

VOJNI INVALIDI DOMOVINSKOG RATA NA PODRUČJU KRIŽEVACA I POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

Valerija Plačko

UDK 159.942-058.65(497.5)
159.97-058.65(497.5)

Studentski rad
Primljeno: 3. VI. 1999.
Prihvaćeno: 1. IX. 1999.

Sažetak

U ovom istraživanju bavili smo se problemom PTSP-a kod invalida Domovinskog rata, članova HVIDR-e Križevci. Od njenih 157 članova 49 (31%) boluje od PTSP-a. U odnosu na ukupan broj branitelja s ovog područja to iznosi 2,6%, što možemo uzeti kao procjenu donje granice čestine javljanja poremećaja kod ovih branitelja. Također, utvrdili smo da članovi HVIDR-e Križevci koji su bili na ratištu 5 mjeseci i dulje, češće imaju uz fizički i psihički invaliditet, koji je vjerojatno posljedica višestrukog psihičkog traumatiziranja. Nisu utvrđene značajne razlike u vrsti invaliditeta s obzirom na na dob, mjesto stanovanja i stupanj obrazovanja.

Ključne riječi: ratni vojni invalidi, PTSP, Križevci, Domovinski rat.

UVOD

Nakon završetka Domovinskog rata, Republika Hrvatska se suočava s njegovim posljedicama, a jedna od njih su ratni vojni invalidi, kojih ima oko 27 000. Posebni problem predstavljaju invalidi s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). Ovaj poremećaj predstavlja osim privatnoga i društveni problem, jer se kao njegova posljedica kod oboljelih javljaju problemi s obavljanjem radnih zadataka, problemi u obitelji, općenito problemi u odnosima s okolinom, a u nekim slučajevima moguće je i razvijanje ovisnosti o alkoholu ili drogama. U Hrvatskoj su istraživanja PTSP-a, njegova prevencija i liječenje potaknuti Domovinskim ratom. Sigurno je da bi bilo manje slučajeva ovog poremećaja da je psihološka skrb branitelja na samom ratištu mogla biti bolje

Autorica je studentica Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

organizirana. No sada treba što kvalitetnije raditi na saniranju posljedica. Tretman PTSP-a obuhvaća farmakoterapiju i psihoterapiju – individualnu i grupnu. Na žalost, kod nas je relativno slabo zastupljena grupna terapija, a grupa za samopomoć gotovo da i nema. Američka iskustva s ovom vrstom tretmana po-kazuju da se na ovaj način dolazi do emocionalne podrške i razumijevanja ljudi sa sličnim problemom i omogućava sučeljavanje s vlastitim emocijama, što je vrlo korisno pri liječenju PTSP-a.

U Hrvatskoj je PTSP problem o kojem se puno govori, a u javnosti malo zna o njegovoj zastupljenosti i kod branitelja i kod svih vrsti ratnih stradalnika. Bolje poznavanje i demistifikacija problema omogućilo bi njegovo lakše prepoznavanje, preventivu i kvalitetniji tretman. Ovim istraživanjem htjelo se približno utvrditi veličinu ovog problema putem čestine pojavljivanja poremećaja kod invalida članova HVIDR-e Križevci. Primjer Križevaca može poslužiti kao prigodni uzorak, tj. pokazati kolika je približna zastupljenost PTSP-a kod branitelja s područja koja nisu direktno bila zahvaćena ratom.

Problem ovog istraživanja je utvrditi učestalost PTSP-a među članovima HVIDR-e Križevci i približnu učestalost poremećaja kod branitelja s ovog područja. Također, željeli smo utvrditi da li postoji razlika među invalidima Domovinskog rata (na području bivše općine Križevci, a prema podacima HVIDR-e Križevci) s obzirom na vrstu invaliditeta (tjelesni, psihički/PTSP, i kombinirano) neka sociodemografska obilježja (dob, mjesto stanovanja, obrazovanje) i duljinu boravka na ratištu.

TRAUMA

Trauma se definira kao događaj koji je izvan uobičajenog iskustva i koji je izrazito neugodan gotovo za svakoga (Pregrad, 1996.). Naglasak je na intenzitetu događaja, a ne na faktorima koji pojedinca čine osjetljivim na stres. Ističe se da je reakcija na traumu neizbježna i univerzalna.

Reakcije na traumu se javljaju u nekoliko područja: emocionalnom (strah, tuga očaj, ljutnja), misaonom (teškoće s pamćenjem, koncentracijom, poricanje događaja), tjelesnom (bolovi u trbuhu, glavi, znojenje) i području ponašanja (poteškoće u komunikaciji, agresija, povlačenje u sebe, povećana upotreba duhana, alkohola). Sve ove reakcije su normalne u nenormalnim uvjetima, a kad prijeđu određenu granicu, nastaje patološka reakcija na traumu ili PTSP.

Postoje individualne razlike u reakciji na traumu i u trajanju oporavka (Pregrad, 1996.) za što su odgovorni sljedeći činitelji:

- **osobine pojedinca** - osobine ličnosti, kognitivni stil
- **dimenzije traume** - priroda traume (prirodni ili ljudski uzroci), trajanje traume, stupanj traumatiziranosti, tj. broj trauma koje je pojedinac proživio
- **osobine socijalnog okruženja** - razina socijalne podrške.

Kada je trauma intenzivna, a osobni mehanizmi za suočavanje nisu dovoljno jaki, može se javiti PTSP koji je sklop reakcija i promjena ličnosti kao posljedica teže psihotraume (Pregrad, 1996.).

POVIJEST PTSP-a

Tijekom rata vojno osoblje se mora nositi s razornim stresom, a neki se pritom jednostavno slome. Reakcije na proživljene stresne događaje (u ovom kontekstu se razmatraju ratna događanja) poznate su već od antičkih vremena. Kroz povijest, mijenjali su se nazivi, terapija i odnos prema poremećaju, te opis simptoma. Prema Vujčiću (1997.), povjesničari medicine nalaze prvi opis ratne neuroze u Herodotovom prikazu bitke na Maratonskom polju (490. pr. Kr.). Tu se spominje Epizelus koji je iznenada oslijepio tijekom bitke a da nije bio povrijeđen.

Prvi rat u kojem je kao klinički entitet priznata i prepoznata psihička dezintegracija pretrpljena zbog teških okolnosti bitke bio je Američki građanski rat (Davison i Neale, 1999.). Poremećaj se tada nazivao "sindrom nostalgije". Simptomi PTSP-a su tada bili smatrani znakovima kukavičluka i dezerterstva, te posljedicom dugoga izbjivanja od kuće. Tretman je obuhvaćao fizičko i psihičko angažiranje vojnika kako bi zaboravili tegobe, a u krajnjim slučajevima bilo je i strijeljanja.

U Rusko-japanskom ratu, kao simptomi "neurastenične psihoze" navodili su se glavobolja, nemiran san, depresija, iscrpljenost, tremor, a tretman se sastojao od kraćeg bolničkog liječenja.

U Prvom svjetskom ratu koriste se nazivi "ratna neuroza" i *shell-shock* - šok granatiranja. Smatralo se da poremećaj uzrokuju napor, monotonija rovovskog ratovanja i eksplozije granata koje izazivaju kronični potres mozga. Simptomi su mentalna iscrpljenost, glavobolje, sljepilo, konfuzija, histerija. Prema tadašnjim shvaćanjima, treba ignorirati osobe koje pokazuju ove simptome i ne treba razgovarati s njima. Pribjegavalo se i kažnjavanju traumatiziranih, najčešće zatvorom.

Tijekom Drugoga svjetskog rata poremećaj se naziva *combat fatigue* - borbeni zamor. Kao faktori koji utječu na izraženost smetnji ističu se dužina izloženosti stresnom događaju, intenzitet borbenih aktivnosti i kohezivnost grupe. Kao mjera rehabilitacije koristio se duži ili kraći odmor, hipnoza kojom se oživljavaju bolna iskustva (primjenjivano kod američkih vojnika u Francuskoj) – pokazala se korisnom, i dugotrajno psihoanalitičko liječenje (primjenjivano kod američkih vojnika u sjevernoj Africi) koje je imalo slabe rezultate. Uvedene su i mjere prevencije poremećaja: dobar vođa, jačanje kohezivnosti i morala grupe, dobra obuka, jačanje obrambenih mehanizama. U nekim slučajevima još uvijek se primjenjuje kažnjavanje zatvorom pojedinaca koji pokazuju simptome borbenog zamora.

U Korejskom ratu koristi se isti naziv- *combat fatigue*. Kao posebna karakteristika navodi se da su se često na neznatne medicinske simptome (npr. opekline ili ozeblina zbog vremenskih uvjeta) nadovezivali i psihički. Za uklanjanje simptoma korišteni su postupci povećavanja bliskosti među ljudima, održavanje nade i sl. Prevencija se sastojala u vremenskoj ograničenosti izlaganja produženom stresoru, što je dalo vrlo dobre rezultate.

"Vijetnamski sindrom" i "borbeni stres" su nazivi korišteni za poremećaj stečen u Vijetnamskom ratu. Karakteristike poremećaja u ovom ratu su slične onima u Korejskom, ali su još izraženije i često se javlja osjećaj grižnje savjesti. Terapija je obuhvaćala psihološki tretman čiji su učinci često bili umanjivani zbog pada morala, zlouporabe droge i alkohola, te zbog negativnog stava svjetske i američke javnosti o sudjelovanju SAD-a u ratu.

Poremećaj se pod nazivom PTSP prvi puta navodi 1980. u DSM-III (Dijagnostički i statistički priručnik za klasifikaciju mentalnih poremećaja).

DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI IZ DSM IV. ZA PTSP

(Kaplan i Sadock, 1998.)

A. Osoba je bila izložena traumatskom događaju koji je uključivao oba sljedeća događaja:

1. osoba je proživjela, prisustvovala ili se suočila s događajem ili događajima koji su predstavljali izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta;
2. kao odgovor na traumatsku situaciju javio se intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti ili užasnutost.

B. Traumatski događaj stalno se proživljava na jedan (ili više) sljedećih načina:

1. povratna i nametljiva sjećanja na događaj, uključujući slike, misli i percepcije;
2. ponavljanje uznemirujućih snova o događaju;
3. osoba se ponaša i osjeća kao da se traumatski događaj ponovno odvija (osjećaj ponovnog proživljavanja situacije, iluzije, halucinacije, epizode disocijativnih *flashbackova*, uključujući i one koji se javljaju prilikom buđenja ili intoksikacije);
4. intenzivan psihološki distress prilikom izloženosti unutarnjim ili vanjskim podražajima koji simboliziraju ili podsjećaju na traumatski događaj;
5. fiziološka reaktivnost na izlaganje internalnim i eksternalnim podražajima koji predstavljaju ili su slični nekom aspektu traumatskih događaja.

C. Stalno izbjegavanje poticaja vezanih za traumu i otupjelost opće reaktivnosti (koja nije bila prisutna prije traume) indicirana sa tri (ili više) od sljedećih simptoma:

1. nastojanje da se izbjegnu misli, osjećaji ili razgovor vezan za traumu;
2. nastojanje da se izbjegnu aktivnosti, mjesta i osobe koje podsjećaju na traumu;
3. nesposobnost prisjećanja nekog važnog elementa traume;
4. znatno smanjen interes ili sudjelovanje u značajnim aktivnostima;
5. osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba;
6. reduciranost afektiviteta (npr. nesposobnost da se nekoga voli);
7. osjećaj besperspektivnosti (npr. osoba smatra da nikada neće ostvariti brak, karijeru i sl.).

D. Stalni simptomi pojačane pobuđenosti (koji nisu bili prisutni prije traume), indicirani sa dva (ili više) od sljedećih obilježja:

1. otežano usnivanje ili održavanje sna;
2. razdražljivost ili ispadi ljutnje;
3. otežano koncentriranje;
4. hipervigilitet;
5. pretjerana preneraženost.

E. Trajanje smetnji (simptomi kriterija B, C i D) dulje od mjesec dana.

F. Poremećaj uzrokuje klinički značajne smetnje ili oštećenja socijalnog, radnog ili drugoga funkcioniranja.

Poremećaj je:

1. akutan - ako simptomi traju dulje od mjesec dana;
2. kroničan – ako simptomi traju dulje od tri mjeseca.

PTSP s odgođenim početkom – ako se simptomi pojave najmanje 6 mjeseci nakon stresora.

EPIDEMIOLOGIJA PTSP-a

Prema Kaplan i Sadock (1998.), PTSP se javlja kod 1-3% populacije i kod oko 30% vijetnamskih veterana. Kod žena se PTSP javlja dva puta češće nego kod muškaraca, u bilo kojoj dobi, uključujući i djetinjstvo.

Vujčić (1997.) navodi podatke koji se odnose na različite ratove: u Američkom građanskom ratu zabilježeno je 3,3 slučaja na 1 000 vojnika (0,33 %), u Prvom svjetskom ratu 4 slučaja na 1 000 vojnika (0,4 %), u Drugom svjetskom ratu 10 – 30%, u Korejskom 6 %.

Davison i Neale (1999.) navode da se u Drugom svjetskom ratu PTSP javio kod oko 10 % vojnika. Za Vijetnamski rat je zanimljivo što je PTSP bio dosta rijedak tijekom boravka u Vijetnamu i neposredno nakon povratka u SAD – svega oko 1,5 % vojnika pokazivalo je simptome. No, nekoliko mjeseci ili godina nakon povratka kući, sve više veterana je počelo pokazivati simptome. Prema ovim autorima, ovaj broj danas iznosi 15,2 %. Davison i Neale navode da je učestalost PTSP-a veća među Afroamerikancima i Hispanoamerikancima veteranima Vijetnamskog rata nego među bijelcima. To se objašnjava time što su pripadnici rasnih i nacionalnih manjina izravnije sudjelovali u bitkama. Kod žena koje su služile u Vijetnamu, iako ne u izravnim ratnim sukobima, zabilježena je učestalost poremećaja od 9 %.

Tomb (1994.) navodi da se procjene učestalosti PTSP-a kod vojnika kreću i do 38,5%.

ETIOLOGIJA PTSP-a

Za razliku od drugih psiholoških poremećaja, PTSP uključuje pretpostavljenu etiologiju, tj. traumatski događaj. Prediktori PTSP-a nakon izlaganja traumatskom događaju (Davison i Neale, 1999.) su: ženski spol, rano odvajanje od roditelja, obiteljska anamneza poremećaja, prethodni poremećaj (panični ili opsesivno-kompulzivni poremećaj, depresija). Vjerojatnost pojave PTSP-a se povećava s težinom traumatskog događaja (npr. izloženost izravnim borbenim djelovanjima). Među pojedincima s obiteljskom anamnezom poremećaja, čak i mali stupanj izloženosti izravnim borbenim djelovanjima dovodi do velike učestalosti PTSP-a (Davison i Neale,

1999.). Izraelska iskustva s ratom s Libanom 1982. (Davison i Neale, 1999.) pokazuju da je razvoj PTSP-a povezan s depresivnim atribucijskim stilom i sa sklonošću da se osoba sa stresom souči tako što se usredotoči na svoje emocije, a ne na problem.

Mnoge teorije pokušavaju protumačiti nastanak PTSP-a, a najviše u tome imaju uspjeha teorije učenja i kognitivno-bihevioralne teorije koje naglašavaju gubitak kontrole i predvidljivosti kod osoba s PTSP-om. Također je potvrđena biološka teorija PTSP-a prema kojoj trauma oštećuje noradrenergički sustav što uzrokuje povišenu razinu noradrenalina, a time i snažnije izražavanje emocija i osjećaja straha.

Liječenje PTSP-a može biti farmakološko i psihološko. Farmakološko liječenje je opravdano potvrđivanjem teorije o noradrenergičkom poremećaju i time što PTSP spada (prema DSM-IV) u skupinu anksioznih poremećaja, pa se liječi na sličan način. No, Davison i Neale (1999.) navode da se farmakološkim liječenjem postižu skromni rezultati. PTSP se prvenstveno liječi psihoterapijom. Ona može biti:

1. psihoterapija okrenuta prema osobi – cilj je povećati bolesnikovu sposobnost uvida u psihološke konflikte;
2. bihevioralna terapija – temelji se na postavci da se promjena može javiti bez psihološkog uvida u uzroke koji su u podlozi poremećaja;
3. kognitivna terapija – pretpostavlja da neprilagođeno ponašanje nastaje sekundarno na poremećaju u viđenju sebe i kako drugi vide tu osobu. Nastoji se ispraviti te pogrešne pretpostavke i kognitivne procese;
4. skupna terapija – postoje različite skupine: od onih koje daju tek potporu i rade na poboljšanju socijalnih vještina, pa do onih koje su usmjerene na oporavak specifičnih simptoma.

Pregrad (1996.) ističe da je u slučaju PTSP-a kod osobe narušen ili uništen svjetonazor koji je svijet činio razumljivim, sigurnim i predvidljivim, te u pitanje dolazi egzistencija te osobe. Prema ovoj autorici, osnova tretmana je ponovno uspostavljanje osjećaja sigurnosti i davanje smisla traumi. Razrješenje psihotraume može se postići tako da se trauma integrira u postojeći svjetonazor (preporučljivo kod blažih traumatskih iskustava), drugi način je kreiranje paralelnog svjetonazora (trauma postaje nešto što se događa paralelno s postojećim svjetonazorom), a kod teških traumatskih iskustava preporuča se kreiranje novog svjetonazora u koji se trauma može uklopiti.

Bez obzira na vrstu terapije PTSP-a, autori se slažu da je bitna socijalna podrška i osjećaj pripadnosti, te se smatra da su ovi faktori često presudni za nastanak PTSP-a.

RAT I PTSP

Rat je katastrofa ogromnih razmjera koja pogađa većim ili manjim intenzitetom cjelokupno stanovništvo. Posljedice su u tolikoj mjeri traumatične da znatno prelaze sposobnosti ljudi da se s njima nose, a to su osnovni uvjeti za nastanak PTSP-a. Rat je jedna od kolektivno stresnih situacija, no on je namjeren ljudski čin, što utječe

na težinu psiholoških posljedica. Krizmanić (1993.) navodi da čak 80% žrtava katastrofa izazvanih ljudskim djelovanjem ostaju dugotrajne, pa čak i doživotne posljedice u do-življavanju i ponašanju.

U ratu postoje određene skupine koje su naročito izložene stresnim i ugrožavajućim situacijama. To su borci, ranjenici, zarobljenici, prognanici i članovi obitelji navedenih skupina. Ukoliko vrlo ugrožavajuća situacija ne traje predugo, dvije trećine sudionika u ratnim zbivanjima se ubrzo vraća normalnom funkcioniranju, a kod trećine se javljaju simptomi teškoća u prilagodbi (Krizmanić, 1994.).

Ratni invalidi imaju u odnosu na druge invalide poseban status zbog specifičnih okolnosti u kojima je došlo do ozljede. Invalidi se suočavaju s brojnim poteškoćama. Najvažnije je da prihvate svoj gubitak i nauče živjeti s njim, što nije lako jer je potrebno promijeniti mnoge planove, navike, često cjelokupan način života. No, potrebno je i da ih prihvati okolina, što je također teško, često zato što postoje brojne predrasude o invalidima. Tijekom boravka na ratištu vojnici su izloženi brojnim stresnim i traumatskim događajima. To su najčešće ranjavanje, prognaništvo, gubitak imovine, prisutnost pogibji ili ranjavanju bliske osobe, izloženost neprijateljskim napadima, loši vremenski uvjeti, zarobljeništvo i sl. Sve to može pojačati negativne psihološke posljedice invaliditeta i dovesti do raznih psihičkih poteškoća, a to su najčešće PTSP i depresija.

OBRADA I INTERPRETACIJA REZULTATA

Pošto je vrlo komplicirano doći do podataka Ministarstva obrane i Ministarstva branitelja, podaci su dobiveni u HVIDR-i Križevci i u Odjelu za informiranje i odnose s javnošću vojarne "Ban Stjepan Lacković" Križevci. U ovom istraživanju nije obuhvaćen ukupan broj invalida na području bivše općine Križevci (današnje područje grada Križevaca, te općina Kalnik, Sv. Petar Orehovec i Sv. Ivan Žabno), nego samo članovi HVIDR-e. No, većina ratnih vojnih invalida je učlanjena u ovu udругu, pa na temelju ovih podataka možemo dobiti uvid u problem. Iako HVIDR-a u svom nazivu ističe da okuplja vojne invalide, njezini članovi su svi branitelji invalidi – pripadnici HV-a i MUP-a RH zbog čega je također moguće dobiti cjelovitiju sliku o ovom problemu. Zatim treba istaknuti i da su svi članovi HVIDR-e Križevci muškog spola.

U Domovinskom ratu sudjelovali su i pripadnici HV-a i MUP-a. S križevačkog područja u ratu je sudjelovalo 500 pripadnika MUP-a PS Križevci (150 aktivnih i 350 pričuvnih policajaca). Od toga je bilo 42 ranjenih (8,4 %) i 4 poginulih (0,8 %). Pripadnici MUP-a djelovali su prilikom oslobađanja vojarne u Križevcima, u Prekopi, Sunji, Kostajnici, Glini, Grubišnom Polju, Daruvaru, Pakracu.

S područja bivše općine Križevci u Domovinskom ratu sudjelovalo je nekoliko vojnih postrojbi. Neke su tijekom rata rasformirane i reorganizirane. Nakon oslobađanja vojarne u Križevcima (17. 9. 1991.) formirana je 3. bojna iz sastava 117. brigade (3/117). Krajem rujna 1991. postrojba se preustrojava na 3/117 i na 15. mpoad (mješoviti protuoklopni artiljerijski divizion) koji je djelovao u sastavu OG

Posavina (ZP Zagreb). Postrojba 3/117 sastojala se od skoro 600 a 115. mpoad od preko 200 vojnika. 1. veljače 1992. osnovana je 4. bojna, također u sastavu 117. brigade, a brojala je 562 vojnika. Ove postrojbe djelovale su do 1. srpnja 1992. kada se iz njih formira 15. protuoklopna topničko-raketna brigada (POTrbr). Navedene postrojbe ratovala su na području Starog Grabovca, Pokupskog, Pakraca, Novske, Popovca. 15. POTrbr djeluje na petrinjsko–glinskom bojištu, za vrijeme BLJESKA na području Nove Gradiške, a u OLUJI na području Petrinje i Gline, te u istočnoj Slavoniji (Babić, 1995). Prema ovim podacima s područja bivše općine Križevci u Domovinskom ratu sudjelovalo je oko 1370 vojnika. Od toga je ranjeno njih preko 100 (prema podacima Odjela za informiranje i odnose s javnošću vojarne "Ban Stjepan Lacković" Križevci), što iznosi oko 8 %. Poginula su 33 pripadnika HV-a s područja općine Križevci, tj. njih 2,4 %.

Ako objedinimo podatke za MUP i HV, dobit ćemo podatak da je s područja općine Križevci u Domovinskom ratu sudjelovalo oko 1870 branitelja, od čega je bilo ranjeno njih oko 150 (8 %), a poginulo 37 (2 %).

TABLICA 1 Broj branitelja, pripadnika HV-a i MUP-a, te broj i postotak ranjenih i poginulih s područja općine Križevci

	HV	MUP	ukupno
ukupan br. branitelja	1370	500	1870
br. i % ranjenih	108 (8%)	42 (8,4%)	150 (8%)
br. i % poginulih	33 (2,4%)	4 (0,8%)	41 (2%)

HVIDR-a je dragovoljna udruga hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata čiji je cilj socijalna i pravna zaštita članova. Svoje ciljeve HVIDR-a ostvaruje putem sudjelovanja i potpore u radu državnih institucija RH, reprofesionalizacijom i zapošljavanjem članova, aktivnim sudjelovanjem članova u svim oblicima društvenoga i političkog života, itd. (*Statut udruge HVIDR-e Križevci, 1997.*)

HVIDR-a Križevci ima 157 članova (prema podacima iz svibnja 1999.). Od toga je 108 članova (69 %) s tjelesnim invaliditetom, 36 (23%) sa psihičkim invaliditetom/PTSP, a 13 članova (8 %) ima obje vrste invaliditeta. Prema tome, ukupno 31 % članova boluje od PTSP-a. U odnosu na ukupan broj branitelja iz općine Križevci, invalida ima 8,4 %. Prema istom kriteriju, branitelja sa samo tjelesnim invaliditetom ima 5,8 %, od PTSP-a boluje oko 2,63 % branitelja invalida: 1,93 % ima samo psihički invaliditet, a 0,7 % obje vrste invaliditeta.

TABLICA 2 Zastupljenost pojedine vrste invaliditeta kod članova HVIDR-e KŽ

	Vrsta invaliditeta		
	tjelesni invaliditet	psihički invaliditet	obje vrste invaliditeta
br. članova	108	36	13
% članova	69%	23%	8%

TABLICA 3 Zastupljenost pojedine vrste invaliditeta kod članova HVIDR-e KŽ u odnosu na ukupan broj branitelja (N = 1870) s područja općine

	Vrsta invaliditeta			Ukupno
	tjelesni invaliditet	psihički invaliditet	obje vrste invaliditeta	
br. invalida	108	36	13	157
% invalida	5,8%	1,93%	0,7%	8,4%

U podacima iz literature navodi se da je učestalost PTSP-a kod vijetnamskih veterana 30 % (Kaplan i Sadock, 1998.). I Krizmanić (1994.) navodi sličan podatak – oko trećine ratnih sudionika ima teškoće u prilagodbi. Podaci iz ranijih ratova govore o manjoj čestini javljanja poremećaja. To je vjerojatno zbog toga što je postojanje i status poremećaja bio upitan i teško je bilo evidentirati sve slučajeve. Velik broj veterana Vijetnamskog rata s PTSP-om, tj. višestruko povećanje broja veterana s PTSP-om nekoliko mjeseci ili godina nakon povratka u SAD (s 1,5% na 30%, a danas ih od PTSP-a boluje oko 15,2%), Davison i Neale (1999.) objašnjavaju time što su veterani bili neprijateljski dočekani. Mnogi od njih su se vratili iz Vijetnama s predispozicijama za razvoj PTSP-a, a negativni stavovi javnosti o sudjelovanju SAD-a u ratu i izostanak socijalne podrške omogućili su razvoj PTSP-a. Pretpostavlja se da su stresori iz rata vojnike senzibilizirali da snažnim stresom reagiraju na često neprijateljski doček.

U našem slučaju važno je naglasiti nekoliko stvari. Kao prvo, zastupljenost PTSP-a od 2,63 % je relativno niska u odnosu na navedene podatke (30%, prema Kaplan i Sadock, 1998.). Prema tom broju može se zaključiti da je zastupljenost PTSP-a kod branitelja s područja općine Križevci slična onoj kod vijetnamskih veterana tijekom boravka u Vijetnamu i neposredno nakon povratka u SAD (1,5%, prema Davison i Neale, 1999.). Iz tog podatka na prvi pogled možemo zaključiti i da se učestalost PTSP-a kod ovih branitelja ne razlikuje od one koja se navodi za opću populaciju (1-3%, prema Kaplan i Sadock, 1998.). Manja učestalost PTSP-a zabilježena je, prema Vujčić (1997.) jedino u Američkom građanskom ratu (0,33%) i u Prvom svjetskom ratu (0,4%). No, kao što je već navedeno, opravdano je pretpostaviti da u tim ratovima mnogi slučajevi nisu bili zabilježeni. Naši podaci također nisu potpuni. Naime, raspoložemo samo s podacima HVIDR-e Križevci, tj. poznat nam je broj invalida članova HVIDR-e Križevci sa PTSP-om. Nije nam poznat ukupan broj invalida sa PTSP-om (no, on je vjerojatno tek nešto veći od broja članova HVIDR-e koji boluju od PTSP-a). Zatim, nije nam poznat broj branitelja izliječenih od poremećaja. No, vjerojatno postoji i relativno velika "tamna brojka" – broj branitelja koji su bolovali, ili još uvijek boluju od PTSP-a, a nisu registrirani niti liječeni. Razloga da se sumnja, ima više. Opravdano je pretpostaviti da je većina vijetnamskih veterana sa simptomima PTSP-a evidentirana i zbrinuta zbog organiziranosti i iskustva američke vojske i psihologa u vezi s PTSP-om. SAD je jedna od vodećih sila u svijetu, pa tako i u vojnom, ekonomskom i psihologijskom smislu. Američki psiholozi intenzivno su se bavili problemom PTSP-a zbog čestog sudjelovanja SAD-a u ratovima. U Hrvatskoj se počelo više voditi računa

o problemu PTSP-a tek tijekom Domovinskoga rata. Vojska je u početku rata bila dosta neorganizirana, tako da je bilo teško djelovati u smislu prevencije PTSP-a. U literaturi se navodi da je razlog visoke zastupljenosti PTSP-a kod vijetnamskih veterana nedostatak socijalne podrške. U Hrvatskoj to nije slučaj, ali branitelji su se suočili s drugom vrstom stresa – lošom međunarodnom političkom situacijom Hrvatske, ratnom ugroženošću članova vlastite obitelji, egzistencijalnim problemima, razočaranjem zbog neostvarivanja prava i sl. Iz toga slijedi da jedan dio slučajeva nije evidentiran zbog loše organiziranosti. Nadalje, razlog neevidentiranja poremećaja je i kulturalan. U SAD-u ljudi su skloniji potražiti stručnu psihološku pomoć (psihologa ili psihijatra). U našim krajevima se još uvijek često ljudima koji traže pomoć zbog svojih psihičkih problema i tegoba pridjeva negativna etiketa. Također postoji i stereotip muškarca koji mora biti neustrašiv i nesalomljiv, a simptomi PTSP-a se smatraju znakom slabosti. Kao što navodi Vujčić (1997.), PTSP je čak i u Drugom svjetskom ratu bio djelomično tako tretiran i kažnjavao se zatvorom, a u Američkom građanskom ratu i strijeljanjem. Stoga su ljudi skloni prikrivati svoje poteškoće i sami izlaziti s njima na kraj. Ali to je teško kad je poremećaj izražen i tada može postati još složeniji i voditi k drugim problemima. Često su to obiteljski i socijalni problemi, problemi na poslu. Pregrad (1996.) navodi da je jedna od posljedica stresa i traume na području ponašanja i povećano konzumiranje alkohola. Kod vijetnamskih veterana (Vujčić, 1997.) zabilježena je zlouporaba alkohola i droga. Ako se uzme u obzir da je u našim krajevima stopa alkoholizma relativno visoka, te da postoji "kultura pijenja", kod neliječenog PTSP-a postoji opasnost od stvaranja ovisnosti. Bilo bi potrebno provjeriti da li se stopa ovisnosti povećala od 1990. i da li među braniteljima postoji veća učestalost ovisnosti nego što bi se to moglo očekivati po slučaju.

Na kraju treba spomenuti da, na žalost, za PTSP nikad nije kasno, jer on se može javiti i više godina nakon proživljavanja traume, a Domovinski rat nije bio tako davno.

Iz svega ovoga može se zaključiti da je ovaj podatak o zastupljenosti PTSP-a od 2,63% kod ove skupine branitelja samo procjena donje granice stvarne učestalosti poremećaja.

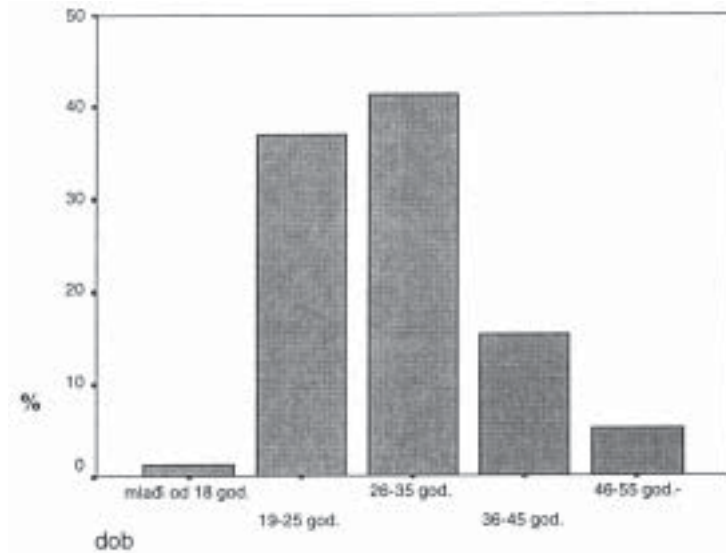
No, postoje i okolnosti koje su u ovom ratu pridonijele smanjenju potencijalnog broja oboljelih od PTSP-a. Najprije je to visoka motiviranost – obrana i uspostavljanje hrvatske države, u čemu je javnost u potpunosti podržavala branitelje. Ta činjenica predstavlja bitnu razliku u odnosu na Vijetnamski rat (o čemu je već pisano) u kojem je zabilježena visoka stopa učestalosti PTSP-a. Zatim, u odnosu na isti rat, naši branitelji su kraće boravili na ratištu (o tome će biti govora kasnije).

Iz naših rezultata je uočljivo da većina invalida (njih 69%) ima samo tjelesni invaliditet. Taj podatak se ne može u potpunosti objasniti navedenim olakotnim okolnostima, jer ranjavanje i ugroženost vlastitog života je vrlo traumatično iskustvo. HVIDR-a naglašava da je, prema njihovim iskustvima (na državnoj razini), ekonomski aspekt često bio presudan za razvoj PTSP-a. To potkrepljuju time što, također prema njihovim iskustvima, vrlo malo invalida s visokim stupnjem tjelesnog oštećenja, a oni su ekonomski najbolje zbrinuti od strane države, ima PTSP. No, razlog tome mogla bi biti i činjenica da su ranjeni branitelji tijekom boravka u bolnici bili i psihološki zbrinuti i uključeni u tretman.

Dob i invaliditet

Sljedeći problem ovog istraživanja bio je utvrditi da li se invalidi s različitom vrstom invaliditeta značajno razlikuju po dobi.

GRAF 1 Zastupljenost (u %) pojedinih dobnih skupina među članovima HVIDR-e KŽ



TABLICA 4 Odnos vrste invaliditeta i dobi članova HVIDR-e KŽ

		vrsta invaliditeta			Total
		tjelesni	psihčki	obje vrste	
dob	mlađi od 18 god.	Count 1 ,9%	1 2,8%		2 1,3%
	19-25 god.	Count 49 45,4%	6 16,7%	3 23,1%	58 36,9%
	26-35 god.	Count 38 35,2%	21 58,3%	6 46,2%	65 41,4%
	36-45 god.	Count 16 14,8%	5 13,9%	3 23,1%	24 15,3%
	46-55 god.	Count 4 3,7%	3 8,3%	1 7,7%	8 5,1%
Total		Count 108 100,0%	35 100,0%	13 100,0%	157 100,0%

Chi-Square Testa

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,140 ^a	8	,107
Likelihood Ratio	13,757	8	,088
Linear-by-Linear Association	5,083	1	,024
N of Valid Cases	157		

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than

5. The minimum expected count is ,17.

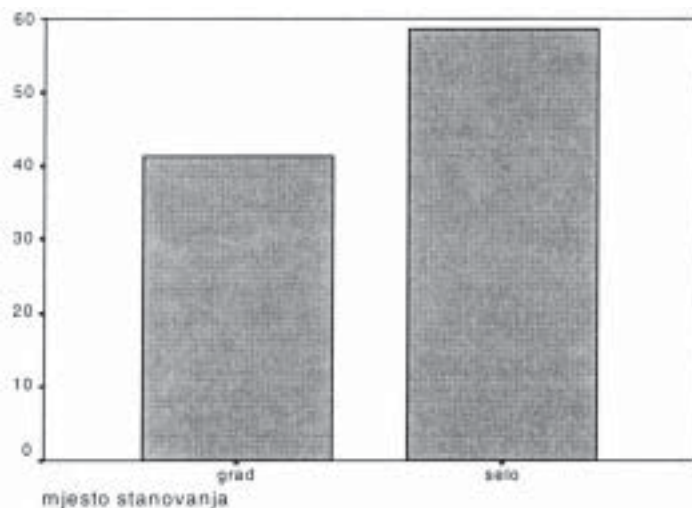
Prema rezultatima hi-kvadrat testa, ne postoji razlika po dobi kod invalida s različitim vrstom invaliditeta. To znači da ne postoji određena dobna skupina kod koje bi bila posebno izražena jedna od vrsti invaliditeta. Iz toga se može zaključiti da su branitelji svih dobnih skupina podjednako bili izloženi ratnim opasnostima i stradavanju. Osim toga, ovaj podatak se slaže i sa Kaplan i Sadock (1998.) prema kojima podložnost PTSP-u nije u vezi s dobi. Međutim, vrijednost hi-kvadrat testa je blizu granične vrijednosti. Iz Tablice 4., tj. iz proporcija u pojedinim ćelijama, može se primijetiti tendencija da invalidi u dobi od 19-25 godina češće imaju tjelesni invaliditet (45,4%), nego što bi se to moglo očekivati prema slučaju.

Iz GRAFA 1. vidljivo je da je najviše invalida doživjelo traumu (fizičku / psihičku) u dobi od 26-35 godina (41%) i u dobi od 19-25 godina (37%). Ukupno 78% invalida je traumatizirano u dobi od 19-35 godina. To su mladi ljudi koji bi trebali biti na vrhuncu svoje radne sposobnosti i doprinostiti ekonomskom napretku zajednice - države, a zbog svog invaliditeta su u tome onemogućeni. Osim toga, imaju i velikih osobnih poteškoća: moraju se odreći mnogih životnih planova i moraju se priviknuti i na novi način života.

Mjesto stanovanja i invaliditet

Sljedeći problem bio je provjeriti da li postoji razlika u vrsti invaliditeta s obzirom na mjesto stanovanja.

GRAF 2 Zastupljenost stanovanja u gradu / selu članova HVIDR-e KŽ



TABLICA 5 Odnos mjesta stanovanja i vrste invaliditeta članova HVIDR-e KŽ

			tjelesni invaliditet	psihčki invaliditet	obje vrste invaliditeta	Total
mjesto	grad	Count % within vrsta invaliditeta	40 37,0%	18 50,0%	7 53,8%	65 41,4%
	selo	Count % within vrsta invaliditeta	68 63,0%	18 50,0%	6 46,2%	92 58,6%
Total		Count % within vrsta invaliditeta	108 100,0	36 100,0	13 100,0	157 100,0

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,775 ^a	2	,250
Likelihood Ratio	2,753	2	,252
Linear-by-Linear Association	2,585	1	,108
N of Valid Cases	157		

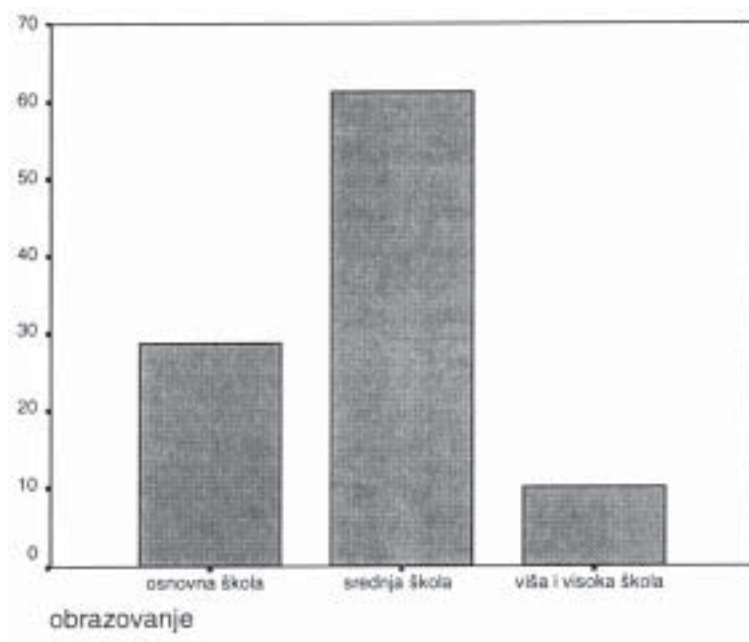
a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5.
The minimum expected count is 5,38.

Ni ova hipoteza nije potvrđena, tj. ne postoji razlika u vrsti invaliditeta s obzirom na mjesto stanovanja. To znači da su branitelji koji žive u gradu i oni koji žive u selu bili u jednakoj mjeri ugroženi ratnim zbivanjima. Zatim, rezultat ukazuje i na to da razlike u načinu života u gradu/selu ne doprinose većoj/manjoj podložnosti PTSP-u, što potvrđuje univerzalnost utjecaja traumatskih događaja (Pregrad, 1996.). Iz GRAFA 2. je vidljivo da je većina branitelja sa sela (59 %). Prema *Popisu stanovništva* (1991.), stanovništvo općine Križevci bilo je pretežno seosko (71%), što znači da je bilo više branitelja iz grada nego što bi se to moglo očekivati prema demografskoj slici. No treba uzeti u obzir da je seosko stanovništvo uglavnom starije dobi, a većina branitelja je mlađa od 35 godina, pa vjerojatno ova struktura nije različita od slučajne.

Obrazovanje i invaliditet

Treći problem bio je provjeriti da li postoji razlika među braniteljima s različitim vrstama invaliditeta s obzirom na obrazovanje.

GRAF 3 Zastupljenost pojedinog stupnja obrazovanja (u%) kod članova HVIDR-e KŽ



TABLICA 6 Odnos obrazovanja i invaliditeta kod članova HVIDR-e KŽ

			vrsta invaliditeta			Total
			tjelesni invaliditet	psihčki invaliditet	obje vrste invaliditeta	
obrazovanje	osnovna škola	Count % within vrsta invaliditeta	32 29,6%	9 25,0%	4 30,8%	45 28,7%
	srednja škola	Count % within vrsta invaliditeta	66 61,1%	23 63,9%	7 53,8%	96 61,1%
	viša i visoka škola	Count % within vrsta invaliditeta	10 9,3%	4 11,1%	2 15,4%	16 10,2%
Total		Count % within vrsta invaliditeta	108 100,0	38 100,0	13 100,0	157 100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,847 ^a	4	,932
Likelihood Ratio	,814	4	,937
Linear-by-Linear Association	,265	1	,606
N of Valid Cases	157		

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

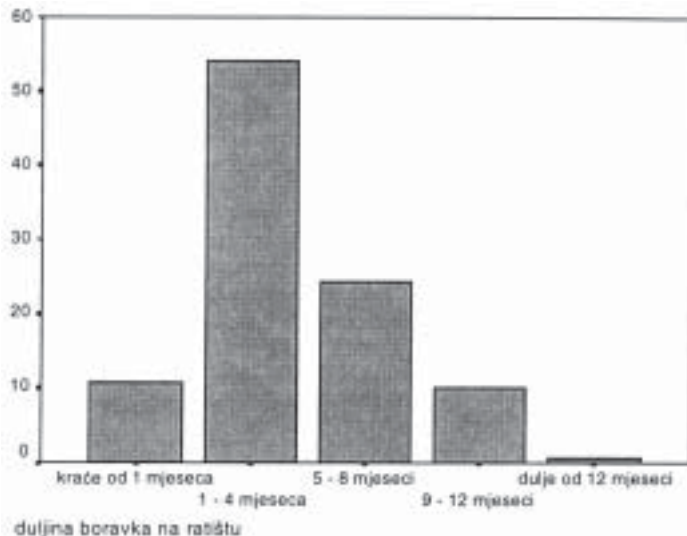
Ova hipoteza također nije potvrđena. Rezultat pokazuje da su svi invalidi, neovisno o stupnju obrazovanja, podjednako intenzivno sudjelovali u ratnim zbivanjima, te da stupanj obrazovanja nije u vezi s vrstom invaliditeta, što je još jedna potvrda stajalištu o univerzalnosti traume (Pregrad, 1996.).

Graf 3. pokazuje da najveći broj invalida (61 %) ima srednjoškolsko obrazovanje, osnovnu školu ima njih 29 %, a višu ili visoku 10 %. Srednjoškolsko i osnovnoškolsko obrazovanje najčešće su povezani s fizičkim i obrtničkim poslovima, što znači da najveći broj invalida (oko 70%) vjerojatno više nikad neće biti sposobno za svoja prijašnja zanimanja. Da bi se riješio ovaj problem i zaposlili invalidi – oni često ističu da hoće raditi iako su invalidi, a njihovo zapošljavanje je i u interesu države – potrebno je prekvalificirati ih i osposobiti za nova zanimanja.

Duljina boravka na ratištu i invaliditet

Sljedeća hipoteza odnosi se na provjeru značajnosti razlike između vrste invaliditeta i duljine boravka na ratištu.

GRAF 4 Duljina boravka na ratištu članova HVIDR-e KŽ



TABLICA 7 Odnos duljine boravka na ratištu i vrste invaliditeta članova HVIDR-e KŽ

		vrsta invaliditeta			Total	
		tjelesni invaliditet	psihički invaliditet	obje vrste invaliditeta		
duljina boravka na ratištu	kraće od 1 mjeseca	Count % within vrsta invaliditeta	15 14,8%	1 2,8%	17 10,8%	
	1 - 4 mjeseci	Count % within vrsta invaliditeta	56 51,9%	24 66,7%	5 38,5%	85 54,1%
	5 - 8 mjeseci	Count % within vrsta invaliditeta	27 25,0%	7 19,4%	4 30,8%	38 24,2%
	9 - 12 mjeseci	Count % within vrsta invaliditeta	9 8,3%	3 8,3%	4 30,8%	16 10,2%
	dulje od 12 mjeseci	Count % within vrsta invaliditeta		1 2,8%		1 ,5%
Total	Count % within Vrsta invaliditeta	108 100,0	36 100,0	13 100,0	157 100,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,733 ^a	8	,033
Likelihood Ratio	16,603	8	,035
Linear-by-Linear Association	6,482	1	,011
N of Valid Cases	157		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Rezultati hi-kvadrat testa pokazuju da je u ovom slučaju razlika značajna i da postoji razlika između vrste invaliditeta i duljine boravka na ratištu. Iz Tablice 7 vidljivo je da su branitelji koji imaju obje vrste invaliditeta češće boravili od 5-8, tj. od 9-12 mjeseci na ratištu. Ovaj rezultat znači da su invalidi koji su doživjeli traumu u prva četiri mjeseca boravka na ratištu vrlo brzo zadobili ili tjelesnu ozljedu – njih 73 ili 46 % (od 157) - (djelomično zbog neiskustva, a djelomično jer su se našli u krivo vrijeme na krivom mjestu) ili počeli pokazivati simptome PTSP-a – njih 25 ili 16 % (od 157) - (zbog nedostatnih mehanizama suočavanja sa stresom i traumom ili zbog jedne intenzivne traume). Kod invalida koji su na ratištu proveli 9 mjeseci ili više (N = 17) njih 9, tj. 53 % (od 17) ima samo fizički invaliditet, a njih 4, tj. 24 % (od 17) ima samo psihički (mogući razlog je višestruko traumatiziranje).

Iz GRAFA 4 vidljivo je da je najveći broj invalida na ratištu proveo do 4 mjeseci – njih 102, odnosno 65 % (od 157), što je relativno kratko. Među njima ima 29 od 102 (28 %) invalida sa PTSP-om, odnosno 60 % u odnosu na ukupan broj invalida sa PTSP-om (49). To znači da je 60 % od ukupnog broja invalida sa PTSP-om bilo traumatizirano u prva 4 mjeseca boravka na ratištu.

Radi jasnije interpretacije povezanosti duljine boravka na ratištu s vrstom invaliditeta, drugačije ćemo grupirati rezultate. Duljinu boravka na ratištu podijelit ćemo u dvije kategorije:

1. kratki boravak – do 4 mjeseca
2. dugi boravak – 5 mjeseca i dulje.

TABLICA 8 Odnos vrste invaliditeta i duljine boravka na ratištu

DULJINA BORAVKA	VRSTA INVALIDITETA			Ukupno
	tjelesni invaliditet	psihički invaliditet	obje vrste invaliditeta	
kratki boravak	73	25	4	102 (65%)
dugi boravak	35	11	9	55 (35%)
Ukupno	108 (69%)	36 (23%)	13 (8%)	157 (100%)

hi-kvadrat = 7,34 df = 2 p < 0,05

Hi-kvadrat test je značajan na 5 %, što znači da postoji povezanost između duljine boravka na ratištu i vrste invaliditeta. Da bismo utvrdili gdje je ta razlika, potrebno je provesti još 3 hi-kvadrat testa – usporediti svaku od kategorija invaliditeta sa ostale dvije.

TABLICA 9 Odnos vrste invaliditeta i duljine boravka na ratištu

DULJINA BORAVKA	VRSTA INVALIDITETA		
	tjelesni invaliditet	ostale vrste invaliditeta	Ukupno
tjelesni invaliditet	73	29	102 (65%)
dugi boravak	35	20	55 (35%)
Ukupno	108 (69%)	49 (31%)	157 (100%)

hi-kvadrat = 1,04 df = 1 p > 0,05

Hi-kvadrat test nije značajan, što znači da se tjelesni invalidi ne razlikuju značajno od ostalih prema duljini boravka na ratištu.

TABLICA 10 Odnos vrste invaliditeta i duljine boravka na ratištu

DULJINA BORAVKA	VRSTA INVALIDITETA		
	psihički invaliditet	ostale vrste invaliditeta	Ukupno
kratki boravak	25	77	102 (65%)
dugi boravak	11	44	55 (35%)
Ukupno	36 (23%)	121 (77%)	157 (100%)

hi-kvadrat = 0,41 df = 1 p > 0,05

Hi-kvadrat test nije značajan, što znači da se psihički invalidi ne razlikuju značajno od ostalih vrsta invalida po duljini boravka na ratištu.

TABLICA 11 Odnos vrste invaliditeta i duljine boravka na ratištu

DULJINA BORAVKA	VRSTA INVALIDITETA		
	obje vrste invaliditeta	ostale vrste invaliditeta	Ukupno
kratki boravak	4	98	102 (35%)
dugi boravak	9	46	55 (35%)
Ukupno	13 (8,3%)	144 (91,7%)	157 (100%)

hi-kvadrat = 5,75 df = 1 p ž 0,05

Ova vrijednost hi-kvadrat testa je značajna na 5%, što znači da se invalidi s obje vrste invaliditeta značajno razlikuju po duljini boravka od drugih vrsta invaliditeta (tjelesnog i psihičkoga). Ako pogledamo u Tablicu 11, vidjet ćemo da je broj invalida s obje vrste oštećenja, a koji su na ratištu bili 5 mjeseci i dulje, veći nego što bi trebao biti po slučaju. Drugim riječima, branitelji koji su bili duže vremena na ratištu, češće su uz tjelesno ranjavanje bili i teže psihički traumatizirani. Koeficijent kontingencije (C) izračunat iz vrijednosti hi-kvadrata iznosi 0,19 i ukazuje na srednju razinu povezanosti između dugog boravka na ratištu i zadobivanja obje vrste invaliditeta. Iz ovoga možemo zaključiti da je duljina boravka povezana s vrstom invaliditeta na način da su branitelji koji su bili ranjeni tijekom duljeg boravka na ratištu skloniji obolijevanju od PTSP-a. To je vjerojatno stoga što su branitelji koji su bili dulje na ratištu bili višestruko psihički traumatizirani različitim ratnim zbivanjima, a ranjavanje je bila ona trauma koja se akumulirala na prethodne i svojim snažnim djelovanjem potakla razvoj PTSP-a.

ZAKLJUČAK

HVIDR-a Križevci ima 157 članova od čega su 108 (69%) tjelesni invalidi, 36 (23%) psihički, a 13 (8%) imaju obje vrste invaliditeta. Prema tome, 49 (31%) od ovih branitelja boluje od PTSP-a, što u odnosu na ukupan broj branitelja s ovog područja (1870) iznosi 2,6%. U usporedbi s podacima iz literature (najčešće se navodi primjer Vijetnamskog rata sa učestalošću PTSP-a od oko 30% kod američkih vojnika) to je relativno malo. Ovaj podatak se objašnjava time što su u Domovinskom ratu bili prisutni neki činici koji su vjerojatno smanjili potencijalni broj oboljelih. Osim toga, nismo uzeli u obzir sve evidentirane kao oboljele i liječene od PTSP-a, a prisutan je i određeni broj neevidentiranih slučajeva. Prema tome, veličinu od 2,6 % možemo uzeti kao procjenu donje granice učestalosti PTSP-a kod ove skupine branitelja. Ustvrdili smo da se invalidi s različitim vrstama invaliditeta ne razlikuju značajno po dobi, mjestu stanovanja i obrazovanju, ali se razlikuju po duljini boravka na ratištu. Prema rezultatima hi-kvadrat testa ($hi\text{-kvadrat} = 5,75$ $df = 1$, $p < 0,05$), invalidi koji su bili na ratištu 5 mjeseci i dulje, češće, uz tjelesni invaliditet imaju i psihički.

Iz navedenoga se može zaključiti da problem PTSP-a kod branitelja u ovoj sredini nije pretjerano izražen, ali je potrebno raditi na poboljšanju tretmana, ali i na otkrivanju neevidentiranih slučajeva.

Literatura

- Babić, Mate (1995.) *Križevci u Domovinskom ratu*. Križevci: Poglavarstvo grada Križevaca.
- Davison, Gerald, C. i Neale, John, M. (1999.) *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kaplan, Harold, I. i Sadock, Benjamin, J. (1998.) *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Krizmanić, Mirjana i sur. (1994.) *Psihološka pomoć ratnim stradalnicima*. Zagreb:Dobrobit.
- Krizmanić, Mirjana (1993.) *Ublažavanje i uklanjanje psiholoških posljedica rata*. Zagreb: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.
- Popis stanovništva*. Zagreb: Republički zavod za statistiku Republike Hrvatske. 1992.
- Pregrad, Jasenka (1996.) *Stres, trauma, oporavak*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć
- Statut Udruge hrvatskih vojnih invalida Domovinskog rata Križevci* (1997.). Križevci: HVIDR-a
- Tomb, D. A. (1994.) "Posttraumatic stress disorder" *The psychiatric clinics of North America* 17(2):237-289. Phyladelphia: Saunders Company
- Vujčić, Vladislav (1997.) "PTSP kroz povijest" *psiha* 3(9):12-13. Zagreb: "4P"d.o.o.

DISABLED VETERANS OF THE PATRIOTIC WAR IN THE KRIŽEVCI AREA AND THE POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Valerija Plačko

Summary

The research deals with the PTSD among the disabled Croatian veterans who are members of the HVIDRA local Križevci. Among its 157 members, 49 (or 31%) suffer from the PTSD. This equals to 2.6% of all veterans in the area, which is considered to be the low occurrence barrier among them. Also, it is found that HVIDRA local Križevci members with 5 and more months of combat experience suffer more often from psychological disabilities in addition to their physical ones, probably due to multiple traumatic experiences. No significant differences were determined in relation to age, place of residence and education.

Keywords: Disabled veterans, PTSD, Križevci, Patriotic War.