



UNIVERZITET U SARAJEVU
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA
ODSJEK SOCIJALNI RAD

**ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RADU SA OSOBAMA S
DUŠEVNIM SMETNJAMA**

-magistarski rad-

Kandidatkinja:

Delendžić Alma

Broj indeksa: 701/II-SW

Mentor:

Doc. dr. Nedreta Šerić

Sarajevo, februar 2020. godine



UNIVERZITET U SARAJEVU
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA
ODSJEK ZA SOCIJALNI RAD

**ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RADU SA OSOBAMA S
DUŠEVNIM SMETNJAMA**

-magistarski rad-

Kandidatkinja:

Delendžić Alma

Broj indeksa: 701/II-SW

Mentor:

Doc. dr. Nedreta Šerić

Sarajevo, februar 2020. godine

SADRŽAJ

UVOD	1
I TEORIJSKO-METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA	3
1.1.Teorijska osnova istraživanja	3
1.2.Kategorijalno pojmovni sistem	4
1.3.Problem istraživanja	8
1.4.Predmet istraživanja	9
1.5.Ciljevi istraživanja.....	9
1.5.1.Naučni cilj istraživanja.....	9
1.5.2.Društveni cilj	10
1.6.Hipoteze istraživanja.....	11
1.6.1.Generalna hipoteza.....	11
1.6.2.Posebne hipoteze	11
1.7.Vrsta istraživanja.....	12
1.8.Metode istraživanja	13
1.9.Vremensko i prostorno određenje predmeta istraživanja	13
II SOCIJALNI RAD U MENTALNOM ZDRAVLJU	14
2.1.Definicija mentalnog zdravlja.....	14
2.2.Definicija mentalnog poremećaja.....	16
2.3.Deinstitucionalizacija tretmana osoba s duševnim smetnjama	17
2.4.Značaj promocije mentalnog zdravlja.....	19
III OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	22
3.1.Pravni okvir zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama.....	22
3.1.1.Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u FBiH	23
3.1.2.Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom u FBiH	26
3.2.Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama	27
IV ULOGA SOCIJALNIH RADNIKA U RADU SA OSOBAMA S DUŠEVNIM SMETNJAMA	29

4.1. Uloga socijalnih radnika u ranoj intervenciji pojave mentalnih poremećaja	29
4.2. Uloga socijalnog radnika u radu sa članovima porodice osoba s duševnim smetnjama	31
4.2.2. Socijalni kontakti osoba s duševnim smetnjama	33
4.3. Zadaci i uloga socijalnog radnika u centrima za mentalno zdravlje.....	34
4.4. Radni angažman osoba s duševnim smetnjama	37
V REZULTATI ISTRAŽIVANJA	38
5.1. Smjernice za dalja istraživanja	50
VI ZAKLJUČNA RAZMATRANJA I PREPORUKE	52
VII LITERATURA.....	56
VIII PRILOG	59

Popis skraćenica

SAD – Sjedinjene Američke države;

FBiH – Federacija Bosna i Hercegovina;

BiH – Bosna i Hercegovina;

CMZ – Centar za mentalno zdravlje;

CZSR – Centar za socijalni rad;

UN – Ujedinjeni narodi;

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;

UVOD

Socijalni rad u zdravstvu kao specifično područje profesionalne djelatnosti socijalnog rada počeo se razvijati početkom 20. vijeka u SAD-u. Začetnik je bio doktor Richard S. Cabot koji je smatrao da se rad u bolnicama ne smije ograničavati samo na organsko-patološke nalaze, već je potrebno proučavati i životne uvjete pacijenata te je 1893. godine zaposlio prvu socijalnu radnicu. S profesionalizacijom u SAD-u i razvijenim europskim državama socijalni rad u zdravstvu se institucionalizirao te se danas govori o subspecializacijama zbog specifičnosti socijalnog rada u zdravstvu, rad socijalnog radnika u domu zdravlja, psihijatriji, rehabilitaciji i slično (Dervišbegović, 2003).

Iako su u današnje vrijeme evidentni značajni uspjesi u medicini, i dalje je broj osoba s duševnim smetnjama u porastu. Nakon završenog hospitalnog tretmana, osobe s duševnim smetnjama imaju mogućnost da uz podršku porodice nastave obavljati funkcije koje su imali prije dijagnostifikovanja bolesti. Osobu s duševnim smetnjama u ovom slučaju moramo posmatrati kao ličnost koja bez obzira na trenutno narušeno mentalno zdravlje, ima svoje emocije, želje, stavove, koje trebamo poštivati i uvažavati te im pristupati sa razumjevanjem i uvažavanjem. Narušeno zdravlje je gubitak koji dovodi do mnogih drugih promjena u samom funkcionisanju osobe. Takođe, doprinosi promjeni ranijeg načina života, promjeni posla i zanimanja u određenim situacijama, promjeni neispunjenih planova te promjeni socijalnog statusa. Način na koji osoba s duševnim smetnjama prihvata svoj gubitak ovisi od prijašnjih iskustava, subjektivnom vrednovanju izgubljenog i pruženoj socijalnoj pomoći kojom se veličina gubitka može umanjiti (Havelka, 1988).

U radu sa osobama s duševnim smetnjama, socijalni radnik primjenjuje različite metode i pristupe kao što su: metoda socijalnog rada sa pojedincem - individualni rad, socijalni rad sa porodicom gdje je zadatak saniranje narušenih porodičnih odnosa, socijalni rad sa grupom i socijalni rad u lokalnoj zajednici gdje socijalni radnik ima ulogu posrednika u stvaranju uslova za ponovnu adaptaciju u lokalnoj zajednici nakon završenog liječenja. Duševne smetnje bez obzira radi li se o osobama starije dobi ili mladima, zahtijevaju multidisciplinarni pristup gdje je

značajna uloga socijalnog radnika u utvrđivanju socioekonomskih uslova života osoba s duševnim smetnjama i njihove porodice, te otklanjanju eventualnih porodičnih poteškoća, kako bi se bez ometanja moglo nastaviti sa adekvatnim pristupom u radu sa osobama s duševnim smetnjama. Nakon dijagnostifikovanja bolesti kod porodice osoba s duševnim smetnjama prvobitno nastupa zbunjenost, tuga, emocionalna izgubljenost koja se manifestuje u vidu nemogućnosti snalaženja i pružanja podrške toj osobi kako bi lakše prevazilazila nastale probleme. U mnogim slučajevima osoba s duševnim smetnjama iskazuje agresivno ponašanje, što porodici dodatno otežava svakodnevne probleme sa kojima se trenutno suočavaju te ih dovodi do osjećaja nelagode, nesigurnosti, izbezumljenosti. Osnovna uloga socijalnog radnika unutar tima jeste da od trenutka prijema osobe s duševnim smetnjama utvrdi činjenično stanje i sveukupne socioekonomske probleme, te da o svom radu redovno obavještava članove stručnog tima. Među najvažnije potrebe, uz potrebu za terapijom, nakon dijagnostifikovanja nekog od oblika duševnih smetnji do izražaja dolazi i potreba za pažnjom, pozornošću i pripadnošću te saosjećanjem za bolest osobe s duševnim smetnjama i njeno trenutno mentalno zdravlje. Briga za osobe s duševnim smetnjama usko je povezana sa razvojem i obilježjima savremene porodice. Opterećenja koja doživljava porodica osobe s duševnim smetnjama su brojna: zahtjevnost njege, promjene organizacije porodičnog života, povećani novčani izdaci, donošenje odluke kada osoba nije u mogućnosti sama sebe zastupati i drugo (Ajduković, 1995).

Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama FBiH¹ definira se, da je osoba sa duševnim smetnjama: duševno bolesna osoba, osoba sa duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama, ili osoba sa drugim duševnim smetnjama. Osoba sa težim duševnim smetnjama je osoba koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svog postupanja, ili ne može vladati svojom voljom, ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da je neophodna psihijatrijska pomoć.

Motivi izbora teme pod ovim naslovom su: nedovoljna informisanost i istraženost o samom problemu, nezainteresovanost, rasprostranjenost i aktuelnost samog problema.

¹Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u FbiH, član 3. stav 1.

I TEORIJSKO-METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

1.1. Teorijska osnova istraživanja

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije iz 1948. godine: „Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i društvenog blagostanja a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti.“ Integralni dio definicije zdravlja prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji predstavlja mentalno zdravlje.

Mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalnog poremećaja. Definirano je kao stanje blagostanja u kojem svaka osoba ostvaruje svoj potencijal, nosi se sa svakodnevnim stresom, produktivno radi i doprinosi svojoj zajednici. Jedan od aspekata mentalnog zdravlja su mentalni poremećaji.

Mentalni poremećaji se obično definišu putem kombinacije načina na koji se osoba ponaša, osjeća, opaža ili razmišlja.²

Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini pružaju se kroz mrežu od 75 centara za mentalno zdravlje, i to 45 u Federaciji BiH, 29 u Republici Srpskoj i jedan u Brčko Distriktu.³

U ovim centrima za mentalno zdravlje je zaposleno ukupno 38 socijalnih radnika, od toga 28 u Federaciji BiH, 9 u Republici Srpskoj i samo jedan u Brčko Distriktu.⁴

Ovo pokazuje da nisu ispoštovane odredbe iz člana 22. Pravilnika,⁵ prema kojem su CMZ u pogledu kadra obavezni imati najmanje jedan multidisciplinarni tim, koji čine:

- 1 specijalista neuropsihijatar/psihijatar

²<http://www.mentalnozdravlje.ba/>, datum pristupa: 15.11.2019. godine

³Ispitivanje dostupnosti usluga mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, SDC, Federalno ministarstvo zdravstva, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, Sarajevo, avgust 2017.

⁴<https://bih.iom.int/sites/default/files/downloads/publications/pregledi60str.pdf>, datum pristupa: 15.11.2019. godine

⁵Član 22. Pravilnika o organizaciji i bližim uslovima prostora, medicinsko-tehničke opreme i stručnog kadra, koje trebaju ispunjavati centri za mentalno zdravlje u zajednici kao i edukaciji u oblasti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Službene novine Federacije BiH, broj 73/11

- 2 diplomirana psihologa
- 1 diplomirani socijalni radnik
- 1 diplomirana medicinska sestra/tehničar
- 2 medicinske sestre/tehničari
- 1 radni terapeut.

Prema odredbama ovog Pravilnika, multidisciplinarni tim CMZ čini 8 stručnjaka različitih profila. U praksi, ovi timovi su često nekompletni i pored socijalnih radnika nedostaju i drugi stručnjaci. Ovo je pitanje kojem se mora posvetiti mnogo više pažnje u našoj zemlji (Buljubašić, Šerić, Babić, 2018).

1.2.Kategorijalno pojmovni sistem

Socijalni rad

Međunarodno udruženje socijalnih radnika definiše socijalni rad kao profesiju koja promiče socijalnu promjenu, rješavanje problema u međuljudskim odnosima i osnaživanje i oslobađanje ljudi da postignu svoju dobrobit. Koristeći se teorijama ljudskog ponašanja i socijalnih sistema, socijalni rad interveniše u trenutku kad je pojedinac u nezadovoljavajućoj interakciji sa svojim okruženjem.⁶

Prema definiciji Međunarodne federacije socijalnih radnika, socijalni rad se bavi barijerama, nejednakostima i nepravdama koje postoje u društvu. On odgovara na krizna i hitna stanja, kao i na svakodnevne lične i socijalne probleme.

Globalna definicija socijalnog rada Međunarodnog udruženja škola socijalnog rada glasi: „Socijalni rad je praktično zasnovana profesija i akademska disciplina koja promovira društvenu promjenu i razvoj, socijalnu koheziju, te osnaživanje i oslobađanje ljudi. Principi socijalne pravde, ljudskih prava, kolektivne odgovornosti i poštovanja različitosti centralni su u socijalnom radu. Potkrijepljena teorijom socijalnoga rada, društvenih i humanističkih znanosti, te

⁶<https://almirglavic.wixsite.com/socilibrium/single-post/2016/06/01/PREDRASUDE-O-SOCIJALNOM-RADU-I-SOCIJALNIM-RADNICIMA-Za%C5%A1to-se-javljaju-predrasude-o-na%C5%A1oj-profesiji>, datum pristupa: 16.11.2019. godine

indogenim znanjem, profesija socijalnoga rada angažira ljude i strukture na adresiranju životnih izazova i povećanje blagostanja."

Iz ovoga se može zaključiti da socijalni rad kao profesija jeste djelatnost obučenih i licenciranih stručnjaka, koji posjeduju stručna znanja, metode, tehnike, vještine, etiku, institucionalni okvir i druga obilježja struke.

Socijalni radnik

Poziv socijalnog radnika spada u skupinu tzv. pomagačkih profesija čiji je cilj pružanje pomoći ljudima u svladavanju životnih teškoća, te je stoga vrlo odgovoran humanistički poziv. Socijalni radnici mogu imati različite uloge s obzirom na neke primarne ciljeve profesije kao što su: unapređenje kvalitete života građana, razvoj punog potencijala svakog pojedinca, porodice, grupe i zajednica u društvu, te pitanja ljudskih prava i socijalne zaštite. Socijalni radnici djeluju kao organizatori i pružaoci socijalnih usluga. Socijalni radnici najčešće imaju ulogu voditelja procesa planiranih promjena ili pomagača koji se suočavaju s problemima svojih korisnika. Proces planiranih promjena podrazumjeva saradnju između korisnika i socijalnog radnika koja je usmjerena na zajednički odabran i usmjeren cilj (Ajduković, Urbanc, 2009).

Iz ovoga možemo zaključiti da socijalni radnik, kroz saradnju, pomaže korisniku tako što ga informiše o njegovim pravima, ohrabruje i pruža mu podršku, materijalnu i drugu pomoć, potiče da samostalno donosi odluke koje se tiču njegovog života, a sve u cilju kako bi prevazišao teškoće s kojima se susreće.

Socijalni rad u zdravstvu

Sa znanstveno teorijskog aspekta socijalni rad u zdravstvu shvatao se i razumijevao kao posebno primjenjeno (Martinović, 1987) i specifično područje (Halmi, 1989) profesionalne prakse (Šerić, Dudić, Šadić).

Osnovni smisao socijalnog rada u zdravstvu je briga i pomoć oboljelim pojedincima i njihovim porodicama, pored bolesti ili zdravstvenih ugroženosti, ljudi mogu imati i socijalnih problema koji su često kombinovani sa bolešću (nezaposlenost, stambena ugroženost, vaspitna

zapuštenost). Socijalni rad u zdravstvu se ostvaruje u bolničkim i vanbolničkim ustanovama. Pod bolničkim socijalnim radom podrazumijeva se rad u bolnicama i kliničkim centrima, odnosno ustanovama koje su u okviru drugog i trećeg nivoa zdravstvene zaštite. Socijalni rad u vanbolničkim ustanovama podrazumijeva rad u domovima zdravlja i drugim i drugim zdravstvenim ustanovama na prvom nivou zdravstvene zaštite.

Socijalni radnik u zdravstvu

Socijalni radnik u zdravstvu predstavlja važan član tima u radu sa osobama sa različitim psihičkim teškoćama kroz socijalnu rehabilitaciju, intervencije u kriznim situacijama i osposobljavanje za funkcionisanje u svakodnevnom životu, ali i kroz mnoge druge oblike pomoći i podrške koje olakšavaju pacijentov povratak u sredinu i društvo.⁷ Radni zadaci socijalnog radnika u ustanovama zdravstvene zaštite u BiH definisani su Pravilnikom o radu i Pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta (u skladu sa Zakonom o radu) svake ustanove.

S obzirom da su radni zadaci socijalnog radnika u ustanovama zdravstvene zaštite nešto drugačiji u odnosu na ustanove socijalne zaštite, uopšteno se može govoriti o sljedećim poslovima koje obavlja socijalni radnik u zdravstvenom sistemu:

1. Koordinacija rada između socijalnih radnika u organizaciji
2. Učestvovanje u timskom radu kod liječenja i socijalne podrške pacijentu
3. Vršenje individualne socioterapije
4. Izrada stručnih ekspertiza i izvještaja
5. Izrada plana tretmana i mjera socijalne zaštite
6. Konsultacije i saradnja sa drugim stručnim profilima u organizaciji
7. Analiziranje efekata preduzetih mjera socijalne zaštite
8. Predlaganje izmjena oblika i mjera socijalne zaštite
9. Izvještavanje saradnika o toku realizacije i efektima preduzetih mjera socijalne zaštite

⁷<https://www.lazalazarevic.rs/index.php/info-kutak/teme-iz-psihologije-sociologije-i-defektologije/439-socijalni-radnik-clan-multidisciplinarnog-tima-u-klinici>, datum pristupa: 17.11.2019. godine

10. Iniciranje i učestvovanje u realizaciji aktivnosti od značaja za primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju.
11. Učestvovanje u analitičko-istraživačkim aktivnostima u oblasti socijalne politike i socijalne zaštite
12. Učestvovanje u izradi planova i programa organizacije
13. Vođenje stručnih i poslovnih evidencija i dokumentacije
14. Rad na stručnom usavršavanju
15. Obavljanje drugih poslova iz domena svoje stručne osposobljenosti (Rakanović Radonić, 2016).

Duševne, mentalne ili psihičke bolesti

Termin „mentalna bolest“ polazi od diferencijacije na fizičko i mentalno zdravlje koja se opet oslanja na bazično razdvajanje uma i tijela čovjeka. Koncept mentalne bolesti, gledajući historijski, prošao je nekoliko faza. Prva od njih je označena shvatanjima da je duševna bolest posljedica opsjednutosti čovjeka demonima, koji kontrolišu njegov um i tijelo. Ovu fazu je zamjenila faza koju označava Hipokratovo tumačenje duševne bolesti kao bolesti mozga, da bi se u srednjem vijeku opet vratilo tumačenje da je mentalna bolest posljedica opsjednutosti. Tek krajem 19. i u prvoj polovini 20. vijeka, zahvaljujući Jozefu Brojeru i Sigmundu Frojdu, došlo se do otkrića da mentalna bolest i mentalni poremećaji nisu uzrokovani samo promjenama u mozdanom tkivu nego i različitim faktorima koji se mogu nalaziti u psihičkoj ili socijalnoj sferi čovjeka (Miković, 2007).

1.3. Problem istraživanja

Vrijeme ubrzanog načina života i turbulentnih promjena utječe na svakodnevni život čovjeka u savremenom svijetu. S tim u vezi javljaju se mnogobrojni problemi koji su uzročnik određenih oboljenja. Problemi najčešće mogu biti: nezaposlenost, siromaštvo, vaspitna zapuštenost i slično. U svakodnevnoj praksi uviđamo da je sve veći broj ljudi koji zbog duševnih smetnji traže stručnu pomoć. Odavno je prihvaćen stav da zdravlje nije problem samog pojedinca već i društva. Treba prihvatiti načelo da to nije usko medicinska kategorija i nije isključivo vezana za stepen razvoja samo medicinske struke. Ono je također i psihološka, sociološka i filozofska kategorija koja sigurno odražava stepen razvoja ljudske civilizacije.⁸ Neosporna je činjenica da je duševnim bolesnicima, koji su ujedno i ranjiva kategorija stanovništva, neophodno pružanje pomoći kako bi kvalitet njihovog života ali i života članova njihove porodice bio bolji.

Rakanović-Radonjić (2016) navodi da socijalni rad u ustanovama zdravstvene zaštite spada u krug profesija koje nisu osnovne profesije, odnosno nosioci sistema zdravstvene zaštite, nego profesije koje doprinose njegovom optimalnom funkcionisanju. Socijalni rad kao profesija unutar sistema zdravstvene zaštite je zanemaren, kako u interesovanju menadžmenta za obavljanje radnih zadataka, tako i u broju socijalnih radnika koji participiraju u ostvarivanju funkcija sistema zdravstvene zaštite. Upravo zbog ovoga, u današnje vrijeme, socijalni rad u zdravstvu je u nepovoljnom položaju. Veliki broj ustanova zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini nema zaposlene socijalne radnike.

Iz toga možemo zaključiti da sistem zdravstvene zaštite nije prepoznao značaj socijalnog rada kao djelatnosti. Uloga socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama je značajna, ali često socijalni radnik nailazi na različite probleme u svom radu, kao što su problemi etičke prirode, s obzirom da se socijalni radnik nalazi između svoje dužnosti kao socijalnog radnika da zaštiti interese i ljudi i efikasnosti u svom radu.

Problemska pitanja ovog istraživanja bila su:

1. Zašto uloga socijalnog radnika, iako je značajna, nije u tolikoj mjeri prepoznata?
2. Da li socijalni radnik radi na destigmatizaciji osoba s duševnim smetnjama?

⁸<https://zir.nsk.hr/islandora/object/unidu:460/preview>, datum pristupa: 17.11.2019. godine

3. Da li socijalni radnik može realizirati svoje zadatke u radu sa osobama s duševnim smetnjama u CMZ?
4. Koje su teškoće s kojima se socijalni radnik suočava u realizaciji svojih zadataka?
5. Da li izostaje pomoć i podrška od strane sistema?
6. Da li su socijalni radnici ravnopravni članovi multidisciplinarnog tima?

1.4.Predmet istraživanja

Predmet ovog istraživanja je uloga, metode i zadaci socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama kao i članovima njihove porodice. Način na koji članovi porodice gledaju na oboljelu osobu od izuzetne je važnosti u procesu oporavka, kao i podrška lokalne zajednice u kojoj je ta osoba prethodno boravila. Socijalni radnik, kao član multidisciplinarnog tima u zdravstvenim ustanovama, uključen je u cjelokupan tok liječenja i rehabilitacije osoba s duševnim smetnjama. Cilj i aktivnost socijalnog radnika u radu sa ovim osobama je poboljšanje socio-psihološke kvalitete njihovog života uz saradnju sa određenim institucijama, kao i traženje rješenja planiranjem i provođenjem individualnog programa.

Saradnja s centrima za mentalno zdravlje proizlazi iz potrebe za što bržim oporavkom i odgovarajućim socijalnim funkcionisanjem same osobe i članova njegove porodice.

1.5.Ciljevi istraživanja

1.5.1.Naučni cilj istraživanja

Osnovni cilj ovog istraživanja jeste doprinos nauci kroz naučna saznanja o ulozi socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama i članovima njihove porodice, načinu na koji ostvaruje svoju ulogu, njenoj zastupljenosti, kao i teškoćama s kojima se socijalni radnik susreće. S obzirom da porodica igra ključnu ulogu u radu sa osobama s duševnim smetnjama,

cilje je uvrđiti i vezu između članova porodice i njihovog reflektiranja s jedne, i izazova s kojima se osobe s duševnim smetnjama susreću, s druge strane. Nadalje, cilj je doprinijeti nauci pomoću rezultata do kojih će se doći provođenjem ovog istraživanja. Također, cilj se odnosi i na utvrđivanje mogućnosti unaprijeđenja položaja socijalnih radnika u sistemu zdravstvene zaštite.

1.5.2.Društveni cilj

Ovo istraživanje ima za cilj podizanje društvene svijesti o ulozi i značaju socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama, o teškoćama i barijerama s kojima se socijalni radnik susreće, kao i važnosti njegovog rada u multidisciplinarnom timu. Društveni cilj ovog istraživanja usmjeren je ka tome da se dobijeni rezultati istraživanja prezentuju široj javnosti informišući je na koji način se može, posredstvom socijalnih radnika, pomoći osobama s duševnim smetnjama i članovima njihove porodice.

1.6.Hipoteze istraživanja

Na osnovu definisanog problema, predmeta i ciljeva istraživanja, postavili smo generalnu i posebne hipoteze.

1.6.1.Generalna hipoteza

Generalna hipoteza ovog istraživanja je glasila: „Uloga socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama je nužna i nezaobilazna, ali je u praksi neopravdano zanemarena, tako da socijalni radnici nailaze na različite poteškoće i prepreke u radu sa osobama s duševnim smetnjama.”

Iz definisane generalne hipoteze, postavili smo posebne hipoteze.

1.6.2.Posebne hipoteze

1. Članovi porodice osoba s duševnim smetnjama se svakodnevno suočavaju sa različitim poteškoćama kao što su: njega i briga o osobi s duševnim smetnjama, promjene organizacije porodičnog života, povećani novčani troškovi i slično, što znači da porodica igra ključnu ulogu kada je riječ o radu sa osobama s duševnim smetnjama.
2. Socijalni radnici u velikoj mjeri doprinose poboljšanju kvalitete života osoba sa duševnim smetnjama.
3. Da bi se stvorila zdrava, društvena i socijalna sredina od velike je važnosti saradnja socijalnih radnika sa centrima za socijalni rad.
4. Socijalni radnici imaju obavezu pružiti stručno mišljenje osobama s duševnim smetnjama i članovima njihove porodice, te pokazati odgovarajuće vještine intervenirajući u njihov socijalni odnos.
5. Socijalni kontakt sa osobama s duševnim smetnjama treba da se odvija u smjeru smanjenja negativnog stava okoline.

6. Radno funkcionisanje je temeljni osnov rehabilitacije jer potiče aktivnost i socijalne kontakte, kao i samopoštovanje i kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama.
7. Osobe s duševnim smetnjama često imaju poteškoće pri integraciji u životnu sredinu praćene odbacivanjem i omalovažavanjem, gdje socijalni radnik radi na destigmatizaciji osoba s duševnim smetnjama.
8. Socijalni radnik se često suočava sa različitim teškoćama u realizaciji svojih zadataka u CMZ, a to najčešće mogu biti: predrasude, nedostatak uslova za rad, (ne) saradnja drugih sistema sa socijalnim radnikom, institucije koje zbog sporosti limitiraju kvalitet rada i slično.
9. Socijalnom radniku u radu sa osobama s duševnim smetnjama izostaje pomoć i podrška od strane sistema.
10. Neopravdana zanemarenost uloge socijalnih radnika dovodi do neadekvatnog pružanja pomoći i podrške osobama s duševnim smetnjama, kao i članovima njihove porodice.

1.7.Vrsta istraživanja

Ovo istraživanje je teorijsko-empirijsko. Njegova svrha je sumiranje stavova i mišljenja ispitanika ulogi socijalnih radnika u radu sa osoba s duševnim smetnjama jer je neophodno razviti svijest o važnosti očuvanja mentalnog zdravlja i njegovih težih poremećaja. Istraživanje je, takođe deskriptivno jer smo prikazom dosadašnjih istraživanja i definisanja osnovnih pojmova koja se tiču istraživanja koristili deskriptivnu metodu.

1.8. Metode istraživanja

Ovo istraživanje smo proveli uz primjenu sljedećih naučnih metoda:

Osnovne metode: U okviru njih poseban naglasak je bio na metodi analize koja je u procesu naučnog saznanja prva i osnovna metoda, pomoću koje smo pojedinačno sagledali i razmotrili osnovne činioce i strukturu teme, te sintezi kako bi stekli uvid o cjelini problema.

Opštenaučne metode: Od opštenaučnih metoda primijenili smo hipotetičko deduktivnu budući da smo se za istraživanje poslužili provjerenim, potvrđenim saznanjima o društvenim iskustvima vezanim za ovu temu u raznom vremenu. Pored nje primijenili smo statističku metodu kao i komparativnu putem koje smo usporedili stavove ispitanika s obzirom na različite karakteristike koje su u ovom istraživanju bile obuhvaćene kroz ispitivanje.

Metode pribavljanja podataka: Od ovih metoda koristili smo metodu ispitivanja, u okviru koje smo primijenili njenu tehniku a to je anketa. Upotrijebili smo anketu u pismenom obliku, gdje smo za anketiranje koristili anketni upitnik, sastavljen od pitanja formulisanih za potrebe ovoga istraživanja.

Uzorak ispitanika:

Za anketu: Socijalni radnici (10) zaposleni u CMZ u Kantonu Sarajevo (Stari grad, Centar, Novo Sarajevo, Novi grad, Ilidža, Hadžići, Ilijaš i Vogošća).

1.9. Vremensko i prostorno određenje predmeta istraživanja

Ovo istraživanje realizovano je od aprila 2019. do novembra 2019. godine, na području opštine: Stari grad, Centar, Novo Sarajevo, Novi grad, Ilidža, Hadžići, Ilijaš i Vogošća.

II SOCIJALNI RAD U MENTALNOM ZDRAVLJU

2.1. Definicija mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje je dio integralnog zdravlja, što je vidljivo iz definicije zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, gdje se kaže da „zdravlje predstavlja kompletno tjelesno, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti”.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno zdravlje je stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno, te je sposoban pridonositi zajednici.

U definiciji se upravo vidi neraskidiva veza između mentalnog i somatskog zdravlja, ali i blagostanja kao važnog faktora u njegovom očuvanju.

Mentalno zdravlje se definiše i kao izgrađen kapacitet svake osobe da se nosi sa svakodnevnim stresom, te da može produktivno raditi i doprinositi svojoj zajednici. U ovom kontekstu, mentalno zdravlje predstavlja temelj za blagostanje, baš kao što blagostanje predstavlja važan uslov za mentalno zdravlje. Važnost mentalnog zdravlja je ekonomski razvoj je višestruka, jer bez zdrave osobe nema ni zdravog društva, a samim tim ni ekonomskog razvoja. Osobe koje imaju probleme mentalnog zdravlja, često traže angažman cijele porodice.⁹

Mentalno zdravlje se sve više nastoji odrediti pomoću različitih kriterija koji egzistiraju istovremeno. Ti kriteriji mentalno zdravlje najčešće određuju kao: prosjek, odsustvo bolesti, socijalnu prihvatljivost i ideal.

Kriterij koji mentalno zdravlje određuje kao prosjek polazi od statističkog modela „pri čemu se pod normalnim podrazumijeva statistička norma" (Vejkfild, 2005: 133), odnosno učestalost javljanja neke pojave. Zbog toga se, po njemu, normalnim može smatrati ono što je najčešće, čega ima najviše, dok je ono što odstupa od „normi" neprihvatljivo.

Iz navedenog možemo zaključiti da ovaj kriterij ima nedostataka, ako se neka pojava učestalo javlja u jednoj sredini, ne mora da znači da će u nekoj drugoj sredini ona biti prihvatljiva.

⁹<http://www.mentalnozdravlje.ba/mentalno-zdravlje>, datum pristupa: 17.11.2019. godine

Kriterij mentalnog zdravlja kao „odsustva bolesti“ zasnovan je na medicinskom modelu poimanja mentalno zdravlja, odnosno medicinskom pristupu zdravlja i bolesti. Primjena ovog kriterija zahtjeva donošenje preciznog suda, koji glasi: „ljudi su ili bolesni ili nisu“ (Mikenik, 2005: 82).

Svaka promjena u ponašanju pojedinca ne znači da je on bolestan i da mu je potrebna medicinska pomoć, ali je poželjno potražiti drugu stručnu pomoć od psihologa ili socijalnog radnika.

Kriterij određivanja mentalnog zdravlja kao socijalne prihvatljivosti polazi od nivoa prilagođenosti i uklopljenosti neke jedinice u društvo i opšteprihvaćene društvene norme. Neprimjenjivost ovog modela u različitim društvenim zajednicama ogleda se u tome što norme i vrijednosti uspostavljaju i šire socijalne institucije čija je uloga da održavaju socijalnu solidarnost, regulišu socijalno djelovanje i kontrolišu socijalne devijacije. Mentalno zdravlje kao ideal je kriterij koji je preuzet iz egzistencijalističke orijentacije, odnosno humanističkog pristupa mentalnom zdravlju. Po ovom kriteriju, ideal, kome svako ljudsko biće treba težiti, je samoaktualizacija. Pojam „samoaktualizacija“, u ovom kontekstu, obuhvaća sposobnost čovjeka za realizaciju vlastitog potencijala i racionalnog mišljenja, svrsishodnog ponašanja i uspostavljanja adekvatnih interpersonalnih odnosa, autonomnost, autentičnost i otvorenost za promjene, sposobnost preuzimanja odgovornosti, sposobnost da se prima i daje i slično (Miković, 2007).

2.2. Definicija mentalnog poremećaja

Prema Vejkfildu „poremećaj je štetna disfunkcija gdje je štetnost vrijedonosni termin koji se zasniva na društvenim normama, a disfunkcija naučni termin koji ukazuje na neuspjeh mentalnog mehanizma da obavlja prirodne funkcije za koje je stvoren tokom evolucije". Ovaj autor analizira problem različitih shvatanja pojma poremećaj i nastoji objasniti kako pristup o štetnoj disfunkciji može izbjeći te probleme. Ta shvatanja su: mit o mitu o mentalnom poremećaju; poremećaj kao vrijednosni pojam; poremećaj kao sve ono što tretiraju profesionalci; poremećaj kao statistička devijacija; poremećaj kao biološka manjkavost; poremećaj kao neočekivani distres ili nesposobnost (Miković, 2007).

Prvo shvatanje polazi od pitanja: da li mentalni poremećaj uopšte postoji? Shodno tome, može se govoriti o skeptičko-antipsihijatrijskom gledištu, koje polazi od tvrdnje da je „mentalni poremećaj samo vrijedonosna etiketa koja opravdava upotreba medicinske moći (široko shvaćeno, pri čemu se smatralo da sve profesije koje se bave patologijom, uključujući psihijatriju, kliničku psihologiju i klinički socijalni rad, razmišljaju medicinski) da bi se intervenisalo u slučajevima socijalno neprihvatljivog ponašanja" (Vejkfild, 2004: 124). Vrijedonosni pristup polazi od stava da je poremećaj vrijednosni pojam, tako da društveni sudovi o poremećaju predstavljaju samo sudove o poželjnosti, koji se donose u skladu sa društvenim normama. Poremećaj kao sve ono što tretiraju profesionalci je shvatanje koje ima praktični značaj, a to je da se pod poremećajem smatra svako stanje koje profesionalci tretiraju u oblasti zdravstva. Međutim, Vejkfild smatra da veliki broj onog čime se u zdravstvu bave profesionalci, nije poremećaj. Shvatanje mentalnog poremećaja kao statističke devijacije svoje uporište ima, posebno u stavovima H. Koena, koji poremećaj definiše kao kvantitativno odstupanje od normalnog. Shvatanje mentalnog poremećaja kao biološke manjkavosti se zasniva na evolucionoj teoriji koja prikaz uma čini, prvenstveno, biološkim a ne nužno fiziološkim ili anatomskim (Miković, 2007).

Prema definiciji datoj u DSM-IV¹⁰ mentalni poremećaj se određuje kao „klinički značajan bihevioralni ili psihološki sindrom ili obrazac koji se pojavljuje u pojedincu povezan je sa

¹⁰American Psychiatric Association (1952.), "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"

aktuelnim distresom (bolni sindrom) ili nesposobnošću (oštećenje jedne oblasti funkcionisanja ili više njih) ili sa značajno povećanim rizikom od smrti, bola, nesposobnosti ili značajnog gubitka slobode... Bez obzira na prvobitni uzrok on mora biti posmatran kao manifestacija bihevioralne, psihološke ili biološke disfunkcije u pojedincu".

Mentalni poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg hroničnog toka, narušavanja kvalitete života kako oboljelog tako i njegove porodici i društvene okoline, te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdrastvenih problema kako u svijetu tako i u BiH. Osobe s mentalnim poremećajima imaju povećani morbiditet i mortalitet od tjelesnih bolesti. Broj izvršenih samoubistava, koja su pokazatelj ugroženosti mentalnog zdravlja, veći je od broja poginulih u saobraćajnim nesrećama (Belizca, 2003).

Mentalni poremećaji, izazivaju veliku subjektivnu patnju bolesnika i uveliko smanjuju kvalitet života oboljelih, kao i njihove okoline. Njihovo zbrinjavanje dovodi do direktnog ekonomskog opterećenja društva, ali i indirektnog zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih (Dedić, 2005).

Mentalni poremećaji okarakterizirani su psihološkom i biološkom disfunkcijom odnosno disfunkcijom u ponašanju pojedinca. Uključuju čitav niz smetnji od poremećaja afekta, opažanja, mišljenja, inteligencije, pažnje, nagona i volje do poremećaja svijesti kao i njihove kombinacije. Kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupovi simptoma relativno teški, dugotrajni, u nesrazmjeru su s mogućim vanjskim uzrocima i popraćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti. (Kazazić, 2005).

2.3. Deinstitutionalizacija tretmana osoba s duševnim smetnjama

U razvijenim zemljama svijeta sedamdesetih i početkom osamdesetih godina prošlog vijeka javljaju se mnogobrojne rasprave o deinstitutionalizaciji osoba s invaliditetom, a posebno osoba s duševnim smetnjama (Dimitrijević, 2005).

Uporedo s raspravama, mnogobrojna iskustva iz prakse pokazuju da je uključivanje osoba s duševnim smetnjama u širu socijalnu zajednicu i društvo uopšte, ne samo poželjno s aspekta ljudskih prava i normalizacije njihovih života, već da je to uključivanje zaista i moguće. U isto vrijeme, kao alternativa institucionalnom modelu u svijetu se razvija model rehabilitacije kojim se unutar zajednice (lokalne sredine) razvijaju uslovi za rehabilitaciju, ravnopravnost, mogućnosti i socijalnu integraciju osoba s duševnim smetnjama. Kako bi osobama s duševnim smetnjama omogućile potpuno sudjelovanje u društvu i ostvarivanje prava na život u zajednici, još u prošlom vijeku mnoge razvijene zemlje svijeta započele su aktivno provoditi politiku deinstitucionalizacije uz razvoj adekvatnih službi podrške u zajednici (Gavrilović, 2005).

Filozofija inkluzije na kojoj je utemeljen i proces deinstitucionalizacije osoba s duševnim smetnjama potiče iz Kanade. U Kanadi, kao i u većini država SAD-a institucije za rehabilitaciju osoba s duševnim smetnjama u potpunosti su ukinute. Takođe, i u većini zemalja srednje i zapadne Europe pokrenut je postupak postupnog ukidanja institucija, a u tome posebno prednjači Velika Britanija. Proces deinstitucionalizacije do sada je najuspješnije proveden u Sjevernoj Americi, Švedskoj, Norveškoj, te na Novom Zelandu. Uz unutrašnje promjene koje prate naše društvo, a koje se odnose na mijenjanje medicinskog modela u socijalni model, odnosno model ljudskih prava, deinstitucionalizacija osoba s duševnim smetnjama postaje jednim od ciljeva nadnacionalnog tijela EU i brojnih međunarodnih konvencija koje je potpisala i ratifikovala Vlada naše zemlje (Dimitrijević, 2005).

„Deinstitucionalizacija je termin kojim se označava danas opšteprihvaćeno stanovište u liječenju osoba sa duševnim smetnjama, da se bolesnik što je moguće kraće vrijeme zadržava u psihijatrijskoj bolnici i vraća u zajednicu uz ambulantni nadzor. Ovakav pristup, koliko god bio poželjan i human, u praksi, bar u našim uslovima, stvara više problema i nepovoljno se odražava na jedan broj samih bolesnika. Problemi nastaju zato što „deinstitucionalizovani“ bolesnik zahtjeva posebnu socijalnu podršku i pomoć, počev od nastavka liječenja i kontrole do odgovarajućeg smještaja, za šta najčešće nema dovoljno finansijskih sredstava. Teškoću čini i to što u većini sredina ne postoji koordinirana saradnja između centara za socijalni rad i psihijatrijskih bolnica, ali i ostalih institucija, odnosno socijalne mreže u lokalnij zajednici“ (Mikovic, 2007: 137).

Prelazak na novi oblik brige može biti veoma stresan za korisnike s obzirom da moraju mijenjati svoje navike u novoj sredini, uz rizik da ne budu prihvaćeni u istoj.

Reforme sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini počele su po okončanju rata, 1996. godine. Deinstitutionalizacija je jedan od ciljeva koji se želi postići reformama u oblasti mentalnog zdravlja. Međutim, nisu postignuti zapaženi rezultati budući da ključni akter u procesu deinstitutionalizacije, centar za mentalno zdravlje, nije odgovorio svojoj ulozi. Kao najveći problem navodi se nedostatak finansijskih sredstava što direktno ima utjecaja i na upošljavanje socijalnih radnika. Upravo zbog racionalizacije troškova, socijalni radnik u centru za mentalno zdravlje, istovremeno obavlja poslove socijalnog radnika i poslove u drugim organizacionim jedinicama. To dovodi do preopterećenosti što se odražava na kvalitet rada. Takođe, na radna mjesta socijalnih radnika zapošljavaju se osobe bez potrebnih stručnih kvalifikacija. U procesu deinstitutionalizacije neophodna je multisektorska saradnja, gdje zdravstveni i socijalni sektor imaju primarnu ulogu kako bi se osigurali potrebni uslovi za novi koncept rada „brige u zajednici“. Veliki broj korisnika u ustanova za zdravstveno i socijalno zbrinjavanje i zahtjevi za smještaj novih korisnika su najbolji pokazatelji da proces deinstitutionalizacije još uvijek nije dao očekivane rezultate (Buljubašić, Šerić, Babić, 2018).

Jačanje centara za mentalno zdravlje može doprinijeti zaštiti mentalnog zdravlja i samom procesu deinstitutionalizacije, tako što će se stvoriti uslovi u skladu sa odredbama Pravilnika.¹¹

2.4.Značaj promocije mentalnog zdravlja

Nacionalne politike o mentalnom zdravlju ne bi se trebale samo isključivo baviti mentalnim poremećajem, već bi trebale prepoznati mnogo šira pitanja koja su bitna za promociju mentalnog zdravlja. Znači, ove politike bi trebale uključivati socio-ekonomske i okolinske faktore, kao i značaj ponašanja (Zastrow, 1992).

Ovo zahtijeva uključivanje promocije mentalnog zdravlja u politike i programe koji su povezani sa vladom i poslovnim sektorom, uključujući edukaciju, rad, pravdu, transport, okolinu, stan

¹¹Pravilnik o organizaciji i bližim uslovima prostora, medicinsko-tehničke opreme i stručnog kadra, koje trebaju ispunjavati centri za mentalno zdravlje u zajednici kao i edukaciji u oblasti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Službene novine Federacije BiH, broj 73/11

i dobro, kao i zdravstveni sektor. Posebno je bitno da donosioci odluka na lokalnom i nacionalnom nivou, obuhvate pitanja mentalnog zdravlja na način koji do sada nije bio prisutan (Vidanović, 2006).

Promocijom mentalnog zdravlja smanjuje se rizik od pojave mentalnih poremećaja, s toga bi cilj trebao biti unapređenje mentalnog zdravlja i uklanjanje faktora koji dovode do njihove pojave.

Intervencije za unapređenje mentalnog zdravlja, bazirane na dokazima i sa visokim djelovanjem uključuju:

- Intervencije u periodu ranog djetinjstva (npr. kućne posjete trudnicama, predškolske psihosocijalne intervencije, kombinovane nutritivne i psihosocijalne intervencije u populaciji lošeg položaja);
- Podrška djeci (npr. program razvoja vještina, program razvoja za djecu i omladinu);
- Socio-ekonomsko osnaživanje žena (npr. poboljšanje pristupa edukaciji, mikrokreditiranju);
- Socijalna podrška populaciji starijih (npr. inicijative podrške, dnevni centri i centri u zajednici za osobe u starijoj dobi);
- Programi usmjereni prema vulnerabilnim grupama, uključujući manjine, migrante i osobe pogođene konfliktima i katastrofama (npr. psihosocijalne intervencije nakon katastrofa);
- Aktivnosti promocije mentalnog zdravlja u školama (npr. program koji podržavaju ekološke promjene u školama, dječije prijateljske škole);
- Intervencije mentalnog zdravlja na poslu (npr. program prevencije stresa);
- Politike stanovanja (npr. poboljšanje stanovanja);
- Programi prevencije nasilja (npr. inicijativa policije u zajednici); i
- Program razvoja zajednice (npr. “zajednica kojoj je stalo” inicijativa, integrisani ruralni razvoj)(Zastrow, 1992).

Svjetska zdravstvena organizacija u saradnji sa vladinim sektorima radi na promociji mentalnog zdravlja. Za implementaciju učinkovitih intervencija, vlada mora da usvoji okvir mentalnog zdravlja koji se koriste za unapređenje drugih područja zdravlja i socio-ekonomskog razvoja, te u

skladu sa tim uključi relevantne sektore za podršku i evaluaciju aktivnosti koje su dizajnirane za promociju mentalnog zdravlja. Promocija mentalnog zdravlja zahtijeva multisektoralni pristup, koji se odnosi na vladin sektor, različite nevladine organizacije ili udruženja građana. Fokus bi trebao biti na unaprijeđenju mentalnog zdravlja kroz prevenciju određenih mentalnih poremećaja u periodu djetinstva s ciljem očuvanja mentalnog zdravlja u starosti.¹²

Svjetska zdravstvena organizacija podržava vladu u pružanju tehničko-materijalne i savjetodavne podrške za implementaciju politika, planova i programa usmjerenih ka promociji mentalnog zdravlja (UN Principi zaštite osoba sa mentalnim oboljenjima, 1991).

¹²<http://www.mentalnozdravlje.ba/mentalno-zdravlje>

III OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

3.1. Pravni okvir zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama

Kao prvo, međunarodne konvencije nesumnjivo stvaraju širok spektar obaveza vladama u odnosu na osobe s duševnim smetnjama. Drugo, propisi o ljudskim pravima pružaju zaštitu ne samo za prava osoba s duševnim smetnjama unutar ustanova nego osiguravaju širi okvir prava na usluge koje promoviraju društvene integracije. Treće, bitno je istaknuti da se razvijena načela i standardi UN-a mogu koristiti kao detaljni vodiči za implementaciju zahtjeva koje pred države stavljaju obavezujuće konvencije o ljudskim pravima, te da mogu poslužiti vladama kao okvir za razvijanje vlastitih politika i zakona u oblasti mentalnog zdravlja. I četvrto, vlade imaju obavezu osigurati da domaći zakoni budu usklađeni s međunarodnim propisima o ljudskim pravima.

U skladu s Ustavom Federacije BiH oblast zdravstva u podijeljenoj je nadležnosti između Federacije BiH i kantona. Međutim, prije nego prijedemo na federalne zdravstvene propise, bitno je ukazati i na Zakon o zabrani diskriminacije (“Službeni glasnik BiH”, broj 59/09) donesen na nivou BiH, a koji uspostavlja okvir za ostvarivanje istih prava i mogućnosti svim osobama u BiH i uređuje sistem zaštite od diskriminacije. Zakonom se utvrđuju odgovornosti i obaveze zakonodavne, sudske i izvršne vlasti u BiH, kao i pravnih osoba i pojedinaca koji vrše javna ovlaštenja da svojim djelovanjem omoguće zaštitu, promoviranje i stvaranje uvjeta za jednako postupanje. Zakon o zabrani diskriminacije utvrđuje i oblike diskriminacije kao neposrednu i posrednu diskriminaciju. Važno je ukazati i da “diskriminacija po osnovu svake druge okolnosti”, shodno članu 2. ovog zakona uključuje i invaliditet, kao što je to istaknuto u Komentaru Zakona o zabrani diskriminacije. Ovaj zakon utvrđuje i mehanizme zaštite kako postojećim postupcima, tako i putem posebnih tužbi za zaštitu od diskriminacije. Navedeno znači da svaka osoba ili grupa osoba koja smatra da je diskriminirana može tražiti zaštitu svojih prava putem postojećih sudskih i upravnih postupaka. Također, ukoliko su osobe izložene bilo kojim obliku diskriminacije, prema odredbama ovog zakona, ovlaštene su da podnesu tužbu.¹³

¹³<http://www.mentalnozdravlje.ba/>

3.1.1. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u FBiH

Prava osoba s duševnim smetnjama na području Federacije BiH uređena su, prije svega, Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (“Službene novine Federacije BiH”, broj: 37/01, 40/02, 52/11 i 14/13). Ovim se Zakonom¹⁴ propisuju se osnovna načela, način organizovanja i provođenja zaštite te pretpostavke za primjenu mjera i postupanje prema osobama sa duševnim smetnjama.

Shodno članu 3. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, osoba s duševnim smetnjama duševno je bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama, dok je osoba s težim duševnim smetnjama osoba s takvim duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svog postupanja ili ne može vladati svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da je neophodna psihijatrijska pomoć. U skladu s ovim zakonom, zaštita i unapređivanje zdravlja osoba s duševnim smetnjama¹⁵ ostvaruje se: omogućavanjem odgovarajuće dijagnostičke obrade i liječenja; naučnim istraživanjima na području zaštite i unapređivanja zdravlja osoba s duševnim smetnjama i njihovom zaštitom od ljekarskih ili naučnih istraživanja bez njihova pristanka ili pristanka njihovih zastupnika; uključivanjem osoba s duševnim smetnjama u obrazovne programe koji se provode u ustanovi za mentalno zdravlje ili nekoj drugoj ustanovi u kojoj su one smještene; oporavak osoba s duševnim smetnjama njihovim uključivanjem u porodičnu, radnu i društvenu sredinu; obrazovanjem osoba koje se bave zaštitom osoba s duševnim smetnjama i unapređivanjem njihova zdravlja.

Zbog specifičnosti pitanja koja se nužno moraju urediti zakonima i Federacija BiH pratila je uobičajenu praksu donošenja posebnog propisa koji se bavi utvrđivanjem osnovnih prava osoba s duševnim smetnjama, kao i obaveza profesionalaca u postupanju prema tim osobama. Svaka osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unapređivanje svoga zdravlja. Osoba s duševnim smetnjama ima pravo na jednake uvjete liječenja kao i svaka druga osoba kojoj se pruža zdravstvena zaštita. Posebno treba istaknuti da se slobode i prava osobe s

¹⁴<http://www.fmoh.gov.ba/index.php/zakoni-i-strategije/zakoni/zakon-o-zastiti-osoba-s-dusevnim-smetnjama>, datum pristupa: 03.12.2019. godine

¹⁵Član 2. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

duševnim smetnjama mogu ograničiti samo zakonom ako je to nužno radi zaštite zdravlja ili sigurnosti te ili drugih osoba.¹⁶

Nadalje, na osnovu člana 5. Zakon utvrđuje da se osobe s duševnim smetnjama ne smiju dovesti u neravnopravan položaj zbog svoje duševne smetnje, te se moraju štititi i od nasilja na osnovu spola, uznemiravanja i seksualnog uznemiravanja u skladu s odredbama Zakona o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini. Pitanje ograničavanja slobode osobama s duševnim smetnjama sigurno je jedno od najvažnijih aspekata postupanja prema osobama s duševnim smetnjama. Zakon u tom smislu utvrđuje da će se liječenje osoba s duševnim smetnjama organizirati tako da se u najmanjoj mogućoj mjeri ograničavaju njihova sloboda i prava, te prouzrokuju fizičke i psihičke neugodnosti, vrijeđa njihova osoba i ljudsko dostojanstvo.¹⁷

Zakon tretira i pitanje davanja pristanka osobe s duševnim smetnjama na ljekarski postupak.¹⁸ U tom smislu, postoje dvije situacije: prva, gdje osoba daje svoj pisani pristanak, jer može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog ljekarskog postupka i druga, gdje osoba nije sposobna dati pristanak, bilo zbog toga što u određenom trenutku ne može razumjeti prirodu, posljedice ili opasnost predloženog ljekarskog postupka ili zbog toga što u tom trenutku ne može donijeti odluku ili izraziti svoju slobodnu volju, u kojem slučaju može biti podvrgnuta samo onom ljekarskom postupku koji je u njenom najboljem interesu. Posebna je okolnost kada osoba s duševnim smetnjama nije sposobna dati pristanak na ljekarsku mjeru, kada se ona obavlja samo uz pristanak zakonskog zastupnika, a ako ga nema, onda uz saglasnost komisije za zaštitu osoba s duševnim smetnjama pri zdravstvenoj ustanovi. Mora se naglasiti da odricanje osobe s duševnim smetnjama od prava na davanje pristanka ne proizvodi pravne učinke.¹⁹

Iz navedenog možemo zaključiti da spomenuti propisi prepoznaju značaj pristanka na ljekarsku mjeru zbog prirode duševnih bolesti.

¹⁶Član 4. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

¹⁷Član 5. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

¹⁸Član 8. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

¹⁹<http://www.mentalnozdravlje.ba/>

U skladu s Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i osnovnim slobodama Zakon utvrđuje da o svakom prisilnom smještaju punoljetnih osoba s duševnim smetnjama bez njihova pristanka, odnosno djece i maloljetnih osoba s duševnim smetnjama i osoba lišenih poslovne sposobnosti bez pristanka njihovih zakonskih zastupnika odlučuje sud. Postupci po odredbama ovog Zakona su hitni. Zdravstvena ustanova mora obavijestiti komisiju za zaštitu osoba s duševnim smetnjama o svakom slučaju oduzimanja slobode u skladu s ovim Zakonom.²⁰

Liječenje osoba s duševnim smetnjama bez iskazanog pristanka na potrebne medicinske mjere podrazumijeva obavezno poštivanje zahtjeva iz člana 5. Evropske konvencije o ljudskim pravima i osnovnim slobodama. U tom smislu, Zakon stvara dovoljno jasne pretpostavke koje su saglasne odredbama navedene Konvencije.

Dakle, smještaj osoba s duševnim smetnjama u zdravstvene ustanove može biti dobrovoljni i prisilni, a oba oblika smještaja regulirana su Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

Pitanje od posebnog značaja u ovoj oblasti je i pitanje otpusta iz zdravstvene ustanove. S tim u vezi, treba istaknuti da je postupak otpusta iz zdravstvene ustanove dobrovoljno smještene osobe s duševnim smetnjama istovjetan postupku otpusta iz druge zdravstvene ustanove, osim u slučaju ako su nastupili uvjeti koji odgovaraju uvjetima iz člana 22. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Tada će se osoba prisilno zadržati u skladu s članom 28. ovog Zakona. Prisilno smještena osoba otpustit će se iz zdravstvene ustanove odmah po isteku vremena prisilnog smještaja određenog u rješenju suda o prisilnom smještaju. Posebno je važno ukazati na odredbu člana 40. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, prema kojoj sud može i prije isteka vremena određenog za zadržavanje osobe u zdravstvenoj ustanovi, po službenoj dužnosti ili na prijedlog zadržane osobe, njenog staratelja kao i komisije za zaštitu osoba sa duševnim smetnjama da odluči o puštanju osobe iz zdravstvene ustanove, ako utvrdi da se njezino zdravstveno stanje poboljšalo u tolikoj mjeri da su prestali razlozi za daljnji prisilni smještaj o čemu donosi rješenje.²¹

²⁰Član 10. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

²¹<http://www.mentalnozdravlje.ba/>

3.1.2. Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom u FBiH

Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom uređuje osnove socijalne zaštite građana i njihovih porodica, osnovna prava iz socijalne zaštite i korisnike prava iz socijalne zaštite, finansiranje i druga pitanja od značaja za ostvarivanje osnovnih prava iz socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica s djecom u Federaciji BiH. Odredbom člana 3. stav 1. ovog Zakona utvrđeno je da djelatnost socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica s djecom obavljaju ustanove socijalne zaštite ili općinska služba za upravu. Potrebno je istaknuti i odredbu člana 41. Zakona o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica s djecom, prema kojem smještaj u ustanovu socijalne zaštite mogu ostvariti djeca i odrasle osobe kojima je potrebna stalna briga i podrška u zadovoljavanju njihovih životnih potreba, a ne mogu ih ostvariti u vlastitoj ili drugoj porodici ili na drugi način. Nadalje, st. 1. i 2. člana 42. Zakona propisuju da o smještaju u ustanove odlučuje centar za socijalni rad na čijem području lice ima prebivalište, na temelju mišljenja stručnog tima centra, izvršne odluke suda, organa starateljstva ili na temelju nalaza i mišljenja stručne komisije o nesposobnosti za rad, odnosno nalaza i mišljenja odgovarajuće zdravstvene ustanove. Centar za socijalni rad koji je smjestio lice u ustanovu socijalne zaštite dužan je radi brige, zaštite, liječenja fizičkog ili mentalnog zdravlja te osobe pratiti njen tretman u ustanovi.

Navedene odredbe primjenjuju se i kod smještaja osoba s duševnim smetnjama u ustanove socijalne zaštite, ukoliko se radi o osobama koje se trebaju otpustiti iz zdravstvene ustanove, jer više ne postoje medicinske indikacije za njihov boravak u tim ustanovama, a one se zbog svog psihofizičkog stanja i uvjeta u kojima žive nisu sposobne brinuti o sebi, niti postoje osobe koje su po zakonu dužne i mogu se brinuti o njima.²²

²²<http://www.mentalnozdravlje.ba/>

3.2. Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama

Društvena pojava koja je historijski uvijek bila rame uz rame društvene reakcije na duševno oboljele je fenomen stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama. Iako je napredak društva, razvoj svijesti, nauke, kulture i etike uslovio progresivno smanjivanje stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama, nažalost, ona je i danas veoma prisutna.

Neznanje i strah idu jedno sa drugim. Zbog neznanja ljudi su skloni konstruirati različite vizije i predstave, kako o drugim ljudima tako i o pojavama. Zatim na scenu stupa strah koji sve to multiplicira i prikazuje s one najtamnije strane.

Stigma je riječ grčkog porijekla koja je u Antičkoj Grčkoj označavala biljeg/znak koji se urezivao ili spaljivao na kožu robova, kriminalaca ili izdajnika, sa namjerom da ih označi kao sramotne i nemoralne osobe—osobe koje treba izbjegavati, pogotovo na javnim mjestima. Danas se izraz stigma ili stigmatizacija koristi u kontekstu negativnog obilježavanja određenih osoba kao abnormalne, sramotne, ili na neki drugi način nepoželjne, što uključuje pričanje iza njihovih leđa, ismijavanje, izbjegavanje kao i posljedično socijalno udaljavanje od tih osoba. Na stigmatizmu možemo gledati kao na etiketu koja razlikuje osobu ili grupu osoba od drugih na omalovažavajući način, pa tako ljudi mogu biti etiketirani na osnovu boje kože, odjeće, mentalnog zdravlja i slično. Stigma je uzrokovana kombinacijom neznanja i straha, što je podloga stvaranju različitih stereotipa i predrasuda, a što dovodi do diskriminacije članova stigmatizirane grupe. Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama vrlo je rasprostranjena. Veliki broj različitih zajednica ima predrasude i negativne stavove prema osobama sa psihičkim poteškoćama. Takve predrasude i strah od stigme među glavnim su razlozima zbog kojih osobe koje pate od određenih problema mentalnog zdravlja ne potraže stručnu pomoć kada im je ona najpotrebnija. Stigmatizacija dovodi do isključivanja osoba iz raznih segmenata društva. Društvena isključenost znači da osoba s duševnim smetnjama nije u prilici da bude aktivnim članom društva i da joj se ne pružaju jednake mogućnosti koje imaju drugi ljudi. Osobe s duševnim smetnjama koje žive u društvu koje doprinosi njihovoj stigmatizaciji dovode u sumnju vlastite sposobnosti i mogućnost neovisnog i samostalnog života, pronalazak posla kao i pronalazak životnog saputnika, oni doživljavaju stigmatizam kao ličnu sramotu koja im umanjuje

samopouzdanje i narušava samopoštovanje. Stigma uzrokuje promjene u osjećanjima, stavovima i ponašanju osoba koje su stigmatizirane kao i kod članova njihovih porodica.²³

S obzirom da postoje predrasude da su osobe s duševnim smetnjama opasne, nepredvidive, nepouzdana i neodgovorne, a ustanove u kojima se liječe smatraju se represivnim i zatvorenim, takvoj stigmatizaciji osoba s duševnim smetnjama često doprinose i mediji, koji nemilice eksploatiraju stereotipe i predrasude da su osobe s duševnim smetnjama one koje ugrožavaju druge ljude, pa su zato i opasni za okolinu.

„Kroz cjelokupnu historiju ljudske civilizacije osobe sa duševnim smetnjama bile su od drugih članova zajednice na različite načine ponižavane, izbjegavane, ismijavane, zatvarane, skrivane, ili, jednostavno rečeno, stigmatizirane. Stigmatizirajući odnos prema ovoj populaciji bio je prisutan, kako, u društvu, tako, i u njihovoj porodici. Uzrok opštedruštveno diskriminirajućeg stava, koji je i danas, u manjoj ili većoj mjeri, prisutan, treba tražiti prvenstveno u postojanju različitih predrasuda prema ovoj kategoriji bolesnika (Mikovic, 2007: 139).

Predrasude s kojima se susreću osobe s duševnim smetnjama onemogućavaju im pronalazak posla, a time i uslove za samostalan i normalan život. Da bi se spriječilo stvaranje negativnih stavova prema osobama s duševnim smetnjama potrebno je raditi sa određenim skupinama ljudi, i pružiti im adekvatne edukacije i informacije o mentalnim poremećajima i mentalnom zdravlju, generalno.

Potrebno je da se usprotivimo stigmatizaciji, diskriminaciji i izolaciji osoba s duševnim smetnjama u ime zaštite dostojanstva, slobode i svih ljudskih prava svakog pojedinca.

²³<https://bih.iom.int/sites/default/files/downloads/publications/Stigmatizacija%20stranice%2002-09-2015-v2.pdf>, datum pristupa 03.11.2019. godine

IV ULOGA SOCIJALNIH RADNIKA U RADU SA OSOBAMA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

4.1.Uloga socijalnih radnika u ranoj intervenciji pojave mentalnih poremećaja

Kako bi se ostvarila rana intervencija mentalnih poremećaja potrebno je:

1. Sistemski ispitivati načine življenja, izloženost rizičnim faktorima, kvalitetu života i o tome redovno izvještavati širu javnost u raznim pristupačnim publikacijama i stručnu javnost kroz akademske oblike stručne komunikacije;
2. Razvijati, provoditi, kontinuirano evaluirati učinkovitost intervencija i unaprjeđivati intervencije kojima se djeluje na formiranje uvjerenja o odgovornosti za svoje zdravlje kao temeljnoj vrijednosti (kroz zajednicu i odgojno-obrazovni sistem);
3. Razvijati, provoditi, kontinuirano evaluirati učinkovitost i unaprjeđivati intervencije za unaprjeđenje komunikacijskih vještina djece, mladih i čitavih porodica kako bi iste postale oružje za kompetentnije lično zastupanje i donošenje odluka usmjerenih zdravim životnim izborima;
4. Razvijati, provoditi, kontinuirano evaluirati učinkovitost i unaprjeđivati intervencije iz oblasti socio-emocionalnog učenja za djecu i mlade;
5. Promovisati i pojašnjavati: svijest o zdravlju i zdravim načinima života, važnost odgojnih postupaka i uloge primjera roditelja za usvajanje zdravog načina života, uspješno nošenje s izazovima porodičnih uloga (bračnih, roditeljskih) te ponašanja koja pridonose zadovoljstvu u porodičnim ulogama, ulogu i važnost zaštitnih faktora zdravog i sigurnog ponašanja i načine njihovih implementiranja u svakodnevni život, važnost osobne odgovornosti, lične učinkovitosti, slike o sebi, samokontrole i emocionalne samoregulacije te ljubavi, sreće i optimizma za zdrav način života. Navedeno provoditi na javnim tribinama, predavanjima, radionicama, sudjelovanjem u medijskom prostoru, pripremanjem stručnih i popularnih tekstova u brošurama, letcima, novinama, na internetu i slično, sve prilagođeno različitim ciljanim grupama (Čekarevac, 2012).

Potrebno je informisati i edukovati građane o važnosti zdravlja uopšte, primjenjujući različite metode rada i učestvovanjem u aktivnostima usmjerenim ka poboljšanju sposobnosti građana da

čitaju, procjenjuju i razumiju informacije vezane za mentalno zdravlje. Provoditi edukacije u cilju podizanja nivoa informisanosti i znanja o značaju mentalnog zdravlja, ranom prepoznavanju mentalnih poremećaja i promjena u ponašanju kod sebe i drugih.

Kada se govori o promociji mentalnog zdravlja, saradnja sa sektorom obrazovanja je od posebnog značaja, zbog toga socijalni radnici najčešće saraduju sa školama gdje rade na prevenciji i ranom otkrivanju razvojnih poremećaja i poremećaja ponašanja, zloupotrebe psohoaktivnih supstanci i vršnjačkog nasilja (Šerić, Dudić, Šadić, 2018).

Djetinjstvo i adolescencija su dva ključna razdoblja za razvijanje kvalitetnih temelja za mentalno zdravlje kao i za preveniranje mogućih mentalnih poremećaja, a škole u tom procesu imaju jednu od važnijih uloga. Preventivno djelovanje u školi smatra se dobrim temeljem za promociju mentalnog zdravlja jer djeca najviše vremena provode u školi, i na taj način, uključivanjem svih, a ne samo tretiranjem onih s mentalnim poremećajima, izbjegava se isticanje i stigmatiziranje populacije koja je zbog nekih katakteristika u riziku ili je već razvila simptome (Novak i Bašić, 2008).

Upravo zbog djelovanja na smanjenje rizika, promocije zdravlja, jačanja dobrobiti i otpornosti, univerzalne preventivne intervencije rezultiraju smanjenjem rizika na različitim problemskim područjima, te su kao takve prikladne za školsku populaciju.

Socijalni radnici kroz programe podrške mogu prevenirati i ublažiti poteškoće (poput depresije, anksioznosti, internaliziranih poremećaja i drugih psihosocijalnih problema) jačajući kompetencije i otpornost putem različitih zaštitnih strategija. Pored navedenog, u okviru zadataka koje realizuju, socijalni radnici istražuju socijalne aspekte koji utiču na nastanak oboljenja, rade na smještaju i zbrinjavanju pacijenata, informišu članove lokalne zajednice i prevenciji nastanka oboljenja, organizuju rekreativne aktivnosti, te razvijaju volonterski rad u lokalnoj zajednici (Šerić, Dudić, Šadić, 2018).

4.2. Uloga socijalnog radnika u radu sa članovima porodice osoba s duševnim smetnjama

Među najvažnije potrebe osoba s duševnim smetnjama, uz potrebu za terapijom, nakon dijagnostifikovanja nekog od oblika duševnih smetnji do izražaja dolazi i potreba za pažnjom, pozornošću i pripadnošću te suosjećanjem za njihovu bolest i trenutno mentalno zdravlje. Briga za osobe s duševnim smetnjama usko je povezana sa razvojem i obilježjima suvremene porodice. Zbog društvenih promjena porodica je postala manja, generacije starijih roditelja i odrasle djece ne žive zajedno, češći su razvodi braka, članovi porodice su zaposleni i okupirani različitim izvanporodičnim aktivnostima, mogući davatelji brige u porodici su i sami stari te nisu u mogućnosti brinuti se o bolesnom članu porodice. Stoga porodica u cjelini često nije sposobna samostalno se brinuti o bolesnom članu. Opterećenja koja doživljava porodica su brojna: zahtjevnost njege, promjene organizacije porodičnog života, povećani novčani izdaci, donošenje odluke kada pacijent nije u mogućnosti sam sebe zastupati i drugo (Ajduković, 1995).

Zbog prethodno nevedenih opterećenja, porodica vrlo često nije spremna preuzeti brigu o osobi s duševnim smetnjama, tada socijalni radnik preuzima obavezu za organizovanje uslova njenog smještaja nakon završenog hospitalnog tretmana.

Nakon dijagnostifikovanja bolesti kod porodice osobe s duševnim smetnjama prvobitno nastupa zbunjenost, tuga, emocionalna izgubljenost koja se manifestuje u vidu nemogućnosti snalaženja i pružanja podrške toj osobi kako bi lakše prevazilazila nastale probleme. Oporavak osobe s duševnim smetnjama je složen proces zahvaljujući kojem, ukoliko se pruži adekvatna podrška i pomoć porodice, ona može nastaviti živjeti uobičajenim životom kao i prije bolesti te obavljati svakodnevne aktivnosti. Iako je duševna smetnja stanje koje je teško prevazići, neophodno je uključivanje i podrška socijalnog okruženja u kojem će sama osoba s duševnim smetnjama vidjeti podršku a što će joj olakšati trenutno stanje u kojem se nalazi. To su, prvenstveno, uža i šira porodica, poznanici, susjedi, stručnjaci koji pružaju profesionalnu pomoć kako u toku bolničkog liječenja tako i nakon hospitalnog tretmana (ljekar, socijalni radnik, psiholog, terapeut). Nakon što porodica uz stručnu pomoć ljekara i psihologa prihvati bolest, uz saradnju sa socijalnim radnikom razmatraju se i pronalaze moguća rješenja za prilagodbu nakon završetka hospitalnog tretmana. Krajnji ishod je prihvatanje bolesti osobe s duševnim smetnjama od strane

porodice, kada spremno nastavljaju živjeti van bolnice u novonastalim uvjetima (Huremović, 2018).

Pomoć socijalnog radnika naročito je neophodna u slučajevima kada obolela osoba iskazuje agresivno ponašanje, odbija prihvatanje činjenice o bolesti, socijalno se isključuje, odbija da koristi terapiju, što porodici dodatno otežava svakodnevne teškoće sa kojima se suočava.

Postavljanje bilo koje dijagnoze odražava se na porodicu i izaziva manju ili veću disfunkciju u svakodnevnom životu porodice. Nastankom mentalnog oboljenja kod jednog od članova porodice dovodi do disbalansa u porodičnim odnosima i ulogama, te pokušaj rješenja postaje problem, što se može čuti i od samih porodica. Pružanjem rane podrške omogućava se porodicama da se lakše i bolje nose sa teškoćama na koje nailaze. Psihoedukaciju i podršku članovima porodice potrebno je osigurati na početku, u toku tretmana i prema potrebi kroz grupne programe. Psihosocijalna podrška koju pružaju socijalni radnici zaposleni u zdravstvu podrazumijeva proces fizičkog i psihičkog osnaživanja pojedinca i njegove porodice i socijalnog okruženja kako bi u sebi i svojoj okolini pronašao ili stekao snage i načine za uspješno suočavanje sa stresom i uključio se u svakodnevni život (Lakić, Popović, Jovanović, Hasečić, 2013).

Rad sa članovima porodice treba da se odvija u kontekstu saradnje i povjerenja, kao i da se prilagodi potrebama svake pojedinačne porodice. Glavni cilj socijalnog radnika bi trebao biti osnaživanje porodice da se suoči sa krizom i prilagodi novonastaloj situaciji.

Kada se postavi jasna struktura i dobri temelji i uključi se cijela porodica, tada možemo očekivati da ljudi kvalitetno funkcionišu. Svaka porodica ima svoje snage, resurse i vrijednosti koje je potrebno prepoznati i naglašavati. Umjesto isključive fokusiranosti na oboljenje ili mentalni poremećaj potrebno je usmjeriti pažnju na porodičnu snagu i zdravi potencijal. Neke od univerzalnih porodičnih snaga i vrijednosti su: komunikacija, otpornost, samopoštovanje, vrijednosti i fleksibilnost. Dakle porodicu posmatramo kao sistem sa kojim treba ostvariti saradnju, ali i kao ambijent u kojem se često generiraju i održavaju simptomi i problemi.

4.2.2. Socijalni kontakti osoba s duševnim smetnjama

U vezi s poboljšanjem socijalnog kontakta pacijenata sa duševnim smetnjama dosadašnja su istraživanja pokazala da najjači dokaz za intervenciju protiv stigmatizacije i diskriminacije pacijenata sa duševnim smetnjama ide u prilog direktnom socijalnom kontaktu s oboljelim na individualnoj razini te socijalnom marketingu na populacijskom nivou (Thornicroft i saradnici).

Naime, socijalna podrška osobama s duševnim smetnjama može imati pozitivan učinak na stresne događaje s kojima se suočavaju. To ne znači da će socijalna podrška ukloniti neki stresni životni događaj koji se dogodio bolesniku, već da će bitno uticati na njegovu percepciju bolesti.

Tako su načelo osnaživanja pacijenata i intervencije za uključivanje u društvo ključni u formulaciji rehabilitacije, a strategije i programi koji podstiču osnaživanje uključuju modele rehabilitacije na načelu klubova, grupa samopomoći, zapošljavanja korisnika u samom sistemu liječenja, aktivne participacije pacijenata u istraživanjima, planiranja organizacije službe i aktivnosti lobiranja (Gruber, 2011).

Postavlja se pitanje na koji način zdravstveni saradnici mogu pomoći u osnaživanju osoba s duševnim smetnjama?

Socijalni radnik treba prepoznati činioce koji doprinose narušenim socijalnim kontaktima sa okolinom, stigmatizirajuće faktore, te raditi na njihovom otklanjanju kako bi se toj osobi omogućio povratak u socijalnu sredinu bez stigmatizacije i diskriminacije. Da bi se osobe koje boluju od hroničnih duševnih smetnji mogle snaći u zajednici, treba provesti program rehabilitacije koji je u njihovom slučaju kombinovan i intenzivan, odnosno prilagođen svakom posebno (Ajduković i Urbanc, 2009).

4.3. Zadaci i uloga socijalnog radnika u centrima za mentalno zdravlje

Profesionalni socijalni rad "...nije samo usmjeren na rješavanje nepovoljnih stanja u zajednici, kod pojedinaca i grupa, nego i na proučavanje uzročno posljedičnih veza i odnosa među stanjima socijalne potrebe i drugim stanjima i situacijama koje rješavamo primjenom socijalnog rada" (Dervišbegović, 2003: 17).

Obzirom da je profesionalni socijalni rad svoje početke imao u zdravstvenim ustanovama, bolnicama, kada otpušteni bolesnici nisu imali gdje da se vrate i kada je bio neminovan angažman profesionalaca adekvatne struke, socijalni rad je bio jedini način pomoći osobama s duševnim smetnjama ali bez adekvatnog staranja.

Ranije : „Socijalni rad u zdravstvu (institucije), bolnicama, domovima zdravlja, medicinskim ustanovama jedno je od najrazvijenijih primjenljivih područja nauke o socijalnom radu..." (Termiz, 2005: 207), što danas ne možemo reći, razvojem službi socijalne zaštite i drugih službi koje se bave aktivnim profesionalnim socijalnim radom.

Porastom broja duševnih oboljenja otvaraju se CMZ kako bi bili što pristupačniji građanstvu. CMZ su umreženi sa zdravstvenim i socijalnim institucijama, s vladinim i nevladinim organizacijama, a sve u cilju očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja. Primarni cilj rada CMZ je smanjenje prepreka u tretmanu mentalnih poremećaja i zaštita mentalnog zdravlja putem podizanja svijesti ljudi o većoj i učestalijoj pojavi mentalnih poremećaja, mogućnostima tretmana, procesu oporavka itd.

Socijalni radnik zaposlen u CMZ, bez obzira na dodatne edukacije i specijalističke kurseve, po svom osnovnom usmjerenju je stručnjak polivalentnog profila. On različite oblike socijalne intervencije, u cilju zaštite i pomoći osobama sa duševnim smetnjama, provodi u okviru poštivanja društvenih normi i kriterija koje društvena zajednica postavlja za sve svoje članove. Stoga pri pružanju pomoći osobi sa duševnim smetnjama, npr. u ostvarivanju prava iz radnog odnosa, socijalni radnik mora poznavati zakonske propise, posebno one iz oblasti porodičnog, radnog, zdravstvenog, penzijskog i upravnog prava, kao i propise iz oblasti socijalne zaštite. U ovom kontekstu može se reći da socijalni radnik kod pružanja pomoći osobama sa duševnim smetnjama, nezavisno od drugih članova multidisciplinarnog tima, ima nezamjenjivu, dvostruku

ulogu: prva je uspostavljanje veze, odnosno posredovanje između socijalne sredine iz koje osoba dolazi i CMZ, a druga je osnaživanje, odnosno upućivanje klijenta kako da sam sebi pomogne i da bez tuđe pomoći, ostvari neko od svojih prava (Miković, 2007).

Zadaci socijalnog radnika u CMZ, prema Pravilniku²⁴ su sljedeći:

- uzimanje socijalne anamneze sa ekspertizom,
- izradu plana aktivnosti iz domena socijalnog rada,
- pružanje odgovarajuće pomoći u rješavanju pitanja i problema koji su od bitnog interesa za pacijenta i izvan su domena medicinskog i psihološkog tretmana,
- pružanje adekvatne stručne pomoći pacijentima čije socijalno stanje zahtijeva naročitu brigu i pomoć društvene zajednice, kao što su nezaposleni, osobe u stanju onesposobljenosti, djeca bez roditeljskog staranja, samohrani roditelji, stare i iznemogle osobe,
- rad na uklanjanju različitih socijalnih činilaca koji u porodici i široj društvenoj zajednici mogu imati negativan uticaj na uspješan tretman pacijenta,
- uspostavljanje permanentne saradnje sa različitim službama i institucijama socijalne zaštite, obrazovnim i ustanovama od javnog značaja, te različitim nevladinim organizacijama u zajednici u kojoj djeluje CMZ,
- poticanje pacijenta da aktivno sudjeluje u društvenim i kulturnim događajima, a u skladu sa njegovim afinitetima,
- organizovanje rekreativnih aktivnosti s ciljem razvijanja socijalnih vještina pacijenta,
- razvijanje i poticanje volonterskog rada u zajednici koji je u uskoj vezi sa socijalnom zaštitom i socijalnom politikom državnog sektora,
- obavljanje drugih poslova u skladu sa svojom profesijom i potrebama CMZ.

Socijalni radnik prikuplja podatke o klijentu, njegovoj porodici, njegovom random mjestu i informiše ostale članove tima. Pored prikupljanja i analize podataka, pomaže u liječenju,

²⁴Član 28. Pravilnika o organizaciji i bližim uslovima prostora, medicinsko-tehničke opreme i stručnog kadra, koje trebaju ispunjavati centri za mentalno zdravlje u zajednici kao i edukaciji u oblasti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Službene novine Federacije BiH, broj 73/11

uspješnoj rehabilitaciji, oporavku i poboljšanju kvaliteta života korisnika usluga CMZ. Odgovoran je za razvoj saradnje sa socijalnom službom u zajednici. Identificira i analizira problem iz šire socijalne perspective. Uloga i posao socijalnog radnika u CMZ je vrlo značajna, kompleksna i stručna.

Intervencije socijalnog radnika u CMZ, mogu se podijeliti na:

- rad sa klijentom/osobom sa duševnim smetnjama;
- rad sa porodicom;
- rad sa radnom sredinom;
- rad sa školom;
- rad/saradnja sa različitim ustanovama u zajednici, posebno onim koje se bave problemima zdravlja i socijalne zaštite;
- rad/saradnja sa NVO i udruženjima za samopomoć i samozaštitu u zajednici (Miković, 2007).

Neophodno je da socijalni radnik, prilikom pružanja pomoći osobama s duševnim smetnjama, dobro poznaje zakonske propise, posebno iz oblasti porodičnog, radnog, zdravstvenog, penzijskog i upravnog prava, kao i propise iz oblasti socijalne zaštite.

4.4.Radni angažman osoba s duševnim smetnjama

Osobe s duševnim smetnjama nakon dijagnostifikovane bolesti suočavaju se sa mnogim drugim problemima koji se javljaju kao stigmatizujući faktor u radnom okruženju, bez obzira o kojoj se vrsti oboljenja radi. Suočavaju se sa pretjeranim osjećajem pritiska za postizanjem uspjeha odnosno održavanja radnih navika ali se takođe suočavaju sa teškoćama izraženim u pogledu saradnje s drugim ljudima, odnosno, radnim kolegama.

Redovno zaposlenje nakon hospitalnog tretmana i uspostavljanje redovnih aktivnosti od velikog je značaja kako za zdravstveno tako i za psihičko stanje korisnika. Rad pospešuje želju za održavanjem redovnih svakodnevnih aktivnosti, smanjuje vjerovatnoću recidiva bolesti, poboljšava simptomatiku, samopouzdanje i životni kvalitet. Postoje različiti oblici radne rehabilitacije koji se nude osobama sa duševnim smetnjama. Socijalni radnici pomažu pri ishodovanju socijalnih prava i kod ukazane potrebe za promjenom radnog mjesta u skladu sa preostalim zdravstvenim sposobnostima. Socijalni radnici rade u institucijama i u stacionarnom i ambulantnom području. Upravo prilikom prvog boravka na bolničkom odjeljenju socijalni radnici mogu ponuditi dragocjenu podršku, kako bi se napravio put u pravcu socijalne i finansijske zaštite i kako bi bili kontakt osoba i za članove porodice u vezi sa radno socijalnom problematikom korisnika (Kočović, 2000).

Radno funkcionisanje je temeljni osnov rehabilitacije jer potiče aktivnost i socijalne kontakte, kao i samopoštovanje i kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama.

Socijalni radnici vode brigu o socijalnim potrebama osoba s duševnim smetnjama. Oni, npr. pružaju podršku kod problema vezanih za stanovanje, posao i finansiranje životnih potreba.

V REZULTATI ISTRAŽIVANJA

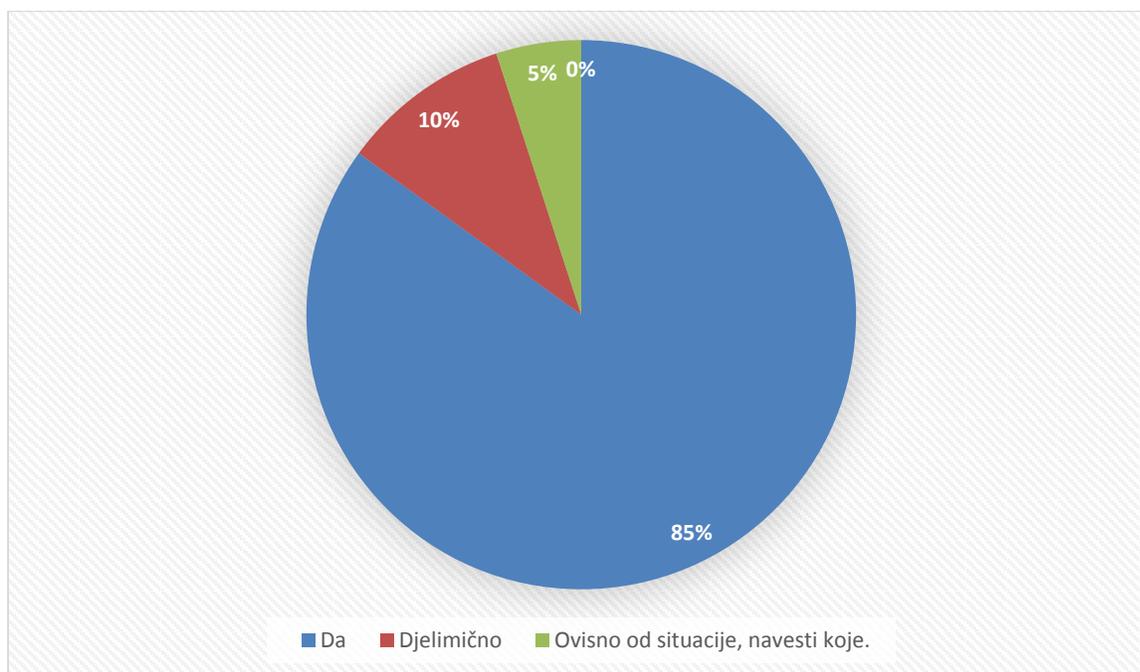
Istraživanje na temu „Uloga socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama" realizovano je u cilju dobijanja podataka o značajnosti uloge socijalnog radnika u rješavanju ovog problema. Uloga socijalnog radnika je neizbježna i ključna, zato treba poklanjati veliku pažnju osobama koje obavljaju nimalo lak posao kao što je posao socijalnog radnika.

Za potrebe ovog istraživanja proveden je anketni upitnik sastavljen od 11 pitanja, formulisanih u skladu i sa zahtjevima naslova teme istraživanja.

Istraživanje je provedeno u CMZ u Kantonu Sarajevo. Anketirano je ukupno 10 ispitanika koje su pripadnice ženskog spola.

Kreirane su tri grupe kojima se iskazuje dob ispitanika. Najzastupljija kategorija su osobe starosti od 24 do 24 godine (64%). Dobna skupina osoba od 35 do 44 godine obuhvata 25%, a od 45 i više godina obuhvata samo 11% ispitanika.

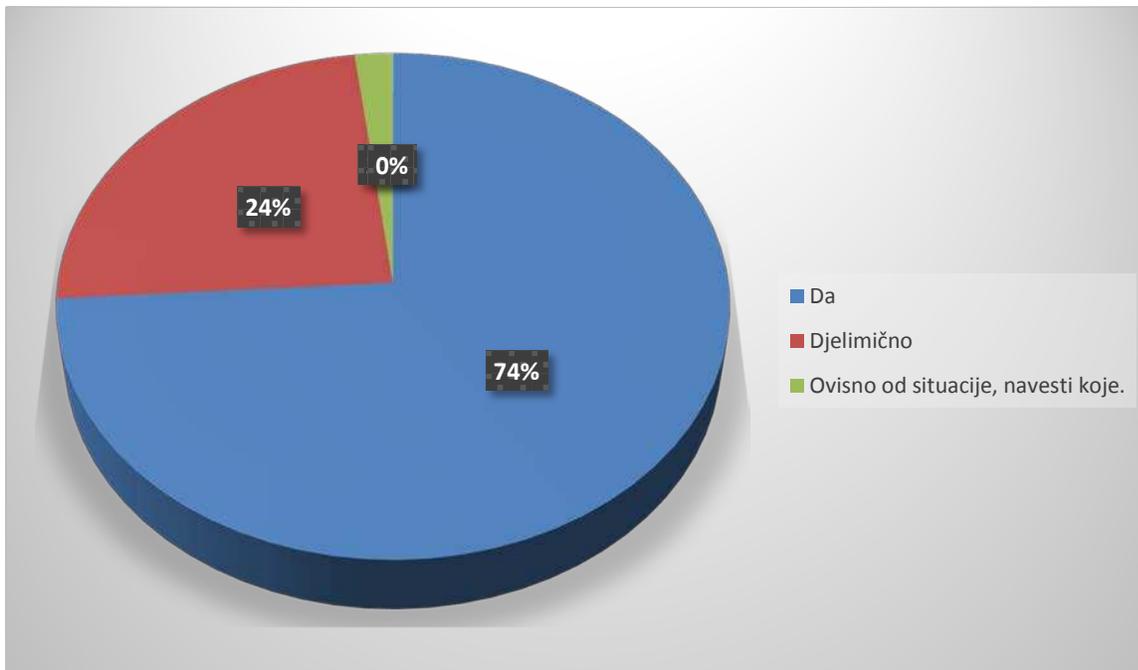
Što se tiče obrazovne strukture, najveći broj ispitanika je završio fakultet, čak 85%, višu školu 5%, kao i magisterij i dodatne edukacije 5% ispitanika.



Grafikon 1: Uloga socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama

Na pitanje „Da li je uloga socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama nužna i nezaobilazna, ali u praksi zanemarena“, potvrdno je odgovorilo 85% ispitanika, a djelimično je odgovorilo 10% ispitanika. Samo 5% ispitanika je mišljenja da uloga zavisi od određene situacije (prije svega se odnosi na teške slučajeve tj. osobe koje odbijaju bilo kakvu pomoć ili oblik saradnje).

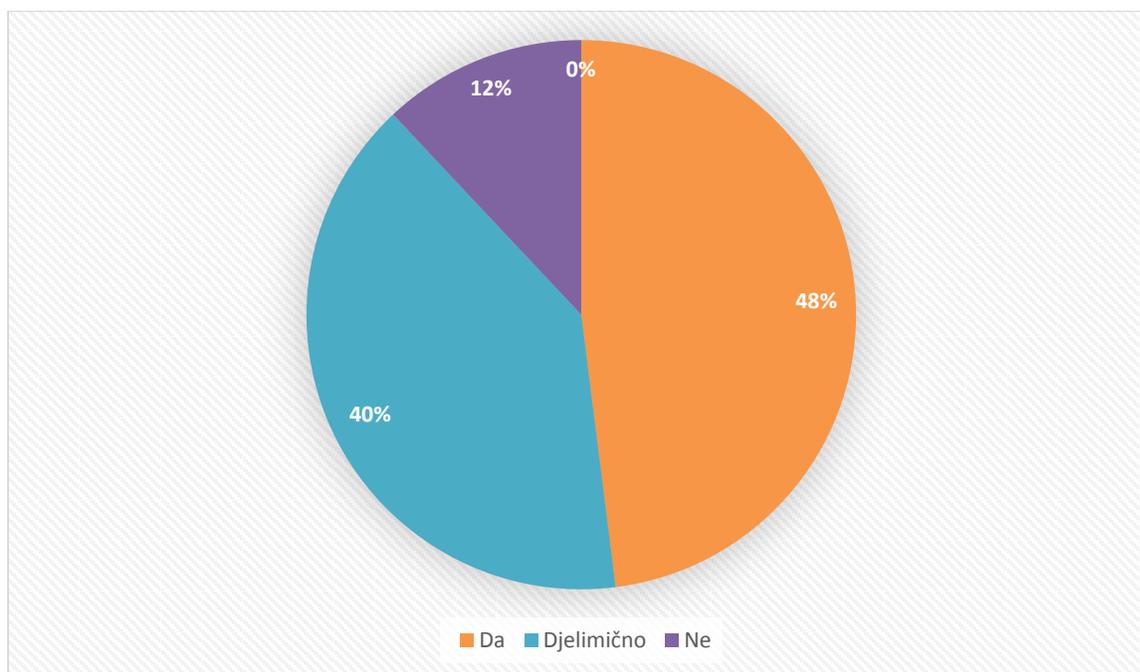
Uloga socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama je nezaobilazna i vrlo značajna. Socijalni radnik ima najveće stručne kompetencije za rad sa osobama s duševnim smetnjama i članovima njihove porodice. Od psihosocijalne podrške i osnaživanja, kroz pomoć u rješavanju konkretnih životnih problema.



Grafikon 2: Uloga porodice u radu sa osobama s duševnim smetnjama

Većina ispitanika (74%) je ukazala na to da je ključna uloga porodice u radu sa osobama s duševnim smetnjama, dok se djelimično složilo 24% ispitanika, a samo 2% je reklo da ovisi od situacije (ukoliko su drugi članovi porodice zdravi i sposobni da mogu pospješiti oporavak osobe).

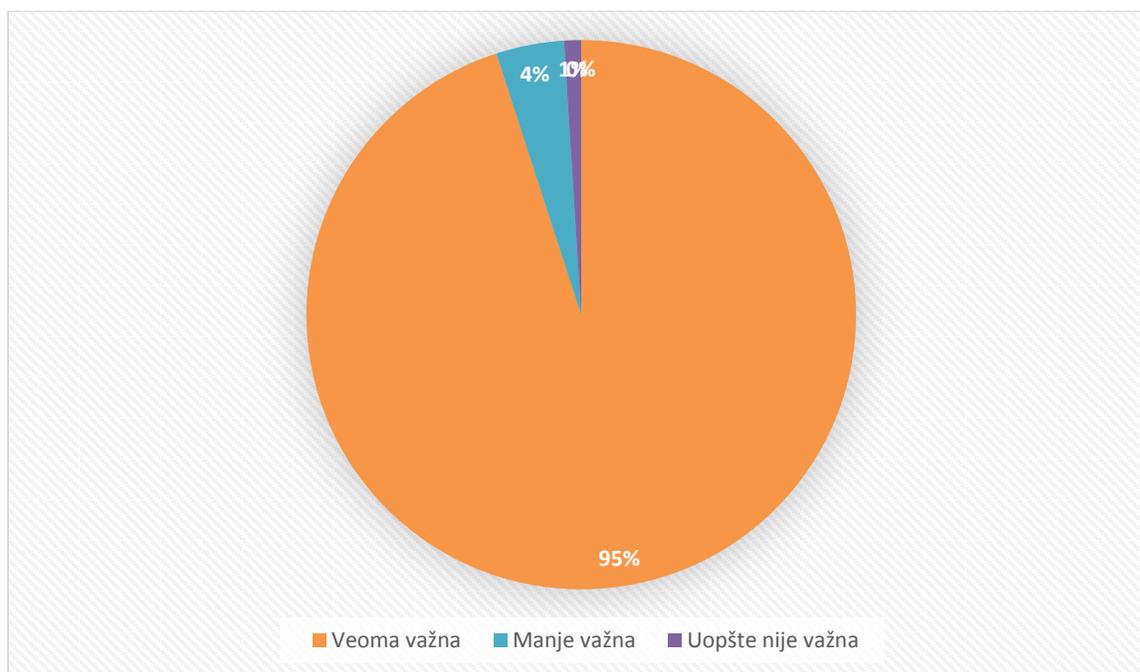
Oporavak osobe s duševnim smetnjama je složen proces zahvaljujući kojem, ukoliko se pruži adekvatna podrška i pomoć porodice, ona može nastaviti živjeti uobičajenim životom kao i prije bolesti te obavljati svakodnevne aktivnosti.



Grafikon 3: Doprinos socijalnih radnika poboljšanju kvalitete života osoba s duševnim smetnjama

Vidljivo je da se većina ispitanika slaže sa tvrdnjom da socijalni radnici mogu u većoj mjeri doprinijeti poboljšanju kvalitete života osobama s duševnim smetnjama. Manje od polovine ispitanika je odgovorilo potvrdno (48%), dok se djelimično složilo 40% ispitanika, a nešto manji broj ispitanika je odgovorilo ne (12%).

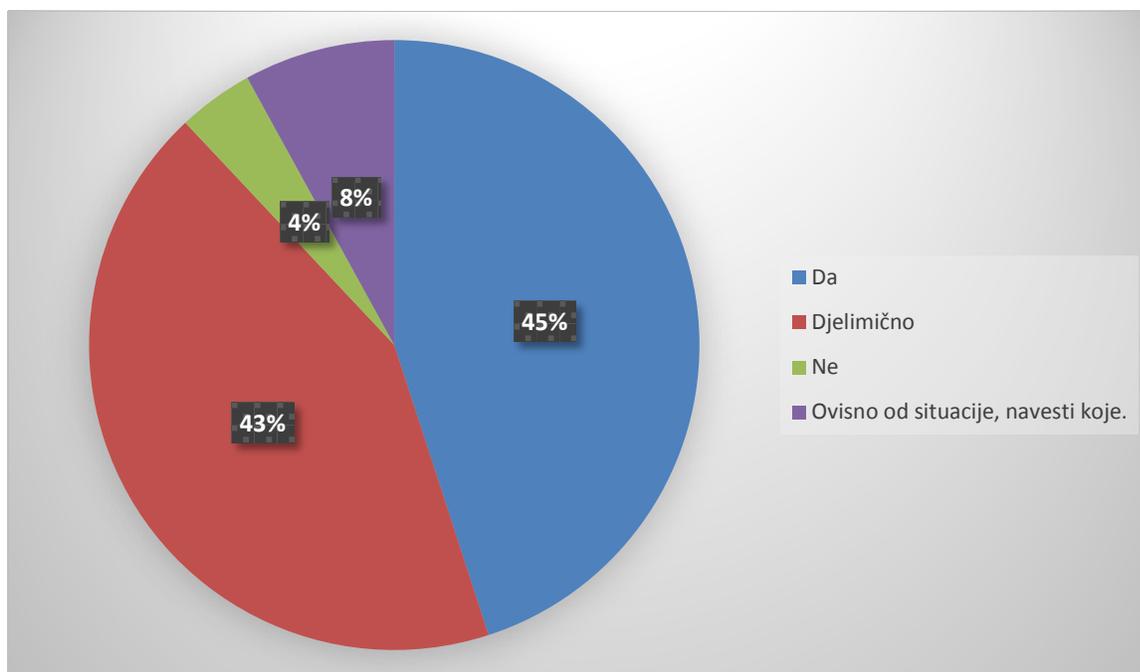
Socijalni radnici imaju ključnu ulogu u poboljšanju kvalitete života osoba sa duševnim smetnjama. Njihov odnos temelji se na vještini i usmjerenosti na personalizaciju i oporavak ovih osoba, pružanju pozitivne podrške tokom, ali i nakon hospitalnog tretmana, te su, shodno tome, usmjereni na poboljšanje ličnih promjena osoba s duševnim smetnjama.



Grafikon 4: Saradnja socijalnih radnika, kao članova multidisciplinarnog tima, sa centrima za socijalni rad

Na pitanje koliko je važna saradnja socijalnih radnika, kao članova multidisciplinarnog tima, sa centrima za socijalni rad, veliki broj ispitanika je odgovorio da je veoma važna (95%), dok mali broj ispitanika smatra da je manje važna (4%), a samo 1% se izjasnio da nije važna.

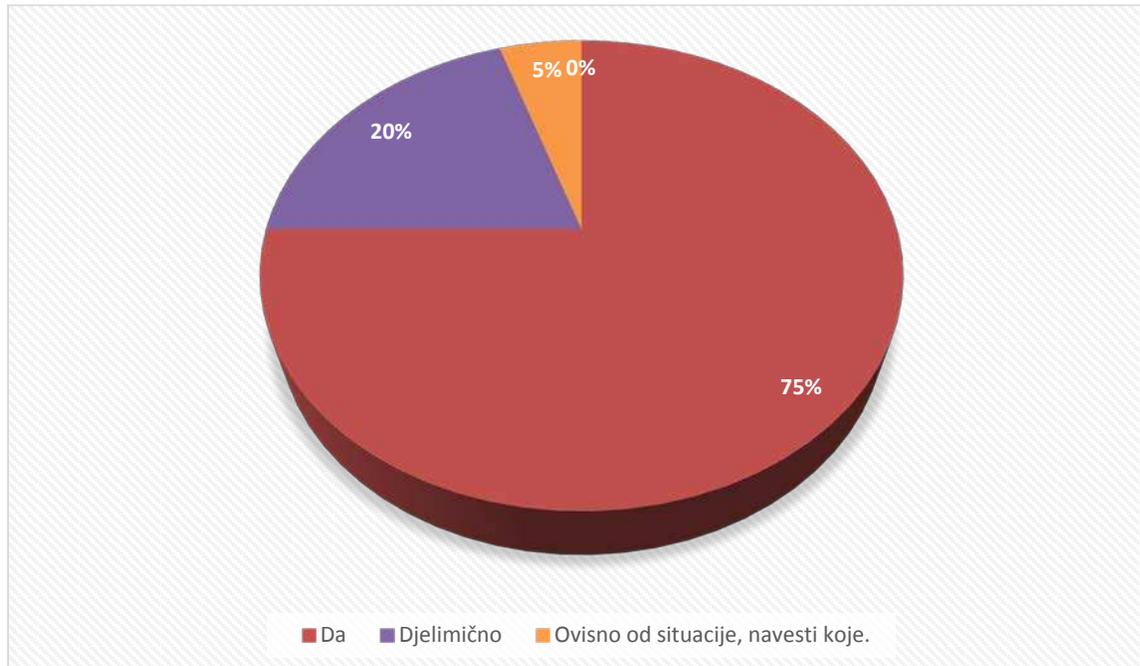
Ova saradnja predstavlja jedan od osnovnih preduvjeta za promociju, prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja, a ključni je preduvjet za uspješnu psihosocijalnu rehabilitaciju, jer odgovarajuće informacije omogućavaju brže reagovanje i zaštitu osoba s duševnim smetnjama.



Grafikon 5: Obaveza socijalnih radnika pružiti stručno mišljenje osobama s duševnim smetnjama i njihovim porodicama

Na osnovu prezentiranih rezultata o tome da li socijalni radnici imaju obavezu pružiti stručno mišljenje osobama s duševnim smetnjama i njihovim porodicama, te pokazati odgovarajuće vještine intervenirajući u njihov odnos, može se uvidjeti da je 45% ispitanika odgovorilo potvrdno, a djelimično 43%. Ispitanika koji su naveli da ovisi od situacije ima 8% (na zahtjev porodice ili na zahtjev CMZ), a koji su rekli ne je 4%.

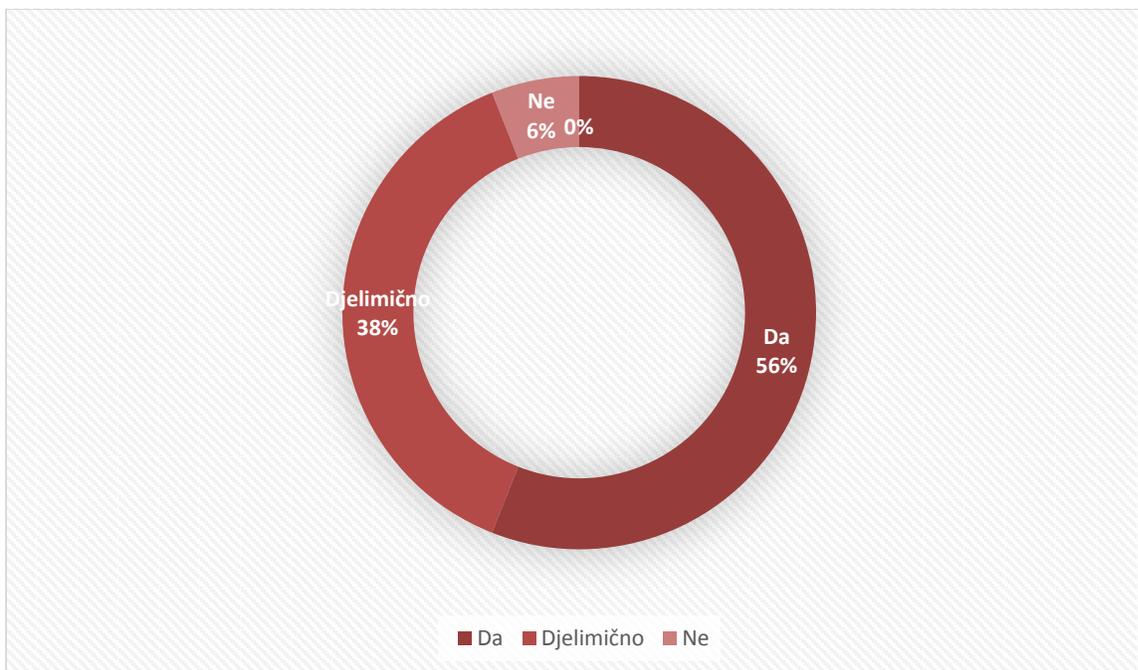
Nakon dijagnostifikovanja bolesti kod pacijenta, veoma bitan trenutak funkcionalnog prihvatanja bolesti je intervencija socijalnog radnika. U mnogim slučajevima pacijent iskazuje agresivno ponašanje, što porodici dodatno otežava svakodnevne probleme sa kojima se trenutno suočavaju te ih dovodi do osjećaja nelagodnosti, nesigurnosti, izbezumljenosti. Nakon što porodica uz stručnu pomoć ljekara i psihologa prihvati bolest, uz saradnju sa socijalnim radnikom razmatraju se i pronalaze moguća rješenja za prilagodbu nakon završetka hospitalnog tretmana. Krajnji ishod je prihvatanje bolesti osobe sa duševnim smetnjama od strane porodice kada spremno nastavljaju živjeti van bolnice u novonastalim uslovima.



Grafikon 6: Socijalni kontakt sa osobama s duševnim smetnjama

Na osnovu prezentiranih rezultata o tome da li socijalni kontakt sa osobama s duševnim smetnjama treba da se odvija u smjeru smanjenja negativnog stava okoline, može se doći do zaključka da velika većina ispitanika smatra da treba (75%), 20% ispitanika je odgovorilo sa djelimično, a samo 5% ispitanika je reklo da ovisi od situacije (da li socijalna okolina želi prihvatiti takvu osobu, pružiti joj odgovarajuću podršku i pomoć, te smanjiti njeno etiketiranje).

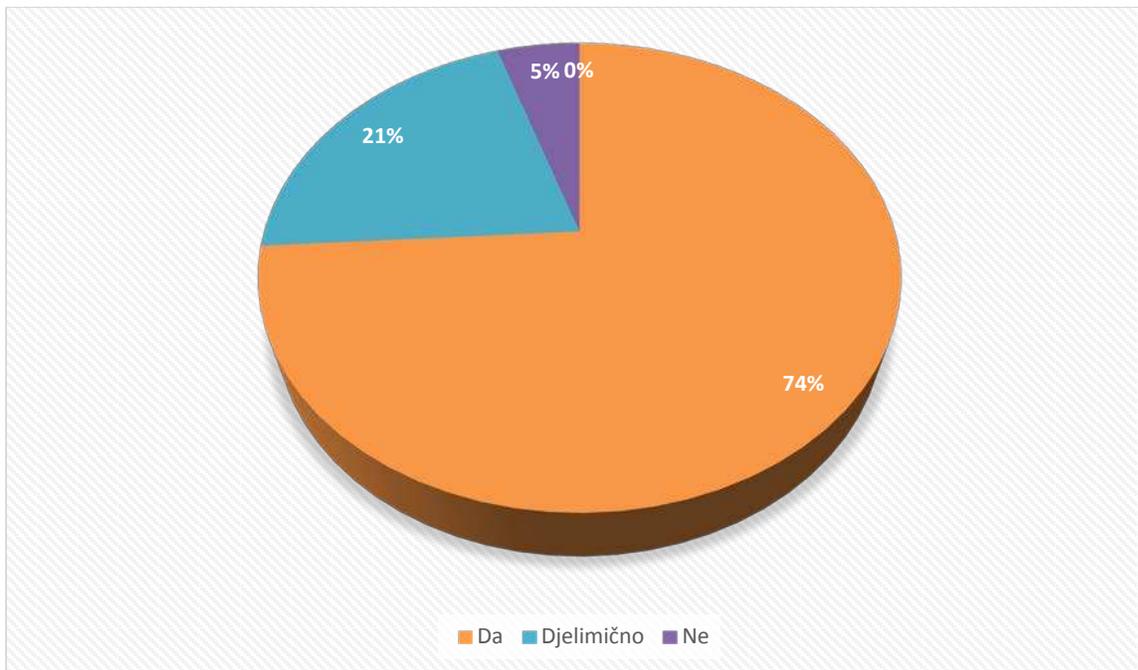
Socijalni radnik treba prepoznati činioce koji doprinose narušenim socijalnim kontaktima sa okolinom, stigmatizirajuće faktore, te raditi na njihovom otklanjanju kako bi se pacijentu omogućio povratak u socijalnu sredinu bez stigmatizacije i diskriminacije.



Grafikon 7: Radno funkcionisanje je temeljni osnov rehabilitacije

Na osnovu dobijenih rezultata o tome da li je radno funkcionisanje temeljni osnov rehabilitacije, više od polovine ispitanika (56%) odgovorilo je potvrdno, a nešto manje sa djelimično (38%), dok se samo 6% ispitanika nije složilo.

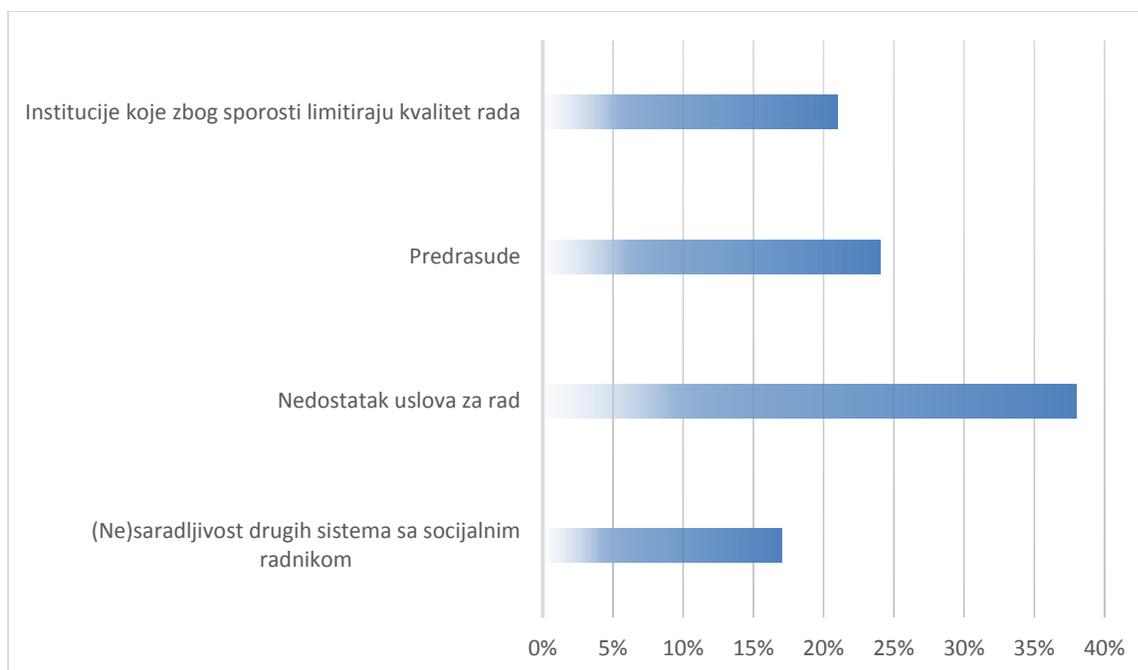
Rad pospješuje želju za održavanjem redovnih svakodnevnih aktivnosti, smanjuje vjerovatnoću recidiva bolesti, poboljšava simptomatiku, samopouzdanje i životni kvalitet. Postoje različiti oblici radne rehabilitacije koji se nude osobama sa duševnim smetnjama. Socijalni radnici vode brigu o socijalnim potrebama pacijenata. Oni, primjera radi, nude podršku kod problema vezanih za stanovanje, posao i finansiranje životnih potreba. Pomažu pri ishodovanju socijalnih prava i kod ukazane potrebe za promjenom radnog mjesta u skladu sa preostalim zdravstvenim sposobnostima.



Grafikon 8: Destigmatizacija osoba s duševnim smetnjama

Na osnovu istraživanja o tome da li socijalni radnik radi na destigmatizaciji osoba s duševnim smetnjama, većina ispitanika (74%) potvrđuje svojim odgovorom, dok se djelimično složio 21% ispitanika, a mali broj ispitanika je odgovorilo ne (15%).

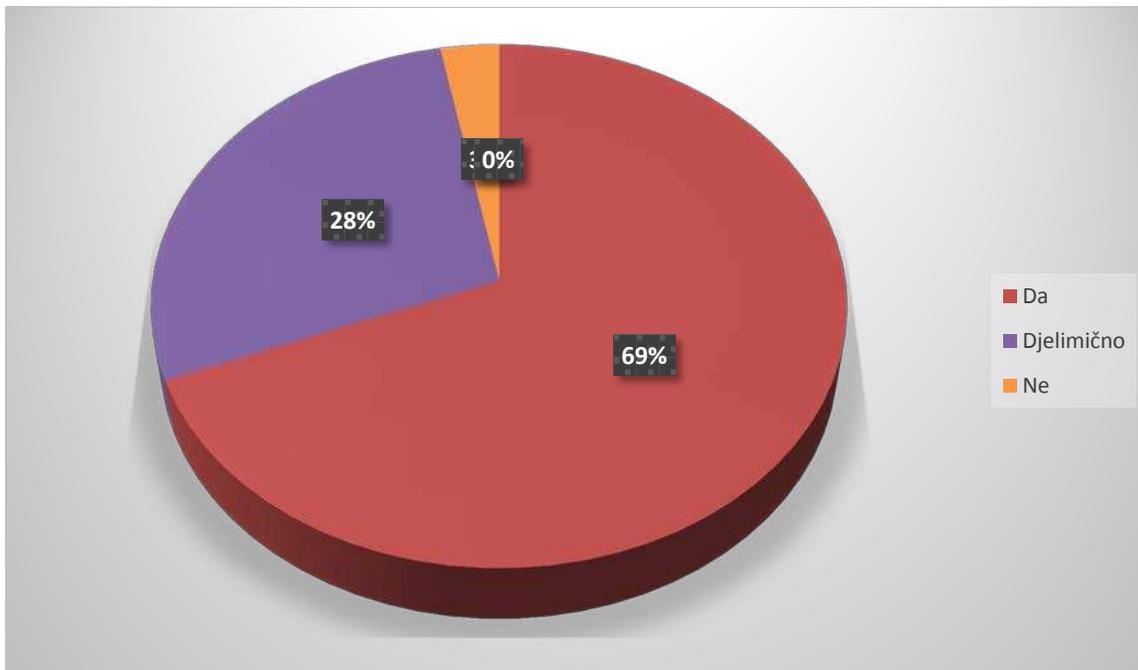
Naime, socijalni radnik radi na tome da socijalna okolina prihvati osobu s duševnim smetnjama nakon hospitalog tretmana, tako što razgovora sa članovima uže i šire porodice, komšijama i drugim bliskim osobama, organizuje radionice, informiše javnost i slično.



Grafikon 9: Teškoće s kojima se socijalni radnik suočava u CMZ

Na pitanje koje su teškoće s kojima se socijalni radnik suočava u realizaciji svojih zadataka u CMZ, najveći broj ispitanika je odgovorio da je to nedostatak uslova za rad (38%), nešto manji broj smatra da su to predrasude (24%), 21% ispitanika je odgovorio da su to institucije koje zbog sporosti limitiraju kvalitet rada, a ostalih 17% se izjasnilo da je to (ne)saradnja drugih sistema sa socijalnim radnikom.

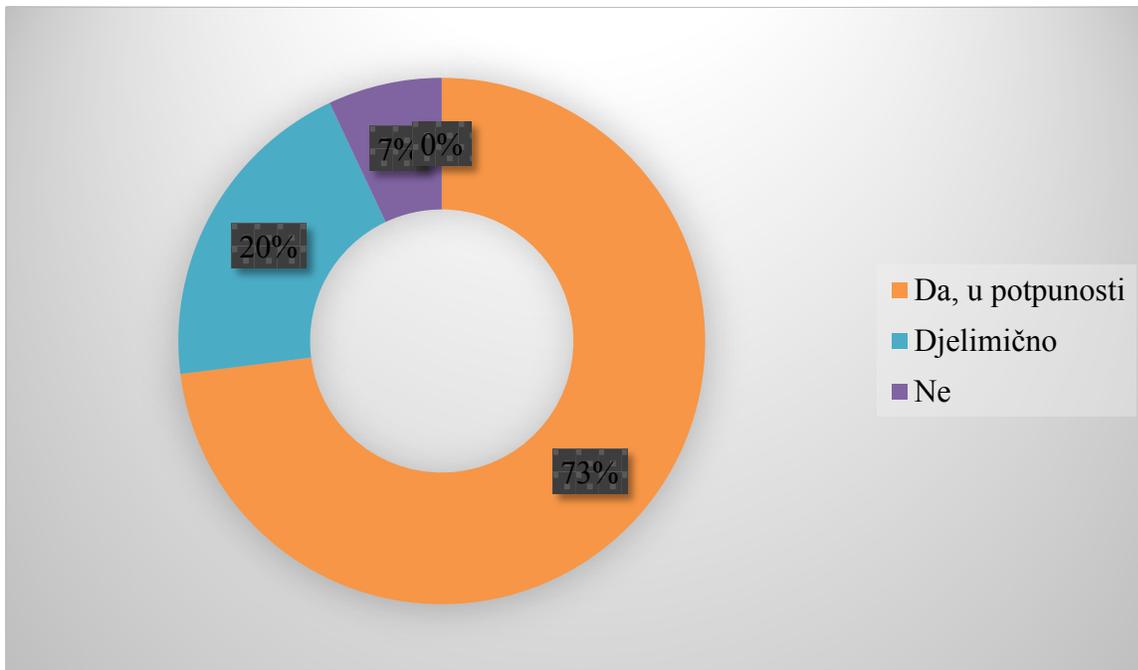
Socijalni radnici kao ravnopravni članovi multidisciplinarnog tima često dolaze u položaj nemogućnosti ispunjavanja svojih zadataka u CMZ zbog napred navedenih razloga.



Grafikon 10: Pomoć i podrška od strane sistema

Rezultati istraživanja su pokazali da više od polovine ispitanika (69%) smatra da izostaje pomoć i podrška od strane sistema, dok se djelimično složilo 28% ispitanika, a samo 3% se ne slaže s tim.

Socijalni radnik kao profesionalac je marginalizovan. Veliki broj ustanova zdravstvene zaštite nema zaposlene socijalne radnike što upućuje na činjenicu da sistemi zdravstvene zaštite nisu prepoznali značaj socijalnog rada kao profesije u očuvanju i unaprijeđenju zdravlja.



Grafikon 11: Doprinos ove teme daljnjem jačanju profesionalnog identiteta socijalnog rada

Na osnovu prikazanih rezultata, možemo zaključiti da se većina ispitanika (73%) u potpunosti slaže s tim da rasprava o ulozi socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama doprinosi daljnjem jačanju profesionalnog identiteta socijalnog rada koji je u današnje vrijeme u nepovoljnom položaju, 20% ispitanika se djelimično slaže, a samo 7% se ne slaže.

Značaj socijalnog rada u zdravstvu, u današnje vrijeme, nije u dovoljnoj mjeri prepoznat. S toga je ovo istraživanje usmjereno na ukazivanje značaja zastupljenosti i razvijenosti socijalnog rada u zdravstvu.

5.1. Smjernice za dalja istraživanja

Istraživanje uloge socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama u Bosni i Hercegovini u najvećoj mjeri je oslonjeno na naučno utemeljena saznanja o socijalnom radu kao profesionalnoj djelatnosti u okvirima definisanim pozitivnim zakonodavstvom koje uređuje ovu oblast u Bosni i Hercegovini. Sprovedeno istraživanje zasnovano je na pretpostavci da je položaj socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama loš, te da se socijalnom radu kao profesiji ne pridaje dovoljan značaj u sistemu zdravstvene zaštite, što u krajnjem ishodu ima negativan efekat po klijente.

Smjernice su namijenjene širokom spektru pripadnika interesne skupine uključujući poslodavce, socijalne radnike, kao i pružatelje zdravstvenih usluga, gdje se naglašava kako uspostaviti učinkovite intervencije koje mogu biti od koristi članovima stručnog tima. Socijalni radnici kao i svi ostali članovi društva svakodnevno se susreću sa problemima mentalnog zdravlja. U radu sa osobama s duševnim smetnjama bitno je naglasiti koliko je važna podrška porodice i zajednice u kojoj se nalaze. Naime za uspješnu rehabilitaciju i resocijalizaciju, bitno je raditi i sa korisnikom i sa njegovom porodicom, na svim razinama. Smjernice se temelje na radu i iskustvu koje je proizašlo iz uloge socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama. Smjernice za dalja istraživanja su osmišljene na način da budu praktične i jednostavne za upotrebu.

Značajno je širenje područja socijalnog rada u zdravstvu zbog rastuće stope duševnih smetnji, sve većeg broja mladih osoba sa dijagnostifikovanim duševnim smetnjama, dužeg životnog vijeka starih osoba koje uz svoju starost kao dodatnu teškoću imaju i neki od oblika duševnih smetnji. Sve to dovodi do potrebe da socijalni radnici neprekidno unapređuju svoja znanja, vještine, vrijednosti, metode rada, osjetljivost i druge vrline potrebne za što kvalitetniji rad sakorisnicima, porodicama i ostalim učesnicima u pružanju usluga socijalne zaštite osobama s duševnim smetnjama. Takve vrline, sadržane su u konceptu socijalne brige koja se fokusira na kvalitet života orijentisan na čovjeka, a ne primarno na njegovo psihičko stanje, uvažava potrebe i probleme korisnika sa kojima se trenutno suočava i na kraju multidisciplinarno obuhvata sve činjenice koje su od posebne važnosti za njega ali i njegovu porodicu. Bolja informisanost i angažman zdravstvenih i socijalnih radnika sa osobama s duševnim smetnjama dovodi i do boljeg suočavanja s bolešću i aktivnijeg pristupa samozbrinjavanju bolesti, što na kraju daje bolje

rezultate. U narednom periodu potrebno je raditi na promicanju oporavka pacijenata i socijalne uključenosti u saradnji sa porodicama, čime se utiče na smanjenje dugoročne ovisnosti o uslugama. Područje socijalnog rada u zdravstvu je još uvijek u ekspanzivnom razvoju ali zahtijeva daljnje istraživanje s ciljem pronalaženja što učinkovitijih modela socijalne zaštite. Rezultati istraživanja upućuju na to da ustanove zdravstvene zaštite ne zapošljavaju socijalne radnike ili ih zapošljavaju u veoma malom broju. Socijalni radnici nisu prepoznati kao kadar neophodan za ostvarivanje djelatnosti ustanova zdravstvene zaštite (Rakanović Radonjić, 2016).

Kada je riječ o socijalnim radnicima zaposlenim u centrima za mentalno zdravlje, pokazali su pasivan odnos prema profesiji socijalnog rada i sopstvenoj profesionalnoj poziciji u organizaciji u kojoj su zaposleni. Naime, promocija socijalnog rada od strane socijalnih radnika izostaje.

VI ZAKLJUČNA RAZMATRANJA I PREPORUKE

U skladu s postavljenim istraživačkim pitanjima, svoju profesionalnu ulogu socijalni radnici u zdravstvu opisuju kroz djelokrug rada vezan uz osobe oboljele od duševnih smetnji i kontakt s drugim stručnjacima. Rezultati ovog istraživanja su pokazala da iako je uloga socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama u teoriji prepoznata, kroz stavove stručnjaka i kroz Zakonske odredbe, praksa pokazuje da je neopravdano zanemarena. Ovi rezultati ukazuju na potrebu podizanja svijesti o poteškoćama i dilemama s kojima se susreću socijalni radnici u zdravstvu te promovisanja važnosti uloge socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama, te sistemu zdravstva uopšteno i u skladu s tim raditi na poboljšanju statusa socijalnih radnika. No, za to je potreban i aktivniji angažman samih socijalnih radnika u zdravstvu.

Permanentna edukacija socijalnih radnika treba da bude cilj, kako uprave i menadžmenta CMZ-a u sklopu opšte edukacije svih profesionalaca, tako i individualni cilj svakog socijalnog radnika zaposlenog u CMZ-u. Dodatni seminari, treninzi, okrugli stolovi, radionice, su svakako potrebni i uvršteni u program rada CMZ-a, međutim, socijalni radnici trebaju aktivnije raditi na profesionalnoj specijalizaciji. S obzirom da prevencija predstavlja osnovnu strategiju unapređenja mentalnog zdravlja u zajednici, socijalni radnici treba da budu nositelji ovih aktivnosti. Socijalni radnici moraju se više angažovati u radu sa osobama s duševnim smetnjama i članovima njihove porodice, mobilizirati ih u povećanju njihovih sposobnosti u rješavanju prisutnih problema, te povećanja socijalne sigurnosti i blagostanja.

Na osnovu dobijenih rezultata možemo zaključiti da smo dokazali našu generalnu hipotezu koja je glasila: „Uloga socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama je nužna i nezaobilazna, ali je u praksi neopravdano zanemarena, tako da socijalni radnici nailaze na različite poteškoće u radu sa osobama s duševnim smetnjama." Iako je u praksi uloga socijalnog radnika neopravdano zanemarena, oni se često u svome poslovanju susreću sa nedostatkom razumijevanja profesije socijalnog rada, problem organizacije rada centra za socijalni rad, nedostatku finansijskih sredstava, nedostatku stručnog kadra (mali broj zaposlenih socijalnih radnika).

Tokom izrade magistarskog rada, dokazane su sve naše posebne hipoteze. Da li porodica igra ključnu ulogu kada je riječ o radu sa osobama s duševnim smetnjama? Potvrдно je odgovorilo 74%, dok se 24% ispitanika djelimično složilo i samo 2% ispitanika je reklo da ovisi od situacije (ukoliko su drugi članovi porodice zdravi i sposobni da mogu pospješiti oporavak osobe). Time smo dokazali prvu posebnu hipotezu: Članovi porodice osoba s duševnim smetnjama se svakodnevno suočavaju sa različitim poteškoćama kao što su: njega i briga o osobi s duševnim smetnjama, promjene organizacije porodičnog života, povećani novčani troškovi i slično, što znači da porodica igra ključnu ulogu kada je riječ o radu sa osobama s duševnim smetnjama. Na osnovu trećeg postavljenog pitanja se zaključuje da se 48% ispitanika slaže da socijalni radnici mogu u većoj mjeri doprinijeti poboljšanju kvalitete života osoba s duševnim smetnjama, a 40% ispitanika se djelimično slaže, a njih 12% je odgovorilo ne. Time je dokazana naša druga posebna hipoteza: Socijalni radnici u velikoj mjeri doprinose poboljšanju kvalitete života osoba sa duševnim smetnjama. Na osnovu četvrtog postavljenog pitanja veliki broj ispitanika (95%) smatra da je saradnja veoma važna, dok mali broj ispitanika smatra da je manje važna (4%), a 1% se izjasnio da nije važna. Time smo dokazali našu treću posebnu hipotezu: Da bi se stvorila zdrava, društvena i socijalna sredina od velike je važnosti saradnja socijalnih radnika sa CZSR. U petom postavljenom pitanju može se uvidjeti da je 45% ispitanika odgovorilo potvrдно, a djelimično 43% ispitanika. Onih koji su naveli da ovisi od situacije ima 8% (na zahtjev porodice ili na zahtjev CMZ), a 4% ispitanika je reklo ne. Na osnovu prikazanih rezultata dokazali smo i našu četvrtu posebnu hipotezu: Socijalni radnici imaju obavezu pružiti stručno mišljenje osobama s duševnim smetnjama i članovima njihove porodice, te pokazati odgovarajuće vještine intervenirajući u njihov socijalni odnos. Na osnovu šestog postavljenog

pitanja možemo zaključiti da smo dokazali i našu petu posebnu hipotezu: Socijalni kontakt sa osobama s duševnim smetnjama treba da se odvija u smjeru smanjenja negativnog stava okoline, gdje je velika većina ispitanika potvrdila svojim odgovorom. Na osnovu sljedećeg pitanja možemo zaključiti da smo dokazali i našu šestu posebnu hipotezu: Radno funkcionisanje je temeljni osnov rehabilitacije jer potiče aktivnost i socijalne kontakte, kao i samopoštovanje i kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama, gdje je više od polovine ispitanika (56%) odgovorilo potvrdno, nešto manje sa djelimično (38%), dok se 6% ispitanika nije složilo.

Na osmo postavljeno pitanje od 10 anketiranih ispitanika, 74% je odgovorilo potvrdno da socijalni radnik radi na destigmatizaciji osoba s duševnim smetnjama, dok se djelimično složilo 21%, a mali broj ispitanika je odgovorilo ne (15%). U vezi s ovim, dokazali smo našu sedmu posebnu hipotezu: Osobe s duševnim smetnjama često imaju poteškoće pri integraciji u životnu sredinu praćene odbacivanjem i omalovažavanjem, gdje socijalni radnik radi na destigmatizaciji ovih osoba. Na osnovu devetog postavljenog pitanja smo dokazali našu osmu posebnu hipotezu: Socijalni radnik se često suočava sa različitim teškoćama u realizaciji svojih zadataka a to najčešće mogu biti: predrasude, nedostatak uslova za rad, (ne)saradnja drugih sistema sa socijalnim radnikom, institucije koje zbog sporosti limitiraju kvalitet rada i slično, gdje je najveći broj ispitanika odgovorilo da je to nedostatak uslova za rad (38%), nešto manji broj smatra da su to predrasude (24%), 21% je odgovorilo da su to institucije koje zbog sporosti limitiraju kvalitet rada, a ostalih 17% se izjasnilo da je to (ne)saradnja drugih sistema sa socijalnim radnikom. Na osnovu desetog postavljenog pitanja više od polovine ispitanika (69%) je odgovorilo da izostaje pomoć i podrška od strane sistema, dok se djelimično s tim složilo 28% ispitanika, a samo 3% ispitanika se ne slaže. Ovim rezultatima smo dokazali i našu devetu posebnu hipotezu: Socijalnom radniku u radu sa osobama s duševnim smetnjama izostaje pomoć i podrška od strane sistema.

Na posljednjem pitanju je dokazana naša deseta posebna hipoteza: Neopravdana zanemarenost uloge socijalnih radnika dovodi do neadekvatnog pružanja pomoći i podrške osobama s duševnim smetnjama kao i članovima njihove porodice, gdje se većina ispitanika (73%) u potpunosti slaže s tim da rasprava o ulozi socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama dobrinosi daljnjem jačanju profesionalnog identiteta socijalnog rada koji je u

današnje vrijeme u nepovoljnom položaju, 20% se djelimično slaže, a samo 7% ispitanika se ne slaže.

Socijalni radnici imaju ključnu ulogu u radu sa osobama s duševnim smetnjama, ali ona još uvijek nije u potpunosti prepoznata. Osnovni smisao socijalnog rada u zdravstvu je briga i pomoć oboljelim pojedincima i članovima njihove porodice, jer pored bolesti ili zdravstvenih ugroženosti, ljudi mogu imati i drugih socijalnih problema koji se često kombinuju s bolešću (nezaposlenost, vaspitana zapuštenost, stambena ugroženost i sl.). Socijalni radnici u velikom broju slučajeva imaju presudnu ulogu u rješavanju socijalne problematike osoba s duševnim smetnjama te ponovog uspostavljenja normalnih životnih aktivnosti.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da se socijalnom radu u sistemu zdravstvene zaštite ne pridaje dovoljan značaj, te da se socijalni rad ne posmatra kao bitan faktor u postizanju i održavanju zdravlja kao fizičkog, zdravstvenog i socijalnog blagostanja.

VII LITERATURA

a) Knjige:

1. Ajduković, M. (1995): Društvena skrb o starijim osobama-izazov 21 stoljeća, u: Starost i starenje izazov današnjice, Savjetovanje, Makarska.
2. Ajduković, M., Urbanc, K. (2009): Integrirajući pristup u socijalnom radu kao kontekst razumijevanja individualnog plana skrbi, Ljetopis socijalnog rada, Zagreb.
3. Belizca, B. (2003): Zaštita zdravlja i ljudska prava, u: Ljudska prava za nepravnike, Centar za ljudska prava Crne Gore, Podgorica.
4. Buljubašić, S., Šerić, N., Babić, N. (2018): Socijalni rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti-ključna karike u procesu deinstitucionalizacije, Socijalni rad u zdravstvu, Sarajevo.
5. Čekarevac, A. (2012): Socijalni rad u zdravstvu. u: Praktikum, Fakultet političkih nauka, Beograd.
6. Dedić, S. (2005): Socijalno pravo, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu.
7. Dimitrijević, A., (ur) (2005): Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
8. Dervišbegović, M. (2003): Socijalni rad-Teorija i praksa, IV dopunjeno izdanje, Zonex e Libris, Sarajevo.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1952. godine
10. Gavrilović, A. (2005): Socijalna politika, Filozofski fakultet, Banja Luka.
11. Gruber, E. (2011): Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima, Doktorska disertacija, Zagreb.
12. Havelka, M. (1998): Zdravstvena psihologija, Medicinski fakultet Sveučilšta u Zagrebu, Zagreb.
13. Huremović, V., Mahmutović, S. (2018): Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba s duševnim smetnjama, Filozofski fakultet Univerziteta u Tuzli, Tuzla.
14. Kazazić, V. (2005): Ostvarivanje i zaštita ljudskih prava u Bosni i Hercegovini kroz praksu prava ombudsmena i Doma za ljudska prava, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, Split.

15. Kočović, D. (2000): Socijalna politika, Udruženje stručnih radnika socijalne zaštite Republike Srbije, Beograd.
16. Mikenik, D. (2005): Mentalno zdravlje i mentalna bolest, u: Savremena shvatanja mentalnog zdravlja, ur: Dimitrijević, A., Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
17. Miković, M. (2007): Socijalni rad i mentalno zdravlje, Fakultet političkih nauka, Sarajevo.
18. Pravilnik o organizaciji i bližim uslovima prostora, medicinsko-tehničke opreme i stručnog kadra, koje trebaju ispunjavati centri za mentalno zdravlje u zajednici, kao i edukaciji iz oblasti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Službene novine Federacije BiH, broj 73/11
19. Rakanović Radonjić, A. (2016): Socijalni rad u sistemima zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Poletia br.11, Banja Luka.
20. Termiz, Dž. (2005): Teorija nauke o socijalnom radu, Grafit, Lukavac.
21. Vakefield, J. (2005): Koncept mentalnog poremećaja: na granici između bioloških činjenica i socijalnih vrijednosti, u: Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja, ur: Dimitrijević, A., Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
22. Šerić, N., Dudić, A., Šadić, S. (2018): Izazovi i perspektive socijalnog rada u zdravstvu, Socijalni rad u zdravstvu, Sarajevo.

b) Zakoni:

1. Parlament FBiH (2001): Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama (*Službene novine FBiH, broj 37/01*).
2. Zakon o zabrani diskriminacije (*“Službeni glasnik BiH”, broj 59/09*).
3. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata (*“Službene novine Federacije BiH”, broj: 40/10*).
4. Zakona o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini (*“Službeni glasnik BiH” broj 102/09*).

c) Strategije:

1. UN (1991): Principi zaštite osoba sa mentalnim oboljenjima i unaprjeđenje zaštite mentalnog zdravlja.

d) Izvještaji:

1. Ispitivanje dostupnosti usluga mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2017. godine.

e) Internet stranice:

1. <http://www.mentalnozdravlje.ba/>, datum pristupa: 15.11.2019. godine
2. <https://bih.iom.int/sites/default/files/downloads/publications/pregledi60str.pdf>, datum pristupa: 15.11.2019. godine
3. <https://www.lazalazarevic.rs/index.php/info-kutak teme-iz-psihiologije-sociologije-i-defektologije/439-socijalni-radnik-clan-multidisciplinarnog-tima-u-klinici>, datum pristupa: 17.11.2019. godine
4. <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unidu:460/preview>, datum pristupa: 17.11.2019. godine
5. <https://almirglavic.wixsite.com/socilibrium/single-post/2016/06/01/PREDRASUDE-O-SOCIJALNOM-RADU-I-SOCIJALNIM-RADNICIMA-Za%C5%A1to-se-javljavu-predrasude-o-na%C5%A1oj-profesiji>, datum pristupa: 16.11.2019. godine
6. <http://www.fmoh.gov.ba/index.php/zakoni-i-strategije/zakoni/zakon-o-zastiti-osoba-s-dusevnim-smetnjama>, datum pristupa: 03.12.2019. godine
7. <https://bih.iom.int/sites/default/files/downloads/publications/Stigmatizacija%20stranice%2002-09-2015-v2.pdf>, datum pristupa 03.11.2019. godine

VIII PRILOG: Anketni upitnik

Uloga socijalnog radnika u radu sa osobama sa duševnim smetnjama

Poštovani,

Pred Vama se nalazi anketni upitnik koji se provodi u svrhu izrade magistarskog rada pod naslovom „Uloga socijalnog radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama“, a koja je odobrena na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Sarajevu. Molim Vas da izdvojite svoje vrijeme i iskreno odgovorite na pitanja. Ne postoje tačni i netačni odgovori. Vaš stav iskazujete odabirom jednog od ponuđenih odgovora. Učešće u istraživanju je dobrovoljno, a prikupljeni podaci su anonimni i koristiti će se isključivo u svrhu izrade magistarskog rada.

Unaprijed hvala na izdvojenom vremenu i učešću u istraživanju.

Spol

- Muški
- Ženski

Dob

- 24-34
- 35-44
- 45 i više

Nivo obrazovanja

- Završena viša škola
- Završen fakultet
- Završen magisterij
- Završen doktorat
- Dodatne edukacije

Molim Vas da zaokružite broj kojim izražavate Vaše mišljenje.

1. Da li je uloga socijalnih radnika u radu sa osobama s duševnim smetnjama nužna i nezaobilazna, ali je u praksi zanemarena?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne
- 4) Ovisno od situacije, navesti koje_____.

2. Da li porodica igra krucijalnu ulogu kada je riječ o radu sa osobama s duševnim smetnjama?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne
- 4) Ovisno od situacije, navesti koje_____.

3. Da li socijalni radnici mogu u većoj mjeri doprinjeti poboljšanju kvalitete života osoba s duševnim smetnjama?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne

4. Koliko je važna saradnja socijalnih radnika, kao članova multidisciplinarnog tima, u svim sferama a posebno sa CZSR?

- 1) Veoma važna
- 2) Manje važna
- 3) Uopšte nije važna

5. Da li socijalni radnici imaju obavezu pružiti stručno mišljenje osobama s duševnim smetnjama i njihovim porodicama, te pokazati odgovarajuće vještine intervenirajući u njihov socijalni odnos?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne
- 4) Ovisno od situacije, navesti koje_____.

6. Da li socijalni kontakt sa osobama s duševnim smetnjama treba da se odvija u smjeru smanjenja negativnog stave okoline?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne
- 4) Ovisno od situacije, navesti koje_____.

7. Da li je radno funkcionisanje temeljni osnov rehabilitacije?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne

8. Da li socijalni radnik radi na destigmatizaciji osoba s duševnim smetnjama?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne

9. Koje su teškoće s kojima se socijalni radnik suočava u realizaciji svojih zadataka?

10. Da li izostaje pomoć i podrška od strane sistema?

- 1) Da
- 2) Djelimično
- 3) Ne

11. Da li smatrate da rasprava o ovoj temi doprinosi daljnjem jačanju profesionalnog identiteta socijalnog rada koji je u današnje vrijeme u nepovoljnom položaju?

- 1) Da, u potpunosti
- 2) Djelimično
- 3) Ne