

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

SADA JE ZAPRAVO SVE DOBRO, ILI IPAK NE?
ISPITIVANJE MENTALNOG ZDRAVLJA IZBJEGLICA I MIGRANATA

Diplomski rad

Nikolina Stanković

Mentor: prof.dr.sc. Dean Ajduković

Zagreb, 2017.

Sadržaj

Uvod	1
<i>Hrvatska u kontekstu migracija prema Europskoj uniji</i>	1
<i>Posljedice migracije na mentalno zdravlje</i>	3
<i>Mentalno zdravlje i zadovoljstvo životom</i>	7
<i>Psihološki i socijalni resursi i rizik od mentalnih poteškoća</i>	7
Ciljevi istraživanja	9
Istraživački problemi	9
Hipoteze	9
Metoda	10
<i>Sudionici</i>	10
<i>Instrumenti</i>	11
<i>Postupak</i>	14
Rezultati	16
<i>Psihološki distres</i>	17
<i>Zadovoljstvo životom, psihološki i socijalni resursi</i>	19
<i>Povezanost resursa (psiholoških i socijalnih) i sociodemografskih varijabli s psihološkim distresom i zadovoljstvom životom</i>	20
<i>Doprinos psiholoških resursa i socio-demografskih podataka objašnjenju psihološkog distresa</i>	21
<i>Doprinos psihološkog distresa, psiholoških i socijalnih resursa objašnjenju zadovoljstva životom</i>	21
Rasprava	22
<i>Ograničenja istraživanja</i>	27
<i>Praktične implikacije istraživanja</i>	28
Zaključak	30
Literatura	31
Prilozi	36
<i>Prilog A: Hrvatska verzija upitnika</i>	36
<i>Prilog B: Ilustrativni primjer suglasnosti na arapskom jeziku</i>	41
<i>Prilog C: Prikaz broja održanih razgovora s obzirom na korišteni jezik u odnosu na zemlju porijekla sugovornika</i>	42
<i>Prilog D: Matrica korelacija općeg distresa i zadovoljstva životom s psihološkim i socijalnim resursima te socio-demografskim varijablama</i>	43

Sada je zapravo sve dobro ili ipak ne? – Ispitivanje mentalnog zdravlja izbjeglica i migranata

Nikolina Stanković

Sažetak

Ciljevi istraživanja bili su ispitati razinu psihološkog distresa na uzorku izbjeglica i drugih migranata koji se nalaze u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite te mogu li odabrani resursi i neke socio-demografske karakteristike predviđati razinu psihološkog distresa i zadovoljstva životom u takvim okolnostima. U istraživanju je sudjelovalo 122 izbjeglica i migranata, uglavnom mlađih muškaraca iz Iraka, Afganistana i Sirije, koji su sredinom srpnja 2016. godine bili prijavljeni u prihvatilištu u Zagrebu. Prema očekivanju, utvrđeno je da veliki broj izbjeglica i migranata izvještava o simptomima psihološkog distresa za vrijeme boravka u prihvatnom centru u kojem vlada velika neizvjesnost u pogledu njihovog statusa međunarodne zaštite, a time i budućnosti. Odabrani socijalni resursi nisu predviđali razinu psihološkog distresa, ali spol i stupanj obrazovanja jesu. Simptomi psihološkog distresa, optimizam i spol bili su značajni prediktori zadovoljstva životom izbjeglica i migranata smještenih u prihvatnom centru. Pokazalo se da je korišten instrument za procjenu psihološkog distresa dobro primjenjiv u situaciji brze procjene mentalnog zdravlja. Istraživanje ukazuje na važnost ranog procjenjivanja mentalnog zdravlja i upućivanja na stručnu pomoć izbjeglica.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, izbjeglice, psihološki distres, socijalna podrška, zadovoljstvo životom.

It is all good now or maybe not? – Mental health screening of refugees and other migrants

Abstract

The aims of this study were to examine the level of psychological distress in the sample of refugees and other migrants accommodated in the reception centre for international protection, and whether the selected resources and some socio-demographic characteristics predict the level of psychological distress and life satisfaction under such circumstances. The study included 122 refugees and migrants, mostly young men from Iraq, Afghanistan and Syria, registered in the reception centre in Zagreb in mid-July 2016. As expected, a large number of refugees and migrants reported having symptoms of psychological distress during their stay in the reception centre where there is a great uncertainty regarding their status of international protection and their future. Selected psychological and social resources did not predict the level of psychological distress, but sex and level of education did. The symptoms of psychological distress, optimism and gender were significant predictors of life satisfaction of refugees and migrants accommodated in the reception centre. The instrument used to assess psychological distress was well applicable for rapid assessment of mental health status. The study points the importance of early assessment of mental health and referral to professional help of refugees.

Keywords: mental health, refugees, distress, social support, life satisfaction.

Uvod

Migracije kao stalan proces kretanja ljudi predstavljaju globalni fenomen čiji se efekti odražavaju na zemlje podrijetla, tranzita i odredišta migranata. U posljednje vrijeme najčešće se govori o tzv. mješovitim migracijskim tokovima koji uključuju različite kategorije migranata, kao što su izbjeglice, tražitelji azila, ekonomski migranti, žrtve trgovanja ljudima - koji iz različitih razloga napuštaju svoje zemlje podrijetla, kreću se i često prelaze državne granice bez odgovarajućih dokumenata ili nezakonito ulaze u zemlje odredišta (van Hear, 2009). Kada se govori o migrantima, ne postoji jedna definicija, ali je najraširenija definicija Ujedinjenih naroda, koja kaže da je migrant svaki pojedinac koji boravi u drugoj zemlji dulje od jedne godine, bez obzira na razloge i načine migriranja (Lalić Novak i Kraljević, 2014). Prema Konvenciji Ujedinjenih naroda o pravnom položaju izbjeglica iz 1951. godine, izbjeglica je svaka osoba koja se nalazi izvan zemlje koje je državljanin, zbog opravdanog straha od progona zbog rase, vjeroispovijesti, nacionalnosti, pripadnosti određenoj društvenoj skupini ili zbog političkog uvjerenja i nemoguće joj je da se koristi, ili se zbog straha ne želi koristiti zaštitom te zemlje. Prema tome, migrant se smatra nadređenim pojmom u odnosu na izbjeglice.

Hrvatska u kontekstu migracija prema Europskoj uniji

Razni ekonomsko-politički sukobi na Bliskom istoku traju već desetljećima, no buđenje Arapskog proljeća i u konačnici rat u Siriji koji je počeo prije gotovo šest godina rezultirali su povećanim pritokom migranata upravo s tog teritorija prema europskim zemljama. Europa je prošle godine u kratkom vremenu zabilježila velik broj novih migranata i proglasila tzv. Migrantsku krizu koja ujedno predstavlja najmasovniji oblik migracija nakon Dugog svjetskog rata. Prema podacima Eurostat-a¹, u 2015. godini je 28 zemalja članica Europske unije ukupno zaprimilo 1'255'000 zahtjeva za međunarodnu zaštitu (Eurostat, 2016 a). Prekrncani gumeni čamci na Sredozemnom moru, kolone ljudi u nepreglednim poljima i tužna lica s druge strane žičane ograde na graničnim prijelazima samo su neke od slika koje su obilježile medijski prostor koncem

¹Eurostat je statistički ured Europske zajednice, koji publicira službenu statistiku Europske unije i europskog područja. Eurostatove internetske stranice sadrže statističke podatke, metodološka objašnjenja, publikacije i druge usluge. Preuzeto sa: <http://www.dzs.hr/Hrv/links/other/ESDS.htm> (10.01.2017).

2015. godine. Čini se kako su upravo ti prizori kod europskog stanovništva stvorili sliku da se radi o vrtoglavom broju ljudi koji nekontrolirano naviru i predstavljaju nejasnu prijetnju za zemlje u koje dolaze. Motivirane strahom, pojedine zemlje naizgled ujedinjene Europe, podizale su ograde i barikade i time oživjele nacionalne granice, koje su pristupanjem Uniji zanemarene, dok su istovremeno ostale članice pozivale na solidarnost s izbjeglicama i migrantima (Petrović, 2016). Međutim, potrebno je naglasiti kako se ipak ne radi o invazivnom broju osoba. Govoreći u brojkama, prema posljednjoj procjeni 1. siječnja 2016. godine je u 28 zemalja EU živjelo 510.1 milijuna stanovnika, što je porast od 1.8 milijuna stanovnika u odnosu na godinu ranije (Eurostat, 2016 b). Stoga se brojka od milijun izbjeglica i migranata čini zanemarivom u odnosu na ukupan broj stanovnika zemalja članica Unije.

Pored nekoliko mediteranskih ruta, posebno se aktivirala tzv. Zapadna balkanska ruta. Osobe koje su ušle u EU u Grčkoj, tražile su svoj put kroz Bugarsku, Makedoniju i Srbiju preko Mađarske i Hrvatske na putu do željenih zemalja odredišta poput Austrije i Njemačke (*Slika 1*). Nakon što je Mađarska zatvorila svoje granice prema Srbiji u rujnu 2015. godine, migrantska ruta je u potpunosti pomaknuta na teritorij Hrvatske. Međutim, zatvaranjem Balkanske rute 8. ožujka 2016. godine i ponovnom aktivacijom Dublinske uredbe² prema kojoj se osobe vraćaju u zemlju u kojoj su se prvo registrirale, Hrvatska je od tranzitne zemlje na Balkanskoj ruti, postala zemlja destinacija izbjeglicama i migrantima vraćenih iz Austrije i drugih zemalja EU.



Slika 1. Prikaz Zapadne balkanske rute na kojoj se nalazi i Hrvatska koja vodi od Grčke do Austrije i Njemačke. Izvor: Deutsche Welle (22.9.2015.)

² Dublinska uredba (Dublin III) je Uredba Vijeća (EZ) br. 604/2013 od 26. lipnja 2013. kojom se utvrđuju kriteriji i mehanizmi za određivanje države članice odgovorne za razmatranje zahtjeva za azil. Preuzeto sa: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=URISERV%3A23010503_1

Posljedice migracije na mentalno zdravlje

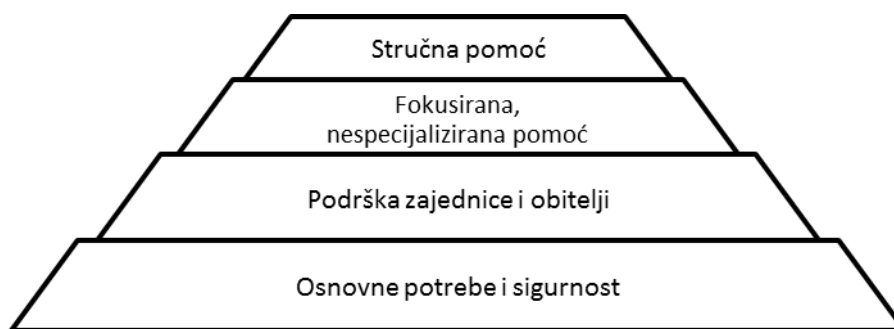
Osim tragičnih događaja kojima su izbjeglice i migranti svjedočili u svojim ratom razorenim zemljama, pretrpjeli su gubitke i traumatska iskustva na putu do Europe. Kako bismo bolje razumjeli posljedice fenomena izbjeglištva, neizbježno je spomenuti utjecaj vanjskih stresora kojima su izbjeglice i migranti izloženi. U literaturi se najčešće razlikuju tri faze procesa migracije: pred-migracijska faza, faza migracije i post-migracijska faza (Bhugra i Jones, 2001; Watters i Ingleby, 2004). U svakoj od ovih faza, osoba je izložena potencijalnim neugodnim iskustvima koje mogu ostaviti snažan trag na mentalno zdravlje³ i dobrobit pojedinca. Pred-migracijska faza se odvija u zemlji porijekla gdje su osobe često izložene ratu, nasilju, fizičkoj i psihološkoj traumi, iznimnom strahu, progonu ili im je na neki drugi način ugrožen život. No i proces donošenja odluke o migraciji je sam po sebi stresan i financijski izazovan. Druga faza je period fizičkog preseljenja i putovanja od zemlje porijekla do zemlje odredišta, odnosno neke sigurnije zemlje. Ova faza može biti različitog trajanja, tako neki pojedinci provedu dane, tjedne, mjesece, katkad i godine u migracijskoj fazi. Tijekom migracije, izbjeglice i migranti su često odvojeni od članova obitelji, izloženi iznimno okrutnim uvjetima života u kojima im nisu zadovoljene osnovne životne potrebe. Mnogi su izloženi raznim bolestima i ozljedama te predstavljaju rizičnu skupinu za trgovanje ljudima. Jedan od glavnih izvora stresa u toj fazi je stalno prisutna neizvjesnost i strah od budućnosti. Treća i posljednja faza je tzv. post-migracijska faza koja započinje u trenutku kad osobe dođu do sigurne zemlje koja predstavlja njihovu zemlju odredišta u kojoj traže međunarodnu zaštitu. Potrebno je naglasiti kako dolaskom u sigurnu zemlju, čak i kada prođe period neizvjesnosti i dobiju neki oblik međunarodne zaštite, stresne situacije ne prestaju već se manifestiraju u drugačijem obliku. Naime, izbjeglice i migranti prisiljeni su naviknuti se na nove životne okolnosti, uključujući učenje jezika, društvenih i kulturalnih normi, suočavajući se s mnogim teškoćama poput nejednakog pristupa zdravstvenoj skrbi i tržištu rada te diskriminaciji. Ta prilagodba za posljedicu često ima i gubitak dijela socijalnog identiteta, odnosno vlastite kulture, navika i običaja zajednice kojoj su pripadali (Berry, 2005; Bhugra i Jones, 2001). Istraživanja pokazuju

³ Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, mentalno zdravlje je “stanje blagostanja u kojem osoba ostvaruje svoje potencijale, može se suočiti s normalnim životnim stresom, može produktivno raditi i sposobna je doprinosti svojoj zajednici“ (WHO, 2002).

da pred-migracijska traumatska iskustva čine izbjeglice i migrante ranjivijima za razvoj psihopatologije (Wilson, Murtaza i Shakya, 2010). Visoke razine stresa i teškoća tijekom migracije, kao i post-migracijski problemi sa socijalnom i kulturalnom prilagodbom, dodatno povećavaju rizik od razvoja mentalnih smetnji. Iako većina ljudi iskazuje otpornost u iznimno stresnim situacijama, manji broj izbjeglica i migranata može ipak razviti mentalne poremećaje nakon različitih životnih iskustva, posebice ako je riječ o kombinaciji više traumatskih iskustava koja se obično ponavljaju ili traju. Najčešći mentalni poremećaji u izbjegličkoj populaciji uključuju posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) te poremećaje iz anksioznog i depresivnog spektra (Mann i Fazil, 2006). Podaci o prevalenciji mentalnih problema u izbjegličkoj populaciji nisu dosljedni, ali su prevalencije mentalnih poremećaja kod izbjeglica koje žive u zapadnim zemljama često visoke. Primjerice, prevalencije PTSP-a se kreću od 4% do 70% (Fazel, Wheeler i Danesh, 2005; Gerritsen i sur., 2006; Kirmayer i sur., 2011). Podaci s područja bivše Jugoslavije pokazuju slične postotke za depresivne (12% do 48%) i 16% do 42% za poremećaje iz anksioznog spektra (Priebe i sur., 2010). Veliki varijabilitet u prevalenciji mentalnih poremećaja dobrim dijelom ovisi o specifičnostima uzroka, kao i o vremenu i metodi mjerenja. Neki istraživači pretpostavljaju da je veliki raspon mentalnih problema u izbjegličkoj populaciji rezultat primjene zapadnih modela mentalnih poremećaja na kulture koje imaju drugačije poimanje mentalnog zdravlja (Mann i Fazil, 2006). Potrebno je naglasiti kako mentalne teškoće koje nastaju kao rezultat migracije ne ostavljaju posljedice samo na pojedinca, već mogu imati utjecaj na različite razine društva, kao što su obitelj, zajednica i zdravstveni sustav. Kronična stanja lošeg mentalnog zdravlja mogu voditi do pasivnosti, radne nesposobnosti, nemogućnosti brige za članove obitelji i ometati sudjelovanje u društvenim aktivnostima, što izbjeglicama i migrantima s mentalnim teškoćama sveukupno otežava integraciju u zajednici (Schauer i Schauer, 2010). Mnogobrojna istraživanja upućuju na povezanost između poremećaja povezanih s traumom, posebice PTSP-a, s različitim tjelesnim zdravstvenim problemima, poput smanjenog funkcioniranja imuniteta, kardiovaskularnih, dišnih, neuroloških i gastrointestinalnih problema, bolova, osjetljivosti na zarazne bolesti i povećanog rizika za rak (Schauer i Schauer, 2010). Nije iznenađujuće da su osobe koje pate od PTSP-a češće na bolovanjima i češće

hospitalizirane, što predstavlja dodatni financijski teret za zdravstveni i socijalni sustav (Hoge, Terhakopian, Castro i Engel, 2007).

Međuagencijski stalni odbor UN-a izdao je smjernice za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku u hitnim situacijama (IASC, 2007) u kojima predlaže stupnjeviti model skrbi (*Slika 2*). Izbjeglice i migranti imaju niz istaknutih psihosocijalnih potreba zbog iskustava u svojoj zemlji podrijetla, tijekom putovanja i nakon smještaja u novu zemlju. Prema stupnjevitom modelu skrbi osiguravanje osnovnih potreba, poput hrane, vode, smještaja, informacija, sigurnosti i prilike za zaposlenje, za većinu izbjeglica i migranata bit će dovoljne za očuvanje mentalnog zdravlja i psihosocijalne dobrobiti te će postupno postajati neovisni i integrirati se u novu zajednicu. Međutim, manjem broju bit će potrebna pomoć službi u zajednici (pr. traženje i spajanje obitelji, grupe podrške, obrazovne aktivnosti) i obiteljska podrška kako bi se uspješno integrirali u zajednicu i postali njezini produktivni članovi. Još manjem broju izbjeglica i migranata bit će potrebna dodatna pomoć usmjerene, nespecijalizirane psihosocijalne podrške različitih pružatelja skrbi (educiranih volontera) kako bi postigli i održali psihosocijalnu dobrobit. Konačno, najmanjem broju izbjeglica i migranata koji imaju značajne teškoće u svakodnevnom funkcioniranju zbog mentalnog stanja, bit će potrebna usmjerena stručna pomoć (psiholozi, psihijatri, socijalni radnici).



Slika 2 Grafički prikaz stupnjevito modela skrbi (prema IASC, 2007)

Važnost ranog otkrivanja poteškoća mentalnog zdravlja

Svrha probira (*screeninga*)⁴ je identificirati pojedince koji doživljavaju visoku razinu distresa i u riziku su za razvoj ozbiljnijih mentalnih teškoća i poremećaja. Istraživanja prevalencije mentalnih poremećaja u izbjegličkoj populaciji pokazuju da što se ranije identificiraju reakcije akutnog posttraumatskog stresnog poremećaja, to su veće šanse za uspješan tretman i liječenje (Burkle, 1996). Ali upravo to rano otkrivanje je otežano zbog niza prepreka. Naime, za razliku od problema s tjelesnim zdravljem, mentalne teškoće je teže početno identificirati. S pozicije pružatelja skrbi, teško je napraviti procjenu mentalnih teškoća jer su obično vezane uz unutarnja iskustva osoba, a koje same teže i kasnije traže pomoć uglavnom zbog straha od stigmatizacije. Rezultati istraživanja provedenog u Švicarskoj pokazali su da izbjeglice žrtve torture i rata u prosjeku tek nakon 7.7 godina boravka u državi potraže pomoć stručnjaka za mentalno zdravlje (Schick i sur., 2016). Longitudinalno istraživanje izbjeglica u Nizozemskoj pokazalo je da samo 21% osoba s PTSP-om potraži pomoć stručnjaka u prvoj godini, a nešto više od pola tek nakon sedam godina boravka u državi (Lamkaddem i sur., 2014). S obzirom na to da će izbjeglice i migranti rjeđe potražiti pomoć ili biti upućeni na službe mentalnog zdravlja nego opća populacija u domaćinskoj zemlji (zbog jezičnih prepreka, nepovjerenja, straha od stigmatizacije, nedostatka vremena stručnjaka, pomanjkanja novca i informacija o dostupnim uslugama), važno je osigurati probir za mentalno zdravlje (Jensen, Norredam, Priebe i Krasnik, 2013).

Prema Zakonu o međunarodnoj i privremenoj zaštiti (2015) tražitelji međunarodne zaštite dužni su, po dolasku u prihvatilište, podvrgnuti se inicijalnom zdravstvenom pregledu. Zbog svega navedenog, probir za mentalne teškoće trebao bi biti dio takvog pregleda, a može biti napravljen na kraju zdravstvenog pregleda nakon što je uspostavljeno temeljno povjerenje između pružatelja skrbi i korisnika (Blount, 2003).

⁴Probir (eng. screening) podrazumijeva preventivni postupak kojim se identificiraju pojedinci koji su u riziku od razvijanja određene bolesti ili poteškoće i to pomoću testova, pretraga li drugih postupaka koji zahtijevaju kratko vrijeme primjene. Preuzeto sa: [http://who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/\(19/12/2016\)](http://who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/(19/12/2016))

Ovo istraživanje dio je šireg Europskog projekta koji ima za cilj razviti i evaluirati intervencije usmjerene na unapređenje i jačanje kapaciteta primarne zdravstvene skrbi izbjeglica i migranata. Jedan od zadataka bio je predložiti postupke za rano otkrivanje rizika za mentalne poremećaje kod izbjeglica i drugih migranata pri dolasku u zemlje članice Europske unije. U sklopu tog postupka je, nakon temeljite pretrage literature o instrumentima koji mogu poslužiti u tu svrhu, predložen instrument za brzu procjenu rizika od razvijanja problema mentalnog zdravlja izbjeglica i migranata. Za kvalitetan probir za mentalno zdravlje u uvjetima života u prihvatilištima za izbjeglice i migrante, potrebno je imati jednostavnu, kratku i kulturalno primjerenu mjeru za ispitivanje psihološkog distresa. U idealnom slučaju, ljestivca bi sadržavala simptome PTSP-a, anksioznosti i depresije, kao najčešćih problema mentalnog zdravlja u ovoj ciljnoj populaciji. Pored toga, instrument treba izbjegavati postavljanje pitanja koja se odnose na traumatska iskustva jer je screening po definiciji brza procjena trenutnog stanja nakon koje slijede intervencije ako je to potrebno, a traumatska iskustva nije moguće proraditi u tom kratkom vremenu (Pottie i sur., 2011).

Mentalno zdravlje i zadovoljstvo životom

Mentalno zdravlje ključno je za osjećaj blagostanja i djelotvorno funkcioniranje pojedinca, ali i cijele zajednice. Stoga je razumno pretpostaviti da mentalno zdravlje, kao bitan segment ljudskog funkcioniranja, doprinosi pozitivnoj evaluaciji života u cjelini. Diener (2000) zadovoljstvo životom definira kao subjektivnu procjenu kvalitete života u kognitivnom smislu. U brojnim istraživanjima pokazalo se kako je prisutnost psihičkih problema povezana sa smanjenim zadovoljstvom životom (Bray i Gunnell, 2006; Fergusson i sur., 2015).

Psihološki i socijalni resursi i rizik od mentalnih poteškoća

Značajno ime u području psihološkog stresa svakako je Steven Hobfoll koji resurse definira kao vrijednosti koje ljudi cijene te ih nastoje steći, zadržati i zaštititi, a mogu biti materijalni, socijalni ili psihološki (Hobfoll, 2002). Prema njegovoj teoriji očuvanja resursa, svaki potencijalni ili stvarni gubitak resursa dovodi do distresa. Nadalje, gubitak resursa (kao i dobivanje novih resursa) ima tendenciju kumulativnosti, odnosno oni koji ih imaju više, će i steći više novih resursa (tzv. Spirala dobitka), a oni koji

imaju manje resursa, skloni su to i izgubiti (tzv. Spirala gubitka) bez obzira radi li se o materijalnim, psihološkim ili socijalnim resursima. Upravo ta kumulativna priroda resursa dovodi ne samo do povećanja istog tipa resursa, već i do povećanja drugog tipa resursa (Hobfoll, 2002). Psihološki resursi su opći stavovi i vještine koje se smatraju prednošću u mnogim situacijama i uključuju stavove o sebi (samopoštovanje), stavove o svijetu (osobna kontrola) te intelektualne i interpersonalne vještine (Crandall i Perrew, 1995). Od niza potencijalnih psiholoških resursa posebno mjesto zauzimaju optimizam, osobna kontrola i religioznost.

Suvremene teorije optimizma kao glavnu odrednicu optimizma smatraju očekivanja da će ishodi po osobu u budućnosti biti pozitivni (Gallagher, Lopez i Pressman, 2013). Optimistična osoba smanjuje distres uzrokovan raznim problemima tako što se usmjerava na pozitivne aspekte, evaluira okolnosti na pozitivan način i razmišlja o vedrijoj budućnosti (Homaei, Dasht Bozorgi, Sadat Mirbabaei Ghahfarokhi, i Hosseinpour, 2016). Istraživanja dosljedno pokazuju da su visoke razine optimizma povezane s niskim razinama problema mentalnog zdravlja (Salsman, Brown, Brechting i Carlson, 2005).

Drugi koncept od interesa je osobna kontrola koju neki istraživači definiraju kao generalizirana uvjerenja pojedinca o mjeri u kojoj su važni ishodi (životni događaji) određeni unutarnjim čimbenicima, kao što su sposobnost i osobna inicijativa ili pak sudbinom, moćnim ljudima i sličnim vanjskim čimbenicima (Syme, 1989). U opsežnom istraživanju na izbjegličkoj populaciji u Švedskoj dobiveno je da je niska osobna kontrola, uz druge čimbenike, poput ekonomskih poteškoća, snažniji čimbenik rizika za psihološki distres od same izloženosti nasilju u pred-migracijskoj fazi (Sundquist, Bayard-Burfield, Johansson i Johansson, 2000).

Važnost vjere je također jedan od psiholoških resursa premda povezanost religioznosti i psihološkog distresa nije dosljedno utvrđena. Međutim, većina istraživanja ipak pokazuje pozitivnu povezanost religioznosti i psihološkog funkcioniranja (Salsman i sur., 2005).

Važan socijalni resurs je socijalna podrška, često definirana kao opća percepcija da su drugi dostupni i voljni pomoći ukoliko osobi zatreba pomoć. Ova definicija naglašava percipiranu socijalnu podršku koja je povezana s raznim pozitivnim

ishodima, a pokazala se značajnijom od stvarne (objektivne) socijane podrške (Salsman i sur., 2005).

Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su ispitati razinu psihološkog distresa na uzorku izbjeglica i drugih migranata koji se nalaze u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite te mogućnost predviđanja razine njihovog distresa i zadovoljstva životom na temelju socio-demografskih osobina i dostupnosti nekih psiholoških i socijalnih resursa. Dodatni cilj istraživanja je provjera primjenjivosti Refugee Health Screener (RHS-13) kao instrumenta razvijenog za brzu procjenu ranih znakova teškoća mentalnog zdravlja izbjeglica.

Istraživački problemi

1. Utvrditi razine distresa, zadovoljstva životom te pojedinih psiholoških i socijalnih resursa na uzorku izbjeglica i migranta u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite.
2. Ispitati mogućnosti predviđanja razine općeg distresa na temelju socio-demografskih osobina i dostupnosti psiholoških i socijalnih resursa.
3. Ispitati mogućnosti predviđanja zadovoljstva životom na temelju socio-demografskih osobina, razine općeg distresa te dostupnosti psiholoških i socijalnih resursa.
4. Provjeriti primjenjivost upitnika o zdravlju izbjeglica - Refugee Health Screener (RHS-13) na uzorku izbjeglica i migranta u prihvatilištu u Hrvatskoj.

Hipoteze

1. S obzirom na stresna i traumatska iskustva u prethodnim fazama migracije te neizvjesnost u kojoj se trenutno nalaze, pretpostavlja se da će veliki broj osoba biti iznad kritičnog rezultata na skali psihološkog distresa.
2. Pretpostavlja se da će psihološki i socijalni resursi predviđati razinu psihološkog distresa.

3. Očekuje se da će osobe koje visoko procjenjuju postojanje psiholoških i socijalnih resursa te pokazuju manje simptoma psihološkog distresa, postizati više rezultate na skali zadovoljstva životom.
4. Očekuje se da će primjena odabranog instrumenta za procjenu psihološkog distresa izbjeglica i migranata biti uspješna u uvjetima života u prihvatilištu.

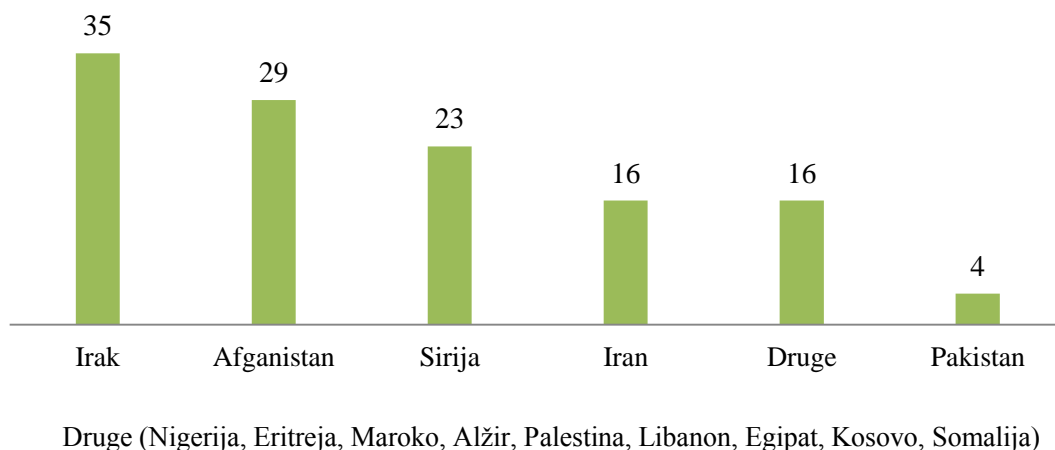
Metoda

Sudionici

Ciljnu skupinu činile su punoljetne osobe smještene u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite *Porin* koje su pristale na sudjelovanje u istraživanju. Od ukupno 200 odraslih izbjeglica i migranata koji su bili prijavljeni u prihvatilištu u vrijeme provođenja istraživanja, od 6. do 20. srpnja 2016. godine, njih 122 (61.5%) sudjelovalo je u intervjuima. Uzorak su većim dijelom činili muškarci (85.2%), u dobi između 16 i 50 godina ($M = 29.1$), srednjeg stupnja obrazovanja (prosječno 11 godina formalnog obrazovanja) koji su prije prosječno 16 mjeseci napustili svoj dom te u prosjeku borave četiri mjeseca u Hrvatskoj, gdje ih je 90% zatražilo međunarodnu zaštitu. 52% sudionika je vraćeno iz neke zapadnije europske zemlje u kojoj su u prosjeku boravili oko pola godine. Uglavnom je riječ o samcima (61%), bez djece (81%), a čak 78% sudionika nema niti jednog člana rodbine u pratnji. Sudionici koji su imali nekog u pratnji, najčešće su navodili da su s njima supružnik/ica ($n=7$), cijela obitelji tj. suprug/a i djeca ($n=6$), samo djeca ($n=5$) ili brat/sestra ($n=6$), iznimno rijetko se radilo o članovima šire rodbine – nećak ($n=2$), ujak ($n=1$). Prema zemlji porijekla, većina sudionika dolazi iz Iraka, Afganistana i Sirije (*Slika 3*). U skladu s tim, većina intervjua je vođena uz posredovanje prevoditelja na arapskom i perzijskom jeziku (*Prilog C*).

Najčešći razlog zbog kojeg ostale izbjeglice i migranti nisu sudjelovali u ovom istraživanju je da neki nisu živjeli u sobama u kojima su prijavljeni i nije ih se moglo kontaktirati, a drugi nisu otvarali vrata u nekoliko pokušaja pristupanja. Od onih kojima smo pristupili, 11 ih je odbilo sudjelovati. Desetak osoba nije moglo sudjelovati zbog jezične barijere, odnosno nedostatka prevoditelja za taj jezik (Ruska Federacija, Somalija, Šri Lanka i Kuba). Međutim, po jedan sudionik iz Eritreje i Somalije je sudjelovao u razgovoru na engleskom jeziku, a jedini razgovor na hrvatskom jeziku

proveden je s jednim sudionikom s Kosova. Jedan sudionik je isključen iz obrade jer u trenutku razgovora nije više bio prijavljen u prihvatilištu. Rezultati dvojice sudionika za koje se ispostavilo da su maloljetni (16 i 17 godina) ostavljeni su u obradi jer je instrument namijenjen osobama starijim od 14 godina.



Slika 3. Grafički prikaz broja sudionika prema zemlji porijekla

Instrumenti

Upitnik se sastoji od tri dijela:

- ispitivanje razine zadovoljstva životom, psiholoških resursa (optimizam, osobna kontrola, važnost vjere) i socijalnih resursa
- upitnik o zdravlju izbjeglica - Refugee Health Screener (RHS-13) za mjerenje psihološkog distresa
- upitnik sociodemografskih podataka

Zadovoljstvo životom

Zadovoljstvo životom mjereno je Cantrilovom ljestvicom (Cantril's Self-Anchoring Striving Scale, 1965). Ljestvica se sastoji od dva dijela, tekstualnog pitanja i crteža ljestvi s deset stepenica, koja se nalazila na dodatnom papiru, a koja je pokazana sudioniku. Pitanjem: „Zamislite ljestve s deset stepenica od prve na dnu do desete na vrhu. Vrh ljestvi predstavlja najbolji mogući život za Vas, a dno ljestvi predstavlja najgori mogući život za Vas. Na kojoj stepenici biste rekli da trenutno stojite?“ Procjene

zadovoljstva životom sudionici su davali na ljestvici od 1 do 10 koja je predstavljala ekvivalent stepenicama ljestvi s crteža. Ova skala je korištena u mnogim istraživanjima zadovoljstva životom, uključujući Gallupova istraživanja zadovoljstva životom te se pokazala primjenjivom u različitim kulturama diljem svijeta (Gallagher i sur., 2013).

Psihološki i socijalni resursi

Zbog prirode istraživanja koje je provedeno u kontekstu tražitelja međunarodne zaštite u kojem su materijalni resursi ograničeni, usmjerili smo se na psihološke i socijalne resurse. Psihološki resursi operacionalizirani su kao mjere optimizma, osobne kontrole i važnosti vjere odnosno religioznosti. Socijalni resursi su operacionalizirani kao tri vrste socijalne podrške. Premda postoje ograničenja prilikom korištenja jedne čestice za mjerenje psihologijskih konstrukata, zbog vremenske ograničenosti primjene upitnika, odabrane su najkraće moguće mjere koje imaju dobru pojavnu valjanost. Dodatno je postavljeno pitanje otvorenog tipa na koje su sudionici mogli odgovoriti što im je do sada u životu najviše pomagalo u teškim trenucima. Odgovori su zatim grupirani u tri kategorije, procjenjujući radi li se o spiritualnim (duhovnim), socijalnim ili individualnim faktorima.

Optimizam

Optimizam, definiran kao očekivanja za budućnost, je također procjenjivan na Cantrilovoj skali koju čine tekstualno pitanje i identična vizualna skala. Premda je pitanje sadržavalo jedaku početnu uputu, ovoga puta je sudionik upitan gdje se vidi u budućnosti, odnosno procijeni na kojoj stepenici misli da će stajati za pet godina.

Osobna kontrola

Na skali s 10 uporišnih točaka (1 - *uopće ne* do 10 - *u velikoj mjeri*) postavljeno je pitanje o percepciji osobne kontrole koje je glasilo: *Neki ljudi osjećaju da mogu utjecati na događaje u svom životu, dok drugi osjećaju da nemaju stvarnog utjecaja na to što im se događa u životu. U kojoj mjeri Vi mislite da možete slobodno birati i odlučivati o svom životu?*

Važnost vjere

Postavljena su dva pitanja koja se odnose na važnost vjere odnosno religioznost. Jednim pitanjem se ispitalo koliko je sudionicima vjera općenito važna u životu, a drugo pitanje se odnosilo na to koliko im vjera trenutno pomaže. Na oba pitanja su ponuđeni odgovori na Likertovoj skali od 1 (*uopće ne*) do 10 (*u velikoj mjeri*).

Socijalna podrška

Kao mjera socijalne podrške korištene su tri čestice koje se odnose na tri aspekta socijalne podrške: emocionalnu, informacijsku i materijalnu (konkretnu), a formulirane su na temelju dužnih upitnika koji ispituju socijalnu podršku. Čestice su imale pojavnost valjanost, a odgovori su formirani u obliku Likertove skale s četiri uporišne točke (0 - *nikad*, 1 - *rijetko*, 2 - *ponekad*, 3 - *često* i 4 - *uvijek*). Faktorskom analizom dobiven je jedan faktor socijalne podrške kojim je objašnjeno 65% varijance rezultata te se pokazalo da ova kratka skala ima zadovoljavajući unutarnju pouzdanost ($\alpha = .729$).

Opća razina distresa

Upitnik o zdravlju izbjeglica (Refugee Health Screener, u daljnjem tekstu RHS-13) predstavlja mjeru opće razine distresa (Hollifield i sur., 2016). Instrument je konstruiran za izbjegličku populaciju u SAD-u i validiran na različitim uzorcima izbjeglica koje ulaze u zemlju. Čestice su konstruirane na temelju postojećih validiranih mjera, korištenih u sličnim populacijama. Skala je prevedena i validirana na 12 jezika, uključujući arapski i farsi. Prijevod na urdu je napravljen posebno za ovo istraživanje. Prednost ovog upitnika je što se može primijeniti u kratkom vremenu, lako je razumljiv osobama različitog stupnja obrazovanja i namijenjen je osobama starijim od 14 godina. Ukupno se sastoji od 13 pitanja, a za cilj ima utvrditi učestalost simptoma iz spektra triju najčešćih poremećaja u izbjegličkoj populaciji: PTSP-a, depresivnih i anksioznih poremećaja. Riječ je o samoprocjenama gdje osobe procjenjuju koliko često su u proteklih mjesec dana osjećali pobrojane simptome. Mogući raspon odgovora se kreće od 0 (*uopće ne*) do 4 (*izrazito*). Uz Likertovu skalu odgovora, postoji i vizualna skala (posudice s različitim razinama tekućine) koje olakšavaju razumijevanje. Originalna uputa je modificirana kako bi se izbjegli pojmovi *simptom* i *trauma*. Granični rezultat, iznad kojeg se smatra da osoba ima rizik od razvijanja mentalnog poremećaja, je 11

bodova. Valja istaknuti da ovdje nije riječ o dijagnostičkom instrumentu niti se na temelju ovog rezultata može govoriti u terminima dijagnoza i poremećaja, već služi isključivo kao procjena i brzo otkrivanje pojedinaca koji imaju rizik razviti neki psihički poremećaj u budućnosti ako ne dođe do spontanog oporavka ili tretmana u međuvremenu. Rezultati ranijih istraživanja pokazali su da instrument ima odličnu unutarnju pouzdanost ($\alpha = .96$) uz granični rezultat od 11 bodova (Hollifield i sur., 2016). U istraživanju u kojem je korištena prvotna skala od ukupno 15 čestica, 30.7% sudionika postiglo je rezultat iznad kritične granice od 12 bodova te je prevalencija i aritmetička sredina ukupnog rezultata varirala u odnosu na etničku pripadnost. Sudionici iz Iraka su u prosjeku postizali rezultat od 32.3 pri čemu ih je čak 50.5% bilo iznad graničnog rezultata (Hollifield i sur., 2013).

Upitnik socio-demografskih podataka

Na kraju su prikupljeni sociodemografski podaci gdje su, osim pitanja o dobi, spolu, zemlji porijekla, poznavanju jezika, stupnju obrazovanja, bračnom statusu i broju djece, uključena i pitanja o migraciji (koliko je vremena prošlo od napuštanja doma, jesu li stigli do neke zapadnije zemlje, koliko su dugo u Hrvatskoj te imaju li nekog člana rodbine u pratnji), kao i nekoliko pitanja otvorenog tipa vezana za život u Porinu te njihove želje i potrebe. Kao što je ranije spomenuto, prikupljene informacije nisu korištene isključivo za ovaj rad, već predstavljaju dio šireg istraživanja.

Upitnici su prevedeni na arapski, perzijski, urdu i engleski jezik. Primjerak upitnika na hrvatskom jeziku nalazi se u prilogu (Prilog A).

Postupak

Priprema

Nekadašnji Hotel Porin u zagrebačkom naselju Dugave, danas je jedno od dva prihvatilišta za tražitelje međunarodne zaštite u Hrvatskoj. Osobama registriranim u prihvatilištu nudi se smještaj u višekrevetnim sobama, tri obroka dnevno, higijenske potrepštine, teretana, praonica rublja, prostorije za kreativne radionice i učenje jezika, knjižnica i novčana naknada u iznosu od 100 kuna mjesečno te besplatan javni prijevoz. Ove osobe imaju neograničenu slobodnu kretanja, svakog dana do 23 sata. Imaju pravo na hitnu i nužnu medicinsku pomoć koju osigurava liječnik koji dolazi dva sata dnevno u prihvatilište. Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova, sredinom srpnja 2016.

godine je u prihvatilištu bilo prijavljeno oko 250 osoba, uglavnom muškaraca mlađe dobi, ali i nekoliko obitelji te 50-ak djece i maloljetnika, uglavnom iz zemalja Bliskog istoka. Nakon zatvaranja Balkanske rute, cijeli niz međunarodnih i domaćih nevladinih organizacija (IOM, JRS, UNICEF, Save the Children, MdM, DPP, RCT) počeo je djelovati u prihvatilištu u kojem su ranije uz MUP bili prisutni samo Hrvatski Crveni križ i Centar za mirovne studije. Hrvatski Crveni križ uz organiziranje raznih aktivnosti, ujedno obnaša i ulogu koordinatora drugih organizacija u suradnji s MUP-om. Provedba istraživanja odobrena je od upraviteljice prihvatilišta i Etičkog povjerenstva Odsjeka za psihologiju.

Intervjue su vodili studenti završnih godina Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu ($N=8$) i psihologinja iz *Médecins du Monde* u suradnji s prevoditeljima. Za potrebe istraživanja angažirali smo sedam prevoditelja; 4 za arapski, 2 za perzijski i jednog izvornog govornika urdu jezika. Svi prevoditelji su imali prijašnje iskustvo rada u tranzitnom centru Slavonski brod u vremenu dok je Balkanska ruta bila otvorena te su imali i iskustvo prevoditelja od ranije. Njihov zadatak je bio prevoditi razgovor između intervjuera i sudionika (prevođenje s hrvatskog na jezik migranta i obratno).

Prevoditelji i intervjueri su prošli posebnu pripremu za vođenje razgovora i primjenu instrumenata koja je uključivala detaljne informacije o proceduri traženja međunarodne zaštite u Hrvatskoj i zakonskim pravima izbjeglica i drugih migranata. Poseban naglasak je stavljen na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku, razumijevanje procesa i posljedica migracije kao traumatskog iskustva, važnost ranog otkrivanja rizika od mentalnih poremećaja i upućivanje po stručnu pomoć te uvježbavanje primjene upitnika, kao i specifičnosti međukulturalne komunikacije i rada s prevoditeljima. Na taj način je osiguran standardizirani postupak i razjašnjena je uloga i odgovornosti svih sudionika razgovora.

Postojalo je nekoliko načina obavještanja i pozivanja sudionika na razgovore, uključujući obavijesti na različitim jezicima na oglasnim pločama unutar prihvatilišta, usmene obavijesti osoblja Hrvatskog Crvenog križa (HCK) te pozivanje na sudjelovanje od strane intervjuera i prevoditelja od vrata do vrata. U postojećim okolnostima nije bilo lako uspostaviti sustavan vremenski raspored intervjuiranja. Neki od razloga su podudaranje s drugim aktivnostima u prihvatilištu, često mijenjanje soba, kulturalne

razlike u poimanju vremena, znatan broj osoba koje svakodnevno dolaze ili odlaze iz prihvatilišta jer je prihvatilište otvorenog tipa, a korisnici su slobodni provoditi vrijeme izvan Porina.

Prikupljanje podataka

Podaci su prikupljeni individualno u obliku polustrukturiranog intervjua. U svakom razgovoru sudjelovale su tri osobe: sudionik, prevoditelj za odgovarajući jezik te intervjuer. Sudioniku je na njegovom jeziku usmeno objašnjena svrha istraživanja te je objašnjeno da socijalni radnik HCK zaposlen u prihvatilištu obično vodi razgovore s osobama pri dolasku u prihvatilište, ali da, zbog velikog broja osoba pristiglih u kratkom vremenu do tog trenutka, nisu obavljeni svi razgovori. Sudionik je nakon toga mogao odlučiti o sudjelovanju potpisivanjem pristanka na sudjelovanje. Podaci o identitetu sudionika su pohranjivani odijeljeno od upitnika s njihovim odgovorima. Za povezivanje je služio kôd koji svojom konstrukcijom nije mogao biti povezan s njihovim osobnim podacima. U uputi je objašnjena korist od sudjelovanja za migranta i mogućnosti upućivanja po stručnu pomoć u slučaju potrebe. Svi sudionici razgovora su tijekom intervjua imali primjerak upitnika, prevoditelji i sudionik su imali primjerak na svom jeziku, a intervjueri su imali hrvatsku verziju radi lakšeg vođenja razgovora. Sudionik je mogao odlučiti želi li sam popunjavati upitnik ili želi da mu se čita pitanje po pitanje na koje je samostalno odgovarao zaokruživanjem odgovora na svom primjerku upitnika. Povratnu informaciju su sudionici dobivali na kraju samog razgovora nakon što je intervjuer ocijenio postiže li sudionik kritičnu razinu distresa koja bi zahtijevala upućivanje na stručnu procjenu mentalnog zdravlja, posebno u vezi traume i depresije. Razgovori su u prosjeku trajali oko 40 minuta.

Rezultati

U tablici 1 prikazani su deskriptivni podaci za upitnik sociodemografskih podataka. Tablica sadrži vrijednosti aritmetičke sredine (*M*), standardne devijacije (*SD*), minimalnih i maksimalnih vrijednosti za varijable dobi i obrazovanja izraženih u godinama te vrijeme otkako su napustili dom, duljinu boravka u Hrvatskoj i drugim zapadnijim zemaljama izraženo u mjesecima. Prikazane su i frekvencije po

kategorijama za varijable spola, bračnog statusa, roditeljstva, vraćanja iz drugih EU zemalja po Dublinskoj uredbi te mod i medijan za broj djece.

Tablica 1

Deskriptivni parametri socio-demografskih podataka uzorka ($N=122$)

Varijabla	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Dob (<i>godine</i>)	121	29,09	7,819	16*	50
Obrazovanje (<i>godine</i>)	116	11,18	3,929	3	20
Izvan doma (<i>mjeseci</i>)	118	16,18	19,976	1	120
U RH (<i>mjeseci</i>)	121	3,75	3,66	0,2	30
Boravak u zemljama EU (<i>mjeseci</i>)	63	6,62	5,879	0,1	41
Spol					
Muškarci	104				
Žene	18				
Bračni status					
Sam/a	75				
Oženjen/udana	39				
U vezi (zaručen/a)	4				
Razveden/a	4				
Vraćeni iz zapadnije zemlje EU					
Ne	58				
Da	63				
Imate li djecu?					
Ne	87				
Da	27				
Broj djece	27	Medijan=2, Mod=1		1	8

Napomena: *Dva sudionika su bila maloljetna (16 i 17 godina).

U istraživanju je sudjelovalo 122 izbjeglica i migranata, pretežno mlađih muškaraca, većinom srednjeg stupnja obrazovanja, koji su u prosjeku prije 16 mjeseci napustili svoje domove. U vrijeme istraživanja su u prosjeku boravili četiri mjeseca u Hrvatskoj. 63 sudionika je vraćeno iz neke zapadnije države EU gdje su boravili oko pola godine. Velik broj sudionika su samci bez djece. No postoji određen broj sudionika koji su u braku te većinom imaju jedno ili dvoje djece.

Psihološki distres

Provjerena je faktorska struktura upitnika kako bismo utvrdili grupiraju li se odgovori u ovom uzorku oko jednog faktora koji bi predstavljao mjeru općeg psihološkog distresa. Rezultati eksploratorne faktorske analize uputili su na postojanje dvaju faktora (Eigen vrijednost >1), međutim sve su čestice imale veća zasićenja prvim

faktorom te je zadržan samo faktor nazvan opći distres kojim je objašnjeno 41% varijance rezultata. Da je opravdano govoriti o jedinstvenom konstrukt, ide u prilog i visoka unutarnja pouzdanost. Koeficijent unutarnje konzistencije (Cronbach-alpha) iznosi $\alpha = .876$ što se smatra visokom pouzdanošću. No, ona je ipak nešto niža od unutarnje pouzdanosti ($\alpha=.96$) koju su dobili autori skale (Hollifield i sur., 2016).

Tablica 2

Osnovni deskriptivni parametri i rezultati probira za mentalno zdravlje na skali općeg distresa

Deskriptivi		Probir	N	%
M	22.69	Pozitivan	98	80,3
SD	12.326	Negativan	24	19,7
Raspon	0-49	Ukupno	122	100

Napomena: Pozitivan probir ≥ 11 ; Negativan probir < 11 .

Podaci u tablici 2 pokazuju da je prosječni rezultat sudionika na skali općeg distresa 12 bodova iznad granice iznad koje postoji rizik za psihičke probleme. Također je utvrđeno da postoji veliko raspršenje rezultata te je dobiven i veliki raspon postignutih rezultata koji je iznosio 0 - 49 boda čime je gotovo pokriven teorijski raspon koji iznosi 0 - 52. Nadalje, pozitivan probir za mentalno zdravlje označava skupinu sudionika koji su postigli rezultat iznad graničnog rezultata od 11 bodova i time čine rizičnu skupinu za razvoj mentalnih poteškoća. U ovom istraživanju je čak 80.3% od ukupnog broja sudionika postiglo rezultat iznad te kritične vrijednosti, te su stoga prema ranije opisanom postupku ohrabrivane za traženje stručne pomoći socijalnog radnika i/ili liječnika koji rade u prihvatilištu i koji ih mogu uputiti po daljnju pomoć koja uključuje dijagnostičku procjenu i intervencije prema potrebi.

Tablica 3

Broj prihvaćanja upućivanja po pomoć sudionika koji su postigli rezultat iznad kritične vrijednosti

Vrsta pomoći	N
Socijalni radnik i liječnik	20
Socijalni radnik	13
Liječnik	9
Netko drugi	8
Ukupno	50

Napomena: Netko drugi (psiholog, pravna pomoć, neki drugi zaposlenik).

Premda je 98 sudionika postizalo rezultat iznad granične vrijednosti od 11 bodova, samo njih 50 je odlučilo prihvatiti neku vrstu stručne pomoći (Tablica 3). Najčešći razlozi odbijanja stručne pomoći su: nepovjerenje prema organizacijama koje rade u Porinu (*Ne vjerujem im./ Oni ne rade svoj posao./ Kad su mi trebali, nisu mi pomogli.*), strah od stigmatizacije (*Razmislit ću još./ Ne treba mi njihova pomoć./ Dobro sam.*) te pozitivan učinak razgovora (*Vi ste mi već pomogli./ Hvala vam na ovom razgovoru, sad sam dobro/ Ovaj razgovor mi je pomogao*).

Zadovoljstvo životom, psihološki i socijalni resursi

Deskriptivni parametri za varijable zadovoljstva životom, psiholoških i socijalnih resursa, prikazani u tablici 4 upućuju na to da sudionici trenutno zadovoljstvo životom i razinu socijalne podrške procjenjuju razmjerno niskima, dok su za optimizam, osobnu kontrolu i važnost vjere u prosjeku davali visoke procjene.

Tablica 4

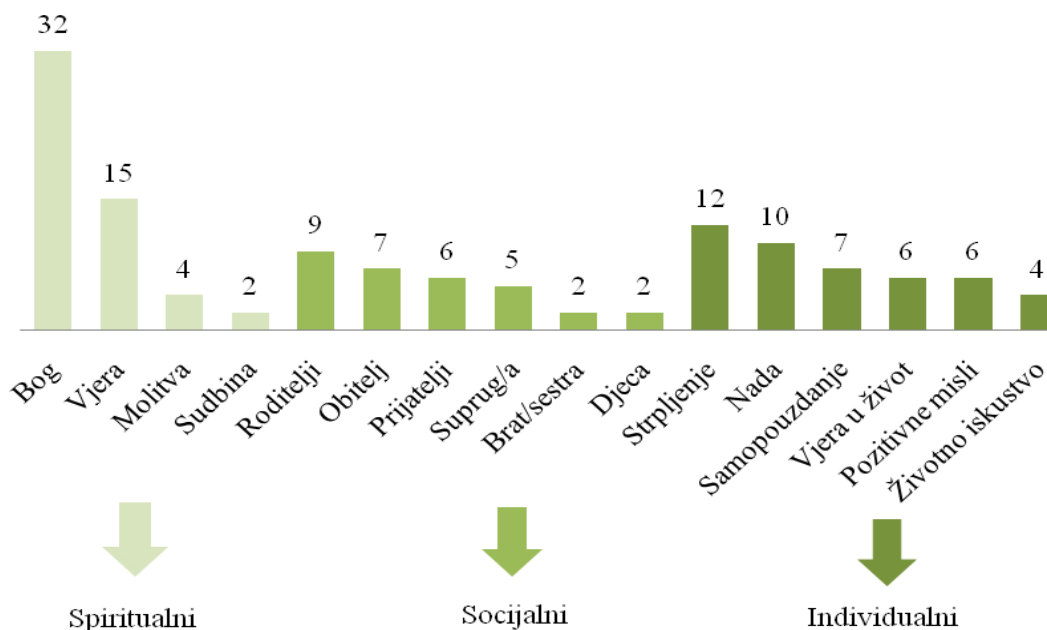
Osnovni deskriptivni parametri za skale zadovoljstva životom, psiholoških i socijalnih resursa

Konstrukt	N	Raspon	M	SD
Zadovoljstvo životom	122	0-10	3.68	2.553
Optimizam	111*	0-10	8.01	2.232
Osobna kontrola	120	0-10	7.27	2.828
Važnost vjere (općenito)	120	0-10	7.97	3.007
Važnost vjere (trenutno)	119	0-10	7.58	3.150
Socijalna podrška (emocionalna)	122	0-4	1.91	1.666
Soc. Podrška (informacijska)	120	0-4	1.80	1.591
Soc. Podrška (instrumentalna)	121	0-4	1.45	1.494

*Napomena: *N=11 – nisu mogli procijeniti.*

Na slici 4 prikazano je kako su sudionici na otvoreno pitanje o tome što im je do sada u životu najviše pomagalo u teškim trenucima, ponovno najčešće navodili čimbenike koji su srodni ili identični ispitivanim resursima. Najistaknutiji odgovori potpadaju u

kategoriju spiritualnosti, odnosno bog i vjera, potom strpljenje i nada kao individualni čimbenici te članovi primarne obitelji iz spektra socijalne podrške.



Slika 4. Broj odgovora prema kategorijama spiritualnih, socijalnih i individualnih čimbenika

Povezanost resursa (psiholoških i socijalnih) i sociodemografskih varijabli s psihološkim distresom i zadovoljstvom životom

Kako bismo proveli regresijske analize kojima bismo utvrdili prediktore koji predviđaju razinu psihološkog distresa i zadovoljstva životom, prvo smo izračunali bivarijantne korelacije prediktora (resursi i socio-demografske varijable) s kriterijima (psihološki distres i zadovoljstvo životom). Dobivene korelacije prikazane su u prilogu D. Dobiveno je da psihološki distres značajno negativno korelira sa zadovoljstvom životom ($r = -.306$), obrazovanjem ($r = -.255$) i spolom ($r = -.230$) što ukazuje na to da sudionici nižeg zadovoljstva životom i nižeg stupnja obrazovanja te žene izvještavaju o većim razinama psihološkog distresa. Povezanost s trenutačnom važnosti vjere je pozitivna ($r = .223$). Osobe koje trenutačno vjeru procjenjuju važnom postižu više rezultate na skali distresa. Potrebno je naglasiti da su sve spomenute povezanosti s psihološkim distresom niske. Zadovoljstvo životom značajno pozitivno korelira s optimizmom ($r = .391$) i stupnjem obrazovanja ($r = .249$) te negativno sa spolom ($r = -.190$). Muški sudionici, oni koji su obrazovaniji i imaju pozitivna očekivanja od budućnosti, zadovoljniji su životom. Osobna kontrola, važnost vjere općenito, socijalna

podrška te duljina boravka u Hrvatskoj i vremena proteklog od napuštanja doma ne koreliraju značajno s varijablama distresa i zadovoljstva životom.

Doprinos psiholoških resursa i socio-demografskih podataka objašnjenju psihološkog distresa

U prvoj regresijskoj analizi, set prediktorskih varijabli (trenutna važnost vjere, spol i obrazovanje) zajedno objašnjavaju 13% varijance kriterijske varijable psihološkog distresa (*Tablica 5*). Također je utvrđeno da samo spol i obrazovanje imaju samostalni doprinos u predviđanju razine distresa. Slabije obrazovani sudionici ženskog spola izvještavaju o većem distresu. Na temelju psiholoških i socijalnih resursa, kako su odmjereni u ovom istraživanju, nije moguće predviđati razinu psihološkog distresa.

Tablica 5

Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) prediktorskih varijabli za kriterij psihološkog distresa

	β	<i>t</i>
Važnost vjere (trenutno)	.134	1.450
Spol	-.219*	-2.392
Obrazovanje	-.245*	-2.646
$R=.360$ $R^2=.130$ $Ra^2=.106$ $F=5.473$ $p<0.02$		

*Napomena:** $p < 0.05$, Spol: $\bar{Z} = 0$, $M = 1$.

Doprinos psihološkog distresa, psiholoških i socijalnih resursa objašnjenju zadovoljstva životom

Drugom regresijskom analizom htjeli smo utvrditi koji resursi i koje sociodemografske varijable značajno predviđaju trenutno zadovoljstvo životom. Ovdje se pokazalo da optimizam, razina psihološkog distresa te spol i obrazovanje kao prediktorski blok objašnjavaju ukupno 28.5% varijance kriterija zadovoljstva životom (*Tablica 6*). Značajan samostalni doprinos u objašnjavanju varijance zadovoljstva životom imaju optimizam, opći distres i spol. Optimističniji sudionici, oni muškog spola, te oni koji pokazuju manje razine distresa, pokazuju veće zadovoljstvo životom.

Tablica 6

Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) prediktorskih varijabli za kriterij trenutnog zadovoljstva životom

	B	t
Optimizam	.357**	4.049
Opći distres	-.213*	-2.145
Obrazovanje	.139	1.537
Spol	-.213*	-2.301

$R=.534$ $R^2=.285$ $Ra^2=.256$ $F=9.872$ $p<0.01$

Napomena: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, Spol: $\bar{Z} = 0$, $M = 1$.

Rasprava

Ciljevi istraživanja su bili ispitati opću razinu psihološkog distresa i s njime povezanih resursa na uzorku izbjeglica i drugih migranata smještenih u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite te mogućnost predviđanja razine njihovog distresa i zadovoljstva životom na temelju sociodemografskih osobina i dostupnosti nekih psiholoških i socijalnih resursa.

Analizom rezultata utvrđeno je da u postupku screeninga 80.3% sudionika postiže rezultat iznad granične vrijednosti iznad koje postoji rizik za razvijanje mentalnih poteškoća. Prosječni rezultat na skali je u prosjeku 12 bodova iznad kritičnog rezultata (Tablica 2). Također je utvrđeno da je raspon rezultata bio velik, jer su neki sudionici postizali i vrijednosti od 49 od moguća 52 boda. Dobivenim rezultatima potvrđena je pretpostavka da će velik broj sudionika postizati rezultate koji pokazuju rizik za njihovo mentalno zdravlje i zbog toga bi trebali biti upućeni u dijagnostičku procjenu i tretman ako se to pokaže potrebnim. Za pretpostaviti je da postoji cijeli niz razloga zbog kojih veliki broj osoba izvještava o visokoj razini psihološkog distresa. Bježeći iz ratom pogođenih područja, većina sudionika je tijekom prošle jeseni i zime prošla Zapadnom balkanskom rutom na kojoj su bili suočeni s raznim nevoljama, počevši od loših vremenskih prilika (hladnoća, kiša, snijeg), što je dovelo do prehlada i drugih zdravstvenih problema, stalne neizvjesnosti zbog manjka informacija o tome gdje će ih taj put dovesti pa sve do razdvajanja obitelji, bilo zbog smrtnog ishoda (primjerice utapanja u Sredozemnom moru) ili pak zbog pravno-političkih razloga (prisilno zadržavanje u prethodnim zemljama na ruti ili vraćanja iz drugih zemalja

primjenom Uredbe Dublin III), u konačnici su primorani staviti se pod zaštitu zemlje koja im je do ovog trenutka bila nepoznata. Sve to dovelo je do općeg nezadovoljstva koje vlada u prihvatnom centru. Ovim objašnjenjima u prilog idu i izjave sudionika:

„Hrvatska nije bila moj izbor, nisam sretan što sam ovdje. Nisam zadovoljan situacijom, nitko ne brine za nas.“

„Ne želim ostati u Hrvatskoj, prisilili su me da zatražim azil, inače bih završio u zatvoru (detencijski centar-op.a.). Ne znam što ću ovdje, nemam volje nizašto.“

„Bez obzira što sam sigurna tu, brine me moja budućnost u Hrvatskoj. Hoće li odluka biti pozitivna ili negativna? Budućnost mojih kćeri je u mojoj ruci.“

“Je li hrvatska Vlada sretna što ima migrante ili su njih bili obavezni primiti?“

Međutim, ovaj postotak je veći od nalaza istraživanja provedenog u SAD-u u kojem je utvrđeno da 50.5% izbjeglica iz Iraka postiže rezultate iznad granične vrijednosti (Hollifield i sur., 2013). Jedno od mogućih objašnjenja razlike u postotku izbjeglica s Bliskog istoka iznad granične vrijednosti je neizvjesna budućnost koja je dijelom uzrokovana i nesigurnošću glede dobivanja međunarodne zaštite. Naime, kako bi uopće mogle stupiti na tlo SAD-a, osobe moraju zadovoljavati uvjete za dobivanje statusa izbjeglice. U Europi međutim takve osobe tek ulaskom u određenu zemlju imaju pravo podnijeti zahtjev za međunarodnu zaštitu, a postupak može potrajati mjesecima ili čak godinama. Dakle, osobe u Porinu strahuju od potencijalnog odbijanja svake vrste međunarodne zaštite.

Sastavni dio postupka bio je ohrabriti osobe da potraže pomoć socijalnog radnika i/ili doktora koji se nalaze u prihvatilištu. Od 98 sudionika koji su postigli rezultat iznad granične vrijednosti, njih 50 je prihvatilo potražiti pomoć. Ovisno o problemu koji ih je mučio, odlučili su potražiti pomoć socijalnog radnika i/ili liječnika te drugih službi koje se nalaze unutar prihvatilišta. Ostali sudionici su kao najčešće razloge odbijanja navodili nepovjerenje prema osobama i organizacijama koje djeluju u Porinu (*„Kad su mi trebali, nisu mi pomogli“*), drugi su pak odbili pomoć iz straha od stigmatizacije (*„Dobro sam, razmislit ću još“*), dok su neki izjavljivali da im je drago što ih je netko saslušao i što su s nekim mogli porazgovarati o svojim problemima te da im je taj razgovor sam po sebi dostatan. Osobama koje su postizale rezultate niže od 11 bodova, pružena je kratka psihoedukacija tijekom koje ih se također ohrabivalo da

potraže stručnu pomoć ako osjete potrebu u nekom kasnijem trenutku. Bilo je važno informirati osobe o postojećim uslugama s obzirom da nisu svi jednako dugo u prihvatilištu i nisu dovoljno informirani o svojim pravima i obavezama („*Kada pitam ljude koji ovdje rade za informaciju ili pomoć, gledaju me sa sažaljenjem, kao da sam jadan. Ljudi koji ovdje rade nisu dovoljno odgovorni, ne mare mnogo za nas...*“).

Pored psihološkog distresa, utvrđene su razine zadovoljstva životom te psiholoških i socijalnih resursa. Deskriptivni podaci, prikazani u *Tablica 4* upućuju na to da je trenutno zadovoljstvo životom kod sudionika istraživanja razmjerno nisko. Istraživači koji su se bavili zadovoljstvom životom izbjeglica različitog porijekla raseljenih svuda po svijetu, detektirali su da postoji velik broj čimbenika koji određuju njihov stupanj zadovoljstva životom (Matsuo, 2005), a ti su čimbenici složene prirode (Homaei i sur., 2016). Jedan od glavnih čimbenika koji se nalazi u podlozi zadovoljstva životom je jezična kompetencija (poznavanje jezika domaćina) koja je pak povezana s nizom drugih indikatora dobre integracije kao što su mogućnost zaposlenja, aktivno sudjelovanje u zajednici i stupanj privrženosti zajednici domaćina. Istraživanje provedeno u Nizozemskoj na uzorku izbjeglica iz Irana pokazalo je kako se doživljena diskriminacija i sukob kultura (vlastite i nove) negativno odražavaju na zadovoljstvo životom (Verkuyten i Nekuee, 1999). Nekoliko izbjeglica i migranata je tijekom intervjua spomenulo neugodna iskustva koja su doživjeli na zagrebačkim ulicama počevši od verbalnih uvreda zbog izgleda ili boje puti do ozbiljnih fizičkih napada. Svi ovi čimbenici pokazuju da je pitanje izbjeglica i njihove integracije u društvo dvosmjerni proces u kojem zemlja domaćin nije samo pasivni promatrač. Pozitivne reakcije zajednice itekako doprinose zadovoljstvu životom izbjeglica i migranata (Van Selm, Sam i Van Oudenhoven, 1997). Uzimajući u obzir trenutnu situaciju u državi (visoka stopa nezaposlenosti, medijsko prikazivanje izbjegličke krize, nedovoljno prijašnje iskustvo s izbjeglicama druge kulture) i životne priče osoba koje su se zatekle u Hrvatskoj iščekujući rješavanje svog političko-pravnog statusa, čini se da su upravo spomenuti čimbenici u podlozi niskog zadovoljstva životom izbjeglica i migranata u Porinu. Zasebno empirijsko istraživanje bi bilo potrebno kako bi se moglo odgovoriti na ovako složeno pitanje.

Koncept koji je srodan zadovoljstvu životom je optimizam, odnosno očekivanja koja osobe imaju od budućnosti. Iz rezultata našeg istraživanja može iščitati kako

sudionici procjenjuju da će njihov život za pet godina u prosjeku biti razmjerno bolji. Ranija istraživanja pokazala su kako je optimizam povezan s nizom pozitivnih ishoda, kao što je bolje mentalno zdravlje (Chan, Rhodes i Perez, 2013). Utvrđeno je kako osobe koje postižu više rezultate na skali optimizma, pribjegavaju suočavanju usmjerenom na probleme i konstruktivnom razmišljanju te imaju više razumijevanja za situacije koje nije moguće kontrolirati u odnosu na manje optimistične osobe (Chan i sur., 2013). Međutim, ne smije se zanemariti podatak da 11 sudionika nije moglo dati procjenu za ovu česticu. To bi moglo pokazivati da osobe koje doživljavaju visoke razine psihološkog distresa, nisu u mogućnosti davati bilo kakve prognoze za budućnost (Beiser, 1987). Upravo od tih 11 sudionika, njih je 6 svoju trenutnu životnu situaciju ocijenilo najnižom ocjenom te su postizali visoke rezultate na skali distresa (prosječni rezultat iznosio je 32 boda). Beiser (1987) je u azijskim izbjegličkim kampovima intervjuirajući osobe dan prije njihovog preseljenja u Kanadu primijetio da nitko od sugovornika ne postavljanja pitanja o životu u toj zemlji. Objasnili su kako će ih ta pitanja zanimati samo *ako* se ukrcaju na avion i *ako* stignu do Kanade, jer im se toliko loših stvari događalo da im je teško zamisliti čak i kako će im izgledati sutrašnji dan. Ovaj nalaz bi zapravo mogao upućivati na to da osobe u situaciji velike neizvjesnosti ne razmišljaju o prošlim i budućim događajima, već pažnju usmjeravaju na sadašnjost, kao strategiju preživljavanja (Beiser, 1987).

Sudionici našeg istraživanja su također razmjerno visoko procjenjivali stupanj u kojem imaju kontrolu nad svojim životom te su izjavljivali da im je vjera važna u životu i da im upravo to pomaže u nošenju s trenutnim problemima.

Pored navedenih psiholoških resursa, zanimalo nas je kako sudionici procjenjuju socijalnu podršku za koju smo naglasili da ne mora dolaziti od osoba koje su u njihovoj fizičkoj blizini, već se može odnositi i na bliske osobe s kojima su u kontaktu, primjerice putem društvenih mreža. Za sve vrste socijalne podrške su u prosjeku davali niske ocjene (*Tablica 4*). U daljnjim analizama je socijalna podrška transformirana u jedan rezultat koji predstavlja prosječnu vrijednost ova tri aspekta socijalne podrške. Da je opravdano govoriti o jednom faktoru pokazala je i faktorska analiza.

Drugi problem bio je ispitati mogućnosti previđanja razine općeg distresa na temelju sociodemografskih osobina i dostupnosti psiholoških i socijalnih resursa. Analizom korelacija (*prilog D*) utvrđeno je da od svih ispitanih psiholoških i socijalnih

resursa samo trenutna važnost vjere, spol i obrazovanje značajno koreliraju s psihološkim distresom. Stoga su te varijable uvrštene kao prediktori u regresijsku analizu u kojoj je kriterijsku varijablu činio psihološki distres. Trenutna važnost vjere, spol i obrazovanje zajedno objašnjavaju 13% varijance psihološkog distresa (*Tablica 5*). Također je utvrđeno da samo spoli obrazovanje imaju samostalni doprinos u predviđanju razine distresa. Utvrđeno je da žene izvještavaju o većim razinama psihološkog stresa. Ovaj nalaz je u skladu s ranijim istraživanjima koja su pokazala da je ženski spol jedan od rizičnih čimbenika psihološkog distresa (Aroian, Norris i Chiang, 2003; Chi-Ying Chung i Kagawa-Singer, 1993; Ryan, Benson i Dooley, 2008;). Drugi značajan prediktor je stupanj obrazovanja. Manje obrazovane osobe izvještavaju o većem broju simptoma psihološkog distresa što je u skladu s nekim ranijim istraživanjima kojima je utvrđeno kako obrazovanije osobe koriste učinkovitije strategije suočavanja u stresnim situacijama (Brännlund i Hammarström, 2014) te da je obrazovanje važan resurs u stresogenim situacijama (Salsman i sur., 2005). Premda su rezultati ovog istraživanja pokazali da na temelju odabranih psiholoških i socijalnih resursa operacionaliziranim na ovaj način, nije moguće predviđati razinu psihološkog distresa, čime nije potvrđena druga hipoteza, ne treba zanemariti činjenicu da se obrazovanje također može smatrati psihološkim resursom koji je povezan s cijelim nizom drugih resursa, kao što su zaposlenje i socio-ekonomski status (Alvaro i sur., 2010).

Zadovoljstvo životom nije uvršteno u regresijsku analizu za predviđanje psihološkog distresa, jer je konceptualno gledano teško govoriti o tome da zadovoljstvo životom predviđa simptome psihološkog distresa, već je razumnije je pretpostaviti da simptomi predviđaju zadovoljstvo životom. Stoga smo računali regresijsku analizu kako bismo provjerili koje ispitane varijable predviđaju zadovoljstvo životom što je ujedno i treći istraživački problem. Na temelju korelacijske matrice (*prilog D*) kao prediktorske varijable uključeni su optimizam, simptomi psihološkog distresa te socio-demografske varijable spola i obrazovanja koje objašnjavaju ukupno 28.5% varijance kriterija zadovoljstva životom, za koji smo ranije utvrdili da je iznimno složen konstrukt jer se u njegovoj podlozi nalazi cijeli niz osobina i situacijskih faktora. Značajan samostalni doprinos u objašnjavanju varijance zadovoljstva životom imaju optimizam, opći distres i spol. Optimističniji sudionici, oni muškog spola, te oni koji pokazuju manje razine

distresa, pokazuju veće zadovoljstvo životom. Osobe koje imaju optimističnije vizije budućnosti, zadovoljnije su životom općenito (Chan i sur., 2013, Gallagher i sur., 2013). Logičan nalaz je da niže razine psihološkog distresa značajno predviđaju zadovoljstvo životom što je potvrđeno u cijelom nizu ranijih istraživanja (Bray i Gunnell, 2006, Chisholm, Patel i Saxena, 2013, Fergusson i sur., 2015, Layard,).

Posljednji istraživački problem odnosio se na primjenjivost instrumenta za procjenu psihološkog distresa u hrvatskom kontekstu. Opažanja s terena potvrdila su pretpostavku da je RHS-13 primjenjiv, lako razumljiv, kulturalno primjeren i vremenski ekonomičan mjerni instrument za procjenu mentalnog zdravlja.

Ograničenja istraživanja

Potrebno je naglasiti kako postoji nekoliko ograničenja ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo nešto više od pola odraslih osoba koje su bile registrirane u prihvatilištu, što ih u nekoj mjeri ipak čini selekcioniranim uzorkom, jer su istraživanjem zahvaćeni oni koji su bili spremni sudjelovati u istraživanju za koje su znali da neće dobiti materijalnu nadoknadu niti će to na bilo koji način utjecati na rješavanje njihovog pravnog statusa. Ovime se nameće pitanje opravdanosti generalizacije rezultata na populaciju izbjeglica i migranata koji borave u Hrvatskoj. Dodatno ograničenje je vezano za upitničke mjere. Premda opravdanje korištenja samo jedne čestice možemo potkrijepiti ne tako rijetkom praksom da se upravo na ovaj način mjerilo zadovoljstvo životom (Lucas i Donnellan, 2012), optimizam (Gallagher i sur., 2013) i osobna kontrola, ostaje pitanje valjanosti takvih mjera. Kratke mjere za ispitivanje resursa odabrane su prije svega zbog vremenske ograničenosti za primjenu, ali i činjenice da su podaci prikupljeni u svrhu šireg projekta u čijem fokusu je probir za mentalno zdravlje. Daljnje ograničenje je povezano s ulogom prevoditelja u istraživanju. Naime, u Hrvatskoj postoji vrlo ograničeni broj osoba koje govore arapskim i farski jezikom, a još je manji broj njih obrazovan za poslove prevođenja. Za potrebe istraživanja angažirali smo osobe koje su izvorni govornici jezika i koji su imali iskustvo u ulozi prevoditelja u tranzitnim centrima u Opatovcu i Slavanskom Brodu. Upravo njihove ranije uloge i poznanstva su mogla interferirati s njihovom prevoditeljskom ulogom u ovom istraživanju, no taj problem smo nastojali umanjiti pripremom za istraživanje koja je organizirana za suradnike.

Praktične implikacije istraživanja

Kao prvo istraživanje mentalnog zdravlja na uzorku izbjeglica i migranata u Hrvatskoj, ovi rezultati imaju važno praktično značenje. Doprinos je provjera instrumenta za procjenu psihološkog distresa i postupka screeninga mentalnog zdravlja čime su uspostavljeni putovi za upućivanje po pomoć kod stručnog osoblja koje je u izravnom kontaktu s korisnicima prihvatilišta na dnevnoj razini. Terenska opažanja i rezultati istraživanja pokazuju da trenirano osoblje i volonteri mogu u kratkom vremenu provesti screening mentalnog zdravlja izbjeglica i migranata. Izbjeglice i migranti su postupak screeninga vidjeli kao priliku za razgovor o svojim potrebama i brigama što otvara priliku za kratku psihosocijalnu intervenciju usmjerenu na njihovu otpornost. Informacije prikupljene u intervjuima pokazale su da postoji velik broj osoba kojima je potrebna neka vrsta psihosocijalne intervencije koja se nalazi prvi vrhu piramide stupnjevitog modela pomaganja (*Slika 2*). Taj podatak je svojevrsni apel za organiziranje pristupa uslugama mentalnog zdravlja od samog ulaska u zemlju.

Probir za mentalno zdravlje izbjeglica bi trebao biti sastavni dio inicijalnog zdravstvenog pregleda prilikom dolaska u prihvatilište kako bi se mentalno stanje procijenilo na isti način i u isto vrijeme kao i stanje tjelesnog zdravlja. Takav pristup ima cijeli niz prednosti, kao što je normalizacija i destigmatizacija mentalnih problema već pri prvom kontaktu, prilika za pružanje kratke psihosocijalne intervencije, informiranje o dostupnim uslugama te upućivanje po stručnu pomoć ako je potrebno, a sve to bez trošenja dodatnih resursa isključivo za mentalno zdravlje. Rano otkrivanje rizika pa time i prevencija razvoja mentalnih poteškoća uvelike poboljšava kvalitetu života kako pogođene osobe tako i njezine okoline, jer pojedinac doprinosi cjelokupnom zdravlju zajednice u kojoj živi i djeluje. Kuzman (2012) navodi kako je „mentalno zdravlje posljednjih godina visoko u međunarodnim i nacionalnim prioritetima te su i tijela upravljanja i zdravstveni profesionalci svjesni njegove važnosti za sveobuhvatno zdravlje pojedinaca, zajednice pa i čitavih nacija.“ Proces integracije nije jednosmjerni proces. On uključuje s jedne strane volju migranta za prilagodbu u novo društvo, koje s druge strane mora biti spremno za prihvaćanje novih članova pri čemu svakako pomaže senzibilizacija javnosti o stvarnim problemima izbjeglica i drugih migranata i uključivanje domaćeg stanovništva u proces integracije što izvrsno ilustriraju riječi s kraja jednog razgovora u Porinu: *“Molim te, učini mi uslugu. Reci*

svojoj obitelji, svojim prijateljima i kolegama na fakultetu da mi ovdje nismo svi isti. Ne radimo svi probleme. Nama je žao što postoje oni koji izazivaju nered ovdje. Mi samo želimo biti prihvaćeni u vašem društvu i napokon započeti miran život.” Nije izvjesno kako će se dalje razvijati situacija na Bliskom istoku, no zatvaranje humanitarnog koridora na Zapadnoj balkanskoj ruti ne znači kraj migracija prema Europi. Vrijedno iskustvo koje je prikupljeno tijekom posljednjeg većeg vala migracija svakako treba poslužiti za poboljšanje prakse u budućnosti.

Naslov ovog rada je svojevrsna adaptacija naslova predstave Zagrebačkog kazališta mladih „Sada je zapravo sve dobro“ koja govori o problemima svakodnevnice običnih ljudi koje muči pitanje u kojem trenutku svog života će napokon moći odahnuti izgovarajući upravo ovu rečenicu. Upravo taj trenutak čekaju i izbjeglice i migranti nakon svih prepreka i neizvjesnosti na putu do boljeg života.

Zaključak

Utvrđeno je da 80.3% izbjeglica i drugih migranata koji su sredinom srpnja 2016. Godine bili prijavljeni u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite u Zagrebu, postiže rezultate iznad granične vrijednosti, odnosno pokazuju visoke razine psihološkog distresa. Sudionici su sve oblike svojih psiholoških resursa i socijalne podrške procjenjivali razmjerno niskima, osim optimizma koji je u prosijeku visoko procjenjivan. Utvrđeno je kako jedino spol i stupanj obrazovanja imaju značajan pojedinačni doprinos u predviđanju razine psihološkog distresa. Također je utvrđeno da su optimizam, razina psihološkog distresa i spol značajni samostalni prediktori trenutnog zadovoljstva životom osoba u prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite. Instrument RHS-13 se pokazao prikladnim za brzu procjenu mentalnog zdravlja koji je sudionicima lako razumljiv bez obzira na stupanj obrazovanja i zemlju porijekla.

Literatura

- Alvaro, C., Lyons, R. F., Warner, G., Hobfoll, S. E., Martens, P. J., Labonté, R. i Brown, E. R. (2010). Conservation of resources theory and research use in health systems. *Implementation Science*, 5 (79), doi: 10.1186/1748-5908-5-79
- Aroian, K. J., Norris, A. E. i Chiang, L. (2003). Gender differences in psychological distress among immigrants from the former Soviet Union. *Sex Roles*, 48 (39). Doi:10.1023/A:1022392528490
- Beiser, M. (1987). Changing time perspective and mental health among Southeast Asian refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(4), 437- 464. Doi:10.1007/BF00048493
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Bhugra, D. i Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3),216-222. Doi:10.1192/apt.7.3.216
- Blount, A. (2003). Integrated primary care: Organizing the evidence. *Families, Systems, & Health*, 21(2),121-133. Doi:10.1037/1091-7527.21.2.121
- Brännlund, A. i Hammarström, A. (2014). Higher education and psychological distress: a 27-year prospective cohort study in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(2),155-162. Doi: 10.1177/1403494813511559.
- Bray, I. i Gunnell, D. (2006). Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 333–337.
- Burkle, F. (1996). Acute-phase mental health consequences of disasters: Implications for triage and emergency medical services. *Annals of Emergency Medicine*, 28(2),119-128. Doi:10.1016/S0196-0644(96)70051-3.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Chan, C.S., Rhodes, J.E. i Perez, J.E. (2013). A prospective study of religiousness and psychological distress among female survivors of hurricanes Katrina and Rita. *American Journal of Community Psychology*., 49 (0); 168-181, doi: 10.1007/s10464-011-9445-y
- Chi-Ying Chung, R. i Kagawa-Singer, M. (1993). Predictors of psychological distress among southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 36 (5), p.631-639; doi:10.1016/0277-9536(93)90060-H

- Crandall, R. i Perrew, P. L. (1995). *Occupational distress: A handbook*. Washington, D.C: Taylor & Francis.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43
- Državni zavod za statistiku. ESDS – europski statistički podaci. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/Hrv/links/other/ESDS.htm> (10.1.2017)
- Eurostat. (2016 a). Asylum Quarterly Report. First time asylum applicants and first instance decisions on asylum applications: second quarter 2016 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report (modificirano: 17.10.2016)
- Eurostat. (2016 b). Population and population change statistics. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_population_change_statistics (modificirano: 22.12.2016)
- Fazel, M., Wheeler, J. i Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. Doi: 10.1016/s0140-6736(05)61027-6.
- Fergusson, D.M., McLeod, G. F. H., Horwood, L. J., Swain, N. R., Chapple, S. i Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological Medicine*, 1-10. Doi:10.1017/S0033291715000422
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J. i Pressman, S. D. (2013). Optimism is universal: Exploring the presence and benefits of optimism in a representative sample of the world. *Journal of Personality*, 81(5), 429-440. Doi:10.1111/jopy.12026
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E. i van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26. Doi: 10.1007/s00127-005-0003-5.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology* 6(4), 307-324. Doi: 10.1037/1089-2680.6.4.307
- Hoge, C., Terhakopian, A., Castro, C. A. i Engel, C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 150. Doi:10.1176/appi.ajp.164.1.150.
- Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St Clair, J. i SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety,

- depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202-209. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.12.00
- Hollifield, M., Toolson, E. C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T. i Holland, A. (2016). Effective screening for emotional distress in refugees: The Refugee Health Screener. *The Journal of nervous and mental disease*. Doi:10.1097/NMD.0000000000000469.
- Homaei, R., Dasht Bozorgi, Z., Sadat Mirbabaei Ghahfarokhi, M. i Hosseinpour, S. (2016). Relationship between optimism, religiosity and self-esteem with marital satisfaction and life satisfaction. *International Education Studies*; 9 (6); ISSN 1913-9020 E-ISSN 1913-9039
- Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva
- Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S. i Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, 14(1), 17. Doi:10.1186/1471-2296-14-17.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. i Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959. Doi:10.1503/cmaj.090292.
- Kuzman, M. (2012). Intersektorska suradnja u zaštiti mentalnog zdravlja mladih. U: V. Božičević, S. Brlas i M. Gulin (Ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. (str. 22). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije
- Lalić Novak, G. i Kraljević, R. (2014). *Zaštita izbjeglica i ranjivih skupina migranata : priručnik za edukatore* [e-dokument] Zagreb: Hrvatski Crveni križ – Nacionalno društvo, ISBN 978-953-7537-21-0.
- Lamkaddem, M., Stronks, K., Devillé, W.D., Olf, M., Gerritsen, A. A. i Essink-Bot, M. (2014). Course of post-traumatic distress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 14(1), 90. Doi:10.1186/1471-244X-14-90
- Layard, R., Chisholm, D., Patel, V. i Saxena, S. (2013). Mental illness and unhappiness. *Discussion paper*. Centre for Economic Performance: London (report number 1239) (<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1239.pdf>).
- Lucas, R. E. i Donnellan, M. B. (2012). Estimating the reliability of single-item life satisfaction measures: Results from four national panel studies. *Social Indicators Research*, 105(3), 323-331. Doi:10.1007/s11205-011-9783-z

- Mann, C.M. i Fazil, Q. (2006). Mental illness in asylum seekers and refugees. *Primary Care Mental Health*, 4, 57-66.
- Matsuo, H. (2005). Bosnian refugee resettlement in St. Louis, Missouri. U P. Waxman i V. Colic-Peisker (Ur.), *Homeland wanted: Interdisciplinary perspective on refugee resettlement in the west*, 109-125. New York, NY: Nova Science Publishers, Inc
- National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists' Research Unit (2005). *Post-traumatic distress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell and the British Psychological Society;
<http://guidance.nice.org.uk/CG26/Guidance/pdf/English>.(travanj 2016)
- Petrović, D. (2016). *Izbjeglištvo u suvremenom svijetu. Od političkoteorijskih utemeljenja do biopolitičkih ishoda*. Zagreb: Naklada Ljevak.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., Kirmayer, L. J., Ueffing, E., MacDonald, N. E., Hassan, G., McNally, M., Khan, K., Buhrmann, R., Dunn, S., Dominic, A., McCarthy, A. E., Gagnon, A. J., Rousseau, C. i Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(12),824-925. Doi:10.1503/cmaj.090313.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Wang, D. i Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans. *Archives of General Psychiatry*,67(5), 518-528.
- Ryan, D.A., Benson, C.A. i Dooley, B (2008). Psychological distress and the asylum process: A longitudinal study of forced migrants in Ireland. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(1), doi: 10.1097/NMD.0b013e31815fa51c
- Salsman, J.M., Brown, T.L., Brechting, E. H. i Carlson, C.R. (2005).The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31. Doi: 10.1177/0146167204271563
- Schauer, M. i Schauer, E. (2010). Trauma-focused public mental-health interventions: A paradigm shift in humanitarian assistance and aid work. U E. Martz (Ur.): *Trauma rehabilitation after war and conflict*. New York: Springer
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Müller, J. i Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. Doi:10.3402/ejpt.v7.28057.
- EUR-Lex (n.d.). *Politika azila EU-a: država EU-a odgovorna za razmatranje zahtjeva*.

Dostupno na: [Fhttp://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=URISERV%3A23010503_1](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=URISERV%3A23010503_1) (15.1.2017).

Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L.M. i Johansson, S.(2000). Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 357–365

Syme, S. L. (1989). Control and health: A personal perspective. U: A. Streptoe i A. Apels (Ur.). *Distress, personal control and health*. Chichester, UK: Wiley.

UN General Assembly, *Convention Relating to the Status of Refugees*, 28 July 1951, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137, dostupno na: <http://www.refworld.org/docid/3be01b964.html> [21.11. 2016]

Van Hear, N. (2009). Managing mobility for human development: the growing salience of mixed migration, *UNDP Human Development Research Paper*. New York: UNDP. <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/papers/> (21.11.2016)

Van Selm, K., Sam, D.L. i Van Oudenhoven, J.P. (1997). Life satisfaction and competence of Bosnian refugees in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(2), 143-149

Verkuyten, M. i Nekuee, S. (1999). Subjective well-being, discrimination and cultural conflict: Iranians living in the Netherlands. *Social Indicators Research*, 47(3), 281-306.

Watters, C. i Ingleby, D. (2004). Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 549-570. Doi: 10.1016/j.ijlp.2004.08.004

WHO. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: World Health Organization

WHO (n.d.). *Screening*. Preuzeto sa <http://who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/> (19.12.2016).

Wilson, R. M., Murtaza, R. i Shakya, Y. B. (2010). Pre-migration and post-migration determinants for newly arrived refugees in Toronto. *Canadian Issues: Immigrant Mental Health*, 45-50.

Zakon o međunarodnoj i privremenoj zaštiti. (2015). Narodne novine, br. 70/15

Slika:

Stasik, E (2015) Niemcy nie liczą na szybkie rozwiązanie kwestii uchodźców. *Deutsche Welle* (22.9.2015, preuzeto i prilagođeno 18.11.2016)

Sljedeća pitanja odnose se na ono što ljudi mogu osjećati nakon napuštanja doma. Molimo označite od 0 „uopće ne“ do 4 „izrazito“ koliko ste **u proteklih mjesec dana** osjećali sljedeće:

					
Koliko ste u proteklih mjesec dana osjećali:	uopće ne	u maloj mjeri	umjereno	u većoj mjeri	izrazito
1. Bolove u mišićima, kostima, zglobovima	0	1	2	3	4
2. Sniženo raspoloženje ili tugu	0	1	2	3	4
3. Previše razmišljanja ili previše misli	0	1	2	3	4
4. Osjećaj bespomoćnosti	0	1	2	3	4
5. Iznenađujuću uplašenost bez nekog razloga	0	1	2	3	4
6. Nesvjesticu, slabost (mučninu) ili vrtoglavicu	0	1	2	3	4
7. Uznemirenost ili drhtanje	0	1	2	3	4
8. Osjećaj nemira (niste mogli mirno sjediti)	0	1	2	3	4
9. Lako se rasplakali	0	1	2	3	4
10. Imali iskustvo ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva; ponašali se ili osjećali kao da se sve ponovno događa?	0	1	2	3	4
11. Imali fizičku reakciju na spomen traumatskog iskustva (primjerice da Vas je oblio znoj, ubrzani rad srca)	0	1	2	3	4
12. Osjećali se emocionalno otupjelo (primjerice, bili ste tužni ali niste mogli plakati, niste bili sposobni doživljavati pozitivne emocije)?	0	1	2	3	4
13. Bili razdražljivi ili više napeti (primjerice kada netko hoda iza vas)	0	1	2	3	4

Sljedeća pitanja odnose se na osobe s kojima možete porazgovarati, pitati savjet ili neku drugu vrstu pomoći. Molimo označite koliko se pojedino pitanje odnosi na Vas.

	nikad	rijetko	ponekad	često	uvijek
Koliko često Vam je dostupan netko s kim možete u povjerenju razgovarati o sebi ili svojim problemima?	0	1	2	3	4
Koliko često Vam je dostupan netko od koga možete potražiti informaciju kako biste riješili neki svoj problem?	0	1	2	3	4
Koliko često Vam je dostupan netko od koga možete zatražiti konkretnu pomoć kad Vam je potrebna?	0	1	2	3	4

Što Vam je dosada najviše pomagalo u teškim trenucima u životu?

Sljedeća pitanja odnose se na neke opće podatke o Vama i životu u Porinu. Podsjećamo, ovim podacima neće imati pristup nitko osim nas istraživača, voditelja osoblja Hrvatskog Crvenog križa i liječnika.

Koliko imate godina: _____ Spol (zaokružiti) M Ž

Zemlja Vašeg porijekla:

- Sirija Afganistan Irak Iran Somalija Pakistan
 Druga _____

Vaš sadašnji legalni status:

- zatražio/la sam azil u RH
 razmišljam o podnošenju zahtjeva za azil
 nisam zatražio/la azil u RH

Koliko dugo je prošlo otkako ste napustili vlastiti dom: _____ mjeseci

Koliko dugo boravite u Republici Hrvatskoj: _____ mjeseci

Jeste li stigli do neke zapadnije europske države?

Ne Da Koliko dugo ste bili tamo? _____mjeseci

Govorite li neki od ovih jezika:

engleski francuski njemački
 neki drugi jezik _____

Koliko godina školovanja ste završili: _____ godina

Vaš bračni status:

- sam/a
- u vezi (zaručen/a)
- oženjen/udana
- udovac/udovica
- razveden/a

Imate li djecu?

Ne Da Koliko: _____ djece

Je li netko od članova Vaše rodbine s Vama u Hrvatskoj?

- Ne, sam/a sam u Hrvatskoj
- Da. Tko? (stupanj srodstva) _____

Koliko često posjećujete razne aktivnosti koje se nude u Porinu?

- Nikada
- Dva puta mjesečno
- Jednom tjedno
- 2-3 puta tjedno
- Svaki dan jednom
- Nekoliko puta u danu

Koje aktivnosti najčešće posjećujete u Porinu:

Postoji li još nešto što bi Vama u Porinu bilo korisno:

Želite li dodati nešto što vas nismo pitali?

Prilog B: Ilustrativni primjer suglasnosti na arapskom jeziku

جامعة زاغرب
كلية الانسانيات والعلوم الاجتماعية
I. Lučića 3, 10000 Zagreb

إستمارة الموافقة على المشاركة في المحادثة

أقر بانني اعلم الغرض من هذه المحادثة ، كما أفهم بانه لن يطم أحدأ بمشاركتي أو إسمي بإستثناء الباحثين والصليب الاحمر الكرواتي والاطباء. وأعلم ايضاً بانني استطيع أن اتخلي عن المشاركة في اي وقت دون اية عواقب سلبية علي. وعليه اوافق بمحض إرادتي على مشاركتي في الحوار عن تجربتي الخاصة في اللجوء والهجرة.

الاسم واللقب: _____
التوقيع: _____
المكان والتاريخ: _____

U prijevodu:

Suglasnost za sudjelovanje u razgovoru

Pristajem na razgovor o vlastitom iskustvu migracije.

Razumijem svrhu ovih razgovora.

Razumijem da osim istraživača, voditelja osoblja Hrvatskog Crvenog križa i liječnika nitko neće imati podatke o mojem sudjelovanju ili imenu.

Znam da mogu odustati od sudjelovanja u bilo kojem trenutku bez loših posljedica po mene.

Ime i prezime: _____

Potpis: _____

Mjesto i datum: _____

Prilog C: Prikaz broja održanih razgovora s obzirom na korišteni jezik u odnosu na zemlju porijekla sugovornika

Zemlja porijekla	Jezik intervjua	N
Sirija, Irak, Maroko, Alžir, Palestina, Libanon, Egipat	Arapski	66
Iran, Afganistan	Perzijski (Farsi)	44
Pakistan	Urdu	4
Nigerija, Eritreja*, Somalija*	Engleski	7
Kosovo*	Hrvatski	1
	Ukupno	122

*Nije službeni jezik zemlje

Prilog D: Matrica korelacija općeg distresa i zadovoljstva životom s psihološkim i socijalnim resursima te socio-demografskim varijablama

	Zadovoljstvo životom	Optimizam	Osobna kontrola	Važnost vjere (općenito)	Važnost vjere (trenutno)	Socijalna podrška	Obrazovanje	Boravak u RH	Napuštanje doma	Dob	Spol
Opći distres	-.306**	-.158	-.154	.020	.223*	-.167	-.255**	.057	.130	.012	-.230*
Zadovoljstvo životom	1	.391**	.057	-.033	-.105	.101	.249**	.042	-.053	.130	-.190*
Optimizam		1	.081	.115	.005	.062	.031	-.117	.005	.074	-.172
Osobna kontrola			1	-.012	.015	.051	-.019	.018	.110	-.210*	.064
Važnost vjere (općenito)				1	.634**	-.121	-.231*	.063	.175	-.008	-.060
Važnost vjere (trenutno)					1	-.074	-.203*	-.070	.104	-.078	-.162
Socijalna podrška						1	.056	.006	-.029	-.095	-.120

**p < 0.01

*p < 0.05