

KVALITETA ŽIVOTA OSOBA POGOĐENIH RATOM

SAŽETAK

U radu se uspoređuje kvaliteta života dvije skupine ljudi koji žive u područjima pogođenima ratom: osobe koje zadovoljavaju dijagnostički kriterij psihičkog poremećaja i osobe koje vjerojatno nemaju psihički poremećaj. Proučavan je i doprinos traumatizacije, sociodemografskih obilježja i aktualnog mentalnog zdravlja objašnjenju kvalitete života ovih ljudi. Podaci su prikupljeni strukturiranim intervjuom na reprezentativnom uzorku odraslih u dobi od 18 do 65 godina (N=454) u dvije županije. Više od jedne trećine sudionika (36,1%) zadovoljilo je kriterij za jedan ili više mentalno-zdravstvenih poremećaja. Utvrđeno je da osobe koje ne ispunjavaju takav kriterij imaju značajno višu kvalitetu života od osoba s depresijom, s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) i onih s anksioznim poremećajem. Sudionici s vjerojatnim psihičkim poremećajem međusobno su se razlikovali tako što su oni s PTSP-om procijenili da im je fizičko i psihičko zdravlje lošije nego što su to procijenile osobe s depresijom. Od devet prediktora bolje kvalitete života u hijerarhijskoj su se analizi značajnim pokazali samo manja depresivnost i bolji ekonomski status, dok izloženost traumatizaciji, sociodemografske varijable, anksioznost i posttraumatske smetnje nisu bile

¹ Prof. dr. sc. Dean Ajduković, psiholog, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, e-mail: dean.ajdukovic@ffzg.hr

² Mr. sc. Radojka Kraljević, psihologinja, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Projekt CONNECT, e-mail: rkraljev@ffzg.hr

³ Sandra Penić, apsolvant, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, e-mail: sandrapenic@yahoo.com

Izvorni znanstveni članak
Primljeno: listopad, 2007.
UDK: 316.42-058.65

Dean
Ajduković¹
Radojka
Kraljević²
Sandra Penić³

Filozofski fakultet Zagreb
Odsjek za psihologiju

Ključne riječi:

traumatizacija, kvaliteta
života ratnih stradalnika,
mentalno zdravlje

prediktivne kad su u analizu uzeti svi prediktori. Dugotrajno loši uvjeti života u poslijeratnim zajednicama vjerojatno pridonose razvoju psihičkih smetnji koje su potencirane smanjenim kapacitetom za suočavanje populacije koja je proživjela rat što se odražava na lošoj kvaliteti života tih ljudi.

UVOD

Kvaliteta života je prvenstveno psihološka kategorija koja ne proizlazi automatski iz zadovoljavanja nekih osnovnih potreba, već iz ukupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi, i temelji se na subjektivnoj procjeni (Krizmanić i Kolesarić, 1989.). Pojam kvalitete života različito se definira. Prema jednom gledištu (Spencer, 2006.) kvaliteta života se odnosi na sposobnost izvršavanja društvenih i osobnih zadataka, primjereno dobi, spolu, inteligenciji i pripadnosti životnoj klasi. Iz ovakvog pristupa izvedeni su upitnici u kojima se ljude pita koje funkcije i uz koliko ograničenja ili napora mogu obavljati (npr. *Upitnik zdravlja SF-36*, Ware i Sherbourne, 1992.; Jureša i sur., 2000.). Drugačiji pristup polazi od toga da je kvaliteta života percepcija pojedinca o vlastitom položaju u usporedbi s njegovim ciljevima koji se temelje na vrijednosnom sustavu koji je prihvatio. Stoga kvaliteta života uključuje sveobuhvatno zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo vlastitim životom (Ravens-Sieberer i sur., 2001.). U ovom istraživanju se kvaliteta života istražuje kao kompleksni subjektivni doživljaj osobe koji ovisi o objektivnim okolnostima u kojima ona živi (socijalni, materijalni, radni, ekološki i sl.), njenoj ličnosti, interpretiranju i doživljavanju stvarne situacije, te sustavu vrijednosti i očekivanjima.

Ratna zbivanja u nas narušila su normalno funkcioniranje mnogih zajednica, te izložila stanovništvo mnogobrojnim traumatskim iskustvima (Ajduković i sur., 2000.; Ajduković, 2003., Ajduković i Ajduković, 2003.). Među važne posljedice rata ubraja se i povećan broj zdravstvenih i psihičkih problema stanovništva u poslijeratnim zajednicama. (Pizzaro i sur., 2006.; Erceg, 2004.; Silove, 2004.; de Jong i sur., 2003.). Istraživanje kvalitete života starijih osoba na području Kutine i Petrinje (Poredoš i Ivanec, 2004.), dakle zajednica koje su bile izložene dugotrajnim ratnim opasnostima, pokazalo je da je njihova kvaliteta života osrednja, te da su suočeni s financijskim poteškoćama, brojnim gubicima i zdravstvenim tegobama (51,5% sudionika navelo je da imaju razne psihičke tegobe). Istraživanje Žigrović (2007.) o procjeni kvalitete života između opće populacije i traumatiziranih osoba, pokazalo je neke razlike. Sudionici iz opće populacije najviše su zadovoljni svojim obiteljskim odnosima i ljudima s kojima žive, a najmanje svojim financijskim statusom i slobodnim vremenom. Skupina traumatiziranih osoba koja se po svojim rezultatima najviše približava općoj populaciji su civili koji su doživjeli traumu, a uvjerljivo najniže rezultate u svim aspektima kvalitete života postižu veterani uključeni u psihijatrijski tretman. Sve su skupine

D. Ajduković, R. Kraljević, S. Penić: Kvaliteta života osoba pogođenih ratom

najzadovoljnije socijalnim aspektom svojeg života. Najveće razlike između opće populacije i traumatiziranih osoba dobivaju se u području zdravstvenog aspekta kvalitete života (Žigrović, 2007.).

Nezadovoljstvo kvalitetom života pokazuju i mlade osobe pogođene ratom. Raboteg-Šarić (2002.) je našla da su mladi koji žive u područjima pogođenim ratom suočeni s brojnim poteškoćama vezanim uz nepovoljnu gospodarsku situaciju, ali i s poremećenim odnosima unutar obitelji, te se smatraju izgubljenom generacijom koja mora negdje drugdje potražiti bolju budućnost. Pokazalo se da, za razliku od njihovih vršnjaka iz drugih područja koja nisu bila ratna, mladi u ratom pogođenim područjima odrastaju u obiteljima općenito niskog materijalnog standarda koji se najvećim dijelom može pripisati posljedicama rata. Tako su za većinu mladih iz tih područja brige o materijalnom standardu obitelji i osjećaj nesigurnosti koji iz toga proizlazi dio svakodnevice. Pri tome 32,1% sudionika navodi strah zbog porasta kriminala i opće nesigurnosti u području življenja.

Izloženost traumatskim iskustvima, po definiciji, dovodi do izrazito neugodnih doživljaja i uznemirujućih reakcija, koje, ako traju dulje vrijeme, mogu narušiti mentalno zdravlje, a time potencijalno kvalitetu života pojedinca. Najpoznatiji poremećaj koji se razvija u oko 15% do 20% traumatiziranih osoba jest posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Osim što ovaj poremećaj karakteriziraju uznemirujući simptomi nametanja sjećanja na traumatsko iskustvo, izbjegavanje svega što asocira na te događaje i tjelesna pobuđenost, poremećaj je praćen i pogoršanjem slike o sebi, posebno smanjivanjem samopoštovanja (Westermeyer, 2000.). Posljedice traumatizacije očituju se i u drugim aspektima mentalnog zdravlja, u prvom redu povećanju depresivnosti, anksioznosti i ovisnosti (Pizzaro i sur., 2006.; Basoglu i sur., 2005.; de Jong i sur., 2003.). Stoga je opravdano očekivati postojanje veze između veće ratne traumatizacije pogođenih osoba i slabije kvalitete života. Ispitujući kvalitetu života oboljelih od PTSP-a, D'Ardenne i suradnici (2005.) su našli da je ona bila slabija u odnosu na usporednu grupu. Lošijoj kvaliteti života doprinosili su izraženija depresivnost i anksioznost, simptomi izbjegavanja, starija dob te pripadnost etničkoj manjini. Istraživanje Grubišić-Ilić i Peraice (2005.) faktora kvalitete života osoba oboljelih od PTSP-a provedeno u nas pokazalo je da su viši stupanj obrazovanja, stabilna obiteljska situacija, riješen radni status te zaposlenje partnerice pozitivno povezani s njihovom boljom kvalitetom života. Priebe i suradnici (2004.) su pokazali da osobe koje su tražile psihijatrijsku pomoć, a imaju više posttraumatskih, depresivnih i anksioznih smetnji imaju imati lošiju kvalitetu života. Slične nalaze su dobili Ljubotina i suradnici (2007.).

Stoga je prvi istraživački problem ovog rada usporedba subjektivne procjene kvalitete života ljudi koji žive u područjima izrazito pogođenim ratom, ovisno o tome imaju li psihičkih teškoća koje se mogu klasificirati kao poremećaj ili nemaju. Nadalje, u okviru ovog problema zanima nas i postojanje eventualnih razlika u kvaliteti života osoba s različitim mentalno-zdravstvenim poremećajima koji su česti u poslijeratnim zajednicama: depresija, PTSP i anksiozni poremećaj.

Kako naglašavaju Krizmanić i Kolesarić (1989.), različiti faktori djeluju na kvalitetu života: fizičko okruženje, socijalna okolina i životni standard (uz zdravstveni status). U ratom pogođenim dijelovima Hrvatske ovi su faktori još uvijek nepovoljnog djelovanja, prvenstveno kao posljedica razaranja, dugotrajne obnove, narušenih socijalnih odnosa, osiromašenja stanovništva i velikih osobnih gubitaka. Zbog specifičnog ratnog iskustva ove populacije važno je što bolje razumjeti mogući doprinos traumatizacije, ključnih sociodemografskih varijabli i aktualnih smetnji na planu mentalnog zdravlja njihovoj subjektivnoj procjeni kvalitete života. To predstavlja drugi istraživački problem ovog rada. Budući da je od ratne traumatske izloženosti prošlo puno vremena (između 11 i 15 godina) tijekom kojeg su se u životima ljudi dogodile mnoge promjene, eventualna povezanost ove varijable s kvalitetom života nakon toliko vremena važna je i zbog procjene potreba za psihosocijalnim intervencijama u lokalnim zajednicama, a koje bi mogle pridonijeti boljoj kvaliteti života osoba pogođenih ratom.

METODOLOGIJA

SUDIONICI I POSTUPAK

Uzorak je konstruiran kao višestruko stratificiran probabilistički uzorak u dvije po slučaju odabrane županije među onim županijama u kojima je stanovništvo bilo izrazito izloženo ratnim stradanjima (Sisačko-moslavačka i Karlovačka županija). U njima su po slučaju odabrana naselja veća od 3 000 stanovnika, tako da su u ispitivanje uključeni: Karlovac, Vojnić, Dvor, Slunj, Petrinja, Glina i Sunja. Slučajnim odabirom određena su domaćinstva u kojima je provedeno ispitivanje. U svakom domaćinstvu sudjelovala je jedna po slučaju odabrana osoba koja je zadovoljavala sljedeće ulazne kriterije: stalno živi u mjestu istraživanja, rođena je na području bivše Jugoslavije, u dobi je od 18 do 65 godina i doživjela je najmanje jedan potencijalno traumatski događaj. Slučajni odabir u domaćinstvu izvršen je prema blizini rođendana datumu ispitivanja, što je uobičajen postupak u probabilističkom uzorkovanju.

Ispitivanje je provedeno 2006. godine na uzorku od ukupno 454 sudionika koji su zadovoljavali navedene kriterije. Od ukupnog broja osoba koji su kontaktirani i koji su zadovoljavali kriterije, udio sudionika koji je pristao sudjelovati bio je 79%. Podaci su prikupljeni primjenom upitnika tijekom strukturiranog intervjua. Intervjueri su bile psihologinje s neposrednim iskustvom u radu s traumatiziranim osobama.

INSTRUMENTI

U istraživanju je korišteno šest instrumenata od kojih je jedan služio prikupljanju sociodemografskih podataka, jedan je mjerio izloženost traumatskim događajima, tri su

služila za prikupljanje podataka o mentalnom zdravlju sudionika i jedan za ocjenu kvalitete njihovog života.

Upitnik za prikupljanje sociodemografskih podataka konstruiran je za potrebe ovog istraživanja, a uključivao je informacije o dobi, spolu, ekonomskom statusu, obrazovanju, radnom i bračnom statusu, strukturi obitelji (živi li osoba sama ili s drugim članovima obitelji), stambenom smještaju, državljskom statusu (ima li ili ne državljanstvo RH), nacionalnoj pripadnosti, te o sudjelovanju u ratu.

Izloženost traumatskim događajima mjerena je prilagođenom Listom stresnih životnih događaja (*Life Stressor Checklist - Revised (LSC-R)*; Wolfe i Kimberling, 1997.). Ovaj instrument sadrži 26 čestica, potencijalno traumatskih događaja koje je moguće doživjeti tijekom života, kao što su: ozbiljna nesreća, prirodna nepogoda, napad koji jest ili nije seksualne prirode od strane člana obitelji ili stranca, sudjelovanje u borbi, granatiranje ili bombardiranje, eksplozija mine, opsada, povređivanje, svjedočenje zlostavljanju ili nasilnoj smrti jedne ili više osoba, otmica ili nestanak najbližih, mučenje, situacija u kojoj osoba ne zna gdje se nalazi (izgubljenost), zarobljavanje, protjerivanje pod prijetnjom. Uz navedene traumatske događaje, zadnje dvije čestice ostavljale su mogućnost da sudionici navedu i druge situacije u kojima su se osjećali životno ugroženi, odnosno bili svjedoci nekom od navedenih događaja. Uz svaku pojedinu vrstu događaja tražilo se da sudionik navede koliko ga je puta doživio tijekom rata, te da za najteži među njima procijeni subjektivnu uznemirenost na skali od 0 (uopće ne ili nimalo) do 4 (izrazito, jedva sam izdržao). Intenzitet traumatske izloženosti za svakog sudionika dobiven je tako da je za svaku vrstu traumatskog događaja izračunat ponderirani rezultat ovisno o procjeni koliko je događaj za njega bio uznemirujući. Dakle, veći rezultat označava veću razinu izloženosti traumatskim događajima koja proizlazi iz broja doživljenih različitih traumatskih događaja i doživljaja njihove stresnosti. Ukupni rezultat sudionika jest zbroj procjena stresnosti za najteže događaje koje je sudionik doživio, a može se kretati u teoretskom rasponu od 0 do 104. Koeficijent test-retest pouzdanosti ovog instrumenta je u stranim istraživanjima bio 0,7 (McHugo i sur., 2004., prema Norris i Hamblen, 2004.). Unutarnja konzistencija (npr. Cronbachov α koeficijent) nije ispitivana, budući da događaji ne moraju biti međusobno povezani.

Skala utjecaja događaja (*Impact of Events Scale - IES-R*; Weiss i Marmar, 1997.) mjeri prisutnost poteškoća u tri skupine simptoma karakterističnih za traumatizaciju: izbjegavanje, ponovno proživljavanje i pobuđenost. Skala se sastoji od 22 tvrdnje kojima se ispituju poteškoće koje ljudi imaju nakon stresnih životnih događaja. Zadatak je sudionika da na skali od 0 (nimalo) do 4 (jako) procijeni koliko je bio uznemiren svakom od navedenih poteškoća tijekom proteklih sedam dana. Ukupni rezultat se određuje kao zbroj procjena i indikator je izraženosti traumatizacije. Teoretski raspon rezultata je od 0 do 88. Weiss i Marmar (1997.) su našli da je Cronbachov α koeficijent za ukupnu skalu bio 0,86, za ponovno proživljavanje 0,78, za izbjegavanje 0,82, a za pobuđenost 0,84, što govori o zadovoljavajućim koeficijentima unutarnje konzistencije. Test-retest pouzdanost za ukupni

rezultat bio je 0,87, a za pojedinačne subskale: ponovno proživljavanje 0,94, izbjegavanje 0,89 i pobuđenost 0,92. U našem istraživanju α koeficijent za čitavu skalu iznosi 0,97.

Kratki inventar simptoma (*Brief Symptom Inventory - BSI*, Derogatis, 1993.) sastoji se od 53 čestice i mjeri devet dimenzija psihopatoloških simptoma: somatizaciju, opsesivno-kompulzivnu dimenziju, interpersonalnu osjetljivost, depresivnost, anksioznost, hostilnost, fobije, paranoidnost i psihoticizam. Zadatak je sudionika da na skali s pet stupnjeva od 0 (nimalo me nije uznemiravalo) do 4 (uznemiravalo me vrlo jako/izrazito) procijeni koliko je bio uznemiren svakom od navedenih poteškoća tijekom proteklih sedam dana. Ukupni rezultat je zbroj procjena na česticama koje pripadaju pojedinoj dimenziji. U ovom istraživanju korišteni su samo podaci za Skalu depresivnosti i Skalu anksioznosti kao mjere izraženosti anksioznih i depresivnih simptoma. Aroian i Patsdaughter (1989., prema Derogatis, 1993.) su utvrdili da je Cronbachov α koeficijent 0,85 za depresivnost i 0,81 za anksioznost što govori o zadovoljavajućim koeficijentima unutarne konzistencije. Test-retest pouzdanost varirala je od 0,68 do 0,91 za pojedine subskale. U ovom istraživanju α koeficijent Skale depresivnosti iznosi 0,84, a Skale anksioznosti 0,85.

Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview - MINI 5.0*, Sheehan i sur., 1998.) široko je primijenjivan standardiziran strukturiran intervju kojim je moguće registrirati 16 psihijatrijskih poremećaja u skladu s DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996.) i MKB-10 (WHO, 1992). Podijeljen je u module od kojih svaki odgovara jednoj dijagnostičkoj kategoriji prema DSM-IV. Svaki modul sastoji se od standardiziranih, strukturiranih pitanja zatvorenog tipa koja intervjuer postavlja tijekom ispitivanja. Pojedino pitanje odnosi se na prisustvo simptoma poremećaja u određenom protekom vremenskom razdoblju koje ovisi o pojedinom modulu i varira od 2 tjedna (velika depresivna epizoda), 2 mjeseca (posttraumatski stresni poremećaj) do 6 mjeseci (anksiozni poremećaj). Na postavljena pitanja ima li pojedini simptom sudionik odgovara s da ili ne. Na temelju potvrdnih odgovora na ključna i specifična pitanja intervjuer utvrđuje jesu li zadovoljeni dijagnostički kriteriji ispitivanog modula. Ako jesu, za sudionika se zaključuje da vjerojatno ima odgovarajući poremećaj. Budući da je za utvrđivanje prisustva poremećaja u kliničkom smislu potrebno provesti i druge dijagnostičke postupke osim primjene jednog instrumenta, dakako da u ovom istraživanju nije postavljana klinička dijagnoza poremećaja. U daljnjem se tekstu samo uvjetno koristi izraz »osoba s mentalno-zdravstvenim poremećajem«, pri čemu se ne misli da je pojedini poremećaj klinički dijagnosticiran, već da je on vjerojatan na temelju primjene ovog visoko pouzdanog i valjanog instrumenta. Za primjenu ovog instrumenta potrebna je izobrazba. U ovom istraživanju korišteni su podaci za module PTSP-a, depresije i anksioznog poremećaja. Test-retest pouzdanost za ove module u bateriji MINI je zadovoljavajuća: za depresiju 0,83, za anksioznost 0,86, a za PTSP je 0,78 (Lecrubier i sur., 1998.).

Upitnik kvalitete života (*Manchester Short Assessment of Quality of Life - MANSA*, Priebe, Roder-Warner i Kaiser, 1999.) sastoji se od 16 pitanja i namijenjen je samoprocjeni

D. Ajduković, R. Kraljević, S. Penić: Kvaliteta života osoba pogođenih ratom

kvalitete života, odnosno njezinih različitih aspekata (posao, smještaj, financijska situacija, slobodno vrijeme, psihičko i fizičko zdravlje, socijalni kontakti, osobna sigurnost, s kim osoba živi, seksualni život, odnosi s obitelji). U upitniku se 12 čestica odnosi na subjektivnu procjenu kvaliteta života. Od sudionika se traži da na skali od 1 (ne može biti gore) do 7 (ne može biti bolje) procijene koliko su zadnjih tjedan dana bili zadovoljni svojom kvalitetom života. Četiri pitanja su objektivne čestice na koje sudionici odgovaraju s da ili ne. Skala pokazuje zadovoljavajuću konzistentnost: Cronbachov α skale iznosi 0,74 (Priebe, Roder-Warner i Kaiser, 1999.), a u ovom istraživanju 0,83. Za potrebe ovog istraživanja korišteno je samo 12 subjektivnih čestica, a rezultat predstavlja aritmetička sredina odgovora na tim česticama. Na toj su varijabli rezultati normalno distribuirani.

REZULTATI I RASPRAVA

U ispitivanju je sudjelovalo 454 sudionika, od toga 209 muškaraca (46%) i 245 žena (54%). Prosječna dob sudionika istraživanja iznosi 46 godina (SD=10,84). Najveći broj sudionika je u braku (73,3%). Najviše sudionika ima dvoje djece (46,7%).

Što se tiče obrazovanja u našem uzorku najviše sudionika ima završenu srednju školu (64,8%), osnovnu školu ima završeno 20,5%, nepotpunu osnovnu školu je završilo 6,5% sudionika, dok je višu ili visoku školu završilo 8,2% sudionika. Hrvati su većinsko stanovništvo (80,3%), zatim Srbi (16,1%), Bošnjaci 2,2% i ostali 1,3%. Mjesečna primanja ne prelaze 2 000 kn za 69% sudionika ispitivanja, dok preostalih 31% ima veća primanja

Tablica 1.

Broj sudionika bez i s različitim mentalno-zdravstvenim poremećajima, te komorbiditetom (dva ili više poremećaja istodobno)

Mentalno-zdravstveni status	Broj sudionika	Postotak
Bez poremećaja	290	63,9
Sadašnja depresija	44	9,7
PTSP	28	6,2
Anksiozni poremećaj	33	7,3
Komorbiditet dva ili više poremećaja	59	13,0
Depresija + PTSP	28	6,2
Depresija + Anksioznost	19	4,2
PTSP + Anksioznost	5	1,1
Depresija + PTSP + Anksioznost	7	1,5
Ukupno	454	100,0

od 2 000 kn. Zaposleno je 35,9% sudionika, 25,6% prima mirovinu ili neku drugu naknadu, dok je nezaposlenih 38,5%. U ovom ispitivanju najviše sudionika su povratnici (46%), na domicilne stanovnike otpada 35%, dok su 19% sudionika useljenici uglavnom iz Bosne i Hercegovine ili su stekli pravo na hrvatsko državljanstvo. U ratu je aktivno sudjelovalo 31,9% sudionika ispitivanja. Ukupno 20,7% sudionika ima privremeni smještaj osiguran od države, a najviše sudionika živi u vlastitoj kući (61,5%) s nekim od članova obitelji (92,3%), dok mali dio (7,7%) sudionika živi sam.

Više od jedne trećine sudionika (36,1%) zadovoljilo je dijagnostički kriterij za jedan ili više mentalno-zdravstveni poremećaj (tablica 1.). To pokazuje da je ova populacija izrazito ugroženog mentalnog zdravlja jer se u općoj populaciji očekuje da taj udio bude od 1 do 3% (Erceg, 2004.).

Kad je riječ o pojedinačnim psihičkim poremećajima, vidljivo je da 9,7% sudionika zadovoljava dijagnostički kriterij za akutnu depresiju, njih 6,2% za PTSP, a 7,3% za anksiozni poremećaj. Uz to, 13% osoba zadovoljava kriterij za više od jednog poremećaja, a komorbiditet depresije i PTSP-a je najčešći (6,2%). Ako se u obzir uzmu svi slučajevi u kojima je zadovoljen dijagnostički kriterij samostalno i u komorbiditetu, u ovoj populaciji ima 15% osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem, 21,6% s depresijom i 14,1% s anksioznim poremećajem. U odnosu na referentne vrijednosti za ove poremećaje u općoj populaciji (ispod 5%) očigledno se radi o dijelu populaciji koja, živeći u područjima Hrvatske izrazito pogođenim ratom, 12 godina nakon završetka rata ima slabije mentalno zdravlje nego što je incidencija mentalno-zdravstvenih oboljenja na nacionalnoj razini. Dobivene vrijednosti sukladne su nalazima dobivenim za visoko rizične grupe koje su proživjele višestruko traumatsko iskustvo i kod kojih se posttraumatske smetnje javljaju u rasponu od 5% do 75% slučajeva. Npr. žrtve mučenja i ratni zarobljenici (Henigsberg i sur., 2001.), ratni veterani (Komar i Vukušić, 1999.; Kozarić-Kovačić, Kocijan Hercigonja i Grubišić-Ilić, 2001.).

Usporedbe procjene kvalitete života prema tome imaju li sudionici psihičkih teškoća koje su klasificirane kao poremećaj ili ih nemaju, pokazala je da je kvaliteta života ljudi s poremećajima značajno slabija (tablica 2.). Na skali od sedam stupnjeva, gdje je neutralna točka 4, procjene iznad te vrijednosti pokazuju dobru kvalitetu života u sve većoj mjeri, dok vrijednosti ispod 4 pokazuju sve lošiju kvalitetu života. Prosječna procjena kvalitete života sudionika bez psihičkih poremećaja je 5,06 (SD=0,656), a onih s jednim ili više poremećaja 4,48 (SD=0,773). Ova razlika je statistički značajna ($t=7,316$; $p<0,001$), iako nije velika u apsolutnim vrijednostima. Nalaz o slabijoj kvaliteti života ljudi s psihičkim poremećajima sukladan je nalazima Ljubotine i suradnika (2007.) dobivenima na uzorku psihijatrijski liječenih veterana (N=152), prosječna vrijednost dobivena na Upitniku kvalitete života (MANSA) iznosila je 3,36 (SD=0,79).

Daljnja analiza je bila usmjerena na utvrđivanje eventualnih razlika u kvaliteti života ovisno o vrsti poremećaja, tj. s obzirom na depresiju, PTSP i anksiozni poremećaj. Iz ove

analize isključeni su sudionici s komorbiditetom, tako da su analizirani podaci koji se odnose samo na pojedini »čisti« poremećaj. Ovi podaci prikazani su u tablici 2. i na slici 1.

S obzirom na ukupni rezultat na Upitniku kvalitete života, sudionici u ove četiri grupe statistički se značajno razlikuju ($F=34,811$, $df=3/389$, $p<0,001$). Post hoc Scheffeev test je pokazao da osobe bez dijagnoze imaju značajno višu kvalitetu života od osoba s PTSP-om i onih s anksioznim poremećajem. No nije nađena statistički značajna razlika između osoba s dijagnozom depresije, PTSP-a i anksioznog poremećaja.

Kao što je vidljivo iz slike 1., najviše procjene svih aspekata kvalitete života konzistentno daju osobe bez psihičkih smetnji. Analizom varijance rezultata grupa utvrđena je statistički značajna razlika za sve aspekte kvalitete života osim: **odnosi s obitelji** ($F=1,95$, $df=3/389$, $p>0,05$), **broj i kvaliteta prijateljstava** ($F=1,38$, $df=3/389$, $p>0,05$), te **smještaj** ($F=2,25$, $df=3/389$, $p>0,05$). Razlike u procjenama subjektivne kvalitete **ukućani/samački život** ($F=2,905$, $df=3/389$, $p=0,035$), iako statistički značajne, razmjerno su male, pa upravo stoga, post hoc Scheffeevim testom nisu utvrđene značajne razlike između pojedinih grupa.

Za ostalih osam aspekata kvalitete života, najveća razlika između grupa nađena je za kvalitetu **psihičkog zdravlja** ($F=31,5$, $df=3/389$, $p<0,001$). Osobe bez poremećaja očekivano, procjenjuju kvalitetu svog psihičkog zdravlja statistički značajno višom od svih ostalih grupa (tablica 2.). Na skali od 1 do 7, osobe bez dijagnoza kvalitetu svog psihičkog zdravlja procjenjuju iznadprosječno (5,38). Nakon njih kvalitetu psihičkog zdravlja najvišom procjenjuju osobe s dijagnozom depresije, s prosječnom procjenom 4,68. Scheffeev test je pokazao da su procjene osoba s depresijom značajno više od procjena subjektivne kvalitete ovog aspekta osoba s PTSP-om, dok se ne razlikuju od osoba s anksioznim poremećajem. Jedino osobe s dijagnozom PTSP-a kvalitetu svog psihičkog zdravlja procjenjuju nezadovoljavajućom: njihov je prosjek 3,46.

S obzirom na subjektivnu kvalitetu **fizičkog zdravlja** ($F=12,83$, $df=3/389$, $p<0,001$) utvrđena je značajna razlika između grupa, tako da su procjene sudionika bez dijagnoze značajno veće od osoba s depresijom i PTSP-om.

Treća po veličini razlika odnosi se na procjenu kvalitete **života u cjelini**. Pritom, kao što je vidljivo iz slike 1., osobe bez dijagnoze daju najviše procjene, potom slijede osobe s depresijom, pa osobe s anksioznim poremećajem i PTSP-om. No analiza varijance i post hoc testovi su pokazali da se značajno razlikuje samo grupa bez dijagnoze od grupa s PTSP-om i s anksioznim poremećajem ($F=10,64$, $df=3/389$, $p<0,001$).

Sličan trend razlika procjena kvalitete života za četiri grupe, s nešto nižim prosječnim procjenama, nalazi se za aspekt **zaposlenje/mirovina**. Osobe bez dijagnoze procjenjuju kvalitetu ovog aspekta života jedva nešto boljom od »niti zadovoljavajuće niti nezadovoljavajuće« ($M=4,20$), što je značajno više od procjena osoba s PTSP-om ($M=3,07$), dok se od ostalih grupa značajno ne razlikuju ($F=6,56$, $df=3/389$, $p<0,001$).

Najniže procjene kvalitete života sve grupe iskazuju za **financijsku situaciju**. Osobe bez dijagnoze procjenjuju kvalitetu ovog aspekta života malo slabije od »ni

zadovoljavajućom ni nezadovoljavajućom« ($M=3,74$), što je još uvijek značajno bolje od sudionika u svim ostalim grupama ($F=9,02$, $df=3/389$, $p<0,001$) koji su ovim aspektom života nezadovoljni i koje se međusobno ne razlikuju.

Utvrđeno je i statistički značajno razlikovanje grupa s obzirom na procjenu kvalitete **aktivnosti u slobodno vrijeme** ($F=5,83$, $df=3/389$, $p<0,01$), a Scheffeoov test je pokazao da osobe bez dijagnoze daju statistički značajno veću procjenu samo od osoba s dijagnozom depresije.

Skupine sudionika se razlikuju i s obzirom na procjenu kvalitete **osobne sigurnosti** ($F=4,04$, $df=3/389$, $p<0,01$), a Scheffeoov test je pokazao da osobe bez dijagnoze daju statistički značajno veću procjenu od osoba s dijagnozom depresije.

U pogledu kvalitete **seksualnog života**, sudionici iz svih skupina iskazuju zadovoljstvo: jedino je za osobe s depresijom prosječna procjena ispod 5. Međutim, po svojim se procjenama značajno razlikuju ($F=3,49$, $df=3/389$, $p<0,05$), tako da je značajno veća kvaliteta seksualnog života sudionika bez dijagnoza naspram onih s dijagnozom depresije.

Općenito, može se zaključiti da sve grupe sudionika najvišom procjenjuju kvalitetu odnosa s obitelji, ukućanima, brojem i kvalitetom prijateljstava i smještajem. Ako se uzme u obzir da je ispitivanje provedeno u područjima od posebne državne skrbi gdje je jednom dijelu sudionika osiguran smještaj nakon što su došli živjeti na ta područja (privremeni smještaj ima 20,7% sudionika), a većina živi u svojoj kući (61,5%), onda je razumljiv dobiveni podatak o zadovoljstvu smještajem. Kao što je ranije navedeno, socijalna podrška koja se dobiva unutar obitelji i od prijatelja u poslijeratnom razdoblju je važna, a dobiveni rezultat pokazuje da osobe u ratom pogođenim područjima percipiraju svoju kvalitetu odnosa s bližnjima dobrom, može se očekivati da to djeluje kao značajan zaštitni faktor mentalnog zdravlja (Harvey, 1996.).

Od elemenata socijalnog okruženja najvažnijim se navodi razina socijalne podrške drugih ljudi i osobna percepcija primljene podrške. Pri tome se stupanj društvene, ekonomske i osobne podrške pojedincu promatra kao membrana traume (Wilson, Friedman i Lindy, 2004.). Naime, postoji tendencija značajnih osoba da formiraju svojevrsnu zaštitničku membranu oko žrtve traume, a pretpostavlja se da što je veći stupanj takve podrške nakon traumatskog događaja, to će biti pozitivniji proces oporavka (Brewin i sur., 2000.; Ozer i sur., 2003.). Isto tako se pokazalo da povećana nezaposlenost i općenito loše socijalno-ekonomske prilike (kao što je to slučaj u poslijeratnim zajednicama) doprinose riziku za psihičke tegobe (Lie, 2003.). Metaanaliza velikog broja istraživanja kvalitete života provedenih na općoj populaciji (Evans i Huxley, 2002.) pokazala je da je velik dio populacije općenito zadovoljan kvalitetom svog života, da su ljudi uglavnom najzadovoljniji obiteljskim odnosima, a najmanje zadovoljni financijama. Također se pokazalo da je opće zadovoljstvo životom više povezano s materijalnim, socijalnim i obiteljskim preokupacijama, a manje sa zdravljem, dok je depresija povezana s procjenom općeg zadovoljstva životom, no ne nužno sa zadovoljstvom u specifičnim područjima života.

Tablica 2.
Kvaliteta života skupina sudionika različitog mentalno-zdravstvenog statusa

	Bez poremećaja		S poremećajem		t test	Depresija		PTSP		Anksiozni poremećaj		F omjer
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	M	SD	
Aspekti kvalitete života	4,82	1,005	4,13	1,391	5,430***	4,32	1,137	3,93	1,654	4,03	1,470	10,637***
Život u cjelini	4,20	1,645	3,39	1,680	4,244***	3,59	1,716	3,07	1,562	3,41	1,739	6,561***
Zaposlenje/mirovina, itd.	3,74	1,440	2,88	1,593	5,107***	3,05	1,569	2,71	1,560	2,78	1,680	9,017***
Financijska situacija	5,18	1,129	4,93	1,248	1,887	4,91	1,197	5,07	1,152	4,84	1,417	1,384
Broj i kvaliteta prijateljstava	4,90	1,302	4,36	1,461	3,535***	4,11	1,528	4,82	1,156	4,28	1,550	5,834**
Aktivnosti u slobodno vrijeme	5,23	1,276	4,86	1,628	2,366*	4,89	1,466	5,04	1,551	4,66	1,911	2,251
Smještaj	5,49	0,951	4,93	1,283	3,023**	4,93	1,283	5,29	1,182	5,28	1,198	4,039**
Osobna sigurnost	5,78	1,055	5,42	1,327	2,717**	5,27	1,420	5,54	1,261	5,53	1,270	2,905*
Ukućani/samački život	5,15	1,403	4,76	1,485	2,389*	4,41	1,484	5,07	1,562	4,97	1,356	3,491*
Seksualni život	5,84	0,992	5,61	1,250	1,900	5,57	1,169	5,46	1,575	5,78	1,039	1,673
Odnosi s obitelji	5,03	1,217	4,16	1,495	5,854***	4,07	1,421	3,89	1,449	4,53	1,606	12,835***
Fizičko zdravlje	5,38	1,083	4,19	1,508	8,567***	4,68	1,522	3,46	1,551	4,16	1,194	31,500***
Psihičko zdravlje	5,06	0,656	4,48	0,773	7,316***	4,48	0,801	4,45	0,745	4,52	0,781	17,816***

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

Bez poremećaja - osobe koje nisu zadovoljile kriterij za bilo koji mentalno-zdravstveni poremećaj

S poremećajem - osobe koje su zadovoljile kriterij za jedan od poremećaja: depresiju, PTSP ili anksiozni poremećaj

t-test - razlike u procjeni različitih aspekata kvalitete života osoba bez poremećaja i osoba s vjerojatnim jednim od poremećaja

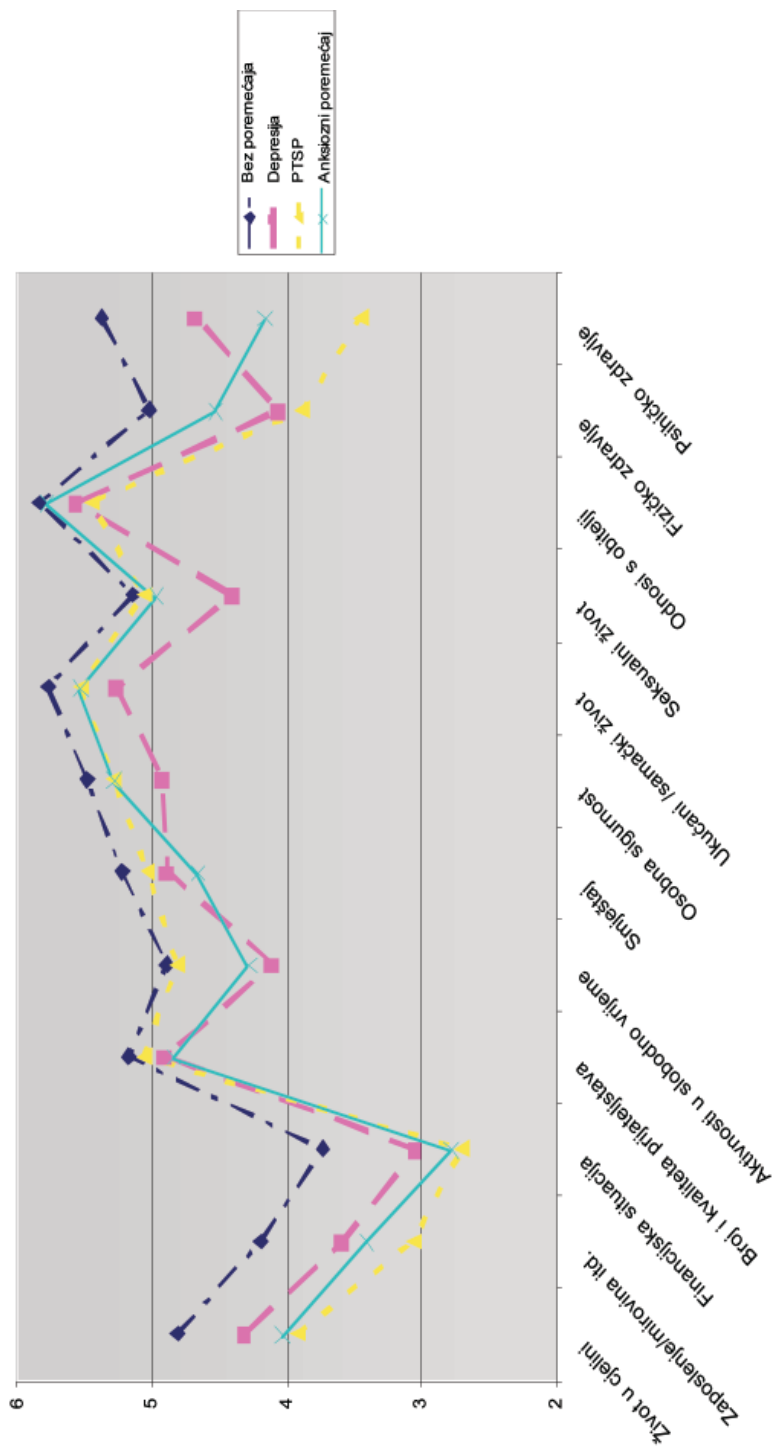
Depresija - osobe s vjerojatnim depresivnim poremećajem

PTSP - osobe s vjerojatnim PTSP-om

Anksiozni poremećaj - osobe s vjerojatnim anksioznim poremećajem

F omjer - rezultat testiranja razlika u procjeni kvalitete različitih aspekata života osoba bez poremećaja, osoba s depresijom, PTSP-om ili anksioznim poremećajem

Slika 1. Grafički prikaz procjena kvalitete različitih aspekata života za četiri grupe sudionika različitog mentalnog zdravlja



Najniže procjene kvalitete života nađene su za financijsku situaciju i zaposlenje. Takav je nalaz logičan uzme li se u obzir ekonomski status sudionika ovog istraživanja - čak 68% njih mjesečno ostvaruje primanja manja od 2 000 kn, što je daleko ispod hrvatskog prosjeka. Slične podatke su dobili Poredoš i Ivanec (2004.) koji su u istraživanju u Petrinji i Glini našli da je čak 86% sudionika ispitivanja navelo da se doživljava siromašnima.

Nadalje, rezultati analize varijance potvrdili su očekivanja da osobe bez psihičkih poremećaja procjenjuju sve aspekte kvalitete života boljim od sudionika s mentalno-zdravstvenim poremećajima. Slabije razlikovanje osoba s depresijom, PTSP-om i anksioznosti može se pripisati razmjerno malom broju sudionika koji su dosegli kriterij za ove poremećaje, no iz deskriptivnih podataka (tablica 2.) može se uočiti trend po kojem osobe s PTSP-om kvalitetu socijalnog aspekta života (broj i kvaliteta prijateljstava, aktivnosti u slobodno vrijeme, seksualni život) procjenjuju višom od osoba s ostalim poremećajima, a kvalitetu financijskog i zdravstvenog aspekta života nižom. S druge strane, osobe s depresijom procjenjuju većom kvalitetu u vezi zaposlenja, života u cjelini i zdravlje (fizičko i psihičko) od grupe s PTSP-om, no kvalitetu socijalnog aspekta života nižom, što je u skladu s poteškoćama koje te osobe imaju (povlačenje iz socijalnih odnosa, izolacija i sl.). Općenito se može vidjeti da u osam aspekata kvalitete života u kojima postoji razlika između sudionika bez poremećaja i onih s poremećajem, u šest slučajeva je ta razlika značajna kada je riječ o depresivnim teškoćama (financijska situacija, aktivnosti slobodnog vremena, osobna sigurnost, seksualni život, fizičko i psihičko zdravlje). Kod PTSP-a razlika je značajna u pet aspekata (život u cjelini, zaposlenje/mirovina, financijska situacija, fizičko i psihičko zdravlje), a kod anksioznog poremećaja u tri aspekta (život u cjelini, financijska situacija i psihičko zdravlje). Zanimljivo je da je kvaliteta života u oba aspekta zdravlja (fizičko i psihičko) slabije procijenjena od sudionika s PTSP-om nego onih s depresijom. Razlog tome može biti prisustvo uznemirujućih simptoma PTSP-a, kao što su česta i visoka razina fiziološke pobuđenosti, teškoće u kontroli emocija (npr. srdžbe), realistično prisjećanje traumatskog događaja («flashback»). Valja istaknuti da se razlike među grupama osoba s psihičkim teškoćama i bez njih, odnosno s različitim psihičkim poremećajima, u pogledu kvalitete života uglavnom kreću između 4 i 5. Kad su razlike statistički značajne, one u apsolutnim vrijednostima nisu velike.

Iz navedenog bismo mogli zaključiti da je kvaliteta života najslabija kod ljudi s depresivnim poremećajem, zatim kod onih s PTSP-om te zatim kod onih s anksioznim poremećajem. No valja imati na umu da osobe s PTSP-om procjenjuju da je njihovo fizičko i psihičko zdravlje slabije kvalitete nego onih s depresivnim poremećajem.

Drugi problem ovog istraživanja jest utvrditi doprinos traumatizacije, sociodemografskih varijabli te aktualnog mentalnog zdravlja objašnjenju subjektivnog zadovoljstva životom.

Traumatizacija prije, tijekom i nakon rata, operacionalizirana je kao zbroj procjena stresnosti najtežih događaja u Listi stresnih događaja. Kao što je vidljivo iz tablice 3., sudionici su, očekivano, najveći stupanj traumatizacije doživjeli tijekom rata. Od sociodemografskih varijabli u analizu su uključeni dob sudionika, ekonomski status (mjesečno primanje obitelji po članu), te godine obrazovanja jer su ove varijable bile kontinuirane naravi. Aktualno mentalno zdravlje operacionalizirano je Skalom utjecaja događaja (IES), Skalom depresivnosti i Skalom anksioznosti iz upitnika BSI. Rezultati na ovim mjerama prikazani su u tablici 3.

Tablica 3.

Deskriptivni podaci za sociodemografske varijable, varijable traumatizacije, indikatore mentalnog zdravlja, te prosječnu kvalitetu života

Varijable	M	SD	Min	Max	Cronbachov α
Traumatizacija prije rata	3,73	4,435	0,0	41,0	-
Traumatizacija tijekom rata	16,62	8,645	1,0	56,0	-
Traumatizacija nakon rata	2,73	3,030	0,0	14,0	-
Godine obrazovanja	11,21	2,956	0,0	20,0	-
Dob	46,33	10,844	25,0	65,0	-
Ekonomski status (mjesečna primanja obitelji po članu u eurima)	180,91	127,789	0,0	677,0	-
Anksioznost	4,96	5,435	0,0	24,0	0,85
Depresivnost	4,82	5,518	0,0	24,0	0,84
IES	23,54	24,208	0,0	88,0	0,97
Ukupna kvaliteta života	4,79	0,811	1,67	6,7	0,82

Provedena je hijerarhijska regresijska analiza, pri čemu su varijable uključivane kroz tri bloka: prvi blok su činile varijable traumatizacije, drugi blok sociodemografske varijable, a treći varijable aktualnog mentalnog zdravlja. Ovakav regresijski model odabran je jer odražava teorijsku poziciju prema kojoj traumatsko iskustvo može biti modificirano individualnim obilježjima, što se zajedno može odražavati na mentalno zdravlje, a u konačnici na aktualnu kvalitetu života. Kao kriterijska varijabla korišteno je subjektivno zadovoljstvo životom na ukupnoj skali MANSA. Rezultati analize prikazani su u tablici 4.

Tablica 4.

Predikcija kvalitete života - rezultati hijerarhijske regresijske analize

	Prediktor	R ²	Korigirani R ²	F promjena	Ukupni F	β	β u zadnjem koraku
1. korak	Traumatizacija prije rata	0,036	0,036		6,436***	-0,141**	-0,052
	Traumatizacija tijekom rata					-0,116*	-0,004
	Traumatizacija nakon rata					-0,068	-0,044
2. korak	Dob	0,104	0,091	9,969***	8,261***	0,004	-0,004
	Obrazovanje					-0,010	-0,002
	Ekonomski status					0,253***	0,149***
3. korak	Anksioznost	0,471	0,460	97,932***	41,902***	-0,059	-0,059
	Depresivnost					-0,596***	-0,596***
	IES					0,023	0,023

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

U prvom koraku, varijablama traumatizacije objašnjeno je 3,6% varijance subjektivnog zadovoljstva životom. Pritom statistički značajan doprinos objašnjenju subjektivnog očekivan - veći stupanj traumatizacije prije i tijekom rata doprinosi nižem subjektivnom zadovoljstvu životom.

U drugom koraku dodane su sociodemografske varijable. Postotak objašnjene varijance kriterija narastao je za statistički značajnih 5,5%. Od tri sociodemografske varijable jedino ekonomski status statistički značajno doprinosi objašnjenju subjektivnog zadovoljstva životom, i to u očekivanom smjeru - viši stupanj ekonomskog statusa povezan je s većim stupnjem subjektivnog zadovoljstva životom.

Dodavanjem varijabli aktualnog mentalnog zdravlja, objašnjava se dodatnih 37% varijance kriterija. Od tri varijable mentalnog zdravlja, jedino depresivnost statistički značajno doprinosi objašnjenju kriterija. Smjer povezanosti potvrđuje očekivanja - veći stupanj simptoma depresije povezan je s nižim subjektivnim zadovoljstvom životom. Statistički neznačajan doprinos varijabli anksioznosti i IES-a može se pripisati visokim interkorelacijama ove tri varijable mentalnog zdravlja: koeficijent korelacije depresivnosti

Tablica 5.
Korelacijska matrica varijabli prediktora i kriterija

	Dob	Godine obrazov.	Ekonom. status	Traumatz. prije rata	Traumatz. tijekom rata	Traumatz. nakon rata	Anks.	De-pres.	IES	MANSA
Dob	1	0,106*	0,041	0,263**	0,015	0,049	0,026	0,033	0,053	0,028
Godine obrazov.	0,106*	1	0,428**	0,086	0,056	0,060	0,187**	0,088	0,151**	0,128**
Ekonomski status	0,041	0,428**	1	0,065	0,103*	0,019	0,188**	0,185**	0,212**	0,265**
Traumatzacija prije rata	0,263**	0,086	0,065	1	0,054	0,090	0,094*	0,153**	0,089	0,158**
Traumatzacija tijekom rata	0,015	0,056	0,103*	0,054	1	0,144**	0,200**	0,175**	0,369**	0,141**
Traumatzacija nakon rata	0,049	0,060	0,019	0,090	0,144**	1	0,086	0,079	0,096*	0,097*
Anksioznost	0,026	0,187**	0,188**	0,094*	0,200**	0,086	1	0,772**	0,650**	0,544**
Depresivnost	0,033	0,088	0,185**	0,153**	0,175**	0,079	0,772**	1	0,615**	0,665**
IES	0,053	0,151**	0,212**	0,089	0,369**	0,096*	0,650**	0,615**	1	0,428**
MANSA_M	0,028	0,128**	0,265**	0,158**	0,141**	0,097*	0,544**	0,665**	0,428**	1

* p < 0,05

** p < 0,01

D. Ajduković, R. Kraljević, S. Penić: Kvaliteta života osoba pogođenih ratom

i posttraumatskih simptoma (IES) iznosi 0,61, anksioznosti i IES-a 0,65, a depresivnosti i anksioznosti 0,77. Nadalje, iz tablice 5. je vidljivo da sve tri varijable mentalnog zdravlja statistički značajno koreliraju s kriterijem. Budući da je cilj ovoga rada parimoničan model predviđanja kvalitete života osoba pogođenih ratom, sve tri varijable mentalnog zdravlja su uključene u model bez korekcije kolinearnosti.

Na univarijatnoj razini, kao što je vidljivo iz tablice 5., s mjerom kvalitete života značajno koreliraju godine obrazovanja (obrazovanije osobe procjenjuju višom kvalitetu života), traumatizacija prije, tijekom i nakon rata (viši stupanj traumatizacije je povezan s nižom subjektivnom kvalitetom života), te tri mjere mentalnog zdravlja. Na multivarijatnom nivou, doprinos godina obrazovanja postaje statistički neznačajan zbog visoke korelacije ove varijable s mjerom ekonomskog statusa. Doprinos stupnja traumatizacije postaje statistički neznačajan kada se u model uključe varijable aktualnog mentalnog statusa, što pokazuje da je odnos traumatizacije i kvalitete života posredovan aktualnim mentalnim statusom.

Svih devet varijabli objašnjava 46% varijance kvalitete života. Pritom, kad su u posljednjem koraku analize unesene sve varijable, pokazalo se da samo dvije doprinose objašnjenju kriterija - manja depresivnost i bolji ekonomski status sudionika. Varijable traumatizacije zasebno objašnjavaju tek 3,6% varijance kriterija, a kada im se dodaju varijable mentalnog zdravlja, njihov doprinos kvaliteti života postaje statistički neznačajan. Takvi rezultati pokazuju da je doprinos stupnja traumatizacije na aktualno zadovoljstvo životom posredovan aktualnim mentalnim zdravljem - kada se kontrolira doprinos aktualnog mentalnog zdravlja, stupanj traumatizacije postaje neznačajan prediktor subjektivnog zadovoljstva životom. Takav je nalaz logičan ako se uzme u obzir struktura uzorka - naime, svi sudionici ovog istraživanja doživjeli su neki stupanj traumatizacije tijekom rata, pa tek razvoj psihičkih poteškoća razlikuje sudionike prema subjektivnom zadovoljstvu životom. Od sociodemografskih varijabli statistički značajan doprinos u završnom koraku hijerarhijske regresijske analize ima samo ekonomski status, što je razumljivo budući da je 38,5% sudionika nezaposleno, njihov prosječni ekonomski status je nizak jer 68% sudionika mjesečno ostvaruje primanja manja od 2 000 kn, što je znatno ispod hrvatskog prosjeka. Slične podatke za ratom pogođena područja su dobili Poredoš i Ivanec (2004.) u istraživanju u Petrinji i Glini gdje se čak 86% sudionika smatralo siromašnima.

Nalazi da su jedino mentalno-zdravstveni status u prvom redu, a zatim socio-ekonomski status od odabranih varijabli prediktori lošije kvalitete života osoba s psihičkim teškoćama koje žive u područjima izrazito pogođenih ratom je važan jer predstavlja temelj za usmjeravanje mogućih psihosocijalnih intervencija prema ovom vulnerabilnom dijelu populacije. Važan je nalaz da je djelovanje traumatizacije vjerojatno moderirano sadašnjim psihičkim teškoćama i da se sama traumatska izloženost u analizama pokazala neznačajnim

prediktorom. To znači da se može očekivati da bi intervencije usmjerene na ublažavanje tih teškoća mogle dovesti do poboljšanja kvalitete života ovih ljudi bez obzira na njihova traumatska iskustva tijekom rata.

ZAKLJUČCI

Na reprezentativnom uzorku odrasle populacije u dvije županije pogođene ratom, 11 godina nakon prestanka rata utvrđeno je da 21,6% sudionika zadovoljava dijagnostički kriterij za akutnu depresiju, njih 15% za PTSP, a 14,1% za anksiozni poremećaj. Pri tome je 13% sudionika zadovoljilo kriterije više od jedne dijagnoze. U odnosu na vrijednosti za ove poremećaje u nacionalnoj populaciji očigledno se radi o dijelu populaciji koja, živeći u područjima Hrvatske izrazito pogođenih ratom, ima slabije mentalno zdravlje.

Usporedbe procjene kvalitete života ispitanika koji zadovoljavaju kriterij za jednu od mentalno-zdravstvenih dijagnoza i onih koji ne zadovoljavaju taj kriterij pokazala je da je kvaliteta života ljudi s poremećajima, odmjerena ukupnim rezultatom na skali MANSA, značajno slabija te da je slabija i u osam od dvanaest pojedinačnih aspekata kvalitete života. Sve skupine sudionika najkvalitetnijim aspektima života su procijenile odnose s obitelji, ukućanima, broj i kvalitetu prijateljstava i smještaj. Najmanje kvalitetnim aspektima života sve skupine procjenjuju financijsku situaciju. Među skupinama s poremećajima, kvaliteta života je najslabija kod ljudi s depresivnim poremećajem, zatim kod onih s PTSP-om i potom kod onih s anksioznim poremećajem. No osobe s PTSP-om procijenile su da je njihovo fizičko i psihičko zdravlje slabije kvalitete od onih s depresivnim poremećajem.

Od devet analiziranih varijabli koje su uključivale cjeloživotnu izloženost traumatizaciji, sociodemografska obilježja i aktualno mentalno zdravlje, jedini doprinos u objašnjenju kvalitete života imaju depresivnost i ekonomski status. Niz godina nakon traumatske izloženosti posttraumatski simptomi nisu se pokazali značajnim prediktorom sadašnje kvalitete života, već su vjerojatno moderirani aktualnim mentalnim zdravljem, prvenstveno stupnjem depresivnosti. No nije isključeno da je sadašnja razina depresivnosti koja je prediktivna za lošiju kvalitetu života povezana kako s traumatskim iskustvom tijekom rata, tako i s nepovoljnim posttraumatskim okruženjem u kojem ljudi žive već 11 godina nakon završetka rata. Loši uvjeti života, te egzistencijalni problemi s kojima su suočeni sudionici ispitivanja vjerojatno doprinose depresivnosti i razvoju psihičkih smetnji koje mogu biti potencirane smanjenim kapacitetom za suočavanje populacije koja je proživjela rat. Poslijeratne zajednice i njihovi stanovnici još uvijek se bore s nizom neriješenih problema, tako da psihičke posljedice samog rata u interakciji s nesigurnim i nepovoljnim poslijeratnim okruženjem koje karakterizira poslijeratne zajednice pridonose lošoj kvaliteti života tih ljudi.

LITERATURA

1. Ajduković, D. (ur.) (2003). **Socijalna rekonstrukcija zajednice**. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, D. & Ajduković, M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: Ørner, R., Schnyder, U. (eds.), **Reconstructing early interventions after trauma**. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
3. Ajduković, D., Ajduković, M. & Čorkalo, D. (2000). **Socijalna rekonstrukcija zajednice, upravljanje sukobima i mentalno zdravlje - pilot program**. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. Američka psihijatrijska udruga (1996). **Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, međunarodna verzija**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Basoglu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančičković, T., Suljić, E., Đurić, D. & Vranešić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. **The Journal of the American Medical Association**, 294 (5), 580-591.
6. Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68 (5), 748-766.
7. D'Ardenne, P., Capuzzo, N., Fakhouty, W. K. H., Janković-Gavrilović, J. & Priebe, S. (2005). Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 193 (1), 62-65.
8. De Jong, J. T., Komproe, I. H. & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. **Lancet**, 361 (21), 2128-2130.
9. Derogatis, L. R. (1993). **BSI Brief Symptom Inventory. Administration, scoring and procedures manual (4th Ed.)**. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
10. Erceg, M. (ur.) (2004). **Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj**. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo Zagreb.
11. Evans, S. & Huxley, P. (2002). Studies of quality of life in the general population. **International Review of Psychiatry**, 14, 203-211.
12. Grubišić-Ilić, M. & Peraica, T. (2005). Neki čimbenici vezani uz kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-a. **II. hrvatski kongres vojne medicine, Zbornik sažetaka**. Zagreb: 92 str. Hrvatsko društvo za vojnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora.
13. Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. **Journal of Traumatic Stress**, 9, 3-23.
14. Henigsberg, N., Folnegović-Šmalc, V. & Moro, Lj. (2001). Stressor characteristics and post-traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. **Croatian Medical Journal**, 42, 543-550.
15. Jureša, V., Ivanković, D. & Vuletić, G. (2000). The Croatian Health Survey-SF-36: General quality of life assessment. **Colegium Antropologicum**, 24, 69-78.

16. Komar, Z. & Vukušić, H. (1999). Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans: prevalence and psycho-social characteristics. In: Dekaris, D. & Sabioncello A. (eds.), **New insight in post-traumatic stress disorder (PTSD)**. Zagreb: Croatian Academy of Science and Arts, 42-44.
17. Kozarić-Kovačić, D., Kocijan Hercigonja, D. & Grubišić-Ilić, M. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression in soldiers with combat experiences. **Croatian Medical Journal**, 42 (2), 165-170.
18. Krizmanić, M. & Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma »kvaliteta života«. **Primijenjena psihologija**, 10, 5-11.
19. Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. **European Psychiatry**, 12, 224-231.
20. Lie, B. (2003). A 3-year follow-up study of psychological functioning and general symptoms in settled refugees. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 106, 415-425.
21. Ljubotina, D., Pantić, Z., Frančšković, T., Mladić, M. & Priebe, S. (2007). Treatment outcomes and perception of social acknowledgment in war veterans: Follow-up study. **Croatian Medical Journal**, 48, 157-66.
22. Norris, F. H. & Hamblen, J. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In: Wilson, J. P. i Keane, T. M. (eds.), **Assessing psychological trauma and PTSD**. New York: Guilford Press, 63-101.
23. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. **Psychological Bulletin**, 129, 52-73.
24. Pizarro, J., Silver, C. & Prause, J. A. (2006). Physical and mental health costs of traumatic war experiences among civil war veterans. **Archives of General Psychiatry**, 63, 193- 200.
25. Poredoš, D. & Ivanec, D. (2004). Izloženost ratnim događajima i kvaliteta života starijih osoba u Kutini i Petrinji. **Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada**, 11 (1), 43-62.
26. Priebe, S., Janković Gavrilović, J., Schutzwahl, M., Galeazzi, G.M., Lečić-Toševski, D., Ajduković, D., Frančšković, T., Kučukalić, A. & Popovski, M. (2004). Study of long term clinical and social outcomes after war experiences in ex Yugoslavia - methods of the »Connect project«. **Psychology Today**, 36 (1), 111-122.
27. Priebe, S., Roder-Warner, U. & Kaiser, W. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). **International Journal of Social Psychiatry**, 45, 7-12.
28. Raboteg-Šarić, Z. (2002). Kvaliteta života mladih u područjima koja su stradala u ratu. **Dijete i društvo**, 4, 49-69.
29. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, T., Bellach, B.M., Bruil, J., Dur, W., Power, M. & Rajmil, L. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. **Social and Preventive Medicine**, 46, 294-302.

30. Silove, D. (2004). The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities. **Prehospital and Disaster Medicine**, 19 (1), 90-96.
31. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Jonavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **Journal of Clinical Psychiatry**, 59 (20), 22-33.
32. Spencer, N. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. **Child Care Health Development**, 32, 603-604.
33. Ware, J. E. & Sherbourne, C. E. (1992.) The MOS 36-item Short form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, 30, 473-483.
34. Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale: Revised. In: Wilson, J.P., Keane, T.M. (eds.), **Assesing psychological trauma and posttraumatic stress disorders: A Handbook for Practitioners**. New York: Guilford Press, 168-189.
35. Westermeyer, J. (2000). Health of Albanians and Serbiens following the war in Kosovo: Studying the survivors of both sides of armed conflict. **Journal of American Medical Association**, 284 (5), 578-793.
36. Wilson, J., Friedman, M. J. & Lindy, J. D. (2004). **Treating psychological trauma and PTSD**. New York: The Guilford Press.
37. Wolfe, J. & Kimberling, R. (1997). Gender issues in the assessment of PTSD. In: Wilson, J.P., Keane, T.M. (eds.), **Assesing psychological trauma and posttraumatic stress disorders: A Handbook for Practitioners**. New York: Guilford Press, 192-219.
38. World Health Organisation (1992). International Statistical Classification of Disease and related Health Problems. //http://www.who.int/classifications/icd/en
39. Žigrović, L. (2007). **Psihometrijska validacija upitnika kvalitete života MANSA**. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.

Dean Ajduković
Radojka Kraljević
Sandra Penić
University of Zagreb
Faculty of Philosophy
Department of Psychology

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE AFFECTED BY THE WAR

SUMMARY

The paper compares the quality of life of two groups of people who live in the areas affected by the war: persons who fulfil the diagnostic criterion of mental disorder and the persons who probably do not suffer from the mental disorder. The influence of traumatization, socio-demographic characteristics and the current mental health on the quality of life of these people was also analysed. The data were obtained through a structured interview on the representative sample of adult persons aged from 18 to 65 (N=454) in two counties. More than a third of participants (36.1%) fulfilled the criterion for one or more mental-health disorders. It has been determined that persons who have not been diagnosed have a significantly higher quality of life than the persons suffering from depression, post-traumatic stress disorder (PTSD) and the anxiety disorder. The interviewed persons differed among themselves, as those suffering from PTSD assessed that their physical and mental health was worse than the persons suffering from depression assessed their health. Out of nine predictors of the quality of life, the hierarchical analysis showed that only less level of depression and better economic status proved to be significant, while exposure to traumatization, socio-demographic variables, anxiety disorder and post-traumatic disorder were not predictive when all the predictors were analysed. Long-term poor conditions of life in post-war communities probably contribute to the development of mental disorders, which are intensified by the reduced capacity for facing in the population that survived the war, and that is reflected in the poor quality of life of those people.

Key words: *traumatization, quality of life of the victims of war, mental health.*