), Republika Hrvatska, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Zagreb

Anita Đuretić-Bartolović

3.4.4. Odabir najpogodnijih radnika za zahtjeve radnog mjesta i razvoj karijere

*„Izaberi posao koji voliš i više nikada nećeš
niti jednog dana morati raditi u svom životu.”
Konfucije*

Svaka osoba koja je odabrala raditi posao prema svojim interesima i željama sretna je i ispunjena osoba. Samo ravnoteža svih područja života, i osobnog i profesionalnog i obiteljskog, vodi k sretnosti i mentalnom zdravlju. Rad je važan dio dobrobiti svakog čovjeka, a time i izvor zdravlja. Rad unaprjeđuje zdravlje kad su zadovoljene osnovne ljudske potrebe. Zdravi radnici i radnici koji su motivirani su i radnici koji rade bolje, koji su lojalni, stabilni i doprinose tvrtki.

Brojna su istraživanja utvrdila da postoji visoka povezanost zadovoljstva poslom i mentalnog zdravlja, i to na način da što je veće zadovoljstvo poslom i pozitivna motivacija za rad, to je bolje mentalno zdravlje radnika i veća produktivnost rada (Marušić, 2001., str. 255). Istraživanja su potvrdila i jaku povezanost nezadovoljstva poslom i mentalnog zdravlja. Ako radnik radi posao koji ne voli ili su zahtjevi rada veći ili manji od njegovih sposobnosti, javlja se nezadovoljstvo i može doći do problema ili do narušavanja mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje radnika jednako je važno kao i tjelesno, kako za samog radnika tako i za poslodavca. Interes za mentalno zdravlje poslodavac nalazi u terminima produktivnosti, a radnici u terminima kvalitete življenja i dobrobiti za sebe. Interes u tome pronalazi i socijalna politika u terminima socijalne sigurnosti.

Dobar pokazatelj zadovoljstva i mentalnog zdravlja je važnost koju pridajemo poslu kojeg radimo.

Stoga je već od profesionalne orijentacije pa sve do selekcije za radno mjesto potrebno obratiti pozornost na sposobnosti i karakteristike osobe na način da se prepozna osoba za zanimanje koje će biti adekvatno i pravo baš za tu osobu.

Psiholozi u području profesionalne orijentacije usmjeravaju osobe prema zanimanjima koja bi mogla za njih biti odgovarajuća, rade selekciju za zanimanje. Sličnu ulogu imaju i psiholozi u timu medicine rada, koji također rade selekciju za zanimanje, jer tijekom psihologijske obrade zajedno s liječnikom medicine rada traže kontraindikacije osobe za određeno zanimanje.

Psiholog u radnoj organizaciji radi dvojaku selekciju – selekciju za zanimanje i selekciju

za tvrtku. Psiholog radi selekciju za tvrtku, tj. odabire one osobe koje svojim osobinama, sposobnostima, znanjima i motivacijom najbolje odgovaraju zahtjevima određenog radnog mjesta u određenoj organizaciji.

Također, psiholog radi i selekciju za zanimanje, jednu vrstu profesionalne orijentacije u tvrtki, tj. trudi se za osobu pronaći odgovarajući posao (npr. ako dođe do podizanja obrazovne razine radnika tijekom rada u organizaciji, ili pada sposobnosti, ili prilikom umirovljenja).

Sva područja rada organizacijskog psihologa, ali i psihologa u timu medicine rada, povezana su s podizanjem i održavanjem mentalnog zdravlja radnika. Ovdje će biti prikazan samo jedan dio poslova psihologa u radnoj organizaciji, koji je vezan uz poslove brige o radnicima od njihovog ulaska u tvrtku do izlaska iz tvrtke – otkaza ili mirovine. Psiholog je u radnoj organizaciji obično raspoređen u područje upravljanja ljudskim potencijalima. U tom području radi šaroliki opseg poslova vezan uz same radnike. Tako se brine za pronalaženje i odabir kadrova te njihovo zapošljavanje, uvođenje u posao, razvoj kompetencija i zadržavanje kadrova, razvoj karijere, sustav napredovanja, sustav vrjednovanja i nagrađivanja rada, praćenje zadovoljstva na radu, kroz praćenje promjena u zdravlju radnika (kako promjene u zdravlju utječu na rad i kako promjene u radu utječu na zdravlje), sudjeluje u procesu zaštite zdravlja radnika kroz sustav zaštite na radu i kao član tima u postupku procjene opasnosti, te je uključen u odlazak radnika iz tvrtke i prekid radnog odnosa bez obzira radi li se o otkazivanju ugovora o radu ili mirovini. Također se bavi i edukacijom, promocijom dobrog zdravlja radnika, kako fizičkog tako i mentalnog, reagira na zdravstvene poteškoće radnika, provodi razne programe edukacije za dobrobit radnika.

3.4.4.1. Radnik – rad – poslovi radnog mjesta

Za obavljanje određenih poslova u organizaciji postoje, tzv. Kontraindikacije i/ili karakteristike koje su *conditio sine qua non* za posao na određenom radnom mjestu pa je prije početka rada potrebno utvrditi ima li radnik propisane karakteristike i sposobnosti da može raditi na tom radnom mjestu, tj. Provjeriti da nema kontraindikacije za obavljanje tih poslova. Tri su skupine takvih poslova:

- poslovi s posebnim uvjetima rada (rad na visini, teški fizički poslovi, poslovi u kojima ima različitih štetnosti, opasni poslovi i sl.)
- poslovi koji su definirani posebnim pravilnicima, kao poslovi prije kojih je potrebno prethodno utvrđivanje zdravstvene sposobnosti (promet, zdravstvo i sl.)
- poslovi koji su prema propisima o mirovinskom osiguranju utvrđeni kao osobito teški i štetni za radnika – staž osiguranja s povećanim trajanjem.

Poslovi koji su povezani s većim rizikom zbog izloženosti radnika različitim toksičnim, fizikalnim ili biološkim štetnostima ili s mogućnošću ozljeđivanja, ili poslovi koji zahtijevaju od radnika povećana fizička i/ili psihička opterećenja, ili se obavljaju u

smjenama, zovu se poslovi s posebnim uvjetima rada (Pravilnik o poslovima s posebnim uvjetima rada, NN 5/84.).

Postoje određene djelatnosti i poslovi unutar tih djelatnosti koji su definirani posebnim pravilnicima koji prije samog zapošljavanja na takve poslove predviđaju prethodno utvrđivanje zdravstvene sposobnosti (promet, zdravstvo i sl.).

Neki od pravilnika su: Pravilnik o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače (NN 1/11.); Pravilnik o utvrđivanju uvjeta zdravstvene sposobnosti članova posade pomorskih brodova, brodica i jahti (NN 93/07.); Pravilnik o utvrđivanju uvjeta zdravstvene sposobnosti članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe (NN 111/02.); Pravilnik o utvrđivanju zdravstvene sposobnosti zrakoplovnog osoblja i uvjetima kojima mora udovoljavati poduzetnik koji obavlja liječničke preglede zrakoplovnog osoblja (NN 31/10., 110/11.); Pravilnik o posebnim zdravstvenim uvjetima kojima moraju udovoljavati željeznički radnici koji neposredno sudjeluju u obavljanju željezničkog prometa (NN 53/91.); Pravilnik o utvrđivanju zdravstvene sposobnosti za vojnu službu (NN 127/10.); Pravilnik o mjerilima i načinu utvrđivanja posebne duševne i tjelesne sposobnosti policijskih službenika Ministarstva unutarnjih poslova (NN 54/06., 37/07., 4/09.); Pravilnik o utvrđivanju opće zdravstvene sposobnosti i posebne sposobnosti zaštitara i privatnog detektiva (NN 5/97.); Pravilnik o utvrđivanju opće i posebne zdravstvene sposobnosti čuvara i zaštitara u privatnoj zaštiti (NN 38/04., 106/04., 16/11.); Pravilnik o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje ili držanje i nošenje oružja (NN 79/92.); Pravilnik o mjerilima i načinu utvrđivanja duševne, tjelesne i zdravstvene sposobnosti pirotehničara (NN 26/96.); Pravilnik o najmanjim zahtjevima za unaprjeđenje sigurnosti i zaštite zdravlja radnika zaposlenih u naftnom rudarstvu (NN 40/07.); Pravilnik o najmanjim zahtjevima za unaprjeđenje sigurnosti i zaštite zdravlja zaposlenih u rudarstvu kod površinskih i podzemnih rudarskih radova (NN 40/07.); Pravilnik o posebnoj zdravstvenoj sposobnosti državnih službenika na poslovima osiguranja u kaznionicama i zatvorima uprave za zatvorski sustav (NN 20/04.); Pravilnik o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovitog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti (NN 70/10.).

Nadalje, postoje i poslovi koji su prema propisima o mirovinskom osiguranju utvrđeni kao osobito teški i štetni za radnika – staž osiguranja s povećanim trajanjem, te je prije zapošljavanja i na takve poslove potrebno uputiti osobu na prethodno utvrđivanje zdravstvene sposobnosti (Zakon o stažu osiguranja s povećanim trajanjem (NN 71/99., 46/07., 41/08.)). To su poslovi koje smiju obavljati samo osobe koje osim općih uvjeta za zasnivanje radnog odnosa ispunjavaju i posebne uvjete – u pogledu dobi, spola, stručnih sposobnosti, zdravstvenog, tjelesnog ili psihičkog stanja, psihofizioloških i psihičkih sposobnosti – koji se zahtijevaju isključivo radi sprječavanja štetnog utjecaja na život i zdravlje radnika.

Uz njih su vezana i posebna pravila zaštite na radu jer neke poslove mogu obavljati samo osobe koje ispunjavaju odgovarajuće uvjete i time se sprječava nastajanje ozljeda, profesionalnih i drugih bolesti.

a. Zdravstvena sposobnost radnika za obavljanje poslova radnog mjesta

Ovisno o tipu radne organizacije, radna mjesta su sistematizirana i opisana u službenim dokumentima. Svako radno mjesto ima opisane zadatke, odgovornosti, uvjete, znanja, kompetencije. Također, svako radno mjesto ima propisane uvjete rada, npr. kontraindikacije za radno mjesto. Ako se radi o takvom tipu radnog mjesta, propisan je i način i dinamika provjere zdravstvene sposobnosti. Ovisno o djelatnosti rada za određena su radna mjesta propisani Pravilnici koji reguliraju zdravstvene preglede radnika koji rade na tim radnim mjestima (Pravilnik o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovitog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti, NN 70/10.). Pregledi se obavljaju u djelatnosti medicine rada.

Uobičajeno je da o prethodnim i redovitim zdravstvenim pregledima brigu vodi Sektor upravljanja ljudskim potencijalima. Odluka o slanju na prethodni zdravstveni pregled donosi se u sklopu procesa zapošljavanja radnika i to je trenutak kada psiholog u organizaciji dolazi u kontakt s liječnikom medicine rada i psihologom u timu medicine rada. Redovite zdravstvene preglede, ovisno o pravilniku koji regulira zdravstvene preglede radnika, prate ili Služba zaštite na radu, ako radnik radi na poslovima s posebnim uvjetima rada, ili administracija u organizacijskoj jedinici u kojoj radi radnik koji po uvjetima radnog mjesta ima propisane zdravstvene preglede. Taj proces se u tvrtkama obično propisuje kroz internu dokumentaciju.

Radnici koji se zapošljavaju na takvim poslovima, prije samog zapošljavanja, trebaju obaviti liječnički pregled u području medicine rada.

Djelatnost medicine rada obuhvaća zaštitu i očuvanje zdravlja radnika u sigurnoj i zdravoj radnoj okolini te se bavi specifičnom zdravstvenom zaštitom radnika. Specifična zdravstvena zaštita radnika obuhvaća: liječničke preglede radi utvrđivanja radne sposobnosti, praćenje zdravstvenog stanja radnika, identifikaciju i procjenu rizika za zdravlje na radnom mjestu, sistematske kontrolne preglede radnika s obzirom na spol, dob i uvjete rada te pojavu profesionalnih bolesti, ozljeda na radu i kroničnih bolesti, davanje savjeta o zdravlju, sigurnosti, higijeni rada, organizaciji i zaštitnim sredstvima, preglede radnika koji se obvezno provode radi zaštite od štetnih utjecaja iz radnog okoliša i druge obvezne zdravstvene preglede, organiziranje i pružanje prve pomoći i hitnih medicinskih intervencija na licu mjesta u procesu rada, sudjelovanje u analizi ozljeda na radu i profesionalnih bolesti, kontinuiranu skrb o boljoj prilagođenosti rada radnicima uključujući vrijeme, način i uvjete rada, suradnju u obavještanju, stručnom osposobljavanju i obrazovanju u djelatnosti medicine rada, higijene rada i organizacije rada, ocjenjivanje uvjeta rada na pojedinom radnom mjestu radi zaštite od profesionalnih bolesti, zdravstveni odgoj i zdravstveno prosvjećivanje radnika, provođenje medicinski programiranoga aktivnog odmora radi poboljšanja radne sposobnosti radnika, sudjelovanje u mjerama rehabilitacije radnika.

U timu medicine rada uključen je i psiholog. Hrvatska psihološka komora osmislila je

plan i program edukacije psihologa u medicini rada kao jedan od uvjeta za stjecanje posebne dopusnice iz područja medicine rada.

Psiholog u timu medicine rada sudjeluje u utvrđivanju zdravstvene sposobnosti na način da daje svoje mišljenje o psihičkim i psihofizičkim sposobnostima radnika za obavljanje poslova koji se ne mogu raditi bez prethodnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti. Uloga psihologa u specifičnoj zdravstvenoj zaštiti je prije svega preventivna.

Psiholog u medicini rada radi selekciju za zanimanje u kojoj je naglasak na psihičkim ili psihofizičkim sposobnostima koje su uvjet za obavljanje nekog posla; naglasak je na traženju karakteristika koje osoba mora imati da bi uopće mogla raditi neki posao i/ili onih karakteristika koje bi osobi mogle odmoći u radu na takvom radnom mjestu. Npr., prema Pravilniku o utvrđivanju opće zdravstvene sposobnosti i posebne sposobnosti zaštitara i privatnog detektiva (NN 5/97.), propisano je da psiholog u timu medicine rada obavi kraći razgovor s pristupnikom/ovlaštenikom te ispita perceptivne i spacijalne sposobnosti, kognitivne sposobnosti uz propisani instrumentarij (RSB) te crte ličnosti s također propisanim instrumentima (EPQ). Psiholog tijekom takvog ispitivanja (intervju i rezultati testova), na temelju dogovorenih i propisanih stručnih kriterija, donosi svoju ocjenu – je li osoba koja želi raditi kao zaštitar i/ili privatni detektiv sposobna za obavljanje tog posla. Pri tome psiholog ne ocjenjuje karakteristike te osobe za rad u nekoj točno određenoj tvrtki i u točno određenom okruženju.

U zemljama EU ne postoji pojam poslova s posebnim uvjetima rada, već dinamiku i sadržaj pregleda i ostalih preventivnih aktivnosti za sprječavanje profesionalnih bolesti, bolesti vezanih uz rad i ozljeda na radu (obilazak radnog mjesta, ankete radnika o zdravstvenim tegobama vezanim uz rad, edukacija radnika i poslodavaca) procjenjuje specijalist medicine rada zajedno sa stručnjacima zaštite na radu, a oni ovise o vrsti poslova koje radnik obavlja, štetnostima i njihovim razinama na konkretnim radnim mjestima. Pravilnikom o provođenju mjera specifične zdravstvene zaštite radnika uskladit će se ovaj dio specifične zdravstvene zaštite s europskim standardima.

Psiholog zaposlen u organizaciji surađuje s liječnikom medicine rada, ali i psihologom u timu medicine rada u gotovo svim segmentima specifične zdravstvene zaštite. Cilj je podjela informacija o radniku u cilju bolje brige za njegovo zdravlje. Koliko je organizacijskom psihologu važno imati informaciju o zdravstvenom statusu radnika prije zapošljavanja na određeno radno mjesto, isto vrijedi i ukoliko se radi o radnicima koji trebaju ići na redovite preglede u medicinu rada: ako radnik radi na poslovima koji zahtijevaju redovite liječničke preglede, informacije o njegovom ponašanju na radnom mjestu neprocjenjivi su doprinos boljoj procjeni njegove zdravstvene sposobnosti.

Psiholog zaposlen u organizaciji, u okviru svojih poslova vezanih uz socijalnu politiku organizacije, prati radnike i vodi brigu o njihovom psihičkom i fizičkom zdravlju na način da se samoinicijativno javljaju ili na indikaciju njihovih nadređenih. U tom slučaju, psiholog u organizaciji surađuje s timom medicine rada i traži se najpovoljnije rješenje i način da se radniku pomogne.

Ako dođe do narušavanja mentalnog ili fizičkog zdravlja radnika, psiholog surađuje sa stručnjacima u medicini rada s ciljem da se što bolje procijeni preostala radna sposobnost radnika te mu se omogući daljnji rad u skladu s njegovim preostalim potencijalima. Psihologu u organizaciji treba biti važna preostala radna sposobnost, uz informaciju o interesu radnika za određeno područje djelatnosti, kako bi u suradnji s rukovoditeljima različitih dijelova tvrtke mogao pronaći radno mjesto koje bi bilo prikladnije za tog radnika, na kojem bi se mogao ostvariti unatoč zdravstvenim ili psihičkim poteškoćama. Ponekad nije toliko važno što osoba ne može više raditi, puno je važnije što još može raditi kako bi se ostvarila u profesionalnom smislu.

U slučaju narušavanja mentalnog ili fizičkog zdravlja radnika, realna je mogućnost da radnik više ne bude sposoban – bilo to subjektivno ili po samim propisima – obavljati posao koji je do tada obavljao možda i čitav svoj dotadašnji radni vijek. Takva radikalna promjena predstavlja već sama po sebi velik stres za radnika, čemu može dodatno pridonijeti i egzistencijalna nesigurnost zbog straha od otkaza, tj. Potpunog gubitka radnog mjesta i sredstava za osiguranje egzistencije. Psiholog koji radi unutar organizacije ovdje može odigrati višestruko pozitivnu ulogu.

Ponajprije, kao savjetnik, psiholog može u razgovoru s radnikom – bilo da taj razgovor inicira sam radnik, bio psiholog, bilo dotadašnji rukovoditelj, bilo netko od radniku bliskih kolega – pružiti radniku potporu u trenucima krize i spomenutog egzistencijalnog straha, pomoći radniku da svoju novonastalu situaciju pokuša promatrati ne iz perspektive gubitka, neuspjeha ili promašaja već jednostavno kao promjenu, preobrazbu ili novi korak u karijeri i životu, odnosno usmjeriti ga od straha i očaja prema nadi i od rezignacije prema (novoj) aktivnosti. Također, ukoliko je upoznat sa situacijom u tvrtki i ona je za radnika povoljna bez obzira na njegovo trenutno stanje (u smislu da na nekom drugom mjestu postoji potražnja i potreba za radnikovim stručnim znanjem i iskustvom bez obzira na njegovu umanjenu radnu sposobnost), psiholog može radnika itekako potaknuti na aktivnost i optimizam. Napokon, glede same bolesti odnosno smanjene sposobnosti, psiholog može svojim stručnim znanjem pomoći radniku da nauči prihvatiti novu situaciju i živi s njom, ili ga uputiti odgovarajućem savjetniku koji će mu u tome moći još adekvatnije pomoći.

Potom, kao stručnjak psiholog može u istom razgovoru (ili, dakako, u kontinuiranom savjetovanju ako je situacija složena) pružiti radniku neku vrstu profesionalne orijentacije ad hoc, u smislu da kroz razgovor i zajedničko promišljanje pomogne radniku otkriti preostale (ili nove) potencijale koje nosi u sebi, a koji bi mogli biti od pomoći i koristi na novom radnom mjestu, ne samo samom radniku, nego i samoj organizaciji. Naime, čovjek koji duže vrijeme, ili čak čitav svoj radni vijek, provede na istom radnom mjestu – a pogotovo ako je njime u potpunosti zadovoljan – najčešće nema potrebe ni prilike razmišljati o tome što bi drugo mogao i želio raditi ili kamo bi ga njegove sposobnosti, znanja i afiniteti mogli usmjeriti. Kad se zbog novonastale situacije prisiljen suočiti upravo s tim pitanjima, psiholog mu svojim stručnim znanjem može biti od velike pomoći u promišljanju i otkrivanju osobnih potencijala i interesa, te samim time i u odabiru novog usmjerenja vlastite karijere.

Napokon, kao dio službe upravljanja ljudskim potencijalima, psiholog dobro poznaje ustrojstvo tvrtke, sistematizaciju radnih mjesta unutar tvrtke, potrebne sposobnosti i kvalifikacije za određena radna mjesta te – što je osobito važno – i trenutnu potražnju za određenim kadrovima na određenim radnim mjestima. U slučaju da se radi o velikoj tvrtki i da nije detaljno sa svime upoznat, njegova mu pozicija omogućuje da se o svim tim pojedinostima raspita i time otkrije moguće smjerove kojima bi radnik mogao krenuti u novonastaloj situaciji. Naime, radnik u većoj tvrtki obično dobro poznaje samo svoj sektor i sektore s kojima u okviru svojih radnih zadaća neposredno surađuje, tako da o ostalim sektorima u kojima bi eventualno mogao raditi – u trenutku kad zbog smanjene radne sposobnosti više nije u stanju obavljati svoj dotadašnji posao – zna malo ili gotovo ništa. Psiholog koji se u tvrtki bavi upravljanjem ljudskim potencijalima i koji je sa svim spomenutim upoznat, može radniku pokazati nove perspektive i mogućnosti preraspodjele unutar tvrtke; kroz razgovor s rukovoditeljima dotičnih sektora, može radniku pomoći u pronalaženju novog radnog mjesta (možda i više njih) na kojemu bi radnik svojim profesionalnim znanjem, iskustvom i preostalim sposobnostima najviše mogao pridonijeti dobrobiti kako svojoj tako i tvrtke, pogotovo ako za to već unaprijed posjeduje odgovarajuće kvalifikacije i ako mu je potrebno samo uvođenje u novi posao; napokon, pošto zajedno s radnikom otkrije radnikove afinitete, interese i sposobnosti (kao i ograničenja), može mu pomoći da od raspoloživoga odabere ono usmjerenje koje bi mu najbolje odgovaralo i u kojem bi se mogao najbolje ostvariti.

b. Opasnosti za zdravlje radnika na radnom mjestu

Zbog odgovornosti za sigurnost i zdravlje radnika na radnom mjestu poslodavac je dužan izraditi procjenu opasnosti (Zakon o zaštiti na radu, NN 59/96., 114/03., 100/04.). Procjena opasnosti je postupak kojim se utvrđuje rizik za oštećenje zdravlja na pojedinom radnom mjestu i pri izloženosti pojedinoj štetnosti ili skupini štetnosti. Ova obveza je u Hrvatskoj uređena i provodi se prema Pravilniku o izradi procjene (Pravilnik o izradi procjene opasnosti, NN 48/97., 114/02., 126/03., 144/09.). Procjenu opasnosti provodi multidisciplinarni tim u kojem obvezno sudjeluje specijalist medicine rada.

Suradnja s timom medicine rada, posebno s liječnikom specijalistom medicine rada, može omogućiti uključivanje psihologa u elaborat procjene opasnosti na radnim mjestima u organizaciji, unatoč činjenici da psiholog nije obvezni član tima. Za svako radno mjesto, uz procjenu izloženosti različitim štetnostima, potrebno je utvrditi izloženost glede psihofizioloških napora. Ta je procjena posebno važna u određenim zanimanjima. Psihologijska struka ima značajne mogućnosti za detaljno utvrđivanje psihofizičkih napora prilikom rada na nekom radnom mjestu. Psiholog sa svojim znanjima i kompetencijama može procijeniti je li izloženost psihofizičkim naporima na radnom mjestu takva da može utjecati na psihičko zdravlje radnika. Hrvatsko zakonodavstvo o zaštiti zdravlja i sigurnosti na radu zahtjeva procjenu opasnosti za praktički sve poslodavce. Takvo postupanje omogućuje poduzimanje učinkovitih i djelotvornih mjera u cilju zaštite zdravlja radnika.

Procjena opasnosti je temeljni dokument za provedbu mjera zaštite zdravlja na radu.

Poslodavac mora osigurati odgovarajuća osobna zaštitna sredstva i skrbiti da ih radnici koriste pri radu te je dužan osigurati da budu u svakom trenutku u ispravnom stanju (Pravilnik o uporabi osobnih zaštitnih sredstava (NN 39/06.), Pravilnik o uvjetima za osposobljavanje radnika za rad na siguran način (NN 114/02., 126/03.)). Međutim, često radnici zbog neudobnosti ne prihvaćaju nošenje osobnih sredstava te ih je potrebno poticati.

U tom kontekstu, zaštite na radu, psiholog također ima svoju ulogu. Osim sudjelovanja u izradi procjene opasnosti, što predstavlja preventivnu, ali i kurativnu ulogu, više preventivna uloga je sudjelovanje u provođenju edukacije radnika o opasnostima radnih mjesta, promidžbe korištenja zaštitnih sredstava na radnim mjestima, promicanja svijesti o potrebi i važnosti zaštite na radu, koristeći znanja psihologije promidžbe.

Tako psiholog može u suradnji sa službom zaštite na radu sudjelovati u osmišljavanju plakata, edukacija, brošura o važnosti nošenja zaštitnih sredstava, važnosti zaštite na radu i prihvaćanju principa zaštite na radu.

3.4.4.2. Zapošljavanje – ulazak radnika u organizaciju

Poslodavcu je najvažnija učinkovitost i djelotvornost radnika tijekom radnog vijeka pa je uloga psihologa pronaći i razviti radnike koji će sav svoj profesionalni potencijal uložiti kod poslodavca.

Profesionalna selekcija u tvrtki ima svoj smisao i svrhu kako poslodavcu tako i kandidatima za zapošljavanje. S jedne strane pomaže kandidatima za zapošljavanje da se zaposle na radnim mjestima koja su po zahtjevima kompatibilna s njihovim sposobnostima, interesima i osobinama. S druge strane služi tvrtki, jer je to selekcija za tvrtku, kao postupak odabira onih kandidata koji će svojim osobinama, sposobnostima i znanjima najbolje odgovarati zahtjevima određenog radnog mjesta. Selekcija se radi prema kriterijima koji se temelje na analizi i opisu poslova.

I u ovom slučaju možemo reći da se radi o preventivnim aktivnostima jer se traži prava osoba za određeno radno mjesto u određenoj tvrtki. Traži se i bira ona osoba koja ima sposobnosti, vještine, osobine i motivaciju obavljati poslove određenog radnog mjesta, ali i uklopiti se u tim postojećih radnika te odgovarati projekciji planiranog razvoja kadrova. Na taj se način osigurava zadovoljstvo radnika, ali i poslodavca.

U profesionalnoj selekciji uvijek se traže *snage* kandidata za daljnji razvoj.

Odabrani kandidat potpisuje s poslodavcem ugovor o (zadovoljnom) radu.

Selekcija kandidata je prirodni slijed procesa planiranja ljudskih potencijala, odnosno planiranja kadrova kao ključnog procesa upravljanja ljudskim potencijalima. Na

temelju plana kadrova (a u nekim tvrtkama to se radi i bez plana kadrova) započinje proces pridobivanja kadrova. Da bi se pridobilo nove kadrove postoji nekoliko načina privlačenja: interni ili vanjski oglasi, sustav otvorenih molbi, evidencija kadrova, dani karijere u različitim obrazovnim ustanovama. Planiranje ljudskih potencijala obično slijedi strateški plan tvrtke.

Planiranje ljudskih potencijala definira se kao proces permanentnog praćenja kretanja ljudskih potencijala u tvrtki. Ovisno o brojnim čimbenicima, fluktuacija kadrova slijedi određenu dinamiku pa je potrebno ta kretanja pomno pratiti, a s ciljem osiguranja dovoljnog broja kadrova u svakom trenutku. Cilj je osigurati raspoloživost novih kadrova na vrijeme, kako se ne bi gomilali troškovi u slučaju neplaniranih odlazaka radnika iz tvrtke. Težnja svakog poslodavca je osigurati i zadržati odgovarajući broj i kvalitetu radnika koji su potrebni tvrtki, postići njihovu maksimalnu produktivnost i predvidjeti potencijalne troškove vezane uz višak ili manjak radnika.

Proces pribavljanja kadrova ima za cilj privući što veći broj kandidata koji su zainteresirani za neki posao, kako bi se mogao izvršiti adekvatan izbor.

Jedan od najboljih načina popune radnih mjesta je interni oglas, ako je to moguće. Na taj se način dobiju informacije o motivaciji i interesu radnika za promjenom radnog mjesta. Rotacije unutar tvrtke uvijek su dobar način da se poveća zadovoljstvo radnika jer se na taj način radniku daje mogućnost da uči, da se ostvaruje u nekom drugom području ili području u kojem se dodatno školovao. Time tvrtka dobiva lojalne i zadovoljne radnike (Noe, Hollenbeck, Gerhart, Wright, 1996., str. 397).

Jedan od načina poboljšanja zadovoljstva radnika, ali i poboljšanja procesa selekcije, je korištenje sustava pisanih preporuka. Svaki radnik može u pisanom obliku preporučiti osobu koju poznaje, a koja je kandidat za zapošljavanje i koja se javila na natječaj za posao unutar tvrtke, i na taj način dati dodatnu vrijednost kandidatu za posao, uz rezultate selekcijskog procesa.

Bez obzira kako se pribavljaju kandidati, selekcijska procedura treba biti za sve jednaka kako bi svi kandidati imali jednaku šansu.

Nakon procesa zapošljavanja, slijedi proces uvođenja novog radnika u posao. U dobro organiziranim tvrtkama postoje propisane procedure uvođenja novih radnika u tvrtku. Ako se radi o pripravniku, dakle osobi koja se prvi puta zapošljava na poslu za koji se školovala, procedura uvođenja u posao definirana je potrebom polaganja stručnog ispita. Ako se radi o radniku koji već ima radnog iskustva, procedura uvođenja u posao je drukčija.

Novi radnik može informacije o tvrtki dobiti u pisanom obliku kao brošuru, preko intranet stranice ili usmeno od svog nadređenog rukovoditelja. Osim formalnih informacija koje je potrebno dati novom radniku, potrebno ga je uputiti i u neformalne običaje, u socijalnu

skupinu u kojoj će raditi. Potrebno je osigurati susret s kolegama koji bi novog radnika mogli uputiti u nepisana pravila organizacijskog ponašanja i komuniciranja.

Posebnost uvođenja pripravnika u rad je u tome što to prvo iskustvo značajno utječe na cjelokupan profesionalan razvoj i napredovanje osobe, u radnom okruženju.

Ulaganje vremena i truda u tu aktivnost uvođenja u posao je maleno, a dobitak je velik.

3.4.4.3. Karijera zaposlenika u organizaciji

Planiranje razvoja karijere

Proces razvoja karijere započinje trenutkom zapošljavanja. U procesu razvoja karijere svakog radnika sudjeluje kako tvrtka tako i sam radnik. Tvrtka, tj. Služba upravljanja ljudskim potencijalima, provodi proces razvoja radnika i njegove karijere, prateći strategijske i kadrovske planove, educirajući radnike u smjeru koji je tvrtki potreban. Međutim, za razvoj karijere odgovoran je i sam radnik, koji svojim interesima, motivacijom i aktivnošću usmjerava svoje resurse u određenom smjeru.

Savjetovanje vezano uz razvoj karijere u pravilu provodi psiholog u organizaciji. Savjetovanje može pokrenuti ili sam radnik ili rukovoditelj organizacijske jedinice, ili se provodi u okviru velikih restrukturiranja tvrtke.

Proces razvoja karijere te educiranje i napredovanje radnika pokazuje se u brojnim istraživanjima kao jedan od najslabijih procesa upravljanja ljudskim potencijalima. Radnici redovito izvještavaju da je izvor njihova nezadovoljstva poslom nedostatak školovanja, edukacije, profesionalnog razvoja.

Poznato je i indikativno da se kao prvi korak u štednji, tijekom krize, smanjuje broj i veličina školovanja i edukacija radnika, a time i uskraćuje njihovo pravo na napredovanje i razvoj.

Moguće je unutar tvrtke osnovati Centar za razvoj karijere u kojem će psiholog periodički moći pružati usluge profesionalnoga informiranja i savjetovanja te savjetovanja o upravljanju profesionalnim razvojem i karijerom. Time bi se omogućilo stručno profesionalno usmjeravanje svima kojima je u razvoju karijere potrebno.

Potporna prilikom izlaska iz organizacije

Prekid radnog odnosa može biti iniciran ili od strane radnika ili od strane organizacije.

Odlazak obrazovanih i vrijednih kadrova preskup je za tvrtku, a to je osobito važno ako je tvrtka dodatno uložila u školovanje radnika. Jedan od načina sprječavanja odlaska kadrova je izrada plana zadržavanja takvih radnika. Plan može sadržavati različite motivacijske čimbenike koji mogu biti materijalne ili nematerijalne prirode, uvjeti rada i slično. Psiholog ima sve kompetencije da sudjeluje i izrađuje takve planove zadržavanja kadrova.

Odlazak iz tvrtke, posebno ako se radi o otpuštanju radnika zbog tehnološkog viška ili financijskih poteškoća tvrtke, nije samo stresan za radnike koji odlaze, već i za one koji ostaju. Radnici koji ostaju postaju preopterećeni radnim zadacima, povećava se broj prekovremenih sati rada, ne ostvaruju se planirani rezultati, postoje prekidi u tijeku rada te rizik od nezgoda na radu. Kod radnika koji ostaju u tvrtki stresna je i situacija neizvjesnosti – do kada će trajati otpuštanja i hoće li se financijska situacija popraviti te tjeskoba oko sljedećeg otpuštanja?

Psiholog tu može pomoći u obliku savjetovanja radnika tehnikama ublažavanja stresa.

Otpuštanja radnika su realnost i veliki stres. Međutim, ako u organizaciji radi psiholog, on može pomoći radnicima u nošenju s tom situacijom. Ako se pravovremeno i sistematično napravi plan otkazivanja, informira radnike o situaciji, pazi na jednakost postupanja, planiraju razgovori s radnicima, otpuštanje (ali i ostanak) radnika ne mora biti stresno.

Također je preporučljivo provesti postupak profesionalne orijentacije s radnicima, budući da je prestanak rada u jednom zanimanju i teškoća nalaska novog posla u istom zanimanju prilično teško. Radnici se mogu savjetovati o nekim drugim mogućnostima, uputiti ih da se okrenu svojim potencijalima i resursima koje do sada nisu koristili, uputiti ih kako asertivno i aktivno tražiti novi posao. Jednom riječju, pomoći radnicima da razviju nove vještine koje će im biti potrebne u novim okolnostima potrage za poslom na tržištu rada.

U novije vrijeme prepoznat je program *outplacement* kao program individualnog savjetovanja radnika koji su zbog organizacijskih promjena prisiljeni napustiti radno mjesto. Kroz program im se pomaže u što kraćem roku pronalaženje novog i odgovarajućeg radnog mjesta.

Bilo da se radi o umirovljenju ili otkazu ugovora o radu, dakle bilo kojem razlogu za odlazak iz tvrtke, radnici dobivaju pomoć u obliku izlaznog intervjua, profesionalne orijentacije i savjetovanja ili programa *outplacement*, što je jedna od zadaća psihologa u organizaciji.

Umirovljenje kao poseban oblik napuštanja posla i radnog mjesta je napuštanje posla i radne uloge i velika tranzicija u život bez posla.

Kao pomoć budućim umirovljenicima, psiholog u organizaciji može kroz savjetovanje sudjelovati u planiranju i organizaciji privatnog života, u razvoju osobnih interesa, u planiranju povremenog posla unutar ili izvan tvrtke. Ako postoji veći broj radnika koji u tijeku nekog kraćeg vremenskog razdoblja odlaze u mirovinu, postoji mogućnost da se skupno rade seminari s različitim temama vezanim uz buduće umirovljenike, kao što su održavanje zdravlja, financije, slobodno vrijeme, honorarni poslovi, dobrovoljni rad i slično. Osim skupnog rada, kroz seminare i radne skupine, može se individualno raditi s radnicima kroz savjetodavne razgovore.

Uloga psihologa u unaprjeđenju mentalnog zdravlja na radnom mjestu odnosi se na korištenje svih njegovih/njezinih znanja i vještina kako bi se omogućilo da rad za sve radnike bude siguran, ugodan i produktivan. Na taj način pridonosi većoj produktivnosti rada, uz zaštitu i unaprjeđenje mentalnog i fizičkog zdravlja radnika.

Od njihovog ulaska u tvrtku do izlaska, psiholog prati radnike te istražuje signale koji mogu ukazivati na probleme mentalnog zdravlja radnika u radnoj organizaciji: apsentizam – izostanci s posla, fluktuacija radnika, promjene u radnom učinku, promjene u stavovima prema radu i ponašanju (motivacija), međuljudski odnosi na radu (konflikti, disciplinski problemi), bolovanja. Ako dođe do značajnih promjena u bilo kojoj od tih pojava, psiholog treba djelovati u smjeru otkrivanja izvora tih promjena i planiranja otklanjanja uzroka.

Psiholog u organizaciji provodi proaktivne postupke usmjerene održavanju i unaprjeđenju mentalnog zdravlja radnika i zadovoljstva poslom. Među njima su najznačajniji i najvidljiviji sudjelovanje u procesu zapošljavanja, adekvatnog uvođenja radnika u posao, sudjelovanje u odabiru projektnih i drugih vrsta timova; sudjelovanje u razvoju i planiranju karijere radnika, provođenje procesa rotacije radnika, sudjelovanje u provođenju promocija i democija radnika, praćenje bolovanja i povratka na posao, sudjelovanje u izradi sustava kompenzacija – materijalnih i nematerijalnih (dodatno zdravstveno osiguranje, liječnički pregledi, besplatni prijevoz, plaćena rekreacija i sl.), osiguravanje sigurnih i zdravih radnih uvjeta.

Literatura:

1. Marušić, S. (2001.): Upravljanje ljudskim potencijalima, Adeco, Zagreb
2. Noe, R. A., Hollenbeck, J. R., Gerhart, B., Wright, P. M. (1996.v): Human Resource Management – Gaining a Competitive Advantage, Irwin McGraw-Hill

3.4.5. Organizacijske intervencije u procesima upravljanja ljudskim resursima: uloga rukovoditelja u očuvanju mentalnog zdravlja

3.4.5.1. Uvod

Rad sam po sebi, osiguravajući vremensku strukturu, socijalni kontakt, kolektivni napor i svrhu, socijalni identitet i regularnost aktivnosti, omogućuje psihički doživljaj koji promovira mentalno zdravlje pojedinca. Važno je i kako pojedinac doživljava svoj posao i organizaciju u kojoj radi. Istraživanja sukladno potvrđuju pozitivnu povezanost zadovoljstva poslom i različitih aspekata mentalnog zdravlja zaposlenika (Faragher, Cass i Cooper, 2005.). No, rad sam po sebi i stavovi zaposlenika nisu dovoljni. Mentalno zdravlje pojedinca može biti ozbiljno narušeno kao posljedica radnih i organizacijskih stresora. Cox (1993.) je, na temelju opsežnog pregleda literature, popisao različite karakteristike posla, radne okoline i organizacije koje su se pokazale stresne, odnosno „opasne“ po mentalno zdravlje. Svrstao ih je u dvije šire kategorije: stresore vezane uz kontekst i stresore vezane uz sadržaj rada. Prvoj kategoriji pripadaju različiti oblici stresora vezanih uz organizacijsko funkcioniranje i kulturu, radne i organizacijske uloge, razvoj karijere, donošenje odluka i međuljudske odnose na poslu. Stresori koji se odnose na sadržaj rada uključuju dizajn posla, radno opterećenje i radni ritam, kvantitetu i kvalitetu posla te radni raspored.

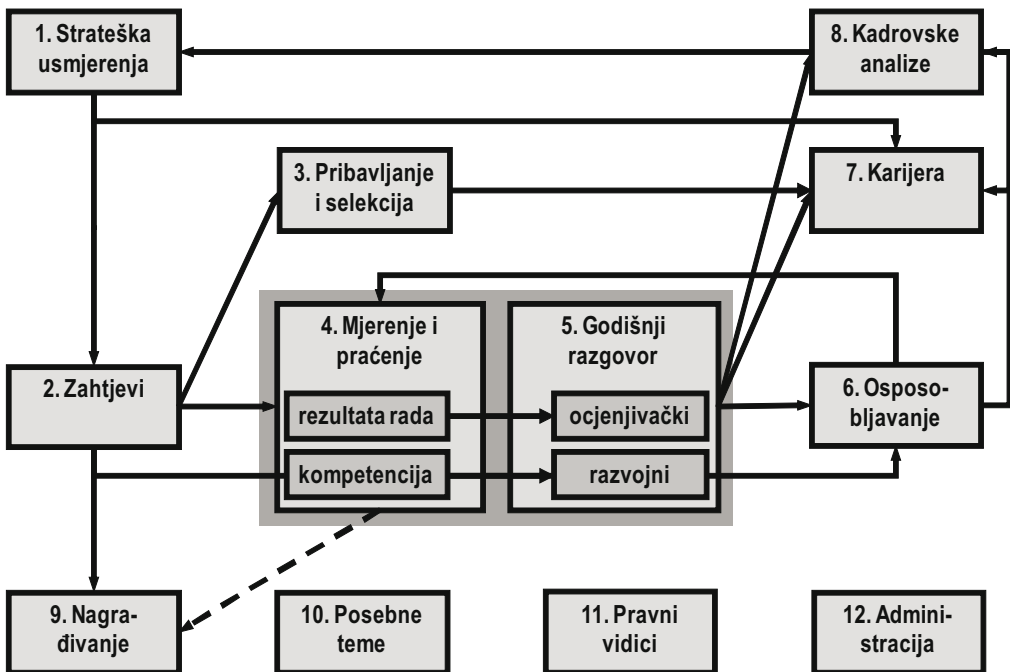
Kako bi umanjile ili spriječile negativno djelovanje navedenih radnih stresora na mentalno zdravlje zaposlenih, organizacije nastoje: 1) ublažiti simptome stresa kod pojedinca (najčešće nekim od oblika savjetovanja), 2) razvijati vještine pojedinca za bolje suočavanje ili upravljanje stresom (putem treninga, terapijskim ili programima zdravog načina života) i 3) reducirati stresore u organizaciji (primjerice kroz redizajn posla, povećanje participacije i autonomije u radu ili kroz razvoj mreže podrške). Prve dvije navedene kategorije organizacijskih intervencija usmjerene su na posljedice stresa kod pojedinaca, odnosno na ublažavanje stresnih reakcija i jačanje otpornosti na stres. Intervencije navedene u trećoj kategoriji, koje se obično nazivaju univerzalnim (preventivnim) organizacijskim intervencijama, usmjerene su na uzrok stresa u radnom okruženju, odnosno na redukciju stresora vezanih uz kontekst i sadržaj rada.

S obzirom da su upravo univerzalne intervencije one za koje su i organizacija i pojedinac dugoročno više zainteresirani u ovome se radu nastoji pokazati kako ih je, u svrhu očuvanja i poboljšanja mentalnog zdravlja zaposlenih u organizaciji, moguće sustavno provoditi u različitim procesima i aktivnostima upravljanja ljudskim resursima. Pritom je kao okvir za njihovu analizu korišten procesni model upravljanja ljudskim resursima.

3.4.5.2. Procesni model upravljanja ljudskim resursima

Univerzalne intervencije ne moraju nužno biti posebno dizajnirane za prevenciju radnih stresora, već ih je potrebno provoditi u okviru redovitih procesa, sustava i aktivnosti upravljanja ljudima u organizaciji. Ove će intervencije biti djelotvornije ukoliko su ti procesi, sustavi i aktivnosti rukovođenja međusobno dobro povezani. Stoga u pregledu organizacijskih intervencija namijenjenih prevenciji poremećaja mentalnog zdravlja zaposlenih kao okvir može poslužiti procesni model upravljanja ljudskim resursima prikazan na slici 1.

Slika 1. HR Navigator – model cjelovitog upravljanja ljudskim resursima



HR Navigator je procesni model upravljanja ljudskim resursima. Razvila ga je AT Adria, savjetodavna kuća specijalizirana za razvoj ljudskih resursa. Model je nastao na temelju iskustava u radu na razvoju procesa i sustava upravljanja ljudskim resursima u organizacijama različitih djelatnosti. Prvenstveno je namijenjen rješavanju izazova upravljanja organizacijama i rukovođenja u regiji (Cimerman, Jerman, Klarič, Ložar i Sušanj, 2003.). U nazivu modela „HR“ označava ljudske resurse (eng. *Human resources*), a „Navigator“ upućuje na procesno poimanje rada s ljudima. Model polazi od nekoliko ključnih pretpostavki:

- uspostavlja relacije među svim ključnim procesima, sustavima i aktivnostima upravljanja ljudskim resursima
- povezuje ih s procesom strateškog planiranja i razvoja organizacije
- godišnjim razgovorima, utemeljenim na prikladnom praćenju rezultata rada i kompetencija zaposlenih, dodjeljuje središnju ulogu integracije različitih kadrovskih procesa i sustava
- razlikuje razvojne procese od sustava nagrađivanja i potpornih kadrovskih procesa i sustava (administrativnih, radno-pravnih poslova i posebnih tema).

Iz modela proizlazi i savjetodavni proces (Jerman, Sušanj i Cimerman, 2009.), koji omogućuje pregled i unaprjeđenje svih programa i aktivnosti upravljanja ljudskim resursima u organizaciji te jasno određuje uloge rukovodstva, zaposlenih i stručnjaka za ljudske resurse.

U ishodištu procesnog modela upravljanja ljudskim resursima su strateška kadrovska usmjerenja organizacije. Na osnovi njih oblikovani su zahtjevi radnog mjesta koje organizacija postavlja pred zaposlenike. Definirani zahtjevi su temelj kako za pribavljanje i odabir novih, tako i za praćenje rezultata rada i razvoja kompetencija postojećih zaposlenika. Godišnji razgovori s nadređenima odnose se na povratne informacije o učinku i razvoju zaposlenika. Na njih se nadovezuju sustavi osposobljavanja i karijere. Nagrađivanje se temelji na vrjednovanju zahtjeva radnog mjesta, ali i na izmjerenim individualnim rezultatima rada i razvoju kompetencija. Svi prethodni elementi modela osnova su za kadrovske, odnosno analize ljudskih potencijala organizacije. U podlozi modela nalaze se posebne teme te radno-pravni i administrativni poslovi, koji zajedno predstavljaju podlogu za učinkovito izvođenje svih gore navedenih procesa i sustava upravljanja ljudskim resursima.

U nastavku su ukratko prikazani pojedini elementi HR Navigatora pri čemu je namjera odrediti temeljnu svrhu i postupke svakog dijela procesa upravljanja ljudskim resursima. Zatim se cijeli proces promatra u kontekstu implementacije univerzalnih intervencija namijenjenih očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih u organizaciji. Na kraju su posebno istaknute razlike u ulogama stručnjaka (organizacijskog psihologa) i menadžmenta (rukovoditelja svih razina) u redukciji organizacijskih stresora.

Strateška usmjerenja

Svrha ovog dijela procesa upravljanja ljudskim resursima je, na temelju strateške namjere organizacije, odnosno poslovnih ciljeva i strategija, jasno oblikovati ciljeve i strategije ljudskih resursa te inspirirati i mobilizirati zaposlene za provedbu strateške namjere.

Organizacije na različite načine oblikuju svoja strateška usmjerenja. Često se događa da je taj proces usmjeren primarno na vanjsku poslovnu okolinu, a da se pritom zanemaruje unutarnja okolina, odnosno ljudska strana organizacije. Nepoštivanje kadrovskih pokazatelja u procesu oblikovanja strateških usmjerenja obično dovodi do ozbiljnih poteškoća pri njihovoj implementaciji. Kadrovski stručnjaci trebaju sudjelovati u procesu strateškog planiranja barem iz dva razloga. Prvo, oni moraju posredovati poslovodstvu svoje poznavanje i razumijevanje stanja ljudskih potencijala organizacije. Drugo, za kvalitetno upravljanje i razvoj ljudskih resursa, kadrovski stručnjaci trebaju dobro poznavati i razumjeti strateška usmjerenja organizacije. Navedeni razlozi jasno postavljaju kadrovske stručnjake u ulogu strateškog partnera poslovodstvu.

Na temelju strateških usmjerenja i funkcijskih strategija postavljaju se ciljevi i strategije razvoja ljudskih resursa. One se prevode u godišnje planiranje kadrova, odnosno kratkoročnu operacionalizaciju djelovanja kadrovske funkcije. Godišnje planiranje uključuje ne samo promjene u broju i strukturi zaposlenih, već nacrt svih aktivnosti povezanih s kadrovskim procesima.

Poslovna i kadrovska strateška usmjerenja potrebno je jasno i redovito komunicirati svim zaposlenima. Pri tome kadrovski stručnjaci mogu pomoći u oblikovanju načina komuniciranja sa zaposlenicima, i to moderiranjem sastanaka, skupova i radionica prilikom pripreme i objave strateških i godišnjih poslovnih planova. Od pravilno komuniciranih strateških usmjerenja organizacija može očekivati različite beneficije. Naime, poznavanje i razumijevanje strateških usmjerenja organizacije od strane svih zaposlenih rezultirat će usmjeravanjem napora k jasnim i usklađenim ciljevima, uspostavljanjem konteksta za svakodnevni rad, boljim operativnim odlučivanjem, većim uključivanjem te većom zaokupljenošću i motivacijom zaposlenika. Stoga je u proces strateškog planiranja i prenošenja tog plana zaposlenima neophodno uključiti sve rukovoditelje i ključne kadrove u organizaciji.

Zahtjevi

Osnovni je smisao ovoga dijela procesa upravljanja ljudskim resursima jasno i praktično određivanje zahtjeva za izvršioce na pojedinim radnim mjestima u okviru organizacijske strukture. Jednostavno, radi se o prevođenju strateških usmjerenja organizacije u zahtjeve za svako radno mjesto. Naime, da bi mogli provoditi različite kadrovske procese, potrebno je imati jasnu sliku zahtjeva postavljenih pred svakog pojedinog člana organizacije.

U tu svrhu najprije se definira organizacijska struktura kao temelj za upravljanje organizacijom. Sistematizacija (katalog) radnih mjesta popisuje sve poslove u organizacijskoj strukturi, a važna je kako za radno pravni, tako i za razvojni vid funkcije

ljudskih resursa. Svrha je odrediti posao kojeg zaposlenik treba obaviti i poziciju tog posla u odnosu na druge poslove u organizaciji.

Analizom radnih mjesta detaljnije su definirani svi poslovi u organizaciji. Opisi poslova prije svega određuju zadatke i aktivnosti koje treba izvršavati, ciljeve koje je potrebno dostići, odgovornosti i ovlasti pojedinog radnog mjesta, a onda i uvjete rada i druge značajke radne situacije. Kad je posao opisan, potrebno je odrediti i zahtjeve koje mora ispunjavati izvršitelj da bi u tom poslu bio uspješan. U praksi postoje različiti načini određivanja zahtjeva za izvršitelja posla, a obično se određuju potrebna znanja, vještine, sposobnosti, osobine ličnosti, motivacija, stavovi i prethodno radno iskustvo zaposlenika. Dobro je za svaki od navedenih elemenata opisa osobe odrediti koje su nužne, koje poželjne, a koje kontraindicirane značajke izvršitelja za uspješno obavljanje određenog posla.

Pojednostavljeno, određivanje zahtjeva uključuje dvije velike kategorije: očekivane rezultate rada i potrebne kompetencije da se oni postignu. Rezultati i kompetencije predstavljaju kriterije uspješnosti, odnosno osnovu za kasnije mjerenje i praćenje učinka i razvoja svakog pojedinca u organizaciji.

Pribavljanje i selekcija

Smisao ovog dijela HR procesa je jednostavan: postaviti prave ljude na prava mjesta. Da bismo napravili dobar odabir novih zaposlenika poslužit će u prethodnom koraku jasno definiran opis posla i opis osobe. Vrlo pojednostavljeno, prije pribavljanja i selekcije moramo precizirati što osoba koju tražimo za određenu poziciju može (sposobnosti, znanja, vještine i iskustva), kakva je (crte ličnosti, ponašanja) i što želi (očekivanja, radna motivacija, stavovi).

U proces pribavljanja i selekcije okvirno ulaze planiranje i praktična priprema postupaka, pribavljanje putem različitih kanala, smislena upotreba različitih selekcijskih metoda i tehnika s poštivanjem načela etičnosti i profesionalnosti, uvođenje kandidata u posao i konačni odabir na temelju učinka u probnom radu.

Proces pribavljanja i selekcije bit će učinkovitiji i točniji ukoliko osposobimo rukovoditelje i stručnjake za provođenje selekcijskog razgovora, standardiziramo selekcijski proces, koristimo psihološko testiranje kandidata koje uključuje testove, upitnike i druge relevantne metode predviđanja budućeg radnog ponašanja osobe na određenom radnom mjestu te ukoliko konačni odabir vršimo prema unaprijed definiranom programu i kriterijima uspješnog probnog rada.

Mjerenje i praćenje

Periodično provjeravanje dostiže li pojedinac postavljene zahtjeve glede ostvarivanja rezultata rada i razvoja kompetencija osnovna je svrha ovog HR procesa. Praćenje dostizanja postavljenih ciljeva i napretka u osobnom razvoju potrebnih kompetencija

na godišnjoj razini ključni su čimbenici upravljanja ljudima u organizaciji, za što su odgovorni neposredni rukovoditelji.

Na temelju kriterija uspješnosti u radu i osobnom razvoju najprije je potrebno razviti metode i instrumente za njihovo mjerenje i praćenje u konkretnoj organizaciji. Rezultati rada najčešće se prate analizom dostizanja planiranih ciljeva (objektivni kriteriji učinka) ili procjenom uspješnosti u izvođenju zadataka i aktivnosti na radnom mjestu (subjektivne metode mjerenja radne uspješnosti). Razvoj kompetencija zaposlenika moguće je pratiti upotrebom višesmjernog procjenjivanja svakog pojedinca na unaprijed konstruiranim ljestvicama različitih oblika, koje obično sadrže jasno definirane opise ponašanja u radu. Ovakve ljestvice, kroz opise poželjnih i nepoželjnih ponašanja u organizaciji, zapravo oslikavaju potrebne kompetencije zaposlenika na određenom radnom mjestu.

Kad su kriteriji radne uspješnosti i osobnog razvoja jasno definirani i operacionalizirani te razvijeni instrumenti i postupci za njihovo mjerenje i praćenje, potrebno je osposobiti sve uključene izvršitelje i rukovoditelje za njihovu uporabu. Tek se onda sustav uvodi u organizacijsku praksu i redovito provodi.

Godišnji razgovor

Sustav godišnjih razgovora predstavlja strukturirani organizacijski dijalog, čijim se redovitim izvođenjem osigurava praćenje izvođenja poslovnih i planova razvoja. Osnovna mu je svrha pružanje povratne informacije o učinku i osobnom razvoju te planiranje aktivnosti u narednom razdoblju. Godišnji razgovor je integrator različitih HR procesa i stoga središnji alat kojega na raspolaganju imaju rukovoditelji i služba za upravljanje ljudskim resursima za ostvarivanje zacrtane poslovne i razvojne strategije. Kada je jednom uspostavljen, predstavlja i najjednostavniji način uvođenja organizacijskih promjena i utjecaja na organizacijsku kulturu.

Sustav godišnjih razgovora potrebno je pažljivo isplanirati i provoditi u cijeloj organizaciji. Dobro je odijeliti ocjenjivački (analiza postignutog u proteklom i postavljanje ciljeva za naredno razdoblje) od razvojnog razgovora (analiza razvoja potrebnih kompetencija, planiranje potrebnog osposobljavanja i profesionalnog razvoja). I jedan i drugi razgovor provodi nadređeni rukovoditelj kroz dijalog sa svakim od svojih ljudi posebno, s tim da se ocjenjivački razgovor obično izvodi početkom, a razvojni sredinom kalendarske godine.

Tipičan sadržaj ocjenjivačkog razgovora odnosi se na uvodni pregled poslovanja i strateških usmjerenja organizacije u cjelini te posebno one organizacijske jedinice kojoj zaposlenik pripada. Zatim se prelazi na povratnu informaciju o učinku pojedinca. Analiziraju se konkretan radni rezultati zaposlenika, obično prema prethodne godine dogovorenim kriterijima uspješnosti (postavljenim ciljevima ili definiranim ključnim područjima rada, zadacima i aktivnostima koje je bilo potrebno izvoditi). Nakon usuglašavanja ocjene učinka, koja bi trebala imati i reperkusije na varijabilni dio plaće, prelazi se na planiranje ciljeva, zadataka ili aktivnosti za narednu godinu. Ocjenjivački razgovor prilika je da se u cijeloj organizaciji usklađeno određuju prioritete, a vremenom i bolje definiraju i preciznije utvrde kriteriji radne uspješnosti svakog pojedinog radnog mjesta.

Dobar razvojni razgovor utemeljen je na prethodno analiziranim procjenama radnog ponašanja, koje mogu biti prikupljene iz različitih izvora: samoprocjene, procjene nadređenog, podređenih, suradnika, pa čak i vanjskih ili unutarnjih klijenata ili korisnika, ovisno o radnom mjestu zaposlenika. Interpretacija dobivenih procjena služi za utvrđivanje razvojnih prednosti i slabosti pojedinca te za izradu konkretnog akcijskog plana razvoja kompetencija u sljedećoj godini. Plan osobnog razvoja može uključivati različite vrste osposobljavanja namijenjenih usvajanju stručnih znanja ili razvoju potrebnih vještina, ali i odluke o konkretnim promjenama radnog ponašanja, uvođenju novih načina rada ili drugih aktivnosti.

I ocjenjivački i razvojni razgovor potrebno je završiti usklađenim dogovorom zaposlenika i nadređenog rukovoditelja o tome na što se, u pogledu učinka i razvoja kompetencija, obvezao zaposlenik i kako će se pratiti izvršenje dogovorenog plana. Dobro je unaprijed dogovoriti i neke „kontrolne točke“, obično kraće kvartalne ili polugodišnje razgovore namijenjene praćenju i eventualnoj korekciji postavljenih planova.

Osposobljavanje

Smisao je ovog važnog dijela upravljanja ljudskim resursima učinkovito izvođenje svrhovitog osposobljavanja i zakonski propisanog obrazovanja zaposlenika. Glavni izazov osposobljavanja nije njegovo programiranje ili sama izvedba, već što bolja povezanost osposobljavanja sa zahtjevima organizacije. Osposobljavanje pojedinca treba se temeljiti na zahtjevima koji proizlaze iz strateške namjere (željeno stanje), na rezultatima mjerenja i praćenja (stvarno stanje) te na dogovoru između zaposlenika i neposrednog rukovoditelja (utvrđeni plan razvoja).

Osposobljavanje u organizaciji mora biti ciljno usmjereno. Sustav osposobljavanja prvenstveno je namijenjen usvajanju potrebnih stručnih znanja, razvoju sposobnosti i treningu konkretnih vještina za bolje obavljanje posla zaposlenika. Stoga treba uključivati i mehanizme provjere prijenosa novonaučenih znanja i vještina u svakodnevnu radnu praksu.

Osposobljavanja se uglavnom planiraju kroz oblikovanje kataloga obrazovanja i proces internog proračunskog planiranja, gdje se izražene potrebe i želje za osposobljavanjem usklađuju s realnim financijskim mogućnostima po pojedinim organizacijskim jedinicama. Mnoga osposobljavanja moguće je dobrim sustavom osmisliti i provoditi kroz interni prijenos znanja, uz pomoć sustava mentorstva i internih savjetnika. Ipak, za neke oblike osposobljavanja organizacija će angažirati stručnjake izvana ili uputiti svoje zaposlenike na različite formalne programe specijalističkog usavršavanja. Neka su osposobljavanja zakonski propisana i organizacija ih je dužna provoditi (zaštita na radu, obnavljanje licenci i certifikata i slično).

Ciklus osposobljavanja ima nekoliko glavnih koraka. Prvi se odnosi na utvrđivanje potreba za osposobljavanjem. Osnovu ovog koraka provodi neposredni rukovoditelj na razvojnom razgovoru sa zaposlenikom. U preciznom definiranju potreba za obrazovanjem pojedinog zaposlenika sudjeluje i HR-stručnjak, pri čemu se analiziraju i podaci praćenja

radne uspješnosti zaposlenika zabilježeni na ocjenjivačkom razgovoru. Tako utvrđene individualne potrebe za obrazovanjem dopunjuju se podacima iz strateških usmjerenja razvoja organizacije u cjelini, te se definiraju konkretni ciljevi ili mete osposobljavanja. Slijedi izbor i/ili planiranje programa osposobljavanja, priprema kataloga osposobljavanja i sama provedba obrazovnih aktivnosti. Na kraju se provodi ne samo evaluacija samog treninga ili obrazovanja, već i validacija njihove djelotvornosti, odnosno utvrđuju se stvarni praktični učinci osposobljavanja.

Karijera

Sustav razvoja karijere u organizaciji odnosi se na usklađivanje budućih potreba organizacije s ambicijama, željama i realnim potencijalima pojedinaca. Osnova sustava je karijerna politika kojom se određuju temeljna načela razvoja karijere u organizaciji: mogući smjerovi razvoja karijere, opći uvjeti za napredovanje, politika informiranja/poticanja karijernih ambicija, politika jednakih mogućnosti i financiranja razvoja zaposlenika.

Odgovornost za karijeru zaposlenih podijeljena je između pojedinca i organizacije. Iako bi se moglo reći da je karijera ponajprije ovisna o inicijativi pojedinca i da je osobna odgovornost na prvom mjestu, organizacija može poticati zaposlenike na osobni razvoj i nuditi im različite mogućnosti napredovanja. Ovo se postiže osvješćivanjem potreba za razvojem i informiranjem o prilikama za profesionalni razvoj. Organizacija u tu svrhu koristi različite komunikacijske kanale i sustave: od informiranja putem internog glasila ili intraneta, preko internog oglašavanja slobodnih radnih mjesta, zatim seminara ili radionica namijenjenih osposobljavanju o osobnom razvoju i planiranju karijere, do profesionalnog usmjeravanja i savjetovanja kroz sustavne karijerne razgovore koje vrše HR-stručnjaci.

Za razliku od ostalih organizacijskih razgovora (ocjenjivačkog i razvojnog), koje u pravilu izvode neposredno nadređeni rukovoditelji, karijerni razgovor provodi osposobljeni kadrovski stručnjak uz neposrednu koordinaciju posloводства organizacije. Razgovori o karijeri u organizaciji obično uključuju otvorenu raspravu o dugoročnijim karijernim namjerama i aspiracijama zaposlenika te razvojnim potrebama i mogućnostima organizacije. Dogovor o karijeri načelno određuje predviđeni razvojni put pojedinca, treba uključivati kako obveze zaposlenog, tako i obveze organizacije, ali nikako ne garantira automatsko napredovanje. Radi se zapravo o podršci koju stručna služba za razvoj ljudskih potencijala pruža pojedincu kroz prenošenje znanja o organizacijskoj strukturi, realistično opisivanje posla, informiranje o događajima u različitim jedinicama, pružanje povratne informacije o ocjeni potencijala odnosno kompetencijama zaposlenika, definiranje željenih budućih kompetencija zaposlenih, otkrivanje novih prilika i alternativnih načina razvoja karijere.

Napredni sustavi razvoja karijere uključuju odabir i praćenje potencijalnih/perspektivnih kadrova, odabir i razvoj nasljednika/namjesnika ključnih rukovoditelja te sustav mentora/internih savjetnika.

Kadrovske analize

Smisao je ovog dijela HR procesa pripremiti i distribuirati informacije o ljudskim resursima koje su potrebne upravi, rukovoditeljima i HR stručnjacima u svrhu praćenja i poboljšavanja procesa upravljanja ljudima u organizaciji. Analize i istraživanja koja se provode u okviru HR procesa predstavljaju jednu od osnova za proces strateškog planiranja. Često ih susrećemo i pri rješavanju teškoća u organizaciji. Stalno praćenje i primjerene analize stanja ljudskih potencijala u organizaciji mogu poslužiti kao sustav upozorenja na latentne probleme koji bi mogli imati ozbiljne posljedice za uspješnost organizacije u budućnosti. Zadatak je HR stručnjaka razviti sustav stalne organizacijske dijagnostike koji cjelovito i učinkovito usmjerava upravljanje i razvoj kadrova te na godišnjoj razini ocjenjuje djelovanje kadrovske procesa iz perspektive HR struke, rukovoditelja i svih zaposlenika.

Područja kadrovske dijagnostike mogu se svrstati u šest različitih kategorija. Prva, analiza vanjske okoline, uključuje predviđanje kretanja na tržištu radne snage, predviđanje vanjske ponude kadrova te praćenje razvoja stručnih metoda i alata HRM-a. Drugu kategoriju čine analize unutarnje okoline: analiza znanja i vještina zaposlenih (svojevrсна „inventura“ kompetencija), predviđanje unutarnje ponude kadrova, ispitivanja stavova prema radu i organizaciji i praćenje organizacijske klime i kulture. U treću kategoriju, projekciju budućih zahtjeva za kadrovima, spadaju analize različitih strateških i planskih dokumenata organizacije, priprema i vrjednovanje različitih scenarija i kadrovskih projekcija te analiza budućih potreba organizacije. Četvrtu kategoriju čine različite statističke analize kadrovskih pokazatelja: analize fluktuacije, apsentizma, bolovanja, nezgoda na radu i strukturne analize. Peta se kategorija odnosi na komparativna istraživanja unutar branše/tržišta, odnosno analizu „dobre prakse“, što podrazumijeva usporedbu HR procesa u odnosu na referentne organizacije. Šestu kategoriju čine analize učinkovitosti (ponekad i isplativosti) pojedinih dijelova ili HR procesa u cjelini.

Svrha je organizacijske dijagnostike ne samo pratiti brojčane podatke o kadrovima, već imati stalan izvor valjanih i pouzdanih informacija o tome što ljudi misle o svom poslu i organizacijskim sustavima i procesima, kako se osjećaju u radnoj okolini, koliko su zadovoljni, kako razumiju svoj položaj u organizaciji i svoju radnu i organizacijsku ulogu, kako doživljavaju svoje rukovoditelje i koliko su rukovoditelji uspješni u radu s ljudima. Na osnovi rezultata ovakvih periodičnih istraživanja pripremaju se iscrpni izvještaji koji predstavljaju dobru podlogu za odlučivanje i planiranje organizacijskih promjena.

Nagrađivanje

Svrha ovog dijela HR procesa nije samo kompenzacija za rad. Sustav nagrađivanja ima dvije temeljne funkcije: treba motivirati zaposlenike na dobar rad i podržavati njihov osobni razvoj u skladu s potrebama organizacije. Nagrađivanje uključuje i materijalni i nematerijalni dio, od kojih je ovaj potonji važniji za razvoj ljudskih potencijala. Iz perspektive zaposlenika sustav nagrađivanja je, uz razvoj karijere, najdelikatniji i motivacijski najsnažniji dio HR procesa.

Ovaj proces mora proizlaziti iz jasne vizije organizacije te poticati ono ponašanje zaposlenika koje vodi ostvarenju postavljenih ciljeva i planova organizacije, a sankcionirati nepoželjna ponašanja. Uspostavljanje dobrog procesa nagrađivanja i sankcioniranja odrazit će se na povećanje organizacijske učinkovitosti, podržavat će željenu organizacijsku kulturu, motivirati ljude za suradnju te omogućiti organizaciji da privuče i zadrži najbolje kadrove.

Sustav materijalnog nagrađivanja se obično sastoji od sljedećih ključnih elemenata: osnovne plaće determinirane zahtjevima pojedinog radnog mjesta (fiksno nagrađivanje), stimulacije za dodatno zalaganje, rezultate rada ili napredak u razvoju kompetencija (varijabilno nagrađivanje) i različitih beneficija (dodatnih poticaja kojima se ili nagrađuje radna uspješnost ili pak potiče odanost zaposlenika organizaciji). Može se reći da ne postoji jedan najbolji način materijalne kompenzacije, odnosno idealno rješenje sustava plaća. No, dobro odabrani model materijalnog nagrađivanja osigurat će osnovna primanja primjerena onima na tržištu rada, uključivati povećanje plaće adekvatno uloženom trudu i ostvarenim rezultatima te osigurati internu pravednost raspodjele. Teorijski, dobar sustav materijalnog nagrađivanja zadovoljava osnovne potrebe zaposlenih, osigurava percepciju distributivne pravednosti kod većine zaposlenih, učvršćuje zaposlenikovu procjenu vjerojatnosti da nakon uspješnog rada slijedi odgovarajuća naknada, jasno je povezan s organizacijskim ciljevima i vrijednostima te potkrepljuje kvantitetu i kvalitetu rada i unaprijed definirane poželjne oblike organizacijskog ponašanja.

Nematerijalno nagrađivanje motivira zaposlenike tako da zadovoljava njihove razvojne potrebe, osigurava pozitivnu percepciju proceduralne i interakcijske pravednosti, pojačava procjenu vjerojatnosti da za dobar rad slijedi odgovarajuće priznanje i da nakon neadekvatnog učinka ili nedovoljnog truda slijedi konstruktivna kritika. Jedan od najvažnijih motivacijskih aspekata koji spada u nematerijalno nagrađivanje je i korištenje participacije u rukovođenju, odnosno uključivanje zaposlenika u donošenje njemu važnih odluka.

Posebne teme

Posebne teme ljudskih resursa se, upravo zbog posebnih obilježja radne snage, razlikuju od organizacije do organizacije. Ovisne su dijelom o specifičnostima djelatnosti organizacije (industrije ili branše), dijelom o povijesnim i društvenim okolnostima njenog razvoja, ali i o različitim organizacijskim rješenjima koja se odnose na mjesto i ulogu sektora ljudskih resursa u funkcioniranju organizacije.

Sadržajno se posebne teme upravljanja ljudskim resursima u organizacijama ponajprije odnose na osiguravanje standarda specifične zaštite zdravlja, kvalitete života i socijalne zaštite. Oni uključuju sigurnost i zaštitu na radu, socijalni standard zaposlenih (prehranu, dječji vrtić, cjelodnevni boravak školske djece, rekreacijske kapacitete, odmarališta), potporu ravnoteži radnog i osobnog života, promicanje zdravlja i zdravog načina života, informiranje (interno glasilo, intranet), pravnu pomoć, socijalnu skrb o osobama umanjene zdravstvene radne sposobnosti te sudjelovanje u akcijama društveno odgovornog poslovanja u lokalnoj zajednici.

Posebne teme upravljanja ljudskim resursima mogu se odnositi i na specifične situacije i pojave u radnom okruženju koje su zbog svojih posljedica posebno važne i pojedincu i organizaciji. Radi se, primjerice, o učestalim izvanrednim događajima (nezgodama na radu, incidentima), zlostavljanju na radu, zlouporabi alkohola i droga na radnom mjestu te drugim rizičnim ponašanjima zaposlenika.

Pravni vidici

Uređeni radno-pravni odnosi nužna su pretpostavka normalnog funkcioniranja organizacije. Može se reći da je to pitanje organizacijske infrastrukture, odnosno „higijene“ organizacije. Organizacija se mora pobrinuti da različite opće akte, pravilnike, kolektivne i/ili individualne ugovore koji reguliraju odnose zaposlenika i organizacije uskladi s pozitivnim zakonskim propisima, što može utjecati na broj mogućih radno-pravnih sporova.

Poseban element ovoga dijela procesa upravljanja ljudskim resursima odnosi su s predstavnicima zaposlenih, pri čemu je potrebno izgraditi primjeren odnos kako s radničkim vijećem, tako i s predstavnicima sindikata.

Administracija

Uređenost dokumentacije i korektnost pri izvršavanju kadrovskih postupaka, često propisanih Zakonom o radu i drugim zakonskim aktima, osnova je za sve ostale elemente upravljanja ljudima u organizaciji. Bez te osnovne administrativne uređenosti nemoguće je izvoditi kompleksnije kadrovske procese.

Kadrovska administracija odnosi se na provođenje postupaka prijave i odjave zaposlenika, arhiviranje, čuvanje radnih knjižica, vođenje kadrovske evidencije i kartoteke te uručivanje različitih dokumenata. Veliku pomoć u kontroli dokumenata, provođenju različitih postupaka i upravljanju kadrovskim podacima pruža primjeren kadrovski informacijski sustav koji je, s različitim ovlastima, dostupan kako HR stručnjacima, tako i rukovoditeljima i zaposlenicima.

3.4.5.3. Uloga rukovoditelja u prevenciji radnih stresora

Očuvanje mentalnog zdravlja na radnom mjestu utemeljeno je na nekoliko važnih principa koji se često zaboravljaju. Prvo, zdravlje pojedinca i organizacije su međuovisni. Drugo, rukovoditelji su odgovorni za zdravlje pojedinca i organizacije. Nadalje, narušavanje zdravlja pojedinca i organizacije nije neizbježno. I konačno, i pojedinac i organizacija reagiraju na narušeno zdravlje na sebi svojstven i jedinstven način.

Uvažavajući navedene principe, univerzalne je intervencije za prevenciju poremećaja mentalnog zdravlja u organizaciji potrebno provoditi u okviru redovitog odvijanja svih procesa i aktivnosti upravljanja ljudima u organizaciji. U tome najvažniju ulogu, pored

HR stručnjaka, imaju rukovoditelji svih razina upravljanja. U tablici 1. prikazane su organizacijske intervencije namijenjene reduciranju radnih stresora razvrstane u pojedine dijelove procesnog modela upravljanja ljudskim resursima prikazanog ranije. Popis radnih stresora odabran je i prilagođen iz većeg broja preglednih radova ili priručnika u kojima se na različite načine klasificiraju stresne karakteristike posla i organizacije (Cotton i Hart, 2003.; Sonnentage i Frese, 2003.; Jex, 2002.; Hart i Cooper, 2001.; Cox, Griffiths i Rial-Gonzales, 2000.; Cox, 1993.; Kahn i Byosiere, 1992.; Kasl, 1991.). U prikazu organizacijskih intervencija nastoji se jasno odrediti i razlikovati uloga stručnjaka (organizacijskog psihologa) i menadžmenta (rukovoditelja svih razina) u redukciji stresora vezanih uz kontekst i sadržaj rada.

Tablica 1. Intervencije za prevenciju radnih stresora u procesima upravljanja ljudskim resursima: uloga stručnjaka i rukovoditelja

| Procesi upravljanja ljudskim resursima | Radni stresori vezani uz kontekst i sadržaj rada | Uloga stručnjaka u prevenciji radnih stresora | Uloga rukovoditelja u prevenciji radnih stresora |
|--|---|---|--|
| 1. Strateška usmjerenja | <ul style="list-style-type: none"> nejasno definiranje poslovnih ciljeva i strategija organizacije loša komunikacija strateških namjera organizacije | <ul style="list-style-type: none"> sudjelovanje u strateškom upravljanju organizacijom usklađivanje strategije razvoja ljudskih potencijala i plana kadrova s poslovnim strategijama | <ul style="list-style-type: none"> razjašnjavanje i prikladno komuniciranje vizije, strategije, vrijednosti i ciljeva organizacije osiguravanje jasnoće i općenito poboljšanje silazne komunikacije |
| 2. Zahtjevi | <ul style="list-style-type: none"> neodređenost radne uloge sukob radnih uloga preopterećenje ili podopterećenje radnim ulogama neravnoteža ovlašti i odgovornosti u radu nejasan zapovjedni lanac (organizacijska struktura, hijerarhija odgovornosti) radna uloga koja uključuje visoku odgovornost za ljude nedostatak kontrole nad poslom, manjak autonomije u radu monotonija u radu kratki radni ciklusi rascjepkanost ili neznajajnost posla brz tempo rada ili visok pritisak zbog rokova raspored rada i odmora varijacije u radnom opterećenju prekidi u radu | <ul style="list-style-type: none"> sudjelovanje u analizi radnih mjesta rad na sistematizaciji radnih mjesta ažuriranje opisa poslova kod uvođenja organizacijskih promjena definiranje potrebnih kompetencija za uspješno obavljanje posla sudjelovanje i pomoć rukovoditelju u preraspodjeli poslova i zadataka u svrhu optimalnog korištenja znanja i vještina zaposlenih | <ul style="list-style-type: none"> osiguranje jasnoće radne uloge kroz precizno definiran opis posla, jasno definiranje ciljeva i zadataka, inzistiranje na definiranju odgovornosti u poslu smanjenje sukoba radnih uloga smanjenje nesigurnosti u poslu povećanje raznolikosti kraćih radnih ciklusa, sprječavanje rascjepkanosti/ beznačajnosti posla preraspodjela poslova ili zadataka u svrhu povećanja korištenja vještina uspostavljanje ravnoteže ovlašti i odgovornosti zaposlenika na radnom mjestu povećanje kontrole nad tempom rada (radno opterećenje/radni ritam) i općenito povećanje kontrole nad poslom smanjenje radnog preopterećenja/ podopterećenja zaposlenika poticanje zaposlenika na sudjelovanje u odlukama koje utječu na njihov posao |

| | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| <p>3. Pribavljanje i selekcija</p> | <ul style="list-style-type: none"> • nepodudarnost u očekivanjima i/ili vrijednostima pojedinca i organizacije • izloženost predrasudama vezanih uz dob, spol, etničku pripadnost i slično • općenito diskriminatorne politike odabira i zapošljavanja | <ul style="list-style-type: none"> • sudjelovanje u postupcima pribavljanja i odabira uz poštivanje pravila struke i etičnosti u radu • praćenje unutarnje i vanjske ponude kadrova • osposobljavanje rukovoditelja za nepristrano odlučivanje pri odabiru novih zaposlenika • evaluacija postupaka pribavljanja, selekcije i zapošljavanja i predlaganje mjera za poboljšanje | <ul style="list-style-type: none"> • upoznavanje kandidata za zaposlenje u postupku selekcije s organizacijskim očekivanjima kroz realan opis posla • osiguravanje proceduralne pravednosti pri odabiru kandidata za zaposlenje • nepristrano donošenje odluka o zapošljavanju • precizno definiranje kriterija praćenja uspješnosti tijekom probnog rada |
| <p>4. Mjerenje i praćenje</p> | <ul style="list-style-type: none"> • nejasni kriteriji mjerenja radne uspješnosti • nedostatak definiranja potrebnih kompetencija za uspješan rad • neadekvatne mjere radne uspješnosti | <ul style="list-style-type: none"> • sudjelovanje u postupcima određivanja kriterija i standarda radne uspješnosti • pomoć rukovoditeljima u definiranju potrebnih kompetencija zaposlenika • unaprijeđenje metoda i tehnika mjerenja i praćenja uspješnosti • konstrukcija i validacija instrumenata za procjenu radne uspješnosti | <ul style="list-style-type: none"> • poboljšanje proceduralne pravednosti vezane uz ocjenjivanje uspješnosti u radu i razvoja potrebnih kompetencija • određivanje kriterija i postupaka mjerenja uspješnosti i razvoja unaprijed i uz sudjelovanje samih zaposlenika • određivanje i upoznavanje zaposlenika s kriterijima materijalne i nematerijalne stimulacije dobrog rada i razvoja kompetencija |
| <p>5. Godišnji razgovori</p> | <ul style="list-style-type: none"> • nedostatak podrške kod rješavanja problema u radu i osobnog razvoja • nedostatak participacije u donošenju odluka • loši odnosi s nadređenim • interpersonalni sukobi | <ul style="list-style-type: none"> • uspostava postupaka i vođenje evidencije o praćenju uspješnosti i razvoju kompetencija svih zaposlenika • osposobljavanje i razvoj rukovoditelja u svrhu većeg korištenja participativnog stila vođenja i dijaloga • pomoć rukovoditeljima kod rješavanja interpersonalnih sukoba | <ul style="list-style-type: none"> • adekvatno rješavanje problema u poslu • poboljšanje uzlazne komunikacije • razvoj povjerenja, suradnje i klime podrške u organizaciji • pružanje povratne informacije o učinku i razvoju kompetencija • povećanje interakcijske pravednosti • povećanje participacije zaposlenih u donošenju odluka • uključivanje zaposlenih u ocjenjivanje uspjeha i postavljanje ciljeva |

| Procesi upravljanja ljudskim resursima | Radni stresori vezani uz kontekst i sadržaj rada | Uloga stručnjaka u prevenciji radnih stresora | Uloga rukovoditelja u prevenciji radnih stresora |
|--|--|--|--|
| 6. Osposobljavanje | <ul style="list-style-type: none"> • nedovoljna razvojna orijentacija organizacije • nedostatak prilika za usvajanje novih znanja i učenje novih vještina • nedostatak osposobljavanja potrebnog za uspješno obavljanje posla • nedovoljno korištenje vještina | <ul style="list-style-type: none"> • usklađivanje plana obrazovanja zaposlenih s poslovnim strategijama organizacije • razvoj sustava osposobljavanja • pomoć rukovoditeljima u utvrđivanju potreba za obrazovanjem • programiranje potrebnih obrazovnih aktivnosti • sudjelovanje u osposobljavanju rukovoditelja i zaposlenika • evaluacija provedenog osposobljavanja i predlaganje poboljšanja i razvoja obrazovnih aktivnosti | <ul style="list-style-type: none"> • utvrđivanje potreba za obrazovanjem zaposlenih • osiguravanje uvjeta za potrebno osposobljavanje zaposlenika • provođenje osposobljavanja zaposlenika na radnom mjestu • sudjelovanje u programiranju obrazovnih aktivnosti • evaluacija učinkovitosti provedenog osposobljavanja i transfera naučenog u svakodnevnom radu |
| 7. Karijera | <ul style="list-style-type: none"> • stagnacija, nemogućnost napredovanja • nesigurnost karijere • nesigurnost posla ili suficitarnost zanimanja • nemogućnost upotrebe znanja, vještina i sposobnosti • loš status ili nepodudarnost statusa • općenito niska društvena vrijednost rada | <ul style="list-style-type: none"> • razvoj sustava profesionalnog razvoja ili karijere u organizaciji • sudjelovanje u odlučivanju o napredovanju ili nazadovanju • sudjelovanje u odabiru i praćenju ključnih i perspektivnih kadrova • razvoj sustava mentorstva i razvoja nasljednika | <ul style="list-style-type: none"> • osiguravanje mogućnosti napredovanja i razvoja karijere • sudjelovanje u praćenju razvoja karijere zaposlenika • odabir i razvoj nasljednika • povećanje zadovoljstva zaposlenika statusom u organizaciji • djelovanje na opće društveno vrijedovanje rada, promoviranje cjeloživotnog učenja i zapošljivosti |
| 8. Kadrovske analize | <ul style="list-style-type: none"> • nemogućnost izražavanja prigovora ili nezadovoljstva poslom | <ul style="list-style-type: none"> • praćenje organizacijskih i individualnih izvora stresa u radu • redovito praćenje organizacijske klime, zadovoljstva poslom i drugih stavova prema radu i organizaciji • praćenje pokazatelja uspješnosti HR procesa, upoznavanje rukovodstva i predlaganje mjera za poboljšanje | <ul style="list-style-type: none"> • osiguravanje prilika za izražavanje stavova i mišljenja zaposlenih • sudjelovanje u istraživanjima i praćenju stavova prema radu i organizaciji • analiziranje i uvažavanje kadrovskih pokazatelja, rezultata istraživanja organizacijske klime i zadovoljstva poslom i planiranje poboljšanja |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| 9. Nagradivanje | <ul style="list-style-type: none"> niske plaće nedostatak priznanja ili nagrade za dobar rad neadekvatno nagradivanje dodatnog zalaganja ili rezultata mehanični plaće koji utječu na radni ritam (plaćanje po satu ili učinku) | <ul style="list-style-type: none"> ispitivanje motivacije za rad i evaluacija učinkovitosti sustava nagradivanja predlaganje mjera za povećanje distributivne pravednosti edukacija rukovoditelja o radnoj motivaciji | <ul style="list-style-type: none"> poboljšanje distributivne pravednosti osiguranjem pravednih omjera među plaćama zaposlenih, transparentnim i dosljednim vrjednovanjem rada kod određivanja fiksne plaće određivanje i provođenje adekvatne materijalne i nematerijalne stimulacije i nagradivanja dobrog rada zaposlenika |
| 10. Posebne teme | <ul style="list-style-type: none"> teški, rizični, neugodni ili opasni fizički uvjeti rada potreba za skrivanjem negativnih emocija tijekom interakcije s klijentima / korisnicima stalna izloženost radu s klijentima / korisnicima, izloženost nasilju, prijetnjama ili zlostavljanju socijalna ili fizička izolacija rad u smjenama konfliktni zahtjevi radne i obiteljske uloge nefleksibilno ili nepredvidljivo radno vrijeme tehnološke promjene | <ul style="list-style-type: none"> ispitivanje sposobnosti i osobina radnika kod poslova s posebnim uvjetima rada sudjelovanje u razvoju specifičnih vještina zaposlenika potrebnih za bolje suočavanje sa stresnim radnim uvjetima definiranje i prepoznavanje nasilja i zlostavljanja na radnom mjestu sudjelovanje u kreiranju radnog ciklusa i sustava smjenskog rada rad na poboljšanju odnosa s nadređenima ispitivanje sukoba radne i obiteljske uloge i predlaganje poboljšanja pomoć pri osposobljavanju kod uvođenja tehnoloških promjena | <ul style="list-style-type: none"> rješavanje komunikacijskih problema u organizaciji pomoć u suočavanju sa stresom kod trajne izloženosti zaposlenika klijentima /kupcima razvoj vještina suočavanja zaposlenika s visokim pritiskom zbog rokova razvoj povjerenja, suradnje i klime podrške u organizaciji eliminiranje štetnih uvjeta rada sprječavanje socijalne ili fizičke izolacije povećanje socijalne ili praktične podrške na poslu uvođenje primjerenih oblika smjenskog rada, fleksibilnog radnog rasporeda i povećanje predvidljivosti radnog vremena |
| 11. Pravni vidici | <ul style="list-style-type: none"> nepoštivanje zakonskih propisa nepoštivanje odredbi kolektivnog ugovora nepridržavanje odredbi internih pravilnika kojima se reguliraju prava i obveze zaposlenika | <ul style="list-style-type: none"> sudjelovanje u kolektivnom pregovaranju i kreiranju internih pravilnika i ugovora o radu poštivanje odredbi i internih pravilnika u kreiranju sustava i postupaka upravljanja ljudima | <ul style="list-style-type: none"> poštivanje zakonskih odredbi i internih pravilnika u svim procesima i aktivnostima upravljanja ljudima promoviranje tolerancije, sigurnosti i pravednosti na radnom mjestu |
| 12. Administracija | <ul style="list-style-type: none"> zahtjevne administrativne procedure | <ul style="list-style-type: none"> pojednostavljenje administracije | <ul style="list-style-type: none"> olakšavanje administrativnih procedura |

3.4.5.4. Zaključak

Prikazana uloga organizacijskog psihologa u univerzalnim intervencijama očuvanja mentalnog zdravlja u organizaciji upućuje na izrazitu složenost zahtjeva koji se danas postavljaju pred HR stručnjake u svrhu smanjenja stresora u radnoj okolini. Naime, HR funkcija u organizaciji uključuje četiri različite i nerijetko proturječne uloge: ulogu strateškog partnera rukovodstvu organizacije, ulogu zagovaratelja i zastupnika zaposlenih, ulogu administrativnog eksperta i ulogu nositelja organizacijskih promjena (Schein, 2008.). Svaka od ovih uloga iziskuje posve različit skup znanja, vještina i stavova, što je samo po sebi stresno za izvršitelja navedenih stručnih aktivnosti. Stoga je organizacijski psiholog u situaciji da, vodeći brigu o mentalnom zdravlju organizacije, ponajprije dobro uskladi i balansira različite radne uloge u svom poslu.

S druge strane, uloga rukovoditelja u očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih prvenstveno se temelji na upotrebi suportivnog i participativnog stila rukovođenja ljudima. Prema modelu organizacijskog zdravlja (Cotton i Hart, 2003.) ponašanje rukovoditelja trebali bi karakterizirati pristupačnost i osjetljivost na zahtjeve zaposlenih, razumijevanje njihovih problema, razjašnjavanje očekivanja, ciljeva i prioriteta u poslu, aktivno traženje sudjelovanja i neposredne uključenosti zaposlenika u odlučivanju, pružanje prilika i poticanje zaposlenih na suradnju, delegiranje i ohrabrivanje zaposlenih na preuzimanje inicijative, pouzdanost u radu pod pritiskom, pružanje podrške zaposlenicima kada posao ne ide dobro, osiguravanje česte i neformalne razvojno orijentirane povratne informacije zaposleniku, tretiranje ljudi s obzirom i poštovanjem, poticanje drugih da čine isto te nepristrano i pravedno vladanje prema svojim zaposlenicima. Ovakvim ponašanjem rukovoditelj provodi univerzalne intervencije sprječavanja radnih stresora koji proizlaze iz zahtjeva posla i radnih uloga, nedostatka kontrole i podrške u radu, međuljudskih odnosa te uvođenja organizacijskih promjena.

Usklađeno djelovanje psihologa i rukovoditelja u svim ranije opisanim procesima upravljanja ljudskim resursima za posljedicu će imati jasnije radne i organizacijske uloge, veću radnu motivaciju i pozitivne stavove zaposlenih, brži razvoj potrebnih kompetencija, kvalitetnije donošenje odluka, bolje međuljudske odnose, povoljniju organizacijsku klimu i jaku organizacijsku kulturu te općenito optimalno organizacijsko funkcioniranje.

Ukratko, uz stručnu podršku organizacijskog psihologa, rukovoditelj treba upravljati svojim ljudima na način koji osigurava prevenciju problema mentalnog zdravlja na radnom mjestu i tako dugoročno utječe na zdravlje i dobrobit i zaposlenika i organizacije.

Literatura:

1. Cimerman, M., Jerman, S., Klarič, R., Ložar, B., Sušan, Z. (2003.): *Manager, prvi med enakimi: knjiga o slovenskem managementu*, Ljubljana: GV Založba
2. Cotton, P., Hart, P.M. (2003.): Occupational Wellbeing and Performance: A Review of Organizational Health Research, *Australian Psychologist*, 38, 1, pp.118-127
3. Cox, T. (1993.): *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*, Sudbury: HSE Books
4. Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzales, E. (2000.): *Research on Work related Stress*, European Agency for Safety and Health at Work

5. Faragher, E. B., Cass, M., Cooper, C. L. (2005.): The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis, *Occupational & Environmental Medicine*, 62, 105-112
6. Hart, P. M., Cooper, C. L. (2001.): Occupational Stress: Toward a More Integrated Framework, in Anderson, N., Ones, D. S., Sinangil, H. K. and Viswesvaran, C. (eds.): *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology, Vol. 2 Organizational Psychology*, pp.93-114, London: Sage Publications
7. Jex, S. M. (2002.): *Organizational Psychology: A Scientist-Practitioner Approach*, New York: John Wiley and Sons
8. Kahn, R. L., Byosiere, P. (1992.): Stress in Organizations, in Dunnette, M. D. and Hough, L. M. (eds.): *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 2nd edition, Vol. 3, pp. 571-650, Palo Alto: Consulting Psychologists Press
9. Kasl, S. V. (1991.): Assessing health risk in the work setting, in Schroeder, H.E. (ed.): *New directions in health psychology assessment*, pp. 95-125, New York: Hemisphere publishing
10. Jerman, S., Sušanj, Z., Cimerman, M. (2009.): Procesni model HRM - HR Navigator <http://www.atadria.com/cro-index.php>
11. Schein, E. H. (2008.): *Promjena uloge rukovoditelja za ljudske potencijale*, Bled, IEDC Poslovna šola
12. Sonnentage, S., Frese, M. (2003.): Stress in organizations, in Borman, W. C., Ilgen, D. R. and Klimoski, R. J. (eds.): *Handbook of psychology, Vol. 12 Industrial and Organizational Psychology*, pp. 453-492, New Jersey: John Wiley and Sons

3.4.6. Upravljanje stresom na radnom mjestu

3.4.6.1. Uvod

Prekomjerna izloženost stresu na radnom mjestu dugoročno ima štetne posljedice za organizaciju u vidu niže produktivnosti zaposlenika i učestalijih izostanaka s posla zbog bolovanja. Posredno je povezana i s većom učestalošću izvanrednih događaja, incidenata i nezgoda na radu uzrokovanih ljudskim čimbenicima, koji imaju za posljedicu neposrednu štetu za organizaciju, a ujedno su i značajan izvor stresa u organizaciji. Prekomjerna izloženost stresu, na ovaj način je posredno povezana i s većom fluktuacijom zaposlenika, što povećava troškove za trening, uvođenje na radno mjesto. Financijski aspekt ovih pojava predstavlja objektivni argument koji opravdava uvođenje programa upravljanja stresom na radnom mjestu u uobičajenu poslovnu praksu radne organizacije.

Osim što se upravljanjem stresom na radnom mjestu dugoročno povećava produktivnost i kvaliteta roba i usluga, u prilog isplativosti intervencija usmjerenih upravljanju stresom na radnom mjestu govori činjenica da su troškovi prevencije niži od troškova za bolovanja, kao i od troškova uzrokovanih nezgodama. Financijski je isplativo i provoditi mjere zaštite radnika od opasnosti na radnom mjestu koje bi mogle uzrokovati ozljede ili bolesti, koje su pravno regulirane, a kršenje ovih propisa ima financijske posljedice za poslodavca. Također, u kontekstu nove socijalne politike koja promiče društveno odgovorno poslovanje i naglašava poštovanje etičkih načela. Primijenjeno na radno mjesto ovo znači osigurati zaposleniku zdravlje i sigurnost pa zdravlje radnika postaje važno poslovno sredstvo tvrtke, postaje čimbenik konkurentnosti te tako poslodavcu financijski isplativo. Zdravo radno mjesto postaje ujedno interes poslodavaca i zaposlenika te je značajan čimbenik koji omogućuje visoku produktivnost uz održivi razvoj radne snage.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2010.), zdravo radno mjesto je ono u kojem radnici i rukovoditelji surađuju pri korištenju kontinuiranog procesa poboljšanja za zaštitu i promicanje zdravlja, sigurnosti i dobrobiti svih radnika i održivosti radnog mjesta, na osnovi identificiranih potreba, uzimajući u obzir sljedeće:

- zdravstvene i sigurnosne probleme u okolišu fizičkog rada
- brigu za zdravlje, sigurnost i dobrobit u psihosocijalnom radnom okruženju, uključujući i organizaciju rada na radnom mjestu i kulturu
- osobne zdravstvene resurse na radnom mjestu
- načine sudjelovanja u zajednici sa svrhom unaprjeđenja zdravlja radnika, njihovih obitelji i drugih članova zajednice.

Za stvaranje zdravog radnog mjesta, poduzeće treba uzeti u obzir načine ili područja utjecaja gdje se određene aktivnosti mogu najbolje odvijati i najučinkovitije procese kojima poslodavci i radnici mogu poduzeti akciju. WHO (2010.) predlaže model oblikovanja zdravog radnog mjesta, razvijen kroz sustavan pregled literature i stručne revizije, prema kojem je kroz inicijative za zdravo radno mjesto moguće mobilizirati ili utjecati na četiri ključna područja:

- fizički radni okoliš
- psihosocijalni radni okoliš
- osobne zdravstvene resurse
- sudjelovanje poduzeća u zajednici.

Kritični aspekti procesa u modelu oblikovanja zdravog radnog mjesta uključuju naglasak na kontinuirane, korak-po-korak, procese mobilizacije radnika i njihovo uključivanje u zajednički skup etike i vrijednosti u organizaciji.

3.4.6.2. Kako upravljati stresom na radnom mjestu

Ključno područje na kojem psiholozi mogu najviše pridonijeti u oblikovanju zdravog radnog mjesta je psihosocijalno radno okruženje, koje uključuje organizacijsku kulturu, kao i stavove, vrijednosti, uvjerenja i dnevne prakse u poduzeću koje utječu na mentalno i fizičko zdravlje zaposlenika.

WHO (2010.) navodi primjere psihosocijalnih rizika za mentalno i fizičko zdravlje zaposlenika koji uključuju, ali nisu ograničeni na:

- lošu organizaciju rada (problemi s radnim zahtjevima, pritiskom vremena, vremenom donošenja odluka, nagrade i priznanja, potpora nadzornih tijela, jasnoća posla, dizajn posla, loša komunikacija)
- organizacijsku kulturu (nedostatak politike i prakse u vezi s dostojanstvom i poštovanjem za sve radnike, uznemiravanje i zlostavljanje, rodna diskriminacija, stigmatizacija zbog HIV statusa, netolerancija za etničke i vjerske raznolikosti, nedostatak podrške zdravim stilovima života)
- stil rukovođenja i nadzor uprave (nedostatak konzultacija, pregovaranje, dvosmjerna komunikacija, konstruktivne povratne informacije, poštovanje, upravljanje učinkom)
- nedostatak podrške za uravnoteženost profesionalnog i privatnog života
- strah od gubitka posla u vezi s udruživanjem, stjecanjem ili reorganizacijom tržišta rada/ gospodarstva.

Pri rješavanju identificiranih opasnosti za zdravlje u psihosocijalnom radnom okruženju, koje se obično procjenjuju pomoću anketa i intervjua, kontrolu i intervencije treba primijeniti na rješavanje čimbenika rizika (WHO, 2010.) uključujući:

- uklanjanje ili izmjenu na samom izvoru: preraspodijeliti posao da se smanji opterećenje, ukloniti nadzornike ili trenirati komunikaciju i organizacijske sposobnosti, primijeniti nultu toleranciju za uznemiravanje i diskriminaciju na radnom mjestu
- smanjivanje utjecaja na radnike: dopustiti fleksibilnost u nošenju sa situacijama konflikta profesionalnog i privatnog života, osigurati nadzor i podršku suradnika (resursi i emocionalna potpora), dopustiti fleksibilnost na mjestu i u vremenu rada, te osigurati pravovremenu, otvorenu i iskrenu komunikaciju

- zaštitu radnika podižući njihovu svijest i omogućavajući im obučavanje, na primjer vezano uz sprječavanje sukoba ili situacije zlostavljanja.

Intervencije upravljanja stresom na radnom mjestu, usmjerene redukciji stresora vezanih uz kontekst i sadržaj rada u svrhu optimizacije radnog procesa i podizanja produktivnosti te unaprjeđenja psihosocijalnog okruženja, potrebno je provoditi u okviru redovitih procesa, sustava i aktivnosti upravljanja ljudima u organizaciji. Na taj način se djeluje na organizacijsko funkcioniranje i organizacijsku kulturu, radne/organizacijske uloge, motivaciju i stavove zaposlenih, razvoj karijere, donošenje odluka, međuljudske odnose na poslu, dizajn posla, kvantitetu i kvalitetu rada te radni raspored. Ove će intervencije biti djelotvornije ukoliko su ti procesi, sustavi i aktivnosti rukovođenja međusobno dobro povezani, pa kao okvir pregledu organizacijskih intervencija namijenjenih upravljanju stresom i prevenciji problema mentalnog zdravlja može poslužiti procesni model upravljanja ljudskim resursima (Sušan, 2012.).

U praksi je teško moguće postići idealan uspjeh preventivnih intervencija i kad su one dobro integrirane u procese upravljanja ljudskim resursima jer se u radnom i poslovnom procesu neprestano javljaju nove situacije i zahtjevi kojima se treba prilagođavati, a koje mogu predstavljati rizike za stres. Stoga je korisno pratiti moguće izvore stresa koji se javljaju u organizacijskoj praksi i sustavno ih kontrolirati te intervenirati.

Upravljanje stresom na radnom mjestu (*Managing stress in the workplace;2000.*) trebalo bi obuhvatiti procese:

- identificiranje i procjenjivanje aktualnih i potencijalnih rizika
- razvoja strategija upravljanja s ciljem eliminiranja ili kontroliranja ovih rizika
- osvještavanja zaposlenih o stresnim reakcijama, kod njih i kod suradnika.

Implementacija programa upravljanja stresom na radnom mjestu provodi se u sljedećim koracima: senzibiliziranje menadžmenta, definiranje očekivanja od programa, izrada plana, identificiranje izvora/opasnosti za stres, procjenu rizika za provedbu programa, kontrolu rizika provedbe, praćenje stanja, evaluaciju i unaprjeđivanje programa.

Upravljanje stresom na radnom mjestu potreba je proizašla iz radne prakse opravdana poslovnim interesom. Principi izrade i implementiranja programa upravljanja stresom na radnom mjestu u praksu organizacije trebaju biti poslovno opravdani, smisleno postavljenih ciljeva, uklopljeni u radnu rutinu te učinkoviti i uspješni. Za unaprjeđenje psihosocijalnog okruženja i odnosa na radnom mjestu, kao potporu oblikovanju zdravog radnog mjesta, važno je u organizacijsku kulturu implementirati etičke principe.

Za organizaciju su zbog svojih neposrednih štetnih posljedica na radni proces i produktivnost, organizacijsku klimu, zdravlje zaposlenika i moguće pravne posljedice, posebno zanimljivi incidenti i nezgode te postupci diskriminacije i povrjede dostojanstva radnika. Povrjede dostojanstva radnika mogu biti jasno prepoznatljivi događaji ili pak suptilni procesi zlostavljanja, koje je često teško prepoznati. Mogu biti posredno ili neposredno povezani s izloženošću stresu, a njihovo javljanje u organizacijskom okruženju predstavlja značajan rizik za izloženost prekomjernom stresu zaposlenih.

3.4.6.3. Prevencija izvanrednih događaja na radnom mjestu

Izvanredni događaj je neželjeni, nenamjerni ili neočekivani događaj ili slijed takvih događaja u organizaciji, koji ima za posljedicu bilo koju vrstu štete. Odnosi se na nešto što se zbilom u neko određivo vrijeme i na odredivom mjestu, što odudara od uobičajenog rasporeda, sastava, plana ili programa u okviru djelatnosti organizacije. Šteta može biti materijalna i/ili nematerijalna ozljeda ili povrjeda zdravlja, dostojanstva, časti, ugleda, prava osobe, uzrokovana tuđom radnjom ili propuštanjem radnje. Ovisno o vrsti i intenzitetu štetnih posljedica, odnosno o njihovom utjecaju na stanje uneravnoteženosti kod pojedinaca i u organizaciji, izvanredni događaj može za organizaciju i sudionike predstavljati kritični događaj. Neposredno ili posredno uključeni sudionici kritični događaj mogu doživjeti različito intenzivno, kao stresni ili kao traumatski događaj i on za njih može imati različite posljedice. Bez obzira na intenzitet posljedica, za uspješno upravljanje stresom u organizaciji korisno je prevenirati izvanredne događaje jer i kad nemaju jasno uočljive posljedice mogu ostaviti trag u međuljudskim odnosima, izazvati konflikte koji mogu biti podloga nastanku novog izvanrednog događaja ili pokretači procesa zlostavljanja.

Za učinkovitu prevenciju, odnosno uspješno smanjenje učestalosti javljanja izvanrednih događaja u organizaciji, važno je opredijeliti moguće izvanredne događaje glede na djelatnost organizacije, organizacijske vrijednosti i politiku. Važno je identificirati rizične čimbenike koji mogu pridonijeti javljanju izvanrednih događaja, kao i zaštitne čimbenike unutar organizacije koji smanjuju vjerojatnost javljanja izvanrednih događaja. Osim fizičkih, sigurnosnih i zdravstvenih čimbenika, za javljanje izvanrednih događaja značajnu ulogu imaju psihološki i psihosocijalni čimbenici.

Gljučnu ulogu u prevenciji izvanrednih događaja imaju rukovoditelji na svim razinama pa je potrebno i opravdano preventivne aktivnosti usmjeravati na jačanje njihovih kompetencija i pružanje potrebne potpore u rukovođenju u vidu supervizijskog nadzora, odgovarajuće potrebama razine na kojoj rukovode (Gulin, 1996.). Kompetencije rukovoditelja trebale bi obuhvatiti potrebna znanja i razumijevanje svih aspekata funkcioniranja čovjeka u radnom i organizacijskom okruženju te vještine organiziranja, komuniciranja, rješavanja konflikata, prepoznavanja problema i odgovarajućeg reagiranja na problem. Pozicija neposrednih rukovoditelja omogućuje dobar uvid u probleme zaposlenih, pravovremeno prepoznavanje problema kod pojedinca ili u skupini, pravovremenu inicijalnu intervenciju potpore i pomoći, te upućivanje u postupak pružanja stručne pomoći, ako je ta potrebna. Poziciju rukovoditelja može se djelotvorno koristiti u prevenciji izvanrednih događaja, uz učinkovit sustav stručne potpore u kompetencijama rukovoditelja i rješavanju problema „u hod“ te supervizijski nadzor kvalitete rada.

Pojave koje mogu biti važan čimbenik u nastanku incidenata i nezgoda na radnom mjestu ili same predstavljati izvanredni događaj trebale bi biti obuhvaćene preventivnim aktivnostima usmjerenim oblikovanju zdravog radnog mjesta. Zbog svoje učestalosti, prirode i štetnih posljedica za organizaciju posebno su aktualni: zamor radne snage, zlouporaba alkohola i droga, kockanje,

nasilje i zlostavljanje, diskriminacija, seksualno uznemiravanje i nasrtanje, interpersonalni konflikti. Zloupotreba alkohola i droga na radnom mjestu predstavlja kršenje propisa, a zbog posljedica za zdravlje obuhvaćena je u nacionalnim preventivnim programima, koje bi trebale provoditi i radne organizacije. Zbog specifičnog utjecaja problematičnog korištenja alkohola i droga i bolesti ovisnosti na radno funkcioniranje, neovisno o nacionalnim preventivnim programima, radne bi organizacije trebale provoditi preventivne aktivnosti zbog svog poslovnog interesa. Ovim preventivnim aktivnostima trebalo bi biti obuhvaćeno i kockanje, ponašajna ovisnost koju teže uočavamo, ali može imati snažne posljedice na radno funkcioniranje i na međuljudske odnose.

Mogući važan čimbenik za javljanje izvanrednih događaja je kritični događaj koji je izazvao veliku štetu pa povlači pitanja utvrđivanja odgovornosti, ili za posljedicu ima snažne stresne reakcije ili traumatske posljedice za pojedince. Učinkovita prevencija kako posljedica stresa kod pojedinaca, tako i mogućih novih izvanrednih događaja je pravovremena psihološka krizna intervencija ili *debriefing* (eng.) nakon kriznog događaja. Korisno je *debriefing* (eng.) raditi kod svih sudionika kritičnih događaja sa snažnim stresnim reakcijama. Kad se radi o traumatiziranoj osobi, treba oprezno provoditi inicijalni razgovor o traumatskom događaju i osobu uključiti u postupak specijalizirane pomoći i potpore.

3.4.6.4. Zlostavljanje na radu (eng. *mobbing, bullying*)

Zbog pravnih posljedica zlostavljanja na radu za poslodavca, kao i zbog posljedica po zdravlje zaposlenih i njihovo radno funkcioniranje, iznalaženje učinkovitih preventivnih intervencija koje bi smanjile rizike za javljanje zlostavljanja na radu u organizaciji od važnog je interesa za poslodavca. Zlostavljanje na radu često je suptilan proces koji promatrači u okolini teško prepoznaju. Obično je od strane vršitelja zlostavljanja tako vođen da će okolina, kad problem toliko eskalira da je žrtva iscrpljena i postane preosjetljiva, vjerojatno uočiti žrtvu kao osobu koja neprimjereno reagira. Slaba prepoznatljivost procesa zlostavljanja od strane vanjskih promatrača, kao i interesna uključenost promatrača u odnose u organizaciji i radi toga nemotiviranost za prepoznavanje zlostavljanja, otežavaju njegovo dokazivanje. Strah žrtve da će ona biti označena kao „čudna“, ako se požali na zlostavljanje, u praksi se često pokaže opravdan. Time su znatno ograničene mogućnosti i dosezi preventivnih aktivnosti usmjerenih na počinitelja i žrtvu kao „glavne igrače“ u procesu zlostavljanja. Mogućnosti za smanjenje učestalosti zlostavljanja na radu ograničava i poticanje kompeticije unutar organizacije. Ove činjenice upućuju na nužnost traženje rješenja u organizacijskom funkcioniranju, koje bi trebalo omogućiti pravovremenu zaštitu i pomoć žrtvi zlostavljanja, te jasno u praksi provoditi netolerantnost prema zlostavljanju. Da bi to bilo moguće, potrebno je u organizacijsku kulturu implementirati etičke principe, prije svega načelo da se „ne čini šteta“ drugome. Postizanjem uravnoteženosti između kompetitivnosti pojedinca i njegovog odgovornog ponašanja prema drugima, a time i prema organizaciji, ako su etički principi vrijednosti organizacije, moguće je oblikovati radno okruženje koje je svima ugodno i poticajno, koje ne dopušta ugrožavanje drugih.

Zlostavljanje na radu je uporno opetovano (perzistirajuće) ničim opravdano ponašanje neposredno usmjereno osobi ili skupini osoba na radnom mjestu, koje stvara rizik za

zdravlje i sigurnost (*Bullying in the workplace*; www.comcare.gov.au). Zlostavljanje na radu može biti usmjereno:

- prema gore, neposredno usmjereno rukovoditeljima ili supervizorima
- usporedno, neposredno usmjereno kolegama
- prema dolje, neposredno usmjereno prema podređenima.

Na povećanje rizika za zlostavljanje na radu mogu utjecati brojni organizacijski čimbenici, koji bi trebali biti razmatrani pri identifikaciji rizika, kao i pri planiranju intervencija za smanjenje rizika. Ovi čimbenici uključuju organizacijske promjene, obilježja radne snage, odnose na radnom mjestu i sustav rada.

Organizacijski proaktivni pristup prevenciji zlostavljanja na radu obuhvaća sljedeće korake:

- podizanje organizacijske uključenosti uključivanjem rukovoditelja više razine, unaprjeđivanjem djelotvornosti komunikacije preko savjetovanja, te promicanjem svjesnosti o zlostavljanju na radu i važnosti prevencije
- razvoj politike i procedure, koja omogućuje djelotvorno rješavanje pritužbi na zlostavljanje
- informiranje, podučavanje i uvježbavanje u svrhu smanjivanja rizika za zlostavljanje na radu
- poduzimanje trajnog upravljanja rizicima, identificirajući izvore potencijalne štete te procjenjujući i kontrolirajući rizike
- praćenje, evaluaciju i unaprjeđivanje intervencija.

Inicijative za prevenciju zlostavljanja na radnom mjestu trebale bi obuhvatiti:

1. Utvrđivanje čimbenika radnog mjesta kao rizičnih čimbenika koji pridonose vjerojatnosti javljanja zlostavljanja na radu. Strategije mogu uključivati organizacijski sveobuhvatne odgovore ili ciljane simptome u specifičnom području, međutim kada su identificirani višestruki čimbenici rizika prikladniji su organizacijski sveobuhvatni odgovori.
2. Minimiziranje učinka zlostavljanja na radu na zaposlenike ohrabrivanjem ranog prijavljivanja zlostavljanja i brzog odgovaranja na njih. Inicijative ovog tipa nazivaju se inicijative „rane intervencije“ budući da ciljaju na prepoznavanje situacije i intervenciju u ranom stadiju, kako bi prevenirale situaciju eskaliranja do točke u kojoj osoba razvija ozbiljnu bolest ili ozljedu.

Literatura:

1. Bullying in the workplace; A guide to prevention for managers and supervisors, Australian Government (www.comcare.gov.au)
2. Gulin, M. (1996.): Psihološka prevencija izvanrednih događaja i drugih oblika neprilagođenog ponašanja ročnih vojnika u postrojbama Hrvatske vojske (usmeno izlaganje), IV. Vojnopsihologijski znanstveno - stručni skup, 4. Konferencija hrvatskih psihologa, Opatija
3. Managing stress in the workplace (2000.): A practical guide for managers, NT WorkSafe, Department of Employment, Education and Training, Northern Territory Government
4. Sušanj, Z. (2012.): Organizacijske intervencije u procesima upravljanja ljudskim resursima: uloga rukovoditelja u očuvanju mentalnog zdravlja (ovaj svezak)
5. WHO (2010.): Healthy workplaces: a model for action: for employ-ers, workers, policymakers and practitioners

3.4.7. **Osoba narušenog mentalnog zdravlja - psihološka potpora na radnom mjestu**

Rad, posebno plaćeni rad, podloga je egzistencijalne sigurnosti i značajno pridonosi osjećaju dobrobiti svake osobe u radnoj dobi. U radnom odnosu interesi poslodavaca i zaposlenika donekle su komplementarni. Interes poslodavca je da zaposlenik u poslu koji obavlja bude što produktivniji. Interes zaposlenika je da svojim radom osigura sebi i obitelji primjerenu egzistenciju i zadovolji potrebe i interese. U novije vrijeme sve očitijom postaje notorna činjenica da je samo zadovoljan zaposlenik produktivan zaposlenik. Zadovoljstvu zaposlenika, uz aktivnosti izvan radnog okruženja, doprinosi i cjelina radnih odnosa i uvjeta pod kojima se rad za koji je plaćen obavlja. O odnosu rada i mentalnog zdravlja te zašto je potrebno baviti se zaštitom mentalnog zdravlja na radnom mjestu pogledajte Mustajbegović, 2012. (ovaj svezak). Svaki posao koji obavljamo nosi sa sobom određenu razinu stresa, bilo da se radi o distresu ili eustresu, no mi govoreći o stresu češće govorimo o distresu. Distres u pravilu djeluje motivirajuće, no kad predugo traje ili je prevelikog intenziteta i premda sam po sebi nije bolest, može izazvati cijelu paletu zdravstvenih problema pa tako i probleme s mentalnim zdravljem. Problemi s mentalnim zdravljem kojima stres na poslu može biti uzročnik su PTSP, sagorijevanje na poslu, poremećaji prilagodbe, odnosno depresija i anksioznost (Australian Government, 2006.). O upravljanju stresom na radnom mjestu vidi Gulin, 2012. (ovaj svezak). Uz radne zadaće na koje se prilagođava operativno, zaposlenik se, kao osoba, prilagođava i svim uvjetima u kojima radi i živi. Zaposlenici se značajno razlikuju u svojim sposobnostima za prilagodbu radnom mjestu, ali i za prilagodbu životnim okolnostima izvan radnog okruženja. Utjecaj ove dvije vrste čimbenika se isprepleće. Ovdje govorimo o čimbenicima koji djeluju na mentalno zdravlje izvan radnog okruženja samo ako i ukoliko nam mogu pomoći da zaposleniku omogućimo da na radnom mjestu funkcionira što produktivnije i bude zadovoljan svojim radom. Usmjereni smo na čimbenike unutar poduzeća koji mogu pridonijeti dobrom stanju mentalnog zdravlja zaposlenika, njegovoj produktivnosti i zadovoljstvu poslom. Zaposlenici dolaze u poduzeća s različitim stanjem mentalnog zdravlja, od onih za koje kažemo da su zdravi, do onih za koje znamo da im je mentalno zdravlje u većoj ili manjoj mjeri načeto no još uvijek su radno sposobni i produktivni. Više smo usmjereni na osobe kojima stanje mentalnog zdravlja nije najbolje te im može, pod određenim okolnostima, smanjiti učinkovitost na radnom mjestu, no govoreći o aktivnostima usmjerenim na njih većim dijelom govorimo i o postupanju s osobama čije je stanje mentalnog zdravlja zadovoljavajuće toliko da djeluje povoljno na učinkovitost na radnom mjestu, no čak i ono u nepovoljnim uvjetima može biti narušeno toliko da i te osobe počnu pokazivati probleme s mentalnim zdravljem sa svim posljedicama po profesionalni i osobni život. Naime, ono što na radnom mjestu pomaže osobama narušenog mentalnog zdravlja, pomaže i osobama dobrog mentalnog zdravlja da im to zdravlje ostane sačuvano.

3.4.7.1. Mentalno zdravlje i dobrobit (well-being) na radnom mjestu i kako ih unaprijediti

Premda je gospodarstvo gotovo posvuda u recesiji i mnoga se poduzeća bore za preživljavanje, ulaganje u očuvanje mentalnog zdravlja zaposlenika dobra je investicija u odnosu na izbjegavanje suočavanja s problemom i troškove koje to donosi. Pokazalo se da ulaganje u prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja iznosi 4–5 puta manje u odnosu na gubitke koje donosi neosjetljivost za probleme mentalnog zdravlja zaposlenika i manjak skrbi za mentalno zdravlje na radnom mjestu. Povećani troškovi za poslodavce dolaze s tri strane, a to su: odsutnost zaposlenika s posla zbog bolesti, smanjena produktivnost na poslu (presenteeism) i fluktuacija radnika. Svaka se od ovih komponenata može mjeriti adekvatnim postupcima na razinama od individualne do šire društvene pa se tako može odrediti i njihova cijena koštanja za gospodarstvo i tvrtku (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.)

Obično se kaže da je dobrobit na radnom mjestu rezultanta interakcije radne okoline, prirode posla i pojedinca. Odmah na početku važno je naglasiti da briga o mentalnom zdravlju u svakom poduzeću, bez obzira na veličinu, mora biti posao svih zaposlenih, posao koji se odvija u međusobnom partnerstvu i uvažavanju. Važno je da poslodavci prepoznaju da je briga za mentalno zdravlje i dobrobit zaposlenika u najmanju ruku jednako važna kao i briga za tjelesno zdravlje.

NICE (2009.) daje više preporuka za djelovanje u unaprjeđivanju mentalne dobrobiti (zdravlja) zaposlenika. Ove preporuke pokrivaju područja od politike i organizacije poslovanja poduzeća do intervencija na individualnoj razini. Preporuke se odnose na:

1. strateški i koordinirani pristup unaprjeđenju mentalne dobrobiti zaposlenika
2. određivanje područja i mogućnosti za unaprjeđenje mentalne dobrobiti zaposlenika i upravljanje rizicima
3. omogućavanje fleksibilnog radnog vremena
4. uključivanje poslovođa (predradnika) u unaprjeđivanje mentalnog zdravlja
5. podršku unaprjeđivanju mentalne dobrobiti u malim, manjim i srednje velikim poduzećima.

Dakle, postupci kojima se unaprjeđuje mentalno zdravlje i osjećaj dobrobit na radnom mjestu mogu biti provođeni organizacijski na razini cijelog poduzeća te, u uskoj povezanosti i interakciji s intervencijama na organizacijskoj razini, i postupcima i intervencijama na razini pojedinih zaposlenika. O organizaciji tvrtke i organizacijskim intervencijama pogledajte Sušanj, 2012. (ovaj svezak). Intervencije pokrivaju cijeli niz aktivnosti, od treninga vještina potrebnih za obavljanje posla i učenja tehnika savladavanja stresa, poboljšavanja objektivnih okolnosti u kojima se odvija život zaposlenika, dostupnosti i traženja adekvatne medicinske pomoći, pomoći na bolovanju i pri povratku s bolovanja.

Da bi osjećaj dobrobiti bio stalno prisutan i da zaposlenici rade i na unaprjeđenju osobnog mentalnog zdravlja preporuča se (ShiftLine ManagerResource, 2009., str. 10) da se radi na stvaranju pozitivne radne okoline i pozitivnog ozračja.

To traži od voditelja timova da:

- „razvijaju radnu kulturu gdje će svatko biti tretiran s poštovanjem, a pojave poput zlostavljanja i uznemiravanja nisu tolerirane
- razvijaju kulturu koja ohrabruje otvoreno i iskreno komuniciranje, a podrška i uzajamno poštovanje su norma ponašanja. Ohrabruje se klima u kojoj osoblje zna da je u redu govoriti o mentalnom zdravlju i da je sigurno da će ako otkrije stanje svog mentalnog zdravlja pripomoći da se smanji stigma koja se oko toga stvara ili postoji. Ovo također omogućuje zaposleniku da voditelju tima kaže ako treba bilo kakvu prilagodbu u radnom procesu, koja bi mu pomogla da bolje obavlja svoj posao
- da daju zaposlenicima kontrolu nad njihovim poslom. Poznato je da manjak kontrole povećava stres
- su sigurni da osoblje nije preopterećeno
- da osigura mogućnost rada u fleksibilnoj satnici, tako da zaposlenici mogu uravnotežiti zahtjeve koje na njih postavlja privatni život i zahtjeve na poslu, te na kraju da
- provjerava fizičke značajke radne sredine i eliminira stresore kao što je npr. teperava rasvjeta“ (ShiftLine ManagerResource, 2009., str. 10).

3.4.7.2. Aktivnosti kojima možemo pomoći osobama s poremećajem mentalnog zdravlja pri uključivanju na radno mjesto

Ove aktivnosti počinju raspisivanjem natječaja (oglašavanjem) slobodnog radnog mjesta. Da se izbjegne utjecaj stigmatizacije potrebno je u oglasu dati do znanja da se za posao jednakopravno natječu svi koji zadovoljavaju uvjete natječaja, uključujući osobe koje su imale ili imaju problema s mentalnim zdravljem. Ovo se naravno tiče poslova na kojima nema propisanih posebnih uvjeta rada. Zadaća je poslodavca da za posao odabere osobu koja će, uz prilagodbu, uspješno i učinkovito obavljati posao za koji je odabrana. Budući da u vrijeme odabira potencijalnih zaposlenika nije moguće znati tko bi mogao imati problema s mentalnim zdravljem, obično se oni koji odabiru orijentiraju na osobe koje su već takvih problema imale. Ono što ovdje valja naglasiti kao misao vodilju jest činjenica da „ni dijagnoza ni težina simptoma nisu dobri prediktori toga koliko će osoba biti uspješna u poslu“ (ShiftLine ManagerResource, 2009., str. 8)

Za vrijeme provođenja odabira kandidata prikuplja se velik broj podataka o svakom kandidatu pa tako i podatci koji se tiču svih aspekata zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje. Postoji velik broj tehnika kojima se relevantni podaci prikupljaju, a u prikupljanju podataka, ovisno o veličini tvrtke, može sudjelovati samo jedna osoba, npr. vlasnik tvrtke kad se radi o malim tvrtkama, ili veći broj stručnjaka različitih profila u većim i velikim tvrtkama. Kandidatima se mora naglasiti da se prikupljeni podatci koriste u procesu selekcije, ali i da će biti korišteni u svrhu prilagođavanja i rada njima i njihovom radu, uključujući trening dodatnih vještina potrebnih da se lakše uključe u posao i budu

učinkoviti na radnom mjestu. Raspolaganje ovim podacima i njihova uporaba moraju biti ograničeni na uski krug ljudi koji odabiru zaposlenike i ljudi koji će pomoći odabranima uključiti se u rad. Kod prikupljanja podataka o mentalnom zdravlju kandidata ne treba uvijek očekivati otvorenost kandidata. Neki će kandidati otvoreno govoriti o svojim problemima s mentalnim zdravljem, neki međutim na to neće biti spremni, kako zbog lošeg ranijeg iskustava, kad su možda oni osobno (bili) ili je netko drugi bio diskriminiran zbog stanja mentalnog zdravlja i stigme povezane s narušenim mentalnim zdravljem, koju nerijetko nalazimo u općoj populaciji, a ponekad i kod stručnjaka kad se radi o problemima mentalnog zdravlja. Neki kandidati nerado otkrivaju podatke o svom mentalnom zdravlju zbog toga što imaju malo povjerenja u bilo koga kad se radi o stanju njihova zdravlja, a onda i mentalnog zdravlja. Ne možemo ovdje dovoljno naglasiti koliko je potrebno sačuvati informaciju koja se dobije prilikom razgovora s kandidatima za posao. Osobe koje saznaju povjerljive informacije o stanju nečijeg mentalnog zdravlja dužne su čuvati tu informaciju jednako kao što se čuvaju informacije o stanju nečijeg tjelesnog zdravlja. Nadalje, osobe koje razgovaraju s potencijalnim kandidatima, da bi se spriječila pristranost u zaključivanju o nečijoj sposobnosti za određeni posao, ne bi smjele biti upoznate s eventualnim nalazima liječnika opće prakse ili medicine rada dok se ne zaključi je li neka osoba po svojim kvalifikacijama pogodan kandidat za posao ili nije. Iz ovog se isključuje postupak kad se radi o radnim mjestima s posebnim uvjetima rada, tad je preporučljivo na samom početku postupka pitati kandidata o stanju njegova zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje.

3.4.7.3. Rani znakovi narušenog mentalnog zdravlja na radnom mjestu i intervencije povezane s njima

Rani znakovi mijenjanja stanja mentalnog zdravlja na lošije najčešće su promjene u uobičajenom ponašanju zaposlenika, koje se mogu očitovati kao pad produktivnosti, lako zamaranje, odsutnost s posla i često kašnjenje, češće konzumiranje alkohola, češće odlaženje u prostor za pušenje, plačljivost, promjene raspoloženja, eksplozivnost, svadljivost, povlačenje i slično. Također je moguće i da osoba počne ranije dolaziti na posao i kasnije odlaziti s posla jer osjeća da ne može udovoljiti zahtjevima posla u regularnom radnom vremenu ili, ako je izvor problema u privatnom životu, izbjegava odlaženje kući. Potrebno je ustanoviti što se nalazi iza tih promjena i u skladu s tim spoznajama odlučiti kako pomoći zaposleniku. Raspon uzroka može biti od privatnih problema izvan posla, preko stresa na poslu do ozbiljnijih mentalnih poremećaja kao što je depresija. Što ranije promjene budu primijećene i što se prije na njih primjereno reagira to će intervencija biti uspješnija. Neke od promjena na lošije najprije će uočiti suradnici, koji s osobom s problemima rade svakodnevno. To uključuje i zaposlenike na istoj razini radne uspravnice u nekoj tvrtki, ali i one koji se nalaze i iznad i ispod razine na kojoj neka osoba koja pokazuje probleme radi. Da se isključi uključivanje prevelikog broja osoba koje bi trebale reagirati na pojavu više ili manje izraženih, često veoma diskretnih, promjena u nečijem ponašanju koje mogu upućivati na probleme s mentalnim zdravljem, preporuča se da na njih prvenstveno reagira direktni nadređeni suradnik (poslovođa, predradnik, vođa smjene, voditelj tima, menadžer). Preveliki broj uključenih može samo izazvati zbrku

i onemogućiti operativno reagiranje, koje mora pomoći osobi za koju se primijeti da ima problema i zbog toga se smatra da je neposredno nadređeni onaj u upravnicu od kojeg kreće akcija da se osobi pomogne i da se problem razriješi. Jasno da su dobrodošle dobronamjerne informacije od ostalih koji primijete da se „nešto“ s nekim zaposlenikom događa. Javljanje problema s mentalnim zdravljem obično se primjećuje u slijedećim pojavama, a na njih se unutar tvrtke najčešće i reagira jer ugrožavaju produktivnost i učinkovitost, a time i zaradu koju tvrtka ostvaruje. To su:

- a) pad produktivnosti – zaposlenik i dalje redovito dolazi na posao i radi, ali produktivnost mu je zamjetno manja nego ranije (engleski: presenteeism). Izgleda da zaposlenik dolazi na posao samo da bi „bio na broju“, posao obavlja tako da mu se ne može reći da ne radi, no može mu se reći da ne radi dovoljno. Na neposredno nadređenom je da uoči ovu pojavu i porazgovara taktično sa zaposlenikom. Razgovor može biti neformalan, u obliku svakodnevnog razgovora. U slučaju da je u tvrtki stvoreno ozračje povjerenja, koje smo ranije spomenuli, zaposlenik će imati manje straha da se povjeri suradnicima i nadređenom tako da će moći brže dobiti odgovarajuću pomoć. U tom je slučaju i na taj način veća vjerojatnost da se stanje mentalnog zdravlja neće pogoršati i da se poremećaj neće kronificirati. Ponekad se može dogoditi da zaposlenik u svom stanju mentalnog zdravlja ne primjećuje promjene u na lošije, no tada mu također može pomoći direktno nadređeni, koji je te promjene primijetio i uputiti ga prema adekvatnoj pomoći. Ne bude li ranog prepoznavanja teškoća, problem može postati samo veći, ponašanje osobe s problemom narušava odnose s drugim zaposlenicima, tako da i oni postaju manje učinkoviti, a stanje problemom pogođene osobe postaje lošije.
- b) izostanci s posla - zaposlenik najednom češće izostaje s posla i ima za to mnoštvo različitih izgovora, kao što je izjava da se nalazi pod stresom, ima neodređene bolove i senzacije u različitim dijelovima tijela iza kojih ne stoje objektivni nalazi, glavobolje, bolove u leđima, ne osjeća se dobro, govori o napetosti ili ne daje nikakvo obrazloženje za izostanke. U ovakvim situacijama pogriješno je kažnjavati jer će to samo pogoršati stanje kažnjenog zaposlenika i stvoriti nepovjerenje kod ostalih, koji i sami mogu osjećati slične probleme koje osjeća osoba koja izostaje pa će izbjegavati povjeriti se osobama unutar tvrtke koje mogu pomoći da se problem riješi. U pravilu važno je saznati što unutar radnog procesa eventualno smeta zaposlenika i pokušati taj dio promijeniti odnosno u razumnim granicama prilagoditi zaposleniku, a ako se ne radi o objektivnim okolnostima unutar radnog procesa, zaposlenika valja uputiti na stručnu pomoć, najprije unutar tvrtke ako se radi o velikoj tvrtki koja ima odgovarajuću službu, a ako takve službe nema, kao što je to slučaj kod malih tvrtki i tvrtki srednje veličine, zaposlenike valja uputiti na službe izvan tvrtke, obično u okviru zdravstvenog sustava. U ozbiljnijim slučajevima morat će postojati suradnja i koordiniranje pomoći službi iz tvrtke, ako postoje, i službi izvana.

Da bi vam bili jasniji razmjeri, problemi i troškovi koje smanjena produktivnost i izostajanje s posla donose tvrtki i društvu u cjelini, a i da biste mogli bolje objasniti zašto je potrebna zaštita mentalnog zdravlja zaposlenika upućujemo vas na publikaciju „Developing the business case“ (The Sainsbury Centre, 2007.).

Naglašavamo ulogu osoblja koje radi direktno sa zaposlenicima. Da bi zaposlenici na različitim razinama uspravnice, a time i nadređeno osoblje koje radi s njima i čiju ulogu ovdje naglašavamo, bili informirani o problemima mentalnog zdravlja potrebno ih je sve na različite načine informirati o mogućim pojavama i simptomima povezanim s mentalnim zdravljem i njegovom utjecaju na radne procese, kao i mogućem uzajamnom utjecaju osobina radnog procesa i mentalnog zdravlja. Općenito informiranje o mentalnom zdravlju, njegovoj važnosti i značajkama i problemima može biti obavljeno lako dostupnim publikacijama, čija razina objašnjenja ne smije prelaziti razinu obrazovanosti zaposlenika. Za zaposlenike koji imaju vodeće uloge u proizvodnim (radnim) timovima treba organizirati dodatne edukacije kako u prepoznavanju ranih simptoma problema s mentalnim zdravljem, tako i u vještinama komuniciranja sa zaposlenicima u raznim situacijama, uključujući i one situacije u kojima sa zaposlenikom treba taktično razgovarati o njegovim problemima na poslu, bilo da su povezani s radnim procesom, znači s onim što se događa unutar tvrtke, bilo uvjetima i događajima u ispitanikovom životu izvan tvrtke. Ove dodatne edukacije voditelja timova zahtijevaju detaljniju razradu u nekom od budućih projekta, koji će se baviti mentalnim zdravljem na radnom mjestu. Ovdje ćemo samo nabrojati neke od mogućih sadržaja ovih dodatnih edukacija. To su:

- a. detaljnije upoznavanje sa stresom na poslu, njegovim izvorima, osobinama, reakcijama na stres i učincima koje stres može imati na mentalno zdravlje
- b. vrste mentalnih poremećaja iza kojih može biti stres na poslu. Kako smo već rekli tu pripadaju posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), sagorijevanje na poslu i poremećaji prilagodbe u koje idu depresija, anksioznost i miješani poremećaji (Australian Government, 2006.)
- c. upoznavanje s najčešćim poremećajima mentalnog zdravlja, koji ne moraju biti povezani sa stresom na poslu
- d. vještine komuniciranja s osobama koje teško govore o svom mentalnom zdravlju
- e. vještine komuniciranja s osobama koje reagiraju pretjerano emocionalno i negativistično kad se s njima pokuša razgovarati o temama koje se tiču njihova mentalnog zdravlja
- f. upravljanje timom u kojem jedna osoba stanjem svojeg (narušenog) mentalnog zdravlja utječe loše na ostale članove tima
- g. određivanje količine informacije o nečijem mentalnom zdravlju koju se može priopćiti ostalim članovima tima
- h. prepoznavanje kad nekom treba profesionalna pomoć i upućivanje prema odgovornim stručnjacima unutar tvrtke i u zdravstvenom sustavu
- i. organiziranje podrške i održavanje kontakta sa zaposlenicima koji su na bolovanju
- j. prihvaćanje zaposlenika po povratku s bolovanja, prilagodba poslu i prilagodba posla zaposleniku
- k. čuvanje osobnog mentalnog zdravlja (Shift Line ManagerResource, 2009.).

Svako od ovih područja iziskuje posebnu razradu i dodatno uvježbavanje. Siguran sam da psiholozi unutar tvrtki, ali i oni iz specijaliziranih agencijate zdravstvenih ustanova ovdje mogu naći svoj interes.

Literatura:

1. Shift Line ManagerResource, a practical guide to managing people with mental health problems in the workplace, update dedition, 2009., www.shift.org.uk/employers
2. Sušanj, Z. (2012.): Organizacijske intervencije u procesima upravljanja ljudskim resursima: uloga rukovoditelja u očuvanju mentalnog zdravlja (ovaj svezak)
3. Mustajbegović, J. (2012.): Mentalno zdravlje i radno mjesto: cilj i put (ovaj svezak)
4. Gulin, M. (2012.): Upravljanje stresom i prevencija izvanrednih događaja na radnom mjestu (ovaj svezak)
5. Richmond Foundation, Impact Assessment of Mental Health on Employment for Policy Development, 2011., <http://www.richmond.org.mt>
6. Australian Government & Australian Safety and Compensation Council, Work related Mental Disorders in Australia, 2006. http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/AboutSafeWorkAustralia/WhatWeDo/Publications/Documents/416/Workrelated_Mental_Disorders_Australia.pdf
7. The Sainsbury Centre for Mental Health, Polici Paper 8, Mental Health at Work: Developing the business case, 2007., http://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/publications_list.aspx?SortID=a
8. NICE (National Institute for Health andClinicalExcellence), Promoting mental wellbeing at work, 2009., <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12331/45895/45895.pdf>

3.5. Unaprjeđivanje mentalnog zdravlja ranjivih populacijskih skupina: žrtava rata i njihovih obitelji, nezaposlenih te osoba starije životne dobi

Unaprjeđivanje potpore zajednice posebno ranjivim skupinama pri njihovom što uspješnijem integriranju u zajednicu te tako sprječavanje socijalne isključenosti veliki je izazov za društvo u cjelini. Među pomagačkim zanimanjima psihološka struka svakako ima vrlo istaknutu ulogu u provođenju ovih aktivnosti te može značajno pridonijeti iznalaženju boljih rješenja.

Ovo je izuzetno važno pitanje zbog posljedica Domovinskog rata, velike gospodarske krize i nezaposlenosti te starenja populacije.

Ratna događanja ostavila su duboke ožiljke u ljudima i mnoge ranjene i još uvijek ranjive populacijske skupine. Psiholozi svojim znanjem i iskustvom u podršci ratnim stradalnicima mogu značajno pridonijeti unaprjeđivanju psihosocijalne potpore žrtvama rata i njihovim obiteljima te tako pridonijeti ublažavanju posljedica rata na zajednicu. Podrška prilagođavanju nezaposlenih potrebama mijenjajućeg se tržišta rada, podizanje njihove zapošljivosti i konkurentnosti na tržištu rada, te posebno podrška integriranju dugotrajno nezaposlenih u tržište rada, područje je u kojem je uloga i moguć doprinos psihološke struke nezamjenjiv.

Naše je društvo sve starije pa skrb o starijim i nemoćnim osobama postaje sve istaknutija aktivnost kojom se bavi sve više psihologa, osobito u specijaliziranim ustanovama. Ovaj stručni rad zahtjeva od psihologa izniman senzibilitet, gotovo entuzijazam te neospornu stručnost i iskustvo kako bi oni bili u mogućnosti poticati aktivnosti kojima se sprječava nasilje nad starijim osobama, poticati i podržavati aktivnosti usmjerene na borbu protiv stigme kojom su označene ranjive populacijske skupine te poticati aktivno starenje i sudjelovanje u volonterskim i drugim programima u lokalnoj zajednici.

3.5.1. Psihosocijalne intervencije prema braniteljima i njihovim obiteljima

3.5.1.1. Životne okolnosti i mentalno zdravlje branitelja Domovinskog rata

Jedan je od vodećih uzroka invalidnosti i invaliditeta u hrvatskih branitelja posttraumatski stresni poremećaj, a njegova se učestalost procjenjuje između 18 i 40% (Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene podrške, 2005.; kao najveći čimbenik rizika navodi se odnos šire društvene zajednice prema braniteljima). Kod nas nedostaju znanstvene studije o dugotrajnim posljedicama ratnog stradanaja i utjecaju posttraumatskog konteksta na različite skupine stradalnika Domovinskog rata pa tako i epidemioloških podataka o učestalosti drugih oboljenja kod branitelja osim PTSP: branitelji se ne vode posebno u zdravstvenom sustavu, stoga nema ni cjelovitih podataka o korištenju zdravstvenih usluga. Iskustvo i postojeće kliničke studije govore o negativnom utjecaju ratom uzrokovanih stresova na imunološki status i druga oboljenja branitelja. Kao najčešće uzroke smrti dr. Lončar iz Ministarstva hrvatskih branitelja navodi srčani i moždani udar te razne oblike karcinoma; smatra se da presudnu ulogu za nastanak tih bolesti u braniteljskoj populaciji ima kumulativni, ratni stres, koji pogoduje ranijem nastanku te brzom razvoju bolesti. Brojnost ove populacije, uz podatke o stopi suicida među braniteljima (posebno među ratnim vojnim invalidima) kao i iznadprosječnoj stopi smrtnosti, govori kako je ovoj skupini (i članovima obitelji) potrebna posebna pozornost u javnozdravstvenoj strategiji.

Spomenuti dokument prikazuje piramidalnu strukturu sustava integralne skrbi, tj. pristupu sudionicima i stradalnicima rata i na lokalnoj/ županijskoj, regionalnoj i nacionalnoj razini putem centara za psihosocijalnu pomoć (aktivnosti iz socijalne, pravne, psihološke i savjetodavne pomoći) i regionalnih centara za psihotraumu (psihopatološke posljedice ratne traume), a u Zagrebu djeluje Nacionalni centar za psihotraumu te Centar za krizna stanja. U dokumentu se, međutim, također navodi kako unatoč brojnim naporima pojedinih entuzijasta sustav zapravo nije samostalno zaživio (statusni problemi, nepostojanje stručne koordinacije i funkcionalnog uvezivanja sustava psihosocijalne i zdravstvene skrbi).

Kao ilustraciju o nekim pitanjima vezanim uz mentalno zdravlje branitelja navodimo sljedeća dva istraživanja u kojima je vidljiv značaj posttraumatske okoline i dugotrajno nakon rata:

Istraživanje „Evaluacija psihoterapije klijenata s iskustvom ratne traume – metodološki i klinički aspekti“ (Pantić i dr., 2007.) ukazuje na visoki stupanj simptoma i desetak godina nakon primarne traume, osobito na uzorku ratnih veterana, kao i na brojne slučajeve dugotrajne izloženosti traumatskom iskustvu. Preliminarni rezultati pokazali su minimalno smanjenje simptoma unutar prva tri mjeseca terapije, te da su važni prediktori

razine prilagodbe na početku tretmana vezani uz kvalitetu odnosa između klijenta i terapeuta, psihosocijalni kontekst u kojemu se terapija odvija, početna očekivanja klijenata, osobine ličnosti, osnovni oblici suočavanja, opća kvaliteta života te pacijentova percepcija uvažavanja njihova stradanja od strane socijalne okoline. Predikcija promjena tijekom tretmana znatno je manje učinkovita, pri čemu autori naglašavaju važnost karakteristika posttraumatske okoline na učinkovitost tretmana.

U istraživanju o rezultatima liječenja i percepcije socijalnog priznanja veterana i izbjeglica koji imaju dijagnosticiran PTSP (Ljubotina i dr., 2007.) utvrđeno je koliko je za rezultate tretmana značajna percepcija socijalnog priznanja društva. U uzorku veterana pronađeno je da percipiraju socijalnu podršku i priznanje od svoje okoline u znatno manjoj mjeri nego npr. izbjeglice u RH. Tako u ispitivanom uzorku 38,1% veterana smatra da članovi njihove obitelji ne razumiju njihove probleme i ne priznaju ono što su veterani prošli, a čak njih 95% smatra da ih država ne razumije i ne priznaje. Ipak se većina izjašnjava da najviše podrške prima upravo od svoje obitelji. Autori zaključuju kako ostaje pitanje je li opaženi manjak socijalnog priznanja u ovom uzorku posljedica stanja ispitanika (utjecaj traume), odgovor njihove posttraumatske okoline (društvo, obitelj) ili rezultat crta ličnosti koje interferiraju s tretmanom. Jasno je da se ne može generalizirati na osnovi jednog istraživanja, ali autori zaključuju da se možemo upitati jesu li očekivanja veterana nerealna ili oni doista doživljavaju nedostatak razumijevanja u zajednici: čini se da materijalne beneficije nisu mogle zamijeniti simboličke izraze priznanja (tj. veteranima su potrebni jasni odgovori o priznanju patnje i doprinosa zajednici nasuprot nejasnim odgovorima društva o njihovoj ulozi što pojačava ljutnju, zbunjenost i interferira s rezultatima tretmana).

Velik broj branitelja oboljelih od PTSP umirovljen je u mladoj dobi, što je za mnoge značilo pasiviziranje i neulaženje u svijet rada u produktivnoj dobi (nepoznato je koliko ih je trajno nesposobno za rad). Mladi ljudi formirali su identitet oko iskustva rata/ratne traume (i to ne samo zbog utjecaja traume nego i naknadnih odluka o njihovom zbrinjavanju): time je otežan put rehabilitacije (osobni razvoj, integracija traume) i uključivanja u mirnodopski život (tako npr. povezivanje statusa i prava branitelja s PTSP zapravo ne potiče motivaciju za liječenje, osobito kada nemaju perspektivu u radu). Mnogi ranije zaposleni branitelji po povratku u mirnodopski život suočili su se s gubitkom radnih mjesta i nemogućnosti zapošljavanja (što je bitno promijenilo njihovu životnu perspektivu), a što opet doprinosi negativnim osjećajima, ometa integraciju, kreiranje smisla i dr.

3.5.1.2. Psihosocijalni tretman branitelja oboljelih od PTSP

Kako djelovati u tim složenim okolnostima? Budući da su mnoge vanjske okolnosti koje utječu na život branitelja izvan dosega njihovog utjecaja, u postupcima liječenja i rehabilitacije upravo je stoga potrebno razvijati one procedure koje će djelovati na snage samopomoći i preuzimanja odgovornosti za svoj život u što većoj mjeri (unatoč proteku vremena), nasuprot (nerealnim) očekivanjima od društva, nasuprot ljutnji, pasivizaciji. Sigurno je da u mjerama rehabilitacije uključivanje u svijet rada i život zajednice treba imati što veći značaj.

Psiholozi (i drugi) mogu predstavljati relevantnu okolinu branitelju (i njegovoj obitelji) koji se nalazi u psihosocijalnoj, psihološkoj, zdravstvenoj i drugoj potrebi.

Kako pristupiti branitelju, vjerojatno višestruko traumatiziranom, s dugotrajnim i kronificiranim posljedicama?

Branitelj se u susretu s psihologom možda pita (Lewis – Herman, 1992.):

1. Može li me ova osoba saslušati (tj. može li uopće čuti sve što imam reći – sve strašne doživljene i/ili počinjene stvari)?
2. Ako može, koji su mu/joj motivi? Istražiteljski? Voajeristički (kod dugotrajne i ponavljane traume pacijentovo nepovjerenje u motive posebno je izraženo i otporno na promjenu)?
3. Što mi zapravo (psiholog) poručuje? Želi li zavladati nada mnom ili se mogu prepustiti (dinamika dominacije i podređivanja koje je iskusila traumatizirana osoba prenosi se na sve tipove odnosa, pa tako i u terapiji (strah od viktimizacije, potreba za kontrolom i dr.))?

U susretu s veteranom važno je imati na umu:

- nema tipične slike veterana (oni su različiti ušli u rat po dobi, ranijim traumatskim iskustvima, sociodemografskim i osobinama ličnosti, motivima; prošli su različita traumatska iskustva - uglavnom višestruke traumatizacije te različitu posttraumatsku okolinu koja je mogla djelovati u pravcu kronifikacije simptoma ili kao zaštitni čimbenik...)

- iznimno je važan prvi susret s klijentom/pacijenom/korisnikom (kao uostalom i svugdje u dijagnostici i tretmanu): „tehnički“ shvaćena uloga i hladan, „objektivan“, „znanstven“ stav ometa uspostavljanje povjerenja i održavanje odnosa s veteranom

- potreban je stav uvažavanja i otvorenosti, stjecanje znanja o događajima u kojima su veterani sudjelovali; političkoj i socijalnoj klimi u kojoj su se događaji odvijali u ratu i poslije njega – čime se svladava nepovjerenje kao tipična odlika traume

- istančana je osjetljivost traumatiziranog veterana za nesvjesnu i neverbalnu komunikaciju

- potrebno je imati i dozu opreza za neke priče traumatiziranih veterana budući da trauma i PTSP kao najčešći poremećaj ponekad mogu biti isticani i sa svrhama koje nisu prihvatljive

- u pripremi za rad s veteranima važno je osvijestiti svoje granice, moći čuti teške sadržaje, postupke (moći saslušati bez osude), izdržati ljutnju veterana te imati profesionalnog i osobnog integriteta u suočavanju veterana s eventualnim nereálnim očekivanjima, neprihvatljivim postupcima, znati na neizazivački način postupati s uznemirenima i dr.

- iznimno je važno prepoznati i potaknuti izolirane osobe te one koji ne traže pomoć, a ona im je potrebna (rizične za samoubojstvo).

Što je bitno za liječenje PTSP?

Budući da je odgovor na traumu kompleksan (vidi odjeljak o žrtvama mučenja) i liječenje treba biti cjelovito (obuhvatiti biološke, psihološke i socijalne komponente).

Lewis – Herman, J. (1992.) u liječenju traume prije svega navodi princip uspostave ljekovitog odnosa (uspostava povjerenja, osnaživanje), a faze u procesu oporavka su uspostavljanje sigurnosti, potom prisjećanje i žalovanje svojih gubitaka (o savjetovanju i terapiji žalovanja Worden, 1991.) te napokon ponovno povezivanje sa svakodnevnim životom i sredinom (razumljivo, ovaj proces nije linearan!).

U liječenju PTSP važna su tri aspekta: psihoedukacija, psihosocijalna podrška, psihoterapija i primjena psihofarmakoloških metoda liječenja (vidi i odjeljak o žrtvama mučenja). Razumljivo, kod različite težine PTSP-a s komorbidnim poremećajima i promjenama osobnosti potrebno je kombinirati metode liječenja (kod prevencije i liječenja PTSP branitelja i cijele obitelji izniman je značaj liječnika obiteljske medicine).

Braniteljima oboljelima od PTSP-a potrebno je ponuditi psihološki tretman bez obzira na vrijeme koje je prošlo od traume: tako Foy (1992.) ističe kao metode izbora psihološki tretman veterana fokusiran na traumu – kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT se smatra pogodnom budući da je fokusirana na aktualne probleme, analizu situacija, analizu reakcija u organizmu/fiziološke, emocionalne, misli/interpretacije te kratkotrajne i dugoročne posljedice određenog ponašanja) i EMDR.

Iako se smatra da se kod nas u zdravstvu najčešće koristi psihodinamski orijentirana psihoterapija, sve je više educiranih stručnjaka iz kognitivno-bihevioralne i Geštalt terapije; u praksi se elementi različitih pristupa kombiniraju.

Budući da se uz PTSP javljaju i drugi psihijatrijski poremećaji (depresija, anksiozni i panični poremećaj, alkoholizam, druge ovisnosti, poremećaj ličnosti...) koje treba liječiti, a u kojima je prisutna i suicidalnost, važno je da su psiholozi/stručnjaci koji rade s veteranima educirani za i rad sa suicidalnim osobama.

Što je bitno u susretu sa suicidalnom osobom (prema Kocijan – Herciginja, Folnegović – Šmalc, 1999.)?

1. empatija (gradi povjerenje; rezervirati dovoljno vremena)
2. procjena rizika o psihijatrijskim bolestima: (intervju, skale; otvoreno pitati o suicidu – ne izbjegavati i ne okolišati; dobiti uvid u misli, povijesti samoozljeđivanja, ranijih pokušaja suicida, psihijatrijskim bolestima, gubicima, osjećaju beznađa, sadašnjim namjerama; ima li zloupotrebe alkohola, droge; koji su zaštitni čimbenici – podrška, uvjerenja...)
3. ponuditi drukčiji način razmišljanja (ima li drugih rješenja osim suicida - nastoji se dobiti na vremenu za djelovanje)
4. pomaganje u rješavanju problema (koje su alternative, kako se još problemi mogu riješiti)

5. pronalaženje rješenja (pronalaženjem povjerenja u osobne snage)
6. sučeljavanje s posljedicama samoubojstva (na blisku okolinu)
7. eliminiranje sredstava za samoubojstvo kroz sklapanje ugovora
8. ublažavanje simptoma koji mogu dovesti do samoubojstva (poduzimanje dugotrajnih aktivnosti; prevencija suicida).

3.5.1.3. Psihosocijalni tretman obitelji branitelja oboljelog od PTSP

Što se događa s obitelji branitelja oboljelog od PTSP?

U razmatranju utjecaja traume na obitelj treba imati na umu kako su:

1. stres i krize u životu obitelji normativne
2. stres postavlja ekstremne zahtjeve na pojedinca i obitelj
3. većina se obitelji uspješno suočava sa stresom
4. kada početni naponi za adaptacijom na stres ne uspiju to predstavlja novi stres za obitelj (Wilson, Kurtz, 1995.).

Promatrajući obitelj iz sistemske perspektive (tj. shvaćanje obitelji kao živog organizma; transgeneracijski obiteljski pristupi – M. Bowen, I. Boszormeny – Nagj, u: Piercy, F. (1996.) – trauma jednog člana utječe na cijelu obitelj, a njezin odgovor opet se širi na sve članove - što može dovesti do poremećaja postojeće obiteljske strukture, poteškoća suočavanja i adaptacije te povećanog osjećaja tjeskobe. Upravo oni koji su najbliže povezani, najteže su pogođeni traumom. Dok u normalnim okolnostima osjećajni, kognitivni i interpersonalni sustavi obitelji djeluju istovremeno, kod traume koja izaziva PTSP najviše je pogođen kapacitet za regulaciju osjećaja što stvara probleme u bliskim odnosima i članovi obitelji nisu sposobni podržati jedni druge. Iritabilnost, nepovjerenje, ljutnja, krivnja, strah, povlačenje, nesamostalnost oboljelog utječu na bliske odnose. Traumatski utjecaj PTSP na obiteljski sustav izaziva prekide inače funkcionalnih i integralnih emocionalnih odnosa na više razina u toj obitelji. Obitelj odgovara fuzijom (pojačanim „zajedništvom“), emocionalnom distancom (prekid) ili konfliktom (neriješena napetost).

Jedna od tema koja nije dovoljno prisutna u javnosti, a iznimno je važna, to je mentalno i tjelesno zdravlje supruga i djece u obiteljima veterana oboljelih od PTSP. U tisku povremeno nailazimo na uznemirujuće podatke o pojačanom pobolijevanju supruga od karcinoma i drugih bolesti. Upravo supruge veterana oboljelih od PTSP su one koje najviše pomažu i nose teret obiteljskog života te one i djeca ne smiju ostati „skriveni pacijenti“.

U istraživanju o sekundarnoj traumatizaciji supruga veterana oboljelih od PTSP Centra za psihotraumu Rijeka (Stevanović, A., specijalistički rad, 2012.) pokazano je da samo tri od 56 ispitanih supruga veterana nisu imale simptoma sekundarnog traumatskog stresa (emocionalna reakcija na traumatsko iskustvo bliske osobe – osjećaji i ponašanja koja nastaju kao rezultat pomaganja traumatiziranoj osobi), dok su kod njih 39% bili ispunjeni kriteriji za postavljanje dijagnoze PTSP!

Tako i sama supruga sanja traumatski događaj, izbjegava podsjećanje, pojačano je

pobuđena, ima smetnje sna, iritabilna je, teško se koncentrira i slično. Osobito su u riziku supruge u dugotrajnom braku kao i one nezaposlene.

Poznato je da se kod djece u obiteljima oboljelog branitelja od PTSP mogu također javiti simptomi iz kruga PTSP, depresivne i anksiozne smetnje, smetnje u ponašanju, proteškoće u sazrijevanju, slabe vještine suočavanja i drugo (te dijete nerijetko ima jednog bolesnog roditelja i drugog iscrpljenog, preplavljenog svakodnevnim brigom za obitelj, koji također ne može odgovoriti na njegove potrebe). Djeca mogu biti i „označeni pacijent“ u obitelji o čemu govori slijedći (supervizijski) primjer: *Učenik je dijagnosticiran kao hiperaktivan; prema vršnjacima u razredu je agresivan; uspjeh u školi mu je odličan. Škola je zatražila pomoć te se uvodi asistent u nastavi kako bi se djetetu pomoglo i omogućilo normalno funkcioniranje u tom odjelu. Ocu dječaka dijagnosticiran je PTSP (i sam ima nekontrolirane ispade u obitelji), sina savjetuje da bude odlučan i uzvрати na svaku provokaciju iz okoline silom... majka se s time ne slaže, ali se osjeća posve nemoćnom. Dječak je identificiran s ocem. Nakon nekog vremena počinje uviđati da zapravo ne želi biti nasilan, ali osjeća da mora slijediti upute oca... Ovdje je indicirano liječenje cijele obitelji kao i pojedinačna psihološka pomoć/psihijatrijsko liječenje. U ovako kompleksnim situacijama potreban je interdisciplinarni i međusektorski pristup, imajući u vidu da, primjerice, ovdje roditelji zapravo nisu u mogućnosti postupati u najboljem interesu djeteta.*

U spomenutom istraživanju o suprugama navodi se također kako se od pozvanih u istraživanje odazvao mali broj supruga oboljelih veterana. Od njih su dvije trećine izrazile potrebu za psihološkom pomoći, ali su se samo tri doista obratile za pomoć.

Znamo da su obitelji s problemima zatvorene i vrlo im je teško potražiti pomoć (i tamo gdje za to ima mogućnosti), stoga je iznimno važno planirati različite aktivnosti kojima bi se obuhvaćala cijela veteranska obitelj. Svaki ulazak u obitelj je određena intervencija u njezin organizam; u početnim susretima važno je djelovati na takav način da se ne pojača inače izražena tjeskoba u obitelji te da se njeni članovi pridobiju za smislene aktivnosti.

Kako pristupiti veteranskoj obitelji?

Među prvim zadacima (obiteljskog terapeuta) u susretu s obitelji oboljelog veterana je olakšavanje redukcije generalne razine anksioznosti i emocionalne reaktivnosti članova obitelji (Kako funkcionira obitelj? Kako vide utjecaj traume i reakcije oboljelog? Koji su resursi obitelji? Procjena obitelji pomaže „usitniti“ problem na manje dijelove te s njom planirati sljedeće korake).

U pristupu veteranskoj obitelji individualnim i/ili obiteljskim savjetovanjem nastoji se obnoviti njihovo zajedništvo, kreirati prostor za razgovor o dnevnim poteškoćama i bolnim iskustvima čime se prevenira retraumatizacija (liječnik obiteljske medicine je prvi koji je upoznat sa situacijom pojedine obitelji). Potiče se razgovor o osjećajima kako bi se popravila komunikacija, odnosi, kako bi se prekinulo s tajnama u obitelji. Psihoedukacija se koristi kao obiteljska intervencija kojom se potiče proces integracije, osnaživanja, razvoja strategija suočavanja i unaprjeđenja rješavanja problema. Također je važno

poticanje obitelji na sudjelovanje u zajedničkim događanjima u zajednici, proslavama, akcijama koje osnažuju obiteljsku jedinicu i potiču pozivnu, zdravu dinamiku.

Navodimo ovdje primjer koji pokazuje kako civilno društvo u lokalnoj zajednici može kreirati aktivnosti i motivirati korisnike za sudjelovanje – neposredno, praktično, odgovarajući cjelovito na potrebe korisnika, koristeći stručna znanja i *partnerski pristup* s korisnicima, djelujući „iz baze“:

U organizaciji Udruga MINE AID iz Zagreba i Društva multiple skleroze Sisačko-moslavačke županije u Sisku je tijekom godine dana (2011./12.) proveden projekt zdravstvenih radionica i psihosocijalne podrške za hrvatske branitelje i članove njihovih obitelji (u navedenim udrugama ima i osoba sa statusom hrvatskog branitelja, dragovoljca i hrvatskih ratnih vojnih invalida; bilo je uključeno 55 osoba). Projekt pod nazivom O – S – I (osnaživanje, sinergija i integracija) bio je podržan od Ministarstva socijalne politike i mladih, a susreti su se održavali u Domu za stare i nemoćne osobe Sisak.

Programne psihosocijalne podrške vodila je mr. sc. Daša Poredoš Lavor koja je organizirala i vodila individualne, skupne i obiteljske susrete podrške, javne tribine i razgovaraonice. Također su održavane i „kreativne stvaraonice“ (a članovi ove velike skupine svoje su uratke izlagali na promotivno-informativnom štandu povodom Međunarodnog dana osoba s invaliditetom i Dana volontera). Fizioterapeutkinja Katica Barić organizirala je i vodila radionice zdravstvenog savjetovanja i tjelesne rekreacije, a išla je i u kućne posjete.

O – S – I projekt je obuhvaćao rad s cijelim obiteljima pa su tako u raznim sadržajima uz stradale i oboljele hrvatske branitelje sudjelovale i njihove partnerice, kao i djeca. Programme za djecu, uz Dašu Poredoš Lavor vodili su Jelena Mihanović Tepoš i Dalibor Jurić.

Projekt je završen dvodnevnom edukativnim seminarom na Poljoprivrednom gospodarstvu „Tišinić“ nedaleko Petrinje gdje su polaznici prvog dana sudjelovali u cjelodnevnoj radionici pod nazivom „Život nakon traume“, a drugog dana teme susreta bile su vezane za mogućnosti samozapošljavanja, stvaranja samostalnog poslovnog plana, prikupljanje ljekovitog i samoniklog bilja, uz razgledavanje prirodnih ljepota i bogatstava Banovine.

Cjelovit pristup čovjeku kao biološkom, emocionalnom, društvenom i duhovnom biću, te rad s cijelom obitelji pokazao je značajne rezultate (evaluacija projekta) u vidu emocionalnog osnaživanja za život u sadašnjosti, osnaživanja prilagodbenih kapaciteta, pri integraciji doživljene traume, unaprjeđenju međusobne komunikacije, poticanja boljeg međusobnog (međugeneracijskog) razumijevanja, prevenciji obiteljskog nasilja i učenju uspješnijih socijalnih vještina (U Sisku 28. kolovoza 2012., mr. sc. Daša Poredoš Lavor).

Kroz različite aktivnosti (edukacija, savjetovanje, rad u zajednici...), korisno je dati neke praktične upute (Coetzer, 2012.) za podršku, koje mogu pomoći obiteljima s teškom traumatizacijom i prevenirati prijenos traume na slijedeće generacije (transgeneracijski prijenos traume je pojava poteškoća i traumatskih simptoma kod slijedeće generacije koja nije neposredno doživjela traumu – krivnja, ljutnja, nepovjerenje, osjećaj marginalizacije i dr.):

Kako se emocije prenose na slijedeću generaciju?

U literaturi se navode četiri radna modela: šutnja, otvoreno iskazivanje drastičnih činjenica traume (radi „pripreme“ potomaka u opasnom svijetu), identifikacija, ponovno proživljavanje traume (kada bliski počnu osjećati kao da su i oni isto doživjeli ili da su oni sami počinitelji).

Ovdje navodimo šire objašnjenje samo za prijenos traume putem identifikacije: Djeca koja žive s traumatiziranim roditeljem mogu biti konstantno izložena posttraumatskim reakcijama koje su nepredvidive i djeci zastrašujuće. Ona se često osjećaju odgovornima za roditeljsko stanje te misle da ukoliko bi oni bili dovoljno dobri, njihovi roditelji ne bi bili toliko ljuti ili žalosni. Djeca ratnih veterana identificiraju se s iskustvom svoga oca kako bi mu bila bliže, kako bi ga bolje poznavala. Pokušavaju osjetiti što on osjeća, što može voditi do razvoja paralelne simptome.

Kako pomoći obitelji da se smanji opasnost prijenosa traume?

1. Djeca mogu pomoći roditeljima navodeći ih da im ispričaju ili napišu svoju traumatsku priču.
2. Djeca mogu biti žrtve splittinga traumatiziranih roditelja ili projekтивne identifikacije (neprorađena trauma roditelja – sram, krivnja i dr., neprihvatanje svojih negativnih dijelova projicira se u djecu). U radu s obiteljima i roditelji i djeca trebaju pozitivne identifikacijske modele izvan obitelji koji mogu pružiti podršku i brigu (npr. mala skupina).
3. Podržati obitelji da razgovaraju o traumatskom iskustvu roditelja razmjenjujući osjećaje na smislen i iskren način.
4. Pomagač/okolina treba imati na umu da je za djecu roditelja koji su počinili nedjela, ključno pouzdanje u pomagača, koji neće kriviti potomke za nedjelo njihovih roditelja.
5. Djeci/potomcima roditelja/predaka koji su počinili neka agresivna djela ključno je pomoći u samoprihvatanju i razvoju identiteta; među ostalim otkrivajući osjećaj krivnje i pomažući da se on smanji (nakon borbe dobra i zla, shvatiti da je oboje prisutno u svakoj osobi; tako se otvara mogućnost žalovanja i integracije bolne obiteljske povijesti).
6. Oporavak od traume je olakšan kada se ona vidi kao obiteljski problem – ako kažemo da je trauma „zarazna“, onda nije dovoljno tretirati samo traumatiziranog pojedinca!
7. Trauma sužava pogled na svijet kao i mogućnost odgovora na promjenljivu stvarnost: cilj je svake intervencije omogućiti obitelji širi raspon odgovora.
8. Pomoći prekidu šutnje u obitelji budući da šutnja/tajna/negacija ne sprječava prijenos traume: naprotiv, šutnja je mehanizam prijenosa budući da se negativna emocionalna poruka prenosi i bez sadržaja.
9. Za unuke je važno poznavati povijest obitelji radi razvoja njihove osobnosti – a to pomaže i smanjenju simptoma roditelja/djeda i bake: prekida se tišina, a oslobađa nada za obitelj.
10. Olakšavanje dijaloga o tajni traume često je ključno u tretmanu sadašnjih simptoma i prevenciji budućih problema.

11. Pojava simptoma kod djece nakon doživljene traume može biti povezana s ranijom neprorađenom roditeljskom traumom (zbog koje su kao roditelji emocionalno nedostupni, prezaštitnički, nepredvidivi-iritabilni i dr.). Stoga kod ispitivanja posljedica traume kod djece treba provjeriti eventualan utjecaj roditeljske traume.

12. Skupni tretman može biti koristan zbog povezivanja kroz dijeljenje sličnog traumatskog iskusta (trauma, utjecaj, tugovanje) i međusobne identifikacije (dijeljenje sličnog iskustva vodi do osjećanja oslobađanja). Razvojem svjesnosti o međugeneracijskom procesu prijenosa traume, isti može biti zaustavljen.

13. Liječeći sebe, liječimo rane svojih prethodnika i omogućujemo zdravlje još nerođenima.

14. Otvaranje komunikacije među generacijama omogućava veće razumijevanje i donosi olakšanje u obiteljima. Unuci mogu biti katalizatori u komunikaciji u obiteljima s neprorađenom traumom iz prošlosti o kojoj se ne govori (vlada tišina). Stareći, stari roditelji preispituju svoj život, krize, gubitke, imaju veću potrebu govoriti o svojim iskustvima.

15. Oporavak u obitelji može biti olakšan komunikacijom između starih traumatiziranih roditelja i njihovih unuka: djedovi i bake lakše s unucima mogu govoriti o prošlosti nego što su mogli sa svojom djecom (npr. želeći ih zaštititi od strašnih iskustava, postupaka).

16. U razgovoru među generacijama pojavljuju se uspomene o životu (činjenice o životu prije i nakon traume, neke sretne uspomene, načini preživljavanja, te se može povezati život prije traume) i uspomene o smrti. U ovim drugima pojavljuju se neiskazive emocije. Otvorena komunikacija s unucima donosi veće razumijevanje i olakšanje obiteljima: unuci mogu doprinijeti ljekovitom učinku kroz otvoren dijalog s preživjelima tako što neispričani traumatski strah postaje životna priča djeda i bake.

17. Tugovanje u odnosu na originalnu traumu može (spomenutim međugeneracijskim dijalogom) biti završeno (Coetzer ovu uputu, kao i sve navedene, potkrepljuje citatom iz Biblije: „Blaženi oni koji žaluju, jer će biti utješeni“).

18. Na obiteljskim seansama gdje roditelji ispričaju svojoj djeci o nekazanim tajnama iz prošlosti, tajnama, tabuima – odnosi se mogu popraviti, a simptomi reducirati.

19. Kako bi se prevenirali problemi u kasnijim generacijama, potrebno je raditi s obiteljima u riziku na problemu prijenosa traume i tamo gdje nema otvorenih simptoma.

Nakon ratova svugdje dolazi do gubitka interesa za veterane pa čak i zanemarivanja stečenih znanja o utjecaju rata na mentalno zdravlje veterana (Lewis – Herman, 1992.), mada problemi vezani uz ratnu traumu trajno opterećuju pojedinca, obitelji, zajednicu. Profesionalna i znanstvena zajednica treba ukazivati na usku povezanost konteksta (kulturalnih, socijalnih, povijesnih i političkih čimbenika) i razumijavanja te pristupa traumatskom stresu – doprinoseći trajnoj (i prikladnoj) podršci veteranima i njihovim obiteljima i onda kada oni nisu u žiži javnosti.

Literatura:

1. Coetzer, W. (2012.): The Impact of Intergenerational Trauma with Reference to Some Biblical Perspectives, internet
2. Foy, D. (1993.): Liječenje PTSP: kognitivno-bihevioralni postupci, Slap, Zagreb
3. Kocijan – Herciginja, D., Folnegović – Šmalc, V. (1999.): Priručnik za prepoznavanje, rano otkrivanje i sprječavanje suicidalnosti, MOBMS
4. Lewis – Hermann, J. (1992.): Trauma and Recovery, New York: Basic books
5. Ljubotina, D. and Treatment Outcomes and Perception of Social Acknowledgment in War Veterans: Follow-up Study Croat Med J., 2007. April; 48(2): 157–166
6. Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata, 2005., MOBMS
7. Pantić, Z., Ljubotina, D., Priebe, S., Frančišković, T. (2005.): Evaluacija psihoterapije klijenata s iskustvom ratne traume – metodološki i klinički aspekti XVII. dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb: knjiga sažetaka - Hrvatsko psihološko društvo, 79-79 (ISBN: 953-175-241-9)
8. Piercy, F. (1996.): NY London, Family Therapy Sourcebook, The Guilford Press
9. Stevanović, A. (2012.): Sekundarna traumatizacija supruge veterana oboljelih od PTSP – sažetak specijalističkog rada, Filozofski fakultet Zagreb
10. Wilson, P. J., Kurtz, R. R. (1995.): Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners, Guilford Press
11. Worden, W. (1991.): Savjetovanje o dubokoj žalosti i terapija žalosti: Priručnik za praktičare mentalnog zdravlja, Routledge, London

Zdenka Pantić

3.5.2. Psihosocijalne intervencije usmjerene prema civilnim žrtvama rata i njihovim obiteljima

3.5.2.1. Uvod

U tekstu će biti razmotren doprinos psihologa, samostalno ili u suradnji s drugim profesijama (prije svega u zdravstvu i socijalnom radu, prosvjeti, ali i policiji, pravosuđu te civilnom društvu) u radu s nekim ranjivim skupinama te osobama sa specifičnim problemima i potrebama. Doprinos psihologije i psihologa ovdje shvaćamo kao djelovanje u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja i dobrobiti imajući u vidu spoznaje i metode koje psihologija može ponuditi, a sa željom da psiholozi razvijaju stav o potrebi većeg društvenog angažmana, izađu u zajednicu, ponude svoja znanja, trud i vrijeme na opću dobrobit.

Možda se ovaj stav čini pomalo naivnim u vremenu kada „je vrijeme novac“, društvo je u krizi, vlada nesigurnost i nejasno je koje vrijednosti živimo. Ipak, vjerujem da odgovoran doprinos zajednici može donijeti koristi svima. Uostalom, napor pokretača cijele akcije i urednika ovoga Priručnika upravo tako i shvaćam: kao potrebu i želju za zajedničkim kreiranjem smisla, impulsu za zajedničko djelovanje nasuprot nezainteresiranosti i osjećaju nemoći.

Pojam ranjivih skupina nije tako dugo u upotrebi, a odnosi se na skupine s povećanim rizikom ranjivosti, osjetljivosti te skupine koje su podložne utjecaju okoline. Dakle, u ranjive skupine spadaju svi koji na bilo koji način ne mogu normalno funkcionirati u svakodnevnom životu.

Prije svega to su žrtve rata i njihove obitelji koje trpe dugotrajne posljedice doživljenih traumatskih iskustava kao i različite gubitke (trauma je uvijek gubitak nečega!). Ovo nipošto nije jedinstvena skupina i to je važno imati na umu, a trebaju posebnu pozornost i odgovornost društva. U planiranju i provođenju različitih intervencija vezano uz metalno zdravlje valja imati na umu specifične potrebe različitih skupina o kojima se u struci manje govori kao što su žrtve mučenja i krupnih kršenja ljudskih prava (prema Konvenciji UN-a o zabrani mučenja i drugog degradirajućeg postupanja), obitelji nestalih osoba, civilne žrtve rata, svjedoci na sudu – žrtve ratnog zločina (kao i članovi njihovih obitelji).

Općenito, u raspravi o utjecaju (ratne) traume treba imati na umu razliku između izloženosti traumatskim događajima i mogućih posljedica u psihosocijalnom funkcioniranju. Važno je istaknuti da izloženost nepovoljnim okolnostima i traumati ne mora značiti da kod

osoba koje su ih doživjele nužno mora doći do oštećenja psihosocijalnog funkcioniranja. Neki ljudi preživljavaju teške i traumatske doživljaje, a da to ne ošteti njihovu psihološku dobrobit (Mooren, 2001., prema Duraković Belko, E., Powell, S., 2001.).

Općenito, u raspravi o ranjivim skupinama i osobama sa specifičnim problemima i potrebama te unatoč okolnostima i iskustvima koje ugrožavaju mentalno i socijalno zdravlje, nužno je imati na umu čimbenike otpornosti/rezilijentnosti kao zaštitnim čimbenicima mentalnog zdravlja i dobrobiti.

Zbog usmjerenosti na psihopatologiju mogu se zanemariti drugi odgovori na rat – kako među zdravom populacijom – tako i među populacijom koja pati od psiholoških poremećaja. Čak i ljudi s izraženom simptomatologijom mogu imati „zdrave snage“ i dobru adaptaciju u drugim životnim područjima. Često se čuju riječi da je potrebno okrenuti se sadašnjosti i budućnosti, a ne vraćati se na ratne traume. Znanje o ratnoj traumi i posljedicama (dugotrajnim, odgođenim, utjecaju aktualnog konteksta, transgeneracijskom prijenosu traume, čimbenicima rizika za razvoj psihopatologije) iznimno je važno u brizi za mentalno zdravlje i dobrobit stanovništva.

Poziv da se odmaknemo od ratne traume ima još jednu implikaciju, a to je poteškoća društva suočiti se s odgovornosti prema onima koji su pogođeni. Neka istraživanja o posljedicama ratne traume i utjecaju poslijeratnog konteksta daju jasne poruke o značaju istraživanja i potrebi provođenja odgovarajućih psihosocijalnih mjera (Priebe, 2009.; Ljubotina, 2007.).

Među skupine sa specifičnim problemima spadaju i dugotrajno nezaposleni, socijalno isključeni, pojava beskućnika. Ove skupine također trebaju biti prepoznate u planiranju psihosocijalnih intervencija (dok je odgovornost na drugim strukturama u društvu za kreiranje odnosa koji bi omogućili pravo na rad, dostojanstven život i solidarnost). I osobe starije životne dobi često možemo prepoznati kao skupinu s višestrukom ranjivošću (posebno u područjima od posebne državne skrbi (PPDS)). Iskustvo višestruke ranjivosti imaju, npr. i jednoroditeljske obitelji, osobito u područjima s manje mogućnosti.

Nadalje, ulaskom u EU možemo u većoj mjeri očekivati pojavu imigranata, s čime se također valja suočiti. Među imigrantima – tražiteljima azila pojavljuju se, npr. i žrtve mučenja koje, prema Konvenciji UN država u kojoj zatraže azil ih ne može izručiti drugoj državi ukoliko postoji opasnost da će tamo ponovno doživjeti mučenje. Za očekivati je odrasle i djecu bez roditeljske pratnje koji će trebati procjenu, podršku i pomoć između ostalih i psihologa u rješavanju njihova statusa i integraciji: poznavanje drugih kultura, prilika, izbor tehnika te rad s prevoditeljima samo su neki od izazova.

Što sve ovdje spomenute skupine/osobe imaju zajedničko? To je potreba za psihosocijalnom podrškom.

Već je napomenuto kako traumatizacija ne mora nužno izazvati teške posljedice u psihosocijalnom funkcioniranju. Ipak, iz teorije kao i istraživanja stresa i traume te

kliničke prakse poznato je da će osobe koje su doživjele stres visokog intenziteta ipak imati posljedice. Uz to je veća i vjerojatnost da će doživjeti i više trauma u budućnosti (Van der Kolk and all, 1996.).

U psihosocijalnom pristupu identificiran je „nositelj“ patnje bilo da je to pojedinac, obitelj ili skupina, svima treba istovremeno biti pružena podrška (Weine, 2000., prema Duraković Belko, E., Powell, S., 2001., Sarajevo). Ovaj pristup ujedno naglašava kako su čimbenici koji su doveli do patnje, kao i oni koji pomažu prevenciji i liječenju patnje, psihološki i socijalni te da su povezani (Machel, 2000., prema Duraković Belko, Powell, 2001., Sarajevo). Tako, primjerice, kod psiholoških, socijalnih i egzistencijalnih problema kod dugotrajno nezaposlenih, nipošto nije dovoljna samo psihološka pomoć: uz psihosocijalne intervencije moguće je razvijati socijalno poduzetništvo i tako kreirati nova radna mjesta ili barem organizirati svrsishodne aktivnosti u zajednici (Rehabilitacijski centar za stres i traumu, 2010./11.).

Kod skupina i pojedinaca o kojima se govori u ovome tekstu važno je istaknuti da su problemi u psihosocijalnom funkcioniranju većim dijelom nastali zbog **utjecaja izvana** (a u manjoj mjeri zbog njihovih osobina ili slabosti kako na poteškoće gleda medicinski model). Stoga se ovdje zalažemo za socijalni model u razumijevanju, objašnjavanju poteškoća i oštećenja te mjera prevencije i liječenja. Ovaj pogled podrazumijeva odgovornost društva za oporavak tih skupina, socijalnu akciju, a to stavlja i drukčiji naglasak na ulogu psihologije/psihologa u zajednici i društvu. Iako psiholozi nisu trenirani za društvene aktiviste, u razumijevanju problema s kojima se susreću te prevenciji i tretmanu, nužan je pogled kao i suradnja iz više perspektiva.

3.5.2.2. Neke skupine sa specifičnim problemima

Ovdje će zbog prostora biti spomenute tek tri skupine, kao ilustracija skupina sa specifičnim problemima (višestruke ranjivosti), u sva tri primjera vezanom uz rat i njegove dugotrajne posljedice (koje se često zanemaruju). Kako je već napomenuto, fenomeni koje susrećemo te potrebe i mogućnosti u pružanju intervencija nadilaze spoznaje i mogućnosti jedne profesije. Također želimo naglasiti kako je u radu s ranjivim skupinama iznimno važno što bolje poznavanje njihovih karakteristika, okolnosti iz kojih dolaze s potrebom za našim intervencijama. Važno je imati na umu da je u podlozi mnogih poteškoća moguća ratna trauma (i njezin transgeneracijski prijenos). Unatoč nastojanjima za znanstvenim pristupom i objektivnošću, neutralnošću, potrebno je uvijek imati kritički odmak i reflektirati o svom radu (bilo da je to istraživanje, dijagnostika i tretman, društvena akcija) kako bi na prvom mjestu ostala humanistička orijentacija.

Ovdje npr. kao višestruko ranjiva nije spomenuta skupina dugotrajno nezaposlenih osoba - danas vrlo velik broj radno sposobnog stanovništva u RH koja također zaslužuje veliku pozornost. Iz naših spoznaja ranjivost ove skupine u najvećoj mjeri proizlazi iz društvenih okolnosti koje kreiraju situaciju nedostatka radnih mjesta i mogućnosti da ostvare pravo na rad i time dostojanstven život. Naše je iskustvo (NVO RCT Zagreb) da se rehabilitacija i integracija u društvo pripadnika ranjivih skupina velikom dijelom ostvaruje kroz rad,

tj. da psihološke metode nisu dovoljne bez mogućnosti za rad; rad je bitan u prevenciji drugih zdravstvenih, posebno bolesti vezanih uz stres i psiholoških posljedica. Ova tema nadilazi svrhu ovog Priručnika, ali neizbježna je kako za psihologe tako i društvo.

Ranija traumatizacija i starenje

Starenje predstavlja razdoblje pojačanog stresa u životnom ciklusu: odlazak u mirovinu i gubitak ranijih uloga i propitivanje smisla života, gubitak bračnog druga, pobolijevanja (neke od brojnih civilizacijskih bolesti), odnos okoline prema starijima - upravo su neki razlozi zbog kojih stare ljude i smještamo u skupinu vulnerabilnih osoba.

Poznato je da je u starijoj dobi prisutna visoka pojavnost depresivnosti i anksioznosti (no liječnici opće/obiteljske medicine ih vrlo rijetko prepoznaju i liječe (Vadla, 2011.), pri čemu je važno što ranije utvrditi dijagnozu, omogućiti liječenje, planirati odgovarajuće mjere očuvanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja starije populacije.

Uspješna adaptacija na suočavanje sa starenjem zahtjeva sljedeće (Schmid, 1991., Ericson, 1965., prema van der Kolk, 1996.):

- tugovanje za gubicima tijekom života
- davanje smisla ranijim i sadašnjim iskustvima
- prihvaćanje osobne prošlosti i sadašnjeg stanja
- obnavljanje osjećaja koherencije i kontinuiteta
- dostizanje integracije ega.

Obzirom na velik broj osoba koje su bile pogođene ratom 1991./95., a sada su već u poodmakloj dobi (među kojima mnogi imaju iskustvo i Drugog svjetskog rata), važno je razumjeti odnos ranije traumatizacije i starenja - stariji s iskustvom ranije traumatizacije predstavljaju višestruko ranjivu skupinu.

Kada se uspoređuju razvojni zadaci u starijoj dobi i posljedice PTSP-a (kao najčešće spominjanog poremećaja nakon traume), starenje je rizični čimbenik za ranije traumatizirane osobe. Simptomi PTSP-a (odgođena pojava ili pogoršanje) mogu nastupiti i nakon desetljeća uspješnog nošenja s ranijim traumatskim iskustvom; uz to se u starosti, kako smo vidjeli, javlja i druga posttraumatska simptomatologija te pojačana osjetljivost na stres. Tako je Krystal, 1981. (prema van der Kolk, 1996.) prepoznao da je prihvaćanje gubitaka kroz život u starijoj dobi te dostizanje ego integriteta ključni razvojni zadatak starenja, ali i kritičko postignuće u procesu oporavka od traume. Analogija između razvojnih konflikata starenja i odgovora na traumu pomažu razumijevanju dekompenzacije kod starijih, čak i niz godina nakon (dovoljno dugotrajne i teške) traumatizacije. Neizbježni gubici u starenju mogu aktivirati neprorađene traume. Ove su spoznaje (uglavnom zasnovane na istraživanjima preživjelih iz Drugog svjetskog rata, posebno žrtava Holokausta) iznimno važne: Ukoliko obiteljski liječnik i stručnjaci za mentalno zdravlje (među njima i psiholozi) pogriješno procijene posttraumatske simptome (depresija, tjeskoba, sjećanja koja se nameću, kroničan umor, poremećaji sna)

kao (isključivo) degenerativni proces vezan uz starenje, mogu promašiti ono ključno u dijagnozi: na taj će način uskratiti starijim ranije traumatiziranim osobama, suosjećajno razumijevanje i odgovarajući tretman. Za najprikladniji tretman neophodno je pažljivo istražiti što je dovelo do dekompenzacije, pri čemu je nužan multidisciplinarni pristup i odmak od ranije dominantnog modela deficita (i pesimističkog shvaćanja o prognozi psihoterapije kod starijih).

Psiholozi na različite načine mogu doprinijeti u (multidisciplinarnom) istraživanju ovih problema, planiranju očuvanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja, dijagnostici i liječenju/tretmanu.

Ratna trauma: žrtve mučenja i krupnih kršenja ljudskih prava

Unatoč ljudskoj sposobnosti adaptacije na iznimno teške događaje, tako da neki pojedinci neće razviti psihički poremećaj, mnogi će ipak ostati zarobljeni u traumatskom iskustvu. Koji je odgovor ljudskog bića na traumu (događaj izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva koji preplavljuje sposobnosti suočavanja, a posljedice su neizbježne i univerzalne)? Trauma izaziva intenzivan strah, bespomoćnost, gubitak kontrole, povezanosti, smisla, prijetnju uništenja. Pored tjelesnih povrjeda i trajnog invaliditeta (kod psihofizičkog zlostavljanja), PTSP-a i depresija najčešće su bolesti/posljedice, a povezane psihijatrijske bolesti su: alkoholizam, depresivni poremećaji, anksiozni (tj. tjeskoba), disocijativni (prekid inače integriranih funkcija svijesti, pamćenja, identiteta ili doživljaja okoline...), somatoformni (tj. tijelo pokazuje psihičku patnju) pa i psihotični poremećaji.

Velik broj osoba u Domovinskom ratu 1991./95. doživio je iskustvo mučenja i krupnih kršenja ljudskih prava (namjerno nanošenje patnje od strane službenih osoba ili u njihovo ime kao i uz njihovo znanje, a da to nisu spriječile); svrha je namjerno uništavanje ne samo tjelesnog i emocionalnog blagostanja pojedinaca nego dostojanstva i volje pojedinca, čitavih zajednica te uspostave kontrole i straha u zajednici. Smatra se da se u ratnim sukobima među izbjeglicama/prognanicima nalazi oko 20% žrtava mučenja.

Žrtve mučenja (Konvencija UN protiv mučenja i drugog okrutnog i degradirajućeg ponašanja, 1984.) najosjetljivija su i višestruko ranjiva skupina stradalih u ratu. Doživjeli su traume zbog kojih bi svatko imao određene posljedice; slaba im je dostupnost različitih vidova obeštećenja (restitucija, kompenzacija, rehabilitacija); jedna od posljedica mučenja je i osiromašenje, doživljaj nepostojanja pravde i drugo. Uz trajne psihičke simptome i tjelesne posljedice doživljene traume, oni u pravilu osjećaju socijalnu izolaciju i to zbog prirode traume kao i zbog nevoljkosti društva da prepozna i odgovori na njihove potrebe. Ovo su i razlozi zbog kojih je potrebno razvijati proaktivne programe kojima bi se na korisnicima prihvatljiv način i uz njihovu suradnju kao partnera nudili potrebni vidovi psihosocijalne podrške.

U nas se najčešće govori o boravku u logorima i zatvorima (izvan Hrvatske) kao mjestu mučenja/torture, ali postojao je niz mjesta, situacija i oblika mučenja izvan i unutar zemlje (te je nažalost moguće izraditi „mapu“ mučenja). Točan broj stradalih nije poznat, a uz članove obitelji žrtava (budući da je trauma „zarazna“ i utječe na okolinu) teško je procijeniti broj ukupno pogođenih osoba. U psihološkom smislu žrtvom traume smatamo i osobu koja je svjedočila patnji drugih.

Iako je u suvremenom svijetu mučenje zabranjeno, ono se masovno javlja u ratovima, nedemokratskim režimima (u novije vrijeme u ime borbe protiv terorizma zemlje koje se diče svojom demokracijom ponovno vrše i zagovaraju mučenje, dokidajući tako demokraciju i vladavinu prava). Ipak, kršenje ljudskih prava i mučenje može se javiti svugdje gdje postoji moć obespraviti druge – primjer su, tzv. „totalne institucije“ kao npr.: zatvori, ali i policijske postaje, zatvoreni psihijatrijski odjeli, domovi za stare i nemoćne i druge ustanove. Neke su skupine u većem riziku biti izložene mučenju kao, npr. pripadnici manjinskih skupina, osobe homoseksualne orijentacije, invalidi, neke skupine bolesnika i slično.

Treba imati na umu i to da su neke profesije u većem riziku svjedočiti, ali i sudjelovati u tim neprihvatljivim aktivnostima mučenja. O ovim problemima važno je govoriti i osiguravati zaposlenima u tim institucijama prikladne uvjete rada, potrebnu edukaciju i podršku u radu. Stoga je za psihologe važno poznavanje teorije traume, ciljeva i vrsta mučenja, njegovih posljedica, oblika pomoći. U naposrednom radu s korisnicima/klijentima/pacijentima važno je poznavati sadašnji i raniji kontekst iz kojega korisnik usluga dolazi. Iako je prošlo puno vremena od ratnih trauma, posebno iskustva logora te drugih oblika mučenja, upravo u susretu s ratnom traumom mučenja (osobe koje su bile u logoru - žrtve mučenja, silovane žene, ali i muškarci, osobe s velikim gubicima, srodnici nestalih...) važno se upitati:

Odakle je osoba, što se događalo u ratu u tom kraju? Koje je etničko, vjersko, kulturno i drugo porijeklo osobe vezano uz moguću izloženost traumi? Koliko je osoba imala godina u vrijeme traumatizacije ili svjedočenja patnji bliske osobe?

Psiholozi su dužni poznavati društvene, političke prilike i događaje (nasuprot tome često čujemo kako ih politika „ne zanima“). Poznavanje situacije iz koje pacijent dolazi pomaže boljem razumijevanju okolnosti kako se ne bi zanemarila izloženost traumi o kojoj pacijent (iznoseći svoje tegobe) i ne mora izvijestiti (zbog proteka vremena ili upravo iz bolne ambivalencije žrtve da li da traumu/mučenje otkrije, izbjegavajući bolno prisjećanje, bojeći se da će biti smatran poremećenim, srameći se, misleći da mu nitko neće vjerovati, zbog neinformiranosti i pogrešnih uvjerenja o razlozima svoga stanja).

Općenito, poznavanje traumatskog konteksta bitno je za razumijevanje traume, omogućuje bržu uspostavu povjerenja i doprinosi boljoj dijagnostičkoj orijentaciji, ali također je bitno i u istraživanju (iskustva RCT Zagreb).

Prvi kontakt sa žrtvom mučenja najčešće imaju zdravstveni djelatnici koji bi trebali biti trenirani o traumi te imati na umu da su problemi i simptomi kod nekih pacijenata uzrokovani mučenjem i organiziranim nasiljem. Iako je prošlo dugo vremena od toga,

pacijenti možda (kako je već rečeno) ne povezuju svoje traumatsko iskustvo sa sadašnjim poteškoćama. Volonteri i aktivisti nevladinih organizacija tekođer ostvaruju kontakte s osobama koje su doživjele ratnu traumu, mučenje i kršenja ljudskih prava te bi tekođer trebali biti upućeni u osnovne probleme mentalnog zdravlja i traume, kao što je potrebno povezivati vladin sektor i civilno društvo kao sve utjecakniji čimbenik na različita područja života (trenutno je to npr., najvidljivije kod brojnih aktivista koji se bave tranzicijskom pravdom gdje su potrebna znanja iz psihologije traume, refleksija o svom radu, povezivanje s vladinim sektorom).

Kod procjene mentalnog zdravlja žrtve mučenja i evaluacije tretmana psiholozi koriste strukturirane intervjuje i skale procjene, posebno kada je potrebno dokumentirati posljedice mučenja, kao i u istraživačke svrhe. Ipak, mjerenja treba kombinirati s kliničkim intervjuom radi dobivanja cjelovite slike.

Zadnjih godina razvijen je Istambulski protokol, neobvezan, ali vrlo koristan dokument – Priručnik za djelotvornu istragu i dokumentiranje mučenja i drugog svirepog, nehumanog ili ponižavajućeg postupanja ili nekažnjavanja (UN, New York, Geneva, 2004.) namijenjen različitim profesijama koje dolaze u dodir sa žrtvama mučenja i predstavlja sadašnje stanje znanja u ovome području.

Budući da žrtve mučenja imaju određena prava na obeštećenje zagarantirana međunarodnim dokumentima (koja se svugdje teško ostvaruju), važno je dokumentirati mučenje. U širem smislu dokumentiranje slučajeva mučenja služi ostvarivanju pravde za žrtve, borbi protiv nekažnjavanja i sprječavanju ponavljanja.

Iako ovdje naglašavamo rizik da se stara traumatska iskustva ne prepoznaju, želimo tekođer istaknuti kako ne bi bilo dobro ni tragati za (ratnom) traumom i mučenjem pod svaku cijenu upravo stoga što odnos traume i posljedica nije jednoznačan, a ne treba zaboraviti otpornost i podršku okoline kao zaštitne čimbenike mentalnog zdravlja!

Cjelovita procjena stanja i potreba žrtava mučenja treba sadržavati (RCT Field Manual, 2007.):

- ispitivanje mentalnog statusa
- tjelesni pregled
- procjenu razine funkcioniranja osobe - sadašnjeg i ranijeg
- ranije psihološke ili druge zdravstvene probleme
- povijest izloženosti nasilju kroz život, uključujući i mučenje.

Važno je imati na umu:

- kod procjene osobe treba se orijentirati tome pripada li osoba skupini viskog rizika budući da to povećava i rizik mučenja
- žrtve mogu biti nespemne govoriti o svojim iskustvima. Korisno je stoga promatrati verbalnu i neverbalnu komunikaciju
- uspostava uzajamnog povjerenja uvjet je za početak intervencije
- neke situacije mogu izazvati podsjećanje na traumatsko iskustvo; potrebno je izbjegavati moguće „okidače“
- dozvolite osobi da ispriča svoju priču na svoj način; ne požurujte, budući da to može otežati njihovu situaciju

- osigurajte da je okolina u kojoj se odvija procjena sigurna
- budite svjesni da osoba može imati višestruke probleme: tjelesne, psihološke, socijalne, pravne...
- ukoliko je moguće osigurajte podršku za tjelesne, praktične, socijalne potrebe osobe
- kod procjene budite svjesni da simptomi ne moraju biti konstantni nego oni variraju u ovisnosti o vanjskim čimbenicima
- podržite ideološka ili religiozna uvjerenja osobe; ona su osobi važan način suočavanja sa situacijom.

Rad s traumom općenito mijenja osobu. Nemoguće je zaštititi se na način da ostanemo profesionalni, humani, nedotaknuti nepravdom i suočenjem sa zlom koje ljudi nanose jedni drugima. Ovdje naglašavamo rizik od sagorijevanja na poslu zbog rada s teškim traumatskim materijalom koji nužno ostavlja posljedice i na profesionalce.

Stoga je nužna procjena rizika sagorijevanja profesionalaca vezano uz uvjete i organizaciju rada:

- ispitati obim stalnog kontakta, opterećenja i broja kontakata s teško traumatiziranim osobama
- jasno definirati ciljeve u radu
- otkriti nejasne uloge i očekivanja od voditelja i društva
- procijeniti kontaminaciju povezanu s pojedinim slučajem
- je li na poslu premalo mogućnosti za osobni razvoj
- negativna spirala iscrpljenosti negativno će se odraziti na smislenost posla: potrebno je voditi brigu o psihosomatskim simptomima kao što su glavobolja, umor, problemi probava, visok tlak.

Žene - žrtve seksualnog nasilja u ratu

Seksualno nasilje nad ženama dio je redovitih postupaka protiv čovječnosti za vrijeme ratnih/oružanih sukoba kao i u postkonfliktnim situacijama svugdje u svijetu. Ovo je tema o kojoj se nerado razgovara, okružena je sramom, tabuima te iracionalnim uvjerenjima. Društvena i individualna šutnja o silovanjima u ratu ima za posljedicu da se malo zna o obimu i oblicima zlostavljanja, te kako žene, njihove obitelji i zajednice odgovaraju na psihoseksualnu traumu.

Za žene seksualno nasilje najčešće podrazumijeva silovanje. Pri tome trajan problem predstavlja „zavjera šutnje“ i to ne samo u društvu nego i među profesionalcima za mentalno zdravlje čime se zapravo doprinosi njihovom stigmatiziranju umjesto zaštiti. Žene se zbog različitih razloga suzdržavaju od izlaska u javnost sa svojim problemom osjećajući sram, želju da zaštite svoje bližnje, zbog socijalnog tabua da se o tome govori, straha i nemogućnosti nalaženja riječi za svoju patnju, kaotičnih osjećaja. Njihova je situacija karakterizirana izolacijom, bolovima, problemima u odnosima, osjećaju krivnje, srama, prisjećanju traume i dugo vremena nakon tog iskustva (ima kroničan tijek ili se vraća).

Niz godina nakon događaja neke su pronašle načine nošenja sa svojom patnjom ili ne vjeruju i nadalje se boje tražiti pravdu te tako ostaju u određenoj *emocionalnoj izolaciji* i žive svoj tajni i javni život. Najčešće njihovo tijelo kroz različite zdravstvene probleme govori o patnji (Popović, u: Arcel i Tocilj-Šimunković, 1998.), one *trpe bolove*, patile su od različitih infekcija, možda postale sterilne. Zbog toga što ne mogu ni s bližnjima pa ni terapeutom govoriti o svom iskustvu, često imaju *poteškoće* u bliskim *odnosima*.

Navodimo preporuke (koje vrijede i za slučajeve koji nisu vezani uz rat).

Komponente odgovora zajednice na silovanje (RCT Field Manual, 2007.):

- normalizacija iskustva podrazumijeva informiranje i razumnu podršku progovaranju
- postaviti jasna pitanja radi detekcije problema
- izbjegavati prosuđivanje (mnogi profesionalci usko definiraju silovanje)
- krizni servisi (u našim okolnostima nakon dugo vremena od traume silovanja u ratu krizna intervencija može biti potrebna kod npr. retraumatizacije svjedočenjem na sudu, susretom s počiniteljem, odgovorem obitelji na eventualno otkrivanje istine i dr.)
- krizno savjetovanje (osobni kontakt s treniranim osobljem) – poželjno izvan institucija
- savjetovanje u bolnici podrazumijeva pružanje informiranog pristanka o evidenciji, poteškoćama, pravnom aspektu
- djelovanje policije podrazumijevaju trenirano osoblje za ovu problematiku, potrebno je da su uključene žene kako bi se uzelo u obzir emocionalno i fizičko stanje žene za vrijeme inicijalnih intervjuja
- neposredno nakon silovanja mnoge žrtve trebaju kratkotrajne forme savjetovanja kako bi se potakao oporavak, a spriječio razvoj PTSP-a, kao i pomoć obiteljima. Druge žrtve trebaju dugotrajnu terapiju i to od strane *stručnjaka koji poznaje probleme silovanja*.

Recentna rasprava o silovanju žena za vrijeme rata u Hrvatskoj i traženje njihovih prava suočava društvo s pojavom i obvezom o kojoj se nije javno govorilo. Žene – žrtve seksualnog nasilja u ratu također su ranjiva skupina s višestrukim i specifičnim problemima koja ima određena prava (kao i druge žrtve kako je već spomenuo, prema Deklaraciji UN iz 2005. o osnovnim principima pravde za žrtve kriminala i zloupotrebe moći predviđa se da žrtve trebaju dobiti neophodnu materijalnu, medicinsku te socijalnu pomoć i podršku). Kod nas se to nije ostvarilo (dok su neka prava žene u BiH ostvarile).

DORH je početkom 2012. godine saopćio kako je silovanje jedan od načina izvršenja ratnog zločina te pozvao pogođene osobe da se jave radi mogućih postupaka istrage, kažnjavanja.

Ovdje je važno napomenuti način na koji politika i službe zadužene za provođenje reda odgovaraju na počinjene zločine, pokazuju ozbiljnost kojom zajednica/društvo reagira na ove zločine – to je i poruka žrtvama.

Možda nije kasno ni nakon toliko godina progovoriti, ispitati, pomoći, procesuirati

nepravdu. Ipak, prije svega potrebno je na pravi način pomoći žrtvama prikladno njihovim sadašnjim potrebama i razumijevanju osobne situacije osigurati sigurnost žrtava u zajednici (na sudu kada se pojavljuju kao svjedoci). Iako je velik protek vremena od traume potreban je velik oprez s ovom problematikom kako se ne bi nanijela veća šteta nego pružila pomoć.

Psiholozi tu imaju mnogo toga za činiti od treninga različitih profesija (policija, odvjetnici, zdravstveno osoblje, stručnjaci za mentalno zdravlje, volonteri, suci, državni odvjetnici...) koje dolaze u dodir sa žrtvama i njihovom okolinom, medija, do pomoći i podrške žrtvama u neposrednoj okolini i edukacije u zajednici o problemima seksualnog nasilja, promovirajući stavove o podršci, nasuprot prešućivanju te promovirajući sigurnost i solidarnost.

Čini nam se da će zbog složenosti problema i stavova prema pojavi seksualnog nasilja u ratu ova skupina žrtava vjerojatno teško postati skupina koja djeluje javno i zagovara svoja prava, pokazuje solidarnost i povezanost te međusobno pruža podršku. Kod nas postoje nevladine organizacije koje se kontinuirano i stručno bave ovom problematikom i izvor su znanja i iskustva koji treba uključiti u različite vidove unaprjeđenja mentalnog zdravlja ove skupine. Njihovo prepoznavanje i zaštita povezana je između ostaloga s ostvarenjem pravde, normalizacijom poslijeratnog društva i drugoga. Budući da neće svi (ratni) zločini moći biti procesuirani, postoje naponi za kreiranjem novih modela pravde - tzv. „Ženski sudovi“ kao alternativna mogućnost unutar civilnog društva i društvenih pokreta koji pružaju ženama ne samo mogućnost svjedočenja o iskustvu nepravde, nego i stvaranje novog koncepta pravde i mira. Na taj je način također moguće pomoći sebi i drugima.

3.5.2.3. Intervencije: što znamo, što možemo, u što (sve) vjerujemo

Dok se mnogo govori o složenosti problema ranjivih skupina te potrebi **interdisciplinarnog pristupa** u kome se razmatra položaj psihologa (posebno odnos prema medicini, psihijatriji i suradnji), u novije nam se vrijeme sve važnijim čini zagovarati razvoj suradnje psihologa s policijom i pravosuđem imajući u vidu potrebe žrtava za suđenjima za krivična djela (te posebno ratni zločin) gdje se zbog prirode pravnih postupaka često dodatno ugrožava dobrobit žrtava, o čemu još ne postoji svijest te potrebna znanja i odgovornost. Ovdje ćemo kazati više o jednom drugom također zanemarenom mjestu susreta.

Psihologija i religija

Dok je ključna zadaća ljudskih društava osigurati članovima tradicije, institucije, vrijednosni sustav koji ih štiti od preplavljenosti stresnim iskustvima, religiozna uvjerenja oblikuju ljudski odgovor na traume i stresne događaje. Dajući osjećaj smisla stavljanjem teških iskustava u širi kontekst, afirmira zajedništvo u patnji kroz generacije, vrijeme, prostor, pruža osjećaj povezanosti (van der Kolk, Traumatic Stress, 1996.). Upravo davanje smisla ljudskom iskustvu koje pruža religija, osjećaj da ljudi nisu sami, pomaže

ponovnom uspostavljanju povjerna i povezanosti s drugima (Lewis – Hermann, 1992.) koje trauma prekida i kritičko je iskustvo u oporavku nakon traume.

Pargament (u Shanfranske, 1996.) raspravlja o pozitivnim stranama religije na mentalno zdravlje te navodi kako se čini da su psiholozi previdjeli značaj religioznog poimanja svijeta. Sami najčešće manje religiozni od korisnika svojih usluga, okrenuti znanosti i uvjerenju modernog čovjeka o predvidivosti i osobnoj kontroli nad životom te slobodnom izboru, nerijetko podcjenjuju značaj religije kod mnogih ljudi. Čini se da je religija intimno uključena u život ljudi u najtežim životnim okolnostima i onda kada se oni ne izjašnjavaju kao religiozni. Istraživanja su pokazala da o funkciji religije u životu ne govore toliko religijske prakse pojednaca, kao što religijske prakse ne govore nužno o mehanizmima koji utječu na prilagodbu u teškim životnim okolnostima.

Konzistentno s teorijom kopinga, pokazalo se da je bolji prediktor za suočavanje s krizom religiozni koping nego genaralni indikatori religioznosti. Obzirom na to da religija nastoji osigurati svojim članovima mehanizme koji pomažu sačuvati ono što je važno u teškom razdoblju, možemo govoriti o „religijskoj prevenciji“: sustav vjerovanja i religijske prakse imaju preventivnu ulogu (nepoželjna se ponašanja proglašavaju nedozvoljenim, tabuom), religija sadržava načina pročišćenja, ima rituale kao načine suočavanja s teškim životnim situacijama. Održavanje smisla okretanjem božanskome u krizi (ali shvaćeno kao više suradni tip suočavanja sa stresom nego pasivno očekivanje spasa), kažu istraživanja, smanjuje se osjećaj tjeskobe, omogućuje bolje fizičko i mentalno zdravlje i veće psihosocijalne kompetencije te manja socijalna stigmatizacija obraćanjem duhovniku.

Daju li religijske metode suočavanja sa stresom nešto što je različito od nereligijskih? Religija odgovara na mnoge potrebe na puno različitih načina, pomoć se može zatražiti od Boga, ali važno je naglasiti i od mnogih osoba i institucija povezanih s crkvom. Potrebna je otvorenost za susret s obje strane.

Iako psihološke i religijske zajednice nemaju puno zajedničkog, obje su posvećene (bez obzira na svoje razloge) dobrobiti ljudi. Za rad s populacijama u stresu važno je poznavati istraživanja o religioznosti i religijskoj praksi. U našim prilikama sigurno je da bi se više nego do sada moglo zajedno raditi na promociji mentalnog zdravlja. Potrebna je otvorenost s obje strane.

Informiranje i psihoedukacija

Teško je vršiti dobro kontrolirane studije tretmana u radu s osjetljivim skupinama budući da nije moguće kontrolirati sve varijable koje mogu djelovati na rezultate tretmana. U svakodnevnom radu kliničari većinom koriste eklektički pristup stalno vrjednujući postignuća, imajući u vidu da je odnos s pomagačem ono što je ključno za uspjeh tretmana. Kod psihosocijalnih intervencija s pripadnicima ranjivih skupina informiranje, psihoedukacija i savjetovanje predstavljaju osnovu.

Kako bi ljudi u potrebi za psihosocijalnom pomoći postali sposobni sami sebi pomoći, potrebno je da razumiju problem, znaju s njime postupati te promijene ponašanje. Nužne su im *informacije* o problemu (npr. zdravstvenom) čime se izbjegava tjeskoba

zbog nepoznavanja i nerazumijevanja osobne situacije; dobra informiranost pozitivno utječe na *donošenje odluka*, kao i važnost *razumijevanja osobne uloge u rješavanja problema nasuprot očekivanju da će to učiniti netko drugi*. Ukoliko osoba očekuje da netko drugi rješava njezine probleme, njena motiviranost i mobilizacija sposobnosti slaba je, pa tako i rezultati. Stoga se npr. u medicini kod rehabilitacije informiranje koristi kao baza u multidimenzionalnim tretmanima. Pri informiranju je važno koristiti pisane materijale kao npr. letke, ali je uz to nužno pobrinuti se i da oni budu uključeni u intervencije u praksi, budući da sami pisani materijali imaju slabe učinke.

Psihoedukacija, iskustvo učenja o psihološkim aspektima problema (npr. veza osjećaja tjelesne boli i traume) o tjeskobi i drugim simptomima, učenje o učinkovitim strategijama nošenja sa stresom mijenja disfunkcionalne stavove i strahove vezano uz problem. Primjerice, radeći na projektu „osnažimo najslabije na tržištu rada“ (RCT Zagreb i Sirius, 2010./2011. IPA), nezaposleni su pohađali određene edukacije u svrhu bolje zapošljivosti, provodili smo i informiranje te psihoedukaciju nezaposlenih o psihološkim posljedicama nezaposlenosti, motivaciji te o specifičnim problemima koje ova višestruko ranjiva skupina ima: ovo je rezultiralo smanjivanjem tjeskobe, većim povjerenjem u sebe i boljoj povezanosti unutar skupine i konačno boljem uspjehu u edukaciji. Posebno je vrijedno iskustvo bilo kako je moguće na ovaj način izbjeći strah od stigmatizacije zbog mogućih psiholoških problema i to unutar skupine nezaposlenih s vrlo različitim poteškoćama (obiteljsko nasilje, ratna trauma, migracije, manjinski problemi i dr.) koje pojedinci imaju i koje su ih dovele do nezaposlenosti (i ovdje ponovno naglašavamo kako je po našem sudu ipak većim dijelom razlog nezaposlenosti politika koje je dovela do propadanja industrijske proizvodnje i gubitka radnih mjesta).

Psihoedukacija je korisna metoda psihološkog tretmana koja nije skupa, ključni je koncept u promoviranju samopomoći. Npr., žrtve mučenja mogu osjećati velike poteškoće zbog stresa i tjeskobe, misleći pri tome da su se tjelesno razboljeli. Psihoedukacija ovdje pomaže na način da shvate kako mentalni problemi mogu proizvesti fizičke simptome.

Savjetovanje

Ovdje opisan pristup savjetovanju (RCT Field Manual 2007.) sastoji se iz dvije faze: u prvoj fazi predviđa savjetovatelja kao „zdravstvenog pomoćnika“, tj. nije nužno akademsko obrazovanje, a profesionalac/psiholog se uključuje kada je to potrebno.

Odabrali smo ovaj pristup koji je prikladan za područja i situacije s manje mogućnosti te psiholozi mogu obučiti medicinske sestre, volontere, aktiviste Crvenog križa, aktiviste iz civilnog društva) o osnovnim principima savjetovanja (kao i o tome kada je potreban stručnjak). U obje faze uključena je prorada eventualnih osobnih trauma kod tih savjetovatelja kao i (barem vršnjačka) supervizija njihova rada. Tako shvaćene usluge savjetovanja kao vrste podrške ponuđene su individualno, obiteljima i skupinama.

S čime su susreću savjetovatelji kada pružaju pomoć neposredno traumatiziranim osobama (među njima i žrtvama mučenja)?

Neki od problema koje može imati traumatizirana osoba/osoba u dugotrajnom stresu

su: bolna iskustva iz prošlosti, psihički i fizički problemi (bol u leđima, ubrzan rad srca, znojenje, teško disanje, umor; poremećaj apetita i prehrane; osjećaj izoliranosti i tuge; gubitak obitelji, prijatelja, doma, bolna iskustva u prošlosti; socijalni problemi u vezi obitelji; osjećaj straha ili razdražljivost, brze promjene raspoloženja; poteškoće spavanja, teški snovi i noćne more; osjećaj krivnje i srama; izbjegavanje situacija ili razgovora koji podsjećaju na bolna iskustva; zloupotreba alkohola ili droga).

Svrha savjetovanja traumatizirane i osobe u dugotrajnom stresu je 1. lječidbena – tj. olakšavanje mentalne patnje i 2. osnažujuća – tj. mobiliziranje resursa u rješavanju sadašnjih problema kao i budućih životnih zahtjeva.

Savjetovanje se odvija kroz tri faze – početna, faza susreta te završna faza (tako su strukturirane i pojedine seanse), a uspješno savjetovanje znači pomoći osobi da pomogne sama sebi.

Uključivanje profesionalca/psihologa i elementi osnovne savjetodavne pomoći:

- Prije svega to je već spomenuta samorefleksija svog rada.
- Uspostava povjerenja: savjetovatelj je dosljedan, pouzdan, organiziran, povjerljiv, sposoban pokazati empatiju.
- Procjena motivacije za savjetovanje (procjena bio – mentalnog – zdravstvenog statusa i nivo funkcioniranja su nužni) vrši se prije početka savjetovanja.
- Izbor pristupa ovisi o sociokulturnom kontekstu, potrebama te dostupnim resursima (tj. nema univerzalnog pristupa).
- Četiri razine: Savjetovanje se vrši na individualnom, skupnom, obiteljskom te razini zajednice. Cilj je određenim aktivnostima osigurati sposobnost zajednice kroz osnaživanje, kreiranje osjećaja pripadnosti i drugo. Pružiti više zaštite onima kojima je najpotrebnija i uputiti ih na dodatne mjere liječenja, podrške (iskustva NVO RCT Zagreb u radu u PPDS).

Navodimo neke pristupe kao izbor savjetodavnog pristupa:

- kognitivno–bihevioralni pristup
- terapija svjedočenjem
- nedirektivno, klijentu usmjereno savjetovanje
- psihoedukacija (vidi gore)
- autogeni trening
- podržavajuće i savjetovanje usmjereno rješavanju problema.

Napominjemo kako je u psihosocijalnom radu sa žrtvama kršenja ljudskih prava potrebno i pravno savjetovanje, tj. te su usluge dio „paketa“ koji osigurava neka organizacija putem pravnika, ali to, razumljivo, nije psihološko savjetovanje i pomoć mada spada u tretman i svakako doprinosi dobrobiti korisnika.

Djeca – STOP model

Dobrobit djece iz obitelji koje pripadaju ranjivim skupinama u riziku je zbog poteškoća roditelja da im pruže odgovarajuću brigu i emocionalnu podršku najčešće preplavljen svakodnevnim životnim problemima. U radu s ovim obiteljima koristan je, tzv., STOP model koji uključuje (prema engleskom) S= Structure/struktura, T= Talking and Time/ pripovijedanje i vrijeme, O= Organized Play/organizirana igra, P= Parental Support/ podrška roditeljima.

U radu s djecom iz ranjivih obitelji kao i onda kada su i sama djeca pogođena traumom, posebna pozornost je potrebna u podržavanju/obnavljanju samopouzdanja i osnaživanja svih aspekata identiteta. Koristan pristup u radu s traumatiziranim/ranjivim obiteljima, uz skupni rad s djecom, je i paralelno skupni rad s roditeljem/majkom u kome se uz pružanje pomoći djeci istovremeno osnažuju roditelji/ obitelj kao dječiji zaštitni štit (Pantić, Z., u: Arcel, L. i Tocilj-Šimunković, G., 1998.)

Etički principi u radu

Je li dovoljno reći da se psiholog u svome radu rukovodi etičkim principima struke? Psiholog je dužan širiti znanstvene spoznaje o čovjeku i njegovom ponašanju i primjenjivati ih s ciljem unaprjeđenja kvalitete života pojedinca i zajednice.

Susret s ranjivim skupinama, traumatiziranim ljudima, socijalnom nepravdom, temama morala i socijalnih vrijednosti - pitanja su prema kojima se nije lako odrediti. Rad s traumom kliničara i istraživača suočava s brutalnim činjenicama života i ljudske sposobnosti za dominacijom, kontrolom, nasiljem. Stoga je neprihvatljivo skrivati se iza tobožnje znanstvene objektivnosti psihologije kao znanosti. Ono što se inače događa u susretu s traumom i nepravdom može biti prisutno i kod psihologa: neugodna pitanja lakše je izbjeći gradeći se znanstvenom objektivnošću, distanciranjem od ljudske patnje, a postoji opasnost da se štitimo stigmatizirajući i okrivljavajući žrtve.

Psiholozi (ali i liječnici, socijalni radnici...) nisu trenirani kao borci za društvenu pravdu niti da razotkriju socijalne iluzije o obiteljskim vrijednostima i mračnoj strani ljudskog ponašanja. Znanstveni i profesionalni stav te procjena koju donosi psiholog utječu na život drugih ljudi, te stoga mora biti krajnje oprezan kako se njegova uloga ne bi zlouporabila ili bila na štetu pojedinca. Unatoč nastojanjima za znanstvenim pristupom i objektivnošću, neutralnošću, potrebno je uvijek imati kritički odmak i reflektirati o svom radu (istraživanje, dijagnostika i tretman, društvena akcija...) kako bi na prvom mjestu ostala humanistička orijentacija.

Ukoliko psiholozi žele provoditi učinkovite intervencije i tretman, ali isto tako u istraživačkom radu, njihovi osjećaji i stavovi moraju biti uzeti u obzir. Posebno je osjetljiv rad s traumom gdje se mogu dogoditi dvije opasnosti za profesionalca: iz psihoterapije je poznato kako zbog iznimno iscrpljujućih emocija koje se javljaju u radu s traumom, profesionalac lako može postati „spasitelj“ ili „progonitelj“ u svome radu; obje varijante se negativno odražavaju na žrtvu, budući da zamagljuje profesionalnu ulogu i dužnost, a

najčešće završe kao repeticija traume (Van der Kolk, 1996.).

Važno je naglasiti kako žrtve i profesionalci mogu različito razumjeti traumu: profesionalci se ponekad nalaze u konfliktu interesa između svojih pacijenata/korisnika/stranaka i institucija/organizacija gdje rade, zatim iz potrebe da zadrže profesionalnu distancu te da se zaštite od tuđe patnje („zaraznost“ emocija).

I u području mjerenja traumatskih stresora moguć je utjecaj društvenih stereotipa. Istraživač, primjerice, definira stresor prilično usko zbog kulturalno uvjetovanih stavova kojih nije svjestan ili zbog izbjegavanja realiteta nasilja u društvu (npr. seksualno nasilje protiv muškaraca nije dovoljno rasvijetljeno do nedavno) kao i nasilja vezanog uz rasu, etnicitet, religiju, seksualnu orijentaciju i slično.

Vezano uz, tzv. znanstvenu neutralnost u radu s traumom i socijalnom nepravdom, važno je istaknuti kako je potrebno pokazati ljudsku solidarnost za doživljenu nepravdu; ispitivač/terapeut svoju profesionalnu ulogu zadržava time da ne utječe na odluke klijenta. O tome se vrlo jasno izražava Lewis-Herman (1992.). Ukoliko realitet traume nije priznat (Ljubotina i &, 2007.), a promatrač ne uzme u obzir osobne osjećaje (primjerice zgražanja) pri susretu s tim realitetima učinkovit tretman nije moguć (van der Kolk 1996.). Stoga je i briga o pomagačima etička obveza prema korisnicima usluga te treba biti nužan dio i u psihosocijalnom radu s ranjivim skupinama (vidi odjeljak o mučenju).

Na kraju, dobro je sjetiti se Ericha Fromma koji 1947. piše o razdvajanju psihologije od etike te kaže (Fromm, 1987.): „Naši vrijednosni sudovi određuju naše postupke i o njihovoj valjanosti ovisi naše mentalno zdravlje i sreća“, zalažući se za to da psihologija treba tražiti valjane norme ponašanja. „To je stajalište suprotno pravcu koji prevladava u modernoj psihologiji i koji više naglašava »prilagodbu« nego »dobrotu« i priklanja se etičkom relativizmu“, navodi autor dalje i kaže kako se psihologija ne može razdvajati ni od filozofije i etike, sociologije i ekonomije. Također ističe kako „liječenje“ znači uklanjanje zapreka koje sprječavaju da ljudska sposobnost upravljanja težnjom za srećom i zdravljem (kao dijelom svoje prirodne opreme) postane djelotvorna.

Literatura:

1. Arcel, L. i Tocilj-Šimunković, G. (1998.): War, violence, Trauma and Coping Process, Naklada Lumin, Zagreb
2. Konvencija UN protiv mučenja i drugog okrutnog i degradirajućeg ponašanja, 1984.
3. Duraković Belko, E., Powell, S. (2001.): Rezultati empirijskih istraživanja provedenih na području bivše Jugoslavije, Sarajevo
4. Etički kodeks HPK
5. Frančšković, T. & all (2008.): Health Care and Community-based Interventions for War-traumatized People in Croatia: Community-based Study of Service Use and Mental Health, Croatian Medical Journal, August, 49(4), 483-490
6. Fromm, E. (1987.): Čovjek za sebe, Naprijed, Nolit, Zagreb, Beograd
7. Lewis – Hermann, J. (1992.): Trauma and Recovery, New York, Basic books

8. Ljubotina, D. & Treatment Outcomes and Perception of Social Acknowledgment in War Veterans: Follow-up Study *Croat Med J.*, 2007., April; 48(2): 157–166
9. Pantić, Z., Ljubotina, D., Priebe, S., Frančišković, T. (2005.): Evaluacija psihoterapije klijenata s iskustvom ratne traume – metodološki i klinički aspekti, XVII. dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb: knjiga sažetaka - Hrvatsko psihološko društvo, 79-79 (ISBN: 953-175-241-9)
10. Priebe, S.: Consequences of Untreated Posttraumatic Stress Disorder Following War in Former Yugoslavia: Morbidity, Subjective Quality of Life, and Care Costs *Croatian Medical Journal (0353-9504)* **50** (2009), 5; 465-475
11. Priručnik za djelotvornu istragu i dokumentiranje mučenja i drugog svirepog, nehumanog ili ponižavajućeg postupanja ili nekažnjavanja, UN, New York, Geneva, 2004.
12. RCT Field Manual on Rehabilitation (2007.), Ed. Sjolund, B., H., RCT Copenhagen
13. Rehabilitacijski centar za stres i traumu, 2010/11. projekt IPA – Osnažimo najslabije na tržištu rada - izvještaj
14. Shanfranske, E. P. (1996.): *Religion and the Clinical Practice of Psychology*, Washington, DC: APA
15. Vadla, D. (2011.): Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih osoba, doktorska disertacija, Medicinski fakultet u Zagrebu
16. Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (ur.) (1996.): *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, New York, The Guilford Press

3.5.3. **Razvoj kompetencija za poboljšanje zapošljivosti dugotrajno nezaposlenih osoba kojima prijeti socijalna isključenost**

Svjetski procesi globalizacije, starenja populacije i povećane urbanizacije kao i posljedice klimatskih promjena odrazili su se na karakteristike globalnog tržišta rada čija su dominantna obilježja postale ubrzane promjene na samome tržištu rada te posljedično neusklađenost ponude i potražnje neophodnih vještina traženih na tržištu rada za obavljanje određenih poslova. Statistički podaci pokazuju da je 43% radne snage u Europskoj uniji bez potrebne kvalifikacije što je jedan od čimbenika nezaposlenosti i potencijalne socijalne isključenosti. Sve izraženija produljena nezaposlenost dovodi do pada finansijskih resursa društva i pojedinca i povećanja socijalne izoliranosti, a na razini pojedinca i stvaranja osjećaja smanjene mogućnosti kontrole/upravljanja nad osobnim i profesionalnim životom odnosno doživljava povećane nesigurnosti.

Stoga se pred suvremeno tržište rada postavljaju novi zahtjevi: usmjerenost na cjeloživotni razvoj kompetencija, naglašena potreba za mobilnošću radne snage, porast potražnje transverzalnih ključnih kompetencija, fleksibilnost-strategija koja uključuje novi pristup radnom mjestu i zapošljavanju - prijelaz sa „sigurnog radnog mjesta“ na „sigurnu zapošljivost“.

Kako bi odgovorila na izazove razvoja i ublažila posljedice brzih promjena u strukturi društva Europska je komisija objavila integrirane smjernice za provedbu strategije „*Europa 2020.: Europska strategija za pametni, održivi i inkluzivni rast*“.

Glavni ciljevi za provođenje smjernica Strategije Europa 2020.:

Glavni su ciljevi definirani u područjima porasta zapošljavanja, povećanja udjela mlađeg visokoobrazovanog stanovništva u obrazovnoj strukturi društva, kao i smanjenje udjela mladih osoba koje rano napuštaju školovanje, smanjenje broja stanovnika koji žive ispod praga siromaštva, kako slijedi:

- Podići stopu zaposlenosti stanovništva u dobi između 20 i 64 godine sa sadašnjih 69% na najmanje 75%.
- Smanjiti udio osoba koje rano napuštaju školovanje na 10% sa sadašnjih 15% te povećati udio stanovništva u dobi između 30 i 34 godine koji su visokog obrazovanja s 31% na najmanje 40%.
- Smanjiti broj Europljana koji žive ispod praga siromaštva za 25% (potrebno je smanjiti broj osoba ugroženih siromaštvom za 20 milijuna).

Navedeni su ciljevi međusobno povezani. Primjerice, povećanje razine obrazovanja

povećava zapošljivost, dok napredak u povećanju stope zapošljavanja pomaže smanjenju siromaštva.

EU strateške inicijative

Kako bi stvorila podlogu za ostvarivanje ciljeva Strategije Europa 2020. Europska unija je donijela niz strateških inicijativa od kojih navodimo one koje jesu i bit će temelj razvoja cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja u Republici Hrvatskoj u narednom razdoblju:

"Strategija za nove poslove i vještine" (*engl. New Skills for New Jobs*) je instrument kojim se nastoji pomoći EU da dostigne zajednički cilj usvojen u okviru strategije "Europa 2020.", a kojim je zacrtano da se do 2020. na razini EU dostigne stopa zaposlenosti do 75% (u dobnoj skupini 20-64 godine). Ulaganje u razvoj kompetencija osnovni je preduvjet za razvoj gospodarstava i temelj europskog socijalnog modela. Tržišta rada će u budućnosti zahtijevati više razine i drukčije kombinacije kompetencija i kvalifikacija. Nužnost usvajanja transverzalnih kompetencija i cjeloživotnog učenja bit će sve izraženija.

Program **"Mladi u pokretu"** (*engl. Youth on the Move*) dio programa EUROPA 2020. usmjeren je mladima koji predstavljaju petinu europske populacije, čije će kompetencije biti presudne u postizanju ciljeva Europe 2020. Cilj je povećati učinkovitost i privlačnost institucija visokog obrazovanja u EU, podizanje kvalitete svih razina obrazovanja i osposobljavanja uz promidžbu studentske i mobilnosti edukatora, te poboljšanje zapošljivosti mladih osoba.

"Mladi na djelu" (*engl. Youth in Action*) je program Europske unije namijenjen mladima u dobi od 15 do 28 godina (iznimno 13-30 godina). Uspostavljen je Odlukom Europskog parlamenta i Vijeća EU za razdoblje 2007.- 2013. Cilj je potaknuti aktivno građanstvo, solidarnost i toleranciju među mladim Europljanima i uključiti ih u oblikovanje budućnosti Unije.

Smjernice vezane uz politiku zapošljavanja u državama članicama Europske unije

- *Povećati sudjelovanje na tržištu rada i smanjiti strukturnu nezaposlenost (vezana uz cilj iz Strategije Europa 2020., do tada 75% stanovništva u dobi između 20 i 64 godine treba biti zaposleno).*

U cilju osiguranja sudjelovanja svih skupina na tržištu rada preporuča se primjena principa fleksibilnosti, uz kombinaciju fleksibilnih i pouzdanih ugovora o zapošljavanju, politike aktivnih mjera zapošljavanja, učinkovitog cjeloživotnog učenja, politike promicanja mobilnosti i primjenjivih sustava socijalne sigurnosti te jasnog definiranja prava i obveza nezaposlenih osoba kako bi aktivno tražile posao. Kako bi se povećalo sudjelovanje na tržištu rada, potrebno je osmisliti politike aktivnog starenja, jednakopravnosti spolova i plaća te uključivanja mladih, osoba s invaliditetom, legalnih migranata i ostalih osjetljivih skupina.

- *Razviti vještu radnu snagu koja će odgovarati potrebama tržišta rada, promicati kvalitetu poslova i cjeloživotno učenje.*

Preporuča se osigurati odgovarajuće razine znanja i vještina radne snage kako bi se uskladila sadašnja i buduća ponuda i potražnja na tržištu rada. Naglašava se potreba kvalitetnog osobnog obrazovanja, privlačnog strukovnog obrazovanja, učinkovitih poticaja za cjeloživotno učenje, ciljanih politika migracije i integracije. Potrebno je otkloniti barijere za profesionalnu i geografsku mobilnost radne snage te poticati kako niskokvalificirane i starije radnike tako i visokokvalificirane radnike i istraživače. Potrebno je uključiti nedavno diplomirane na tržište rada, kroz programe stažiranja i pripravništva.

- *Poboljšati učinak obrazovnih sustava i sustava obučavanja na svim razinama i povećati sudjelovanje u visokom obrazovanju (vezana uz cilj iz Strategije Europa 2020. do 2020. godine stopa ranog napuštanja škole treba biti ispod 10%, a najmanje 40% mlade populacije u dobi između 30 i 34 godine treba imati visokoškolsku diplomu).*

Preporuča se učinkovito ulaganje u obrazovanje i sustave obučavanja kako bi se podigla razina vještina radne snage i to na svim obrazovnim razinama - od predškolskog do visokog obrazovanja, strukovnog obrazovanja i obrazovanja odraslih. Pritom treba uzeti u obzir i neformalno učenje.

- *Promicati socijalnu uključenost i boriti se protiv siromaštva (vezana uz cilj iz Strategije Europa 2020. do 2020. godine umanjiti broj ugroženih siromaštvom, smanjivši njihov ukupni broj za preko 20 milijuna)*

U nastojanju za smanjenjem siromaštva potrebno je promicati potpuno sudjelovanje svih skupina u društvu i gospodarstvu koristeći sredstva Europskog socijalnog fonda. Potrebno je osigurati provedbu politike jednakih mogućnosti i suzbijanja diskriminacije te poboljšati sustav socijalne skrbi, cjeloživotnog učenja i aktivne politike uključenosti.

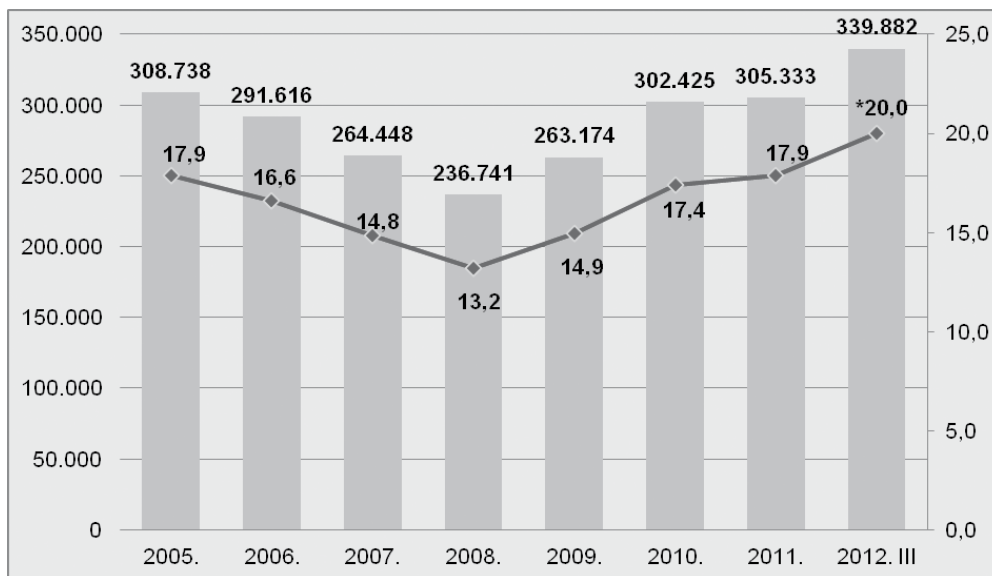
3.5.3.1. Obilježja nezaposlenosti u Hrvatskoj

Krajem 2011. godine u Hrvatskoj je ukupno registrirano 315.438 nezaposlenih osoba, a prosječna stopa registrirane nezaposlenosti za 2011. godinu iznosi 17,8%.

Struktura nezaposlenih osoba prema podacima krajem prosinca 2011. godine pokazuje da žene čine 52% u ukupnoj registriranoj nezaposlenosti u Hrvatskoj, da se 28% od ukupnog broja nezaposlenih osoba nalazi u dobi između 20 i 29 godine, a dodatnih 23% spada u dobnu kategoriju od 50 do 59 godine. Prema obrazovnoj strukturi u evidenciji Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje dominantna je kategorija nezaposlenih osoba sa završenim srednjoškolskim obrazovanjem koji čine 62% ukupnog broja nezaposlenih osoba od čega 34% nezaposlenih osoba ima trogodišnja strukovna zanimanja ili završenu školu za kvalificirane ili visokokvalificirane radnike. Nezaposlene osobe bez završene osnovne škole čine 6% od ukupnog broja nezaposlenih osoba. Prema duljini boravka

u evidenciji Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje preko 45% nezaposlenih osoba se u evidenciji nalazi dulje od godine dana i prema kriterijima Europske komisije i Svjetske organizacije rada spadaju u dugotrajno nezaposlene osobe.

Stopa registrirana nezaposlenosti 2005. - 2011.



**U cilju aktualnosti podataka prikazujemo i stopu registrirane nezaposlenosti za prvo tromjesečje 2012. godine.*

Posljedice dugotrajne nezaposlenosti

Pored egzistencijalnih problema zbog smanjenja ili gubitka plaće, rašireno je mišljenje da nezaposlenost ostavlja različite posljedice na zdravlje nezaposlenih osoba. Istraživanja potvrđuju ovu tezu naročito kada su u pitanju različiti aspekti mentalnog zdravlja, kao što su izraženije depresivne smetnje, osjećaj beznadnosti, osjećaj tjeskobnosti, psihosomatski simptomi i nisko samopouzdanje. Brojne su studije pokazale da nezaposlene osobe imaju slabije mentalno zdravlje od zaposlenih osoba jednakih karakteristika. Longitudinalne studije koje su pratile osobe koje su iz zaposlenosti ušle u nezaposlenost i obrnuto potvrdile su da je nezaposlenost češća kod osoba slabijeg mentalnog zdravlja, ali i da nezaposlenost dovodi do slabijeg mentalnog zdravlja.

Dugotrajna nezaposlenost povezana je i s narušenim tjelesnim zdravljem. Provedena istraživanja pokazuju da nezaposlene osobe, češće nego zaposlene, izvješćuju o doživljaju slabijeg zdravstvenog stanja. One češće navode psihosomatske tegobe, češće posjete liječniku, češća bolovanja, povećanu uporabu lijekova. Kod nezaposlenih osoba, u usporedbi sa zaposlenim osobama jednakih obilježja (spol, dob, obrazovanje) češće se navode kardiovaskularne smetnje kao i viša stopa mortaliteta. Međutim, rezultati ovih istraživanja nisu jednoznačno potvrđeni. Situacija nezaposlenosti predstavlja stresnu

situaciju, a često i produženu stresnu situaciju koja poprima obilježja situacijske ili životne krize, koja dovodi do pojačane napetosti i promjena u hormonalnoj regulaciji što pogađa imunološki sustav, utječe na porast razine kolesterola u krvi i krvnog tlaka, što dalje dovodi do povećanog rizika od razvoja kardiovaskularnih oboljenja.

Istraživanje koje su proveli Galić i Šverko (2008.) potvrdilo je da među nezaposlenima ima više osoba slabijeg mentalnog zdravlja u odnosu na zaposlene osobe jednakih obilježja, dok kod tjelesnog zdravlja razlike između ove dvije skupine nisu nađene. Rezultati istraživanja koje je ispitivalo utjecaj produljene nezaposlenosti na socijalno uključivanje (ekonomske deprivacija, socijalna isključenost i vjerojatnosti ponovnog zapošljavanja) kojeg su proveli Šverko, Galić i Maslić-Seršić (2006.) pokazali su da produžena nezaposlenost u Hrvatskoj osiromašuje i socijalno izolira nezaposlene osobe. Tijekom nešto više od godine dana, kod sudionika koji su ostali nezaposleni, pokazao se znatan pad financijskih resursa i povećanje socijalne izoliranosti, a kod onih koji su se zaposlili pokazalo se poboljšanje materijalnih prilika i smanjenje socijalne izolacije. Uz to je usporedba obilježja onih koji su se zaposlili i onih koji su ostali nezaposleni pokazala da je proces zapošljavanja diskriminirajući prema određenim kategorijama nezaposlenih. Pokazalo se da su najugroženiji pojedinci osobe starije od 45 godina, niže naobrazbe, siromašni, dugotrajno nezaposleni te pojedinci narušenog psihičkog i fizičkog zdravlja. Kombinacija ovih svojstava značajno smanjuje mogućnosti njihovog zapošljavanje i determinira njihovu pripadnost širokoj skupini socijalno isključenih.

Također nezaposleni niskog obrazovanja pokazivali su niži stupanj psihičkog zdravlja u usporedbi s nezaposlenim osobama višeg stupnja obrazovanja (Galić, 2007.).

Istraživanje Šverko, Galić, Maslić-Seršić i Galešić (2008.) pokazalo je da na aktivno traženje posla osobito utječu motivacijske varijable - odlučnost za zaposlenjem i percipirana financijska dobit. One su u slaboj vezi s realiziranim (ponovnim) zapošljavanjem. Demografske varijable – osobito obrazovanje, dob i trajanje zapošljavanja glavni su čimbenici (ponovnog) zapošljavanja. Vjeruje se da ovi čimbenici utječu na odluku poslodavca o zapošljavanju određene osobe. Muškarci, mlađi, bolje obrazovani, s kraćom duljinom u evidenciji nezaposlenih u većoj mjeri pokazuju spremnost aktivnog traženja posla.

Kad je riječ o nezaposlenim osobama s invaliditetom, dugotrajna nezaposlenost, osobito ako joj nije prethodilo neko značajnije radno iskustvo, vrlo često dovodi do znatnijeg gubitka stečenih znanja i vještina što dodatno umanjuje mogućnost zapošljavanja. Istraživanje „Zapošljivost nezaposlenih osoba s invaliditetom“ (Kiš Glavaš, Majsec Sobota, Sokač, Gavrilović, Sobota, 2008.) ukazuje na podatak da oko 55% anketiranih nezaposlenih osoba s invaliditetom smatra da je tijekom nezaposlenosti izgubilo dosta stručnih znanja i vještina. Oko 45% smatra da još uvijek posjeduje gotova sva stručna znanja. Što je viša razina obrazovanja to je doživljaj gubitka stečenih znanja manji, a razumljivo što je nezaposlenost dugotrajnija to je gubitak znanja i vještina veći. Zbog gubitka znanja i vještina, a još više zbog sve bržeg „zastarijevanja“ znanja i nužnog

prilagođavanja potrebama tržišta rada, vrlo je važno postoji li kod nezaposlenih osoba s invaliditetom spremnost na daljnje i dodatno obrazovanje. Ohrabruje činjenica da je oko 77% anketiranih osoba s invaliditetom iskazalo spremnost na daljnje obrazovanje radi lakšeg zapošljavanja.

Aktivnosti Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje kao potpora nezaposlenim osobama

Djelujući u području unaprjeđena zapošljivosti i poticanja socijalne uključenosti, posebice dugotrajno nezaposlenih i socijalno osjetljivih skupina kojima prijete socijalna isključenost, Hrvatski zavod za zapošljavanje u svome radu promiče i implementira sve relevantne UN i europske politike, smjernice i inicijative. Istovremeno Zavod sudjeluje u stvaranju, razvoju i provedbi nacionalnih politika u području poticanja zapošljavanja, suzbijanja diskriminacije, razvoja ljudskih potencijala, socijalnog uključivanja, izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom, zaštite i promicanja ljudskih prava, promicanja ravnopravnosti spolova, zaštite od nasilja u obitelji, resocijalizacije liječenih ovisnika, zaštite stradalnika od minskoeksplozivnih i drugih ubojnih sredstava i slično.

Hrvatski zavod za zapošljavanje (u daljnjem tekstu Zavod) javna je ustanova koja obavlja poslove posredovanja pri zapošljavanju kroz Središnju službu, 22 područne službe i 96 ispostava. Razvoj usluga Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje prema različitim skupinama korisnika temelji se na primjeni zakonskih propisa u području posredovanja pri zapošljavanju, profesionalne rehabilitacije, obrazovanja i dr., te primjeni svih zakonskih akata kojima se definira ustroj i rad Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje, uključujući Zakon o posredovanju pri zapošljavanju i pravima za vrijeme nezaposlenosti (NN 80/08., 94/09., 121/10.), Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (NN 143/02., 33/05.), Pravilnik o aktivnom traženju posla i raspoloživosti za rad (NN 39/09.) i dr. Djelovanje Zavoda određeno je i Nacionalnim planom za poticanje zapošljavanja 2011. - 2012.

Osnovne funkcije Hrvatskog zavoda za zapošljavanje su priprema za zapošljavanje, posredovanje i mjere aktivne politike te prava za vrijeme nezaposlenosti.

Prema Zakonu o posredovanju pri zapošljavanju i pravima za vrijeme nezaposlenosti priprema za zapošljavanje uključuje sljedeće:

- 1) profesionalno usmjeravanje
- 2) upoznavanje metoda i tehnika aktivnog traženja posla
- 3) obrazovanje za zapošljavanje
- 4) profesionalnu rehabilitaciju.

3.5.3.2. Djelovanje u području profesionalnog usmjeravanja, profesionalne rehabilitacije i obrazovanja za potrebe tržišta rada

Profesionalno usmjeravanje je skup stručnih postupaka koje pojedincima omogućuju identificiranje osobnih mogućnosti, sposobnosti i interesa u različitoj životnoj dobi, kako bi donijeli odluke o obrazovanju, osposobljavanju i zapošljavanju te upravljali profesionalnim razvojem. Aktivnosti profesionalnog usmjeravanja definirane su i usklađene s Rezolucijama *Vijeća Europske unije*.

Profesionalno usmjeravanje definira se kao alat politike zapošljavanja čime se naglašava njegova posrednička uloga između obrazovne ponude i potražnje na tržištu rada, odnosno ishoda obrazovanja i zahtjeva tržišta rada.

“Strategija profesionalnog usmjeravanja u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje” je temeljni dokument koji daje smjernice za sve postupke profesionalnog usmjeravanja čije su glavne odrednice: jedinstvena osnova rada, razvoj sustava kvalitete usluga prema ciljnim skupinama, unaprjeđenje i razvoj novih usluga, jedinstvena primjena i evaluacija, načelo „fleksibilnost“, unaprjeđenje kompetencija savjetnika, promidžba usluga, nužnost razvoja usluga prema poduzećima, partnerski pristup.

U cilju osiguravanja jedinstvene i prepoznatljive vrste usluga korisnicima u svim područnim službama, lakšeg utvrđivanja potreba korisnika, lakše mogućnost praćenja, usporedbe i vrjednovanja kvalitete, te olakšanog uvođenja u rad novih savjetnika u Zavodu su sačinjeni i primjenjuju se **„Standardi kvalitete profesionalnog usmjeravanja i selekcije u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje“**.

Uloga Zavoda važna je u podršci korisnicima u cjeloživotnom razvoju vještina upravljanja karijerom kao dio cjeloživotnog učenja. Aktivnostima informiranja i savjetovanja nezaposlenim se osobama pruža pomoć u definiranju osobnog i radnog potencijala u planiranju i provođenju aktivnosti putem kojih će unaprijediti svoju zapošljivost i bolju poziciju na tržištu rada. Skupni oblici rada s nezaposlenima predstavljaju vrijedan alat za unaprjeđenje znanja i vještina aktivnog traženja posla, vještina samo-procjene i samo-prezentacije te ostalih kompetencija važnih u razvoju karijere.

Nadalje, u cilju bolje pristupačnosti i dostupnosti usluga sve se više potiče samo-informiranje i samo-procjena profesionalnih interesa putem info punktova, internet stranica, informativnih materijala, brošura, računalnih programa, e-učenja i drugih usluga namijenjenih ciljanim skupinama korisnika.

Rane intervencije - Profesionalno usmjeravanje učenika

U Republici Hrvatskoj je Hrvatski zavod za zapošljavanje prepoznat kao glavni nositelj sustavno organiziranih aktivnosti cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja (*izvor: European Training Foundation (ETF) & European Centre for the Development of Vocational Training (CEDEFOP, 2005., 2009., 2011.)*).

Upravo aktivnosti profesionalnog usmjeravanja koje se u Zavodu provode s učenicima,

posebno onima za koje je identificirano da bi nakon završetka školovanja mogli imati otežan pristup tržištu rada (učenici s teškoćama u razvoju, zdravstvenim teškoćama, teškoćama u učenju, poremećajima u ponašanju i dr.) predstavljaju, *tzv. rane intervencije* i imaju preventivno značenje kao pomoć pri donošenju odluka o izboru obrazovnih programa i zapošljavanja kao i smanjenja rizika od napuštanja daljnjeg obrazovanja i moguće socijalne isključenosti.

Razvoj i unaprjeđenje stručnih i prenosivih kompetencija

Kompetencije su set vještina, znanja i stavova koji se odražava u tipovima ponašanja koje obrazovni sustav ili sustav zapošljavanja razvija ili zahtjeva od sudionika u obrazovnom procesu ili od zaposlenika kako bi na najbolji mogući način ostvarili predviđene ishode učenja i poboljšali svoju zapošljivost i posljedično radnu učinkovitost. Kompetencije odražavaju i trenutne zahtjeve zadanog mjesta unutar organizacije, koje će vještine i ponašanja biti tražene u budućnosti te, tamo gdje je to moguće, odražavaju važne organizacijske i kulturološke promjene planirane unutar organizacije. Okvir kompetencija može primijeniti u području upravljanja ljudskim potencijalima, uključujući osposobljavanje i razvoj, procjenu zaposlenika i napredovanje u karijeri.

Ključne kompetencije su:

- ***komuniciranje na materinjem jeziku*** (komunikacija je sposobnost izražavanja i tumačenja misli, osjećaja i činjenica u usmenom i pismenom obliku - slušanje, govorenje, čitanje i pisanje i lingvističko uzajamno djelovanje na odgovarajući način u čitavom nizu društvenih i kulturnih sadržaja – obrazovanja i izobrazba, posao, dom i slobodno vrijeme)
- ***komuniciranje na stranom jeziku*** (komuniciranje na stranim jezicima u velikoj mjeri ima istu dimenziju vještina komuniciranja na materinjem jeziku; komuniciranje na stranom jeziku zahtjeva vještine poput posredovanja i međukulturnog razumijevanja)
- ***matematička pismenost i osnovna znanja iz znanosti i tehnologije*** (matematička pismenost je sposobnost zbrajanja, oduzimanja, množenja, dijeljenja i izračunavanja omjera pri mentalnom i pismenom izračunavanja u svrhu rješavanja niza problema u svakodnevnim situacijama; ona ovisno o kontekstu uključuje sposobnost i spremnost korištenja matematičkih oblika mišljenja; ***znanstvena kompetencija*** je sposobnost i spremnost da se upotrijebi sklop znanja i metodologija koje se koriste u znanosti da bi se objasnio svijet prirode dok se ***tehnoška kompetencija*** tumači kao primjena znanja da bi se promijenilo prirodno okruženje u odgovoru na uočene ljudske želje ili potrebe)
- ***digitalna kompetencija*** (podrazumijeva sigurnu i kritičku upotrebu elektronskih medija na poslu, u slobodnom vremenu i komuniciranju; ova je kompetencija povezana s logičkim i kritičkim razmišljanjem, visokom razinom vještine upravljanja informacijama i dobro razvijenom vještinom komuniciranja)
- ***učiti kako se uči*** (predstavlja sposobnost i umijeće organiziranja i uređivanja)

vlastitog učenja što uključuje umijeće učinkovitog raspolaganja vremenom, rješavanje problema, stjecanje, procesuiranje, ocjenjivanje i asimiliranje znanja te primjenu novog znanja i vještina u različitim kontekstima – općenito *učiti kako se uči značajno doprinosi upravljanju osobnom karijerom*)

- **međuljudska i građanska kompetencija** (obuhvaća sve oblike ponašanja kojima treba ovladati da bi pojedinac učinkovito i konstruktivno mogao sudjelovati i rješavati probleme kada je to potrebno; međuljudske vještine su nužne za učinkovitu socijalnu interakciju i primjenjuju se u javnoj i privatnoj domeni; opseg građanskih kompetencija je širi od međuljudskih zbog njihovog postojanja na društvenoj razini te mogu biti opisane kao kompetencije koje pojedincu omogućavaju sudjelovanje u građanskom životu društva)
- **poduzetništvo** (ima aktivnu i pasivnu komponentu te uključuje sklonost da sami unosima promjene kao i sposobnost da prihvaćamo podržavamo i prilagođavamo inovacije vanjskih čimbenika; podrazumijeva prihvaćanje odgovornosti za svoje postupke, bilo pozitivne ili negativne, razvijanje strateške vizije, postavljanje ciljeva i njihovo postizanje te motiviranost za uspjeh)
- **kulturno izražavanje** (prihvaćanje važnosti kreativnog izražavanja ideja, iskustava i osjećaja u čitavom nizu medija uključujući glazbu, tjelesno izražavanje, književnost i plastične umjetnosti).

Ključne kompetencije su od bitne važnosti za sljedeće aspekte života:

| | |
|---|--------------------------|
| Osobno ostvarenje i razvitak tijekom čitavog života | Kulturni kapital |
| <i>Ključne kompetencije trebaju pojedincima omogućiti ostvarivanje osobnih individualnih ciljeva koji su rezultat njihovih osobnih interesa, aspiracija i želja da nastave učiti tijekom čitavog života</i> | |
| Aktivna građanska svijest i uključenost | Društveni kapital |
| <i>Ključne kompetencije trebaju svakom pojedincu omogućiti da kao aktivni građanin sudjeluje u društvu</i> | |
| Sposobnost zapošljavanja | Ljudski kapital |
| <i>Sposobnost svake pojedine osobe da na tržištu rada dobije pristojan posao</i> | |

Osim posjedovanja stručnih vještina za ostvarenje nekog zadatka potrebne su **fleksibilnije, generičke i prenosive kompetencije** koje će pojedinca opskrbiti čitavim sklopom vještina, znanja i stavova koji su primjereni pojedinoj situaciji.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (*WHO*) **životne vještine** su skup psihosocijalnih kompetencija i međuljudskih vještina koje pomažu pojedincu u procesu donošenja odluka, rješavanja problema, kritičkog i kreativnog mišljenja, učinkovite komunikacije, uspostavljanju zdravih odnosa i suosjećanja s drugima te upravljanjem osobnim životom na zdrav i produktivan način.

Za ulazak pojedinca na tržište rada pored stručnih znanja sve veći značaj ima razvijenost komunikacijskih vještina nezaposlene osobe. Često se one danas smatraju presudnima za uspjeh na poslu. Zbog toga se zadnjih godina osobita pozornost posvećuje kontinuiranom i sustavnom razvoju vještina koje su ključne za zapošljivost osobe. Osim vještina koje se odnose na **stručna znanja (tzv. „hard skills“)**, sve veći naglasak u posljednje vrijeme stavlja se na razvoj, **tzv. mekih vještina („soft skills“)**. To su vještine koje se odnose na sposobnost osobe za prilagođeno i pozitivno ponašanje koje joj omogućuje djelotvorno suočavanje sa zahtjevima svakodnevnog života. Ove vještine u velikoj mjeri određuju osobnost pojedinca i sposobnost rješavanja problema i teškoća na poslu.

Strategija učenja za poduzetništvo 2010. - 2014. podrazumijeva sinergiju aktivnosti svih dionika obrazovnog sektora, gospodarstva, tržišta rada, nevladinog sektora. Hrvatski zavod za zapošljavanje prepoznao je važnost razvoja poduzetničke kompetencije kroz razvoj vještina upravljanja karijerom (*engl. „career management skills“*).

Obrazovne aktivnosti

Vlada Republike Hrvatske sukladno smjernicama EU strategija donijela je *Uredbu o praćenju, analizi i predviđanju potreba tržišta rada za pojedinim zvanjima, te izradi i uzimanju u obzir preporuka za obrazovnu upisnu politiku*. Temeljem ove Uredbe, Upravno je vijeće Zavoda donijelo *Plan i metodologiju praćenja, analize i predviđanja potreba tržišta rada za pojedinim zvanjima te izradi preporuka za obrazovnu upisnu politiku i politiku stipendiranja*. Sukladno utvrđenoj metodologiji, Zavod izrađuje Preporuke i dostavlja ih Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta, tijelima jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, sektorskim vijećima te obrazovnim ustanovama.

Planiranje i provođenje obrazovnih aktivnosti važan je segment usklađivanja kompetencija nezaposlenih osoba i tražitelja zaposlenja s trenutnim i prognoziranim potrebama na tržištu rada i preduvjet povećanja njihove zapošljivosti i radne mobilnosti. Hrvatski zavod za zapošljavanje provodi obrazovne aktivnosti u okviru Mjera aktivne politike zapošljavanja i u suradnji s jedinicama lokalne i regionalne (područne) samouprave te unutar različitih programa financiranih iz fondova Europske unije.

Postupci profesionalne rehabilitacije

U Hrvatskome zavodu za zapošljavanje velika se pozornost pridaje postupcima **profesionalne rehabilitacije** koji uključuju niz aktivnosti namijenjenih nezaposlenim osobama s invaliditetom kojima se osigurava stjecanje znanja i vještina potrebnih za zapošljavanje ili zadržavanje zaposlenja.

Postupci profesionalne rehabilitacije nezaposlenih osoba s invaliditetom obuhvaćaju:

- 1) utvrđivanje preostalih radnih i općih sposobnosti
- 2) profesionalno informiranje, savjetovanje i procjenu profesionalnih mogućnosti
- 3) radno osposobljavanje, prekvalifikaciju, dokvalifikaciju i programe održavanja i usavršavanja radno-socijalnih vještina i sposobnosti u razdoblju do zapošljavanja

4) pojedinačne i skupne programe unaprjeđenja radno-socijalne uključenosti u zajednicu.

Aktivnost profesionalnog usmjeravanja i profesionalne rehabilitacije odvijaju se kroz slijedeće oblike rada:

1. *Skupno informiranje*
2. *Osnovno profesionalno informiranje* - provodi savjetnik za zapošljavanje
3. *Ciljano profesionalno informiranje* - provode savjetnici za profesionalno informiranje - za područje obrazovanja, odnosno posebno educirani savjetnici za rad s pojedinim skupinama, primjerice za rad s osobama s invaliditetom. Primarne kompetencije savjetnika za ovaj tip informiranja su poznavanje stanja na tržištu rada, poznavanje obrazovnih mogućnosti i specifična znanja o radu s pojedinim ciljnim skupinama
4. *Osnovno profesionalno savjetovanje* - provodi savjetnik za zapošljavanje osoba s invaliditetom
5. *Definiranje Profesionalnog Plana*
6. *Profesionalno usmjeravanje* koje obuhvaća:
 - **Profesionalno informiranje** je proces kojim se pojedinim skupinama korisnika pružaju informacije relevantne za donošenje odluka o odabiru zvanja, zanimanja i područja rada. U tom postupku informacije moraju biti pripremljene i prezentirane tako da korisnicima pružaju temelj za donošenje racionalnih i primjerenih odluka.
 - **Profesionalno savjetovanje** - podrazumijeva postupak tijekom kojega se na temelju prikupljenih relevantnih podataka (obrazovna i radna povijest, interesi, motivacija, sposobnosti, zdravstveno stanje) pomaže korisniku definirati daljnje profesionalne aktivnosti, uzimajući u obzir zahtjeve tržišta rada, kao i mogućnosti obrazovanja koje mogu rezultirati kompetencijama potrebnim na tržištu rada u svrhu donošenja odluke o najprimjerenijim izborima obrazovanja, rehabilitacije i zapošljavanja.
 - **Zdravstveni pregled** – uključuje pregled specijaliste medicine rada, a po potrebi i preglede drugih specijalnosti.
 - **Kazuistička sjednica** – sjednica multidisciplinarnog tima na kojoj se sintetizira stručno mišljenje i donosi zajednička odluka o upućivanju osobe s invaliditetom u neki od oblika profesionalne rehabilitacije. Stručni tim čine:
 - liječnik specijalista medicine rada
 - savjetnik za profesionalno usmjeravanje
 - savjetnik za zapošljavanje
 - savjetnik iz Odsjeka Mjera aktivne politike zapošljavanja
 - vanjski suradnici (prema potrebi).
 - Izdavanje mišljenja o profesionalnoj rehabilitaciji.

7. *Individualno savjetovanje sa savjetnikom za zapošljavanje*
8. *Radionice Aktivnog traženja posla za osobe s invaliditetom prilagođene su mogućnostima i potrebama osoba s invaliditetom, primjerice uz korištenje tumača znakovnog jezika za osobe s oštećenjem sluha.*

Radionica 'Kako tražiti posao'

Namijenjena je nezaposlenim osobama i tražiteljima zaposlenja koji žele poboljšati metode i tehnike traženja posla.

Radionica 'Kako se predstaviti poslodavcu'

Namijenjena je nezaposlenim osobama i tražiteljima zaposlenja kojima treba pomoć u pripremi za kontakt s poslodavcem.

Radionica 'Samoprocjene'

Namijenjena je nezaposlenim osobama i tražiteljima zaposlenja kojima treba pomoć u procjeni osobnih radnih potencijala i definiranju ostvarivog profesionalnog cilja, druge specijalizirane radionice za osobe s invaliditetom

Definiranje jedinstvenog osnova utvrđivanja invaliditeta

Radi usklađivanja s definicijom invaliditeta utvrđenom UN Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom, odnosno uvođenja jedinstvene definicije osobe s invaliditetom na razini Republike Hrvatske koja bi vrijedila za sve sustave u sklopu rada Međuresorne skupine, pristupilo se **definiranju jedinstvenog osnova utvrđivanja invaliditeta** što uključuje izradu Jedinstvene liste oštećenja i Jedinstvene liste funkcionalnih sposobnosti, analizu važećih zakonskih propisa, izradu Nacrta Zakona o jedinstvenom tijelu vještačenja i načinu utvrđivanja invaliditeta.

Tijekom 2011. godine provedena je probna primjena Prijedloga Jedinstvene liste funkcionalnih sposobnosti (utemeljena na **ICF/MKF Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja**) u navedenim sustavima. Hrvatski zavod za zapošljavanje je sudjelovao u provedbi probne primjene Prijedloga Jedinstvene liste funkcionalnih sposobnosti procjenjujući 31 varijablu (pretežito kognitivne sposobnosti, psihomotoričke sposobnosti, crte ličnosti, motivacija, interesi i radne vrijednosti) na 51 nezaposleno osobi s invaliditetom u tri područne službe.

U sklopu IPA projekta „**Usluge HZZ-a klijentima: Unaprjeđenje cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja i ICT podrška**“ nastavlja se s radom na unaprjeđenju kategorizacije osoba s invaliditetom i ostalim čimbenicima otežane zapošljivosti utemeljene na socijalno-medicinskom modelu invaliditeta čije je naglasak na preostaloj radnoj sposobnosti i očuvanim funkcionalnim sposobnostima.

3.5.3.3. Projektne aktivnosti u cilju pripreme za zapošljavanje dugotrajno nezaposlenih osoba kojima prijeti socijalna isključenost

Dugotrajna nezaposlenost i socijalna isključenost osoba s invaliditetom i ostalih osjetljivih skupina zahtjeva stalno praćenje potreba, individualizirani i holistički pristup kao i veći opseg usluga profesionalnog usmjeravanja i profesionalne rehabilitacije u cilju razvoja stručnih i prenosivih kompetencija ovih skupina u usporedbi s ostalim nezaposlenim osobama.

Stoga Hrvatski zavod za zapošljavanje kroz projekte iz EU pretpristupnih i strukturnih fondova (IPA i ESF), putem razvoja novih modela profesionalne rehabilitacije, koristeći se europskim politikama u području zapošljavanja i upravljanja karijerom i razmjenom iskustava u međunarodnim asocijacijama za cjeloživotno profesionalno usmjeravanje radi na podizanju njihove zapošljivosti i konkurentnosti na tržištu rada.

IPA projekt „Poticanje intenzivnijeg uključivanja osoba s invaliditetom na tržište rada“

U okviru IV Komponente IPA programa Razvoj ljudskih potencijala Hrvatski zavod za zapošljavanje proveo je projekt „Poticanje intenzivnijeg uključivanja osoba s invaliditetom na tržište rada“ u razdoblju od siječnja 2010. do ožujka 2011. godine. Opći cilj projekta bio je promicanje socijalne uključenosti osoba s invaliditetom i njihova integracija na tržište rada.

U sklopu projekta izrađena je studija „Položaj i potrebe osoba s invaliditetom na tržištu rada“ čiji su zaključci i preporuke dali smjernice za izradu akcijskih planova za zapošljavanje osoba s invaliditetom u osam odabranih županija. Provedena je edukacija 89 savjetnikaposrednika na tržištu rada o zakonodavnom okviru u području zapošljavanja osoba s invaliditetom i učinkovitom radu s poslodavcima.

Dovršena je izrada tri priručnika: priručnika za savjetnike na tržištu rada o metodama i tehnikama primjenjivim u radu s osobama s invaliditetom, priručnika namijenjenog poslodavcima te priručnika namijenjenog osobama s invaliditetom za aktivno traženje posla. U sklopu treće komponente projekta, koju je provodio Fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, dovršena je izrada jedinstvenog web portala namijenjenog osobama s invaliditetom, poslodavcima i široj javnosti.

U sklopu IPA projekta dodijeljeno je **19 darovnica** za realizaciju projekata za unaprjeđenje socijalnog uključivanja i zapošljavanja osoba s invaliditetom u cijeloj Hrvatskoj.

Partnerski pristup u razvoju novih modela profesionalne rehabilitacije

Sukladno Nacionalnoj strategiji izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine koja predviđa osnivanje regionalnih centara za profesionalnu rehabilitaciju, u tijeku je provedba projekta „**Profesionalna rehabilitacija kao metoda integracije osoba s invaliditetom na hrvatsko tržište**“ čiji su nositelji URIHO i Fond

za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, a partneri u provedbi Ministarstvo rada i mirovinskog sustava, Hrvatski zavod za zapošljavanje i zaštitne radionice Centar oprema iz Rijeke, DES iz Splita i Centar za profesionalnu rehabilitaciju iz Osijeka. Uz prijenos metoda i tehnika rada od strane Centra za profesionalnu rehabilitaciju BBRZ iz Austrije, u sklopu projekta se nastoji razviti stručni koncept regionalnih centara te utjecati na stvaranje uvjeta za njihovo osnivanje i održivost.

Hrvatski zavod za zapošljavanje, Područna služba Zagreb i Grad Zagreb partneri su s URIHO-m, kao glavnim nositeljem, u provedbi IPA projekta „**Uvođenje modela virtualne radionice za dugotrajno nezaposlene osobe s invaliditetom s ciljem povećanja njihove zapošljivosti**“. Cilj projekta je uspostaviti virtualnu radionicu za dugotrajno nezaposlene osobe s invaliditetom i osposobiti ih za administrativna, komercijalna ili računovodstveno - financijska zanimanja. Korisnici u virtualnoj radionici stječu radno iskustvo u obavljanja različitih operacija poslovanja neophodnih za rad i vođenje svih poduzeća. Navedenim modelom se uvježbavaju i „meke ili životne vještine“ kao što su: timski rad, donošenje odluka, komunikacijske vještine, suočavanje sa stresom, kreativno i kritičko mišljenje i sl.

Aktualni i planirani projekti

IPA projekt „Usluge HZZ-a klijentima: Unaprjeđenje cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja i ICT podrška“

Hrvatski zavod za zapošljavanje je tijekom 2011. godine započeo s provedbom projekta „*Usluge HZZ-a klijentima: Unaprjeđenje cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja i ICT podrška*“, u sklopu IV. komponente Instrumenta pretprijetne pomoći (IPA) „Razvoj ljudskih potencijala“. Opći cilj projekta je poduprijeti razvoj kapaciteta javnih institucija i relevantnih dionika u području obrazovanja i zapošljavanja za provedbu profesionalnog usmjeravanja. Nadalje, svrha projekta jest i razviti unaprjeđen ICT sustav Zavoda utemeljen na modelu integracije i razmjene podataka između ključnih dionika tržišta rada čime će se olakšati praćenje korisnika usluga profesionalnog usmjeravanja. Kroz aktivnosti projekta planirana je uspostava, tzv. Nacionalnog foruma za cjeloživotno profesionalno usmjeravanje te izrada prijedloga nacrta zakonske regulative u području profesionalnog usmjeravanja. U tijeku je sadržajna i tehnička priprema za osnivanje sedam Centara za informiranje i savjetovanje o karijeri izvan prostora Zavoda čime će se omogućiti veća dostupnost informacija i usluga.

Grant shema za dodjelu bespovratnih sredstava „Poboljšanje pristupa tržištu rada ugroženim skupinama“

U tijeku je evaluacija podnijetih projektnih prijedloga na natječaju za dodjelu bespovratnih sredstava na grant shemi „**Poboljšanje pristupa tržištu rada ugroženim skupinama**“ u sklopu IPA programa 2007.- 2011. odnosno 2011.-2013. godine. Projekt predviđa provođenje aktivnosti u području osiguravanja treninga za osposobljavanja direktnih korisnika, razvoj socijalnog poduzetništava i podizanja svijesti javnosti i poslodavaca o

radnim mogućnostima osoba s invaliditetom i drugih osjetljivih skupina.

Sudjelovanje u međunarodnim asocijacijama

Europska mreža politika cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja

Republika Hrvatska je od 2011. godine uključena u rad **Europske mreže politika cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja** (*engl. European Lifelong Guidance Policy Network – skr. ELGPN*), koja je utemeljena 2007. godine na inicijativu Europske komisije s ciljem ujednačavanja politika cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja u području zapošljavanja i obrazovanja u zemljama članicama EU i zemljama kandidatima. Podrška je razvoju sustava nacionalnih politika cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja, povezivanja s politikama zapošljavanja, cjeloživotnog učenja i socijalnog uključivanja te razmjene iskustava i znanja među njenim članicama. Hrvatski zavod za zapošljavanje je odlukom dvaju ministarstava nadležnih za obrazovanje i zapošljavanje imenovan nacionalnim predstavnikom i operativnim partnerom projekta na razini Republike Hrvatske.

Euroguidance Centar Hrvatska utemeljena je pri Agenciji za mobilnost kao dio mreže centara koji povezuju sustave profesionalnog usmjeravanja u Europi. Euroguidance promovira mobilnost, omogućuje stručnu pomoć savjetnicima za profesionalno usmjeravanje te pojedincima u boljem razumijevanju mogućnosti dostupnih svim građanima Europe.

3.5.3.4. Zaključci i preporuke

U uvjetima pojačane ponude i smanjene potražnje radne snage, osobe s invaliditetom i drugim čimbenicima otežane zapošljivosti teško se zapošljavaju na otvorenom tržištu rada. Razlozi otežanog zapošljavanja osoba s invaliditetom i ostalih osjetljivih skupina su mnogostruki, a svakako najevidentniji su nedovoljna informiranost, kako šire javnosti, tako i poslodavaca o radnim mogućnostima i potencijalima osoba s invaliditetom te nedovoljna senzibiliziranost društva u cjelini za potrebe i prava osjetljivih skupina.

Navedenom svakako doprinosi i neadekvatna obrazovna struktura, dugotrajna nezaposlenost i nedostatan radno iskustvo samih osoba s invaliditetom. Dugotrajna nezaposlenost, osobito ako joj nije prethodilo neko značajnije radno iskustvo, vrlo često dovodi do znatnijeg gubitka stečenih znanja i vještina što dodatno umanjuje mogućnost zapošljavanja. Istraživanja pokazuju, što je viša razina obrazovanja, to je doživljaj gubitka stečenih znanja manji, a razumljivo što je nezaposlenost dugotrajnija to je gubitak znanja i vještina veći. Zbog gubitka znanja i vještina, a još više zbog sve bržeg „zastarijevanja“ znanja i nužnog prilagođavanja potrebama tržišta rada, vrlo je važno postoji li kod nezaposlenih osoba s invaliditetom spremnost na daljnje i dodatno obrazovanje. Ohrabruje činjenica da je oko 77% anketiranih osoba s invaliditetom u porvedenom istraživanju iskazalo spremnost na daljnje obrazovanje radi lakšeg zapošljavanja.

Znanja i kompetencije koje osobe s invaliditetom stječu u sustavu obrazovanja nisu

sukladne potrebama tržišta rada. Stoga je opravdano stavljanje težišta politike rada na usavršavanje, obrazovanje, prekvalifikacije i razvoj ključnih kompetencija i transverzalnih/ prenosivih kompetencija, posebice za nezaposlene i neaktivne kategorije radno sposobnog stanovništva. Tako su mjere iz Nacionalnog plana za poticanje zapošljavanja za 2011. - 2012. godinu usmjerene na zapošljavanje i obrazovanje dugotrajno nezaposlenih osoba, mladih osoba bez radnog iskustva, osoba starije životne dobi, osoba niže razine obrazovanja, osoba koje se nalaze u nepovoljnom položaju, odnosno posebnih skupina nezaposlenih osoba kao što su osobe s invaliditetom.

Učinkovita integracija osoba s invaliditetom i drugih osjetljivih skupina na tržište rada zahtjeva multisektorski i koordinirani pristup svih segmenata društva, počevši od sustava zdravstva i socijalne skrbi i mirovinskog sustava, preko usklađivanja obrazovnih politika s potrebama tržišta rada, uz iznimno važnu podršku obitelji, udruga osoba s invaliditetom i udruga koje skrbe o osobama s invaliditetom, te aktivno sudjelovanje samih osoba s invaliditetom.

Također je neophodno da se u obrazovnim politikama usmjerenim prema osobama s invaliditetom načini zaokret prema njihovom obrazovanju za nove vještine temeljene na suvremenim tehnologijama sukladno potrebama lokalnog, regionalnog i nacionalnog tržišta rada.

Poticanju zapošljavanja osoba s invaliditetom sigurno će doprinijeti i proširenje „kvotnog sustava“ zapošljavanja na sva poduzeća, razvoj novih oblika profesionalne rehabilitacije (radni centri, virtualne radionice), osnivanje regionalnih centara za profesionalnu rehabilitaciju kao i jačanje nacionalnih politika i zakonodavnog okvira za razvoj socijalnog poduzetništva koje ima velik potencijal u zapošljavanju osjetljivih skupina.

Literatura:

1. CEDEFOP-European Centre for the Development of Vocational Training (2011.): Lifelong guidance across Europe: reviewing policy progress and future prospects
2. Centar za civilne inicijative (2011.): Knjiga kompetencija – Obrazovanjem do posla, završna publikacija IPA projekta “Vrata prema tržištu rada za društveno isključene skupine”
3. European Training Foundation (ETF) & European Centre for the Development of Vocational Training (CEDEFOP) (2005.): Case Study Contributions from the European Training Foundation, Guidance and counseling to fight early school leaving in Croatia
4. European Commission (2010.): Europe 2020 - European strategy for smart, sustainable and inclusive growth
5. European Commission (2010.): An Agenda for new skills and jobs: A European contribution towards full employment
6. European Commission (2010.): Europe 2020 – Integrated guidelines for the economic and employment policies of the Member States
7. European Commission (2010.): SynerJob Conference “Public Employment Services Vision for 2020.”
8. Galić, Z., & Šverko, B. (2008.): Effects of prolonged unemployment and reemployment on psychological and physical health, *Review of Psychology*, 15, 3-10
9. Galić, Z. (2007.): Psychological consequences of unemployment: Moderating role of education, *Review of Psychology*, 14, 25-34

10. Galić, Z. (2008.): Nezaposlenost, traženje posla i zapošljavanje: longitudinalna analiza psiholoških aspekata, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Zagreb
11. Hrvatski zavod za zapošljavanje (2005.): Nacrt Standarda kvalitete usluga profesionalnog usmjeravanja i selekcije u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje
12. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Medicinska naklada (2010.): Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja
13. Kiš Glavaš, L., Majsec Sobota, V., Sokač, K., Gavrilović, A., Sobota I. (2008.): Zapošljivost nezaposlenih osoba s invaliditetom, UNDP Hrvatska – Program ujedinjenih naroda za razvoj
14. Šverko, B., Galić, Z. i Maslić Seršić, D. (2006.): Nezaposlenost i socijalna isključenost: longitudinalna studija, Revija za socijalnu politiku, 13, 1-14
15. Šverko, B., Galić, Z., Maslić Seršić, D. & Galešić, M. (2008): Unemployed people in search for a job, Reconsidering the role of search behaviour, Journal of Vocational Behavior, 72, 415-428
16. Vijeće Europske unije (2004.): Jačanje politika, sustava i praksi usmjeravanja tijekom života
17. Vijeće Europske unije (2008.): Bolja integracija cjeloživotnog usmjeravanja u strategije cjeloživotnog učenja
18. Zečirević, M. (2011.): Cjeloživotno profesionalno usmjeravanje u Republici Hrvatskoj s aspekta Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje, Zbornik radova Međunarodne konferencije „80 godina cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja u Republici Hrvatskoj: Novi izazovi i pristupi“
19. Zečirević, M., Bačelić, I. (2011.): National Report on Guidance in Group Settings, NAVIGUDE LLPP-LDX-TOI-11-AT-0010,
20. Zečirević, M., Bačelić I., Bolarić-Škare M. (2011.): Jačanje poduzetničke kompetencije korisnika kroz razvoj vještina upravljanja karijerom u Hrvatskoj, Zbornik radova 1. Međunarodna konferencija o učenju za poduzetništvo
21. Zečirević, M., Senjak, M. i Križanec, T. (2011.): Razvoj sustava podrške zapošljavanju osoba s invaliditetom u hrvatskog zavodu za zapošljavanje, Zbornik radova 7. Međunarodnog stručnog skupa “Uloga pružatelja usluga u profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom – Europska i hrvatska iskustva“
22. Zečirević, M., Senjak, M. i Križanec, T. (2012.): Usklađivanje radnih mogućnosti osoba s invaliditetom sa zahtjevima i potrebama tržišta rada, Zbornik radova 8. Međunarodni stručni skup „Zahtjevi i potrebe tržišta rada kao izazov za osobe s invaliditetom“
23. UNDP Hrvatska - Program ujedinjenih naroda za razvoj (2006.): Neumreženi: Lica socijalne isključenosti u Hrvatskoj

3.5.4. Potpora osobama starije životne dobi, sprječavanje nasilja nad starijim osobama i unaprjeđivanje kvalitete života i mentalnog zdravlja

Postoje područja kompetencije za psihologe i psihologinje koje se bave potporom mentalnom zdravlju i kvaliteti života starijih osoba, a među njima ovo su najčešća:

- razvojna psihologija: perceptivni (vidna, slušna, taktilna, njušna percepcija, percepcija temperature...), kognitivni (pažnja, inteligencija, mišljenje, pamćenje; promjene u sadržaju i količini), emocionalni (raspon i intenzitet emocija) i socijalni procesi (povlačenje, izolacija, podrška, kvantiteta i kvaliteta socijalnih odnosa...)
- načini nošenja s gubicima (vještina, sposobnosti, osoba, uloga, zdravlja, prihoda, statusa, života...)
- proces tugovanja
- proces suočavanja sa smrću
- proces umirovljenja
- mentalno zdravlje i kvaliteta života (čimbenici, povezanost)
- stavovi, stereotipi, predrasude, *ageizam*, diskriminacija
- nasilje nad starijim osobama (pojavnost, oblici, učestalost, rizici, zaštita).

U tekstu su dani prikazi najvažnijih spoznaja iz navedenih područja, a nakon toga i primjeri potpore koju psihologinje i psiholozi mogu dati mentalnom zdravlju i kvaliteti života starijih osoba, uz obrazloženja specifičnosti doprinosa psihološke struke.

3.5.4.1. Stanovništvo koje stari

Svjetsko stanovništvo sve je starije, a udio starijeg stanovništva u populaciji u stalnom je porastu. U Hrvatskoj je trenutačno oko 20% osoba starijih od 60 godina (Državni zavod za statistiku, 2011.), a stanovništvo starije od 80 godina ima najbrže rastući udio u populaciji. Svjetska zdravstvena organizacija identificirala je sedam izazova vezanih za stariju populaciju: (1) pomak od zaraznih prema nezaraznim bolestima; (2) povećan rizik za nemoć i nesposobnosti; (3) pružanje skrbi uz održavanje ravnoteže između autonomne brige, neformalne i formalne skrbi; (4) feminizaciju starenja; (5) etiku i nejednakost – dobnu diskriminaciju u dostupnosti medicinskih inovacija; (6) ekonomiju starije populacije; te (7) stvaranje nove paradigme koja gleda na starije ljude kao na aktivne sudionike i doprinositelje u društvu koje je dobno integrirano (Buttanshaw, 1997.). Europska je unija mentalnom zdravlju veći značaj dala 2008. godine kada je pokrenula *European Pact for Mental Health and Well-being* s ciljem promocije značaja mentalnog zdravlja za javno zdravstvo, produktivnost, učenje i društvenu koheziju. Jedan od pet prioriteta odnosi se na mentalno zdravlje starijih i obuhvaća: (1) promoviranje aktivnog

sudjelovanja starijih osoba u životu zajednice, uključujući njihove fizičke aktivnosti i obrazovne prilike; (2) razvijanje fleksibilnih shema za umirovljenje koje omogućuju starijim ljudima da ostaju dulje raditi; (3) osiguravanje mjera koje promoviraju mentalno zdravlje i dobrobit među starijim osobama koje dobivaju njegu (medicinsku i/ili socijalnu) kako u zajednici, tako i u institucijama; te (4) uvođenje mjera za podršku njegovateljima i njegovateljicama (European Union, 2008.).

U usporedbi s mlađom dobi, razvoj u starijoj dobi obilježava pomak u smjeru više gubitaka i manje dobitaka. Neki resursi, kao što su fizička snaga, zdravlje, senzorna oštrina, sposobnost za izvođenje paralelnih zadataka i funkcionalna mozgovna učinkovitost opadaju s dobi (Lindenberger, Lövdén, Schellenbach, Li i Krüger, 2008.). Tijekom starenja dolazi i do slabljenja imunosnog sustava. Posebice je proučavano imunosno stanje starijih osoba koje njeguju kronično bolesne članove obitelji (npr. s Alzheimerovom demencijom) u kojima je utvrđeno slabljenje imunosnog sustava (Lutgendorf i Costanzo 2003.). Neke sposobnosti ostaju stabilne s dobi, kao npr. implicitno pamćenje (Ballesteros, Nilsson i Lemaire, 2009.). Što se dobitaka tiče, starije osobe mogu nastaviti stjecati, na primjer, društveni status, materijalna sredstva, znanja, stručnost, verbalne sposobnosti. Novija istraživanja neuroplastičnosti pokazuju da, osim što mozak odrasle osobe može stvarati nove živčane veze, može stvarati i nove živčane stanice kao odgovor na učenje ili trening i u starijoj dobi (Garland i Howard, 2009.).

Osim manifestiranja različitih sposobnosti u starijoj dobi, u usporedbi s mlađom, zanimljiva su očekivanja koja se vežu uz stariju dob. Znatno broj starijih ljudi nastavlja imati aktivan životni stil koji doprinosi njihovoj dobrobiti i mnogi ljudi imaju razna očekivanja vezana uz dob (koliko biti aktivan, koliko povučen). Međutim, *što* je to što se očekuje od starije osobe i nije posve jasno. Relativan nedostatak društvenih očekivanja za starije, s obzirom na ciljeve za koje se očekuje da postave i ostvare, možda proizlazi iz činjenice da je potrebno vrijeme da bi se razvile društvene norme. Baš kao institucije, i društva zaostaju u mijenjanju prilika u svojim strukturama da bi se prilagodila demografskim promjenama. Dakle, povijesno gledajući, stara dob prilično je nova pojava koja se događa sve većem broju ljudi pa vjerojatno treba više vremena da bi se razvile takve norme i očekivanja za dobno prikladne zadatke i norme (Freund, Nikitin, i Ritter, 2009.).

3.5.4.2. Kvaliteta života starijih osoba i mentalno zdravlje

Kvaliteta života podrazumijeva subjektivno doživljavanje osobnoga života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva (Krizmanić i Kolesarić, 1989.). U većini se istraživanja javlja nekoliko osnovnih područja vezano za procjenu kvalitete života: zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima, produktivnost, blagostanje zajednice i sigurnost (Gullone, Jones, i Cummins, 1999.). Starija hrvatska gradska populacija, primjerice, kao odrednice osobne kvalitete života najčešće navodi: zdravlje (18,9%), obitelj (14,4%), financijsko i materijalno stanje (10,6%) te društveni život (7,2%) (Vuletić i Mujkić, 2002.).

Iako je mnogo više podataka o negativnim aspektima mentalnog zdravlja, u zadnje se vrijeme sve više počinju istraživati i pozitivni aspekti. Razlog tome je zasigurno to što se zajednica više angažira kada je nekom loše, a kada je nekome dobro, to ne iziskuje takve intervencije. Međutim, promicanje dobrobiti i pozitivnih obilježja mentalnog zdravlja pomaže u preveniranju pojave mentalnih poremećaja ili u njihovom ublažavanju.

Zadovoljstvo životom jedna je od najčešćih mjera pozitivnih aspekata mentalnog zdravlja. Definirano je kao kognitivna evaluacija komponente subjektivnog osjećaja dobrobiti. Istraživanja pokazuju da zadovoljstvo životom i *emocije ugodnog hedonističkog tona* rastu s dobi, malo, ali konzistentno. Istodobno, smanjuje se udio emocija neugodnog hedonističkog tona koje svoj vrhunac dostižu u ranoj odrasloj dobi, a zatim se smanjuju do 60 i ostaju na jednakoj razini (Kardum, Gračanin, Dankić i Perhat, 2008.). Isti trend nalazi se i u ocjeni *kvalitete življenja* – oko tri četvrtine osoba u dobi 65-69 godina ocjenjuje je vrlo visokom, dok u starijoj dobi taj udio pada na polovinu ili trećinu (Bowling, 2005.). Činjenica da neka istraživanja nalaze visoku kvalitetu življenja kod starijih, visoko zadovoljstvo životom i bolju psihološku dobrobit nego kod mlađih odraslih osoba, nazvana je *paradoksom starije dobi* i interpretira se u terminima prilagodbe ili stabilnosti zadovoljstva životom kroz život (Dragomirecká i sur., 2008.). Svjesno ili ne, većina se ljudi starije dobi prilagodi, bilo opadajućim stanjima, bilo u svom odnosu prema zdravstvenim, socioekonomskim ili drugim čimbenicima jer se žele osjećati sami sa sobom što je bolje moguće (Bowling, 2005.).

Negativna obilježja mentalnog zdravlja uključuju mentalne poremećaje i suicid. Osim patnje koju većina njih povlači sa sobom, bilo za pojedinca, bilo za njegovu okolinu, mentalni poremećaji nose i skupoću liječenja i uzrokuju raniju smrt (Kardum, Gračanin, Dankić i Perhat, 2008.). Osobe s mentalnim poremećajima socijalno su izolirane i imaju lošiju kvalitetu života, češće su izložene kršenju ljudskih prava, stigmatiziranju i diskriminaciji. Mentalni poremećaji često dovode i do lošijeg ishoda pri liječenju tjelesnih bolesti, smanjuju radnu sposobnost oboljelih i osoba koje se o njima brinu, utječu na njihovu produktivnost i prihode, pa tako i na ekonomiju društva u cjelini (European Union, 2008.). U mentalne poremećaje osoba starije dobi ubrajaju se svi psihički poremećaji koji se javljaju u odrasloj dobi, te su se najvjerojatnije javili i prije starije dobi, uz organske moždane poremećaje - demenciju i delirij (Davison i Neale, 1999.). Otprilike 5% osoba starijih od 65 godina ima *demenciju* – gubitak intelektualnih funkcija i sposobnosti, bilo uzrokovanu izravnim oštećenjem mozga (cerebrovaskularne demencije, Alzheimerova demencija), bilo uzrokovanu drugom bolešću ili stanjem koji ne napadaju mozak izravno (npr. AIDS, depresija, upala pluća) (Perlmutter i Hall, 1992.). *Delirij* predstavlja konfuzno stanje u kojem osoba ima velikih teškoća u koncentraciji, održavanju pozornosti i ne može zadržati suvisli tijek misli. Uzrokuje ga najčešće trovanje lijekovima, ali i metabolička i prehrabna neravnoteža, neurološki poremećaji, infekcije, stres. Delirij vodi većim stopama smrtnosti nego demencija, a stariji su ljudi osjetljiviji nego mlađi. Stope *suicida* značajno rastu s dobi, a kod muškaraca su trostruko više nego kod žena. Za starije osobe uobičajenije je da rjeđe priopćavaju svoje namjere da izvrše samoubojstvo i da čine manje pokušaja, no kad pokušaju, češće se uspijevaju

ubiti. Podaci o broju suicida vrlo vjerojatno podcjenjuju situaciju kod starijih osoba jer one imaju puno više prilika odustati od života, npr. zanemarivanjem uzimanja lijekova ili pravilne prehrane. Štoviše, Butler i Lewis (1982., prema Davison, i Neale, 1999.) tvrde da je samoubojstvo starijih racionalna ili filozofska odluka češće nego ona mlađih ljudi. *Depresivnost* i *anksioznost*, bilo kroz simptome, bilo kroz poremećaje, pojavljuju se češće od ostalih simptoma i poremećaja i to u svim životnim razdobljima (Davison i Neale, 1999.).

3.5.4.3. Planiranje potpore osobama starije dobi

Kako bi se mogla planirati učinkovita potpora osobama starije dobi, potrebno je znati koji sve mogu biti čimbenici koji djeluju na mentalno zdravlje i kvalitetu života. Te se čimbenike može podijeliti na biološke, psihološke i socijalne.

a) Biološki čimbenici

Dob. Pitanje raste li prevalencija mentalnih poremećaja u starijoj dobi nema jednoznačan odgovor. Općenito je prihvaćeno da, osim demencija, postoji relativno niska prevalencija svih mentalnih poremećaja među starijima. Međutim, pretpostavlja se da su psihijatrijski simptomi podcijenjeni uslijed kognitivnog opadanja, fizičkih poremećaja, *ageizma* ili stoga što stariji ljudi pripisuju osjećaj depresije starijoj dobi i zato ne traže pomoć ili ne spominju simptome. Sumirajući brojna istraživanja Wernicke, Linden, Gilberg i Helmchen (2000.) nalaze da opći psihijatrijski morbiditet, i to onaj koji implicira potrebu za profesionalnom pomoći, pogađa 20-25% osoba starijih od 65 godina, a procjene raspona variraju od 12% do čak 54%. Za osobe starije od 85 godine vrijednosti su više, najviše zbog povećanja udjela demencija.

Spol. Žene, u prosjeku, žive duže od muškaraca, a bogato je dokumentirano da imaju višu stopu morbiditeta, uključujući i psihijatrijski morbiditet, više simptoma depresivnosti, anksioznosti, emocionalne patnje, više ograničenja u funkcionalnim sposobnostima i kretanju te da više koriste usluge zdravstvene skrbi. Odnos zastupljenosti psihijatrijskog morbiditeta u žena naspram muškaraca varira od 3 : 2 do 2 : 1 (Wernicke i sur., 2000.). Najveći udio razlika objašnjava se većom izloženosti žena društveno uvjetovanim rizicima (niže obrazovanje, niži prihodi, slabija osposobljenost u zanimanjima, češće udovištvo, veća socijalna izolacija, slabije zdravlje, veća fizička ograničenjima u usporedbi s muškarcima). U prilog društveno uvjetovanim razlikama idu i podaci koji ne pokazuju razlike među ženama i muškarcima u zemljama u kojima su rodne uloge izjednačene (npr. u Švedskoj) (Zunzunegui i sur., 2007.). No čini se da se spolne razlike smanjuju u starijoj dobi (poslije 85. godine) pa i nestaju kod najstarijih starih osoba. Moguće je da se to događa uslijed pada u osjećaju kontrole kod muškaraca, što se pokazuje važnim prediktorom mentalnog zdravlja muškaraca, a ne i žena (Carmel i Bernstein, 2003.).

Fizičko zdravlje. Starije su osobe podložnije utjecaju fizičkih rizičnih čimbenika (rat, glad, visoka temperatura) od mlađih, a više od 80% osoba starijih od 70 godina ima barem jednu kroničnu bolest, dok mnogi imaju višestruka kronična stanja (Young i

Vitaliano, 2007.). Fizičko se zdravlje konzistentno pokazuje povezanim s mentalnim zdravljem, odnosno, uz funkcionalne sposobnosti, njegovim najboljim prediktorom. Postoji, dakle, čvrsta povezanost između depresivnosti, fizičkih bolesti i nesposobnosti. No povezanost između tjelesne bolesti i depresije ne postoji samo zbog obeshrabrujućih aspekata neke bolesti, nego i zbog uzimanja nekih lijekova. Mentalno i fizičko zdravlje povezani su u velikoj mjeri i preko negativnih stereotipa – o gubitku zdravlja te fizičkih i psihičkih funkcija sa starenjem. Negativni stereotipi mogu povećati psihološku osjetljivost na bolest ako ih starije osobe internaliziraju i stoga ne traže pomoć te ako takve stereotipe internaliziraju i osobe koje im pružaju skrb (Golub i Langer, 2007.).

Funkcionalne sposobnosti. Funkcionalne sposobnosti potrebne za obavljanje svakodnevnih aktivnosti (pripremanje hrane, jedenje, odijevanje, održavanje higijene, pospremanje stana, kupovina) predstavljaju univerzalni čimbenik koji je značajno povezan s mentalnim stanjima. S većim teškoćama u fizičkim funkcionalnim sposobnostima rastu i depresivni simptomi, a smanjuje se zadovoljstvo životom (Hsu, 2009.). Neka kronična zdravstvena stanja postaju češća s dobi (artritis, dijabetes, slabljenje vida i sluha...) što doprinosi smanjenju funkcionalnih sposobnosti, a funkcionalna nesposobnost vodi izravno u depresiju (Fiksenbaum, Greenglass, Marques, i Eaton, 2005.). Općenito se uz starenje veže reducirana fizička aktivnost, ne samo u svrhu funkcionalnih aktivnosti, nego i u svrhu razgibavanja. Starije osobe u većini slučajeva shvaćaju mobilnost kao uvjet bez kojeg ne mogu živjeti. Povezanost fizičkih aktivnosti, i to umjerenih, s boljim kognitivnim funkcioniranjem dokazana je u mnogim istraživanjima. Redovita tjelovježba sprječava rizike za bolesti, utječe na percepciju stresa, smanjuje anksioznost i depresivnost kod blažih oblika, pridonosi održavanju samostalnosti u svakodnevnom životu, a nije zanemarivo ni to da bolja fizička aktivnost može pomoći pri mijenjanju stereotipa o starijim osobama kao pasivnim i nekorisnim (Saccomani, 2006.).

b) Psihološki čimbenici

Suočavanje sa stresom. Hudek-Knežević i Kardum (2006.) prikupili su rezultate istraživanja koja pokazuju da se veće životno iskustvo, veća fleksibilnost i realističnija percepcija mogućnosti kontrole nad situacijom ističu kao prednosti osoba u starijoj dobi za suočavanje sa stresom. Zreliji načini suočavanja sa stresom tako mogu biti: suočavanje usmjereno na problem i humor, kognitivno prilagođavanje, ponovno procjenjivanje, kontrola impulzivnosti, prihvaćanje. U usporedbi s mlađima, starije osobe doživljavaju blaže negativne učinke stresnih događaja (imaju niži intenzitet doživljenog stresa i nižu anksioznost), a posljedice nezgode percipiraju kao manje dugotrajne. Za aktivne strategije suočavanja sa stresom u starijoj je dobi od velike važnosti i osjećaj smisla (Stowell, Kiecolt-Glaser i Glaser 2001.).

Osobine ličnosti. Od mnogih osobina ličnosti koje su se proučavale kao rizični ili zaštitni čimbenici povezani sa zdravljem, hostilnost, neuroticizam i optimizam imaju najviše empirijske potpore. *Hostilnost* se odnosi na doživljaj drugih osoba prijetećima, na obezvrjeđivanje drugih te na agresiju prema drugima kao posljedično ponašanje. Neka

istraživanja potvrđuju povezanost hostilnosti s lošijim zdravljem (kardiovaskularnim bolestima) i kraćim životnim vijekom. Postoje potvrde za to da se hostilnost češće javlja zajedno s anksioznošću i depresivnošću kod starijih kardioloških pacijenata (Moser i sur., 2010.). Hostilnost se pokazuje rizičnim čimbenikom za suicid u starijoj životnoj dobi, ponovno u kombinaciji s depresivnošću i anksioznošću. Moguće objašnjenje za to je da je hostilnost praćena neuspjehom u kontroli impulsa, a to može biti ključno za suicidalno ponašanje (Scocco, Meneghel, Dello Buono i De Leo, 2001.). *Neuroticizam* i emocije neugodnog hedonističkog tona potiču osjetljivost za razvoj klinički dijagnosticiranih poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja. Potvrđeno da su ove crte povezane s povećanim rizikom za kardiovaskularne bolesti i s kraćim životnim vijekom. Vjerojatno je veza sa zdravljem osigurana preko loših socijalnih kontakata i lošijih zdravstvenih navika. Mnogi dokazi potvrđuju da *optimističnije* osobe rjeđe poboljšavaju i u prosjeku žive duže od manje optimističnih. Optimizam pomaže u kontroli stresa, jačanju imunosnog sustava, prevladavanju traumatskih događaja, nošenju s pasivnošću i depresijom. Optimizam može poticati načine na koje se ljudi suočavaju s nedaćama, traže socijalnu podršku i, kao rezultat, imaju manje simptoma depresije. Napokon, i biološka osnova, kao što je neravnoteža neurotransmitera vezanih za raspoloženje ili genetska predispozicija, mogu objasniti zašto niska razina optimizma ima veze sa simptomima depresije (Anolli 2005.).

Lokus kontrole. Unutarnji lokus kontrole, osjećaj da sami imaju utjecaja nad događajima vezanih za njih same, kao kod svih, pa tako i kod stariji osoba, povezan je s pozitivnim afektivnim stanjima. Starije osobe s vanjskim lokusom kontrole imaju negativnije stavove, depresivnije su, nižih funkcionalnih sposobnosti i doživljavaju nižu kvalitetu života (Spitek-Zvonarević i Takšić 2004.).

c) Socijalni čimbenici

Socijalna podrška. Socijalna podrška povezana je s pozitivnim afektivnim stanjima (povećani osjećaj pripadnosti, intimnost, povećan osjećaj osobne vrijednosti, povećan osjećaj kontrole). Osobe koje se procjenjuju najmanje sretnima u starijoj dobi su udovci, udovice i osobe koje žive same, dok su najsretnije one osobe koje su u braku, odnosno koje žive s partnerom, djecom, u proširenoj obitelji ili prijateljima (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008.). Socijalna podrška može biti i izvor korisnih informacija koje povećavaju suočavanje. Potvrđeno je da je ona mehanizam koji može smanjiti funkcionalnu nesposobnost, depresivne simptome, povezana je s manjim mortalitetom i jedan je od značajnih prediktora zadovoljstva životom. No mogući su i negativni čimbenici. Oni se najčešće objašnjavaju pretjeranom brigom, odnosno anksioznošću davatelja podrške ili potkrepljivanjem uloge bolesnika. Negativni čimbenik podrške obitelji objašnjava se i time da različite funkcije podrške mogu kod bolesnika smanjiti osobni osjećaj kontrole, što dovodi do bespomoćnosti i ovisnosti o drugim osobama te do povećanja simptoma depresivnosti. Stoga se ključnim za zdravlje čini - nemati loše odnose (Hudek-Knežević i Kardum, 2006.).

Nasilje nad starijim osobama. Do polovice ovog desetljeća nije bilo prikupljenih podataka u Hrvatskoj, ali ni u svijetu se ta tematika ranije nije puno istraživala. No od početnih objašnjenja pojmova i teorijskih podloga, ubrzo se razvijaju instrumenti za istraživanje rasprostranjenosti, ali i senzibilnosti za nasilje nad starijim osobama (Ajduković, Muslić, Rusac i Ogrresta, 2008.; Ogrresta, Rusac i Ajduković, 2008.). Prvi rezultati pokazuju visoku prisutnost nasilja nad starijim osobama (61,1%), svih vrsta (psihičkog, socioemocionalnog, tjelesnog, seksualnog i zanemarivanja), ali najčešće psihičkog. Kao najčešći počinitelji nasilja navode se suprug, a nešto rjeđe djeca (Ajduković, Ogrresta. i Rusac, 2009.; Ogrresta, Rusac i Ajduković, 2008.). Psihički zlostavljane starije osobe iskazuju lošije psihičko i fizičko zdravlje (Rusac, 2010.; 2011.). Prepoznati čimbenici rizika vezani za žrtvu su starija dob (80+), ženski spol, niži stupanj obrazovanja, ekonomska ovisnost, lošija kvaliteta obiteljskih odnosa te lošije tjelesno i mentalno zdravlje. Čimbenici rizika vezani za počinitelja su mentalna bolest, emocionalni problemi, ovisnost, novčani problemi, interpersonalno nasilje i konzumiranje alkohola. Najveći čimbenik rizika vezan uz zajednicu je *ageisam* (negativni stereotipi prema starijim osobama). U zaštitne se čimbenike ubrajaju socijalna podrška te duhovna i religijska uvjerenja (Rusac u Tomek-Roksandić i sur., 2011.).

Socioekonomski status. Financijska sigurnost jedan je od glavnih čimbenika povezan s kvalitetom življenja starijih osoba. Starije osobe višeg socioekonomskog statusa imaju bolje mentalno zdravlje nego one nižeg (Lampinen, Heikkinen, Kauppinen i Heikkinen, 2006.). No kad se jednom dosegne osnovna razina zadovoljenja ljudskih potreba u društvu i kad se dosegne određena količina prihoda, materijalna imovina relativno malo dalje doprinosi većem osjećaju sreće (James, 1997., 2003., prema Bowling, 2005.). Ono što se pokazuje važnim je čuti kako ljudi sami doživljavaju svoje socioekonomsko stanje, a manje su važni kvantitativni socioekonomski indikatori (Chiu, Hsieh, Mau i Lee, 2005.).

Korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga. S povećanjem dobi raste i broj kroničnih bolesti koje osobe imaju, što povećava zahtjeve za različitim oblicima skrbi i usluga. Podaci o korištenju psiholoških usluga pokazuju da su ih stariji ljudi manje skloni tražiti u usporedbi s mladima. Za korištenje usluga važno je nekoliko čimbenika: osobna procjena potrebe za uslugom, osobna procjena koristi od usluge, okolnosti ili individualne karakteristike koje otežavaju ili olakšavaju korištenje usluga (pristupačnost, znanje o uslugama, mogućnost komuniciranja s pružateljima, razina socijalne podrške, socioekonomski status...) te vjerovanje u mogućnost kontrole nad osobnim životom i briga o svojoj dobrobiti (Wolinsky i Johnson, 1991.). Starije osobe (s kroničnim bolestima) koje dobivaju proaktivnu zdravstvenu njegu u kući, u usporedbi s onima koji je dobivaju samo na zahtjev, imaju bolje mentalno zdravlje, manju depresivnost i percipiraju socijalnu podršku većom – za nikakvo povećanje troškova (Markle-Reid i sur., 2006.).

Povijesni kontekst. Istraživanje europske kvalitete življenja iz 2003. pokazuje da je opće zadovoljstvo životom u svim postkomunističkim zemljama niže od europskog prosjeka (Dragomirecká i sur., 2008.). Vjerovanja o zdravlju i bolesti mogu se formirati rano u životu, kao i mnoga druga vjerovanja. Starije osobe novijih generacija očekuju dobro

zdravstveno stanje i funkcionalne sposobnosti, no ne kao krajnji cilj, nego kao standard koji treba imati nadogradnju.

3.5.4.4. Potpora osobama starije životne dobi - doprinos psihološke struke

Iz navedenih opisa pokazatelja i mjera mentalnog zdravlja i kvalitete življenja starijih osoba, jasno je da je to interdisciplinarno područje kojem se može učinkovito doprinijeti jedino interdisciplinarno: iz medicine, socijalnog rada, ekonomije, sociologije, ergonomije, prava, psihologije, pri čemu to ne dovršava popis. Stoga je potrebno naglasiti koje su specifičnosti doprinosa psihologijske struke.

Doprinos psihologijske struke može se podijeliti u nekoliko segmenata, ali se ne ograničava samo na njih:

a) Razvojni procesi

Psihologinje i psiholozi imaju znanja o razvojnoj psihologiji – o razvoju kognitivnih, emocionalnih i socijalnih procesa te to mogu povezivati s adekvatnim prilagođavanjem okoline, materijala i načina komuniciranja sa starijim osobama. Vezano za promjene u starijoj dobi, psiholozi i psihologinje mogu senzibilizirati (u javnim i medijskim nastupima, kampanjama...), informirati i educirati stariju populaciju, članove obitelji i osobe koje rade sa starijima (bilo profesionalno, bilo volonterski), ali i opću populaciju o temama starenja i vrstama usluga koje se nude. Na primjer, psiholozi i psihologinje mogu dati upute osobama koje rade sa starijima kako da prilagode svoju komunikaciju (brzinu govora, upotrebu pomagala, pripremu pisanih odgovora na najčešća pitanja...) starijim osobama. Mogu educirati starije osobe o načinima suočavanja sa stresom ili strategijama uspješnog starenja (pr. selekcije, kompenzacije, optimizacije). Nadalje, mnoge starije osobe podliježu gerijatrijskom sindromu nestanka seksualnosti, što u stvari predstavlja samoispunjavajuće proročanstvo. Potrebno je, stoga senzibilizirati stručnjake i stručnjakinje, educirati o seksualnosti u starijoj dobi jer je seksualnost mjera kvalitete života (Dijanić Plašč i Mamula 2007.). Znanja iz razvojne psihologije pomažu i u prepoznavanju emocija vezanih za gubitke (zdravlja, odnosa s drugim ljudima, uloga, života...), a specifični segment odnosi se na promoviranje palijativne skrbi - podrške terminalno bolesnima i njihovim obiteljima.

b) Nasilje nad starijim osobama

Zlostavljanje i zanemarivanje ne samo starijih osoba, već osoba bilo koje dobi, kršenje je ljudskih prava i predstavlja zdravstveni, pravni, socijalni i ekonomski problem. Psiholozi i psihologinje mogu biti uključeni u sve segmente: u sprječavanje nasilja, u rehabilitaciju žrtve nasilja, u rehabilitaciju počinitelja nasilja, u pristupe smanjenja štete. Potrebno je educirati stručnjake i stručnjakinje o vrstama i oblicima nasilja nad starijim osobama, na najčešće previde, tabue, mitove i mehanizme neuključivanja i obrane da se nasilje ne primijeti. Potrebno je jačati zaštitne čimbenike starijih osoba i smanjivati čimbenike

rizika, bilo kod žrtve, počinitelja, bilo u zajednici. Moguće je pružiti usluge besplatnih telefonskih linija, savjetovanja, kriznih službi, skloništa, educirati starije o njihovim pravima te medijskim putem podizati javnu svijest o temi (Rusac u Tomek-Roksandić i sur., 2011.).

c) Grupni procesi i stavovi

Poznavajući procese iz socijalne psihologije, psihologinje i psiholozi mogu moderirati grupne procese. Razumijevajući te procese, mogu provoditi edukaciju voditelja i voditeljica grupa za poboljšanje vođenja grupa. Na primjer, mogu poticati osnivanje grupa za samopomoć (starijih osoba, stručnjaka i stručnjakinja koji se njima bave, članova i članica obitelji starijih osoba) i educirati voditelje i voditeljice za njihovo vođenje. Osim grupnih procesa, važan segment koji uključuje socijalna psihologija su stavovi, stereotipi, predrasude i diskriminacija. Psiholozi i psihologinje, razumijevajući segmente stavova, razloge njihove otpornosti i načine nastajanja, mogu pomoći u osvješćivanju stavova i stereotipa, bilo kod osoba koje rade sa starijom populacijom, bilo kod same starije populacije, kako bi mogle razumjeti u čemu ih takvi stavovi sprječavaju te što bi mogli učiniti da to promijene.

d) Savjetovanje i supervizija

Psiholozi i psihologinje educirani za savjetovanje mogu pružati usluge iz tog područja, ne samo starijim osobama, nego i njihovim obiteljima i osoblju koje sa starijim ljudima radi. Osim savjetovanja, psihologinje i psiholozi educirani u superviziji, doprinose u sprječavanju izgaranja na poslu stručnjaka i stručnjakinja koji rade poslove u pomažućim strukama.

e) Psihologija rada i ergonomija

Imajući znanja iz psihologije rada, psihologinje i psiholozi mogu ih primijeniti, bilo u radu sa starijim osobama, bilo s onima koje će to postati. Primjer za prve jest organiziranje aktivnosti za aktivno starenje: poticanje, pripremanje i uključivanje starijih osoba u volonterske aktivnosti, educiranje organizacija koje bi primale starije volontere, pomoć u kreiranju programa za vršnjake (dobrosusjedska pomoć, klubovi 50+...). Primjer za druge predstavljaju pripreme radnog stanovništva za umirovljenje. Naime, nemoguće je očekivati da će osoba, samim time što gubi jednu ulogu koja je zauzimala veliki dio života, odlaskom u mirovinu odjednom uskočiti u novu ulogu i osjećati se sretno i ispunjeno u njoj. Dobra je praksa, stoga, pripremati osobe koje još nisu u kategoriji starijih osoba na mogućnosti koje se nude, kako bi to prepoznale i iskoristile kada im bude potrebno. Potrebno je, također, senzibilizirati starije osobe i one koje će to tek postati, kao i pružateljce usluga, na prevenciju koja može pomoći da se padovi u funkcioniranju i zdravstvenom stanju što je moguće više odgode ili uspore. Znanja psihologa i psihologinja iz ergonomije mogu pomoći u prilagodbi okoline starijim osobama. Na primjer, uzimajući u obzir brzinu obrade informacija, psihologinje i psiholozi mogu pomoći u oblikovanju pisanih

materijala tako da ih je starijim osobama lakše pratiti. Mogu sudjelovati i u pravovremenoj pripremi i savjetima za seljenje na niže katove, zgrade s dizalima, osvjetljenjem i bojama koje mogu koristiti, ugradnjom tuš-kabine, a ne kade i tome slično.

f) Istraživanja

Psiholozi i psihologinje educirani su za prepoznavanje metodološkog pristupa koji na prikladan način može ispitati neku pojavnost, povezanost ili uzročno-posljedičnu vezu među pojavama. Tako se, na primjer, mogu istraživati rizični i zaštitni čimbenici vezani uz demencije, anksioznost, zdravlje njegovatelja i njegovateljica starijih osoba. Jedno od područja koje je vezano za planiranje je istraživanja vrste i prikladnosti organiziranog smještaja za starije osobe. Za planiranje aktivnosti i usluga nužno je ispitivati osobe predstaračke dobi o potrebama i očekivanjima vezanim za stariju dob. Svi ovi primjeri uključuju redovitost i ponavljanje jer se tako mogu ispitati eventualne generacijske promjene u mentalnom zdravlju i kvaliteti života.

g) Instrumenti

Psihologinje i psiholozi koriste se dijagnostičkim instrumentima za procjenu psihološkog stanja starijih osoba (kognitivnog, emocionalnog, socijalnog...), a sa znanjima iz psihometrije mogu se uključiti i u osmišljavanje različitih instrumenata ili u izradu normi, primjerice vezano za konstrukte kvalitete življenja i mentalnog zdravlja. Budući da sve više ljudi duže živi, subpopulacije starijih osoba sve su brojnije, što je prednost pri zaključivanju o rezultatima.

h) Evaluacija

Metodološka i teorijska znanja pomažu psiholozima i psihologinjama u prepoznavanju kriterija i prediktora za evaluaciju. Budući da se za potporu starijoj populaciji poduzimaju razne mjere, akcije, aktivnosti, projekti, potrebno je provjeriti njihovu učinkovitost. Na taj se način mogu planirati najkorisnije intervencije jer su utemeljene na dokazima te to može pomoći u usmjeravanju financija u najkvalitetnije aktivnosti.

3.5.4.5. Unaprjeđenje kvalitete života starijih osoba – suradnja s drugim strukama

Interdisciplinarni pristup potpori mentalnom zdravlju i kvaliteti života starijih osoba ima mnoge primjere dobre prakse.

Jedan od korisnih uvjeta za međusektorsku (javni, civilni i gospodarski sektor) suradnju počinje sa stvaranjem šireg okvira - izradom planova i strategija za potporu starijim osobama na lokalnoj i županijskoj razini. Tako, primjerice, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije donosi prioritete za zdravstvo u svom planu za zdravlje (Istarska županija, 2005.; 2010.) te među njih uvodi socio-zdravstvenu zaštitu starijih osoba. Budući da je trend samačkih i dvočlanih kućanstava kod starijih ljudi sve prisutniji, očekivanja od zajednice da pruži različite vrste usluga koje će omogućiti funkcionalan život u vlastitom domu, sve su jasnija i veća. Prednost je lokalne zajednice da pokriva manje područje pa je stoga u mogućnosti brže i lakše prilagoditi se promjenjivim potrebama starije populacije, a moguće je bolje uskladiti i povezati sve postojeće izvore skrbi u manjem području, stoga je pružanje skrbi učinkovitije (Havelka, Lučanin, Despot Lučanin i Petrak, 2004.).

Na osnovi identificiranja potpore starijoj populaciji, kao prioriteta, potrebno je provesti istraživanja o uvjetima i kvaliteti života, o potrebama starijih osoba te o uslugama koje im se nude u konkretnom geografskom području jer neki aspekti življenja ovise i o geografskom položaju i povezanosti (otoci, priobalje, rjeđe naseljeni krajevi). Primjeri takvih istraživanja odnose se na Primorsko-goransku županiju (Spitek-Zvonarević i Takšić, 2004.), grad Rijeku (Dankić i sur., 2006.; Kardum i sur., 2008.), Istarsku županiju (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005.), grad Split (Žitnik i Mužinić, 2007.) i otoke (Podgorelec, 2008.). Obuhvatna istraživanja uključuju, osim demografske slike, indikatora zdravlja te kvalitete života i usluga - i socijalnu sliku koja obuhvaća, na primjer volontiranje, uvjete stanovanja, infrastrukturu, promet, cjeloživotno obrazovanje te mogućnost utjecaja starijih osoba na život u zajednici (kolika je njihova zastupljenost na mjestima gdje se donose odluke).

Na temelju podataka iz takvih istraživanja sljedeći korak može biti izrada vodiča za starije osobe. Takvi materijali mogu sadržavati različite informacije korisne za starije osobe. Neki od primjera su vodiči Križevačko-koprivničke županije, Varaždinske županije, Grada Zagreba, Vodič za pod stare dane u Zadarskoj županiji. Takvi vodiči uključuju adrese i podatke o: ustanovama i uredima socijalne skrbi, ustanovama zdravstvene skrbi, domovima, ustanovama za pomoć i njegu u kući, palijativnoj skrbi, udrugama, kulturi, sportu, rekreaciji.

Osim vodiča za starije osobe, osobito koristan materijal koji se može dati starijim osobama, onima koji s njima rade i obiteljima, predstavljaju priručnici sa savjetima za starije osobe. Obično su to savjeti u različitim područjima: prehrana, tjelesna aktivnost, mentalne aktivnosti, zdravstvena stanja (visok krvni tlak, šećerna bolest, osteoporoza, bolesti oka, zubi...), padovi, opekline, korištenje lijekova, izlaganje visokim i niskim temperaturama, žalovanje, ugovori o doživotnom i dosmrtnom uzdržavanju, oporuke... Primjeri takvih

priručnika su Zlatno doba života - priručnik sa savjetima za starije osobe i Vodič za starije građana grada Zagreba.

Suradnja sa stručnjacima i stručnjakinjama drugih struka nužna je za uspješnu potporu starijim osobama, a jedna od važnih stvari je i osobno uključivanje u donošenje različitih pravilnika, zakona, lobiranje za svoju struku i osiguravanje ulaska psihologa u normative kadrova, npr. za domove za starije i nemoćne.

Literatura:

1. Ajduković, M., Muslić, Lj., Rusac, S. i Ogresta, J. (2008.): Senzibilnost za nasilje nad starijima u obitelji – razvoj skale i prvi rezultati, *Ljetopis socijalnog rada*, 15(2), 265-287
2. Ajduković, M., Ogresta, J. i Rusac, S. (2009.): Family violence and health among elderly in Croatia, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 18(3), 261-279
3. Ambrosi-Randić, N. i Plavšić, M. (2008.): Uspješno starenje, Društvo psihologa Istre – Sveučilište J. Dobrile – Istarska županija, Pula
4. Anolli, L. (2005.): *L'ottimismo*, Il Mulino, Bologna
5. Ballesteros, S., Nilsson, L.-G. i Lemaire, P. (2009.): Ageing, cognition, and neuroscience: An introduction, *European Journal of Cognitive Psychology*, 21(2/3), 161-175
6. Bowling, A. (2005.): *Ageing Well: Quality of Life in Old Age*, Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead
7. Buttanshaw, C. (1997.): Tipping the balance towards primary healthcare network, Proceedings of the 10th anniversary conference, The Nordic School of Public Health, Göteborg
8. Carmel, S. i Bernstein, J. H. (2003.): Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel, *International Journal of Aging & Human Development*, 56(2), 113-131
9. Chiu, H.-C., Hsieh, Y.-H., Mau, L.-W. i Lee, M.-L. (2005.): Associations between socioeconomic status measures and functional change among older people in Taiwan, *Ageing and Society*, 25(3), 377-395
10. Dankić, K., Mrakovčić, M., Perhat, A., Mušković, K. i Stojanović, Ž. (2006.): 50+ u Rijeci: stari li se zdravo u Rijeci?, Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb, Rijeka
11. Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999.): *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko
12. Dijanić Plašč, I. i Mamula, M. (2007.): Seksualnost u trećoj životnoj dobi: identifikacija i uklanjanje postojećih predrasuda, Centar za prevenciju, istraživanje i suzbijanje seksualnog nasilja i žensku seksualnost - Ženska soba, Zagreb
13. Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K., von Steinbüchel, N. i Schmidt, S. (2008.): Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 193-204
14. Državni zavod za statistiku (2011.): *Žene i muškarci u Hrvatskoj / Women and men in Croatia*, Zagreb
15. European Union (2008.): *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU High Level Conference Together for Mental Health and Well-being, Brussels
16. Fiksenbaum, L. M., Greenglass, E. R., Marques, S. R. i Eaton, J. (2005.): A psychosocial model of functional disability, *Ageing International*, 30(3), 278-295
17. Freund, A. M., Nikitin, J. i Ritter, J. O. (2009.): Psychological consequences of longevity the increasing importance of self-regulation in old age, *Human Development*, 52(1), 1-37
18. Garland, E. L. i Howard, M. O. (2009.): Neuroplasticity, psychosocial genomics, and the biopsychosocial paradigm in the 21st century, *Health & Social Work*, 34(3), 191-199

19. Golub, S. A. i Langer, E. J. (2007.): Challenging assumptions about adult development. U: Aldwin, C. M., Park, C. L. i Spiro III, A. (ur.): *Handbook of health psychology & aging* (str. 9-29), Guilford, New York
20. Gullone, E., Jones, T. i Cummins, R. A. (1999.): Coping Styles and Prison Experience as Predictors of Psychological Well-Being in a Sample of Male Prisoners, Presentations from the Australian Society for Quality of Life Studies (OzQol) Conference 1999 Proceedings, www.deakin.edu.au/research/acqol/conferences/abstracts-papers/1999/ozqol-conference-proceedings-1999.pdf, pristupljeno: 14. 5. 2012.
21. Havelka, M., Lučanin, D., Despot Lučanin, J. i Petrak, O. (2004.): Uloga lokalne zajednice u skrbi za starije osobe. U: Matijević, Z. (ur.): *Identitet Istre – ishodišta i perspektive*, Knjiga sažetaka (str. 51-51), Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Hrvatski institut za povijest, Filozofski fakultet u Puli, Centar za promicanje socijalnog nauka crkve HBK, Biskupija porečko-pulska, Pula
22. Hsu, H.-C. (2009.): Physical function trajectories, depressive symptoms and life satisfaction among the elderly in Taiwan, *Aging & Mental Health*, 13(2), 202-212
23. Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006.): *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje*, Naklada Slap, Jastrebarsko
24. Istarska županija, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb (2005.): Plan za zdravlje, www.istrastria.hr/fileadmin/dokumenti/zdravstvo/Plan_za_zdravlje.pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
25. Istarska županija, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb (2010.): Plan za zdravlje, www.istrastria.hr/fileadmin/dokumenti/zdravstvo/Operativni_plan_aktivnosti_2010.g..pdf pristupljeno: 2. 6. 2011.
26. Kardum, I., Gračanin, A., Dankić, K. i Perhat, A. (2008.): Mentalno zdravlje Riječana/Mental health of Rijeka's citizens, *Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb*, Rijeka
27. Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989.): Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“, *Primijenjena psihologija*, 10, 179-184
28. Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M. i Heikkinen, E. (2006.): Activity as a predictor of mental well-being among older adults, *Aging & Mental Health*, 10(5), 454-466
29. Lindenberger, U.: Lövdén, M., Schellenbach, M., Li, S.-C. i Krüger, A. (2008.): Psychological principles of successful aging technologies: A mini-review, *Gerontology*, 54(1), 59-68
30. Lutgendorf, S. K. i Costanzo, E. S. (2003.): Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model, *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(4), 225-232
31. Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Ganfi, A. i Henderson, S. (2006.): Health promotion for frail older home care clients, *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 381-395
32. Moser, D. K., Dracup, K., Evangelista, L. S., Zambroski, C. H., Lennie, T. A., Chung, M. L., Doering, L. V., Westlake, C. i Heo, S. (2010.): Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft, *Heart & Lung*, 39(5), 378-385
33. Ogresta, J., Rusac, S. i Ajduković, M. (2008.): Izloženost starijih osoba nasilju u obitelji, *Revija za socijalnu politiku*, 15(1), 3-22
34. Perlmutter, M. i Hall, E. (1992.): *Adult Development and Aging*, John Wiley & Sons, Inc
35. Plavšić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2005.): U sjeni ladonje: slika starenja u Istri, *Društvo psihologa Istre*, Pula
36. Podgorelec, S. (2008.): *Ostarjeti na otoku: kvaliteta života starijega stanovništva hrvatskih otoka*, Institut za migracije i narodnosti, Zagreb
37. Rusac, S. (2010.): Nasilje nad starijim osobama u obitelji na području grada Zagreba, *Ljetopis socijalnog rada*, 16(3), 573-594
38. Rusac, S. (2011.): Psihičko i fizičko zdravlje starijih osoba i povezanost s doživljenim nasiljem u obitelji, *Socijalna psihijatrija*, 39(1), 12-17
39. Saccomani, R. (ur.) (2006.): *L'attività fisica nella terza età*, Raffaello Cortina Editore, Milano
40. Scocco, P., Meneghel, G., Dello Buono, M. i De Leo, D. (2001.): Hostility as a feature of elderly suicidal ideators, *Psychological Reports*, 88 (3 Pt 1), 863-868

41. Spitek-Zvonarević, V. i Takšić, V. (2004.): Uvjeti života starijih osoba u Primorsko-goranskoj županiji: komparativni pokazatelji rezultata istraživanja u Gorskom Kotaru, Kvarnerskim otocima i u priobalju, Naklada Ljevak, Zagreb
42. Stowell, J. R., Kiecolt-Glaser, J. K. i Glaser, R. (2001.): Perceived stress and cellular immunity: When coping counts, *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 323-339
43. Tomek-Roksandić, S. i sur. (2011.): Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupkom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar”, Zagreb
44. Vuletić, G. i Mujkić, A. (2002.): Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije, *Liječnički Vjesnik*, 124 supl. 2, 64-70
45. Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. i Helmchen, H. (2000.): Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old – results from the Berlin Aging Study (BASE), *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(3), 111-119
46. Wolinsky, F. i Johnson, R. (1991.): The use of health services by older adults, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(6), 345-357
47. Young, H. i Vitaliano, P. (2007.): *Methods in health psychology*. U: Aldwin, C. M. , Park, C. L i Spiro III, A. (ur.): *Handbook of health psychology & aging* (str. 54-74), Guilford, New York
48. Žitnik, E. i Mužinić, R. (2007.): Kvaliteta života starijih osoba: rezultati istraživanja, Udruga Mi, Split
49. Zunzunegui, M., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg Dorly, J. H., Jylhä, M. i Pedersen, N. (2007.): Gender differences in depressive symptoms among older adults: A cross-national comparison, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 198-207.

3.6. Psihologija u prevenciji poremećaja mentalnog zdravlja te liječenju i rehabilitaciji osoba s poremećajima mentalnog zdravlja

Psihologija i psiholozi već dugo imaju svoj prostor u interdisciplinarnim timovima za liječenje i rehabilitaciju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja te značajnu no nedovoljno afirmiranu ulogu u prevenciji poremećaja mentalnog zdravlja. Svakako, razvojem područja skrbi o mentalnom zdravlju kao i razvojem psihologije i njezinih grana i disciplina neprestano se otvara novi prostor i javljaju se novi izazovi, a pojedine grane primijenjene psihologije prosperiraju.

3.6.1. Interdisciplinarna suradnja u provođenju dijagnostike i tretmana problema mentalnog zdravlja

3.6.1.1. Uvod

Prije prikaza razina skrbi o mentalnom zdravlju i predstavljanja interdisciplinarnе suradnje u dijagnostici i tretmanu problema mentalnog zdravlja, smatram se obveznim reći ponešto o naizgled očiglednim stvarima u poimanju zdravlja i bolesti, o odnosu prema zdravlju i dobrobiti, o tjelesnom i o mentalnom zdravlju i što nas, pored uobičajenih nozoloških kategorija, očekuje u skrbi za mentalno zdravlje.

U svakodnevnom životu građanina obično briga o zdravlju često izgleda kao nešto apstraktno sve dok se ne suoči s problemom u njegovom finalnom obliku, odnosno dok se ne razboli i od strane ovlaštenog stručnjaka bude postavljena dijagnoza bolesti. Briga o zdravlju uopće, a i problemi s tjelesnim i mentalnim zdravljem često budu potiskivani u drugi plan, zanemarivani i podređeni ostalim životnim ciljevima i aktivnostima pa se tako zdravlje neke osobe može i pogoršati i tek tada doći do kvalificirane osobe koja može pomoći, ponekad i prekasno kad se, u slučaju neliječenja ili zakašnjelog liječenja, radi o bolestima s čestim fatalnim ishodom. Lakše primjećujemo da je tome tako u slučaju kada govorimo o tjelesnom zdravlju, no još je više izraženo potiskivanje zabrinutosti za zdravlje kada govorimo o mentalnom zdravlju. Tjelesno zdravlje nikada nije bilo samo pitanje ugone ili neugode, koje osjećamo ovisno o tome jesmo li zdravi ili bolesni, ono je vrlo često i pitanje života i smrti, invalidnosti, pitanje življenja života u njegovoj punini i zadovoljstvu ili u boli i patnji. Problemi tjelesnog zdravlja su očigledniji od problema mentalnog zdravlja, kako osobi koja pati od bolesti ili poremećaja, tako i najbližoj okolini te osobe. Tome je više razloga. Upozorenja koje tijelo stvara u slučaju tjelesnih bolesti uočljivija su, razumljivija i prihvatljivija od onih koja se tiču promjena u mentalnom zdravlju. Ova upozorenja i signali također su bolje prostorno i vremenski locirana u odnosu na postupne promjene i nagovještaje da se nešto događa s mentalnim zdravljem. Kod problema s mentalnim zdravljem obraćanje za pomoć otežano je i strahom od stigme, koju se predviđa i očekuje čak i kad se samo nasluti da se nešto krivo događa s mentalnim zdravljem, jer se podrazumijeva da stigma automatski u društvu još uvijek sa sobom donosi mogućnost da nešto nije u redu s nama kao osobom, našim razumom, razmišljanjima, čuvstvima i percepcijom. Tako često, gotovo atavistički, sami sebi nepotrebno dajemo stigmatu, a to nije potrebno, bar ne u novije vrijeme, kad se događaju značajni pomaci u stavovima prema zdravlju i prema nekad stigmatiziranim bolestima, bilo da se radi o bolestima tijela, bilo o problemima s mentalnim zdravljem. Svjedoci smo postupnog pomicanja razumijevanja zdravlja prema jednoj višoj razini na kojoj

postaje samorazumljivo da su tjelesno i mentalno zdravlje nerazdvojne sastavnice zdravlja i dobrobiti u našim životima. Naime, premda još uvijek više vodimo brigu o tjelesnom zdravlju, često se upitamo ne polazemo li previše na tjelesno zdravlje, a mentalno zdravlje zanemarujemo. Taj je pomak važan posebno u svjetlu činjenice da se fenomeni tjelesnog i mentalnog ne odvijaju odvojeno jedni od drugih, da je osoba koje se tiču i u kojoj se odvijaju jedna nedjeljiva cjelina u kojoj su odnosi svega što se događa unutar tijela, bilo da se radi o samoregulirajućim procesima, bilo o interakciji osobe s društvenom okolinom, pasivnoj ili još češće aktivnoj interakciji, isprepleteni, stopljeni jedni s drugima i samo ih mi zbog ograničenosti naših načina spoznaje, a radi lakšeg proučavanja i korištenja proučavanjem stečenog znanja, razdvajamo. Na ovaj su način nastale sve znanstvene discipline, bilo da su pretežno teorijske naravi, bilo da su više orijentirane na primjenu spoznaja. Jasno je da imamo vrlo živu interakciju ove dvije orijentacije i njihovo uzajamno dopunjavanje. Interakcija je nazočna unutar pojedinih struka i disciplina, ali i između struka i disciplina koje su samo naizgled odvojene. Slijedom razvoja pojedinih znanstvenih disciplina, a i njihovom interakcijom s drugim disciplinama, povremeno se događaju velike sinteze stečenih spoznaja ili se bar stvore obuhvatne misli vodilje, koje vode prema velikim sintezama i novim nazorima otvarajući drukčije putove u znanostima, u proučavanju predmeta dotične znanosti, ali i drukčijoj, korisnijoj, praktičnoj primjeni već stečenih znanja. Jedna od tih velikih sinteza u području psihologije i dodirnih disciplina, za koju smatram da joj dosezi nisu još dovoljno sagledani, a još smo dalje od toga da je dovoljno primjenjujemo u svakodnevnom radu i životu jest i Bowlbyjeva (http://en.wikipedia.org/wiki/John_Bowlby) teorija privrženosti (attachement) http://en.wikipedia.org/wiki/Attachment_theory, kako je kod nas preusko preveden i shvaćen taj Bowlbyjev izraz, a i pitanje je možemo li ga uopće jednom riječju prikladno i prevesti. Izvor te teorije je teorija objektnih odnosa klasične psihoanalize, a stručnjaci je svode na razvoj međuljudskih odnosa. Naša je tvrdnja da se ovdje radi o bazičnoj ljudskoj potrebi za drugim ljudskim bićem, toliko bazičnoj da je stavljamo ravnopravnom s potrebama za kisikom, vodom i hranom. Početke ovog shvaćanja nalazimo u starogrčkom pojmu agape i posebno kršćanskom pojmu Ljubavi (također agape) u najširem smislu te riječi, kojem se pridružuju ostali pojmovi koji označavaju povezanost i privrženost, bilo da nisu povezani sa seksualnošću (filia), bilo da imaju seksualnu konotaciju i označavaju seksualnost (eros). Odnos prema ovim razinama „privrženosti“ donekle objašnjava i razlike među ljudskim zajednicama, koje su danas očigledne, usporedimo li postindustrijski Zapad sa zajednicama koje su bar dijelom, ponekad i u potpunosti, preuzele moderne tehnologije, ali su u ljudskim odnosima unutar zajednice većim dijelom zadržale tradicionalne vrijednote povezane više s pojmovima filia i agape, za razliku od potrošačkog Zapada u kojem dominiraju eros i filia. S poremećajima „privrženosti“ sve više se srećemo i kod nas i još ćemo se više sretati jer ih ima sve više zbog višedesetljetnih, kroz više naraštaja postepeno akumuliranih posljedica promjena u podizanju i odgoju djece. Bilo bi bolje da ovu plimu dočekujemo i dočekamo spremni.

3.6.1.2. Psiholozi u dijagnostici i tretmanu poremećaja mentalnog zdravlja

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2009., str. 21-26) preporuča da se briga o mentalnom zdravlju populacije organizira unutar dvije osnovne razine, **neformalnoj i formalnoj**, koje su međusobno povezane. Unutar **neformalne razine skrbi** za mentalno zdravlje nalazimo rješavanje problema mentalnog zdravlja na **razini samopomoći** i na **razini neformalne skrbi za mentalno zdravlje u lokalnoj zajednici**. Na **formalnoj razini** na prvom mjestu nalazi se **skrb za mentalno zdravlje na razini primarne zdravstvene zaštite**, koja je spona između formalne i neformalne razine skrbi za mentalno zdravlje, zatim **psihijatrijski servisi u općim bolnicama**, koje mogu i ne moraju raspolagati vlastitim stacionarom, te **servisi skrbi za mentalno zdravlje u zajednici** locirani izvan bolničkih institucija, no usko povezani s njima, a na vrhu piramide su **ustanove za dugotrajno liječenje i smještaj**, koje uključuju i **specijalizirane psihijatrijske servise**. Što se tiče potrebe za pojedinim servisima i njihovim troškovima koštanja za društvo, odnos je obrnuto proporcionalan. Najveća je potreba za samopomoći i za neformalnom skrbi u lokalnoj zajednici, a njihova cijena koštanja za društvo je najmanja. Prema Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016. godine **službe i odjeli za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo i psiholozi zaposleni u tim službama primarna su razina skrbi u zaštiti mentalnog zdravlja** i među najvažnijim su nositeljima zaštite mentalnog zdravlja, ne isključujući naravno iz zaštite mentalnog zdravlja ni psihologe ni djelatnike drugih struka, zdravstvenih i nezdravstvenih, na bilo kojoj razini zaštite zdravlja i mentalnog zdravlja da su zaposleni i aktivni. To uključuje i liječnike raznih specijalnosti, od primarne zdravstvene zaštite navise, kliničke psihologe, školske psihologe, psihologe u centrima za socijalnu skrb, psihologe u NVO udrugama, logopede, socijalne pedagoge, socijalne radnike, pedagoge, da ih ne nabrajamo sve. Da bi se pojasnila i točnije odredila uloga psihologije i psihologa u zaštiti mentalnog zdravlja izrađen je i objavljen Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja (Božičević, Brlas, Gulin, 2011.). Za dodatno pojašnjenje zašto psihologija i psiholozi u zaštiti mentalnog zdravlja pogledajte i Sakoman, 2012. (ovaj svezak). Psiholozi zaposleni u službama i odjelima za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo po svom položaju komuniciraju i surađuju sa svim razinama zaštite mentalnog zdravlja, formalnim i neformalnim, kako smo ih gore nabrojali. Posebno moraju njegovati komunikaciju s osobama u neformalnoj skrbi o mentalnom zdravlju jer će s tih razina u službe i odjele dolaziti velika većina klijenata, a na tim će razinama imati i više edukacijskih i preventivnih akcija. Komunikacija s primarnom zdravstvenom zaštitom također će biti česta i bit će potrebne dodatne edukacije za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti da bi ih senzibilizirali i naučili prepoznavati probleme s mentalnim zdravljem, koje im klijenti donose u ordinacije. Sa službama na višim razinama brige o mentalnom zdravlju komunikacija neće biti tako česta, no bit će stručno zahtjevnija. Jasno je da se tijekom ove suradnje komunikacija unutar zdravstvenih timova i među partnerima u zaštiti mentalnog zdravlja mora odvijati po najboljim pravilima komunikacije u zdravstvu (Lučanin i Despot Lučanin, 2010., posebno str. 153 -173). Da bi psiholozi, posebno psiholozi zaposleni u službama i odjelima za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo,

mogli udovoljiti svim zahtjevima koji se postavljaju pred njih u zaštiti mentalnog zdravlja morat će se dodatno i kontinuirano obrazovati u područjima psihologije abnormalnog doživljavanja i ponašanja, razvojne psihologije, psihologije osobnosti i istraživačkim metodama u prevenciji i promicanju zdravlja i mentalnog zdravlja. Ovo dodatno obrazovanje, uz bazičnu izobrazbu za vrijeme studija psihologije, mora se za sada oslanjati na postojeće samoobrazovanje, a ono će biti neophodno i onda kad se obrazovanje psihologa za poslove zaštite mentalnog zdravlja i institucionalizira i pretvori u specijalističko obrazovanje, koje će se morati provoditi u suradnji između studija psihologije i dodirnih zdravstvenih i nezdravstvenih struka. Za početak i kao dodatak, da bi komunikacija među psiholozima zaposlenim na različitim razinama zaštite mentalnog zdravlja bila bez suvišnih šumova, donosimo ovdje kao prilog podsjetnik za provođenje kliničkog intervjua, kompiliran iz različitih izvora. Primjena ovakvih i sličnih podsjetnika u dijagnostičkom i terapijskom radu unaprijediti će i suradnju psihologa međusobno, ali i suradnju sa zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima s kojima će psiholozi iz službi i odjela za zaštitu mentalnog zdravlja surađivati.

Jasno je da sa svim klijentima, ovisno o njihovoj dobi i problemima radi kojih dolaze psihologu, ne treba aplicirati cijeli intervju već samo njegove dijelove, koje odabiremo prema našoj prosudbi temeljenoj na stručnom znanju.

Prilog:

KLINIČKI INTERVJU – Podatci o klijentu koje prikupljamo intervjuom - podsjetnik za provođenje intervjua kompiliran iz više izvora

I. PODATCI O IDENTITETU KLIJENTA

Ime i prezime, adresa stanovanja i adresa na poslu, brojevi telefona

Dob – datum rođenja, mjesto rođenja

Spol i rodna orijentacija

Nacionalna, religijska ili kulturalna pripadnost

Bračni status, djeca

Posao od kojeg osoba živi, izvori prihoda za klijenta i obitelj ako je ima

II. OPĆI IZGLED KLIJENTA

Približna težina, približna visina

Kratki opis klijentove odjeće, urednosti, opći utisak, posebni znaci

III. SADAŠNJI KLIJENTOVİ PROBLEMI (pitaj o svakom problemu ili o svakoj poteškoći koju klijent spomene)

Poteškoća (zapišite doslovno što klijent kaže):

Kad je problem počeo? Što se još događalo u to vrijeme?

Kako često se problem pojavljuje?

Koje su misli, osjećaji i vidljive promjene u ponašanju povezane s problemom?

Kada i gdje se problem najčešće javlja? Kada i gdje je najrjeđi?

Postoje li situacije ili osobe koje mogu: izazvati problem; mogu pogoršati problem; mogu ublažiti problem?

Koliko problem interferira s klijentovim svakodnevnim funkcioniranjem?

Kako je klijent pokušavao riješiti problem i s kojim/kakvim rezultatom?
Što je klijenta navelo da potraži pomoć, odnosno što je navelo osobu koja izvještava o klijentu da se obrati za pomoć?

IV. ZDRAVSTVENO RAZVOJNA ANAMNEZA

Tijek trudnoće iz koje je klijent rođen- trudnoća bez problema, održavana – lijekovi, mirovanje, željena ili neželjena

Porod (na vrijeme, prijevremen, kasniji, spontan, provociran) i eventualne komplikacije pri porodu (uz drip, vakuum ekstraktorom, porod zatkom, trajanje, carski rez), zaplakao odmah ili oživljavao, bolesti dijagnosticirane pri porodu, Apgar ocjena

Dojen - koliko dugo?

Rani razvoj, u kojoj dobi je progovorio, prohodao, kontrola sfinktera?

Dječje bolesti, ranije značajne bolesti, ranije operacije

Teži padovi, lomovi kostiju, jači udarci u glavu (potres mozga), ozbiljnije povrjede

Sadašnje teškoće sa zdravljem ili bolesti (npr. glavobolje, visok tlak, šećerna bolest)

Tretman za sadašnje teškoće. Koji tip tretmana i od koga propisan?

Datum zadnjeg liječničkog pregleda i rezultati

Značajni zdravstveni problemi u klijentovoj rodbini, posebno kod roditelja, djedova i baka i braće i sestara

Kako klijent spava, koliko spava, smetnje u vrijeme spavanja, snovi?

Prehrana (apetit), broj obroka, količina hrane, raznovrsnost, pretilost ili mršavost, poremećaji hranjenja

Lijekovi koje klijent uzima (uključujući lijekove za bol, vitamine i minerale, kontracepcijska sredstva, sredstva za mršavljenje)

Alergije (na lijekove i ostalo)

Što još klijent konzumira (kava, sva alkoholna i bezalkoholna pića, psihoaktivna sredstva-droge), povijest i količina sredstava koja konzumira ili je konzumirao

Vježbanje odnosno sve fizičke aktivnosti usmjerene na održavanje tjelesne kondicije

V. PSIHIJATRIJSKO/PSIHOLOŠKA ANAMNEZA

Prethodni psihijatrijski i/ili psihološki tretman

Tip tretmana

Dužina tretmana

Ustanova i liječnik/psiholog;

Sadašnje psihičke teškoće i problemi

Ishod ranijih tretmana i razlozi za prekid

Ranije hospitalizacije i lijekovi na recept ili u slobodnoj prodaji uzimani za psihičke (emocionalne) probleme

VI. OBRAZOVANJE

Kakav je učenik bio/bila klijent/ica?

Što je išlo dobro, a što loše od prvog razreda do kraja obrazovanja?

Stegovni problemi (bježanje iz škole, tučnjave, disciplinske mjere)

Odnos prema učiteljima i suučenicima

VII. RAD I ODNOS PREMA RADU

Klijet je zaposlen ili nezaposlen? Koliko dugo?

Koliko poslova i koliko tvrtki je klijent promijenio?

Koliko dugo su ta zaposlenja trajala?

Zašto je klijent mijenjao poslove i tvrtke? – pitajte za svaki posao i svaku tvrtku posebno

Odnosi sa suradnicima na poslu

Specifično obrazovanje i trening za obavljane poslove, kako i gdje su stečeni?

Aspekti rada koji su bili stresni ili su smetali klijenta

Aspekti posla koji su bili najmanje stresni i u kojima je klijent najviše uživao i nalazio zadovoljstvo

Opća razina zadovoljstva sadašnjim poslom.

VIII. SOCIJALNO RAZVOJNA ANAMNEZA

Sadašnja životna situacija (tipičan dan/tjedan, s kime živi, kako organizira život, posao i imovinsko stanje, kontakti s drugim ljudima – s kime)

Društvene aktivnosti/ aktivnosti u slobodno vrijeme, hobiji

Vjera i vjerničke aktivnosti s njom povezane, koliko dubokom procjenjuje svoju religioznost?

Vojna služba, sudjelovanje u ratu, ranjavanje, zarobljavanje

Najvažnije vrijednosti, planovi i uvjerenja

Važni događaji u razvoju klijenta poredani kronološki (onako kako ih klijent iznosi)

Najraniji događaji koje pamti

Značajni događaji poredani po razvojnim razdobljima

Predškolski (od 0 do 6 godina) – jaslice, vrtić, mala škola, hospitalizacije, druga odvajanja od roditelja

Srednje djetinjstvo (od 7 do 13 godina)

Adolescencija (od 14 do 21 godine)

Mlađa odrasla dob (od 22 do 30 godine)

Srednja odrasla dob (od 31 do 65 godine)

Starija odrasla dob (od 65 godine naviše)

IX. OBITELJSKA, BRAČNA I SEKSUALNA POVIJEST

Podaci o majci i ocu: osnovni identifikacijski podaci o njima

Odrastanje u cjelovitoj ili jednoroditeljskoj obitelji

Načini na koje je majka nagrađivala ili kažnjavala klijenta

Načini na koje je otac nagrađivao ili kažnjavao klijenta

Aktivnosti koje je klijent obično obavljao s majkom

Kako se klijent slagao s majkom?

Aktivnosti koje je klijent obavljao s ocem

Kako se klijent slagao s ocem?

Kako su se roditelji slagali: svađe, prevare, nasilje, razvod - u kojoj dobi klijenta?

Braća i sestre: osnovni identifikacijski podatci o njima, stariji, mlađi, red rođenja, položaj u obitelji

Koga su roditelji/majka/otac/ voljeli najviše/najmanje?

Ako je braće i sestara bilo više, tko se najbolje/najmanje slagao s ostalima?
Podaci o ranijim psihijatrijskim bolestima i hospitalizacijama u klijentovoj rodbini
Kad je klijent/ica počeo/la izlaziti s djevojkama/mladićima?
Zaruke/brakovi- razlozi za prekidanje odnosa
Odnosi sa sadašnjim bračnim partnerom (kako se dobro slažu, problemi, stresovi, užitci, zadovoljstva, zajedničke aktivnosti i sl.)
Broj i uzrast klijentove djece
Ostale osobe koje žive u obitelji ili često posjećuju obitelj
Opis ranijih seksualnih iskustava uključujući mi prvo (zapisati radi li se o hetero-, homo- ili biseksualnim iskustvima)
Sadašnje seksualne aktivnosti: masturbacija, snošaji, čestina
Pritužbe i problemi u sadašnjem seksualnom životu, stavovi
Ženski klijenti dodatno: povijest menstruacija, vrijeme prve menstruacije, regularnost, PMS, trudnoće, pobačaji-spontani, namjerni

X. KLIJENTOV NAČIN KOMUNICIRANJA – obično ispitivač kompletira nakon razgovora

Klijentov dominantni reprezentacijski/senzorni sustav

Neverbalno ponašanje tijekom razgovora:

Kinezičko ponašanje (kontakt očima, pokreti tijela, geste)

Paralingvističko ponašanje (razina glasa, visina, fluentnost, vokalne pogreške)

Proksemičko ponašanje (osobni prostor, teritorijalnost).

XI. DIJAGNOSTIČKI SAŽETAK (ako se može napraviti):

1. Klinički sindromi
2. Osobnost i specifični razvojni poremećaji
3. Tjelesni poremećaji
4. Psihološki stresori (na poslu, u školi, pravni, financijski, socijalni)
5. Adaptivno funkcioniranje
6. Sadašnje funkcioniranje (na poslu, u školi, u obitelji, s ostalim ljudima)

Literatura:

1. WHO (2009.): Improving Health Systems and Services for Mental Health, World Health Organization, Geneva
2. Božičević, V., Brlas, S., Gulin, M. (2011.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravске županije, Virovitica
3. Sakoman, S. (2012.): Koncept zaštite mentalnog zdravlja; mjesto i uloga psihologije i psihologa, ovaj svezak
4. Lučanin, D., Despot Lučanin, J. (2010.): Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište i Naklada Slap, Jastrebarsko

3.6.2. Unaprjeđivanje psihosocijalnih metoda rehabilitacije osoba s poremećajem mentalnog zdravlja

3.6.2.1. Uvod

Mentalno je zdravlje integralni dio zdravlja pojedinca i zajednice. Stoga se može reći kako mentalno zdravlje zajedno s tjelesnim pokazateljima predstavlja temelj biološkog integriteta, a njegovo oštećenje uzrokuje mnogo složenije poremećaje s obzirom na mnogostruko socijalno značenje zbog učestalosti, izrazitog patogenog djelovanja na užu i širu okolinu, raznolikih socio–kulturnih čimbenika koji se upliću u etiologiju i u strukturu mentalnih poremećaja, proces liječenja i resocijalizacije. Sama rehabilitacija osoba s poremećajem mentalnog zdravlja složen je i dugotrajan proces kojemu je cilj da se osobu što je prije moguće povrati u stanje socijalnog funkcioniranja koje je postojalo prije bolesti. Za planiranje rehabilitacijske skrbi osoba oboljelih od psihičkih bolesti nije dovoljno samo utvrđivanje medicinske dijagnoze već poblize definiranje i odgovaranje na pitanje kako bolest utječe na život osobe, njene svakodnevne aktivnosti, suživot u obitelji i široj lokalnoj zajednici. Stanovište o multikauzalnoj etiogenezi mentalnih bolesti koje osim genetskih i biokemijskih uključuje i psihološke i socijalne činitelje nameće i pitanje multidimenzionalnog pristupa u rehabilitaciji oboljelih. Cilj je ovakvog pristupa postizanje maksimalno mogućeg u obnavljanju ili uspostavljanju psihičkih, socijalnih, profesionalnih i tjelesnih funkcija bolesnika uz adekvatno i maksimalno korištenje preostalih sposobnosti. Stoga je važnost interdisciplinarnog koncepta u radu s osobama s poremećajima mentalnog zdravlja koje uključuje suradnju psihijatrije s jedne strane s drugim medicinskim i društvenim znanostima neupitna. Samo psihijatrija u zajednici ili samo bolnička psihijatrija nisu dovoljne za potpunu uslugu u tretmanu i rehabilitaciji osoba oboljelih od mentalnih poremećaja. Kada se govori o interdisciplinarnom djelovanju kod unaprjeđenja mentalnog zdravlja programi rada usmjereni na podizanje svijesti javnosti, značajni su za promociju mentalnog zdravlja i zdravog načina života, povećavaju znanje o rizičnim čimbenicima i čestim simptomima, okrenuti su ka destigmatizaciji duševnih poremećaja te promoviraju rano unaprjeđenje mentalnog zdravlja. Istovremeno, stvaranjem sigurne i poticajne okoline stvaraju se preduvjeti za unaprjeđenje mentalnog zdravlja. Poboljšava se i radna reintegracija ljudi s problemima mentalnog zdravlja. Optimalna zaštita osoba oboljelih od mentalnog poremećaja postiže se uravnoteženim sustavom koji uključuje bolničko i izvanbolničko liječenje, što je posebno važno i zbog činjenice što rehabilitacija (radna, obiteljska i društvena) može biti uspješnija, ako se bolesnik ne izdvaja iz sredine u kojoj se rehabilitacija prirodno provodi.

3.6.2.2. Psihosocijalna rehabilitacija

Mentalno zdravlje je bitan okvir za dobrobit i funkcioniranje pojedinca te doprinosi funkcioniranju društva i utječe na ukupnu produktivnost. Poremećaji mentalnog zdravlja značajno narušavaju svakodnevno življenje te uzrokuju disbalans u tri područja čovjekovih aktivnosti: samozbrinjavanju, produktivnosti i slobodnom vremenu. Odabir, organiziranje i aktivna participacija u produktivnim aktivnostima pojedinca narušenog mentalnog zdravlja značajno su ograničene i/ili onemogućene zbog smanjene motivacije, nemogućnosti zadovoljenja zahtjeva produktivnih uloga, smanjenih sposobnosti rješavanja svakodnevnih problema, narušenih socijalnih vještina, smanjenog uvida u osobno stanje te stigme mentalne bolesti koja narušava odnos radne okoline prema pojedincu (Radić; Škrbina, 2011., str. 72).

Često je mišljenje u javnosti kako se rehabilitacija psihijatrijskih pacijenata odnosi isključivo na uzimanje lijekova. Manje je poznato kako postoji niz drugih postupaka rehabilitacije koji su dugotrajni i složeni: psihoterapija i socioterapija (Lieberman, 1988.). U liječenju osoba oboljelih od mentalnih poremećaja od izuzetnog je značaja psihosocijalna rehabilitacija. Psihosocijalna rehabilitacija određuje se kao terapijski pristup koji potiče osobu s mentalnim poremećajima da razvije svoje pune kapacitete (Bachrach, 1996.), poboljša sposobnosti i kompetencije te se prilagodi svojim deficitima osobnih vještina najboljom mogućom uporabom rezidualnih sposobnosti, kako bi što bolje funkcionirale (Benet, 1978.). Rehabilitacija se zasniva na principima osnaživanja i oporavka (Roberts i sur., 2006.; Spaniol i sur., 2002.). Nedostatak mogućnosti programa rehabilitacije može se tretirati kao ugrožavanje zdravlja i ljudskih prava na adekvatno liječenje (Štrkalj-Ivezić, 2012.).

3.6.2.2.1. Planiranje rehabilitacije

Važno je naglasiti kako se rehabilitacija odnosi na osobu s mentalnim poremećajem u kontekstu njegove specifične okoline te se provodi u odnosu na realnu životnu situaciju. Zbog toga je nužno da se uzmu u obzir životne okolnosti u kojima osoba s mentalnim poremećajem živi, odnosno situacije s kojima će se najvjerojatnije susretati u svom svakodnevnom životu (Bachrach, 2000.). Samo liječenje pa ni psihosocijalna rehabilitacija ne može biti nametnuta osobi oboljeloj od mentalnog poremećaja. Uspješna rehabilitacija pretpostavlja prije svega suradljivost i motiviranost osobe oboljele od mentalnog poremećaja. Pri tome se osoba oboljela od mentalnog poremećaja tretira kao ravnopravan partner u liječenju, a vodeći računa o svim aspektima tretmana i rehabilitacijskog procesa (Farkas i sur., 2005.). U provedbi dogovorenih ciljeva liječenja u sklopu psihosocijalne rehabilitacije ističe se važnost multidisciplinarnog pristupa. Timski rad koji podrazumijeva sudjelovanje psihijatra, psihologa, radnog terapeuta, socijalnog radnika, medicinske sestre i po potrebi i drugih stručnjaka različitog profila, ima za cilj pomoći osobi oboljeloj od mentalnog poremećaja u suočavanju s problemima koje ima.

Tijekom rehabilitacije javljaju se specifične teškoće: „premorbidni“ poremećaji kao što su nedostatna intelektualna razina bolesnika, nizak stupanj naobrazbe i eventualni tjelesni invaliditet. Poteškoće stvaraju i primarni poremećaji koji su neposredna posljedica bolesti,

a manifestiraju se u kliničkoj simptomatologiji najčešće kao paranoidno-halucinatorni sindromi, poremećaji mišljenja i ostali manifestni znaci bolesti. Posebnu teškoću stvaraju sekundarni poremećaji koji su indirektna posljedica bolesti, a manifestiraju se kao hospitalizam. Bez obzira na psihičko stanje pacijenta, sve dok se on nalazi u psihijatrijskoj ustanovi, ne može se smatrati ni oporavljenim ni izliječenim, a ponajmanje rehabilitiranim. Kad se govori o dulje hospitaliziranim pacijentima nalazi većeg broja autora (pr. Cross, 1957.; Brown, 1959.) pokazali su da nakon dvije godine kontinuiranog boravka u psihijatrijskoj ustanovi drastično opada šansa pacijenta da bude otpušten. Razvoj metoda rehabilitacije i povećanje svijesti o ljudskim pravima doveli su do nove faze u razvoju psihijatrije koju obilježava oporavak od psihičke bolesti.

3.6.2.2.2. Psihosocijalne metode

Strategije psihosocijalne rehabilitacije uključuju izgradnju vještina potrebnih za svakodnevni život i rad, uspješnu socijalnu (re)integraciju, odnosno radno uključivanje, čime se prevenira i/ili smanjuje opterećenje pojedinca i društva kao cjeline. Intencija bi dakle, trebala biti provođenje psihosocijalne rehabilitacije kao sastavnog i neodvojivog dijela liječenja, a ovisno o stanju pacijenta i fazi bolesti može biti manje ili više intenzivna. Procjena za izbor terapijskih postupaka i intervencija svakog individualnog slučaja temelji se na procjeni kliničkog stanja pacijenta, kapaciteta koje pacijent posjeduje, raspoloživosti podrške okoline u kojoj pacijent živi i mogućnostima liječenja u postojećim ustanovama. Psihosocijalnu rehabilitaciju moguće je organizirati u specijaliziranim psihijatrijskim institucijama (psihijatrijske bolnice, gerijatrijske ustanove) kao i u različitim psihijatrijskim jedinicama izvan institucije kao što su, primjerice: jedinice mentalnog zdravlja, dnevne bolnice, udruge pacijenata, klubovi, institucije socijalne skrbi, centrima mentalnog zdravlja i slično. Kada je riječ o psihijatrijskim ustanovama obično postoje zasebni odjeli na kojima se provodi psihosocijalna rehabilitacija. Program se provodi planski i svakodnevno. Najčešće se primjenjuju terapijska zajednica, radno-okupacijska terapija, učenje socijalnih vještina i rekreacija. Ples, terapija glazbom, kinopredstave, sportske aktivnosti i slično u praksi su manje zastupljene, što ovisi o tipu (akutna, kronična) ustanove i njenim kapacitetima (Ružić i sur., 2009.).

Općenito, psihosocijalne metode uključuju: edukaciju bolesnika i obitelji o bolesti, plan sprječavanja recidiva bolesti, trening socijalnih vještina, problem solving tehnike, tehnike samokontrole i samousmjerenja, radnu terapiju, profesionalnu rehabilitaciju, programe potpomognutog zapošljavanja te rekreativnu kao i razne oblike kreativne terapije. Uloga psihosocijalne rehabilitacije je vrlo složena jer se njome doprinosi poboljšanju vještina pacijenata, a ujedno i smanjuju i neodgovarajući odgovori društva.

3.6.2.2.3. Smanjenje utjecaja stresa

Stres pogoršava simptome bolesti i može biti trigger čimbenik za pojavu bolesti. Uz stres je vezan psihološki kapacitet za savladavanje stresa. Kada stresni događaji dovode do psihološke i tjelesne reakcije i osoba ne može savladati stres pomoću psiholoških mehanizama sučeljavanja ili je dugotrajno izložena stresnim događajima, tada govorimo o

negativnom utjecaju stresa koji postaje rizični čimbenik za pojavu bolesti. Psihobiosocijalni model nam pruža mogućnost da razumijemo da postoje rizični i protektivni čimbenici koji utječu na pojavu bolesti ili sprječavaju njezinu pojavu (Štrkalj-Ivezić, 2012.). Razvijanjem strategija suočavanja sa stresom te prilagodba u oporavku od mentalnog poremećaja naglašava prednosti same osobe te stavlja fokus na samu individuu, a ne na bolest. Pacijente se uči nove vještine kojima prevladavaju osobne nedostatke te smanjuje razinu stresa čime bolest postaje manje simptomatska, a više funkcionalna.

Bez obzira na veću ili manju autonomiju mikrosredine u kojoj živi, činjenica je kako osoba oboljela od mentalnog poremećaja boraveći u ustanovi ne živi samostalno i bez nadzora. Praksa je pokazala da je jedan broj psihijatrijskih bolesnika nakon hospitalnog tretmana loše adaptiran na socijalnu sredinu u koju se vraća, stoga se određenim terapijskim metodama djeluje na bolesnika u cilju poboljšanja njegovih odnosa u sredini u kojoj živi i radi. Kod pojednica razvija osjećaj pripadnosti cjelini, iskustvo realnosti- prilagodbi skupnim standardima i vrijednostima (Ružić i sur., 2009.).

3.6.2.2.4. Uvježbavanje za život u zajednici

Jedna od korisnih metoda koja se primjenjuje je *uvježbavanje za život u zajednici*, a koju zagovaraju Stein i Test (1980.), podrazumijeva iskusan i istrajan tim stručnjaka koji praktično cijeli dan vrše obuku bolesnika u uspješnom savladavanju zadataka svakodnevnog života i uopće, socijalno što smislenijoj organizaciji svakodnevnog života. U program bi se trebali uključiti, ako je to moguće, i članovi obitelji. Obitelj osobe oboljele od mentalnih poremećaja ima neprocjenjivu važnost u liječenju bolesnika, a same obiteljske intervencije predstavljaju bitan potencijal u liječenju. Rad s obitelji odvija se individualno ili skupno, iako istraživanja pokazuju da skupine sastavljene od više obitelji pružaju bolje rezultate od skupnog rada sa samo jednom obitelji. Može uključivati psihoedukaciju o bolesti, rad na poboljšanju komunikacije u obitelji i jedno i drugo. Informacije o bolesti mogu pomoći da članovi promijene svoje stavove o psihičkoj bolesti koje mogu biti prepreka pružanju podrške bolesnom članu. Stoga obitelj kao takva treba stalnu potporu i pomoć u stvaranju pozitivnog emocionalnog okruženja što dokazano smanjuje relaps duševne bolesti. Potrebe bolesnika oboljelih od mentalnih poremećaja i njihovih obitelji su mnogostruke te variraju prema stadijima bolesti i prema brojnim socioekonomskim čimbenicima. Obiteljskim se intervencijama ujedno smanjuje i otpor okoline, razvija osjećaj obiteljske odgovornosti te se osigurava pozitivna potpora bolesniku u provođenju odluka koje je donio. Budući da skrb o oboljelome predstavlja stres i za obitelj, u radu s obiteljima važna je suradnja u razradi ciljeva i prioriternih zadataka. Suradnjom i podrškom s obitelji oboljelih unaprjeđuje se kvaliteta života svih članova obitelji bolesnika oboljelog od mentalnog poremećaja, unaprjeđuje se duševno zdravlje, stječe edukacija o samim duševnim bolestima što sve skupa rezultira smanjenjem stresa u članova obitelji koji skrbe o oboljelom.

Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina još je jedna od metoda čiji je cilj razvijanje i/ili uvećavanje sposobnosti u savladavanju različitih konkretnih zadataka i situacija u svakodnevnom životu. Posebno je strukturiran u odnosu na potrebe osoba s mentalnim poremećajem, a koje su socijalno disfunkcionalne pa imaju cijeli niz poteškoća u ostvarivanj samostalnog života, počevši od osnovne brige o sebi do složenijih interakcija s ljudima i ispunjavanja različitih uloga. Načini učenja uključuju učenje po modelu, mogu se koristiti filmovi, literarna djela, demonstriranje od strane terapeuta i igranje zadanih uloga.

Osoba oboljela od mentalnog poremećaja bi trebala iznijeti poteškoće i razloge nesnalaženja u rješavanju određenih svakodnevnih zadataka ili to čini njegova obitelj, ako on sam iz bilo kojeg razloga ne želi govoriti o osobnim poteškoćama i nedovoljnim sposobnostima. Terapeut savjetuje pacijenta što treba raditi i kako se ponašati da bi lakše, jednostavnije i brže izašao na kraj s nekom situacijom ili poslom koji za njega predstavljaju nesavladivu prepreku ili je njegovo obavljanje praćeno značajnim porastom anksioznosti. Tamo gdje se ne postignu željeni rezultati analiziraju se individualno ili skupno mogući i vjerojatni razlozi neuspjeha i određuje se nova strategija suočavanja s konkretnom socijalnom situacijom ili zadatkom.

Pri osnaživanju resursa pacijenta jedna od kako se pokazalo korisnih tehnika je **metoda socijalnog učenja putem, tzv. žeton ekonomije** koju su uveli Paul i Lentz (1977.). Ta se metoda koristi bilo kod hospitaliziranih pacijenata za poticanje njihovog socijalnog života u ustanovi ili u otvorenoj životnoj zajednici kada budu otpušteni. Postupak počiva na više-manje klasičnim principima uvjetovanja: nagrađuje se poželjno, a uskraćivanjem nagrade, kažnjava se nepoželjno ponašanje. Za sudjelovanje u različitim vidovima socijalne aktivnosti (briga oko izgleda, uređivanje okoline, obavljanje radno-okupacionih zadataka, osobna inicijativa u što smislenijem uobličavanju slobodnog vremena i sl.) bolesnik dobije točno određen broj žetona koje onda kasnije može mijenjati za neke privilegije. Što se bolesnik više socijalno aktivira i osamostaljuje, uloga nagrade i kazne u njegovom socijalnom učenju postaje sve manja.

Fizička aktivnost

Učenje o zdravim stilovima života uključuje edukacija vezanu za podučavanje o principima zdrave prehrane i fizičke aktivnosti što se pokazala kao vrlo korisna psihosocijalna metoda koja osigurava mnogostruku dobrobit osobi oboljeloj od mentalnog poremećaja. Istraživanja su pokazala kako primjerena fizička aktivnost utječe na smanjenje anksioznosti, depresije, nemira, problema sa spavanjem, poboljšava emocionalnu stabilnost i smanjuje osjećaj umora (Fasting, 1982., prema Jakšić, Ž., Kovačić, L., 1999.).

Fizičkom se aktivacijom pokreću motorne snage organizma bolesnika, izazivaju zdravi učinci koji onda postaju snažna poluga daljnjeg zahvaćanja bolesnika. Pođemo li od osnovne postavke da zdravo tijelo pruža temelj zdravijeg psihičkog života, onda je jasno da je kod osobe oboljele od mentalnog poremećaja prijeko potrebno usmjeriti terapiju fizičkom rekreacijom na vraćanje organizma u prijašnje zdravo stanje, na njegovo jačanje

kako bi se što prije dobio zdraviji organizam sposoban za borbu. Zahvaljujući boljem poznavanju anatomskih i fizioloških činjenica o mišićnoj aktivnosti, pruža se mogućnost primjene fizičke rekreacije koju valja iskoristiti.

Fizička terapija podrazumijeva onaj vid liječenja koji u sebi objedinjuje sve metode fizičke kulture, sportskih i drugih aktivnosti u osnovi kojih je pokret. Naime, u disharmoničnom svijetu i životu duševno oboljelih, nastoji se postići sklad psihofizičkog statusa i putem mobiliziranja motoričkih funkcija. Kompleksnost psihomotorike kao i njihova uzajamnost, opravdava mogućnost ovakvog pristupa. Koristeći se pokretom kao osnovnim elementom metode, izaziva se podražaj motornog dijela kore središnjeg živčanog sustava koja putem asocijativnih veza pobuđuje rad ostalih areala kore, subkortikalnih ganglija, retikularne formacije i periferije. Misaona slika pokreta, sama ideja pokreta već predstavlja određenu aktivnost. Misao kao takva aktivira čitav lanac struktura središnjeg živčanog sustava, integrirajući njihov rad u željeni cilj – pokret. Istovremeno dolazi do metaboličkih aktivnosti odgovarajućih organa, odnosno do aktivnosti čovjeka u svim njegovim funkcijama. Fizički napor skreće čovjekovu pozornost od aktualnog misaonog sadržaja, pa i bolesnog, usmjeravajući energiju u određenom trenutku prema fizičkom naporu.

Pri pokretu kao osnovnom terapijskom čimbeniku ove metode prate se svi njegovi sustavni dijelovi: snaga, obujam, ritam, simetrija, sklad, stil, brzina, mogućnost imitiranja, usavršavanja, kreiranja, zapamćivanja slijeda radnje, ustrajnost, koordinacija, proporcionalnost, deficit, složene ciljane koordinirane radnje, usmjereno oblikovanje pri složenijim sportovima. Promatra se i motivacija, pristup i uključivanje u skupni tretman, prati se odnos bolesnika prema samome sebi, drugim bolesnicima, terapeutima, prema spravama, pomagalicama, odjeći, obući i higijenskim navikama kao i elemente u smislu pojave kočenja, otpora, bijega, stereotipija, bizarnosti, maniriranosti, poremećaja percepcije, reakcije, disocijacije pokreta i dr. Moguće je pratiti i usavršavanje tehnike u pojedinim disciplinama, sklonost prema nekima od njih, ponašanje bolesnika za vrijeme treninga i borbi individualno i u skupini. Integracijom navedenih elemenata dobiju se dragocijeni podaci o afektivitetu, emocionalnosti, koordinaciji, defektima u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, fizičkoj i psihičkoj kondiciji, mogućnosti adaptacije te na kraju i stupnji i fazi remisije.

Čovjek u svojoj biološkoj osnovi ima potrebu za pokretom i prema tome su fizičke aktivnosti duboko vezane za afektivno - nagonsku sferu. Zbog toga bavljenje fizičkom rekreacijom može biti izvor zadovoljstva duševnog bolesnika što je i značajan čimbenik u liječenju. Osjećanjem snage i sposobnosti svog tijela bolesnik dobiva volju za životom, volju za borbom, želju za aktivnim suprostavljanjem bolesti. Izazivanje umora i potreba za relaksacijom povoljno se odražavaju u nemirnih i napetih bolesnika. Jednostavne aktivnosti kao bacanje lopte i slično, pružaju mogućnosti sublimiranja agresivnih impulsa, a raznim natjecanjima dolazi do socijalno prihvatljive kompetitivnosti, što rezultira smanjenjem agresivnih reakcija. Fizičke vježbe služe kao sredstvo izražavanja te omogućuju i najregrediranijem shizofrenom bolesniku određene oblike komunikacije. Odgovarajućim programom fizičke aktivnosti može se ubrzati resocijalizacija. Naime,

pozitivna emocionalna klima i kooperativne aktivnosti razvijaju odgovornost te potiču interpersonalne odnose. Zakočeni i povučeni bolesnik lakše komunicira preko objekta nego putem razgovora, npr. kod bilo kojeg oblika aktivnosti koji uključuje loptu uključen je interpersonalni kontakt, što izaziva razvijanje drugih oblika komunikacije.

Rad i potpomognuto zapošljavanje

Rad je ključna komponenta svih osmišljenih metoda integriranja u zajednicu, a neki će reći da je i najbitnija. Rad nesumnjivo poboljšava i pridonosi kvaliteti života osoba oboljelih od mentalnih poremećaja (Fabian, 1992.). Na radnom mjestu osobu oboljelu od mentalnog poremećaja potrebno je prihvatiti, diskretno poticati na radne obveze i svakodnevne radne zadatke. Radno funkcioniranje jest središnji element psihosocijalne rehabilitacije. Rad ne samo da pospješuje aktivnost i socijalne kontakte, već može potaknuti napredak na planu samopoštovanja i kvalitete života. Rad i zaposlenost su korak ka neovisnosti i društvenoj integraciji (Harding i sur., 1987.). Potpomognuto zapošljavanje znači zapošljavanje u konkretnom poslu uz pružanje potrebne pomoći na samom radnom mjestu zbog ograničenja koje osoba ima zbog bolesti. Potpomognuto zapošljavanje pomaže u poboljšanju radnog funkcioniranja kod različitih mentalnih poremećaja. Potrebna je stalna podrška i trening kako bi osoba oboljela od mentalnog poremećaja mogla zadržati posao. Učinkovito potpomognuto zapošljavanje uključuje individualni pristup odabiru posla, brzo pronalaženje radnog mjesta u kompetitivnom zapošljavanju, kontinuiranu podršku na poslu i integraciju službi za zapošljavanje i službi za mentalno zdravlje (Lehman, 2004.).

Zaključak

Iz svega ranije napisanog od primarne je važnosti organizirana i kontinuirana edukacija pružateljima usluga psihosocijalne skrbi osobama s mentalnim poremećajima (psihologa, psihijataru, socijalnih radnika, radnih terapeuta i ostalog medicinskog osoblja). S ciljem podizanja kvalitete života samih bolesnika bilo u ustanovi bilo izvan nje važno je unaprjeđivanje kompetencije psihologa kao i suradnih djelatnika.

Mentalni je bolesnik nedjeljivo vezan za okolinu jer sredina u kojoj živi daje i njemu i njegovoj bolesti neka bitna obilježja. Pitanje odnosa i društva prema ovakvim pacijentima javljalo se u svim društvenim formacijama. Društvo je na tu pojavu reagiralo nizom propisa, pravila i stavova koji su uvijek zavisili o stupnju razvijenosti samoga društva i njegovoj strukturi. Danas bi se moglo reći da su u našem društvu mentalnom bolesniku priznata „sva prava“ i „status“ bolesnika, ali pitanje same stigmatizacije ostaje još uvijek aktualno. Umanjivanjem i uklanjanjem svih oblika diskriminacije spram osoba oboljelih od mentalnih poremećaja i njihovih obitelji kao logično bi trebao rezultirati zajedničkim životom s oboljelima lišen strahova iz predrasuda. Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zato što imaju psihičku bolest. Valja naglasiti kako se stigmatizacija najčešće događa iz neznanja o psihičkim bolestima što na neki način daje smjernice za što uspješniji

proces destigmatizacije. Edukacija, informiranje pa i kontakt s bolesnima stavove, kao što je primjerice ideja o zaraznosti psihičke bolesti, može mijenjati. Stigmatizacija ima negativne posljedice za oboljelog i članove njegove obitelji, te psihijatriju kao struku i cijelu zajednicu. Oslabljuje svoje „žrtve“, pojačava osjećaj otuđenja, čime nepovoljno utječe na tijek bolesti. Osobe oboljele od mentalnih poremećaja trebaju podršku u organiziranju i ostvarivanju produktivnih uloga zbog poteškoća povezanih uz bolest, negativnih stavova okoline i društvenih stereotipa. Pružanje jednakih mogućnosti i osnaživanje osjetljivih društvenih skupina uvelike će povećati njihove izgleda da aktivno i produktivno sudjeluju u društvu. Rehabilitacija izvan institucije ima svoje prednosti nad bolničkim liječenjem. Ona je u ekonomskom smislu isplativija, a jednako je učinkovita. Liječenjem izvan institucije izbjegavamo stigmatizaciju osoba oboljelih od mentalnih poremećaja koja je još uvijek prisutna. Trend suvremene psihijatrije je u tendenciji smanjenja broja bolničkih kreveta u psihijatrijskim institucijama. Reorganizacija zdravstvene skrbi ima naglasak na polikliničkom radu i na drugim oblicima liječenja. Upravo zato svi psihosocijalni postupci i metode imaju vrlo dobru perspektivu u novoj organizaciji i u liječenju osoba oboljelih od mentalnih poremećaja.

Literatura:

1. Ružić, K., Medved, P., Dadić-Hero, D. (2009.): Rehabilitacija u psihijatriji-socioterapija, *Medicina*, Vol. 45, No. 4, Zagreb 338-343
2. Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H. (1987.): Work and mental illness, I. Toward an integration of the rehabilitation process, *J Nerv Ment Dis*, 175, 317-326
3. Štrkalj-Ivezić, S. (2012.): Što nakon liječenja akutne faze?, Programi rehabilitacije i potpomognutog zapošljavanja u Hrvatskoj i u svijetu za osobe s shizofrenijom, Medicinska naklada, Zagreb, 99-112
4. Bachrach, L. L. (1992.): Case management revised. *Hospital and community psychiatry*, 209-210
5. Lehman, A. F., Goldman H. H., Dixon, L. B., Churchill, R. (2004.): Evidence- Based Mental Health Treatments and Service: Examples to Inform Public Policy, Milbank Memorial Fund
6. Roberts, G., Holloway, F., Davenport, S., Tatan, T. (2006.): Rehabilitation and recovery now, U: The Royal College of psychiatrists
7. Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., Anthony, W. A. (2002.): The process of recovery from Schizophrenia, *International Review of Psychiatry*, 327-336
8. Hudolin, V., Maljković, I. (1985.): Rehabilitacija u psihijatriji i bolnica Ugljan, Stvarnost, Zagreb
9. Radić, S., Škrbina, D. (2011.): Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji oboljelih od šizofrenije, *Med Jad* 41(1-2), Zagreb, 71-81

Marina Pleša

3.6.3. Institucionalna skrb i psihosocijalna potpora psihički bolesnim odraslim osobama u sustavu socijalne skrbi

„Nije važno koliko radiš, već je važno koliko ljubavi unosiš u ono što radiš i koliko to daruješ drugima.“

Majka Tereza

3.6.3.1. Definicija institucionalne skrbi i domene u sklopu iste

3.6.3.1.1. Način primanja korisnika, usluge koje pruža institucionalna skrb

Prije pisanja samog konkretnog teksta koji će, nadam se, dati dobre smjernice ili upute za rad na ovome području, valja spomenuti da autor ovog teksta piše iz pozicije psihologa zaposlenog pri Domu za psihički bolesne odrasle osobe. Dakle, tekst se zasniva na dosadašnjem iskustvu prikupljenom u konkretnom radu s korisnicima, kao i samim djelatnicima koji su u direktnom doticaju s osobama smještenim u takvu ustanovu.

Institucionalna skrb odnosi se na brigu oko korisnika smještenih u ustanovu takvog tipa, namijenjenu zadovoljavanju širokog spektra korisnikovih potreba. Općenito, domovi za socijalnu skrb pružaju usluge u vidu pomoći i njege kako starijim osobama tako i svim ostalim korisnicima kojima je potrebna ovakva vrsta skrbi. Kako je ovdje riječ o instituciji koja bez iznimke zbrinjava psihički bolesne odrasle osobe, potrebna je suradnja djelatnika zaposlenih u Domu socijalne skrbi i Zavodu za socijalnu skrb. Korisnici se smještavaju Rješenjem o smještaju upućenim od strane Zavoda za socijalnu skrb (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 33/12.), a svi korisnici smješteni u ustanovu socijalne skrbi imaju pravo uživanja u cjelodnevnom smještaju, brigu o zdravlju, prehrani, čistoći, psihosocijalnoj rehabilitaciji, radnoj terapiji, odgoju te obrazovanju. Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 79/02.) svaki od korisnika ima pravo uključiti se u radnu terapiju koja donosi višestruku korist. S jedne strane, korisnik nije besposlen čime se učvršćuje osjećaj potrebitosti drugima, dok s druge strane osjećaj korisnosti povećava želju za skupnom suradnjom i učvršćivanjem skupne kohezije.

Pravilo je da korisnika (i njegovu obitelj koja je u pratnji) pri samom prijemu u ustanovu trebaju dočekati stručni radnici. Sama priroda odnosa i način komunikacije s ovakvim korisnicima bit će opisana nešto kasnije u tekstu.

3.6.3.1.2. Privola obitelji i način komunikacije s obitelji

Samim identificiranjem postojanja bolesnog člana u obitelji narušava se „uobičajena/normalna“ dinamika funkcioniranja obitelji. Poznato je da oboljenje jednog člana obitelji neminovno djeluje i na ostale članove - u većoj ili manjoj mjeri. Obitelj korisnika često se nalazi u nedoumici oko smještavanja korisnika u ustanovu ili daljnjeg zbrinjavanja izvan primarne obitelji upravo zbog same negativne konotacije koju za sobom vuče institucionalizirani način života osoba s psihijatrijskom dijagnozom (kasnije se u tekstu nalaze rezultati provedene ankete među korisnicima Doma za psihički bolesne odrasle osobe Borova, a obuhvaća ispitivanje upravo njihovih potreba). Iako je ova problematika u potpunosti shvatljiva sa strane obitelji budućeg korisnika socijalnih usluga, postoji mogućnost za možebitnim preveniranjem averzivnog stava prema ovakvom načinu zbrinjavanja. Naime, kvalitetna suradnja s liječnicima opće prakse u smislu potpunog informiranja o duševnim bolestima, psihološkim aspektima iste, načinima liječenja (upoznavanja s psihoterapijskim pravcima koji su se pokazali uspješnima u suzbijanju simptoma određenih duševnih bolesti) načinima samopomoći, kao i pravima iz sustava socijalne skrbi, sigurno bi doprinijela destigmatizaciji same duševne bolesti. Naime, upravo su liječnici obiteljske medicine prve osobe u lancu koje saznaju za prirodu problema pojedinca, a samim time i obitelji. Suradnja s psihijatrima dosada je bila zadovoljavajuća, ali iskustva psihologa zaposlenima u ustanovama ovakvoga tipa ili na psihijatrijskim odjelima govore upravo u prilog potrebe intenziviranja suradnje s psihijatrima, upoznavanja s načinima rada i djelovanja medikamentozne terapije te individualnog rada samog psihijatra. Nepotpuna upoznatost ostalih sudionika s terapijskim postupcima specijaliste psihijatra, a koji su uključeni u korisnikov život, ostavlja trag i na kvalitetu života korisnika socijalne usluge. Ovdje je potrebna suradnja svih kolega psihologa koji rade kako u sustavu socijalne skrbi tako i u sustavu zdravstva. Svakako bi se napredak u suradnji ogledao u poboljšanju uvjeta u specijalnim bolnicama, naročito za one neležće pacijente kroz približavanje bolničkih uvjeta onima domaćinskog tipa – svijetla boja zidova, sitni detalji koji podsjećaju na dom. Psiholozi su svjesni činjenice da nije samo fizičko zdravlje faktor koji utječe na ozdravljenje. Pacijenti koji se osjećaju zadovoljnima, ispunjenima i aktivnima u procesu svog ozdravljenja ozdravljaju puno brže, što upravo predstavlja činjenicu koja daje direktne smjernice i smisao području djelovanja samog psihologa i psihologiji kao struci. Uloga psihologa u ovom slučaju odnosila bi se na poboljšanje i rad na komunikaciji na svim razinama, razvoj empatije i osvještavanje pozitivnih i negativnih emocija.

Značajnu ulogu u olakšavanju ionako teške odluke smještanja člana obitelji u ustanovu socijalne skrbi imaju stručni radnici, dakle i psiholog. Treba diferencirati i razjasniti, odnosno detaljnije upoznati samu obitelj prije smještanja člana obitelji u ustanovu o mogućnostima koje se nude, te uslugama koje se pružaju. Sama emocionalna potpora potrebna je i članovima obitelji koji su osobno involvirani u cijeli proces. Obitelj je ta koja najbolje poznaje budućeg korisnika i koja može dati iscrpne informacije o samom korisniku te pritom dati smjernice osoblju kako olakšati prilagodbu, okupirati korisnika i izvući ono najbolje iz trenutne situacije. Ponekad će, upravo kao u procesu

savjetovanja, biti dovoljno samo poslušati članove obitelji i dozvoliti da ispričaju svoju situaciju, nedoumice, teškoće vezane uz osobni život, dok će ponekad, pak, biti potrebno detaljnije upoznavanje s obitelji, ventiliranje, ali i podrobnije upoznavanje s ustanovom i načinom života u njoj. Korisno je članove obitelji poslušati zajedno s korisnikom te u prisustvu stručne osobe korisniku koji pruža otpor ovakvom načinu života objasniti razloge smještanja i izdvajanja iz obitelji. Uspješnost prilagodbe korisnika u direktnoj je vezi s prirodom ostvarene komunikacije sa zaposlenicima. Ovdje se nalazi sličnost s ležećim pacijentima u bolnicama koji se također žale na iste probleme kao i na „lošu komunikaciju“ s bolničkim osobljem.

Za dobru komunikaciju u ovakvim situacijama ključno je pristupiti blagonaklono, s maksimalnim poštivanjem svake osobe. Trenutna „negativna“ ponašanja korisnika pri samom prijemu treba zanemariti i pripisati klasičnim mehanizmima obrane. Aktivno slušanje, empatija i zainteresiranost za klijenta (korisnika) jedan je od univerzalnih pomažućih faktora koji jedino može djelovati u pozitivnom smjeru.

3.6.3.2. Vodeći problemi koji se pojavljuju u institucijama socijalne skrbi

3.6.3.2.1. Problemi s kojima se susreću korisnici socijalne skrbi u odnosu na „vanjski svijet“

Institucionalna skrb nužno se razlikuje od smještaja domaćinskog tipa, stoga se korisnici ovakvih ustanova sreću s velikim i teško prebrodivim predrasudama jer su već po svom nazivu „drukčiji“. Često se susreću s nerazumijevanjem socijalne okoline. Uzrok takvoj reakciji najčešće leži u potpunom neznanju ili nedovoljnom poznavanju načina funkcioniranja osoba u kojih je postavljena dijagnoza duševne bolesti kao i same etiologije duševne bolesti.

Stigma koju prati samo izricanje riječi duševne bolesti predstavlja veliko breme koju svakodnevno na svojoj koži osjećaju sve osobe s postavljenom psihijatrijskom dijagnozom. Jedna od najvećih zabuda leži u pretpostavci da je duševna bolest neminovno vezana uz hostilnost pacijenta, a neinformiranost i neznanje najveća su prijetnja kvaliteti pristupa i uopće odnosa prema životu i načinu življenja obiteljima oboljelih. Kao lijek tomu mogu se ponuditi transparentniji načini objavljivanja informacija o načinima liječenja, rehabilitaciji, radnom pristupu oboljelima. Uvođenje sustavnog educiranja i informiranja, kako javnosti tako i samih djelatnika čiji je rad vezan za rad s duševnim bolesnicima, uvelike bi olakšalo i doprinijelo kvaliteti života duševnih bolesnika, a na kraju krajeva i njihovih obitelji. Institucionalizam, nažalost predstavlja najčešći krajnji način rješavanja problema i zbrinjavanja duševnih bolesnika.

Najčešće postavljena dijagnoza duševne bolesti odnosi se na shizofreniju i njezine pripadajuće oblike: hebefreni, katatoni, nediferencirani, rezidualni oblik te simplex forma (Štrkalj – Ivezić, Bauman, 2009.). Znajući ovaj podatak potrebno bi bilo organizirati predavanja, radionice i slično. Pomoću njih bismo, kako duševne bolesnike, njihove obitelji, ali i samo osoblje, pobliže upoznali s načinom funkcioniranja i mogućnostima

pomaganja i nošenja s problemima. Uloga psihologa u takovim aktivnostima bila bi naglašena kroz poučavanje o komunikacijskim vještinama, o funkcioniranju skupine i razvoju skupne kohezije – ometajućim i facilitirajućim faktorima. Također, velika bi uloga psihologa ovdje bila na razvoju empatije jer je upravo empatija, sposobnost uživljavanja i približavanja kognitivnom i konativnom statusa korisnika pomažući element u jenjavanju simptoma shizofrenije. Razbijanjem stigme moglo bi se postići pojačanom promocijom, npr. pojačanim oglašavanjem na internetu, sudjelovanjem u projektima čime se direktno proširuje mreža socijalnih kontakata postojećih korisnika kao i suradnjom sa školskim psiholozima. Određeni broj korisnika socijalnih usluga sposoban je nastaviti školovanje, a suradnjom i pripremom kako samog korisnika i učenika uvelike se olakšava njegov prijem u školu.

3.6.3.2.2. Problemi s kojima se najčešće susreću korisnici unutar ustanove

Jedan od svakodnevnih, konstantnih i neizbježnih problema jest nedovoljan kontakt s rodbinom. Ova činjenica i stanje u kojem se nalazi korisnik socijalne usluge jest u potpunosti shvatljiva ako uzmemo u obzir da je novopridošli korisnik naviknut na svoju primarnu obitelj i svoje najbliže. Kod korisnika koji duže vrijeme borave u instituciji ovaj problem ipak nije izražen u tolikoj mjeri. Ono što je, nažalost, vrlo čest slučaj jest da dio korisnika nema rodbinu, već se po službenoj dužnosti za skrbnika postavlja netko od djelatnika nadležnog Zavoda za socijalnu skrb (prijašnjeg Centra) koji smještava korisnika što je, svakako, čimbenik koji može otežavati napredovanje i osobni rast korisnika.

Ne dolaze svi korisnici dobrovoljno u ustanovu, dio njih jednostavno je „prisiljen“ biti u ustanovi. Stoga iz ove činjenice, a što je i shvatljivo, proizlaze i želje korisnika za izmještanjem iz ustanove i odlazak na boravak u udomiteljsku ili primarnu obitelj, gdje u većoj mjeri mogu ostvariti svoju intimu. Za dio korisnika to i nije nemoguće.

3.6.3.2.3. Standardi kvalitete u sustavu socijalne skrbi – anketa o ispitivanju potreba korisnika smještenih u institucionalni oblik skrbi

Anketa koja je (u sklopu uvođenja Standarda kvalitete u institucije socijalne skrbi) provedena u Domu za psihički bolesne odrasle osobe Borova (Pleša, M., 2011.), sastavljena od 12 pitanja kojom su ispitivane potrebe korisnika iz područja zdravstvene brige, informiranosti o pravima, međusobne komunikacije i međuljudskih odnosa te samostalnosti, pokazuje određene rezultate koji mogu poslužiti kao putokaz upravo u pokušaju podizanja standarda života korisnika ovakvih ustanova.

Kao što je i za pretpostaviti, najčešće postavljena psihijatrijska dijagnoza odnosi se na shizofreniju - 62% korisnika ima postavljenu dijagnozu shizofrenije.

Anketom je obuhvaćen 31 korisnik, a procjena se vršila na način procjenjivanja na skali od 5 čestica, odabirom ponuđenih odgovora te slobodnim odgovorima. Rezultati

upućuju na činjenicu da korisnici, bez obzira na ukupno vrijeme provedeno u Domu, još uvijek nisu u dovoljnoj mjeri upoznati sa svojim pravima iz sustava socijalne skrbi, ali zato smatraju da mogu dobiti skoro sve informacije vezane za njihovo zdravlje.

Prosječnom su ocjenom ocijenjena ona područja koja se odnose na odnos djelatnika prema korisnicima, kao i motiviranje na bavljenje preferiranim aktivnostima. Smatraju da ne mogu u dovoljnoj mjeri prijateljski komunicirati sa zaposlenicima, a da takav odnos najčešće ostvaruju s psihologom, socijalnim radnikom i radnim terapeutom, dakle onima koji su najviše uključeni u društveni život korisnika i razvoj socijalnih vještina. Djelomično zadovoljstvo iskazuju i u području samostalnog odlučivanja o osobnom životu.

Najveće zadovoljstvo korisnici iskazuju u području zdravstvene brige i prehrane.

Dakle, rezultati postavljaju zaključak o postojanju prostora za poboljšanjem. Rezultati bi se ogledali u poboljšanju komunikacije, napose nenasilne te djelovanje na razini korisnik – djelatnik, a što bi trebao biti svakodnevni zadatak psihologa kroz trajnu edukaciju i jačanje društvene kohezije. Osim toga, potrebno je individualizirati pristup korisnicima, uzimajući u obzir specifične potrebe te organizirati kvalitetnije provođenje slobodnog vremena.

Ovaj zaključak ostavlja prostora i za uključivanjem interdisciplinarnog tima sastavljenog od društveno – humanističkih stručnjaka, naročito u područjima oko osamostaljivanja, informiranja o vlastitim pravima te brizi za zdravlje.

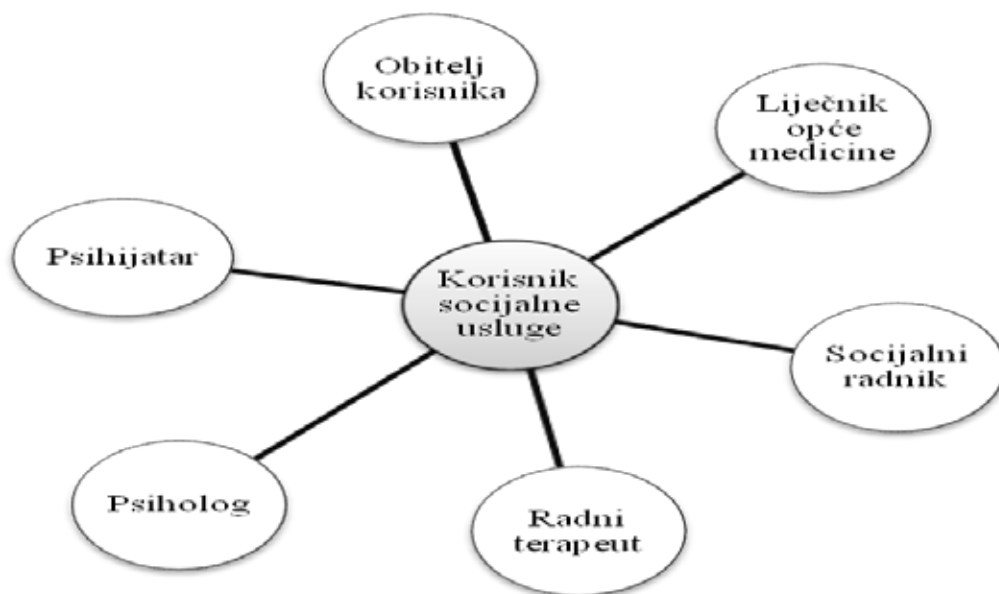
3.6.3.3. Interdisciplinarni timski rad i uloga psihologa u instituciji socijalne skrbi za psihički bolesne odrasle osobe

Psihosocijalne intervencije predstavljaju one intervencije koje poduzimaju psiholog, socijalni radnik, radni terapeut i stručni radnici zaposleni u ustanovi ovakvog tipa, a u svrhu očuvanja preostalih sposobnosti ili razvoj skupne kohezije.

Psiholog ima značajnu suradničku ulogu u interdisciplinarnom radu pri ustanovi za socijalnu skrb. Psiholog u suradnji sa svim ostalim članovima (Stručnim timom) izrađuje individualni plan skrbi za svakog korisnika, a po kojem se i odvija svaka daljnja aktivnost s istim. Posebnost pristupa ovakvoj populaciji sastoji se u individualnom pristupu za svakog korisnika te uvažavanjem želja istog.

**Stručni tim sastavljen je od psihologa, socijalnog radnika, radnog terapeuta, medicinskog osoblja, a po potrebi i ostalih stručni radnika zaposlenih u ustanovi socijalne skrbi.*

Slikoviti prikaz odnosa između korisnika socijalnih usluga i svih ostalih članova uključenih u brigu oko korisnika mogao bi se prikazati na sljedeći način:



Timski rad ogleda se, kako u samom direktnom radu s korisnicima, tako i u pripremi za samostalno stanovanje odnosno pripremu za izmještanjem iz ustanove u neki drugi oblik stanovanja.

Kako je već prije spomenuto, institucionalizam predstavlja najčešći oblik zbrinjavanja psihički bolesnih osoba. Iako se ta praksa pokazala zadovoljavajućom jer zadovoljava sve osnovne potrebe korisnika, ipak ne smijemo zaboraviti da su to samo bazične potrebe. U Hrvatskoj se sve veći naglasak stavlja se na, tzv. „Samostalno stanovanje“, „Organizirano stanovanje“, gdje se oni korisnici koji, po procjeni stručnih radnika, imaju preostale mogućnosti (a naročito oni korisnici mlađe životne dobi) smještavaju u zasebne objekte, i nastoje pripremiti za povratak u primarnu obitelj ili udomiteljsku obitelj sukladno Master planu deinstitucionalizacije i transformacije domova i drugih pravnih osoba u Republici Hrvatskoj 2011. – 2016. (2018.). Naglasak se stavlja na individualni pristup te brigu za svakog korisnika, upravo kako bi taj isti nakon pripremnog perioda bio u potpunosti (ili barem većim dijelom) spreman za život izvan ustanove. U suradnji s ostalim stručnim radnicima, psiholog podučava korisnike i nadzire njihovo napredovanje u smislu razvoja međusobnih odnosa i napretka učenja novih vještina.

Psiholog je taj koji potiče klijente za samostalan život, kao i rješavanje svih problema koje nastaju u skupini. Poznavajući mehanizme funkcioniranja skupine i rješavanje nastalih konflikata, psiholog radi kako individualno sa svakim korisnikom, tako i na razini skupine – provodi skupno savjetovanje, održava redovite sastanke te aktivno sudjeluje u poboljšanju komunikacije među stanarima. Posebna se pozornost posvećuje pružanju podrške onim stanarima za koje postoji mogućnost razvijanja negativnih osjećaja i osjećaja izdvajanja iz skupine, jer, podsjetimo se da se nakon određenog vremena provedenog u ustanovi postoji problem u prilagodbi drukčijim uvjetima života, upravo kao što postoji i problem u prilagodbi na način života u ustanovi te je kod nekih korisnika potrebno

pojačano raditi na procesu resocijalizacije. Odabir stanara koji su sposobni za samostalan život odvija se u suradnji sa svim stručnim radnicima, gdje svaki djelatnik sa svog aspekta iznosi svoje mišljenje za svakog korisnika. Iz navedenih aktivnosti uočava se da psiholog daje svoj doprinos, u onom stupnju koliko je to moguće, u aktivnostima koje pokušavaju neke korisnike vratiti u njihove obitelji.

3.6.3.3.1. Uloga psihologa u instituciji socijalne skrbi

Kako bi se uvažili svi dosadašnji uloženi naponi u svrhu poboljšanja rada i podizanja kvalitete života u ustanovama socijalne skrbi, izdane su i smjernice koje definiraju područja djelovanja psihologijske struke.

Neke od smjernica za rad na ovom području su sljedeće:

Na razini univerzalne prevencije:

I. Aktivno sudjelovati u medijima (radio i televizijske emisije, tiskani mediji, internet) vezano uz teme o duševnim poremećajima i mogućnostima liječenja i rehabilitacije.

II. Osmišljavati i provoditi interaktivne radionice, tribine, predavanja i slične oblike aktivnosti s ciljem senzibiliziranja javnosti o duševnim bolestima/psihičkim poremećajima s naglaskom na destigmatizaciji.

III. Informirati javnost o simptomima pojedinih duševnih poremećaja te načinu traženja pomoći i institucijama/stručnjacima kojima se mogu obratiti za pomoć.

IV. Kreirati publikacije koje će upućivati na neposredan kontakt s pojedinim službama i ustanovama u kojima se može dobiti dijagnostička, savjetodavna i psihoterapijska pomoć za osobe s duševnim poremećajem.

V. Razviti interaktivne platforme putem interneta koje će sadržavati informacije, mogućnost samoocjenjivanja prisutnosti problema i putove za traženje pomoći za sebe i bližnje radi što ranijeg prepoznavanja problema mentalnog zdravlja.

VI. Poticati educiranje iz priznatih psihoterapijskih pravaca i sudjelovati u kreiranju novih pristupa u svrhu pružanja adekvatne i što kvalitetnije pomoći osobama s problemima u psihosocijalnom funkcioniranju.

VII. Poticati i unaprjeđivati suradnju među pružateljima usluga psihosocijalne skrbi o osobama s duševnim smetnjama (psihijatri, socijalni radnici, liječnici obiteljske medicine, volonteri u udrugama) kako bi se unaprijedio proces od dijagnostike, preko rane intervencije, liječenja do sveobuhvatne skrbi i podigla razina kvalitete skrbi o osobama s duševnim problemima.

VIII. Sudjelovati kao članovi tima u radu terapijskih zajednica.

IX. Sudjelovati kao dio interdisciplinarnog tima u kreiranju i provođenju postupaka liječenja koji se osnivaju na suvremenim teorijama socijalnog učenja.

X. Suradivati kao članovi tima s ostalim strukama u psihoterapiji, socioterapiji i radno – okupacijskim aktivnostima.

XI. Sudjelovati u multidisciplinarnim istraživanjima te u razvijanju, provedbi, evaluaciji učinkovitosti i unaprjeđivanju suvremenih metoda rehabilitacije.

XII. Definirati i provoditi poslove psihologa u okviru psihosocijalne rehabilitacije te osmisliti i provoditi sustavnu edukaciju psihologa za rad u ovome području.

Na razini selektivne prevencije:

I. Organizirati terapijske skupine u kojima će psiholozi imati ulogu savjetodavca, supervizora, terapeuta ili suradnika.

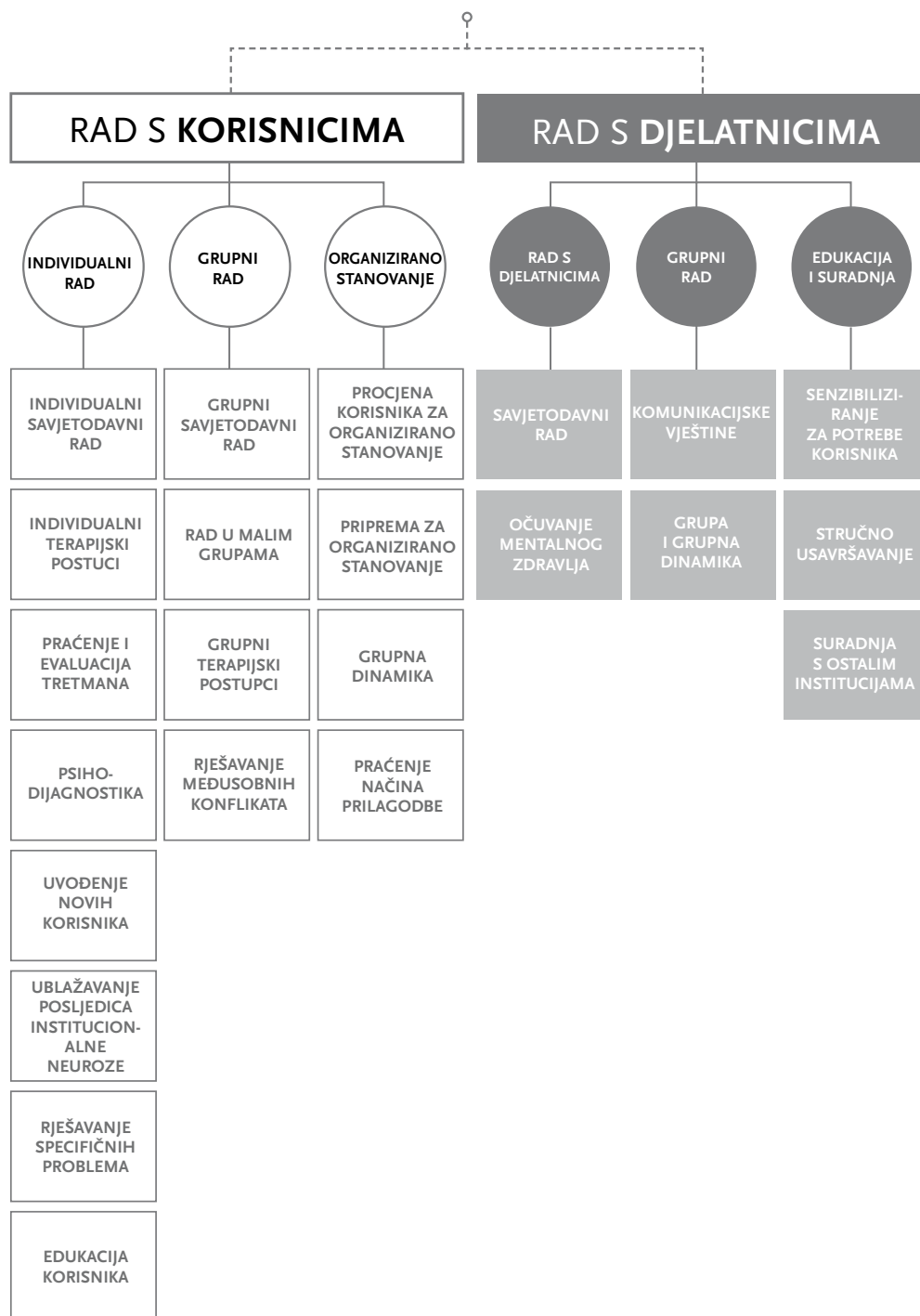
II. Organizirati i provoditi individualni i skupni terapijski rad.

- preuzeto iz Prijedloga smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja (2010.)

**Napomena: Za potrebe teksta preuzete su samo one smjernice koje su sadržajno i smisleno vezane uz problematiku kojom se autor u ovom tekstu bavi te nisu na isti način označeni i numerirane kao i u objavljenoj publikaciji već su obuhvaćene u jednu cjelinu*

Uloga psihologa zaposlenog u domu za psihički bolesne odrasle osobe mogla bi se prikazati i na slijedeći način (Pleša, M., 2010.)

PSIHOLOG U DOMU



Najvažnija uloga psihologa u domovima jest podizanje svijesti, sprječavanje nastanka institucionalne neuroze, kao i osposobljavanje za samostalan život korisnika.

Uloga psihologa usmjerena je na postupke koji se okvirno mogu podijeliti na rad s korisnicima te rad s djelatnicima. Posebnost uloge psihologa u skrbi za korisnike očituje se u činjenici da navedeni oblik skrbi često uključuje njihov trajni smještaj i ireverzibilna psihička stanja. Stoga se u ovakvim ustanovama razvijaju specifični načini doživljavanja i ponašanja koji zahtijevaju primjerene stručne postupke. Osim brige za korisnike, u institucijama ovog tipa potrebno je određenim postupcima obuhvatiti i same djelatnike od kojih mnogi nemaju potrebite kapacitete za komunikaciju s korisničkom populacijom. Stoga psiholog svoje aktivnosti usmjerava na:

1. *Rad s korisnicima*: individualni, skupni te program samostalnog stanovanja.

Kako u Hrvatskoj ima svega nekoliko psihologa zaposlenih pri domovima za psihički bolesne odrasle osobe još uvijek nije izdan program rada psihologa s takvim klijentima. Okvirno, taj bi program mogao izgledati ovako:

PROGRAM RADA PSIHologa S KORISNICIMA USLUGA DOMA ZA PSIHIČKI BOLESNE ODRASLE OSOBE - OKVIRNI PROGRAM ZA SVE KLIJENTE -

| Susret | Aktivnosti | Cilj | Voditelj |
|--|--|--|--------------------|
| 1. | Upoznavanje s klijentom, iznošenje problema | Uspostavljanje dobrog odnosa | Psiholog |
| - | Intervju | Upoznavanje s primarnim problemom i dobivanje egzaktnih kliničkih podataka | Psiholog |
| 2. | Ako je korisnik u mogućnosti u ovoj fazi koristi se psihodijagnostika | Testiranje i komentiranje relevantnih rezultata | Psiholog |
| - | Detaljnije iznošenje problema. Nalaženje korelacije s ostalim aspektima života. | Produbljivanje odnosa povjerenja | Psiholog |
| <i>Trajanje ove faza savjetovanja ovisi o klijentu i dubini problema kao i potrebama klijenta</i> | | | |
| | Uključivanje članova obitelji korisnika u proces savjetovanja (ovisi o volji i objektivnoj mogućnosti) | Sagledavanje problema sa svih strana | Cijeli stručni tim |
| 3. | Ispitivanje preferencija | Povećanje motivacije za sudjelovanjem u procesu savjetovanja. Priopćavanje bitnih informacija ostalim stručnim radnicima. | Cijeli stručni tim |
| | Dogovaranje ciljeva, iznalaženje zajedničkog rješenja | Povećanje motivacije korisnika za uspješno rješavanje problema Određivanje konkretnih željenih ciljeva | Psiholog |
| - Susret s psihologom ne prestaje s formalnim procesom savjetovanja već se susreti odvijaju ovisno o želji i potrebama korisnika | | | |

2. *Rad s djelatnicima*: individualni, skupni te edukacija djelatnika i međuinstitucionalna suradnja.

Literatura:

1. Božičević, V., Brlas, S. i Gulin, M. (ur.) (2011.): *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica
2. Master plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba u Republici Hrvatskoj 2011. – 2016. (2018.)
3. Pleša, M. (2011.): *Koje su potrebe „različitih u sustavu institucionalne skrbi za psihički bolesne odrasle osobe?“*, 19. godišnja konferencija hrvatskih psihologa u Osijeku
4. Pleša, M. (2010.): *Uloga psihologa u sustavu institucionalne skrbi i programu Organiziranog stanovanja za psihički bolesne odrasle osobe*, 18. godišnja konferencija hrvatskih psihologa u Opatiji
5. Štrkalj-Ivezić, J., Bauman L. (2009.): *Shizofrenia – put oporavka*, Udruga za promicanje i zaštitu mentalnog zdravlja Svitanje, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Sekcija za psihoterapiju i psihosocijalne metode liječenja psihoza, Zagreb
6. Zakon o socijalnoj skrbi (NN 33/12.)
7. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 79/02.)

3.6.4. Važnost prepoznavanja rizičnih i protektivnih čimbenika za samoubojstvo, procjena rizika, tretmani u prevenciji suicida

3.6.4.1. Uvod

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da gotovo oko milijun ljudi godišnje diljem svijeta izvrši samoubojstvo, ali i da se isto tako registrira deset do petnaest puta više pokušaja samoubojstva. U pokušaju da odgovore na ovaj rastući problem mnoge zemlje izrađuju nacionalne, regionalne i lokalne strategije u pokušaju prevencije suicidalnog ponašanja. U prevenciji samoubojstva svakako se koristi i javnozdravstveni pristup koji kreće od pojedinca do njegove zajednice ili pak čitavog društva u pokušaju da se prevenira suicidalno ponašanje. U tim nastojanjima svoje mjesto nalaze i škole, i primarna zdravstvena zaštita, i obiteljska medicina, centri za krizna stanja i brojni drugi.

Samoubojstvo je kroz povijest bila uznemirujuća i zagonetna pojava. Ljudi su je različito tumačili i razumijevali. Filozofski diskurs o samoubojstvu seže barem od vremena stoičkih učenja prije kojih se o samoubojstvu govorilo sporadično u drevnome mediteranskom svijetu. Ni antički grčki ni latinski jezik nisu imali riječ kojom bi se opisalo samoubojstvo (Cooper, 1989.).

Platon je govoreći o samoubojstvu naglašavao da je ono uvijek pogriješan, sramotan čin i da počinitelji trebaju biti pokopani neoznačeni. Međutim, i Platon je priznavao četiri iznimke od ovog načela: prvu, kada je um moralno korumpiran pa time njegov karakter ne može biti spašen; drugu, kada se samoubojstvo radi po nalogu ili dozvoli; treću, kada je samoubojstvo prisila izazvana ekstremnom i nezaobilaznom osobnom nesrećom i četvrtu, kada samoubojstvo proizlazi iz srama zbog sudjelovanja u ekstremno nepravednim postupcima.

Aristotelove rijetke rasprave o samoubojstvu bile su zbunjujuće u pokušaju objašnjenja kako samoubojstvo može biti nepravedno. On navodi da je samoubojstvo „krivnja“ države, iako ne opisuju prirodu takve krivnje. Ono što je možda najupečatljivije oko Platonovih i Aristotelovih tekstova o samoubojstvu je relativna odsutnost interesa za individualnu dobrobit ili autonomiju suicidanata.

Suprotno tome, stoička učenja uglavnom su naglašavala da moralna dopuštenost samoubojstva ne ovisi o moralnom karakteru pojedinca već samoubojstvo može biti opravdano bez obzira na karakter i vrline pojedinca. Dok prirodne prednosti kao što je tjelesno zdravlje mogu biti dovoljne i nedovoljne za sretan život, pojedinac koji odluči završiti svoj život niti povećava niti smanjuje svoju moralnu vrlinu.

Visoka učestalost samoubojstava među pripadnicima više klase u starom Rimu dovela je do ideje da je samoubojstvo herojski i častan čin i temeljno pitanje društvenog običaja. Kad su čovjeku okolnosti u skladu s prirodom, prikladno je za njega da ostane živ, suprotno tome, kad su mu okolnosti neprirodne prikladno je za njega da napusti život. U tom je duhu Seneca tvrdio da živjeti loše, ali živjeti, nije dobro.

Prema kršćanskoj doktrini samoubojstvo je moralno pogrešno. Sv. Augustinu se obično pripisuje prvo temeljito opravdanje kršćanske zabrane samoubojstva koji je istu vidio kao nastavak pete Zapovijedi. Za njega je samoubojstvo bilo neoprostiv grijeh (Amundsen, 1989.).

Najveći dio renesansnih mislilaca podržavao je manje ili više zabranu samoubojstva. Dvije intrigantne intelektualne iznimke u 16. st. bili su T. More i M. de Montaigne. U njihovim tekstovima samoubojstvo se gotovo preporučuje za one koji pate od neizlječivih bolesti. Tekstovi su imali satiričan i anegdotalan karakter jer se nisu bavili moralnom pozicijom samoubojstva već konceptualizacijom problema u terminima prava pojedinca na osobnu prosudbu i savjest (Ferngren, 1989.).

Protestantski reformatori također su osudili samoubojstvo i podržali zabranu zbog svog interesa za moralna pitanja. Međutim, dopuštali su mogućnost „liječenja pokušaja samoubojstva“ nakon pokajanja. Ipak, tradicionalno kršćansko gledište prevladavalo sve do kraja XVII. stoljeća, gdje je inače liberalni mislilac J. Locke ponovio ranije stavove tvrdeći da čovjek nema pravo samouništenja iako mu je osobna sloboda darovana te da ta darovana sloboda ne uključuje slobodu samouništenja (Minois, 1999.).

Rani liberalni prosvjetiteljski stavovi o samoubojstvu početkom 18. st. bili su više pod utjecajem znanosti. Prosvjetiteljski filozofi razmišljaju o samoubojstvu u svjetovnim terminima koji proizlaze iz činjenica vezanih za pojedinca, njegove osobne i socijalne karakteristike. Tako je D. Hume gledao na tradicionalne stavove prema samoubojstvu kao na konfuzne i praznovjerne. U svom radu Hume zaključuje da samoubojstvo može biti slobodno od krivnje i okrivljavanja (Minois, 1999.).

Prosvjetiteljstvo, naravno, nije bilo složno u svojim relativno dopustivim stavovima o samoubojstvu. Najbučniji protivnik samoubojstva u tom razdoblju bio je I. Kant. Njegovi argumenti ukazuju da je samoubojstvo napad na sami izvor samostalne racionalne volje, odnosno moralnog autoriteta (Cholbi, 2000.).

Kraj devetnaestog i početak dvadesetog stoljeća donio je nekoliko zanimljivih pojava, koje iako nisu eksplicitno filozofske, imaju uobličenu i filozofsku misao o samoubojstvu. Prva je bila pojava romantizma kada su u svojim romanima Rousseau, Goethe, Flaubert i drugi, posebno bili zabavljeni temom samoubojstva i opisivali ga kao idealiziranu „skriptu“ prema kojoj je samoubojstvo neizbježan odgovor na krivo shvaćenu ili tjeskobnu dušu (Lieberman, 2003.).

Druga je bila priznavanje znanstvenih postavki psihologije, sociologije, psihijatrije i drugih znanstvenih područja kao samostalnih disciplina koje su bile metodološki dovoljno razvijene za proučavanje socijalne patologije kao i za dijagnosticanje i liječenje psihopatologije koje su imanentne u činu samoubojstva.

Zahvaljujući radu sociologa kao što su Durkheim i Laplace, na samoubojstvo se sve više gleda kao na socijalnu patologiju koja odražava otuđenje, anomiju, strah i druge nusprodukte civilizacije.

Razvijaju se i brojne psihološke teorije samoubojstva koje vrlo uvjetno možemo podijeliti u analitičke i neanalitičke (Jackson, 1957.).

Većina psihoanalitičkih učenja i teorija o samoubojstvu počinje od Freudovih teorijskih doprinosa - razradom dinamike depresije u melankoliji i njegovih postulata o instinktu smrti koji je imanentan „s one strane načela ugone“. Nepsihoanalitička učenja o samoubojstvu formuliraju „stanje iscrpljenosti“, uzrokujući ograničenje u polju svijesti zbog depresije, neuspjele prilagodbe, poremećaja psihološke ravnoteže, infantilnog prosvjeda, neprijateljstva, zabrane, inata, bunta (Jackson, 1957.).

Samoubojstvo je bila važna tema i za egzistencijaliste dvadesetog stoljeća koji su u njemu vidjeli mogućnost izbora da se dokine ljudsko iskustvo o apsurdnosti ili besmislu svijeta i ljudskog djelovanja.

Albert Camus ilustrira ovu apsurdnost u svom mitu o Sizifu koji herojski ne pokušava pobjeći od svog apsurdnog zadatka već umjesto toga ustraje i na taj se način opire samoubojstvu. Camus tvrdi da nas samoubojstvo privlači prešutnim obećanjem o iluziji slobode od apsurdnosti našeg postojanja, ali i našeg odricanja odgovornosti da se suočimo ili prihvatimo apsurdnost postojanja (Campbell i Collinson, 1988.).

Jean-Paul Sartre također govori o mogućnosti samoubojstva kao afirmaciji autentične ljudske volje koja gleda u lice apsurdna. Samoubojstvo je, prema njemu, prilika za razumijevanje biti pojedinca u bezbožnom svijetu. Za egzistencijaliste samoubojstvo nije bio izbor oblikovan moralnim razlozima, već izvor značenja u besmislenom svijetu (Campbell i Collinson, 1988.).

Samoubojstvo je danas objekt multidisciplinarnih znanstvenih istraživanja sociologije, antropologije, psihologije, psihijatrije, bioetike, itd., koja pružaju značajne uvide u fenomenologiju samoubojstva. Razvoj suicidologije označio je značajan napredak u znanstvenom razumijevanju suicidalnog ponašanja kao i različitih mentalnih stanja koja su povezana sa samoubojstvom (Stoff i Mann, 1997.).

Već u pokušaju određenja samoubojstva pojavljuju se poteškoće pa zbog toga nema ni jednoznačno prihvaćene definicije. Rasprave u vezi s određenjem samoubojstva vode se u smislu mogućnosti svjesnog i dobrovoljnog donošenja odluke o samoubojstvu jer ako takva odluka izostaje, moguće je govoriti i o nesretnom slučaju (npr. samoubojstvo u okviru delirantne epizode). S obzirom da je čovjekovo ponašanje determinirano i svjesnim i nesvjesnim motivima vrlo je teško govoriti o „idealnom“ slučaju potpuno svjesnog i slobodnog izbora pri donošenju odluke o samoubojstvu. U suvremenoj suicidologiji sve se više prihvaća stav da svako suicidalno ponašanje nije izraz psihičkog poremećaja, već se u određenom broju slučajeva ipak može razumjeti svjesna i autonomna odluka pojedinca koji više ne želi živjeti u određenim okolnostima.

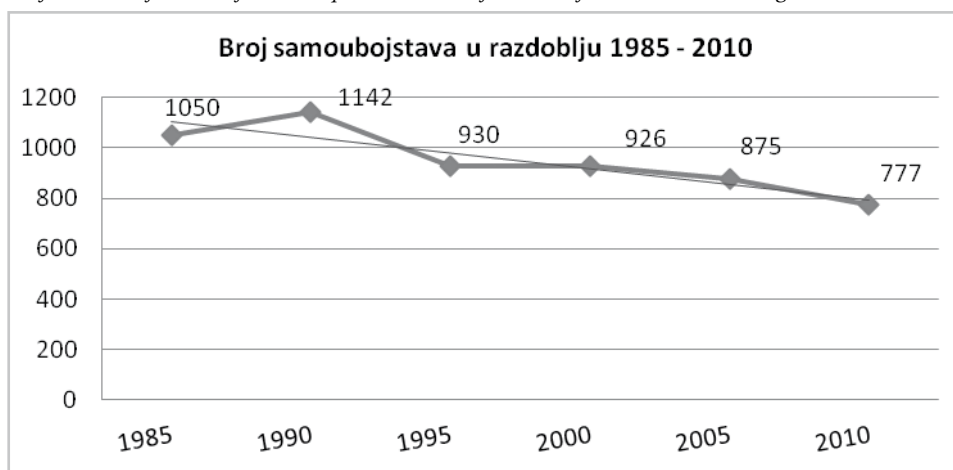
Ipak određena pitanja o samoubojstvu padaju još uvijek izvan domene znanosti pa tako samoubojstvo kad se dogodi i danas podsjeća da kao i u antičko vrijeme, nemamo sve odgovore u pokušaju spoznaje svijeta i života kojem pripadamo, koji nas okružuje i na taj način otvara niz konceptualnih, teoloških, etičkih i drugih pitanja.

3.6.4.2. Dimenzija problema u Republici Hrvatskoj

U razdoblju od 1985. do 2010. godine broj samoubojstava u Republici Hrvatskoj pokazuje trend pada.

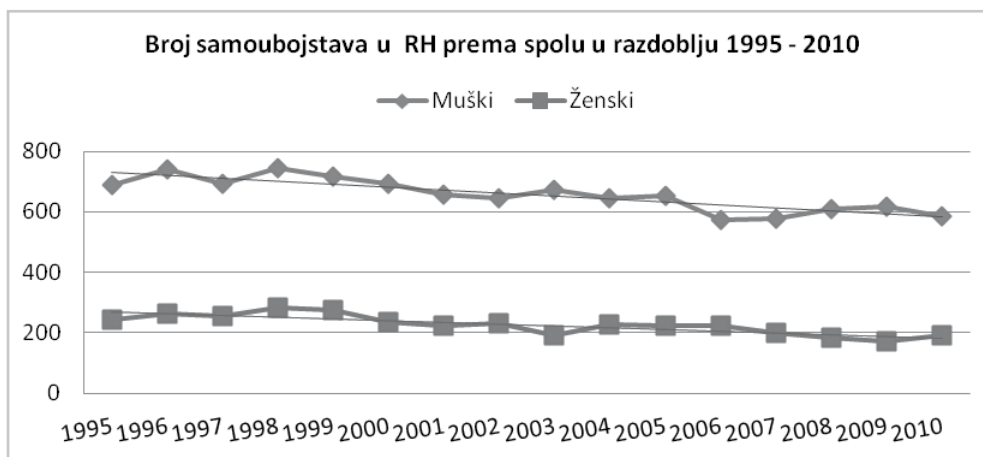
Tijekom ovog razdoblja registrira se značajan varijabilitet do 2000. godine, dok je nadalje prisutan trend pada broja samoubojstava. Početkom razdoblja, odnosno 1985. godine, počinjeno je 1.050 samoubojstava. U promatranom razdoblju najveći broj samoubojstava registriran je 1987., odnosno 1.153 samoubojstva, i 1992. godine kada je izvršeno 1.156 samoubojstava. Najmanji broj izvršenih samoubojstava zabilježen je 2010. godine kada je izvršeno 777 samoubojstava što pruža nadu da će se silazni trend broja samoubojstava nastaviti u narednom razdoblju (Grafikon 1.).

Grafikon 1. Broj samoubojstava u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1985. do 2010. godine



Izvor: DZS i NZJZ

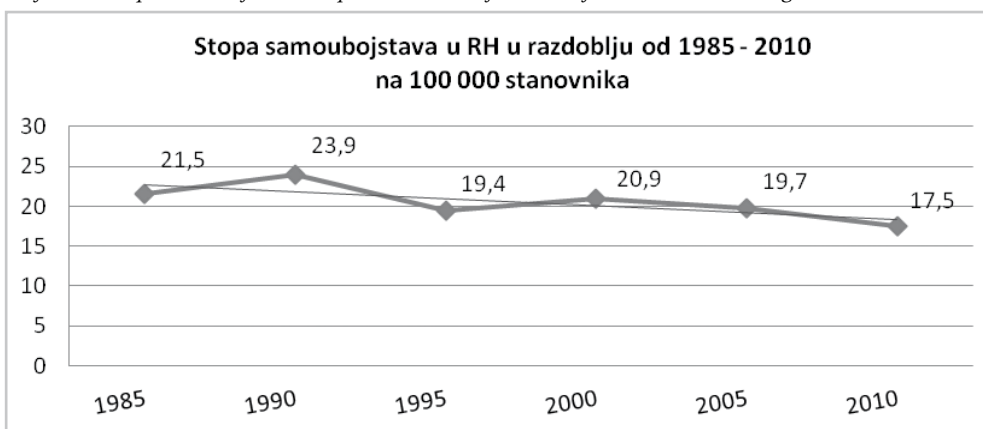
Grafikon 2. Broj samoubojstava u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1995. do 2010. godine prema spolu



Izvor: DZS i NZJZ

Broj samoubojstava prema spolu u promatranom razdoblju pokazuje, uz određene varijabilnosti, silazni trend broja samoubojstava i kod osoba muškog i kod osoba ženskog spola. Kod osoba muškog spola od 2007. do 2009. godine registrira se povećan broj samoubojstava dok se kod osoba ženskog spola bilježi blaži porast tijekom razdoblja 2004. do 2006. godine nakon čega se broj samoubojstava osoba ženskog spola počeo smanjivati. Tijekom čitavog promatranog razdoblja broj samoubojstava značajno je veći kod muškaraca nego kod žena te se omjer kretao u rasponu od 2,2 do 3,6 : 1.

Grafikon 3. Stopa samoubojstava u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1985. do 2010. godine

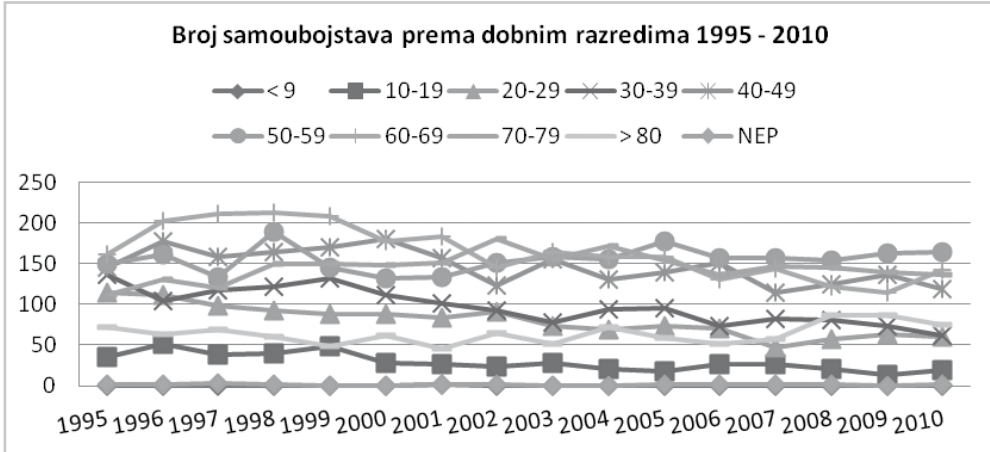


Izvor: DZS i NZJZ

Na 3. grafikonu uočljivo je da je početkom razdoblja, odnosno 1985. godine, stopa iznosila 21,5 na 100.000 stanovnika da bi 2010. godine stopa iznosila 17,5 na 100.000

stanovnika.

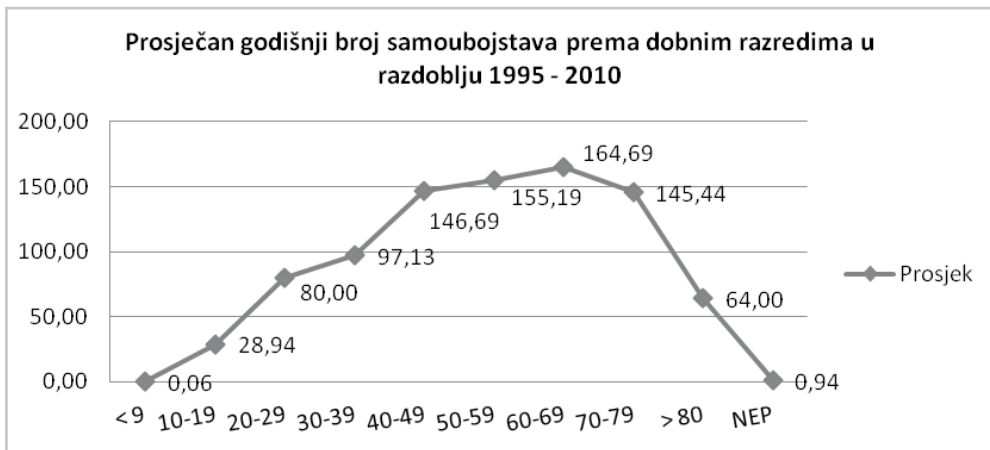
Grafikon 4. Broj samoubojstava u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1995. do 2010. prema dobnim razredima



Izvor: DZS i NZJZ

Broj samoubojstava prema dobnim razredima pokazuje trend pada, osim u dobnom razredu od 50 do 59 godina gdje se registrira porast od 2008. godine, kao i u dobnom razredu od 20 do 29 godina gdje se nešto veći porast samoubojstava registrira od 2007. godine, ali već tijekom 2009. i 2010. godine pokazuje smanjenje u odnosu na 2008. godinu.

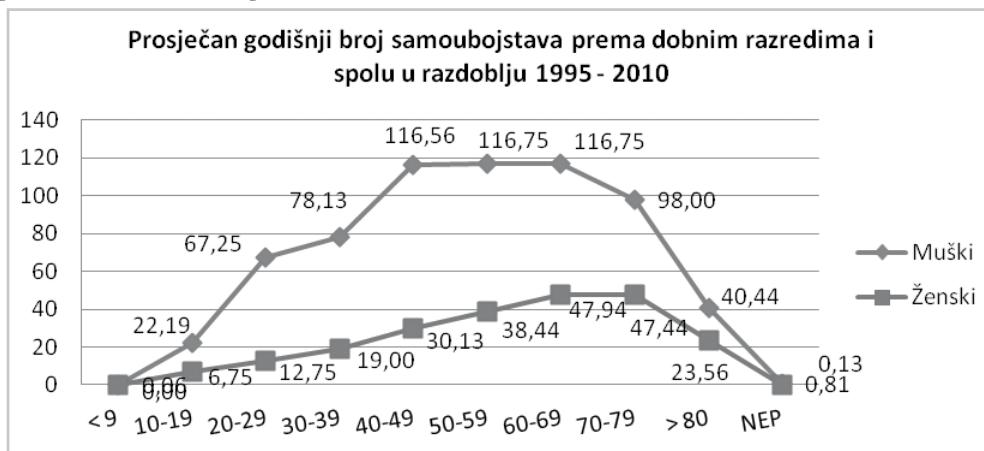
Grafikon 5. Prosječan godišnji broj samoubojstava u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1995. do 2010. godine prema dobnim razredima



Izvor: DZS i NZJZ

Prosječan godišnji broj samoubojstava prema dobnim razredima pokazuje da je najveći godišnji prosječan broj samoubojstava u dobnom razredu od 60 do 69 godina (155 samoubojstava) kao i u dobnom razredu od 70 do 79 godina (165 samoubojstava). Prikaz trenda jasno oslikava porast samoubojstava prema dobi. Alarmantan je podatak da u promatranom

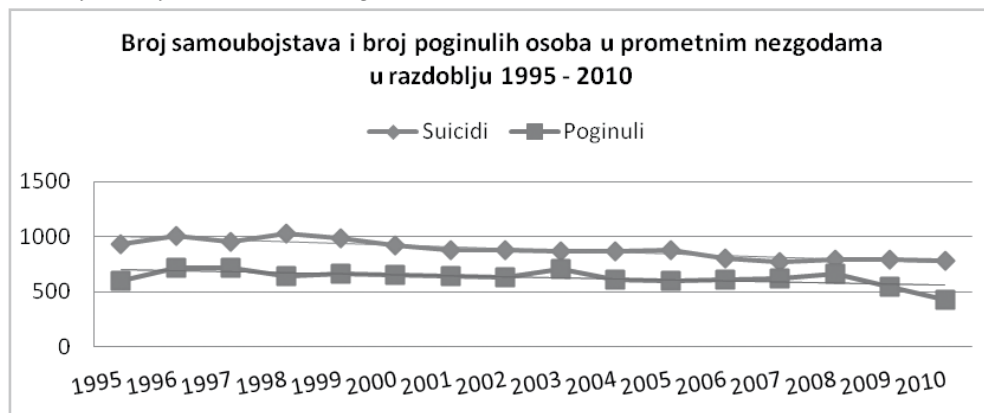
razdoblju prosječno godišnje izvrši samoubojstvo i 109 osoba mlađih od 29 godina.
 Grafikon 6. *Prosječan godišnji broj samoubojstava u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1995. do 2010. godine prema dobnim razredima i spolu*



Izvor: DZS i NZJZ

Prikaz samoubojstava prema dobnim razredima i spolu pokazuje također trend porasta prosječnog godišnjeg broja samoubojstava prema životnoj dobi kod osoba oba spola. Dok kod muškaraca imamo podjednak broj samoubojstava u dobi od 40 do 69 godina starosti, kod žena se značajniji porast broja samoubojstava događa u dobi od 60 do 79 godina.

Grafikon 7. *Usporedba broja samoubojstava i broja poginulih osoba u prometnim nezgodama u Republici Hrvatskoj razdoblju od 1995. do 2010. godine*



Izvor: DZS, NZJZ, MUP RH

Usporedba broja samoubojstava s brojem poginulih osoba u prometnim nezgodama u razdoblju od 1995. do 2010. godine jasno pokazuje da godišnje više ljudi izgubi život izvršavajući samoubojstvo nego što ih pogine u prometnim nezgodama. Ovaj pokazatelj, iako je trend broja samoubojstava u RH u padu, jasno ukazuje na potrebu šire društvene akcije u ovom području.

3.6.4.3. Procjena suicidalnog rizika

Procjena suicidalnog rizika je dio svakodnevne prakse u kojoj profesionalci u području mentalnog zdravlja procjenjuju i rizik od samoozljeđivanja, od ozljeđivanja drugih, ili ipak relativne rizike i dobrobiti od pojedinih vrsta tretmana i postupaka (Kapur, 2000.). Kao i u čitavom području tako i u području suicidologije, koncept mentalnog zdravlja može se s aspekta pojedinca promatrati i kao koncept eudamonijske dobrobiti ili „Well-Being“ prema kojem cilj nije živjeti ugodno već živjeti dobro ili bolje (Bošković i Šendula-Jengiđ, 2008.).

Procjena suicidalnog rizika nije egzaktna znanost. Problemi u prepoznavanju rizičnih čimbenika prilično su veliki. Poznate karakteristike opisuju i odnose se više na vulnerabilne skupine nego na pojedince. Značajke rizika variraju između skupina, dok se okolnosti u kojima se rizični čimbenici pojavljuju kod pojedinca mogu mijenjati tijekom vremena čineći tog pojedinca više ili manje vulnerabilnim u različitim razdobljima života, ili u različitim razdobljima bolesti. Poznati podaci iz literature dobiveni su na različitim skupinama osoba koje su izvršile suicid bez obzira na činjenicu jesu li nekad bili u nekom tretmanu ili nisu (Hawtome, 1987.). U svakom slučaju nije moguće uvijek predvidjeti suicidalni rizik čak i uz dobro prepoznavanje rizičnih čimbenika. Istraživanja u svijetu pokazuju da je četvrtina osoba s mentalnim poremećajima i poremećajima u ponašanju koji su izvršile suicid bila prethodno u kontaktu s nekom razinom zdravstvene zaštite – primanom ili specijalističkom (Appleby i sur. 2001.). Bez obzira na to, činjenica je i da najveći broj osoba koje su izvršile suicid nije prethodno bio u kontaktu s profesionalcima u području mentalnog zdravlja što osnažuje ulogu svih razina zdravstvene zaštite kao i nevladinog sektora koji se bavi ovim područjem kako u prepoznavanju suicidalnih osoba tako i u učinkovitom tretmanu istih.

Procjena suicidalnog rizika svakako zahtjeva visok stupanj stručnih znanja i vještina kako bi se utvrdili čimbenici koji pojedinca ili skupinu čine visokorizičnom.

Što je rizik?

Najjednostavnije rečeno rizik je vjerojatnost događanja određenog događaja. Istraživači, a i praktičari, imaju tendenciju prikazivanja tzv. binarnog modela rizika u terminima visokog ili niskog rizika, no treba znati da binarni model prikazivanja rizika kreira artificijelnu paradigmu jer je rizik zapravo kontinuum koji ovisi o širokom broju čimbenika koje ne uzimamo uvijek u procjeni rizika. Nadalje, to je i dinamičan, a ne statičan kontinuum, kontinuum koji varira između i unutar skupina, kod pojedinaca u različitim razdobljima. Čak i kod osoba s mentalnim poremećajima rizik može varirati ovisno o razdoblju bolesti, ali i o čitavom broju situacijskih čimbenika (Snowden, 1997.). Ove su činjenice bitne za svakog profesionalca kojem je procjena rizika od suicidalnog ponašanja svakodnevni posao.

Vrste procjene rizika

Tradicionalno, procjena rizika je usmjerena na predviđanja. Npr. u forenzičkom području

predviđamo rizik od ponovnog počinjenja nasilnog djela (Monahan, 1981., 1996.). Međutim ukupno gledano, predviđanja nisu impresivna (Webster i Bailes, 2004.). U novije vrijeme, u procjeni rizika pokušavaju se ujediniti rezultati istraživanja s dokazima iz kliničke prakse. Alati za procjenu rizika su počeli uključivati aspekte upravljanja rizicima. Procjena rizika je preformulirana u proces identifikacije i proučavanja opasnosti kako bi se smanjila vjerojatnost pojavljivanja te opasnosti (Hart, 2007.). Drugim riječima, došlo je do pomaka od zaokupljenosti s predikcijom na zaokupljenost s prevencijom rizika. Postoje tri široka pristupa u procjeni rizika: klinički pristup, aktuarski pristup i strukturirana profesionalna procjena (Douglas i sur., 1999.).

Klinički pristup

U kliničkom se pristupu odluke donose na osnovi procjene kliničara. Ova se procjena uobičajeno radi na temelju iskustva, ali je isto tako subjektivna, intuitivna i determinirana iskustvom. U procjeni rizika od samoubojstva kliničari donose rutinske odluke o liječenju, nadzoru i hospitalizaciji na temelju stručnog mišljenja. Takve su odluke vrlo često kritizirane jer se temelje više na intuiciji nego na činjenicama i dokazima. Jedan od problema kliničkog pristupa je nepreciznost predviđanja. Predikcijski modeli suicidalnosti konstantno ukazuju na visoku stopu lažno – pozitivnih predikcija, što znači da se u kliničkom uzorku često predviđa visok rizik od suicidalnosti koji se naknadno pokaže lažnim (Monahan, 1981.; Grove i Meehl, 1996.).

Aktuarski pristup

Aktuarski pristup procjeni rizika pojavio se kao reakcija na nedostatke kliničke procjene. Ovaj pristup populariziran je u SAD-u. U procjeni se koriste metode procjene koje formalno, algoritamski slijede objektivne postupke za klasifikaciju rizika. Krajnji cilj je doći do vjerojatnosti ili numeričkog iznosa rizika budućeg ishoda: npr. osoba ima 40% šanse da će napraviti recidiv u slijedeće tri godine. Iako u forenzičkom području aktuarski pristup može biti najprecizniji pristup (Dvoskin i Heilbrun, 2001.) pojavljuje se problem što vjerojatnost predikcije ne pruža kliničarima podatke o okolnostima i težini ili neizbježnosti akta. To znači da vjerojatnost rizika za osobu A može biti matematički sasvim točna, ali ima ograničenu korisnost u kliničkoj praksi gdje se zahtjeva formulacija rizika u terminima osobi A usmjerenih informacija. Drugi, važniji problem ovog pristupa je neuzimanje u obzir fluktuacija u stupnju rizika s obzirom na mogućnost izmijenjenih okolnosti kod osobe A.

Strukturirana profesionalna procjena

Strukturirana profesionalna procjena je pristup procjeni rizika, a ne specifičan instrument. Cilj ovoga pristupa je kombinirati dokaze za rizične čimbenike s pojedinačnom procjenom stanja bolesnika. Strukturirana profesionalna procjena pomaže, ali ne zamjenjuje standardno psihijatrijsko mišljenje. Kliničari rade strukturiranu profesionalnu procjenu koja se koristi i u kreaciji i formulaciji plana za upravljanja rizicima. To nužno dovodi

procjenu rizika i upravljanja rizikom u domenu multidisciplinarnih timova. Strukturirana profesionalna procjena je korisna, ne samo jer se temelji na dokazima iz prakse, već zbog toga što dovodi i do transparentnosti u odlučivanju za potrebe upravljanje rizicima. Sve do nedavno instrumenti za procjenu rizika na temelju strukturiranih prosudbi korišteni su uglavnom u forenzičkom području i nisu se koristili u standardnim kliničkim uvjetima (Bouch i Marshall, 2003.).

Rizični čimbenici za samoubojstvo

Rizični čimbenici za samoubojstvo mogu se kategorizirati u nekoliko kategorija: kao statični, stabilni, dinamički i budući čimbenici (Bouch i Marshall, 2003.). Statički rizični čimbenici su fiksni i imaju povijesnu dimenziju: npr. model suicida u obitelji. Stabilni čimbenici rizika su dugoročni i vjerojatno će trajati duži niz godina, ali nisu fiksni: npr. dijagnoza poremećaja osobnosti (aktuarski pristup oslanja se isključivo na procjenu statičkih i stabilnih čimbenika rizika – op. aut.). Dinamički čimbenici rizika neizvjesni su u vremenu. Oni mogu značajno varirati i u trajanju i intenzitetu, npr. akutni simptomi anksioznosti. U kratkom roku, jedan događaj može izazvati dramatične promjene u nizu rizičnih čimbenika i na taj način pojačavati ukupni rizik. Budući rizični čimbenici su oni koji se mogu očekivati i mogu rezultirati iz promjenjivih obiteljskih ili socijalnih okolnosti pojedinca: npr. otpust bolesnika iz akutne jedinice, konflikt u obitelji po demisiji itd. Treba naglasiti da se stabilni i statički čimbenici mogu uzeti kao pokazatelj opće sklonosti pojedinca za samoubojstvo, ali ne govore ništa o fluktuirajućoj prirodi rizika. Stoga je i procjena dinamičkih čimbenika i budućih čimbenika bitna za razmatranje određenih uvjeta i okolnosti koje pojedinca mogu izložiti posebnom odnosno dodatnom riziku. Sveobuhvatna procjena rizika daje i pruža mogućnost upravljanja rizikom. U 2. tablici prikazani su opći rizični čimbenici koji pojedinca čine vulnerabilnijim za samoubojstvo.

| Tablica 2. Opći rizični čimbenici za samoubojstvo |
|--|
| Usamljenost |
| Muški spol |
| Zloraba alkohola ili ovisnost o alkoholu |
| Zloraba psihoaktivnih sredstava ili ovisnost o istima |
| Drugi psihijatrijski poremećaji, posebice depresija |
| Prethodna samoozljeđujuća ponašanja |
| Psihijatrijske bolesti u obitelji |
| Beznadnost |
| Suicidalne namjere |
| - Izbor načina izvršenja |
| - Pristup sredstvima za samoubojstvo |
| - Plan izvršenja (promjene oporuke, oproštajna pisma, itd.) |

| |
|--|
| Niža socijalna klasa |
| Nezaposlenost |
| Poremećaji osobnosti (posebice komorbiditetni čimbenici) |
| Teže tjelesne bolesti |
| Nepovoljni životni događaji |
| <ul style="list-style-type: none"> - Emocionalni gubitak i krivnja - Zlostavljanje (seksualno, fizičko, emocionalno) - Problemi u obitelji - Problemi u partnerskim odnosima - Problemi sa zakonom - Financijski problemi - Gubitak roditelja kroz separaciju ili u ranom djetinjstvu - Izloženost suicidalnom ponašanju (npr. u obitelji, skupini vršnjaka, itd.) |

Prema: Cooper i Kapur, 2004.

U tablici 3. prikazana je klasifikacija rizičnih čimbenika za samoubojstvo prema stabilnosti i dinamici čimbenika

| Tablica 3. Klasifikacija rizičnih čimbenika za samoubojstvo |
|--|
| Statički i stabilni čimbenici rizika za samoubojstvo |
| <ul style="list-style-type: none"> - Povijest samoozljeđivanja - Ozbiljnost prethodnih pokušaja suicida - Prethodne hospitalizacije - Mentalni poremećaj u anamnezi - Zloporabe psihoaktivnih sredstava u anamnezi - Poremećaj osobnosti / specifične osobine - Zlostavljanje u djetinjstvu - Obiteljska anamneza suicida - Dob, spol i bračni status |
| Dinamički čimbenici rizika za samoubojstvo |
| <ul style="list-style-type: none"> - Suicidalno promišljanje, komunikacija i namjera - Beznadnost - Aktivni psihopatološki simptomi - Odnos prema tretmanu - Zloporaba psihoaktivnih sredstava - Psihijatrijski prijem i otpust - Psihosocijalni stres - Deficiti u vještini rješavanja problema |
| Budući čimbenici rizika za samoubojstvo |

- Dostupnost željenog načina izvršenja
- Odsustvo kontakta sa sustavom za zaštitu mentalnog zdravlja
- Neodgovarajući odgovor na medikamentoznu terapiju
- Neodgovarajući odgovor na psihosocijalne intervencije
- Očekivani psihosocijalni stres

Prema: Bouch i Marshall, 2005.

Stupanj rizika

Stupanj rizika može se izraziti na različite načine. Strukturirana procjena može jednostavno koristiti binarni model visokog i niskog rizika koji se može proširiti na više kategorija, npr. kako bi se razlikovao akutni rizik, kronično visok rizik ili kronično visok rizik s akutnim egzacerbacijama. Pri tome je akutni rizik vremenski određen, ali može prijeći u kronični. Visok kronični rizik javlja se kod pojedinaca s više prethodnih pokušaja suicida i predstavlja stalnu opasnost. Akutna egzacerbacija ovih stanja javlja se u ovisnosti o intenzitetu psihopatoloških simptoma i stanja bolesti. Zanimljivu klasifikaciju rizika ponudili su Gask i Morris (2003.). Ona uključuje različite kategorije rizika zajedno s aktivnostima koje valja poduzeti kod svake pojedine kategorije rizika. Ova klasifikacija prikazana je u tablici 4.

| Tablica 4. Kategorije rizika i pripadajućih odgovarajućih aktivnosti |
|---|
| Niski rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Kratkotrajna razmišljanja o samoubojstvu koja će se uskoro odbaciti - Odsustvo plana za samoubojstvo - Mentalni poremećaj – bez ili s nekoliko simptoma depresivnosti - Bez zlorabe alkohola i psihoaktivnih sredstava - Stabilna psihološka situacija |
| Aktivnosti za niski rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ne zahtjeva praćenje zbog suicidalnog rizika - Ublažiti emocionalni distres koliko je moguće - Napraviti screening za prisutnost mentalnog poremećaja – ako postoji prisutnost dogovoriti tretman |
| Umjeren rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Kratkotrajna razmišljanja o samoubojstvu - Odsustvo plana za samoubojstvo - Evidentiran mentalni poremećaj - Evidentirana zloraba alkohola i/ili psihoaktivnih sredstava - Nestabilna psihološka situacija bez neposredne krize - Rijetko opasno ponašanje (u smislu povećanja rizika od samoubojstva) |
| Aktivnosti za umjeren rizik |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ublažiti emocionalni distres što je prije moguće - Pratiti razvoj unutar najmanje 74 sata do jednog tjedna - Napraviti punu procjenu mentalnog stanja, aktualne psihosocijalne problematike i započeti kriznu preventivnu strategiju |
| Umjereni visoki rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Učestala ili fiksirana razmišljanja o samoubojstvu - Mogu se utvrditi razmišljanja o načinu izvršenja, ali nema neposrednih namjera niti specifičnog plana - Značajna mentalna bolest - Nestabilna psihološka situacija s nadolazećom krizom |
| Aktivnosti za umjereni visoki rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ublažiti emocionalni stres što je prije moguće - Ukloniti i/ili ograničiti dostupnost sredstava za izvršenje - Pratiti obvezno slijedeća 24 sata - Napraviti punu procjenu mentalnog stanja, aktualne psihosocijalne problematike i započeti kriznu preventivnu strategiju |
| Visok rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Postoji definiran plan samoubojstva - Postoji pristup sredstvu izvršenja - Značajna mentalna bolest - Značajna uporaba alkohola i/ili psihoaktivnih sredstava - Vrlo nestabilna psihološka situacija s nadolazećom krizom - Eskalacija opasnog ponašanja (u smislu povećanja rizika od suicida) |
| Aktivnosti za visok rizik |
| <ul style="list-style-type: none"> - Trenutno osiguranje sigurnosnih uvjeta, 24 satnu podršku i praćenje - Uklanjanje i/ili ograničavanje dostupnosti sredstava za izvršenje samoubojstva - Ublažavanje emocionalne krize - Napraviti punu procjenu mentalnog stanja, aktualne psihosocijalne problematike i započeti kriznu preventivnu strategiju |

Prema: Gask i Morriss, 2003.

Protektivni čimbenici

Protektivni čimbenik je obilježje ili atribut koji smanjuje vjerojatnost pokušaja ili izvršenja samoubojstva. Protektivni čimbenici su vještine, snage ili resursi koji pomažu ljudima učinkovitije suočavanje sa stresnim događajima. Oni osnažuju pojedinca u suprotstavljanju rizičnim čimbenicima. Oni su dinamični i mogu značajno smanjiti izgled pojedinca za pokušaj ili izvršenje samoubojstva. Protektivni čimbenici smanjuju rizik od samoubojstva ublažavanjem ili dokidanjem postojećih čimbenika rizika.

Procjena rizika od samoubojstva ne može biti kompletna bez procjene razloga za život odnosno bez procjene protektivnih čimbenika (Overholser i Spirito, 2003.). Skalu za procjenu koja se obično koristi u adolescentskoj populaciji razradili su Osman i sur. 1996. Sastoji se od četiri dimenzije koje su relevantne za suicidalni rizik: 1. dimenzija moralnog prigovora, 2. dimenzija preživljavanja i suočavajući sustav uvjerenja, 3. dimenzija odgovornosti prema obitelji i 4. dimenzija strah od suicida.

Donaldson, Spirito, i Overholser su 2003. naglasili da prepoznavanje i identifikaciju niske razine tuge i pesimizma treba započeti prije nego se razviju visoki intenziteti. Uključenje u terapijske aktivnosti može biti značajan protektivni čimbenik. Utjecaj nekih rizičnih čimbenika može biti smanjen i određene su intervencije, kao što je hospitalizacija i pružanje medikacije za depresivne bolesnike, nužne kada je to potrebno, uz jačanje socijalne podrške u zajednici (Baldessarini, Tando i Hennen, 1999.).

Neki rizični čimbenici koji nisu promjenjivi (kao što su prethodni pokušaji samoubojstva) mogu upozoriti na pojačani rizik od samoubojstva tijekom razdoblja recidiva mentalnog poremećaja ili nakon značajnih stresnih životnih događaja (Oquendo et al., 1999.). Protektivni čimbenici su vrlo različiti i uključuju individualne osobine, stavove i ponašanja, kao i attribute okoline (Plutchik i Van Praag, 1994.). Prepoznavanje i razumijevanje protektivnih čimbenika jednako je važno kao i prepoznavanje i razumijevanje čimbenika rizika. Neki važniji protektivni čimbenici navedeni su u 5. tablici.

| Tablica 5. Opći protektivni čimbenici za samoubojstvo |
|--|
| Učinkovita klinička skrb za mentalne poremećaje |
| Dostupnost različitih kliničkih intervencija i podrške u kriznim situacijama |
| Povezanost s obitelji i podrška u zajednici |
| Socijalne vještine (donošenje odluka, rješavanje problema i sukoba) |
| Jaka i stabilna uvjerenja o smislu i vrijednosti života |
| Kontrola ljutnje |
| Čvrsta veza s prijateljima, obitelji i podrška značajnih ljudi |
| Kulturna, religijska ili duhovna uvjerenja koje obeshrabuju samoubojstvo |
| Strah od rizičnih ponašanja |
| Nada u budućnost i optimizam |
| Trezvenost |
| Poštivanje osobnog zdravlja i dobrobiti |
| Osjećaj osobne vrijednosti i samopoštovanja |

Prema: Plutchik i Van Praag, 1994.; McLean, Maxwell, Platt, Harris i Jepson, 2008.

3.6.4.4. Prevencija suicidalnog ponašanja

S obzirom da u RH godišnje više ljudi izgubi život izvršenjem samoubojstva nego u prometnim nezgodama i uz relativno stabilnu ratu suicida kroz zadnjih 20-tak godina jasno je da postoji potreba kako za preventivnim programima tako i za preventivnim intervencijama. Kao što je opisano postoji velik broj mogućih čimbenika rizika kao i protektivnih čimbenika za suicidalno ponašanje i svaka se prevencija, odnosno intervencija, temelji na prepoznavanju i razumijevanju istih. Iako su razvijani različiti programi prevencije kao i različiti tretmani za sprječavanje suicidalnog ponašanja vrlo malo njih pokazalo je značajan učinak u smanjenju suicidalnog ponašanja ili dugotrajno održive rezultate (Goldney, 2000.).

Hospitalni tretman

Budući da većina objavljenih radova i kliničkog iskustva pokazuje da prisustvo mentalnih poremećaja značajno povećava rizik za samoubojstvo, rano prepoznavanje i liječenje istih, važna je strategija za sprječavanje samoubojstva. Posebnu važnost ovdje imaju shizofrenija, poremećaji raspoloženja posebice depresija, ovisnost o alkoholu i dugim psihoaktivnim sredstvima te neki poremećaji ličnosti. U tom je smislu važna edukacija profesionalaca na razini primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje suicidogenog potencijala i upućivanje pojedinaca s visoko izraženim rizikom na daljnju obradu i po potrebi bolničko liječenje. Bolničko liječenje uz primjenu suvremenih, visoko diferenciranih psihofarmaka može biti značajan protektivni čimbenik za samoubojstvo u osoba s izraženim specifičnim mentalnim poremećajima jer uz osiguravanje sigurne okoline, omogućava pored suvremenog farmakoterapijskog tretmana rani početak psihoterapijskih intervencija koje dugoročno mogu smanjiti rizik od relapsa ili ponovnog pokušaja samoubojstva (Verkes i sur., 1998.).

Psihoterapijski tretmani

Unatoč činjenici da je samoubojstvo prepoznato kao javnozdravstveni problem postoji relativno mali broj empirijski podržanih dokaza za pojedine psihoterapijske tretmane koji bi pokazali učinkovito smanjenje suicidalnog ponašanja u randomiziranim kontroliranim istraživanjima (Rathus i Miller, 2002.). Primjena i/ili prilagodba empirijski podržanih tretmana za liječenje depresivnih adolescenata na suicidalne adolescente nije sasvim prikladna jer ne uključuje specifične strategije za prevenciju samoubojstva. U nastojanju da se usmjeri na adolescentsku populaciju s povećanim rizikom za samoubojstvo, dijalektička bihevioralna terapija je adaptirana te koristi tehnike i ciljeve prilagođene suicidalnom ponašanju. Eksperimentalna prilagođena istraživanja dijalektičke bihevioralne terapije u odnosu prema uobičajenoj skrbi kod suicidalnih adolescenata s graničnim poremećajem osobnosti nalaze da su u DBT skupini, iako ne i statistički značajno, ispitanici imali manje pokušaja samoubojstva od ispitanika koji su bili u uobičajenoj skrbi.

Obiteljske, skupno orijentirane i kratke psihosocijalne intervencije također su testirane na suicidalnim adolescentima. Wood, Trainor, Rothwell, Moore i Harrington, 2001., evaluirali su učinkovitost skupne terapije za adolescente sa suicidalnim ponašanjem,

tretman usmjeren na rješavanje problema, kognitivnu terapiju, DBT i psihodinamsku skupnu terapiju. Adolescenti su sudjelovali u šest akutnih skupnih radionica organiziranih oko pojedinih tema (odnosi, školski problemi i vršnjački odnosi, obiteljski problemi, upravljanje ljutnjom, depresivnost i samoozljeđivanje, beznadnost i razmišljanje o budućnosti). Eksperimentalni tretmani, u odnosu na rutinsku skrb, pokazali su smanjenje epizoda samoozljeđivanja, produženo vrijeme do ponavljanja suicidalnog ponašanja i povećanje prisutnosti u školskim obvezama. Nije bilo razlika u učinkovitosti liječenja depresije, suicidalnih promišljanja ili konačnog ishoda tretmana.

Multisistemska terapija (MST) kao obiteljski tretman koji je razvijen prvenstveno za tretiranje antisocijalnog ponašanja pokazao se korisnim u smanjenju broja pokušaja samoubojstva, ali ne i u smanjenju suicidalnog promišljanja, osjećaja beznadnosti i depresije (Huey, Henggeler, Rowland i sur., 2004). Međutim, rezultati se teško interpretiraju zbog oko 50% tinejdžera koji se zaprimaju na hitno bolničko liječenje pa time bolničko liječenje može biti razlogom za niži broj pokušaja samoubojstva. Cotgrove, Zirinsky, Balck i Weston, 1995., našli su da adolescenti kojima se dopušta bolničko liječenje na osobni zahtjev pokazuju smanjenje broja pokušaja samoubojstva kroz godinu dana praćenja, ali bez statističke značajnosti. Čini se da analize pokazuju da je otvoreni pristup (u zajednici) učinkovit samo kod adolescenata s niskim ili umjerenim rizikom za ponovni pokušaj samoubojstva, dok oko 11% zahtjeva hitno bolničko liječenje.

Ostala randomizirana kontrolirana istraživanja na populaciji adolescenata s visokim rizikom za samoubojstvo koji su testirali učinkovitost kratkih kognitivno-bihevioralnih obiteljskih i intervencija u hitnim ili kriznim službama pokazala su da ovaj tretman nije bio uspješan u smanjenju ili sprječavanju suicidalnog ponašanja (Rotheram-Borus, Piacentin, Cantwel, Belin i Song, 2000.). Proporcija ponovnih pokušaja samoubojstva i suicidalnih promišljanja tijekom 18-mjesečnog razdoblja praćenja nije se razlikovala između dviju skupina. Pokazao se trend smanjenja proporcije ponovnih pokušaja u eksperimentalnoj skupini koji nije bio značajan (8,7% prema 14,6%). Harrington, Kerfoot, Dyer, McNiven i sur., 1998., su u istraživanju usporedili skupinu adolescenata koji su uz rutinsku skrb prisustvovali i programu od pet radionica obiteljskih intervencija sa skupinom koja je imala samo rutinsku skrb za adolescente koji su pokušali izvršiti samoubojstvo. Iako je istraživanje pokazalo da intervencije u eksperimentalnoj skupini nisu bile uspješnije od skupine koja je imala samo rutinsku skrb u smanjenju suicidalnih promišljanja ili ponovnih pokušaja, među nedepresivnom skupinom adolescenata pronašli su da obiteljske intervencije smanjuju suicidalna promišljanja više od uobičajene rutinske skrbi.

U nastojanju da se pronađu primjereni modeli tretmana kreirani su i noviji modeli kao model cjeloživotne podrške u kojem suicidalni adolescenti identificiraju odraslu osobu u svom životu koja će im biti izvor trajne podrške (King, Kramer, Preuss, Kerr, Weisse, Venkataraman i sur., 2006.). Istraživanje je, međutim, pokazalo da ne postoji značajan učinak na smanjenje suicidalnih promišljanja ili pokušaja, ali je kod žena u eksperimentalnoj skupini (s izborom osobe za trajnu podršku) prijavljeno smanjenje suicidalnih promišljanja u odnosu na žene u kontrolnoj skupini.

Evidentno postoji potreba za empirijski podržanim tretmanima suicidalnih adolescenata kako bi se spriječili ponovni pokušaji suicida. Intervencije kojima je cilj smanjiti težinu ili broj utvrđenih čimbenika rizika za suicidalno ponašanje, kao što su depresija, suicidalna promišljanja, impulzivnost, itd., mogu biti korisne. Takve će intervencije vjerojatno biti najučinkovitije ako su usmjerene na istaknute čimbenike rizika koji postoje u akutnim suicidalnim krizama.

Jedan od takvih tretmana je kognitivno-bihevioralni tretman prevencije suicidalnog ponašanja (CBT-SP), koji vodi k smanjenju rizika, uključuje pristup prevencije relapsa i usmjeren je isključivo na smanjenje budućeg suicidalnog ponašanja u suicidalnih adolescenata.

Kognitivno-bihevioralni tretman prevencije samoubojstva (CBT-SP) je specifični tretman za adolescente koji su nedavno imali pokušaj samoubojstva (unutar 90 dana). Iako je CBT-SP dizajniran za osobe s pokušajem samoubojstva također se može primijeniti na onima koji doživljavaju epizode akutnog suicidalnog promišljanja (za razliku od ispitanika s kroničnim ustrajnim suicidalnim promišljanjima).

Adolescenti koji pokušavaju samoubojstvo ili oni koji imaju akutna suicidalna promišljanja obično imaju i više psihijatrijskih i problema u okolini (Bridge, Goldstein i Brent, 2006.). CBT-SP je usko usmjeren tretman koji nije osmišljen rješavati sve adolescentske probleme, već je usmjeren na razvijanje vještina (kognitivnih, bihevioralnih i interakcijskih) koje će omogućiti adolescentu suzdržavanje od daljnjeg suicidalnog ponašanja. Roditelji adolescenta također su uključeni u tretman.

Temelji se na modelu stres - dijateze suicidalnog ponašanja (Mann, 2002.). Teoretski, dijateza suicidalnog ponašanja uključuje kombinaciju više rizičnih čimbenika, kao što su spol, dob, obiteljske i genetske komponente, rana iskustva iz djetinjstva, mogućnost psihosocijalne podrške sustava itd. Prema ovom modelu stresori aktiviraju suicidalno ponašanje u specifičnom kontekstu pojedinca.

U središtu pozornosti ovog tretmana je identifikacija rizičnih čimbenika i stresora, uključujući i emocionalne, kognitivne, bihevioralne i obiteljske procese koji su aktivni neposredno prije i nakon pokušaja samoubojstva adolescenata ili nedavne suicidalne krize. Ti procesi uključuju deficit u sposobnostima suočavanja adolescenta ili deficit u motivaciji za suočavanje tijekom suicidalne krize. Npr., takvi nedostaci mogu uključivati nesposobnost regulacije emocija, nemogućnost rješavanja problema, nesposobnost tolerancije stresa, nesposobnost promjene negativnih misli ili uvjerenja koji su uzrokom osjećaja beznadnosti i bezvrijednosti. Rizični se čimbenici mogu prepoznati u detaljnoj bihevioralnoj analizi slijeda događaja i reakcija na te događaje koji su doveli do suicidalne krize. Jezgra tretmana je individualizirana konceptualizacija slučaja koja identificira problematična područja na koja će biti usmjerene intervencije u akutnoj fazi tretmana.

Pojedinačne i obiteljske strategije u tretmanu odabrane su na temelju njihove relevantnosti iz perspektive terapeuta, adolescenta i obitelji u cilju smanjenja rizika. Konkretno, strategije se biraju u suradnji terapeuta i adolescenta, s posebnim osvrtom na one strategije koje će najvjerojatnije imati utjecaj na smanjenje rizika za samoubojstvo kao i one koje će osnažiti postojeće snage (Linehan, 1993.; Brent i Poling, 1997.; Brent, Bridge

i Bonner, 2000.; Brown, Henriques, Ratto i Beck, 2002.; Brown, Have, Henriques, Xie, Hollander i Beck, 2005.). Ove strategije mogu uključivati različite tehnike CBT opisane u literaturi; strategije restrukturiranja kao što su prepoznavanje i valorizacija automatskih misli, strategije regulacije emocija kao što su akcije izbora, emocionalnog termometra, paradoksalne reakcije, vještine tolerancije tjeskobe, biheavioralnu aktivaciju, strategije rješavanja problema i brojne druge (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon i Heard, 1991.; Linehan, Heard, i Armstrong, 1993.).

Obiteljska pitanja koja su zamijećena od strane suicidanta, njegove obitelji i kliničara rješavaju se u mjeri u kojoj su relevantna za konceptualizaciju slučaja i prevenciju budućih pokušaja samoubojstva. CBT-SP uvažava da se suicidalne krize javljaju unutar socijalnog konteksta adolescenata kao i čimbenike iz ovog konteksta koji povećavaju rizik za samoubojstvo. Takvi čimbenici mogu uključivati problematične vršnjačke ili romantične odnose, fizičko, verbalno ili seksualno zlostavljanje, disfunkcionalni obiteljski sustav uvjerenja, visoka ili niska obiteljska očekivanja, odsustvo nagrađivanja ili skromnije školsko postignuće itd. CBT-SP također uključuje određene tehnike obiteljske terapije u rješavanju kontekstualnih problema (Curry, Wells, Brent i sur., 2000.; Wells i Curry, 2000.).

Struktura CBT-SP sastoji se od akutne faze i nastavka koje se, u pravilu, dovršavaju u roku od šest mjeseci. Akutna faza se sastoji od približno 12 do 16 tjedana individualnih radionica te do 6 obiteljskih radionica. Akutna faza tretmana sastoji se od inicijalne faze, srednje faze te završne faze akutnog tretmana. Prevencija relapsa događa se u završnoj fazi akutnog tretmana. Zadatak prevencije relapsa je „in vivo“ ispitati učinkovitost stjecanja vještina i sposobnosti suočavanja u prevenciji suicidalnog ponašanja u budućnosti (Henriques, Beck i Brown, 2003.; Berk, Henriques, Warman, Brown i Beck, 2004.). Nastavak tretmana traje dodatnih 12 tjedana, a sastoji se od radionica koje se prorjeđuju. Osim toga, tri radionice u nastavku tretmana mogu biti i obiteljske ukoliko je potrebno.

Centri za prevenciju u zajednici

Osim hospitalnih intervencija specifičnih za službe koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja, u zajednici postoje i preventivni i/ili krizni centri za pojedince s izraženim suicidalnim ponašanjem koji nude, u pravilu prvu pomoć, najčešće putem telefonske ili neke druge elektronske veze, ali postoje i različiti programi kriznog savjetovanja. Kvantitativni pregledi učinkovitosti prevencije suicida u centrima za prevenciju nisu pokazali bilo pozitivan bilo negativan učinak na stope samoubojstva (Dew i sur., 1987.). Međutim pregled je imao značajne metodološke nedostatke s obzirom da je proporcija samoubojstava među klijentima koji su koristili usluge centara za prevenciju bila veća od udjela samoubojstava u općoj populaciji. Treba naglasiti da su pojedinci koji su imali izraženo suicidalno ponašanje i/ili koji su izvršili suicid bili i jedini korisnici usluga ovih centara. Ovi rezultati pokazuju da centri za prevenciju ipak privlače velik broj pojedinaca s visokim rizikom od počinjenja samoubojstva kojima je pomoć potrebna.

Školske preventivne intervencije

Programi školskih intervencija postavljeni su na način da educiraju zaposlenike škole, članove zajednice i pružatelje zdravstvenih usluga na primarnoj razini zdravstvene zaštite

u identifikaciji i prepoznavanju pojedinaca s izraženim rizikom za samoubojstvo te ih upućuju u centre za zaštitu mentalnog zdravlja. Ekstenzitet edukacije razlikuje se od programa do programa, ali u svim slučajevima jaka povezanost s lokalnim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja je od esencijalne važnosti. Međutim Lester (1992.) sugerira oprez navodeći da u programima, npr. zaposlenici škole nesumnjivo dobivaju više znanja, ali time učenike i studente upućuju značajno rjeđe profesionalcima u području mentalnog zdravlja što samo po sebi može dovesti do povećanja broja samoubojstava.

Iako je edukacija zaposlenika škole, roditelja i drugih koji su uključeni u školske programe vrlo važna, ti ljudi ne mogu zamijeniti profesionalce u području mentalnog zdravlja. Stoji i činjenica da zdravstvene ustanove same po sebi ne mogu zadovoljiti sve potrebe mladih ljudi, i škole moraju biti u mogućnosti djelovati i kao mjesta za provođenje preventivnih programa.

Ograničavanje pristupa sredstvima

Ograničavanje pristupa sredstvima za izvršenje samoubojstva posebno je važno kada takav pristup može lako biti pod kontrolom. Ovo se prvi put pokazalo korisnim 1972. godine u Australiji kada su istraživanja pronašla smanjenje stope samoubojstava nakon što je značajno reduciran pristup sedativima (Oliver i Hetzel, 1972.).

Osim ove studije o sedativima postoje i dokazi o smanjenju stope suicida kada su druge otrovne tvari stavljene pod kontrolu, primjerice pesticidi, koji su široko diseminirani u ruralnim područjima u mnogim zemljama u razvoju.

Isto tako u zemljama u kojima je dozvoljen posjed oružja u kućanstvima utvrđena je povezanost sa stopom samoubojstva kao i s načinom izvršenja (Lester, 1998.; Clarke i Lester, 1987.).

Profesionalna etičnost medijskih izvješća o samoubojstvu

Potencijalni utjecaj medija na stopu samoubojstava je poznat duže vremena. Više od dva stoljeća, naširoko čitani roman nadahnua je velik broj mladih ljudi za imitacije samoubojstava. J. W. Goethe je u romanu „Die Leiden des jungen Werther“ opisao unutarnji nemir i tjeskobu zbog neuzvraćene ljubavi i posljedično samoubojstvo mladog Werthera. Učinak na čitatelje bio je fascinirajući. Roman je inspirirao ne samo romantične emocije, već i val samoubojstava mladih slično kostimiranih kao junak romana „plavi kaput i žuti prsluk“ (Reed, 1984.).

Današnja istraživanja sugeriraju da utjecaj medija na poticanje imitacije samoubojstva uvelike ovisi o načinu izvještavanja koji se koristi kao i slikovnom materijalu koji se koristi. Ekstremna komercijalizacija i vulgarizacija izvještaja o samoubojstvima može stvoriti kult oproštajne kulture u kojoj se samoubojstvo vidi kao prihvatljiv način izlaska iz problema. Različite su organizacije predložile smjernice za izvještavanje o suicidalnom ponašanju, uključujući i Centar za kontrolu i prevenciju bolesti u Sjedinjenim Državama, Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO, 2000.) i druge.

Umjesto zaključka

Samoubojstvo je jedan od vodećih uzroka smrti u svijetu i važan je javnozdravstveni i društveni problem. Ono je istovremeno kompleksna pojava koja se javlja u pojedinačnoj

formi u ovisnosti o brojnim interaktivnim i sinergičkim biološkim, psihološkim, psihijatrijskim, socijalnim i situacijskim čimbenicima. Složenost uzroka nužno zahtjeva širi integrativni društveni pristup od prevencije do liječenja. S obzirom na brojnost i varijabilnost rizičnih čimbenika, strategije prevencije koje imaju učinak kod jednog pojedinca ne moraju imati učinak kod drugog.

Ozbiljni, stručni, dugoročni i interdisciplinarni programi i značajne investicije potrebne su kako za istraživanja tako i za programe prevencije i liječenja. Stupnjevita i pravovremena stručna i financijska evaluacija programa je potrebna radi eventualnih korekcija u tijeku izvođenja programa. Nacionalni programi u izradi prevencije suicida trebali bi se rukovoditi smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije. Evidencija suicidalnog ponašanja, posebice razdvajanje suicidalnog ponašanja od nesretnih slučajeva i operacionalizacija i objektivizacija protokola za prikupljanje podataka trebala bi biti aktualni prioritet. Podaci, osnovani na jedinstvenim kriterijima, trebali bi biti ujednačeni u različitim sektorima (zdravstveni sustav, pravosuđe, policija, školstvo i obrazovanje). Objektivizacija sustava prikupljanja podataka neophodna je zbog mogućeg preklapanja podataka.

Profesionalci u području mentalnog zdravlja izvanbolničkog sustava trebali bi biti osposobljeni za prepoznavanje rizičnih ponašanja i pravovremene reakcije.

Potrebna je izrada nacionalne, regionalne i lokalnih strategija prevencije suicidalnog ponašanja osnovana na interdisciplinarnoj stručnoj suradnji u kojoj će svoje mjesto pronaći škole, primarna zdravstvena zaštita i obiteljska medicina, centri za krizna stanja kao i zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja.

Literatura:

1. Amundsen, D. (1989.): "Suicide and Early Christian Values", in *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, B. Brody (ed.), Dordrecht: Kluwer
2. Appleby, L., Shaw, J., Sherratt, J., Amos, T., Robinson, J., McDonnell, R., et al. (2001.): *Safety First: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*, London, department of Health
3. Baldessarini, R., Tondo, L., & Hennen, J. (1999.): Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 2), 77-84
4. Berk, M. S., Henriques, G. R., Warman, D. M., Brown, G. K., Beck, A. T. (2004.): A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples, *Cogn Behav Pract* 11(3): 265–277
5. Bilten o sigurnosti cestovnog prometa (2005.– 2010.), Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske, RH, Zagreb
6. Bošković, G., Šendula-Jengiđ, V. (2008.): Mental Health as Eudaimonic Well-Being? (Editorial) *Psychiatria Danubina*, 20 (2008) 4: 452-455
7. Bouch, J. & Marshall, J. J. (2005.): Suicide risk: structured professional judgement, *Advances in Psychiatric Treatment* (2005.), vol. 11, 84–91
8. Brent, D., Bridge, M., Bonner, C. (2000.): *Cognitive Behavior Therapy Manual for TORDIA*, Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh

9. Brent, D., Poling, K. (1997.): *Cognitive Therapy Treatment Manual for Depressed and Suicidal Youth*, Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh
10. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. (2006.): Adolescent suicide and suicidal behavior, *J. Child Psychol Psychiatry* 47(3–4):372–394
11. Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., Beck, A. T. (2005.): Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial, *JAMA* 294(5):563–570
12. Brown, G. K., Henriques, G., Ratto, C., Beck, A. T. (2002.): *Cognitive Behavior Therapy for Adult Suicide Attempters*, Philadelphia PA: University of Pennsylvania
13. Campbell, R. and Collinson, D. (1988.): *Ending Lives*, Oxford: Basil Blackwell
14. Cholbi, M. (2000.): “Kant and the Irrationality of Suicide”, *History of Philosophy Quarterly*, 17(2): 159–176
15. Clarke, R. V., Lester, D. (1987.): Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41:114–120
16. Cooper, J. i Kapur, N. (2004.): Assessing suicide risk, In: Duffy, D. and Ryan, T. (2004.): *New Approaches to prevent Suicide, Manual for Practitioners*, Jessica Kingsley Publication, London, 20 -39
17. Cooper, J. M. (1989.): Greek Philosophers on Suicide and Euthanasia”, in *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, B. Brody (ed.), Dordrecht: Kluwer
18. Cotgrove, A., Zirinsky, L., Balck, D., Weston, D. (1995.): Secondary prevention of attempted suicide in adolescence, *J. Adolesc*, 1995;18(5):569–577
19. Curry, J., Wells, K., Brent, D. et al. (2000.): *Cognitive Behavior Therapy Manual for TADS*, Durham NC: Duke University
20. Dew, M. A. et al. (1987.): A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55:239–244
21. Donaldson, D., Spirito, A. & Overholser, J. (2003.): Treatment of adolescent suicide attempters, In: A. Spirito & J. C. Overholser (Eds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice* (pp. 295–321), New York: Academic Press
22. Douglas, K. S., Cox, D. N. & Webster, C. D. (1999.): Violence risk assessment: Science and practice, *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149–184
23. Državni zavod za statistiku (1992. – 2010.), *Statistički ljetopis*, RH, Zagreb
24. Dvoskin, J. A. & Heilbrun, K. (2001.): Risk assessment and release decision making: toward resolving the great debate, *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29, 6–10
25. Ferngren, G. B. (1989.): “The Ethics of Suicide in the Renaissance and Reformation.”, in *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, B. Brody (ed.), Dordrecht: Kluwer
26. Gask, L. and Morriss, R. (2003.): Assessment and immediate management of people at risk of harming themselves, *Psychiatry*, 2, 8-12
27. Goldney, R. D. (2000.): Prediction of suicide and attempted suicide, In: Hawton K, van Heeringen K, eds.: *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Chichester, John Wiley & Sons, 585–595
28. Grove, W. M. & Meehl, P. E. (1996.): Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical statistical controversy, *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293–323
29. Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F. et al. (1998.): Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(5):512–518
30. Hart, D. S., Michie, C. and Cooke, J. D. (2007.): Precision of actuarial risk assessment instruments, *British Journal of Psychiatry*, 190, 49: 60-65
31. Hawtone, K. (1987.): Assessment of suicide risk, *British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366
32. Henriques, G. R., Beck, A. T., Brown, G. K. (2003.): Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters, *Am Behav Sci* 2003;46(9):1258–1268

33. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2000.-2010.), Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis, RH, Zagreb
34. Huey, S. J. Jr, Henggeler, S. W., Rowland, M. D. et al. (2004.): Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies, *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 43(2):183-190
35. Jackson, D. (1957.): Theories of Suicide. Pages 17-21 in Edwin S. Shneidman and Norman L. Farberow (editors), *Clues to Suicide*, New York: McGraw-Hill
36. Kapur, N. (2000.): Evaluating risks. *Advances in Psychiatric Treatment* 6, 399-406
37. King, C. A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D. C., Weisse, L., Venkataraman, S. (2006.): Youth-Nominated Support Team for Suicidal Adolescents (Version 1): a randomized controlled trial, *J Consult Clin Psychol* 74(1):199-206
38. Lester D. (1992.): State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:75-77
39. Lester D. (1998.): Preventing suicide by restricting access to methods for suicide, *Archives of Suicide Research*, 4:7-24
40. Lieberman, L. (2003.): *Leaving You: The Cultural Meaning of Suicide*, Chicago: Ivan R. Dee
41. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991.): Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Arch Gen Psychiatry*, 1991.;48(12):1060-1064
42. Linehan, M. M., Heard, H. L., Armstrong, H. E. (1993.): Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, *Arch Gen Psychiatry* 50(12):971-974.
43. Mann, J. J. (2002.): A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2;136(4):302-311
44. Minois, G. (1999.), *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*, Baltimore: Johns Hopkins University Press
45. Monahan, J. (1981.): *Predicting Violent Behaviour: An Assessment of Clinical Techniques*, Beverly Hills, CA: Sage
46. Monahan, J. (1996.): Violence prediction: the last 20 and the next 20 years, *Criminal Justice and Behaviour*, 23, 107-120
47. Oliver, R. G., Hetzel, B. S.: Rise and fall of suicide rates in Australia: (1972.) relation to sedative availability, *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919-923
48. Overholser, J. & Spirito, A. (2003.): Precursors to adolescent suicide attempts. In: A. Spirito & J. C. Overholser (eds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice* (pp. 19-40), New York: Academic Press
49. Oquendo, M. A., Malone, K. M., Ellis, S. P., Sackeim, H. A. & Mann, J. J. (1999.): Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior, *American Journal of Psychiatry*, 156, 190-194
50. Plutchik, R. & Van Praag, H. M. (1994): Suicide risk: Amplifiers and attenuators. In: M. Hillbrand & N. J. Pollone (eds.): *The psychobiology of aggression*, Binghamton, NY: Haworth Press
51. Rathus, J. H., Miller, A. L. (2002.): Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents, *Suicide Life Threat Behav* 32(2):146-57
52. Reed, T. J., Goethe (1984.): Oxford University Press (Past Masters Series)
53. Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R., Song, J. (2000.): The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters, *J. Consult Clin Psychol* 2000.; 68(6):1081-93
54. Snowden, P. (1997.): Practical aspects of clinical risk assessment and management, *British Journal of Psychiatry*, 32, 2-4
55. Verkes, R. J. et al. (1998.): Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression, *American Journal of Psychiatry*, 155:543-547
56. Webster, C. D. & Bailes, G. B. (2004.): Assessing violence risk in mentally and personality disordered individuals. In *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment* (ed. C. R. Hollon)

Chichester: John Wiley & Sons

57. Wells, K., Curry, J. F. (2000.): Family Cognitive Therapy Manual for TADS. Durham, NC: Duke University
58. Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., Harrington, R. (2001.): Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40 (11): 1246–53

3.6.5. Unaprjeđivanje mjera prevencije i suzbijanje ovisnosti; mjesto i uloga psihologa

Psiholozi imaju značajnu suradničku, a u pojedinim segmentima i jedinstvenu ulogu u sustavnom pristupu prevenciji i suzbijanju ovisnosti; sudjeluju u multidisciplinarnim timovima koji unutar javnozdravstvenog sustava kreiraju i provode mjere prevencije i suzbijanja ovisnosti, često su voditelji školskih programa prevencije ovisnosti, sudjeluju u probiru djece i mladih kod kojih se manifestira ovisničko ponašanje, sudjeluju u tretmanu ovisnika i osoba rizičnog ponašanja. Dakle, sudjeluju i u prevenciji na svim razinama, kao i u suzbijanju ovisnosti neposrednim stručnim postupcima (koji uključuju i tretman ovisnika). Zadaće provode dijelom samostalno, a dijelom surađujući s ostalim pomagačkim strukama (u interdisciplinarnom pristupu rješavanju problema). Posebno su važna ona područja djelovanja u kojima psiholozi ili samostalno provode stručne postupke ili su nositelji aktivnosti u postupcima koji se provode u suradnji sa stručnjacima neke druge struke. Stoga će u dijelu koji slijedi naglasak biti na područjima djelovanja psihologa koja je potrebno unaprjeđivati unutar kompleksa prevencije i suzbijanja ovisnosti.

Distinkcija pojmova prevencija i suzbijanje (ovisnosti)

Iako se ponekad u literaturi, a svakako još učestalije u svakodnevnom govoru pojmovi prevencija i suzbijanje koriste kao inačice, u kreiranju mjera prevencije i suzbijanja (ovisnosti) svakako je potrebno poznavati ovu distinkciju.

Prevencija ovisnosti skup je mjera i postupaka usmjerenih ranom otkrivanju znakova koji upućuju na elemente ovisničkog ponašanja i uključuje osmišljavanje osnaživanja kapaciteta pojedinaca, njihovih obitelji te stručnih osoba i nadležnih tijela u donošenju pozitivnih odluka i smanjivanju štete zbog donesenih negativnih odluka. Dakle, smisao je prevencije spriječiti nastanak problema i stoga ona uključuje ukupnost radnji koje se poduzimaju da se spriječi nastanak, održavanje i razvoj ovisničkog ponašanja i ovisnosti. Posljedica je prevencije dakle zaštita od ovisnosti.

Suzbijanje ovisnosti usmjereno dokidanju problema koji se već aktualizirao, ili barem umanjivanju nastale (ili moguće) štete od posljedica aktualnog problema. Uključuje svjesne napore kojima se problem koji je već nastao svodi pod manju mjeru, dovodi pod kontrolu ili dokida potiskivanjem (neprihvatljivog ponašanja), stišavanjem (na primjer epidemije).

3.6.5.1. Razine preventivnog djelovanja

U smislu prevencije zlouporabe sredstava ovisnosti od ranije je prihvaćena podjela prema kojoj se prevencija dijeli na primarnu, sekundarnu i tercijarnu.

Primarna prevencija

Uključuje informativni, edukativni i savjetodavni rad o mogućim štetnim posljedicama ovisničkog ponašanja, ali i složene mjere i postupke usmjerene osnaživanju i pomoći pojedincima i skupinama u razvijanju pozitivnih životnih stilova i učenju donošenja pozitivnih odluka u životu.

Sekundarna prevencija

Uključuje neposredan rad s osobama koje se rizično ponašaju i/ili već eksperimentiraju sa sredstvima ovisnosti, ali i selektivno usmjerene aktivnosti prema onim skupinama koje možemo nazvati rizičnima.

Tercijarna prevencija

Uključuje kompleksne psihosocijalne i medicinske tretmane osoba koje su u doticaju sa sredstvima ovisnosti, a u smjeru sprječavanja daljnjeg ovisničkog ponašanja ili smanjivanja štete od takvog ponašanja.

Može se uočiti da relativno noviji pristupi preventivnom djelovanju od sredine devedesetih godina prošloga stoljeća prepoznaju razliku između univerzalne, selektivne i indicirane prevencije koja donekle zamjenjuje prijašnji koncept primarne, sekundarne i tercijarne prevencije.

Univerzalna prevencija

Usmjerena je na cijelu populaciju jer se pretpostavlja da svi pojedinci imaju jednaki rizik za zloupotrebu, odnosno toga rizika nema. Cilj mjera koje se provode unutar ove preventivne razine je spriječiti početak štetne zloupotrebe.

Selektivna prevencija

Usmjerena je rizičnim pojedincima i/ili skupinama. Stoga se na ovoj preventivnoj razini naglašava važnost identifikacije rizičnih činitelja za razumijevanje početka štetne zloupotrebe, posebice među mladima.

Indicirana prevencija

Usmjerena je na pojedince sa značajnim rizikom razvoja štetne zloupotrebe i/ili ovisnosti te na ciljane specifične intervencije.

3.6.5.2. Područja djelovanja psihologa koja je potrebno unaprjeđivati unutar prevencije i suzbijanja ovisnosti

Prevencija i suzbijanje ovisnosti u našoj su zemlji prilično razvijeni te je na temelju pozitivnih iskustava i dobrih rezultata, posebno u provedbi mjera na prevenciji ovisnosti, važno nastaviti provoditi i poboljšavati mjere borbe protiv svih oblika ovisnosti. U skladu s ovim imperativom su i kreirane smjernice za psihološku djelatnost kojih je srž sudjelovanje psihologa u provođenju i poboljšavanju raznolikih preventivnih mjera borbe protiv svih oblika ovisnosti primjenjujući suvremene psihologijske spoznaje i metode rada.

Smjernice su sljedeće:

A) na razini univerzalne prevencije:

I. Unaprjeđivati širu međusektorsku suradnju u prevenciji i liječenju ovisnosti, a posebno suradnju među psiholozima koji rade u različitim sektorima i na različitim razinama zdravstvene zaštite

II. Sudjelovati u kreiranju strateških dokumenata za prevenciju i suzbijanje ovisnosti te u izradi operativnih planova i programa prevencije i suzbijanja ovisnosti

III. Istraživati i publicirati rezultate istraživanja i razvijati psihološku disciplinu koja se bavi ovisničkim ponašanjem

IV. Sudjelovati u senzibiliziranju javnosti:

- o opasnostima ovisničkog ponašanja
- za prepoznavanje znakova ovisničkog ponašanja kod bliskih osoba
- o nužnosti pravovremenog reagiranja i traženja stručne pomoći
- za aktivno sudjelovanje u prevenciji ovisnosti kroz angažman u udrugama (nevladine organizacije)

V. Kreirati, provoditi, evaluirati učinkovitost i unaprjeđivati programe poticanja usvajanja pozitivnih društvenih vrijednosti te razvoja emocionalnih i socijalnih vještina

VI. Razvijati mehanizme istraživanja i praćenja pojavnosti svih oblika ovisnosti

VII. Razvijati mehanizme istraživanja i praćenja rizičnih ponašanja djece i mladih za razvoj ovisnosti (rano pijenje, „eksczesivno“ pijenje alkohola za zabavu, uzimanje droga).

B) na razini selektivne prevencije:

I. Razvijati, sudjelovati u provođenju, evaluirati učinkovitost i unaprjeđivati sveobuhvatne preventivne intervencije u zajednici usmjerene jačanju zaštitnih i suzbijanju rizičnih čimbenika za razvoj ovisnosti i pojavnost različitih oblika ovisnosti

II. Sudjelovati u provedbi preventivnih programa, posebno školskih programa prevencije ovisnosti

III. Provoditi psihoedukaciju o samozaštitnim mehanizmima izbjegavanja ovisničkog ponašanja

IV. Razvijati primjereni psihodijagnostički instrumentarij za identificiranje ovisničkog ponašanja

V. Razvijati mehanizme evaluacije učinkovitosti preventivnih postupaka i programa

VI. Razvijati, provoditi, evaluirati učinkovitost i unaprjeđivati programe savjetodavnog rada s osobama koje su visokorizične za razvoj ovisnosti.

C) na razini indicirane prevencije:

I. Sudjelovati u provođenju tretmana osoba koje su u skupinama koje su procijenjene visokorizičnima za razvoj ovisnosti

II. Provoditi diskretan osobni zaštitni program osoba koje u skupinama koje su procijenjene visokorizičnima za razvoj ovisnosti ili pokazuju elemente ovisničkog ponašanja

III. Sudjelovati u savjetovanju tijekom liječenja ovisnika, posebno u postupcima rehabilitacije i resocijalizacije (liječenih) ovisnika.

3.6.5.3. Kreiranje ciljeva u tretmanu ovisnika

Mjere i postupci koji se provode u borbi protiv ovisnosti usmjereni su ciljevima; ne provode se stihijski i ad-hoc, već su usmjereni zamišljenim ponašanjima kojima se teži (ciljevi su, dakle, opisana zamišljena ponašanja kojima se u radu teži). Stoga je na početku aktivnosti usmjerenih prevenciji i/ili suzbijanju ovisnosti ključno definirati ciljeve. Ciljevi usmjeravaju djelovanje i potiču motivaciju. Presudno je u tome da ciljevi budu ostvarivi. Neposredno iskustvo u dosadašnjemu radu s ovisnicima upućuje na to da ciljevi u radu s ovisnicima mogu biti:

- Usvajanje znanja (psihoedukacija i specifična edukacija)
Informiranje korisnika s ciljem trajne promjene ponašanja (učenja). Točna i nedvosmislena informacija ovisnicima može ubrzati tijek liječenja, pomoći u donošenju ispravnih i zdravih odluka i u konačnici spasiti život. Ovisnike i mlade rizičnog ponašanja potrebno je podučiti i štetnosti djelovanja sredstava ovisnosti, ali posebno je važno naučiti ih donošenju zdravih životnih odluka, prihvaćanju osobnih emocija, samokritičnosti te osnovnim životnim znanjima o tome kako stjecati nova znanja i kako prepoznati problem i potražiti pomoć.
- Promjene ponašanja (modifikacija ponašanja)
Temeljno je polazište za rad na ostvarenju ovoga cilja činjenica da ovisnici manifestiraju ovisnička ponašanja. Ona su usmjerena traženju podražaja kroz (zlo)upotrebu droge posljedica čega je uništavanje osobnoga i života bliskih im osoba. Takva (ovisnička) ponašanja u postupku tretmana ovisnika potrebno je modificirati. Promjenom obrasca ponašanja od ovisničkog prema neovisničkom ponašanju ovisnik prestaje tražiti drogu i zadovoljstvo počinje nalaziti u normalnim i svakodnevim životnim aktivnostima. Sličan se pristup primjenjuje i prema osobama rizičnog ponašanja koje još ne manifestiraju ovisničko ponašanje i prema kojima se u smislu selektivne i indicirane prevencije usmjeravaju stručne aktivnosti koje uključuju modifikaciju ponašanja.

- Promjene navika
Ovisnici su postali ovisnicima ponavljanjem ovisničkog ponašanja koje ih je dovelo do droge. Ovisnici su dakle usvojili naviku ovisničkog ponašanja koja svakim novim drogiranjem postaje sve čvršća, čak i automatizirana (navike su učenjem stečeni obrasci ponašanja, a formiraju se i učvršćuju opetovanim ponavljanjem iste aktivnosti). Međutim, budući da se naučeno može i odučiti, ako je osoba motivirana, pa je stoga je u postupku odvikavanja ovisnika važno kao cilj definirati kako će se ovisničke navike deautomatizirati, da bi se one potom ugasile, odnosno nestale.
- Promjene stavova
Ako je kod ovisnika objekt stava sredstvo ovisnosti odnosno droga, i ako ovisnici imaju pozitivan stav prema drogi (a uglavnom imaju, osobito u početku drogiranja), tako formirane stavove teško je mijenjati (stavovi su stečene i na promjene otporne organizacije emocija, vrjednovanja i ponašanja prema onome što je objekt stava). Međutim, ako se ovisnika dovede u situaciju da isproba nova i pozitivna životna iskustva koja nisu povezana s drogiranjem, onda se otvara prostor za promjenom stava, a time i za promjenom ponašanja koja su sa stavom povezana.
- Izlječenje
Ovisnost je bolest i kao kod svake bolesti cilj je postupaka usmjerenih prema bolesniku ili njegovo izlječenje ili barem smanjivanje štete od bolesti.
- Rehabilitacija
Razvojem ovisnosti i ovisničkog ponašanja ovisnik postaje nefunkcionalna osoba. Obično u životu ovisnika ostaje pustoš koju je potrebno ponovno osmisliti u sadržajan život i bivšeg ovisnika učiniti ponovno funkcionirajućom osobom.
- Resocijalizacija
Ovisnost za sobom povlači i narušene socijalne odnose. Mreža socijalnih odnosa ovisnika bitno je sužena i odnosi se uglavnom na krug ostalih ovisnika i kriminalni milje u kojemu se ovisnik kreće kako bi nabavljao ili preprodavao drogu. U postupku odvikavanja ponovno uključivanje osobe u mrežu normalnih i zdravih socijalnih odnosa (resocijalizacija) sredstvo je, a često i pretpostavka uspješnog rehabilitiranja u socijalno funkcionalnu i društveno korisnu osobu.

Važno je uočiti kako svi navedeni ciljevi uključuju aktivnosti koje su dijelom ili isključivo i u području stručnoga djelovanja psihologa. Na ovaj se način još jednom pokazuje kako su mjesto i uloga psihologa u sustavu prevencije i suzbijanja ovisnosti nezamjenjivi.

3.6.5.4. Rad na unaprjeđivanju stručnih postupaka psihologa

S obzirom na ovako postavljene ciljeve u radu i u skladu s njima, psiholozima je važno ulagati napore u smjeru unaprjeđivanja najviše onih stručnih postupaka (mjera i aktivnosti) u kojima upravo psiholozi sudjeluju kao nositelji.

Ključne aktivnosti psihologa mogu se objediniti u sljedećih deset područja djelovanja:

1. Istraživanje pojavnosti i planiranje aktivnosti

Pretpostavka korisnoj prevenciji i uspješnom suzbijanju ovisnosti poznavanje je stanja u populaciji. Stoga je prije određivanja ciljeva u radu, odnosno prije planiranja aktivnosti usmjerenih ciljevima, nužno istražiti pojavnost; prije svega kontaminiranost populacije kojoj su mjere usmjerene, a potom i činitelje koji doprinose riziku (ovdje je posebno važno razlikovati uzroke, uzročnike, motive i povode za ovisničko ponašanje). Budući da su psiholozi u pravilu dobro opskrbljeni znanjima o kreiranju i provedbi istraživanja te tumačenju dobivenih nalaza, u ovome dijelu struka ima predvodničku ulogu.

2. Savjetovanje

Pomaganje pojedincu da iskoristi osobne snage u odnosu na slabosti i da u smislu samopomoći i usmjerenosti rješavanju problema iskoristi preostali osobni prostor za napredovanjem.

Kod nas nema mnogo razvijenih programa savjetodavnoga rada s ovisnicima, a ovdje se navodi jedan iskustveni model koji se u Zavodu za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije provodi već godinama.

OKVIRNI PROGRAM SAVJETODAVNOG RADA S KLIJENTIMA (problem konzumiranja **sredstava ovisnosti**)

| Trajanje | aktivnost | ciljevi | korisnici |
|----------|-----------|---------|-----------|
|----------|-----------|---------|-----------|

EVIDENTIRANJE

| | | | |
|--------------|--|---|---------------------------|
| prvi susret | Upoznavanje s načinom rada, razgovor o problemu i o razlozima koji su do problema doveli. | Aktualiziranje problema. Uspostavljanje odnosa savjetovatelj-klijent. | eksperimentatori ovisnici |
| prvi susret | Početak detoksikacije (u ambulancama ili bolnicama). | “Čišćenje” organizma. | ovisnici |
| drugi susret | Ukoliko klijent dođe drugi put, dogovoriti zajedničke daljnje aktivnosti, upoznati ga s programom i ispuniti Pampidou upitnik. | Određivanje strukture i cilja savjetovanja. Planiranje tijeka akcije. Evidentiranje klijenta. | eksperimentatori ovisnici |

AKTIVIRANJE

| | | | |
|----------------|--|--|---------------------------|
| treći susret | Zajedničko pronalaženje načina prestanka konzumiranja (ukoliko je konzument), upoznavanje sa sustavom testiranja. | Aktiviranje klijenta. Povećanje svjesnosti klijenta. | eksperimentatori ovisnici |
| četvrti susret | Prvo testiranje (test trake i sl.). | Utvrđivanje konzumira li klijent sredstva ovisnosti. | eksperimentatori ovisnici |
| peti susret | Komentiranje rezultata testiranja i dogovaranje o uključivanju članova obitelji u rad (klijent sam odabire člana obitelji ili prijatelja koji će mu biti podrška). | Produblјivanje povjerenja i podrške. | eksperimentatori ovisnici |

ODVIKAVANJE

| | | | |
|--------------|---|--------------------------------------|---------------------------|
| šesti susret | Obiteljski savjetodavni rad. | Ustrojiti sustav obiteljske podrške. | eksperimentatori ovisnici |
| sedmi susret | Informiranje klijenta o vrstama sredstava ovisnosti i štetnosti njihova utjecaja. | Educiranje. | eksperimentatori |
| osmi susret | Poticanje klijenta da pronađe alternativne (zdrave) načine življenja. | Motiviranje. | eksperimentatori ovisnici |

VRJEDNOVANJE

| | | | |
|---------------|---|--|---------------------------|
| deveti susret | Drugo testiranje (test trake i sl.). | Retestiranje | eksperimentatori ovisnici |
| deseti susret | Procjenjivanje učinkovitosti dolaženja. | Valorizacija rada i procjenjivanje učinaka savjetovanja. | eksperimentatori |

Cjeloviti program detaljnije je opisan u knjigama „Kako pronaći izlaz; vodič za pomoć u suzbijanju ovisnosti među djecom i mladima“ (Brlas, 2008., str. 47-60) i „Važno je ne započeti; neki temeljni pojmovi psihologije ovisnosti“ (Brlas, 2010., str. 67-78).

3. Modifikacija stavova i ponašanja

Kao što je u tekstu već i navedeno, psiholozi imaju instrumente kojima će pomoći ovisnicima u promjeni obrasca ponašanja od ovisničkog ka neovisničkom ponašanju; ovisnik prestaje tražiti drogu i zadovoljstvo počinje nalaziti u normalnim i svakodnevim životnim aktivnostima. Ovisnika se dovede u situaciju da isproba nova i pozitivna životna iskustva koja nisu povezana s drogiranjem kako bi se otvorio prostor za promjenom stava, a time i za promjenom ponašanja koja su sa stavom povezana.

4. Podrška u promjeni navika

Pomaganje pojedincu u aktiviranju njegove motivacijske snage usmjerene rješavanju

problema temeljna je zadaća tretmana i pretpostavka liječenja ovisnika. Podrška ovisniku svakako uključuje stručnu pomoć psihologa koji poznaje mehanizme poticanja motivacijske snage i razvijanje sustava obiteljske podrške ovisniku. Motivacija je važna kako bi se ovisničke navike deautomatizirale, da bi se potom ugasile odnosno nestale.

5. Edukacija (specifična edukacija i psihoedukacija)
Specifična edukacija u kojoj sudjeluju psiholozi usmjerena je štetnosti djelovanja sredstava ovisnosti i ovisničkog ponašanja.
Nespecifična je edukacija psihoedukacija (koju provode isključivo psiholozi) o usvajanju i razvijanju zdravih stilova života, pozitivne slike o sebi, razvoju samopoštovanja i samopouzdanja, donošenju odluka, kvalitetnoj međuljudskoj komunikaciji i obiteljskim odnosima, kvalitetnom provođenju slobodnog vremena, stilovima roditeljstva i sličnome.
6. Informiranje
Bolesnici bi svakako trebali, koliko im zdravstveno stanje to dopušta, biti aktivnim sudionicima svojega liječenja. Niti ovisnici nisu izuzetak. Kapacitiranje pojedinca informacijama o njegovu psihofizičkom i zdravstvenom statusu, o predviđanju tijeka poremećaja u slučaju da pojedinac ima poremećaj u psihofizičkom ili psihosocijalnom funkcioniranju, kao i o suvremenim spoznajama i trendovima u području ponašanja i doživljavanja zadaća je psihologa. Ustvari, tijekom preventivnih aktivnosti i tretmana ovisnicima treba učiniti dostupnima sve relevantne informacije na osnovi kojih pojedinac može donositi dobre odluke za sebe.
7. Podrška medicinskim postupcima u cjelovitoj zdravstvenoj zaštiti
Ovisničko ponašanje znači izloženost velikom riziku od nastanka psihopatoloških procesa (komorbiditet je gotovo pravilo kod ovisnika) te zarazi visikorizičnim oboljenjima (kožne i spolne bolesti uključujući HIV/AIDS, hepatitis B i C). Program predviđa prevenciju i ovih bolesti kroz specifičnu edukaciju koju provode zdravstveni djelatnici i modifikaciju ovisničkog ponašanja koju provode psiholozi (ovdje se može vidjeti kako su navedeni ciljevi međusobno povezani i kako su međuovisni u provedbi te kako je interdisciplinarnost imperativ cjelovitog tretmana ovisnika).
8. Evaluacija (vrjednovanje)
Vrjednovanje (i samovrjednovanje) postupak je koji se provodi s ciljem da se utvrde postignuća, želje, planovi i htijenja prema kriterijima kojima je tko poučen ili ih je postavio sam sebi; ono je presudno važno kako bismo na temelju povratnih informacija (od drugih ili od sebe samih) kreirali nove i prikladnije postupke u osobnome radu. Sastavnica preventivnih aktivnosti može biti i informiranje i educiranje korisnika o načinima njihove evaluacije programa u kojima sudjeluju, ali i razvijanje mehanizama samovrjednovanja rada. Oboje zahtjeva i psihometrijska znanja koja imaju uglavnom psiholozi.

9. Supervizija

U složenim aktivnostima kakve su zasigurno prevencija i suzbijanje ovisnosti nužno je pomoći stručnjaku savladati prepreke u radu i što je moguće više i bolje iskoristiti osobni prostor za napredovanje. Zato je supervizija važan alat kojim psiholozi mogu upravljati osobnim razvojem jer kroz proces supervizije supervizant dolazi do podataka o svome radu, a to je ishod sukladan ishodu (samo)vrjednovanja rada. Razvijanje interakcije supervizora i supervizanta u kojemu je cilj transformirati spoznaje do kojih je supervizant došao kroz proces supervizije u njegovu (buduću) profesionalnu aktivnost.

10. Cjeloživotno obrazovanje

Pojava novih psihoaktivnih tvari na narko tržištu, nove spoznaje o biopsihosocijalnim utjecajima, promjene u trendovima zloupotrebe i ostali nezavisni činitelji koji se mogu opažati (pa i mjeriti) zahtijevaju stalno stručno usavršavanje (individualno i/ili skupno), praćenje recentne literature i osobni profesionalni rast i razvoj psihologa kako bi se moglo udovoljiti izazovima u kreiranju novih i učinkovitijih pristupa prevenciji i suzbijanju ovisnosti.

Literatura:

1. Božičević, V., Brlas, S. i Gulin, M. (ur.) (2011.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
2. Brlas, S. (2008.): Kako pronaći izlaz; vodič za pomoć u suzbijanju ovisnosti kod djece i mladih, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
3. Brlas, S. (2010.): Kako znati kamo idemo; vrjednovanje i samovrjednovanje rada s ovisnicima, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
4. Brlas, S. (2012.): Planiranje, programiranje i evaluacija preventivnih aktivnosti, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
5. Brlas, S. (2005.): Program savjetodavnoga rada u okviru provedbe školskoga preventivnoga programa u srednjoj školi, „Život i škola“ broj 13, Osijek
6. Brlas, S. (2011.): Savjetodavni rad s ovisnicima, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
7. Brlas, S. (2011.): Terminološki opisni rječnik ovisnosti; opis važnih termina iz područja ovisnosti o drogama, alkoholizma i problematičnog i patološkog kockanja, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
8. Brlas, S. (2010.): Važno je ne započeti – neki temeljni pojmovi psihologije ovisnosti, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica
9. Brlas, S. i Gulin, M. (ur.) (2010.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, Virovitica

Pino Tuftan

3.6.6. Indicirana prevencija kockanja i novih oblika ovisnosti

Pojava problematičnih i patoloških kockara, kao posljedica kockarskih aktivnosti, opće je poznata i prihvaćena činjenica posljednjih desetak godina. Krajem 2007. godine započinju u Hrvatskoj sustavnija liječenja kockara i njihovih obitelji.

3.6.6.1. Metoda izbora liječenja – skupni rad

Koić i Zoričić, navode temeljne postavke strategije liječenja kockara i njihovih obitelji u Hrvatskoj.

Najučinkovitijim, a i u ekonomskom smislu najjeftinijim pokazao se pristup pomaganja osobama s problemom kockanja u skupinama za osobe s problemom kockanja, po načelima samopomoći, gdje stručni voditelji samo pomažu klijentima da si sami pomognu. Kontinuirana suportivna terapija niska intenziteta, a visoke učestalosti i duga trajanja metoda je izbora liječenja ovisnika o kockanju. Bolnička uspostava liječenja nije prihvaćena kao standardna mjera u liječenju kockara. Izvanbolnička uspostava apstinencije jednako je sigurna i učinkovita kao ona bolnička, a opet jeftinija i, budući da ne mora boraviti u bolnici, bitno konformnija za samog kockara (Zoričić, Z., 2009., str. 209).

Općenito govoreći, najbolja terapijska kombinacija koja utječe na retenciju i apstinenciju (patološkog i problematičnog kockanja op.aut.) je kombinacija medikacije, psihoterapije, skupina samopomoći, obiteljske terapije i prevencije. Treba znati da nema čarobnog lijeka i da je medikacija podloga psihosocijalne terapije (Koić, E., 2009., str. 106-107).

Najstrukturiranijim oblikom liječenja patoloških kockara u Hrvatskoj trenutno se smatra ono u Zagrebu i Rijeci. U Zagrebu djeluju šest kluba liječenih ovisnika o kocki - KLOK te jedan u Rijeci. Uz njih postoji još skupina obitelji otvorenog tipa u Rijeci pri Odsjeku za prevenciju i izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo PGŽ Rijeka. Prva skupina osnovana je u listopadu 2008. godine u Riječkom NZZJZ. Ostali oblici rada s kockarima isključivo su individualni, partnerski i obiteljski. Skupni rad na problematici patološkog kockanja s više obitelji danas je priznat kao metoda izbora (Tuftan, P., 2009., str. 23-24).

Ponekad je iluzorno zahtijevati potpunu apstinenciju, iako je to primarni cilj. Uspješnost će biti veća ako u liječenju sudjeluje obitelj ili netko od značajnih osoba. Uspjehom se smatra i redukcija kockanja, odnosno smanjenje štete (harm reduction program) koji je kod dijela patoloških kockara realnija pretpostavka nego potpuna apstinencija (Koić, E.,

2007., str. 106–108). Sam kockar, ali i obitelj, zadovoljni su i sa značajnim smanjenjem štete. Iako je apstinencija primarni cilj, u radu s kockarima često se uviđa da je smanjenje kockanja realniji cilj za patološke kockare od potpune apstinencije.

Dio obitelji, ali i samih kockara, ima moralističko shvaćanje patologije kockanja, koje im odmaže u oporavku, stoga je neophodna edukacija o etiologiji i liječenju bolesti kockanja. U nedostatku pisanih materijala valja ih uputiti na stranice www.kockanje.info.hr, autorice dr. Elvire Koić, koje su najkvalitetnije i najsadržajnije u Hrvatskoj.

Koristi se i trening tehnika rješavanja problema, trening socijalnih vještina, trening prevencije relapsa, individualna kontrola stimulusa, traže se putovi za izbjegavanje situacija velikog rizika za kockanje, averzivni tretman, izlaganje i preventivni odgovor. Posebno je korisna sustavna imaginarna desenzitizacija tijekom koje se nakon uvođenja u relaksaciju zamišljaju scene u kojima je pacijent izložen porastu očekivanja koja bi dovela do kockanja. Potreba za kockanjem općenito raste za vrijeme razdoblja depresije ili stresa pa valja liječiti prateću depresiju, maniju, eventualnu zlouporabu psihoaktivnih tvari ili seksualne smetnje i opća zdravstvena stanja koja su povezana uz stres (Koić, 2009., str. 29).

Skupna je psihoterapija, s tehnikama zrcaljenja, socijalizacije, podrške, skupine kao kondenzatora, terapijske zajednice, uz princip ovdje i sada, metoda izbora. No nema koristi od uspostave apstinencije ako ona nije praćena rehabilitacijskim programom oporavka kockara. „Detoksikacija“ bez psihološke i socijalne, u prvom redu obiteljske i radne, rehabilitacije kockara čini recidiv kockanja više nego sigurnim (Zoričić, 2009., str. 208).

Terapeuti, voditelji skupina u svom skupnom, individualnom i obiteljskom radu kombiniraju prvenstveno struku u kojoj jesu (psihijatri, psiholozi, liječnici...), dodatnu edukaciju koju imaju, te nazaobilazno i svoju osobnost. Najčešće se spominje rad s kockarima u okviru kognitivno-bihevioralnog pristupa, prvenstveno zbog njene zastupljenosti u Hrvatskoj.

Bagarić navodi sljedeće ciljeve terapije: podržati kockare u želji za oporavkom, graditi kapacitet za povratak osjećaja samopoštovanja, destigmatizacija, utjecati na komunikaciju i smanjiti obiteljske konflikte, eliminirati nezakonita ponašanja, raditi na financijskom oporavku i korištenju legalnih mogućnosti, financijsko savjetovanje i upoznavanje zakona, rješavanje bankrota, limiti na kreditnim karticama te članovima obitelji sačiniti odvojene račune. U okviru kognitivno-bihevioralna terapije on navodi restrukturiranje specifične kognitivne distorzije, razumijevanje pogrešnih vjerovanja i zabluda (npr. “iluzija kontrole”, “the gambler’s fallacy”, “kockanje će sve srediti”...), uključenje averzivnog tretmana kao i sistematske imaginarne desenzitizacije, a kako dalje navodi - svi koriste tehnike relaksacije, posebno vizualizaciju, kao i edukacija pacijenata.

3.6.6.2. Rad psihologa s kockarima i njihovim obiteljima, iskustva skupine samopomoći

Prije ulaska u skupinu priprema se obitelj (svi članovi koji žele sudjelovati u radu pružajući pomoć kockaru u obitelji), provodi se psihologijska obrada te upoznavanje s osnovnim pravilima rada. Obvezan je pregled kod psihijatra (Odsjeka), koji, prema potrebi, određuje medikamentoznu terapiju (Tuftan, 2009., str. 23-24).

„Većina zapadnih stručnjaka za pomoć ovisnicima o kocki suglasna je da najveće izgleda za oporavak i izlječenje imaju kockari koji su dovoljno dugo i dovoljno često pohađali sastanke i pripadali bratstvu Anonimnih kockara.“ (Torre, 2007., str. 95-96)

Kako navedene inačice bratstva u Hrvatskoj još uvijek nema, od posebnog su značaja navedeni modaliteti KLOK-ova ili skupine liječenih kockara i njihovih obitelji pri (Nastavnim) Zavodima za javno zdravstvo koji se nalaze u svakoj županiji.

Prije ulaska u skupinu poučava se obitelj i sam kockar o patologiji kockanja, posljedicama i načinu liječenja, raspolaganja novcima te upoznavanje s osnovnim pravilima rada skupine. Priprema za ulazak u skupinu traje između jedan i dva mjeseca. Iako nisu svi kockari, kao ni sve obitelji voljni ući u skupinu, jedan od ciljeva je zadržati ih u tretmanu te ponuditi skupni rad kao metodu izbora.

Provodi se psihologijska obrada kockara (Tuftan, 2010., a str. 115-125). Dobiveni rezultati ukazuju općenito na povećanu depresivnost, smanjenu bojažljivost, povećanu nekontroliranost, emocionalnu nestabilnost, ekstravertiranost i povećanu agresivnost. Kockari su skloniji krimogenom ponašanju i u manjoj mjeri ovisničkom ponašanju, anksiozniji su i autodestruktivniji. Često iznad prosječnih intelektualnih sposobnosti. Konzistentnih rezultata na SPM (Tuftan, 2010. b, str. 115).

Psihoterapija se temelji na kognitivno-bihevioralnim tehnikama razumijevanja pogrešnih vjerovanja i zabluda, korekciji percepcije i očekivanja, individualnoj kontroli stimulansa, averzivnim tretmanima i sistemskoj imaginarnoj desenzitizaciji. Individualna psihoterapija služi rješavanju ambivalentnosti pri donošenju odluke o liječenju te rješavanju niza emocionalnih kriza i otpora, sve kroz poticanje unutrašnje, skrivene motivacije, apelirajući na pacijentovu odgovornost te koristeći pomoć obitelji, koja je sama u pravilu čvršći oslonac od samog pacijenta (Zoričić, 2009., str. 208).

Uspostavljanje apstinencije kod većeg dijela kockara koji prihvaćaju skupni tretman često ne predstavlja veći problem u početku liječenja. Najvjerojatnije je vezano za ozbiljnost trenutnog problema uzrokovanog kockanjem. Zanimljivo je da pojedinci, s dužim kockarskim stažem, sami znaju vrlo precizno procijeniti svoje minimalno vremensko razdoblje u kojem neće kockati! Apstinencija sama po sebi je dobra, ali nije dostatna za proces oporavka. Temeljni problem, srž, nalazi se u promjeni osobnosti kockara. Ona se počinje javljati nakon otprilike 8 – 12 mjeseci. Često je percepcija obitelji najmjerodavnija u pogledu pozitivnih promjena kod kockara. Sama nas apstinencija može zavarati, tako

da olako ocijenimo stanje kockara kao dobro, poboljšano i slično. Pojedini terapeuti provode skupine kockara u kraćim vremenskim razdobljima i češćim tjednim dolascima (npr. trajanje skupine tri mjeseca, susreti dva puta tjedno) te preneglajuju u učinkovitosti tretmana. Za promjenu osobnosti, iako se može primijetiti unutar prve godine dana, prema nekim autorima treba najmanje tri godine. Čak i obitelji, koja želi povjerovati u promjenu osobnosti, prihvaća da je za to potreban znatno duže vremensko razdoblje.

Upravo je ta promjena osobnosti koja zahtjeva višegodišnji tretman garancija da se neće vratiti svijetu kocke. Tu je opasnost i da se jedna ovisnost, ako se ne mijenja osobnost, samo zamijeni drugom. Na primjer kocka s alkoholom.

3.6.6.3. Sadržaj rada s kockarima

Okvirni sadržaj rada s problematičnim ili patološkim kockarom i njegovom obitelji obuhvaća:

- inicijalni susret
- inicijalni intervju
- problematika klijenta
- problematika obitelji
- dogovor oko daljnjeg tijeka liječenja (dolasci, obveze koje klijent i obitelj trebaju izvršavati...)
- važno je prema DSM-IV, 20 GA ili SOGS, SOG- RA - dijagnosticirati stupanj patologije (je li patološki kockar, problematičan...)
- anamneza
- psihologijska obrada
- nalaz i mišljenje
- savjetovanje - savjetodavno-terapijski rad, potrebno okvirno dogovoriti vremensko razdoblje
- individualni rad
- modifikacija ponašanja
- psihoterapija
- savjetovanje para, obitelji, partnera, supružnika
- skupina ovisnika
- skupina obitelji
- mogućnost tematskih edukacija (jednostavni prikazi u Power pointu – vrste kockara, mogućnosti liječenja, statistički podaci, prikazi slučajeva...)
- od posebnog značaja je transparentnost kockara i njegove obitelji, partnera u vođenju financija; ograničenje dostupnosti financija kod kockara, odgovornost kockara i obitelji za sprovođenje pojedinih „zadataka“
- poticanje obitelji za redovitost u dolascima usko je povezana s uspješnošću tretmana
- poticanje u vođenju dnevnika kockara
- poticanje u transparentnosti vođenja troškova domaćinstva
- prijenos materijalnih sredstava i sprječavanje dostupnosti kockaru

- popis dugovanja koje kockar ima
- obaviješćivanje bliže i daljnje rodbine te ostalim važnim osobama o liječenju kockara
- dogovor za idući termin uz mogućnost promjene istog
- neophodna je suradnja s psihijatrom (uključuje prvi pregled, određivanje medikamentozne terapije, te kontrolne preglede – podaci ukazuju da najmanje 50% kockara ima prepisanu medikamentoznu terapiju (Pojedini autori medikamentoznu terapiju smatraju osnovnom (Koić, 2007., 2009.), dok primjerice Zoričić smatra medikamentoznu terapiju pomoćnim sredstvom. U svakom slučaju neophodan je psihijatrijski pregled unutar kojeg će se odrediti (ili ne) medikamentozna terapija.)
- vođenje osobnog kartona (još uvijek ne postoji registar patoloških kockara) knjige dolazaka kockara i obitelji te ostalih osoba uključenih u postupak liječenja.

Od psihologijskog instrumentarija možemo koristiti MMPI-2, 16 PF, SPM, WB-sp, ŽS, PIE, EPQ R/A, BDS, TNR i slično. Osim klasičnih mjernih psihologijskih instrumenata možemo likovnim tehnikama raditi panoramu života, panoramu kockanja, odnos s obitelji. Terapija ne mora (ne smije) biti isključivo verbalna. Pet stupova identiteta, izrada panorame života, kockanja, oporavka, osnovne potrebe, neke su od mogućnosti unutar različitih terapijskih pravaca. Moguće je testni materijal dati nekome iz obitelji s napatkom da ga rješava onako kako bi ga (njihov) kockar riješio.

Jedna od najizraženijih dimenzija kod novopridošlih kockara je depresivnost. Značajan je gubitak kontroliranosti, često povećane agresivnosti, pojačane bojažljivosti. Intelektualne sposobnosti u rasponu od supriornih do umanjenih, no češće su one viših sposobnosti. Potrebno je provjeriti konzistentnost rezultata te dodatno napraviti još jedan likovni test.

Potrebno je uzeti anamnezu, heteroanamnezu, može se zatražiti i životopis. Sklonost ovisnostima, bolesti, teže bolesti, ozlijede glave su relativno česte, kao i psihičke bolesti. Vjerojatna su i prijašnja liječenja, kao i postojeća medicinska dokumentacija. Dio kockara se već liječio od kockanja. Bitno je raspitati se o hereditetu (često postoje kockari u obitelji ponekad i do tri koljena, pojava alkoholizma, ostale ovisnosti). Mladenović i Lažetić naglašavaju potrebe genograma koji obuhvaća značajne događaje, posebno hereditet u posljednje tri generacije (Mladenović, Lažetić, 2012., str. 76).

Neophodno je procijeniti motivaciju za liječenje. Dio kockara nije motiviran za liječenje, ali nastavlja dolaziti uslijed pritiska obitelji, partnera i sličnog. Dio kockara dolazi, ali uvelike nije u prvim tjednima ili čak mjesecima „prisutan“ u tretmanu. Mogući su razlozi vezani za teže psihičko stanje uslijed pokušaja suicida, depresija i slično te medikamentozne terapije koju su počeli nedavno uzimati, no postupno se počinju aktivnije uključivati u skupinu. Kod pojedinih kockara supruge traže rastavu braka, uzimaju djecu pod svoju skrb, dolazi do sudskih sporova, posredovanja, uključivanja CZSS i slično, a što dodatno opterećuje i onako otežanu situaciju kockara. Istraživanje Ricijaša (Ricijaš, 2011.) pokazuje da na jednog problematičnog ili patološkog kockara srednjoškolca dolazi 17

osoba koje imaju posredno ili neposredno probleme poradi nastalih problema. Podatak je to koji upućuje na mrežu osoba, najčešće iz kruga obitelji koje su opterećene nastalom problematikom kockanja. Nerijetko se pojedini članovi obitelji u tijeku liječenja kockara teže razbole.

Važno je raditi na odgovornosti kockara, ali i supružnika, partnera, te cijele obitelji, ponekad i poslodavca. Planiranje odgovornosti provlači se cijelo vrijeme liječenja. Statistički podaci ukazuju da 3 od 5 kockara čine nezakonita djela vezana prvenstveno za financiranje kockanja. Presude i istražni postupci u tijeku liječenja, kao i mjere obveznog liječenja u trajanju do godine dana sve su češće.

Bitno je pravilno iskoristiti njihovu povećanu želju za zaradom te im pomoći (poticati) u traženju dodatnog posla i zarade.

Značajan je doprinos Plenkovića na problematici slobodnog vremena mladih, a time posredno i kockara. Kako je jedna od posljedica prestanka kockanja i višak nastalog vremena, izuzetno je važno ponuditi različite aktivnosti te potaći kockara na uključivanje u jednu ili više aktivnosti. On navodi: „Da bi se ova patologija *slobodnog vremena* mogla zaustaviti, nužno je stvarati oblike pozitivnog djelovanja u *slobodnom vremenu*. Danas u uvjetima velike količine *slobodnog vremena* čovjek ne zna što će s tim vremenom i u što će ga iskoristiti da bi „ispunjao sebe“ i pomagao drugim u njihovoj emancipaciji.“ (Plenković, 2000., str. 38). Stoga se potiče i preporuča bavljenje nekim od aktivnosti kojim se ranije kockar bavio. Osim sporta, bitno je pronaći aktivnost ili više njih koje će željeti i moći prihvatiti. To može biti i dodatni posao, koji će osmisлити dio dana, pridonijeti povećanju budžeta, a time i smanjeniti nastale dugove, ali i pridonijeti „boljem“ osjećaju. Kockari su općenito izrazito radno sposobni i u tom ih pravcu treba poticati. U stanju su bez većeg napora obavljati dva i više poslova.

Nećete moći dobro i kvalitetno raditi s kockarima i njihovim obiteljima ako ih osuđujete. Važno je prihvatiti kockanje kao bolest koja ima dijagnozu (dijagnoze). Kockari su zahvalna populacija i zahvalno je s njim raditi. Uglavnom su visokomotivirani za liječenje (od onih koji dolaze) i prihvaćaju dobar dio ponuđene pomoći. Nema moraliziranja od strane terapeuta, savjetodavca, voditelja skupine.

Značajan je i element humora najčešće na sam račun kockara, koji dovodi do prepoznavanja i uvida u apsurdne i tragične (tragikomične) situacije samih kockara, i koji je posebno česta pojava na individualnim, obiteljskim i skupnim susretima.

Preporuča se i korištenje, odnosno izrada, nekog od priručnika za terapeute i samopomoć. Jedan od dostupnih je Patološko kockanje s Priručnikom za samopomoć (Mladenović, Lažetić, 2012., str. 87-89). Autori Mladenović i Lažetić posebno navode značaj kratkih intervencija kod kockara i njihovih obitelji ili samo članova obitelji, za koje navode da su one „učinkovita metoda promocije zdravih stilova života“ te da osim terapijskog značaja imaju i motivacijsko značenje za ozbiljniji i dugotrajniji tretman kockanja.

Dugotrajnost tretmana je realnost patologije kockanja te se najčešće provodi liječenje unutar najmanje dvije do tri godine. Poželjno je nastaviti s liječenjem još dvije dodatne godine. Dugotrajnost liječenja posljedica je višegodišnjeg kockanja, ali i komorbiditeta koji je prisutan kod kockara te problematike i patologije odnosa i stila života obitelji.

3.6.6.4. Kognitivne distorzije kod kockara

Jedno od značajnih i za kockanje specifičnih područja intervencije je područje kognitivnih distorzija. Oštećenja su prisutna kod svih kockara koji se javljaju na liječenje, kao i kod onih koji se nisu odlučili za liječenje.

Koić navodi da je: „Većina studija tretmana danas je bazirana na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT), koja je i u Hrvatskoj jedna od najzastupljenijih psihoterapija (op. aut.). Ona se poduzima s ciljem restrukturiranja specifičnih kognitivnih distorzija, vjerovanja i zabluda („iluzija kontrole”, „kockarska sreća”, „kockanje će sve srediti”). Potrebno je razviti svijest o netočnoj percepciji i očekivanjima i kognitivno korigirati netočnu percepciju („Ja sam dobitnik”).

Žene kockari se češće osjećaju prezrene, odbačene ili usamljene, posebno od strane majki koje su bile ili izrazito dominantne ili izrazito slabe osobe, neučinkovite, nesklone zaštititi djecu od očeva. Dio žena kockara ima loša iskustva s očevima, uključujući i silovanja. Žene se više samooptužuju zbog kockanja i imaju narušenu sliku o sebi od muškaraca kockara. Zapravo se svojim ponašanjem ponovno dovode u poziciju prezrene, usamljene i odbačene osobe. U većine žena koje kockaju s razvijenim poremećajem anamnestički je nađeno iskustvo traume, depresija, anksioznost. Žene su sklonije depresiji i kockanje im je kao hipomana obrana, jedan način bijega od stvarnosti, a može se javiti i tijekom manične epizode. Upravo su to područja na kojem se preporuča raditi sa ženama.“ (Koić, 2009., str. 43)

„Pomisao da se može odjednom obogatiti, da ima izgleda da bez muke dobije veliku novčanu svotu, može čovjeka, zahvaćenog igračkom groznicom, dovesti u stalno stanje uzbuđenja slično drogiranosti. Katkada, kao posljedica silne živčane napetosti, u igrača se javljaju poremećaji, depresivna stanja i duševni slom, i to ne samo nakon velikih gubitaka u igri već naprosto zbog prevelikog i jednostranog živčanog opterećenja.“ (Gizicki, Gorny, 1973., str. 17)

I zaista, kako navode dva francuska autora: „Dobitak u igri doista predstavlja za sve nas, na razini mašte, ostvarenje svih naših maštarija ili svih naših želja. Upravo zato volimo igrati na lotu ili na drugim vrstama lutrija, unatoč vrlo slaboj mogućnosti dobitka. Međutim, od kupnje srećke pa do izvlačenja smijemo sanjariti o svemu što bismo poduzeli u slučaju dobitka, onda kada nam postane moguće. Ti snovi o dobitku usporedivi su s dječjim igrama, u kojima je moguće zamišljati da posjedujemo najljepše automobile, zapovijedamo vojskama, da smo gospodari svijeta.“ (Valeur, Matysiak, 2008., str. 86)

Najčešća misaona oštećenja kod kockara su sljedeća:

- jedini način da se dođe do novaca je kockanje – jedno je od najjačih i najklasičnijih, ali možda i najjačih i najopćenitijih kognitivnih oštećenja kod kockara, te su većina ostalih distorzija povezane upravo s ovom
- ako nastave kockati, uskoro moraju dobiti
- ako nastave kockati, povratit će sve ono što su izgubili
- kockanje je rješenje njihovih financijskih problema
- kockanje je jedini izravan bijeg od stresa
- jedini način da se zaustavi potreba za kockanjem je upravo kockanje
- kockar danima gubi, no „hrani“ se mišlju da će „kad-tad, „prije ili poslije“ ponovno dobiti
- kockar dobiva kroz kraće ili duže vremensko razdoblje i takvo potkrjepljenje potvrđuje mu da će i dalje dobivati
- veliki dobitak, jack pot, koji će „sve“ promijeniti.

Niti jedno od ovih vjerovanja nije točno, stoga je bitan rad na osvještavanju kognitivnih distorzija koje imaju snažan upliv u razvoju patologije.

3.6.6.5. Rad s obitelji kockara koji ne želi prihvatiti liječenje

Značajan je rad s obitelji kockara na njihovom jačanju i oporavku. U terapijski proces možemo uključiti člana ili članove obitelji u kojima kockar ne želi prihvatiti liječenje. Njih treba prvenstveno podučiti o patologiji i modalitetima kockanja, o mogućnostima liječenja te o dugotrajnosti liječenja. U slučajevima kada kockar odbija liječenje, možemo ponuditi obitelji ili nekom od članova savjetodavno-terapijski rad, koji u sebi sadrži neophodnu edukaciju o postanku bolesti, ukazati na postojanje klasifikacija bolesti i poremećaja koje definiraju kockanje kao bolest. Prema važećoj DSM-IV klasifikaciji kockanje kao poremećaj kontrole nagona i impulzivnosti (F63.0) spada u kategoriju F63 (uz piromaniju, kleptomaniju, manija čupanja kose, intermitentni eksplozivni poremećaj i poremećaj kontrole poriva, neodređen, kao: patološko kupovanje, internet ovisnost i SMS manija) koji obiteljima pridonose prihvaćanju „ozbiljnosti“ težine i zahtjevnosti patologije kockanja. Iako pojedine obitelji, ali i kockari, poznaju patologiju kockanja nisu svi u stanju odmaknuti se od moralističkog shvaćanja te ne prihvaćaju kockanje kao bolest. S njimaje potrebno neophodno raditi na promjeni smjera u prihvaćanju kockanja kao bolesti.

Država Victoria na poseban način preporučuje strategije pomoći za one koje ne kockaju, a imaju u svojoj obitelji ili na poslu kockara. Naglašava se da možda ne možete pomoći kockaru u svojoj obitelji, ali možete pomoći sebi.

Strategije za nekog od obitelji ili prijatelja koji ne kocka, Community Care Division, Victorian Government Department of Human Services, (2003.): Priručnik za osobe s problemom kockanja, njihove partnere, obitelji i osobe koje im pružaju potporu,

Strategije za promjenu, www.problemgambling.vic.gov.au)

1. Zaštite se i brinite za sebe. Pronađite nekoga za razgovor, na primjer prijatelja, zatražite pomoć savjetnika.
2. Normalno je da se osjećate izdanim od strane svog prijatelja, člana obitelji ili partnera. Imate pravo na svoje osjećaje.
3. Normalno je da ste ljuti. Prepoznajte svoj bijes, razgovarajte s nekim i naučite odgovarajuće načine kako ga izraziti.
4. Nemojte pokušavati preuzeti kontrolu nad kockarovim životom - to će vas učiniti nesretnima.
5. Odnosite se prema kockaru kao ravnopravnoj osobi. Nemojte ih pokušati zaštititi.
6. Koristite svoju energiju kako bi promijenili svoju situaciju, a ne kockarovu.
7. Dopustite kockaru da preuzme odgovornost za svoje ponašanje.
8. Budite iskreni i neka kockar nosi posljedice svojeg ponašanja.
9. Odlučite možete li sami upravljati kockarovim novcem. Ako ne možete, možda ćete morati održavati odvojene bankovne račune i kreditne kartice.
10. Nemojte posuđivati novac kockaru!
11. Ne plaćajte kockaru dugove!
12. Tražite pravne, financijske i druge savjete, istražite vaše mogućnosti.
13. Izrazite svoje osjećaje prema osobi koja kocka. Učinite to pažljivo i otvoreno.

3.6.6.6. Financijsko savjetovanje i upravljanje financijama je neophodno

Kako još uvijek nema suradnje sa stručnjacima koji bi pomagali kockarima i njihovim obiteljima oko uvida u trenutno financijsko stanje, te bi praktičnim savjetima iznašli put ka olakšanju, najčešće izrazito loše financijske situacije obitelji, taj neizostavni dio u procesu oporavka potrebno je da provode sami psiholozi kao njihovi terapeuti, odnosno kao dio terapijskog posla! Nemojmo zaboraviti da je upravo novac i materijalna strana ta koja prvenstveno potiče obitelji i kockare da zatraže pomoć.

Iako psiholozi nisu financijski savjetnici, bez osnovnog plana rada na sanaciji neće moći kvalitetno pomoći kockaru i njegovoj obitelji. Jedna od brojnih inačica je ona osmišljena od strane vlade Viktorije u Australiji (www.problemgambling.vic.gov.au) i jedna je od strukturiranih naputaka za pomoć obiteljima, ali i stručnjacima koji se bave patologijom kockanja nudi u obliku financijskog savjetovanja.

- Dogovorite se da vam netko u koga imate povjerenja pomogne upravljati novcem. Razmotrite kratkoročne i dugoročne dogovore prema vašim potrebama.
- Neka vam se plaća izravno isplaćuje na račun.
- Može se napraviti dogovor da osoba koja vam u tome pomaže, podigne vašu plaću.
- Otkazite kreditne i ostale kartice ili ih dajte osobi koja vam u tome pomaže.
- Nosite sa sobom samo ograničenu količinu novca.
- Dogovorite s bankom da možete podizati samo male dnevne količine novca na bankomatima.

- Recite obitelji i prijateljima što činite te da vam ne posuđuju novce.
- Razmislite o tome da imate dvije osobe kao potpisnika na svojim računima.
- Izbacite mogućnost podizanje gotovine na kreditnim karticama.
- Plaćajte račune izravnim skidanjem iznosa s računa ili čekom.
- Ako vam rad s tuđim novcem predstavlja izazov, izbjegavajte poslove u kojima rukujete gotovinom.
- Izbjegavajte držanje velike količine novca u kući.
- Platite što više osnovnih računa na dan isplate plaće.
- Razmotrite plaćanje nekih računa unaprijed.
- Razmotrite što je to što biste zaista voljeli i redovito odvajajte novce za to.

Od posebnog je značaja kontrolirati njihove troškove, prihode i rashode. Klasični patološki kockar (a oni se kao kategorija najčešće javljaju za pomoć i liječenje) nije sposoban kontrolirati svoje prihode, kao ni rashode. Kockar je izgubio osjećaj za novac, u dubini je škrt, a poremećaj nagona potiče ga s druge strane na nekontrolirano trošenje novaca na kockanje. Bez organiziranja kontrole troškova od strane ukućana samo će liječenje imati značajno manju mogućnost oporavka.

Obitelj i kockar vode cjelokupne financije dnevno. Potrebno je uzimati račune prilikom svake kupnje i transakcije te ih evidentirati, kao i prihode. Napraviti tjedne i mjesečne obračune, prokomentirati ih s terapeutom - savjetodavcem.

Posebna se „borba“ vodi oko nastalih dugovanja. Iako kockar zna sve svoje dugove „do u lipu“, velik dio njih nije sprema priznati sve svoje dugove. U dugovanja spadaju i krediti u bankama, pozajmice, čekovi, minusi na karticama i računima. U slučajevima da kockar ne navede zaista sva dugovanja, odnosno ako zataji čak i neznatan dug, to su „mala vrata“ za skori povratak kockanju.

Pojedinim kockarima drugi duguju, najčešće sami kockari. U procesu liječenja važno je pozornost pokloniti i tom problemu. Najčešće im duguju sami kockari, te odlaze u casina i automat klubove kako bi namirili postojeća dugovanja (ponekad odlaze jednostavno da samo „popiju kavu“ kako bi se uvjerali da više ne kockaju). Visok je rizik i velika vjerojatnost da će uskoro nastaviti s kockanjem, stoga je bitno ukazati im na pogubnost takvog ponašanja. Briga terapeuta o financijskoj strani kockara i obitelji integralni je dio rada te je neophodna u procesu izlječenja kockara i njegove obitelji.

U Hrvatskoj postoji mogućnost samoizbacivanja u HL. Potrebno je ispuniti zahtjev u nekoj od poslovnica Hrvatske lutrije. Zahtjev može bit na određeno vrijeme, godinu dana, nekoliko godina ili doživotno. Pojedinaac, kao i obitelj, može zatražiti i ograničenje poslovne sposobnosti kockara.

3.6.6.7. Internet ovisnost

Uzroci prekomjernog korištenja interneta su različiti. Najčešće je to nisko samopoštovanje i samopouzdanje, nesposobnost donošenja osobnih odluka, nezrelost, zabrinutost, anksioznost, stidljivost, depresivnost, suočavanje s problemima u školi ili obitelji, zlostavljanje od strane vršnjaka, stres, usamljenost i dosada.

Ako se radi o djeci, adolescentima presudno je uključiti roditelje, odnosno obitelj, no slično je i u radu s odraslima kod kojih je sudjelovanje bliske (bliskih) osobe nazaobilazno. Uključenje obitelji pomaže kockaru, cyber-ovisniku, Face-ovisniku, ali i samoj obitelji. Nemoguće je tretman liječenja provoditi ako obitelj nije uključena. Upravo je obitelj ta koja, uz pomoć stručnjaka, provodi, kontrolira i vrjednuje oporavak oboljelog pojedinca. Obitelj je ta koja je pozvana mijenjati svoje ponašanje, učeci nove strategije nadzora i kontrole.

Pomoć u rješavanju raznih internet ovisnosti najčešće samo djelomično možemo postići kontroliranim ograničavanjem aktivnosti. U slučaju djece i adolescenata neophodna je podrška roditelja i obitelji, koji će kroz više kratkih intervencija naučiti mehanizme nastanka poremećaja, kao i strategiju suočavanja s nastalim „problemom“. Problem nije izdvojen te je potrebno sagledati potencijale obitelji iz koje dolazi dijete, osoba u zrelim godinama, pa i umirovljenici. Obitelj će nužno trebati određeni stupanj preustroja, poučavanja, edukacije i nadzora nad provođenjem liječenja – rehabilitacije.

Obitelj je čimbenik koji će se nužno trebati prilagoditi i naučiti nove obrasce ponašanja. Obitelj je ta koja će se naučiti preuzimati odgovornost i započeti graditi ustrajnost. Pojedine obitelji nemaju uvida i tehnološki su nepismene te nisu u mogućnosti sagledati moguće posljedice prekomjernog korištenja interneta. Njima isto treba omogućiti sagledati patologiju ovisnosti te im predočiti posljedice nemijenjanja obrasca ponašanja obitelji i pojedinca.

Na području internet ovisnosti (Internet addiction disorder - IAD) najčešće se radi o ovisnosti računalnim igrama, on line i off line, kao i u slučaju prekomjernog programiranja, ovisnosti o društvenim mrežama u kojima se stvarni odnosi podređuju virtualnim. Korištenje pornografskih sadržaja su jedna od najčešćih područja internet ovisnosti. Posebna varijanta kockanja je internet kockanje. Dio krorisnika interneta postaje ovisan o beskrajnom pretraživanju najrazličitijih sadržaja. Posebno područje su aukcije na internetu, koje mogu prouzrokovati financijske probleme, kao i kockanje preko interneta. Postoji varijanta kojoj pribjegava dio off i on kockara u kojoj oni zamijene kockanje s primjerice kupovinom najrazličitijih online dionica.

Pomoć stručnjaka u učenju vještina suočavanja sa stresom, depresijom ili agresijom neophodna je u tretmanu oporavka.

Samo liječenje može biti dugotrajno. Obično su naučeni obrasci ponašanja zajednice ili obitelji duboko ukorijenjeni, a početni „uspjeh“ tretmana nije dovoljno dug da bi se postojeće strukture počele ozbiljnije mijenjati.

Značajno je postojanje komorbiditeta, posebice kod on-line kockanja, te ga treba prepoznati i suočiti se s njime.

Metodologija rada je vrlo slična kao kod one s patološkim kockanje (poglavlje Okvirni sadržaj rada s problematičnim ili patološkim kockarom i njegovom obitelji).

Česte su preporuke stručnjaka o vođenju dnevnika, uključivanje u neke od sportskih te različite edukacijske aktivnosti. Nije preporučljivo da ovisnik samo zamijeni aktivnosti, nego da se obitelj, partner aktivno uključe u proces oporavka, prihvaćajući svoju odgovornost zatečenog stanja koje omogućavaju realne kontakte s drugim osobama osnažujući dijete.

Kod školske populacije česta su izostajanja s nastave i loše ocijene te je potrebna dodatna pomoć i vrijeme za učenje nastavnog gradiva. Potpuno uskratiti internet zapravo nije moguće. Kod mlađe populacije možete izazvati suprotni učinak, stoga se predlaže transparentnost kod uporabe računala smještajući ga u kućni prostor u kojem je trenutno moguć uvid u računalne aktivnosti. Preporuča se da se zajednički odlazi na internet. Važno je postavljanje te provođenje granica za korištenje računala. Ograničavanje korištenja interneta, ali i gledanja televizije, DVD filmova i slično, podrazumijeva preustroj obitelji. Posebno se preporučaju aktivnosti izvan prostora stanovanja. Bitno je zajedno s djetetom, uključujući cijelu obitelj, načiniti popis aktivnosti.

Provođenje danih aktivnosti predstavlja dodatan problem i ukazuje na kapacitet obitelji (roditelja) na ustrajnost i dosljednost. Često je problem u obitelji u nedosljednosti provođenja odabranog „programa“. Neophodan je rad posebno s roditeljima koji su u procesu preuzimanja odgovornosti za ponašanje djeteta. Proraditi na komunikaciji unutar obitelji kao i vještini međusobnog komuniciranja, samim time i jačanjem osjećaja prihvaćenosti.

Vrijeme je da ponovno uključite obitelj i pojedince u život vašeg djeteta ili pak odraslog člana obitelji, jedan je od temeljnih motiva rada na području novih ovisnosti.

Literatura:

1. Community Care Division, Victorian Government Department of Human Services (2003.): Priručnik za osobe s problemom kockanja, njihove partnere, obitelji i osobe koje im pružaju potporu, Strategije za promjenu, www.problemgambling.vic.gov.au
2. Gizicki i Gorny (1973.): Čovjek i hazard, Prosvjeta, Zagreb, 17
3. Koić, E. (2009.): Problematično i patološko kockanje, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica
4. Koić, E., Per-Kožnjak, J., Dorđević, V. (2007.): Sredstva i metode liječenja osoba s izraženim patološkim kockanjem, Zbornik sažetaka, 1. hrvatski interdisciplinarni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem, Lions Club Vereucha – Virovitica, Virovitica, 106–108
5. Mladenović, I., Lažetić, G. (2012.): Patološko kockanje s Priručnikom za samopomoć, Elit medica, Beograd
6. Plenković, J. (2000.): Slobodno vrijeme mladeži, Društvo prijatelja Hrvatska - Japan Rijeka,

Sveučilište u Rijeci Građevinski fakultet, Rijeka

7. Ricijaš, N. i sur. (2011.): Navike i obilježlja kockanja adolescenata u urbanim sredinama RH, Zagreb
8. Torre, R. (2007.): Gamblers anonymus – Anonimni kockari, 1. hrvatski interdisciplinarni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem, Zbornik sažetaka, Lions Club Vereucha – Virovitica, Virovitica, 95–96
9. Tuftan, P. (2009.): Problem patološkog kockanja – Zdravlje i život na kocki, Rizik br. 8, NZZJZ PGŽ, Rijeka, 23-24
10. Tuftan, P. (2010. a): Izvanbolnički psihosocijalni tretman u ovisničkoj populaciji; kako pronaći svjetlo na kraju tunela, Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, ZZJZ Sveti Rok, Virovitica, 115–125
11. Tuftan, P. (2010. b): Patološko kockanje – grupa samopomoći pri Centru za prevenciju ovisnosti NZZJZ PGŽ, XVII: Dani psihologije, Zadar, 115
12. Valeur M., Matysiak, J. C. (2008.): Patologije ekscesa. Droga, alkohol, igre, seks..., Zastranjivanja naših strasti, Provincija franjevac trećoredaca, Zagreb, 86
13. Zoričić, Z. (2009.): Kockanje i klađenje – ovisnosti novog doba, Medicus, vol. 18, br. 2, Zagreb, 209

3.7. Međusektorska suradnja i suradnja s medijima u području zaštite mentalnog zdravlja u zajednici

U području unaprjeđivanja usluga zaštite mentalnog zdravlja u zajednici psihologija i psiholozi imaju značajan prostor za sudjelovanje i mogu dati značajan profesionalni doprinos. Profesionalno su uključeni u sve sektore koji sudjeluju u zaštiti mentalnog zdravlja te mogu biti važna spona za unaprjeđivanje međusektorske suradnje. Važno područje u kojemu psiholozi mogu značajno pridonijeti unaprjeđenju u korist boljeg mentalnog zdravlja populacije je i medijsko komuniciranje.

3.7.1. Suradnja u lokalnoj zajednici: model, iskustva i evaluacija unapređenja međusektorske suradnje u suzbijanju nasilja u obitelji

U ovom će se prilogu prvo objasniti zbog čega je suzbijanje nasilja u obitelji područje u kojem je od presudnog značaja učinkovita suradnja između različitih institucija, službi i sektora na razini lokalne zajednice. Univerzalna, selektivna i indicirana prevencija u ovom području usko su povezane i međuovisne. Kao temelj za razumijevanje složenih međuovisnih veza koje valja uzeti u obzir kako bi se unapredila međusektorska suradnja poslužit će socio-ekološki model odnosa između četiri razine funkcioniranja pojedinca, obitelji i zajednice. No glavni je sadržaj ovoga priloga prikaz programa za unapređenje suradnje u lokalnoj zajednici radi povećanja učinkovitosti suzbijanja nasilja u obitelji i rezultati njegove evaluacije koji svjedoče o učinjenom napretku. Program je bio usklađen sa smjernicom 3.2.5. za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, a koja navodi da valja podržavati postojeće i razvijati nove aktivnosti u području prevencije obiteljskog i vršnjačkog nasilja.

3.7.1.1. Socio-ekološki model suzbijanja nasilja u obitelji

Suzbijanje nasilja u obitelji istaknuti je primjer u kojem višestruka uzročnost pojave zahtjeva visoko usklađeno djelovanje različitih sustava koji imaju izravnu ili posrednu ulogu u zaštiti žrtava i poticanju počinitelja da promijene svoje ponašanje. Obiteljsko je nasilje izrazito kompleksna pojava koja se temelji na uzajamnom djelovanju brojnih čimbenika na više razina.

Za razumijevanje izazova, prepreka i mogućnosti usklađenog međusektorskog djelovanja u suzbijanju obiteljskog nasilja može biti korisna sistemsko-ekološka analiza resursa zajednice. Ovaj model (Ajduković, 2010.) polazi od nužnosti postizanja promjena na sve četiri razine kako bi se povećala učinkovitost suzbijanja obiteljskog nasilja: razina pojedinca (žrtve i/ili počinitelja nasilja), njegovog ili njezinog neposrednog socijalnog okruženja, profesionalnog djelovanja stručnjaka te razine zajednice i šireg društva.

Prva je razina osoba žrtve i/ili počinitelja nasilja s njenim unutarnjim resursima, a koji mogu biti važni za zaustavljanje nasilja u obitelji. Ovisno o vrsti i količini resursa, možemo ih smatrati čimbenicima rizika, odnosno zaštite od nasilja. Resursi osobe su, npr. modeli ponašanja socijalizirani u primarnoj obitelji, prepoznavanje oblika, posljedica i uzroka nasilja, pripisivanje odgovornosti za nasilno ponašanje, uvjerenja o partnerskim i unutarobiteljskim odnosima, pojam o sebi, rodni identitet i uvjerenja o rodnim odnosima, dostignuta razina moralnog razvoja, svijest o samoodgovornosti kao žrtve ili/i počinitelja

nasilja, oblik privrženosti i reguliranje bliskosti i autonomije u partnerskom odnosu i slično. Premda se zaustavljanje nasilja u obitelji događa na ovoj, individualnoj, razini, to se teško može postići bez povoljnog djelovanja iz ostalih razina ovog modela.

Drugu razinu socio-ekološkog modela suzbijanja nasilja čini neposredni socijalni kontekst referentnih skupina i pojedinaca. On uključuje interpersonalne odnose s partnericom/partnerom, članovima uže i proširene obitelji, normativna ponašanja vršnjaka, prijatelja i važnih osoba iz radnog okruženja. Na ovoj se razini odvija dinamika partnerskih i obiteljskih odnosa i druge socijalne transakcije pojedinca i obitelji. Obilježava ih socijalno-emocionalna bliskost i psihološka važnost. Mogućnost utjecaja neposrednog socijalnog konteksta na zaustavljanje nasilja je velika jer relevantni pojedinci i referentna skupina snažno djeluju na interpretaciju situacija, uvjerenja i norme, što pridonosi modeliranju načina rješavanja sukoba u bliskim odnosima. Ključno je pitanje: Pod kojim uvjetima će osobe iz neposrednog socijalnog okruženja nešto poduzeti kako bi se zaustavilo obiteljsko nasilje za koje znaju da se događa? Odgovor su gotovo prije pola stoljeća dali socijalni psiholozi Latane i Darley (1970.). Njihov model donošenja odluke o pomaganju u izvanrednim situacijama uključuje pet koraka: 1.) treba uočiti situaciju (tj. osoba treba uočiti da se događa nešto što bi moglo biti nasilje), 2.) protumačiti da se radi o nekom od oblika obiteljskog nasilja (tj. da će posljedice biti štetne), 3.) preuzeti odgovornost da se nešto učini, 4.) znati što učiniti i 5.) primijeniti odluku (tj. nešto učiniti, pomoći ili intervenirati). Posljednji korak je posebno osjetljiv jer uključuje ocjenjivanje mogućih loših posljedica pomaganja: neugode, mogućeg narušavanja odnosa s članovima obitelji u kojoj ima nasilja, opasnosti, vremenskog angažmana i slično. Zbog svoje socijalne moći, neposredno socijalno okruženje može poslužiti kao važan mehanizam zaustavljanja nasilnog ponašanja, a jasno je što treba činiti da se on pokrene.

Treću razinu modela suzbijanja nasilja čine institucije i stručnjaci u ustanovama i službama koje dolaze u kontakt s konkretnom žrtvom ili/i počiniteljem nasilja i njihovim neposrednim socijalnim okruženjem. Ovisno o situaciji, to mogu biti odgajatelji, učitelji i nastavnici, policajci, suci i državni odvjetnici, psiholozi, socijalni radnici, zdravstveno osoblje, paraprofesionalci koji rade sa žrtvama i slični. Ove osobe imaju znatnu stručnjačku i institucionalnu moć jer raspolazu znanjima i mogućnostima uvođenja pozitivnih promjena, ali i sredstvima prisile. Često, međutim, nemaju odgovarajuće znanje, iskustvo i motivaciju da pridonose zaustavljanju nasilnog ponašanja na učinkovit način. Osim toga, osobno životno iskustvo s nasiljem, stavovi i uvjerenja koja neizbježno nose iz svoje osobne povijesti, mogu biti prepreka njihovom učinkovitom djelovanju. Važna je, također, percepcija stručnjaka da li i koliko drugi stručnjaci i drugi sustavi funkcioniraju dobro ili slabo, prebacuje li se odgovornost sa sebe na druge. Stručnjaci koji rade s obiteljskim nasiljem se u nekim aspektima mogu osjećati slično žrtvama nasilja: mogu imati doživljaj bespomoćnosti i izoliranosti zbog nefunkcionalnih sustava koji međusobno nedovoljno učinkovito surađuju. Promjene na ovoj razini postižu se prikladnim educiranjem i osnaživanjem stručnjaka, povezivanjem s drugim stručnjacima koji rade u području nasilja, zajedničkim traženjem načina za povećanjem učinkovitosti kroz praktičnu suradnju na razini lokalne zajednice te osiguravanjem konzultacija i supervizije.

Budući da ova razina suzbijanja nasilja u obitelji ima veliku moć djelovanja na dvije uže razine (osobna i neposredno socijalno okruženje), njeno učinkovito funkcioniranje je bitno za suzbijanje nasilja.

Četvrtu razinu čini zajednica (lokalna i šira društvena) koja ostvaruje svoj utjecaj stvaranjem preduvjeta i okruženja u kojima funkcioniraju prethodne tri razine ovog modela. Na ovoj se razini formiraju vrijednosni sustavi i socijalne norme, stvaraju mehanizmi za njihovo provođenje (zakoni i uvjeti za njihovu provedbu, uključujući izgradnju kapaciteta i financiranje), formalizira oblik i stupanj socijalne kontrole kroz sredstva represije i definira kako će institucije odgoja, obrazovanja, socijalne skrbi i zdravstva, policija, pravosuđe, mediji i društvene organizacije (uključujući i crkvu) osigurati da se proklamirane vrijednosti ostvare u praksi. Utjecaji na uže razine socijalne ekologije posebno se snažno ostvaruju mehanizmima represije prema počiniteljima nasilja i nedjelotvornim stručnjacima, ali istodobno i stvaranjem uvjeta za kvalitetnu podršku žrtvama obiteljskog nasilja, tretman počinitelja nasilja i podučavanje javnosti. Odgovornost zajednice (države, županije, gradova) za suzbijanje nasilja, počiva na primjeni međunarodnih standarda, prihvaćanju vrijednosti da je obiteljsko nasilje oblik ugrožavanja ljudskih prava i da je zajednica odgovorna da to spriječi. To se ogleda u donošenju primjerenih i provedivih zakona kojima se štiti obitelj od nasilja i u osiguravanju njihove učinkovite provedbe. Jedan od praktičnih preduvjeta je osigurati da ustanove i službe stvarno međusobno surađuju, a da se stručnjaci osposobljavaju i osnažuju.

Premda je koordinirano povezivanje resursa različitih razina socijalne ekologije ključno, ono se u praksi nedovoljno postiže zbog toga što između različitih dionika postoje sukobi zbog različitih interesa i prioriteta ili nedovoljnih kapaciteta. Stoga bismo mogli reći da šire razine socijalne ekologije (stručnjaci i institucije, zajednica) ne podržavaju pozitivne procese na užim razinama (osobnoj, neposrednog socijalnog okruženja). No ne treba zanemariti i utjecaj povratnih veza koje iz užih razina socijalne ekologije mogu otežati ulogu stručnjaka, institucija i zajednice u suzbijanju obiteljskog nasilja. Primjerice, stručnjaci iz institucija mogu imati određeno osobno iskustvo nasilja u primarnoj obitelji, ili su ponekad počinitelji nasilja u svojoj obitelji, imaju patrijarhalna uvjerenja i osobne norme o partnerskom odnosu, itd. To utječe na dio profesionalnog i institucionalnog odnosa prema žrtvama i počiniteljima nasilja, zakonska rješenja i medijski odnos prema nasilju.

Međuodnosi u opisanom modelu su vremenski vrlo dinamični. Promjene se događaju unutar i između svake od navedenih razina. Na primjer, zadnjih desetak godina očite su zakonske promjene u tretiranju obiteljskog nasilja, promjene u policijskoj i sudskoj praksi, izgradnja mreže organizacija za podršku žrtvama i psihosocijalni tretman počinitelja, osposobljavanje stručnjaka za prepoznavanje i postupanje u slučajevima nasilja, angažiranje medija u razotkrivanju propusta u djelovanju sustava itd. Vremenska dimenzija je vrlo važna jer možemo uočiti da preventivno djelovanje sa širih razina daje rezultate na razinama neposrednog socijalnog okruženja i pojedinca. To je jasno vidljivo iz narasle javne svijesti da je obiteljsko nasilje neprihvatljivo, velikog porasta broja

prijavljenih slučajeva policiji (u desetak godina gotovo pet puta više, tako da je sada broj policijskih intervencija preko 15.000 godišnje) i primjerenijeg medijskog praćenja takvih slučajeva.

Iskustvo je pokazalo da je kritično ograničenije učinkovitijeg suzbijanja obiteljskog nasilja nedovoljna usklađenost djelovanja iz širih razina prema prvoj i drugoj razini (osobnoj i neposrednog socijalnog okruženja) gdje se zaustavljanje nasilnog ponašanja treba postići. Stoga je postizanje sustavno usklađenog djelovanja u praksi ključno.

Kakva je u tom kontekstu uloga, mogućnosti i odgovornost psihologije i psihologa kao dionika zaštite mentalnog zdravlja obitelji u kojoj ima nasilja? To se ogleda u dva aspekta:

Prvi je da psihologija vlada spoznajama o ljudskom ponašanju koja su relevantna za nasilno ponašanje i njegovo prekidanje. To su npr: modeli učenja ponašanja, načini postizanja promjene ponašanja, vrijednosti i stavovi kao motivator ponašanja, socijalni utjecaji i socijalne interakcije u kojima se javlja nasilje, emocije i upravljanje njima, kognitivni konstrukti o stvarnosti, procjene i interpretacije tuđeg ponašanja, transakcije koje se odvijaju u interpersonalnim i bliskim odnosima, suočavanje sa stresom, upravljanje sukobima, psihopatološka ponašanja, profesionalni stres stručnjaka, evaluacija tretmana...

Drugo područje doprinosa psihologije suzbijanju obiteljskog nasilja je praksa u koju se ugrađuju spomenuta znanja i spoznaje, a ogleda se u psihološkom savjetovanju, podršci i tretmanu žrtava, psihosocijalnom tretmanu počinitelja nasilja, provedbi psiholoških kriznih intervencija, profesionalnoj podršci stručnjacima koji rade s nasiljem i razvijanju programa izobrazbe i evaluaciji programa koji pridonose smanjenju nasilja kako bi se unaprjeđivala praksa utemeljena na dokazima.

3.7.1.2. Međusektorska suradnja kao strategija

Djelotvornije postupanje u slučajevima nasilja u obitelji je profesionalni izazov svim sustavima – policiji, pravosuđu, socijalnoj skrbi, zdravstvu, lokalnoj samoupravi, nevladinom sektoru. U posljednjih je desetak godina došlo do vidljivog napretka u zakonskom okviru i dostupnosti društvenih intervencija u slučajevima nasilja u obitelji. Primjeri su donošenje posebnog *Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji*, promjene u *Kaznenom zakonu* i *Zakonu o kaznenom postupku*, proširivanje mreže savjetovališta i skloništa za žrtve, uvođenje tretmanskih centara za počinitelje nasilja u obitelji u više od deset gradova u Hrvatskoj.

Strana iskustva (npr. Wolfe i Jaffe, 1999.) pokazuju da problem obiteljskog nasilja treba rješavati korištenjem različitih, ali komplementarnih strategija (npr. podučavanje djece i mladih u školskom sustavu, izobrazba stručnjaka iz pomažućih struka u zdravstvu, socijalnoj skrbi i nevladinim organizacijama, stručnjaka u policiji i pravosuđu). Na taj se način izgrađuje kapacitet zajednice da učinkovitije reagira na slučajeve nasilja u obitelji, ali također da se ublaže posljedice nasilja, posebno na mentalno-zdravstvenom planu.

Naše iskustvo pokazuje da je za djelotvornu uporabu resursa zajednice nužno razvijati kapacitet stručnjaka u sljedećim područjima: 1.) poboljšavanje specifičnih znanja u svojem području rada s nasiljem u obitelji, 2.) stjecanje znanja o nasilju u obitelji koja su zajednička različitim stručnjacima, institucijama i sektorima, 3.) osvještavanje i razumijevanje uloge osobnih stavova i vrijednosti u radu s nasiljem, 4.) dobro poznavanje mogućnosti i ograničenja koje u radu imaju drugi stručnjaci, institucije i organizacije, 5.) razvijanje profesionalnog povjerenja i suradnog odnosa s drugim stručnjacima na razini lokalne zajednice i 6.) poznavanje djelotvornosti intervencija za zaustavljanje nasilja u obitelji kako bi ih mogli ciljano koristiti.

Prepoznajući teškoće međusektorske suradnje u suzbijanju obiteljskog nasilja, Vlada Republike Hrvatske je donijela *Protokol o postupanju u slučaju obiteljskog nasilja* (2005., 2006., 2008.). On sadrži niz mjera kojih su se državne institucije dužne pridržavati prilikom pružanja pomoći i zaštite osobi izloženoj bilo kojem obliku nasilja u obitelji. Svim tijelima naloženo je obzirno postupanje prema žrtvama nasilja i korištenje rodno osjetljivog pristupa. Kad je dijete žrtva nasilja, obvezno je postupati prema načelu najboljeg interesa djeteta, prikladno dobi i stupnju psihofizičkog razvoja, zdravstvenog i emocionalnog stanja.

Svrha je *Protokola* osigurati uvjete za djelotvoran, cjelovit i usklađen rad nadležnih tijela radi unaprjeđenja zaštite i pomoći žrtvi nasilja u obitelji te pomoći počiniteljima u zaustavljanju njihovog nasilnog ponašanja. Propisane su obveze, oblici i načini međusobne suradnje nadležnih tijela (policije, centara za socijalnu skrb, zdravstvenih i odgojno-obrazovnih ustanova te pravosudnih tijela) koja sudjeluju u otkrivanju i suzbijanju nasilja te pružanju pomoći i zaštite osobama izloženim nasilju u obitelji. Premda organizacije civilnog društva (tj. nevladine udruge) i tijela lokalne uprave i samouprave nisu navedeni u *Protokolu*, logično je da u njegovoj provedbi i oni sudjeluju. Činjenica da je Vlada donijela ovaj dokument izraz je narasle spoznaje da je nužno usklađenije djelovanje različitih sektora kao odgovor na složenu pojavu nasilja u obitelji. Za neke od sektora postoje posebni (interni) pravilnici i upute.

Uprkos velikim pomacima posljednjih godina, praksa upozorava da suradnju različitih sektora na razini lokalne zajednice treba dalje razvijati. To je moguće učiniti na tri razine: 1.) unapređenje prakse unutar svake službe uključene u suzbijanju nasilja u obitelji, 2.) ubrzavanje razmjene informacija i izgradnja profesionalnog povjerenja među sektorima (policija, socijalna skrb, pravosuđe, zdravstvo, obrazovanje, organizacije za pomoć žrtvama, organizacije za tretman počinitelja) i 3.) prihvaćanje veće odgovornosti lokalne zajednice za suzbijanje nasilja u obitelji. Osim unutar sustava policije, umreženost i razmjena informacija su objektivno ograničene. Tako npr. u zdravstvu ne postoji standardizirana evidencija koja bi omogućila pouzdane podatke o zdravstvenim uslugama i skrbi za žrtve obiteljskog nasilja. Krovne institucije koje prate epidemiologiju ozljeda i pružanje zdravstvenih usluga nemaju podatke je li usluga pružena zbog nasilja u obitelji ili zbog ozljede nanosene od drugih osoba.

No, ključno ograničenje vezano je uz nedovoljno međusektorsko poznavanje konkretnih postupaka, mogućnosti i ograničenja koja ima pojedini sustav. Iskustvo projekta *Unapređenje međusektorske suradnje u suzbijanju obiteljskog nasilja* pokazuje da, nakon što se sudionici iz sustava koji moraju surađivati na razini lokalne zajednici izravno upoznaju kao stručnjaci, te prepoznaju ograničenja i mogućnosti pojedinog sustava i povećaju međusobno povjerenje, razmjena informacija postaje lakša i djelotvornija, a rad na suzbijanju obiteljskog nasilja učinkovitiji. To ujedno donosi i zadovoljstvo samim stručnjacima koji rade ovaj teški posao.

3.7.1.3. Izgradnja kapaciteta za međusektorsku suradnju

Brzina i koordinirano reagiranje na otkriveni slučaj obiteljskog nasilja ovisi o učinkovitoj razmjeni informacija između uključenih stručnjaka i institucija. Istodobno, brzina reagiranja je vrlo važan čimbenik zaustavljanja nasilja: žrtva dobiva poruku da su institucije kompetentne i angažirane, a počinitelj nasilja i neposredna socijalna okolina poruku da se nasilje shvaća ozbiljno i kao društveni prioritet. Zbog toga je u okviru suradnje Društva za psihološku pomoć (DPP), Ministarstva unutarnjih poslova, Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, Pravosudne akademije i Visokog prekršajnog suda razvijen i proveden projekt izgradnje kapaciteta za unapređenje međusektorske suradnje u suzbijanju obiteljskog nasilja na razini lokalne zajednice. Projekt je trajao od 2009. do 2011. godine, a proveden je u 13 županija i Gradu Zagrebu.

Porast svijesti o problemu nasilja u obitelji ima barem dvije posljedice. Prvo, češće prijavljivanje takvih slučajeva nadležnim institucijama i organizacijama civilnog društva. To je praćeno većim očekivanjem da sustavi učinkovito reagiraju, kako bi se odmah prekinulo nasilno ponašanje u ugroženim obiteljima i posljedično dovelo do smanjivanja nasilja općenito. Drugo, postalo je očigledno da postoji značajan prostor za poboljšanje koordiniranog reagiranja svih nadležnih službi, institucija i organizacija. Naše ranije iskustvo s izobrazbom ovih stručnjaka pokazalo je da su i oni sami nezadovoljni zbog nedovoljne učinkovitosti cjelokupnog reagiranja na slučajeve obiteljskog nasilja. U *Nacionalnoj strategiji protiv nasilja u obitelji (2008.-2010.)* procijenjeno je da je potrebno u izobrazbu uključiti oko 3.600 djelatnika policije, socijalne skrbi, zdravstva, pravosuđa i organizacija civilnog društva kako bi se učinkovitost koordiniranog reagiranja podigla na višu razinu. Nažalost, sredstva za dostizanje ovog ambicioznog cilja nisu bila osigurana. U tom je kontekstu pokrenut spomenuti projekt Društva za psihološku pomoć koji je putem *Matra Programa* financiralo nizozemsko Ministarstvo vanjskih poslova i Grad Zagreb, kako bi se pridonijelo ostvarenju navedenog strateškog cilja izobrazbom oko 18% ciljane skupine stručnjaka. U ranijem razdoblju (2002.-2006.) DPP je u suradnji s nizozemskom NVO Admiru, također u okviru projekta Matra, po sličnom modelu osposobio 650 djelatnika policije, socijalne skrbi, pravosuđa i zdravstva.

Ovaj program izobrazbe je jedinstven po tome što je u fokusu imao unapređenje suradnje u zajednici između sektora koji rade u području obiteljskog nasilja. Za razliku od njega, drugi su programi bili usmjereni na dodatno osposobljavanje stručnjaka unutar pojedinog sustava. Tako je, primjerice, Poliklinika za zaštitu djece obučila preko tisuću nastavnika za

prepoznavanje djece koja su izložena obiteljskom i vršnjačkom nasilju. Druge nevladine organizacije, kao što su Ženska soba, Centar za edukaciju i istraživanje (CESI), Ženska grupa Korak i B.a.b.e. su provodile izobrazbu o temama povezanim s nasiljem u obitelji i rodno utemeljenom nasilju za pojedine skupine stručnjaka.

DPP-ov program je proveden u dva koraka. Prvi korak (svibanj 2009.) je bila trodnevna izobrazba za rukovoditelje institucija iz ciljanih županija. Pozvani su zamjenici načelnika policijskih uprava, ravnatelji centara za socijalnu skrb, predsjednici prekršajnih i općinskih kaznenih sudova, zamjenici državnog odvjetnika, rukovoditelji domova zdravlja i voditelji nevladinih organizacija koje se bave podrškom žrtvama i tretmanom počinitelja. Najbolji je odaziv bio iz sustava socijalne skrbi i policije, a zatim iz prekršajnih sudova (37 polaznika). Najslabiji je odaziv bio iz sustava zdravstva i nevladinog sektora (nitko nije sudjelovao).

Primarni je cilj ove izobrazbe bio pomoći rukovoditeljima ključnih institucija u ciljanim županijama bolje razumjeti dinamiku obiteljskog nasilja, prepreke boljoj suradnji u zajednici, te da zajednički razmotre konkretne korake koje će poduzeti u kratkom vremenu kako bi se unaprijedila brzina razmjena informacija između njihovih institucija i zajedničko djelovanje. Sekundarni je cilj ove izobrazbe bio da rukovoditelji upoznaju program kroz koji će proći njihovi zaposlenici te da preuzmu vodeću ulogu za unaprjeđivanje međusektorske suradnje.

Drugi je korak izgradnje kapaciteta bila provedba izobrazbe u trajanju od 3 + 1 dan za skupine stručnjaka iz 13 županija i dvije iz Zagreba. Sudionici su bili birani tako da je iz svakog mjesta u pojedinoj županiji u kojoj postoje policijska postaja, centar za socijalnu skrb, zdravstvene ustanove, pravosudna tijela i nevladine organizacija, pozvan jedan ili dva stručnjaka iz svake organizacije koji se najviše bave pitanjem obiteljskog nasilja. U nekim mjestima nije bilo svih nabrojanih institucija pa su pozivani stručnjaci iz onih ustanova koje postoje i koji su neminovno upućeni na međusobnu suradnju u području obiteljskog nasilja. Bilo je zanimljivo vidjeti kako je za mnoge ovo bila prva prilika da osobno upoznaju osobu s kojom inače komuniciraju pismenima, dakle samo formalno.

Tijekom provedbe projekta tiskan je *Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju nasilja u obitelji* (2010., izdavači UNDP i DPP, urednik Ajduković, D.) koji je namijenjen svim službama koje dolaze u kontakt sa žrtvama i počiniteljima obiteljskog nasilja. Ovaj priručnik je široko distribuiran ne samo polaznicima izobrazbe i njihovim ustanovama, nego i drugim institucijama, organizacijama i studijima pomagačkih struka.

Format izobrazbe uključivao je prvo trodnevni seminar koji je bio utemeljen na modelu iskustvenog učenja, kratkim predavanjima i radionicama u malim skupinama. Na kraju susreta svaka je skupina polaznika iz istog mjesta dobila zadaću u vezi s unapređenjem suradnje koju su trebali ostvariti u sljedećih mjesec dana. Otprilike 6 tjedana nakon prvog seminara, održan je jednodnevni susret na kojem su polaznici izvještavali o napretku u suradnji, te preprekama na koje su naišli u ostvarenju svojeg zadatka. Govorili

su o konkretnim pokazateljima unaprjeđene suradnje. Ovaj je način rada omogućio polaznicima uvježbati nove vještine i primjenu novih znanja u svom radnom okruženju, međusobno poticanje i podržavanje. Jednodnevni susret je također služio za pojašnjavaње dvojbi koje su se pojavile u praktičnom radu te za rad na dodatnim temama koje su polaznici naveli kao posebno važne. Kompletan program završilo je 589 polaznika, čija je struktura prikazana u tablici 1.

Tablica 1. Struktura polaznika programa izgradnje kapaciteta za međusektorsku suradnju u suzbijanju nasilja u obitelji.

| Županija | Sektor | | | | | | Ukupno: |
|---|------------|------------|------------|------------|--------------|-----------|------------|
| | Policija | Soc. skrb | Pravo suđe | Zdrav stvo | Obit. centri | NVO | |
| 1. Grad Zagreb | 39 | 28 | 13 | | 3 | 2 | 85 |
| 2. Šibensko-kninska | 14 | 8 | 5 | | 2 | 2 | 31 |
| 3. Primorsko-goranska | 18 | 15 | 11 | | 2 | 2 | 48 |
| 4. Krapinsko-zagorska | 14 | 13 | 13 | | 2 | | 42 |
| 5. Bjelovarsko-bilogorska | 16 | 11 | 13 | 2 | 2 | | 44 |
| 6. Istarska | 17 | 13 | 14 | 2 | 2 | 2 | 50 |
| 7. Dubrovačko-neretvanska | 15 | 9 | 8 | 8 | 2 | 2 | 44 |
| 8. Zadarska | 17 | 7 | 11 | 3 | 2 | 2 | 42 |
| 9. Brodsko-posavska i Požeško-slavonska | 14 | 7 | 9 | 11 | 2 | | 43 |
| 10. Splitsko-dalmatinska | 14 | 12 | 15 | 2 | 1 | 2 | 46 |
| 11. Ličko-senjska | 14 | 16 | 10 | 1 | | | 31 |
| 12. Zagrebačka | 17 | 10 | 13 | 1 | 2 | 1 | 44 |
| 13. Sisačko-moslavačka | 16 | 14 | 6 | | 2 | 1 | 39 |
| Ukupno: | 225 | 153 | 141 | 30 | 24 | 16 | 589 |

3.7.1.4. Evaluacija unaprjeđenja međusektorske suradnje

Provedena je formativna evaluacija učinkovitosti i kvalitete provedbe projekta i sumativna evaluacija njegovih učinaka.

Formativna evaluacija (provedbe projekta)

Glavno je pitanje na koje evaluacija provedbe projekta treba odgovoriti: Kakva je bila kvaliteta i učinkovitost provedbe i koliko izobrazba zadovoljava potrebe korisnika?

Učinkovitost i kvaliteta provedbe izobrazbe evaluirana je korištenjem standardnih upitnika koji su uključivali 12 – 14 čestica sa skalom od 5 stupnjeva, od 1 (loše, uopće ne) do 5 (odlično, potpuno) te 4 pitanja otvorenog tipa. Upitnik je primijenjen na kraju svakog trodnevnog seminara i kasnijeg jednodnevnog susreta. Podaci za rukovodno osoblje navedeni su tablici 2.

Tablica 2. Formativna evaluacija izobrazbe za unapređenje međusektorske suradnje za rukovodno osoblje policije, pravosuđa i socijalne skrbi. Prosjeci za N = 37.

| | Pitanja | Prosjek (M) |
|-----|--|-------------|
| 1. | Jeste li dobili jasnu sliku o ciljevima izobrazbe? | 4,4 |
| 2. | Je li Vam seminar pružio nova znanja i vještine značajne za Vaš rad na području obiteljskog nasilja? | 4,0 |
| 3. | Koliko su bila korisna predavanja? | 4,2 |
| 4. | Koliko su bile korisne radionice? | 4,0 |
| 5. | Koliko će Vam sadržaj seminarara koristiti u radu? | 4,0 |
| 6. | Koliko su treneri bili pripremljeni? | 4,7 |
| 7. | Kako biste ocijenili pisane materijale i pružene informacije? | 4,3 |
| 8. | Koliko je vrijeme bilo djelotvorno iskorišteno? | 4,5 |
| 9. | Kakva je bila atmosfera u skupini? | 4,5 |
| 10. | Kako biste ocijenili praktične aspekte organizacije (lokacija, ručak, itd.)? | 4,3 |
| 11. | Biste li ovakav seminar preporučili ostalim kolegama? | 4,7 |
| 12. | Kako biste ocijenili izobrazbu u cjelini? | 4,3 |

Od pozvanih 50 rukovoditelja, trodnevnu izobrazbu završilo je 37 osoba. Sudjelovanje rukovoditelja iz zdravstva je potpuno podbacilo, a bilo je i nešto manje osoba iz pravosuđa. Sudionici iz ostala tri sektora su procijenili sve aspekte izobrazbe kao „vrlo dobre” ili više. To je pokazalo da su sadržaj i oblik rada vrlo primjereni njihovim potrebama. Ovo nam je bilo posebno važno jer su ovi rukovoditelji imali značajnu ulogu u odabiru i motiviranju svojih zaposlenika da sudjeluju u kasnijim seminarima.

Ocjene provedbe 14 seminara koje su dali stručnjaci (N=589) iz svih sektora nakon provedene izobrazbe prikazane su u tablici 3. Oni su ocijenili program izobrazbe vrlo visokim ocjenama: za 8 od 12 pitanja koja su se izravno odnosila na kvalitetu provedbe i korisnost ove izobrazbe, ocjene su bile „odličan“.

Najniža prosječna ocjena (3.3) odnosi se na to koliko su njihovi pretpostavljeni znali o ciljevima ove izobrazbe. To je bilo iznenađujuće jer su rukovoditelji svake od institucija i organizacija koje su uključile svoje članove u ovu izobrazbu na vrijeme dobili punu informaciju o ciljevima, sadržaju i obliku izobrazbe, te kome je namijenjena. Oni su očigledno dobro odabrali polaznike (kao što to pokazuje čestica 13.), ali bez dovoljnog znanja o ciljevima izobrazbe. To je bilo pogotovo vidljivo kod policajaca, sudaca i zamjenika općinskih državnih odvjetnika. Tijekom rasprave s polaznicima, pokazalo se da su pretpostavljeni smatrali da se radi o izobrazbi „o obiteljskom nasilju“, ali ne da će naglasak biti na unapređenju međusektorske suradnje. Ovo je iskustvo tim važnije jer su rukovoditelji i sami prošli kroz ovaj program te su ga mogli dobro upoznati. No budući da na seminaru za njih nisu sudjelovali svi pozvani rukovoditelji, razumljivo je da su u nekim ustanovama rukovoditelji svoje odluke temeljili na „općem dojmu“, a ne poznavanju suštine

ove izobrazbe. Osim toga, neki od rukovoditelja koji su pohađali seminar promijenili su radno mjesto ili ustanovu, a novi rukovoditelji nisu bili posebno zainteresirani poslati najprikladnije zaposlenike na ovu izobrazbu. No kako su rukovoditelji bili vrlo zadovoljni izobrazbom koju su dobili, dugoročno gledano, to je bila dobra investicija jer su oni ostali raditi u svojim sustavima (premda na drugim radnim mjestima) pa će vjerojatno nastaviti zagovarati važnost međusektorske suradnje.

Jednodnevni susreti održani su 6 do 10 tjedana nakon trodnevnih seminara. U njima je sudjelovalo 74% polaznika koji su završili seminar. Razlozi izostajanja bili su bolest, neizbježne obveze (npr. sudska rasprava, službeni put, dežurstvo).

Tablica 3. Formativna evaluacija izobrazbe za unapređenje međusektorske suradnje za osoblje policije, pravosuđa i socijalne skrbi, obiteljskih centara, zdravstava i nevladinog sektora. Prosjeci za N=589.

Tablica 3. Formativna evaluacija izobrazbe za unapređenje međusektorske suradnje za osoblje policije, pravosuđa i socijalne skrbi, obiteljskih centara, zdravstava i nevladinog sektora. Prosjeci za N=589.

| | Pitanje | Prosjek (M) |
|-----|---|--------------------|
| 1. | Jesu li Vam treneri jasno objasnili ciljeve ovog seminara? | 4,7 |
| 2. | Je li Vam seminar pružio nova znanja i vještine važne za unapređenje međusektorske suradnje u području obiteljskog nasilja? | 4,2 |
| 3. | Obzirom na posao koji radite koliko ćete ono što ste dobili na ovom seminaru moći koristiti u području obiteljskog nasilja? | 4,1 |
| 4. | Koliko su bila korisna predavanja? | 4,5 |
| 5. | Koliko su bile korisne radionice? | 4,6 |
| 6. | Koliko će Vam sadržaj seminara koristiti u radu? | 4,1 |
| 7. | Koliko su treneri bili pripremljeni? | 4,9 |
| 8. | Koliko je vrijeme bilo djelotvorno iskorišteno? | 4,7 |
| 9. | Kakva je bila atmosfera u skupini polaznika? | 4,8 |
| 10. | Kako biste ocijenili praktične aspekte organizacije (lokacija, ručak, itd.)? | 4,6 |
| 11. | Biste li ovakav seminar preporučili ostalim kolegama? | 4,9 |
| 12. | Koliko su Vas Vaši pretpostavljeni upoznali s namjenom ovog seminara? | 3,3 |
| 13. | Koliko ste Vi bili dobro odabrani za ovaj seminar obzirom na posao koji radite? | 4,7 |
| 14. | Kako biste ocijenili izobrazbu u cjelini? | 4,9 |

Zaključno se može reći da je izobrazba provedena kako je bilo planirano. Polaznici su dosljedno i vrlo visoko ocijenili kvalitetu, učinkovitost provedbe, radne materijale, kompetencije voditelja, nova znanja i vještine. Činjenica da bi oni u vrlo velikom broju slučajeva preporučili svojim kolegama sudjelovanje u ovoj izobrazbi također svjedoči da je program zadovoljavao njihove potrebe u područja rada s obiteljskim nasiljem i unaprjeđenja međusektorske suradnje.

Sumativna evaluacija (postignuća projekta)

Evaluacija postignuća projekta treba odgovoriti na dva ključna pitanja: Jesu li se dogodile promjene u praksi stručnjaka u području obiteljskog nasilja? Je li međusektorska suradnja poboljšana nakon provedbe ovog projekta?

Podaci za evaluaciju postignuća ili učinaka projekta na unapređenje međusektorske suradnje prikupljeni su korištenjem mješovite metodologije. Kvantitativni dio anketiranja sadržavao je pitanja sa skalom od pet stupnjeva. Sva su se pitanja odnosila na moguće promjene u međusektorskoj suradnji, pripisivanje tih promjena učincima seminara, svijest o važnosti takve suradnje kod rukovoditelja i korisnost *Protokola*. Provedeno je anonimno anketiranje sudionika pisanim putem. Anketni podaci prikupljeni su od 281 polaznika (stopa odgovaranja 64,4%). Najčešći razlozi neodgovaranja su bili što je osoba promijenila posao, bila na bolovanju ili duljem putovanju. Usporedba osobina svih polaznika izobrazbe i onih koji su popunili i vratiti upitnik pokazala je da izvor pristranosti samoselekcije nije djelovao.

Kvalitativni dio evaluacije uključivao je intervjuiranje rukovoditelja i fokusne grupe sa stručnjacima koji su završili program te niz otvorenih pitanja u anketnom upitniku. Intervjui i fokusne grupe provedeni su s namjernim uzorkom polaznika iz 12 različitih mjesta i različitih dijelova zemlje. Intervjui su provedeni s 5 rukovoditelja i 15 fokusnih grupa s ukupno 83 sudionika. To je omogućilo identificiranje novih inicijativa rukovoditelja i zaposlenika u pogledu međusektorske suradnje, praćenje čemu oni pripisuju promjene u suradnji, identificiranje prepreka boljoj suradnji i utvrđivanje njihovih prijedloga za unapređenje suradnje. Primjeri bolje međusektorske suradnje u području suzbijanja obiteljskog nasilja na razini lokalne zajednice ilustriraju postignute promjene.

Rezultati kvantitativnog dijela anketiranja:

- 78,4% sudionika procjenjuje obuku vrlo korisnom za poboljšanje međusektorske suradnje (medijan = 4 na skali od 1 do 5)
- 91,6% sudionika procjenjuje da su njihovi nadređeni svjesni potrebe za multisektorskom suradnjom (medijan = 4)
- 91,6% sudionika smatra da trening za poboljšanje multisektorske suradnje u istom formatu svakako treba nastaviti (medijan = 5)
- 75,8% sudionika smatra da je *Protokol* vrlo koristan u rješavanju slučajeva obiteljskog nasilja (medijan = 4)
- 84,4% sudionika primijetilo je poboljšanje u multisektorskoj suradnji nakon provedenog treninga (medijan = 4)
- 93,6% sudionika pripisuje napredak u suradnji učincima treninga (medijan = 4).

Ovi nalazi jasno pokazuju da je izobrazba postigla cilj povećanja multisektorske suradnje na razini lokalne zajednice jer 84,4% sudionika navodi poboljšanja u suradnji, a 93,6% ih ta poboljšanja pripisuje učincima treninga.

Daljnje statističke analize pokazuju da su sudionici bili vrlo homogeni u njihovim

procjenama učinaka treninga, gotovo bez obzira na njihove individualne karakteristike. Jedine statistički značajne razlike bile su da su žene izrazile veću potrebu za nastavkom treninga ($p < 0,05$); da su visokoobrazovani sudionici i oni iz područja socijalnih usluga procijenili da su njihovi nadređeni više svjesni važnosti multisektorske suradnje ($p < 0,05$); sudionici čiji je posao bio više vezan uz obiteljsko nasilje primjetili su veće poboljšanje multisektorske suradnje i procijenili da je Protokol bio korisniji u ovoj suradnji ($p < 0,05$). Stariji sudionici smatrali su da je trening bio vrlo koristan i izrazili veću podršku nastavku tog treninga te su smatrali da im je Protokol bio više od pomoći u suradnji ($p < 0,05$).

Rezultati kvalitativnog dijela anketiranja:

Kvalitativna analiza odgovora na otvorena pitanja i komentari u istraživanju identificirali su nekoliko područja koja pružaju dublji uvid u promjene postignute treningom. To su:

1. Promjene u multisektorskoj suradnji nakon izobrazbe:

- Poboljšana izravna komunikacija pružatelja usluga između različitih sektora (npr. direktni kontakt s određenom osobom, telefonski kontakt kao legitiman način pokretanja postupka, povećano povjerenje između pružatelja usluga koji su zajedno bili na treningu, manje formalna komunikacija...).
- Češći kontakti između pružatelja usluga koji rade na konkretnom slučaju (npr. zajednički planski sastanci, dogovori o koracima koje treba poduzeti u konkretnom slučaju...).
- Poboljšana suradnja (npr. redovni sastanci o koordinaciji u radu na specifičnim slučajevima, međusobna potpora u rješavanju posebno teških slučajeva...).
- Poboljšani protok informacija (npr. brža razmjena informacija, kraće vrijeme pripreme relevantnih dokumenata, bolje povratne informacije među različitim sektorima...).
- Poboljšana kvaliteta rješavanja slučajeva (npr. bolja kvaliteta sudskih presuda, prijave koje dovode do presuda, poboljšana zaštita žrtvi tijekom policijskih i sudskih postupaka, detaljniji opisi slučajeva nasilja u policijskoj dokumentaciji, veća osobna predanost davatelja usluga, češći interdisciplinarni pristup određenom slučaju, manje neslaganja između policije i sudova...).
- Kraće vrijeme rješavanja slučajeva (npr. kraće ukupno vrijeme obrade slučajeva, brže postupanje u kriznim situacijama, kraće vrijeme do presude počinitelju...)
- Bolje razumijevanje među različitim sektorima (npr. poboljšano razumijevanje procedura, ograničenja i mogućnosti između različitih sektora, bolje poznavanje problema u drugim sektorima, veće poštovanje prema davateljima usluga u drugim sektorima, više povjerenja prema ljudima iz drugih sektora, jasnija očekivanja od drugih sektora...).

- Povećana svijest o složenosti rodno uvjetovanog nasilja i slučajeva nasilja u obitelji (npr. senzibilniji pristup žrtvama nasilja, više izvještaja iz zdravstvenog sektora, bolje razumijevanje problema dinamike obiteljskog nasilja, ozbiljniji pristup slučajevima nasilja u obitelji...).
- Povećana svijest o potrebi za multisektorskom suradnjom (npr. povećana odgovornost za suradnju...).

2. Prepreke boljoj multisektorskoj suradnji:

- Nedostatak resursa (npr. nedostatak osoblja, preopterećenost poslom, slaba tehnička i materijalna podrška...).
- Neadekvatna osposobljenost pružatelja usluga (npr. pogreške u prepoznavanju žrtvi rodno uvjetovanog nasilja, nedovoljno treninga policijskih službenika, pomanjkanje razumijevanja specifičnosti žrtava i počinitelja unutar sudstva, nedostatak stručnjaka specijaliziranih za nasilje u obitelji, premali broj voditelja tretmana za počinitelje nasilja...).
- Pomanjkanje svijesti o potrebi za međusektorskom suradnjom (npr. nedostatak takve svijesti na rukovodećim razinama, zatvorenost institucija u nekim slučajevima, uvjerenje da jedna institucija može sama riješiti probleme nasilja u obitelji, pretjerani osjećaj važnosti vlastitih institucija i osoba u njima...).
- Slaba koordinacija (npr. slaba interna komunikacija u institucijama, nedostatak informacijske mreže, udaljene lokacije institucija koje trebaju raditi zajedno...).
- Slaba suradnja (npr. zdravstvo i škole vrlo malo izvješćuju o nasilju u obitelji, tužiteljstvo nije dovoljno kooperativno, česte rotacije policijskog i pravosudnog osoblja...).
- Komunikacijski problemi (npr. nepružanje odgovarajućih informacija, inzistiranje na redovitoj komunikaciji putem pošte umjesto elektroničke pošte, ne davanje povratne informacije o slučajevima...).
- Nedostatak razumijevanja između različitih sektora (npr. različiti pogledi u vezi s obiteljskim nasiljem i rodno uvjetovanim nasiljem, slabo poznavanje rada ostalih sektora, nedostatak fleksibilnosti upravljanja u nekim ustanovama...).
- Slaba učinkovitost (npr. sporo reagiranje na slučajeve nasilja, dugo vrijeme čekanja na početak tretmana počinitelja, bavljenje samo posljedicama nasilja, a ne i prevencijom i ranim prepoznavanjem...).
- Neadekvatni zakonski propisi i rješenja (npr. tretman počinitelja nije dovoljno dostupan, loša rješenja u pogledu počinitelja s mentalno zdravstvenim problemima, nedostaci u *Protokolu*...).

1. Najkorisniji aspekti osposobljavanja za poboljšanje međusektorske suradnje:
 - Osobno upoznavanje s kolegama iz drugih sektora koji rade na slučajevima obiteljskog i rodno uvjetovanog nasilja, što je pomoglo uspostaviti učinkovitiji, izravniji i manje formalni kontakt kod rada na konkretnim slučajevima.
 - Prilika za razumijevanje ograničenja i mogućnosti ostalih sektora kojih sudionici nisu bili svjesni.
 - Potvrda da je izobrazba pridonijela boljoj međusektorskoj suradnji i učinkovitosti svakog od sektora, isticanje da je ova izobrazba neophodna i ostalim kolegama koji nisu bili uključeni kao i kolegama iz drugih dijelova države.
 - Prilika za susret s predstavnicima institucija koje nisu dobro komunicirale u prošlosti i rasprava o problemima.
 - Mogućnost za rad s kolegama iz različitih sektora u malim skupinama na slučajevima u kojima su svi bili uključeni. To je omogućilo uspoređivanje različitih perspektiva, dublju analizu onoga što je učinjeno te što se moglo učiniti drukčije.

2. Promjene u međusektorskoj suradnji:
 - Neki su od rukovoditelja, nakon izobrazbe na kojoj su sudjelovali, organizirali sastanak svih institucija na razini županije, na kojem su se složili da će svoje podređene, koji izravno rade s obiteljskim nasiljem, predložiti za pohađanje treninga. Učinci takvih dogovora bili su vidljivi u županijama u kojima su provedeni.
 - Razmjena informacija je mnogo brža, bolje je razumijevanje sposobnosti i mogućnosti drugih sektora, očekivanja od drugih sektora su puno realnija.
 - Zahtjev za informacijama i odgovaranje na zahtjeve je brže, kao posljedica manje formaliziranih kontakata između sudaca, policajaca, socijalnih radnika, osoblja nevladinih organizacija.
 - Umjesto korištenja redovite pošte za razmjenu formalnih dokumenata povećana je upotreba telefona nakon čega slijedi faks ili elektronička pošta i tako je uvelike povećana učinkovitost i skraćeno vrijeme reagiranja (npr. 24 sata umjesto dva tjedna).
 - Izravni kontakti među operativcima iz različitih sektora obavljaju se putem telefona, što smanjuje vrijeme odaziva, nakon čega se šalju i pisani dokumenti koji su potrebni nadređenima.
 - Policijski službenici su razmijenili brojeve mobitela sa stručnjacima u centrima za socijalnu skrb što je povećalo učinkovitost suradnje.
 - Sektori dijele korisne informacije i neformalno (npr. centar za socijalnu skrb neformalno dobije adresu gdje počinitelj ili žrtva nasilja stvarno živi; policija razmjenjuje informacije o akutnoj situaciji u obitelji u vrijeme nasilnog događaja što pomaže socijalnim službama da dobiju potpuniju sliku).

- Različiti sektori počeli su raditi na vremenski bolje usklađen način, ne čeka se više da jedan sektor dovrši svoj dio posla i tek onda pošalje dokumente.
- U osobito teškim slučajevima (kojih ima oko 5%), stručnjaci iz različitih sektora sastali su se i donijeli zajednički plan koji je pomogao riješiti slučaj bolje i u kraćem vremenu.
- Češći su i izravniji kontakti između policije i prekršajnih sudova, što je smanjilo propuste u postupanju i poboljšalo kvalitetu dokumenata koji prate prijavu nasilja.
- Suci iz prekršajnih sudova (prije svega oni koji su sudjelovali u treningu) počeli su slati pisane presude policiji i centrima za socijalnu skrb, što je važno za njihov rad.
- Neke su zdravstvene ustanove počele slati povratnu informaciju u sudove, kada se počinitelj prijavi za liječenje ovisnosti, koje je određeno od strane suda, a te se informacije zatim podijele i s policijom.
- Centri za socijalnu skrb počeli su slati poboljšane socijalne anamneze sudovima.
- Centri za socijalnu skrb smanjili su vrijeme davanja izvješća policiji.
- Centri za socijalnu skrb i žrtve nasilja primaju kopije presuda od strane sudova za svaki slučaj nasilja u obitelji.
- Uvedeni su redoviti mjesečni sastanci operativnih timova tijekom kojih se raspravlja o trenutnim problemima i zajedno dolazi do rješenja.
- Dobivanje povratnih informacija od drugih sektora pomoglo je organizaciji i vođenju posla unutar jednog sektora (npr. policiji u vezi s počiniteljima koji su prekršili sudske mjere sigurnosti).
- Postoji manji broj pritužbi (kao što su pritužbe policije da je centar za socijalnu skrb ili sud propustio učiniti svoj dio posla, žalbe građana na postupanje policijskih službenika).
- Počinitelji su primijetili da sektori sve više i učinkovitije razmjenjuju informacije, što je smanjilo prostor za njihove manipulacije.

3. Razlozi koji su doveli do bolje suradnje:

- Izobrazba o međusektorskoj suradnji provedena u okviru spomenutog projekta.
- Poboljšano znanje i razumijevanje procedura i ograničenja drugih sektora, što rezultira smanjenjem tenzija.
- Bolje razumijevanje zašto je traženje informacija i izvještaja od drugih sektora bitno za te sektore.
- Osobno upoznavanje s kolegama koji rade na istim slučajevima u drugim sektorima.
- Povećano uzajamno povjerenje među kolegama iz različitih sektora, što vodi do direktne komunikacije i uspješnog pružanja brze pomoći (npr. centar za socijalnu skrb traži pomoć od policijskih službenika).
- Manje prebacivanja odgovornosti između sektora i okrivljavanja drugih.
- Pružatelj usluga nema više osjećaj da je slučaj prepušten samo njemu, zato što sada ima osobni kontakt s drugim sektorom, što dovodi do podjele opterećenja.
- Poboljšano znanje o obiteljskom i rodno uvjetovanom nasilju.

4. Prijedlozi za poboljšanje multisektorske suradnje:

- Multisektorsku suradnju treba njegovati; izobrazbu kao što je ova trebalo bi održavati svakih 1 do 2 godine za iste pružatelje usluga.
- Obuka za međusektorsku suradnju bi u budućnosti trebala uključivati više osoblja iz zdravstvenih ustanova, obrazovanja (vrtići, osnovne i srednje škole), više sudaca prekršajnih i kaznenih sudova i državnih odvjetnika koji se bave obiteljskim nasiljem.
- Viši rukovoditelji iz svih sektora trebali bi se redovito sastajati na županijskoj razini kako bi raspravili probleme suradnje koje signaliziraju pružatelji usluga.
- Sastanci, radionice, fokusirane diskusije o posebno osjetljivim slučajevima nasilja u obitelji, te treninzi, trebaju biti planirani i redovito provedeni kako bi se održavala i poboljšavala međusektorska suradnja.
- Zbog kadrovskih rotacija u svakom sektoru, osposobljavanje za međusektorsku suradnju treba provoditi sa svim zaposlenicima koji su premješteni na poslove na kojima će se baviti problemima obiteljskog nasilja.

Zaključak

Opisani projekt razvijen je na temelju teorijskog socio-ekološkog modela suradnje u zajednici za suzbijanje nasilja u obitelji. Velik broj polaznika koji su završili izobrazbu za unapređenje međusektorske suradnje na razini lokalne zajednice predstavlja novi kapacitet za učinkovitije suzbijanje nasilja. Analiza evaluacijskih podataka pokazala je da je nakon provedenog projekta izgradnje kapaciteta za bolju suradnju ona stvarno unaprijeđena i da se *Protokol* primjenjuje učinkovitije nego prije. Ovaj se zaključak temelji na podacima kao što su ovi koji pokazuju da je 84,4% sudionika izvijestilo o unaprijeđenoj suradnji, a 93,6% ih je to pripisalo učincima ovog projekta. Budući da je ovaj model i sadržaj rada pokazao da pridonosi unaprijeđenju međusektorske suradnje u lokalnoj zajednici, logično bi bilo da se on nastavi primjenjivati u svim lokalnim zajednicama.

Literatura:

1. Ajduković, D. (2010.): *Sistemski pristup suzbijanju obiteljskog nasilja*, Pozvano predavanje na znanstveno-stručnom skupu „Psihosocijalni aspekti nasilja u suvremenom društvu – izazov obitelji, školi i zajednici“, Osijek, 25. - 27. 11. 2010.
2. Latane, B., Darley, J. M. (1970.): *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
3. Wolfe, D. A., Jaffe, P. G. (1999.): *Emerging strategies in the prevention of domestic violence*, *Domestic Violence and Children*, 9, 3, 134-144

Marlena Plavšić

3.7.2. Mediji i suradnja s medijima u funkciji zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja u zajednici

U predgovoru priručniku *Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju* Zlatko Krajina vrlo jednostavno kaže:

Ne smijemo zanemariti osnovnu činjenicu da smo svakodnevno izloženi raznovrsnim medijima, medijskim događajima i ljudima te tu činjenicu ne smijemo, manjkom interesa ili znanja, podcijeniti (Krajina, 2009., str. 10).

Kada treba doprijeti bilo do opće (univerzalne) ili specifične populacije (populacije u riziku i indicirane), mediji su ti koji će lakše, brže i obuhvatnije prenijeti poruku nego svi pripadnici i pripadnice neke struke zajedno. Mediji nikada neće biti zamjena za struku, ali mogu biti izvrsna dopuna i podrška u promociji. Stoga je, s obzirom na prisutnost i dostupnost medija masovne komunikacije, prikladno, mudro i nužno koristiti taj prisutni alat u funkciji zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja iz perspektive psihološke struke.

3.7.2.1. Mediji – saveznici u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja

Psiholozi i psihologinje postaju sve svjesniji da rad s pojedincima i skupinama nije uvijek dovoljan da se postigne učinkovita i trajnija promjena. Unaprjeđivanje kvalitete života pojedinaca, skupina i ljudske zajednice nije moguće ostvariti bez neke vrste angažiranosti u vanjskome svijetu (Radočaj, 2009.). Osim djelovanja prema sustavima (npr. ministarstvima), učinci psihološke struke veći su uz suradnju s medijima.

Kolegica Irena Bezić obrazlaže svrhe koje psiholozi i psihologinje svojim angažiranjem u medijima mogu postići:

U skladu s principom poštivanja osobe kao cjeline, psiholozi bi u medijima trebali zastupati specifičnost i kompleksnost pojedinca i skupine, u smislu borbe protiv stereotipa i predrasuda, u svrhu smanjivanja straha od nepoznatog u publike te poticanja razvoja veće tolerancije različitosti. U tom smislu bi psiholozi u medijima mogli biti čimbenici socijalnih promjena – javnom promocijom svojega znanja mogli bi poticati javnost na mogućnosti promjene (npr. znanjem iz razvojne psihologije moglo bi se više ukazivati na neusklađenost današnjeg školstva s razvojno uvjetovanim načinom razmišljanja i učenja djece u osnovnoj školi). U tom kontekstu ono što nedostaje psihologijskoj struci jest više

samopouzdanja i angažmana u razrješavanju društvenih problema. Psiholozi se često zaustavljaju na razini komentara, a manje uključuju u konkretne političke akcije u kojima bi svojim stručnim znanjem pokrenuli promjene – npr. promjenu osnovnoškolskoga nastavnog programa. S druge strane, svijetli primjeri medijskoga uključivanja psihologa, popraćenoga konkretnom društvenom akcijom, projekti su na temu zlostavljanja djece, obiteljskog nasilja i vršnjačkog nasilja u školama. Uspjeh je tih projekata u multidisciplinarnom pristupu, pogotovo u dobroj suradnji s medijima (Bezić, 2009., str. 110).

Kolega Dževdet Hadžiselimović povezuje angažman psihologa i psihologinja s **psihopolitičkom pismenosti:**

Psihopolitička pismenost, koju bi svakako trebali usvojiti pripadnici psihološke struke, podrazumijeva odgovorno odabiranje i ponudu psiholoških spoznaja, informacija ili stručnih interpretacija, a koje u izvjesnim situacijama i momentima mogu pripomoći da se neki problem u užoj ili široj zajednici najpovoljnije shvati, postavi ili razriješi. Psihopolitički pismena osoba odgovorno će reagirati na određeni društveni događaj ili pojavu nastojeći da svojim znanjima i stavovima stvara pretpostavke višoj kvaliteti života i socijalnoj pravednosti u zajednici u kojoj djeluje i živi (Hadžiselimović, 2009., str. 54).

Suradnja psihologinja i psihologa s medijima ostvaruje se na nekoliko načina: odgovaranjem na pozive za gostovanjem koje upućuju mediji, pozivanjem medija da poprate neku akciju psihološke struke te uključivanjem predstavnika i predstavnica medija u zajedničke aktivnosti.

Kada se radi o prvom slučaju, s njime kolegice i kolege imaju najviše iskustva. Pozive dobivaju kako bi komentirali neka aktualna događanja, bilo vezana uz neku kriznu situaciju, bilo uz svakodnevnu, ili pak uz posve trivijalnu. Pozive dobivaju da budu redoviti gosti/gošće i surađuju, npr. u odgovaranju na pitanja čitatelja/ica, slušatelja/ica itd. Mnoga iskustva u takvim slučajevima kolegice i kolege rado su prenijeli i ona su sažeto navedena u sljedećem poglavlju - *Podrška psiholozima i psihologinjama*.

Drugi i treći slučaj tema su ovoga poglavlja. Jedna od važnijih spoznaja u suradnji s medijima jest svijest da se u tom procesu može i treba biti ravnopravan i aktivan. To znači da psiholozi i psihologinje mogu imati inicijativu u pozivanju medija na suradnju te da se o uvjetima suradnje može dogovarati i pregovarati. Dakle, zajednički se može kreirati cijeli proces.

U zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, moguće je proaktivno plasirati u medijski prostor: redovite teme i aktivnosti, predvidive aktualne teme te teme koje se ne događaju po predviđenom planu.

Redovite teme i aktivnosti odnose se na uobičajeni rad o kojem se informira, senzibilizira i educira bilo indicirana, bilo univerzalna, bilo populacija u riziku. To se odnosi na ažuriranje internetskih stranica, izdavanje brošura i letaka koji olakšavaju komuniciranje s klijenticama i klijentima (npr. informiranje o nekom novom projektu, priprema letaka

o zaštiti djece od elektroničkog nasilja, ili o stupovima zdravog starenja...). Priprema i objavljivanje redovnih priopćenja i izvještaja (mjesečnih, godišnjih) o provedenim aktivnostima ubraja se u ovu skupinu proaktivnog plasiranja informacija u medijski prostor. Moguće je sazvati konferenciju za medije i takve izvještaje priopćiti.

Neke teme koje će biti aktualne moguće je predvidjeti praćenjem kalendara koji obilježavaju različite dane, tjedne, mjesece ili godine (*Dan zaštite mentalnog zdravlja, Dan borbe protiv depresije, Dan osoba s invaliditetom, Dan nenasilja, Dječji tjedan, Mjesec borbe protiv ovisnosti, Godina aktivnog starenja...*) te pripremiti priloge, pozvati medije da naprave reportažu i dati im materijale koji govore o temi – sa svježim podacima (npr. o broju osoba koje imaju dijagnozu depresije ili o ponudi usluga vezanih uz prevenciju ili tretman depresije) koji se tiču lokalne zajednice.

I teme koje se ne događaju po predviđenom planu moguće je donekle predvidjeti. Ako se razmotre teme koje se ubrajaju u krizne (npr. stradanja, zlostavljanja, suicidi...), moguće je pripremiti se i za njih, iako se ne zna kada se mogu dogoditi. Za takve je događaje uputno provjeriti i zakonske i etičke principe te uputiti i predstavnike i predstavnice medija na to.

U suradnju s medijima ubraja se i osobna ponuda suradnje, npr. u radijskim emisijama, pisanje tekstova za novine i časopise koji mogu popularizirati teme iz mentalnog zdravlja. Primjer za to je Društvo psihologa Istre koje je iniciralo suradnju s *Glasm Istre*, dnevnim novinama koje se u županiji najviše čitaju, da se u tjednu psihologije objavljuje svaki dan po jedan tekst nekog kolege ili kolegice. Već odavno internet nije novost pa je i taj medij prigoda da s javnošću psihologinje i psiholozi komuniciraju i davanjem informacija, edukativnih tekstova, pa i savjeta, putem foruma, blogova, mrežnih stranica. Kolegice i kolege najčešće i koriste taj medij upravo za teme kojima se unaprjeđuje mentalno zdravlje (teme odgovornog roditeljstva, područja odgoja, odnosa, psihičkih problema, poticanja zdravih stilova života, strategija nošenja s problemima...), često objašnjavajući ulogu psihološke struke.

S predstavnicima i predstavnicama medija korisno je surađivati zajedničkim uključivanjem u tematska zbivanja, bilo u znanstvenim, bilo u stručnim projektima (vidjeti primjer u poglavlju *Podrška novinarima i novinarkama*), bilo u planiranja koja se tiču razvoja i suradnje obiju struka (kao što je npr. bila konferencija s temom *Psihologija – mediji – etika* u Poreču 2008. u suorganizaciji strukovnih društava obiju struka).

Zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja pridonosilo bi i kada bi psiholozi i psihologinje više stigli pratiti medijski prostor (što i na koji način mediji objavljuju iz tema mentalnog zdravlja) te davati povratne informacije – pohvaljivanjem gdje je to napravljeno korektno i u skladu s etikom struke, a korigiranjem u slučajevima kada to nije tako (pismima, demantijama, pisanjem Vijeću časti Hrvatskog novinarskog društva...). Primjerice, mogu se dodjeljivati godišnja priznanja novinarima/kama ili medijskim kućama za etičko praćenje tema iz područja mentalnog zdravlja. S druge bi strane bilo korisno poticati praćenje i evaluaciju sudjelovanja psihologa i psihologinja u medijima (npr. koliko su često zastupljeni, s kojim temama, koliko su im izvještaji dugi, koliko su proaktivno inicirali suradnju s medijima, koliko su razumljivi, koliko su jasno izrekli poruke...).

Specifičnost doprinosa psihologa i psihologinja zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja u zajednici može biti i poticanje i doprinos razvoju metodologije procjenjivanja prikladnosti medijskih proizvoda za pojedini uzrast i subpopulaciju. Znanja iz metodologije, ali i razvojne i socijalne psihologije temelj su ovog doprinosa psihologijske struke. Kolegica Maja Gabelica Šupljika (2009.) navodi niz rezultata istraživanja o utjecajima pozitivnih/prosocijalnih i agresivnih/antisocijalnih sadržaja na djecu i o vjerovanju ljudi o utjecaju i snazi medija. Takvi se podaci obično koriste kao argumenti za promociju medijske pismenosti. Nužnost razvijanja medijske pismenosti, osobito kritičnog konzumiranja medijskih sadržaja, razlikovanja realnog i virtualnog svijeta proizlazi prvenstveno iz negativnih utjecaja medija (izloženost nasilju i kriminalu, neprimjerenim seksualnim sadržajima, stereotipima, otuđenosti i pasivizaciji, političkoj i svjetonazornoj manipulaciji, jezičnoj nekulturi, videomedijskoj ovisnosti, elektroničkom nasilju...), na koje su osobito osjetljiva djeca i adolescenti/ice (Šiljan Bembić, Župan i Gliha Družetić, 2012.). Naime, mogući negativni utjecaj nekog medijskog sadržaja leži u nesposobnosti osobe, a najčešće se pritom misli na dijete, da ga analizira i vrjednuje njegove poruke, da osvijesti svoje očekivanje i njegovu ostvarenost. Zato je potrebno medijski opismeniti, odgojiti i pomoći ne samo djeci, nego svima zaklututima za kritički odnos spram poruka prenesenih putem masovnih medija, da izgrade medijsku kulturu, obrazovanost i spremnost za razlikovanje realnog od virtualnog svijeta. Medijski obrazovan čovjek razumjet će da je medijski sadržaj nečiji konstrukt i način prenošenja tuđe ideje, mišljenja, viđenja (Gabelica Šupljika, 2009.). Stoga je važna uloga psihologa i psihologinja da pokušaju utjecati na obrazovne programe u cijelom sustavu (od predškolske dobi do programa cjeloživotnog učenja), s naglaskom na medijsko opismenjavanje.

Mnogi će psiholozi i psihologinje prepoznati razliku u suradnji s manjim, lokalnim medijima u odnosu na veće, nacionalne. Prednosti lokalnih nad nacionalnim medijima obično se prepoznaju u tome da prilozima traju duže i općenito je u njima osigurano više prostora. Tu je, osim manje potražnje i pritiska koje lokalni mediji imaju u odnosu na nacionalne medijske kuće, veća vjerojatnost da se novinari/ke i psiholozi/ginje poznaju kao sugrađani i sugrađanke, pa su i odnosi bliskiji.

Specifičan oblik suradnje primjeri su medijskih kampanja. Primjer kampanje velikih razmjera zbio se 2005. godine. Ured UNICEF-a za Hrvatsku pokrenuo je nacionalnu kampanju *Svako dijete treba obitelj* kojoj je bio cilj podići svijest javnosti o udomiteljstvu kao boljem obliku skrbi za djecu o kojoj se ne mogu brinuti njihovi biološki roditelji. Rezultati su bili višestruki, a jedan od važnijih je da je preko 100 obitelji postalo udomiteljskima. Ovdje se nije radilo o reakciji na neku trenutačnu, već kontinuiranu potrebu djece.

Drugi primjer da psihologiji nije mjesto samo u *uredima, ordinacijama i ustanovama*, već i *na ulici* i među ljudima, akcija je koju su 2009. godine uz minimalna sredstva, ali uz veliku podršku, inicirale kolegice Ana Karlović i Sena Puhovski: *Ugasi loš program i upali svoj stav!* Akcija se odnosila na potpisivanje peticije protiv neetičnosti u medijima, a bila je potaknuta televizijskom emisijom *Trenutak istine*. Akciji su na važnosti dale i brojne medijske kuće, a ta je emisija nakon nekoliko tjedana prestala s emitiranjem. Akcija je

pokazala da psihologija kao struka može i treba dati svoj glas javnim zbivanjima i time aktivno sudjelovati u javnoj komunikaciji.

Oba su primjera detaljnije opisana u knjizi *Psihologija – mediji – etika*.

Od praktične je vrijednosti u svim ovim oblicima rada odrediti osobe koje će voditi brigu o odnosima s medijima. One će voditi računa o tome da se pripremaju medijske aktivnosti, bilo kroz sadržaje, teme, načine, ritam ili osobe koje će sudjelovati. Uputno je u redoviti (npr. godišnji) plan rada uvrstiti suradnju s medijima.

3.7.2.2. Podrška psiholozima i psihologinjama

Tanja Radočaj, kolegica s puno iskustva u medijskim nastupima uspoređuje odnos psihologa i psihologinja prema medijima s onime što im se i samima često događa u praksi:

Moglo bi se reći da mi psiholozi u odnosu prema medijima dosta često biramo raditi ono što rade i mnogi naši klijenti: odustajemo, ljutimo se, tvrdimo da drugi griješe, mislimo da mi znamo kako bi oni trebali raditi svoj posao, želimo promijeniti njih... Očekujemo da se mediji promijene i prilagode našim očekivanjima i našim stilovima komuniciranja. Koliko god da smo često u pravu u svojim kritikama, vrijedi se podsjetiti važnog postulata naše vlastite struke - sebe možemo puno lakše mijenjati nego druge.

(Radočaj, 2009., str. 115)

Za suradnju s medijima osnovni sastojci su: 1.) prihvaćanje da je nastup u medijima koristan za struku, 2.) razumljiv i najčešće sažet način izražavanja te 3.) spremnost na shvaćanje da zapravo neće sve kolege i kolegice gledati taj prilog i posvetiti mu puno razmišljanja.

Oko razumljivog i sažetog načina izražavanja postoje preporuke, bilo novinarske struke, bilo kolegica i kolega koji imaju iskustvo u medijskim nastupima. Dobro je, stoga, navesti neka uporišta koja su korisna prilikom pripremanja za nastup u medijima.

Prije svega, treba se podsjetiti da su novinari i novinarka sugovornici i partneri jer gledanje na njih kao na nekoga tko je na suprotnoj strani, od početka utječe na doživljavanje situacije kao nelagodne. U partnerskom poimanju situacije odnos psiholog/inja-novinar/ka doživljava se kao ravnopravan odnos. Ravnopravan odnos znači da pravila komunikacije ne određuje samo jedna strana (Bezić, 2009.) i to ne treba ni u jednom trenutku smetnuti s uma.

Osjećaju osobne kompetentnosti u medijskom nastupu najbolje će koristiti priprema. Ona uključuje traženje od novinara/novinarke pitanja ili barem područja o kojima će se raspravljati. Ukoliko novinar/ka nema pripremljena pitanja, psiholog/inja im ih može sugerirati i dostaviti. Na taj se način rasprava usmjerava na ono što psiholog/inja smatra važnim, osjećaj kontrole nad situacijom time se povećava, a trema smanjuje.

U pripremu se uključuje i raspitivanje o količini prostora (npr. ako je riječ o tekstu za novine ili internetski portal) ili vremena (na radiju ili televiziji) koji su raspoloživi za

odgovore, saznavanje informacija ide li emisija uživo, ima li i koliko još gostiju i gošći u studiju, hoće li gledatelj/ce ili slušatelj/ce postavljati izravno pitanja... Na temelju dobivenih ili nedobivenih odgovora na ovakva pitanja, treba se zatim odlučiti za jednu od tri moguće opcije: a) prilagoditi se namijenjenim (ili neizvjesnim) uvjetima, b) pokušati pregovarati za drukčije okvire ili c) odustati.

Ukoliko je odluka – *odustati*, valja novinaru/ki objasniti razloge. To može biti razmimoilaženje oko davanja na važnosti nekoj temi, mogu biti uvjeti koji su neadekvatni, a nema vjerojatnosti da će se promijeniti, mogu biti loša prethodna iskustva s tim medijem ili novinare/kom, urednikom/com, ili se radi o procjeni psihologa/inje da bi fokusiranje na neku temu donijelo više štete nego koristi. O mogućem štetnom djelovanju medijske pažnje dobro je uputiti novinare/ke na kodeks struke i na stranice komore (npr. prilikom izvještavanja o suicidima). Stoga je potrebno redovito, ili barem prije medijskog nastupa, pratiti što piše na portalima struke, pogotovo na stranicama etičkih odbora. Valjan argument za odustajanje je i taj da se netko ne bavi temom za koju su novinari/ke zainteresirani te da postoje kolege/ice koje su bolje upućene.

Ako je odluka – *pregovarati*, njezino je polazište da su novinari/ke i stručnjaci/kinje ravnopravni i da zajednički oblikuju priliku da neka poruka bude na što bolji način odasлана publici. Dobro je objasniti zašto postojeći uvjeti nisu adekvatni i koji bi mogli biti bolji i zbog čega (npr. lokacija snimanja, manji broj gostiju, veća količina vremena).

Kada je odluka – *pristanak* na zadane ili pregovarane uvjete, tada je potrebno pripremiti se točno unutar okvira pa i kraće jer će u suprotnom netko drugi (novinar/ka, urednik/ica, montažer/ka) odlučiti umjesto stručnjaka/stručjakinje što je najvažnije. Jedno od čestih nerazumijevanja je da važnost koju stručnjaci i stručjakinje pridaju temi (kojom se bave i više godina svog radnog života) nije jednaka važnosti koju toj istoj temi pridaju novinari/ke i urednici/ce. To je činjenica koje nužno treba biti svjestan pa će onda i frustriranost uslijed manjeg vremenskog okvira datoga nekoj temi biti manja. Ne treba zaboraviti da odgovornost za promociju teme nije samo na novinarima/kama i urednicima/ma, nego i na stručnjacima/kinjama koji se (ne) žele medijski uključiti.

U pripremu se ubraja istraživanje o temi, prikupljanje podataka, izrada skice ili cijelog teksta. Potrebno je proučiti ima li uputa o specifičnim situacijama u dokumentima (na internetskim stranicama) matične komore ili konzultirati upute kolegica i kolega (npr. tekstove Ajdukovića i Jokić Begić navedene u popisu literature). Dobro je izgovoriti na glas ono što se planira reći, izmjeriti vrijeme, zamoliti nekoga da posluša. Kada je riječ o pisanom tekstu, i njega je dobro dati nekom od kolegica i kolega, ali i nekome tko nije iz struke, posebice ako je tekst namijenjen nepsiholozima/ginjama da pročita i da komentira. Dobro bi bilo zatražiti intervju, ako ide u novine, prije objavljivanja. To je autorizacija koju neki novinari/ke podrazumijevaju, a neki shvaćaju kao sumnju usmjerenu na njihov rad.

Ponekad će biti potrebno brzo reagirati na poziv novinara/ke jer za neke događaje nema više od jedne pounuđene prilike za davanje odgovora. Iako je na svakome da odluči hoće li taj kratki rok prihvatiti ili odbiti, valja imati na umu da se propuštanjem prilike možda

propušta učiniti nešto dobro. Kadgod je to moguće, korisno je imati napisanu izjavu za medije koja se daje predstavnicima i predstavnicama medija (pola do jedne stranice teksta šireg proreda s podacima za kontaktiranje). Njima to koristi da usporede s onime što su čuli, a s druge strane, to povećava vjerojatnost da se poruka što točnije prenese.

U **medijskom nastupu** rečenice trebaju biti kratke, razumljive, razgovjetne, s minimumom stručnog žargona i brojeva te s ilustracijama iz života. Dobro je govoriti u zaokruženim cjelinama od nekoliko rečenica, tako da se oblikuje jedna do dvije jasne poruke. Ako novinar/ka postavi pitanje koje nije bilo najavljeno, a odgovori nisu pripremljeni, treba reći – ili da podaci nisu pripremljeni/ dostupni, ili ponoviti/reći poruke koje su pripremljene, odnosno one za koje postoji podloga u znanju.

Nakon medijskog nastupa korisno je pročitati osobni tekst koji je objavljen, poslušati emisiju i pogledati se na televiziji. To su najbolja iskustva iz kojih se može naučiti i popraviti ono što se čini potrebnim (npr. govoriti sporije, razgovjetnije, izbaciti poštapalice, suviše pokrete...).

Dakle, korisno je posvetiti dio svoga rada pripremi za osobne medijske nastupe, ali i podržavanju kolegica i kolega da surađuju s medijima. Dobro je napraviti edukaciju temeljenu na pravilnicima, kodeksima struka (psihološke i novinarske) te iskustvu u suradnji s medijima, a najkorisnije bi bilo imati edukaciju koju provode stručnjaci i stručnjakinje u području odnosa s medijima. Jedna od važnih preporuka u sustavnom obučavanju budućih psihologa i psihologinja bilo bi ugrađivanje kolegija iz područja psihologije i medija tijekom studija.

Nastup psihologa/ginje u medijima, zaključno, uključuje zastupanje sebe uz brigu o psihologiji kao znanosti/struci i brigu o osobnom profesionalnom dignitetu te uvažavanje digniteta novinara (Arambašić, 2009.). Zadovoljstvo osobnim javnim nastupom veće je ako je ono što se predstavlja proživljeno i spontano, a ne usredotočeno samo na gotove formulacije i tuđa iskustva (Bezić, 2009.).

Za brojne upute i iskustva o suradnji psihologa/ginja s novinarima/kama preporučam tekst L. Arambašić: *Što, kako, koliko... mediji traže/žele od nas psihologa? I moramo li im baš sve to dati?* naveden u popisu literature.

3.7.2.3. Podrška novinaricama i novinarima

Etički kodeksi novinarske i psihološke struke podudarni su u mnogim važnim točkama (Kodeks časti hrvatskih novinara, 2009., Kodeks etike psihološke djelatnosti, 2004.) jer većina novinara i novinarki polazi od istih vrijednosti kao i psiholozi i psihologinje. Stoga će u suradnji često biti dovoljno *podsjetiti* i njih (predstavnike i predstavnice medija) i sebe na zajednički interes - zastupanje humanih ciljeva (Jokić Begić i Čorko Meštović, 2009.). Baš kao što je podrška potrebna psiholozima i psihologinjama da razumiju zakonitosti i

pravila u novinarskoj struci, podrška je potrebna i novinarima i novinarkama da razumiju principe relevantne za psihološku struku. Govoreći o mentalnom zdravlju, psiholozi i psihologinje mogu pružiti specifičnu podršku novinarima i novinarkama na nekoliko načina:

a) Informiranjem i senzibiliziranjem za teme iz mentalnog zdravlja

Iz psihologije učenja poznato je da se najbolje uči i pamti iskustveno, osobnim uključivanjem u neku aktivnost. Očekivanje da će novinari i novinarkе razumjeti teme i važnost mentalnog zdravlja to je veće što je njihova uloga u temi aktivnija. Stoga je dobar princip da psiholozi i psihologinje uključuju predstavnike i predstavnice medija u razne aktivnosti vezane za mentalno zdravlje, primjerice, u stvaranje planova za mentalno zdravlje. Ne samo da prate temu radi izvještavanja, nego da budu, na primjer, članovi neke fokus skupine koja tematizira potrebe zajednice. Time je moguće dobiti informacije od novinara/novinarke koji/koja se bavi temom, a istodobno i on/a postaje još informiraniji/a o temi. Neki projekti to su uspješno činili (npr. projekt Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta iz Zagreba i Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije *Zajednice koje brinu kao model prevencije poremećaja u ponašanju*).

b) Educiranjem o načinu tretiranja specifičnih tema iz mentalnog zdravlja

Bilo da se radi o novinarima i novinarkama koji su specijalizirani za praćenje nekih područja (npr. zdravlja ili mentalnog zdravlja), bilo da se radi o onima koji nemaju prigode za specijalizirano praćenje, nego prate razna područja, nije realno očekivati da su im poznata pravila praćenja svih situacija i etički principi psihološke struke. Stoga je potrebno posebno istaknuti što je specifično vezano uz vulnerabilnost pojedinih skupina populacije te koje mogu biti štetne posljedice neodgovarajućeg prikazivanja pojedinih situacija (vidjeti tekstove Ajdukovića i Jokić Begić navedene u popisu literature). Primjeri dobre prakse iz vrlo osjetljivih kriznih intervencija pokazuju da i u takvim slučajevima, kada je rizik potrage za senzacionalizmom najveći, postoje načini na koje je moguće novinarima i novinarkama pojasniti situaciju koja će biti na etički ispravan način prenešena u medijima (Arambašić, 2009.). Edukacije mogu biti organizirane kroz specijalizirane serije izlaganja ili radionica na temu vulnerabilnih populacija i praćenja u medijima, ali uvijek je potrebno u kontaktiranju s novinarkama i novinarima prenijeti pojašnjenja vezana za specifičnu osjetljivu situaciju, bez obzira koliko se to psiholozima i psihologinjama čini banalno, ponavljajuće i samo po sebi razumljivo.

c) Pružanjem pomoći u zaštiti mentalnog zdravlja osoba koje rade u medijima

Novinarski je posao jedan od najpodložnijih *burn-outu*. Brojni su razlozi za to: kratki rokovi, teško dostupni izvori, zahtjevi uredništva, zahtjevi vlasnika medija, brzina prebacivanja u različite teme, teške teme, javni nastupi, reakcije javnosti, prijatnje, nepredvidiv i naporan ritam rada. Profesionalna psihološka podrška koja bi novinarima i novinarkama pomogla u nošenju sa svakodnevnim stresnim događajima nije organizirana

u okvirima posla. Posljedice koje iz tog proizlaze nisu štetne samo po mentalno zdravlje novinara i novinarki, nego i po kvalitetu njihova rada, a time i publike. Dakako, samo postojanje potrebe ne znači istodobno i spremnost novinara i novinarki da za psihološkom podrškom i posegnu. Sve ovo pokazuje koliki je prostor u kojem psihološka struka može imati svoje mjesto u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja novinara i novinarki (informiranjem i educiranjem o psihološkoj podršci te pružanjem podrške - redovite, u kriznim situacijama...).

3.7.2.4. Etička podrška

Aktivnim uključivanjem psihologinja i psihologa u oblikovanje poruka o mentalnom zdravlju, vjerojatnost da te poruke budu shvaćene na onaj način na koji su ih psiholozi i psihologinje htjeli odaslati time je veća. Djelujući tako oni ispunjavaju i propisane etičke standarde struke.

U Kodeksu etike psihološke djelatnosti (2004.) nekoliko je članaka koji upućuju na obvezu psihologa i psihologinja na javnost njihovog djelovanja. Eksplicitno se navodi da psiholog/inja obavlja svoju profesionalnu ulogu i javnim nastupima (čl. 35.). Ono što je u osnovi javnih nastupa jesu ciljevi, a to su: širiti valjane spoznaje o čovjeku i njegovom ponašanju, primjenjivati ih u svrhu poboljšanja kvalitete života pojedinca i ljudske zajednice te pomagati pri upoznavanju i razumijevanju pojava koje se tiču ljudskog doživljavanja i ponašanja u zajednici (čl. 1.). Pritom se od psihologa/inje očekuje da svojim moralnim standardima i ponašanjem potiče izgradnju pozitivnog stava javnosti prema psihologiji i prema psiholozima/ginjama (čl. 4.) te da ulogu psihologa/inje u društvu objašnjava svim zainteresiranim strankama i nastoji djelovati u skladu s tom pozitivnom ulogom (čl. 5.). Etički kodeks štiti klijente, klijentice, ali i psihologe i psihologinje od narušavanja povjerljivosti ili nanošenja štete bilo kome uključenome. Tako, na primjer, jasno kaže da psiholog/inja mora dati do znanja ako je zakonima ili nekim drugim propisima spriječen/a u davanju podataka (čl. 7.) i ne smije sudjelovati u aktivnostima koje su usmjerene manipulaciji pojedinaca, skupina ili javnog mnijenja, a u službi su promocije nečije socijalne moći (čl. 11.). U javnim nastupima ne smije davati netočne podatke koji bi mogli zavesti primatelja informacija. Dužan/dužna je davati točne podatke o osobnom obrazovanju, iskustvu i kompetentnosti, akademskom stupnju, publikacijama i rezultatima istraživanja, o svom profesionalnom statusu i zaposlenju, o uslugama koje pruža, o znanstveno ili klinički potvrđenim rezultatima pružanja tih usluga i o cijenama pružanja usluga (čl. 36.). Psiholog/inja mora nastojati da njegov/njezin nastup bude utemeljen na odgovarajućoj psihologijskoj literaturi i praksi te da iznesene tvrdnje i sveukupno ponašanje bude u skladu s Kodeksom (čl. 37.).

Kodeks predviđa i mogućnost pogrješnog tumačenja riječi koje je dao psiholog/inja te podržava da se na to reagira. Ako uoči zlouporabu ili krivu interpretaciju rezultata osobnoga rada, psiholog/inja je dužan/dužna poduzeti odgovarajuće korake da ispravi ili na najmanju moguću mjeru svede ovakve zlouporabe ili krive interpretacije (čl. 11.).

I svakako, uvijek valja podsjetiti, pa to čini i etički kodeks, da svaki psiholog/inja u

svom djelovanju preuzima potpunu osobnu odgovornost za osobne nastupe te nastupa kao nezavisna osoba, dopunjujući i oplemenjujući pravila Kodeksa osobnim sustavom humanih vrijednosti, kulture i životnog iskustva (čl. 1. i 36.).

Literatura:

1. Arambašić, L. (2009.): Što, kako, koliko... mediji traže/žele od nas psihologa? I moramo li im baš sve to dati?, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 77-91), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
2. Bezić, I. (2009.): Medijski nastup kao ekvilibrij između osobne autentičnosti i zastupanja psihologijskih spoznaja, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 107-112), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
3. Gabelica Šupljika, M. (2009.): Zašto je važno da djeca budu medijski pismena?, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 62-68), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
4. Hadžiselimović, Dž. (2009.): (Ne)pismeni u svijetu spektakla, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 49-61), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
5. Jokić Begić, N. (2009.): Medijska pažnja i samoubojstva, U: Dž. Hadžiselimović, M. Plavšić, J. Pregrad i V. Rusijan Ljuština (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 92-97), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
6. Jokić Begić, N. i Čorko Meštrović, I. (2009.): Psiholog u medijski eksponiranom slučaju, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 98-102), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
7. Karlović, A. i Puhovski, S. (2009.): Ugasi loš program i upali svoj stav!, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 36-45), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
8. Kodeks časti hrvatskih novinara (2009.): http://www.hnd.hr/uploads/20091130114042Kodeks_casti_hrvatskih_novinara.doc , pristupljeno 19. 5. 2012.
9. Kodeks etike psihološke djelatnosti (2004.): http://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/dok_kodeks_etike.pdf , pristupljeno 19. 5. 2012.
10. Krajina, Z. (2009.): Kolektivni voajerizam, U: Hadžiselimović, Dž., Plavšić, M., Pregrad, J. i Rusijan Ljuština, V. (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 7-10), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
11. Radočaj, T. (2009.): Mediji kao (dobri) saveznici, U: Dž. Hadžiselimović, M. Plavšić, J. Pregrad i V. Rusijan Ljuština (ur.): Psihologija – mediji – etika: iskustva i promišljanja za bolju suradnju (str. 114-117), Društvo psihologa Istre i Naklada Slap, Pula
12. Šiljan Bembić, H., Župan, M. i Gliha Družetić, M. (2012.): Program: Sigurno kročim kroz svijet medija, Priručnik za provođenje programa, Društvo psihologa Istre i Istarska županija, Pula

3.8. Mogući pristupi istraživanjima u području zaštite mentalnog zdravlja

Doprinos psihologije i psihologa gotovo je nezamjenjiv u provođenju istraživanja mentalnog zdravlja i kvalitete življenja, kao i u provedbi evaluacije i istraživanja usmjerenih na korištenje stručnih postupaka i intervencija, sve u svrhu provjere postojećih i razvijanja učinkovitijih postupaka i intervencija u zaštiti mentalnog zdravlja. Doprinosi prevencije općenito su teško mjerljivi pa je stoga iznimno važno u kreiranju preventivnih aktivnosti planirati tijek akcije koja će biti provedena, a nakon provedenih postupaka nužno je iste evaluirati. Stoga tekstovi u ovome poglavlju daju mogući metodološki okvir za preventivno djelovanje psihologa i provjeru učinkovitosti primijenjenih postupaka.

3.8.1. Indikatori kvalitete življenja

Unazad tridesetak godina sve više raste interes za znanstvenu analizu kvalitete življenja, odnosno, proučavanje i praćenje stupnja u kojem pojedinci uživaju u svojim životima (Veenhoven, 2008.). Osnovni je cilj istraživanja kvalitete življenja prepoznavanje čimbenika koji doprinose ostvarivanju ciljeva i potencijala pojedinaca te življenju željenog životnog stila (Bejaković i Kaliterna, 2007.). Istraživači Centra za istraživanje kvalitete življenja sa Sveučilišta u Torontu (*Quality of Life Research Unit*) definiraju kvalitetu življenja kao stupanj u kojem osoba uživa u mogućnostima koje joj život pruža, pri čemu se te mogućnosti odnose na rezultate šansi i ograničenja nastalih u interakciji osobe i njezine okolice. Svjetska zdravstvena organizacija poima kvalitetu življenja kao percepciju osobe o vlastitom životu u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava u kojem živi, a s obzirom na svoje ciljeve, očekivanja i ograničenja.

Iz navedenih definicija razvidno je da je kvaliteta života širok, višeslojan i složen koncept, koji podrazumijeva mogućnosti koje ljudi imaju, značenje i smisao koje pridaju svojim životima i način na koji uživaju u onome što imaju (Stiglitz, Sen & Fitoussi, 2010.). Kvaliteta življenja je širi pojam od životnog standarda, ona uključuje cijeli niz čimbenika koji oblikuju ono što cijenimo u životu, a među najvažnijima su: međuljudski odnosi, psihičko i fizičko zdravlje, materijalno stanje, sigurnost, obrazovanje, rad, duhovnost, fizička okolina i stupanj autonomije.

Sukladno tomu, unazad dva desetljeća razvila su se dva osnovna pristupa istraživanju kvalitete življenja: tzv. objektivni i subjektivni, koji se razlikuju ovisno o vrsti indikatora koji su u središtu istraživanja. Objektivni pristup usredotočen je na proučavanje zastupljenosti različitih vanjskih indikatora kao što su materijalno stanje, stanje okoliša, političke slobode, stupanj demokratičnosti u društvu i sl., dok se subjektivni pristup pretežno bavi subjektivnim doživljajima i iskustvima pojedinaca (Diener i Suh, 1997.; Oliver, Holloway i Carson, 1995.).

Objektivni pristup proučavanja kvalitete življenja tradicionalniji je i zasnovan na nizu pretpostavki o tome što život čini dobrim te je pretežno usredotočen na identifikaciju vanjskih uvjeta koji vode poboljšanju života. Taj pristup koristi različite događaje (npr. rat, razvod), okolinske uvjete (npr. BDP, sustav zdravstvene i socijalne zaštite) i demografske čimbenike (npr. dob, spol, radni status) kao indikatore kvalitete življenja, odnosno, nastoji zaključiti o kvaliteti življenja na osnovi objektivnih karakteristika pojedinaca i uvjeta u kojima žive. Istraživanja koja proučavaju ovu vrstu indikatora tipično uključuju velike nacionalno reprezentativne uzorke ispitanika koji pripadaju različitim socioekonomskim skupinama. Tako je npr. Wilson (1967.) zaključio da su sretne osobe one koje su u braku, mlade, zdrave, obrazovane, viših prihoda, ekstravertirane, optimistične, religiozne,

skromnih aspiracija. Međutim, danas znamo da je situacija daleko složenija (Hagerty, i sur., 2001.; Heady, 2008.). Sociodemografski čimbenici poput prihoda, zdravlja, obrazovanja, bračnog statusa objašnjavaju relativno mali postotak varijance subjektivne dobrobiti (tipično se kreću između 8% i 20%), zbog čega se drži da objektivni uvjeti sami za sebe nisu dovoljno dobri indikatori subjektivne dobrobiti (Diener, Oishi, Lucas, 2003.; Diener i sur., 1999.; Lyubomirsky, Sheldon, Schkade, 2005.). Osim toga, Diener i Oishi (2004.) utvrdili su da većina ljudi smatra da je važnije biti sretan nego imati visoke prihode, dobro zdravlje ili biti privlačan.

Subjektivni pristup proučavanju kvalitete življenja polazi od pretpostavke da je važno imati uvid u kognitivne i afektivne reakcije pojedinca na njegov/njezin vlastiti život u cjelini, ali i na pojedine aspekte života (npr. zdravlje, odnosi, rad), kako bismo razumjeli kvalitetu življenja i subjektivnu dobrobit pojedinca (Diener i Suh, 1997.). Taj pristup podrazumijeva izravno mjerenje doživljaja dobrobiti, pri čemu se najčešće radi o samoprocjeni pojedinih komponenata i/ili cjelokupnog doživljaja subjektivne dobrobiti, kao npr. putem pitanja *“Kada razmotrite svoj život u cijelosti, rekli biste da ste jako zadovoljni, pretežno zadovoljni, ne baš zadovoljni ili potpuno nezadovoljni?”*.

U odnosu na objektivni, subjektivni pristup je složeniji, ali novija istraživanja pokazuju da je relevantniji i korisniji jer su subjektivni indikatori bolji prediktori globalne procjene života od objektivnih, što je razumljivo ako se uzmu u obzir definicije koncepta kvalitete življenja koje smo prethodno naveli (Diener i sur., 1999.; Oliver i sur., 1995.). Pojedinac najbolje sam za sebe može odrediti koliko je sretan i zadovoljan u svom životu u cijelosti ili u pojedinim životnim područjima. Poteškoće sa subjektivnim pristupom odnose se prije svega na probleme mjerenja i stabilnost subjektivne dobrobiti. Konkretno, ljudi se međusobno uvelike razlikuju po važnosti koju pridaju određenom području života. Svaka osoba ima jedinstvenu kombinaciju „pondera“ za pojedina životna područja, utemeljenu na svojim iskustvima i socijalnim odnosima, što utječe na njegovu globalnu procjenu kvalitete življenja. Postoji i čitav niz pristranosti o kojim treba voditi računa kada se nastoji izmjeriti nečija subjektivna dobrobit, kao što su npr. utjecaj raspoloženja i konteksta na procjenu (Kahneman i Krueger, 2006.), procesi pamćenja i dosjećanja (Krueger i sur., 2008.; Robinson i Clore, 2002.) te standardi usporedbe (Schwartz i Starck, 1999.; Siegrist, 2003.). Kao jedno od mogućih rješenja tih pristranosti nude se tzv. izravne mjere subjektivne dobrobiti, kao što su metoda uzorkovanja iskustava (Scollon i sur., 2003.) i metoda rekonstrukcije dana (Kahneman i sur., 2004.).

3.8.1.1. Međunarodne usporedbe kvalitete življenja

Kontinuirano mjerenje i praćenje kvalitete življenja provodi se u brojnim zemljama diljem svijeta, što omogućuje uspoređivanje kroz vrijeme, ali i kroz nacije i regije (Kaliterna i Prizmić, 2006.). Za mjerenje nacionalnog blagostanja i kvalitete življenja koriste se različiti indeksi koji se sastoje od niza subjektivnih i/ili objektivnih indikatora. Među najistaknutijim takvim indeksima ističu se Međunarodni indeks dobrobiti, Indeks ljudskog razvoja, Indeks sretnih godina života, Indeks planetarne sreće te Indeks kvalitete življenja koje provodi časopis *The Economist*.

Indeks ljudskog razvoja (*Human Development Index-HDI*) je jedan od najčešće spominjanih objektivnih indikatora kvalitete življenja, a uveden je početkom devedesetih godina 20. stoljeća od strane UN-a. Osnovni je cilj HDI-a procjena razvijenosti društava, pri čemu se svakoj državi daju bodovi u rasponu od 0,001 do 1. Tri glavna indikatora HDI-a su očekivana životna dob, obrazovanje i bruto nacionalni dohodak (Eftimovski, 2006.; Ravallion, 2010.). Na temelju ostvarenih bodova rangiraju se i uspoređuju države. Prema UN-u države s HDI-om većim od 0,8 smatraju se razvijenima. Među prvih dvadeset država nalaze se države Europske unije (osim Grčke, Španjolske, Portugala i 12 novih članica), članice EFTA-e (osim Lihtenštajna) i pet izvanoeuropskih država: Kanada, SAD, Australija, Japan i Novi Zeland. Prema tom indeksu, Hrvatska je u 2011. godini osvojila 0,796 bodova i bila rangirana na 46. mjestu od 187 zemalja za koje se indeks računao. Na prvome mjestu bila je Norveška, a na zadnjem Demokratska republika Kongo.

Indeks kvalitete življenja - The Economist (*Economist Intelligence Unit's Quality of Life Index*) je indeks kvalitete života osmišljen 2005. godine s ciljem stvaranja jedinstvene i sveobuhvatne metodologije mjerenja kvalitete življenja unutar različitih svjetskih nacija. Taj indeks, iako najavljen da će kombinirati objektivne i subjektivne indikatore, zapravo uključuje različite objektivne indikatore te procjene stručnjaka o prilikama u pojedinoj državi, ali ne uključuje subjektivne procjene stanovnika. Pojedinačni indikatori kvalitete življenja koje taj indeks uključuje su: materijalno blagostanje (BDP), zdravlje (očekivani životni vijek), politička stabilnost i sigurnost (procjene političke stabilnosti i sigurnosti), obiteljski život (postotak razvoda), život unutar zajednice (u kojem stupnju se pohađaju crkvene aktivnosti, članstva u sindikatima, volontiranje), klimatske prilike i zemljopisni položaj, sigurnost posla (stopa nezaposlenosti), politička sloboda (procjene političkih i građanskih sloboda) i jednakost spolova (omjer prihoda muškaraca i žena).

Indeksi su izračunati za 111 država 2005. godine (Hrvatska je zauzela 46. mjesto, prvorangirana je bila Irska, a zadnja Zimbabve). U sklopu istraživanja utvrđeno je da su najvažniji prediktori kvalitete življenja: zdravlje, materijalno blagostanje, politička stabilnost i sigurnost te obiteljski odnosi i život u zajednici, a nakon njih klimatski uvjeti, sigurnost zaposlenja, politička sloboda i na kraju jednakost spolova.

Indeks planetarne sreće (*Happy Planet Index-HPI*) polazi od toga da je razmatranje vrijednosti i kvalitete življenja u nekoj državi prvenstveno na osnovu BDP-a, zastarjeli, rigidan i nedostatan način procjene stvarne kvalitete življenja. HPI (Marcs i sur., 2006.) nova je i drukčija mjera dobrobiti društva: polazi od pretpostavke da je dobrobit ili blagostanje krajnji cilj, a konzumacija resursa planete osnovni input. Cilj razvoja nekog društva je postizanje visokih stupnjeva dobrobiti uzimajući u obzir ograničenja odgovornog korištenja planetarnih resursa. Sukladno tome, HPI je zapravo mjera ekološke učinkovitosti postizanja dobrobiti, a sastoji se od tri komponente: životno zadovoljstvo, očekivani životni vijek i ekološki otisak („*footprint*“).

Indeks planetarne sreće = Životno zadovoljstvo X Očekivani životni vijek/ Ekološki otisak

Najnoviji podaci ovoga indeksa govore da se najkvalitetnije živi u Kostariki, najmanje kvalitetno u Zimbabveu, dok je Hrvatska zauzela 60. mjesto od 143 zemlje.

Indeks sretnih godina života (*Happy Life Years-HLY*). HLY mjera je stupnja u kojem ljudi žive dugo i sretno u određenom vremenu, a razvio ju je nizozemski sociolog Ruut Veenhoven (Veenhoven, 2005.; Marcs i sur., 2006.). Za izračunavanje nacionalnog HLY potrebno je procjene globalnog zadovoljstva životom pomnožiti s prosječnim očekivanim životnim vijekom pri rođenju:

Sretne godine života = Očekivani životni vijek pri rođenju X Sreća ili Globalno životno zadovoljstvo

Visok HLY podrazumijeva da građani žive dugo i sretno, dok niži rezultati upućuju na to da je život prosječnog stanovnika kratak i ne baš sretan. Srednje vrijednosti HLY-a mogu značiti tri stvari: a) srednje trajanje života i srednje zadovoljstvo životom, b) dugotrajan život, ali nesretan, c) kratak, ali sretan život (Veenhoven, 2005.). Autori prethodno opisanog Planetarnog indeksa sreće (HPI) Marcs i suradnici (2006.) ističu pozitivne strane Indeksa sretnih godina života: istraživanja pokazuju da ova mjera značajno korelira s prihodima, stupnjem političkih sloboda, sigurnošću i jednakošću spolova, ali nije u potpunosti objašnjena tim čimbenicima, što upućuje na to da subjektivna komponenta ima važan i konceptualno različit doprinos od objektivnih mjera kvalitete življenja. Međutim, isti autori kao slabost indeksa ističu činjenicu da on podrazumijeva da su sve godine života podjednako (ne)sretne. Kada se zbroje podaci dobiveni istraživanjima u različitim zemljama između 2000. i 2009. godine čini se da se najkvalitetnije živi u Kostariki, gdje stanovnici prosječno provedu 66,7 godina sretnog života, a najmanje kvalitetno u Zimbabveu, gdje je sreća zagarantirana za svega 12,5 godina. U Hrvatskoj, koja je na listi od 111 zemalja zauzela 60. mjesto, možemo očekivati 45,5 godina sretnog života. Ako uzmemo u obzir da je očekivani životni vijek u Hrvatskoj 77 za žene i 73 za muškarce, ovaj indeks nam prognozira bar 30-ak godina nesretnog života.

Svi opisani indeksi temelje se na objektivnim indikatorima kvalitete življenja ili na kombinaciji objektivnih i subjektivnih indikatora. Jedini indeks koji u obzir uzima samo subjektivne indikatore je **Međunarodni indeks dobrobiti** (*International Wellbeing Index-IWI*; Cummins, 2002.; Cummins i sur., 2003.), a sastoji se od Indeksa osobne dobrobiti (eng. *Personal Wellbeing Index*, PWI) i Indeksa nacionalne dobrobiti (eng. *National Wellbeing Index*, NWI). Osobna se dobrobit sastoji od sedam čestica kojima se procjenjuje koliko je osoba zadovoljna *svojim materijalnim stanjem, zdravljem, postignućima u životu, odnosima s obitelji i prijateljima, osjećajem fizičke sigurnosti, prihvaćanjem od okoline i budućom sigurnosti*. Nacionalna dobrobit procjenjuje se pomoću šest čestica koje mjere zadovoljstvo pojedinca *široj okolinom u kojoj živi, odnosno, ispituje zadovoljstvo ekonomskom situacijom, okolišem, socijalnim uvjetima, vladom, biznisom i nacionalnom sigurnošću*.

Zadovoljstvo se na oba indeksa procjenjuje na skalama od „*Uopće nisam zadovoljan*“ do „*Izrazito sam zadovoljan*“, a rezultat se izražava za svaku dimenziju posebno ili kao prosječni broj bodova za osobnu i nacionalnu dobrobit. Psihometrijske analize pokazuju visoke pokazatelje pouzdanosti (α PWI= .83; α NWI= .88; Ganglmair-Woolscroft i Lawson, 2008.), konvergenciju s drugim mjerama subjektivne dobrobiti, te osjetljivost na razlike u spolu, dobi te geografskom položaju, zbog čega se smatra vrijednim instrumentom za

mjerenje kvalitete življenja (Cummins i sur., 2003.). Indeks se koristi u mnogim svjetskim zemljama, uključujući Hrvatsku (Kaliterna Lipovčan i sur., 2011.), ali za sada se još ne upotrebljava na način da se računajući prosječne vrijednosti rangiraju različite zemlje.

3.8.1.2. Kvaliteta življenja u Hrvatskoj

Međunarodni indeks dobrobiti koristi se za ispitivanje kvalitete življenja hrvatskih građana od 2003. godine u istraživanjima na reprezentativnim uzorcima Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar. Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazali su da su hrvatski građani od aspekata koji se odnose na osobnu dobrobit, najzadovoljniji odnosima s obitelji i prijateljima i prihvaćenošću od okoline u kojoj žive, a najmanje zadovoljni sigurnošću u budućnosti i svojim životnim standardom. S obzirom na nacionalnu dobrobit, najzadovoljniji su okolišem i nacionalnom sigurnošću, a najmanje zadovoljni vladom i ekonomskom situacijom u Hrvatskoj. Koeficijenti unutarnje konzistencije za obje skale iznose $\alpha = 0.87$, što upućuje na relativno visoku pouzdanost skala.

Međunarodni indeks dobrobiti vrlo je jednostavan za korištenje, a kao jednu vrstu normi prikazujemo rezultate dobivene na reprezentativnom uzorku hrvatskih građana (N=4.000) u jesen 2008. godine:

MEĐUNARODNI INDEKS DOBROBITI:

Molimo Vas da nam odgovorite koliko ste zadovoljni pojedinostima u svom životu i općenito u Hrvatskoj, koristeći ocjene od 0 = nimalo nisam zadovoljan, 5 = ni zadovoljan ni nezadovoljan do 10 = u potpunosti sam zadovoljan⁴.

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| OSOBNI ŽIVOT | | | | | | | | | | | |
| Koliko ste zadovoljni ...? | | | | | | | | | | | |
| svojim životnim standardom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| svojim zdravljem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| onim što postizete u životu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| svojim odnosima s bližnjima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| svojim osjećajem sigurnosti | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| pripadnošću okolini u kojoj živite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| osjećajem sigurnosti u budućnosti | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ŽIVOT U HRVATSKOJ | | | | | | | | | | | |
| Koliko ste zadovoljni ...? | | | | | | | | | | | |
| ekonomskom situacijom u Hrvatskoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| stanjem prirodnog okoliša u Hrvatskoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| socijalnim uvjetima u Hrvatskoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| vlastima i upravom u Hrvatskoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| biznisom i poduzetništvom u Hrvatskoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| nacionalnom sigurnošću u Hrvatskoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Tablica 1. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (Sd) indeksa osobne i nacionalne dobrobiti i njihovih pojedinih čestica (N=4000, 2008.)

⁴ Postignuti rezultat se množi s 10 tako da je najveće zadovoljstvo izraženo ocjenom 100.

| Zadovoljstvo.. | Hrvatska | |
|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | M | Sd |
| svojim odnosima s bližnjima | 82 | 21.1 |
| onim što postižete u životu | 66 | 23.4 |
| pripadnošću okolini | 74 | 22.9 |
| svojim zdravljem | 67 | 25.9 |
| svojim osjećajem sigurnosti | 70 | 23.6 |
| svojim životnim standardom | 58 | 24.3 |
| osjećajem sigurnosti u budućnosti | 57 | 25.2 |
| INDEKS OSOBNE DOBROBITI | 68 | 17.7 |
| Vladom | 38 | 23.8 |
| Socijalni uvjetima | 44 | 22.0 |
| Biznisom i poduzetništvom | 46 | 22.6 |
| Ekonomskom situacijom | 42 | 22.2 |
| Nacionalnom sigurnošću | 56 | 22.4 |
| Stanjem okoliša | 60 | 23.0 |
| INDEKS NACIONALNE DOBROBITI | 48 | 18.0 |

Literatura:

1. Bejaković P., Kaliterna Lipovčan, Lj. (2007.): *Quality of life in Croatia: Key findings from national research*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
2. Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., van Vugt, J. i Misajon, R. (2003.): Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index, *Social Indicators Research*, 64, 159-190
3. Cummins, R. A. (2002.): *International Wellbeing Index, Version 2* [online], dostupno na: http://acqol.deakin.edu.au/inter_wellbeing/Index-CoreItemsDraft2.doc
4. Diener, E. (2005.): *Guidelines for National Indicators of Subjective Wellbeing and Ill-being*, Distributed by e-mail communication to ISQOLS list server group
5. Diener, E. i Oishi, S. (2004.): Are Scandinavians happier than Asians? Issues in comparing nations on subjective well-being, U: F. Columbus (ur.), *Politics and economics of Asia*, Hauppauge, NY: Nova Science
6. Diener, E., Oishi, S. i Lucas, R. E. (2003.): Personality, culture and subjective well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life, *Annual Review of psychology*, 54: 403-425
7. Diener, E. i Suh, E. (1997.): Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators, *Social indicators research*, 40, 189-216
8. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. i Smith, H. L. (1999.): Subjective Well-Being: Three Decades of Progress, *Psychological Bulletin*, 125 (2)
9. Economist Intelligence Unit (2005.): „*The Economist Intelligence Unit's Quality of Life Index*” [dostupno na: http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf]
10. Eftimoski, D. (2006.): Measuring Quality of life in Macedonia-using human development indicators, *Zbirka radova Ekonomskog fakulteta u Rijeci*, 24 (2), 257-272
11. Ganglmair-Wooliscroft, A. G. W. i Lawson, R. (2008.): Applying the International Wellbeing Index to investigate subjective wellbeing of New Zealanders with European and with Maori heritage, *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 3, 57-72
12. Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Ferriss, A. L. i sur. (2001.): Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55, 1-96
13. Heady, B. (2008.): Life goals matter to happiness: a revision of set point theory, *Social indicators research*, 86, 213-231
14. Kahneman, D. i Krueger, A. B. (2006.): Developments in the Measurement of Subjective Well-Being, *Journal of Economic Perspectives*, 20 (1), 3-24
15. Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D., Schwartz, N., Stone, A. (2004.): A Survey Method for Characterizing Daily Life Experience: The Day Reconstruction Method, *Science* 3, 306 (5702), 1776 - 1780.
16. Kaliterna-Lipovčan, LJ. i Prizmić-Larsen, Z. (2006.): Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i osjećaj sreće u Hrvatskoj i Europskoj uniji/ Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji, Izazovi sudjelovanja / Ott, Katarina (ur.), Zagreb, Institut za javne financije, Zaklada Friedrich Ebert, str. 181-198
17. Kaliterna-Lipovčan, LJ., Prizmić-Larsen, Z. i Brkljačić, T. (2011.): Međunarodni indeks dobrobiti - podaci za Hrvatsku// Kvaliteta života i zdravlje / Vuletić, Gorka (ur.), Osijek, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, str. 41-51
18. Krueger, A. B., Kahneman, D., Schkade, D., Schwartz, N., Stone, A. (2008.): National Time Accounting: The Currency of Life (<http://www.nber.org/chapters/c5053.pdf>)
19. Lyubomirsky, S., King, L. i Diener, E. (2005.): The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?, *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855
20. Marcs, N., Abdullah, S., Simms, A., Thompson, S. (2006.): Happy Planet Index Report, London: New Economics Foundation (www.happyplanetindex.org)
21. Oliver, N., Holloway, F., Carson, J. (1995.): Deconstructing quality of life, *Journal of Mental Health*, 4, 1-4
22. Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2002.): Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report, *Psychological Bulletin*, 128, 934-960

23. Schwartz, N. i Strack, F. (1999.): Reports of subjective well-being: judgmental processes and their methodological implications. U: Kahneman, D., Diener, E. & Schwartz, N. (ur.), *Wellbeing, the foundations of hedonic psychology*, New York, Russell Sage Foundation
24. Scollon, C. N., Kim-Prieto, C. i Diener, E. (2003.): Experience sampling: Promises and pitfalls, strengths and weaknesses, *Journal of Happiness Studies*, 4, 5–34
25. Siegrist, J. (2003.): *Subjective well-being: new conceptual and methodological developments in health-related social sciences*, rad prezentiran na ESF SCSS radionici 'Income, Interactions and subjective well-being', Pariz
26. Stiglitz, J. E., Sen, A. i Fitoussi, J.-P. (2010.): *Mismeasuring our lives: why GDP doesn't add up*, New York, The New Press
27. Veenhoven, R. (2005.): Apparent Quality of life in nations: How long and happy people live?, *Social Indicators Research*, 2005., vol 71., pp: 61-68
28. Wilson, W. (1967.): Correlates of avowed happiness, *Psychological Bulletin*, 67, 294-306

3.8.2. Planiranje tijeka akcije; kako da ciljevi budu ostvarivi

3.8.2.1. Poznavanje stanja i utvrđivanje mogućnosti (SWOT analiza)

Dinamička priroda pomagačkih aktivnosti, posebno preventivnih, čini ih teško mjerljivima i teško dostupnima kontroli kvalitete i učinka. Međutim, praćenje učinaka posebno je neophodno kod uvođenja u rad novih metoda i postupaka. Temeljno je polazište u radu, a posebno prilikom osmišljavanja akcije, da rad može biti bolji, a može biti bolji ako afirmiramo osobne snage i što je više moguće iskoristimo prostor za napredovanjem. Bolji rad dakle uključuje poboljšanja, i to po pitanju:

- radnog učinka
- kvalitete rada
- osobnog zadovoljstva radom (skrbi o osobnom mentalnom zdravlju)
- zadovoljstva korisnika provedenim postupcima (posredne skrbi o mentalnom zdravlju korisničke populacije).

Za promjene u radu stoga je nužno:

- a) dobro poznavati sadašnje stanje
- b) kreirati ostvarive ciljeve za rad u budućnosti
- c) osmisliti puteve koji vode do cilja.

Tijek akcije koji slijedi ideju stalnog reorganiziranja osobnoga rada s ciljem poboljšanja osobne kompetentnosti i učinkovitosti započinje upoznavanjem unutarnjih kapaciteta (to uključuje poznavanje kako snaga tako i slabosti), ali i vanjskih činitelja (kako mogućnosti tako i prijatni koji dopiru iz okoline). Poznavanje unutarnjih i vanjskih mogućnosti i ograničenja presudno je važno iz najmanje dva razloga:

1. Nužno je kako bi se aktivnosti uopće mogle usmjeriti u željenome smjeru, odnosno kako bi se mogli postaviti ciljevi u radu.
2. Nužno je kako bi se mogao pratiti osobni profesionalni rast i razvoj, odnosno kako bi se aktivnosti mogle evaluirati, po potrebi mijenjati i prilagođavati, a sve u cilju poboljšanja osobne kompetentnosti i učinkovitosti, odnosno zadovoljstva u radu koje je temelj skrbi o osobnom mentalnom zdravlju.

Stoga cjelovita akcija planiranja, praćenja i reprogramiranja stručnih postupaka slijedi ove korake:

Upoznavanje (analiza) stanja:

1. Provest ćemo detaljnu subjektivnu samoanalizu (subjektivno samovrjednovanje). Provodi se iz perspektive svih dionika u preventivnim aktivnostima (individualno i

zajednički).

2. Provest ćemo objektivno samovrjednovanje (instrumentima), uočavanjem osobnih prednosti (snaga), nedostataka (slabosti) i mogućnosti (uključujući ograničenja) u radu. Također se provodi iz perspektive svih dionika u preventivnim aktivnostima (individualno i zajednički).

Planiranje tijeka akcije – kojim putem do cilja (izrada preventivnih programa):

3. Na temelju prethodnog odredit ćemo razvojne prioritete i ciljeve kroz izmjene u preventivnim aktivnostima ili postupcima za koje je dobro da budu dijelom osobnog i/ili timskog razvojnoga plana. Plan je ključni element kojim se definiraju ciljevi, metode, izvršitelji, vremenski okvir izvršenja i način evaluacije.

Evaluacija i reprogramiranje programa:

4. Provedbom aktivnosti, ponovnom evaluacijom tretmana i reprogramiranjem razvojnog plana evaluirat ćemo preventivni program.

3.8.2.1.1. SWOT analiza

Već je dugo standardno oruđe strategijskog planiranja koje potiče identificiranje unutarnjih snaga i slabosti i stavlja ih u odnos s vanjskim prilikama i prijetnjama SWOT analiza. SWOT je akronim od engleskih riječi Strengths (snaga, prednosti), Weaknesses (slabosti, prostor za napredovanjem), Opportunities (prilike, mogućnosti) i Threats (prijetnje, opasnosti). Radi jednostavnijeg razumijevanja koncept se može prikazati i shematski:

| | Pomažu ostvarivanju ciljeva | Otežavaju ostvarivanje ciljeva |
|---------------------|--|--|
| Unutarnji činitelji | STRENGTHS S Snaga | WEAKNESSES W Slabosti |
| Vanjski činitelji | OPPORTUNITIES O Prilike | THREATS T Prijetnje |

Shema međuodnosa snaga, slabosti, prilika i prijetnji u SWOT konceptu

U ovome konceptu **snage** otvaraju put k realizaciji svojih ciljeva, **slabosti** su zapravo unutarnje nesposobnosti koje ometaju konačnu realizaciju ciljeva, dok su **prilike** i **prijetnje** u izravnoj vezi s kompleksnom heterogenom i dinamičnom okolinom. Pritom prilike kao vanjski činitelji svojim potencijalom povećavaju vjerojatnost realizacije ciljeva, a prijetnje kao vanjski činitelji mogu ozbiljno onemogućiti realizaciju ciljeva.

Cjelovitu sliku o tomu što i kako radimo možemo dobiti ako prikupljamo podatke o napredovanju i od sebe samih (samovrjednujemo se), ali i od onih koji u okruženju prate naš rad ili u njemu sudjeluju (tada drugi vrjednuju naš rad). **Vrjednovanje odnosno samovrjednovanje** postupci su koje svaki subjekt provodi samostalno s ciljem utvrđivanja svojih ili tuđih postignuća, želja, planova i htijenja prema kriterijima kojima je poučen ili ih je postavio sam sebi.

Svaki postupak u koji se svjesno upustimo s namjerom da dođemo do informacija o tome koliko smo uspješni u onome što radimo gotovo po pravilu započinje nekim oblikom samoprocjene. Prilikom utvrđivanja snaga i slabosti stoga je samovrjednovanje (osobnoga) rada prvi korak. Samovrjednovanje (samoprocjena) osobnoga rada važan je ispravljački mehanizam u radu. Izvor je to podataka o tome koliko pridonosimo i koliko smo uspješni u približavanju prije postavljenim ciljevima rada. S obzirom na teškoće na koje nailazimo u svom stručnom radu, poduzimamo niz mjera i postupaka kojima želimo poboljšati kvalitetu rada, a time i dati doprinos kvalitetnijem radu u cjelini. Stoga je važno, pa čak možemo reći i nužno, osvijestiti osobno mišljenje o svom mjestu i ulozi koju izvodimo.

Temeljna pitanja koja treba postaviti pri samovrjednovanju su:

- a) Kakva smo ustanova?
- b) Kakav sam stručnjak?
- c) Kakav smo tim?
- d) Kako sve to znam(o)?
- e) Što možemo učiniti da budemo bolji?
- f) Što mogu učiniti da budem uspješniji (uspješnija)?

Cilj je (samo)vrjednovanja poboljšanje radnu učinkovitost i kvalitetu rada. Dok je u pojedinim ljudskim aktivnostima učinkovitost moguće lako mjeriti, pa i kvalitetu rada, a to je zato što je rad moguće normirati. U pomagačkom radu s ljudima to je vrlo teško, a ponekad je i nemoguće normirati rad. No, i u takvim situacijama potrebna nam je povratna informacija o tome kako radimo. Stoga je introspektivni uvid u osobne kapacitete u pomagačkim aktivnostima posebno značajan korak u cjelokupnim aktivnostima upoznavanja stanja i utvrđivanja mogućnosti.

Metodologija je relativno jednostavna i vrlo je lako prilagodljiva različitim oblicima ljudskih aktivnosti. SWOT analiza primarno je poduzetnički koncept koji polazi od ideje da se poduzetnik svojim kvalitetama i slabostima u dinamičnim i turbulentnim uvjetima okoline uvijek nastoji orijentirati rastu i razvoju, a to će moći tek onda kada će spoznati i osvijestiti osobne mogućnosti i uskladiti ih s osobnim „slabim točkama“ što će mu pomoći izbjegavati rizične situacije, a iskoristavati osobne potencijale kao bi se u tome smjeru mogao razvijati. Ovako opisani pristup jačanja snaga i minimiziranja opasnosti vrlo je primamljiv i za ostale radne aktivnosti, a posebno za one koje uključuju teško mjerljive učinke u neposrednom, a posebno u posrednom pomagačkom radu s ljudima.

3.8.2.1.2. Metodologija upoznavanja stanja i utvrđivanja mogućnosti (radionica za SWOT analizu)

Prvi korak

Podijelimo se u tri skupine. U svakoj skupini odredimo koordinatora skupine, zatim zapisničara te osobu koja će izvještavati o zaključcima skupine.

Zadaće za pojedine skupine su sljedeće:

1. *skupina*: Utvrditi koje su naše prednosti?
2. *skupina*: Utvrditi koje su naše slabosti?
3. *skupina*: Utvrditi koje su naše mogućnosti?

Drugi korak

Radimo u skupinama 60 minuta, zatim izvještavamo sve ostale o zaključcima skupine te svi zajedno (kao tim) revidiramo i usklađujemo stavove do konačnih zaključaka.

Treći korak

Na temelju uočenih prednosti, slabosti i mogućnosti određujemo ciljeve s obzirom na mogućnosti, a zatim slijedi izrada razvojnog plana i programa naših aktivnosti.

3.8.2.2. Određivanje ciljeva s obzirom na mogućnosti

Ciljevi su opisana zamišljena ponašanja kojima se u radu teži. Rezultat SWOT analize treba biti identifikacija kapaciteta i ograničenja za kreiranje ostvarivih ciljeva. Ciljevi u pomagačkim zanimanjima mogu biti općenitiji:

1. usvajanje znanja
 2. razvoj i vježbanje vještina
 3. promjene stavova
 4. promjene navika
- ... ili specifičniji (na primjer, u radu s vulnerabilnom populacijom)...
1. (re)habilitacija
 2. (re)socijalizacija
 3. liječenje.

3.8.2.3. Razvojno planiranje i programiranje (izrada programa i plana aktivnosti u realizaciji programa)

Identifikacijom ostvarivih ciljeva pristupa se izradi razvojnoga plana koji će do ciljeva voditi kroz daljnju afirmaciju unutarnjih kapaciteta (snaga) i korištenje prilika, uz minimiziranje unutarnjih slabosti i vanjskih prijetnji. U nekim slučajevima organizacija rada podliježe *spregama* koje nastaju kao kombinacija unutarnjih slabosti i vanjskih prigoda, pa se prepoznaju osobne mogućnosti, ali smo ih nemoćni realizirati zbog ograničenja.

Razvojni plan i program je ključni element koji je strateški dokument osobnog ili timskog razvoja i kojim se definiraju prioriteti i ciljevi, ali i metode, izvršitelji, vremenski okvir

izvršenja i način evaluacije. Ustvari je optimalno rješenje da razvojni plan i program bude i osobni i timski. Razvojni plan definira razvojne prioritete i ciljeve te iste redefinira (nakon evaluacije) kroz izmjene u aktivnostima ili postupcima, dok programski dio strategije definira ciljeve, metode, izvršitelje, vremenski okvir izvršenja i način evaluacije.

3.8.2.4. Evaluacija tretmana i evaluacija programa

S obzirom na teškoće na koje nailazimo u svom stručnom radu, poduzimamo niz mjera i postupaka kojima želimo poboljšati kvalitetu rada, a time i dati doprinos kvalitetnijem radu u cjelini. Stoga je važno pa čak možemo reći i nužno osvijestiti svoje mišljenje o svom mjestu i ulozi koju izvodimo, a kako je navedeno to se provodi vrjednovanjem odnosno samovrjednovanjem tijekom procesa evaluacije rada. Samovrjednovanje (samoprocjena) rada važan je ispravljački mehanizam u radu i po pravilu započinje nekim oblikom samoprocjene. Ta samoprocjena može biti strukturirana, ali se puno češće radi o ad-hoc promišljanju o osobnoj uspješnosti u onome što radimo i o promišljanju o mogućim putovima i ishodima onoga što ćemo činiti ubuduće. Svakome od nas prilično je lako sjetiti se takvih trenutaka u svom radu. Dakle, iako ovakvi postupci nemaju formalnu strukturu, nisu niti normirani pa često čak niti unaprijed planirani, ipak su nam spoznaje do kojih dolazimo na ovaj način važne u planiranju daljnega rada. Ono što je nedostatak ovakvoga pristupa jest što se učinci (zaključci) takve samoprocjene vrlo brzo izgube; ako ne bilježimo ono što smo zaključili, a uglavnom je tako, korist od takve samoprocjene uglavnom je kratkoročna. Međutim, ako iskustva do kojih smo došli na opisani način pokušamo usustaviti i razviti sustavniji pristup samoopažanju, nastat će instrument koji ima prednosti pred ad-hoc samoprocjenom. Te prednosti su sljedeće:

1. Primjenom standardiziranog i unificiranog pristupa uvijek ćemo imati isti podražajni sklop (ista pitanja koja si postavljamo) na temelju kojega ćemo procjenjivati osobni rad.
2. Podatke do kojih dođemo na ovakav način ne moramo još i dodatno bilježiti ili pamtiti jer su upisani u obliku odgovora na pitanja koja smo sami sebi postavili.
3. Nalaze dobivene uzastopnom primjenom ovakvoga pristupa (i instrumenta) bit ćemo u mogućnosti međusobno uspoređivati, što će nam omogućiti sustavno samopraćenje u vremenskom slijedu.
4. Na poslijetku, primjenom istoga pristupa i kod drugih (recimo, kod sustručnjaka) imamo mogućnost komparativne analize naših i tuđih postupaka, te gotovo trenutačno možemo procijeniti svoje mjesto u nekom stručnom ili suradničkom kontekstu.

Dakle, bilo da je samoprocjena onoga što činimo paušalna ili je ona sustavna i strukturirana, doći ćemo do podataka o tome kako vidimo svoj rad. Dapače, izgradit ćemo i vrijednosne sudove prema njemu.

Koja je svrha toga? Svrha samovrjednovanja jest:

1. uočiti osobne prednosti (snage) u aktivnostima koje izvodimo
2. uočiti osobne nedostatke (slabosti), odnosno prepoznati prostor za osobnim ili skupnim napredovanjem
3. uočiti osobne mogućnosti i ograničenja.

U strukturalnom se smislu pristup vrjednovanju i samovrjednovanju ne razlikuju; razlikuju se prvenstveno u sadržajnom dijelu. Presudno je imati razvijen standardizirani postupak odnosno strukturu koja će nam omogućiti sljedeće:

- dobivanje jasnih i nedvosmislenih odgovora na postavljena pitanja
- uspoređivanje odgovora više osoba koje su nas vrjednovala na isti način
- uspoređivanje nalaza o provedenom vrjednovanju u vremenu (praćenje napredovanja u radu)
- izražavanje nalaza statističkim vrijednostima i
- praćenje emocionalnog zdravlja u radu.

Standardizacija postupka (samo)vrjednovanja omogućuje nam kvantitativnu i kvalitativnu analizu na temelju koje ćemo što je moguće više objektivno procjenjivati rezultate rada i uvoditi moguće promjene u radu. Navedeno ili pojedino od toga može biti cilj radne aktivnosti i ako se ostvari, povećava uspjeh ili vjerojatnost uspjeha u radu.

3.8.2.5. Prilagodba ciljeva rezultatima evaluacije i reprogramiranje razvojnoga plana

Tijekom rada, odnosno izvođenja aktivnosti, možemo opisati trenutna ponašanja i postignuća i usporediti ih s opisanim zamišljenim ponašanjima i postignućima pa ako se u određenoj mjeri podudaraju, tada znamo da smo na pravom putu k ostvarivanju cilja, no ako se ne podudaraju, vrijeme je za promjenom pristupa ili za ulaganjem dodatnog napora u željenome smjeru.

Kada spoznamo da se ne približavamo ciljevima te utvrdimo razloge za to, poduzimaju se postupci u smjeru:

- Korekcije plana i programa rada
Pomagačke su aktivnosti uvijek složen proces koji mora biti organiziran tako da nužno uključuje dobro planiranje i programiranje, a ono uključuje, između ostaloga, i postavljanje ciljeva u radu odnosno vrjednovanje rada s obzirom na postavljene ciljeve. Ukoliko rezultati provedenih postupaka (samo)vrjednovanja ukažu na to da se planiranim i programiranim oblicima rada ne postižu postavljeni ciljevi, potrebno je mijenjati strukturu i sadržaj plana i programa te ih uskladiti s ciljevima.
- Preusmjeravanja i modificiranja aktivnosti
Ponekad se tijekom rada pokaže kako je plan i program dobar okvir za rad, ali su pojedini postupci neadekvatni. Tada se modifikacija rada usmjerava samo prema tim pojedinim postupcima.

3.8.3. **Evaluacijska istraživanja u području zaštite i promicanja mentalnog zdravlja te unaprjeđenja kvalitete života**

Područje zaštite i promicanja mentalnog zdravlja objedinjuje više znanstvenih područja, kao što su na primjer biološke, biomedicinske, društvene i humanističke znanosti, unutar kojih djeluju istraživači i stručnjaci formalno obrazovani u različitim znanstvenim disciplinama. Stoga ne iznenađuje kako su mogući različiti pristupi u razmatranju i klasificiranju istraživanja u ovome području, koji se razlikuju s obzirom na metode i nacрте istraživanja, teorijske okvire u kojima se istraživanja provode te osnovnu svrhu zbog koje se istraživanja provode. Temeljna istraživanja u okviru bioloških i biomedicinskih znanosti u kontekstu mentalnog zdravlja pokušavaju izolirati biokemijske procese u mozgu i u živčanom sustavu koji su povezani s različitim mentalnim procesima te istražiti ulogu gena i nasljedstva u različitim tipovima disfunkcionalnosti u mozgu. Društvene znanosti svojim istraživanjima daju snažan doprinos općem razumijevanju povezanosti mentalnih bolesti s različitim tipovima ponašanja. Tu se izdvajaju istraživanja u psihologiji kao posebno važna za razumijevanje problematike mentalnog zdravlja (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1979.).

Uobičajena podjela istraživanja u ovom području jest na temeljna i primijenjena istraživanja. *Temeljna istraživanja* se uglavnom definiraju kao ona čiji je cilj otkrivanje i generaliziranje činjenica o prirodi i čovjeku. *Primijenjena ili klinička istraživanja* odnose se na ispitivanja koja su izravno usmjerena prema praktičnim problemima prevencije i liječenja bolesti te pitanja brige o pacijentima. Temeljna istraživanja uglavnom organiziraju i provode istraživači na istraživačkim institutima i sveučilištima, dok se primijenjena istraživanja u pravilu odvijaju u zdravstvenim institucijama gdje ih provode praktičari. U okviru primijenjenih istraživanja, najčešće se istražuju teme kao što je npr. interakcija bolesne osobe s drugim ljudima u prirodnom okruženju, psihoterapeutski procesi te učinkovitost različitih tipova psihoterapije u populacijama ljudi s različitim problemima, generalni i specifični utjecaji psihofarmakoloških sredstava te provjeravanje učinkovitosti tretmana kroz različite oblike evaluacijskih istraživanja (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1979.).

U kontekstu ove knjige posebice je važno razmotriti skupinu primijenjenih istraživanja koja su usmjerena na *evaluaciju određenih programa ili intervencija u području mentalnog zdravlja*. Takvi programi i intervencije imaju društvenu važnost i usmjereni su ka brizi o očuvanju i promicanju mentalnog zdravlja ljudi. Stoga ćemo na početku opisati te usporediti evaluacijska istraživanja, kao oblik primijenjenih istraživanja, s temeljnim znanstvenim istraživanjima. Zatim ćemo razmotriti pojedine važne sastavnice evaluacijskih

istraživanja što uključuje definiciju ciljeva, standarda i okvira za učinkovitu evaluaciju, te opis koraka u evaluaciji različitih programa. Uz kratak opis najčešćih istraživačkih metoda koje se koriste u sklopu evaluacijskih istraživanja, na kraju su izložene najčešće poteškoće s kojima se susreću istraživači u tome području, nedostaci takvih istraživanja te prijedlozi strategija za njihovo poboljšanje.

3.8.3.1. Evaluacijska istraživanja

U istraživanjima mentalnog zdravlja osobito je važno odabrati prikladan pristup u odgovaranju na pojedina istraživačka pitanja, pri čemu je potrebno koristiti što više različitih metoda kako bi se odgovorilo na veći broj problema, koji se u pravilu javljaju, što osigurava kasnije maksimiziranje utjecaja dobivenih spoznaja na skrb o mentalnom zdravlju (Slade i Priebe, 2006.). Kako područje zaštite, očuvanja i promicanja mentalnog zdravlja karakteriziraju prije svega različiti oblici programa i intervencija, ne čudi stoga što je jedan od najraširenijih pristupa evaluacija programa i intervencija. Neovisno o krajnjoj svrsi, metodološko utemeljenje ili vrstu korištenih istraživačkih tehnika, evaluacija je u suštini primijenjeno istraživanje koje aktivno nastoji otkriti ima li neki program ili intervencija djelotvoran učinak na javno zdravlje (Stoto i Cosler, 2008.).

Budući da evaluacijska istraživanja prvenstveno služe za poboljšanje prakse i usluge, za nadzor i opravdavanje korištenja sredstava, te za pružanje informacija potrebnih za kvalitetno donošenje odluka, jasno je uočljiva njihova razlika u odnosu na temeljna znanstvena istraživanja koja su usmjerena na utvrđivanje činjenica kojim se statistički potvrđuju ili opovrgavaju neka teorijski derivirana pitanja (Parry i Watts, 1996.). Rezultati evaluacijskih istraživanja neposredno su vezani uz određeni program, dok su rezultati temeljnih istraživanja dobiveni u kontekstu istraživačkih potreba vezanih uz teorije spoznaje. Temeljna istraživanja u pravilu se oslanjaju na standardizirane instrumente, rigoroznu kontrolu te su im znanstveni standardi na najvišoj razini. Kod evaluacijskih istraživanja koriste se postupci mjerenja i istraživački alati često ad hoc naravi gdje je istraživačka kontrola teže ostvariva. Prilikom provođenja evaluacije od primarne su važnosti budući korisnici istraživanja, dok su u temeljnim istraživanjima oni sekundarni, a često nisu ni identificirani. Važna odrednica temeljnih istraživanja jest ponovljivost i pouzdanost što kod evaluacijskih istraživanja često nije (Milne, 1987., prema Parry i Watts, 1996.). U temeljnim istraživanjima nacrt istraživanja proizlazi kao potreba kritičkog odgovora na pitanja koja su teorijski nejasna, pri čemu se u pravilu teži odgovoriti na pitanja koja su neriješena od prijašnjih istraživanja. Rezultat toga jest javljanje potencijalno neograničenog broja pitanja koja se mogu postaviti i istraživačkih nacrti koji se mogu osmisliti u svrhu nalaženja odgovora. U evaluaciji programa broj važnih pitanja i odgovarajućih nacrti mnogo je manji. U znanstvenim istraživanjima nastoji se testirati hipotezu koja je od teorijske važnosti dok se u evaluacijskim istraživanjima nastoji odgovoriti na važna pitanja koja primarno postavljaju zainteresirane strane. Većina pitanja u evaluacijskom istraživanju nastoji odgovoriti na derivacije jednog ili više sljedećih pitanja: Djeluje li program? Kako se može poboljšati? Je li program konzistentan s originalnim ciljevima? Opravdavaju li rezultati programa financijsku potporu nositelja aktivnosti koje

ih financiraju?, i slično. Pri tome je nezaobilazno napomenuti da evaluacije programa i intervencija ne ignoriraju pitanja koja su od teorijske važnosti. Kako se dobri programi primarno razvijaju iz snažnih teorija jasno je da i evaluacija programa može pružiti odgovore koji imaju teorijsku vrijednost. Ono što se želi naglasiti jest da unaprjeđenje teorije nije od središnje važnosti u evaluacijskim istraživanjima jer je pozornost usmjerena na evaluaciju i usavršavanje postojećih programa (Richard i Huprich, 2008.).

Evaluacija programa pruža vitalan alat za razvoj, provedbu i procjenu intervencija u praksi. U pravilu prisutna interdisciplinarna orijentacija predstavlja jednu od glavnih snaga tog područja te osigurava sagledavanje važnih pitanja iz niza perspektiva. Za razliku od vrlo kontroliranih laboratorijskih eksperimenata gdje se drži konstantnim sve osim nezavisne varijable, evaluacije programa se pojavljuju unutar socijalnog okruženja koja su fluidna i često se mijenjaju. Da bi se moglo nositi s kompleksnošću koju izazivaju takva dinamična socijalna okruženja, proces planiranja, provođenja i završavanja evaluacije programa zahtjeva širok raspon tehničkih vještina i vještina rješavanja socijalnih problema. Klinički psiholozi se mogu susresti s evaluacijom programa u bilo kojoj radnoj aktivnosti te imaju posebnu ulogu u evaluaciji programa jer su mnoge intervencije povezane s unaprjeđenjem mentalnog zdravlja. Informacije koje se generiraju prilikom evaluacijskih istraživanja posebno su korisne u informiranju istraživača i praktičara o učinkovitosti strategija uključenih u procjenu, dijagnozu i tretman psiholoških problema. Na široj socijalnoj razini, rezultati evaluacije programa mogu igrati važnu ulogu u pomaganju kliničkim psiholozima prilikom zastupanja u javnosti (Richard i Huprich, 2008.).

3.8.3.2. Važni elementi u osmišljavanju i provedbi evaluacijskih istraživanja

Programi za unaprjeđenje mentalnog zdravlja u pravilu su vrlo raznoliki te se kreću od specifičnih aktivnosti u nekoj zdravstvenoj ustanovi do sveobuhvatnih intervencijskih aktivnosti u zajednici, gdje su programi zajednice znatno veći izazov za osmišljavanje provođenja evaluacijskog istraživanja (Stoto i Cosler, 2008.). Zbog višestrukih uvjeta skrbi, kompleksnih mjera intervencije, poteškoća u mjerenju i kontroli važnih varijabli, pronalaženju prikladnih kriterija i indikatora ishoda te različitih metoda prikupljanja podataka zahtjevno je osigurati i unutarnju i vanjsku valjanost dobivenih rezultata. Izolirati razloge za opažene promjene te primijeniti rezultate na druge populacije, usluge ili sustave njege zajednice ponekad je izuzetno teško (Hafner i An Der Heiden, 1996.). U skladu s time, područje mentalnog zdravlja vrlo često karakteriziraju općeniti ciljevi koji se odnose na sveukupno mentalno zdravlje te vrlo raznoliki i individualizirani ciljevi vezani uz pojedine društvene skupine (Kiresuk i Sherman, 1968.).

Postoji više definicija ciljeva intervencija i programa u području mentalnog zdravlja. Recimo, Milne (1987.; prema Hafner i An Der Heiden, 1996.) smatra da evaluacija, u svojim općim ciljevima, nastoji otkriti pomažu li određene intervencije u području mentalnog zdravlja primijenjene na određenu skupinu pojedinaca da se dođe do napretka u određenom vremenskom razdoblju. Rootman, Goodstadt, Potvin i Springett (2001.) zaključuju da se većina definicija ciljeva odnosi na željeni krajnji ishod u smislu poboljšanog zdravlja ili dobrobiti, s time da neki uključuju i održavanje zdravlja kao cilj.

Analiza oporavka dovela je uz to do višestrukih i kompleksnih kriterija ishoda kao što su redukcija simptoma, smanjenje ili prevencija nesposobnosti nastale zbog poremećaju te poboljšanje sposobnosti za produktivan rad ili izvršenje važnih socijalnih uloga. Čak i kad priroda temeljne bolesti čini njeno izlječenje slabim ili neizvjesnim, dobar tretman povećava kvaliteti života pacijenta, njegove obitelji, njegovatelja i olakšava rad zdravstvene službe. Opće ciljeve potrebno je uvijek prevesti u specifičnije i mjerljivije objektivne ciljeve kako bi poslužili kao uporište za mjerenje ishoda intervencije. Konceptualni ciljevi uključuju neposrednu pomoć u hitnim slučajevima, održavanje socijalnih kontakata tijekom tretmana i reintegraciju pacijenata nakon što su otpušteni iz bolnice, te ih treba specificirati operacionalnim ciljevima. Operacionalni ciljevi, kao konceptualni ciljevi koje formira Svjetska zdravstvena organizacija, mogu biti formulirani na opsežnoj ili dovoljno detaljnoj razini (Hafner i An Der Heiden, 1996.).

Murphy (2001.) smatra da postoji određena kategorija brige o mentalnom zdravlju koje naziva vizionarskim ciljevima. Glavni vizionarski cilj zdravstvene usluge je „nastojati pružiti pojedincima ispunjavajući i zahvalan život čim je više moguće te osigurati uobičajene potrebe u životu – dom, ispunjene dnevne aktivnosti, emocionalnu potporu kroz prijateljstva i socijalne kontakte te priznanje individualnih građanskih prava (Hafner i An Der Heiden, 1996.). Subjektivni aspekt kvalitete života, o čemu je bilo dosta govora u ovoj knjizi, moraju se uzeti u obzir prilikom evaluacije različitih tretmana i intervencija. Pored glavnih ciljeva, kao redukcija simptoma, postoje i indirektni ciljevi kao što je mogućnost pacijenta da produktivno radi i ispunjava važne socijalne uloge. Ispunjenje tih ciljeva ne ovisi samo o učinkovitosti određenog tretmana, već i o vanjskim preduvjetima koji su nužni za ispunjenje indirektnih ciljeva. Recimo, omogućavanje pacijentima da produktivno rade ovisi o mogućnostima zaposlenja što često predstavlja društveni problem u velikom broju zemalja. Dakle, pacijentima je potrebna pomoć u više područja života koja su izvan repertoara same intervencije mentalnog zdravlja te često ovise o prevladavajućim ekonomskim i socijalnim uvjetima. Stoga ne čude pokušaji postavljanja prioriteta u skrbi za mentalno zdravlje. Murphy (2001.) je identificirala prioritetne skupine. One uključuju pacijente s akutnim poremećajima opasnim po osobni ili tuđi život, pacijente koji su u pritvoru, odrasle pacijente s ozbiljnim kroničnim bolestima, starije ljude koji boluju od demencije, adolescente s ozbiljnim bihevioralnim problemima, prekršitelje koji boluju od određenih mentalnih poremećaja te pacijente s izrazito uznemirujućim neurotskim simptomima.

Kako bi evaluacija bila učinkovita, nužni su određeni standardi kojih se evaluacijski istraživači trebaju pridržavati, te je potrebno kroz određene korake provesti evaluaciju. Američki Centar za kontrolu bolesti i prevenciju nedavno je objavio skup standarda i opći okvir za učinkovitu evaluaciju programa u javnom zdravstvu. Evaluacija, da bi bila učinkovita, treba prije svega biti korisna u smislu da služi potrebama korisnika. Sljedeći je standard da treba biti izvodljiva, tj. evaluacijski trud mora biti realističan, razborit, diplomatski i štedljiv. Nakon toga slijedi standard koji se odnosi na ispravnost, odnosno legalno i etično ponašanje evaluacijskih istražitelja. I naposljetku, evaluacija treba biti točna, tj. treba otkrivati i prenositi tehnički točne informacije. Više je autora opisalo korake u evaluacijskom ciklusu na različite načine, ali ono što je zajedničko svima jest shvaćanje evaluacijskog ciklusa kao iterativnog procesa, što znači da se koraci mogu ponavljati,

te se ne moraju nužno uvijek odvijati istim slijedom (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.; Kusters, van Vugt, Wigboldus, Williams i Woodhill, 2011.; de Zoysa, Habicht, Pelto i Martinez, 1998.).

Nastojali smo iz različitih opisa izdvojiti glavne i najvažnije korake u evaluacijskom procesu, te ćemo ih ukratko opisati:

Korak 1: Identificiranje zainteresiranih strana i korisnika: priprema za evaluaciju

Prvi korak u evaluacijskom ciklusu sastoji se većinom u prepoznavanje zainteresiranih strana i njihovom uključivanju u evaluaciju. Zainteresirane su strane pojedinci, skupine ili organizacije koji su uključene u program, koje zanimaju rezultati evaluacije i/ili imaju udjela u tome što će biti učinjeno s tim rezultatima. Mogu se najčešće svrstati u tri kategorije, a to su: oni koji su uključeni u programske operacije (npr. osoblje, ustanove koje financiraju program), oni koji su pod utjecajem programa (npr. članovi zajednice, pacijenti ili klijenti), te oni koji koriste rezultate programa (osobe koje su u poziciji za donošenje odluka kao npr. agencije koje su financirale program ili partneri) (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.). Da bi evaluacija bila omogućena potrebno je složiti se oko toga tko su ključne zainteresirane strane, one trebaju biti spremne na suradnju te spremne na prihvaćanje i upotrebu dobivenih rezultata evaluacije (Kusters i sur., 2011.).

Korak 2: Opis programa zdravstvene intervencije

Nakon što su prepoznate i angažirane zainteresirane strane, slijedeći je korak u evaluacijskom ciklusu obično opis programa. Sve programe javnog zdravstva karakteriziraju njihova ulazna sredstva (npr. financije, osoblje), proces (osposobljavanje, komunikacija, uključivanje javnosti), učinak (npr. bolja usluga, sigurnija okolina, olakšan pristup) te ishodi (poboljšano zdravstveno stanje) (Parish, 2001.). Program treba biti sveobuhvatan i detaljan što se tiče opisa sastavnica i očekivanih ishoda kako bi usmjerio evaluaciju prema najvažnijim pitanjima na koje treba odgovoriti (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.). Za početak, potrebno je istaknuti zašto je program potreban, tj. da je usmjeren na neki važan zdravstveni problem (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.; de Zoysa i sur., 1998.). Ta se potreba može definirati u terminima posljedica za zajednicu, sveukupne veličine problema, veličine problema u različitim segmentima populacije i/ili drugih značajnih promjene u incidenciji ili prevalenciji (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.). De Zoysa i sur. (1998.) predlažu provođenje epidemiološkog istraživanja kako bi se opisala priroda i veličina problema. Također je potrebno navesti ciljne skupine ljudi nužnih za provedbu programa. Slijedeća komponenta opisa programa su očekivani ishodi koji se odnose na promjene koje se nastoje postići primjenom programa (npr. poboljšanje kvalitete života korisnika programa). Nadalje, opis programa treba sadržavati i aktivnosti pri čemu se misli na stvarne akcije postavljene od strane programa i njegovog osoblja kako bi se postigli željeni ishodi. One variraju od programa do programa, ali neke tipične aktivnosti uglavnom

uključuju, između ostaloga, obuku, financiranje, pružanje usluge, suradnju, itd. Učinak se odnosi na direktne ishode programskih aktivnosti, poželjno iskazan u mjerljivim (brojivim) terminima. Također su bitna i ulazna sredstva koja se odnose na ljude, novac i potrebne informacije nužne za uspješnu implementaciju željenih programskih aktivnosti. Treba voditi računa i o stadiju realizacije nekog programa jer je fokus evaluacije različito usmjeren kod programa koji su tek u fazi planiranja, nego kod programa koji postoje već nekoliko godina. Potrebno je i razumijevanje konteksta, odnosno šireg okruženja u kojem se program odvija, zbog utjecaja različitih vanjskih čimbenika koji mogu i pozitivno ili negativno utjecati na provedbu programa (Centres for Disease Control and Prevention, 2006.). Ovo može uključivati i opis bihevioralnih i socijalnih procesa jer velik dio problema javnog zdravlja nastaje kao rezultat ljudskog ponašanja. Osim toga, razumijevanje konteksta omogućuje generalizaciju na više populacija. Opis programa može uključivati i identifikaciju rizičnih čimbenika povezanih s ishodima programa što služi za pružanje uvida u kauzalne mehanizme i specifikiranje rizičnih skupina (de Zojsa i sur., 1998.). I na kraju, kad se identificiraju sve komponente opisa programa, korisno je i sažeti vezu između određenih (ili svih) komponenti programa. Postoji nekoliko načina za prikazivanje tih veza, ali najčešće se koriste logički modeli (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.) odnosno teorije promjene (Kusters i sur., 2011.) koje služe za vizualan prikaz odnosa između programskih aktivnosti i očekivanih rezultata (promjena).

Korak 3: Usmjeravanje evaluacije

Logički modeli, odnosno teorije promjene, uspostavljene u prethodnom koraku, predstavljaju osnovu za primjereno usmjeravanje evaluacije. Pri tome je nužno odrediti najvažnija pitanja na koja se nastoji odgovoriti, odabrati prikladan evaluacijski pristup te se voditi ranije spomenutim evaluacijskim standardima (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.; Kusters i sur., 2011.). Centar za kontrolu bolesti i prevenciju (2006.) u ovaj korak ubraja i odabir prikladnog nacrtu koji će se koristiti za evaluaciju (eksperimentalni, kvazi-eksperimentalni ili neeksperimentalni nacrt). Kusters i sur. (2011.) smatraju da je za ovaj korak potrebno postići slaganje oko svrhe evaluacije ključnih zainteresiranih strana, načina korištenja evaluacije i njenih posljedica, te je nužno definirati granice evaluacije. Sve do sada navedene komponente utječu na definiranje granica evaluacije, a osim njih postoje i dodatni elementi kao što su: razina uključenosti zainteresiranih strana, tip potrebnih informacija i razina detaljnosti, kapaciteti i uvjeti (npr. financije, stručnost, poticaji), zemljopisna pokrivenost te vremensko razdoblje.

Korak 4: Provedba evaluacije: prikupljanje empirijskih podataka, analiziranje i izvođenje zaključaka

Idući zadatak u evaluacijskom ciklusu je osigurati vjerodostojne dokaze, što će se realizirati prikupljanjem empirijskih podataka temeljem različito operacionaliziranih indikatora. Indikatori su specifični, vidljivi i mjerljivi za razliku od sastavnica programa koje su često općenite i u nekoj mjeri apstraktne. Moguće indikatore potrebno je raspraviti sa zainteresiranim stranama, posebice s korisnicima usluga. Nakon što se napravi skup

indikatora, podaci vezani uz indikatore mogu se prikupiti iz već postojećih izvora podataka (sekundarno prikupljanje podataka) ili se može organizirati prikupljanje novih podataka (primarno prikupljanje podataka). Pri tome treba voditi računa o kvaliteti podataka u smislu da su oni pouzdani, valjani i informativni, te o njihovoj kvantiteti što je potrebno dovesti u vezu i s prikladnom veličinom uzorka. Nakon prikupljanja podataka slijedi njihova analiza i interpretacija te izvođenje zaključaka. Zaključci se trebaju usporediti s vrijednostima zainteresiranih strana te ocijeniti u skladu s njima. Kusters i suradnici (2011.) u ovaj korak uključuju i kritički osvrt na evaluacijski proces i njegove ishode, odnosno raspravu o tome u kojoj je mjeri program ispunio očekivanja: Što je dobro napravljeno? Što se može idući puta bolje napraviti? Što je naučeno?

Korak 5: Upotreba rezultata i prijenos znanja

Stečeno znanje prilikom evaluacije potrebno je iskoristiti u svrhu poboljšanja programa, prije svega radi učinkovitijeg doseganja postavljenih ciljeva programa, a što je moguće ostvariti prenošenjem spoznaja zainteresiranim sudionicima na nepristran i dosljedan način. Važno je i pružanje i primanje povratnih informacija, ne samo u ovom već u svim koracima, kako bi svi zainteresirani bili dovoljno informirani te kako bi se uspostavilo povjerenje između zainteresiranih strana.

Unutar izloženog okvira koji sadrži pet koraka, moguća su pojedina odstupanja ovisno o različitim tipovima evaluacije. Recimo, Kusters i suradnici (2011.) razlikuju formativnu evaluaciju koja je usmjerena na učenje i poboljšanje evaluacije, te sumativnu evaluaciju koja procjenjuje sveukupnu vrijednost programa. Potvin, Haddad i Frohlich (2001.) i Centar za kontrolu bolesti i prevenciju (2006.) prave razliku između evaluacije procesa i evaluacije ishoda. Evaluacija ishoda nastoji otkriti rezultira li program promjenama za koje je namijenjen, a zadatak evaluacijskog istražitelja je uspostavljanje kauzalnih veza između programa i opaženih promjena (Potvin i sur., 2001.) te procjena razvoja sekvenci ishoda na koje se program odnosi (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.). S druge strane, evaluacija procesa analizira primijenjene aktivnosti programa s ciljem poboljšanja komponenti programa, dokumentiranja nepodudarnosti između planiranog i provedenog programa te dobivanje informacija nužnih za interpretaciju ishoda (Potvin i sur., 2001.). Drugim riječima, nastoji se ustanoviti je li program implementiran kao što je planirano (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.). Stoto i Cosler (2008.) su identificirali nešto više tipova evaluacija, a osim već spomenutih to su: tradicionalna evaluacija, koja se fokusira na procjenu utjecaja specifičnih aktivnosti na definirane ishode, ekonomska evaluacija koja kombinira informacije o učinkovitosti programa s ekonomskim sredstvima u kvantitativnim terminima, evaluacija osposobljavanja čiji je cilj utvrđivanje postojećih snaga i slabosti za poboljšanje programa te mjere učinka koje koriste statističke metode.

Evaluacija u svojoj suštini nastoji otkriti ima li program djelotvoran učinak na javno zdravlje, stoga ne čudi što se pitanje učinkovitosti neprestano provlači kroz sva razmatranja dosega pojedinih programa i intervencija. Međutim, ukoliko se pokaže da je neki program učinkovit u kontroliranim situacijama, on možda ipak neće djelovati u okolnostima gdje su drukčiji uvjeti. Učinkovitost se odnosi na mogućnost programa da daje rezultate u

uvjetima manjim od optimalnih. Učinkoviti programi koriste dobro razvijene materijale i obuku tako da se mogu generalizirati, tj. prenositi na druge okolnosti. Evaluacija programa i intervencija zahtjeva istraživanje usmjereno na procjenu čistih učinaka intervencije, koje su izvan neke promjene, koja se mogla pojaviti zbog mnoštva drugih čimbenika. U kliničkoj praksi ovo nije uvijek moguće zbog etičnih i praktičnih razloga, pa su stoga evaluacijski istraživači razvili generalni konsenzus o relativnoj snazi različitih istraživačkih nacрта. Najviša razina dokaza vezana je uz eksperimentalne nacрте koji uključuju nasumičnu raspodjelu sudionika u tretmansku i u kontrolnu skupinu. Kvazi-eksperimentalni nacrti predstavljaju drugu razinu jačine dokaza dok se najniža razina jačine dokaza javlja kod ne-eksperimentalnih nacрта u koje se ubrajaju serije slučajeva i studije slučaja (Stoto i Cosler, 2008.).

3.8.3.3. Metode i pristupi unutar evaluacijskih istraživanja

Unutar evaluacijskih istraživanja koristi se više istraživačkih metoda i pristupa. Opisat ćemo neke od najčešćih korištenih metoda, uz navođenje njihovih prednosti i nedostataka. Među metodama i pristupima u evaluacijskim istraživanjima koje treba izdvojiti i opisati su pregled literature, epidemiološke metode, studija slučaja, eksperimentalni i kvazi-eksperimentalni nacrt.

Prva od metoda koja stoji na raspolaganju u evaluacijskim istraživanjima jest *pregled literature*. S njom započinje svako istraživanje te uključuje tri općenite svrhe: kritička evaluacija postojećih istraživanja, izvođenje na činjenicama utemeljenih zaključaka te generiranje istraživačkih ideja za buduća istraživanja. Jedan od tipova pregleda literature je meta-analiza čija je svrha ista kao i kod pregleda literature, pri čemu meta-analiza uključuje i kvantitativnu analizu postojećih istraživanja gdje se rezultati transformiraju u zajedničke podatke, veličinu učinka te se udruženo analiziraju. Dobar pregled literature zapravo predstavlja evaluaciju prošlih istraživanja te donosi utemeljene prijedloge za buduća istraživanja. Međutim, snaga pregleda literature ovisi o tome koliko je ona dobro provedena. Potrebno je uzeti u obzir sve kriterije za dobro organiziran i proveden pregled literature jer propust u udovoljavanju jednom kriteriju, kao npr. korištenje zastarjele literature, u pravilu umanjuje vrijednost ukupne analize (Durlak, 2009.).

Od velike važnosti za evaluaciju raznih programa i intervencija jesu *epidemiološke metode*, tj. istraživanje distribucije i determinanti uvjeta u populaciji povezanih sa zdravljem. Epidemiološki se pristup bavi problemima kao što su ukupan broj slučajeva specifičnih poremećaja u populaciji (prevalencija) i broj novih slučajeva koji nastaju unutar određenog vremenskog okvira (incidencija). Prednosti epidemiološkog pristupa su korištenje sofisticiranih metoda i statističkih tehnika te većinom istraživanje na nacionalnoj razini. Također, epidemiološki se pristup bavi i kvantificiranjem stupnja u kojem su pojedini čimbenici predisponirajući ili preventivni. Ograničenja epidemiološkog pristupa su: mogućnost da se sudionici koji su pristali sudjelovati u istraživanju razlikuju od onih koji u njemu ne sudjeluju te da sudionici iz određenih okolina mogu biti nereprezentativni za opću populaciju. Osim toga, kronični bolesnici mogu biti pretjerano uzorkovani u

usporedbi s onima kojima je potrebna kraća hospitalizacija (Streiner i Cairney, 2009.). Sljedeći pristup u evaluaciji istraživanja podrazumijeva korištenje *studije slučaja*. Ona je prije bila vrlo važna osobito u psihologiji te predstavlja metodu izbora ukoliko se radi o pacijentima s rijetkim sindromima. Još jedna prednost studije slučaja jest to što se nikome ne uskraćuje tretman, već se prije svega varira vrijeme tretmana. Temeljna pretpostavka u studijama slučaja jest da se proučavaju promjene kod pojedinca, tj. zanima nas intrasubjektivni varijabilitet i promjene do kojih dolazi. Svaki pojedinac sam sebi služi kao kontrola. Ovaj je nacrt također kompatibilan s terapijskim procesom jer se mjerenje provodi tijekom terapije. Međutim, studija slučaja je tijekom vremena izgubila na vjerodostojnosti. Kada se naprave skupne usporedbe pri čemu se analizira više dostupnih studija slučaja, rezultati i spoznaje znaju ponekad biti zbunjujući. U većini studija neki pacijenti se oporave, a neki ne, te prosjek rezultata dovodi do sveukupnog učinka bez razlike. Problem ove metode je i nemogućnosti generalizacije rezultata. Isto tako, ukoliko se stanje pacijenta poboljšava, može se raditi o prirodnom oporavku ili nekom drugom razlogu, a ne o samom učinku tretmana (Wilson, 2006.).

U *eksperimentalnim nacrtima*, kao često prisutnim metodološkim pristupom unutar evaluacijskih istraživanja, uspoređuje se kontrolna skupina koja nije primila određeni tretman sa skupinom koja je primila tretman, kako bi se ustanovilo postoje li razlike u ishodima. Ukoliko one postoje, može se pretpostaviti da je to zbog intervencije budući da nasumični razmještaj smanjuje vjerojatnost pripisivanja opaženih razlika drugih čimbenicima. Nasumična raspodjela također omogućava statističko zaključivanje, tj. procjenu jesu li dobivene razlike posljedica slučaja ili ne. Ukoliko postoji potencijal za sudionike da imaju korist od tretmana te ukoliko su dovoljno informirani i daju pristanak za sudjelovanje, odabir slučajem je etički prihvatljiv. Mogu se organizirati liste čekanja tako da svaki klijent s vremenom primi uslugu s time da su slučajno odabrani oni koji će prvi primiti uslugu te se uspoređuju s onima koji će ju primiti kasnije (Stoto i Cosler, 2008.). Međutim, u zdravstvenim programima ovakav nacrt može biti teško izvesti ili neetičan te se u tom slučaju može koristiti kvazi-eksperimentalni nacrt (Centers for Disease Control and Prevention, 2006.).

U *kvazi-eksperimentalni nacrt* spadaju analize koje koriste usporedbe neekvivalentnih skupina i istraživanja jedne skupine prije i poslije tretmana. Nešto kompleksniji nacrt može koristiti kombinaciju ova dva pristupa (Stoto i Cosler, 2008.). Neki ovdje uključuju i studije slučaja, odnosno serije slučajeva dok ih neki klasificiraju kao ne-eksperimentalne metode (Catts, O'Toole, Carr, Lewin, Neil, Harris, Frost, Crissman, Eadie i Evans, 2010.). Kvazi-eksperimentalni nacrt ne može dati nepristrane procjene učinka intervencije jer sudionici nisu raspoređeni po slučaju. Na primjer, nacrt u kojem se istražuju iste skupine prije i poslije uvođenja tretmana, podložan je raznim pristranostima ili prijetnjama valjanosti. Ovakav se nacrt može poboljšati prikupljanjem višestrukih podataka prije i poslije uspostave programa te pažljivim pregledom drugih čimbenika koji bi mogli biti odgovorni za očigledni učinak. U drugom mogućem kvazi-eksperimentalnom nacrtu uspoređuju se dvije skupine koje nisu slučajno raspoređene, ali se smatra da su slične skupini koja je primila intervenciju. Ovdje veliki problem predstavlja to da se tretmanska

skupina može razlikovati na neki drugi način osim intervencije koji bi mogao objasniti ishod. Kada slučajna raspodjela nije moguća ili se ne izvodi, statističkim metodama se može smanjiti učinak selekcije ili drugih pristranosti te izolirati pravi učinak intervencije (Stoto i Cosler, 2008.).

Jedan od pokušaja koji bi nadvladao nedostatke tradicionalnih pristupa i metoda u evaluacijskim istraživanjima navode Pawson i Tilley (2004.) i nazivaju ga *realistična evaluacija*. Realistična evaluacija koristi multimetodski pristup, kvantitativni i kvalitativni, budući da u evaluacijskim istraživanjima eksperimentalni nacrt često ne može biti ostvaren. U stvarnom svijetu, u kojem se programi i intervencije provede, kontrolna je skupina izložena svakojakim vanjskim utjecajima. Zdravstveni programi su znatno kompleksniji te su stoga potrebne ovakve mješovite metode nacrta za utvrđivanje multi-dimenzionalnih učinaka programa, pozitivnih i negativnih. Realistična evaluacija podržava niz metoda i pruža fleksibilan okvir za razumijevanje kako pojedinci reagiraju na intervencije ili programe u svjetlu lokalnih uvjeta, uključujući i društvene, socijalne i političke čimbenike. Suvremena evaluacijska istraživanja primjenom realistične evaluacije mentalnog zdravlja omogućuju istražiteljima vrijednu priliku za stvaranje rezultata koji osvijetljavaju što funkcionira za nekoga i pod kojim uvjetima.

Premda su temeljni pristupi i istraživačke metode u evaluacijskim istraživanjima znani, zbog specifičnosti i posebnosti područja mentalnog zdravlja te osobito područja unaprjeđena kvalitete života osnovni koncepti za evaluaciju pojedinih tretmana u neprestanom su razvoju (Goodstadt, Hyndman, McQueen, Potvin, Rootman i Springett, 2001.). Često se u istraživanjima događa da su kontrolne skupine neprikladne, kao na primjer u istraživačkim situacijama da se uzorkuju pacijenti s čistim deficitima, dok u rehabilitacijskim uvjetima većina pacijenata ima višestruke teškoće (Wilson, 2006.). Osim toga, mnogi rezultati istraživanja imaju malu percipiranu vrijednost u svakodnevnoj praksi (Gilbody, House i Sheldon, 2002.). Zajedno to ukazuje na glavno ograničenje evaluacijskih istraživanja unutar područja mentalnog zdravlja koje se očituje u nemogućnost generalizacije. Svako istraživanje programa nalazi se u različitim fizičkim i socijalnim okruženjima, s različitim djelatnicima i drugim obilježjima. Međutim, mnoge od "naučenih lekcija" iz jednog programa mogu se primijeniti i testirati u drugim programima sa sličnim postavkama ili mogu u najmanju ruku poslužiti kao modeli za poboljšanje drugih programa ili njihovih komponenti (Anderson, 1999.).

Zaključak

Evaluacija programa i intervencija predstavlja vrlo izazovno područje u istraživanjima mentalnog zdravlja. Često se tvrdi da su ishodi tretmana teži za procjenu u području skrbi za mentalno zdravlje nego u drugim područjima skrbi o ljudima. Stoga je potrebno razviti istraživačke pristupe i metode koje mogu pouzdano i valjano mjeriti ishode u kliničkoj praksi (Holloway, 2002.), te prije svega razviti održiv, valjan i učinkovit evaluacijski plan. Jedan od glavnih problema prvih generacija evaluacijskih istraživanja bio je otpor u prihvaćanju raznolikih metodoloških pristupa, gdje se nastojalo prije svega koristiti neku od metoda utemeljenih na eksperimentalnoj paradigmi. Danas je područje

evaluacije programa i intervencija otvoreno za sva iskustva i istraživačke postupke, gdje su evaluacijski pristupi cjelovitiji te su prilagođeni realističnim uvjetima u kojima se programi provode. Time su stvorene pretpostavke za stvarno utvrđivanje ‘što djeluje, za koje pacijente, pod kojim okolnostima’ u intervencijama u području mentalnog zdravlja (Anderson, 1999.). Kao i drugdje i u evaluacijskim istraživanjima u području mentalnog zdravlja se događaju stalne promjene, u smislu neprekidnih zahtjeva za njihovim usavršavanjem. Istraživači imaju zadatak biti cjelovito informirani te biti u stanju osmišljavati nacрте evaluacijskih istraživanja koji uzimaju u obzir različitost, multidisciplinarnost i specifični kontekst. Iako još nije pronađen savršen pristup niti istraživački nacрте za evaluacijska istraživanja, dosadašnje spoznaje iz znanstvena literatura omogućavaju provođenje dosta dobrih i učinkovitih istraživanja (McQueen i Anderson, 2001.).

Literatura:

1. Anderson, A. J. (1999.): Methodological Approaches in Mental Health Services Research and Program Evaluation, *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 4, 73-92
2. Bowling, A. (2002.): *Research Methods in Health: Investigating health and health services*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press
3. Catts, S. V., O’Toole, B. I., Carr, V. J., Lewin, T., Neil, A., Harris, M. G., Frost, A. D. J., Crissman, B. R., Eadie, K. i Evans, R. W. (2010.): Appraising Evidence for Intervention Effectiveness in Early Psychosis: Conceptual Framework and Review of Evaluation Approaches, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (195), 195-219
4. Centers for Disease Control and Prevention (2006.): *Introduction to program evaluation for public health programs: Evaluating appropriate antibiotic use programs*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention
5. de Zoysa, I., Habicht, J. P., Pelto, G. i Martinez, J. (1998.): Research steps in the development and evaluation of public health interventions, *Bulletin of the World Health Organization*, 76 (2), 127-133
6. Durlak, A. J. (2009.): Literature Reviews and Meta Analysis, U: J. C. Thomas i M. Hersen, *Handbook of Clinical Psychology Competencies* (483-497), SAD: Springer Science+Business Media
7. Gilbody, S. M., House, A. O. i Sheldon, T. A. (2002.): Outcomes research in mental health: Systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 181, 8-16
8. Goodstadt, S. M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Rootman, I. I., Springett, J. (2001.): Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations, U: WHO, *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* (517-533), Danska: WHO Regional Publications, European Series, 92
9. Hafner, H. i An Der Heiden, W. (1996.): Background and goals of evaluative research in community psychiatry. U: H. C. Knudsen i G. Thornicroft, *Mental Health Service Evaluation* (19 – 36), UK: University Press, Cambridge
10. Holloway, F. (2002.): Outcome measurement in mental health - welcome to the revolution, *British Journal of Psychiatry*, 181, 1-2.
11. Joint Commission on Mental Illness and Health (1979.): *Action For Mental Health*, New York: Basic Books
12. Kiresuk, T. J. i Sherman, R. E. (1968.): Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 4 (6), 443-453
13. Kusters, C. S. L., van Vugt, S., Wigboldus, S., Williams, B. i Woodhill, J. (2011.): *Making evaluations matter: A practical guide for evaluators*, Centre for Development Innovation, Wageningen University & Research centre, Wageningen, The Netherlands
14. McQueen, D. V. i Anderson, L. M. (2001.): What counts as evidence: issues and debates, U: WHO, *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* (63-82), Danska: WHO Regional Publications, European Series, 92

15. Murphy, E. (2001.): Setting Priorities During the Development of Local Psychiatric Services, U: G. Thorhicroft, *Measuring Mental Health Needs* (144-158), Glasgow, UK: Bell & Bain Limited
16. Parry, G. i Watts, F. N. (1996.): *Behavioural and mental health research: a handbook of skills and methods*, UK: TJI, Digital, Padstow, Cornwall
17. Parish, R. (2001.): Health promotion: towards a quality assurance framework, U: WHO, *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* (171-184), Danska: WHO Regional Publications, European Series, 92
18. Potvin, L., Haddad, S. i Frohlich, K. L. (2001.): Beyond process and outcome evaluation. A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes, U: WHO, *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* (45-60), Danska: WHO Regional Publications, European Series, 92
19. Pawson, R. i Tilley, N. (2004.): *Realistic evaluation*, London, England: Sage
20. Richard, D. C. S. i Huprich, S. K. (2008.): *Clinical psychology: assessment, treatment, and research*, SAD: Elsevier Academic Press
21. Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. i Springett, J. (2001.): A framework for health promotion evaluation, U: WHO, *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* (7-38), Danska: WHO Regional Publications, European Series, 92
22. Slade, M. i Priebe, S. (2006.): Who is research for?, U: M. Slade i S. Priebe: *Choosing methods in mental health research:mental health research from theory to practice*, SAD, Kanada: Taylor & Francis Group
23. Stoto, M. A. i Cosler, L. E. (2008.): *Evaluation of public health interventions*, dostupno na: http://www.jblearning.com/samples/0763738425/38425_CH18_495_544.pdf
24. Streiner, D. L. i Cairney, J. (2009.): Epidemiology, U: J. C. Thomas i M. Hersen: *Handbook of Clinical Psychology Competencies* (457-487), SAD: Springer Science+Business Media
25. Tyrer, P. (2004.): Psychiatry in the future: The future of mental health services research, *Psychiatric Bulletin*, 28, 353-354
26. Wilson, B. A. (2006.): Single-case experimental designs, U: N. Slade i S. Priebe, *Choosing methods in mental health research:mental health research from theory to practice* (9-23), SAD, Kanada: Taylor & Francis Group

3.9. Kako pomoći pomagačima da sačuvaju svoje mentalno zdravlje

Marina Ajduković

3.9.1. Psihologija o psiholozima: A tko mene pita kako mi je ... ?

Dobro je poznato da su stručnjaci koji rade kao pomagači izloženi višestrukim izvorima profesionalnog stresa. Također je dobro poznato da ukoliko se sustavno ne radi na prevenciji i olakšavanju profesionalnog stresa, posljedice kao što je npr. sagorijevanje ili/i posredna traumatizacija mogu bitno narušiti mentalno zdravlje pomagača, a tako i kvalitetu neposrednog rada s klijentima (Ajduković i Ajduković, 1996.). Izazov je kako da se mi psiholozi samoangažiramo i sustručnjački angažiramo da znanja koja imamo o profesionalnom stresu i posrednoj traumatizaciji primijenimo u prevenciji ili/i smanjivanju nepovoljnih učinak u svom radu. Izazov je da ne očekujemo da nas netko drugi pita: „A kako je vama...?“, već da djelujemo u svom profesionalnom okruženju tako da poslodavcima bude jasno da im se isplati investirati u sve ono što osnažuje psihologe kao stručnjake u složenom i zahtjevnom području rada kao što je to mentalno zdravlje.

S obzirom da se o izvorima i učincima profesionalnog stresa i sagorijevanja u nas već dosta pisalo (npr. Ajduković i Ajduković, 1996.; Hudek-Knežević i Kardum, 2006.) osvrnut ću se samo na neke specifične izvore profesionalnog stresa koji su po meni značajni u radu psihologa u području mentalnog zdravlja.

1. Obilježja klijenata

Neka specifična obilježja klijenta koji imaju probleme ili poremećaje mentalnog zdravlja mogu predstavljati dodatni stresor u radu psihologa. Tako je, primjerice, rad s traumatiziranim klijentima vrlo naporan i složen s obzirom da tipične posljedice dugotrajne traumatizacije mogu dovesti kod žrtvi do poteškoća u regulaciji osjećaja i do teških emocionalna stanja kao što je tjeskoba, očajanje, agresija prema sebi i drugima, depresija i razmišljanje o samoubojstvu. Posljedice mogu biti i narušeni osjećaj osobnog identiteta, slike o sebi i drugima. Stoga traumatizirane osobe druge ljude, pa tako i stručnjake, prihvaćaju često s nepovjerenjem. To otežava uspostavljanje profesionalnog kontakta i može stvoriti osjećaj bespomoćnosti i nedjelotvornosti kod stručnjaka (Groen, 2005.; Ajduković, 2010.).

Stručnjaci koji rade s traumatiziranim osobama mogu pokazivati i znakove posredne

ili vikarijske traume odnosno mogu imati slične reakcije kao i traumatizirane osobe s kojima rade. Pri tome se kod stručnjaka najčešće javljaju depresivnost, razdražljivost, osjećaj bespomoćnosti, kronični umor, probavne smetnje, veća podložnost nezgodama i infekcijama i slično. Posljedice posredne traume su i nesposobnost uživanja u poslu, neprijateljstvo ili nepovjerenje prema kolegama koji vole svoj posao, osjećaj otuđenosti od kolega koji ne rade isti posao, pretjerana osjetljivost u razgovoru o slučaju, izbjegavanje supervizora ili/i kolega s kojima bi mogli pričati o slučaju, nemir i poteškoće s koncentracijom, gubitak profesionalnog samopouzdanja i slično (Ajduković, 2010.).

I druge skupine klijenata kao što su npr. depresivni klijenti, ovisnici, počinitelji nasilja, višestruko deprivirane obitelji i pojedinci, mogu biti „teški“ za stručnjake zbog toga što se u radu s njima suočavaju s nizom prepreka da olakšaju postizanje poželjnih promjena u njihovim životima. Te prepreke mogu biti vezane uz smanjene psihološke i zdravstvene kapacitete samih klijenata, njihovo nepovjerenje da je promjena moguća, iscrpljenosti obitelji kao izvora podrške, malih resursa u zajednici.

2. Raskorak između očekivanja različitih dionika i profesionalnih standarda

Klijenti koji imaju poteškoća mentalnog zdravlja, članovi njihovih obitelji ili za klijenta druge značajne osobe, stručnjaci drugih profila, pretpostavljeni, zakonodavci, javnost mogu imati očekivanja od psihologa koja nisu realna ili koja su međusobno suprotstavljena. Mogu čak imati očekivanja koja se kose s etikom rada psihologa u području mentalnog zdravlja. Tako npr. mogu očekivati da im se daju preporuke ili mišljenja koje bi im olakšale ostvarivanje nekih prava iako za to ne postoji valjani profesionalni temelje. U području obiteljskog nasilja stručnjaci mogu biti suočeni s različitim nerealnim očekivanjima. S jedne su strane izloženi očekivanju žrtve, zakonodavca i javnosti osiguraju brzu promjenu počinitelja nasilja, a s druge strane, počinitelji nasilja često dolaze na tretman sa stavom da se ne trebaju promijeniti oni, već okruženje ili žrtva. Mnogi od njih smatraju da je to što su se uključili u tretman samo po sebi dovoljno te da više ništa posebno ne trebaju raditi i opiru se promjenama. Polazeći od spoznaje da je promjena složen i težak proces u kojem je povratak na stare oblike ponašanja češće pravilo nego izuzetak ovakva očekivanja javnosti i nekih drugih sustava (npr. pravosuđa) mogu biti dodatni pritisak na psihologe. Ovakvi pritisci mogu predstavljati dodatni stresor psiholozima, pogotovo ako su u svojoj profesionalnoj sredini osamljeni.

Uz to, sve češće smo kao struka suočeni s opravdanim zahtjevima za boljom kvalitetom i većom djelatnošću usluga. No ta očekivanja u pravilu nisu popraćena odgovarajućim promjenama neposrednog radnog okruženja. Okolnosti kao npr.: brojnost slučajeva, nedovoljan broj stručnjaka, nedovoljno jasna uloga psihologa u nekim sustavima (npr. psiholozi koji rade u zdravstvu nemaju status zdravstvenih djelatnika), umanjivanje značaja nekih poslova koje obavljaju psiholozi, nedovoljna pripremljenost za neke zadatke, nedostatak supervizije, izostanak uvođenja novih oblika intervencija i izbjegavanje sustavne evaluacije postojećih intervencija i slično, često je dio svakodnevnice psihologa koji rade u području mentalnog zdravlja.

3. Medijski pristup temama u području mentalnog zdravlja na senzacionalistički način U prezentaciji skupina korisnika koji imaju problem mentalnog zdravlja mediji često pristupaju senzacionalistički, naglašavajući neučinkovitost rada stručnjaka. Iskustva dobre prakse i sadržaji koji bi imali psiho-edukativni učinaka teško nalaze mjesto u medijima. To stvara dodatno nepovjerenje klijenata i javnosti u stručnjake i sustave u području mentalnog zdravlja i dovodi do odgađanja traženja pomoći. I sami psiholozi nerado sudjeluju u medijima vezano uz ove teme jer su oni sami ili njihove kolegice/kolege imali neugodne iskustva s fragmentiranim ili iskrivljenim prikazivanjem njihovih mišljenja što predstavlja dodatni stresor u radu stručnjaka u ovom osjetljivom i teškom području rada.

4. Povezanost mentalnog zdravlja s čimbenicima koji su izvan mogućnosti utjecaja psihologa i slabo razvijena mreža usluga u lokalnoj zajednici

U većem broju istraživanja potvrđena je povezanost mentalnog zdravlja s nepovoljnim socijalnim okolnostima. Tako je npr. empirijski potvrđena povezanost psihičkog (ali i tjelesnog) zdravlja i prisilne nezaposlenosti i financijske deprivacije (npr. Galić, Maslić Seršić i Šverko, 2006.) te pozitivni značaj rada za mentalno zdravlje (Galešić, Maslić Seršić i Šverko, 2002.). No mogućnosti djelovanja pojedinog psihologa u otklanjanju socijalnih nepovoljnih okolnosti su male i svode se na smanjivanje negativnih učinaka mentalno zdravstvenih poteškoća i poremećaja. Također, često se u lokalnoj zajednici ne razvijaju i ne uvode novi odgovarajući mentalno zdravstveni preventivni i tretmanski programi koji bi omogućili klijentima adekvatnu uslugu. Sve to može pridonositi osjećaju profesionalne bespomoćnosti.

5. Nedovoljna profesionalna kompetentnost

Koliko god bio kvalitetan studij samo daje temelje na koje se treba graditi generičke i specifične kompetencije stručnjaka. Samo se kompetentan stručnjak može dobro nositi sa zahtjevnim klijentima, različitim pritiscima, slabim tretmanskim mogućnostima zajednice i sličnim nepovoljnim okolnostima. Stoga je obveza i pravo psihologa na cjeloživotno profesionalno usavršavanje nužna. Pri tome strukovna komora treba osigurati mehanizme osiguranja kvalitete ishoda izobrazbe. Željela bih upozoriti na jednu okolnost. I najbolje edukacije ukoliko radno okruženje ne osigurava dobar kontekst za njegovu primjenu, neće same po sebi pridonijeti osjećaju profesionalne kompetencije. Što više često sam bila u situacijama u kojima nakon neke sjajne edukacije stručnjaci počinju pokazivati znakove PTSP (post-trening-stresni-poremećaj) jer se suoče s raskorakom između saznanja o nečem što bi zaista moglo bitno korisno za klijente i malih ili nikakvih mogućnosti da to uvedu u svakodnevnu praksu.

Zbog svih prethodno navedenih razloga nužno je da briga za svoje mentalno zdravlje psihologa bude sustavna i osviještena te da bude i dio strategije organizacija koje djeluju u području prevencije i skrbi za mentalno zdravlje građana. Za preoblikovanje ovih i sličnih stresora u izazove značajnu ulogu imaju i strukovne udruge (1) zagovarajući i uspostavljajući standarde kvalitete usluga (uključujući zahtjeve za uvođenjem novih oblika intervencije i njihovu evaluaciju) te uvjeta profesionalnog djelovanja i (2) sustavno

promičući pozitivnu vidljivost psihologa koji se bavi mentalnim zdravljem u javnosti i osiguravajući načine sustavnog, nestigmatizirajućeg informiranja javnosti o mentalnom zdravlju.

Ukoliko to ne postoji, svjedoci smo da stručnjacima ne preostaje ništa drugo nego koristiti različite mehanizme “preživljavanja” na poslu. No ti mehanizmi u pravilu nisu djelotvorni niti za korisnike, ali niti za profesionalni identitet i razvoj stručnjaka. Najčešće se javljaju sljedeće “strategije preživljavanja” (Groen, 2005.; Ajduković, 2010.):

1. *Spašavanje nasuprot osnaživanju.* Zbog slabog ulaganja u ciljanu prevenciju, psiholozi često budu uključeni u rad s klijentima tek kad očituju ozbiljne poteškoće mentalnog zdravlja. U takvim situacijama, pod pritiskom hitnosti i često velikih očekivanjima okruženja s jedne strane, a malih tretmanskih resursa zajednice s druge strane, stručnjak može potpuno preuzeti odgovornost za „slučaj“, pretjerano zaštićivati i “čuvati” klijenta te pružati pomoć i u stvarima koje klijent može uraditi sam. Takav pristup ne pomaže osnaživanju klijenta. Uz to, pokazalo se da je takav pristup pouzdan put u sagorijevanje (Groen, 2005.).
2. *Povlačenje nasuprot preuzimanja realne profesionalne odgovornosti.* Da bi emocionalno „preživio“ stresnost rada na nekim „slučajevima“, stručnjak upućuje klijenta drugom stručnjaku ili u drugi sustav i onda kada to ne bi trebalo. Tako, primjerice, psiholog u timu za brak i obitelj može podržavati slanje roditelja na vještačenje u situaciji manipulacije djecom tijekom ili nakon razvoda, iako bi i u tom konkretnom slučaju i sam mogao napraviti odgovarajuću profesionalnu procjenu. Takav pristup dovodi do toga da se nepotrebno produljuje rad na određenim slučajevima, što u prethodnom primjeru nije u najboljem interesu djece. S druge strane pridonosi smanjivanju osjećaja profesionalne kompetencije psihologa jer „netko drugi će to napraviti bolje“ ili „ovako ću biti manje izložen na sudu ako se klijenti nastave sporiti“.
3. *Pretjerano suosjećanje umjesto djelotvornosti.* Stručnjak je pretjerano suosjećajan i poistovjećen s klijentom tako da počinje imati osjećaj da je sam žrtva. Izrazito je angažiran, ali su aktivnosti često neprikladne i konfuzne. Ovakve se reakcije često očituju u situacijama rada sa žrtvama nasilja. Kao što je poznato, suosjećanje je značajno u uspostavi i održavanju djelotvornog suradnog odnosa klijenta i psihologa, no ono ne može zamijeniti neke intervencije koje idu u smjeru podrške promjeni klijenta i njegove životne situacije⁵.
4. *Umanjivanje i potiskivanje.* Da bi izbjegao dodatno radno opterećenje ili da bi se zaštitio od emocionalne iscrpljenosti, stručnjak “ne vidi” odnosno poriče ili umanjuje problem („Ima i puno težih slučajeva“), premješta problem („Sve je to zbog siromaštva / alkohola“), povlači se i udaljava („Čula sam za to od drugih, ali sam mislila da nije tako strašno“), posredno okrivljuje klijenta („Mogla bi se i ona malo potruditi“). Ovakav pristup predstavlja poteškoću kad se tako psiholog izbjegava suočiti s činjenicama u vezi klijenta s kojima ne zna što bi radio ili kad bi to radio ili je nedovoljno educiran.

5 Više o teoriji promjene i tzv. motivirajućem razgovoru se može naći u poglavlju „Dijaloški i profesionalni razgovor“ u knjizi autorica Žižak, Vizek Vidović i Ajduković (2012.).

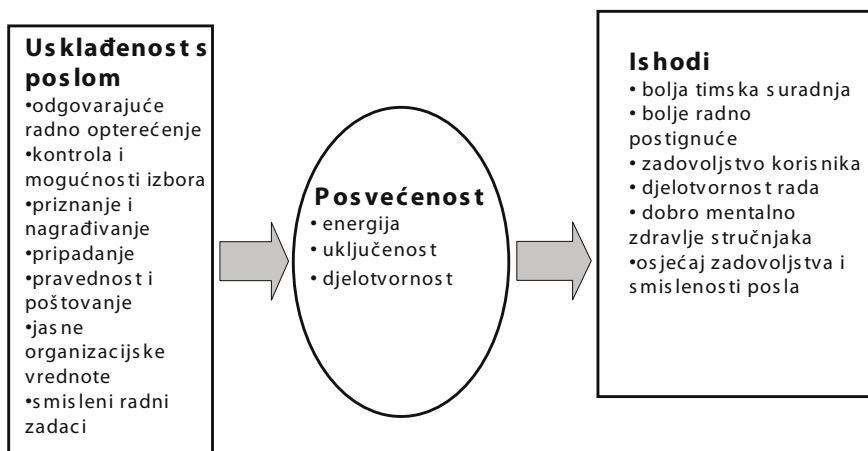
Navedene reakcije psihologa mogu biti i posljedice sagorijevanja, ali i nešto što pridonosi daljnjem sagorijevanju. Prisjetimo se Christina Maslach (1993.) koja opisuje sagorijevanje kroz tri dimenzije: 1.) emocionalnu iscrpljenost, 2.) depersonalizaciju opisanu kao negativni stav prema korisnicima, osobnu isključenost ili gubitak ideala i 3.) smanjenje postignuća i posvećenosti poslu. Sve to možemo prepoznati u prethodno opisanim reakcijama stručnjaka koje sam imenovala kao „preživljavanje“. Valja imati na umu da se radi o procesu koji se ne događa „preko noći“ već se početno veliko i entuzijastično razumijevanje za klijente postupno mijenja u cinizam i ravnodušnost. Zvuči na prvi pogled paradoksalno, no sagorijevanje je u najvećoj mjeri posljedica nekih pozitivnih obilježja stručnjaka kao što su altruizam, idealizam i posvećenost profesiji, ali i nekih obilježjačnosti kao što je teškoća uspostavljanja granica (znati i htjeti reći „ne“), nesposobnost delegiranja dijela posla drugima, prevelikih očekivanja od poduzetih intervencija. S druge strane, sagorijevanje je također posljedica nekih situacija koja ovise o organizaciji rada i osobinama korisnika. Tako sagorijevanju pridonosi loša organizacija posla, nedostatna priprema za konkretan posao, preveliko radno opterećenje, loši radni uvjeti i nedostatak potrebne opreme, izostajanje podrške, profesionalna izolacija i drugo.

Polazeći od navedenog, nedvojbeno je da je nužno razvijati preventivne strategije (samo) pomoći, kako na osobnoj tako i na organizacijskoj razini. Na osobnoj je razini važno da si osiguramo vrijeme za relaksaciju, vježbanje i rekreaciju, brinemo se o svojim fiziološkim potrebama (dobra i zdrava ishrana, dovoljno sna), provedemo odgovarajuće vrijeme s dragim osobama, njegujemo hobije, ali prije svega pratimo svoje stavove i vrijednosti vezane uz rad. No, važno je imati na umu da je nužno, ali ne i dovoljno da sami ulažemo u prevenciju sagorijevanja na poslu. I organizacije u kojima radimo trebaju za to osigurati *vrijeme i resurse*. To je potrebno zbog održavanje kvalitete rada s klijentima. Naime, istraživanja su pokazala da ako se na organizacijskoj razini pokaže odgovarajuća osjetljivost za potrebe stručnjaka i oni će moći pokazati veću osjetljivost za potrebe korisnika (Bell, Kulkarni i Dalton, 2003.).

Organizacije čiji djelatnici rade u području mentalnog zdravlja trebale bi osigurati njihovo sustavno obrazovanje i stvaranje mogućnosti za kontinuirano učenje te primjenu novih spoznaja u praksi, ravnomjerno raspoređivanje „teških“ slučajeva, razvijanje timova i zajedničkog rada, osiguravanje psiholoških kriznih intervencija kad to situacija zahtjeva, superviziju kao dio radnog vremena, otvorenost prema drugim sustavima i realan uvid u njihove poteškoće i resurse. Takav je pristup na organizacijskoj razini dobar temelj za prevenciju mogućih problema mentalnog zdravlja stručnjaka, veće zadovoljstvo zaposlenika te tako i bolju kvalitete rada s klijentima.

Maslach (2011.) navodi da djelotvoran pristup prevenciji sagorijevanja uključuju tri aspekta: razvijanje posvećenosti poslu (*building engagement*), redovite organizacijske procjene i rano prepoznavanje znakova sagorijevanja. Posebnu pozornost posvećujem konceptu posvećenosti poslu kojeg smatram iznimno značajnim, a u nas se rijetko spominje. Kao što pokazuje slika 1. pretpostavka za razvoj posvećenosti poslu je uspostava ravnoteže između stručnjaka i radnog okruženja kroz razumno radno opterećenje i

smislene radne zadatke za koje je stručnjak kompetentan, mogućnosti izbora u obnašanju posla i kontrolu radnog procesa, priznanje i nagrađivanje postignuća, podražavajuća radna klima i zajedništvo, pravednost i poštovanje djelatnika, jasne organizacijske vrednote. Posvećenost poslu predstavlja pozitivnu suprotnost sagorijevanju i očituje se u energiji nasuprot iscrpljenosti, uključenost nasuprot cinizmu te djelotvornost nasuprot nedjelotvornosti te je medijator niza dobrih ishoda kako za stručnjaka, tako i za klijente i radno okruženje.



Slika 1. Medijacijska uloga posvećenosti poslu (prilagođeno prema Maslach, 2011.)

Uz sustavno usklađivanje zahtjeva posla s mogućnostima i kompetencijama stručnjaka na organizacijskoj razini, za postizanje posvećenosti poslu iznimno je važna *razvojno integrativna supervizija* (Ajduković i Cajvert, 2004.). Takva supervizija primarno služi razvoju pojedinaca i organizacija. Ona unaprjeđuje ponašanje ljudi u njihovim profesionalnim ulogama u određenom institucionalnom kontekstu uzimajući interaktivno u obzir osobni, organizacijski, društveni i politički aspekt. Proces je u kojemu se susreću osobne dispozicije, emocionalne reakcije prema klijentima i kompetentnost, s jedne strane, sa zahtjevima profesionalnog djelovanja s druge strane. Pri tome treba imati na umu da je supervizija samo jedan od načina profesionalnog i organizacijskog razvoja te da je uz već spomenutu kontinuiranu edukaciju potrebno promicanje sustavnog timskog i organizacijskog razvoja.

Juul i Jensenova (2010.) vrlo ilustrativno navode kad nam je nužna supervizija ili neki drugi oblik profesionalne podrške. To je kad osjetimo nizak prag tolerancije na frustraciju, loše nošenje sa sukobima, nisku razinu radne energije, čestu tjelesnu napetost i nervozu na poslu, osjećaj “da se moram pribitati” kako bi otišao/la na posao, okrivljavanje sebe i stalna sumnja u osobnu vrijednost i kompetencije, sklonost prema okrivljavanju drugih suradnika ili/i suradnih institucija.

Osobno se slažem s konceptom Christine Maslach da je posvećenost smislenom poslu jedan od ključnih aspekata prevencije sagorijevanja na poslu. No malo znamo o tome kako naši psiholozi u tome uspijevaju, koje strategije koriste da bi zadržali posvećenost čak i u nepovoljnim okolnostima. Stoga bi dobar nastavak ove knjige bilo kvalitativno istraživanje o tome kako psiholozi pronalaze smisao u svome poslu, kako održavaju posvećenost poslu, što im (na osobnoj, organizacijskoj razini) pomaže da se nose s profesionalnim stresom, kako vide u tome ulogu profesionalnih udruga. Značajna pitanja u takvom kvalitativnom istraživanju bi bila kako zastupaju svoje profesionalne i mentalno zdravstvene potrebe u različitim sustavu – zdravstvu, socijalnoj skrbi, pravosuđu, čemu pripisuju primjere dobre, a čemu loše praske u prepoznavanje i brizi za njihovih profesionalne potrebe. Tako bi dobili autentičan odgovor na početno pitanje: „A tko mene pita kako mi je...?“, koje bi dali sami psiholozi psiholozima.

Literatura:

1. Ajduković, M. (2010.): Zbog čega je obiteljsko nasilje osjetljivo područje rada?, U: Ajduković, D. (ur.): Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju nasilja u obitelji, Društvo za psihološku pomoć i UNDP, Zagreb
2. Ajduković, M., Ajduković, D. (1996.): Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
3. Ajduković, M., Cajvert, Lj. (ur.) (2004.): Supervizija u psihosocijalnom radu, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
4. Bell, H., Kulkarni, S., Dalton, L. (2003.): Organizational prevention of vicarious trauma, Families in Society, The Journal of Contemporary Human Services, 463 – 470
5. Juul, J., Jensen (2010.): Od poslušnosti do odgovornosti, Pelago, Zagreb
6. Galešić, M., Maslić Seršić, D., Šverko, B. (2002.): Psihološki aspekti nezaposlenosti, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb
7. Galić, Z., Maslić Seršić, D., Šverko, B. (2006.): Financijski prihodi i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj, Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja?, Revija za socijalnu politiku, 13 (3), 257-269
8. Groen, M. (2005.): The war within the care worker, U: Mulders, M. (ed.): Speaking of war, Utrecht, Admira Foundation, 75 – 86
9. Hudek-Knežević, J., Kardum, I. (2006.): Stres i tjelesno zdravlje, Naklada Slap, Jastrebarsko
10. Leiter, P., Maslach, C. (2011.): Spriječite sagorijevanje na poslu, Mate d.o.o., Zagreb
11. Maslach, C. (1993.): Burnout: A multidimensional perspective, U: Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. (eds.): Professional burnout, Recent developments in theory and practice, DC: Taylor & Francis, Washington
12. Maslach, C. (2011.): Burnout and engagement in the workplace: New Perspectives, Plenarno predavanje, 20. dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb
13. Žižak, A., Vizek Vidović, V., Ajduković, M. (2012.): Interpersonalna komunikacija u profesionalnom kontekstu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultete, Zagreb

4. BILJEŠKE O AUTORIMA

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Dean Ajduković |
| Zvanje i titule | psiholog, prof.dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 3. rujna 1952. u Osijeku |
| Zaposlen | Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu |
| Kratak profesionalni životopis | Redovni profesor u trajnom zvanju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu (1999.). Diplomirao psihologiju na zagrebačkom Filozofskom fakultetu 1976., magistrirao 1980., a doktorirao 1982. godine. Bio je Fulbright senior scholar (1987./88.) i gost profesor na University of Denver (2007.). Bio je predstojnik Katedre za socijalnu psihologiju, pročelnik Odsjeka za psihologiju, a 15 godina je vodio Poslijediplomske studije psihologije. Mentor je brojnih diplomskih, magistarskih, specijalističkih i doktorskih radova. Nastavnik na više poslijediplomskih studija. Objavio je više od 100 radova, podnio 90 znanstvenih priopćenja i održao desetak pozvanih predavanja na međunarodnim kongresima. Knjige u kojima je urednik i autor prevedene su na makedonski, albanski, ruski i engleski. Recenzent je u desetak vodećih međunarodnih časopisa. Vodio je dvadeset projekata i organizirao šest međunarodnih konferencija u Hrvatskoj. Bio je predsjednik (2003-2005) i član uprave European Society for Traumatic Stress Studies (1997-2007). Član je, utemeljitelj i predsjednik Društva za psihološku pomoć (1993.), predsjednik Hrvatskog društva za traumatski stres (2010.). Dobitnik je nagrade „Ramiro Bujas“ za znanstveni rad (2005.), godišnje državne nagrade za znanost (2006.), nagrade Hrvatskog psihološkog društva „Fiat Psychologia“ za unaprjeđenje primijenjene psihologije (2009.) i nagrade „Wolter de Loos“ za posebni i istaknuti doprinos europskoj psihotraumatologiji (2011.). |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Marina Ajduković |
| Zvanje i titule | psihologinja, prof. dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 29. ožujka 1958. u Osijeku |
| Zaposlena | Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala (1980.) i doktorirala (1986.) psihologiju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Dodatno je educirana u području supervizije, sistemske obiteljske terapije, psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja, obiteljske medijacije te rada u području traume. Na Studijskom centru socijalnog rada je zaposlena od 1985. godine i vodi kolegije iz područja metoda socijalnog rada, socijalnog rada s mladima i obiteljskog nasilja. Voditeljica je doktorskog studija iz socijalnog rada i socijalne politike te specijalističkih studija iz psihosocijalnog pristupa u socijalnom radu i superviziji. Glavni istraživački interesi su joj u području nasilja u partnerskim odnosima, nasilja nad djecom u obitelji, problema u ponašanju djece i mladih, dječjih prava, mentalnog zdravlja stručnjaka. Aktivno je sudjelovala u uvođenju supervizije u sustavu socijalne skrbi, u uvođenju supervizije u <i>Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku stručnog usavršavanja i prijavi stručnog skupa za usavršavanje psihologa</i> , te vodi edukacije za supervizore u skladu s europskim standardima. Aktivna je članica Društva za psihološku pomoć i u okviru njegovih aktivnosti radi kao savjetovateljica, obiteljska medijatorica i voditeljica tretmana otklanjanja nasilničkog ponašanja. Članica je Hrvatskog psihološkog društva, Hrvatske psihološke komore, Hrvatskog društva za superviziju i organizacijski razvoj, Hrvatskog društva za traumatski stres te većeg broja međunarodnih udruga u području prevencije nasilja nad djecom, traume i supervizije. Autorica je ili urednica 15 knjiga od neposrednog značaja za psihologiju te više od 150 znanstvenih radova. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Berta Bacinger Klobučarić |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 1. rujna 1971. u Varaždinu |
| Zaposlena | Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije Djelatnost za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala psihologiju 1996. godine na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Radno iskustvo stjecala dominantno u području socijalne skrbi te dijelom u područjima obrazovanja i pravosuđa. U zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih i u prevenciji ovisnosti djeluje od 1999. godine, početno temeljem ugovora o djelu, a od 2010. godine kao stalna zaposlenica pri Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije. Ima iskustvo rada u ispitivanju javnog mijenja, istraživačkoj djelatnosti, u projektima fondova Europske unije. Završila dva stupnja bihevior kognitivne terapije. Volontirala u nevladinim organizacijama u radu s djecom i mladima. Koautor u nekoliko publikacija. Angažirana kao član niza strukovnih udruga i tijela. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Irena Bačelić |
| Zvanje i titule | prof. pedagogije |
| Datum i mjesto rođenja | 12. lipnja 1968. u Zagrebu |
| Zaposlena | Hrvatski zavod za zapošljavanje |
| Kratak profesionalni životopis | Profesionalno iskustvo stječe radeći na poslovima savjetnika za zapošljavanje u Područnoj službi Hrvatskog zavoda za zapošljavanje te u radu s poslodavcima u provođenju mjera aktivne politike zapošljavanja posebice kada je riječ o skupinama korisnika s otežanim pristupom otvorenom tržištu rada. Značajno radno iskustvo odnosi se na organiziranje i provođenje obrazovnih aktivnosti nezaposlenih osoba; utvrđivanje obrazovnih potreba pojedinca sukladno zahtjevima tržišta rada i usklađivanje istih s mrežom obrazovnih institucija. Dio radnog iskustva odnosi se na cjeloživotno profesionalno usmjeravanje učenika posebno učenika sa zdravstvenim teškoćama, teškoćama u razvoju, emocionalnim i socijalnim teškoćama. S ciljem povećanja zapošljivosti i razvoja kompetencija potrebnih za aktivno traženje posla nezaposlenih osoba sudjelovala u provođenju skupnih oblika rada s nezaposlenim osobama posebno kad je riječ o osjetljivim skupinama korisnika. Također je sudjelovala na mnogim nacionalnim i međunarodnim projektima usmjerenim unaprjeđenju sustava obrazovanja, zapošljavanja i socijalne uključenosti, uključujući suradnju javnog, privatnog i civilnog sektora. Članica je radne skupine u Europskoj mreži politika cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja, kao predstavnica RH. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Nataša Basanić Čuš |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 26. veljače 1968. u Puli |
| Zaposlena | Fond „Zdravi grad“ Poreč |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Diplomirala psihologiju na Pedagoškom fakultetu u Rijeci 1991. godine. Nakon povratka s fakulteta započela rad u struci u tada porečkoj Ugostiteljskoj i trgovačkoj školi u ulozi nastavnika psihologije u okviru predmeta - psihologija poslovnog komuniciranja te stručnog suradnika psihologa u istoj školi.</p> <p>Od 1998. godine stalno zaposlena na radnom mjestu kordinatorice Fonda „Zdravi grad“ Poreč i voditeljice gradskog psihološkog Savjetovališta za djecu, mlade, brak i obitelj.</p> <p>Završila edukaciju iz Teorije izbora i Realitetne terapije s europskom diplomom -EART psihoterapeut (EUROPEAN ASSOCIATION FOR REALITY THERAPY) i članica EAP (europskog udruženje psihoterapeuta). Pohađala i brojne druge edukacije: Sistemska obiteljska terapija, Kognitivno i Bihevioralna terapija, Krizne intervencija, osnove Gestalt psihoterapije, Tugovanja i gubitci, edukacije iz oblasti evaluacije i pisanja programa/projekata. Članica gradskih stručnih timova, članica predsjedništva Hrvatske mreže zdravih gradova.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Gordan Bošković |
| Zvanje i titule | mr. psihologijske struke |
| Datum i mjesto rođenja | 17. kolovoza 1963. u Zadru |
| Zaposlen | Psihijatrijska bolnica Rab |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Gordan Bošković, diplomirao je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Zadru – diplomirani psiholog /profesor psihologije, od 2007. magistar psihologijske struke.</p> <p>Pri Filozofskom fakultetu u Rijeci 1996. završio edukaciju iz CBT terapije, 2002. godine završio međunarodnu edukaciju „Leadership and Management of Health Services,“ pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu - Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar. Godine 2008. završio edukaciju za provođenje psihosocijalnog tretmana nasilja u obitelji, od 2008. u edukaciji iz Grupne analize pri Institutu za psihološku medicinu u Zagrebu, od 2010. godine doktorand sveučilišnog poslijediplomskog studija „Biomedicina“ pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci.</p> <p>Autor je i koautor brojnih stručnih i znanstvenih radova, kongresnih priopćenja, dijelova priručnika, izvođač praktične nastave izbornih kolegija pri Filozofskom fakultetu, Pravnom fakultetu i Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, jedan od urednika časopisa „Suvremena Psihologija“, stalni sudski vještak psihologijske struke, uže područje profesionalnog interesa – psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja. Član Hrvatske psihološke Komore i član Hrvatskog psihološkog društva.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Viktor Božičević |
| Zvanje i titule | prof. psihologije, mr. sc. medicinskih znanosti |
| Datum i mjesto rođenja | 23. lipnja 1949. u Otočcu |
| Zaposlen | Odjel za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i zaštitu mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo Ličko-senjske županije, Gospić, Senjskih žrtava 2 |
| Kratak profesionalni životopis | Studij psihologije i sociologije završio pri Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Poslijediplomski studij iz dječje i adolescentne psihijatrije završio je pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu, gdje je i magistrirao. Najviše zbog osobne radoznalosti, a nešto i zbog potrebe da se radi i živi, promijenio je više radnih mjesta, sredina i država (propagandist u OZEHA, klinički psiholog u KBC Zagreb-Rebro i Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači, asistent pri Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru, counsellor u radu s odraslim autističnim osobama pri Christian Horizons u Torontu, Kanada, psiholog pri medicini rada u DZ Peščenica u Zagrebu, postrojbjeni psiholog u UHKOV u Zagrebu, psiholog u CZSS u Gospiću). Uz rad pohađao i završio više edukacija u području psihološke dijagnostike, terapijskih postupaka i postupaka savjetovanja. Studijski boravak u Max-Planck Institutu for Human Development u Berlinu. Više puta aktivno sudjelovao na stručnim i znanstvenim skupovima. Član HPD od 1973., a HPK od osnivanja. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Siniša Brlas |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 4. listopada 1969. u Virovitici |
| Zaposlen | Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Djelatnost za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti sa zaštitom mentalnog zdravlja |
| Kratak profesionalni životopis | Završio je studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu 1995. godine. U odgojno-obrazovnom sustavu napredovao je u zvanje stručnog suradnika mentora. Bio je voditelj stručnih vijeća psihologa u osnovnim i srednjim školama. Radio je kao stručni suradnik psiholog i nastavnik u osnovnim i srednjim školama, u sustavu socijalne skrbi (referada za brak i obitelj, provedba mjera nadzora nad izvršenjem roditeljske skrbi i pojačane brige i nadzora) i u policiji (kao službenik za skrb o stradalnicima Domovinskog rata). Ima iskustva i u sustavu obrazovanja odraslih. Volontirao je kao psiholog u Domu za psihički bolesne odrasle osobe Borova. Također ima iskustvo rada u ispitivanju javnog mnijenja te u izdavačkoj djelatnosti. Bio je član Upravnog odbora i dopredsjednik Društva psihologa Virovitičko-podravske županije. Kratko je bio član Matice Hrvatske. Član je Stručne radne skupine Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske za izradu Nacionalne strategije i Nacionalnog akcijskog plana. U stručnom je timu Agencije za odgoj i obrazovanje za provedbu edukacije voditelja školskih programa prevencije ovisnosti. Član je Povjerenstva za suzbijanje bolesti ovisnosti Virovitičko-podravske županije. Završio je više edukacija. Do sada je napisao više knjiga iz područja prevencije i suzbijanja ovisnosti, jedan rječnik ovisnosti i jedan srednjoškolski udžbenik, te je jedan od urednika i autor poglavlja u dvije knjige o mentalnom zdravlju. Tri autorske knjige otkupljene su sredstvima Državnog proračuna za sve škole u zemlji. Bavi se istraživačkim radom vezanim uz pitanja djece i mladih, autor je ili koautor petnaestak stručnih i popularnoznanstvenih članaka u različitim publikacijama, koautor je petnaestak publikacija te je svojim radovima ili u koautorstvu aktivno sudjelovao na nizu domaćih i inozemnih stručnih i znanstvenih skupova. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Gordana Buljan Flander |
| Zvanje i titule | psiholog, prof. dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 20. kolovoza 1957. u Dubrovniku |
| Zaposlena | Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba |
| Kratak profesionalni životopis | Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander, ravnateljica je Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba. Trideset godina svoje karijere bavi se radom s djecom. Kao dječji psiholog u Klinici za dječje bolesti Zagreb često se susretala sa zlostavljanom i zanemaranom djecom koja nisu imala potrebnu zaštitu odraslih. Stoga je bila među prvima koji su početkom '90.-ih godina u Hrvatskoj prepoznali ovaj problema, te mu posvetila svoj daljnji rad. U skladu s tim osnovala je savjetodavnu liniju za zlostavljanu i zanemarenu djecu "Hrabri telefon" te inicirala osnivanje Poliklinike, koja sada radi punih devet godina. Dobitnica je brojnih priznanja za svoj rad, među kojima se ističe Nagrada multidisciplinarnom timu Poliklinike koju joj je dodijelilo Međunarodno udruženje za prevenciju zlostavljanja i zanemarivanja djece (ISPCAN) 2008. godine. Uz stručni rad aktivno se bavi i znanstvenim radom, te je objavila i na međunarodnim skupovima prezentirala svoje brojne znanstvene i stručne radove. Objavljuje i knjige, priručnike i brošure iz područja dječje psihologije, namijenjene roditeljima, djeci i stručnjacima. Posebno je posvećena prenošenju svojih znanja i iskustava budućim stručnjacima, kao profesorica na Filozofskom fakultetu u Osijeku i Hrvatskim studijima u Zagrebu, a svojim javnim predavanjima kontinuirano radi na osvješćavanju problematike zlostavljanja djece kako među stručnjacima, tako i u široj populaciji. Također djeluje kao stalni sudski vještak za zlostavljanu i zanemarenu djecu. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Josip Burušić |
| Zvanje i titule | psiholog, prof. dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 20. svibnja 1969. u Gradačcu |
| Zaposlen | Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb, Maruličev trg 19 |
| Kratak profesionalni životopis | Prof. dr. sc. Josip Burušić, viši znanstveni suradnik na Institutu društvenih znanosti Ivo Pilar gdje je voditelj Centra za istraživanje znanja, obrazovanja i ljudskog kapitala. Diplomirao je 1995. godine na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu jednopredmetni studij psihologije. Disertacijom "Individualne razlike i stilovi samopredstavljanja" doktorirao je na Sveučilištu u Zagrebu 2003. godine. Područje interesa njegovih znanstvenih istraživanja obuhvaća psihologiju ličnosti i psihologiju međuljudskih odnosa, obrazovna istraživanja i istraživačku metodologiju. Nastavnik je na Odjelu za psihologiju Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu od samog osnivanja te nositelj kolegija iz ličnosti i istraživačke metodologije. Nastavnik je i na Zagrebačkoj školi ekonomije i managementa gdje predaje predmete Organizacijsko ponašanje i Mjerenje učinka, nagrađivanje i timovi. Do sada je bio voditelj većeg broja istraživačkih projekata u području obrazovanja te je objavio 30 radova. Član je nekoliko znanstvenih i stručnih udruga. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Anita Đuretić Bartolović |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 26. srpnja 1967. u Zagrebu |
| Zaposlena | Hrvatska kontrola zračne plovidbe |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, Odsjeku za psihologiju, 1992. godine stječe diplomu profesorice psihologije. Nakon završetka studija kratko radi u osnovnim školama kao stručni suradnik i jedno vrijeme kao srednjoškolski profesor psihologije. Od 1995. do 2003. godine profesionalno je uključena i radi u području medicine rada kao zdravstveni suradnik, psiholog u timu medicine rada (Zavod za prometnu medicinu i psihologiju prometa te Hrvatski zavod za medicinu rada, Zagreb). Godine 2003. profesionalna joj se karijera nastavlja u području organizacijske psihologije (Croatia Airlines, Specijalist upravljanja ljudskim potencijalima u Sektoru upravljanja ljudskim potencijalima), te od 2011. do danas radi u Hrvatskoj kontroli zračne plovidbe kao psiholog.</p> <p>Godine 2008. započela je edukaciju iz teorije izbora i realitetne terapije u Hrvatskoj udruzi za realitetnu terapiju u Zagrebu i planira je završiti do 2013. godine. Volontirala je u telefonskom savjetovalištu Plavog telefona, a trenutno je uključena kao volonter u rad Obiteljskog savjetovališta Caritas u području savjetovanja.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Hrvoje Gligora |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 18. rujna 1971. u Rijeci |
| Zaposlen | Brodograđevna industrija 3. maj dioničko društvo Rijeka |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Diplomirao psihologiju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Od 2001. godine zaposlen na radnom mjestu voditelja Ureda za odnose s javnošću pri direkciji Sektora Kadrovski i opći poslovi Brodograđevne industrije 3. maj, Rijeka.</p> <p>Od 2009. godine predsjednik Hrvatske psihološke komore.</p> <p>U razdoblju od 2004. do 2009. godine bio je predsjednik Hrvatskog psihološkog društva, od 2007. do 2011. član Izvršnog odbora Europske federacije psiholoških društava (EFPA). Jedan od utemeljitelja i dugogodišnji glavni urednik Hrvatskog psihološkog magazina Psiholog.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Marina Gulin |
| Zvanje i titule | psihologinja, mr. spec. kliničke psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 8. prosinca 1964. u Šibeniku |
| Zaposlena | Zavod za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Studij psihologije završila je na Filozofskom fakultetu u Ljubljani, a poslijediplomski studij, specijalizaciju iz kliničke psihologije, na Filozofskom fakultetu u Zagrebu.</p> <p>Volonterski je stjecala stručno iskustvo u savjetovanju na telefonu za djecu i mlade i dječjoj kliničkoj neuropsihologiji te radila kao nastavnik psihologije u srednjoj školi.</p> <p>Najznačajniji dio karijere radila je u području vojne psihologije (1994.-2005.), u postrojbama HV-a i u institucijama vojnog sustava obavljala je poslove psihološkog dijagnostičkog procjenjivanja, psihološkog savjetovanja i tretmana, kriznih intervencija, procjenjivanja radne sposobnosti, selekcije, edukacije, psiholoških priprema pojedinaca i skupina, praćenja psihosocijalne klime, savjetovanja u rukovođenju, izrade i provođenja programa psihološke prevencije izvanrednih događaja i zlorabe sredstava ovisnosti, te na poslovima pripreme, organiziranja, potpore i praćenja provedbe vojnopsihologijske djelatnosti.</p> <p>Od 2006. godine zaposlena je u djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, gdje kao klinički psiholog radi s djecom, mladima i njihovim obiteljima.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Ivana Jukić |
| Zvanje i titule | psihologinja, mr. spec. kliničke psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 1. lipnja 1980. u Splitu |
| Zaposlena | Obiteljski centar Splitsko-dalmatinske županije |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Godine 2003. diplomirala psihologiju pri Odjelu za psihologiju Sveučilišta u Zadru. Potom upisuje Poslijediplomski stručni studij iz psihologije, pri Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu te 2011. godine stječe zvanje magistra specijalista kliničke psihologije.</p> <p>Tijekom 2003. godine bila je volonter u Dječjem vrtiću „Radost“ u Splitu, a od 2004. do 2007. godine stručni je djelatnik u Savjetovalištu za djecu, mladež, brak i obitelj, pri Centru za socijalnu skrb Split. U tom je razdoblju bila koordinator i voditelj preventivnog programa za mlade te savjetovatelj za mlade.</p> <p>Od 2007. godine stručni je djelatnik Obiteljskog centra Splitsko-dalmatinske županije na poslovima savjetovanja (djece, roditelja, partera, obitelji), kreiranja i provedbe preventivnih programa i predavanja za djecu, mlade i roditelje.</p> <p>Od 2002. godine redovito sudjeluje na stručnim skupovima i predavanjima. Sudjelovala je na edukaciji iz Bihevioralno-kognitivne terapije te započela s edukacijom iz Gestalt psihoterapije.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Dragan Jusupović |
| Zvanje i titule | psiholog, mr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 20. veljače 1952. u Sarajevu |
| Zaposlen | Društvo za psihološku pomoć, Kneza Mislava 11, Zagreb |
| Kratak profesionalni životopis | Studij psihologije završio na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1977. godine. Na istom fakultetu magistrirao 1984. godine. Završio različite izobrazbe za intervencije u području stresa, traume i oporavka, obiteljsku medijaciju, psihosocijalni tretman počinitelja nasilja u obitelji, te pripremu, vođenje i evaluiranje psihosocijalnih projekata. Radio kao istraživač u području marketinga i predavač psihologije. Suosnivač udruge Društvo za psihološku pomoć i stalno zaposlen u udruzi od 1994. godine kao glavni tajnik te trener/voditelj brojnih seminara i radionica. Od 2006. godine voditelj psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja u obitelji. Objavio sedam stručnih priloga u hrvatskim psihologijskim časopisima te dva priloga u priručnicima Društva za psihološku pomoć. Koautor Priručnika za voditelje psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja u obitelji. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Ljiljana Kaliterna Lipovčan |
| Zvanje i titule | psihologinja, prof. dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 2. travnja 1954. u Varaždinu |
| Zaposlena | Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb, Marulićev trg 19 |
| Kratak profesionalni životopis | Ljiljana Kaliterna Lipovčan, prof. dr. sc., pomoćnica ravnateljica Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb. Doktorirala je 1989. godine iz područja društvenih znanosti, polje psihologija na Sveučilištu u Zagrebu. Znanstveni interesi: subjektivni indikatori kvalitete življenja, psihosocijalne posljedice starenja i psihofiziologija rada. Predaje kolegije "Psihologija rada" i "Psihologija ponašanja u organizaciji" na Odjelu za psihologiju Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu. Vodila je 5 međunarodnih i 10 domaćih znanstvenih projekata, objavila 85 znanstvenih članaka, sudjelovala na 46 međunarodnih i 32 domaće znanstvene konferencije. Član je 4 međunarodne i 2 domaće profesionalne udruge, uredništva međunarodnog časopisa „International Journal of Happiness and Development” te Nacionalnog vijeća za znanost. Nacionalni je predstavnik u COST Odboru „Pojedinač, društvo, kultura i zdravlje” Europske zaklade za znanost (ESF). |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Željko Ključević |
| Zvanje i titule | dr. med. specijalista psihijatar |
| Datum i mjesto rođenja | 18. siječnja 1961. u Slavonskom Brodu |
| Zaposlen | Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirao 1987. godine na Medicinskom fakultetu u Rijeci, 2001. završio specijalizaciju iz psihijatrije, 1995. poslijediplomski studij «Terapija PTSP-a», 1996. poslijediplomski studij iz «Grupne analize», sada doktorand na Medicinskom fakultetu u Splitu. Od 1988. do 1991. radio kao obiteljski liječnik, od 1991. do 2007. u Ministarstvu obrane RH, od 2007. na dalje voditelj službe za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti NZJZ SDŽ, od 2011. vanjski predavač iz zaštite mentalnog zdravlja u Stručno-razvojnog centru za edukaciju kadrova u predškolskom obrazovnom sustavu. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Ratko Kovačić |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 22. rujna 1966. u Zagrebu |
| Zaposlen | Elektrostrojarska škola Varaždin |
| Kratak profesionalni životopis | Ratko Kovačić diplomirao je psihologiju 1993. godine na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Za vrijeme i poslije studija uključio se u Hrvatsku vojsku i ondje radio od 1992. do 2002. godine, najprije kao vojni psiholog u brigadi, kasnije kao voditelj kadrovske službe. Kraće je vrijeme radio u jednom poduzeću, a od 2003. godine radi u srednjoj školi kao školski psiholog. U svom je radu ponajprije usmjeren na organizacijske aspekte realizacije individualnih potencijala, bez obzira na to u kojoj se sredini pojedinac nalazio. Stalno radi na osobnom usavršavanju i poboljšavanju osobnih vještina. Osim psihologijom bavi se i prevodenjem iz područja psihologije i općih tema. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Marina Kuzman |
| Zvanje i titule | prof. dr. sc., dr. med. |
| Datum i mjesto rođenja | 1. kolovoza 1951. u Beogradu |
| Zaposlena | Hrvatski zavod za javno zdravstvo |
| Kratak profesionalni životopis | U Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo voditeljica Službe za školsku medicinu i prevenciju ovisnosti, pomoćnica ravnatelja za kvalitetu i predsjednica Znanstvene jedinice. Magistrirala i obranila doktorsku disertaciju na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, stekla naslov primarijusa. Profesor visoke škole na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Uključena u suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom niz godina, sada suradnik za razvoj politike vezane uz alkohol, bila uključena u projekte promicanja zdravlja kao nacionalna koordinatorica ENHPS, voditeljica međunarodnih istraživanja povezanih sa zdravljem mladih (ESPAD, HBSC). Nacionalna koordinatorica za Drugi program zajednice EU. Predstavnica Hrvatske za PDU indikator u Europskoj agenciji za praćenje droga. Sudjelovala u međunarodnim projektima Svjetske zdravstvene organizacije EUPHIN-EAST, EUROHIS, Komisije EU ECHIM, kao i u projektu izrade metodologije za Smjernice postupanja s djecom prekomjerne tjelesne težine. Predsjednica Europske Unije za školsku i sveučilišnu medicinu i zdravlje. Vodila projekte povezane s rizičnim ponašanjima mladih (RAR) kao i projekt Otvoreni centri za mlade u Hrvatskoj. Urednica prvog i drugog hrvatskog izdanja MKB-10, niz godina urednica Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa. Sudjelovala u organizaciji kongresa u zemlji i inozemstvu te na tečajevima trajne edukacije u zemlji i inozemstvu. Autor ili koautor 25 knjiga i priručnika te 36 znanstvenih i stručnih radova od kojih je 11 objavljeno u Current Contents indeksiranim časopisima. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Maja Lipanović |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 27. rujna 1960. u Splitu |
| Zaposlena | Obiteljski centar Splitsko-dalmatinske županije |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala 1984. godine na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Od 1985. do 2007. zaposlena je u Centru za socijalnu skrb Split u timu za brak i obitelj na poslovima vezanim za probleme braka i roditeljstva. Godine 2004. prelazi u novi odjel Centra, Savjetovalište za djecu, mladež, brak i obitelj. S osnivanjem Obiteljskog centra 2007. god. postaje stručna djelatnica te ustanove, koja razvija i pruža programe potpore obitelji. Rad s obiteljima u svoj raznolikosti njihovog življenja kontinuirano je njezino područje rada. Posao joj uključuje savjetovanje, vođenje radionica, predavanja, sudjelovanje na tribinama, okruglim stolovima, istupe u medijima te suradnju sa svima u zajednici kojima je dobrobit obitelji zanimanje i poziv. Od prvih mjeseci rada do danas redovito se uključuje na edukacije, od predavanja relevantnih stručnjaka do višegodišnjih izobrazbi, kao „poslu bez kojeg se ne može“ za profesionalca u području koje svaki dan donosi nova pitanja i izazove. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Branka Lukić Cesarik |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 3. rujna 1958. u Đakovu |
| Zaposlena | OŠ „Dobriša Cesaric“ Požega |
| Kratak profesionalni životopis | Studij psihologije završila je na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu (1981.). Od završetka studija do danas sudjelovala je u brojnim stručnim edukacijama iz područja kliničke psihologije, rada s djecom i obiteljima, Edukacija iz sistemske obiteljske terapije (1997.-2000.), itd. Voditelj je tima za krizne intervencije, članica županijskog tima za zdravlje Požeško-slavonske županije. Članica HPD, HPK DPP. Dobitnica priznanja HPD-a Marko Marulić za osobiti doprinos hrvatskoj primijenjenoj psihologiji (Zadar, 2003.). Od početka profesionalne karijere radi s djecom s poteškoćama u razvoju i njihovim obiteljima, prvotno u školi s posebnim odjelima, potom 23 godine u Centru za socijalnu skrb, a od 2008. godine u Osnovnoj školi „Dobriša Cesaric“ Požega koju uspješno pohađa tridesetak učenika s teškoćama u razvoju. Od 1988. članica je PTV pri Centru za socijalnu skrb Požega i raste i uči s mnogobrojnim obiteljima koje odgajaju ili su odgojile dijete s teškoćama u razvoju. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Marta Ljubešić |
| Zvanje i titule | psihologinja, prof. dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 12. srpnja 1949. u Zagrebu |
| Zaposlena | Odsjek za logopediju, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala je 1972. godine studij psihologije na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, magistrirala (1978.) i doktorirala (1984.) na Odsjeku za psihologiju istog Fakulteta. Dvogodišnje (1986-1988) postdoktorsko znanstveno usavršavanje obavila je u Heidelbergu, SR Njemačka. Od 1. siječnja 1973. stalno je zaposlena na Odsjeku za logopediju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta gdje je osnovala Kabinet za ranu komunikaciju (1995.) kao kliničku jedinicu i Laboratorij za razvojnu neurolingvistiku (2002.) kao istraživačku jedinicu. Znanstveni interes nalazi joj se u području rane intervencije, ranog komunikacijskog razvoja i razvojnih odstupanja u dječjoj dobi. Iz ovih područja izvodi i sveučilišnu nastavu na preddiplomskoj, diplomskoj i poslijediplomskoj razini. Objavila je jedan sveučilišni udžbenik i jedan priručnik, dvije znanstvene monografije i preko sto radova. Članica je brojnih domaćih i inozemnih stručnih udruga te predsjednica UO Hrvatske udruge za ranu intervenciju u djetinjstvu. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Dragana Matešković |
| Zvanje i titule | dipl. psiholog |
| Datum i mjesto rođenja | 3. listopada 1983. u Kutini |
| Zaposlena | Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba |
| Kratak profesionalni životopis | Dragana Matešković diplomirana je psihologinja, a po završetku studija, svoje daljnje obrazovanje usmjerila je prema psihoterapiji. Dvije godine educirala se iz psihoterapijskog pravca Transakcijska analiza, a od 2009. godine uključena je u edukaciju Geštalt psihoterapijskog pristupa. Svoj profesionalni razvoj započela je kao volonterka Hrabrog telefona, telefona za zlostavljanu i zanemarena djecu. Od 2008. godine zaposlena je u Poliklinici za zaštitu djece grada Zagreba te je i nadalje član edukacijskog tima Hrabrog telefona, u okviru čega djeluje kao predavač novim generacijama volontera o problematici zlostavljanja i zanemarivanja djece te vještinama rada s djecom i roditeljima. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Mladen Mavar |
| Zvanje i titule | psiholog, spec. kliničke psihologije, dr.sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 3. svibnja 1960. u Zadru |
| Zaposlen | Psihijatrijska bolnica Ugljan (ravnatelj) |
| Kratak profesionalni životopis | Na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru diplomirao je 1984. godine. Na Poslijediplomskom studiju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1991. godine je obranio magistarski rad te stekao zvanje magistar specijalist kliničke psihologije društveno-humanističkih znanosti iz područja psihologije. U Psihijatrijskoj bolnici Ugljan radi od listopada 1984. do danas. U toj je ustanovi odradio pripravnički staž, potom radio na mjestu psihologa te kao voditelj Odsjeka psihologije. Tijekom 2005. godine imenovan je za rukovoditelja Odjela za znanstveno-istraživački rad. Imenovan je za ravnatelja Psihijatrijske bolnice Ugljan 2011. godine. Iste je godine na Sveučilištu u Zagrebu, Filozofski fakultet doktorirao obranom radnje pod nazivom „Uloga školskog neuspjeha kao prediktora ovisničkog ponašanja“. Uz te poslove, od 1987. godine radi i kao terapeut u Klubu liječenih alkoholičara Zadar. Za potrebe suda sudjelovao je u vještačenjima koja su se provodila u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan. Član je stručnog tima Centra za psihosocijalnu pomoć Zadarske županije (Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti) od 1995. god., a od 1999. godine voditelj je tog Centra. Vanjski stručni suradnik je i Obiteljskog centra Zadarske županije. Predsjednik je Povjerenstva za suzbijanje i zlorabu opojnih droga i član Tima za zdravlje Zadarske županije, kao i predsjednik Upravnog vijeća Doma zdravlja Zadarske županije. U razdoblju od 2005. do 2009. godine bio je član Poglavarstva Zadarske županije za zdravstvo i socijalnu skrb. Voditelj je više projekata iz područja pružanja psihosocijalne skrbi ratnim stradalnicima i članovima njihovih obitelji. Od 1992. godine je angažiran i kao vanjski suradnik na Odjelu za psihologiju i Odjelu za pedagogiju Sveučilišta u Zadru sa zvanjem višeg predavača - Socijalna patologija i Forenzična psihologija te je mentor za studentsku praksu. Na Poslijediplomskom studiju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu imenovan je mentorom specijalističke prakse. Upisan je u Ministarstvo znanosti i prosvjete u upisnik znanstvenika te uključen u znanstveni projekt financiran od strane tog Ministarstva. Do sada je objavio trideset stručnih i znanstvenih radova te ih prezentirao u Hrvatskoj i inozemstvu. Član je Hrvatske psihološke komore, a od strane iste imenovan je mentorom psiholozima pripravnicima. Član je Društva psihologa Zadar, a u tri mandata i predsjednik tog društva te član Hrvatskog psihološkog društva koje mu je 2003. godine dodijelilo psihološku nagradu "Marko Marulić" za osobito vrijedan doprinos primijenjenoj psihologiji. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Sandra Milotti Ašpan |
| Zvanje i titule | psihologinja, mr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 16. listopada 1976. u Puli |
| Zaposlena | Fondu „ Zdravi grad“ Poreč |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Studij psihologije završila je na Filozofskom fakultetu u Rijeci 06. lipnja 2000. godine. Iste je godine upisala i edukaciju iz Gestalt terapije (Institut za Integrativnu Gestalt terapiju-Würzburg) u suradnji sa savjetovalištem „Idemo dalje“ iz Zagreba, a godinu dana kasnije i poslijediplomski znanstveni studiji. Magistrirala je pod naslovom Validacija konstrukta emocionalne i socijalne usamljenosti. Osim formalne edukacije Gestalt psihoterapije i terapije u radu s djecom završila je i brojne edukacije iz obiteljske terapije, savjetovanišnog rada te kriznih intervencija i prevencije.</p> <p>Svoj rad u struci započela je 2000. godine kao psiholog u privatnoj hotelijersko-turističkoj školi da bi u ožujku 2002. godine kao stručni suradnik na talijanskom odsjeku Visoke učiteljske škole predavala Razvojnu psihologiju i Metodologiju istraživanja.</p> <p>Od 2004. zaposlena je u projektnom uredu Zdravog grada, gdje je uključena u realizaciju svih programa „Zdravoga grada“ Poreč.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Jadranka Mustajbegović |
| Zvanje i titule | dr. med., spec. medicine rada, redovita prof. u trajnom zvanju |
| Datum i mjesto rođenja | 9. veljače 1951. u Puli |
| Zaposlena | Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet |
| Kratak profesionalni životopis | <p>Direktorica Suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije za medicinu rada u Hrvatskoj (World Health Organization Collaborative Center for Occupational Health). Voditeljica više domaćih i međunarodnih znanstvenih projekata. Mentorica 6 doktorata i 9 magistarskih radova te 63 diplomskih rada. Do dana 20. veljače 2012. godine objavila 144 znanstvena rada (SCOPUS), koji su citirani od 598 autora svjetske znanstvene zajednice.</p> <p>Predsjednica Organizacijskog odbora Prvog Hrvatskog kongresa medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem, Opatija 1995.; tajnica Desetog kongresa hrvatskih liječnika, Zadar 1997.; predsjednica znanstvenog odbora Trećeg Hrvatskog kongresa medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem, Brijuni 2002.; direktorica međunarodnih tečajeva od 2000. do danas Zdrave radne organizacije ili kako promicati zdravlje na radu, Motovunska ljetna škola promocije zdravlja. Od 2000. do 2006. predsjednica Nacionalnog vijeća za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu Republike Hrvatske.</p> <p>Od 1994. članica Akademije medicinskih znanosti Hrvatske; 1995. ICOH - International Commission on Occupational Health- Međunarodna organizacija rada; 1998. UEMS-European Union of Medical Specialist - Europsko udruženje medicinskih specijalista; 1992.-1996. predsjednica Hrvatskog društva za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora; 2003.-07. predsjednica Hrvatskog društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene Hrvatskog liječničkog zbora.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Mirjana Nazor |
| Zvanje i titule | psihologinja, prof. dr. sc., izv. prof. |
| Datum i mjesto rođenja | 23. kolovoza 1948. u Zagrebu |
| Zaposlena | Prirodoslovno matematički fakultet, Split |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala jednopredmetnu psihologiju 1971. godine, magistrirala 1979. i doktorirala 1987. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Zaposlena na Prirodoslovno-matematičkom fakultetu u Splitu, vanjska suradnica Umjetničke akademije u Splitu, počasna članica Lige za prevenciju ovisnosti i dopredsjednica Hrvatske akademske udruge Split-čovjek nadasve. Do sada objavila pedesetak znanstvenih i stručnih radova te četiri knjige u suautorstvu (Narkomani: smrtopisi, Avanturizam roditeljstva: adolescencija-prevencija, Obiteljska i društvena socijalizacija-prilog nacionalnoj strategiji sprječavanja zlouporabe droga, Bumerang odgoja) i pet knjiga stručnih eseja (Razbij ogledalo, Genetski modificirani mozak, Otklizavanje pameti, Što smo sijali, to žanjemo i Male priče). |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Željka Pačalat |
| Zvanje i titule | dipl. psiholog |
| Datum i mjesto rođenja | 9. siječnja 1984. u Varaždinu |
| Zaposlena | Elektrostrojarska škola Varaždin |
| Kratak profesionalni životopis | Željka Pačalat diplomirala je psihologiju 2009. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Tijekom studija je 4 godine volontirala i honorarno radila na različitim projektima koji su uglavnom uključivali individualni i skupni rad s djecom i mladima pod supervizijom certificiranih supervizora. Od početka 2011. radi kao školska psihologinja u Elektrostrojarskoj školi u Varaždinu. Autorica je popularno-znanstvenog bloga o psihologiji čovjekovog okoliša (mindshapedbox.wordpress.com). |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Zdenka Pantić |
| Zvanje i titule | prof. psihologije i sociologije |
| Datum i mjesto rođenja | 8. travnja 1951. u Travniku, BiH |
| Zaposlena | umirovljenica |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala je psihologiju i sociologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Završila edukacije iz nedirektivnog savjetovanja, obiteljske terapije, Gestalt integrativne terapije, integrativne i organizacijske supervizije te supervizije u psihosocijalnom radu. Radila kratko u industriji, a potom u socijalnoj službi na zaštiti djece i obitelji. Od 1995. vodi poduzeće za intelektualne usluge (Ejrena d.o.o.) i bavi se savjetovanjem, psihoterapijama, edukacijama, supervizijom kliničkog i psihosocijalnog rada. Od 2003. vodi Rehabilitacijski centar za stres i traumu (glavno područje je rehabilitacija žrtava mučenja, pomoć osobama u stresu i djelovanje na unaprjeđenju kvalitete života u PPDS). Članica je više međunarodnih udruženja i mreža koje se bave traumom i mentalnim zdravljem te ljudskim pravima i tranzicijskom pravdom. Autorica ili koautorica u više publikacija koje se bave psihološkom traumom. Živi i radi u Zagrebu. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Marlena Plavšić |
| Zvanje i titule | psihologinja, dr. sc. |
| Datum i mjesto rođenja | 3. srpnja 1972. u Puli |
| Zaposlena | Sveučilište Jurja Dobrile u Puli |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala je i doktorirala na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, a magistrirala na Odsjeku za biologiju Prirodoslovno-matematičkog fakulteta, također u Zagrebu. Radila je u udruzi Suncokret kao voditeljica projekata i aktivnosti namijenjenih djeci, mladima, radnim terapeutkinjama koje rade sa starijim osobama, volonterima, volonterkama i drugim organizacijama civilnog društva. Bavila se školskom psihologijom, psihodijagnostikom i psihologijom u medicini rada. Sudjelovala je u domaćim i međunarodnim znanstvenim i stručnim projektima od kojih je nekoliko bilo vezano za psihologiju starenja. Koautorica je znanstvenih i stručnih radova i knjiga s temama iz psihologije starenja te popularnih tekstova iz psihologije. Izlagala je na međunarodnim i domaćim stručnim i znanstvenim skupovima u Hrvatskoj i inozemstvu, recenzirala priručnike i evaluirala stručne projekte. Bila je članica organizacijskih odbora dviju godišnjih hrvatskih psihologijskih konferencija, od kojih je jedna imala temu Psihologija – mediji – etika, te je bila članica uredništva priručnika istoga imena, nastalog nakon konferencije. Članica je strukovnih udruga, predsjednica je Društva psihologa Istre te je uključena u nekoliko civilno-javnih projekata u zajednici. Zaposlena je na Odjelu za humanističke znanosti Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli gdje izvodi nastavu iz četiri predmeta iz psihologije te koordinira rad psihološkog savjetovišta za studente i studentice. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Marina Pleša |
| Zvanje i titule | dipl. psiholog – prof. |
| Datum i mjesto rođenja | 2. veljače 1986. u Našicama |
| Zaposlena | Dom za psihički bolesne odrasle osobe Borova |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala je 19. studenog 2009. godine na Filozofskom fakultetu u Osijeku. Radno iskustvo stječe od rujna 2009. godine kao nastavnik psihologije u Strukovnoj školi Virovitica. U prosincu iste godine zapošljava se kao stručni suradnik – psiholog u istoj školi. Od svibnja 2010. godine do danas zaposlena je u Domu za psihički bolesne odrasle osobe Borova. Donedavno je vršila funkciju voditelja Stručnog vijeća, član je Tima za organizirano stanovanje, koordinator je Tima za provođenje standarda kvalitete u socijalnoj skrbi, te je imenovana voditeljem projekta pri IPA-IV komponenti. U siječnju 2009. godine upisuje se i sudjeluje u radu Praktikumuma iz bihevioralno kognitivne terapije te u veljači iste godine završava prvi stupanj edukacije. U ožujku 2010. godine pridružuje se edukacijama vezanima uz superviziju, koje i dalje traju. Na konferenciji i stručnim skupovima aktivno sudjeluje te je tako na konferenciji 2010. godine aktivno sudjelovala s posterom naslovljenim „Uloga psihologa u sustavu institucionalne skrbi za psihički bolesne odrasle osobe i programu organiziranog stanovanja korisnika“, a 2011. godine s radom koji objašnjava potrebe „različitih“ u sustavu institucionalne skrbi. Godine 2011. pridružuje se psiholozima zaposlenima u Zavodima za javno zdravstvo te aktivno sudjeluje na stručnim skupovima vezanima uz pitanje mentalnog zdravlja. Jedan je od autora „Prijedloga smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja“. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Marijana Rajčević Kazalac |
| Zvanje i titule | dipl. psiholog – prof. |
| Datum i mjesto rođenja | 10. svibnja 1984. u Puli |
| Zaposlena | Fond „Zdravi grad“ Poreč |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala psihologiju na Filozofskom fakultetu u Rijeci 2007. godine. Stalno zaposlena psihologinja u Savjetovalištu „Zdravi grad“ Poreč od 2008. godine. Završila dvogodišnju edukaciju iz realitetne terapije do certifikata, i od 2011. godine uključena u postcertifikatni program, smjer psihoterapeut; završila I. i II. stupanj kognitivno-bihevioralne terapije; završila brojne edukacije iz savjetovališnog rada, prevencije te iz oblasti poremećaja u prehrani. Voditeljica i koautorica lokalnog preventivnog programa „Promjena ponašanja kod osoba s prekomjernom tjelesnom težinom“. Članica Odbora za zdravstvo i socijalu Grada Poreča. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Vesna Rak |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 8. rujna 1962. u Zagrebu |
| Zaposlena | Osnovna škola Pantovčak, Zagreb |
| Kratak profesionalni životopis | Tijekom svoje profesionalne karijere, koju je započela 1985. godine, radila je na poslovima psihologa rada u okviru čega je prioritetno provodila selekciju zaposlenika, vodila odnose s javnošću u turističkoj djelatnosti, vodila odjel obrazovanja u proizvodnoj tvrtki te vodila marketing i prodaju nekretnina. Iz gospodarstvenog sektora otišla je u prosvjetu te je u srednjoj strukovnoj školi radila na poslovima nastavnika psihologije prodaje i nastavnika etike. Iz društvenog je otišla u privatni sektor gdje se zaposlila u tvrtki za osobnu i poslovnu edukaciju i prihvatila novi profesionalni izazov radeći kao poslovna savjetnica i trenerica u području menadžerskih razvojnih alata i području otpornosti na stres. Osim formalnog profesionalnog iskustva vodila je skupinu za prevenciju narkomanije sa zadaćom educiranja mladih. Suradivala je s Institutom za društvena istraživanja u projektima s područja istraživanja obitelji, radila i u marketinškoj agenciji kao moderator skupnih diskusija u kvalitativnim istraživanjima tržišta za velike domaće i inozemne tvrtke. Profesionalna i stručna iskustva koja je stekla na ovim različitim radnim mjestima tijekom dvadeset i sedam godina radnog staža vrlo su dragocjena i bitno su pridonijela njezinom osobnom profesionalnom razvoju. Posljednjih šest godina radila je u osnovnoj školi kao stručna suradnica psihologinja te je nedavno preuzela ravnateljstvo škole. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Lucijana Rupić |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 27. ožujka 1985. u Šibeniku |
| Zaposlena | Psihijatrijska bolnica Ugljan |
| Kratak profesionalni životopis | Na Sveučilištu u Zadru na Odjelu za psihologiju diplomirala je obranom diplomske radnje „Načini suočavanja s mobbingom i zdravstveni status medicinskih sestara“ i stekla zvanje profesor psihologije. Od 12. lipnja 2009. godine radila je na mjestu psihologa pripravnika u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan nakon čega je uspješno položila stručni ispit te i sada radi u navedenoj ustanovi. U trajanju od nekoliko mjeseci radila je u osnovnoj školi na radnom mjestu stručni suradnik- psiholog. Radi i kao terapeut u Klubu liječenih alkoholičara te kao voditelj Pojačane brige i nadzora pri Centru za socijalnu skrb. Od dodatnih edukacija završila je drugi stupanj kognitivno-bihevioralne terapije. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Vesna Rusijan Ljuština |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 25. listopada 1960. u Pazinu |
| Zaposlena | Dječji vrtić „Olga Ban“ Pazin |
| Kratak profesionalni životopis | 1984. diplomirala psihologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Radno iskustvo stjecala na poslovima psihologa u tekstilnoj industriji (godinu dana), u centru za socijalni rad (10 godina), a od 1995. godine je ravnateljica pazinskog dječjeg vrtića. Educirana je iz područja Gestalt psihoterapije. Mentorica je u Unicefovom programu „Stop nasilju među djecom u školama“ i licencirana voditeljica u Unicefovom projektu „Rastimo zajedno“. Kao vanjski suradnik predaje psihologiju na Odjelu za obrazovanje učitelja i odgojitelja pulskog Sveučilišta. Dobitnica je nagrade Hrvatskog psihološkog društva „Marulić: Fiat psychologia“. Predsjednica je Društva psihologa Istre od 2003. do 2007. godine. Predsjednica Udruge ravnatelja predškolskih ustanova Istarske županije od 1997. do 2001. godine. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Slavko Sakoman |
| Zvanje i titule | Redoviti profesor psihijatrije i znanstveni savjetnik u trajnom zvanju na Sveučilištu u Zagrebu; doktor medicine; primarijus specijalist neuropsihijatrije, uža specijalnost bolesti ovisnosti |
| Datum i mjesto rođenja | 4. listopada 1947. u Donjem Miholjcu |
| Zaposlen | Zaposlen je u KBC "Sestre milosrdnice", kao predstojnik Zavoda za bolesti ovisnosti. U dijelu radnog vremena zaposlen kao istraživač i znanstveni savjetnik u Institutu "Ivo Pilar". Voditelj je Referentnog centra Ministarstva zdravlja za ovisnosti o drogama. Suradni je član Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Član je Stručnog savjeta Ureda Vlade RH za suzbijanje zlouporabe droga. |
| Kratak profesionalni životopis | Od početka osamdesetih preuzima vođenje Odjela za ovisnosti o drogama i bavi se epidemiologijom ovisnosti, do 1990. kreira i vodi Republički registar liječenih alkoholičara. Od 1981. počinje s implementacijom programa tretmana ovisnika u Zatvorskom sustavu. Sredinom osamdesetih, pokreće inicijativu za razvoj programa s harm reduction orijentacijom, s ciljem prevencije širenja HIV infekcije i infekcije virusima hepatitisa. Od 1990. do 2000. bio predsjednik državne Komisije za suzbijanje zlouporabe droga. Izradio je prijedlog Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga koji su Vlada RH i Hrvatski sabor prihvatili 1996. Neposredno je angažiran na implementaciji Nacionalnog programa, stvarajući temelje suvremenog sustava za kontrolu u svezi droga u državi. Razvio je mrežu županijskih koordinativnih tijela za suzbijanje ovisnosti, izvanbolničku mrežu Centara za liječenje za liječenje ovisnika o drogama, uvodi primjenu suvremene farmakoterapije opijatskim agonistima (metadon 1991., buprenorfin 2003.). Razvio je originalni model školske prevencije zlouporabe sredstava ovisnosti i neposredno provodio edukaciju stručnjaka tog sustava kako bi taj model integrirali u odgojno-obrazovni proces. Od 1996-2002. imenovani je permanentni korespondent RH u Pompidou Group, Council of Europe, Strassbourg. Posljednjih nekoliko godina angažiran je i na razvoju sustava za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja. Stručni je supervizor Službi za mentalno zdravlje, prevenciju i liječenje ovisnosti Županijskih zavoda za javno zdravlje. U nastavi na sveučilištu angažiran je od 1978. godine. Danas kao redoviti profesor predaje u dodiplomskoj nastavi studentima psihologije i stomatologije, a na poslijediplomskoj na Medicinskom fakultetu. Bio je voditelj više znanstvenih projekata, organizator brojnih edukacija za stručnjake koji se na bilo koji način bave fenomenom ovisnosti. Kao suautor objavio je devet knjiga, a samostalno četiri od kojih je najvažnija znanstvena studija Instituta "Ivo Pilar" kao izdavača "Društvo bez droga?". Objavio je i oko 150 znanstvenih i stručnih radova. Od 1976. godine bavi se psihijatrijskom forenzikom. U kontinuitetu, posljednjih 35 godina, kao psihijatar, neposredno je angažiran u provođenju liječenja stotina i stotina najtežih ovisnika o drogama. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Marijana Senjak |
| Zvanje i titule | dipl. psiholog |
| Datum i mjesto rođenja | 3. listopada 1961. u Zenici |
| Zaposlena | Hrvatski zavod za zapošljavanje |
| Kratak profesionalni životopis | Posjeduje dugo radno iskustvo u području profesionalnog usmjeravanja u Željezari Zenica u Bosni i Hercegovini i Hrvatskom zavodu za zapošljavanje u Zagrebu. Radeći u ratnim i poratnim uvjetima u Bosni i Hercegovini organizira rad Centra za psihološku pomoć u ratu i Centra za terapiju žena Medica Zenica pružajući savjetodavnu i psihoterapijsku potporu ženama preživjelim ratna silovanja i druge ratne traume. Uključena je u niz edukacija iz traumatske psihologije: specijalistički studij iz traumatske psihologije na Filozofskom fakultetu u Sarajevu suradnji s Ludwig Maximillians Univerzitetom iz Münchena, trening iz post-traumatske terapije u organizaciji WHO i UNICEF-a, International Trauma Study Program na New York University u New Yorku. Educirana je u području organizacijskog razvoja, transformacije konflikta i izgradnje mira. U svome radu primjenjuje pristup, metode i tehnike rada iz transakcijske analize, feminističke psihodrame i integrativne Gestalt terapije. Provela je niz treninga o rodno utemeljenom nasilju za predstavnike vladinog i civilnog sektora u Bosni i Hercegovini, Hrvatskoj i Kosovu. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Zoran Sušanj |
| Zvanje i titule | psiholog, dr. sc., izv. prof. |
| Datum i mjesto rođenja | 18. siječnja 1962. u Rijeci |
| Zaposlen | Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Rijeci |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirao psihologiju na Pedagoškom fakultetu u Rijeci, magistrirao na Filozofskoj fakulteti u Ljubljani, doktorirao na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Radio kao kadrovik u DINA-Petrokemiji Omišalj, kao vojni psiholog u HV te kao pripravnik, asistent i docent na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta u Rijeci, gdje je sada zaposlen u zvanju izvanrednog profesora. Predaje Organizacijsku psihologiju, Psihologiju rukovođenja i Organizacijski razvoj. Nastavu iz šireg područja psihologije rada i organizacijske psihologije izvodi i na diplomskim i poslijediplomskim studijima Filozofskog fakulteta u Osijeku i Zagrebu, Ekonomskog fakulteta u Rijeci i Osijeku, Medicinskog fakulteta u Rijeci i Visokog učilišta Vern u Zagrebu. Bavi se znanstvenim istraživanjima radne motivacije, rukovođenja i organizacijske klime i kulture. Objavio tridesetak znanstvenih i stručnih radova te dvije knjige. Direktor savjetodavne kuće AT Adria Zagreb koja surađuje s organizacijama različitih djelatnosti pri rješavanju praktičnih problema u području razvoja ljudskih potencijala. Vodi projekte istraživanja organizacijske klime i kulture, savjetovanja, planiranja i provođenja organizacijskih promjena, uvođenja i unaprjeđenja sustava upravljanja ljudskim resursima te razvoja rukovoditelja. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Maja Šerić |
| Zvanje i titule | psihologinja, mag. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 6. svibnja 1986. u Zagrebu |
| Zaposlena | |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala je 12. srpnja 2010. na Hrvatskim studijima, Sveučilište u Zagrebu. Naslov diplomskog rada: „Utvrdjivanje spolnih razlika u obrazovnim postignućima učenica i učenika u hrvatskim osnovnim školama“ 7. travnja 2011. - Bujasova zlatna psihologijska značka za osobito vrijedan diplomski rad 26. listopada 2010. – 25. listopada 2011.: Psiholog pripravnik u Klinici za psihijatriju „Vrapče“ |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Maja Tadić |
| Zvanje i titule | psihologinja, asistentica-psihologija |
| Datum i mjesto rođenja | 1. siječnja 1981. u Osijeku |
| Zaposlena | Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Marulićev trg 19, Zagreb |
| Kratak profesionalni životopis | Maja Tadić diplomirala je psihologiju na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu. Od 2005. do 2007. bila je zaposlena u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladeži Klinike za dječje bolesti u Zagrebu. Od 2007. zaposlena je kao asistentica na Institutu društvenih znanosti Ivo Pilar, na projektu Razvoj nacionalnih indikatora kvalitete življenja. Od 2008. upisana je na doktorski studij iz pozitivne organizacijske psihologije na Erasmus University u Rotterdamu. U sklopu dokorskog istraživanja tijekom 2009. i 2010. boravila je na World Database of Happiness pri Erasmus University u Rotterdamu. Znanstveni interesi: subjektivna dobrobit, motivacija, intraindividualne fluktuacije emocija i raspoloženja, radna angažiranost. Sudjeluje u nastavnoj djelatnosti kao predavač na kolegiju „Pozitivna psihologija“ na Hrvatskim studijima, i kolegiju „Vještine komuniciranja“ na Fakultetu elektrotehnike i računarstva Sveučilišta u Zagrebu. Do sada je objavila četiri znanstvena članka, sudjelovala na četiri međunarodne i dvije domaće znanstvene konferencije. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Pino Tuftan |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 7. rujna 1962. u Rijeci |
| Zaposlen | Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ Rijeka |
| Kratak profesionalni životopis | Osnovno školovanje završio u Cresu. U Rijeci završio Medicinsku SŠ. Diplomirao na Pedagoškom fakultet u Rijeci. U HV-u proveo više od 5 godina kao brigadni psiholog. Radio godinu dana u jednoj od terapijskih zajednica. Od 2001. godine zaposlen u Centru za liječenje ovisnosti, pri Domu zdravlja Rijeka, od 2003. godine pri Psihijatrijskoj bolnici Lopača. Od 2005. godine zaposlen u Službi za prevenciju i liječenje bolesti ovisnosti u sklopu NZZJZ PGŽ. Uz primarni dio rada s ovisnicima o psihoaktivnim drogama od početka 2008. godine započinje raditi s patološkim kockarima i njihovim obiteljima. U listopadu 2008. godine osniva grupu kockara i njihovih obitelji, koja u kontinuitetu traje pet godina. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Ana Uranija |
| Zvanje i titule | prof. psihologije, psihodramski psihoterapeut, ECP |
| Datum i mjesto rođenja | 20. srpnja 1960. u Varaždinu |
| Zaposlena | Obiteljsko savjetovalište Caritasa Zadarske nadbiskupije |
| Kratak profesionalni životopis | Ima 29 godina iskustva rada u struci i to: od 1983. do 1987. godine u Zaštitnoj radionici za profesionalnu orijentaciju, rehabilitaciju i zapošljavanje invalida u Centru „8. maj“ u Varaždinu, zatim od 1987. do 2005. godine u Centru za socijalnu skrb Zadar kao psiholog na poslovima zaštite djece, braka i obitelji, te od 2005. godine do sada u Caritasu Zadarske nadbiskupije (Obiteljsko savjetovalište). Od stručnih edukacija završila je Geštalt terapiju 1984.-1988., Sistemsku obiteljsku terapiju 1997.- 2000., Scensko ekspresivnu psihoterapiju – psihodramu 2006. – 2012. i stekla zvanje psihodramskog terapeuta, ECP, te brojne edukacije iz područja kliničke psihologije i zaštite djece i obitelji. Imenovani je sudski vještak za psihologiju pri Županijskom sudu u Zadru. Posjeduje odobrenje Ministarstva pravosuđa za provođenje psihosocijalnog tretmana počinitelja obiteljskog nasilja. Članica je Županijskog tima za zdravlje Županije zadarske te u sklopu istog voditeljica ekspertne skupine za suzbijanje obiteljskog nasilja. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Miroslav Venus |
| Zvanje i titule | dr. med., spec. epidemiolog, mr. sc., prim. |
| Datum i mjesto rođenja | 18. rujna 1961. u Virovitici |
| Zaposlen | Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirao na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, specijalizirao epidemiologiju te obranio magistarski rad i tako stekao akademski stupanj magistra znanosti, a prošle godine i naziv primarijus. Zaposlen je u Zavodu za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije, trenutno na mjestu ravnatelja Zavoda. Završio je nekoliko stručno-znanstvenih tečajeva trajnog usavršavanja, aktivan je sudionik stručno-znanstvenih skupova i kongresa, a objavljeno mu je i nekoliko radova u recenziranim medicinskim časopisima. Dobitnik je Priznanja Skupštine Virovitičko-podravске županije za osobit doprinos i ostvarene rezultate u području javnog zdravstva, Zahvalnice Grada Slatine za dugogodišnji doprinos u poboljšanju života lokalne zajednice pružanjem stručne pomoći zdravstvenim, sportskim i drugim društvenim organizacijama, kao i Godišnje nagrade Virovitičko-podravске županije za iznimna ostvarenja značajna za razvoj županije u području zdravstva. Takoder je dobitnik Zahvalnice Hrvatskog liječničkog zbora u znak priznanja za zasluge u radu Zbora, unaprjeđenje medicinske struke, te za zdravstvenu i humanitarnu djelatnost, dobitnik je Priznanja Hrvatskog crvenog križa za petnaest godina dobrovoljnog rada i doprinosa u ostvarivanju humanitarnih zadaća Crvenog križa, te Jubilarnog priznanja Hrvatskog crvenog križa u povodu 130-te obljetnice rada i djelovanja Crvenog križa na tlu Hrvatske. Član je Stručnog savjeta Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH, Predsjednik Povjerenstva za suzbijanje bolesti ovisnosti Virovitičko-podravске županije, te Predsjednik Izvršnog odbora Sekcije zavoda za javno zdravstvo Udruge poslodavaca u zdravstvu. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Ime i prezime | Sara Visintin |
| Zvanje i titule | psihologinja, mag. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 15. travnja 1982. u Puli |
| Zaposlena | Uljanik Zajednički poslovi d.o.o. |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirala psihologiju na Universita' degli studi di Padova 2006. godine. Nakon studija radila u konzultantskoj firmi koja se bavi organizacijskom psihologijom te regionalnim projektima vezanih uz mentalno zdravlje u regiji Veneto. Vrativši se u Hrvatsku započinje s radom u ULJANIK Grupi gdje radi i danas. Zaposlena kao psiholog u Poslovima upravljanja ljudskim resursima gdje se bavi širokim spektrom poslova vezanih uz organizacijsku psihologiju, psihologiju medicine rada te psihologije savjetovanja. Aktivno sudjeluje u osmišljavanju i realizaciji projekata u području ljudskih resursa. Polaznica je 2. godine edukacije iz Geštalt psihoterapije. |

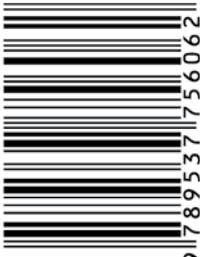
| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Cvjetko Vretenar |
| Zvanje i titule | psiholog i sociolog, mag. spec. kliničke psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 19. lipnja 1947. u Pazinu |
| Zaposlen | Uljanik Zajednički poslovi d.o.o. |
| Kratak profesionalni životopis | Diplomirao u Zagrebu na Filozofskom fakultetu – psihologija A i sociologija B, 1972. godine; poslijediplomski studij - specijalizaciju iz kliničke psihologije na Odsjeku za psihologiju, Filozofskog fakulteta u Zagrebu završio 1985. godine. Radno iskustvo: jednu godinu u Prihvatilištu za djecu i omladinu, 10 godina u Zavodu za zapošljavanje Pula kao psiholog za profesionalnu orijentaciju; slijedećih 10 godina u Školskom dispanzeru Medicinskog centra u Puli kao klinički psiholog za djecu i omladinu i zadnjih dvadeset godina kao organizacijski psiholog u Uljaniku Pula, odnosno kao rukovoditelj poslova upravljanja ljudskim resursima od 2005. godine. Zadnjih 12 godina ravnatelj i voditelj Centra za psihosocijalnu pomoć Istarske županije i Centra za branitelje u Puli. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Maja Vučenović |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 1. svibnja 1978. u Sarajevu |
| Zaposlena | Psihijatrijska bolnica Ugljan |
| Kratak profesionalni životopis | Nakon završene osnovne škole Petra Preradovića u Zadru upisuje se na jezičnu gimnaziju Vladimir Nazor u Zadru koju završava obranom maturalne radnje 1997. godine. Potom polaže prijemni ispit iz psihologije na Filozofskom fakultetu u Zadru, tijekom studija prebacuje se na Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu na kojem 2006. godine brani diplomski rad. Od 2005. do 2010. godine radi kao voditeljica marketinga u novinskom - nakladničkom i trgovinskom društvu Plankit d.o.o. u Zadru. Članica je Udruge za poboljšanje kvalitete življenja- Zadar te radi na nekoliko projekata pružanja psihosocijalne pomoći na područjima od posebne državne skrbi. Vanjska je suradnica Centra za socijalnu skrb Zadar gdje provodi mjere pojačane brige i nadzora za maloljetnike. Od 2011. godine pripravnica je na Odsjeku za psihologiju Psihijatrijske bolnice Ugljan. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Ime i prezime | Mirjana Zečirević |
| Zvanje i titule | prof. psihologije |
| Datum i mjesto rođenja | 9. lipnja 1954. u Splitu |
| Zaposlena | Hrvatski zavod za zapošljavanje |
| Kratak profesionalni životopis | Profesionalno iskustvo stjecala je radeći na prevenciji i tretmanu poremećaja u ponašanju djece mladeži, bračnih i obiteljskih teškoća, organizacijske psihologije, cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja, unaprjeđenja mentalnog zdravlja različitih skupina korisnika. Kao stručnjakinja za upravljanje ljudskim potencijalima vodila je mnoge nacionalne i međunarodne projekte usmjerene unaprjeđenju sustava obrazovanja, zapošljavanja i socijalne uključenosti, uključujući suradnju javnog, privatnog i civilnog sektora. Nacionalni je predstavnik RH u Europskoj mreži politika cjeloživotnog profesionalnog usmjeravanja. Ima značajno iskustvo rada sa socijalno osjetljivim skupinama, kako na unaprjeđenju institucionalnih kapaciteta sustava, tako i u neposrednom odnosu s korisnicima kroz individualno i skupno savjetovanje; sudjeluje u edukacijama stručnjaka kao senior instruktor W. Glasser Instituta iz L. A., USA. Član je Europske asocijacije za Realitetnu terapiju sa statusima učitelja-trenera, supervizora kliničke prakse i psihoterapeuta. Posjeduje diplomu Europske asocijacije za psihoterapiju. |

PSYCHOLOGICAL

ISBN 978-953-7756-06-2



9 789537 775606