

UNIVERZITET U BANJOJ LUCI
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA



**PSIHOSOCIJALNI RAD NA UNAPREĐENJU
KVLITETA ŽIVOTA OSOBA OBOLJELIH OD
PTSP-ja U CENTRU ZA MENTALNO ZDRAVLJE
VOGOŠĆA**

MASTER RAD

Mentor:

Prof. dr Jagoda Petrović

Kandidat:

Alma Šahmanija

UNIVERSITY OF BANJA LUKA
FACULTY OF POLITICAL SCIENCE



**PSYCHOSOCIAL WORK ON IMPROVING THE
QUALITY OF LIFE OF PATIENT WITH PTSD IN
THE CENTER FOR MENTAL HEALTH
VOGOŠĆA**

MASTER THESIS

Mentor:

Prof. dr Jagoda Petrović

Candidate:

Alma Šahmanija

Banja Luka, 2018.

Mentor: Prof. dr Jagoda Petrović, vanredni profesor, Univerzitet u Banjoj Luci, Fakultet političkih nauka

Naziv master rada: Psihosocijalni rad na unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja u Centru za mentalno zdravlje Vogošća

SAŽETAK: *U istraživanju psihosocijalnog rada na unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja u Centru za mentalno zdravlje Vogošća učestvovalo je 140 ispitanika sa dijagnozom PTSP-ja. Od tog broja, 70 ispitanika je bilo potvrđeno psihosocijalnom radu od strane socijalnog radnika.*

Cilj rada je utvrditi obilježja i ukupnu kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-ja, te uporediti rezultate ispitanika sa kojima je primjenjivan psihosocijalni rad – savjetovanje zasnovano na sistemskoj porodičnoj terapiji i onih sa kojima nije primjenjivan ovaj pristup. Ispitan je i uticaj mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi i spola na kvalitetu života osoba koje su oboljele od PTSP-ja te uticaj bračnog stanja osoba koje imaju dijagnozu PTSP i njihove kvalitete života.

Primjenom t – testa ($t(138)=3,3$; $p<0,01$) utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u rezultatima ispitanika koji su prošli psihosocijalni tretman i onih koji nisu prošli navedeni tretman. Nije utvrđena statistički značajna povezanost između mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi i spola, s jedne strane, i nivoa zadovoljstva životom, s druge strane, kod osoba koje su oboljele od PTSP-ja, a bile su obuhvaćene psihosocijalnim radom.

Rad ukazuje na značaj psihosocijalnog rada sa oboljelima od PTSP-a i važnu ulogu socijalnog radnika u multidisciplinarnim timovima.

Ključne riječi: *psihosocijalni rad, PTSP, kvalitet života.*

Naučna oblast: Društvene nauke

Naučno polje: Socijalni rad - teorije i metodologija socijalnog rada

Klasifikaciona oznaka: S214, S215

Tip odabrane licence Kreativne zajednice: CC BY-SA

Mentor: Prof. dr Jagoda Petrović, associate professor, University of Banja Luka, Faculty of Political Sciences

Master Thesis: Psychosocial work on improving the quality of life of patients with PTSD in the Center for Mental Health Vogošća

ABSTRACT: *In the study of psychosocial work on improving the quality of life of people suffering from PTSD in the Vogošća Mental Health Center, 140 subjects with PTSD participated. Out of that number, 70 respondents were confirmed to have psychosocial work by the social worker.*

The aim of the paper is to determine the characteristics and overall quality of life of PTSP patients, and compare the results of subjects with psychosocial work based on family therapy and those with whom this approach was not applied. The influence of monthly income, level of education, age and sex of the people suffering from PTSDs, as well as the influence of the marital status of persons diagnosed with PTSD and their quality of life have been investigated.

Using a t - test ($t(138) = 3.3, p < 0.01$), there was a statistically significant difference in the results of psychosocial treatment and those who did not undergo the above mentioned treatment. There was no statistically significant correlation between monthly income, level of education, age and sex, on the one hand, and the level of satisfaction with life, on the other hand, in those who were suffering from PTSD and were covered by psychosocial work.

The paper points to the importance of psychosocial work with PTSD patients and the important role of social worker in multidisciplinary teams.

Key words: *psychosocial work, PTSD, quality of life.*

Branches of science: Social sciences

Fields of Science: Social work – theories and methodology of social work

Common European Research Information Format: S214, S21

Creative Commons: CC BY-SA

SADRŽAJ

I UVOD	1
II. TEORIJSKI DIO	3
1.1. Psihosocijalni rad u socijalnom radu	3
1.1. Odnos psihologije i socijalnog rada	3
1.2. Društveno-historijska izvorišta i epistemološka geneza psihosocijalnog rada	5
1.3. Psihosocijalni rad	6
1.4. Psihosocijalno savjetovanje	8
2. Teorije relevantne za psihosocijalno savjetovanje u socijalnom radu	11
2.1. Funkcionalistički pogledi na socijalni rad sa osvrtom na sistemsku porodičnu terapiju	12
2.2. Sistemska porodična terapija	13
2.2.1. Adlerova porodična terapija	19
2.2.2. Višegeneracijska porodična terapija	21
2.2.3. Model procesa uvažavanja čovjeka	22
2.2.4. Iskustvena porodična terapija	24
2.2.5. Strukturalna porodična terapija	25
2.2.6. Transgeneracijsku porodični pristup	26
2.2.7. Strateški pristup	27
2.2.8. Integrisani strukturalni/strateški pristup	29
3. Posttraumatski stresni poremećaj	29
4. Kvaliteta života	33
II EMPIRIJSKI DIO	37
1. Način istraživanja	37
1.1. Predmet istraživanja	37
1.2. Cilj istraživanja	39
1.3. Hipotetički okvir	39
1.3.1. Hipotetički stavovi o istraživanoj pojavi/procesu	39
1.3.2. Hipoteze	44
1.4. Metode i tehnike istraživanja	45
1.4.1. Način prikupljanja podataka	45

1.4.2. Uzorak	46
1.4.3. Istraživački instrumenti	46
2. Rezultati istraživanja	47
 IV RASPRAVA I ZAKLJUČAK	 54
1. Rasprava	54
2. Zaključak	61
 V LITERATURA	 62
 VI PRILOZI	 67
Prilog 1: Informativni letak za učesnike istraživanja	68
Prilog 2: Socio – anamestički podaci	69
Prilog 3: Skala MANSA	71
Prilog 4: Odobrenje od NNID-a JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo za provođenje istraživanja	72
Biografija sa bibliografijom	73

I UVOD

Pred današnjeg čovjeka savremeno društvo postavlja takve zahtjeve koje povremeno nisu u stanju ispuniti ni dobro prilagođene, prosječne osobe sa prosječnim privatnim i profesionalnim aspiracijama. Dakle, osobe koje nemaju bilo kakvih poteškoća izazvanih vanjskim ili unutrašnjim rizičnim faktorima od hereditarnih do najrazličitijih aktuelnih. U visoko razvijenim ali i drugim društvima javlja se potreba za pružanjem oblika pomoći koji objedinjuju psihičke i socijalne aspekte podrške uspješnim, zdravim i dobrostojećim osobama. Ovo je veoma kompleksna i zahtjevna intervencija, kako na psihičkom, tako i na socijalnom planu, te se sve češće koristi termin psihosocijalni rad. Bez obzira na porijeklo, stepen obrazovanja, društveni i materijalni status, činjenica je da svako može doći u stanje psihosocijalne potrebe, stoga su ovi oblici pomoći od velike koristi (Janković, 2004).

Da bi osoba riješila svoje poteškoće, probleme ili patologiju tri su osnovna puta do pokretanja profesionalne intervencije ili stručne pomoći:

1. procjenu može dati neko iz uže ili šire okoline;
2. osoba sama može doći do spoznaje da joj je potrebna pomoć i može ju zatražiti;
3. određeni ljudi rađaju se sa posebnim potrebama, složenim problemima ili poteškoćama koje im od rođenja osiguravaju ulogu, položaj i naziv „pacijent, „klijent“ ili korisnik različitih oblika pomoći, među njima i psihosocijalne (Janković, 2004).

Kroz taj proces posao savjetovatelja je pomoć u procesu iskrenog dijaloga sa klijentom, nikako mijenjanje klijenta, brzo davanje savjeta ili rješavanje teškoća umjesto njega. Najvažniji faktor koji utiče na klijenta jeste savjetovateljeva ličnost koja je klijentu model. Shodno tome, savjetovatelji moraju biti spremni na vlastiti rast i razvoj i na borbe u vlastitiom životu (Corey, 2004).

Definicija svakog pojedinog polja rezultat je saradnje osobe ili porodice u problemu i stručnjaka, savjetovatelja, socijalnog radnika ili terapeuta (Janković, 2004: 14).

Ovo istraživanje ima za cilj da ukaže na značaj primjene teorija socijalnog rada u psihosocijalnom radu sa osobama oboljelim od PTSP-ja. Ovim istraživanjem želi se doći do podataka da li i u kojoj mjeri psihosocijalni rad, zasnovan na sistemske porodичnoj terapiji, pomaže oboljelima od PTSP-ja.

Također, cilj istraživanja je da se dođe do relevantnih podataka koji bi pomogli u primjeni psihosocijalnog rada kod osoba oboljelih od PTSP-ja, s obzirom da su na našim prostorima ovakvi naučni podaci oskudni (o ovome se puno govori ili radi ali malo piše).

Život postaje sve složeniji, posebno kod osoba koji imaju određene tegobe. Potrebno je održati kvalitet života, uskladiti različite potrebe, stići sve, obezbijetiti materijalnu egzistenciju, zadovoljavajući ljubavni i porodični život, te biti dobar roditelj. Neke sposobnosti, znanja i vještine neophodne su za nošenje sa životom. Zbog svega navedenog, važno je istaći ulogu socijalnog radnika koji, poznavajući proces i sredstva promjene, može pomoći ljudima da ostvare pozitivne promjene u svojim životima i poboljšaju kvalitet svog života.

II TEORIJSKI DIO

1. Psihosocijalni rad u socijalnom radu

1.1. Odnos psihologije i socijalnog rada

Svaka nauka ima osnovne elemente: predmet, naučne metode, suma provjerenih i pouzdanih znanja, klasifikacije i tipologije, zakonitosti, hipoteze i paradigme i teorije. Komparacijom navedenih elemenata mogu se vidjeti međusobne sličnosti i razlike između psihologije i socijalnog rada.

I za psihologiju kao i za socijalni rad može se reći da „imaju dugu prošlost, ali kratku istoriju“ jer je dug put razvoja od različitih i ljudskih djelatnosti prema naučnoj, profesionalnoj i obrazovnoj djelatnosti (Ebinghaus, 1907; prema Petrović, 2012).

Predmet psihologije i socijalnog rada sličan je utoliko što se obje nauke bave izučavanjem čovjeka i njegovog odnosa sa drugim ljudima i okruženjima, ali se u osnovi radi o zasebnim predmetima istraživanja (Petrović, 2012:4).

Predmet psihologije u najširem smislu je psihički život čovjeka, koji uključuje psihičke procese i psihičke osobine. Klasifikacija psihičkih procesa je na kognitivne, afektivne i konativne. U kognitivne procese spadaju opažanje, mišljenje, pamćenje i zaboravljanje dok u afektivne spadaju osjećanja – osnovna i složena (naučena). U motivacijsko - voljne (konativne) spadaju odlučivanja, akciono – usmjerena ponašanja i dr.

Pod psihičkim osobinama podrazumijevaju se relativno trajne neuromentalne odrednice naših doživljaja i našeg ponašanja: potrebe, sposobnosti, interesovanja, crte ličnosti, temperament, karakter, navike, stavovi...

Predmet nauke socijalnog rada obuhvata socijalni rad kao ljudsku djelatnost, korisnike socijalnog rada, socijalne potrebe ljudi društvene devijacije, socijalno okruženje korisnika socijalnog rada, socijalne probleme, socijalne promjene.....

Za razliku od psihologije koja se razvijala u naučnom kontekstu, razvijajući vlastite tehnike i metode, socijalni rad je ostao zarobljen u svojoj pragmatičnoj suštini vjerovatno i zbog široko postavljenog predmeta socijalnog rada (Petrović, 2012).

Definicije socijalnog rada više ukazuju na njegov aplikativni karakter, dok je u definiciji psihologije prepoznata i njena naučna dimenzija. Riječ psihologija je grčkog porijekla i sastavljena je od dvije riječi: *psiho* (duša) i *logos* (nauka). Tumačenje koje je

doslovno podrazumijeva studij duha ili duše. Danas je najprihvatljivija definicija da je psihologija naučna disciplina koja koja sistematski proučava i objašnjava psihički život čovjeka.

Sličnosti između psihologije i socijalnog rada mogu se svesti na sljedeće:

- radi se o relativno mladim naukama;
- obje nauke su imale sličan istorijski razvoj i izvorišta;
- njihov predmet je sličan utoliko što se bave izučavanjem čovjeka u najširem smislu;

- koriste se nekim zajedničkim metodama;
- obje u krajnjoj instanci imaju za cilj dobrobit i blagostanje čovjeka;
- obje imaju aplikativno-praktični karakter.

Pošto je jedna od opštih savremenih tendencija povezivanje društvenih nauka, nasuprot, takođe prisutnom, trendu specijalizacije, onda sličnosti između psihologije i socijalnog rada predstavljaju vrijedan potencijal za međusobno dopunjavanje i saradnju. Za socijalni rad su posebno značajne neke grane psihologije. Primjer je razvojna psihologija koja se bavi problemima psihičkog razvoja, a posebno dio koji izučava ontogenetski razvitak psihičkog života čovjeka, kao individualni psihički razvoj od rođenja do kraja života. Psihologija ličnosti doprinosi razumijevanju psihofizičke i psihosocijalne cjeline pojedinca, povezanosti i organizovanosti psihičkih funkcija i dispozicija, te sličnosti i razlike između pojedinih ljudi. Dječija psihologija svojim saznanjima pomaže u ispitivanju, procjenjivanju i tretiranju poremećaja u razvoju djece. Psihopatologija doprinosi shvatanju prirode i razvoja duševnih bolesti. Socijalna psihologija je značajna za razumijvanja ljudi i njihovog ponašanja u međuzavisnosti s njihovom okolinom, oblika međuljudskih odnosa, te ponašanja grupe kao cjeline (Petrović, 2015: 4-5).

Socijalni rad, kao praktična djelatnost, ima koristi od psihologije preko znanja o čovjekovom svjesnom i nesvjesnom i o faktorima ljudskog ponašanja. Psihološke teorije, poput psihodinamske, bihevioralne, kognitivne ili teorija komunikacija, izvršile su značajan uticaj na teorije socijalnog rada. Uopšte, znanja psihologije pomažu razumijevanju međuljudskih odnosa, te uticaja interpsihičkih procesa i interakcija na ponašanja i odnose pojedinaca, grupa i skupina. Nesporan i značajan uticaj psihologije često se kvalifikuje kao “psihologizacija socijalnog rada” (Milosavljević, 2009; prema Petrović, 2015: 5), pri čemu se misli na nekritičku i pretjeranu primjenu psiholoških modela, koncepcija i metoda u praksi socijalnog rada.

1.2. Društveno-historijska izvorišta i epistemološka geneza psihosocijalnog rada

Psihologija i socijalni rad, zapravo, su veoma slične nauke s obzirom da se bave izučavanjem čovjeka i njegovog odnosa sa drugima unutar socijalnog okruženja. Ipak, u osnovi se radi o posebnim predmetima izučavanja. Socijalni rad obuhvata socijalni rad kao ljudsku djelatnost, korisnike socijalnog rada, socijalne potrebe ljudi, društvene devijacije, socijalno okruženje socijalnog rada, socijalne probleme, socijalne promjene (Petrović, 2012).

Tokom prošlog vijeka desila su se dva velika talasa promjena koje su imale značajne posljedice po čovječanstvo. Prvi talas promjena desio se u periodu između 60-tih i 70-tih godina XX vijeka, a drugi talas promjena zbio se krajem XX i početkom XXI vijeka (Polovina, 2010; prema Petrović, 2015).

Prvi talas promjena desio se u periodu između 60-tih i 70-tih godina XX vijeka. U tom periodu došlo je do pojave novog tipa lokalnih ratova (Vijetnam), ekoloških katastrofa (Černobilj) i terorizma. Istovremeno desio se novi napredak nauke koji je omogućio produžetak ljudskog života, ali i tehnološke revolucije zbog kojih je narasla potreba za dužim školovanjem, proširenjem tržišta radne snage. U ovom periodu dešavaju se i značajni društveni pokreti, poput feminističkog pokreta i pokreta usmjerenih ka seksualnim slobodama.

Drugi talas promjena s kraja XX i početkom XXI vijeka, opisan je u knjizi Pola Kenedija "Priprema za 21. vijek", gdje se govori o šest talasa promjena: populaciona kretanja-demografska eksplozija; agrokulturna revolucija (biotehnologija); nove tehnologije i komunikacijske mogućnosti (protok robe, novca, kapitala); automatizacija i robotika; ekologija (uništavanje životne sredine); pitanje nacionalnih država.

„Značajne posljedice ovih promjena su: migracije stanovništva, ekonomske tranzicije, nejednakost i socijalno raslojavanje, problemi zapošljavanja, povećanje broja starih ljudi, povećanje broja brakorazvoda, povećanje broja jednoroditeljskih porodica, slabljenje porodice, ranjivost na stresore, promjene u funkcionisanju porodice (promjena uloga, emancipatorski pristup), rast socijalne patologije (alkoholizam, narkomanija, kockanje, prostitucija, trgovina ljudima)“ (Petrović, 2015: 7).

Ove burne promjene odrazile su se na funkcionisanje ljudi. Njihova realnost je postala neizvjesnost življenja i postala je glavno obilježje svakodnevnog života. Shodno tome, došlo je i do promjena u pomagačkim profesijama, među kojima je i socijalni rad.

Osim društveno-istorijskih promjena, koje su uticale na promjene u tzv. pomagačkim profesijama, na promjene u socijalnom radu uticao je i razvoj teorijsko-metodskih pristupa.

Nove sazajne osnove bile su korisne za praksu psihosocijalnog rada te predstavljaju „epistemološku genezu psihosocijalnog rada“ (Petrović, 2015).

U tom pogledu može se govoriti o tri teorijska pristupa, koja su dominirala u pojedinim istorijskim fazama.

Prvobitno pozitivistički pristup u socijalnom radu je proklamovao vrijednost neutralnosti. Predmet socijalnog rada su, zapravo, „nenormalani/bolesni“ pojedinci u zdravom društvu. Socijalna kontrola, liječenje socijalnih bolesti i očuvanje poretka su ciljevi socijalnog rada, a socijalni radnik ima ulogu čuvara moralnog „zdravlja“, „korekionaliste“ i „popravljača“.

Sistemska pristup daje doprinos pomjeranju socijalnog rada od psihopatološkog ka psihosocijalnom. Naglašava se značaj interakcije u nastanku i tretmanu socijalnog problema; predmet se pomjera sa pojedinca i njegove „patologije“ ka društvu i društvenim procesima i promjenama kao izvorištima ljudskih potreba i problema; podstiče se aktivna participacija socijalnih radnika, klijenata i drugih resursa u okruženju; daje se podrška klijentima da prevladaju teškoće sa kojima se suočavaju umjesto da se „liječe“ i da im se „propisuju“ terapije; podstiče se kvalitetnija relacija sa okolinom i resursima u okolini.

Postmoderni pristup naglašava da sve što opažamo percipiramo kroz okvir vlastitih vrijednosti i iskustva te je način sticanja znanja jedinstven kod svakog pojedinca (Petrović, 2015). Otuda u fokus psihosocijalnog rada dolaze autohtone osobe, čiji subjektivni doživljaji, autentične potrebe i lična percepcija postaju glavni predmet interesovanja stručnjaka. Istovremeno, umjesto pasivnih objekata, korisnici postaju aktivni subjekti promjena na ličnom i socijalnom planu.

1.3. Psihosocijalni rad

Rad u kojem korisnik ima odgovornost i obavezu da uz pomoć i podršku stručnog radnika mijenja životnu situaciju naziva se psihosocijalni rad. Usmjeren je na stvarne životne situacije u kojima se korisnik oslanja na svoju okolinu (porodicu, komšije, prijatelje, institucije). U tom procesu socijalni radnik radi sa korisnikom, dakle, oni su saradnici. Konačan ishod ovog rada je prilagođavanje klijenta socijalnoj situaciji ali i promjena socijalne situacije. Cilj je, zapravo, jačanje životnih kapaciteta korisnika.

Već od 1917. godine Meri Ričmond (Mary Richmond) govori u psihosocijalnoj perspektivi, čime se već tada vrši premoštavanje između psihologije i socijalnog rada.

Knjiga Florens Holins pod nazivom „Rad na slučaju psihosocijalni pristup“ objavljena je 1972. godine te se od tada etablira pojam psihosocijalni rad. U tom periodu ozvaničen je psihosocijalni rad kao specifična praksa. Korištenje pojma „psihosocijalni“, sa jedne strane, potvrđeno je uvođenjem psihoterapijskog tretmana u socijalni rad. Pod različitim oblicima i nazivima primijenjuje se vid psihološkog pristupa u praksi socijalnog radnika i tokom današnjeg perioda.

Kako je navedeno, značajan doprinos daju navedeni švedski stručnjaci koji postavljaju kriterije za primjenu pojma psihosocijalni rad (Bernel i Johanson 1985, prema Ajduković i Kajvert, 2004).

Prvi od kriterija je psihosocijalni način gledanja na korisnika gdje se navodi da je za individualni razvoj, posmatranje pojedinica u njegovom društvenom kontekstu, te razmatranje unutrašnjih i vanjskih faktora koji utiču na ponašanje i doživljavanje pojedinca veoma važno i podrazumijeva se uvažanje interakcije čovjeka i njegove sredine.

Oslanjanje na teorije psihosocijalnog rada, kao drugi kriterij, znači teorijsko razumijevanje načina na koji se odvija razvoj pojedinca, razumijevanje promijena socijalnih odnosa te uloge pomagača u tim promjenama.

Treći kriterij su metode psihosocijalnog rada, koje mogu biti preventivne i tretmanske, te rad sa pojedincima grupama i zajednicama moraju biti kompatibilne sa teorijama.

Nadalje, psihosocijalni rad je usmjeren na sisteme kojima korisnik pripada i/ili koji su mu bitni za promjenu.

Konačno, u psihosocijalnom radu se prepoznaju tri moguća načina djelovanja u proizvodnji promjena u životu korisnika: neposredno djelovanje pomagača, direktno usmjeravanje korisnika na promjene i indirektno djelovanje stručnjaka (Petrović, 2015). Ovo indirektno djelovanje je model u psihosocijalnom radu koji je, zapravo, vid psihoterapijskog pristupa. Znanja psihologije u socijalnom radu su posebno značajna. Socijalni rad u kome prevladavaju znanja, vještine i tehnike karakteristične za psihologiju, Howe (1997) naziva socijalnim radom u užem smislu.

Ciljevi psihosocijalnog rada su:

- Psihološko osnaživanje pojedinaca, porodica i mikrosocijalnih zajednica;
- Podrška pojedincima, porodicama i mikrosocijalnim zajednicama da prevaziđu životne teškoće koje su rezultat psihičkih i psihosocijalnih faktora (frustracije, stresori, psihički konflikt);
- Sociopsihološka podrška u uslovima posebnih životnih kriza pojedinaca i porodica;

- Unapređenje psihosocijalnog funkcionisanja pojedinaca i unapređivanje odnosa sa drugim ljudima i okruženjem;
- Podrška stabilnim odnosima, funkcionisanju porodice i njenim komunikacijama s okruženjem;
- Pomoć porodici da prevazilazi poremećaje odnosa koji su rezultat njenih ciklusa;
- Unapređenje mentalnog zdravlja pojedinaca, porodica i ljudi u zajednici;
- Predupređenje i prevazilaženje mentalnih poremećaja koji nemaju obilježja duževnih obilježja - psihička ometenost i zaostalost, psihopatija, neurotska stanja, emocionalna labilnost i poremećaji (Petrović, 2015).

1.4. Psihosocijalno savjetovanje

Osobama koje imaju poteškoće u psihosocijalnom funkcionisanju potrebna je stručna pomoć, ukoliko oni ne mogu sami, ili uz pomoć bližnjih, da prevladaju te poteškoće. Pošto uzroci njihovih životnih problema mogu biti u psihološkom ili, pak, socijalnom domenu, onda se takva pomoć priža u vidu psihosocijalnog savjetovanja. Terapeutska funkcija ove vrste savjetovanja ogleda se u tome što savjetovatelj primjenjuje aktivno slušanje i davanja savjeta u skladu sa subjektivnim viđenjem korisnika. Savjetovatelj, zapravo, podstiče korisnika da preispita svoje misli i osjećaje kako bi postigao jasan uvid u ono što mu se događa i, shodno tome, razmotrio alternativne solucije u razmišljanju, stavovima i konkretnom djelovanju.

Cilj savjetovanja je podrška korisnicima u postizanju njihovih ciljeva da rastu i razvijaju se kao ličnosti, da ublaže svoje teškoće i da djelotvornije funkcionišu. Krajnja svrha je da se korisnik od početne pomoći koju sam zatraži osloni na sopstvene resurse, vještine.

Psihološko savjetovanje i psihoterapija su srodne ali ne identične aktivnosti, budući da se savjetovanje odnosi na pomoć u konkretnim, situacijama i problemima, dok je psihoterapija vezana uz rad na cjelokupnoj čovjekovoj ličnosti i dubinskim promjenama u njegovom funkcionisanju (www.psihosocijalno-savjetovanje.hr).

Elaborirajući odnos psihološkog savjetovanja i psihoterapije Jelena Srna (2013) ukazuje na to da se, prema klasičnom shvatanju insistira na različitosti ovih pristupa. Prema tom shvatanju, psihoterapija je dublja, namijenjena je pacijentima sa težim psihičkim poremećajima, koristi se u medicini, a primjenjuju je psihijatri i klinički psiholozi. Prema savremenom shvatanju, psihoterapija i savjetovanje su, u suštini, istovjetni. Istorijski razvoj

psihoterapije i savjetovanja vodio je ka njihovom uzajamnom približavanju. Psihološkim savjetovanjem psihoterapija je izvedena iz medicinskog okruženja ka novim korisnicima (sistem obrazovanja, socijalni rad, volonteri).

Zajednička obilježja psihološkog savjetovanja i psihoterapije su:

- isti proces: klijet - terapeut - promjena;
- zajednička svrha: pomoć i podrška osobama koje imaju psihosocijalne poteškoće;
- zajednički ciljevi: liječenje, prevencija, kvalitet života;
- isti ili slični klijenti: djeca, mladi, odrasli, stari;
- isti metodi rada: sa pojedincima, parovima, porodicama, grupama;
- slična edukacija: bazično obrazovanje (psiholog, psihijatar, socijalni radnik) i specifična edukacija (obuka iz pojedinih psiholoških teorija i tretmana);
- slični problemi: tugovanje, razvod, alkoholizam, krize; psihoterapija se sve više okreće zdravima, a savjetovanje, preko tretmana stresa i krize tretmanu psihičkih poremećaja.
- iste teorije: blizu 500 teorijskih pravaca koji se mogu klasifikovati u pet metateorijskih klastera: psihodinamska (motivacija), kognitivno-bihevioralna (učenje), humanističko-egzistencijalistički-iskustveni (individua), sistemski-multikulturalni (kontekst), integrativni (Consoli & Jester, 2005, prema Srna, 2013: 88);

Savjetovatelj pomaže korisniku da postigne samouvid i samopomoć, za što je neophodno aktivno učešće korisnika. Ciljevi koji se žele postići savjetovanjem definišu se na osnovu konkretnih teškoća i potreba korisniku, ali i njegovog viđenja rješenja. Generalna namjera je što bolje i kvalitetnije suočavanje korisnika sa aktuelnom situacijom. Nakon što korisnik usvoji novi način djelovanja, željene promjene će se i desiti. Propratno dejstvo savjetovanja je razvijanje ljubavi prema samom sebi, podizanje nivoa samopoštovanja i samopouzdanja i otvorenija komunikacija sa okruženjem.

Savjetovanje podrazumijeva i razvijanje raznih komunikacijskih vještina. Može se reći da savjetovanja pomaže korisnicima da se suoče i bore sa izazovima, kako bi ostvarili pozitivne pomake u onim područjima života u kojima su se osjećali neuspješnim i bespomoćnim.

Savjetovanje je namijenjeno u slijedećim situacijama:

- Upravljanje životnim promjenama i unapređenje kvaliteta života;
- Narušeni porodični ili partnerski odnosi;
- Sniženo samopouzdanje;
- Poteškoće djece ili roditelja usljed razvoda;

- Komunikacijske poteškoće u odnosu s drugim ljudima;
- Problemi u odgoju djece;
- Poteškoće u socijalnoj integraciji ili prilagođavanju;
- Prilagođavanje na životne promjene;
- Savjetovanje pri poteškoćama u timskom radu i vođenju ljudi;
- Narušeno psihičko zdravlje;
- Neefikasno suočavanje sa životnim teškoćama;
- Upravljanje karijerom (www.psihosocijalno-savjetovanje.hr).

Aktivnosti od kojih se sastoji savjetovanje su:

- Zasnivanje odnosa, povjerenja i poštovanja s klijentima;
- Aktivno slušanje korisnika i razumijevanje njegove situacije;
- Podupiranje korisnika u donošenju odluka povezanih s mogućim izborima;
- Pomaganje korisniku da osvijesti dublje razumijevanje svojih problema;
- Razumijevanje klijenta i stavljanje na stranu vrijednosnih sudova i predrasuda;
- Definisanje ishoda rada tj. cilja za klijenta kao i savjetovatelja;
- Poticanje korisnika da govori o problemima koji se ustručava podijeliti s drugima;
- Osvještavanje pogrešnih koraka koje klijent čini a koji su doveli do teškoća i odnosu prema tome – traženje najboljeg rješenja;
- Vođenje evidencije o radu s korisnicima u skladu s etičkim normama i pravilima (www.psihosocijalno-savjetovanje.hr).

U naslovu ovog pod-poglavlja korišten je termin psihosocijalno savjetovanje. Time se ukazuje na specifičnost savjetovanja u socijalnom radu, a ona se ogleda u tome da se kroz savjetovanje u socijalnom radu akcenat stavlja i na psihološke i na socijalne dimenzije problema korisnika u sistemu socijalne zaštite. Stoga je, sa stanovišta ovog rada, bitno određenje pojma savjetovanja prema važećim zakonskim odredbama u BiH.

U Zakonu o socijalnoj zaštiti Republike Srpske (čl. 55. tačka 9) daje se ovakvo određenje: „Savjetovanje sistemska i programirana stručna pomoć koju realizuju stručni radnici primjenom metoda socijalnog rada i drugih društveno-humanističkih nauka, a čija je svrha pomoć pojedincu, članovima porodice ili porodici ... u slučaju bolesti, starosti, invalidnosti, nezaposlenosti, smrti bliskih lica, problema u vaspitanju djece i u odnosima roditelja i djece, problema rizičnih ponašanja djece i omladine, problema bračnih i vanbračnih odnosa, zaključenju braka, nasilja u porodici, uključivanja u svakodnevni život

nakon dužeg boravka u institucijama, ostvarivanja pojedinih socijalnih prava, te u drugim nepovoljnim socijalnim okolnostima i kriznim situacijama.“

Kada je u pitanju Federacija BiH, usluga savjetovanja je svrstana u koprus prava na usluge socijalnog i drugog rada u oblasti socijalne zaštite, koje nije uslovljeno materijalnim prilikama korisnika. “Pravo na usluge socijalnog i drugog rada mogu ostvariti pojedinci, obitelji i društvene skupine, neovisno od materijalnih mogućnosti i korištenja nekog od oblika socijalne zaštite, radi zaštite njihovih prava i interesa i sprječavanja pojava i ublažavanja posljedica socijalnih problema. Uslugama socijalnog i drugog stručnog rada, glede ovog zakona, smatra se savjetodavni rad koji obavljaju ustanove u rješavanju porodičnih i bračnih problema, te mjere i akcije, u suradnji sa mjesnim zajednicama i drugim tijelima, na suzbijanju i sprječavanju društveno neprihvatljivog ponašanja djece i ostalih pojedinaca, obitelji i društvenih skupina“ (Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite obitelji sa djecom u Federaciji BiH, član 46).

2. Teorije relevantne za psihosocijalno savjetovanje u socijalnom radu

U prethodnom tekstu naznačeno je da se u psihološkom savjetovanju koriste teorijska saznanja koja su razvijana u okviru psihologije i psihijatrije. Takođe, navedeno je da danas postoji veliki broj psihoterapijskih pravaca (oko 500) koji su svrstani u pet velikih grupa. Ponovimo da se radi o teorijama koje su razvrstane u grupu psihodinamskih teorija, kognitivno-bihevioralnih, humanističko-egzistencijalističko-iskustvenih, sistemsko-multikulturalnih i integrativnih (Srna, 2013).

Pojedince možemo najbolje razumjeti, prema koncepciji porodičnih sistema, u kontekstu odnosa i procjenom interakcija unutra cijele porodice. Pokazatelji disfunkcija unutar porodice smatraju se simptomima, te se smatra da se takvi disfunkcionalni obrasci prenose kroz nekoliko generacija. Klijentov problem može biti simptomom načina funkcionisanja sistema. Osnov takvog shvatanja je u pretpostavci da korisnikovo problematično ponašanje može:

1. Imati funkciju ili cilj za porodicu,
2. Biti funkcijom nesposobnosti porodice da produktivno djeluje naričito u prijelaznim razvojnim razdobljima,
3. Biti simptomom disfunkcionalnih obrazaca koje se prenose sa generacije na generaciju.

Ranije navedeno dovodi u pitanje tradicionalne unutarpsihičke okvire za objašnjavanje čovjekovih teškoća i njihov nastanak (Corey, 2004).

Za psihosocijalno savjetovanje u socijalnom radu posebno su značajne teorije i terapijski modeli koji su razvijani u okviru sistemskih pristupa. Razlog treba tražiti u tome što se u socijalnom radu psihosocijalno savjetovanje najčešće provodi kroz socijalni rad s pojedincem i porodicom. Kroz ovaj teorijsko-metodski pristup uvažava se značaj porodice, kao primarne socijalne mreže unutar koje treba tražiti uzroke problema pojedinca, ali i načine za rješavanje tih problema. Stoga se u nastavku daje kratak osvrt na neke od sistemskih porodičnih terapija ili, bolje rečeno, terapija porodičnih sistema (Corey, 2004).

2.1. Funkcionalistički pogledi na socijalni rad sa osvrtom na sistemsku porodičnu terapiju

Strukturalno-funkcionalistička teorija značajno je učvrstila pozitivističke uticaje i opstajanje socijalnog rada, tim više jer predstavlja apologiju ili produbljivanje pozitivističkih shvatanja. Prema funkcionalističkom shvatanju, uloge socijalnog radnika tiču se građenja kvalitetnih postojećih i novih veza između ljudi i sistema kojima su okruženi. Važan segment je građenje novih veza između ljudi i sistema u okruženju, bitna odlika socijalnog rada je na unapređivanju interakcije i poboljšanja odnosa prema ljudima u okviru izvornih sistema zajednica i ustanova, budući da ljudi veći dio svog života provode u sistemima - porodica, socijalne i zdravstvene ustanove i organizacije (Milosavljević, 2009).

Uticaj strukturalno-funkcionalističke teorije na socijalni rad tiče se uvođenja modela socijalnog rada sa grupom što se odnosi na proširivanje predmeta, iako su primarne uloge i svrha ostale iste (očuvanje poretka i socijalnog mira, podrška i zaštita ugroženih).

Uticaj strukturalno-funkcionalističke teorije ukratko ćemo prikazati kroz model sistemske porodične terapije koji proizilazi iz opštih sistemskih teorija. Iako sistemska porodična terapija nije prevashodno vlasništvo socijalnih radnika, u njenom nastanku socijalni radnici su imali veliki uticaj. Podsjetimo da je još Mery Richmond u svom radu isticala značaj porodice i unutarporodičnih odnosa. Dakle, na samom početku razvoja socijalnog rada kao profesije socijalni radnici su bili posvećeni poboljšanju socijalne situacije i uslova života marginalizovanih. U središtu interesovanja socijalnih radnika bio je socijalni rad sa porodicom te su socijalni radnici puno prije psihijataru i psihologu radili intervjue sa oba roditelja da bi dobili sliku o potpunoj porodici. Međutim, doprinos socijalnih radnika je

vremenom minimiziran iz nekoliko razloga. Jedan od tih razloga je to što su socijalni radnici, skloni pragmatičnom djelovanju, manje teorijski razrađivali ovaj pristup, a samim tim manje istraživali i pisali o tome. Ne manje važna je činjenica da su počeci socijalnog rada vezani za žene, što je bio hendikep u odnosu na vrijednosne sisteme tog vremena – paternalizam (Milosavljević, 2009).

2.2. Sistemska porodična terapija

Začeci psihoterapijskog tretmana mogu se prepoznati u teorijskom i terapijskom radu Sigmunda Freuda (1856-1939). Logično je da istorijat psihosocijalnog tretmana počinje sa prvom konzistentnom psihološkom teorijom, koja je pronikla u tajne razvoja i strukture ljudske ličnosti. Poznato je da Frojdova psihoanaliza počiva na stavu da uzroke psihičkih problema treba tražiti u ranom djetinjstvu kada psihološki razvoj djeteta umnogome zavisi od odnosa sa majkom i ocem. Porodica i međuodnos djeteta i roditelja utemeljuju buduću ličnost. Na osnovu toga se može zaključiti da postoji povezanost između psihoanalize i porodične terapije.

Porodica je ranije češće u dijagnostici nego u terapiji korištena uglavnom kao instrument. Korištena je za efektivniju profesionalnu pomoć pojedincu kao pomoć ili kao oružje (Milojković, Srna, Mićović, 1997). Bez obzira na to što je psihoanaliza ukazala na značaj porodice, u prvom polovini XX vijeka u psihijatrija je dominirala individualna terapija. To će reći da se tretman odvijao na relaciji psihoterapeut - klijent. Klijent je bio u fokusu čak i kada se obavljala grupna terapija. Višedecenijska iskustva individualne psihoterapije pokazala su da uzroke psiholoških problema pojedinca treba tražiti u njegovoj socijalnoj sredini, a prije svega u porodičnom miljeu. Ovakav stav prevladao je pedesetih godina prošlog vijeka. Uticaj porodice prepoznaje se čak i u slučajevima težih psihičkih poremećaja, kakvi su psihotični i shizofreni poremećaji. Smatralo se da je majka koja djetetu upućuje dvosmislene poruke (double bind) shizofrenogena te da je ona uzrok nastanka shizofrenije, zbog čega se pokušalo psihoterapijski djelovati na porodicu da bi se liječio bolesni (psihotični) član. Dakle, porodična terapija u svojim počecima bila je usmjerena isključivo na porodicu sa shizofrenim članom.

Danas se podrazumjeva kako drugačiji tehnički pristup tretmanu tako i drugačije viđenje psihopatologije. Intervencije koje se danas koriste mogu biti upućene primarno porodičnoj grupi, ili samo bračnoj dijadi, vertikalnoj ili horizontalnoj mreži srodnika ili

vještački formiranim grupama porodica (Milojković, Srna, Mićović, 1997). Iz bazične teorijske postavke o međusobnoj zavisnosti članova porodice na biološkom, socijalnom i psihološkom planu proizilaze svi modaliteti tretmana. Za razliku od onog što se inače podrazumijeva kao porodica – nuklearna porodica, jedinica tretmana može biti uža ili šira, i može se sastojati od jednog, dva ili četrdesetak ljudi. Pod porodicom se ne ograničavaju samo krve veze već se odnosi i na emocionalne, zakonske i druge veze. Porodična terapija je primjenjiva i u drugim operativnim emocionalnim sistemima kao što su radne ili druge organizacije (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Prema strukturalističkom pristupu smatra se da je porodica kao sistem sastavljena iz podsistema (bračni par, majka - dijete, otac - dijete...). Bazira se na dobroj strukturi porodice sa jasnim granicama posebno među generacijama. Jake ili slabe granice stvaraju disfunkcionalnu porodičnu strukturu čija manifestacija je simptomatski član porodice - sa poremećajem (Milosavljević, 2009).

Za razliku od individualne psihoterapije, porodična psihoterapija se bavi, ne samo pojedincem, nego i partnerima i kompletnom porodicom. Radi se o sistemskom pristupu, koji podrazumijeva da je porodica sistem sačinjen od dijelova (članovi porodice) koji predstavlja cjelinu i čije funkcionisanje zavisi od interakcija koje uspostavljaju članovi tog sistema. Zbog interaktivnih veza članova porodice, jasno je da promjene kod jednog člana uzrokuju promjene kod ostalih članova, pa i promjene cijele porodice. Razmatra se i uticaj pod-sistema, a unutar porodice to su roditeljski pod-sistem, sibilin braća i sestre. Osim toga, funkcionisanje porodice i njenih članova zavisi i od širih (vanjskih) sistema, kao što su rodbina, susjedstvo, lokalna zajednica, pa i cjelokupna kultura i nacija. Slijedom rečenog, porodična terapija ne vidi problem u pojedincu, odnosno ne samo u pojedincu, nego u interakcijama koje on ostvaruje unutar porodice.

Jedna od definicija kaže da je porodična terapija, psihoterapijski pristup usmjeren na promjenu interakcija bračnog para, nuklearne ili proširene porodice, kao i drugih interpersonalnih sistema, u cilju otklanjanja psiholoških ili psihijatrijskih sistema koji ometaju funkcioniranje porodice ili njenih članova (Wynne, 1988; prema Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Danas je opštepoznata činjenica da je porodica primarna socijalna mreža u kojoj se ostvaruje proces socijalizacije. Dijete stiče prva životna iskustva i znanja unutar porodice. Njegovi stavovi, navike, moralni obrasci i ukupan svjetonazor formiraju se u porodičnom krugu. Emotivni lomovi i nadahnuća uglavnom se dijele unutar porodice, baš kao i uspjesi i porazi u socijalnim komunikacijama. Sve ono što je, u psihološkom smislu, stekao unutar

porodice porijekla pojedinac prenosi u porodicu koju kasnije osniva sa odabranim partnerom..

U tradicionalnom smislu, porodica je zajednica krvnih srodnika koja je nastala iz bračne veze. U pogledu strukture ona može biti jednoroditeljska (bez oca ili majke), partnerska (bez djece), porodica sa djecom iz različitih veza, usvojilačka (porodica u kojoj žive djeca koja su usvojena), starateljska (porodica koja je preuzela brigu za djecu bez roditeljskog staranja). U novije vrijeme sve više se govori o lgbt porodicama, koje u formalnom smislu nisu zaživjele kod nas. Bez obzira na različitu strukturu, porodica može biti funkcionalan ili disfunkcionalna. To zavisi od kvaliteta odnosa između njenih članova. Dakle, porodica kao sistem ima svoju strukturu zasnovanu na ulogama i odnosima njenih članova, podrazumijevajući i postojanje određenih koalicija, moći, hijerarhije, sukoba i promjene strukture. Ona se, kao i svi sistemi, uspostavlja oko obavljanja različiti funkcija (reproduktivna, emocionalna, socijalizatorska, ekonomska, zaštitna), pri čemu svaki podsistem učestvuje u njihovom obavljanju, kako bi sistem djelovao i postojao kao cjelina (Milosavljević, 2009: 157) .

Kako navodi Milosavljević (2009) veoma je važno među porodičnim podsistemima procjena granica. Granice omogućavaju da podsistemi dobiju potrebne izvore, ali moraju biti jake da očuvaju integritet porodice. Dakle, porodica kao sistem ima svoje granice ali se dodiruje sa drugim sistemima.

Poremećaji ravnoteže porodičnog sistema i neuspjesi adaptacije na promjene dovode do simptoma čiji nosioci mogu biti pojedini članovi ili koalicije (djeca, roditelj i dijete, generacijske koalicije). Disfunkcije porodice ne posmatraju se kao nenormalna stanja već kao periodi adaptacije i težnje ka uspostavljanju njene nove ravnoteže i stabilnosti. Zadatak je systemske porodične terapije da na osnovu prepoznavanja nosilaca simptoma (disfunkcije) utiče na prilagođavanje porodice novim okolnostima, što nekad uključuje i komunikacije i uključivanje drugih sistema – šira porodica, radna organizacija, susjedstvo (Milosavljević, 2009: 160).

Maksimalan efekat porodične terapije postiže se kada svi članovi sudjeluju u terapiji. Ukoliko se radi sa samo jednim članom, onda ne treba zanemarivati porodični kontekst problema, niti porodične resurse potrebne za razrješenje problema.

Pojedinca se najbolje može razumijeti u kontekstu odnosa i procjenom interakcija unutar cijele porodice navodi se u koncepciji porodičnih sistema. Pokazateljem disfunkcije unutar porodice smatra se simptom, te se disfunkcionalni obrasci prenose kroz nekoliko generacija. Smatra se da klijentov problem može biti simptomom načina funkcionisanja

sistema a da nije samo pokazatelj nečije neprilagođenosti, istorije ili psihosocijalnog razvoja (Corey, 2004).

Porodična terapija nastala je pod uticajem četiri profesije koje su, po prirodi svojih interesovanja, postale bliske ili vremenom postajale sve bliže porodici (Ggurman, Kniskern, 1981; Milojković, Srna, Mićović, 1997). Te profesije su: socijalni rad, socijalna psihijatrija, porodična edukacija i seksualna terapija. Autori Milojković, Srna i Mićović u knjizi Porodična terapija, koja je objavljena 1997. godine, pišu o istorijskom razvoju sistemske porodične terapije. U nastavku je ukratko prikazan ovaj razvojni proces

Krajem XIX vijeka iz okvira rada dobrotvornih organizacija koje su pomagale siromašne, bolesne i hendikepirane osobe i njihove porodice razvio se pokret socijalnog rada. Sama ideja ovog pokreta je bila da se pruži pomoć oboljelom i njegovoj porodici. Krajem četrdesetih godina ovog vijeka socijalni radnici uočili su potrebu za uključivanjem porodice u tretman posebno u tretmanu psihičkih poremećaja kod djece i mladih. U djelima psihoanalitičara Adlera i Junga prisutna je socijalna psihijatrija. Prema Adleru, glavna motivaciona snaga u psihičkom razvoju čovjeka koji se rađa kao mali i bespomoćan je osjećanje adekvatnosti i moći. Moćan način da se ovlada okolinom, smatra Adler je bijeg u bolest. Ideja o individualnoj patologiji kao nusproduktu porodičnih konflikata bila je bliska kako Adleru tako i Jungu. Također, i Oto Rank, daje doprinos porodičnoj terapiji te u svom psihoterapijskom radu obraća veću pažnju događanjima u seansi nego sjećanjima iz prošlosti, više eksponira sopstvenu ličnost i osjećanja. On također ograničava i ukupno trajanje tretmana. Pojam shizofrenogene majke uvodi Frida Fromm-Richman, dok Erih From i Karen Horney govore o interkciji pojedinca i društva. Sullivan smatra da mentalnu bolest čine i produkuju poremećeni međuljudski odnosi. Prema Sullivanu puno razumijevanje jedne osobe možemo naći u kontekstu njene porodice, prijatelja i šire socijalne grupacije. Za razumijevanje nečijeg individualnog razvoja od velikog je značaja odobravanje ili neodobravanje od strane roditelja. Sullivan pokazuje interes posebno za one psihičke poremećaje koji proizilaze iz poremećenog odnosa majka djeteta. Jedan je od prvih autora koji se usudio pokazati da se shizofrenia može tretirati i psihoterapijom. Vjerovao je da je toplina terapeutskog odnosa neophodan oslonac, kako za prorađivanje i obradu ranijih loših porodičnih odnosa tako i za postizanje lične sigurnosti i samopoštovanja.

Porodična edukacija zaživljava već početkom XX vijeka, kada se organiziraju sastajališta majki spremnih da poboljšaju kvalitet svog roditeljstva u Americi. Mnoge obrazovne institucije kao i crkve počinju njegovati pripreme za roditeljstvo. Na Univerzitetu u Sjevernoj Karolini E. Groves 1936. godine osniva sveobuhvatan kurs na temu bračnih i

porodičnih odnosa. Kurs je obuhvatio sva aktuelna znanja iz oblasti prava, biologije, medicine, ekonomije, psihologije i sociologije. Cilj nije bio da se analiziraju i opišu već i unaprijede partnerski i bračni odnosi studanata polaznika kojima je bio i prilagođen. Porodični edukatori 1939. godine osnivaju i časopis pod nazivom „Marriage and Family Living“ (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Na širenju seksualnog obrazovanja i tretmanu seksualnih strahova počelo se raditi dvadesetih godina prošlog vijeka a na tome je radio engleski ljekar i pjesnik Havelock Ellis. Slijedećih godina otvaraju se centri po Evropi koji uz savjetovanje iz domena biologije, medicine i kontrole rađanja, rutinski počinju raditi i nešto iz oblasti partnerskih odnosa. Istraživanja Kinsey-a i saradnika o ljudskoj seksualnosti obogatili su znanje i vještinu stručnjaka pa tako ohrabreni počinju da se bave terapijom i savjetovanjem (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Psihodinamski orijentisani psihoterapeuti širom svijeta, pedesetih godina, počinju pokazivati koliko ih u praksi ograničava primijena konvencionalnih psihijatrijskih i psihoterapijskih principa. Dešavalo se često u praksi, kada pojedinac napusti bolnicu da se vrati sa istim ili novim simptomima. Individualni tretman nije davao željene rezultate. Zašto? Pa nakon što se oporavljeni pacijent iz hospitalnih uslova vrati u matičnu sredinu vraća se u svoje prirodno (porodično) okruženje. Nerijetko se dešavalo da simptom pređe na drugog člana porodice, suprotno važećem vjerovanju da se pozitivna promjena kod pojedinca automatski pozitivno odrazi i na porodicu (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Osamdesetih godina prošlog vijeka „dolazi do približavanja različitih pravaca u porodičnoj terapiji i objedinjavanja teorijskih koncepata u teorijski sve određeniji sistemski pristup. U praksi se prihvataju sve one tehnike koje su izdržale test vremena, bez obzira na pravac kome pripadaju“ (Milojković, Srna, Mićović, 1997: 24). Klasifikacije su vršene na osnovu kriterija koje su uspostavljali velikani ove teorije i terapije.

Autori Gurman i Kniskern (1981; prema Milojković, Srna, Mićović, 1997) su se pridržavali teorija na kojima počivaju koncepti određenih pravaca ili škola.

Prvu grupu čine predstavnici onih škola koje za svoj teorijski okvir koriste psihoanalitičku teoriju. Ove škole dopunjene su i proširene sistemskim pristupom. U tu grupu spadaju:

1. Psihoanalitički (klasični) i terapija objektnih odnosa
2. Transgeneracijski pristupi:
 - a) Integracija bračne terapije sa terapijom porodice porijekla
 - b) Kontekstualna porodična terapija

- c) Simbolično – iskustvena terapija
- d) Porodična sistemska teorija i terapija.

Kao svoj teorijski okvir, druga grupa, prevashodno ima opštu teoriju sistema i teoriju komunikacija i nju čine:

1. Interakcijski pristup – Porodična terapija MRI
2. Strukturalna porodična terapija
3. Strateška porodična terapija
4. Milanska škola sistemske porodične terapije
5. Funkcionalna porodična terapija
6. Problem – centrirana porodična terapija
7. Integrativna porodična terapija.

Bračna, roditeljska i seksualna bihevioralna terapija, čine treću grupu, koje kao teorijsku osnovu koriste biheviorizam i teoriju socijalnog učenja. Sačinjavaju je :

1. Bračna bihevioralna terapija
2. Roditeljska bihevioralna terapija
3. Bihevioralna terapija seksualnih poremećaja (Milojković, Srna , Mićović, 1997).

Kako navodi Walsh (1993, prema Milojković, Srna, Mićović, 1997) druga podjela sačinjena je na osnovu odnosa prema problemu viđenja disfunkcionalnosti te ciljeva terapije.

1. Pristupi koji su orijentisani na rješavanje problema:
 - a) Strukturalni
 - b) Strateški / sistemski
 - c) Bihevorani
 - d) Psihoedukativni.
2. Pristupi koji su orijentisani na rast i razvoj:
 - a) Psihodinamki
 - b) Bowen-ov pristup
 - c) Iskustveno – simbolički pristup (Milojković, Srna , Mićović, 1997).

Zajedničko svim navedenim školama i pravcima je prihvatanje porodice kao sistema. Međutim, termin sistem se ne upotrebljava u istom značenju. Značajna je interakcija za ono što se dešava u sistemu i oko toga se slažu mnogi autori, navode Milojković i sar. (1997). Prema istim autorima, razlike koje su evidentne tiču se pitanja definisanja normalnosti, disfunkcije, procesa primijene strategija i tehnika kao i ciljeva terapije. Ipak, komponente porodičnog functionisanja koje su opisane u jednom teorijskom pravcu mogu imati svoj korelate u drugim pravcima. Posljednjih godina, mnogi autori mnogo rade na planu

integracije različitih pristupa, prije svega uvođenjem multidimenzionalnog viđenja porodičnog funkcionisanja (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

2.2.1. Adlerova porodična terapija

Prvi psiholog koji je provodio porodičnu terapiju bio je Alfred Adler. Prije nego što se sistemska terapija počela primjenjivati njegov pristup bio je sistemski, a već nakon Prvog svjetskog rata Adler je bio osnivač više od trideset klinika za zaštitu duševnog zdravlja djece u Beču gdje je vodio otvorene terapijske susrete u „otvorenom forumu“ pred roditeljima, učiteljima i članovima lokalne zajednice. Takav rad u Sjedinjene Američke Države, i to u obliku centra za zaštitu duševnog zdravlja porodice prenosi, Robert Dreikurs (Turner Pew, 1978; prema Corey, 2004).

Psihoanaliza stavlja pojedinca u žarište terapije, ali očito je kako njegova neurotičnost ima svoje korijene u odnošenju djeteta s parentalnim figurama i njihovim bračnim konfliktima. Prvobitnu Freudovu intuiciju operacionalizira Adler 20-ih godina prošloga vijeka osmisivši model uključenja čitave porodice i odgojnog procesa u savjetovanje (Dreikurs, 2013). Polovicom vijeka psihoanalitičke postavke doživljavaju u Americi razvoj u interdisciplinarno osmišljenu sistemska terapiju (Dreikurs, 2013). Izvorno Adlerove teoretske postavke moguće je pronaći u većem broju sistemskih psihoterapija (Schweitzer & Schlippe, 2013). Za razliku od svojeg prethodnika, Adler naglašava socijalnost kao ključni proces u psihofizičkom razvoju ličnosti, polazeći od činjenice kako dijete ne bi moglo preživjeti bez društvene, fizičke, emocionalne brige (Hulshoff, 2001). U tu svrhu društvo delegira porodici brigu za razvoj i odgoj sljedeće generacije tako da roditeljima – budući da su stariji i posjeduju socijalna iskustva – prirodno pripada uloga vođe: osim brige za emotivne i tjelesne potrebe, oni upućuju mladu osobu u međusobna i društvena pravila, strategije rješavanja problema, predstavljaju modele odnosa muškarca i žene, odnosa prema drugima, radu i slično. Djeca uče „porodične vrijednosti“ i one se odnose na stavove glede obrazovanja, religije, novca, postignuća, morala (Leggett, 2012).

Temeljna pretpostavka Adlerove porodične terapije jeste da roditelj i djeca često ostaju zarobljeni u ponavljajućim, negativnim interakcijama zasnovanim napogrešnim ciljevima koji motivišu sve uključene strane. „Takvi negativni interakcijski obrasci odraz su autokratskog/permisivnog dijaloga koji se provlači kroz glavninu našeg socijalnog nasljeđa.

Prema tome, u većini slučajeva teškoće jedne porodice zajedničke su u svim drugima u zajednici“ (Corey, 2004: 391).

Iako se Adlerovi sljedbenici baziraju na individualnom pristupu isti koriste edukativne modele javnog savjetovanja porodice (u školama, ustanovama u zajednici i sl.) Terapijski cilj ovog pravca je da se cijela porodica uključi u terapijski proces učenja i u saradničku procjenu.. Terapeuti ovog usmjerenja nastoje se uključiti u porodicu s pozicije obostranog poštovanja i, zapravo, djeluju kao saradnici. Važna je funkcija sistemskog istraživanja i obrazovnaja unutar saradničke uloge (Bitter i sar, 1998; Corey, 2004).

Dio kratke adlerovske terapije je proces otvorenog foruma. Prema ovom modelu s roditeljima se obično razgovara bez djece gdje se roditeljima daje mjesto vođe. S roditeljima i publikom terapeut istražuje porodična konstelaciju. Ovakav rad završava obično terapeutovim traženjem od roditelja i publike, da smisle nove pristupe koji će okončati pogrešne interakcije i uspostaviti demokratičniji, skladniji i otvoreniji porodični život (Corey, 2004).

Terapeuti žele uključiti roditelje u proces učenja i u saradničku procjenu. Cilj terapije je pomoći roditeljima da postanu učinkovite vođe u porodici i da ima se u tome pruži potpora. Tokom procjene, a na temelju prikupljenih podataka terapeuti objašnjavaju sistemski proces u porodici, opisujući mjesto svakog člana porodice kao i međusobne procese koje se ponavljaju u svakodnevnom životu. Da bi se olakšalo razumijevanje postojećih motiva koristi se otkrivanje ciljeva. Još jedan terapijski cilj postiže se tim intervencijama: automatski, često nesvjesno i negativne interakcije zamjenjuju se svjesnim razumijevanjem porodičnog procesa (Corey, 2004).

Porodični terapeuti adlerovskog usjerenja mišljenja su da oni mijenjaju motivaciju, a ne ponašanja. U drugoj polovini XX vijeka razvili su brojne roditeljske vještine i intrevencije, što se danas naziva autoritativno pristupačnim roditeljstvom ili demokratskim odgojem djece. Smatra se da roditelji dobiju preporuke kako da započnu preusmjeravanje porodice a na temelju razumijevanja specifičnih porodičnih motivacijskih obrazaca (Corey, 2004).

2.2.2. Višegeneracijska porodična terapija

Murray Bowen je jedan od osnivača obiteljske terapije koja predstavlja teorijsko–klinički model koji je proizašao iz psihoanalitičkih principa i prakse i ponekad se naziva

višegeneracijskom (transgeneracijskom ili međugeneracijskom) porodičnom terapijom. „Pristup djeluje pod pretpostavkom da se porodica može najbolje razumjeti ako se analizira sa stajališta barem tri generacije, jer predvidljivi obrasci interpersonalnih odnosa povezuju djelovanje članova obitelji od generacija do generacije“ (Corey, 2004: 399).

Značajne uvide za osmišljavanje te terapije stvorio je autorov rad s osobama oboljelima od shizofrenije (Jackson, 1960). On pridaje važnost uticaja porodice i prošlosti na razvoj patologije (psihoanalitička pozadina psihoterapije), no novost je u tome što efektivno uključuje i samu porodicu u terapijski proces (Bowen, 1985). Bowen polazi od premise kako je patologija plod “emocionalnih oštećenja, unutar sistema nuklearne porodice, “processa višegeneracijskog prijenosa“, “društvene regresije“. Po njemu, čitavo društvo slijedi dinamike slične porodičnima te, imajući u vidu fenomenologiju specifičnog poremećaja, moguće je prepoznati patološke društvene i porodične procese, dok u svakome od nas “čuči mala shizofrenija, (Titelman, 2013).

Porodica i socijalne grupe sklone su vršiti pritisak na svoje članove ne bi li ih podložile “grupnom mišljenju, i konformizmu, tako da pojedinac razvija ličnost u službi drugih (pseudo-self), dok zapostavlja razvoj vlastite ličnosti, sticanje autonomije izbora i nezavisnost od drugih „diferencijacija sebe“ (Guerin, 1976).

Nediferencirane osobe pokazuju teškoće u diferenciranju sebe i drugih, nesamostalne su, teško zauzimaju lični stav i reagiraju nekontrolisanim emocijama, “stopljene“ su s porodicom porijekla i sklone su ponavljanju obrazaca koji u njoj prevladavaju (Klever, 2003).

Stepen diferencijacije sebe posebno je uočljiv kod izbora partnera i sposobnosti ophođenja s poteškoćom koja porodicu sreće: situacija stresa i anksioznosti, bračnog konflikta, disfunkcije jednog od partnera ili poteškoće koju pokazuje koje od djece. Nediferencirane osobe traže i nalaze sličnu osobu ne bi li se s njom stopile, kao što je to prethodno bio slučaj s porodicom porijekla (Gubbins, Perosa, Haring, 2010).

Porodične dinamike karakteristiše nekontrolirano izražavanje emocija s izraženim oscilacijama, toliko da ono postaje nefunkcionalno, koči iskrenost odnosa. U takvoj situaciji i članovi porodice mogu “odlučiti, da ne izražavaju emocije u strahu da one ne postanu destruktivne za drugoga ili za sebe. Vezu među supružnicima karakteristiše prisutnost iznimno jakih emotivnih stanja te njihova brza izmjena, tjeskoba zbog mogućnosti ostavljenosti i samoće, paranoično ispitivanje tuđe ljubavi i naklonjenosti. Takve ličnosti pokazuju „zavisnički stav“ potrebu da kontinuirano iskazuju uzajamnu ljubav i nježnost, toliko da „obožavanje drugoga“ poprima karakteristike religije (Wilson - Schaef, 2000).

Kao cilj terapijskog interventa, uz rad na osjećaju tjeskobe i uklanjanju simptoma, Bowen potiče diferencijaciju svakoga pojedinog člana porodice, tako da će prestati i potreba za sklapanjem savezništava i stvaranjem triangulacija (Howe, 1998) .

Bowenove sljedbenike najviše je zanimalo mijenjanje pojedinca unutar konteksta sistema. Smatrali su da je potrebno shvatiti i izravno dovesti u pitanje odnosne obrasce iz porodice iz koje potičemo kako bi se teškoće mogle mijenjati. Zbog nerazriješenih emocionalnih privrženosti, emocionalni problemi prenosili su se sa generacije na generaciju. Promjena se mora dogoditi sa svim članovima porodice i ne može je postići pojedinac u savjetovateljskoj sobi (Corey, 2004).

Primjena Bowenove porodične terapije vodi ka dva cilja:

1. uvažavanje tjeskobe i uklanjanje simptoma;
2. povećavanje stepena diferencijacije svakog člana porodice (Kerr i Bowen, 1988; prema Corey, 2004).

Otvaranje zatvorenih porodičnih veza i aktivno uključivanje u proces uklanjanja triangulacije nužno je da bi se postigla promjena porodičnog sistema. Iako se smatra da su problemi u sistemu, put mijenjanja jednog člana vodi kroz mijenjanje odnosa sa ostalim članovima porodice iz koje potiče (Nichols i Schwartz, 1998; prema Corey, 2004).

S obzirom na ranije navedeno, rad sa genogramom predstavlja važan dio ovog pravca, a porodični genogram sastoji se od crteža porodice svakog od partnera i to kroz tri generacije.

2.2.3. Model procesa uvažavanja čovjeka

Smjernice terapije Virgnija Satira posebno bi mogle pomoći u radu s porodicama koje karakteristiše neadekvatno izražavanje emocija, emocionalno zanemarivanje i odsutnost, odnosno obrnuto: u porodici može biti prisutno mnogo emocija koje se ne znaju kontrolisati. U prvom se slučaju emocije mogu kompenzovati materijalnom brigom za drugoga, namirivanjem tuđih potreba.

Satira ističe važnost komunikacije i učenje sposobnosti emocionalnog doživljaja, ističe spontanost i kreativnost, otkrivanje sebe, samopoštovanje i svijest o vrijednostima, stvaranje koherentnosti sebi i povjerenja prema drugima, preuzimanje odgovornosti i rizika (Tschanz Cooke, 2013).

„Satirin proces uvažavanja čovjeka naglašava važnost jačanja i procjene samopoštovanja, obiteljskih pravila, komunikacijskih obrazaca koji mogu biti usklađeni i

odbrambeni, njegujućih trijada i stvaranja obiteljske karte te krunolgije obiteljskih činjenica. Proces ističe važnost činitelja koji djeuju u terapijskom procesu kao što su uspostava kontakta, metafora, uspostava novog okvira, emocionalna iskrenost, jasna komunikacija, stvaranje novih mogućnosti, drama, humor i osobni izražaji“ (Corey, 2004: 405). I ona posmatra tri generacije porodičnog života kao i Bowen, a te obrasce nastojala je oživjeti u sadašnjosti tražeći od porodica da nacrtaju porodične karte i hronologiju životnih činjenica ili izazivajući grupne procese u kojima se se porodični obrasci i doživljaju mogli oponašati u postupku rekonstrukcije. Ona u svom pristupu porodičnoj terapiji razlikuje funkcionalne i disfunkcionalne komunikacijske obrasce (Corey, 2004).

Satira izdvaja četiri nefunkcionalna načina komunikacije među članovima porodice kad se nađu u situaciji krize, odnosno stresa:

- pomirujući ili prikrivajući, kojim se osoba i pod cijenu žrtve same sebe trudi oko “mira u kući“;
- optužujući, kad osoba traži greške i optužuje drugoga da ne mora uvidjeti vlastitu slabosti i mijenjati sebe;
- pametujući je stav osobe koja se, da bi izbjegla, naprimjer, poniženje ili osramoćenost odnosno pokazivanje emocija ili da bi postigla apsolutnu kontrolu nad sobom ili drugima, služi mudrim krilaticama, odnosno racionalizacijom;
- ometajući, kada izvođenjem više radnji u isto vrijeme, koje se nikada ne dovršavaju, odvraća pažnju od povrijeđenosti i boli, frustracije i stresa (Satir, 2000).

Prema Satiri, promjena se zbiva u terapijskom susretu, a izlječenje se događa u porodičnim odnosima, a ponajviše funkcija odnosa i ozračje koje stvara terapeut. Pojedini član porodice odgovoran je za promjenu, a tehnike su mjerene na emocionalnu iskrenost, kogrudentnost i razumjevanje sistema. Satirine intervencije proizilaze iz njenih intuicija o potrebama određene porodice ili njenih članova. Najznačajnije intervencije koje je razvila su: porodična karta, hronologija porodičnih životnih činjenica, skulpturiranje porodice, drama, stvaranje novog okvira, humor, dodir i rekonstrukcija porodice. Uključivala je često tehnike geštalt terapije, psihodrame i terapije usmjerene na osobu (Satir i Bitter, 2000; prema Corey, 2004).

Satira je mnogo godina bila jedina žena koja je razvila cijeli model porodične terapije. Mnogo vremena posvetila je vođenju radionica i treninga za porodične terapeute, a njezina shvatanja oživljavaju su se upravo tokom javnih demonstracija.

2.2.4. Iskustvena porodična terapija

Iskustveni pristup je interaktivni proces koji porodicu povezuje sa terapeutom koji je spreman biti stvaran. Ističe važnost izbora, slobode, samoodređenja, rasta i razvoja te aktualizacije. Ona je povezana sa drugim egzistencijalističkim, humanističkim i fenomenološkim usmjerenjem.

Najpoznatiji predstavnik ovog intuitivnog, slobodoumnog pristupa je Carl Whitaker i njegov cilj bio je razotkrivanje pretvaranja i stvaranje novog smisla oslobađanje članova porodice da budu onakvi kakvi jesu. U ovom pristupu tehnike izranjaju iz terapeutovih intuitivnih i spontanijih reakcija na trenutnu situaciju, a cilj je povećanje klijentove svijesti o njegovom unutrašnjem potencijalu i otkrivanju puteva porodičnih interakcija (Corey, 2004).

„Prema Whitakerovom mišljenju, cilj obiteljske terapije jeste ojačati dimenzije osjećaja: spontanost, kreativnost, sposobnost igranja i spremnost da se bude 'luckastim'. Središnji cilj je potaknuti individualnu autonomiju i osjećaj pripadanja obitelji. Iskustveni obiteljski terapeuti djeluju pod pretpostavkom da će se u obiteljskom krugu pojaviti iskrenija bliskost ako pojedini članovi povećavaju svoju svijest i kapacitet doživljavanja. Prema Whitakeru, ono što mijenja obitelj jeste doživljaj, a ne podučavanje. Iskustveni obiteljski terapeuti pretpostavljaju kako se glavnina čovjekovog doživljavanja odvija na nesvjesnoj razini, do koje sa najprije može doprijeti simbolički“ (Corey, 2004; 413).

Terapeut mora biti svjestan svojih reakcija ako želi djelovati na porodicu terapijski. Može djelovati na način da potiče porodične otvorenosti, stvarnosti i spontanosti. Važne su vlastite reakcije terapeuta kao mjera zdrave interakcije, dok lični doživljaj terapeuta određuje njihov rad u okviru porodične terapije. U ovoj terapiji aktivno se uključuju sami terapeuti u svoj lični razvoj. Ova terapija pomaže kako terapeutu, tako i porodici (Corey, 2004).

„Prema Whitakerovom modelu, promjenu valja doživjeti, a ne razumjeti ili oblikovati. Obitelj se neće promijeniti ako terapeut ne uspije poremetiti ili frustrirati obiteljski proces“ (Corey, 2004: 414).

Tehnike u okviru iskustvenog terapijskog susreta usmjerene su na izražavanje blokiranih osjećaja. Terapeut je kao osoba, prema Whitakeru, glavni terapijski faktor koji olakšava promjene unutar porodice. Isticao je važnost boravka sa porodicom, dok su intervencije bile namijenjene preispitivanju simboličkih značenja koje ljudi pridaju događajima. Terapijski instrument za koji je smatrao da je djelotvorniji od bilo koje tehničke strategije jeste sposobnost da se bude brižnim, živahnim, čvrstim i nepredvidljivim (Nichols i Schwartz 1998; prema Corey, 2004).

„Iskustvena obiteljska terapija u radu sa obiteljima koristi mnoge procese spomenutih terapija usmjernih na odnose. Oslanjajući se na empatiju, interakcije, zajedništvo, proživljavanje i eksperimente, iskustveni terapeut nastoji razumjeti obiteljsku dinamiku i izazvati doživljaje koji će dovesti do obiteljske živahnosti i promjene. Jasno je da ovaj pristup najviše vrijednuje terapeutsku svijest o sebi i potpunu prisutnost terapeuta kao osobe u susretu sa obitelji“ (Corey, 2004: 415).

2.2.5. Strukturalna porodična terapija

Rad Salvadora Minuchina posebno se usmjerio na dječake iz siromašnih porodica s delikventnim ponašanjem. On polazi od pretpostavke, kako se poteškoća i poremećaj razvijaju slijedom strukturnih slabosti unutar porodične organizacije, odnosno strukture (Minuchin & Nichols, 1998). Pomoć stoga valja usmjeriti ponajprije na promjene nefunkcionalnih, stereotipnih obrazaca, te detekciju psihosomatskih poremećaja u funkciji patologije porodice. Da bi se pozitivna promjena kod pojedinca mogla dogoditi i opstati, potrebno je unijeti strukturne promjene u čitavoj porodici. Rad se usmjerava na otkrivanje kršenja granica podsistema i (implicitnih) zahtjeva i pravila koji nepovoljno određuju odnose među članovima porodice. Tri primjera takvih odnosa su:

- izbjegavanje sukoba (na ženine žestoke optužbe, muž samo pogne glavu i šuti);
- komplementarni odnos (na predbacivanje majke, kćer brizne u plač, nakon čega majka stane s kritikom i počinje tješiti kćer); odnos majke i kćeri u tom slučaju karakteristiše borba za moć u strukturi porodice, tako da kćer plače te somatskim tegobama, odnosno stavljanjem u poziciju bespomoćnosti kontroliše majku;
- simetričan slijed reakcija, koji jednako može biti obilježen borbom za moć (tako, naprimjer, razlika u mišljenju između supružnika dovodi do svađe, jer svaki od njih zauzme stav onoga koji je uvijek u pravu, ne sluša drugoga, nego mu pod svaku cijenu želi nametnuti vlastito mišljenje).

Minuchinova terapija temelji se na pretpostavci da su simptomi većinom propratna pojava slabosti strukture unutar porodične organizacije (Guerin i Chabot, 1992; prema Corey, 2004). Cilj je pomoći porodici da izmjeni svoje stereotipne obrasce i da definiše svoje postojeće odnose. Simptomi pojedinca najbolje se mogu shvatiti, prema Minuchinu, polazeći od interakcijskih obrazaca unutar porodice, moraju se dogoditi strukturne promjene u porodici prije ublažavanje ili uklanjanja simptoma (Corey, 2004).

Ključni pojmovi ove terapije, čiji pristup shvaćanju prirode porodice iznesenog problema i procesa promjene, su porodična struktura, porodični podsistemi i granice.

Dva su cilja strukturalne porodične terapije:

1. ublažiti simptome disfunkcije,
2. izazvati strukturalnu promjenu unutar sistema mijenjanjem porodičnih transakcijskih pravila i stvaranje prikladnijih granica.

Porodični sistem može pokrenuti svoje snage i unaprijediti sposobost svojih članova u suočavanju sa stresom i sukobom, oslobađanje članova porodice od stereotipnih uloga (Colapinto, 2000; prema Corey, 2004).

Cilj ove terapije je uspostaviti djelotvornu hijerarhijsku strukturu. Članovi porodice moraju imati jasne granice, a porodica mijenja pravila koja određuje interakcijske obrasce. Cilj je ili pomoći pojedincima da postignu veću individuaciju (zaplete porodice), ili povećati interakcije među članovima, oslobljiavanjem krutih granica i stvaranjem jasnih kod neuključenih porodica (Corey, 2004).

Ovom terapijom se djelovanjem a ne uvidom stvara prilika za nove doživljaje i transformaciju porodične organizacije i ima jasan opis kako porodica treba funkcionisati. Mijenjanje trenutne organizacije porodice je cilj ove terapije a ne istraživanje i tumačenje prošlosti.

2.2.6. Transgeneracijski porodični pristup

Ova teorija porodicu posmatra kao entitet koji je preživio mnoge decenije života zbog sposobnosti adaptivnih mehanizama za zadovoljenje bar nekih potreba svojih članova u prošlosti.

Prema transgeneracijskoj teoriji sistema porodica se definiše kao ona koja sadrži sve članove proširene porodice, a terapija se fokusira na ulogu pojedinca unutar šire porodične mreže. Njegova osnovna ideja jeste da je funkcionisanje svakog pojedinca integralno povezano sa funkcionisanjem svakog drugog člana u porodici. Ponašanje, pa i simptom, posmatra se u sklopu odnosa unutar porodice kao sistema, a ne unutar pojedinca.

Transgeneracijski pristup stavlja aktuelnu disfunkciju u kontekst ranijih sposobnosti porodice da pruži odgoj, vodstvo, podršku rješavanje problema i neophodne vještine (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

U simptomatskim porodicama daje veliku snagu u pomaganju da se demistifikuju te da za sebe identifikuju izvore „horizontalnog“ stresa i izvore svojih važnih ubjeđenja i životnih vrijednosti. Smatra se da samoproučavanje može biti od velike koristi i veoma efikasan u savladavanju krivice, sramote ili samooptuživanja (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Transgeneracijska teorija proučava porodicu kao istorijsku kategoriju insistirajući na otkrivanju veze između aktuelnih problema u porodici i tzv. vertikalnih stresora koji se odnose na pojedine događaje, iz porodične istorije. Kroz vrijeme, sva zbivanja u socijalnom okruženju porodice, učinila su da polje porodične terapije postane senzitivnije za vrijeme – osjetljivo za sporo oblikovanje političke klime, za probleme socijalnog nasilja i „opadajući tok“ ovlašćenja kroz tri – četiri generacije. Cilj terapijskih modela ovog pristupa je da očuvaju kontekst vremena u analizi i tretmanu problema odnosa u porodici (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Transgeneracijski porodični pristup obuhvata slijedeće kliničke modele tretmana:

1. Prirodno sistemski model
2. Kontekstualni model
3. Simbolično iskustveni model
4. Model objektnih odnosa (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Podjela po Gurmanu i Kniskernu (Milojković, Srna, Mićović, 1997) obuhvata još jedan model, a to je integracija bračne terapije sa terapijom porodice porijekla.

2.2.7. Strateški pristup

Jay Haley (1973, prema Milojković, Srna, Mićović, 1997) definisao je stratešku terapiju kao terapiju u kojoj kliničar inicira događanja tokom tretmana i određuje specifičan pristup svakom problemu. Ova definicija podrazumijeva zapravo da je težište interesovanja vezano za intervencije koje dovode do promjene u porodici uz naglašavanje lične odgovornosti za ono što se dešava tokom terapijskog procesa. Dakle, strateški teoretičari i terapeuti nisu zaokupljeni teorijom o porodici (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

Kako navodi Watzlawick (1974, prema Milojković, Srna, Mićović, 1997) simptom predstavlja rezultatnu ponavljanih, neadekvatnih pokušaja da se riješe postojeće tegobe. Prema strateškim terapeutima, na taj način, situacija postaje još teža, a ponavljanje neuspješnih događaja uvećava značaj simptoma za porodicu. Simptom se posmatra kao akt

komunikacije koji posjeduje kvalitet poruke i predstavlja vrstu ugovora između dvije ili više osoba sa funkcijom u interpersonalnom okruženju.

Također, kada se pojedinac nalazi u nemogućem položaju i pokušava da izađe iz njega može se pojaviti simptom. Pojava simptoma može da prati i teškoće porodice da u okviru razvojnih faza adekvatno pređe iz jednog životnog ciklusa u slijedeći. O ovome je govorio Haley (1980; prema Milojković, Srna, Mićović, 1997), govoreći da, kada su u pitanju mladi pacijenti sa dijagnozom shizofrenije te konzumenti psihoaktivnih susptanci, u njihovim porodicama je uočio problem savladavanja faze „napuštanja doma“ o čemu je napisao i knjigu.

Usljed rigidnih pogleda na svijet odnosno odsustva alternative za rješavanje nekog problema može se pojaviti simptom, navodi Madanes (1979; Milojković, Srna, Mićović, 1997). On je proizvod cirkularog ponavljanja sekvenci u okviru određene socijalne organizacije. Pojedinac se smatra „zarobljenikom“ sekvence ili obrasca i, zajedno sa značajnim osobama iz svoje okoline ne vidi način da stanje izmijeni putem nesimptoma.

Strateški terapeuti su ti koji generišu promijenu i oni prihvataju kompletnu odgovornost za terapijski proces. Ogovorni su za medikaciju te odlučuju koji članovi porodice ili vanporodičnih sistema treba da budu uključeni u tretman. Tokom tada isistiraju na međusobnoj interakciji članova porodice, aktivno je podstiču i generalno izbjegavaju triangulaciju (svojim djelovanjem) kao i pokušaje članova porodice da ih uvuku u sistem. Na početku terapije, kontrola terapeuta nad terapijom je velika, da bi se u protoku vremena smanivala, sve do potpunog predavanja kompetencije članovima porodice. Za neuspjeli tretman terapeut se smatra odgovornim, što znači da uspjeh terapije pripada porodici (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

2.2.8. Integrirani strukturalno/strateški pristup

Strukturalni i strateški pristup porodičnoj terapiji na teorijskom nivou obilježavaju karakteristične razlike, dok se u praksi, posebno kada je u pitanju razumijevanje simptoma, zapažaju sličnosti te se terapeuti često pitaju koji pristup je odgovarajući za datu situaciju. Oba pristupa smatraju da je životni ciklus kao faza razvoj veoma značajan za postavljanje

dijagnoze i terapijsku strategiju i da simptom odražava sistem onoliko koliko sistem odražava simptom. Tretmanu se prilazi sa praktičnog aspekta, orijentacija na ovdje i sada je u prvom planu, cilj terapije je izmjena repetitivnih sekvenci ponašanja, često se porodici daju zadaci, a promjena se odvija kroz proces. Dogovorena je dužina trajanja i ne prelazi period od šest mjeseci (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

U praksi je moguće odvojiti ova dva prisupa ili ih koristiti zajedno. Stanton (1981; prema Milojković, Srna, Mićović, 1997) izdvojio je opšta pravila koja bi trebalo poznavati radi orijentacije u terapijskom procesu.

- Terapija sa svakom porodicom započinje strukturalnim pristupom zbog činjenice da je taj pristup neposredniji, direktniji i u tom smislu praktičniji te treba izbjegavati komplikovanje kada za to nema razloga;

- Drugo pravilo je da se sa stukturalnog prelazi na strateški pristup u situacijama kada se procijeni da strukturalne tehnike ne dovode do željenih tehnika.

3. Posttraumatski stresni poremećaj

Jedan od težih psihijatrijskih poremećaja je posttraumatski stresni poremećaj, poznatiji pod skraćenim nazivom PTSP. Ovaj poremećaj može nastati usljed izloženosti ili svjedočenja iskustvima koja su životno ugrožavajuća. Nastank PTSP-ja može biti izazvan različitim vrstama stresora ili traumatskih događaja. U takve spadaju teške nezgode, elementarne katastrofe, kriminalni napadi, ratne traume i zlostavljanje civila, psihičko nasilje, seksualni napadi, porodično nasilje, fizičko zlostavljanje ili ozbiljno zanemarivanje u djetinjstvu, traume u vezi sa obavljenjem posla ili svjedočenje traumatskim događajima. Iako se svrstava u grupu anksioznih poremećaja, PTSP se razlikuje po tome što nastaje u zavisnosti od izloženosti traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva. Karakterističan je i po tome što je to odgođeni ili produženi odgovor osobe na stresogeni događaj ili situaciju izuzetno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode usljed koje dolazi do sveprožimajuće uznemirenosti kod skoro svakog čovjeka (Kozarić-Kovačić, Kovačić, Rukavina, 2007).

Kod osoba koje su bile izložene ekstremno stresogenim traumatskim događajima, koje su bile očevidac ili su bile suočene sa događajima koji obuhvataju aktuelnu ili preteću smrt ili ozbiljnu povredu, ili ugroženost fizičkog integriteta sebe ili drugih, javlja se PTSP kao

odgovor na pomenuto iskustvo u vidu intenzivnog straha i doživljaja bespomoćnosti ili užasa (Milenković, 2016).

Vijekovima su poznate reakcije na traumatske događaje iako su se njihovi opisi, slike i tumačenja mijenjala. Prvi put pojam posttraumatskog stresnog poremećaja pojavljuje se 1980. godine i to u DSM III (Dijagnostičko i statistički priručnik za mentalne poremećaje), kao i u MKB 10 (Međunarodna klasifikaciji bolesti) (APA, 1980; Folnegović, Šmalc, 1999). Međutim, važno je istaći da su se slični simptomi opisivali i ranije kod osoba koje su bile pogođene teškim ratnim traumama, a takvi simptomi nazivali su se “srčana neuroza”, “šok od granate” ili “sindrom koncentracijskog logora” (Kozarić - Kovačić i sur, 2007).

DSM je skraćenica za Dijagnostičko-statistički priručnik koji donosi Američka psihološka asocijacija (APA) i u kom su klasifikovani mentalni poremećaji. Do danas postoji pet verzija ovog priručnika. Svaka od ovih verzija donijela je neku promjenu ili novinu. Tako se vremenom mijenjalo i određenje PTSP-ja. U prvoj verziji priručnika (DSM I) ovaj poremećaj je nazvan velika stresna reakcija koja nastaje interakcijom traumatskog događaja i premorbidne ličnosti, a u drugoj verziji (DSM II) PTSP je opisan kao prolazni situacijski poremećaj ili anksiozna neuroza kod koje je, također, naglašena uloga premorbidne ličnosti. Dok se u DSM III PTSP shvata kao normalna reakcija na ekstremni stres s trajanjem najviše šest mjeseci, u reviziji istog izdanja PTSP se prihvata kao akutni PTSP čije je trajanje duže od mjesec dana. Prema DSM IV TR (1999), ističe se značaj premorbidnog funkcionisanja ličnosti i smatra se da akutni PTSP traje više od tri mjeseca.

Za razliku od DSM-a, Međunarodna klasifikacija bolesti u svom posljednjem izdanju (MKB-10) prepoznaje nespecifične akutne odgovore na traumu, među kojima je i PTSP. U te nespecifične odgovore spadaju: akutna stresna reakcija, poremećaj prilagodbe i PTSP, kao i trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnog iskustva. Prilikom postavljanja dijagnoze, treba imati u vidu različita određenja PTSP-ja koja su data u DSM-IV, DSM-IVTR i MKB-10. U posljednjih dvadesetak godina porasla je društvena svijest o ljudskim pravima, nasilju i katastrofama. Tome su naročito doprinijeli ratovi i prirodne katastrofe. Ishod je razvoj psihotraumatologije (Kozarić-Kovačić, Kovačić, Rukavina, 2007).

Američka psihijatrijska asocijacija (APA) u svojoj dijagnostičkoj nomenklaturi ima jednu dijagnostičku kategoriju za akutne i hronične poremećaje, kao i za oligosimptomatsku formu (tzv. parcijalni PTSP). Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) prepoznaje posttraumatski stresni poremećaj kodiran alfanumeričkom cifrom F 41.3, a zatim i trajnu promjenu ličnosti nakon katastrofičnog iskustva, pod šifrom F 62.0. Ovaj poremećaj se u

nomenklaturi Američke psihijatrijske asocijacije tretira kao hronificirana forma parcijalnog PTSP-ja (Milenković, 2016).

Istraživanja PTSP-ja vršena su među specifičnim skupinama, kao što su ljudi preživjeli nakon ratnih okršaja, osobe koje su bile u koncentracionim logorima i osobe koje su preživjele prirodne katastrofe. U ECA (*Epidemiologic Cachment Area*) istraživanju utvrđena je učestalost PTSP-ja u opštoj populaciji (Helzer i sur., 1987). Utvrđena je prevalencija tijekom života od 1% za PTSP (0,5% kod muškaraca i 1,3% kod žena). Priroda precipitirajuće traume razlikovala se s obzirom na pol. Borba i prisustvo priliko nečijeg ozljeđivanja ili smrti bili su precipitirajuće traume koje su navodili muškarci, dok su kod žena gotovo polovinu trauma činili fizički napadi ili prijetnje. U novijoj Nacionalnoj studiji komorbiditeta (*NCS - National Comorbidity Survey*), prevalencija PTSP-a tokom života bila je sličnih vrijednosti (7,8%), što je više nego u ECA istraživanju, i viša je kod žena. Najčešći stresori bili su izloženost borbi kod muškaraca i seksualni napadi kod žena (Kessler i sur, 1994).

U opštoj populaciji simptomi PTSP-a su česti ali ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije da bi se postavila dijagnoza. Istraživanje sprovedeno u Kanadi u zajednici pokazalo je potpuno razvijeni PTSP kod 2,7% žena i 1,2% muškaraca, a parcijalni PTSP je utvrđen u dodatnih 3,4% žena i 0,3% muškaraca, pri čemu je istaknuto da je važno identificirati osobe s parcijalnim PTSP-om, a čini se da su to uglavnom žene, jer one mogu doživljavati klinički značajne smetnje i oštećenja u funkcioniranju (Stein i sur.1997). U velikom broju istraživanja utvrđeno je da je prevalenca PTSP-ja veća kod žena nego kod muškaraca. Ako se trauma dogodi prije godine života, žene češće razviju PSTP nego muškarci (Breslau i sur, 1997).

Rizični faktori za razvoj PTSP-ja utječu na mogućnost daljeg razvoja ovog poremećaja. Na to upućuje činjenica da se, nakon traumatskog doživljaja, PTSP ne razvija kod svake osobe. Kod osoba s određenim rizičnim faktorima lakše će se razviti PTSP, a ti rizični faktori u mogu se podijeliti na:

1. Pretraumatske faktore, koji obuhvaćaju raniji psihijatrijski poremećaj, spol (PTSP je prevalentniji kod žena, osim borbenog PTSP-a, koji je češći kod muškaraca), ličnost (osjetljivije su osobe koje imaju veću kontrolu izvana nego iznutra), niži socioekonomski status i obrazovanje, etničke manjine, ranija trauma, porodična anamneza psihijatrijskih bolesti;

2. Peritraumatske faktore, koji obuhvaćaju težinu traume, doživljenu prijetnju za život, peritraumatske, peritraumatsku disocijaciju;

3. Postraumatske faktore, koji obuhvaćaju doživljeni nedostatak socijalne podrške i kasnije životne stresore (Kozarić-Kovačić, Kovačić, Rukavina, 2007).

Praćenjem razvoja kliničke slike PTSP-ja, od akutne do hronične forme koja može imati fluktuirajući tok ili se ispoljavati u hronificiranoj oligosimptomatskoj formi (u terminima MKB-10, tzv. trajna izmena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva), uočava se promjena u vodećim simptomima, intenzitetu njihovog ispoljavanja, transformacijama, što je sve u vezi sa patoplastičnim uticajima okoline, tj. vrstom i uspješnošću liječenja, premorbidnim crtama ličnosti, porodičnom i socijalnom prilagođenošću (Milenković, 2016).

Traumatski događaj se kod bolesnika proživljava u ponavljajućim (intruzivnim) sjećanjima: osoba opetovano proživljava traumatski događaj prisjećajući se traumatskog događaja u slikama ili mislima. Osoba nema kontrolu nad pojavom ovakvih simptoma, koji se javljaju u različitim vremenskim razmacima i takva sjećanja su spontana. To se događa kada neki spoljni slikovni, slušni ili njušni podražaj podsjeti osobu na traumatski događaj. Traumatski događaj mogu da prate i noćne more.

Ponovna doživljavanja događaja, tzv. flashback, podrazumijeva da se traumatski događaj ponovno doživljava i to kao iluzija, halucinacija i flashback epizoda. Flashback sadržaj je isključivo vezan za traumu, spontano je i prolazan, ali može biti pokrenut i nekim spoljnim podražajem. Bitno je uočiti razliku između intruzivnog sjećanja i flashback-a. Pri intruzivnom sjećanju osoba je svjesna da se prisjeća traumatskog događaja, iako to ne čini voljno, dok se kod flashback-a osobi čini da ponovno proživljava taj događaj, zbog čega se gubi i ne razlikuje zbivanja u sadašnjosti od onih iz prošlosti. Uz to, ispoljava se i intenzivni psihološki distres u vidu psihičke uznemirenosti, koja se manifestuje kao strah, ljutnja, anksioznost, osjećaj neumitne sudbine u vezi sa traumatskim događajem (uključujući i obljetnice događaja). Osoba kod koje se razvio PTSP izbjegava sve aktivnosti, dešavanja, situacije i znakove koji bi mogli da je podsjetite na događaj, te tako izbjegava uznemirujuća osjećanja. Nerijetko oboljeli od PTSP-a posežu za prekomjernom upotrebom alkohola ili psihoaktivnih supstanci, kako bi blokirali ili „zamaglili“ sjećanja koja ih vraćaju na traumatski doživljaj. Dok se neki posvećuju pretjeranom radu, drugi pokazuju izrazito smanjeni interes za aktivnosti koje su im prije bile bitne. Javlja se osjećaj potpune otuđenosti ili odvojenosti od drugih ljudi, naročito od bliskih i dragih osoba. Mnoge osobe, koje pate od PTSP-ja, misle da su nesposobne da vole druge ljude, gube osjećanja i smatraju da su „otupjeli“. Imaju osjećaj uskraćene budućnosti i beznadnosti, te smatraju da je za njih život završen (Kozarić-Kovačić, Kovačić, Rukavina, 2007).

„Stalna povećana pobuđenost očituje se kao poteškoća pri uspavljivanju ili spavanju. Postoji osjećaj gubitka kontrole, često sa strahom gubitka kontrole nad pokazivanjem ljutnje ili neprijateljstva. Osobe se otežano koncentriraju i pokazuju pojačan oprez – pretjerana pažnja na vanjske podražaje izvan realističnog očekivanog stupnja vanjske prijetnje“ (Kozarić-Kovačić, Kovačić, Rukavina, 2007:103).

4. Kvaliteta života

Različite nauke bave se istraživanjem kvalitete života, a posebno psihologija, sociologija, filozofija, medicina, zdravstvena zaštita, pa i nauka socijalnog rada.

U Europskom istraživanju o kvaliteti života, koncept kvalitete života odnosi se na ukupnu dobrobit unutar društva, što podrazumijeva da svakom članu društva treba da omogućiti da ostvari svoje ciljeve. Na osnovu ovakvog određenja, indikatori za procjenu kvalitete života mogu se odnositi na materijalni životni standard (podaci o dohodovnoj nejednakosti, realnom dohotku, stopi siromaštva), ali i na različite subjektivne faktore koji utiču na ljudski život, kao što su društveni odnosi, sigurnost, mentalno zdravlje, kvaliteta prirodne sredine, kulturni resursi i sl. (UNDP, 2007).

Svjetska zdravstvena organizacija prilikom određenja kvalitete života više pažnje poklanja subjektivnom doživljaju, te kvalitetu života definiše kao ličnu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu (World Health Organization, 1998). S obzirom na različita polazišta pri određenju, ne iznenađuje transdisciplinarni naučno-istraživački pristup. U praktičnom smislu, kvaliteta života često se koristi za procjenu životnih prilika, ali i kao pokazatelj rezultata različitih intervencija u području socijalne politike, socijalnog rada ili zdravstva.

Razumijevanje koncepta kvalitete života mijenalo se unazad pedesetak godina, a u skladu s tim mijenjale su se i definicije i način mjerenja kvalitete života. U početku (sredinom prošlog vijeka) pod kvalitetom života se uglavnom podrazumijevao životni standard, te su i istraživanja realizovana u oblasti ekonomije. S povećanjem životnog standarda istraživanja su usmjerena i na spoznaju o zadovoljenju ličnih i socijalnih potreba, te su se pretežito odvijala u oblasti sociologije. Tokom šezdesetih godina dvadesetog vijeka uočava se distinkcija između subjektivnih i objektivnih dimenzija kvalitete života, da bi se sedamdesetih godina istraživanja usmjerila na subjektivne pokazatelje kvalitete života. Ovaj koncept se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca. Vremenom su se razvila dva pristupa:

skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja Skandinavski autori, poput Eriksona i Drenowskog, kvalitetu života shvaćaju kao mogućnost pristupa izvorima kojima ljudi mogu kontrolirati i upravljati svojim „nivoom življenja“. Za razliku od njih, američki autori usmjereni su na mjerenja subjektivne kvalitete života (mjerenje zadovoljstva i sreće). Savremena istraživanja kvalitete života fokusirana su na pojedinca (Lučev i Tadinac, 2008).

U literaturi se može pronaći na desetine različitih definicija i modela kvalitete života. Također, postoji niz teorija, a posljedično i načina mjerenja (upitnika) kvalitete života. U nedostatku univerzalne definicije, ovdje će biti prikazane neke od najčešće citiranih

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao pojedinačnu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu (World Health Organization, 1999). Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose Felce i Perry (1993), koji kvalitetu života vide kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne faktore i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući lični razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve posmatrano kroz lični sistem vrijednosti pojedinca (Felce and Perry, 1993).

Multidimenzionalno određenje kvalitete života podrazumijeva objektivnu i subjektivnu komponentu, pri čemu subjektivna komponenta uključuje sedam domena (materijalno i emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednica), a objektivna komponenta uključuje kulturološke relevantne mjere objektivnog blagostanja (Best and Cummins, 2000; prema Vuletić, 2011). Robert Cummins je osnivač međunarodne skupine naučnika i istraživača „International Well – Being Group“ koja zastupa shvatanje da je kvaliteta života „multidimenzionalan konstrukt kojeg čine: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanja zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnost“ (Vuletić, 2011: 9). Navedeni pojam podrazumijeva zadovoljavanje potreba te ostvarivanja interesa, vlastitih izbora, vrijednosti i težnji na različitim područjima i u različitim razdobljima života. Pored objektivnih faktora, gdje se misli na društvene, ekonomske i političke, na kvalitetu života utiču i drugi faktori. Ovdje se u prvom redu misli na subjektivnu percepciju i procjenu fizičkog, materijalnog, društvenog i emocionalnog blagostanja, ličnog razvoja i svrhovite aktivnosti. Odnos objektivne i subjektivne kvalitete života nije linearan tj. promjene objektivnih faktora ne znače neminovno i promijene subjektivne komponente kvalitete života (Cummins, 2000, prema Vuletić 2011).

Subjektivne kvalitete života umnogme su pod uticajem sistema vrijednosti samog pojedinca (Vuletić, 2004, Brajković i sur., 2008). Krizmanić i Kolesarić (1989) definišu kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utiču na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva. Preduslovi kvalitete života su puno i aktivno učestvovanje u interakcijskim i komunikacijskim procesima, kao i razmjena unutar fizičkog i društvenog okruženja (Krizmanić i Kolesarić, 1989).

Kvaliteta života zapravo je psihološki fenomen – vrsta generalnog stava prema vlastitom životu i njegovim segmentima, te uključuje kognitivnu i afektivnu evaluaciju objekta stava, pri čemu zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu (Felce i Perry, 1993).

Kvaliteta života (eng. Quality of life - QOL) se sve više smatra idealom moderne medicine sa aspekta biopsihosocijalnog stanovišta jer omogućava i etički napredak u metodama kliničke evaluacije (Stewart i sur. 2001). Došlo je do značajnog produženja trajanja ljudskih života, pa je ideja savremenog čovjeka i njegova težnja da život doda godinama. Smatra se da je sam pojam humanizovao medicinsku nauku jer se ističe uvažavanje bolesnika kao kompletne osobe. U ovom kontekstu ne odvaja se bolesnikovo tijelo od njegove ličnosti. Sve je veći broj autora koji se bave ovim fenomenom i članaka objavljenih u časopisima koji se bave ispitivanjem kvalitete života a sve je bazirano na brizi o zdravlju uključujući medinsku negu i promociju zdravlja (Ilić i sur., 2010). Podrazmijeva se razmatranje dejstva medicinskih intervencija i subjektivno blagostanje pojedinaca ili grupa. Istražuje se uticaj invaliditeta i drugih vidova nedostataka na mentalno zdravlje, odnosno kvalitetu života.

Termin "kvaliteta života" ima različito značenje u svakodnevnom govoru i u pojmovno-kategorijalnom aparatu pojedinih nauka. U medicini ovaj pojam označava stepen očuvanosti funkcija bolesnika; u ekonomiji životni standard; u politici se misli na garantovana prava i slobode građana i civilizacijska dostignuća, poput dostupnosti usluga obrazovanja i zdravstvene zaštite. Stoga i različita istraživanja polaze od različitih određenja i operacionalizacije kvalitete života (Lučev i Tadinac, 2008).

Pojam kvaliteta života od svog pojavljivanja u naučnoj literaturi različito je shvaćan. Često ga se izjednačava s pojmovima subjektivno blagostanje, zadovoljstvo životom, subjektivna kvaliteta života (Penezić, 1999; Vuletić, 1999; Schilling, 2003; Poredoš, 2002; prema Lovrenković, Leutar, 2010).

U zavisnosti od toga kako autori sagledavaju aspekte kvaliteta života, ovaj pojam se različiti određuje, a samim tim se i na različite načine mjeri stepen kvaliteta života. Pošto se radi o kompleksnom pojmu, često se dešava da se pri određenju samog pojma uzima u obzir samo neka od njegovih dimenzija. Tako se, recimo, iz ekonomskog ugla pod kvalitetom života misli na životni standard, dok se u medicini misli na stepen očuvanih funkcija pacijenata.

Prema dostupnoj literaturi, mogu se izdvojiti tri pristupa, a to su: kvaliteta života povezana sa zdravstvenim aspektom, kvaliteta života ekonomskog blagostanja i generalna kvaliteta života (Post i Noreau, 2005.). Razlike u definisanju ovoga koncepta rezultirale su razdvajanjem objektivnih i subjektivnih indikatora kvalitete života, a dosadašnja istraživanja su pokazala da između subjektivnog zadovoljstva životom i objektivnih pokazatelja postoji slaba do umjerena povezanost (Fakhoury i Priebe, 2002.).

Kvaliteta života je prevashodno psihološki fenomen koji ne proizlazi automatski iz zadovoljavanja nekih osnovnih potreba, nego iz ukupne psihološke strukture pojedinca u interakciji sa fizičkim i socijalnim okruženjem u kome živi i zasniva se na subjektivnoj procjeni (Krizmanić i Kolesarić, 1989).

I najvažnije, koncept kvalitete života u ovom radu koristit će se kao mjera uspješnosti psihosocijalnog rada sa osobama oboljelim od PTSP-ja.

Na samom kraju istaći ćemo da su mnoga dosadašnja istraživanja pokazala da je utjecaj psihičkih bolesti na kvalitetu života i radnu sposobnost jednak ili veći od uticaja hroničnih fizičkih bolesti. Dugotrajna izloženost traumatskim iskustvima odražava se na različite aspekte mentalnog zdravlja i usko je povezano sa PTSP-om. Upravo zbog navedenog očekuje se povezanost između i lošijeg kvaliteta života. Na kvalitetu života utiču psihičke smetnje ukoliko su duge i intenzivne što je usko povezano sa niskim nivoom kvaliteta životom.

Iz svega ranije navedenog može se zaključiti da osobe koje imaju dijagnosticiran PTSP imaju slabiji kvalitet života u odnosu na osobe koje nemaju navedenu dijagnozu. Također, istraživanja pokazuju da osobe sa dijagnozom PTSP - a percipiraju lošiji kvalitet života u odnosu na osobe sa dijagnozom depresije.

II EMPIRIJSKI DIO

1. Način istraživanja

1.1. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja su efekti primjene psihosocijalnog rada u procesu unapređenja kvalitete života osoba oboljelih od PTSP-ja.

U ovom dijelu konkretiziran je predmet istraživanja, a u tu svrhu su izloženi činioci sadržaja predmeta istraživanja, prostorno, vremensko i disciplinarno određenje predmeta istraživanja.

a) Činioci sadržaja predmeta istraživanja

Teorijski sadržaj istraživanja obuhvatio je teorijsku elaboraciju savremenog socijalnog rada, teorija i modela psihosocijalno grada, systemske teorije u socijalnom radu sa akcentom na systemsku porodičnu terapiju (terapije porodičnog sistema), pojma kvalitete života i PTSP-ja.

Empirijski sadržaj predmeta istraživanja bio je usmjeren na sljedeće zadatke:

Globalni zadatak je da se utvrdi kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja, kao pokazatelj efekata primjene systemske porodične terapije.

Posebni zadaci su:

1. Utvrditi obilježja i ukupnu kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-ja sa kojima nije primjenjivan psihosocijalni rad zasnovan na terapiji porodičnih sistema.

2. Utvrditi obilježja i ukupnu kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-ja sa kojima je primjenjivan psihosocijalni rad zasnovan na terapiji porodičnih sistema.

3. Utvrditi razlike u pojedinim obilježjima i ukupnom stepenu kvalitete života između osoba oboljelih od PTSP-ja sa kojima nije primjenjivan psihosocijalni rad zasnovan na systemskoj porodičnoj terapiji i onih sa kojima je primjenjivan, u cilju utvrđivanja efekata primjene psihosocijalnog rada sa korisnicima u centru za mentalno zdravlje.

4. Utvrditi uticaj mjesečnih primanja i nivoa obrazovanja na kvalitetu života osoba koje su oboljele od PTSP-ja.

5. Utvrditi uticaj bračnog stanja osoba koje imaju dijagnozu PTSP i njihove kvalitete života.

b) Vremensko određenje predmeta istraživanja

Teorijski dio istraživanja bio je usmjeren na sagledavanje savremenih poimanja socijalnog rada, psihosocijalnog rada, kvalitete života. Radi se o teorijskim doprinosima u posljednjih 20 godina.

Empirijsko istraživanje bavilo se aktuelnom situacijom u Centru za mentalno zdravlje Vogošća, tj. istraživani su efekti primjene psihosocijalnog rada u radu sa osobama oboljelim od PTSP-ja.

c) Prostorno određenje predmeta istraživanja.

Istraživanje je provedeno na području opštine Vogošća, u Centru za mentalno zdravlje. Izbor ovog centra je opredijelila činjenica da je autorica ovog rada zaposlena kao socijalna radnica u OJ Vogošća, koja ovim istraživanjem želi da doprinese kvalitetu psihosocijalnog rada, ali i rada tima CMZ-a, te afirmaciji primjene teorija socijalnog rada u praksi. Ispitivanje je bilo provedeno, kako u kabinetu socijalnog radnika, tako i na terenu u kućnim posjetama koje su u opisu posla socijalnog radnika.

d) Disciplinarno određenje predmeta istraživanja

Istraživanje je obavljeno u okviru nauke socijalnog rada i uže naučne oblasti teorije i metodologija socijalnog rada. Priprema, realizacija i rezultati istraživanja uže su povezani sa znanjima iz oblasti teorija socijalnog rada, teorija i modela psihosocijalnog rada, mentalnog zdravlja. Može se reći da je istraživanje interdisciplinarno, te, iako će se bazično provoditi u okviru nauke socijalnog rada, zalazi i u područja psihologije i medicine. Rezultatima ovog istraživanja moći će se koristiti sve grane koje se bave ovom problematikom.

1.2. Cilj istraživanja

S naučnog aspekta, istraživanje ima za cilj da ukaže na značaj primjene teorija socijalnog rada u psihosocijalnom radu sa osobama oboljelim od PTSP-ja. Ovim istraživanjem željelo se doći do podataka da li i u kojoj mjeri psihosocijalni rad, zasnovan na sistemskoj porodičnoj terapiji, pomaže oboljelima od PTSP-ja.

Naučni cilj istraživanja je da se dođe do relevantnih podataka koji bi pomogli u primjeni psihosocijalnog rada kod osoba oboljelih od PTSP-ja, s obzirom da su na našim prostorima ovakvi naučni podaci oskudni.

U osnovi, radi se o naučnoj deskripciji, koja ima za cilj „dovođenje u uzročno-posledične odnose, analizu faktora, funkcija i obeležja i sve ostalo što je bitno za celovito svestrano i objektivno sagledavanje predmeta istraživanja“ (Lakićević, 2013: 58). Prema tome, naučnom deskripcijom dat je uvid u efekte primjene psihosocijalnog rada sa osobama oboljenim od PTSP-ja u CMZ Vogošća.

Istraživanje je imalo za cilj da obezbijedi pouzdane informacije o aktuelnom stanju koje se odnosi na kvalitet života osoba koje boluju od PTSP-ja u Vogošći, na osnovu kojih bi se poduzele konkretne aktivnosti kako bi se promijenila sadašnja situacija.

Istraživanje ima za cilj da ukaže na značaj psihosocijalnog rada kod osoba oboljelih od PTSP-ja, te način djelovanja ovog rada na kvalitet njihovog života i nivo subjektivnog blagostanja.

Važan društveni cilj je da se skrene pažnja na ulogu i doprinos socijalnog radnika u centrima za mentalno zdravlje i društvu uopšte.

1.3. Hipotetički okvir

1.3.1. Hipotetički stavovi o istraživanoj pojavi/procesu

U ovom dijelu sažeto su izneseni osnovni stavovi o pojavi, odnosno procesu koji je u fokusu istraživanja, s ciljem da se ukaže na činioce koji su u početnoj fazi istraživanja identifikovani kao problem istraživanja. S obzirom na temu rada, posmatrana pojava jesu efekti primjene psihosocijalnog rada na unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja.

Polazna činjenica koja je u vezi sa posmatranom pojavom jeste ta da je kvaliteta života kod svake osobe temeljni faktor mentalnog zdravlja. Isto važi i za osobe koje imaju poteškoće u mentalnom funkcionisanju, uključujući i osobe oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-ja). Analogno tome, kvaliteta života se uzima kao kriterij, ili parametar za ispitivanje efekata primjene psihosocijalnog rada, koji je uvijek zasnovan na nekom teorijskom pristupu(ima).

U savremenim društvima se organizovanim stručnim radom unutar sistema zdravstvene i socijalne zaštite osmišljavaju različiti vidove pomoći i podrške koji doprinose unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja, a time poboljšanju njihove socijalne integracije. U nekim društvima (a takvo je bosanskohercegovačko) nailazi se na veće izazove u psihosocijalnom radu sa ovim osobama, što implicira potrebu za stalnim preispitivanjem prakse u cilju unapređenja rada. U nastavku će biti izneseni hipotetički stavovi o problemu koji je bio predmet istraživanja.

Zbog burnih ratnih i poslijeratnih turbulencija u BiH problem PTSP-ja je bio i ostao jedan od izraženijih problema u domenu mentalnog zdravlja. Jedan od odgovora na ovaj problem jeste reforma sistema mentalnog zdravlja kojom su uvedeni centri za mentalno zdravlje, kao značajan institucionalni mehanizam putem koga se pruža stručna pomoć i podrška oboljelim od PTSP-ja. Ono što se u takvom kontekstu vidi kao problem jeste pitanje efikasnosti sadašnjih vidova pomoći u centrima za mentalno zdravlje i mogućnosti unapređenja mentalnog zdravlja osoba oboljelih od PTSP-ja. Naravno, u središtu interesovanja jeste učinak socijalnog rada unutar multidisciplinarnog pristupa unapređenja kvalitete života osoba oboljelih od PTSP-ja. Pretpostavlja se da primjena adekvatnih teorija i modela psihosocijalnog rada može rezultirati poboljšanjem kvalitete života ovih osoba.

Rat na prostoru BiH, u periodu od 1992. do 1995, ostavio je ogromne direktne i indirektne posljedice, među kojima su: destrukcija proizvodnih, infrastrukturnih i stambenih kapaciteta, prekid trgovačkih veza i ekonomskog prosperiteta, brojne ljudske žrtve, promjena demografske strukture. Više od polovine predratnog stanovništva, koje je brojalo oko 4,4 miliona ljudi, raseljeno je unutar zemlje ili je izbjeglo u inostranstvo. Dugo očekivani mir podrazumijevao je stabilizaciju odnosa i uspostavljanje "normalnih" životnih tokova. Međutim, proces društvene tranzicije iznjedrio je nove socijalne probleme. Među najizraženijima su nezaposlenost, društvena isključenost i siromaštvo. Visoka stopa nezaposlenosti je polazna karika u lancu životnih problema. "Zvanični pokazatelji nezaposlenosti u BiH variraju, u zavisnosti od izvora podataka i od toga da li se iskazuju sa ili bez učešća "sive ekonomije". Kreće se u rasponu od 24% do 45%" (Petrović, 2013: 132).

Prema najnovijim podacima, stopa registrovane nezaposlenosti u BiH je 43,7% (Agencija za rad i zapošljavanje BiH, 2015). Indeks generalne socijalne isključenosti u BiH je 50% (UNDP BiH, 2006), a socijalna isključenost siromašnog stanovništva je iznad 90% u svim posmatranim aspektima (Petrović, 2013).

Očigledno je da su dešavanja u proteklih 25 godina na prostoru BiH ostavila trajne posljedice na funkcionisanje stanovništva na ovim prostorima. Nesreće koje su doživjeli, raseljavanje, strah od neizvjesnosti dovelo je do toga da ljudi uopšte počinju osjećati nesigurnost, što se odražava na njihov kvalitet života. To je posebno naglašeno kod osoba oboljelih od PTSP-ja. Ovaj problem se nije dovoljno prepoznao poslije rata, a jedna od polaznih pretpostavki jeste da se i danas zanemaruju društvene okolnosti u kojima postoje brojni rizični faktori za porast broja oboljelih od PTSP-ja.

Osobe oboljele od PTSP-ja često nisu niti prepoznate u svojoj okolini a zatim ni tretirane na adekvatan način u svom primarnom porodičnom i poslovnom okruženju. Ukoliko su zaposleni poslovna okolina i struktura ne dozvoljavaju slabosti, bolest ili gubitak vrhunskih vještina ili mentalnih sposobnosti. U strahu da ne izgube posao, prijatelje i što se u velikoj mjeri može odraziti na kvalitet života i nivo subjektivnog blagostanja mnogi potiskuju probleme, ne rješavaju ih na valjan način što dalje može dovesti do asocijalnog ponašanja, pribjegavanja ovisnostima i sl. Stoga se smatra veoma značajnim, pored odabranih psihijatrijskih tretmana, psihosocijalni rad sa ovakvim osobama, primarno dajući značaj porodičnom razumijevanju i podršci.

„Samo na području Sarajeva je u poslijeratnom razdoblju do 2008. godine zabilježeno je 3.078 hospitalizacija oboljelih od PTSP-a i to kao osnovno oboljenje ili kao komorbiditet – uz neku drugu bolest. Tako je, na primjer, 1998. godine na bolničko liječenje primljeno 70, a 2006. godine čak 509 pacijenata oboljelih od PTSP-a“ (www.ptsp.ba, pristupljeno 12.08.2017).

Ovaj poremaćaj karakterističan je za bivše pripadnike vojnih formacija koji su bili višestruko traumatizirani usljed aktivnog učestvovanja u borbi, dugotrajnog grantiranja i snajperske vatre, gubitka ili smrti člana uže porodice ili bliske osobe. S obzirom na uzroke traumatizacije, veća je zastupljenost oboljelih muškaraca u odnosu na žene, a svaki peti bivši vojnik ima simptome PTSP-ja (www.ptsp.ba, pristupljeno 12.08.2017).

Općina Vogošća je jedna od devet općina Kantona Sarajevo, u kojoj se nastoji obezbijediti pomoć i podrška ovim osobama, a jedan od načina jeste putem centra za mentalno zdravlje.

Centri za mentalno zdravlje su ustanove u kojima se obezbjeđuju osmišljeni vidovi pomoći i podrške osobama koje imaju mentalne poteškoće. U njihovom svakodnevnom radu tretiraju se: neurotski poremećaji, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), psihotični poremećaji, poremećaji raspoloženja i druge smetnje iz područja mentalnog zdravlja. Kao što se iz navedenog vidi, jedan od fokusa rada usmjeren je na PTSP. U timovima profesionalaca u centrima su angažovani neuropsihijatari, psiholozi, medicinska sestre, medicinski tehničari. Među njima su i socijalni radnici.

Radeći u multidisciplinarnim timovima, socijalni radnici sudjeluju u primjeni različitih teorijskih pristupa u (psiho)socijalnom radu. Jedan od njih je i terapija porodičnih sistema, poznatija kao sistemska porodična terapija. Bez obzira na to da li decidirano provodi neki od brojnih terapeutskih pristupa sistemske porodične terapije i bez obzira na užu specijalističku edukaciju socijalnog radnika, on uvijek, vođen postulatima psihosocijalnog rada, razvija sistemski pristup u čijoj žiži je, prije svega, porodična konstelacija pacijenta oboljelog od PTSP-ja. Ne ulazeći dublje u etiologiju ovog pristupa, ovdje ukazujem na činjenicu da su teorijske i praktične osnove sistemske i strukturalne porodične terapije prvi razvijali socijalni radnici, a „sistemska porodična terapija predstavlja prvi originalni teorijski i konceptualni doprinos socijalnih radnika“ (Milosavljević, 2009: 157). Vremenom, nakon nesumnjivih uspjeha bračnog savjetovanja, nastaje novi pokret bračne, a zatim i porodične terapije. Pioniri tog pokreta, najvećim dijelom psihijatri, bili su terapeuti koji su radili sa djecom. Oni su prvi uočili od kolikog je značaja porodica za ponovo javljanje ili pogoršanje simptoma poremaćaja kod djece nakon tretmana i povratka u porodicu. I u mnogim drugim situacijama postepeno je sazrijevalo mišljenje da je preferencija porodične terapija nad individualnom logična i moguća.

Osnovna karakteristika usmjerenja u ovom pravcu je pomjeranje fokusa sa pojedinca na porodicu, odnosno, sa intrapsihičkog ka interpersonalnom, od individualnog prema interakcijskom pristupu. To praktično znači da nije problem u „bolesnom“ članu-pojedincu već bolesnom porodičnom sistemu (Vidanović, 2008).

Zajedno sa ostalima, socijalni radnici nastoje da pruže kompletnu stručno-metodološku podršku u rješavanju problema mentalnog i socijalnog funkcionisanja osoba oboljelih od PTSP-ja. Svojim radom nastoje da afirmišu struku i rješavaju aktuelne probleme. U društvu pogođenom velikim socijalnim problemima koji se odražavaju na porodicu od socijalnog radnika se očekuje kvalitetan psihosocijalni rad. Kako rastu i jačaju društveni problemi, tako rastu i potrebe za daljim usavršavanjem socijalnih radnika. Dakle, socijalni radnici treba da teže permanentnom stručnom usavršavanju, specijalizaciji i ličnom radu na

sebi. Jedan od načina jeste primjena odgovarajućih teorija socijalnog rada, ali i stalno propitivanje vlastite prakse putem istraživanja koje može dati odgovor o stanju i potrebama naših korisnika, ali i o mogućnostima unapređenja našeg psihosocijalnog rada. Socijalni rad treba shvatiti kao „široku skalu organizovanih aktivnosti: istraživanje, otkrivanje, praćenje, ispitivanje slučajeva i problema, planiranje i organizovanje socijalnih aktivnosti i akcija, socijalnu podršku i pomoć, evaluaciju“ (Milosavljević, 2009: 94). Budući da sam protekle četiri godine zaposlenik Doma zdravlja i da radim na poslovima socijalne radnice, veći dio vremena radim sa kolegicom koja je od 1990. godine socijalna radnica u CMZ-u i koja je bila mentor pri mom stažu. U protekle tri godine veliki dio vremena posvećujem oboljelima od PTSP-a, te mi je cilj da preispitam efekte psihosocijalnog rada, u svrhu unapređenja kvalitete života korisnika sa kojima radim.

Sažeta formulacija problema svodi se na nekoliko ključnih i logički povezanih konstatacija. Kvaliteta života kod svake osobe je temeljni faktor mentalnog zdravlja. Isto važi i za osobe koje imaju poteškoće u mentalnom funkcionisanju, uključujući i osobe oboljele od PTSP-ja. Različite nauke i struke, poput psihijatrije, psihologije pa i socijalnog rada, nastoje da pronađu plodotvorne načine za unapređenje mentalnog zdravlja osoba oboljelih od PTSP-ja. Jedan od pristupa u socijalnom radu jeste i onaj koji je zasnovan na principima terapije porodičnih sistema. “Kvalitetna analiza u kojoj je pojedinac 'focus point' socijalne mreže, može ukazati na akutne ili hronične probleme njegovog socijalnog funkcionisanja i na stepen socijalne integracije. Analiza može ukazati na problematične komunikativne relacije, kao i na one koje su od krucijalnog značaja za psihosocijalnu stabilnost pojedinca. Na osnovu toga mogu se kreirati adekvatni vidovi socijalne podrške reuspostavljanjem 'pokidanih' socijalnih relacija ili jačanjem funkcionalnih veza u nedostatku nekih drugih” (Petrović, 2007: 23).

Jedan od problema koji se uviđa jeste problem ispitivanja, analiziranja i otkrivanja specifičnosti kvalitete života osoba oboljelih od PTSP-ja, kao značajnog faktora i pokazatelja njihovog mentalnog zdravlja. Relevantna istraživanja mogu ukazati na obilježja kvalitete života ovih osoba koje su korisnici usluga centara za mentalno zdravlje.

Drugi problem jeste problem praćenja i evaluacije učinaka psihosocijalnog rada, u koji je uključen i socijalni radnik. Rezultati komparativne analize kvalitete života korisnika kojima su pružene usluge psihosocijalnog rada i onih sa kojima nije rađeno na taj način, mogu ukazati na prednosti/slabosti psihosocijalnog rada.

Treći, i ključni problem jeste primjena savremenih teorija (psiho)socijalnog rada u svakodnevnoj praksi. Kriterij za propitivanje učinka teorija socijalnog rada jeste kvaliteta života korisnika.

Objedinjena, ova tri problema istraživanja ukazuju na generalni problem, a to preispitivanje prakse (psiho)socijalnog rada u cilju unapređenja kvalitete života korisnika.

1.3.2. Hipoteze

Na osnovu operacionalnog određenja predmeta istraživanja, definisane su hipoteze istraživanja. Iz generalne hipoteze izvedene su četiri posebne hipoteze,

Generalna hipoteza

Osobe oboljele od PTSP-ja, koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik, ispoljavaju veći stupanj zadovoljstva životom u odnosu na osobe koje imaju istu dijagnozu ali nisu bile obuhvaćene navedenim načinom rada, pri čemu postoji značajna statistička povezanost između mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi, spola ispitanika i bračnog stanja, s jedne strane i nivoa zadovoljstva životom, s druge strane.

I Posebna hipoteza

Većine osoba oboljelih od PTSP-ja koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik pretežno je zadovoljna životom, tj. aritmetička sredina ukupnih rezultata mjerena Upitnikom kvalitete života (MANSA) kreće se između 5 i 6 (vrijednost 5 na skali definirana je kao pretežno zadovoljan).

II Posebna hipoteza

Većine osoba oboljelih od PTSP-ja, koje nisu prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik, pretežno je nezadovoljna životom, tj. aritmetička sredina ukupnih rezultata mjerena Upitnikom kvalitete života (MANSA) kreće se između 2 i 3 (vrijednost 2 na skali definirana je kao vrlo nezadovoljan a vrijednost 3 kao pretežno nezadovoljan).

III Posebna hipoteza

Postoji statistički značajna povezanost između mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi i spola ispitanika i nivoa zadovoljstva životom kod osoba koje su oboljele od PTSP-ja, a bile su obuhvaćene psihosocijalnim radom.

IV Posebna hipoteza

Postoji statistički značajna povezanost između kvaliteta života i bračnog stanja osoba koje su bile obuhvaćene psihosocijalnim radom, a imaju dijagnozu PTSP.

1.4. Metode i tehnike istraživanja

Kako većinu istraživanja u socijalnom radu nije moguće provesti korištenjem eksperimentalnog pristupa, pribjegava se drugim vrstama istraživanja, kao što su kvazieksperimentalna ili korelaciona ispitivanja. U našem konkretnom slučaju radi se o korelacionom ispitivanju. Naglasak je stavljen na relaciju jer će se ispitivati dvije skupine ispitanika izjednačene prema dijagnozi. Razlika je u izloženosti određenom programu, odnosno psihosocijalnom radu, zasnovanom na sistemskoj teoriji.

Kada je riječ osnovnim i opštim naučnim metodama, u radu su korišteni metoda indukcije i dedukcije, deskriptivna metoda, naučna analiza i sinteza. Primijenjena je i statistička metoda. Razlozi za primjenu ovog metoda proizilaze iz činjenice da postoji mnoštvo podataka dobivenih intervjuom, socijalnom anamnezom i objektiviziranim testovima.

U statističkoj obradi podataka korišten je SPSS 20.0 (kratka verzija). Pored deskriptivnih metoda za ispitivanje korišteni su Personov koeficijent korelacije, ANOVA, t test kao i Hi kvadrat test. Od posebnih metoda društvenih nauka u istraživanju je korišteno anketno ispitivanje.

1.4.1. Način prikupljanja podataka

Ispitivanje je provedeno tokom novembra i decembra 2016. u kabinetu socijalnog radnika u DZ Kantona Sarajevo pri CMZ OJ Vogošća. Obzirom da se pacijenti sa dijagnozom PTSP veoma često obraćaju socijalnom radniku, kako bi se raspitali ili ostvarili određena socijalna prava, u ovom istraživanju ispitana je upravo ta skupina klijenata. Kako bi se dobili validni podaci o oboljenju za potrebe ovog ispitivanja pregledana je i dostupna medicinska dokumentacija.

Svi ispitanici su bili upoznati sa ciljem ispitivanja te su prije popunjavanja upitnika ispunili i potpisali saglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Dobivena je i saglasnost NNID – a pri JU Domovi zdravlja Kantona Sarajevo.

1.4.2. Uzorak

U ovom istraživanju poređeni su rezultati dviju skupina ispitanika. Obje skupine ispitanika vode se pod dijagozom PTSP. Prvu skupinu ispitanika sačinjavaju osobe koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik, dok je druga (kontrolna) skupina sačinjena od osobe koje nisu bile podvrgnute psihosocijalnom tretmanu. U periodu novembar-decembar 2015. godine ispitane su sve osobe koje su dolazile na konsultacije kod socijalnog radnika u CMZ Vogošća. U svakoj skupini ima po 70 ispitanika (ukupno 140 ispitanika).

1.4.3. Istraživački instrumenti

U ispitivanju su korištena dva instrumenta:

1. Opšti upitnik konstruisan za potrebe ovog ispitivanja sačinjen na osnovu socijalno-anamnestičkog intervju;

2. Upitnik kvalitete života - MANSA;

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) je kratki instrument za samoprocjenu zadovoljstva kvalitetom života koji je široko upotrebljavan u istraživanjima duševnog zdravlja, a sastoji se od 16 čestica od kojih se 12 odnosi na subjektivnu kvalitetu života (vlastito zadovoljstvo treba procijeniti na skali od 7 stupnjeva Likertovog tipa) dok su preostale 4 čestice pitanja objektivnog tipa na koja se odgovara s DA ili NE (Priebe, Roder-Warner, U. and i Kaiser, W, 1999).

Ukupni rezultat kreže se urasponu od 1 do 7. Ispitanici su na skali od 1 do 7 procjenjivali stupanj zadovoljstva u pojedinim područjima svog života. Stupnjevi imaju sljedeće značenje: 1 – ne može biti gore, 2 – vrlo nezadovoljan, 3 – pretežno nezadovoljan, 4 – i zadovoljan i nezadovoljan, 5 - pretežno zadovoljan, 6 – vrlo zadovoljan, 7 – ne može biti bolje.

U istraživanjima se pokazalo da MANSA ima dobru pouzdanost tipa unutarnje konzistencije i negativno korelira sa psihopatologijom (Priebe i sur., 1999, prema Björkman & Svensson, 2005).

2. Rezultati istraživanja

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 140 ispitanika čija je prosječna starosna dob $M=54,2$ ($SD = 8,6$). Prosječna starosna dob kontrolne skupine je $M=54,6$ ($SD = 8,2$) na uzorku od $N=70$, dok je prosječna dob ispitanika ($N=70$) koji su prošli tretman $M=53,7$ ($SD = 9$). Primjenom t – testa utvrdili smo da nema statistički značajne razlike u dobi ispitanika.

Od ukupnog broja ispitanih 105 je u vezi ili braku dok je 35 slobodnog emotivno/bračnog statusa (Tabela 1.).

Tabela 1.

Bračni status kontrolne i eksperimentalne grupe

Brak	Kontrolna grupa		Eksperimentalna	
	N	%	N	%
U braku/vezi	53	75,7	52	74,3
Nisu u braku/vezi	17	24,3	18	25,7

Za ispitivanje prve hipoteze, odnosno za odgovor na pitanje da li su osobe koje su prošle kroz psihosocijalni tretman imaju bolji kvalitet života od osoba koje nisu korišten je nezavisni t – test.

Tabela 2.

Srednje vrijednosti na testu kvalitete života ispitanika koji su prošli psihosocijalni tretman i ispitanika koji nisu prošli psihosocijalni tretman

Grupa	M	SD	t	Cohen's D
Ispitanici koji su prošli psihosocijalni tretman	50,8	11,2	3,3*	0,56
Ispitanici bez psihosoc. Tretmana	44,4	12,0		

Napomena: * $p<0,01$

Kao što se može vidjeti iz Tabele 2. postoji statistički značajna razlika u rezultatima ispitanika koji su prošli psihosocijalni tretman i onih koji nisu prošli. Naime, ispitanici koji su prošli psihosocijalni tretman postigli su statistički bolji rezultat od grupe ispitanika koji nisu prošli psihosocijalni tretman ($t(138)=3,3$; $p<0,01$). Također, izračunata je i snagu efekta Cohen-ov koeficijent D koji iznosi 0,56 što prema konvenciji predstavlja srednju do veliku snagu efekta. Ovaj rezultat ukazuje da postoji značajan efekat psihosocijalnog tretmana na poboljšanje kvalitete života ispitanika sa PTSP.

Za testiranje ove hipoteze korišten je i Hi kvadrat test. Kao indikator dobre kvalitete života smatra se rezultat od 60 i veći na skali Mansa. Utvrđeno je koliko ispitanika iz grupe koja je prošla tretman ima visok kvalitet života i koliko ispitanika iz grupe koja nije prošla. Dalje je ispitano da li postoji razlika u proporciji ispitanika koji imaju visok kvalitet života u odnosu na to da li su prošli psihosocijalni tretman ili nisu (Tabela 3.).

Tabela 3.

Broj ispitanika koji imaju visok kvalitet života u odnosu na to da li su prošli psihosocijalni tretman

Grupa	Visok kvalitet života (Mansa>60)		Niži kvalitet života (Mansa<60)	
	N	%	N	%
Ispitanici koji su prošli psihosocijalni	17	24,3	53	75,7
Ispitanici koji nisu prošli psihosocijalni	7	10,0	63	90,0

Prema rezultatima Hi kvadrat testa postoji statistički značajna razlika u proporciji ispitanika koji imaju visok kvalitet života u odnosu na to da li su ili nisu prošli psihosocijalni tretman ($X^2(1, N=140)=5,0$, $p<0,05$). Iz Tabele 2.3. se jasno vidi da ispitanici koji su prošli psihosocijalni tretman imaju veće izglede da imaju bolji kvalitet života od ispitanika koji nisu prošli psihosocijalni tretman.

Također, urađen je i omjer šansi (Odds ratio) ispitanika koji prođu psihosocijalni tretman i onih koji nisu prošli psihosocijalni tretman. Omjer šansi iznosi 2,9 (95% interval pouzdanosti 1,2-7,5). Dakle, ispitanici koji prođu psihosocijalni tretman imaju tri puta veću

šansu da imaju visok kvalitet života u odnosu na ispitanike koji ne prođu psihosocijalni tretman.

Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja, može se konstatovati da su potvrđene prva i druga posebna hipoteza, odnosno da je većine osoba oboljelih od PTSP-ja koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik pretežno zadovoljna kvalitetom životom, dok su osobe koje nisu prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik, pretežno nezadovoljne kvalitetom života.

Treća hipoteza odnosi se na povezanost iznosa mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi i spola, na jednoj strani, i kvalitete života, na drugoj strani, kod osoba koje su bile obuhvaćene psihosocijalnim tretmanom.

U odnosu na stručnu spremu ispitanika koji su prošli psihosocijalni tretman, deskriptivni podaci su prikazani u Tabeli 4.

Tabela 4.

Broj ispitanika u odnosu na stručnu spremu

<i>Stručna sprema ispitanika</i>	N	%
Fakultet/visoka stručna sprema	11	15,7
Srednja stručna sprema	45	64,3
Osnovna škola	14	20,0

Srednje vrijednosti kvalitete života u odnosu na nivo obrazovanja ispitanika su prikazane u Tabeli 5.

Tabela 5.

Srednje vrijednosti na testu Mansa kvalitete života u odnosu na stručnu spremu ispitanika

<i>Stručna sprema ispitanika</i>	M	SD
Fakultet/visoka stručna sprema	48,1	10,5
Srednja stručna sprema	51,1	12,3
Osnovna škola	52,1	8,1

Da bi se utvrdilo postoje li statistički značajne razlike u srednjoj vrijednosti na testu kvalitete života (Mansa) urađena je jednosmjerna analiza varijanse (ANOVA). Rezultati

ANOVA-e su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika u srednjoj vrijednosti kvalitete života u odnosu na stručnu spremu ispitanika, $F(2, 67)=0,43$; $p=0,65$.

Da bi se ispitalo da li je visina mjesečnih primanja uticala na kvalitetu života osoba koje su prošle kroz psihosocijalni tretman ispitanici su podijeljeni u dvije skupine:

- Sa primanjima ispod 500 KM mjesečni i
- Sa primanjima preko 500 KM mjesečno.

Dobiveni rezultati su prikazani u Tabeli 6.

Tabela 6.

Srednje vrijednosti na testu kvalitete života ispitanika u odnosu na visinu mjesečnih primanja

Ispitanici	M	SD	t
Ispod 500 KM mjesečno (N=37)	50,1	12,1	0,61*
Iznad 500 KM mjesečno (N=33)	51,7	10,2	

Napomena: * $p>0,05$ ($p=0,54$)

Primjenom t – testa utvrđeno je da među ispitanicima nije bilo statistički značajnih razlika.

Dodatno, ispitano je da li postoje razlike u postignutoj kvaliteti života u odnosu na dob i spol ispitanika. Ispitanici koji su prošli psihosocijalni tretman bili su u dobnom rasponu između 35 i 75 godina. Srednja dob ispitanika bila je 53,7 godina (standardna devijacija - 9,0 godina). Kako bi se ispitala veza između dobi i kvalitete života, urađen je Pearsonov koeficijent korelacije koji pokazuje da ne postoji značajna korelacija između dobi i kvalitete života ($r=0,06$; $p=0,62$).

Kada je u pitanju spol, primjenom t-testa utvrđeno je da nema razlika između muškaraca i žena u odnosu na postignuti kvalitet života nakon psihosocijalnog tretmana ($t(68)=-0,25$, $p=0,81$).

Tabela 7.

Srednje vrijednosti za kvalitet života u odnosu na spol

Spol	M	SD	T
Muški	50,6	12,1	-0,25*
Ženski	51,3	9,4	

Napomena: * $p=0,81$

Tabela 8.

Broj ispitanika koji su postignutoj kvaliteti života u odnosu na spol

Spol	Visok kvalitet života (Mansa>60)		Niži kvalitet života (Mansa<60)	
	N	%	N	%
Muški	13	27,7	34	72,3
Ženski	4	17,4	19	82,6

Prema rezultatu Hi kvadrat testa, ne postoje razlike u broju ispitanika sa visokim kvalitetom života u odnosu na spol ispitanika ($\chi^2(1, N=70)=0,89$; $p=0,35$).

Budući da nije utvrđena statistički značajna povezanost između mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi i spola, s jedne strane, i nivoa zadovoljstva životom, s druge strane, kod osoba koje su oboljele od PTSP-ja, a bile su obuhvaćene psihosocijalnim radom, može se konstatovati da nije potvrđena treća posebna hipoteza. S obzirom na to da stručna sprema, obrazovanje, visina mjesečnih primanja i spol ne utiču na kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-ja, može se govoriti o univerzalnoj efikasnosti psihosocijalnog tretmana.

Da bi se ispitala četvrta posebna hipoteza koja se odnosi na uticaj braka na kvalitetu života korišten je t-test. S obzirom na bračni status u uzorku osoba oboljelih od PTSP-ja bilo je 52 ispitanika koji žive sa partnerom (bračna ili vanbračna zajednica) i 18 ispitanika koji žive bez partnera (razvedeni, udovci, neoženjeni). Utvrđeno je da bračni status nema statistički značajnu ulogu u kvaliteti života ($t(68)=0,41$; $p=0,68$). Srednji rezultat je prikazan u Tabeli 9.

Tabela 9.

Srednje vrijednosti na testu kvalitete života ispitanika u odnosu na bračni status

Ispitanici	M	SD	T
U vezi	50,5	11,9	0,41*
Nisu u vezi	51,8	9,4	

Napomena: * $p=0,68$

Također, ova hipoteza se može ispitati i kroz neparametrijsku varijantu, tj. da li postoji razlika u proporciji visokog kvaliteta života ($Mansa > 60$) u odnosu na bračni status što je prikazano i u Tabeli 10.

Tabela 10.

Broj ispitanika koji imaju visok kvalitet života
u odnosu na to da li su u bračnoj (vanbračnoj) vezi

Grupa ispitanika	Visok kvalitet života ($Mansa > 60$)		Niži kvalitet života ($Mansa < 60$)	
	N	%	N	%
U vezi	13	25,0	39	75,0
Nisu u vezi	4	22,2	14	77,8

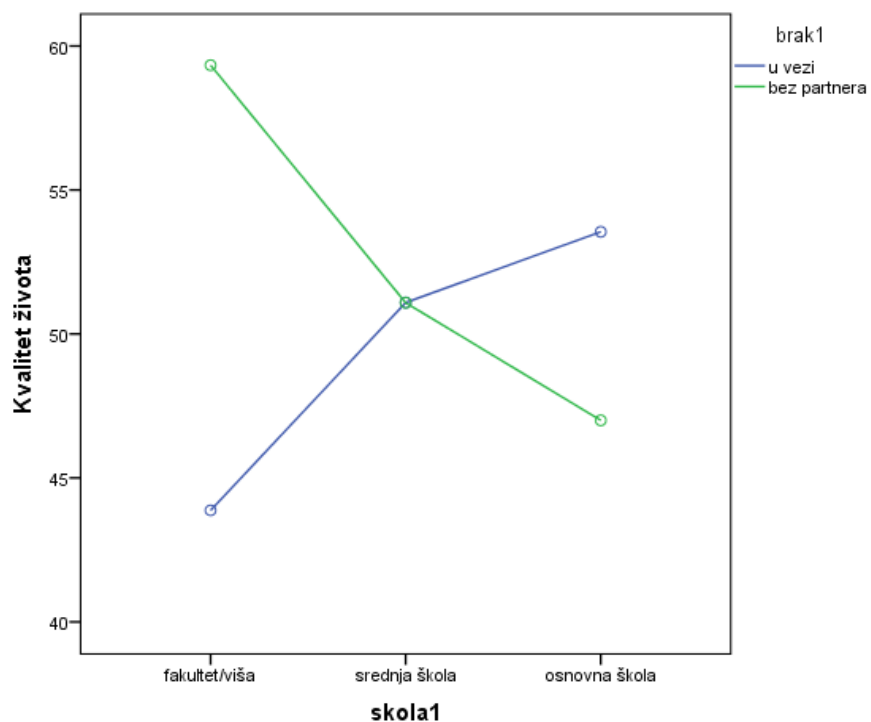
Prema rezultatima Hi kvadrat testa, ne postoji statistički značajna razlika u proporciji ispitanika koji imaju visok kvalitet života u odnosu na to da li su u vezi ili ne ($\chi^2(1, N=70)=0,6, p<0,81$).

Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja, može se konstatovati da nije potvrđena četvrta posebna hipoteza, tj. da postoji statistički značajna povezanost između kvaliteta života i bračnog stanja osoba koje su bile obuhvaćene psihosocijalnim radom, a imaju dijagnozu PTSP.

Međutim, koristeći dvofaktorsku analizu varijanse ispitana je i interakcija uticaja braka i obrazovnog statusa na kvalitet života. Iako je ranije utvrđeno da ne postoji odvojen uticaj braka i obrazovnog statusa na kvalitet života, nastojalo se saznati postoji li interakcija ovih faktora. Utvrđena je značajna interakcija bračnog statusa i obrazovnog statusa na kvalitet života ($F(2, 64)=3,1; p<0,05$). Ova interakcija se može vidjeti na grafikonu 1.

Grafikon 1.

Interakcija bračnog statusa i obrazovnog statusa na kvalitet života



Kao što se može vidjeti na grafikonu 1. uticaj braka na kvalitet života nije jednak za sve obrazovne nivoe. Tako, kod ispitanika sa završenim fakultetom kvalitet života je niži u odnosu na one sa osnovnom školom. Ovo istraživanje je pokazalo da je uticaj braka pozitivan na ispitanike sa nižim stupnjem obrazovanja.

IV RASPRAVA I ZAKLJUČAK

1. Rasprava

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je da se ispita da li psihosocijalni tretman, u koji je uključen i socijalni radnik, ima uticaj na kvalitetu života kod osoba oboljelih od posttraumatskog stresnog sindroma.

U ovom istraživanju ispitane su sve osobe koje su dolazile kod socijalnog radnika u Centar za mentalno zdravlje Vogošća. Ukupno je ispitano 140 osoba koje se vode pod dijagnozom PTSP. Ispitane osobe podijeljene su u dvije skupine. Prvu skupinu sačinjavale su osobe koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik, dok je druga (kontrolna skupina) sačinjena od osoba koje nisu bile podvrgnute psihosocijalnom tretmanu. Srednja dob ukupnog uzorka iznosi $M=54,2$, dok $SD=8,6$. Srednja dob kontrolne skupine iznosi $M=54,6$ ($SD=8,2$). Kod ispitanika koji su prošli kroz psihosocijalni tretman $M=53,7$, a $SD=9$. Koristeći t-test utvrdili smo da nema statistički značajne razlike u dobi ispitanika ($t(138)=0,65$; $p=0,52$). Na osnovu ovih podataka može se pretpostaviti da su osobe srednje životne dobi motivirane za psihosocijalni rad, da se u isti uključe i da rade na sebi kako bi popravile kvalitet vlastitih života.

U ovom radu željela se istaknuti potreba za trenutnom, srednjoročnom, dugoročnom psihosocijalnom pomoći. Poslije velikih nesreća, posebno rata, tokom same faze spašavanja, ali i poslije nje, može postojati potreba angažovanja stalnog tima za podršku nekada u trajanju do tri godine, a nekada i duže. Svi aspekti psihosocijalne pomoći trebalo bi da budu i teorijski utemeljeni.

Posebna hipoteza ovog rada glasi da osobe oboljele od PTSP-a koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik, ispoljavaju veći stupanj zadovoljstva životom u odnosu na osobe koje nisu prošle kroz psihosocijalni tretman. Da bi dobili odgovor na prvu hipotezu koristili smo t-test. Dobiveni rezultat ($t(138)=3,3$; $p<0,01$) ukazuje da postoji statistički značajna razlika u rezultatima ispitanika koji su pršli psihosocijalni tretman i ispitanika koji nisu prošli kroz navedeni tretman. Ispitanici koji su prošli kroz psihosocijalni tretman imali su prosječnu vrijednost $M=50,8$; a $SD=11,2$, dok su ispitanici bez psihosocijalnog tretmana imali prosječnu vrijednost $M=44,4$ ($SD=12,0$). Ispitanici koji su bili podvrgnuti navedenom tretmanu postigli su statistički bolje rezultate na skali MANSA u odnosu na ispitanike koji su imali istu dijagnozu ali nisu bili podvrgnuti psihosocijalnom tretmanu. Izračunat je, također, Cohen-ov koeficijent $D=0,56$ (snaga efekta), što prema

konvenciji predstavlja srednju do veliku snagu efekta. Dobiveni rezultat potvrđuje da postoji značajan efekat psihosocijalnog tretmana na poboljšanje kvalitete života ispitanika sa PTSP-om.

Kako se navodi u jednom ranijem istraživanju (Ajduković, 2007) među skupinama sa poremećajima kvaliteta života najslabija kvaliteta života je kod ljudi sa depresivnim poremećajem, zatim kod osoba sa PTSP-om, a zatim kod osoba sa anksioznim poremećajem. Osobe sa PTSP-om procijenile su da je njihovo fizičko i psihičko zdravlje slabije kvalitete od one sa depresivnim poremećajem. Loši uslovi života, egzistencijalni problemi sa kojima su suočeni sudionici ispitivanja vjerovatno doprinose depresivnosti i razvoju psihičkih smetnji koje mogu biti potencirane smanjenim kapacitetom za suočavanje populacije koja je proživjela rat. Poslijeratne zajednice i njihovi stanovnici još uvijek se bore s nizom neriješenih problema, tako da psihičke posljedice samog rata u interakciji sa nesigurnim i nepovoljnim poslijeratnim okruženjem koje karakteristiše poslijeratna zajednica pridonose lošoj kvaliteti života tih ljudi.

Veliki broj istraživanja provedenih i kod nas i u svijetu odnosi se na ispitivanje kvaliteta života u osoba sa PTSP-jem u odnosu na skupinu ispitanika koji nemaju takvu dijagnozu. Antičević i saradnici ustanovili su u svom istraživanju da ratni veterani imaju lošiji kvalitet života u svim domenima u odnosu na kontrolnu grupu. Intenzitet simptoma poremećaja je u visokoj korelaciji sa kvalitetom života veterana. Ipak, u odnosu na kontrolnu grupu, i veterani bez hronične forme PTSP imaju oštećeno funkcionisanje i kvalitet života generalno. Ovi podaci ukazuju na nepovoljan uticaj ratnog angažovanja nezavisno od dijagnoze (Antičević, Kardum, Britvić, 2012).

U ovom istraživanju utvrđeno je da su osobe koje su prošle kroz psihosocijalni tretman pokazale da ovaj tretman ima uticaj na kvalitet života. Kvalitet života odmjeren je ukupnim rezultatom na skali MANSA. Da bi se utvrdilo koliko ispitanika iz grupe koja je bila izložena psihosocijalnom tretmanu ima visok kvalitet života kao i grupe ispitanika koja nije prošla kroz psihosocijalni tretman imaju visok kvalitet života, korišten je Hi kvadrat test. Rezultat iznad 60 je uzet kao indikator dobre kvalitete života. Obuhvat ispitanika koji su prošli kroz psihosocijalni tretman a imali su rezultat na skali MANSA iznad 60, je N=17 (24,3%), dok je obuhvat ispitanika sa nižom kvalitetom života procijenjeno na skali MANSA ispod 60 N=53 (75,7%). Visok kvalitet života imalo je sedam ispitanika (N=7) koji nisu prošli psihosocijalni tretman (vrijednosti na skali MANSA iznad 60). Nižu kvalitet života mjereno skalom MANSA ispod 60, imalo je 63 ispitanika (90%), koji nisu prošli psihosocijalni tretman.

Prema rezultatima Hi kvadrat testa postoji statistički značajna razlika u proporciji ispitanika koji imaju visok kvalitet života u odnosu na to da li su ili nisu bili podvrgnuti psihosocijalnom tretmanu ($\chi^2(1, N=140) = 5,0, p < 0,05$). Ovi rezultati nam ukazuju da ispitanici koji su prošli kroz psihosocijalni tretman imaju veće izgleda da imaju bolji kvalitet života od ispitanika koji nisu bili izloženi psihosocijalnom tretmanu. Omjer šansi (Odds ratio, iznosi 2,9 (95% interval pouzdanosti 1,2-7,5) ukazuje da ispitanici koji prođu psihosocijalni tretman imaju tri puta veću šansu da imaju visok kvalitet života u odnosu na one osobe koje ne budu podvrgnute tretmanu.

Dobiveni rezultati ukazuju da je veoma važan psihosocijalni rad, posebno kod populacije obolele od PTSP-a. Psihosocijalni rad podrazmijeva usmjerenost na stvarne životne situacije, tako da su se korisnici u ovom radu oslanjali na značajne osobe iz svog okruženja (porodicu, prijatelje i ostale). Tokom ovog rada stavljena je odgovornost sa samog korisnika, da uz pomoć i podršku socijalnog radnika mijenja životnu situaciju. Važno je istaći da je u ovom radu socijalni radnik radio sa korisnikom, a ne za korisnika. Cilj psihosocijalnog rada jeste prilagođavanje klijenta socijalnoj situaciji ali i promjena socijalnoj situaciji. Rad kojem su klijenti bili izloženi podrazumijevao je istovremeno, kako individualni rad, tako i rad za promjenu obilježja njegovog socijalnog okruženja.

Pored navedenog, dobiveni rezultati ukazuju na značajnu ulogu socijalnog radnika čiji rad (posebno psihosocijalni) je svojevrsan model djelovanja, a bavi se time u kakvim uslovima ljudi žive, sa kakvim se poteškoćama susreću, kako to preživljavaju i doživljavaju, kako se ponašaju, da li te poteškoće uspješno prevladavaju, kako im pomoći da prevaziđu poteškoće koristeći svoje individualne resurse i resurse socijalnog okruženja. U našem konkretnom slučaju psihosocijalne aktivnosti su se sprovodile na individualnoj osnovi, a obuhvatale su širok spektar djelovanja u čijoj su osnovi interpersonalne razmjene koje uključuju emocije (naklonost), potvrđivanje (izražavanje poštovanja) i pomoć (vodstvo, vrijeme).

Ovo istraživanje ukazuje na značaj psihosocijalnih intervencija, a psihosocijalne intervencije u zajednici su, zapravo, sve one aktivnosti koje doprinose da se normalizuje psihosocijalno funkcionisanje porodice i osoba pogođenih nesrećom. Cilj, je zapravo, unaprijediti osjećaj sigurnosti, povjerenja pojedinca samog sebe i djelotvornost zajednice, povezanost među članovima zajednice te smirivanje onih koji su uznemireni i vratiti nadu u oporavak pojedinca i zajednice.

Mnoga dosadašnja istraživanja ukazuju na značaj psihosocijalnog tretmana posebno kod osoba koje boluju od PTSP-a, a takvih je sve više, kako kod nas, tako i u svijetu. Neke od

država posjeduju razvijene programe psihosocijalne pomoći što olakšava rad profesionalcima, a ranjivim socijalnim skupinama nužno osiguravaju različite oblike podrške od strane društvene zajednice.

Dakle, iz dobivenih rezultata može se zaključiti da su osobe, koje su prošle kroz psihosocijalni rad, pretežno zadovoljne životom, odnosno osobe koje nisu prošle kroz psihosocijalni rad pokazuju pretežno nisko zadovoljstvo životom (prema rezultatima na skali MANSA). Osobe koje su prošle psihosocijalni tretman imaju bolji kvalitet života od osoba koje nisu prošle kroz navedeni tretman.

Da bi se utvrdilo postoji li statistički značajna povezanost između mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, stručne spreme i kvalitete života kod osoba koje su bile obuhvaćene psihosocijalnim tretmanom korištena je jednosmjerna analiza varijanse (ANOVA). Kao što se moglo vidjeti iz Tabele 4, osobe koje su bile obuhvaćene psihosocijalnim tretmanom imale su slijedeće obrazovanje: sa završenim fakultetom je $N=11$ (15,7%), srednju stručnu spremu ima $N=45$ (64,3%), dok je sa osnovnom školom $N=14$ (20 %). Srednje vrijednosti na testu MANSA u odnosu na stručnu spremu ispitanika koji su obuhvaćeni psihosocijalnim radom su: sa visokom stručnom spremom $N=48,1$ ($SD=10,5$); srednja stručna sprema $N=51,1$ ($SD=12,3$); dok sa osnovnom školom $N=52,1$ ($SD=8,1$). Kao što je ranije navedeno da bi se utvrdilo postoji li statistički značajna povezanost korištena je ANOVA, a dobiveni rezultat ukazuje da ne postoji statistički značajna razlika u srednjoj vrijednosti kvaliteta života u odnosu na stručnu spremu ispitanika $F(2,67)=0,43$; $P=0,65$. Analizirajući dobivene rezultate može se pretpostaviti da je primijenjeni psihosocijalni tretman pogodan za sve ispitanike, bez obzira na stručnu spremu. Ovo, zapravo, pokazuje da osobe koje nisu visoko obrazovane, mogu imati veliku beneficiju od psihosocijalnog rada.

Istraživanje koje je provela Drakšić (2017) a odnosi se na povezanost sociodemografskih i kliničkih karakteristika sa izraženošću simptomima PTSP u kojem je ispitivan, između ostalog, i obrazovni status, pokazalo je da sociodemografske i kliničke karakteristike uzorka nisu značajno povezane sa izraženošću simptoma PTSP-a i zadovoljstva kvalitetom života. Utvrđeno je da što su simptomi PTSP-a izraženiji, to je zadovoljstvo različitim aspektima kvaliteta života manje. I u istraživanju koje je predstavljeno u ovom master radu utvrđeno je da osobe koje imaju izražene simptome PTSP-a, a koje nisu bile obuhvaćene psihosocijalnim radom percipiraju lošiju kvalitetu života.

Istraživanje koje su proveli Grubišić – Ilić i Peraica (2005) pokazalo je da su ispitanici koji imaju viši stupanj obrazovanja (viša i visoka stručna sprema) zadovoljniji svojim zdravljem, uključenosti u rad udruženja, društvenim životom i fizičkom aktivnošću.

Ispitanici sa srednjom stručnom spremom izrazili su zadovoljstvo svojim materijalnim uslovima življenja i fizičkom aktivnošću, dok su ispitanici s nižim obrazovanjem zadovoljni odnosom s djecom. U odnosu na one koji su rastavljeni ili neoženjeni, oženjeni ispitanici zadovoljniji su odnosom s partnerom, odnosom s djecom, uključenošću u rad udruženja. Osobe s riješenim radnim statusom (zaposleni i u penziji) zadovoljni su odnosom s partnerom, odnosom s rodbinom i osjećajem nezavisnosti. U navednom istraživanju zaključeno je da viši stepen obrazovanja, aktualna porodica, riješen radni status, zaposlenje partnerice imaju pozitivan uticaj na kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-ja. Osobe sa višim nivoom obrazovanja pokazale su da su zadovoljnije uključenošću u rad udruženja koja na neki način provode psihosocijalni rad što se slaže s našim istraživanjem koje ukazuje na značaj psihosocijalnog rada sa istaknutim značajem porodice i socijalizacije (Grubišić - Ilić, Peraica, 2005).

U istraživanju koje su proveli Ajduković, Kraljević i Penić (2007) navodi se da od tri sociodemografske varijable jedino ekonomski status statistički značajno doprinosi objašnjenju subjektivnog zadovoljstva životom. Viši stupanj ekonomskog statusa povezan je sa većim stupnjem subjektivnog zadovoljstvom životom.

Schnurr i saradnici (2006) utvrdili su jasnu pvezu između jačine posttraumatskog stresnog poremećaja i slabijeg kvaliteta života, što indicira da je intenzitet poremećaja snažan prediktor kvalitete života (Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, and Uddo, 2006).

U istraživanju je utvrđeno da su vojnici s PTSP-om imali značajno sniženu kvalitetu života u svim domenama u odnosu na vojnike bez PTSP-a i sudionike koji nisu imali ratnog iskustva. Tako je 40% vojnika koji su razvili PTSP imalo i druge psihičke komorbiditete, kao što su psihotični PTSP, depresija i anksiozni poremećaji te su imali više fizičkih komorbiditeta od vojnika koji nisu razvili PTSP. Psihički i fizički komorbiditet kod branitelja s PTSP-om značajno smanjuje sve aspekte kvalitete života. Jačina simptoma PTSP-a nije značajno povezana s domenama kvalitete života, ali je dužina liječenja značajno povezana sa simptomima izbjegavanja i obamrlosti u okviru kliničke slike PTSP-a, što znači da se vojnici s tim simptomima duže liječe.

U istraživanju koje je prikazano u ovom radu ispitano je da li visina mjesečnih primanja ispitanika koji su prošli psihosocijalni tretman utiče na kvalitet života. Ispitanici koji su prošli psihococijalni tretmam podijeljeni su u dvije skupine i to na ispitanike sa primanjima do 500 KM i preko 500 KM mjesečno. Primijenjen je t-test i utvrđeno je da među ispitanicima nema statistički značajne rezlike. U skupini ispitanika sa primanjima do 500 KM bilo je N=37, N=50,1 (SD12,1). U skupini sa primanjima iznad 500 KM mjesečno bilo je

N=33 dok je prosječna vrijednost bila N=51,7, a SD10,2. Dobiveni t-test koji pokazuje da nema statističke značajne razlike iznosio je ($t(138)=0,61$; $p=0,54$). Na osnovu dobivenih rezultata može se zaključiti da visina mjesečnih primanja ne utiče na kvalitetu života. Ovi rezultati ukazuju na univerzalnu efikasnost pruženog psihosocijalnog tretmana. Istraživanje koje su proveli Ajduković i saradnici (2007) pokazuje da ekonomski status utiče na kvalitetu života i sa tim se možemo složiti jer generalno visina primanja može uticati na sam kvalitet, na stabilnost i slično ali u ovom istraživanju tretman je podjednako efikasan, bez obzira na demografske varijable. Rezultai istraživanja, prikazani u ovom radu, ukazuju na značaj psihosocijalnog tretmana, bez obzira na ekonomski status ispitanika.

Istraživanje Pejuškovićeve, u kome je utvrđena povezanost razvoja PTSP-a sa nižim obrazovnim statusom i nižim prihodima, a koji je konzistentan je sa podacima iz literature (Breslau i sar., 1995; De Jong i sar, 2001; prema Pejušković, 2013) pokazalo je da je razvoj PTSP-a povezan sa nižom kvalitetom života. Nizak obrazovni status i niski mjesečni prihodi istaknuti su kao značajni faktori za razvoj PTSP-a u novijem istraživanju na uzorku od 11.037 odraslih osoba u Njujorku (DiGrande i sar, 2008, prema Pejušković, 2013).

Značaj psihosocijalnih programa ističe se i u radu Lončar i saradnika (2014), gdje se navodi da specifičnost ratnih zbivanja i činjenica da rat izravno ili neizravno utiče, ne samo na sudionike ratnih aktivnosti, već i na širu društvenu zajednicu, zahtijeva da se sistem poslijeratne pomoći organizuje ponajprije kroz psihosocijalni program kako bi se osigurala cjelokupna zdravstvena i psihosocijalna pomoć, ali i potakla saradnja svih institucija kako bi se osobama koje su najviše ugrožene pružila što kvalitetnija skrb. Ističe se da mnogi, među kojima i Republika Hrvatska, prave programe psihosocijalne pomoći i u okviru Nacionalnih programa. Stoga bi ovaj rad trebalo da ukaže na značaj psihosocijalnih programa i njihovu implementaciju i u našem društvu. O nužnosti unapređenja psihosocijalnog rada govore i rezultati nedavno provedenog istraživanja psihosocijalne pomoći jednoj od najranjivijih skupina stanovništava - ženama prisilnim migrantkinjama. Uočen je nedovoljan učinak nadležnih ustanova, institucija i organizacija, a ukazano je i na potrebu unapređenja uloge socijalnih radnika, budući da je „u zdravstvenim ustanovama (npr. psihijatrijske klinike) prisutno minimiziranje doprinosa nemedicinskog osoblja, kao što su socijalni radnici“ (Petrović, 2016: 120). Slijedom ove konstatacije, istraživanje prikazano u ovom radu ima za cilj da promoviše ulogu socijalnih radnika, kao kompetentnih stručnjaka u centrima za mentalno zdravlje i drugim socio-zdravstvenim ustanovama.

Da bi se ispitao uticaj braka na kvalitet života korišten je t-test. Deskriptivna statistika na ukupnom uzorku pokazuje da u je kontrolnoj skupini u braku N=53 (75,7%), dok je u

eksperimentalnoj skupini u braku $N=52$ (74,3%). Dakle, u eksperimentalnoj skupini, odnosno skupini koja je prošla kroz psihosocijalni rad su 52 osobe koje žive sa partnerom (bračna ili vanbračna zajednica), dok 18 ispitanika živi bez partnera (razvedeni, udovci ili neoženjeni). Srednja vrijednost na testu kvaliteta života ispitanika u odnosu na bračni status iznosi: kod ispitanika u vezi $N=50,5$, dok je $SD=11,9$. Kod osoba koje nisu u vezi $N=51,8$ ($SD9,4$). Dobiveni t-test iznosi 0,41. ($t(68)=0,41$; $p=0,68$) na osnovu dobivenog rezultata može se zaključiti da bračni status nema uticaja na kvalitetu života. Za ispitivanje razlike u proporciji visokog kvaliteta života (rezultati na skali MANSA-e iznad 60) u odnosu na bračni status osoba koje su prošle kroz psihosocijalni rad korišten je Hi kvadrat test. Prema rezultatima Hi kvadrat testa, ne postoji statistički značajna razlika u proporciji ispitanika koji imaju visok kvalitet života u odnosu na to da li su u brku ili ne ($X^2(1,N=70)=0,6,p<0,81$). Deskriptivna statistika da visok kvalitet života prema MANSI ima 13 osoba koje su u vezi, dok 39 ispitanika ima niži kvalitet života. Osobe koje nisu u vezi, njih 14, ima visok kvalitet života, dok njih 14 ima niži kvalitet života.

Rezultati istraživanja Pejuškovićeve (2013) ukazuju da od sociodemografskih varijabli bračni status nema uticaj ni na aktuelni ni na prošli PTSP. Dakle, nije utvrđena povezanost između bračnog statusa i PTSP-ja. Neki drugi podaci iz literature ukazuju na drugačiju situaciju, odnosno to da su razvedene osobe sklonije razvoju PTSP-a (DiGrande i sar., 2008), kao i da je prevalencija ovog poremećaja viša kod neudatih žena što, vjerovatno, utiče i na kvalitet života (Bronner i sar., 2009; prema Pejušković, 2013).

Takođe, istraživanje provedeno 2005. godine pokazalo je da su oženjeni ispitanici zadovoljniji odnosom s partnerom, odnosom s djecom i uključenošću u rad udruženja u odnosu na one koji su rastavljeni ili neoženjeni (Grubišić - Ilić, Peraica, 2005).

Da bi se ispitalo da li postoje razlike u kvaliteti života nakon psihosocijalnog tretmana u odnosu na spol korišten je t-test. Srednja vrijednost za muškarce iznosi $M=50,6$, a $SD12,1$ dok je srednja vrijednost za žene $M=51,3$ ($SD9,4$). Dobiveni t-test iznosi -0,25 ($t(68)=-0,25$, $p=0,81$) i ukazuje da nema statističkih značajne razlike između muškaraca i žena u odnosu na kvalitet života a nakon psihosocijalnog tretmana. Ovaj rezultat govori u prilog da je psihosocijalni rad jednako učinkovit za oba spola. Da bi se ispitala proporcija ispitanika sa visokim kvalitetom života u odnosu na spol korišten je Hi kvadrat test i utvrđeno ($X^2(1,N=70)=0,89;p=0,35$). Dobiveni rezultat ukazuje da ne postoje statističke značajne razlike u broju ispitanika sa visokim kvalitetom života u odnosu na spol ispitanika.

Ispitanici koji su prošli kroz psihosocijalni tretman su bili između 35 i 75 godina. Srednja dob ispitanika bila je 53,7 godina ($SD=9,0$). Da bi se ispitala povezanost između

starosne dobi i kvaliteta života korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. Utvrđeno je $r=0.6; p=0,62$. Dobiveni rezultat ukazuje da nema statističke značajne povezanosti između dobi i kvalitete života. Ovaj rezultat ukazuje na to da su osobe ovih starosnih skupina podobne za provođenje psihosocijalnog tretmana.

Iako je utvrđeno da ne postoji odvojen uticaj braka i obrazovnog statusa na kvalitet života, ispitano je postoji li interakcija ovih faktora koristeći se jednosmjernom analizom varijance (ANOVA). Utvrđena je značajna interakcija bračnog statusa i obrazovnog statusa na kvalitetu života ($F(2,64)=3,1; p<0,05$). Osobe koje imaju završen fakultet i bez partnera su imaju bolji kvalitet života od osoba koji imaju završen fakultet a imaju i partnera.

2. Zaključak

Sažeto, dobiveni rezultati istraživanja su pokazali sljedeće:

- Većina osoba koje pate od PTSP-a koje su prošle kroz psihosocijalni rad u koji je uključen i socijalni radnik pretežno su zadovoljniji životom u odnosu na osobe sa istom dijagnozom a koje nisu prošle kroz psihosocijalni rad;
- Nije utvrđena statistički značajna povezanost između mjesečnih primanja, nivoa obrazovanja, starosne dobi i spola, s jedne strane, i nivoa zadovoljstva životom, s druge strane, kod osoba koje su oboljele od PTSP-ja, a bile su obuhvaćene psihosocijalnim radom;
- Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna povezanost između kvaliteta života i bračnog statusa osoba koje su bile obuhvaćene psihosocijalnim radom a imaju dijagnozu PTSP.

Na samom kraju, mora se istaći da svi dobiveni podaci vrijede za uzorak na kojem su dobiveni. Ovo istraživanje otvara nove mogućnosti da se radi na pravljenju programa psihosocijalne pomoći, zatim primjenjuje multidisciplinarni pristup u radu sa kordiniranim uslugama, kako bi se postigao bolji kvalitet života.

Rezultati istraživanja prezentovani u ovom radu mogli bi da doprinesu boljem razumijevanju i liječenju hroničnog posttraumatskog poremećaja, a sve u cilju poboljšanja kvalitete života, kako klijenata, tako i njihovih porodica.

Važno je istaći da je psihosocijalni rad pogodan za sve skupine, bez obzira na dob i spol, obrazovni i materijalni status, što ukazuje na važnost njegove primijene.

V LITERATURA

- Ajduković, D., Kraljević, R., Penić, S. (2007). Kvaliteta života osoba pogođenih ratom. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (3), 55-526.
- Ajduković, M. Kajvert, Lj. (2004). *Supervizija u psihosocijalnom radu*, Zagreb: Društvo za psihološku pomoć
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed, Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association (1999). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, Temporary Revised ed., Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Antičević, V. Kardum, G. Britvić, D. (2012). War Veterans Quality of Life: The Impact of Lifetime Traumatic Experiences, Psychological Physical and Health-Related Characteristics. *Društvena istraživanja*. 20, 4.
- Best, C.J. i Cummins, R.A. (2000). The Quality of Rural and Metropolitan Life. *Australian Journal of Psychology*, 52(2), 69-74.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54: 1044-1048.
- Bowen, M. (1985). *Family therapy in clinical practice*, 45 - 269, Maryland.
- Bjorkman, T. & Svensson, B. (2005). Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nordic Journal Psychiatry*, 59, 302-306.
- Brajković, L., Godan, A. i Godan, Lj. (2008). Quality of Life After Stroke in Old Age: Comparison of Persons Living in Nursing Home and Those Living in Their Own Home. *Croatian Medical Journal*, 50(2)182-8.
- Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. 6. izdanje. Zagreb: Naklada Slap.

- Drakšić, Lj. (2017). Povezanost sociodemografskih i kliničkih karakteristika se izraženošu simptomima PTSP i kvalitete života. Neobjavljeni specijalistički diplomski stručni rad. Zdravstveno sveučilište. Zagreb.
- Dreikurs, R. (2013). *Grundbegriffe der Individualpsychologie. Mit einem Vorwort von Alfred Adler*. Stuttgart.
- Fakhoury, W.K.H. & Priebe, S. (2002) The process of deinstitutionalisation: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 187–192.
- Felce, D. i Perry, J. (1993). Quality of life: A contribution to its definition and measurement. Cardiff: Mental Handicap in Wales Applied Research Unit.
- Folnegović-Šmalc V, ur. (1999). *MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Grubišić - Ilić, M; Peraica, T. (2005). Neki čimbenici vezani uz kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-a, Zbornik sažetaka 2. hrvatskog kongresa vojne medicine
- Gubbins, A.C., Perosa, M.L., Bartle Haring, S.(2010). Relationships between married couples' self-differentiation/individuation and Gottman's model of marital interactions *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 32 - 4, 383–395.
- Guerin, J.P. (1976). (ur.), *Family therapy. Theory and practice*. Garder Press. Oxford.
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L: Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiologic Catchment Area survey. *N Engl J Med* 317: 1630-1634, 1987.
- Howe, T.L. (1998). Self-differentiation in Cristian perspective, *Pastoral Psychology*, 46 - 5, 348.
- Howe, D. (1997). *Uvod u teoriju socijalnog rada*, Beograd Naučno – istraživački centar za socijalni rad i socijalnu politiku FPN
- Hulshoff, T. (2001). *Emotionen: Eine Einführung für beratende, theurapeutische, padagogische und soziale Berufe*. III Auflage. München – Basel.
- Ilić, I. Milić, I. Arandelović, M. (2010). Procena kvaliteta života - sadašnji pristupi. *Acta Medica Medianae* ,Vol.49(4)
- Jackson,D.D. 1960). (ur.) *The etiology of schizophrenia*, 346-372, Oxford.
- Janković, J. (2004). *Savjetovanje u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Etctera.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States; results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-19.
- Klever, P.(2003). Intergenerational fusion and nuclear family functioning. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 25 - 4, 431.

- Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". *Primijenjena psihologija*, 10, 179-184.
- Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z. Rukavina, L. (2007). Postraumatski stresni poremećaj. *Medix*, 13 : 7 1 ; 102-106.
- Lakičević, M., (2000). *Metode i tehnike socijalnog rada III*, Beograd: Fakultet političkih nauka i udruženje stručnih radnika socijalne zaštite Republike Srpske.
- Leggett, G.D.(2012). Cooperation, conflict, and marital satisfaction: Bridging theory, research, and practice. *The Journal of Individual Psychology*, 68 - 2, 182–199.
- Lončar, M., Dijanić – Plašić, I., Skorušek-Blažičko, S., Marinković-Danilović, Z., Kraljević, K., BeniĆ, N., Božanja, F. (2014). Nacionalni centar za psihotraumu pri kliničkom bolničkom centru Zagreb. *Socijalna psihijatrija*, 42:75-79.
- Lovrenković, M., Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za stare i nemoćne u Zagrebu. *Socijalna ekologija*. 19 (1) 55-79.
- Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 24(1-2), 67-89.
- Milenković, T. (2016). Analiza kvaliteta života i psiholoških karakteristika ratnih veterana obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet. Univerzitet u Beogradu.
- Milojković, M., Srna, J., Mićović, R. (1997). *Porodična terapija*. Beograd: Centar za brak i porodicu..
- Milosavljević, M. (2009). *Osnove nauke socijalnog rada*. Banja Luka: Filozofski fakultet.
- Nacionalni program psihosocijalne zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima domovinskog rata, drugog svjetskog rata te povratnicima iz mirovnih misija. (2014). Zagreb: Ministarstvo branitelja.
- Minuchin, S. & Nichols, P.M. (1998) . *Family healing. Strategies for hope and understanding*, New York.
- Pejušković, B. (2013). PTSP – prediktori razvoja i oporavka. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet. Univerzitet u Beogradu,
- Petrović, J.(2007). *Ničiji ljudi*, Beograd: Socijalna misao.
- Petrović, J. (2012). *Psihoterapijske osnove (psiho) socijalno grada*, skripta sa predavanja na predmetu Teorije i modeli psihosocijalnog rada. BanjaLuka: Fakultet političkih nauka.
- Petrović, J. (2013). *Nemam, dakle ne postojim*. Banja Luka: Fakultet političkih nauka

- Petrović, J. (2013). Psihologija u praksi socijalnog rada, *Zbornik radova sa međunarodnog naučnog skupa Nauka i globalizacija*, 17-19. 05. 2013, Istočno Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta u Istočnom Sarajevu, 899-910;
- Petrović, J. (2015). *Psihoterapijske osnove (psiho)socijalnog rada – skripta*, Banja Luka: Fakultet političkih nauka
- Petrović, J. (2015). Modeli socijalnog rada kao podrška porodici (savjetovanje, model psihološke intervencije) u *Posttraumatski stresni poremećaj u Republici Srpskoj: posljedice i mogući pravci djelovanja*. Banja Luka: Fakultet političkih nauka, 92-105,
- Petrović, J. (2016). Psihosocijalna podrška prisilnim migrantkinjama – pregled dosadašnjeg rada i preporuke za dalje, u ur. Porobić, S. *Rodna studija prisilne migracije i psihosocijalnog dobrostanja u Bosni i Hercegovini*, Sarajevo: Fondacija za osnaživanje žena BiH, poglavlje 4. Str. 99-135
- Post, M. & Noreau, L.(2005). Quality of life after spinal cord injury. *J Neurol Phys Ther* 29(3): 139-146
- Priebe, S., Roder-Warner, U., & Kaiser, W. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Satir, V. et al. (2000). *Das Satir-Modell. Familientherapie und ihre Erweiterung*. Junfermann. Paderborn.
- Schnurr, P. Hayes, A. Lunney, C. McFall, M. Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74/4:707-13.
- Schweitzer, J. Schlippe, A. (2013) , *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*, Göttingen.
- Stein, B.M., Walker, R.J., Hazen, L.A., Forde, R.D. (1997). Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder: Finding from a Community Survey. *Am J Psychiatry* , 154: 1114-1119.
- Stewart AL, Verboncoeur CJ, McLellan BY, Gillis DE, Rush S, Mills KM et al. (2001). Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(8): M465-70.
- Tschanz - Cooke, K. (2013). *Hoffnungsorientierte Systemische Seelsorge. Die Familientherapie Virginia Satirs in der Seelsorgepraxis*, Kohlhammer. Stuttgart
- Titelman, P. (2013). *Clinical applications of Bowen family systems theory*, New York.
- UNDP (2007). Preuzeto s: <http://www.undp.hr/show> (11.07.2017).
- Vidanović, I. (2008). *Terapijski modeli socijalnog rada*. Beograd.

Vuletić, G. (2004). *Generacijski i transgeneracijski čimbenici kvalitete života vezane za zdravlje studentske populacije*. Neobjavljena doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.

Vuletić, G. ur. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Zagreb: Hrvatska zaklada za znanost.

Wilson - Schaef, A (2000). *Die Flucht vor der Nähe*, Warum Liebe, die suchtig macht, keine Liebe ist. München,

World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group.

World Health Organization (1998). Definicija kvalitete života.

www.psihosocijalno-savjetovanje.hr, pristupljeno, 11.08.2017.

www.ptsp.ba, pristupljeno 12.08.2017.

PRILOZI

Informativni letak za učesnike istraživanja

Socio – anamnestički podaci

Skala MANSA

Odobrenje od NNV-a JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo za provođenje istraživanja

PRILOG 1

INFORMATIVNI LETAK ZA UČESNIKE ISTRAŽIVANJA

Poštovani/a,

Pozivate se da učestvujete u istraživanju: „Psihosocijalni rad na unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja u Centru za mentalno zdravlje Vogošća“.

Ovo istraživanje se provodi putem kvantitativnih (anketni upitnik) naučnoistraživačkih metoda. Od vas se očekuje da učestvujete u istraživanje tako što ćete odgovarati na pitanja iz anketnog upitnika koja će se postavljati socijalni radnik, a drugi upitnik ćete popuniti sami.

Za vas ne postoji zdravstveni i drugi rizici koji bi bili povezani sa učešćem u anketi.

Imate pravo da odbijete učešće u istraživanje prije, u toku i nakon samog anketiranja. Cilj ovog istraživanja su efekti primjene psihosocijalnog rada, u procesu unapređenja kvalitete života osoba oboljelih od PTSP-ja.

Vaše ime i prezime, kao i ostali podaci biće pažljivo čuvani od strane istraživača i ni jedna druga osoba, organizacije ili institucije neće moći povazati vas i rezultate istraživanja. Rezultati istraživanja će biti objavljeni u vidu stručnih članaka.

Za popunjavanje upitnika će Vam biti potrebno u prosjeku 7-10 minuta.

Za sve informacije i pitanja možete se obratiti na email:almasahmanija@hotmail.com; na telefon 061775484 ili lično kontaktirati Alma Šahmanija, dipl.socijalni radnik, DZ Kantona Sarajevo, OJ Vogošća.

Pristanak na učešće u istraživanju

Prezime i ime

Potpis

Datum

PRILOG 2

SOCIO – ANAMNESTIČKI PODACI

Prezime, očevo ime i ime:

Pol: M Ž

Mjesto i datum rođenja: _____

JBMG: _____

Registarski broj i šifra: _____

Adresa i broj telefona: _____

Broj zdravstvenog kartona: _____

Školska sprema i zanimanje: VSS VŠS SSS NK _____

Bračno stanje: oženjen neoženjen udata neudata razveden/a udovac/a vanbračna zajednica

Koliko traje bračna zajednica? _____

Koliko djece ima? _____

Ostali članovi porodice iz zajedničkom domaćinstva: prezime, ime, srodstvo i datum rođenja.

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

Međusobni odnosi u porodici:

- između bračnih partnera : dobri podnošljivi loši

- između roditelja i djece : dobri podnošljivi loši

Ko brine o korisniku ukoliko je potrebna pomoć druge osobe? _____

Da li je korisnik zaposlen? (zaposlen, nezaposlen, honorarni poslovi, penzioner)

Iznos novčanih primanja korisnika: _____

Ostvaruje li porodica dodatna novčana primanja? _____

Ukupan iznos novčanih primanja porodice : _____

Zadovoljavaju li ukupni prihodi osnovne materijalne potrebe? _____

Zdravstveno stanje korisnika : _____

Zdravstveno stanje porodice : _____

Da li se korisnik redovno javlja ljekaru i da li se pridržava uputa? _____

Konzumira li cigarete, alkohol ili neku vrstu narkotika? _____

Stambeni status korisnika (vlasnik stana/kuće, podstanar) _____

Veličina stambene površine _____

Stambene prilike (uslovno, neuslovno, zadovoljavajuće) _____

Stambeni uslovi (voda, struja, grijanje, telefon, opremljenost stana/kuće) _____

Napomena: _____

Datum: _____

Socijalni radnik: _____

PRILOG 3

MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life

1. Ne može biti gore
2. Vrlo nezadovoljan
3. Pretežno nezadovoljan
4. I zadovoljan i nezadovoljan
5. Pretežno zadovoljan
6. vrlo zadovoljan
7. Ne može biti bolje

1. Koliko ste u cjelini zadovoljni svojim životom?	1 2 3 4 5 6 7
2. Koliko ste zadovoljni svojim poslom / školom?	1 2 3 4 5 6 7
2.a Ako ste zaposleni / penziner koliko ste zadovoljni time?	1 2 3 4 5 6 7
3. Koliko ste zadovoljni sojom finansijskom situacijom?	1 2 3 4 5 6 7
4. Da li imate nekog koga možete nazvati bliskim prijateljem?	DA NE
5. Da li ste se u prošloj nedjelji vidjeli sa nekim prijateljem?	DA NE
6. Koliko ste zadovoljni kvalitetom i brojem svojih prijatelja?	1 2 3 4 5 6 7
7. Koliko ste zadovoljni aktivnostima u slobodno vrijeme?	1 2 3 4 5 6 7
8. Koliko ste zadovoljni svojim smještajem?	1 2 3 4 5 6 7
9. Da li ste u protekloj godini bili optuženi za neko kriminalno djelo?	DA NE
10. Da li ste u rotekloj godini bili žrtva fizičkog nasilja?	DA NE
11. Koliko ste zadovoljni svojom ličnom sigurnošću?	1 2 3 4 5 6 7
12. Koliko ste zadovoljni ljudima s akovima živite?	1 2 3 4 5 6 7
12.a Ako živite sami, koliko ste zadovoljni time?	1 2 3 4 5 6 7
13. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1 2 3 4 5 6 7
14. Koliko ste zadovoljni odnosima sa svojom porodicom?	1 2 3 4 5 6 7
15. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	1 2 3 4 5 6 7
16. Koliko ste zadovoljni svojim psihičkim / mentalnim zdravljem?	1 2 3 4 5 6 7

JAVNA USTANOVA DOM ZDRAVLJA
KANTONA SARAJEVO
GENERALNI DIREKTOR
BROJ: 01-05-8587-3/15
Dana, 22.12.2015. godine
Sarajevo, Vrazova 11

Alma Šahmanija
almasahmanija@hotmail.com

Predmet: Saglasnost, dostavlja se

Vezano za Vaš zahtjev zaprimljen u Ustanovu pod brojem 01-08-8587/15 od 30.11.2015. godine, želim Vas obavjestiti da sam sa istim saglasan, odnosno da možete obaviti provođenje korelacionog istraživanja, a koje podrazumjeva uzimanje podataka iz zdravstvenih kartona pacijenata, anketiranje cca 140 pacijenata Centra za mentalno zdravlje OJ DZ Vogošća i istraživanje efekata primjene teorija psihosocijalnog rada u radu sa osobama oboljelim od PTSP-a, a radi izrade magistarskog rada na temu „Psihosocijalni rad na unepređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-a u Centru za mentalno zdravlje Vogošća“.

Prije započinjanja istraživanja u JUDZKS potpisat ćete sa Ustanovom Sporazum o međusobnoj saradnji u polju provođenja naučnog istraživanja u JUDZKS, kojim će se definisati međusobna prava i obaveze u polju naučnog istraživanja.

Po završetku provedene procedure, javit ćete se direktoru organizacione jedinice i za odobreno istraživanje ćete se dogovoriti sa odgovornom osobom Službe.

Nakon zvanične odbrane diplomskog rada, jedan primjerak ćete dostaviti za biblioteku Centra za NNID JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo.

S poštovanjem!

DOSTAVITI:

- Naslovu
- Centru za NND
- SPKOP
- a/a


GENERALNI DIREKTOR
Prim.dr Milan Mioković
Spec. porodične/obiteljske medicine

BIOGRAFIJA SA BIBLIOGRAFIJOM

Šahmanija Alma rođena je 11.10.1982. u Sarajevu. Osnovnu školu završila je 1998. godine u Minhenu, Njemačka. Po povratku iz Njemačke nastavlja školovanje u Sarajevu te Srednju zubotehničku školu završava 2001. godine i stiče zvanje stomatološka sestra – tehničar. Nedugo nakon toga zasniva radni odnos u JU Domovi zdravlja Kantona Sarajevo gdje radi kao stomatološka sestra tehničar oko 7 godina. Na Odsjeku za socijalni rad pri Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Sarajevu diplomirala je 2011. godine na temu „Skandinavski model države blagostanja“. U okviru studentske prakse svoj angažman obavljala je u CMZ – u OJ Vogošća. Radni angažman, po završetku studija, nastavlja kao diplomirani socijalni radnik u istoj ustanovi na službi porodična medicina – patronaža. Od 2015 – te godine zaposlena na poslovima socijalnog radnika pri Cenru za mentalno zdravlje u OJ Vogošća. Poslijediplomske studije na Odsjeku za socijalni rad pri Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Banjoj Luci upisala je školske 2014/2015. godine. Kao volonter nastavlja svoj rad i u okviru Asocijacije Fatma gdje pruža pomoć iz svog domena socijalno ugrežnim osobama.

U toku svog radnog angažmana učestovala je na brojnim edukacijama i radionicama (a u nekim je uzela i aktivno učešće) iz kojih se izdvajaju:

- 2007. godine Osnove o HIV – i AIDS- u za radnike primarne zdravstvene zaštite
- 2011. godine Kontinuirani profesionalni razvoj u okviru porodične medicine;
- 2012. godine UNDP Word vision – osnovna ljudska prava romske populacije;
- 2013. godine CPCD Smjernice za postupanje u slučaju nasilja na djecom;
- 2013. godine Trgovina ljudima, Sarajevo;
- 2014. godine Moralna hrabrost, Sarajevo;
- 2014. godine Trening za socijalne radnike i psihologe HIV I AIDS;
- 2015. godine Jačanje kapaciteta psihosocijalne podrške u slučaju prirodnih nepogoda (II modula);
- 2015. godine Koordinirana briga u oblasti mentalnog zdravlja;
- 2015. godine Sistemska porodična psihoterapija – Projekat mentalnog zdravlja;

- 2016/2017 godine – Provođenje preventivnih i promotivnih programa u mentalnom zdravlju: povećanje blagostanja adolescenata kroz jačanje protektivnih faktora u školskom okruženju.
- 2017. godine Primjena matrica za prepoznavanje djece u riziku i osnovnim školama u BiH;
- 2017. godine Primjena akreditacionih standarda i unapređenje kvaliteta u mentalnom zdravlju u zajednici – Projekat mentalnog zdravlja;
- 2017. godine Obuka na polju odnosa sa javnošću za profesionalce u oblasti mentalnog zdravlja – Projekat mentalnog zdravlja.
- 2017.godine - Konferencija oporavak od ovisnosti – pokret u politikama i praksi.
- 2018. godine – Socijalni rad u zdravstvu, Sarajevo.
- 2018. godine – Konferencija o mentalnom zdravlju - razgovarajmo.

BIBLIOGRAFIJA

Džambo, I., Šahmanija, A. (2015). HABITUDE – program odvikavanja od droga i alkohola te detoksikacija u Kanadi. Bilten - JU Zavod za bolesti ovisnosti ZE – DO Zenica.

Универзитет у Бањој Луци

Факултет политичких наука

Комисија за оцјену и одбрану завршног рада на другом циклусу

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА

ПРИМЉЕНО: 11. 12. 2017

1624/17

НАСТАВНО-НАУЧНОМ ВИЈЕЋУ ФАКУЛТЕТА ПОЛИТИЧКИХ НАУКА

Предмет: Извјештај о оцјени завршног рада на другом циклусу студијског програма
социјални рад кандидаткиње Алме Шахманија

Наставно-научно вијеће Факултета политичких наука Универзитета у Бањој Луци је на својој 70. сједници, донијело одлуку број 08/3.1687-6/15 од 24.11.2017. године, којом је именовало Комисију за оцјену и одбрану завршног рада на другом циклусу студијског програма социјални рад под називом *Психосоцијални рад на унапређењу квалитета живота особа обољелих од ПТСП-ја у Центру за ментално здравље Вогошћа*, Алме Шахманија, у сљедећем саставу:

1. Проф. др Весна Шућур Јањетовић, ванредни професор, ужа научна област теорије и методологија социјалног рада, Факултет политичких наука Универзитета у Бањој Луци, предсједник;
2. Доц. др Драгана Шћеповић, доцент, ужа научна област посебна подручја социјалног рада, Факултет политичких наука Универзитета у Бањој Луци, члан;
3. Проф. др Јагода Петровић, ванредни професор, ужа научна област теорије и методологија социјалног рада, Факултет политичких наука Универзитета у Бањој Луци, члан.

Након што је прегледала и детаљно анализирала завршни рад Алме Шахманија, Комисија подноси Наставно-научном вијећу Факултета политичких наука Универзитета у Бањој Луци

ИЗВЈЕШТАЈ

о оцјени урађеног завршног рада на другом циклусу студија под називом

Психосоцијални рад на унапређењу квалитета живота особа обољелих од

ПТСП-ја у Центру за ментално здравље Вогошћа

ОСНОВНИ ПОДАЦИ О КАНДИДАТКИЊИ

Кандидаткиња Алма Шахманија рођена је 11.10.1982. у Сарајеву. Основну школу завршила је 1998. године у Минхену, Њемачка. По повратку из Њемачке наставља школовање у Сарајеву те Средњу зуботехничку школу завршава 2001. и стиче звање стоматолошка сестра – техничар. Након тога заснива радни однос у ЈУ Домови здравља Кантона Сарајево гдје седам година ради као стоматолошка сестра техничар.

На Одсјеку за социјални рад при Факултету политичких наука Универзитета у Сарајеву дипломирала је 2011. године на тему „Скандинавски модел државе благостања“. У оквиру студентске праксе свој ангажман обавља у ЦМЗ – у ОЈ Вогошћа. Радни ангажман, по завршетку студија, наставља као дипломирани социјални радник у истој установи на служби породична медицина – патронажа. Од 2015. године запослена је на пословима социјалног радника при Центру за ментално здравље у ОЈ Вогошћа. Послиједипломске студије на Одсјеку за социјални рад при Факлутету политичких наука Универзитета у Бањој Луци уписала је школске 2014/2015. године. Као волонтер наставља свој рад и у оквиру Асоцијације Фатма гдје социјално угрежним особама пружа помоћ из домена психосоцијалног рада.

Учестовала је на бројним едукацијама и радионицама (а у неким је узела и активно учешће), из којих се издвајају: Основе о HIV-у и AIDS-у за раднике примарне здравствене заштите (2007); Континуирани професионални развој у оквиру породичне медицине (2011); UNDP Word vision – основна људска права ромске популације (2012); CRCD Смјернице за поступање у случају насиља на дјецом (2013); Трговина људима, Сарајево (2013); Морална храброст, Сарајево (2014); Тренинг за социјалне раднике и психологе HIV и AIDS (2014); Јачање капацитета психосоцијалне подршке у случају природних непогода - два модула (2015); Координирана брига у области менталног здравља (2015); Системска породична психотерапија – Пројекат менталног здравља (2015). Примјена матрица за препознавање дјеце у ризику у основним школама у БиХ (2017); Примјена акредитационих стандарда и унапређење квалитета у менталном здрављу у зајединици – Пројекат менталног здравља (2017); Обука на пољу односа са јавношћу за професионалце у области менталног здравља – Пројекат менталног здравља (2017).

У коауторству је публиковала стручни чланак: Džambo, I., Šahmanija, A. (2015). HABITUDE – program odvikavanja od droga i alkohola te detoksikacija u Kanadi. Bilten - JU Zavod za bolesti ovisnosti ZE – DO Zenica.

Течно говори њемачки језик и служи се енглеским. Познаје рад на рачунару (Word, Exel, Power Point, Office, Internet).

Увод

Завршни рад на другом циклусу студијског програма социјални рад, под називом *Психосоцијални рад на унапређењу квалитета живота особа обољелих од ПТСП-ја у Центру за ментално здравље Вогошћа* има 77 страница.

Четири главне цјелине су Увод, Теоријски дио, Емпиријски дио, Расправа и закључак.

Теоријски дио има четири поглавља: Психосоцијални рад у социјалном раду (са потпоглављима Однос психологије и социјалног рада, Друштвено-историјска изворишта и епистемиолошка генеза психосоцијалног рада, Психосоцијални рад, Психосоцијално савјетовање); Теорије релевантне за психосоцијално савјетовање у социјалном раду (са потпоглављима Функционалистички погледи на социјални рад са освртом на системску породичну терапију, Системска породична терапија, Адлерова породична терапија, Вишегенерацијска породична терапија, Модел процеса уважавања човјека, Искуствена породична терапија, Структурална породична терапија, Трансгенерацијски породични приступ, Стратешки приступ и Интегрисани структурални/стратешки приступ); Посттрауматски стресни поремећај; Квалитета живота.

Емпиријски дио садржи поглавље Начин истраживања (са потпоглављима Предмет истраживања, Циљ истраживања, Хипотетички оквир, Хипотетички ставови о истраживаној појави/процесу, Хипотезе, Методе и технике истраживања, Начин прикупљања података, Узорак и Истраживачки инструменти) и поглавље Резултати истраживања.

У четвртом дијелу (Расправа и закључак) кандидаткиња даје сажет осврт на резултате истраживања. Реферирајући се на резултате претходних истраживања предочава њихову комплементарност, да би у закључном дијелу изнијела препоруке за психосоцијални рад у циљу унапређења квалитета живота обољелих од ПТСП-ја.

Предмет истраживања

Предмет истраживања су ефекти примјене психосоцијалног рада у процесу унапређења квалитета живота особа обољелих од ПТСП-ја.

У теоријском дијелу рада изнесена су релевантна научна сазнања о психосоцијалном раду, теоријама релевантним за психосоцијално савјетовање, посттрауматском стресном поремећају и квалитету живота.

У емпијском дијелу постављен је глобални истраживачки задатак - утврдити квалитет живота особа обољелих од ПТСП-ја, као показатељ ефеката примјене системске породичне терапије.

Из овога су изведени посебни задаци истраживања на основу којих је урађен хипотетички оквир.

Хипотетички оквир рада

На основу операционалног одређења предмета истраживања, дефинисане су хипотезе истраживања. Из генералне хипотезе изведене су четири посебне.

Генерална хипотеза гласи: „Особе обољеле од ПТСП-ја, које су прошле кроз психосоцијални рад у који је укључен и социјални радник, испољавају већи степен задовољства животом у односу на особе које имају исту дијагнозу, али нису биле обухваћене наведеним начином рада, при чему постоји значајна статистичка повезаност између мјесечних примања, нивоа образовања, старосне доби, пола испитаника и брачног стања, с једне стране, и нивоа задовољства животом, са друге стране.“

I Посебна хипотеза гласи: Већине особа обољелих од ПТСП-ја које су прошле кроз психосоцијални рад у који је укључен и социјални радник претежно је задовољна животом, тј. аритметичка средина укупних резултата мјерена Упитником квалитете живота (МАНСА) креће се између 5 и 6 (вриједност 5 на скали дефинисана је као претежно задовољан).

II Посебна хипотеза гласи: Већине особа обољелих од ПТСП-ја, које нису прошле кроз психосоцијални рад у који је укључен и социјални радник, претежно је незадовољна животом, тј. аритметичка средина укупних резултата мјерена Упитником квалитете живота (МАНСА) креће се између 2 и 3 (вриједност 2 на скали дефинисана је као врло незадовољан а вриједност 3 као претежно незадовољан).

III Посебна хипотеза гласи: Постоји статистички значајна повезаност између мјесечних примања, нивоа образовања, старосне доби и пола испитаника и нивоа задовољства животом код особа које су обољеле од ПТСП-ја, а биле су обухваћене психосоцијалним радом.

IV Посебна хипотеза гласи: Постоји статистички значајна повезаност између квалитета живота и брачног стања особа које су биле обухваћене психосоцијалним радом, а имају дијагнозу ПТСП.

Методолошки оквир рада

Када је ријеч о основним и општим научним методама, у раду су кориштене методе индукције и дедукције, дескриптивна метода, научна анализа и синтеза. Примијењена је и статистичка метода у фази прикупљања и разврставања података, те у фази обраде података.

За доказивање посебних и генералне хипотезе кориштена је метода испитивања, помоћу двају инструмената: Општи упитник конструисан на основу социјално-анамнестичког интервјуа; Упитник квалитета живота - MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) - кратки инструмент за самопроцјену задовољства квалитетом живота који је широко употребљаван у истраживањима душевног здравља, а састоји се од 16 честица од којих се 12 односи на субјективни квалитет живота (властито задовољство треба процијенити на скали од 7 ступњева Ликертовог типа), док су преостале 4 честице питања објективног типа на која се одговара с ДА или НЕ (Priebe, Roder-Warner, U. and Kaiser, W, 1999). За унос и обраду података кориштен је SPSS 20.0 (kratka verzija).

Резултати истраживања и закључак

На основу добијених резултата истраживања, може се констатовати да су потврђене прва и друга посебна хипотеза, односно да је већине особа обољелих од ПТСП-ја које су прошле кроз психосоцијални рад, у који је укључен и социјални радник, претежно задовољна квалитетом живота, док су особе које нису прошле кроз психосоцијални рад, у који је укључен и социјални радник, претежно незадовољне квалитетом живота.

Није утврђена статистички значајна повезаност између мјесечних примања, нивоа образовања, старосне доби и пола, с једне стране, и нивоа задовољства животом, с друге стране, код особа које су обољеле од ПТСП-ја, а биле су обухваћене психосоцијалним радом. Констатује се да није потврђена трећа посебна хипотеза.

У доказивању четврте посебне хипотезе није утврђена статистички значајна повезаност између квалитета живота и брачног стања особа које су биле обухваћене психосоцијалним радом, а имају дијагнозу ПТСП.

На основу резултата истраживања закључује се да је потврђен дио генералне хипотезе у коме се тврди да је већине особа обољелих од ПТСП-ја које су прошле кроз психосоцијални третман, претежно задовољна квалитетом живота, за разлику од особа које нису прошле кроз психосоцијални рад. Будући да није доказано да стручна спрема, образовање, висина мјесечних примања и пол утичу на квалитет живота особа обољелих од ПТСП-ја, може се говорити да о универзалној ефикасности психосоцијалног третмана.

Друштвени и научни допринос истраживања

Од науке социјалног рада, која је по својој суштини апликативна, очекује се да резултатима својих истраживања допринесе унапређењу праксе социјалног рада. Резултати истраживања нуде изворна сазнања о ефектима психосоцијалног рада на унапређењу квалитета живота особа обољелих од ПТСП-ја. Ово истраживање употпуњује научно знање о квалитету живота особа које болују од ПТСП-ја и проширује научна сазнања о системској породичној терапији, тачније о ефектима њене примјене у свакодневном раду социјалног радника у центрима за ментално здравље. Осим што указује на проблем особа које болују од ПТСП-ја, њихов квалитет живота и ниво субјективног благостања, истраживање афирмише примјену теорија психосоцијалног рада у процесу интеграције обољелих од ПТСП-ја у породичном и радном окружењу.

ЗАКЉУЧЉАК И ПРИЈЕДЛОГ

Комисија сматра да је кандидаткиња Алма Шахманија обавила истраживање у складу са пријављеном темом. У раду су систематизована шира теоријска и практична сазнања о предмету истраживања.

Истраживање је урађено на основу добро постављеног методолошког оквира и примјеном релевантних метода и инструмената, што је омогућило ваљану провјеру постављених хипотеза. Резултати истраживања упућују на теоријски утемљен, креативан и кооперативан приступ социјалних радника у психосоцијалном раду са особама обољелим од ПТСП-ја, те могу бити основ за креирање програма који ће омогућити њихово што боље породично и радно функционисање.

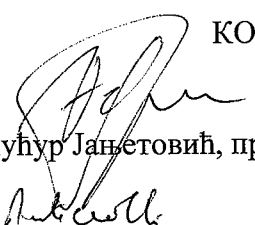
Имајући у виду наведене чињенице и оцјене, Комисија Наставно-научном вијећу Факултета политичких наука Универзитета у Бањој Луци

ПРЕДЛАЖЕ

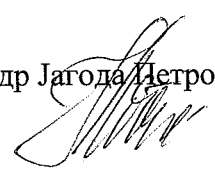
да Алми Шахманија одобри јавну одбрану завршног рада на другом циклусу из области студија социјалног рада на тему *Психосоцијални рад на унапређењу квалитета живота особа обољелих од ПТСП-ја у Центру за ментално здравље Вогошћа*.

Бања Лука, 06.12. 2017. године

КОМИСИЈА:


Проф. др Весна Шућур Јанетовић, предсједник


Доц. др Драгана Шћеповић, члан


Проф. др Јагода Петровић, члан



УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
UNIVERSITY OF BANJA LUKA
ФАКУЛТЕТ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА
FACULTY OF POLITICAL SCIENCES



Број:08/1.1525/17

Датум: 27.11. 2017.

На основу члана 3. Правилника о поступку провјере оригиналности завршних радова студената на II и III циклусу студија Универзитета у Бањој Луци број 02/04-3.2688-4/17 од 28.09.2017. године издаје се

У В Ј Е Р Е Њ Е

Овим се потврђује да је мастер рад кандидаткиње Алме Шахманија под називом „Психосоцијални рад на унапређењу квалитета живота особа обољелих од ПТСП-ја у Центру за ментално здравље Вогошћа“ провјерен путем званичног софтвера за откривање плагијата дана 27. 11. 2017. године.

Шеф библиотеке

Нина Кузман



Пролекар за научноистраживачки рад

[Signature]

ДОСТАВЉЕНО:

- Ментору
- А/А

UNIVERZITETU U BANJOJ LUCI
PODACI O AUTORU ODBRANJENOG MASTER/MAGISTARSKOG RADA

Ime i prezime autora master/magistarskog rada: Alma Šahmanija;

Datum, mjesto i država rođenja autora: 11.10.1982. godine, Sarajevo, Bosna i Hercegovina;

Naziv završenog fakulteta/Akademije autora i godina diplomiranja: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, dana 18.04.2011. godine;

Datum odbrane završnog/diplomskog rada autora: 18.04.2011. godine;

Naslov završnog/diplomskog rada autora: „Skandinavski model države blagostanja“;

Akademsko zvanje koju je autor stekao odbranom završnog/diplomskog rada: Diplomirani socijalni radnik;

Akademsko zvanje koje je autor stekao odbranom master/magistarskog rada: Magistar socijalnog rada – 300 ECTS;

Naziv fakulteta/Akademije na kome je master/magistarski rad odbranjen: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Banjoj Luci;

Naslov master/magistarskog rada i datum odbrane: „Psihosocijalni rad na unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-ja u Centru za mentalno zdravlje Vogošća“, datum obrane: 25.04.2018. godine;

Naučna oblast master/magistarskog rada prema CERIF šifrniku: Društvene promene, teorija socijalnog rada (S 214);

Imena mentora i članova komisije zaodbranu master/magistarskog rada:

1. Prof. dr Vesna Šućur Janjetović, predsjednik Komisije;
2. Prof. dr Jagoda Petrović, član-mentor;
3. Doc. dr Dragana Šćepović, član;

U Banjoj Luci, dana 27.04.2018. godine;



**Изјава о идентичности штампане и електронске верзије
мастер/магистарског рада**

Име и презиме аутора Alma Sahmanija

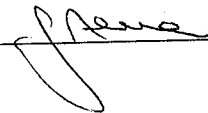
Наслов рада Psihosocijalni rad na unapređenje kvaliteta života osoba oboljelih od MS-a u Centru za mentalno zdravlje Uroša

Ментор Prof. dr. Jagoda Petrović

Изјављујем да је штампана верзија мог мастер/магистарског рада идентична електронској верзији коју сам предао/ла за дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци.

У Бањој Луци 24.03.18

Потпис кандидата



**Изјава којом се овлашћује FRN факултет/ Академија умјетности
Универзитета у Бањој Луци да мастер/магистарски рад учини јавно доступним**

Овлашћујем FRN факултет/ Академију умјетности Универзитета у Бањој
Луци да мој мастер/магистарски рад, под насловом

Психосоцијални рад на умјереној квалитета нивоа
особа оболелих од ПТСП-а и Центар за ментално здравље у Бањој Луци

који је моје ауторско дјело, учини јавно доступним.

Мастер/магистарски рад са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату,
погодном за трајно архивирање.

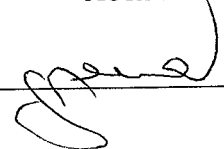
Мој мастер/магистарски рад, похрањен у дигитални репозиторијум Универзитета
у Бањој Луци, могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце
Креативне заједнице (*Creative Commons*), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
- ☒ 3. Ауторство - некомерцијално - без прераде
4. Ауторство - некомерцијално - дијелити под истим условима
5. Ауторство - без прераде
6. Ауторство - дијелити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је
на полеђини листа).

У Бањој Луци 24.03.2024.

Потпис кандидата



ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем да је
мастер/магистарски рад

Наслов рада *Psychosocijalni rad na unapređenju kvaliteta života osoba oboljelih od PTSP-a u centru za mentalno zdravlje*

Наслов рада на енглеском језику *Psychosocial work on improving the quality of life of patient with PTSD in the center for mental health*

- ☒ резултат сопственог истраживачког рада,
- ☒ да мастер/магистарски рад, у цјелини или у дијеловима, није био предложен за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- ☒ да су резултати коректно наведени и
- ☒ да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

У Бањој Луци 24.02.18.

Потпис кандидата

