



**PROCENA
ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA
U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE**

I Z V E Š T A J



**Novi Sad,
Decembar 1999.**

IZDAVAČ:**Novosadski humanitarni centar (NSHC)**

Vojvođanskih brigada 28/1, Novi Sad
T/F: +381 21 422-969, 423-024, 423-021
nshc@eunet.yu www.nshc.org.yu

Sva prava zadržana. Nijedan deo ove publikacije ne sme se reprodukovati, snimiti niti preneti u elektronskoj i drugoj formi bez pisane dozvole NSHC-a.

UREDNIK:

Perica Mandić, direktor programa NSHC-a

IZVEŠTAJ PRIPREMILA:

Dr med. *Danijela Korać*, koordinator istraživanja

SARADNICI NA ISTRAŽIVANJU:

Prim. dr *Slobodan Trajković*, pedijatar
Mr sci. med. dr *Branko Miličević*, specijalista kliničke patofiziologije
Dr med. *Nada Kardum*, specijalista opšte medicine
Dr med. *Ljiljana Bjelobaba – Gajić*, pedijatar
Dr med. *Igor Stojanović*, psihijatar
Dr med. *Aljoša Mandić*
Dr med. *Radmila Lacmanović*
Dr med. *Vanja Pantović*
Dr med. *Uroš Batranović*
Olivera Ješić, dipl. psiholog

LEKTOR:

Srećko Divković

PREVODILAC:

Milica Karanov

KARAKTERISTIČNE SKRAĆENICE U TEKSTU

- Novosadski humanitarni centar - NSHC
- Kolektivni centri u Vojvodini – KCV ili KC ili centri
- Specijalni medicinski program – SMP
- Visoki komesarijat UN za izbeglice - UNHCR
- Međunarodni komitet za pomoć - IRC
- Procena zdravlja izbeglica smeštenih u kolektivne centre u Vojvodini - Procena ili Projekt

SADRŽAJ

Predgovor	3
Uvod	4
Opšte karakteristike	4
Socijalno – ekonomski kontekst i postavljanje problema	5
Ciljevi Procene	6
Metod rada	6
Vreme realizacije projekta	6
Uzorak	7
Tehnike i instrument ispitivanja	7
Rezultati i diskusija	7
Faktori rizika po zdravlje izbeglica u kolektivnim centrima	9
Faktori rizika životne sredine	9
Stanovanje	9
Snabdevanje vodom	13
Uklanjanje tečnih otpadnih materija	14
Uklanjanje čvrstih otpadnih materija	14
Dostupnost i kvalitet zdravstvene zaštite	15
Ishrana	17
Indikatori zdravstvenog stanja	18
Fizičko zdravlje	18
Mentalno zdravlje	20
Prioritetni slučajevi	22
Problemi izbeglica u kolektivnom smeštaju i iskazane potrebe	23
Pregled osnovnih faktora rizika	23
Predlozi mera za rešavanje problema i preporuke za budući rad	24
Zaključak	25
Literatura	26
Prilog 1. Spisak kolektivnih centara	27

PREGOVOR

Brza procena zdravlja izbeglica smeštenih u kolektivne centre u Vojvodini složen je istraživački poduhvat, urađen za kratko vreme (u toku poslednjih pet sedmica 1999.g.). Posete izbeglicama u kolektivnim centrima i ispitivanje indikatora njihovog zdravlja, bile su praćene zdravstvenim radom naših lekara u okviru ciljeva Specijalnog medicinskog programa, a ponegde, gde smo to mogli, i drugim socijalno-humanitarnim akcijama.

Intezivni terenski rad angažovao je interdisciplinarni tim stručnjaka, većinu materijalno-tehničkih resursa i ukupno 21 saradnika i volontera Novosadskog humanitarnog centra. U toku realizacije *Procene* saradnici NSHC-a su, u okviru 58 odlazaka na teren, posetili 148 kolektivnih centara, i pri tome prešli preko 11.000 km.

Otkako je izbeglištvo postalo naša realnost i neodvojivi deo slike našeg poratnog društva, koje poslednjih godina sve više tone u duboku ekonomsku i političku krizu, koliko nam je poznato, nije sprovedeno slično istraživanje zdravlja marginalizovanih izbeglica, smeštenih u kolektivne centre. Obavljeno ispitivanje na terenu pokazalo se kao veoma dobar temelj za dalje istraživanje fenomena zdravlja i modela zaštite zdravlja izbeglica, te za dalje racionalno i efikasno organizovanje humanitarnih akcija.

Procena zdravstvenog stanja izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine dobila bi punu naučnu i eksternu vrednost, a dobiveni rezultati visok nivo upotrebljivosti, ukoliko bi se ubuduće komparirali sa zdravstvenim stanjem izbeglica u privatnom smeštaju, domicilnom populacijom u okruženju; uporedili sa populacijom u susednim i drugim zemljama, te ako bi se posmatrali odnosu na raniji period, naročito pre rata i izbeglištva. Za takvu procenu bilo bi potrebno longitudinalno istraživanje i uvid u objektivne pokazatelje zdravstvenog stanja.

Jedan od glavnih problema u realizaciji ovog *Projekta* bio je veoma kratak rok za pripremu i rad na terenu, i za završnu obradu i analizu podataka. Na ruku nam nije išlo ni veoma hladno vreme i putevi (neraščišćeni i u lošem stanju).

Kada je u pitanju etičnost sprovedenog istraživanja, *Procena* nije prouzrokovala neprijatnosti i neugodnosti kod izbeglica. Naprotiv, izbeglice su sa poverenjem primile naše saradnike i prihvatile da će podaci, koje smo dobili putem intervjua i posmatranja, biti upotrebljeni samo u naučne svrhe i za očuvanje njihovog zdravlja, te za poboljšavanje njihove ukupne situacije.

Istraživanje smo doživeli kao ličnu i razvojnu šansu NSHC-a, pa je rad na ovom Projektu iskorišćen za dodatnu obuku saradnika (kako za realizaciju projekata istraživačkog karaktera, tako i za osposobljavanje za specifičan rad u nevladinoj organizaciji).

Veoma smo zahvalni novosadskoj kancelariji UNHCR-a, posebno šefu kancelarije, gospodinu Yvanu Sturm, na značaju koji nam je pridao, preporučivši nas sa poverenjem beogradskoj kancelariji Međunarodnog komiteta spasa (IRC) za realizaciju ovog projekta.

Novi Sad, decembar 1999.

UVOD

U toku cele 1999. godine, a naročito tokom poslednjih par meseci, na teritoriji Vojvodine bio je veoma primetan nedostatak medicinskih programa za izbeglice koji bi pokrili barem deo zdravstvenih potreba ove mnogobrojne, marginalizovane i ugrožene populacije.

To je naročito bilo evidentno posle prestanka rada medicinskog programa australijske humanitarne organizacije *Care*, u martu 1999. Njihov program je pokrивao 60 kolektivnih centara u Vojvodini, pa je prekid njegove realizacije učinio da populacija izbeglica u tim kolektivnim centrima ostane bez ikakvog zdravstvenog informisanja, nadzora i pomoći od strane nevladinih humanitarnih organizacija.

Jedini preostali i neposredni zdravstveni program za izbeglice koji su nastanjeni u Vojvodini je **Specijalni medicinski program (SMP)**, koji realizuje NSHC, kao implementirajući partner IRC-a i UNHCR-a. I pored visoke vrednosti SMP-a i njegove koristi po zdravlje izbeglica, s obzirom na ograničene kapacitete brige za zdravlje izbeglica u ovom programu, možemo tvrditi da SMP obuhvata samo deo zdravstveno ugrožene izbegličke populacije, što je nedovoljno i daleko od realnih potreba.

Upravo zbog tih razloga, javila se potreba da se hitno i u relativno kratkom vremenu obidu svi kolektivni centri u Vojvodini, snimi i odredi nivo zdravlja zanemarenih izbeglica, zbrinu prioritetni slučajevi i informišu izbeglice o postojećim programima medicinske pomoći; donesu predviđanja, procene kretanja u budućnosti i predlože optimalne mere za zdravstvenu brigu i zaštitu izbeglica u kolektivnim centrima. Odgovor na ovu potrebu bio je *Projekt procene zdravstvenog stanja izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine*.

OPŠTE KARAKTERISTIKE

AP Vojvodina je severni region Republike Srbije, i zauzima 24,64% od njene ukupne teritorije. Na prostoru od 21.774km² živi oko 2.029.000 stanovnika. Vojvodina ima 464 naseljena mesta i gustinu naseljenosti od 93,6 stanovnika na 1 km².

Poslednje godine rata i pomeranja stanovništva u bivšoj Jugoslaviji, učinile su da je u dvomilionskoj Vojvodini danas svaki šesti stanovnik – izbeglica i beskućnik. Vojvodina je poslednjih ratnih i posleratnih godina primila velike sukcesivne talase izbeglica iz Bosne i Hercegovine i Hrvatske. Najveći talasi izbeglica pojavili su se 1991, 1992. i 1995. godine, a i sada postoji stalan i "tihi" priliv izbeglica sa Kosova i Metohije. Procene UNHCR-a govore da u Vojvodini ima oko 320.000 izbeglica (skoro 50% od ukupnog broja izbeglica u Jugoslaviji), i oko 15.000 raseljenih lica.

Najveći deo izbeglica, oko 96%, našao je privatni smeštaj, dok su ostali smešteni u kolektivne centre širom Vojvodine. U julu 1995. godine u Jugoslaviji je na ovaj način bilo je smešteno 12.000 lica, da bi već u avgustu 1995. godine nakon hrvatske vojne operacije "Oluja" ovaj broj bio povećan za još 42.000 ljudi. Za potrebe privremenog smeštaja tako velikog broja ljudi, iskorišteni su svi raspoloživi kapaciteti: radničke barake, sportski objekti, fabrički pogoni i drugo.

Obrazovna struktura izbeglica u celini, prema podacima UNHCR-a, povoljnija je od strukture domaće populacije. Najveći broj izbeglica ima završenu srednju školu (46,2%) i osnovnu školu (31,3%), a samo 11,7% izbeglica nema nikakvo obrazovanje.

Najveći broj radno sposobnih stanovnika kolektivnih centara je nezaposlen i bez ikakve materijalne sigurnosti, osim one koju im pruža smeštaj u kolektivnom centru i druga humanitarna pomoć. Skromne prihode obezbeđuju najčešće radom na poljoprivrednim dobrima, odnosno u nadnici kod seljaka, te sivom ekonomijom. Zbog ekonomske nesigurnosti i izražene potrebe za bilo kakvom zaradom, dobar deo starih izbeglica (preko 60 godina, koji spadaju u radno neaktivne), radno je angažovan na teškim poljoprivrednim poslovima.

U Vojvodini je, prema podacima UNHCR-a iz 1996. godine, u kolektivnom smeštaju bilo 13.590 lica (5,9% od ukupnog broja izbeglica u Vojvodini)¹. Ovakav smeštaj zamišljen je kao privremeni, dok se ne iznađe bolje rešenje i adekvatan stambeni prostor. Jedan deo izbeglica je vlastitim naporima ili uz pomoć humanitarnih organizacija uspeo da se preseli u vlastiti ili iznajmljeni smeštaj. Međutim, za najveći deo tih izbeglica, kolektivni centri su bili i ostali jedini dom u kojem žive već nekoliko godina. Prema svežijim podacima UNHCR-a, u 152 kolektivna centra Vojvodine danas živi 8.289 izbeglica i prognanika, ili oko 4% ukupne izbegličke populacije u Vojvodini.

SOCIJALNO-EKONOMSKI KONTEKST I POSTAVLJANJE PROBLEMA

Socijalno-ekonomski razvoj neke zemlje ili njenog regiona ima veliki uticaj na zdravlje ljudi, jer obezbeđuje materijalna dobra koja omogućavaju kvalitetniji život i poboljšanje socijalnih, higijenskih, nutritivnih i drugih faktora koji utiču na zdravlje.

Ekonomija SR Jugoslavije je poslednjih godina funkcionisala u ratnom okruženju i pod sankcijama međunarodne zajednice, a prilikom direktne vojne intervencije NATO-alijanse, doživela je materijalne gubitke merljive desetinama milijardi dolara. Od pozicije srednje razvijene zemlje, SRJ je doživela ekonomski sunovrat i došla u red najsiromašnijih evropskih zemalja. Društveni proizvod SRJ najniži je u Evropi. Prosečna plata zaposlenih Jugoslovena ne premašuje 50 dolara mesečno, što je daleko od egzistencijalnog minimuma kojim se može obezbediti hrana, odeća, ogrev, lekovi. Nezaposlenost ili zaposlenost u propalim firmama (bez primanja dohotka) je česta pojava. Procenjuje se da preko dva miliona radno sposobnih ljudi nije zaposleno, a da ekonomiju zemlje nosi manje od jednog miliona ljudi, uglavnom poljoprivrednika. Zaustavljena tranzicija i drastično pogoršanje ukupnih prilika u društvu, učinili su da je preko 70% stanovništva socijalno ugroženo.

I zdravstveni sistem je, pored ostalog, doživeo naglo siromašenje i propadanje. Izdvajanja za zdravstvo u našoj zemlji su ispod nivoa zemalja Istočne Evrope, a daleko ispod nivoa razvijenih zemalja Zapada. Mnoge firme ne uplaćuju doprinose za zdravstvo, a državne apoteke nemaju većinu lekova. Domaće farmaceutske kuće ne proizvode lekove, jer diktirana cena lekova ne pokriva osnovne troškove proizvodnje.

Zdravlje celokupnog stanovništva je ugroženo pogoršanim uslovima života, nestašicama lekova i medicinskog materijala i nedostatkom osnovnih sredstava za rad zdravstvenih ustanova. Zdravstveni radnici su loše plaćeni, primanja im neredovno stižu i vlada nemotivisanost i korupcija na svim nivoima zdravstvene zaštite. Dotrajala oprema i uređaji često se kvare, što u kombinaciji sa nestašicom reagenasa i drugog materijala, uzrokuje da se na dijagnostičke pretrage čeka mesecima. Kvalitetno lečenje sebi mogu priuštiti samo oni koji imaju novaca za privatne lekarske usluge.

Većina stanovništva preživljava baveći se sivom ekonomijom; redukujući lične potrebe; smanjujući potrošnju i zanemarujući skoro sve aspekte modernog i kvalitetnog življenja. U potrošnji stanovništva je izrazito visoko učešće izdataka za ishranu (i do 60% u pojedinim grupacijama stanovništva), što je karakteristično za siromašno društvo. Istovremeno opada učešće rashoda za obuču i odeću (6,2%), dok su rashodi za stanovanje, negu i zdravlje, kulturu i obrazovanje zanemarljivi².

Ovi podaci se odnose na domaću populaciju, dok se u slučaju izbeglica u privatnom smeštaju (iako o tome ne postoje zvanični i tačni podaci), najviše izdvaja za stanovanje, a tek onda za hranu i ostale potrebe. Ovo je i razlog što se većina izbeglica u KC, i pored neadekvatnog, ali sa druge strane besplatnog i sigurnog smeštaja, ne usuđuje napustiti kolektivni centar.

U siromašnoj zemlji kakva je Jugoslavija danas, izbeglice i raseljena lica nalaze se u posebno teškoj situaciji. Oni su na samom dnu socijalno-ekonomske lestvice, a njihova pozicija u zajednici se svakim danom sve više pogoršava. Većina je ostala bez materijalnih dobara koje su posedovali pre rata, a godine neizvesnosti u izbeglištvu iscrpile su sve njihove motivacione

¹Popis izbeglica i drugih ratom ugroženih lica u SRJ, UNHCR, 1996.

² Izvor: Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr M. Jovanović Batut", Zdravstveno stanje stanovništva Srbije 1986 – 1996, analitička studija (grupa autora)

i materijalne rezerve. Nezaposlenost i nemogućnost stalnog zaposlenja zbog nerešenog pitanja državljanstva, te male i nedovoljne zarade, ostvarene najčešće u okviru posla "na crno", svrstavaju ovu populaciju u najsiromašniji sloj. Po mnogo čemu položaj izbeglica u kolektivnim centrima je najteži. Skoro da ne postoji društvena zaštita izbeglica u KC, a neretko se pristup nevladinih organizacija KC zabranjuje ili opstruira.

Briga izbeglica za sopstveno zdravlje u takvim zaoštrenim okolnostima je veoma teška, a troškove eventualnog lečenja većina izbeglica nije u mogućnosti da snosi.

CILJEVI PROCENE

Osnovni cilj Procene bio je da se utvrdi trenutno zdravstveno stanje i zdravstvene potrebe izbeglica smeštenih u kolektivne centre širom Vojvodine.

Osim toga, trebalo je posetiti sve kolektivne smeštaje u Vojvodini, ostvariti lični uvid i uspostaviti direktni kontakt sa izbeglicama; proceniti zdravstvenu situaciju i faktore rizika, načine zadovoljavanja zdravstvenih potreba; evidentirati prioritete, pokriti bazične potrebe zdravstveno najugroženijih u lekovima, te preduzeti druge mere ozdravljenja i unapređenja zdravlja.

Osim nabrojanih ciljeva u Predlogu projekta, istraživanje je ostvarilo i sledeće ciljeve:

- Obezbeđivanje pouzdanih podataka i informisanje IRC-a i UNHCR-a o zdravstvenom stanju izbeglica, korišćenje rezultata Procene za planiranje i preduzimanje racionalnih i efikasnijih mera za zaštitu i unapređenje njihovog zdravlja.
- Usavršavanje pristupa evaluaciji zdravstvene situacije i stanja izbeglica, tj. usavršavanje brzih metoda i instrumenata procene zdravstvenog stanja izbeglica.
- Proširivanje znanja i veština saradnika NSHC-a za rad na brzoi proceni zdravstvenog stanja i zdravstvene situacije. Unapređivanje rada Specijalnog medicinskog tima NSHC-a.
- Formiranje kompjuterske baze podataka i njihova brza dostupnost. Projekt Procene je osvetlio neke od negativnih efekata višegodišnjeg kolektivnog načina života i njihov uticaj na zdravlje.

METOD RADA

Kao polazni metod za evaluaciju zdravstvenog stanja izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine, koristili smo "Brzu procenu zdravstvenog stanja" na osnovu sledećih indikatora:

- zdravstveni i demografski indikatori;
- socio-ekonomski indikatori;
- indikatori dostupnosti i kvaliteta rada zdravstvene službe;
- higijensko-epidemiološki indikatori.

Pri tome je upotrebljen populacioni pristup merenju, a kada je za to postojala mogućnost, korišćen je i individualni metod, što je sve skupa davalo veoma visok nivo preciznosti sprovedene procene. Upotrebljeni metod pokazao je velike prednosti jer je omogućio prikupljanje podataka i njihovu interperataciju u veoma kratkom periodu.

VREME REALIZACIJE PROJEKTA

Projekt Procene je realizovan u poslednjoj sedmici novembra i u toku decembra 1999. godine. (ukupno 5 nedelja), pri čemu su saradnici NSHC-a posetili 148 kolektivnih centara za izbeglice u Vojvodini.

UZORAK

Od 7.882 izbeglice koji čine ukupnu populaciju smeštenu u kolektivne centre, saradnici NSHC-a su direktno kontaktirali sa 2.987, zatečenih u centrima u vreme posete, što je 38% od ukupnog broja smeštenih u 148 KCV. Za potrebe utvrđivanja zastupljenosti hroničnih oboljenja koristili smo prigodni uzorak od 614 korisnika SMP iz 5 KCV.

TEHNIKE I INSTRUMENT ISPITIVANJA

U realizaciji Projekta opredelili smo se za sledeće: prikupljanje i analiza podataka iz dostupnih izvora (popis izbeglica, istraživanja, i dr.); analiza medicinske dokumentacije; posmatranje; intervjui (individualni, grupni i sa porodicom). Podaci su prikupljeni uz pomoć kreiranog anketnog lista (Upitnik I-A7), koji ima 67 otvorenih, zatvorenih i kombinovanih pitanja, podeljenih u nekoliko oblasti. Upitnik I-A7 je originalan instrument za prikupljanje podataka, konstruisan na osnovu naših prethodnih iskustava u zdravstvenom zbrinjavanju ugroženih izbeglica.

Najmanje dva lekara-saradnika NSHC-a su u svakom KC boravili najmanje 60 minuta, a u proseku nešto više od 130 minuta, uvažavajući specifičnosti smeštaja i veličinu populacione grupe koju su zatekli u toku Procenjivanja. Upitnici su obrađivani na licu mesta, a utisci posmatranja su upisivani neposredno po dolasku sa terena, na osnovu beleški i sećanja (naknadno u Kancelariji prilikom evaluacije urađenog).

Sadržaj pitanja uvažio je teorijska i praktična znanja iz oblasti socijalne medicine, higijene, epidemiologije, kao i metodu brze procene zdravstvenog stanja Svetske zdravstvene organizacije.

Upitnikom I-A7 obuhvaćeni su zdravstveno-demografski i higijensko-epidemiološki, indikatori obezbeđenosti zdravstvene zaštite i indikatori zdravstvenog stanja. S obzirom na to da je kolektivni način života glavno obeležje ove populacije, interesovalo nas je koliko ovakav smeštaj kao faktor rizika utiče na zdravstveno stanje izbeglica, što je obuhvaćeno pitanjima vezanim za kvalitet stanovanja. Pitanja iz oblasti obezbeđenosti zdravstvene zaštite obuhvatila su dostupnost sva tri nivoa zdravstvene zaštite, sa osvrtom na snabdevanje lekovima, na naviku korišćenja zdravstvene službe i nivo zdravstvene kulture; obuhvaćenost vakcinacijom i dostupnost stomatološke službe. U okviru ispitivanja zdravstvenog stanja izbeglica u užem smislu, istraživali smo koje su najzastupljenije bolesti odraslih i dece i pokazatelje mentalnog zdravlja.

I na kraju, ispitali smo kvalitet socijalnih veza izbeglica međusobno i sa lokalnom zajednicom, kao i osnovne probleme sa kojima se suočavaju izbeglice u KC, te njihove iskazane potrebe.

REZULTATI I DISKUSIJA

Jedan od najvažnijih ciljeva ovog Projekta (direktna poseta lekara NSHC-a svakom KC i informisanje izbeglica o postojećim zdravstvenim programima), u potpunosti je ostvaren.

Rezultati takvog intenzivnog informisanja su bili vidljivi već u toku decembra, jer je nakon naših poseta, broj osoba koje su se obratile našoj kancelariji za različite vidove medicinske pomoći, bio petostruko veći nego prethodnih meseci. Očekujemo da će efekti neposrednog obaveštavanja izbeglica i upućivanja na njihova prava, kada je u pitanju zdravlje i njegova zaštita, trajati sledećih nekoliko meseci. To direktno govori o slaboj informisanosti izbeglica u kolektivnim centrima i potrebi veće prisutnosti lekara nevladinih organizacija na terenu, te o potrebi proširivanja trenutno jedinog programa brige za zdravlje izbeglica (od strane NSHC-a, u okviru SMP IRC-a).

Projekat Procene postigao je još jedan važan cilj time što je obuhvatio sve zdravstveno ugrožene izbeglice lekarskim nadzorom, i pružio mogućnost da se izdvoje kolektivni centri koji

su najugroženiji i u kojima treba obezbediti redovne posete lekara i dovoljne količine lekova. Takođe su evidentirani prioritetni slučajevi (ukupno 176 lica), a njihove potrebe u lekovima su pokrivene u skladu sa našim mogućnostima (lekovima kojima trenutno raspolažemo). Tokom realizacije Procene, sačinjena je foto-dokumentacija.

Kao meru za unapređenje zdravstvene situacije u KCV pokrenuli smo ovom Procenom formiranje baze podataka, koja će nam omogućiti veoma jednostavan pristup svim relevantnim podacima o KCV i izbeglicama u njima, i koja će biti dragocena osnova za planiranje i realizaciju budućih humanitarnih i zdravstvenih akcija.

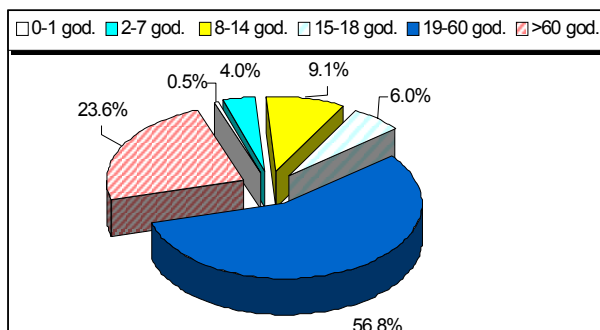
Osim konkretne pomoći izbeglicama, ovo istraživanje je ostvarilo i druge ciljeve koji spadaju u domen istraživanja, procenjivanja, predviđanja i predlaganja mera.

Podaci koje smo dobili prilikom našeg istraživanja, govore da je broj izbeglica u kolektivnom smeštaju manji od zvaničnih pokazatelja, odnosno, da trenutno u kolektivnim centrima žive ukupno 7.882 izbeglice (*prilog br. 1, Spisak kolektivnih centara*).

Nije nam poznat razlog zbog kojih su zvanični podaci drugačiji u odnosu na dobivene podatke u Proceni. Pretpostavljamo da smanjenje broja izbeglica smeštenih u kolektivnim centrima Vojvodine nastaje usled delovanja različitih faktora, i da na to najviše utiču neadekvatan smeštaj i dužina trajanja kolektivnog načina života; raspuštanje pojedinih KC, ili preseljenja izbeglica iz jednog u drugi KC.

Isto tako, ovo istraživanje je pokazalo da se zvanični broj od 152 KC u Vojvodini u međuvremenu promenio. Broj KC se smanjio za 9, a povećao za novih 5, te je ukupan broj KC trenutno – 148. Saradnici NSHC-a su, pored postojećih, obišli i pet novih KC, u opštinama: Novi Kneževac, Sečanj, Bačka Topola i Sombor.

KC se nalaze u 35 (od ukupno 45) vojvođanskih opština. Najviše KC po opštini imaju Subotica (17), Bečej (17) i Bačka Topola (16), dok se u ostalim opštinama nalazi od 1 do 8 kolektivnih centara (*prilog br. 5, Karta Vojvodine*).



Grafikon 1. Starosna struktura izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine

Izbeglice u kolektivnim centrima su većinom prognanici iz Hrvatske, izbeglice iz Bosne i Hercegovine, a zatekli smo svega nekoliko porodica raseljenih lica sa Kosova i Metohije. Od ukupnog broja izbeglica u kolektivnom smeštaju, muškaraca ima 49% a žena 51%. Prema starosnoj strukturi, stanovništvo kolektivnih centara je veoma staro: udeo starijih od 60 godina je 23,6%. Odraslih osoba između 18 i 60 godina ima 56,8%, a dece i mladih do 18 godina ima 21,1% (do 1 godine – 0,5%, dece predškolskog uzrasta – 4,0%, školske dece – 9,1%, i srednjoškolaca 6,0%), (*grafikon 1*).

Broj stanovnika jednog kolektivnog centra veoma je različit, i varira od 3 do 600 osoba. Prosečan broj izbeglica po jednom kolektivnom centru je 53,3. Najviše je kolektivnih centara (59,5%) sa brojem stanovnika između 10 i 50, zatim slede centri sa brojem stanovnika između 50 i 100 (14,9%), i centri sa manje od 10 stanovnika (12,8%), (*tabela 1*).

Tabela 1. Kolektivni centri u Vojvodini prema broju izbeglica smeštenih u njima

Broj stanovnika	Broj kolektivnih centara	%
1 – 10	19	12,8%
11 – 50	88	59,5%
51 – 100	22	14,9%
101 – 150	10	6,8%
151 – 200	3	2,0%
201 – 250	2	1,3%
251 – 300	2	1,3%
301 – 400	1	0,7%
400 - 500	0	-
> 500	1	0,7%

Broj umrlih lica u KCV od njihovog nastanka do danas iznosi 327. Zabeležena su četiri samoubistva koja su se desila ubrzo po dolasku izbeglica u KC.

Broj rođenih beba u poslednjih godinu dana u KCV je 38. U populaciji izbeglica mlađih od 18 godina udeo dece bez jednog roditelja (najčešće bez oca stradalog u ratu), iznosi 11,1% (185 dece), a bez oba roditelja ima 1,4% dece (24 deteta).

FAKTORI RIZIKA PO ZDRAVLJE IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA

Faktori rizika ili determinante zdravlja su direktni ili indirektni uzroci određene bolesti ili povrede. Kada je zdravlje izbeglica u KC u pitanju, faktori rizika za nastanak različitih bolesti su raznovrsni i brojni.

Sami uslovi stanovanja, u smislu vrste i adekvatnosti objekta, broja izbeglica u njemu, organizacije spavanja, spremanja hrane i drugih aktivnosti, u KC imaju odlike vanrednog, improvizovanog i neadekvatnog smeštaja.

Zajednički smeštaj različitih starosnih grupa, te bolesnih i zdravih na malom prostoru, nedostatak intimnosti i porodičnog života, nezaposlenost, siromaštvo i nemogućnost da se uspostavi kontrola nad sopstvenim životom, zajedno čine populaciju izbeglica u kolektivnim centrima visoko rizičnom grupom za nastanak različite fizičke i mentalne patologije.

U svrhu analize morbogenih faktora prisutnih u KC i njihovog uticaja na zdravlje izbeglica, ispitivali smo:

- faktore rizika životne sredine;
- faktore vezane za dostupnost primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite;
- indikatore zdravstvenog stanja izbeglica u užem smislu (ishrana, morbiditet, pokazatelji fizičkog, socijalnog i mentalnog blagostanja).

FAKTORI RIZIKA ŽIVOTNE SREDINE

Stanovanje

"Stan može delovati na ljudsko zdravlje na više načina, već prema tome koliko omogućuje i olakšava, ili sprečava i otežava vršenje niza funkcija koje on ima za čoveka. Sa **fiziološkog** gledišta, stan treba da omogući disanje, termoregulaciju, san i rekreaciju, seksualne funkcije.

Psihički stan mora da omogući mir, spokojstvo, sigurnost, toplinu porodične sredine i bliske međuljudske odnose, ali i mogućnost da se čovek može povući i osamiti. **Socijalne** funkcije stana su vršenje svih porodičnih obaveza i poslova, mogućnost okupljanja (...), vaspitanje i

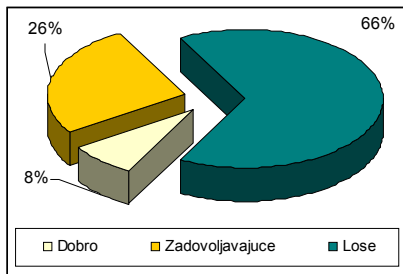
pomoć deci, itd.(...) Svakako se u funkcije stana mora ubrojati mogućnost **skladištenja** namirnica, (...) **spremanje hrane** i **konzumacija** svih ili barem nekih dnevnih obroka, i održavanje dobre **lične higijene.**"³

Kolektivni centar samo delimično ispunjava ove uslove i, kao takav, predstavlja najznačajniji morbidogeni faktor za fizičko i mentalno zdravlje izbeglica smeštenih na ovaj način.

Svega 18,2% objekata koji se koriste za kolektivno stanovanje odgovara svojoj nameni, odnosno poseduje arhitektonske i druge preduslove da se koriste kao stanovi (prema prethodnoj nameni to su bili hoteli, privatne kuće, paviljonska naselja, domovi starih i namenske barake). Ostalih 81,8% objekata nije pogodno za stanovanje, posebno ne za duži period.

Prema prethodnoj nameni, objekti koji se koriste kao KC su veoma raznovrsni: radničke barake su zastupljene u najvećem procentu (19,2%), a zatim slede hoteli (9,9%); kancelarijski prostor (9,3%); škole (8,6%); restorani/kafane (8,6%) i drugo (sportski objekti, zdravstveni objekti, domovi kulture, vatrogasni domovi, privatne kuće, dečji vrtići, štale, mesne zajednice, domovi starih, prodavnice, poljoprivredna dobra, izviđački domovi, vojni objekti, namenske barake, železnička stanica, zgrada teritorijalne odbrane, zgrada opštine, magacin).

Ovakvi objekti mogu poslužiti samo kao nužan i privremen smeštaj u vanrednim okolnostima. Osim toga što pružaju zaklon, ovi objekti teško da zadovoljavaju ijedan drugi uslov da bi se smatrali stambenim objektom.



Grafikon 2. Stanje objekata koji se koriste kao kolektivni centri u Vojvodini

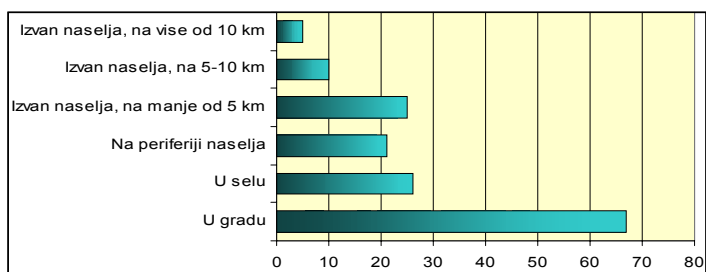
Po osobinama materijala od kojih su napravljeni, prevladavaju zidani objekti, od cigle i betona (77,3%), što je u higijenskom smislu najkvalitetniji vid gradnje. Objekata od drveta ima 9,1%; od zemlje 7,1%, a montažnih objekata 6,5%. Međutim, i pored kvalitetne gradnje, većina objekata je stara, loše održavana i neuslovna. U lošem stanju (ruševni objekti, krov prokišnjava, vlažno, loše osvetljenje, visoki stropovi i loša zagrejanost, loša izolacija, dotrajale instalacije) je 66% objekata, u zadovoljavajućem stanju 26% objekata, a u dobrom stanju svega 8% objekata (grafikon 2.).

Loši mikroklimatski uslovi (vlaga u prostorijama, loše osvetljenje, nemogućnost dovoljnog zagrevanja, promaja), pogodni su za nastanak i širenje akutnih i pogoršanje hroničnih respiratornih oboljenja (bronhitis, astma). Najugroženije grupe, deca i stari, naročito su izloženi ovim rizicima, s tim da se kod dece još može očekivati (u kombinaciji sa lošom ishranom) nastanak rahitisa, slabovidnosti, a kod starih pogoršanje hroničnih reumatskih bolesti.

Za mentalno i fizičko zdravlje izbeglica veoma je važno da budu deo lokalne zajednice, i da imaju mogućnost komunikacije sa drugim ljudima. Većina KC nalazi se u naselju (gradu ili selu) - 61,5%. Na periferiji naselja je 13,5% centara, a izvan naselja 25% centara (grafikon 3.). Udaljenost smeštaja od naselja predstavlja veliki problem za izbeglice: žale se na izolovanost, daljinu zdravstvene ustanove, nedostatak posla, usamljenost, i često smatraju da su zaboravljeni od strane lokalne i šire zajednice.

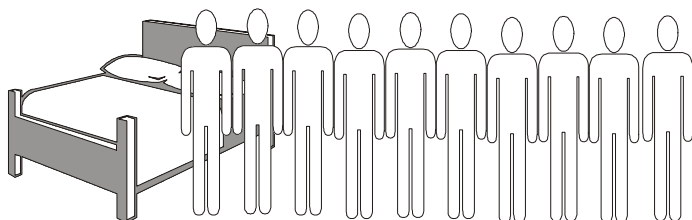
Prevoz do naseljenog mesta je veliki problem, jer ne postoji, ili je redak i plaća se. Oni nemaju skoro nikakav kontakt sa domaćim stanovništvom, i teško se ili nikako integrišu u lokalnu sredinu. Kolektivni centri koji su smešteni u naselju pružaju izbeglicama priliku da se uklope u aktivnosti lokalnog stanovništva, da stvaraju socijalne veze, lakše nalaze posao i bolje se informišu o svim za njih važnim pitanjima.

³M.Radovanović, Z. Jevtić; Udžbenik higijene, Medicinska knjiga Beograd, 1992. (citat)



Grafikon 3. Kolektivni centri prema lokaciji

Površina stambenog prostora u kolektivnom centru je najčešće daleko ispod higijenski dovoljnog (25m² po osobi), pa čak i ispod minimuma od 16m² po osobi. Prostor je uglavnom iskorišten za spavaonice, koje su male, pretrpane, i služe istovremeno za skladištenje stvari (odeće, obuće i druge imovine), za kuhanje, ishranu, dnevni boravak i spavanje.



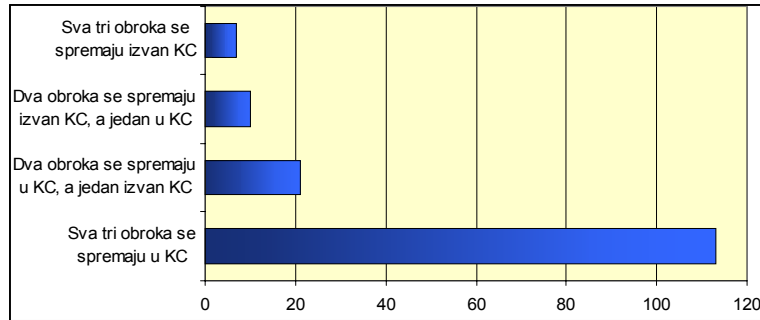
Prosečan broj osoba po jednoj spavaonici u kolektivnim centrima je 9,95 (grafikon 4). Naročito loši uslovi za život postoje u 20,9% KC, gde postoji samo jedna velika spavaonica u kojoj spava i do 100 osoba (uglavnom između 10 i 50 osoba).

Grafikon 4. Prosečan broj osoba po jednoj spavaonici u kolektivnim centrima Vojvodine

Ukoliko se za poređenje uzmu standardi za kasarnu, može se zaključiti da su uslovi života u nekim većim kolektivnim centrima čak i ispod tih minimuma (u spavaonicama 4-4,5m² prostora po osobi, rastojanje između kreveta 0,5 do 0,6m). Potrebu za privatnošću i odvojenošću izbeglice su u nekim centrima pokušale ostvariti improvizovanim pregradama (od čebadi, kartona, šperploče) između kreveta. Time su dobili "ćelije" u kojima mogu da se presvuku ili odvoje od pogleda drugih ljudi, ali stvarne privatnosti tu nema. U ovakvim uslovima, rizici za nastanak respiratornih i drugih infekcija su veliki, ali najpogubnije efekte zajednička spavaonica ima po mentalno zdravlje tih ljudi. Nešto bolje uslove ima preostalih 79% centara, u kojima postoji više od jedne spavaonice, a najpovoljniji uslovi postoje u centrima gde je moguć porodični smeštaj po sobama, i gde svaka porodica ima vlastiti sanitarni čvor (WC, tuš). Iako je smeštaj i u ovakvim centrima neuslovan (malo prostora, pretrpanost), odvojenost porodica i postojanje vlastitog prostora utiču pozitivno na mentalno i fizičko zdravlje izbeglica.

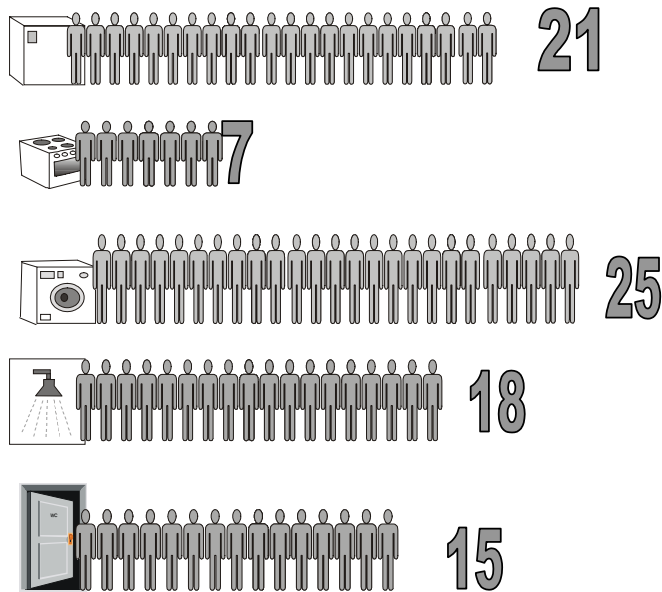
Zajedničku prostoriju koja služi kao dnevni boravak ima 52,7% centara, ali u većini slučajeva to je kuhinja odnosno trpezarija, dakle nenamenska prostorija. Svega 12,8% kolektiva ima TV salu ili sličnu društvenu prostoriju pogodnu za okupljanje i dnevni boravak. U ostalim KC spavaone se koriste kao dnevni boravak, odnosno u njima se odvijaju sve dnevne aktivnosti. To je izrazito nepovoljno u mentalnom i socijalnom smislu, jer su na malom prostoru i danju i noću primorani da borave ljudi sa različitim navikama, potrebama, raspoloženjima. Spavaonica ne pruža mir i tišinu potrebnu za zdrav san, niti u higijenskom smislu zadovoljava uslove provetrenosti, čistoće, udobnosti i dovoljnog prostora.

Kuhinju ima 58,8% centara, trpezariju 38,5%, sudoper 48,6% a kuhinjski nameštaj 28,4% KC (grafikon 5). S obzirom da se u većini centara (skoro 90%) dva ili tri obroka spremaju u samom KC, jasno je da se kuhanje, obedovanje i skladištenje hrane i posuđa obavlja na nehigijenski način.



Grafikon 5. Kolektivni centri u Vojvodini prema načinu ishrane

Zbog nedostatka posebne prostorije i preopterećenosti šporeta, kuha se po spavaonicama, pored kreveta, na rešoima. Pored kreveta ili na njima se i jede, a namirnice kao što su brašno, pasulj, riža, čuvaju se ispod kreveta. Posuđe se drži takođe pored kreveta, na policama ili u kartonskim kutijama, skupa sa odećom i posteljinom. U centrima koji nemaju sudoper, posuđe se pere u umivaoniku kupatila ili po sobama, u plastičnim posudama.



Šporeti u kolektivnim centrima su najčešće preopterećeni. U proseku, jedan šporet koristi 7 osoba, a ima ih u skoro svim centrima (s tim da smo u 6 kolektiva zabeležili da su postojeći šporeti u kvaru). Izbeglice najčešće poseduju i rešoe, koji su alternativa šporetima i na njima se često kuva.

Frizidere ima 85,8% centara, s tim da su u 6 kolektiva postojeći frižideri u kvaru. U proseku, jedan frižider koristi 21 osoba, što je sasvim nedovoljno da se zadovolje sve potrebe za ispravnim skladištenjem namirnica.

Grafikon 6. Prosečan broj izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine na jedan šporet, frižider, veš mašinu, tuš i WC

Nehigijenski način skladištenja namirnica, nehygijenski uslovi spremanja hrane i pranja posuđa veliki su rizik za nastanak i širenje crevnih zaraznih bolesti (putem zagađenja namirnica i posuđa), kao i za kvarenje namirnica i trovanje hranom (takvo trovanje je zabeleženo u *Centru za smeštaj izbeglica* u Pančevu, u kojem je 100 izbeglica obolelo od akutnog enterokolitisa; u ovom centru nema nijednog frižidera). U centrima gde je zabeležena pojava glodara (na obližnjim deponijama smeća ili zbog loše izolacije protiv glodara), postoji realan rizik za nastanak i prenos leptospiroze, hemoragičnih groznica i trihineloze.

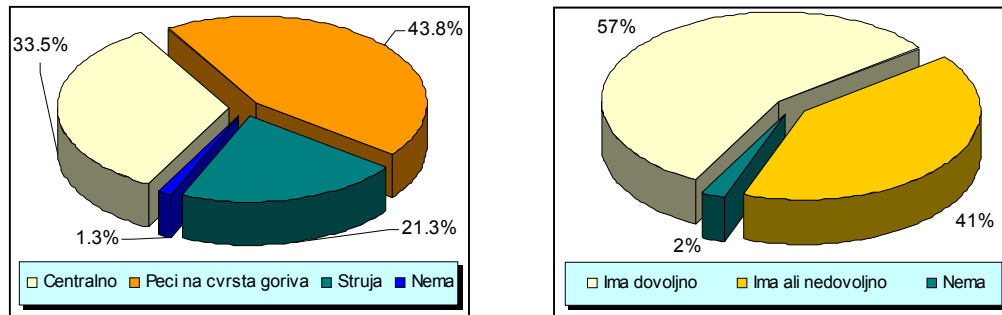
Veš-mašine postoje u 66,9% kolektivnih centara, s tim da su u 34 centra zabeleženi kvarovi; jednu veš-mašinu koristi u proseku 25 ljudi. U centrima koji nemaju veš-mašinu, rublje se pere ručno, u umivaonicima kupatila i WC-a, i održavanje higijene odeće je zbog ovoga veoma otežano. Zbog nedostatka uslova za pranje veša, naročito za ispravno pranje posteljine, rublja i peškira (na visokoj temperaturi), postoji rizik od pojave i širenja šuge i vašljivosti. U kolektivnim centrima smo zabeležili i ove bolesti karakteristične za siromaštvo i lošu higijenu, što treba da bude alarm za brzo i adekvatno rešavanje ovog problema.

Sanitarni čvor je najproblematičniji deo većine KC. U 30% centara zabeležili smo probleme u smislu pokvarenih tuševa, slavina, bojlera, zapušanih WC-a, nedostatka higijenskih sredstava

za održavanje sanitarnog čvora, i sl. Čak 20% KC uopšte nema tuš, i ti ljudi se kupaju po sobama, u plastičnim posudama, ili odlaze kod rodbine i prijatelja da bi se okupali. U preostalim centrima, kupatila su preopterećena: jedan tuš koristi u proseku 18 ljudi (u centrima koji imaju tuš).

Sve ovo čini održavanje lične higijene veoma otežanim, a negde gotovo nemogućim. Sve bolesti prljavih ruku, infekcije kože i sluznica, vašljivost, šuga, ekcem i druge bolesti imaju pogodno tle za nastanak i širenje u ovakvim uslovima. Kupanje u spavaonicama, pored kreveta, otežano je i ponižavajuće za ljude koji dele sobu sa drugima, i koji čak ni prilikom kupanja ne mogu da imaju intimnost i prostor za sebe. Sve starosne grupe su ugrožene u ovom smislu, ali naročito deca, žene i stare osobe.

U proseku, jedan nužnik koristi 15 osoba. 65,5% centara nema odvojene muške i ženske WC-e, što je higijenski veoma nepovoljno. Veliki problem je i loše održavanje, zbog nedostatka dovoljnih količina dezinfekcionih sredstava i preopterećenosti. U 14% centara postoje poljski WC-i, što je higijenski najlošije rešenje. Kada je higijena nužnika u pitanju, slika je vrlo različita, u zavisnosti od higijenskih navika stanovnika. Svima je zajednički nedostatak sredstava za čišćenje i dezinfekciju, i na to se često žale. Kvarovi na sanitarnom čvoru uglavnom se ne otklanjaju, odnosno čeka se da neko izvan kolektivnog centra reši taj problem (što se uglavnom ne dešava). Utisak je da je u većini kolektivnih centara neohodno napraviti dodatne tuševe i nužnike, prilagoditi njihov broj frekvenciji korištenja i broju ljudi, i obezbediti dovoljne količine dezinficijensa. Važna je i samoorganizacija ljudi u kolektivu u svrhu dobrog održavanja higijene i instalacija.

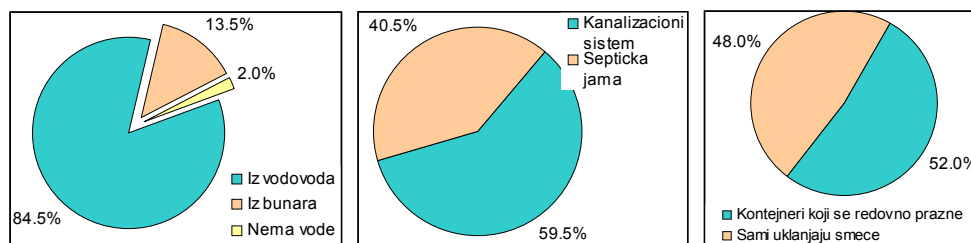


Grafikon 7. Grejanje i snabdevenost ogrevom u kolektivnim centrima Vojvodine

Grejanje je u 33,5% centara rešeno na higijenski najbolji način (centralno grejanje); u 43,8% centara se greju na čvrsta goriva (drvo, ugalj), u 21,3% na struju, a u 1,3% (2 kolektivna centra) nema grejanja, odnosno greju se pojedinačno, na grejalice, ili lože ogrev koji sami nabavljaju. Ogrev ima dovoljno u 57% centara, ima, ali nedovoljno (po izjavi izbeglica) u 41%, a nema u 2% centara (*grafikon 7*). Ipak, utisak je da su izbeglice u kolektivnim centrima, zahvaljujući pomoći humanitarnih organizacija, u dovoljnoj meri snabdevene ogrevom, i grejanje uglavnom nije problem. Slaba zagrejanost postoji u centrima koji imaju visoku tavanicu (sportske sale) ili u kojima je promaja i vlaga. Problem je u svim slučajevima u samom objektu, a ne u grejanju.

Snabdevanje vodom

Kolektivni centri se u 84,5% slučajeva snabdevaju vodom iz gradskih ili seoskih vodovoda; 13,5% snabdeva se vodom iz bunara, a 2,0% kolektiva (3 kol. centra) uopšte nema vode, i stanovnici centra je donose iz komšiluka, (*grafikon 8*).



Grafikon 8. Vodospabdevanje, uklanjanje tečnog i čvrstog otpada u kolektivnim centrima Vojvodine

Što se tiče ispravnosti vode iz vodovoda, svaki je treći vodovod u Vojvodini rizičan u mikrobiološkom ili fizičko-hemijskom pogledu, a svaki peti zbog kombinacije ovih pokazatelja. U većini opština Vojvodine u 1996. godini, preko 20% uzoraka vode bilo je mikrobiološki neispravno (ispravnu vodu za piće imali su samo Novi Sad i Bačka Palanka), a preko 40%, odnosno 60% uzoraka, bilo je fizičko-hemijski neispravno⁴. Opšti je zaključak da je kvalitet vode u Vojvodini nezadovoljavajući, pa samim tim i u kolektivnim centrima koji imaju vodovodnu vodu. Ipak, ovakva voda je pod stalnom i rigoroznom kontrolom, i hlorisanjem se postiže da ne predstavlja opasnost za zdravlje ljudi koji je koriste za piće.

U centrima koji se vodom snabdevaju iz bunara postoji veliki rizik od mikrobiološke neispravnosti vode, i izbijanja hidričnih epidemija. Stanovnici tih centara tvrde da ta voda nije ispitana niti je pod kontrolom, pa je stoga ne koriste za piće. U četiri KC u blizini bunara se odlaže smeće, a u 12 centara postoji problem sa izlivenom septičkom jamom, što je velika opasnost za zagađenje pijaće vode uzročnicima crevnih zaraznih bolesti i hemijskim zagađivačima. Ipak, u navedenim centrima nisu zabeležene hidrične epidemije, što se može objasniti svešću ljudi da takvu vodu ne koriste bez prethodne termičke obrade, ili da je ne koriste uopšte za piće. Ne treba potceniti potencijalnu opasnost koju ovakvo improvizovano vodospabdevanje nosi, i treba hitno reagovati da se ovaj rizik otkloni.

U KC koji uopšte nemaju vode, postoje najveći rizici za obolevanje od crevnih zaraznih bolesti. Voda se donosi iz komšiluka u posudama, pa je i mogućnost sekundarnog zagađenja takve vode višestruka. U uslovima ovakvog vodospabdevanja, postoje uslovi za nastanak manjih ili većih epidemija crevnih zaraznih bolesti (trbušni tifus, kolera, bacilarna dizenterija itd.).

Uklanjanje tečnih otpadnih materija

Većina KC (59,5%) priključena je na kanalizacionu mrežu naselja, dok ostalih 40,5% ima septičke jame kao način dispozicije otpadnih voda (*grafikon 8*). U higijenskom smislu, oba načina zadovoljavaju, ukoliko su tehnički izvedeni kako treba i ukoliko se redovno održavaju i funkcionišu. Međutim, u 12 centara zabeležili smo da je septička jama preopterećena, a uz to se neredovno prazni i izliva se, što je veliki faktor rizika za zagađenje vode u bunarima, zagađenje tla patogenim mikroorganizmima, zagađenje namirnica, te nastanak i prenos crevnih zaraznih bolesti.

Uklanjanje čvrstih otpadnih materija

Čvrsti otpaci se iz KC u većini slučajeva (52%), odlažu u kontejnere koji se potom redovno prazne od strane komunalnih preduzeća na za to napravljenim deponijama. U ostalih 48% centara, stanovnici centra se sami staraju o uklanjanju smeća, a način uklanjanja zavisi od njihovih znanja, navika i prilika, odnosno mogućnosti uklanjanja (*grafikon 8*).

Tako imamo situaciju da u većini KC, ljudi smeće spaljuju u okolini centra ili ga odlažu u blizini i zatrpavaju zemljom (što zagađuje vazduh i tlo i predstavlja opasnost zbog glodara i širenja zaraze). U 9 KC improvizovana deponija se nalazi na manje od 500m od centra, često

⁴Procena zdravstvenog stanja stanovništva Srbije 1986 - 1996, analitička studija (grupa autora)

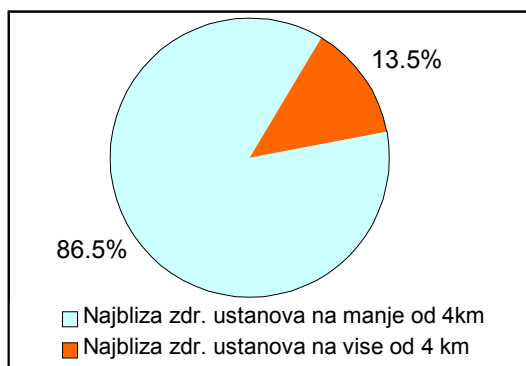
na samo 100m, ili je smeće razbacano svuda oko stambenih zgrada. S tim u vezi je i problem sa glodarima (pacovi, miševi), što je zabeleženo u pet KC. Ovakav higijenski neispravan način odlaganja čvrstih otpadaka nosi rizike od nastanka i prenosa zaraze, bilo direktnim kontaktom sa otpadom, bilo prenošenjem preko vektora (insekti, glodari) i zagađenjem namirnica.

DOSTUPNOST I KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

U ispitivanju zdravstvenog stanja neke populacione grupe značajno mesto ima ocena dostupnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite. U Vojvodini je mreža zdravstvenih ustanova veoma razvijena. Najviši svetski kriterijumi su ispunjeni kada je u pitanju broj lekara na broj stanovnika. Takva organizacija zdravstvene službe preostala iz ranijih, boljih vremena, danas je jedina pozitivna osobina zdravstvenog sistema u Jugoslaviji.

Tokom poslednjih desetak godina kvalitet zdravstvenih usluga sveo se na minimum, ili je čak ispod toga. Osim osnovnog fizikalnog pregleda uz pomoć stetoscopa i špatule, lekar nije u mogućnosti da mnogo više učini, jer za laboratorijske nalaze trebaju reagensi, za rentgenska snimanja filmovi, a za lečenje lekovi i sanitetski materijal, koje zdravstvena ustanova nema.

U bolnicama i zdravstvenim institucijama vlada korupcija i mito. Često, zbog dugog čekanja na prijem pacijenti plaćaju velike sume da bi sebi obezbedili siguran krevet u bolnici. Jedino se hitni slučajevi primaju odmah, bez plaćanja, a sve ostalo se plaća i čeka. Iako je dostupnost zdravstvenih usluga relativno velika, kvalitet zdravstvenih usluga je na niskom nivou i to dodatno ugrožava zdravlje celog stanovništva, a naročito najsiromašnijih slojeva.

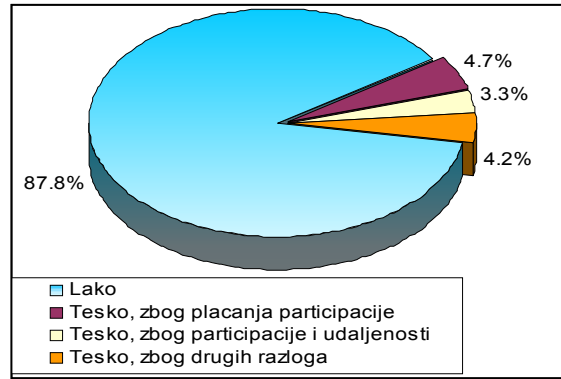


Grafikon 9. Dostupnost najbliže zdravstvene ustanove

Kada su kolektivni centri u pitanju, izbeglicama koje žive u njima u najvećem procentu (86,5%), dostupan je lekar opšte prakse, odnosno primarna zdravstvena zaštita (najbliža zdravstvena ustanova nalazi se na manje od 4km od centra, *grafikon 9*). Vrsta najbliže zdravstvene ustanove je u 60% slučajeva ambulanta ili zdravstvena stanica (lekar opšte medicine), a ostalih 40% je Dom zdravlja, sa više specijalističkih službi (internista, pedijatar, ginekolog i drugo).

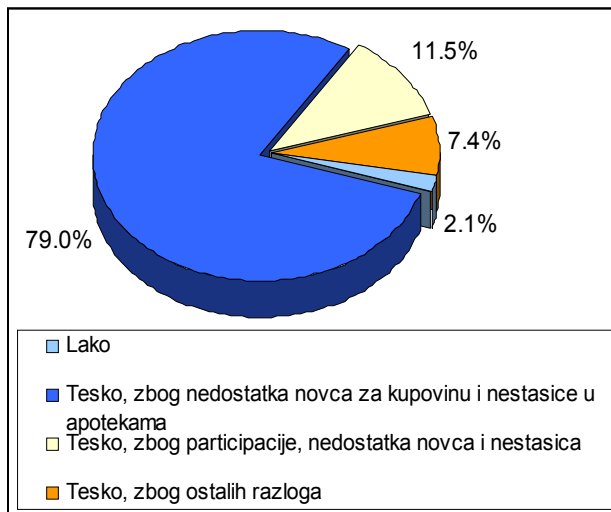
Do zdravstvene ustanove većina izbeglica ide peške (90%), dok se gradski i prigradski autobus koristi u ostalih 10% slučajeva. Većina izbeglica (64,2%), upoznata je sa vrstama specijalističkih službi koje su im dostupne. Značajan je podatak da 87,8% izbeglica izjavljuje da su zdravstvene usluge (u najbližoj zdravstvenoj ustanovi) ostvarivali lako (*grafikon 10*). Preostalih 12,2% imalo je poteškoće u ostvarivanju zdravstvene zaštite, i to uglavnom zbog plaćanja participacije u iznosu od 9 dinara (4,7%), zatim zbog participacije i udaljenosti ustanove (3,3%), te zbog udaljenosti, problema sa prevozom, dugog čekanja i drugih razloga (4,2%).

Plaćanje participacije je u većini opština obavezno za izbeglice, pod istim uslovima koji važe za domaće stanovništvo. O ovome, međutim, ne postoji jedinstvena zvanična odluka, pa je situacija u nekim opštinama drugačija (izbeglice su oslobođene plaćanja participacije). Kao razlog teškog ostvarivanja zdravstvenih usluga ni u jednom slučaju nije zabeležena diskriminacija izbeglica u odnosu na domaće stanovništvo.



Grafikon 10. Ostvarivanje zdravstvene zaštite

Za razliku od relativno lakog ostvarivanja primarne zdravstvene zaštite, 98% ispitanih izjavilo je da do potrebnih lekova dolazi teško (grafikon 11). Razlozi su u 79% slučajeva nedostatak novca za kupovinu lekova i nestašica lekova u apoteci, zatim kombinacija plaćanja participacije, nedostatka novca i nestašice (11,5%), te ostali razlozi (7,4%).



Grafikon 11. Snabdevanje lekovima izbeglica u kolektivnom smeštaju

Izbeglice koje su bile na bolničkom lečenju, odnosno operaciji, u najvećem procentu su ostvarile te usluge lako (79,8%). Preostalih 20,2% imalo je poteškoće zbog zahtevanja plaćanja (6,7%), potrebe donošenja lekova i drugog potrebnog materijala za lečenje (4,0%); plaćanja i donošenja lekova (2,7%); zato što slučaj nije bio hitan pa nije odobren prijem u bolnicu (1,3%) i drugih razloga (1,3%). Hronični bolesnici su u najvećem procentu (79%) pod redovnom kontrolom lekara, što se slaže sa tvrdnjom o lakom ostvarivanju zdravstvenih usluga.

Međutim, svega 15,6% bolesnika redovno uzima propisane lekove, a 84,4% uzima lekove povremeno, kada ih ima. Zaključak je da u ovoj populaciji postoji značajna briga za vlastito zdravlje, te svest i navika da se obraćaju lekaru, ali da je nedostatak lekova osnovni problem za adekvatno lečenje. Uopšte je zdravstvena kultura izbeglica u kolektivnim centrima na solidnom nivou, i samo time se može objasniti činjenica da u tako lošim higijenskim uslovima nije došlo do većih epidemija zaraznih bolesti. To nije iznenađenje kada se zna da su ove izbeglice pre rata spadale u ekonomski srednje razvijeni sloj društva, solidne obrazovne strukture, i da su živele u razvijenim severozapadnim krajevima bivše Jugoslavije.

Stomatološka služba je dostupna najvećem broju dece i odraslih, i redovno je koristi 44,7% dece i 25,7% odraslih; povremeno 47,7% dece i 50,7% odraslih, a ne koristi je (jer se plaća ili je daleko ili iz drugih razloga) 7,5% dece i 24,3% odraslih. Utisak je da ne postoji navika za redovnim preventivnim odlaskom stomatologu, već se o korištenju stomatoloških usluga misli samo kada postoji problem, odnosno oboljenje. Treba naglasiti da su ove usluge među najskupljim, naročito kada je protetika u pitanju, i zato se odlazak stomatologu odlaže koliko god se može. Nedostatak preventivnih programa i higijenskih navika kod dece (što je blisko

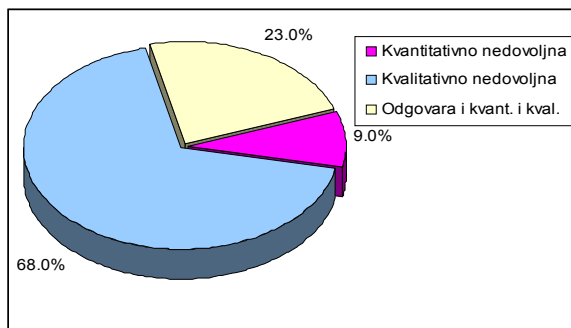
povezano sa generalno lošim higijenskim prilikama i nedostatkom higijenskih sredstava) rezultira visokim procentom karijesa kod predškolske i školske dece. Obuhvaćenost trudnica redovnim lekarskim kontrolama u toku trudnoće je potpuna. Svi porođaji u poslednjih godinu dana obavljani su u zdravstvenoj ustanovi uz stručnu lekarsku pomoć, i protekli su uredno, bez komplikacija. Redovnom vakcinacijom obuhvaćena su sva deca, sa izuzetkom onih koji zbog različitih medicinskih indikacija nisu u potpunosti vakcinisani.

ISHRANA

Pravilna ishrana kvalitetnim i zdravstveno ispravnim namirnicama je jedan od najvažnijih preduslova za dobro zdravlje. Nepravilna ishrana je značajan faktor rizika za masovna nezarazna oboljenja, ali i rizik za bolesti nedovoljne ishrane.

Namirnice koje su najčešće zastupljene u ishrani izbeglica u KC su testenine i brašno, pasulj, krompir, kupus, mrkva, luk, riža, jabuke, jaja, meso. Na kvalitet i raznovrsnost ishrane u kolektivnim centrima veliki uticaj ima sveža hrana koju obezbeđuju humanitarne agencije. Takođe, svi kolektivni centri čiji su stanovnici dobili plastenike za povrće ili domaće životinje za uzgoj, imaju bolju i raznovrsniju ishranu u poređenju sa ostalim kolektivnim centrima.

Da bi se argumentovano iznelo mišljenje o tome šta je u ishrani izbeglica deficitarno a šta ne, morala bi se napraviti detaljna anketa o ishrani u trajanju od nekoliko dana. U okviru ove procene nije bilo moguće doći do detaljnih podataka o količini i zastupljenosti određenih vrsta namirnica u ishrani. Na osnovu saznanja zasnovanih na izjavama izbeglica u KC, ipak možemo reći da je procena samih izbeglica sledeća: ishrana je kvantitativno dovoljna za većinu (91%) centara, ali nedostaju animalni proteini (mleko i mlečni proizvodi, meso) i zaštitne materije – vitamini i minerali (voće i povrće).



Grafikon 12. Ocena kvaliteta ishrane u kolektivnim centrima od strane lekara-saradnika NSHC-a

Ishrana je bogata ugljenim hidratima (iz brašna, testa, pasulja, krompira) i visokokalorična. Masti i koncentrisani šećeri su zastupljeni u dovoljnoj količini. Opšta je ocena saradnika NSHC-a da ishrana odgovara higijenskim normama u 23% kolektivnih centara; u 9% centara ishrana je količinski nedovoljna, dok u 68% centara ne zadovoljava kvalitativno - uglavnom nedostaju animalni proteini, vitamini i minerali (grafikon 12).

Same izbeglice uglavnom nisu zadovoljne hranom koju dobijaju ili koju sebi mogu da priušte, i najčešće žalbe se odnose na slabu zastupljenost mesa u ishrani, što govori više o navikama i vlastitoj proceni kvaliteta ishrane, nego o stvarnoj potrebi, pogotovo kada se uzmu u obzir potrebe odraslih osoba za proteinima.

Sa druge strane, ni u jednom kolektivnom centru ne postoji posebno osmišljena dopunska ishrana za decu. Deca se hrane na isti način kao odrasli, s tim da roditelji ličnim naporima pokušavaju da ishranu dece poboljšaju i učine kvalitetnijom. U tom smislu postoji jasna potreba za dopunskom ishranom dece koja bi bila raznovrsna, bogata proteinima animalnog porekla, vitaminima i mineralima.

Na osnovu uvida lekara prilikom posete kolektivnim centrima, ne primećuju se znaci pothranjenosti, hipovitaminoze, anemije i sl. kao posledice loše ishrane, ni kod odraslih ni kod dece. Za takvu ocenu, međutim, potrebni su objektivni, laboratorijski i drugi pokazatelji. Sa druge strane, ishrana sa povećanim udelom ugljenih hidrata i posledična gojaznost utiču na povećanje masnoća u krvi, pojavu ateroskleroze, povišen krvni pritisak i sve komplikacije te bolesti (srčani udar, moždani udar), što i jesu najčešće bolesti odrasle populacije u

kolektivnim centrima. Ovakva ishrana u dužem periodu utiče na brži razvoj nabrojanih patoloških procesa, na češće komplikacije, lošiji imuni status i skraćenje životnog veka.

INDIKATORI ZDRAVSTVENOG STANJA

Fizičko zdravlje

Obilazak KC bio je prilika da se stekne uvid u najčešće bolesti i zdravstvene probleme od kojih pati ova populacija. Pri proceni zdravstvenog stanja interesovala nas je zastupljenost bolesti od većeg socio-medicinskog značaja (kardiovaskularne bolesti, dijabetes, astma i hronični bronhitis, maligne bolesti, tuberkuloza, itd.), te eventualno prisustvo bolesti koje se mogu očekivati u KC u lošim higijenskim prilikama (dijarejalni sindrom, šuga, vašljivost).

Podatke o zdravstvenom stanju i broju obolelih dobijali smo na osnovu individualnih i grupnih razgovora, te uvidom u dostupnu medicinsku dokumentaciju. Na osnovu dobijenih podataka, najzastupljenije bolesti u ovoj populaciji su bolesti cirkulatornog sistema i akutne respiratorne bolesti. Zatim slede bolesti probavnog trakta (pretežno ulkusna bolest), šećerna bolest i hronične opstruktivne plućne bolesti (hronični bronhitis, astma). Značajno je da smo zabeležili i dijarejalni sindrom, vašljivost, šugu i tuberkulozu.

U cilju dobijanja preciznijih podataka i poređenja sa opštom populacijom, za potrebe ovog izveštaja analizirali smo zastupljenost pojedinih hroničnih bolesti na slučajno odabranom uzorku od 614 odraslih izbeglica iz pet kolektivnih centara koje redovno posećujemo, za koje imamo individualne medicinske kartone sa upisanim dijagnozama. Na osnovu analize, dobili smo sledeću sliku:

Najzastupljenije su bolesti cirkulatornog sistema (bolesti srca i krvnih sudova, visok krvni pritisak i njegove komplikacije), koje su u ukupnom morbiditetu zastupljene sa 37,4%. Zatim slede bolesti koštano-mišićnog i probavnog sistema, duševni poremećaji, bolesti nervnog sistema i čula, endokrine bolesti, i drugo (*Tabela 2.*)

Tabela 2. Grupe bolesti prema zastupljenosti u ukupnom morbiditetu odraslih izbeglica smeštenih u kolektivnim centrima Vojvodine

Br.	Bolesti - stanja	% učešća u ukupnom morbiditetu	% učešća u populaciji odraslih	% u morbiditetu odraslih opšte populacije ⁵
1.	Bolesti kardiovaskularnog sistema	37,4%	28,7%	15,93%
2.	Bolesti koštano-mišićnog sistema	27,2%	20,9%	10,3%
3.	Bolesti digestivnog sistema	8,5%	6,4%	7,2%
4.	Duševni poremećaji	7,7%	6,0%	5,62%
5.	Bolesti nervnog sistema i čula	6,5%	5,0%	6,55%
6.	Bolesti respiratornog sistema	5,5%	4,2%	32,39%
7.	Endokrine bolesti	2,7%	2,0%	?
8.	Bolesti urogenitalnog sistema	2,1%	1,6%	4,85%
9.	Bolesti kože i potkožnog tkiva	1,2%	1%	4,0%
10.	Neoplazme	1%	0,8%	?
11.	Bolesti krvi i krvotvornih organa	0,2%	0,2%	?

⁵ Izvor: Zdravstveno stanje stanovništva Srbije, analitička studija; str. 266; procenat učešća pojedinih grupa bolesti u ukupno registrovanom morbiditetu odraslih osoba u Vojvodini za 1996.g.

Od pojedinačnih bolesti, na prvom mestu po zastupljenosti u odrasloj populaciji nalazi se hronični reumatizam (21,2% odraslih). S obzirom na visok udeo starih u populaciji kolektivnih centara, ovakva zastupljenost je očekivana. Loša zagrejanost prostorija i vlaga utiču na pogoršanje ovih bolesti i izraženije tegobe. Sledi arterijska hipertenzija, od koje pati 18,2% odrasle populacije; loša ishrana u kojoj dominiraju ugljeni hidrati, masti, svakodnevni stres, pušenje i fizička neaktivnost, pogoduju nastanku i pogoršanju ove bolesti, a svi ovi uslovi postoje u kolektivnim centrima. Povišen krvni pritisak jedan je od glavnih faktora rizika za nastanak srčanog udara, srčane insuficijencije i moždanog udara. Svaka od ovih komplikacija za posledicu ima invalidnost i visoku smrtnost. Sledi ulkusna bolest (6% odraslih), po etiologiji psihosomatsko oboljenje u čijem nastanku psihički stres ima centralnu ulogu. Kardiomiopatije (4,7%), nastale najčešće kao posledica povišenog krvnog pritiska, na četvrtom su mestu, zajedno sa neurotskim sindromom (4,7%), itd. (Tabela 3.)

U poređenju sa zastupljenošću pojedinih grupa bolesti u morbiditetu odraslih osoba u Vojvodini iz 1996. godine, u ispitanom uzorku zabeleženo je više nego dvostruko veće prisustvo kardiovaskularnih bolesti; skoro tri puta veća zastupljenost koštano-mišićnih oboljenja, te nešto veća zastupljenost bolesti digestivnog sistema i duševnih poremećaja. Razlog za ovo treba tražiti u velikom broju starih osoba u kolektivnim centrima (u opštoj populaciji Vojvodine je 12,3% stanovništva staro, a u populaciji izbeglica u kolektivnom smeštaju 23,6%), za koje su prve dve grupe bolesti najčešće. Uslovi života i prolongirani stres daju svoj doprinos većoj učestalosti i komplikacijama tih oboljenja. Respiratorne bolesti su u opštoj populaciji zastupljene višestruko više, ali u taj procenat ulaze i sve akutne respiratorne bolesti, dok se u kolektivnim centrima ovaj procenat odnosi na hronične respiratorne bolesti. Bolesti urogenitalnog sistema i kože su u populaciji izbeglica nešto manje zastupljene nego u opštoj populaciji, dok je zastupljenost bolesti nervnog sistema i čula skoro podjednak. Svi podaci za opštu populaciju su iz 1996. godine, a procene su da se stanje zdravlja opšte populacije za poslednje tri godine u celini pogoršalo.

Dijarejalni sindrom koji smo registrovali kod 297 odraslih (povremene neinfektivne ili infektivne epizode enterokolitisa), u skladu je sa opštim higijenskim uslovima u kolektivnim centrima. S obzirom da je ovaj podatak zasnovan na iskazima ljudi, a bez uvida u medicinsku dokumentaciju i eventualno dokazane etiološke faktore, ne možemo tvrditi o kojim se uzročnicima radi. Ipak, treba naglasiti da je u epidemiološkom smislu populacija kolektivnih centara veoma rizična za izbijanje epidemija crevnih i drugih zaraznih bolesti. Vašljivost i šuga nisu zabeležene u većem broju, ali je i samo njihovo javljanje dokaz neadekvatnosti kolektivnog načina života u nehygijenskom smeštaju i dokaz lošeg održavanje lične higijene i higijene rublja i odeće. Tuberkuloza je u porastu i u opštoj populaciji, pa je stoga njeno javljanje kod izbeglica u kolektivnom smeštaju očekivano, čak i u većoj meri zbog uslova života i kolektivnog smeštaja.

Tabela 3. Deset najzastupljenijih bolesti u morbiditetu odraslih izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine

Br.	Obolenje - stanje	Broj obolelih	% u ukupnoj populaciji odraslih
1.	Hronični reumatizam	130	21,2%
2.	Povišen krvni pritisak	112	18,2%
3.	Ulkusna bolest	37	11,8%
4.	Neurotski sindrom	29	4,7%
5.	Hronična kardiomiopatija (razl. etiologije)	29	4,7%
6.	Hronični plućni opstruktivni sindrom	22	3,6%
7.	Poremećaji ritma rada srca	16	5,0%
8.	Šećerna bolest	13	2,1%
9.	Sindrom angine pektoris	13	2,1%
10.	Infekcije urinarnog trakta	10	1,6%

Kod dece su kao najučestalije zabeležene akutne respiratorne bolesti (72,2% od ukupnog morbiditeta), zatim dijarejalni sindrom (12,3%); vašljivost (7,8%); astma (4,8%) i druge bolesti i stanja (alergije, srčane mane, pijelonefritis, epilepsija, rahitis, leukoza, dijabetes, anemija, urođene anomalije, povrede), zastupljene u ukupnom morbiditetu sa 2,8%.

Tabela 4. Zastupljenost najčešćih bolesti u populaciji dece izbeglica smeštenih u kolektivnim centrima Vojvodine

Br.	Bolesti - stanja	% učešća u ukupnom morbiditetu	% učešća u populaciji dece
1.	Akutne respiratorne bolesti	72,2%	36,0%
2.	Akutni enterokolitis (dijareja)	12,3%	6,1%
3.	Vašljivost	7,8%	3,9%
4.	Astma	4,8%	2,4%
5.	Druge bolesti	2,8%	1.4%

U poređenju sa decom u opštoj populaciji, akutne respiratorne bolesti su skoro podjednako visoko zastupljene u ispitanoj uzorku, dok za ostale bolesti koje smo registrovali kod dece izbeglica nemamo validne podatke za poređenje sa opštom populacijom.

Akutne respiratorne bolesti imaju pogodno tle za širenje u uslovima zajedničkog boravka odraslih i dece u zatvorenom prostoru; deca su im naročito izložena zbog slabije otpornosti. Isto važi i za česte prolive, koji su očekivani u uslovima lošeg održavanja lične higijene i higijene prostorija, te u uslovima nehygijenskog skladištenja namirnica i ishrane. U tom smislu su naročito ugrožena novorođenčad, odojčad i mala deca zbog opasne dehidracije koja prati ova stanja. Vašljivost je takođe očekivana i smatramo da postoji u većem obimu nego što su ispitivani roditelji bili spremni priznati (jer se smatra sramotom, kao znak loše higijene). Astmatičnim napadima pogoduje zagađen vazduh, pušenje u prostoriji, i naročito značajno, psihički stres.

Iz svih nabrojanih razloga, ističemo da je zdravlje dece u kolektivnim centrima veoma ugroženo. Slabija otpornost na brojne patogene faktore okoline, nepravilna ishrana i nedostatak hranjivih i zaštitnih materija, pogubno deluju na zdravlje ove osetljive populacije. Kao takva, deca su prijemčivija za različite bolesti i neotpornija da se sa njima izbore.

Mentalno zdravlje

U okviru procene zdravstvenog stanja izbeglica u kolektivnim centrima, interesovalo nas je i mentalno zdravlje izbeglica, te prisustvo eventualnih pokazatelja neurotskog, depresivnog ili psihotičnog poremećaja kod odraslih i dece. Sam pojam mentalnog zdravlja teško je definisati, a naročito je teško zaključivati o mentalnom statusu populacije izbeglica u kolektivnim centrima na osnovu jednog relativno kratkog susreta i razgovora sa njima. Duševno zdravlje je promenljiva kategorija, tako da je slika mentalnog stanja izbeglica u kolektivu danas sigurno drugačija nego pre pet godina, kada su traume rata i izbeglištva bile sveže. Naš utisak je da smo u okviru ove Procene, kada je duševno zdravlje izbeglica u pitanju, videli samo "vrh ledenog brega", te da se o ovoj temi sud može dati na osnovu kontinuiranog praćenja i ispitivanja svih važnih činilaca mentalnog zdravlja.

Osnovne ljudske potrebe za fizičkom i emocionalnom sigurnošću, uspehom i statusom samo su delimično zadovoljene u kolektivnim centrima. Strah od egzistencijalne (fizičke) neizvesnosti u siromašnom društvu razlog je što se ove izbeglice ne usuđuju napustiti kakvu-takvu sigurnost kolektivnog centra, kao jedinu sigurnost koju imaju nakon gubitka imovine i napuštanja svog mesta. Privremenost ovakvog smeštaja (iako traje godinama), opšta neizvesnost i nemogućnost bilo kakvog planiranja budućnosti, izbeglicama stvara stalnu strepnju i strah. Život u kolektivnom centru stavlja ih neprekidno u zavisn položaj: oslonjeni

na pomoć humanitarnih organizacija, malodušni, nemotivisani i suviše obeshrabreni za nove početke, oni uglavnom očekuju od drugih da im pomognu i reše konkretne probleme. (I naše posete su prokomentarisali sa nevericom da će išta biti promenjeno na bolje nakon naše posete, ili bilo kada.)

Potreba za prihvaćenošću od strane okoline u KC se zadovoljava prvenstveno u samoj grupi izbeglica. Ukoliko su iz istog mesta, onda su veze među njima veoma jake, i drže se skupa. Zajednička traumatična iskustva iz prošlosti i zajednički problemi koje imaju danas povezuju ih, i u mnogim centrima se ima utisak homogenosti, prisnosti i toplih, skoro porodičnih odnosa. U takvim okolnostima, međutim, porodica je ta čije se konture gube, porodične uloge se menjaju i na izvestan način, ona biva zamenjena kolektivom. Deca u kolektivu nemaju uslove da steknu osnovna znanja o zdravom stanovanju, ličnoj higijeni, načinu ishrane, samostalnosti. Razvoj njihove ličnosti ne diktira porodica, već kolektiv sa svim svojim različitostima. Sve ovo je dobra podloga za razvoj različitih smetnji i poremećaja ličnosti.

Socio-ekonomska neravnopravnost izbeglica u odnosu na lokalno stanovništvo i specifičnost njihovog smeštaja (kolektiv) dodatno utiče na mentalno zdravlje ovih ljudi. Potrebe za uspehom i socijalnom statusom se u ovim okolnostima gotovo nikako ne zadovoljavaju. Naprotiv. Lokalno stanovništvo ima predrasude o povlašćenom položaju ovako smeštenih izbeglica (jer dobijaju besplatan stan, hranu i drugu pomoć), ili ih u suprotnom primeru žali i pokušava da materijalno pomogne, čime ih postavlja u zavisan i neprijatan položaj siromašne "klase". Ni u jednom od ova dva slučaja izbeglice se ne osećaju dobro. Sami procenjuju da su ostvarili dobre odnose sa lokalnom zajednicom, ali malo je pravih prijateljstava i bliskosti: dobri odnosi zapravo znače međusobnu korektnost i ne mnogo više od toga. Krug se ovde zatvara, jer se izbeglice ponovo vraćaju u okvire kolektiva, bez želje i energije da nešto menjaju u tom smislu.

Međusobne odnose u kolektivnom centru kao veoma dobre ocenjuje 2,0% izbeglica; kao dobre 46,6%; kao podnošljive ili zadovoljavajuće 39,9%; kao loše 13,5%, a kao veoma loše 2,7% izbeglica. U kolektivima gde su smešteni duševni bolesnici (kojima uglavnom nedostaje terapija), ili gde žive porodice alkoholičara, prisutni su stalni konflikti i svađe usled međusobnog nerazumevanja i netrpeljivosti.

Odnose sa lokalnom zajednicom kao veoma dobre ocenjuje 1,3% izbeglica; kao dobre 43,9%; kao zadovoljavajuće ili podnošljive 21,6%; kao loše 13,5%, a kao veoma loše 2% izbeglica. 17,5% izbeglica ocenjuje da nemaju kontakta sa lokalnom zajednicom i da nisu naročito bliski.

Frustracije koje neminovno nastaju u uslovima kolektivnog centra, brojne su i intenzivne. Neurotični simptomi su veoma prisutni, i kod odraslih i kod dece. 23,5% odraslih ima poremećaje spavanja i sna, a 8,3% dece ispoljava neurotske simptome (grickanje noktiju, mucanje, somnambulizam, poremećaji ishrane, problemi sa učenjem i problematično ponašanje). Alkoholizam je zabeležen kod 2,7% odraslih, i vlada velika potražnja za sedativima.

Sa psihijatrijskog stanovišta, utisak je da teških funkcionalnih mentalnih oboljenja tipa psihoza nema u značajno većem broju u odnosu za opštu populaciju. S obzirom da je noksa (rat i traumatsko iskustvo napuštanja svog doma) davno prošla, nema pokazatelja o postojanju posttraumatskog stresnog poremećaja, ali su moguće brojne subkliničke i larvirane forme protrahiranog posttraumatskog stresnog poremećaja. Kod starijih postoji velika verovatnoća depresivnih reaktivnih poremećaja na subkliničkom nivou, ali sa teško prepoznatljivim formama, u vidu somatizacije i pasivizacije ("depresija bez depresije"). U toku je faza adaptacije, za vreme koje izbeglice prestaju da primećuju simptomatologiju, jer je prebacuju u drugi plan, zarad aktuelnijih i akutnijih potreba. Istovremeno, adaptacioni mehanizmi se iscrpljuju, pa se u budućnosti može očekivati potencijalna patologija, pre svega kod starijih osoba i onih vulnerabilno strukturiranih.

Iz ugla psihologa, zajednički život tri generacije u malom, nefunkcionalnom i neuslovnom prostoru nosi posebne rizike za svaku starosnu grupu. Transgeneracijski sukobi u ovim uslovima kulminiraju na jedan sasvim nov način. Deca, kojima je život u izbeglištvu i u kolektivu jedino iskustvo porodičnog života koje imaju, uglavnom su usredsređena na odrasle i međusobno jedni na druge. Osim toga, ova deca oskudevaju u knjigama, igračkama i drugom pedagoško-didaktičkom materijalu. Uglavnom su depresivna, povučena u sebe, neadaptirana, anksiozna. Često nemaju uslove za normalno učenje i rad, i osrednji su đaci. Adolescenti su naročito vulnerabilna grupa u kolektivnim centrima. Oni veoma teško prihvataju novo

okruženje, kao i činjenicu da treba da nastave život baš ovde, u uslovima u kojim su se našli. Bunt koji je očekivan u ovom periodu, usmeren je na bunt protiv “nove kuće”, a za zavičajem je izražena čežnja. Odrasli u kolektivnom centru, okruženi neizvesnošću i nemogućnošću dugoročnijeg planiranja, suočavaju se sa pitanjem vlastite kompetentnosti. Svesni teškog položaja u kojem se nalaze, često su usredsređeni isključivo na decu i njihovu budućnost, zapostavljajući gotovo sve vlastite potrebe. Stare osobe zbog teže prilagodljivosti i ograničene sposobnosti za rad, predstavljaju takođe ranjivu kategoriju. Oni malo ulažu u adaptaciju na novu sredinu. Žal za zavičajem, kućom, “svojim mirom” i ostavljenim materijalnim dobrima glavna su tema i sadržaj njihovih misli.

Postoji izražena i velika potreba za organizovanim i sistematskim radom pružanja psihosocijalne podrške izbeglim i raseljenim licima koja žive u kolektivnim centrima. Takvi programi bi mogli da se usredsrede na sve starosne kategorije, sa posebnim akcentom na decu i adolescente.

PRIORITETNI SLUČAJEVI

Jedan od ciljeva ovog projekta bilo je evidentiranje medicinskih prioriteta i pokrivanje njihovih osnovnih potreba u lekovima.

Kriterijumi koje smo postavili za odabir prioriteta bili su: fizički i/ili mentalni hendikep, teška psihijatrijska oboljenja, maligne bolesti, teške hronične bolesti sa komplikacijama, teške akutne bolesti i sva stanja koja u kombinaciji sa socio-ekonomskim statusom obolelog i njegove porodice predstavljaju prioritet za obezbeđivanje pomoći.

Tabela 5. Zastupljenost pojedinih bolesti i stanja kod izdvojenih prioriteta slučajeva u kolektivnim centrima Vojvodine

Br.	Bolesti - stanja	Deca	Odrasli	Stari	%
1.	Bolesti kardiovaskularnog sistema	2	7	33	20,5%
2.	Psihoze	1	26	8	17,1%
3.	Amputacije/Traume	0	11	5	7,8%
4.	Endokrine bolesti	1	5	9	7,3%
5.	Neoplazme	2	4	9	7,3%
6.	Hronične bolesti respiratornog sistema	3	1	9	6,3%
7.	Sindrom mentalnog deficita	5	5	3	6,3%
8.	Bolesti koštano-mišićnog sistema	1	3	8	5,8%
9.	Epilepsija	1	7	3	5,4%
10.	Bolesti nerava i čula	0	3	2	2,4%
11.	Ulkusna bolest	0	1	2	1,5%
12.	Bolesti urogenitalnog sistema	1	2	0	1,5%
13.	Ostalo	2	11	9	10,8%
					100%

Svaki pojedinačni slučaj evidentirali smo na individualnom medicinskom kartonu, sa svim relevantnim podacima. Potrebe prioriteta slučajeva u lekovima smo pokrili (u skladu sa paletom lekova kojom raspolažemo). Na ovaj način, evidentirali smo 175 prioriteta. 10,2% su deca i adolescenti do 18 godina; 47,4% su odrasli, a 42,4% stariji od 60 godina. U populaciji do 18 godina, najviše je evidentirano sindroma mentalnog deficita; u odraslih je najviše psihoza, a kod starijih od 60 godina, hipertenzija i stanja nakon moždanog udara.

PROBLEMI IZBEGLICA U KOLEKTIVNOM SMEŠTAJU I ISKAZANE POTREBE

Sa ciljem da pravilno procenimo zdravstveno stanje izbeglica u KC , pitali smo izbeglice koji su najveći problemi sa kojima se suočavaju u svakodnevnom životu. Kao najveće, izbeglice su istakle probleme sa sanitarnim čvorom (kvarovi, nedovoljan kapacitet ili nedostatak kupatila, i sl.); neadekvatan smeštaj (neuslovan objekat, mali prostor, nepostojanje higijenskog minimuma za život i ishranu) i nedostatak veš-mašina. Zatim su naveli probleme sa grejanjem (nedovoljna zagrejanost prostorija, nedostatak ogreva); nedovoljnom i jednoličnom ishranom; nedostatkom vode i izolovanošću od naselja. Sve ostale probleme (koji se odnose uglavnom na konkretne stvari koje im nedostaju), navodili su u manjem broju.

Što se potreba tiče, one se uglavnom odnose na konkretnu pomoć u lekovima, veš-mašinama, higijenskim sredstvima, boljem smeštaju, hrani i popravci sanitarnog čvora. Slede potrebe za popravkama grejanja; obucom, odecom, šporetima, frižiderima. Utisak je da u mnogim kolektivnim centrima postoji potreba za različitim popravkama, od popravke krova do popravke veš-mašine. Usled preopterećenosti, ovi uređaji imaju kraći vek trajanja i potrebno im je češće održavanje.

PREGLED OSNOVNIH FAKTORA RIZIKA

Na osnovu svega iznesenog, mogu se izdvojiti osnovni faktori rizika za zdravlje izbeglica u kolektivnim centrima:

- veliki udeo starih izbeglica u kolektivnim centrima;
- veliki broj nezaposlenih; nedostatak prihoda; siromaštvo i zavisnost od kolektivnog centra;
- višestruka ugroženost porodice u kolektivnom smeštaju;
- deca bez jednog ili oba roditelja u velikom broju;
- izolovanost pojedinih kolektivnih centara koji se nalaze izvan naselja;
- neadekvatnost i loše stanje većine objekata u kojima se stanuje, sa lošim mikroklimatskim uslovima (vlaga, loša osvetljenost, slaba zagrejanost);
- nedostatak zajedničkih prostorija, nedostatak prostora, pretrpanost i nedostatak porodične intimnosti i odvojenosti;
- višenamensko korišćenje spavaonice (za dnevni boravak, trpezariju, kuhinju, ostavu i spavaonice); zajedničke spavaonice za osobe različite starosti i zdravstvenog stanja;
- nehigijensko skladištenje namirnica (nedostatak prostora i frižidera); nehigijensko pranje posuđa u kupatilu ili po spavaonicama;
- visok udeo kolektivnih centara bez kupatila (tuša) i otežano održavanje lične higijene;
- otežano održavanje higijene odeće i posteljine, zbog nedostatka i preopterećenosti postojećih veš mašina;
- veoma loše stanje sanitarnog čvora: preopterećenost nužnika, kvarovi, nedostatak dezinficijenasas;
- higijenski neispravna voda iz bunara i nedostatak vode u tri kolektivna centra;
- preopterećene i izlivenne septičke jame u 12 kolektivnih centara zbog nedovoljnog kapaciteta i neredovnog pražnjenja;
- neadekvatno odlaganje čvrstih otpadaka u okolini kolektivnih centara i pojava glodara;
- nedostupnost kvalitetne zdravstvene zaštite, nestašica lekova i novca za kupovinu lekova;
- nedovoljna preventiva bolesti usta i zuba kod dece i odraslih;
- ishrana u kojoj dominiraju ugljeni hidrati na račun animalnih proteina, vitamina i minerala;
- nepostojanje dodatne ishrane za decu koja bi uvažila njihove potrebe za gradivnim i zaštitnim materijama;
- visok udeo kardiovaskularnih i reumatskih oboljenja kod odraslih i posledične komplikacije;
- visok udeo akutnih respiratornih bolesti i dijarejalnog sindroma kod dece, sa rizikom nastanka komplikacija;

- pojava šuge, vašljivosti i tuberkuloze među izbeglicama u kolektivnom smeštaju;
- ugroženost mentalnog zdravlja svih starosnih grupa u kolektivnom centru sa visokim udelom neurotskog sindroma, i posebnom ugroženošću dece i adolescenata;
- značajan broj medicinskih prioriteta kojima su potrebni posebni uslovi za život i lečenje.

PREDLOZI MERA ZA REŠAVANJE PROBLEMA I PREPORUKE ZA BUDUĆI RAD

- Iznalaženje adekvatnijeg i humanijeg smeštaja za izbeglice iz kolektivnih centara;
- smanjenje koncentracije starih osoba u kolektivnim centrima;
- rasformiranje velikih kolektivnih centara i formiranje manjih smeštaja sa obaveznom mogućnošću porodičnog smeštaja;
- obezbeđenje samoizdržavanja, preko kredita i pomoći u nabavci plastenika, domaćih životinja, poljoprivredne mehanizacije i dr. (samodohodovni projekti);
- primerena pomoć deci bez jednog ili oba roditelja, te pomoć samohranim majkama u školovanju dece;
- popravka oštećenih objekata i obezbeđenje boljih mikroklimatskih uslova, odnosno preseljenje u adekvatan stambeni prostor;
- porodični smeštaj u spavaonicama i obezbeđenje dovoljne kvadrature po osobi kao higijenskog minimuma;
- odvajanje posebnih prostorija za kuhinju i trpezariju, i opremljenost dovoljnim brojem sudopera, šporeta, frižidera, kuhinjskog nameštaja i veš-mašina;
- obezbeđenje zajedničke prostorije, naročito za centre sa više od 100 ljudi, sa adekvatnim sadržajima (TV, radio);
- popravka pokvarenih uređaja i instalacija, naročito slavina, tuševa, WC-a, i obezbeđenje dovoljnih količina dezinficijensa za održavanje sanitarnog čvora;
- obezbeđivanje higijenski ispravne vode u dovoljnoj količini za kolektivne centre koji uopšte nemaju vode;
- obezbeđenje redovne i rigorozne kontrole vode iz bunara, te obezbeđivanje njene higijenske ispravnosti redovnom dezinfekcijom bunara (hlorisanje);
- informisanje stanovnika kolektivnih centara o rizicima korištenja neispravne vode, i upućivanje u načine preventivnog delovanja (prokuhavanje, upotreba tableta za dezinfekciju);
- obezbeđivanje redovnog i pravilnog uklanjanja čvrstih otpadaka na za to predviđene deponije;
- informisanje i obuka izbeglica o pravilnoj dispoziciji čvrstih otpadnih materija i preventivnim aktivnostima (dezinsekcija, deratizacija);
- redovno prisustvo lekara u kolektivnim centrima kojima je daleko zdravstvena ustanova i u centrima sa velikim udelom starih i bolesnih; obezbeđivanje potrebnih lekova u dovoljnim količinama za hronične bolesnike;
- preventivne aktivnosti u cilju sprečavanja nastanka bolesti usta i zuba (zdravstveno vaspitanje i obezbeđenje higijenskih sredstava);
- poboljšanje ishrane izbeglica obezbeđenjem pomoći u voću, povrću, mleku i mlečnim proizvodima, kao i pomoć u proizvodnji hrane za sopstvene potrebe (plastenici, alat, seme...);
- obezbeđivanje dopunske ishrane za decu svih uzrasta, uz uvažavanje potreba u određenim periodima rasta i razvoja;
- eliminacija svih rizičnih faktora za nastanak različitih akutnih i hroničnih bolesti u kolektivnim centrima, naročito infektivnih bolesti;
- preventivno delovanje na svim nivoima u cilju sprečavanja nastanka hipertenzije, reumatizma i drugih bolesti odraslih i njihovih komplikacija (zdravstveno vaspitni rad, adekvatno lečenje i redovna kontrola);

- zdravstveno vaspitanje roditelja u cilju prevencije dijarejalnog sindroma i njegovih komplikacija kod dece i drugih bolesti;
- obezbeđivanje potrebnih uslova za život i lečenje lica sa posebnim potrebama izdvojenih kao prioriteta;
- sveobuhvatan i kontinuiran psiho-socijalni rad sa svim starosnim kategorijama u kolektivnim centrima, u cilju trajnog rešavanja problema izbeglica iz kolektivnog smeštaja.

ZAKLJUČAK

Projekat Procene zdravstvenog stanja izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine obuhvatio je u kratkom periodu od pet nedelja obilazak svih centara; direktan kontakt i razgovor sa izbeglicama; procenu zdravlja i zdravstvene situacije; informisanje izbeglica o Specijalnom medicinskom programu, te evidentiranje i pomoć medicinskim prioritetima.

Zdravlje izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine ugroženo je na više načina. Opšte siromaštvo i nezaposlenost negativno se odražava na sve aspekte života stanovništva, a naročito utiče na najslabije članove zajednice, pre svih, na izbeglice u kolektivnim centrima. Trauma proživljenog rata, gubici i neizvesna budućnost ostavljaju trag na fizičkom, socijalnom i mentalnom zdravlju ovih ljudi, a dugotrajni boravak u uslovima kolektivnog smeštaja dodatno utiče na visoku učestalost različitih psihosomatskih i drugih bolesti i njihove komplikacije.

Kolektivni centri su većinom neadekvatni za stanovanje, pretrpani i u lošem su stanju. Nehigijenski uslovi stanovanja i spremanja hrane; loši uslovi za održavanje lične higijene, neadekvatno vodosnabdevanje i uklanjanje otpadnih materija predstavljaju veliki rizik za nastanak i širenje respiratornih, kontaktnih, alimentarnih i hidričnih epidemija. Jednolična ishrana u kojoj dominiraju jeftine namirnice sa dosta ugljenih hidrata, dodatno utiče na smanjenje imuniteta, i nastanak bolesti loše ishrane. Nepostojanje posebno osmišljene ishrane za decu značajan je faktor rizika za nastanak poremećaja rasta i razvoja, te različitih bolesti nedovoljne ishrane.

Zdravstvena služba, iako većini dostupna, siromašna je i nemoćna da pruži adekvatan tretman pacijentima. Zahvaljujući dobro razvijenoj mreži zdravstvenih ustanova, preostaloj iz ranijih i bogatijih vremena, obuhvaćenost dece redovnom vakcinacijom i trudnica redovnom kontrolom, potpuna je. Nivo zdravstvene kulture izbeglica u kolektivnim centrima takođe je visok, i to je jedino objašnjenje što u ovako lošim higijensko-epidemiološkim uslovima nismo zabeležili veće epidemije zaraznih bolesti.

Zbog neminovnosti kupovine lekova i plaćanja skupih medicinskih usluga, mnogi pacijenti se leče neredovno ili nikako, odlažući odlazak lekaru koliko mogu. Zdravlje najosetljivijih grupacija - dece, starih i žena u generativnom periodu - naročito je ugroženo, jer su njihove mogućnosti adaptacije na nepovoljne faktore ograničene. U opštem morbiditetu odraslih dominiraju bolesti mišićno-koštanog sistema i kardiovaskularne bolesti (povišen krvni pritisak i njegove komplikacije), a u morbiditetu dece akutne respiratorne bolesti i dijarejalni sindrom. Zabeležena je pojava šuge i vašljivosti, što govori o izrazito lošim higijenskim prilikama. Medicinski prioriteta, osobe čije je zdravlje naročito ugroženo, zahtevaju pomoć u nabavci lekova ili tuđoj nezi.

Na osnovu svega navedenog, potrebno je preduzeti hitne mere na otklanjanju rizika za zdravlje izbeglica smeštenih u kolektivnim centrima Vojvodine, te kontinuirano i planski raditi na trajnom rešavanju egzistencijalnih problema ove osetljive i marginalizovane grupe.

LITERATURA

- Adanja B., Vlajinac H., Gledović Z. i ost. *Osnovi metodologije naučnog istraživanja u medicini*, Nauka Beograd, 1996.
- Gaon A.J., Borjanović S., Vuković B. i ost. *Specijalna epidemiologija akutnih zaraznih bolesti*, Svjetlost Sarajevo, 1989.
- Institut za zaštitu zdravlja Novi Sad, *Zdravstveno stanje stanovništva okruga južna Bačka u 1996. godini*, Novi Sad, 1998.
- Institut za zaštitu zdravlja Srbije “Dr Milan Jovanović Batut” *Zdravstveno stanje stanovništva Srbije 1986 - 1996*, analitička studija, Beograd, 1998.
- Jakovljević Đ., Grujić V., Martinov-Cvejin M., Legetić B., *Socijalna medicina*, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Novi Sad, 1995.
- Kaličanin P., Toševski-Lečić D., Bukelić J., Išpanović-Radojković V. *Stresovi rata*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd 1994.
- Kaličanin P., Toševski-Lečić D., Bukelić J., Išpanović-Radojković V. *Zdravlje pod sankcijama*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd 1994.
- Nićiforović O., *Zdravstveno stanje stanovništva i korišćenje zdravstvene službe u uslovima krize primenom metoda EPI dizajn istraživanja*, specijalistički rad, Novi Sad, 1996.
- Radovanović M., Jevtić Z., *Udžbenik higijene*, Medicinska knjiga Beograd, 1992.
- Svetska zdravstvena organizacija *Zaštita mentalnog zdravlja izbeglica*, priručnik za rad na terenu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1993.

PRILOG 1. SPISAK KOLEKTIVNIH CENTRA U VOJVODINI

Sifra	CC	Naziv kolektivnog centra	Mesto	Opština	Ukupno	M	Z	0-1	02-07	08-14	15-18	19-60	> 60
KC 001	CC 001	Lovacki dom	Vladimirovac	Alibunar	36	13	23	0	0	0	3	27	6
KC 002	CC 002	Stara skola	Ban.Karlovac	Alibunar	48	25	23	1	2	4	0	18	23
Σ					84	38	46	1	2	4	3	45	29
KC 003	CC 003	Zgrada zast.stanovanja	Apatin	Apatin	38	20	18	0	1	2	2	12	21
KC 004	CC 004	Marko Oreskovic	Apatin	Apatin	7	3	4	0	0	0	0	5	2
Σ					45	23	22	0	1	2	2	17	23
KC 005	CC 005	Umetnicka kolonija	B. Topola	B. Topola	25	12	13	0	3	3	1	7	11
KC 006	CC 006	SD Pobeda	Pobeda	B. Topola	4	2	2	0	0	0	0	2	2
KC 007	CC 007	Vojvodina put	B. Topola	B. Topola	35	14	21	0	0	4	0	24	7
NN 001	CC 008	RASFORMIRAN	Bajsa	B. Topola	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 008	CC 009	Bivsa medicina rada	B. Topola	B. Topola	8	4	4	0	1	2	0	5	0
KC 009	CC 010	Ekonomija Zobnatica	B. Topola	B. Topola	25	15	10	0	0	0	0	14	11
KC 010	CC 011	Ekonomija Emusic	Emusic	B. Topola	42	22	20	0	4	7	3	19	9
KC 011	CC 012	PIK "1. Maj" - uprava	Krivaja	B. Topola	45	22	23	0	1	2	2	29	11
KC 012	CC 013	GIK "1.maj"-barake	B. Topola	B. Topola	56	26	30	0	3	5	2	16	30
NN 002	CC014	RASFORMIRAN	Krivaja	B. Topola	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 013	CC 015	PIK Granicar-uprava	Krivaja	B. Topola	39	22	17	0	2	2	0	33	2
KC 014	CC 016	Ekonomija Djusika	Krijava	B. Topola	32	15	17	0	3	4	1	22	2
KC 015	CC 017	PP Njegosevo-ekonom.	Njegosevo	B. Topola	34	15	19	1	2	5	1	20	5
KC 016	CC 018	Stara skola	Micunovo	B. Topola	14	8	6	0	1	2	0	10	1
KC 017	CC 019	Prvomajska - suteren	B. Topola	B. Topola	48	24	24	0	1	7	6	23	11
KC 018	CC 020	Vatrogasni dom	Panonija	B. Topola	29	12	17	0	0	5	2	15	7
KC 019	CC 021	Ekonomija Doza Djerdj	B. Topola	B. Topola	14	7	7	0	0	2	1	8	3
KC 020	---	Zdravstvena stanica	Njegosevo	B. Topola	11	5	6	0	1	0	0	5	5
Σ					461	225	236	1	22	50	19	252	117

PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE – IZVEŠTAJ

KC 021	CC 022	Stara ciglana	B.Petrovac	B.Petrovac	26	14	12	0	0	2	2	19	3
KC 022	CC 023	Sportski centar Vrbara	B.Petrovac	B.Petrovac	36	19	17	0	0	7	0	19	10
KC 023	CC 024	Ugost.pred. Zvezda	B.Petrovac	B.Petrovac	3	2	1	0	0	0	0	3	0
KC 024	CC 025	Inoks	B.Petrovac	B.Petrovac	28	15	13	0	0	5	0	20	3
KC 025	CC 026	Stara skola J.Kamenski	Kulpin	B.Petrovac	14	9	5	0	0	0	2	10	2
KC 026	CC 027	Lovacki dom (2 lok.)	Kulpin	B.Petrovac	52	24	28	0	1	2	2	39	8
KC 027	CC 028	Stara skola	Glozan	B.Petrovac	4	3	1	0	0	2	0	2	0
Σ					163	86	77	0	1	18	6	112	26

KC 028	CC 029	DTV Partizan	Becej	Becej	169	90	79	3	0	19	2	119	26
KC 029	CC 030	Radarska	Becej	Becej	3	2	1	0	0	0	0	3	0
KC 030	CC 031	Kamp naselje (3 lok.)	Becej	Becej	34	20	14	0	0	0	2	27	5
KC 031	CC 032	Decji vrtic L.Pejovic	Becej	Becej	49	22	27	0	0	10	2	27	10
KC 032	CC 033	Stara direkc.Becejtransa	Becej	Becej	23	9	14	1	2	2	1	16	1
KC 033	CC 034	Stari rest. Riblja carda	Becej	Becej	16	8	8	0	0	3	1	9	3
KC 034	CC 035	Prva MZ	Becej	Becej	14	6	8	0	0	1	1	7	5
KC 035	CC 036	Dom brace Tica	Becej	Becej	17	9	8	0	0	1	0	13	3
KC 036	CC 037	PIK Becej, Zalivno polje	Becej rural	Becej	35	16	19	0	0	5	2	16	12
KC 037	CC 038	PIK Becej, Novo selo	Becej rural	Becej	34	17	17	1	2	3	2	21	5
KC 038	CC 039	PIK Becej, Breg	Becej rural	Becej	26	16	10	0	0	2	1	17	6
KC 039	CC 040	Stari restoran Minjon	B.PetrovoSelo	Becej	14	9	5	1	0	1	1	9	2
KC 040	CC 041	Vatrogasni dom	B.PetrovoSelo	Becej	36	26	10	1	3	2	0	24	6
KC 041	CC 042	Seobe	B.PetrovoSelo	Becej	6	4	2	0	0	0	0	4	2
NN 003	CC 043	RASFORMIRAN	B.PetrovoSelo	Becej	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 042	CC 044	Sala Jankovic	B. Gradiste	Becej	42	25	17	0	1	4	4	30	3
KC 043	CC 045	Srpska citaonica	B. Gradiste	Becej	8	4	4	0	0	0	2	4	2
KC 044	CC 046	Balkan	B. Gradiste	Becej	10	6	4	0	0	1	1	4	4
Σ					536	289	247	7	8	54	22	350	95

KC 045	CC 047	Stari dom MZ	Ban. Palanka	Bela Crkva	32	20	12	0	0	3	5	22	2
Σ					32	20	12	0	0	3	5	22	2

KC 046	CC 048	Hotel BFC Andrevlje	Cerevic	Beocin	51	24	27	0	0	5	1	22	23
Σ					51	24	27	0	0	5	1	22	23

PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE – IZVEŠTAJ

NN 004	CC 049	RASFORMIRAN	Coka	Coka	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 047	CC 050	Vatrogasni dom i MZ	Padej	Coka	19	11	8	0	1	5	1	6	6
Σ					19	11	8	0	1	5	1	6	6

KC 048	CC 051	PD Borac	Krcedin	Indjija	31	18	13	0	0	2	1	22	6
KC 049	CC 052	NAP Plava Laguna	Cortanovci	Indjija	296	147	149	0	34	14	10	167	71
KC 050	CC 053	PD Gladnos	Gladnos	Indjija	137	60	77	0	6	8	3	99	21
Σ					464	225	239	0	40	24	14	288	98

KC 051	CC 054	Hotel Iriski venac	Iriski Venac	Irig	37	23	14	0	1	3	1	19	13
KC 052	CC 055	PD Novo doba	Irig	Irig	32	16	16	0	3	2	1	21	5
KC 053	CC 056	Stara skola	Krus.Prnjavor	Irig	11	6	5	0	1	0	0	7	3
KC 054	CC 057	Samacki hotel	Vrdnik	Irig	77	35	42	0	4	3	3	50	17
Σ					157	80	77	0	9	8	5	97	38

KC 055	CC 058	Dom penzionera	Kanjiza	Kanjiza	21	10	11	0	1	0	0	14	6
KC 056	CC 059	FIM	Kanjiza	Kanjiza	22	14	8	0	1	4	0	16	1
Σ					43	24	19	0	2	4	0	30	7

KC 057	CC 060	Motel Sumice	Kikinda	Kikinda	124	84	40	0	3	10	3	70	38
KC 058	CC 061	SC Jezero	Kikinda	Kikinda	150	67	83	0	9	17	11	90	23
KC 059	CC 062	GP Severni Banat	Kikinda	Kikinda	66	34	32	0	3	3	3	40	17
KC 060	CC 063	Toza Markovic	Kikinda	Kikinda	58	33	25	0	2	7	5	36	8
KC 061	CC 064	Omladinski dom	Rusko Selo	Kikinda	48	24	24	0	2	6	3	25	12
KC 062	CC 065	PZ M. Oreskovic	Nakovo	Kikinda	37	19	18	0	1	6	4	19	7
KC 063	CC 066	Vatrogasni dom	Ban.Vel.Selo	Kikinda	35	18	17	0	0	4	3	11	17
Σ					518	279	239	0	20	53	32	291	122

KC 064	CC 067	Oml.naselje Cardak	Deliblato	Kovin	600	248	352	5	35	90	50	220	200
KC 065	CC 068	Rehabilitacioni centar	Kovin	Kovin	104	80	24	1	2	9	21	51	20
Σ					704	328	376	6	37	99	71	271	220

PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE – IZVEŠTAJ

KC 066	CC 069	Stara skola	Kumane	Novi Becej	37	23	14	0	1	0	4	17	15
Σ					37	23	14	0	1	0	4	17	15

NN 005	CC 070	RASFORMIRAN	Novi Knezevac	N. Knezevac	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 067	CC 071	Segina kuca	Novi Knezevac	N. Knezevac	9	5	4	1	1	0	0	5	2
KC 068	CC 072	KOC	Novi Knezevac	N. Knezevac	9	6	3	0	0	0	0	6	3
NN 006	CC 073	RASFORMIRAN	Novi Knezevac	N. Knezevac	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 069	CC 074	Stara ciglana	Novi Knezevac	N. Knezevac	32	14	18	0	1	1	2	23	5
KC 070	CC 075	Filic	Novi Knezevac	N. Knezevac	15	6	9	0	2	3	0	8	2
NN 007	CC 076	RASFORMIRAN	Podlokanj	N. Knezevac	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 071	---	???	Novi Knezevac	N. Knezevac	28	14	14	1	2	3	1	14	7
Σ					93	45	48	2	6	7	3	56	19

KC 072	CC 077	Oml.naselje Letenka	Fruska Gora	Novi Sad	89	54	35	1	1	2	0	43	42
KC 073	CC 078	Ketrin Makfel	Sr. Kamenica	Novi Sad	105	50	55	1	1	19	21	57	6
Σ					194	104	90	2	2	21	21	100	48

KC 074	CC 079	Hotel Sloboda	Odzaci	Odzaci	51	24	27	0	1	9	4	14	23
KC 075	CC 080	Motel Sumice	Odzaci	Odzaci	18	8	10	0	1	0	0	15	2
KC 076	CC 081	Agro Lika	B. Gracac	Odzaci	31	20	11	0	0	6	0	10	15
Σ					100	52	48	0	2	15	4	39	40

KC 077	CC 082	Hotel Stari Banat	Opovo	Opovo	48	22	26	2	0	4	4	29	9
KC 078	CC 083	Ambulanta pri MZ	Sakule	Opovo	22	11	11	0	0	3	0	15	4
Σ					70	33	37	2	0	7	4	44	13

KC 079	CC 084	Termoelektro, barake	Pancevo	Pancevo	35	18	17	0	2	2	3	21	7
KC 080	CC 085	Hidrotehnika, barake	Pancevo	Pancevo	42	21	21	1	0	3	2	26	10
KC 081	CC 086	Centar za smest.izb.	Pancevo	Pancevo	208	75	133	0	10	15	12	153	18
KC 082	CC 087	Trudbenik, barake	Pancevo	Pancevo	54	24	30	0	5	5	3	26	15
KC 083	CC 088	Vatrogasni dom	Dolovo	Pancevo	30	16	14	2	0	0	2	16	10
KC 084	CC 089	Mramoracki put	Dolovo	Pancevo	73	33	40	0	4	5	1	40	23
KC 085	CC 090	Ergela	Stari Tamis	Pancevo	38	18	20	0	2	6	3	18	9
KC 086	CC 091	PIK Stari Tamis	Stari Tamis	Pancevo	19	10	9	0	2	1	1	10	5

PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE – IZVEŠTAJ

					Σ	499	215	284	3	25	37	27	310	97
KC 087	CC 092	Samacki hotel Beograd	Simanovci	Pecinci	75	29	46	1	3	5	11	41	14	
					Σ	75	29	46	1	3	5	11	41	14
KC 088	CC 093	Novogradnja	Ruma	Ruma	105	49	56	2	15	8	13	33	34	
KC 089	CC 094	Asfaltna baza	Ruma	Ruma	43	25	18	0	3	1	1	29	9	
KC 090	CC 095	PD 1.maj-Rikov mlin	Ruma	Ruma	45	25	20	0	1	6	2	25	11	
					Σ	193	99	94	2	19	15	16	87	54
KC 091	CC 096	Hotel Beograd	Jasa Tomic	Secanj	19	9	10	0	0	2	0	8	9	
KC 092	CC 097	Mostogradnja barake	Secanj	Secanj	82	44	38	0	5	13	9	51	4	
KC 093	---	Izbeglicko naselje	Secanj	Secanj	9	7	2	0	0	0	0	3	6	
					Σ	110	60	50	0	5	15	9	62	19
KC 094	CC 098	Fermin barake	Senta	Senta	13	8	5	0	2	2	0	5	4	
KC 095	CC 099	Secerana	Senta	Senta	7	4	3	0	0	0	0	6	1	
					Σ	20	12	8	0	2	2	0	11	5
KC 096	CC 100	PD 9. Maj	Aleksa Santic	Sombor	45	25	20	1	2	5	5	26	6	
KC 097	CC 101	PD Sever	Aleksa Santic	Sombor	31	14	17	0	0	8	3	19	1	
KC 098	CC 102	Naselje Kozara	Bezdan	Sombor	39	19	20	0	3	3	1	18	14	
KC 099	---	Skola	Gakovo	Sombor	13	9	4	0	0	3	0	50	3	
NN 008	---	Zeleznicka stanica	Gakovo	Sombor	7	4	3	0	0	0	0	5	2	
KC 100	CC 103	RASFORMIRAN	Sombor	Sombor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
					Σ	135	71	64	1	5	19	9	118	26
KC 101	CC 104	MZ Uncic - Kac	Srbobran	Srbobran	9	5	4	0	0	0	0	3	6	
KC 102	CC 105	Elan, stara direkcija	Srbobran	Srbobran	10	4	6	0	2	1	1	5	1	
KC 103	CC 106	MZ Vasariste	Srbobran	Srbobran	7	4	3	0	0	0	0	4	3	
KC 104	CC 107	MZ	Nadalj	Srbobran	5	3	2	0	0	0	0	3	2	
KC 105	CC 108	Ustupljeni smestaj	Turija	Srbobran	5	3	2	0	1	1	0	3	0	
					Σ	36	19	17	0	3	2	1	18	12

PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE – IZVEŠTAJ

KC 106	CC 109	Hotel Fruska Gora	Lezimir	Sr. Mitrovica	81	46	35	1	2	8	3	42	25
Σ					81	46	35	1	2	8	3	42	25

KC 107	CC 110	Sokolski dom	Sr. Karlovci	Sr. Karlovci	92	42	50	0	4	11	3	46	28
Σ					92	42	50	0	4	11	3	46	28

KC 108	CC 111	GP Kablar, barake	Novi Banovci	St. Pazova	200	97	103	1	5	12	10	132	40
KC 109	CC 112	GIK Planum, barake	Novi Banovci	St. Pazova	267	109	158	0	5	26	10	131	95
KC 110	CC 113	Zegrap, barake	Krnjesevci	St. Pazova	174	60	114	0	9	6	2	137	20
Σ					641	266	375	1	19	44	22	400	155

KC 111	CC 114	DVD	Bajmok	Subotica	36	14	22	0	0	4	0	21	11
KC 112	CC 115	Dom Sajc Tavankut	Donji Tavankut	Subotica	18	10	8	0	0	3	1	11	3
KC 113	CC 116	Dom kulture	Gornji Tavankut	Subotica	18	10	8	0	0	3	0	11	4
KC 114	CC 117	Klub penzionera	Bajmok	Subotica	21	8	13	1	5	6	2	7	0
KC 115	CC 118	Restoran Korzo	Bajmok	Subotica	19	11	8	0	0	0	0	10	9
KC 116	CC 119	Skola Vuk Karadzic	Bajmok	Subotica	33	18	15	0	1	1	4	21	6
NN 009	CC 120	MZ Novi Zednik	Novi Zednik	Subotica	47	21	26	0	0	2	0	15	30
KC 117	CC 121	RASFORMIRANO	Novi Zednik	Subotica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KC 118	CC 122	Hotel Sport	Palic	Subotica	66	35	31	0	1	5	4	47	9
KC 119	CC 123	Skola u prirodi I.L.Ribar	Palic	Subotica	310	146	164	1	4	18	33	176	78
KC 120	CC 124	Slovin Podrum	Palic	Subotica	43	17	26	0	4	3	0	26	10
KC 121	CC 125	Dom izvidjaca	Palic	Subotica	45	11	34	0	0	5	2	31	7
KC 122	CC 126	Vikend naselje	Palic	Subotica	219	105	114	2	10	8	6	177	16
KC 123	CC 127	Decji vrtic Zorka	Subotica	Subotica	30	14	16	0	2	5	2	20	1
KC 124	CC 128	Sever, Zuta kuca	Subotica	Subotica	136	78	58	1	4	7	14	84	26
KC 125	CC 129	GP Kosut	Bajmok	Subotica	32	18	14	0	0	3	1	23	5
KC 126	CC 130	Auto oprema	Bajmok	Subotica	26	13	13	0	0	0	0	20	6
KC 127	CC 131	Auto kamp, barake	Palic	Subotica	72	42	30	0	0	1	2	51	18
Σ					1171	571	600	5	31	74	71	751	239

KC 128	CC 132	Livadice	Backi Jarak	Temerin	63	27	36	0	4	11	8	34	6
KC 129	CC 133	Ekonomija	Backi Jarak	Temerin	41	21	20	0	2	2	3	28	6

PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA IZBEGLICA U KOLEKTIVNIM CENTRIMA VOJVODINE – IZVEŠTAJ

KC 130	CC 134	Dom kulture Djurdjevo	Temerin	Temerin	47	27	20	1	3	4	3	31	5
KC 131	CC 135	Betonjerka	Temerin	Temerin	25	8	17	1	3	5	1	14	1
KC 132	CC 136	PD 7. Juli	Sirig	Temerin	20	12	8	0	0	3	8	8	1
KC 133	CC 137	Ugled	Sirig	Temerin	39	21	18	0	1	3	0	17	18
Σ					235	116	119	2	13	28	23	132	37

KC 134	CC 138	Hotel Anker	Titel	Titel	62	27	35	1	2	7	3	24	25
KC 135	CC 139	Zgrada TO	Titel	Titel	23	9	14	0	0	1	0	17	5
KC 136	CC 140	Zgrada MZ	Sajkas	Titel	20	9	11	0	0	0	2	15	3
Σ					105	45	60	1	2	8	5	56	33

KC 137	CC 141	Staro porodiliste	Vrbas	Vrbas	101	39	62	0	14	25	10	44	8
KC 138	CC 142	Zgrada TO	Vrbas	Vrbas	59	28	31	0	0	0	0	20	39
Σ					160	65	93	0	14	25	10	64	47

KC 139	CC 143	Helvecija, barake	Vrsac	Vrsac	125	69	56	0	3	6	4	66	46
KC 140	CC 144	Poljoprivredna skola	Vrsac	Vrsac	52	27	25	0	3	2	1	25	21
Σ					177	96	81	0	6	8	5	91	67

KC 141	CC 145	Sportska hala Partizan	Zabalj	Zabalj	20	11	9	0	2	3	2	12	1
KC 142	CC 146	Srednja skola Kopovo	Zabalj	Zabalj	56	30	26	0	1	4	6	34	11
KC 143	CC 147	Omladinski dom	Curug	Zabalj	27	16	11	0	1	4	0	17	5
KC 144	CC 148	Nazarenski dom	Curug	Zabalj	20	9	11	0	2	3	2	12	1
KC 145	CC 149	Prodavnica Merkator	Gospodjinci	Zabalj	37	22	15	0	0	5	7	19	6
KC 146	CC 150	Prodavnica Lenka	Djurdjevo	Zabalj	21	12	9	0	1	4	3	10	3
Σ					181	100	81	0	7	23	20	104	27

KC 147	CC 151	Toplana, barake	Zrenjanin	Zrenjanin	64	30	34	0	5	4	0	47	8
KC 148	CC 152	GIK Banat, barake	Zrenjanin	Zrenjanin	136	71	65	0	1	16	16	79	24
Σ					200	101	99	0	6	20	16	126	32

UKUPNO :					7882	3961	4018	38	320	723	468	4518	1878
-----------------	--	--	--	--	-------------	-------------	-------------	-----------	------------	------------	------------	-------------	-------------