



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet

Milica Benić

**ODNOS NEPOVOLJNIH ISKUSTAVA U
DJETINJSTVU, UKLJUČUJUĆI RATNU
TRAUMATIZACIJU I PSIHOSOCIJALNE
DOBROBITI U ODRASLOJ DOBI**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2026.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet

Milica Benić

**ODNOS NEPOVOLJNIH ISKUSTAVA U
DJETINJSTVU, UKLJUČUJUĆI RATNU
TRAUMATIZACIJU I PSIHOSOCIJALNE
DOBROBITI U ODRASLOJ DOBI**

DOKTORSKI RAD

Prvi mentor: prof. emerita dr. sc. Marina Ajduković

Drugi mentor: izv. prof. dr. sc. Miroslav Rajter

Zagreb, 2026.



Sveučilište u Zagrebu

Faculty of Law

Milica Benić

**THE RELATIONSHIP BETWEEN
ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES,
INCLUDING WAR TRAUMATIZATION,
AND PSYCHOSOCIAL WELL-BEING IN
ADULTHOOD**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor: prof. emerita Marina Ajduković
Second supervisor: associate prof. dr. sc. Miroslav Rajter

Zagreb, 2026.

O MENTORICI

Prof. dr. sc. Marina Ajduković profesorica je emerita Studijskog centra socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Diplomom profesora psihologije i sociologije (1980.), znanstveni magisterij iz psihologije (1982.) te doktorat iz psihologije (1986.) stekla je na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Tijekom 1997. godine provela je devet mjeseci kao gost istraživač na School of Social Welfare, University of California, Berkeley. U okviru programa međusveučilišne razmjene "Alpe-Adria" provela je 1992. godine tromjesečno usavršavanje iz područja sudske psihologije na Sveučilištu u Linzu, Austrija.

Od 1985. godine do 2023. godine je radila na Pravnom fakultetu, Studijski centar socijalnog rada. Od 2002. godine je redovita profesorica u trajnom zvanju. Bila je nositeljica je većeg broja kolegija na Studijskom centru socijalnog rada, kolegija Sudska psihologija na Pravnom studiju Pravnog fakulteta u Zagrebu i Psihologija u javnoj upravi na Studiju javne uprave Pravnog fakulteta u Zagrebu. Pokretač je i voditeljica prvog poslijediplomskog znanstvenog studija iz socijalnih djelatnosti koji se odvija od 2002. godine. Od osnutka do listopada 2023. bila je voditeljica poslijediplomskog specijalističkog studija Supervizija psihosocijalnog rada te voditeljica Doktorskog studija Socijalni rad i socijalne politike. Mentorica je uspješno obranjenih 31 doktorat znanosti, 19 znanstvenih magisterija i 75 specijalističkih radova.

Od 1991. godine kontinuirano vodi kompetitivne znanstveno-istraživačke projekte koje su financirali nadležno ministarstvo i ostala tijela nadležna za znanost. Prvi projekt je bio „*Psihosocijalni aspekti zlostavljanja i zanemarivanja djece*“ (1991 - 1994), slijedi „*Modeli akcijskih i evaluacijskih istraživanja u socijalnom radu*“ (2001-2005) te „*Djeca, mladi i obitelj socijalni razvoj Hrvatske*“ (2006-2012). Također od 2013/2014 u okviru potpore Sveučilišta u Zagrebu kontinuirano vodi istraživačke projekte. Vodila je projekt „*Ekonomске poteškoće obitelji, psihosocijalni problemi i obrazovni ishodi adolescenata u vrijeme ekonomske krize*“ (HRZZ, 2015- 2019) i „*Subjektivna dobrobit djece u Hrvatskoj*“ koji se provodi u sklopu međunarodnog istraživanja dječje dobrobiti Children's world: The International Survey of Children's Well-Being (ISCWeB) (2018-2020). Vodila je i projekt „*Međugeneracijski prijenos rizika za mentalno zdravlje adolescenata*“ (HRZZ, 2021- 2025), unutar kojeg je i izrađen ovaj doktrata. Vodila je na nacionalnoj razini sljedeće međunarodne znanstvene projekte: Projekt "*Povijest socijalnog rada u Istočnoj Europi 1900.-1960.*" / "*History of social work in Eastern Europe 1900 – 1960*" /, FP7 projekt BECAN (ID: 23478/HEALTH/CALL 2007-B) (2019-2013), projekt Leonardo da Vinci Multilateral Projects "*A European system of Comparability*

and Validation of supervisory competences" (52722-LLP-AT-LEONARDO-LMP) (2012 do svibnja 2015).

Zaključno sa studenim 2025. prof. emerite Marina Ajduković objavila je 17 autorskih publikacija, (znanstvene knjige, znanstvene monografije i priručnici), te je bila urednica ili su-urednica u 14 publikacija. Objavila je 170 znanstvenih rad u časopisima, znanstvenim knjigama i zbornicima (od toga 35 u međunarodnim, visoko vrednovanim časopisima), te 73 stručna rada. U SSCI bazi navodi se 541 njezinih citata (bez autocitata), a h indeks je 13 (potvrda u prilogu). Istaknuta znanstvena produktivnost vidljiva je i kroz podatak da je u Google znalac njena citiranost 5980 (h-indeks 42; 10-indeks 117), a za razdoblje od 2021. citiranost je 2523 (h-indeks 29; 10-indeks 78).

Od 2009. godine do 2017. bila je (dva mandata) predsjednica Matičnog odbora za polje politologije, sociologije, demografije, socijalnih djelatnosti i sigurnosnih i obrambenih znanosti. Dugogodišnja je suradnica UNICEF-a u zagovaranju dobrobiti djece. Bila je dugogodišnja urednica Ljetopisa socijalnog rada (1994-2021).

Dosljedno, dulje od 30 godine, u njenom istraživačkom fokusu je dobrobit i mentalno zdravlje djece, mladih i njihovih roditelja.

Zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. sc. Marini Ajduković na stručnom vodstvu, kontinuiranoj podršci i povjerenju tijekom izrade ovoga rada, kao i komentoru izv. prof. dr. sc. Miroslavu Rajteru na vrijednim sugestijama i doprinosu njegovu unaprjeđenju.

Od srca zahvaljujem svojoj obitelji na strpljenju, razumijevanju i toplini kojom su me pratili kroz sve izazove ovog procesa, kao i na snazi i ohrabrenju koje su mi pružali na ovom putu osobnog i profesionalnog razvoja.

SAŽETAK

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (Adverse Childhood Experiences – ACE) prepoznata su kao značajni razvojni rizični čimbenici povezani s narušenim mentalnim i tjelesnim zdravljem u odrasloj dobi. Dosadašnja istraživanja dosljedno pokazuju da izloženost zlostavljanju, zanemarivanju i obiteljskim stresorima tijekom djetinjstva može imati dugoročne posljedice za psihosocijalno funkcioniranje u odrasloj dobi. U hrvatskom društvu dio populacije dodatno je obilježen ratnom i poratnom traumatizacijom tijekom Domovinskog rata, pri čemu se nepovoljna iskustva često ne pojavljuju izolirano, nego je javljaju kumulativno i u dugotrajnim uvjetima nesigurnosti. Iako su dugoročni učinci ACE-a dobro dokumentirani u međunarodnim istraživanjima, relativni doprinos različitih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i ratne izloženosti u postratnom društvu, kao i uloga zaštitnih čimbenika tijekom životnog tijeka, zahtijevaju dodatnu empirijsku provjeru.

Polazeći od ekološkog modela razvoja, teorije privrženosti i modela toksičnog stresa, cilj ovog doktorskog istraživanja bio je ispitati odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, uključujući ratnu traumatizaciju, s mentalnim i tjelesnim zdravljem u odrasloj dobi, uz razmatranje doprinosa pozitivnih iskustava u djetinjstvu (Benevolent Childhood Experience – BCE) i socijalne podrške u odrasloj dobi kao zaštitnih čimbenika.

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 404 odrasle osobe iz Vukovarsko-srijemske županije, uključenih u konačne analize (inicijalno $N = 505$), u dobi od 30 do 65 godina ($M = 43,94$; $SD = 5,67$). Žene su činile 57,7%, a muškarci 40,8% uzorka. Podaci su prikupljeni metodom samoprocjene primjenom standardiziranih instrumenata (ACE upitnik s dodatnom domenom ratnih iskustava, BCE skala, QFSSS, PSS, DASS-21 i PCL-5). Podaci su analizirani primjenom korelacijskih analiza i hijerarhijske regresijske analize uz kontrolu sociodemografskih obilježja i pokazatelja materijalnog statusa kućanstva ispitanika.

Rezultati su pokazali da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu bila značajan i stabilan prediktor svih ispitivanih zdravstvenih ishoda. Nakon kontrole sociodemografskih obilježja i pokazatelja materijalnog statusa kućanstva, ACE su objasnili dodatnih 3,4% varijance opće procjene zdravlja, 3,8% varijance tjelesnih simptoma, 6,4% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 9,1% varijance internaliziranih problema. Ukupni modeli objasnili su 14% varijance opće procjene zdravlja, 16% varijance tjelesnih simptoma, 23,5% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 23,2% varijance internaliziranih problema, što upućuje na veću osjetljivost mentalnih ishoda na učinke ranih nepovoljnih iskustava.

Ratna iskustva pokazala su selektivno i slabiji dodatni doprinos osobito u području posttraumatskih i internaliziranih simptoma, dok se nisu pokazala značajnim prediktorom opće procjene zdravlja. Ovakav obrazac nalaza upućuje na to da su kronična relacijska nepovoljna iskustva iz djetinjstva stabilniji prediktor dugoročnih zdravstvenih ishoda od vremenski ograničenih traumatskih događaja poput ratne izloženosti.

Pozitivna iskustva u djetinjstvu pokazala su zaštitnu, ali ograničenu ulogu. Nakon kontrole ACE-a, BCE su objasnili dodatnih 3,0% varijance tjelesnih simptoma, 1,4% varijance posttraumatskih reakcija i 2,7% varijance internaliziranih problema, dok njihov doprinos općoj procjeni zdravlja nije bio značajan. Zadovoljstvo socijalnom podrškom ostvarilo je dodatnih 2,5% varijance tjelesnih simptoma, 3,1% varijance posttraumatskih reakcija i 6,1% varijance internaliziranih problema. Ovi nalazi potvrđuju da zaštitni čimbenici mogu ublažiti izraženost simptoma, ali ne neutraliziraju u potpunosti učinke kumuliranih nepovoljnosti. Nalazi potvrđuju postojanje odnosa „doza“–odgovor, pri čemu se s porastom broja nepovoljnih iskustava povećava i rizik za narušeno mentalno i tjelesno zdravlje.

Nakon kontrole ostalih čimbenika nisu utvrđene stabilne spolne razlike u zdravstvenim ishodima, što upućuje na mogući nadređeni učinak kumulativnih razvojnih rizika u ratom pogođenim zajednicama.

Rezultati potvrđuju dugoročni i kumulativni učinak nepovoljnih iskustava u djetinjstvu na mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi te produbljuju razumijevanje njihova djelovanja u postratnom društvenom okruženju. Poseban doprinos rada ogleda se u integraciji ratne i poratne traumatizacije u prošireni razvojni okvir nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, čime se tradicionalni ACE model konceptualno i empirijski proširuje na kontekst kolektivnog nasilja i dugotrajne društvene nestabilnosti. Dobiveni nalazi dodatno naglašavaju potrebu za sustavnom primjenom trauma-informiranog pristupa u sustavu socijalne skrbi, osobito u području procjene potreba, planiranja intervencija i podrške mentalnom zdravlju odraslih osoba u postratnim zajednicama.

Ključne riječi: nepovoljna iskustva u djetinjstvu, ratna traumatizacija, mentalno zdravlje, tjelesno zdravlje, pozitivna iskustva u djetinjstvu, socijalna podrška.

SUMMARY

Introduction

Adverse Childhood Experiences (ACEs) have been widely recognized as significant developmental risk factors associated with impaired mental and physical health in adulthood. Exposure to abuse, neglect, and family-related stressors during childhood has been consistently linked to long-term psychosocial difficulties. In the Croatian context, part of the population has additionally been affected by war and post-war traumatization during the Homeland War, where adverse experiences often occur cumulatively and within prolonged conditions of insecurity. Although the long-term effects of ACEs are well documented in international research, the relative contribution of different types of adverse childhood experiences and war exposure in post-war societies, as well as the role of protective factors across the life course, requires further empirical investigation.

Aim

Grounded in the ecological model of development, attachment theory, and the toxic stress framework, the aim of this doctoral study was to examine the relationship between adverse childhood experiences, including war-related traumatization, and mental and physical health outcomes in adulthood, while also considering the role of Benevolent Childhood Experiences (BCEs) and social support as protective factors.

Methodology

The study was conducted on a convenience sample of 404 adults from Vukovar-Srijem County who were included in the final analyses (initial $N = 505$), aged between 30 and 65 years ($M = 43.94$; $SD = 5.67$). Women comprised 57.7% and men 40.8% of the sample. Data were collected using self-report measures, including standardized instruments (the ACE questionnaire with an additional domain of war experiences, the BCE scale, QFSSS, PSS, DASS-21, and PCL-5). Data were analyzed using correlational analyses and hierarchical regression analyses, controlling for sociodemographic characteristics and indicators of household material status.

Results

The results indicated that ACEs were a significant and stable predictor of all examined health outcomes. After controlling for sociodemographic variables and household material status,

ACEs explained an additional 3.4% of the variance in general health, 3.8% in physical symptoms, 6.4% in posttraumatic stress reactions, and 9.1% in internalizing problems. The overall models explained 14% of the variance in general health, 16% in physical symptoms, 23.5% in posttraumatic stress reactions, and 23.2% in internalizing problems, indicating greater sensitivity of mental health outcomes to early adverse experiences.

War-related experiences showed a selective and weaker contribution, particularly in posttraumatic and internalizing symptoms, while they were not a significant predictor of general health. These findings suggest that chronic relational adversity in childhood represents a more stable predictor of long-term outcomes than time-limited traumatic events such as war exposure.

Benevolent Childhood Experiences demonstrated a protective but limited role. After controlling for ACEs, BCEs explained an additional 3.0% of the variance in physical symptoms, 1.4% in posttraumatic reactions, and 2.7% in internalizing problems, while their contribution to general health was not significant. Satisfaction with social support accounted for an additional 2.5% of the variance in physical symptoms, 3.1% in posttraumatic reactions, and 6.1% in internalizing problems. These findings suggest that protective factors attenuate, but do not fully offset, the effects of cumulative adversity. The results also support a dose–response relationship, indicating that an increase in the number of adverse experiences is associated with a higher risk of impaired mental and physical health.

After controlling for other variables, no stable gender differences were found in health outcomes, suggesting a potentially overriding effect of cumulative developmental risks in war-affected communities.

Conclusion

The findings confirm the long-term and cumulative impact of adverse childhood experiences on mental and physical health in adulthood and contribute to a deeper understanding of these effects within a post-war societal context. A particular contribution of this study lies in integrating war and post-war traumatization into an expanded developmental framework of ACEs, thereby extending the traditional model to contexts of collective violence and prolonged social instability. The findings further highlight the need for the systematic implementation of trauma-informed approaches within the social welfare system, particularly in the assessment of

needs, planning of interventions, and provision of mental health support in post-war communities.

Keywords: adverse childhood experiences, war-related traumatization, mental health, physical health, benevolent childhood experiences, social support.

SADRŽAJ

UVOD	1
1. Teorijska polazišta i konceptualni model istraživanja	5
1.1. Definicija i povijesni razvoj ACE koncepta	5
1.2. Konceptualne i metodološke nejasnoće ACE pristupa	8
1.3. Ratna iskustva kao prošireni oblik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu	10
1.4. Pozitivna iskustva u djetinjstvu	12
1.5. Teorijski modeli objašnjenja učinaka ACE-a	14
1.5.1. Ekološki model razvoja	14
1.5.2. Teorija privrženosti	15
1.5.3. Model toksičnog stresa	16
1.6. Stresna i traumatska nepovoljna iskustva u djetinjstvu	18
1.7. Proksimalni i distalni rizici u kontekstu ACE-a	20
1.8. Uloga otpornosti i neurobioloških mehanizama u kontekstu ACE-a	21
1.9. Socijalna podrška kao zaštitni čimbenik u odnosu na nepovoljna iskustva u djetinjstvu	22
2. Empirijski nalazi o uzrocima i posljedicama nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE)	24
2.1. Prevalencija i različite vrste nepovoljnih iskustava u djetinjstvu	24
2.2. Uzroci i prediktori izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu	25
2.2.1. Distalni (strukturni i socioekonomski) rizici izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (ACE)	26
2.2.2. Proksimalni (obiteljski) rizici izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu	28
2.2.3. Kumulacija rizika i poliviktimizacija	28
2.3. Posljedice nepovoljnih iskustava u djetinjstvu – kratkoročne i dugoročne	28
2.4. Posljedice izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu na tjelesno zdravlje	29
2.5. Posljedice izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu na mentalno zdravlje	30
3. Metodologija istraživanja	33
3.1. Ciljevi i istraživačka pitanja	33
3.2. Varijable	34
3.3. Mjerni instrumenti	35

3.4. Ispitanici	40
3.5. Postupak prikupljanja podataka	41
3.6. Etički aspekti istraživanja	41
3.7. Statistička obrada podataka	41
3.7.1. Analize za prvo istraživačko pitanje	42
3.7.2. Analize za drugo istraživačko pitanje	42
3.7.3. Analize za treće istraživačko pitanje	43
3.7.4. Analize za četvrto istraživačko pitanje	43
4. Rezultati istraživanja	44
4.1. Opis uzorka	44
4.1.1. Socio-demografska obilježja ispitanika	44
4.2. Prediktorske varijable	48
4.3. Kriterijske varijable	58
4.4. Povezanost nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i adolescenciji, uključujući ratne traume, s tjelesnim i mentalnim zdravljem u odrasloj dobi	68
4.5. Spolne razlike u zdravstvenim ishodima kod ispitanika izloženih ratnim iskustvima tijekom djetinjstva i adolescencije	76
4.6. Uloga pozitivnih iskustava u djetinjstvu u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi	78
4.7. Uloga socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi	83
5. Rasprava	89
5.1. Odnos između različitih vrsta nepovoljnih iskustava tijekom prvih 18 godina života i ishoda po mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi	89
5.2. Odnos između nepovoljnih ratnih iskustava tijekom Domovinskog rata i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi kod muškaraca i žena	94
5.3. Uloga pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) u odnosu između nepovoljnih iskustava (ACE) i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi	97
5.4. Uloga socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi	100
6. Ograničenja istraživanja	105
7. Značaj istraživanja	109
7.1. Konceptualni doprinos	109

7.2. Empirijski doprinos	110
7.3. Metodološki doprinos	111
8. Primijenjene implikacije rezultata istraživanja	112
9. Zaključak	115
LITERATURA	117
ŽIVOTOPIS	129
PRILOZI	130

UVOD

Rana nepovoljna iskustva u djetinjstvu imaju važnu ulogu u oblikovanju zdravlja, ponašanja i psihosocijalne dobrobiti tijekom cijelog životnog vijeka (Masten i Cicchetti, 2016; Yamaoka i Bard, 2019). Djetinjstvo i adolescencija predstavljaju posebno osjetljiva i razvojno formativna razdoblja jer traumatska i stresna iskustva u tim fazama mogu imati dugotrajne posljedice za kasnije funkcioniranje. Takva iskustva oblikuju neurobiološke i psihološke mehanizme, pri čemu produljena ili ponavljana izloženost stresu može dovesti do promjena u djelovanju ključnih neurobioloških sustava, uključujući HPA os (hipotalamo-hipofizno-adrenalnu os), imunološki i endokrini sustav (van der Kolk i McFarlane, 1996; Perry, 2001). Time se povećava rizik za narušenu psihosocijalnu dobrobit, koja je u ovom radu operacionalizirana kroz pokazatelje mentalnog i tjelesnog zdravlja. Navedene promjene mogu imati trajne razvojne posljedice koje se očituju kroz povećanu osjetljivost na stres, poteškoće u emocionalnoj regulaciji i povišen rizik za mentalne i tjelesne zdravstvene probleme u odrasloj dobi. Time se rana nepovoljna iskustva potvrđuju kao značajni razvojni rizični čimbenici čiji se učinci kumulativno prenose kroz životni tijek.

Koncept nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (Adverse Childhood Experiences – ACE) obuhvaća različite stresne i traumatske događaje koji se mogu javiti do 18. godine života te imaju dugoročne učinke na mentalno i tjelesno zdravlje (Scott, 2021). Najčešće se razvrstavaju u tri osnovne skupine: zlostavljanje, zanemarivanje i obiteljske stresore, poput mentalnih bolesti roditelja, ovisnosti, razvoda ili nasilja u obitelji (Ford i sur., 2014).

Razvoj ACE koncepta započeo je kliničkim i istraživačkim radovima o posljedicama dječjeg zlostavljanja (Kempe i sur., 1962), nastavio se epidemiološkim istraživanjima izloženosti obiteljskim i životnim stresorima (Kessler i sur., 2010), a suvremeni oblik dobio je velikom ACE studijom Felittija i sur. (1998) koja je značajno oblikovala daljnja istraživanja i klasifikaciju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

Osim učinaka na individualno zdravlje, nepovoljna iskustva u djetinjstvu imaju i šire društvene i ekonomske posljedice, uključujući smanjenu radnu učinkovitost, povećano korištenje zdravstvenih usluga i veće troškove zdravstvene skrbi (Bellis i sur., 2019). Istodobno, istraživanja pokazuju da učinci nepovoljnih iskustava nisu nužno neizbježni, jer određeni zaštitni procesi mogu ublažiti njihove dugoročne posljedice (Rutter, 1987; Werner, 1993).

U širem spektru ranih nepovoljnih iskustava, ratna traumatizacija predstavlja specifičan i višedimenzionalan oblik ranih stresnih iskustava koji uključuje individualnu, obiteljsku i kolektivnu patnju. Rana izloženost ratnom nasilju, gubitku, prognaništvu i dugotrajnoj nesigurnosti povezana je s povećanim rizikom za kasnije mentalne i tjelesne poteškoće, pri čemu se učinci pojedinih stresora međusobno mogu pojačati kroz vrijeme. Takvi procesi mogu se u kasnijem razvoju odraziti na niz nepovoljnih zdravstvenih ishoda, uključujući depresivnost, anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj, kronične bolne sindrome, kardiovaskularne poteškoće te psihosomatske smetnje (Schalinski i sur., 2016; Hughes i sur., 2017). U takvim okolnostima učinci ratne traumatizacije rijetko se javljaju izolirano, već se preklapaju s drugim oblicima nepovoljnih iskustava, poput narušenih obiteljskih odnosa, roditeljskog stresa, gubitaka i socijalne nesigurnosti. Ova kumulacija stresora, osobito izražena u ratnim uvjetima povećava vjerojatnost dugoročnih nepovoljnih ishoda. Stoga je ratna iskustva potrebno razmatrati unutar šireg okvira nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, uz uvažavanje njihove razvojne i višerazinske ekološke složenosti na razini djeteta, obitelji, zajednice i društva.

U hrvatskom kontekstu ratna iskustva rijetko su se javljala samostalno, već u kombinaciji s postojećim obiteljskim i širim društvenim stresorima, čime se dodatno povećala složenost ranih nepovoljnih okolnosti i vjerojatnost dugoročnih negativnih ishoda. Promatranje ratne traumatizacije, unutar šireg ACE okvira omogućuje razvojno osjetljivije razumijevanje njezinih učinaka, uz naglasak na istodobno djelovanje više rizičnih čimbenika tijekom odrastanja (Ajduković i Ajduković, 1993; Hobfoll i sur., 2016).

U razdoblju Domovinskog rata (1991.–1995.) nepovoljna iskustva u djetinjstvu bila su dodatno oblikovana specifičnim društvenim i povijesnim okolnostima. Djeca su bila izložena čestim uzburanama, granatiranju, gubicima, razaranju domova i izbjeglištvu, što je ozbiljno narušavalo obiteljsku stabilnost i osjećaj sigurnosti ključne za zdrav razvoj (Ajduković, 1995). Posljedice takvih iskustava očitovale su se u povećanom riziku za psihološke poteškoće, uključujući posttraumatske reakcije i internalizirane simptome, kao i teškoće u socijalnom funkcioniranju (Ajduković i Ajduković, 1993; Breslau, 2009), pri čemu se kod dijela pojedinaca učinci zadržavaju i u odrasloj dobi. Dugoročni učinci ratnih trauma ne ograničavaju se isključivo na pojedince koji su bili izravno izloženi ratnim događajima, već mogu imati i međugeneracijske posljedice. U tom smislu, obiteljsko okruženje i roditeljska funkcionalnost predstavljaju važan zaštitni čimbenik u ublažavanju negativnih posljedica izloženosti djece ratnim iskustvima na njihove psihološke i ponašajne ishode (Slone i Mann, 2016). Roditelji opterećeni ratnim traumama češće se suočavaju s emocionalnim teškoćama, narušenim roditeljskim

funkcioniranjem i povećanim razinama stresa, što može nepovoljno utjecati na razvoj djece i povećati rizik za međugeneracijski prijenos nepovoljnih iskustava unutar obitelji (Danieli, 1998; Kellermann, 2001; Yehuda i sur., 2013).

Uz nepovoljna iskustva, novija istraživanja sve više ističu i važnost pozitivnih razvojnih iskustava u djetinjstvu, poput podržavajućih odnosa, osjećaja sigurnosti i stabilnog obiteljskog okruženja, koja mogu djelovati kao zaštitni čimbenici i ublažiti negativne učinke ACE-a na kasniju psihosocijalnu dobrobit (Masten, 2014). Pritom je važno razlikovati pozitivna iskustva u djetinjstvu, koja se odnose na rane razvojne resurse poput osjećaja sigurnosti, stabilnih odnosa i emocionalne podrške tijekom odrastanja, od socijalne podrške u odrasloj dobi, koja podrazumijeva aktualne izvore pomoći i potpore u svakodnevnom funkcioniranju. Iako su oba konstrukta zaštitna, oni djeluju na različitim razinama i u različitim razvojnim razdobljima.

Složenost odnosa između nepovoljnih iskustava, ratne traumatizacije, pozitivnih iskustava u djetinjstvu i socijalne podrške upućuje na postojanje istraživačkih praznina, kako u hrvatskim tako i u međunarodnim empirijskim istraživanjima, te na potrebu za teorijskim okvirom koji omogućuje njihovo integrirano razumijevanje. Analiza dugoročnih učinaka ranih iskustava stoga zahtijeva pristup koji povezuje razvojne, relacijske i neurobiološke dimenzije djelovanja rizika. Teorijsku pozadinu ovog istraživanja čine ekološki model razvoja (Bronfenbrenner, 1979), teorija privrženosti (Bowlby, 1969, 1980) i model toksičnog stresa (Shonkoff i Garner, 2012). Ekološki model naglašava da se razvoj ne odvija izolirano, već unutar obitelji, škole i šire društvene sredine, uključujući i povijesne okolnosti, koje oblikuju iskustva djeteta i njihov daljnji razvojni tijek. Teorija privrženosti pojašnjava kako kvaliteta ranih odnosa s primarnim skrbnicima može djelovati kao posrednički mehanizam između traumatskih iskustava i kasnijih psihosocijalnih ishoda. Model toksičnog stresa dodatno objašnjava kako kronična i intenzivna izloženost stresnim iskustvima, osobito u odsustvu zaštitnih odnosa, može dovesti do trajnih promjena u neurobiološkim sustavima, narušene regulacije stresa i smanjenja otpornosti u odrasloj dobi.

Međutim, odnosi između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, ratne traumatizacije, pozitivnih iskustava tijekom odrastanja i socijalne podrške još uvijek su nedovoljno empirijski istraženi, osobito u društvima obilježenima ratnim iskustvom. U hrvatskoj znanstvenoj literaturi i dalje nedostaju sustavna istraživanja dugoročnih učinaka ratnih trauma i drugih nepovoljnih iskustava iz djetinjstva na mentalno i tjelesno zdravlje odraslih, kao i radovi koji istodobno ispituju ulogu zaštitnih čimbenika i moguće spolne razlike. Polazeći od navedenih teorijskih

pretpostavki i uočenih istraživačkih praznina, ovo je istraživanje usmjereno na ispitivanje dugoročnih učinaka nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, uključujući ratnu traumatizaciju, na mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi, uz razmatranje zaštitne uloge pozitivnih iskustava u djetinjstvu i socijalne podrške u odrasloj dobi. Takav integrirani pristup omogućuje cjelovitije razumijevanje načina na koji rizični i zaštitni razvojni procesi istodobno djeluju u oblikovanju zdravlja u odrasloj dobi. Dobiveni nalazi mogu pridonijeti daljnjem razvoju istraživanja te poslužiti kao podloga za osmišljavanje preventivnih i intervencijskih programa usmjerenih na populacije izložene ratnim i drugim kroničnim stresnim iskustvima.

1. Teorijska polazišta i konceptualni model istraživanja

Teorijska polazišta ovog istraživanja temelje se na okviru nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) kao modelu za razumijevanje ranih razvojnih rizika i njihovih dugoročnih posljedica. U nastavku se razmatraju nastanak i osnovna obilježja ACE pristupa, njegova konceptualna i metodološka ograničenja te mogućnosti njegova proširenja na ratna iskustva.

1.1. Definicija i povijesni razvoj ACE koncepta

Početa istraživanja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, osobito studija Vincenta Felitti i Roberta Anda iz 1990-ih, bila su ključna za razvoj znanstvenih spoznaja o njihovim dugoročnim posljedicama na zdravlje odraslih. Studija se temeljila na retrospektivnim samoprijavama ispitanika, čime je omogućeno sustavno ispitivanje povezanosti ranih nepovoljnih iskustava i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2010). Istraživanje je provedeno na 17 335 odraslih ispitanika u dva vremenska vala, tijekom kojih su prikupljeni podaci o izloženosti nepovoljnim iskustvima do 18. godine života, uključujući zlostavljanje, zanemarivanje i obiteljske stresore. U prvom valu obuhvaćeno je osam kategorija nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, među kojima emocionalno i seksualno zlostavljanje, nasilje nad majkom te život s članovima kućanstva koji su bili u zatvoru, imali probleme s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima ili patili od mentalnih bolesti ili suicidalnih tendencija (Felitti i sur., 1998). Neka od tih iskustava uključivala su izravnu štetu za dijete (npr. zlostavljanje), dok su druga djelovala neizravno, primjerice putem izloženosti obiteljskim stresorima (npr. roditeljsko zatvaranje).

Drugi val istraživanja proširio je obuhvat uključivanjem emocionalnog i tjelesnog zanemarivanja, kao i razdvajanja ili razvoda roditelja. Na temelju oba vala formirane su tri temeljne skupine nepovoljnih iskustava u djetinjstvu: (1) zlostavljanje, (2) zanemarivanje i (3) obiteljski stresori. Uzimajući u obzir oba vala istraživanja, najzastupljenija ACE bila su tjelesno zlostavljanje (28,3%), zlouporaba psihoaktivnih tvari u kućanstvu (26,9%) i roditeljska odvojenost ili razvod braka (23,3%). Slijede seksualno zlostavljanje (20,7%), psihopatološke smetnje članova kućanstva (19,4%), emocionalno zanemarivanje (14,8%) te nasilje između partnera usmjereno prema ženskoj osobi (12,7%). Najrjeđe su se javljali emocionalno zlostavljanje (10,6%), tjelesno zanemarivanje (9,9%) i prisutnost člana kućanstva u zatvoru (4,7%). Za daljnje analize korišten je poduzorak od 9 500 ispitanika, pri čemu je više od tri četvrtine sudionika prijavilo barem jedno nepovoljno iskustvo, dok je više od četvrtine prijavilo

dva ili više ACE-a. Ispitanici s četiri ili više ACE-a imali su znatno povećan rizik za zdravstvene probleme u odrasloj dobi, uključujući dvostruko veću vjerojatnost razvoja ishemijske bolesti srca, gotovo četverostruko veći rizik za kronični bronhitis ili emfizem, kao i povećan rizik za niz drugih zdravstvenih ishoda i rizičnih ponašanja, poput pušenja, konzumacije alkohola, tjelesne neaktivnosti, depresije, zlouporabe droga, alkoholizma i pokušaja samoubojstva.

Na temelju tih spoznaja, jedno od ključnih pitanja u literaturi o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu odnosi se na njihovu kategorizaciju i način operacionalizacije. Izvorna ACE kategorizacija obuhvaća devet nepovoljnih iskustava, čija jasna identifikacija omogućuje bolje razumijevanje mehanizama njihova djelovanja na zdravstvene ishode te pruža temelj za daljnja istraživanja preventivnih i intervencijskih pristupa.

U većini dosadašnjih istraživanja nepovoljna iskustva u djetinjstvu najčešće se mjere kumulativnim pokazateljem – ACE rezultatom, koji predstavlja zbroj različitih vrsta nepovoljnih iskustava. Vrijednost ACE rezultata može se kretati od nule do deset, pri čemu viša vrijednost upućuje na veći broj izloženosti različitim oblicima nepovoljnih iskustava. Međutim, takav pristup ne uzima u obzir intenzitet, učestalost ni trajanje pojedinačnih iskustava, već ih tretira kao jednako vrijedne bez obzira na njihovu težinu (Dong i sur., 2004; Massetti i sur., 2020). Važno je istaknuti da u izvornoj ACE studiji nije bila jasno formulirana teorijska definicija nepovoljnih iskustava, niti su bili eksplicitno navedeni teorijski kriteriji za odabir uključenih kategorija, iako je studija imala ključnu ulogu u razvoju epidemiološkog pristupa proučavanju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Naknadno je Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC) operacionalizirao ACE kao štetna iskustva koja se događaju tijekom prvih 18 godina života.

Kao što je uvedno rečeno u okviru ACE koncepta razlikuju se tri temeljne skupine nepovoljnih iskustava u djetinjstvu: zlostavljanje, zanemarivanje i obiteljski stresori (Felitti i sur., 1998; WHO, 2016).

Zlostavljanje

Zlostavljanje obuhvaća ponašanja roditelja ili drugih odraslih osoba u kućanstvu koja izravno ugrožavaju tjelesni ili psihološki integritet djeteta. U ACE konceptu razlikuju se tri oblika zlostavljanja: tjelesno, seksualno i emocionalno (Felitti i sur., 1998).

Tjelesno zlostavljanje odnosi se na namjernu primjenu fizičke sile prema djetetu, uključujući udaranje, šamaranje, guranje ili druge oblike fizičke agresije koji mogu dovesti do ozljeda ili

tjelesne patnje (WHO, 2016). U ACE studiji tjelesno zlostavljanje operacionalizirano je pitanjima o iskustvima fizičkog nasilja od strane roditelja ili drugih odraslih članova kućanstva (Felitti i sur., 1998; Dube i sur., 2003).

Seksualno zlostavljanje podrazumijeva uključivanje djeteta ili mlađeg adolescenta u spolne aktivnosti koje ono razvojno ne može razumjeti niti na njih svjesno pristati, a koje služe zadovoljenju seksualnih potreba odrasle osobe ili starijeg djeteta (WHO, 2016). U ACE upitniku obuhvaćena su iskustva neželjenih seksualnih dodira, pokušaja ili prisilnih spolnih radnji (Dube i sur., 2003).

Emocionalno zlostavljanje uključuje verbalna i neverbalna ponašanja roditelja ili skrbnika, poput vrijeđanja, omalovažavanja, prijetnji, zastrašivanja ili kroničnog ignoriranja, koja narušavaju djetetovo samopoštovanje i emocionalnu sigurnost (WHO, 2016). U ACE studiji emocionalno zlostavljanje mjeri se navodima o učestalom verbalnom ponižavanju ili ponašanjima koja su kod djeteta izazivala strah ili osjećaj bezvrijednosti (Dube i sur., 2003).

Zanemarivanje

Zanemarivanje se odnosi na dosljedne propuste roditelja ili skrbnika u zadovoljavanju osnovnih potreba djeteta, u ACE studiji se dijeli na tjelesno i emocionalno zanemarivanje.

Tjelesno zanemarivanje obuhvaća nedostatan osiguravanje osnovnih životnih uvjeta, poput hrane, odjeće, zdravstvene skrbi i fizičke sigurnosti (WHO, 2016). U ACE studiji tjelesno zanemarivanje procjenjivalo se pitanjima o poteškoćama u osiguravanju osnovne skrbi tijekom djetinjstva (Felitti i sur., 1998; Dube i sur., 2003).

Emocionalno zanemarivanje odnosi se na kronični izostanak emocionalne dostupnosti, podrške i osjećaja prihvaćenosti, uključujući situacije u kojima dijete doživljava da nije voljeno, važno ili emocionalno podržano. U ACE studiji ovaj je oblik zanemarivanja operacionaliziran kroz djetetovu subjektivnu procjenu emocionalne klime u obitelji (Dube i sur., 2003).

Obiteljski stresori

Treća skupina ACE-a odnosi se na obiteljske okolnosti kućanstva koje ne uključuju izravno zlostavljanje ili zanemarivanje, ali stvaraju razvojno nestabilno i rizično okruženje za dijete (Felitti i sur. 1998; Dube i sur., 2003).

Život u kućanstvu u kojem roditelj ili drugi odrasli član obitelji zloupotrebljava alkohol ili druge psihoaktivne tvari predstavlja nepovoljno iskustvo u djetinjstvu jer često dovodi do nepredvidivog, nestabilnog i konfliktima opterećenog obiteljskog okruženja narušavajući sposobnost roditelja da dosljedno, sigurno i odgovorno brine o djetetu (Dube i sur., 2003).

Mentalne bolesti ili suicidalno ponašanje člana kućanstva povezani su s povećanim razvojnim rizikom zbog emocionalne nedostupnosti, promjena u obiteljskom funkcioniranju i mogućeg preuzimanja roditeljskih uloga od strane djeteta (Dube i sur., 2003).

Nasilje prema majci ili pomajci, kojem dijete svjedoči, uključuje izloženost partnerskom nasilju u kućanstvu i smatra se posebno rizičnim zbog narušavanja osjećaja sigurnosti i stabilnosti obiteljskog okruženja (Felitti i sur., 1998; WHO, 2021).

Razvod ili trajno razdvajanje roditelja predstavlja razvojno nepovoljno iskustvo jer uključuje promjene u obiteljskoj strukturi, rutini i često materijalnim uvjetima života, uz povećan emocionalni stres za dijete (Felitti i sur., 1998, Amato, 2010).

Roditeljsko služenje zatvorske kazne podrazumijeva naglo i često traumatično razdvajanje djeteta i roditelja, uz dugotrajnu neizvjesnost i stigmatizaciju, što dodatno opterećuje emocionalnu prilagodbu djeteta (Dube i sur., 2003).

Ovakva podjela nepovoljnih iskustava u djetinjstvu omogućuje jasnije razumijevanje načina na koji se različiti oblici rizičnih iskustava mogu kumulirati i međusobno preklapati tijekom razvoja. Unatoč njegovoj važnosti, ACE pristup otvorio je niz konceptualnih i metodoloških pitanja, osobito u pogledu odabira iskustava, načina mjerenja i razvojne osjetljivosti učinaka.

1.2. Konceptualne i metodološke nejasnoće ACE pristupa

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) obuhvaćaju heterogenu skupinu stresnih i traumatskih iskustava različite prirode, intenziteta i trajanja, koja odstupaju od očekivanih razvojnih uvjeta. Takva iskustva mogu narušiti osjećaj sigurnosti, stabilnosti i povezanosti, s mogućim dugoročnim posljedicama za psihosocijalno i neurorazvojno funkcioniranje (Kalmakis i Chandler, 2015; McLaughlin i sur., 2014). S vremenom je postalo jasno da izvorni ACE pristup obuhvaća relativno ograničen raspon iskustava, što je potaknulo brojne autore da predlože njegovo konceptualno proširenje. U novijim istraživanjima ACE se sve češće nadopunjuju iskustvima vršnjačkog nasilja, ekonomskih teškoća, narušenih obiteljskih odnosa, nasilja u zajednici, negativnih školskih iskustava, ozbiljnih bolesti i hospitalizacija, beskućništva,

institucionalnog zbrinjavanja te narušene emocionalne povezanosti s roditeljima (Finkelhor i sur., 2013; Cronholm i sur., 2015). Istodobno se u znanstvenoj zajednici raspravlja o uključivanju šireg spektra strukturnih društvenih rizika, poput diskriminacije, marginalizacije i kroničnog siromaštva, u definiciju ACE-a (Edwards i sur., 2017; McEwen i Gregerson, 2019).

Dodatne konceptualne i metodološke poteškoće proizlaze iz činjenice da se ACE najčešće mjere binarnim pristupom („da/ne“), pri čemu se složeni i višedimenzionalni razvojni rizici svode na prisutnost ili odsutnost pojedinog iskustva (Evans i sur., 2013). Takav pristup ne uzima u obzir težinu, učestalost i trajanje iskustava, kao ni razvojne i okolinske uvjete u kojima se ona javljaju (McLaughlin i sur., 2014; Finkelhor i sur., 2013). Iako je koristan za opis rizika na populacijskoj razini, ovaj pristup ne pruža precizno razumijevanje ishoda na individualnoj razini te može dovesti do pogrešnih zaključaka o pojedincima na temelju grupnih podataka, odnosno tzv. ekološku zabludu (Baldwin i sur., 2021).

Među alternativnim pristupima ističe se epidemiološko istraživanje National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), provedeno u sklopu inicijative World Mental Health Survey, koje nepovoljna iskustva u djetinjstvu opisuje kroz širi raspon međuljudskih gubitaka, roditeljskih teškoća, zlostavljanja, zanemarivanja te kroničnih tjelesnih bolesti i ekonomskih teškoća (Kessler i sur., 2010).

U daljnjim teorijskim razradama mehanizama djelovanja nepovoljnih iskustava, McLaughlin i suradnici (2014) predlažu razvojni model koji razlikuje iskustva prijetnje i deprivacije. Iskustva prijetnje uključuju izravnu ili posrednu viktimizaciju te su povezana s promjenama u obradi opasnosti i straha, dok deprivacija označava nedostatak ključnih socijalnih i kognitivnih podražaja, što može nepovoljno utjecati na sazrijevanje neuralnih sustava važnih za emocionalnu i kognitivnu regulaciju. Ove teorijske diferencijacije dodatno naglašavaju potrebu preciznijeg razumijevanja kvalitativno različitih razvojnih rizika unutar šireg okvira nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

U tom smislu, ACE se mogu razumjeti kao krovni pojam za izloženost štetnim ili potencijalno traumatskim okolnostima koje su izvan djetetove kontrole, pri čemu njihovi učinci ovise o individualnim i okolinskim čimbenicima, uključujući prisutnost zaštitnih procesa. U takvom širem razumijevanju ACE-a, posebno mjesto zauzimaju iskustva ratne traumatizacije.

1.3. Ratna iskustva kao prošireni oblik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu

Rat i oružani sukobi predstavljaju ekstreman oblik kolektivnog nasilja koji duboko narušava životne uvjete djece i njihovih obitelji. U ratnim okolnostima djeca gube sigurnost, stabilnost i osjećaj predvidivosti koji su temeljni preduvjeti zdravog razvoja. Štetni učinci rata na mentalno zdravlje civilnog stanovništva dobro su dokumentirani, pri čemu se djeca i adolescenti ističu kao posebno ranjiva skupina zbog razvojne ovisnosti o stabilnim odnosima, rutini i dostupnim resursima (Bogic i sur., 2015; Mollica i sur., 2004; Murthy i Lakshminarayana, 2006; Priebe i sur., 2013; Calam, 2017). Već su rani radovi provedeni tijekom Domovinskog rata pokazali da djeca i adolescenti reagiraju snažnim emocionalnim reakcijama, pri čemu su djevojčice i adolescentice u prosjeku pokazivale izraženije internalizirane teškoće, što se dovodi u vezu s razvojnim i relacijskim obilježjima dječje dobi (Ajduković, 1995).

Suvremena razvojna literatura sve češće ratna iskustva promatra kao kolektivna nepovoljna iskustva u djetinjstvu jer istodobno zahvaćaju više razina djetetova ekološkog okruženja uključujući obitelj, školu, zajednicu i šire društvene sustave te djeluju u osjetljivim razvojnim razdobljima (Betancourt i sur., 2013). Djeca pogođena ratom često su izložena nizu stresnih okolnosti, uključujući gubitke, prisilno raseljavanje, prekid svakodnevnih životnih rutina i ograničen pristup osnovnim resursima, što dodatno povećava razvojni rizik (Frounfelker i sur., 2019).

Ratna izloženost djeteta rijetko je ograničena isključivo na izravne događaje povezane s borbenim djelovanjima. Roditelji u ratno ugroženim područjima često su i sami izloženi traumatskim iskustvima, a meta-analitički nalazi upućuju na to da rat može biti povezan s promjenama u roditeljstvu, uključujući povećanu strogoću, nedosljednost i smanjenu emocionalnu dostupnost (Eltanamy i sur., 2021). Istraživanje Ajduković i Ajduković (1998) pokazuje da ratna iskustva u djetinjstvu djeluju i neizravno, kroz promjene u obiteljskom funkcioniranju. Psihološke poteškoće roditelja, nastale kao posljedica ratne izloženosti i raseljavanja, povezane su s većim rizikom za razvoj emocionalnih problema kod djece, pri čemu se dio razvojnih posljedica može očitovati i s vremenskim odmakom. Time se posebno naglašava uloga obitelji kao ključnog razvojnog okruženja u kojem se ratna trauma prenosi i produbljuje. Istodobno, obiteljsko okruženje i roditeljska funkcionalnost mogu imati važnu zaštitnu ulogu u ublažavanju negativnih učinaka ratne izloženosti na razvoj djece (Slone i Mann, 2016). Ratna iskustva tako djeluju istodobno na individualnoj i obiteljskoj razini.

U razvojnem smislu, ratna iskustva ispunjavaju ključne kriterije nepovoljnih iskustava u djetinjstvu jer ugrožavaju djetetovu sigurnost i stabilnost u osjetljivim razvojnim razdobljima. Dijete može biti izravno izloženo ratnim događajima, poput svjedočenja nasilju, ranjavanja ili gubitka člana obitelji, ali i neizravno pogođeno posljedicama rata, koje zahvaćaju svakodnevno funkcioniranje, životne uvjete i kontinuitet obrazovanja. Nalazi istraživanja djece i adolescenata raseljenih tijekom ratova u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini pokazuju da su iskustva progonstva povezana s izraženijim emocionalnim reakcijama, poput tuge i straha, u usporedbi s djecom koja su ostala u ratnim zonama unutar vlastitih domova (Ajduković i Ajduković; 1998; Živčić, 1993). Ovi nalazi upućuju na to da ratna iskustva ne djeluju isključivo kao akutni traumatski događaji, već i kao kronični razvojni stresori koji narušavaju kontinuitet životnih uvjeta i emocionalnu sigurnost djeteta. Takva kombinacija izravnih i neizravnih iskustava čini ratnu izloženost istodobno traumatskom i kronično stresnom.

Istraživanja djece izložene ratnim okolnostima pokazuju da dugotrajna nesigurnost, gubitak osjećaja zaštite te narušena emocionalna dostupnost odraslih predstavljaju ključne mehanizme kroz koje ratna iskustva djeluju na razvoj mentalnog zdravlja (Punamäki i sur., 1997; Punamäki i sur., 2018). Suvremena literatura naglašava da ratna izloženost najčešće nije jednokratni događaj, već se odvija kao kumulativna i ponovljena izloženost kroz dulje vremensko razdoblje, što je potvrđeno i u istraživanjima provedenima u hrvatskom postratnom okruženju (Ajduković i sur., 2007). Dugotrajni nepovoljni životni uvjeti u postratnim zajednicama mogu iscrpiti individualne i obiteljske kapacitete suočavanja, čime se povećava rizik dugoročnih psihičkih teškoća.

U skladu s kumulativnim pristupom nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, ratna iskustva u ovom se radu definiraju kao skup razvojno rizičnih događaja koji po svojim učincima odgovaraju klasičnim kategorijama nepovoljnih iskustava..

Empirijski nalazi dosljedno potvrđuju da je izloženost ratnim događajima u djetinjstvu i adolescenciji povezana s povišenim rizikom nepovoljnih ishoda mentalnog zdravlja u odrasloj dobi, pri čemu kod dijela izloženih osoba učinci mogu trajati i desetljećima nakon završetka sukoba (Sack i sur., 1999; Strauss i sur., 2011). Posebno su važni nalazi o transgeneracijskom prijenosu posljedica traume, koji upućuju na to da se učinci ratnih i drugih traumatskih iskustava mogu prenositi kroz obiteljske odnose, roditeljsku psihopatologiju te načine regulacije stresa (Yehuda i Lehrner, 2018).

Iskustva Domovinskog rata (1991.–1995.) osobito su relevantna za razumijevanje ratnih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Istraživanja provedena na civilnom stanovništvu, uključujući djecu i adolescente, dosljedno su potvrđivala povišene razine stresnih reakcija, depresivnosti, anksioznosti i posttraumatskih simptoma, uz izraženije teškoće kod djevojčica i adolescentica (Ajduković 1993; Ajduković i Ljubotina, 1995; Ajduković i Ajduković, 1998; Kuterovac Jagodić, 2003).

Posebno su važni nalazi novijeg retrospektivnog istraživanja provedenog u Hrvatskoj, u kojem su Ajduković i suradnici (2025) pokazali da ratna i poratna traumatska iskustva doživljena u djetinjstvu i adolescenciji zajedno objašnjavaju značajan udio varijance simptoma posttraumatskog stresa u odrasloj dobi, i više od dva desetljeća nakon završetka rata. Ovi nalazi potvrđuju trajnost učinaka kumulativnih ratnih i obiteljskih nepovoljnih iskustava te empirijski opravdavaju njihovo razmatranje u širem ACE konceptu.

U navedenim su istraživanjima ratna iskustva operacionalizirana kao potencijalno traumatski događaji (PTE), a ne kao klasične ACE kategorije, pri čemu je naglasak primarno stavljen na njihove neposredne psihološke učinke. Razvojni ACE okvir, međutim, omogućuje njihovo razumijevanje kao kumulativnog i višerazinskog rizika koji djeluje kroz dugotrajne promjene u obiteljskom i društvenom funkcioniranju.

U teorijskom polazištu ove disertacije ratna se iskustva stoga promatraju kao prošireni oblik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Pritom se pojam proširenja odnosi na uključivanje kolektivnih i društveno uvjetovanih oblika nasilja i dugotrajne nestabilnosti koji zahvaćaju više razina djetetova razvoja. Zbog svoje kumulativne i višerazinske prirode, osobito kada su dugotrajna i povezana s drugim razvojnim rizicima, ratna iskustva predstavljaju snažan razvojni stresor s potencijalom dugoročnog djelovanja na mentalno i tjelesno zdravlje. Takvo razumijevanje omogućuje razvojno osjetljivije tumačenje dugoročnih ishoda te logičan prijelaz prema analizi zaštitnih čimbenika, uključujući pozitivna iskustva u djetinjstvu i socijalnu podršku.

1.4. Pozitivna iskustva u djetinjstvu

Pozitivna iskustva iz djetinjstva sve više privlače pažnju istraživača koji se bave čimbenicima zdravog razvoja i otpornosti, osobito u uvjetima povećanog razvojnog rizika. Brojna istraživanja pokazuju da pozitivna iskustva mogu ublažiti štetne učinke traume i kroničnog stresa te pridonijeti očuvanju dugoročnog mentalnog i tjelesnog zdravlja (Sege i Brown, 2017;

Narayan i sur., 2018). Pozitivna iskustva odnose se na kvalitetu odnosa između djeteta i značajnih odraslih osoba te doprinose tjelesnom, kognitivnom, socijalnom i emocionalnom razvoju. Ključni obiteljski čimbenici koji potiču razvoj otpornosti uključuju stabilnu i kvalitetnu skrb, obiteljsku koheziju, pozitivnu obiteljsku klimu i poticajno roditeljstvo (Fritz i sur., 2018).

Empirijski nalazi potvrđuju da bliski i podržavajući obiteljski odnosi imaju važnu ulogu u ublažavanju internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća te u očuvanju povoljne prilagodbe kod djece izložene nasilju i ratnim sukobima (Ozer i sur., 2017). Emocionalna dostupnost roditelja i pozitivna obiteljska klima povezane su s boljom prilagodbom djece izložene ranim i kroničnim stresnim iskustvima, jer mogu ublažiti njihove negativne učinke (Bowes i sur., 2010). U okviru razvojne psihopatologije naglašava se da zaštitnu ulogu mogu imati i odnosi izvan obitelji, osobito stabilni odnosi s podržavajućim odraslim osobama u školskom i širem socijalnom okruženju, koji doprinose razvoju samoregulacije i osjećaja kompetencije kod djece izložene nepovoljnim iskustvima (Rutter, 2006; Masten, 2018). Skup takvih zaštitnih iskustava u suvremenoj literaturi operacionalizira se pojmom Benevolent Childhood Experiences (BCE), koji obuhvaća pozitivne individualne, obiteljske i društvene čimbenike povezane s razvojem otpornosti, psihološke prilagodbe i dugoročnih povoljnih zdravstvenih ishoda (Narayan i sur., 2018; Crandall i sur., 2019). BCE obuhvaćaju individualne čimbenike (npr. temeljna uvjerenja), obiteljske čimbenike (npr. sigurna privrženost) i društvene čimbenike (npr. podrška značajnih odraslih osoba), pri čemu njihovo djelovanje proizlazi iz međudjelovanja različitih ekoloških razina (Crandall i sur., 2019; Masten, 2018).

Istraživanja pokazuju da BCE mogu djelomično ublažiti negativne učinke nepovoljnih iskustava na mentalno zdravlje, uključujući depresivnost, stres i posttraumatske reakcije (Crandall i sur., 2019; Narayan i sur., 2021), dok su pozitivna razvojna iskustva i zaštitni čimbenici u djetinjstvu povezani s povoljnijim razvojnim ishodima u odrasloj dobi, poput manjeg rizika za zlouporabu psihoaktivnih tvari i veće socijalne funkcionalnosti (Kosterman i sur., 2011). Međutim, zaštitni učinci pozitivnih iskustava mogu biti oslabljeni kod osoba izloženih višestrukim i teškim nepovoljnim iskustvima, što upućuje na važnost razmatranja kumulativnog opterećenja rizikom i njegovog odnosa s pozitivnim iskustvima (Crandall i sur., 2021). Jedan od takvih pristupa jest kompenzacijska hipoteza, prema kojoj zaštitni čimbenici, poput pozitivnih iskustava u djetinjstvu, djeluju razvojno neovisno o prisutnim rizicima te mogu ublažiti njihove negativne učinke (Fergus i Zimmerman, 2005). Na toj je osnovi razvijena i Skala pozitivnih iskustava u djetinjstvu, koja je omogućila sustavnije empirijsko ispitivanje

uloge pozitivnih iskustava u odnosu na psihološki distres i razvojne ishode (Narayan i sur., 2018). Razumijevanje odnosa između pozitivnih i nepovoljnih iskustava zahtijeva teorijske modele koji povezuju rane razvojne uvjete s kasnijim mentalnim i tjelesnim ishodima.

1.5. Teorijski modeli objašnjenja učinaka ACE-a

Iako ne postoji jedinstven i općeprihvaćen teorijski model koji u potpunosti objašnjava složene putove između ranih nepovoljnih iskustava i njihovih dugoročnih posljedica na zdravlje (Bellis i sur., 2019), različiti pristupi iz brojnih znanstvenih disciplina zajedno čine integrirani teorijski pristup koji povezuje nepovoljna iskustva u djetinjstvu s ishodima mentalnog i tjelesnog zdravlja.

Izdvajaju se tri komplementarna teorijska modela:

1. Ekološki model razvoja (Bronfenbrenner, 1979): nepovoljna iskustva u djetinjstvu u obiteljskom, društvenom i sociokulturnom okruženju
2. Teorija privrženosti (Bowlby, 1969): nesigurna privrženost kao posrednički mehanizam između ranih nepovoljnih iskustava i kasnijih emocionalnih ishoda
3. Model toksičnog stresa (Shonkoff i Garner, 2012): neurobiološki učinci kronične izloženosti stresu u djetinjstvu

Zajedno omogućuju cjelovitije razumijevanje putova kojima rani rizici utječu na kasnije psihosocijalne ishode.

1.5.1. Ekološki model razvoja

Ekološki model razvoja omogućuje razumijevanje načina na koji nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) djeluju unutar međusobno povezanih sustava koji oblikuju djetetovo okruženje. Prema Bronfenbrenneru (1979), razvoj djeteta rezultat je stalnih interakcija između individualnih karakteristika i višeslojnih razina okruženja – od neposrednog obiteljskog okruženja do širih društvenih i kulturnih struktura.

U tom smislu, nepovoljna iskustva ne djeluju izolirano, već se razvijaju unutar složene mreže međusobno povezanih razvojnih razina – od neposrednih odnosa u obitelji, školi i među vršnjacima, preko odnosa među tim okruženjima, do širih društvenih i institucionalnih uvjeta koji proizlaze iz kulturnih, ekonomskih i političkih okolnosti. Ratna traumatizacija, kao specifičan društveni čimbenik u hrvatskom društvu, može zahvatiti sve te razine, utječući na

obiteljsko funkcioniranje, roditeljske kapacitete, stabilnost zajednice i dostupnost institucionalne podrške. Ekološki pristup također uključuje vremensku dimenziju – kronosustav – koji se odnosi na promjene u okolnostima kroz životni tijek. U ACE pristupu to podrazumijeva učinke trajanja i intenziteta izloženosti rizičnim okolnostima, poput dugotrajnog siromaštva, obiteljskih disfunkcija ili ratnih zbivanja. Istodobno, ekološki model omogućuje razumijevanje razvoja otpornosti. Pozitivna iskustva u mikrosustavu (npr. podržavajući odnosi s roditeljima, učiteljima i vršnjacima) te resursi u egzo i makrosustavu (školski programi, zajednička podrška, institucionalne mjere zaštite djece) mogu ublažiti negativne učinke ACE-a i ratne traumatizacije. Time se potvrđuje da razvoj djeteta nije određen isključivo rizičnim čimbenicima, već i kvalitetom zaštitnih utjecaja u okruženju, koji zajedno oblikuju kasnije psihosocijalne ishode. U tom smislu ratna traumatizacija može djelovati na više razina djetetova okruženja, od obiteljskih odnosa i školskog funkcioniranja do stabilnosti zajednice i institucionalnih uvjeta.

1.5.2. Teorija privrženosti

Teorija privrženosti pruža razvojno polazište za razumijevanje načina na koji rana nepovoljna iskustva oblikuju emocionalno i socijalno funkcioniranje tijekom kasnijeg života. Privrženost se odnosi na urođeni psihobiološki sustav koji potiče dijete na traženje blizine i sigurnosti u odnosu s primarnim skrbnicima, pri čemu se kroz rane interakcije formiraju unutarnji radni modeli sebe i drugih (Bowlby, 1969; Ainsworth i sur., 1978).

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu, osobito zlostavljanje i zanemarivanje, mogu narušiti kvalitetu ranih odnosa i onemogućiti razvoj sigurne privrženosti. Djeca koja odrastaju u uvjetima emocionalne zanemarenosti ili nedosljedne skrbi često razvijaju nesigurne stilove privrženosti, koji se povezuju s poteškoćama u regulaciji emocija, traženju podrške i uspostavljanju bliskih odnosa (Özcan i sur., 2016). U odrasloj dobi, ti se rani stilovi često opisuju kroz dimenzije anksioznosti i izbjegavanja, koje odražavaju strah od odbacivanja, poteškoće u povjerenju i emocionalnu distancu u odnosima (Wood i Riggs, 2009).

Istraživanja pokazuju da nesigurna privrženost predstavlja rizični čimbenik za niz nepovoljnih ishoda u odrasloj dobi, uključujući depresivne simptome, traumatske reakcije i narušeno opće funkcioniranje (Dagan i sur., 2018; Barazzone i sur., 2018). Osim toga, stilovi privrženosti često posreduju odnos između ranih traumatskih iskustava i kasnijeg psihološkog distresa, čime privrženost zauzima središnje mjesto u objašnjenju dugoročnih posljedica ACE-a (Corcoran i

McNulty, 2018). U tom smislu, nesigurna privrženost može se razumjeti kao posrednički mehanizam putem kojeg iskustva zlostavljanja i zanemarivanja oblikuju kasnije emocionalno funkcioniranje. Nesigurna privrženost povezana je s većom sklonošću dugotrajnim traumatskim simptomima, nižom razinom otpornosti i manje učinkovitim suočavanjem sa stresom (Franz i sur., 2014). Sigurna privrženost, s druge strane, djeluje zaštitno, omogućujući osjećaj sigurnosti i potičući razvoj samoregulacije.

Dodatno, istraživanja upućuju na mogućnost međugeneracijskog prijenosa nesigurne privrženosti, pri čemu vlastita nepovoljna iskustva roditelja, osobito zanemarivanje, mogu narušiti emocionalnu regulaciju te smanjiti njihovu emocionalnu dostupnost i osjetljivost u odnosu s djecom, čime se povećava rizik za nepovoljne razvojne ishode u sljedećoj generaciji (Langevin i sur., 2023). Posljedice nesigurne privrženosti u odrasloj dobi posebno se očituju kroz nesigurnost u bliskim odnosima i povećanu ranjivost u partnerskim vezama, što je povezano s većim rizikom od nezadovoljstva odnosom, interpersonalnih konflikata i nasilja u vezi (Lassri i sur., 2016; Godbout i sur., 2017). U uvjetima ratne traumatizacije, razvoj sigurne privrženosti dodatno je ugrožen jer rat ne pogađa samo dijete, već i njegove primarne skrbnike. Roditelji izloženi ratnom stresu, gubicima i dugotrajnoj nesigurnosti često imaju smanjene kapacitete za dosljednu i emocionalno dostupnu skrb, što može dovesti do povećane nepredvidivosti ili emocionalnog povlačenja. Takvi uvjeti otežavaju formiranje sigurnog vezivanja i povećavaju vjerojatnost nesigurnih ili dezorganiziranih stilova privrženosti, putem kojih ratna iskustva djeluju neizravno, ali snažno, na emocionalni razvoj i regulaciju stresa kod djeteta.

1.5.3. Model toksičnog stresa

Model toksičnog stresa koji su razvili Shonkoff i Garner (2012) polazi od pretpostavke da kronična aktivacija stresnog sustava u ranom djetinjstvu može dovesti do promjena u neurobiološkim procesima i time dugoročno oblikovati zdravstvene ishode. Razvijen unutar ekološko-razvojnog pristupa, ovaj model objašnjava kako se rani životni uvjeti „ugrađuju“ u biološke sustave kroz složene interakcije genetskih predispozicija i okolišnih utjecaja. Stres u djetinjstvu pritom se razumije kao važan razvojni mehanizam koji utječe na biološke, psihološke i socijalne procese tijekom životnog vijeka (Hertzman, 2012; Miller i sur., 2011).

Prema ovom modelu razlikuju se tri tipa stresa: pozitivan, tolerantan i toksičan. Ova se podjela ne odnosi na subjektivni doživljaj stresa, već na kvalitativne razlike u fiziološkom stresnom odgovoru organizma, koje ovise o intenzitetu, trajanju i prisutnosti podrške odraslih.

Pozitivan stres uključuje kratkotrajne i blage izazove koji aktiviraju fiziološke mehanizme, ali ne ostavljaju trajne posljedice. Iskustva poput prvog dana škole ili ispita mogu imati poticajnu ulogu u razvoju otpornosti.

Tolerantan stres javlja se kod intenzivnijih, ali vremenski ograničenih događaja, primjerice bolesti ili gubitka bliske osobe. Ako dijete u takvim okolnostima ima dostupnu emocionalnu i socijalnu podršku, može razviti učinkovite strategije suočavanja i uspješno se oporaviti bez negativnih posljedica (Shonkoff i Garner 2012).

Toksičan stres, nasuprot tome, proizlazi iz učestale i produljene izloženosti teškim stresorima – primjerice zlostavljanju, zanemarivanju, nasilju u obitelji ili trajnim obiteljskim sukobima – bez prisutne zaštitne podrške odraslih. U takvim uvjetima dolazi do trajnog poremećaja regulacije stresnog odgovora uključujući dugotrajnu aktivaciju neuroendokrinog, autonomnog i imunološkog sustava. Takve promjene mogu trajno promijeniti strukturu i funkciju mozga, osobito u područjima koja reguliraju emocije, pamćenje i izvršne funkcije, poput amigdale, hipokampusa i prefrontalnog korteksa (McEwen, 2006; O'Sullivan i sur., 2019).

Trajna fiziološka pobuđenost stresnih sustava dovodi do alostatskog opterećenja – kumulativnog fiziološkog trošenja organizma uslijed dugotrajnog djelovanja hormona stresa. Posljedice takvih promjena uključuju povišene razine kortizola, kroničnu upalu te promjene u ekspresiji gena povezanih s imunološkim i metaboličkim procesima (Danese i McEwen, 2012). Dugoročno, to povećava rizik za razvoj psihičkih poremećaja, poput depresije, anksioznosti i posttraumatskog stresnog poremećaja, ali i za kronične tjelesne bolesti, uključujući kardiovaskularne i autoimune poremećaje.

Model toksičnog stresa posebno naglašava zaštitnu ulogu stabilnih i emocionalno dostupnih odnosa s odraslima u regulaciji stresnog odgovora. Takvi odnosi mogu ublažiti fiziološke učinke stresa i potaknuti razvoj samoregulacije, čime se smanjuje rizik od trajnih bioloških promjena (Shonkoff, 2016).

Kada su nepovoljna iskustva brojna i vremenski produljena, mogu dovesti do toksičnog stresnog odgovora koji zahvaća razvoj mozga, hormonsku regulaciju i imunološke procese, povećavajući rizik od kroničnih bolesti i prerane smrtnosti.

Tri prikazana teorijska pristupa – ekološki model razvoja, teorija privrženosti i model toksičnog stresa – zajedno nude cjelovito razumijevanje kako nepovoljna iskustva u djetinjstvu utječu na kasniji razvoj i zdravlje. U ekološkom modelu, ACE se promatraju kao skup povezanih rizika koji djeluju na više razina okruženja djeteta, od obitelji do zajednice, te postupno narušavaju njegove razvojne i socijalne kapacitete. Teorija privrženosti objašnjava kako rani odnosi sa skrbnicima oblikuju osjećaj sigurnosti, povjerenje i sposobnost nošenja sa stresom, a njihovo narušavanje može dovesti do emocionalnih poteškoća i nesigurnih stilova privrženosti koji povećavaju ranjivost na kasnije mentalne i tjelesne probleme. Model toksičnog stresa povezuje ta iskustva s biološkim procesima, pokazujući kako dugotrajna izloženost stresu bez podrške odraslih dovodi do preopterećenja organizma i promjena u mozgu, hormonima i imunološkom sustavu.

Ovakav integrirani teorijski pogled osobito je važan u hrvatskim okolnostima, gdje su se standardni oblici nepovoljnih iskustava u djetinjstvu preklapali s ratnom traumatizacijom tijekom Domovinskog rata. Rat kao specifičan razvojni rizik zahvaćao je više razina djetetova okruženja – od obiteljske stabilnosti do funkcioniranja zajednice – čime je dodatno pojačavao postojeće razvojne ranjivosti. Zbog takvog preklapanja rizičnih okolnosti, razumijevanje dugoročnih ishoda zahtijeva teorijski pristup koji istodobno uzima u obzir kumulaciju rizika i ulogu zaštitnih procesa. Polazeći od navedenih teorijskih modela, osobito modela toksičnog stresa, jasno je da nepovoljna iskustva u djetinjstvu djeluju na razvoj putem različitih mehanizama zbog čega je važno razlikovati stresna i traumatska nepovoljna iskustva.

1.6. Stresna i traumatska nepovoljna iskustva u djetinjstvu

Stresna i traumatska nepovoljna iskustva u djetinjstvu često se razmatraju unutar zajedničkog ACE koncepta, iako se međusobno razlikuju po svojim obilježjima i razvojnim posljedicama.

Stresna iskustva u djetinjstvu uključuju situacije koje aktiviraju fiziološke i emocionalne odgovore, ali same po sebi ne moraju imati štetne razvojne učinke. Kao što je prethodno objašnjeno u sklopu modela toksičnog stresa, u literaturi se pritom razlikuju pozitivni, tolerirani i toksični oblici stresa, pri čemu prva dva, uz prisutnost podrške odraslih, ne dovode do trajnih razvojnih posljedica. Stres postaje razvojno rizičan kada je dugotrajan, učestao ili se odvija bez zaštitne podrške, što povećava vjerojatnost razvoja toksičnog stresa (Shonkoff i Garner, 2012). Traumatska iskustva, nasuprot tome, obuhvaćaju događaje koji nadmašuju djetetove kapacitete suočavanja i emocionalne integracije te ugrožavaju temeljni osjećaj sigurnosti i povjerenja (van

der Kolk, 2005). Weems i suradnici (2023) razlikuju ACE-ove koji zadovoljavaju kriterije traumatskih stresora od onih koji to nisu, naglašavajući pritom važnost subjektivnog doživljaja djeteta. Iako se ne mogu svi ACE-ovi smatrati traumatskima prema kriterijima DSM-5, mnoga od njih mogu imati snažne traumatske učinke, osobito kada uključuju fizičku štetu, emocionalnu preopterećenost ili gubitak bliskih osoba (van der Kolk 2005; Kilpatrick i sur., 2013). Prema istraživanjima, više od dvije trećine djece doživi barem jedan traumatski događaj prije 16. godine života (Copeland i sur., 2007), a veći broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povezan je s povećanim rizikom razvoja psiholoških, uključujući i traumatske reakcije (Turner i sur., 2020).

Kako je već ranije istaknuto, u sklopu ACE klasifikacije najčešće se navode iskustva poput zlostavljanja, zanemarivanja i različitih oblika obiteljskih stresora koji se u literaturi povezuju s konceptom kompleksne, odnosno razvojne traume. Kompleksne traume nastaju kada dijete odrasta u kronično nesigurnom, nepredvidivom i emocionalno nepristupačnom okruženju, u kojem izostaje adekvatna briga, podrška i zaštita. Traumatski se događaji ponavljaju kroz dulje razdoblje i dolaze od osoba koje bi trebale pružati zaštitu, poput roditelja ili skrbnika. Takva kronična izloženost osobito pogađa razvojne procese povezane s privrženošću, regulacijom emocija i formiranjem identiteta, što objašnjava duboke i dugoročne posljedice ACE-a koji uključuju zlostavljanje i zanemarivanje. U literaturi se pritom razlikuju tri tipa trauma (Terr, 1991; Heide i Solomon, 1999): trauma tipa I odnosi se na jednokratne, iznenadne događaje; trauma tipa II na ponavljajuću izloženost prijetnji; dok trauma tipa III obuhvaća složenu traumatizaciju koja započinje u ranom djetinjstvu i odvija se u kontekstu kronične razvojne ugroženosti. Upravo je trauma tipa III osobito razvojno štetna jer remeti temeljne neurobiološke i psihosocijalne procese te trajno narušava emocionalnu i socijalnu stabilnost.

Ratna traumatizacija u djetinjstvu često se može razumjeti kao specifičan oblik traume tipa III. Za razliku od kompleksne traume, čiji izvor ugroze najčešće proizlazi iz bliskih odnosa, trauma tipa III razvija se u okolnostima dugotrajne nesigurnosti i višestrukih gubitaka. Ratna iskustva gotovo uvijek uključuju istodobno djelovanje više izvora prijetnje, poput gubitka doma i bliskih osoba, trajne nesigurnosti te izloženosti nasilju, čime nadilaze učinke pojedinačnih traumatskih događaja i zahvaćaju emocionalni, socijalni i neurobiološki razvoj djeteta (npr. Ajduković, Kožljan i Rajter, 2025).

Iako kompleksna trauma povezana s ACE-ovima i trauma tipa III imaju različite izvore ugroze, obje dijele zajedničke mehanizme djelovanja. Trajna izloženost nesigurnosti i stresu u oba

slučaja može dovesti do razvoja toksičnog stresa te povećati rizik za mentalne i tjelesne zdravstvene probleme u odrasloj dobi. Zbog toga je u istraživanju važno razlikovati stresna i traumatska nepovoljna iskustva, ali ih istodobno sagledavati kao dio šireg spektra ranih razvojnih rizika koji mogu imati kumulativne i međusobno pojačane učinke.

U ekološkom pristupu, nepovoljna iskustva mogu se razumjeti kroz razliku između proksimalnih i distalnih razvojnih rizika. Ovakvo razlikovanje omogućuje jasnije razumijevanje kako različite razine okruženja – od obiteljskih odnosa do širih društvenih uvjeta – oblikuju razvojne ishode čime se objašnjava individualna varijabilnost u razvojnim ishodima djece izloženih sličnim stresorima.

1.7. Proksimalni i distalni rizici u kontekstu ACE-a

U pristupu nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (ACE), razlikovanje proksimalnih i distalnih rizika omogućuje dublje razumijevanje razvojnih mehanizama koji povezuju rane nepovoljne utjecaje s dugoročnim zdravstvenim ishodima (Bronfenbrenner, 1979; Evans i sur., 2013). Proksimalni rizici odnose se na iskustva koja izravno djeluju na svakodnevni život djeteta i njegov emocionalni razvoj. U njih se ubrajaju emocionalno, tjelesno i seksualno zlostavljanje, zanemarivanje te izloženost obiteljskom nasilju. Takva iskustva povezana su s narušenim razvojem osjećaja sigurnosti i stabilnosti, što se odražava na emocionalno i psihosocijalno funkcioniranje djeteta.

Distalni rizici, s druge strane, djeluju posredno, stvarajući okolnosti koje povećavaju vjerojatnost pojave proksimalnih rizika. Oni obuhvaćaju roditeljske probleme (zlouporabu alkohola ili droga, psihičke poremećaje, razvod ili odvajanje), ali i šire društvene i okolišne čimbenike poput siromaštva, nasilja u zajednici, nesigurnog životnog okruženja ili ratne traumatizacije. Ratna iskustva predstavljaju specifičan oblik distalnog rizika jer narušavaju osjećaj sigurnosti te remete funkcioniranje obitelji i zajednice. Istodobno, rat može djelovati i kao proksimalni rizik kada je dijete izravno izloženo prijetnji, gubitku ili nasilju. Takva iskustva, bilo jednokratna ili ponavljajuća, povezana su s povećanim rizikom dugoročnih psihosocijalnih teškoća. Sekundarni roditeljski stres, osobito kada proizlazi iz ratne ili poratne traumatizacije, može predstavljati važan distalni razvojni rizik koji se na dijete prenosi posredno, kroz narušeno roditeljsko funkcioniranje i emocionalnu dostupnost (Ajduković, Kožljan i Rajter, 2025).

Razlikovanje proksimalnih i distalnih rizika omogućuje preciznije razumijevanje složenih puteva kojima nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE), uključujući stresne i traumatske događaje, utječu na razvoj i zdravlje u odrasloj dobi. Međutim, ista izloženost nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu ne dovodi uvijek do istih ishoda. Ova razlika u prilagodbi pokazuje da razvojni ishodi ne ovise isključivo o samoj izloženosti tim iskustvima, već i o čimbenicima koji mogu ublažiti njihove učinke.

1.8. Uloga otpornosti i neurobioloških mehanizama u kontekstu ACE-a

U suvremenim razvojnim istraživanjima nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, otpornost je usmjerena na razumijevanje zašto slična izloženost stresnim i traumatskim iskustvima ne dovodi kod sve djece do jednakih dugoročnih razvojnih i zdravstvenih posljedica. Otpornost se pritom ne promatra kao iznimna individualna sposobnost, već kao razvojni proces koji se oblikuje kroz uobičajene razvojne uvjete, poput stabilnih odnosa i osjećaja sigurnosti. Pod stabilnim odnosima pritom se podrazumijeva prisutnost barem jedne emocionalno dostupne i relativno dosljedne odrasle osobe, dok se osjećaj sigurnosti odnosi na predvidivo okruženje u kojem dijete nije izloženo trajnoj prijetnji ili neizvjesnosti (Masten, 2014). Takvi uvjeti omogućuju regulaciju emocionalnih i stresnih odgovora čak i u uvjetima rane izloženosti nepovoljnim iskustvima. Neurobiološki mehanizmi otpornosti razvijaju se unutar ranih odnosa s primarnim skrbnicima, koji imaju ključnu ulogu u regulaciji stresnog odgovora djeteta. U tom smislu, teorija privrženosti pruža razvojni okvir za razumijevanje kako kvaliteta ranih odnosa utječe na funkcioniranje sustava odgovora na stres i oblikuje dugoročne ishode nakon izloženosti nepovoljnim iskustvima.

Neurobiološki gledano, otpornost se ne odnosi na izostanak promjena nakon rane izloženosti stresu, već na očuvanje ili ponovno uspostavljanje funkcionalne regulacije stresnog sustava, što Zhang i suradnici (2023) opisuju kao sposobnost održavanja svakodnevnog funkcioniranja unatoč trajnim učincima nepovoljnih iskustava. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu često najprije utječu na kvalitetu ranih odnosa privrženosti, putem kojih se oblikuje funkcioniranje stresnog sustava, dok se otpornost očituje u sposobnosti prilagodbe tog sustava unatoč ranoj izloženosti riziku.

Pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE) i socijalna podrška ne poistovjećuju se s otpornošću, već se u literaturi prepoznaju kao zaštitni čimbenici koji stvaraju povoljne uvjete za razvoj

otpornosti. Time se otvara prostor za razmatranje uloge socijalne podrške kao jednog od ključnih zaštitnih čimbenika u odnosu na nepovoljna iskustva u djetinjstvu.

1.9. Socijalna podrška kao zaštitni čimbenik u odnosu na nepovoljna iskustva u djetinjstvu

U teorijskim modelima razvoja i psihosocijalne prilagodbe socijalna podrška prepoznaje se kao jedan od ključnih zaštitnih resursa u ublažavanju dugoročnih posljedica ranih stresnih i traumatskih iskustava, uključujući nepovoljna iskustva u djetinjstvu. Socijalna podrška podrazumijeva dostupnost emocionalne, instrumentalne i informacijske pomoći iz bliskih odnosa i šire socijalne mreže te ima važnu ulogu u regulaciji stresa i očuvanju psihosocijalnog funkcioniranja tijekom životnog vijeka (Cohen, i sur., 2016).

Empirijska istraživanja dosljedno pokazuju da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu povezana s povećanim rizikom za razvoj psihološkog distresa u odrasloj dobi, osobito kod osoba koje istodobno izvještavaju o niskoj razini socijalne podrške. Nasuprot tome, viša razina dostupne i percipirane socijalne podrške povezana je s blažim psihičkim smetnjama i povoljnijom psihološkom prilagodbom, čak i kod osoba višestruko izloženih nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (Von Cheong i sur., 2017; Aldomini i sur., 2025). Ovi nalazi upućuju na to da socijalna podrška ima specifičnu ulogu u ublažavanju dugoročnih posljedica rane izloženosti razvojnim rizicima.

Iako kumulativna izloženost nepovoljnim iskustvima značajno povećava vjerojatnost nepovoljnih psihosocijalnih i zdravstvenih ishoda, socijalna podrška u odrasloj dobi pokazuje se kao važan zaštitni resurs povezan s očuvanjem svakodnevnog funkcioniranja. Podrška partnera, obitelji, prijatelja i šire zajednice povezana je s nižom razinom psihološkog distresa, boljim socijalnim funkcioniranjem i povoljnijim načinima prilagodbe, čime se socijalna podrška potvrđuje kao jedan od ključnih resursa psihosocijalne dobrobiti u odrasloj dobi.

Važno je pritom razlikovati socijalnu podršku dostupnu u odrasloj dobi od pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE), koja predstavljaju razvojne zaštitne čimbenike ranog razdoblja. Stabilni i podržavajući odnosi u djetinjstvu imaju dugoročne zaštitne učinke, uključujući povoljnije mentalno zdravlje, manju sklonost rizičnim ponašanjima i manju vjerojatnost međugeneracijskog prijenosa zlostavljanja (Adegoke i sur., 2017). Međutim, istraživanja također pokazuju da socijalna podrška u odrasloj dobi ostaje relevantan zaštitni resurs i kod

osoba koje nisu imale izražena pozitivna iskustva u djetinjstvu, pridonoseći povoljnijim psihosocijalnim i zdravstvenim ishodima.

Posebna se važnost u literaturi pridaje percipiranoj socijalnoj podršci, koja se definira kao uvjerenje pojedinca da mu je podrška dostupna kada je potrebna. Percipirana socijalna podrška dosljedno se pokazuje snažnijim zaštitnim čimbenikom od same količine primljene podrške te je povezana s nižom razinom psihološkog distresa i blažim traumatskim simptomima (Cohen i Wills, 1985). U okviru teorije kumulativnog rizika, socijalni resursi i odnosi mogu ublažiti negativne razvojne učinke dugotrajne izloženosti stresorima, čime se stvara kontekst u kojem percipirana dostupnost podrške ima posebnu zaštitnu vrijednost (Evans i sur., 2013). Niske razine percipirane socijalne podrške povezane su s povećanim rizikom za nepovoljne psihološke ishode, što potvrđuju i nalazi Von Cheong i suradnika (2017) u populaciji odraslih osoba s iskustvom nepovoljnih događaja u djetinjstvu. Suvremeni empirijski pristupi otpornost ne promatraju kao stabilnu osobinu pojedinca, već kao dinamičan proces koji se razvija u interakciji osobnih kapaciteta i dostupnih socijalnih resursa (Masten, 2014). Naime, socijalna podrška ima važnu ulogu jer doprinosi boljoj emocionalnoj regulaciji, pozitivnijem samopoimanju i većem osjećaju kontrole u uvjetima povećanog stresa. U odnosu na nepovoljna iskustva u djetinjstvu, socijalna podrška djeluje kao razvojni zaštitni mehanizam koji može ublažiti kumulativne učinke kroničnog stresa i emocionalne nesigurnosti te pridonijeti očuvanju psihosocijalne dobrobiti.

Osim mentalnog zdravlja, sve je više dokaza da socijalna podrška ima zaštitnu ulogu i u području tjelesnog zdravlja. Viša razina socijalne podrške povezana je s povoljnijim zdravstvenim ponašanjima, manjom učestalošću somatskih simptoma i nižim rizikom za nepovoljne kardiovaskularne ishode, dok njezin nedostatak povećava vjerojatnost nepovoljnih tjelesnih posljedica povezanih s ranim traumatskim iskustvima (Holt-Lunstad i sur., 2010; 2015; Uchino i sur., 2018).

Ukupno gledano, dostupnost i kvaliteta socijalne podrške u odrasloj dobi dosljedno se potvrđuju kao zaštitni čimbenik povezan s ublaženim psihosocijalnim i tjelesnim posljedicama nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Na temelju tih spoznaja, u sljedećem poglavlju daje se pregled empirijskih nalaza o prevalenciji i dugoročnim posljedicama nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, relevantnih za postavljanje istraživačkih pitanja ovog rada.

2. Empirijski nalazi o uzrocima i posljedicama nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE)

Empirijska literatura o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu obuhvaća njihovu učestalost, strukturu i kumulaciju u populaciji, kao i povezanosti s kasnijim zdravstvenim ishodima. Podaci o prevalenciji ACE-a omogućuju uvid u razmjere izloženosti ranim razvojnim rizicima.

2.1. Prevalencija i različite vrste nepovoljnih iskustava u djetinjstvu

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) česta su u općoj populaciji, što potvrđuju brojna epidemiološka istraživanja provedena u različitim društvenim i kulturnim okolnostima. Procjene njihove prevalencije razlikuju se ovisno o metodologiji istraživanja, načinu operacionalizacije ACE-a te obilježjima društva u kojem je istraživanje provedeno, no većina studija upućuje na to da značajan udio djece tijekom odrastanja doživi barem jedno nepovoljno iskustvo. Globalne procjene pokazuju da između približno polovice i dvije trećine djece doživi barem jedno ACE iskustvo, dok se udio djece izložene višestrukim nepovoljnim iskustvima najčešće kreće između jedne petine i jedne trećine populacije (Kalmakis i Chandler, 2015; Bellis i sur., 2019).

Rani nalazi proizašli iz ACE studije Felittija i suradnika (1998) pokazali su da je gotovo dvije trećine odraslih ispitanika iskusilo barem jedno nepovoljno iskustvo u djetinjstvu, dok je značajan manjinski udio bio izložen višestrukim ACE-ovima. Ove nalaze kasnije su potvrdila i druga velika populacijska istraživanja (Anda i sur., 2006; Finkelhor i sur., 2015). Najnovija i metodološki najopsežnija meta-analiza Madigana i suradnika (2023), koja je obuhvatila više od 200 studija iz 22 zemlje, dodatno potvrđuje visoku učestalost ACE-a u odrasloj populaciji te jasno pokazuje da je izloženost višestrukim nepovoljnim iskustvima česta, a ne iznimna pojava.

Distribucija ACE-a razlikuje se i prema vrsti iskustava. Najčešće su prijavljeni oblici emocionalnog i tjelesnog zlostavljanja te zanemarivanja, dok se seksualno zlostavljanje bilježi rjeđe, iako ostaje značajan javnozdravstveni problem (Hughes i sur., 2017; Madigan i sur., 2023). Slični nalazi zabilježeni su i u europskim istraživanjima, u kojima se emocionalni oblici zlostavljanja i zanemarivanja dosljedno najčešće prijavljivani (Hughes i sur., 2019).

Podaci iz europskih i regionalnih studija, uključujući istraživanja u zemljama bivše Jugoslavije, upućuju na slične trendove učestalosti nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Nacionalna ACE studija provedena u Srbiji pokazala je da je izloženost nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu

vrlo raširena, pri čemu je oko 70% odraslih izvijestilo o barem jednom ACE-u, a približno petina o četiri ili više ACE-a (UNICEF Srbija, 2019). Slični obrasci zabilježeni su i u regionalnim empirijskim istraživanjima, poput studije provedene u Bosni i Hercegovini, koja pokazuje da znatan udio mladih odraslih izvještava o barem jednom nepovoljnom iskustvu, pri čemu su emocionalno zanemarivanje i emocionalno zlostavljanje među najčešće prijavljivanim oblicima (Musa i sur., 2018). Ovi nalazi dodatno su potvrđeni u Crnoj Gori, gdje su emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje identificirani kao najčešći ACE oblici, uz kumulativni porast rizičnih ponašanja s povećanjem broja ACE-a. Rjeđe prijavljivanje seksualnog zlostavljanja u ovim studijama djelomično se tumači kulturnim i društvenim čimbenicima.

Posebno je važno naglasiti da istraživanja dosljedno potvrđuju kumulativni učinak nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Učinci ACE-a pritom nisu binarni, u smislu prisutnosti ili odsutnosti posljedica, već se rizik za nepovoljne psihosocijalne i zdravstvene ishode postupno povećava sa svakim dodatnim nepovoljnim iskustvom, što se u literaturi opisuje kao *dose-response* odnos. Ovakvi nalazi upućuju na postupan i kumulativan, a ne skokovit učinak ranih stresora tijekom razvoja. Izloženost većem broju ACE-ova u djetinjstvu, osobito četiri ili više, povezana je sa znatno povećanim rizikom za različite oblike psihičkih i tjelesnih poteškoća u odrasloj dobi (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2006; Hughes i sur., 2017; Madigan i sur., 2023). Kumulativna izloženost pritom često ima kaskadni učinak, pri čemu jedno nepovoljno iskustvo povećava vjerojatnost pojave drugih razvojnih rizika, dodatno produbljujući nepovoljne razvojne putanje. Empirijska istraživanja pritom upućuju na to da se nepovoljna iskustva u djetinjstvu rijetko pojavljuju izolirano, već najčešće u kontekstu postojećih obiteljskih i strukturnih rizika, pri čemu je kumulacija rizičnih uvjeta snažno povezana s višestrukom izloženošću ACE-ima (Felitti i sur., 1998; Madigan i sur., 2023).

2.2. Uzroci i prediktori izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu

Empirijski nalazi pokazuju da je izloženost nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu rezultat složene interakcije individualnih, obiteljskih i širih društvenih čimbenika. Za razliku od prethodnog teorijskog razmatranja proksimalnih i distalnih rizika, u ovom se poglavlju fokus stavlja na empirijski potvrđene prediktore izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu. Ovo razlikovanje nadovezuje se na ranije teorijsko razmatranje proksimalnih i distalnih rizika, pri čemu se u nastavku razmatraju empirijski utvrđeni prediktori izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu.

2.2.1. Distalni (strukturni i socioekonomski) rizici izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (ACE)

Brojna istraživanja dosljedno pokazuju da nizak socioekonomski status (SES) predstavlja jedan od najvažnijih prediktora izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, pri čemu je viša učestalost ACE-a zabilježena kod djece iz kućanstava s niskim primanjima, s ograničenom socijalnom podrškom i u društveno marginaliziranim skupinama (Madigan i sur., 2023). Niži socioekonomski položaj povezan je s većim rizikom od zlostavljanja, zanemarivanja i nesigurnih uvjeta odrastanja, kao i s većom izloženosti kroničnim stresorima u obiteljskom okruženju.

Globalni i regionalni podaci, uključujući izvještaje Svjetske zdravstvene organizacije, pokazuju da zemlje s nižim prihodima po stanovniku bilježe veću učestalost zlostavljanja i zanemarivanja djece, dok istočnoeuropske zemlje imaju više stope smrtnosti djece povezane s nasiljem u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama (Bellis i sur., 2014; WHO, 2016). Socioekonomski nepovoljni uvjeti odrastanja pri tome su povezani s većom izloženosti kroničnim stresorima, poput financijske nesigurnosti, lošijih stambenih uvjeta i povećanog roditeljskog stresa, što povećava rizik za zlostavljanje i zanemarivanje djece (Hughes i sur., 2017; Bellis i sur., 2019).

Socioekonomske nejednakosti ograničavaju pristup materijalnim i socijalnim resursima te povećavaju roditeljski stres, pri čemu socioekonomski status pojačava negativne razvojne učinke ranih traumatskih iskustava (Briggs-Gowan i sur., 2012; Enlow i sur., 2013). Slični nalazi o povezanosti socioekonomskih uvjeta, obiteljskog funkcioniranja i razvojnih rizika uočeni su i u hrvatskim istraživanjima. Rezultati istraživanja pokazuju da odrastanje u obiteljima izloženima visokom riziku od siromaštva karakteriziraju narušena kvaliteta obiteljskih odnosa, smanjena roditeljska dostupnost i povišena razina obiteljskog stresa, što čini važan razvojni rizični kontekst povezan s povećanim rizikom za pojavu nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (Ajduković, i sur., 2019).

Niža razina obrazovanja roditelja, nezaposlenost i niži prihodi kućanstava snažno su povezani s većom učestalošću ACE-a. Djeca čiji roditelji imaju nižu razinu obrazovanja ili su nezaposleni češće izvještavaju o iskustvima zlostavljanja i zanemarivanja, a višestruka nepovoljna iskustva povezana su s kasnijim teškoćama u odrasloj dobi, uključujući siromaštvo, slabiji radni status, financijsku nesigurnost i veću uporabu psihoaktivnih tvari (Zielinski, 2009; Sansone i sur., 2012; Ye i Reyes-Salvail, 2014; Walsh i sur., 2019). Socioekonomski nepovoljne skupine ujedno pokazuju i veću ranjivost na dugoročne posljedice ACE-a, pri čemu strukturne

nejednakosti mogu pojačati negativne učinke ranih traumatskih iskustava (Enlow i sur., 2013; Nurius i sur., 2015; Assini-Meytin, 2022).

Socioekonomski status djeluje i putem kumulativnog učinka, pri čemu kombinacija više nepovoljnih socioekonomskih i obiteljskih čimbenika povećava vjerojatnost višestruke izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu. Djeca iz kućanstava s niskim SES-om češće doživljavaju poliviktimizaciju, a duljina i intenzitet nepovoljnih iskustava dodatno pojačavaju kratkoročne emocionalne i ponašajne poteškoće te dugoročno povećavaju rizik za razvoj kroničnih bolesti, mentalnih poremećaja i smanjene socijalne funkcionalnosti u odrasloj dobi (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2002; Repetti i sur., 2002).

Obrazovanje predstavlja važan razvojni put putem kojeg nepovoljna iskustva u djetinjstvu mogu pridonijeti kasnijim socioekonomskim razlikama. Djeca izložena ACE-ima češće se suočavaju s akademskim poteškoćama, slabijom uključenosti u školu i nižim obrazovnim postignućima, uključujući ponavljanje razreda i ranije napuštanje školovanja (Bethell i sur., 2014; Blodgett i Lanigan, 2018). Dugoročno, takvi obrasci povećavaju rizik od nezaposlenosti, financijske nesigurnosti i slabijeg socioekonomskog položaja u odrasloj dobi, čime se produbljuju društvene nejednakosti i povećava ranjivost za nepovoljne zdravstvene i psihosocijalne ishode (Zielinski, 2009; Sansone i sur., 2012; Nurius i sur., 2015).

Empirijska istraživanja pokazuju da spol utječe na strukturu i vrste nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Djevojčice i žene češće su izložene seksualnom i emocionalnom zlostavljanju te zanemarivanju, dok su dječaci i muškarci češće izloženi tjelesnom nasilju i svjedočenju nasilju u obitelji i zajednici (Finkelhor i sur., 2015; Hughes i sur., 2017; Madigan i sur., 2023). Ove rodno uvjetovane razlike u izloženosti i posljedicama traume upućuju na različite razvojne putanje rizika, pri čemu istraživanja kompleksne interpersonalne traumatizacije pokazuju da djevojčice i žene češće iskazuju relacijske i internalizirane obrasce teškoća, dok dječaci i muškarci češće pokazuju eksternalizirane reakcije i ponašajne probleme (Wamser-Nanney i Cherry, 2018). Iako su potencijalno traumatski događaji u prosjeku češći kod muškaraca, žene imaju približno dvostruko veći rizik razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja nakon izloženosti traumatskom događaju, osobito onog povezanog s nasiljem u obiteljskim i intimnim odnosima, što upućuje na spolno specifične razlike u ranjivosti i prilagodbi (Breslau i Anthony, 2007; Ditlevsen i Elklit, 2012).

2.2.2. Proksimalni (obiteljski) rizici izloženosti nepovoljnim iskustvima u u djetinjstvu

Osim strukturnih obilježja okruženja, rizični čimbenici unutar obitelji predstavljaju neposredne prediktore izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu. Povijest mentalnih poremećaja, zlorabe psihoaktivnih supstanci, visoke razine roditeljskog stresa i izraženih obiteljskih sukoba povezana je s većom vjerojatnošću višestruke izloženosti ACE-ima (Madigan i sur., 2023). Oblici zlostavljanja, uključujući tjelesno, emocionalno i seksualno zlostavljanje, najčešće se povezuju s nasilnim odgojnim praksama, ovisnostima, psihičkim poremećajima roditelja i kroničnim obiteljskim konfliktima (Crouch i Behl, 2001; Finkelhor, 2008, Sedlak i sur., 2010).

Zanemarivanje, kako emocionalno tako i tjelesno, često proizlazi iz kombinacije kroničnog roditeljskog stresa, psihičkih teškoća, ovisnosti, siromaštva i nedostatka socijalne podrške. Takvi se oblici zanemarivanja nerijetko razvijaju u uvjetima dugotrajnih distalnih rizika, poput socioekonomske deprivacije, socijalne izolacije obitelji i ograničenog pristupa društvenim resursima. Obiteljski stresori, uključujući roditeljski alkoholizam, mentalne bolesti, pokušaje suicida, obiteljsko nasilje, razvod roditelja i roditeljsko služenje zatvorske kazne, predstavljaju dodatni izvor kroničnog stresa u razvoju djeteta te često djeluju kumulativno (Dube i sur., 2003; Murray i Farrington, 2008; Murray i sur., 2012).

2.2.3. Kumulacija rizika i poliviktimizacija

U konačnici, sociodemografski, socioekonomski i obiteljski čimbenici ne djeluju izolirano, već u međusobnoj sinergiji, povećavajući vjerojatnost višestruke izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu. Brojna istraživanja dosljedno pokazuju da kombinacija različitih distalnih i proksimalnih rizika povećava vjerojatnost poliviktimizacije, odnosno istodobne izloženosti različitim oblicima zlostavljanja, zanemarivanja i obiteljskih stresora (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2002; Repetti i sur., 2002). Takva kumulacija rizika stvara razvojne okolnosti u kojima se nepovoljna iskustva međusobno pojačavaju i produbljuju, čime se povećava ranjivost djece za dugotrajnije i složenije negativne razvojne posljedice.

2.3. Posljedice nepovoljnih iskustava u djetinjstvu – kratkoročne i dugoročne

Iako literatura upućuje na određene specifičnosti u razvojnim ishodima pojedinih oblika nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, brojna istraživanja pokazuju da se kratkoročne i dugoročne posljedice u velikoj mjeri preklapaju među različitim tipovima ACE-a. Za razvojne i

zdravstvene posljedice nepovoljnih iskustava u djetinjstvu važniji je broj doživljenih ACE-ova nego njihov pojedinačni oblik, pri čemu se rizik za nepovoljne ishode postupno povećava s kumulativnom izloženošću (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2006; Hughes i sur., 2017; Bellis i sur., 2019).

Ovi nalazi u skladu su s integrativnim razvojnim modelima koji naglašavaju međudjelovanje bioloških, emocionalnih i ponašajnih procesa u oblikovanju dugoročnih posljedica nepovoljnih iskustava. Budući da se ACE-ovi rijetko javljaju kao pojedinačna iskustva, njihovo istodobno pojavljivanje povezano je s većom vjerojatnošću dugotrajnih teškoća u mentalnom, tjelesnom i socijalnom funkcioniranju (Shonkoff i Garner, 2012; Mazza i sur., 2021).

Kratkoročne posljedice ACE-a, koje se javljaju tijekom djetinjstva i adolescencije, najčešće se očituju kroz emocionalne poteškoće, uključujući povišenu razinu depresivnosti i anksioznosti, poteškoće u regulaciji emocija te internalizirane i eksternalizirane probleme u ponašanju. Djeca i adolescenti izloženi nepovoljnim iskustvima češće pokazuju poteškoće u interpersonalnim odnosima, smanjeno povjerenje u druge, povlačenje iz socijalnih interakcija te oslabljenu sposobnost traženja i korištenja emocionalne podrške. Ovakvi obrasci funkcioniranja zabilježeni su kod različitih kategorija ACE-a i predstavljaju rane pokazatelje povećane psihosocijalne ranjivosti (Felitti i sur., 1998; Chapman i sur., 2004).

Dugoročne posljedice nepovoljnih iskustava u djetinjstvu očituju se u odrasloj dobi kroz povećan rizik za razvoj mentalnih poremećaja, kroničnih somatskih bolesti, ovisnosti i suicidalnog ponašanja, kao i kroz nepovoljne socioekonomske i socijalne ishode. Osobe s poviješću ACE-a češće ostvaruju niža obrazovna postignuća, imaju nestabilnije radne putanje te pokazuju višu razinu socijalne izolacije i usamljenosti, što dugoročno narušava kvalitetu života i održava stanja zdravstvene i socijalne ranjivosti (Anda i sur., 2006; Brown i sur., 2009).

2.4. Posljedice izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu na tjelesno zdravlje

Istraživanja dosljedno pokazuju da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu povezana s povećanim rizikom za razvoj različitih tjelesnih bolesti u odrasloj dobi. Rana izloženost zlostavljanju, zanemarivanju i obiteljskim stresorima povezana je s višom učestalošću metaboličkih i kardiovaskularnih poremećaja, uključujući pretilost, dijabetes tipa 2, povišeni krvni tlak i ishemijsku bolest srca (Dong i sur., 2004; Thomas i sur., 2008; Danese i Tan, 2014). U literaturi se također navodi povezanost ACE-a s povećanim rizikom od određenih malignih bolesti,

osobito kod seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, iako su ti nalazi djelomično posredovani zdravstveno rizičnim ponašanjima u odrasloj dobi (Anda i sur., 2006; Brown i sur., 2010).

Jedno od područja u kojem se povezanost nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i tjelesnog zdravlja posebno dosljedno potvrđuje odnosi se na kroničnu bol. Osobe s poviješću ACE-a češće izvještavaju o dugotrajnim bolnim stanjima, uključujući kronične muskuloskeletne tegobe, sindrome kronične boli i fibromialgiju (Anda i sur., 2006; Tesarz i sur., 2018). Kronična bol pritom predstavlja važnu dimenziju tjelesnog zdravlja jer značajno narušava svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života, osobito kod osoba s višestrukim nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu.

Objašnjenja povezanosti između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i tjelesnih zdravstvenih ishoda najčešće se temelje na nekoliko međusobno povezanih mehanizama. Jedan od najčešće isticanih odnosi se na povećanu učestalost zdravstveno rizičnih ponašanja, koja djeluju kao posrednici između ranih nepovoljnih iskustava i kasnijeg zdravlja. Empirijska istraživanja pokazuju da su osobe s većim brojem ACE-ova sklonije pušenju, zlouporabi alkohola, konzumaciji nezdrave prehrane te smanjenoj tjelesnoj aktivnosti, što dugoročno povećava rizik za razvoj kroničnih tjelesnih bolesti (Ramiro i sur., 2010; Jun i sur., 2008). Ovakvi obrasci ponašanja mogu se razumjeti kao adaptivni odgovori na kronični stres u djetinjstvu, koji, iako kratkoročno reguliraju emocionalnu napetost, dugoročno doprinose narušenju tjelesnog zdravlja. S druge strane, istraživanja ukazuju i na izravne fiziološke posljedice kroničnog stresa u ranom razvoju, uključujući dugotrajne promjene u funkcioniranju neuroendokrinog, imunološkog i metaboličkog sustava, što povećava ranjivost za razvoj kroničnih bolesti i bolnih stanja (Danese i McEwen, 2012; Nusslock i Miller, 2016). Posebno se ističe uloga interpersonalnog nasilja kao kroničnog stresora povezanog s povećanim kardiovaskularnim rizikom, pri čemu su biološki i ponašajni mehanizmi djelovanja izraženiji kod žena (Mazza i sur., 2021).

2.5. Posljedice izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu na mentalno zdravlje

Brojna istraživanja dosljedno potvrđuju da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu snažno povezana s povećanim rizikom za razvoj mentalnih poremećaja u adolescenciji i odrasloj dobi. Klasična ACE istraživanja pokazala su jasnu povezanost između broja doživljenih nepovoljnih iskustava i učestalosti depresije, anksioznih poremećaja, suicidalnih misli i ponašanja, pri čemu se rizik povećava s kumulativnom izloženosti (Felitti i sur., 1998; Chapman i sur., 2004;

Merrick i sur., 2017). Posebno su snažni učinci zabilježeni kod emocionalnog i seksualnog zlostavljanja, koji su povezani s višim stopama kliničke depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja, disocijativnih simptoma i poremećaja raspoloženja (Dube i sur., 2001; Fergusson i sur., 2013; Taillieu i sur., 2016).

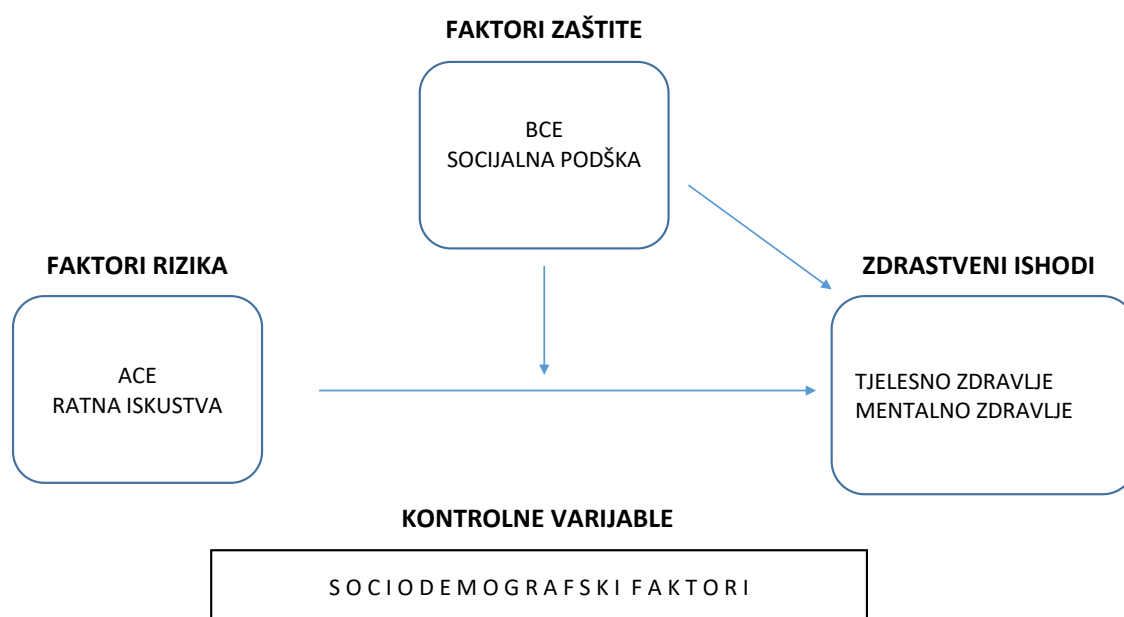
Empirijski nalazi također upućuju na povezanost ACE-a s razvojem složenijih i komorbidnih psihijatrijskih teškoća uključujući granični poremećaj ličnosti, zlouporabu psihoaktivnih supstanci i poremećaje regulacije emocija (Porter i sur., 2020; Thornton i sur., 2025). Rana izloženost kroničnom stresu povezana je s narušenim stresnim odgovorima i povećanom osjetljivošću na psihološko opterećenje, što dugoročno može održavati ili pojačavati psihopatološke simptome (Shonkoff i Garner, 2012).

Osim dijagnosticiranih poremećaja, ACE-i su povezani i s većom učestalošću rizičnih i samoozljeđujućih ponašanja, uključujući nesuicidalno samopovrjeđivanje, koje se u literaturi opisuje kao maladaptivna strategija suočavanja s emocionalnom boli i kroničnim stresom (Anda i sur., 2006). Istraživanja pokazuju da je rizik za takva ponašanja osobito povišen kod osoba koje su doživjele višestruka nepovoljna iskustva u djetinjstvu, što dodatno potvrđuje kumulativni učinak ACE-a na mentalno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje u kasnijem životu.

Iako su u ovom istraživanju ishodi psihosocijalne dobrobiti operacionalizirani kroz mentalno i tjelesno zdravlje, važno je istaknuti da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu povezana i s razvojem problema u ponašanju, poput zlouporabe psihoaktivnih supstanci, samoozljeđivanja i drugih zdravstveno rizičnih ponašanja (Felitti, 1998; Merrick i sur., 2017). Takva ponašanja često proizlaze iz poteškoća u emocionalnoj regulaciji i dugotrajnog psihološkog opterećenja te mogu dodatno pogoršati mentalne i tjelesne zdravstvene ishode. Ovi procesi dugoročno mogu narušiti ukupno životno funkcioniranje i održavati stanja psihosocijalne ranjivosti. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) predstavljaju rane izvore razvojnih rizika jer oblikuju temeljne razvojne procese, uključujući psihološke resurse poput emocionalne regulacije, samopouzdanja i sposobnosti suočavanja sa stresom, te kvalitetu međuljudskih veza, osobito vršnjačkih veza i privrženosti. Većina dosadašnjih istraživanja usmjerena je na povezanost ACE s psihopatološkim ishodima, poput depresije, anksioznosti i posttraumatskog stresa, dok su širi socijalni ishodi, poput usamljenosti, kvalitete odnosa i društvene uključenosti, znatno rjeđe istraživani. Istodobno, pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE) u istraživanjima se povezuju s povoljnijim razvojnim ishodima, čak i u prisutnosti nepovoljnih iskustava, što upućuje na

njihovu zaštitnu ulogu. Polazeći od postojećih teorijskih i empirijskih spoznaja, ovo istraživanje proširuje dosadašnje spoznaje ispitivanjem odnosa između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, pozitivnih iskustava i socijalne podrške te ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi. Time se naglasak pomiče s isključivog ispitivanja izravnih povezanosti prema razumijevanju načina na koje zaštitni resursi i pozitivna razvojna iskustva mogu ublažiti ili modificirati učinke ranih nepovoljnih iskustava tijekom životnog tijeka.

U skladu s navedenim teorijskim postavkama i dostupnim empirijskim nalazima, pretpostavlja se da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu, uključujući i potencijalno traumatske ratne događaje, povezana s ishodima mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi, pri čemu pozitivna iskustva u djetinjstvu i socijalna podrška mogu imati zaštitnu ulogu. Ovi odnosi shematski su prikazani u istraživačkom modelu na Slici 1, koji je poslužio kao temelj za operacionalizaciju varijabli i provedbu istraživanja.



Slika 1. Istraživački model odnosa između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, zaštitnih čimbenika i ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja

3. Metodologija istraživanja

3.1. Ciljevi i istraživačka pitanja

Ovo istraživanje ima za cilj ispitati povezanost nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, uključujući i ratna iskustva tijekom Domovinskog rata, s ishodima u pogledu tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi. Istraživanje također razmatra ulogu pozitivnih iskustava i socijalne podrške kao zaštitnih čimbenika u odnosu na negativne ishode. Na temelju ovog cilja formulirani su sljedeći istraživački problemi:

1. Ispitati odnos između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi.

H1: Očekuje se da će odrasle osobe izložene nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (zlostavljanje, zanemarivanje, obiteljsko nasilje i obiteljski stresori) imati nepovoljnije zdravstvene ishode u pogledu tjelesnog i mentalnog zdravlja.

H2: Očekuje se da će učinci nepovoljnih iskustava u djetinjstvu na tjelesno i mentalno zdravlje biti izraženiji kod odraslih žena nego kod muškaraca.

2. Ispitati odnos između nepovoljnih ratnih iskustava tijekom Domovinskog rata i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi kod muškaraca i žena.

H3: Očekuje se da će žene koje su tijekom djetinjstva ili adolescencije doživjele ratna iskustva imati nepovoljnije ishode u pogledu mentalnog i tjelesnog zdravlja u odnosu na muškarce izložene istim iskustvima.

3. Ispitati doprinos pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) u odnosu između ukupnog broja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi.

H4: Očekuje se da će pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE) biti značajan zaštitni čimbenik koji pridonosi povoljnijim ishodima tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi te da njihov doprinos ostaje značajan i nakon kontrole ukupnog broja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE).

4. Ispitati zaštitnu ulogu socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i ishoda tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi.

H5: Očekuje se da će socijalna podrška u odrasloj dobi biti zaštitni čimbenik koji umanjuje negativne učinke ACE-a na tjelesno i mentalno zdravlje.

3.2. Varijable

Prediktorske varijable uključuju nepovoljna iskustva u djetinjstvu, ratna iskustva tijekom djetinjstva i adolescencije, povoljna (dobra) iskustva u djetinjstvu tijekom prvih 18 godina života i socijalnu podršku u odrasloj dobi.

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) operacionalizirana su kao ukupan broj nepovoljnih iskustva u djetinjstvu koji obuhvaća tjelesno, emocionalno i seksualno zlostavljanje, tjelesno i emocionalno zanemarivanje, izloženost majke obiteljskom nasilju, zlorporabu psihoaktivnih tvari i alkohola, prisustvo mentalnih bolesti u obitelji, služenje zatvorske kazne člana obitelji te izloženost ratnim iskustvima tijekom djetinjstva koja se smatraju oblikom kolektivnog nasilja.

Ratna iskustva tijekom djetinjstva i adolescencije razmatrana su kao specifičan oblik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu koji se konceptualno razlikuje od obiteljskih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu ACE. Iako doprinose ukupnom kumulativnom razvojnom riziku, u analizama trećeg i četvrtog istraživačkog problema nisu uključena u ukupni ACE indeks, već su promatrana odvojeno. Ratna iskustva su klasificirana u četiri kategorije:

- neizravna osobna ugroženost (preživljavanje bombardiranja, granatiranja);
- izravna osobna ugroženosti (npr. ozljede, bez skloništa tijekom napada);
- iskustva progonstva, izbjeglištva i separacije (napuštanje doma, odvojenost od obitelji);
- učinci rata na obitelj (gubitak člana obitelji, dijagnoza PTSP-a kod članova obitelji).

Pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE) odnose se na broj pozitivnih, podržavajućih i stabilnih iskustava koja dijete doživljava tijekom odrastanja, a koja mogu ublažiti negativne učinke stresa ili traume. Za razliku od ACE-a, koja predstavljaju rizične i traumatske čimbenike, BCE se odnose na iskustva koja jačaju otpornost te doprinose zdravom emocionalnom, socijalnom i psihološkom razvoju djeteta (Narayan i sur., 2018).

Socijalna podrška u odrasloj dobi operacionalizirana je kao percipirana socijalna podrška te obuhvaća dvije dimenzije:

- čestinu primanja podrške iz različitih izvora uključujući partnera/ice, obitelj, prijatelje i širu zajednicu);
- zadovoljstvo dobivenom socijalnom podrškom različitih oblika kao što su emocionalna, instrumentalna i informacijska).

Kriterijske varijable odnose se na zdravstvene ishode u području tjelesnog i mentalnog zdravlja.

Tjelesno zdravlje procjenjuje se putem:

- subjektivne opće procjene vlastitog zdravlja;
- izraženosti psihosomatskih simptoma u različitim tjelesnim sustavima (pseudoneurološki, kardiovaskularni, muskuloskeletni, respiratorni, gastrointestinalni, dermatološki simptomi te prisutnost boli i osjećaja slabosti).

Mentalno zdravlje procjenjuje se kroz sljedeće indikatore:

- internalizirane probleme (simptomi depresivnosti, anksioznosti i stresa);
- posttraumatske stresne reakcije (PTSR) koje obuhvaćaju ponovno proživljavanje (intruzije), izbjegavanje, negativne promjene u mislima i emocijama te povećanu pobuđenost i reaktivnost.

Kontrolne varijable uključuju *sociodemografska obilježja* ispitanika i njihovih kućanstava, kao što su spol i dob ispitanika, obrazovanje, radni i bračni status, broj osoba i djece u kućanstvu te veličina mjesta stanovanja, kao i pokazatelje materijalnog statusa kućanstva, uključujući stambene uvjete i subjektivne procjene materijalnih mogućnosti.

3.3. Mjerni instrumenti

Podaci potrebni za odgovor na istraživačko pitanje prikupljeni su putem samoprocjene ispitanika, korištenjem standardiziranih upitnika i skala. Istraživački instrumenti objedinjeni su u jedinstveni upitnik koji obuhvaća osam mjernih instrumenata¹ za procjenu nepovoljnih i pozitivnih iskustava u djetinjstvu, socijalne podrške i zdravstvenih ishoda. Svi instrumenti administrirani su u obliku samoprocjene, a pitanja su oblikovana rodno-specifično. Prije provedbe glavnog istraživanja, anketni upitnik je pilotiran na malom uzorku zaposlenika srednje stručne spreme ispitanika u jednoj ustanovi socijalne skrbi. Cilj pilotiranja bio je procijeniti razumljivost i jasnoću pitanja, emocionalni doživljaj ispitanika tijekom ispunjavanja upitnika te prosječno trajanje ispunjavanja. Nakon ispunjavanja upitnika, s ispitanicima su provedeni kratki intervjui u obliku fokusne grupe, kako bi se dobile povratne informacije o težini, emocionalnoj opterećenosti i jasnoći upitnika. Povratne informacije su korištene za prilagodbu i doradu upitnika prije njegove konačne primjene u glavnom istraživanju. Upitnik je u prilogu.

¹ Instrumenti korišteni u ovom istraživanju, osim ACE, BCE i PSS, primijenjeni su u okviru projekta „Međugeneracijski prijenos rizika za mentalno zdravlje adolescenata“.

Sociodemografska i opća pitanja

Upitnik obuhvaća sljedeće podatke o ispitanicima i njihovim kućanstvima: spol i dob ispitanika, obrazovni, radni i bračni status, veličinu mjesta stanovanja, stambene uvjete, broj djece u kućanstvu, ukupan broj osoba u kućanstvu te subjektivni doživljaj ekonomskog pritiska.

Upitnik učinaka financijskih poteškoća na odnose u obitelji (Rajhvajn Bulat, Ajduković i Sušac, 2016)

Instrument mjeri percipirani ekonomski pritisak kroz pet čestice, na skali od 1 (nikad) do 5 (uvijek). Rezultati se izražavaju kao prosječna vrijednost. Skala pokazuje visoku pouzdanost ($\alpha = 0,752$).

Upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Questionnaire – ACE; Felitti i sur., 1998)

U istraživanju je korištena adaptirana verzija Upitnika nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (Adverse Childhood Experience – ACE; Felitti i sur., 1998) koja uz izvornih deset ACE domena uključuje i dodatnu domenu izloženosti ratnim iskustvima tijekom djetinjstva. Dodatne čestice koje se odnose na ratna iskustva konstituirane su na temelju teorijskog okvira istraživanja i literature o ratnoj traumatizaciji djece, s ciljem obuhvaćanja specifičnih oblika izloženosti kolektivnom nasilju u kontekstu Domovinskog rata.

Instrument procjenjuje deset izvornih ACE domena (npr. zlostavljanje, zanemarivanje, obiteljske stresore), uz dodatnu domenu izloženosti ratnim iskustvima. Ukupni skor dobiva se zbrajanjem pozitivnih odgovora, što održava ukupnu kumulaciju nepovoljnih iskustava. Odgovori na čestice koje se odnose na zlostavljanje i zanemarivanje daju se na četverostupanjskoj skali učestalosti, dok su odgovori na ostale tvrdnje dihotomni (da/ne). Za potrebe izračuna ukupnog ACE indeksa, odgovori su dihotomizirani (0 = iskustvo nije pristuno; 1 = iskustvo prisutno), u skladu s uobičajenim pristupom u ACE istraživanjima. Ovakav postupak omogućuje izračun kumulativnog indeksa, ali može dovesti do smanjenja varijabilnosti rezultata, što je važno uzeti u obzir pri interpretaciji nalaza.

U ovom istraživanju skala pokazuje zadovoljavajuću unutarnju pouzdanost (Cronbach $\alpha = 0,758$). Dodatno, domena ratnih iskustava, koja obuhvaća čestice vezane uz izloženost potencijalno traumatskim događajima tijekom Domovinskog rata, pokazala je nešto nižu razinu

pouzdanosti ($\alpha = 0,635$). Takav nalaz može se djelomično objasniti heterogenošću sadržaja uključenih iskustava, osobito s obzirom na to da ratna iskustva konceptualno odstupaju od obiteljskih nepovoljnih iskustava obuhvaćenih izvornim ACE instrumentom.

Ovakav kumulativni pristup temelji se na pretpostavci da se učinci nepovoljnih iskustava akumuliraju, pri čemu veći broj iskustava povećava vjerojatnost nepovoljnih razvojnih ishoda (*dose-response* odnos), što je u skladu s dominantnim pristupima u ACE istraživanjima.

Skala pozitivnih iskustava u djetinjstvu (Benevolent Childhood Experience – BCE; Narayan i sur., 2018)

Skala se sastoji od deset tvrdnji koje procjenjuju relacijsku sigurnost, kvalitetu života i interpersonalnu podršku tijekom djetinjstva (0–18 godina). Takva iskustva uključuju primjerice, postojanje barem jedne bliske i podržavajuće osobe, osjećaj sigurnosti u obitelji, pozitivne odnose s vršnjacima, osjećaj pripadnosti zajednici, ili doživljaj da je dijete bilo podržavano tijekom odrastanja. Odgovori su dihotomni (da/ne), a viši broj pozitivnih odgovora upućuje na veći broj zaštitnih, odnosno pozitivnih iskustava u djetinjstvu.

Ranija istraživanja upućuju na to da veći broj pozitivnih iskustava u djetinjstvu, mjeren BCE skalom, prati povoljnije ishode čak i kod osoba s iskustvom ACE-ova. Recentna istraživanja (npr. Narayan i sur., 2021) ističu zajednički, kumulativni utjecaj pozitivnih (BCE) i negativnih (ACE) iskustava u djetinjstvu na međugeneracijski prijenos odnosa i razvojnih ishoda, kao i njihovu ulogu u prevenciji rizika u roditeljstvu. U ovom istraživanju korištena je verzija skale preuzeta iz prethodnog istraživanja dostupnog na srpskom jeziku (UNICEF, Srbija, 2019). S obzirom na visoku međusobnu razumljivost jezika, skala nije zahtijevala značajne sadržajne prilagodbe, već su provedena manja jezična usklađivanja radi jasnoće izraza i usklađenosti s hrvatskim standardnim jezikom, pri čemu je posebna pažnja posvećena razumljivosti formulacija. Skala je pokazala zadovoljavajuću unutarnju pouzdanost (Cronbach $\alpha = 0,632$).

Upitnik čestine i zadovoljstva socijalnom podrškom (QFSSS, Hombrados-Mendieta i sur., 2012)

Upitnik je dizajniran za procjenu čestine i stupnja zadovoljstva percipiranom socijalnom podrškom dobivenom iz četiri različita izvora (partner, obitelj, prijatelji i zajednica) u odnosu na tri vrste podrške: emocionalnu, informacijsku i instrumentalnu, koju pruža svaki od

navedenih izvora. Sastoji se od četiri subskale koje obuhvaćaju kratke tvrdnje, po tri tvrdnje za svaku subskalu. Zadovoljstvo podrškom mjeri se tako što ispitanik procjenjuje svaku tvrdnju na skali odgovora s pet stupnjeva („Nezadovoljan/a sam“, „Jedva da sam zadovoljan/a“, „Donekle sam zadovoljan/a“, „Prilično sam zadovoljan/a“ i „Jako sam zadovoljan/a“). Čestina dobivene podrške također se mjeri na skali učestalosti s pet stupnjeva: „rijetko“, „ponekad“, „prilično često“, „gotovo uvijek“ i „uvijek“.

Ukupni rezultat na ovoj skali može se kategorizirati prema izvoru podrške (partner, obitelj, prijatelji, zajednica) ili prema vrsti podrške (emocionalna, instrumentalna, informacijska). Zbog preklapanja stavki unutar skale, ne preporučuje se istovremeno korištenje obje kategorizacije u analizi, kako bi se izbjegla redundancija i potencijalne metodološke poteškoće. U ovoj studiji, za potrebe analize, odabrana je kategorizacija prema (izvoru) podrške, budući da je to relevantnije za ispitivanje uloge različitih izvora socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi. U ovom istraživanju skala čestine socijalne podrške pokazala je visoku internu konzistenciju, pri čemu ukupni rezultat ostvaruje Cronbachov alfa koeficijent od $\alpha = 0,920$. Subskale prema vrsti podrške pokazale su zadovoljavajuću pouzdanost: emocionalna ($\alpha = 0,789$), instrumentalna ($\alpha = 0,744$) i informacijska ($\alpha = 0,770$), dok su subskale prema izvoru podrške pokazale visoku pouzdanost: partner/ica ($\alpha = 0,823$), obitelj ($\alpha = 0,880$), prijatelji ($\alpha = 0,902$) i zajednica ($\alpha = 0,958$).

Skale zadovoljstva socijalnom podrškom pokazale su zadovoljavajuću do visoku internu konzistenciju. Prema izvoru podrške, koeficijenti iznose: zadovoljstvo podrškom partnera/ice ($\alpha = 0,841$), obitelji ($\alpha = 0,887$), prijatelja ($\alpha = 0,917$) i zajednice ($\alpha = 0,963$). Prema vrsti podrške, alfa koeficijenti iznose: emocionalna ($\alpha = 0,765$), instrumentalna ($\alpha = 0,751$) i informacijska podrška ($\alpha = 0,762$). Ukupni rezultat zadovoljstva socijalnom podrškom ostvario je vrlo visoku pouzdanost ($\alpha = 0,920$).

Subjektivna procjena općeg zdravlja

Subjektivna procjena općeg zdravlja mjerena je jednom česticom u kojoj su ispitanici procjenjivali svoje opće zdravstveno stanje. Odgovori su se davali na ordinalnoj skali s četiri stupnja (1 = loše, 2 = osrednje, 3 = vrlo dobro, 4 = izvrsno), pri čemu viši rezultat upućuje na povoljniju procjenu vlastitog zdravlja. Dodatno su prikupljeni podaci o prisutnosti kroničnih bolesti te eventualnoj dijagnosticiranoj psihijatrijskoj bolesti putem dihotomnih pitanja (da/ne),

uz mogućnost navođenja vrste bolesti. Ove varijable korištene su kao deskriptivni pokazatelji zdravstvenog statusa ispitanika.

Upitnik psihosomatskih simptoma (PSS, Vulić – Prtorić, 2019)

Instrument za procjenu tjelesnih simptoma obuhvaća 35 stavki koje su strukturirane u sedam organskih sustava (klastera): pseudoneurološki, kardiovaskularni, muskulatorni, respiratorni, gastrointestinalni, dermatološki te klaster boli i osjećaja slabosti. Za svaki pojedini simptom ispitanici procjenjuju učestalost njegova pojavljivanja u definiranom vremenskom razdoblju (u ovom istraživanju tijekom posljednja tri mjeseca), koristeći ljestvicu učestalosti. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem odgovora, pri čemu viši skor odražava veću učestalost doživljenih tjelesnih simptoma. U ovom istraživanju instrument je pokazao izrazito visoku unutarnju pouzdanost, što potvrđuje vrijednost koeficijenta Cronbach $\alpha = 0,925$, čime se osigurava pouzdanost mjerenja tjelesnih simptoma u analiziranom uzorku.

Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) (Lovibond i Lovibond, 1995: hrvatska adaptacija Jokić-Begić i sur., 2012)

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa sastoji se od 21 čestice koje procjenjuju tri negativna emocionalna stanja: depresivnost, anksioznost i stres. Ispitanici procjenjuju u kojoj se mjeri svaka tvrdnja odnosila na njihove osjećaje i ponašanja tijekom protekloga tjedna. Odgovori se daju na četverostupanjskoj skali odgovora (0 = uopće se nije odnosilo na mene; 1 = ponekad ili donekle se odnosilo na mene; 2 = često ili većinom se odnosilo na mene; 3 = gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene).

Skala se sastoji od triju subskala: Depresivnost, koja obuhvaća procjenu lošeg raspoloženja, gubitka motivacije i sniženog samopoštovanja; Anksioznost, koja se odnosi na simptome psihološkog uzbuđenja, panike i straha; te Stres, koji obuhvaća napetost, razdražljivost i teškoće opuštanja (Parkitny i McAuley, 2010). U ovom istraživanju DASS-21 je pokazala visoku unutarnju pouzdanost na svim subskalama. Cronbachovi koeficijenti pouzdanosti iznosili su $\alpha = 0,905$ za subskalnu Depresivnost, za Anksioznost $\alpha = 0,873$ te $\alpha = 0,916$ za subskalnu Stres. Kada se koristi kao ukupna mjera internaliziranih problema, DASS-21 pokazala je izrazito visoku pouzdanost (Cronbach $\alpha = 0,956$), što potvrđuje visoku unutarnju konzistentnost ukupnog rezultata. Iako postoji službeni prijevod na hrvatski ovog instrumenta (<https://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Croatian/Bakich%20DASS21/Bakich.htm>), u ovom

istraživanju korištena je verzija Jokić-Begić i sur. (2012) koja je široko primijenjena u domaćim istraživanjima radi bolja usporedivost dobivenih rezultata s prethodnim nalazima.

PCL-5 – Skala simptoma PTSP-a DSM - V (Weathers i sur., 2013)

PCL-5 je samoprocjenska skala za procjenu prisutnosti i jačine simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) prema dijagnostičkim kriterijima DSM-5. Skala sadrži 20 tvrdnji koje obuhvaćaju četiri skupine simptoma: ponovno proživljavanje (intruzije), izbjegavanje, negativne promjene u mislima i emocijama te povećanu pobuđenost i reaktivnost. Intruzije uključuju nametljive uspomene, snove i flashbackove; izbjegavanje se odnosi na izbjegavanje misli, osjećaja i situacija povezanih s traumatskim događajem; negativne promjene u kognicijama i emocijama obuhvaćaju krivnju, sram, osjećaj otuđenosti i negativnu sliku o sebi ili svijetu; a domena pobuđenosti uključuje razdražljivost, probleme sa spavanjem, pojačanu budnost i poteškoće s koncentracijom.

Iako je PCL-5 konstruirana kao mjera simptoma PTSP-a prema DSM-5, u ovom se istraživanju koristi za procjenu intenziteta posttraumatskih stresnih reakcija u općoj populaciji, budući da se ne radi o kliničkoj dijagnostici.

Svaka se tvrdnja ocjenjuje na skali odgovora od 0 (uopće) do 4 (iznimno), a ukupni rezultat kreće se od 0 do 80, pri čemu viši rezultat upućuje na izraženije posttraumatske stresne reakcije. Vrijednosti iznad 38 najčešće se koriste kao pokazatelj povišenih posttraumatskih stresnih reakcija, dok Bovin i sur. (2016) navode raspon od 31 do 33 kao optimalan prag za razlikovanje prisutnosti simptoma PTSP-a. U svrhu deskriptivne interpretacije nalaza ispitanici su razvrstani u skupine prema intenzitetu simptoma (blagi, umjereni i teški). Skala je u ovom uzorku pokazala visoku unutarnju konzistentnost (Cronbach $\alpha = 0,954$).

3.4. Ispitanici

Od ukupno 505 ispitanika koji su činili inicijalni uzorak, 404 ispitanika su vratila ispunjene upitnike i uvrštena su u konačne analize, dok je 101 upitnik vraćen neispunjen te stoga nije uključen u obradu podataka. Broj ispitanika uključenih u pojedine analize varirao je ovisno o potpunosti odgovora na pojedina pitanja. Ispitanici su bili odrasle osobe u dobi između 30 i 65 godina ($M = 43,94$; $SD = 5,67$). Uzorak je bio razmjerno uravnotežen prema spolu: žene su činile 57,7%, a muškarci 40,8% sudionika, dok manji dio ispitanika nije naveo podatke o spolu. Uzorak je bio prigodan, a podaci su bili regrutirani putem učenika koji su roditeljima dostavili

upitnike. Kriterij isključivanja odnosio se na nepotpuno ispunjene upitnike, odnosno one s većim brojem neodgovorenih pitanja na bilo kojem od korištenih instrumenata. U obradi podataka primijenjen je pristup parcijalnog uključivanja, pri čemu su u pojedine analize uključeni svi ispitanici koji su imali potpune podatke za varijable relevantne za konkretnu analizu.

3.5. Postupak prikupljanja podataka

Podaci su prikupljeni u osam osnovnih škola na području Vukovarsko-srijemske županije. U istraživanju su sudjelovali roditelji djece polaznika 6., 7. i 8. razreda osnovnih škola. Ravnatelji i stručni suradnici škola (pedagozi) prethodno su informirani o ciljevima i načinu provedbe istraživanja, nakog čega su informacije o istraživanju prenesene roditeljima.

Upitnici su roditeljima distribuirani posredstvom učenika, koji su kući donijeli omotnicu s upitnicima i pripadajućim praznim omotnicama za njihov anonimni povrat. Svaki roditelj ili skrbnik ispunjavao je upitnik samostalno, a u kućanstvima s dva roditelja oba su roditelja imala mogućnost sudjelovanja, pri čemu je svaki ispunjeni upitnik vraćen u zasebnoj zatvorenoj omotnici. Ispunjeni upitnici vraćeni su putem učenika u školu, čime je osigurana anonimnost sudionika.

Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno, a sudionici su prije ispunjavanja upitnika bili informirani o cilju istraživanja, načinu korištenja podataka te o mogućnosti odustajanja u bilo kojem trenutku bez posljedica. Upitnik je bio anonimn, a prikupljeni podaci korišteni su isključivo u znanstvene svrhe.

3.6. Etički aspekti istraživanja

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Svi ispitanici su potpisali informirani pristanak. U slučaju uznemirenosti, ispitanicima su dostupni kontakti za psihološku podršku. Podaci su obrađeni i interpretirani u skladu s etičkim načelima znanstvenog istraživanja, uz poštivanje anonimnosti i povjerljivosti ispitanika.

3.7. Statistička obrada podataka

Statističke analize su provedene u programu IBM SPSS Statistics. Statističko zaključivanje temeljilo se na razinama značajnosti $p < 0,05$ i $p < 0,01$.

Najprije su izračunate deskriptivne statistike (aritmetička sredina, standardna devijacija, minimalne i maksimalne vrijednosti te raspon) kako bi se dobio pregled osnovnih karakteristika varijabli. Povezanosti među varijablama ispitane su Pearsonovim korelacijskim koeficijentima. Njihova primjena opravdana je budući da predstavljaju temelj za izračun regresijske analize. Iako su u analizu uključene i dihotomne varijable, Pearsonov koeficijent se u tom slučaju može se koristiti jer je ekvivalentan ϕ koeficijentu. U obradi podataka vezanih uz PCL-5, ukupni rezultat korišten je kao kontinuirana varijabla u statističkim analizama, čime se zadržava maksimalna varijabilnost i preciznost mjerenja. Dodatno, radi lakše interpretacije nalaza i usporedivosti s prethodnim istraživanjima, korištena je i kategorizacija razina simptoma. Takav pristup podrazumijeva određeni gubitak informacija i smanjenje statističke snage, no omogućuje jasnije razlikovanje skupina s različitom razinom rizika. S obzirom na to da je PCL-5 razvijen u okviru DSM-5 sustava i često se koristi uz primjenu cut-off vrijednosti za procjenu vjerojatnosti prisutnosti PTSP-a, kategorizacija je u ovom radu korištena i radi usporedivosti s prethodnim istraživanjima (Forkus i sur., 2023). Normalnost distribucija varijabli provjerena je primjenom indeksa asimetrije i spljoštenosti te Shapiro–Wilkovog testa. Rezultati su prikazani u Prilogu (Indeksi asimetrije i normalnosti distribucija varijabli). Iako su testovi pokazali statistički značajna odstupanja od normalne distribucije, vrijednosti indeksa zakrivljenosti i spljoštenosti nalaze se unutar preporučenih granica (Kline, 2016), što opravdava primjenu parametrijskih statističkih postupaka.

3.7.1. Analize za prvo istraživačko pitanje

Ovim analizama procjenjivan je doprinos pojedinih skupina rizičnih čimbenika u objašnjenju varijance ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi. Za ispitivanje odnosa nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi provedene su hijerarhijske regresijske analize. Prediktori su uvedeni u četiri koraka. U prva dva koraka uključene su sociodemografske varijable, pri čemu su u prvom obuhvaćena osnovna obilježja ispitanika, a u drugom materijalni i financijski pokazatelji. U trećem koraku uvedena su obiteljska nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE), dok su u četvrtom uključena ratna iskustva tijekom djetinjstva i adolescencije. Ovim analizama procjenjivan je doprinos pojedinih skupina rizičnih čimbenika u objašnjenju varijance ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi.

3.7.2. Analize za drugo istraživačko pitanje

Drugo istraživačko pitanje bilo je usmjereno na ispitivanje spolnih razlika u zdravstvenim ishodima kod osoba koje su u djetinjstvu ili adolescenciji doživjele ratna iskustva. Razlike između muškaraca i žena koji su bili izloženi barem jednom potencijalno traumatskom ratnom iskustvu ispitane su t-testom za nezavisne uzorke. Analizirane su razlike u općoj procjeni zdravlja, tjelesnom zdravlju, posttraumatskim stresnim reakcijama i internaliziranim problemima.

Dodatno su izračunate korelacije između ratnih iskustava, ukupnog broja ACE-ova i zdravstvenih ishoda radi uvida u njihove međusobne odnose.

3.7.3. Analize za treće istraživačko pitanje

Za ispitivanje zaštitne uloge pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) provedene su hijerarhijske regresijske analize u dva koraka. U prvom koraku uveden je ukupan broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE), a u drugom koraku pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE). Cilj ovih analiza bio je ispitati objašnjavaju li pozitivna iskustva u djetinjstvu dodatnu varijancu mentalnog i tjelesnog zdravlja povrh negativnih iskustava.

3.7.4. Analize za četvrto istraživačko pitanje

Kako bi se ispitala uloga socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi, provedene su hijerarhijske regresijske analize u dva koraka. U prvom koraku uveden je ukupan broj ACE-ova, a u drugom koraku zadovoljstvo socijalnom podrškom. Ovim analizama procijenjeno je u kojoj mjeri socijalna podrška doprinosi objašnjenju mentalnog i tjelesnog zdravlja povrh učinka nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

4. Rezultati istraživanja

U ovom poglavlju prikazani su rezultati provedenog istraživanja. Najprije su izneseni deskriptivni podaci o socio-demografskim obilježjima ispitanika te osnovne statističke karakteristike prediktorskih i kriterijskih varijabli (aritmetičke sredine, standardne devijacije, rasponi i korelacije). Nakon toga slijedi prikaz rezultata hijerarhijskih regresijskih analiza za svako istraživačko pitanje, s ciljem ispitivanja odnosa nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, pozitivnih iskustava, ratnih trauma i socijalne podrške s mentalnim i tjelesnim zdravljem u odrasloj dobi.

4.1. Opis uzorka

U uzorku je sudjelovalo 57,7% (233) žena i 40,8% (165) muškaraca, dok za 1,5% (6) ispitanika nije bilo moguće utvrditi spol.

4.1.1. Socio-demografska obilježja ispitanika

Tablica 1. Veličina mjesta stanovanja ispitanika (N=399)

Varijabla	Kategorija	%
Koje je veličine mjesto/naselje u kojem živite?	Grad srednje veličine	64,4
	Manji grad	16,0
	Selo	19,5
	N	399

Tablica 1 prikazuje deskriptivne podatke ispitanika prema veličini mjesta stanovanja. Najveći udio ispitanika živi u gradu srednje veličine (64,4%), dok gotovo petina živi na selu (19,5%). Najmanji udio ispitanika dolazi iz manjeg grada (16%).

Tablica 2. Bračni status ispitanika

Varijabla	Kategorija	%
Koji je Vaš trenutni bračni status?	U braku/izvanbračnoj zajednici	91,6
	Razveden/a	5,4
	Nikad se nisam vjenčao/la	0,2
	Udovac/udovica	2,5
	Ostalo	0,2
	Ukupni N	404

Tablica 2 prikazuje bračni status ispitanika uključenih u istraživanje. Najveći udio ispitanika je u braku ili u izvanbračnoj zajednici (91,6%). Slijede ih ispitanici koji su razvedeni (5,4%), te

udovci/udovice (2,5%). Najmanji udio čine ispitanici koji se nikada nisu vjenčali, ili su naveli ostali bračni status, pri čemu svaka od ovih kategorija čini manje od 1% uzorka.

Tablica 3. Obrazovni status ispitanika

Varijabla	Kategorija	%
Koji je Vaš najviši ostvareni stupanj obrazovanja?	Nedovršena osnovna škola	0,0
	Završena osnovna škola	2,2
	Srednja strukovna škola u trajanju 1-3 godine (obrtnička, industrijska, KV/VKV)	21,8
	Četverogodišnja strukovna srednja škola (tehničke i srodne škole)	37,4
	Gimnazija	4,7
	Stručni studij, viša ili visoka škola, veleučilište (2-3 godine)	11,4
	Fakultet – diplomski sveučilišni studij (4-6 godina) ili umjetnička akademija	20,0
	Poslijediplomski studij (postignut magisterij znanosti ili doktorat znanosti)	2,5
	Ukupni N	404

Tablica 3 prikazuje najviši ostvareni stupanj obrazovanja ispitanika. Najveći udio ispitanika ima završeno srednješkolsko obrazovanje, pri čemu 21,8% ima završenu trogodišnju strukovnu školu, a 37,4% četverogodišnju strukovnu srednju školu, što ukupno čini 59,2% uzorka. Gimnazijsko obrazovanje ima 4,7% ispitanika. Visoko obrazovanje (stručni ili sveučilišni studij) ima ukupno 33,9% ispitanika, pri čemu je 2,5% završilo poslijediplomski studij.

Tablica 4. Radni status ispitanika

Varijabla	Kategorija	%
Koji je Vaš radni status?	Zaposlen/a (npr. u stalnom radnom odnosu kod poslodavca ili u vlastitoj firmi, ili radim na vlastitom gospodarstvu)	82,7
	Povremeno zaposlen/a (sezonski, honorarni posao ili neki drugi posao)	2,5
	Nezaposlen/a i tražim posao	6,2
	Nezaposlen/a i ne traži posao, brinem o kućanstvu (kućanica)	2,7
	Umirovljenik/ca	5,0
	Nešto drugo	1,0
	Ukupni N	404

Tablica 4 prikazuje radni status ispitanika u istraživanju. Većina ispitanika bila je zaposlena, što čini 82,7% uzorka. Slijede ispitanici koji su nezaposleni i traže posao (6,2%), dok umirovljenici

čine 5,0% uzorka. Preostali udio ispitanika čine osobe koje brinu o kućanstvu (2,7%) te povremeno zaposleni ispitanici (2,5%).

Tablica 5. Zadovoljstvo ispitanika stambenim uvjetima

Varijabla	N	M	SD	Vrlo nezadovoljan/na	Uglavnom nezadovoljan/na	Niti zadovoljan/na, niti nezadovoljan/na	Uglavnom zadovoljan/na	Vrlo zadovoljan/na
				%	%	%	%	%
Koliko ste zadovoljni stambenim uvjetima u kojima živite?	403	4,1	1,06	5,2	4,0	8,4	40,4	41,9

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 5 prikazuje zadovoljstvo ispitanika trenutnim stambenim uvjetima u kojima žive. Najveći udio ispitanika (82,3%) navodi da je uglavnom ili vrlo zadovoljan svojim stambenim uvjetima. Udio od 8,4% ispitanika procjenjuje da nije niti zadovoljan niti nezadovoljan, dok 9,2% ispitanika navodi da su uglavnom ili vrlo nezadovoljno stambenim uvjetima.

Tablica 6. Procjena materijalne mogućnosti obitelji ispitanika

Varijabla	N	M	SD	Znatno su ispod prosjeka	Nešto su ispod prosjeka	Prosječne su	Nešto su iznad prosjeka	Znatno su iznad prosjeka
				%	%	%	%	%
Kako biste procijenili sadašnje materijalne mogućnosti Vaše obitelji?	398	3,2	0,85	4,5	8,5	56,0	25,1	5,8

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 6 prikazuje procjenu sadašnjih materijalnih mogućnosti obitelji ispitanika. Najveći udio ispitanika procjenjuje materijalne mogućnosti kao prosječne (56%). Ukupno 30,9% ispitanika procjenjuje materijalne mogućnosti kao nešto iznad ili znatno iznad prosjeka, dok 13,0% ispitanika navodi da su materijalne prilike njihove obitelji nešto ispod ili znatno ispod prosjeka.

Tablica 7. Percepcija financijskih teškoća – prikaz po česticama

Varijabla	N	M	SD	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
				%	%	%	%	%
Zabrinut/a sam zbog financijske situacije moje obitelji.	396	2,7	1,01	12,9	26,3	44,4	11,1	5,3
Novac je izvor sukoba u mojoj obitelji.	394	1,7	0,80	48,0	36,3	14,2	0,8	0,8
Članovi moje obitelji razgovaraju o financijskim problemima naše obitelji	392	2,6	1,08	17,3	29,8	34,7	13,0	5,1
Članovi moje obitelji su zadovoljni financijskom situacijom obitelji.	394	3,7	0,95	3,8	6,6	26,1	47,5	16,0
Zadovoljan/na sam financijskom situacijom moje obitelji.	393	3,6	1,00	3,3	10,9	24,4	44,3	17,0
Odnosi u mojoj obitelji su narušeni zbog problema s novcem.	392	1,4	0,64	72,4	21,2	5,4	0,8	0,3

Tablica 7 prikazuje raspodjelu odgovora ispitanika na pojedine čestice skale percepcije financijskih teškoća. Prema prikazanim podacima, 44,4% ispitanika navodi da ponekad brine o financijskoj situaciji svoje obitelji. Istodobno, 47,5% ispitanika izjavljuje da su članovi njihove obitelji zadovoljni financijskom situacijom, dok 44,3% ispitanika navodi da su i sami uglavnom ili vrlo zadovoljni financijskim stanjem svoje obitelji. Većina ispitanika rijetko ili nikada ne doživljava novac kao izvor sukoba u obitelji (84,3%) te ne procjenjuje da su obiteljski odnosi narušeni zbog financijskih problema (93,6%), što upućuje na relativno očuvane obiteljske odnose unatoč prisutnoj financijskoj zabrinutosti kod dijela ispitanika.

Tablica 8. Percepcija financijskih teškoća – prikaz ukupnog rezultata

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Percepcija financijskih teškoća	400	2,18	0,631	1	1,67	2,17	2,67	4	0,752

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 8 prikazuje ukupni rezultat na skali percepcije financijskih teškoća. Ukupni rezultat formiran je kao prosječna vrijednost odgovora na svim česticama skale. Prosječna vrijednost iznosi $M = 2,18$, što se nalazi između odgovora “rijetko” i “ponekad”, te upućuje na relativno nisku razinu percipiranih financijskih teškoća u uzorku. Budući da su čestice negativno

usmjerene (viši rezultat označava veće financijske poteškoće), dobiveni prosječni rezultat upućuje na to da se većina ispitanika ne suočava s ozbiljnijim financijskim problemima.

4.2. Prediktorske varijable

Slijedi prikaz deskriptivnih pokazatelja za sve prediktorske varijable. Prediktorske varijable odnose se na nepovoljna i povoljna iskustva u djetinjstvu, potencijalno traumatske događaje doživljene tijekom Domovinskog rata, te socijalnu podršku u odrasloj dobi.

Tablica 9. Prevalencija nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) po česticama

Varijabla	N	Ne	Da
		%	%
Da li Vas je roditelj ili druga odrasla osoba u kućanstvu često psovala?	402	54,2	45,8
Da li Vas je roditelj ili druga odrasla osoba u kućanstvu često gurala?	403	68,7	31,3
Da li Vas je osoba koja je starija od Vas barem pet godina ikada dirala?	401	94,3	5,7
Jeste li često imali osjećaj da Vas nitko u obitelji ne voli ili da nitko ne misli da ste posebni ili važni?	403	66,7	33,3
Jeste li često imali osjećaj da niste imali dovoljno za jesti, da ste nosili prljavu odjeću i da Vas nitko nije štutio?	403	88,3	11,7
Jesu li se vaši roditelji ikada razdvojili i živjeli zasebno ili razveli?	403	80,4	19,6
Je li vaša majka ili maćeha često bila grubo odgurivana, grubo zgrabljena, ošamarena ili je vaš otac/očuh bacao stvari na nju?	402	80,3	19,7
Jeste li živjeli s članom kućanstva koji je imao problema s alkoholom ili bio alkoholičar ili je koristio droge?	403	75,2	24,8
Da li je član kućanstva bio depresivan ili imao neku psihičku bolest ili pokušao samoubojstvo?	402	87,3	12,7
Da li je član kućanstva bio u zatvoru?	402	96,3	3,7

Tablica 9 prikazuje učestalost pojedinih nepovoljnih iskustva u djetinjstvu (ACE) koje su ispitanici retrospektivno prijavili. Najčešće prijavljeno iskustvo bilo je emocionalno zlostavljanje koje je navelo 45,8% ispitanika. Slijedi emocionalno zanemarivanje (33,3%) sudionika, dok je tjelesno zlostavljanje prijavilo 31,3% ispitanika. Svjedočenje nasilju nad majkom prijavilo je 19,7% ispitanika, dok je razvod ili razdvajanje roditelja tijekom djetinjstva navelo 19,6% ispitanika. Rjeđe prijavljivana iskustva uključuju seksualno zlostavljanje (5,7%) te služenje zatvorske kazne člana kućanstva (3,7%).

Tablica 10. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) – ukupni rezultat

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	403	2,1	2,17	0	0	1	3	9	0,758

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 10 prikazuje ukupni rezultat na mjeri nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE). Ukupni rezultat formiran je kao zbroj doživljenih iskustava, pri čemu je svaka čestica kodirana tako da je odgovor „ne“ označen vrijednošću 0, a odgovor „da“ vrijednošću 1. Prosječan broj ACE iznosi $M = 2,1$ ($SD = 2,17$), a raspon rezultata kreće se od 0 do 9. Ovakva raspodjela ukazuje na to da se u uzorku razlikuje opterećenost nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, pri čemu je dio ispitanika bio izložen većem broju takvih iskustava.

Tablica 11. Prevalencija pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) – prikaz po česticama

Varijabla	N	Da	Ne
		%	%
... imali barem jednu odraslu osobu koja se o Vama brinula i s kojom ste se osjećali sigurno?	402	98,8	1,2
... imali barem jednog dobrog prijatelja?	403	98,0	2,0
... imali uvjerenja (misli) koja su vam pružala utjehu?	403	96,8	3,2
... voljeli školu?	403	75,4	24,6
... imali barem jednog učitelja/nastavnika /profesora kojem je bilo stalo do Vas?	403	80,6	19,4
... imali dobre susjede?	403	92,6	7,4
... imali barem jednu odraslu osobu koja Vam je mogla pružiti podršku ili dati savjet?	402	97,3	2,7
... imali mogućnosti provoditi vrijeme na lijep način?	402	93,0	7,0
... se sebi dopadali ili osjećali udobno u „svojoj koži“?	401	82,8	17,2
... imali poznatu kućnu rutinu, kao što su redovni obroci i redovito vrijeme za odlazak na spavanje?	403	90,1	9,9

Tablica 11 prikazuje distribuciju pozitivnih iskustava u djetinjstvu. Vidljivo je da je većina ispitanika imala iskustva ključnih oblika relacijske i socijalne podrške. Gotovo svi ispitanici navode da su tijekom djetinjstva imali barem jednu odraslu osobu koja se o njima brinula i s kojom su se osjećali sigurno (98,8%) kao i barem jednog dobrog prijatelja (98%), što predstavlja temeljne elemente relacijske zaštite unutar BCE modela. Visok udio ispitanika također je izvijestio da su imali odraslu osobu kojoj su se mogli obratiti za podršku ili savjet (97,3%), da su imali poznatu kućnu rutinu (90,1%) te da su imali pozitivne odnose sa susjedima (92,6%). Nešto niži, ali i dalje većinski udio ispitanika navodi da su se osjećali ugodno u

vlastitoj koži (82,8%) te da su imali učitelja ili nastavnika kojem je bilo stalo do njih (80,6%). Najniža učestalost, iako i dalje visoka, odnosi se na iskaz voljenja škole (75,4%).

Tablica 12. Doživljavanje pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) – prikaz ukupnog rezultata

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Pozitivna iskustva u djetinjstvu	403	9,02	1,37	4	8	10	10	10	0,632

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 12 prikazuje ukupni rezultat pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE). Ukupni rezultat formiran je kao zbroj doživljenih pozitivnih iskustava, pri čemu je vrijednost 0 označavala odsutnost, a vrijednost 1 prisutnost pojedinog iskustva. Prosječni rezultat iznosi $M = 9,02$ ($SD = 1,37$) uz raspon od 4 do 10. Medijan iznosi 10, što upućuje na to da većina ispitanika izvještava o visokoj razini povoljnih iskustava u djetinjstvu.

Tablica 13. Prevalencija doživljenih potencijalno traumatskih događaja (PTE) – prikaz po česticama

Varijabla	N	Da	Ne
		%	%
Bili bez skloništa (za vrijeme granatiranja/ bombardiranja ili u borbi)	398	30,2	69,8
Bili protjerani pod prijetnjom (etničko čišćenje)?	399	25,8	74,2
Bili u borbi?	398	8,8	91,2
Preživjeli granatiranje?	398	77,6	22,4
Preživjeli bombardiranje (npr. zračne napade)?	399	71,4	28,6
Bili teško povrijeđeni?	399	6,5	93,5

Tablica 13 prikazuje učestalost pojedinih potencijalno traumatskih događaja (PTE) koje su ispitanici doživjeli tijekom Domovinskog rata. Najčešće prijavljeno iskustvo odnosi se na preživljavanje granatiranja (77,6%) i preživljeno bombardiranje (71,4%). Nadalje, 30,2% ispitanika navodi da su tijekom ratnih djelovanja bili bez skloništa, dok je 25,8% ispitanika bilo protjerano pod prijetnjom. Sudjelovanje u borbama prijavilo je 8,8% ispitanika, a 6,5% navodi da su bili teško povrijeđeni.

Tablica 14. Broj doživljenih potencijalno traumatskih događaja (PTE) – ukupni rezultat

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Broj PTE	399	2,2	1,39	0	1	2	3	6	0,635

Napomena: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *Min* – najmanji ostvareni rezultat; *Q1* – prvi kvartil; *C* – medijan; *Q3* – treći kvartil; *Max* – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 14 prikazuje ukupni broj potencijalno traumatskih događaja (PTE) koje su ispitanici doživjeli tijekom Domovinskog rata. Ukupni rezultat formiran je kao zbroj pojedinačnih doživljenih događaja, pri čemu je odgovor „ne“ kodiran vrijednošću 0, a odgovor „da“ vrijednošću 1. Prosječan broj doživljenih ratnih trauma iznosi $M = 2,2$ ($SD = 1,39$), a raspon rezultata kreće se od 0 do 6.

Tablica 15. Iskustvo progonstva tijekom rata

Varijabla	N	Da	Ne
		%	%
Ostali živjeti u istom mjestu	392	41,1	58,9
Bili prognanici unutar Republike Hrvatske	385	59,7	40,3
Bili izbjeglice izvan Republike Hrvatske	382	29,1	70,9

Tablica 15 prikazuje različite oblike raseljavanja ispitanika tijekom Domovinskog rata. Najveći udio ispitanika (59,7%) navodi da su bili prognanici unutar Republike Hrvatske, dok je 41,1% ispitanika ostalo živjeti u istom mjestu. Nadalje, 29,1% ispitanika izvještava da su bili izbjeglice izvan Republike Hrvatske. Budući da su ponuđeni odgovori omogućavali višestruki odabir, pojedini oblici raseljavanja nisu međusobno isključivi, zbog čega ukupni postotci premašuju 100%.

Tablica 16. Iskustvo razdvojenosti obitelji tijekom Domovinskog rata

Varijabla	Kategorija	%
Je li Vaša obitelj bila razdvojena tijekom rata?	Da	72,4
	Ne	27,6
	Ukupni N	398

Tablica 16 prikazuje podatke o razdvojenosti obitelji tijekom Domovinskog rata. Većina ispitanika (72,4%) navodi da je njihova obitelj bila razdvojena tijekom ratnog razdoblja, dok 27,6% ispitanika izjavljuje da do razdvajanja nije došlo.

Tablica 17. Iskustvo gubitka člana uže ili šire obitelji tijekom Domovinskog rata

Varijabla	Kategorija	%
Je li netko iz Vaše uže ili šire obitelji ili netko od Vaših bliskih prijatelja poginuo u ratu?	Da	45,5
	Ne	54,5
	Ukupni N	398

Tablica 17 prikazuje učestalost iskustva gubitka člana uže ili šire obitelji, odnosno bliske osobe ili prijatelja tijekom Domovinskog rata. Gotovo polovica ispitanika (45,5%) navodi da su tijekom rata izgubili blisku osobu, dok 54,5% ispitanika izvještava da nisu doživjeli takav gubitak.

Tablica 18. Dijagnoza PTSP kao posljedica Domovinskog rata

Varijabla	Kategorija	%
Jeste li Vi ili netko od članova Vaše uže obitelji imali dijagnozu PTSP-a kao posljedicu Domovinskog rata?	Da	25,1
	Ne	74,9
	Ukupni N	399

Tablica 18 prikazuje zastupljenost dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod ispitanika ili članova njihove uže obitelji kao posljedice Domovinskog rata. Dijagnozu PTSP-a navodi 25,1% ispitanika, dok 74,9% izvještava da niti oni niti članovi njihove uže obitelji nisu imali postavljenu dijagnozu PTSP-a.

Tablica 19. Distribucija procjene čestina socijalne podrške – prikaz po česticama

Varijabla	N	M	SD	Rijet-	Pone-	Prilično	Gotovo	Uvi-
				ko	kad	često	uvijek	jek
				%	%	%	%	%
Vaš partner/ica je brižan/a, podržavajuć/a i sluša Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	384	4,1	0,98	1,6	6,0	17,4	34,1	40,9
Vaš partner/ica bi Vam napravio/la uslugu ukoliko je to potrebno ili je voljan/na za Vas nešto učiniti.	384	4,6	0,71	0,3	1,8	6,0	20,6	71,4
Vaš partner/ica Vam daje korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	384	4,2	0,99	2,6	3,9	13,3	29,4	50,8
Članovi Vaše obitelji su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	396	4,2	0,92	1,3	4,3	13,4	35,1	46,0
Članovi Vaše obitelji bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti.	397	4,5	0,83	0,8	2,8	9,1	22,4	65,0
Članovi Vaše obitelji Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	397	4,2	0,99	1,8	5,8	12,1	29,7	50,6
Vaši prijatelji su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	395	4,1	0,93	1,3	4,8	17,0	38,2	38,7
Vaši prijatelji bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti.	394	4,1	0,98	2,5	3,6	15,5	33,5	44,9
Vaši prijatelji Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	395	4,0	1,05	4,1	3,5	18,7	33,4	40,3
Članovi Vaše zajednice su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	393	3,2	1,32	12,7	17,6	25,7	21,6	22,4
Članovi Vaše zajednice bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti.	391	3,3	1,32	11,5	15,9	24,3	23,0	25,3
Članovi Vaše zajednice Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	391	3,3	1,34	13,3	17,4	23,8	22,0	23,5

Tablica 19 prikazuje čestinu primanja socijalne podrške iz četiri izvora: partner/ica, obitelj, prijatelji i članovi zajednice. Najviše razine podrške ispitanici navode u odnosima s partnerom/icom i članovima obitelji, pri čemu većina ispitanika navodi da podršku primaju prilično često ili gotovo uvijek. Prijatelji se također pokazuju kao važan izvor socijalne podrške, s visokim udjelom odgovora u višim kategorijama učestalosti, iako su ti udjeli nešto niži u usporedbi s partnerom/icom i obitelji. Najniže procjene učestalosti socijalne podrške zabilježene su za članove zajednice, kod kojih su odgovori češće raspoređeni u nižim kategorijama (rijetko i ponekad).

Tablica 20. Distribucija procijenjene čestine socijalne podrške prema izvoru

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Čestina podrške - partner/ica	384	12,9	2,33	4	12	13	15	15	0,823
Čestina podrške - obitelj	396	12,9	2,46	4	12	14	15	15	0,880
Čestina podrške - prijatelji	394	12,2	2,70	3	11	12	15	15	0,902
Čestina podrške - zajednica	390	9,8	3,83	3	7	9	13	15	0,958

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 20 prikazuje čestinu socijalne podrške prema izvoru. Ukupni rezultati za svaki izvor podrške formirani su zbrajanjem odgovora na tri čestice koje mjere emocionalnu, instrumentalnu i informacijsku podršku, čime je dobiven indeks čestine podrške za pojedini izvor.

Tablica 21. Distribucija procijenjene socijalne podrške prema vrsti

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Čestina podrške - emocionalna	377	15,6	3,25	5	14	16	18	20	0,789
Čestina podrške - instrumentalna	376	16,6	2,91	6	15	17	19	20	0,744
Čestina podrške - informacijska	377	15,7	3,34	4	14	16	19	20	0,770

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 21 prikazuje čestinu socijalne podrške prema vrsti. Ukupni rezultati za emocionalnu, instrumentalnu i informacijsku podršku formirani su zbrajanjem odgovora na čestice koje mjere pojedinu vrstu podrške, neovisno o izvoru. Svaka vrsta podrške obuhvaća četiri čestice (po

jedna za partnera/icu, obitelj, prijatelje i zajednicu), a njihov zbroj predstavlja ukupnu čestinu doživljene podrške određene vrste. Ispitanici u prosjeku najčešće doživljavaju instrumentalnu podršku ($M = 16,6$), dok su emocionalna ($M = 15,6$) i informacijska podrška ($M = 15,7$) prisutne u nešto manjoj, ali vrlo sličnoj mjeri.

Tablica 22. Čestina socijalne podrške – ukupni rezultat

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Podrška - ukupna čestina	375	47,9	9,05	17	42	49	55	60	0,920

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 22 prikazuje prosječni ukupni rezultat procjene čestine socijalne podrške, koji iznosi $M = 47,9$ ($SD = 9,05$). S obzirom na teorijski raspon skale od 12 do 60, prosječan rezultat nalazi se u gornjem dijelu raspona, što upućuje na relativno visoku razinu percipirane socijalne podrške u uzorku. Ukupni rezultat formiran je zbrajanjem svih čestica koje mjere emocionalnu, instrumentalnu i informacijsku podršku iz različitih izvora (partner/ica, obitelj, prijatelji i zajednica), čime je dobiven sveobuhvatni pokazatelj percipirane socijalne podrške u odrasloj dobi.

Tablica 23. Distribucija procijenjenog zadovoljstva socijalnom podrškom – prema česticama

Varijabla	N	M	SD	Nezadovoljan sam	Jedva da sam zadovoljan	Donekle sam zadovoljan	Prilično sam zadovoljan	Jako sam zadovoljan
				%	%	%	%	%
Vaš partner/ica je brižan/a, podržavajuć/a i sluša Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	365	4,1	0,98	2,5	3,8	16,4	34,2	43,0
Vaš partner/ica bi Vam napravio/la uslugu ukoliko je to potrebno ili je voljan/na za Vas nešto učiniti.	365	4,6	0,69	0,3	1,4	6,0	23,3	69,0
Vaš partner/ica Vam daje korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	365	4,3	0,92	1,9	2,5	12,1	28,2	55,3
Članovi Vaše obitelji su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	375	4,3	0,91	1,3	2,7	15,2	29,9	50,9

nastavak tablice s prethodne stranice

Varijabla	N	M	SD	Nezadovoljan sam	Jedva da sam zadovoljan	Donekle sam zadovoljan	Prilično sam zadovoljan	Jako sam zadovoljan
				%	%	%	%	%
Članovi Vaše obitelji bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti.	374	4,5	0,82	0,8	1,9	11,0	19,3	67,1
Članovi Vaše obitelji Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	374	4,4	0,87	1,1	2,4	12,3	27,5	56,7
Vaši prijatelji su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	371	4,2	0,86	0,8	2,4	16,2	36,1	44,5
Vaši prijatelji bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti.	370	4,3	0,86	1,1	1,6	14,9	31,1	51,4
Vaši prijatelji Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	370	4,2	0,90	1,9	1,4	17,0	34,1	45,7
Članovi Vaše zajednice su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	367	3,4	1,25	7,6	16,6	27,8	21,8	26,2
Članovi Vaše zajednice bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti.	365	3,6	1,21	6,6	12,9	27,4	24,9	28,2
Članovi Vaše zajednice Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	366	3,5	1,24	7,1	13,9	27,3	23,2	28,4

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 23 prikazuje zadovoljstvo socijalnom podrškom prema pojedinim česticama. Rezultati pokazuju da su ispitanici najzadovoljniji podrškom od partnera/ice i članova obitelji, osobito u vidu konkretne pomoći i korisnih savjeta. Visoke razine zadovoljstva prisutne su i u odnosima s prijateljima, dok je najniže zadovoljstvo zabilježeno u odnosu na članove zajednice, neovisno o vrsti podrške.

Tablica 24. Zadovoljstvo socijalnom podrškom prema izvoru podrške

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Zadovoljstvo podrškom - partner/ice	365	13,0	2,28	3	12	14	15	15	0,841
Zadovoljstvo podrškom - obitelj	374	13,1	2,35	4	12	14	15	15	0,887
Zadovoljstvo podrškom - prijatelji	369	12,7	2,42	3	11	13	15	15	0,917
Zadovoljstvo podrškom - zajednica	365	10,5	3,57	3	8	11	15	15	0,963

Napomena: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *Min* – najmanji ostvareni rezultat; *Q1* – prvi kvartil; *C* – medijan; *Q3* – treći kvartil; *Max* – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 24 prikazuje zadovoljstvo socijalnom podrškom s obzirom na izvor podrške. Ukupni rezultati zadovoljstva formirani su zbrajanjem odgovora na tri čestice koje se odnose na isti izvor podrške (partner/ica, obitelj, prijatelji i zajednica), a koje obuhvaćaju emocionalni, instrumentalni i informacijski aspekt zadovoljstva.

Rezultati pokazuju da su ispitanici najzadovoljniji podrškom koju dobivaju od članova obitelji, zatim od partnera/ice i prijatelja, dok je najniža razina zadovoljstva zabilježena u odnosu na podršku članova zajednice.

Tablica 25. Zadovoljstvo podrškom prema vrsti podrške

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Zadovoljstvo podrškom - emocionalna	355	16,0	3,07	4	14	16	19	20	0,765
Zadovoljstvo podrškom - instrumentalna	353	16,9	2,74	6	15	18	19	20	0,751
Zadovoljstvo podrškom - informacijska	353	16,4	2,98	5	14	17	19	20	0,762

Napomena: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *Min* – najmanji ostvareni rezultat; *Q1* – prvi kvartil; *C* – medijan; *Q3* – treći kvartil; *Max* – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 25 prikazuje zadovoljstvo socijalnom podrškom prema vrsti podrške. Ukupni rezultati zadovoljstva prema vrsti formirani su zbrajanjem odgovora na četiri čestice koje mjere emocionalnu, instrumentalnu ili informacijsku podršku, pri čemu svaka čestica potječe iz različitog izvora (partner/ica, obitelj, prijatelji i zajednica). Zbroj odgovora predstavlja ukupnu razinu zadovoljstva za svaku pojedinu vrstu podrške.

Ispitanici su u prosjeku najzadovoljniji instrumentalnom podrškom, zatim informacijskom, dok je emocionalna podrška procijenjena nešto niže u odnosu na ostale oblike podrške.

Tablica 26. Zadovoljstvo podrškom – ukupni rezultat

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Podrška - ukupno zadovoljstvo	352	49,4	8,43	15	43	51	57	60	0,920

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 26 prikazuje prosječnu vrijednost ukupnog zadovoljstva ispitanika socijalnom podrškom. Ukupni rezultat zadovoljstva socijalnom podrškom formiran je zbrajanjem odgovora na sve čestice koje procjenjuju emocionalnu, instrumentalnu i informacijsku podršku iz različitih izvora (partner/ica, obitelj, prijatelji i zajednica). Tako dobiven zbroj predstavlja opću razinu zadovoljstva socijalnom podrškom u odrasloj dobi. Prosječan rezultat iznosi $M = 49,4$ ($SD = 8,43$), a s obzirom na teorijski raspon skale od 12 do 60, nalazi se u gornjem dijelu raspona.

4.3. Kriterijske varijable

Slijedi prikaz deskriptivnih pokazatelja za sve kriterijske varijable. Kriterijske varijable odnose se na zdravstvene ishode, a obuhvaćaju područja tjelesnog i mentalnog zdravlja. Tjelesno zdravlje procjenjuje se kroz opću procjenu zdravlja, koja uključuje subjektivnu procjenu vlastitog zdravstvenog stanja, informacije o bolovanju od kroničnih i psihijatrijskih bolesti, kao i prisutnost različitih tjelesnih simptoma (pseudoneuroloških, kardiovaskularnih, respiratornih i muskulatornih, gastrointestinalnih, dermatoloških), te osjećaj boli i/ili slabosti. Mentalno zdravlje procjenjuje se kroz indikatore internaliziranih problema, koji uključuju simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa, te kroz posttraumatske stresne reakcije (PTD), mjerenih pomoću Skale simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja prema DSM-5.

Tablica 27. Distribucija samoprocjene zdravlja

Varijabla	N	M	SD	Izvrсно	Vrlo dobro	Osrednje	Loše
				%	%	%	%
Kakvo je Vaše zdravlje općenito?	401	2,2	0,71	13,5	58,1	24,7	3,7

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 27 prikazuje subjektivnu procjenu vlastitog zdravlja ispitanika. Većina ispitanika (58,1%) ocijenila je svoje zdravlje kao vrlo dobro. Slijedi 24,7% ispitanika koji svoje zdravlje procjenjuju kao osrednje, dok 13,5% smatra da ima izvrsno zdravlje. Najmanji udio ispitanika (3,7%) procjenjuje svoje zdravlje kao loše.

Tablica 28. Distribucija prisutnosti kroničnih bolesti

Varijabla	Kategorija	%
Bolujete li od neke kronične bolesti poput npr. astme, alergija, dijabetesa i sl.	Ne	71,9
	Da	28,1
	Ukupni N	402

Tablica 28 prikazuje podatke o kroničnim bolestima među ispitanicima. Prema rezultatima 28,1% ispitanika izjavljuje da boluje od neke kronične bolesti, dok 71,9% navodi da nema kroničnih zdravstvenih tegoba.

Tablica 29. Distribucija dijagnosticiranih psihijatrijskih bolesti

Varijabla	Kategorija	%
Je li Vam ikada dijagnosticirana neka psihijatrijska bolest?	Ne	94,8
	Da	5,2
	Ukupni N	401

Tablica 29 prikazuje podatke o dijagnosticiranim psihijatrijskim bolestima među ispitanicima. Prema rezultatima, 5,2% ispitanika iz uzorka navodi da im je u nekom trenutku života dijagnosticirana psihijatrijska bolest, dok 94,8% ispitanika izjavljuje da im takva dijagnoza nije postavljena.

Tablica 30. Distribucija učestalosti javljanja psihosomatskih simptoma

Varijabla	N	M	SD	Nikada	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta tjedno	Gotovo svaki dan
				%	%	%	%
Glavobolje	400	1,8	0,63	27,5	62,8	8,0	1,8
Vrtoglavica	391	1,4	0,59	68,5	27,9	2,6	1,0
Bol u leđima	396	2,2	0,94	21,7	45,7	19,2	13,4
Manjak energije/umor	399	2,4	0,91	14,8	47,4	22,8	15,0
Povišena tjelesna temperatura	392	1,2	0,47	81,1	17,6	0,5	0,8
Bol u zglobovima	402	1,8	0,94	48,0	33,6	9,7	8,7
Bol u rukama/nogama	401	2,0	0,97	37,7	38,7	13,0	10,7
Gubitak ravnoteže	402	1,2	0,53	84,6	11,9	2,2	1,2
Mišićna napetost	402	1,8	0,91	50,0	31,6	11,4	7,0
Slabost mišića	402	1,5	0,79	63,9	23,9	9,0	3,2
„Knedla“ u grlu	400	1,3	0,61	74,8	21,3	2,0	2,0
Dvostruka slika	400	1,2	0,49	88,3	9,3	1,0	1,5
Zamućeni vid	401	1,3	0,64	73,3	21,7	2,7	2,2
Iznenadni gubitak vida	402	1,1	0,33	96,3	2,5	0,5	0,7
Iznenadni gubitak sluha	399	1,0	0,26	97,2	2,3	0,0	0,5
Nesvjestica	399	1,1	0,30	94,2	5,0	0,5	0,3
Iznenadni gubitak pamćenja	399	1,1	0,43	87,5	11,0	0,8	0,8
Ubrzano lupanje srca	400	1,6	0,73	53,5	37,8	5,8	3,0
Bol u grudima	398	1,3	0,56	75,1	21,6	2,3	1,0
Mučnina	399	1,3	0,52	72,4	25,6	1,5	0,5
Grčevi u trbuhu	400	1,4	0,60	66,0	29,8	3,3	1,0
Proljev	400	1,3	0,57	74,0	22,3	2,8	1,0
Povraćanje	398	1,1	0,35	91,0	8,0	0,8	0,3
Nadutost	401	1,8	0,86	43,4	40,4	10,0	6,2
Gubitak apetita	400	1,3	0,53	77,3	19,8	2,3	0,8
Nepodnošenje nekih vrsta hrane	401	1,3	0,63	78,6	16,5	2,7	2,2
Opstipacija ili neredovita stolica	399	1,4	0,76	71,2	18,5	7,0	3,3
Žgaravica	401	1,5	0,75	59,6	31,9	4,7	3,7
Teškoće disanja	400	1,2	0,51	83,5	13,5	2,0	1,0
Osjećaj gušenja	401	1,1	0,48	89,3	7,7	2,0	1,0
Kožni osip	401	1,1	0,43	89,0	8,7	1,7	0,5
Svrbež/crvenilo kože	401	1,2	0,50	83,5	14,0	1,5	1,0
Akne ili bubuljice	400	1,3	0,64	72,8	23,0	1,8	2,5
Prehlada (začepljen nos, kašalj i sl.)	399	1,6	0,61	49,1	45,9	4,3	0,8
Prekomjerno znojenje	400	1,6	0,84	60,3	28,3	5,8	5,8

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 30 prikazuje učestalost pojavljivanja psihosomatskih simptoma. Većina simptoma javlja se rijetko, što potvrđuju visoki udjeli odgovora „nikada“ i „nekoliko puta mjesečno“ na većini čestica. Nešto učestalije pojavljuju se simptomi iz muskulatornog klastera i klastera boli, kao što su bol u leđima, mišićna napetost, bol u udovima te manjak energije i umor, koji se kod manjeg dijela sudionika javljaju i nekoliko puta tjedno ili gotovo svakodnevno. U području gastrointestinalnih simptoma nešto je učestalija nadutost, dok su simptomi pseudoneurološkog, dermatološkog, respiratornog i kardiovaskularnog sustava u pravilu rijetki, s vrlo niskom učestalošću težih simptoma poput iznenadnog gubitka vida ili sluha, nesvjestice, dvostruke slike ili gubitka ravnoteže.

Tablica 31. Distribucija ukupnog rezultata tjelesnog zdravlja

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Zdravlje - ukupni rezultat	400	49,6	11,8	35	41	46,5	55	119	0,925

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 31 prikazuje distribuciju ukupnog rezultata tjelesnog zdravlja ispitanika, formiranog zbrajanjem procjena učestalosti pojedinačnih psihosomatskih simptoma. Prosječna vrijednost iznosi $M = 49,6$ ($SD = 11,80$), a raspon rezultata kreće se od 35 do 119. Viši rezultat upućuje na veću učestalost i intenzitet psihosomatskih simptoma.

Tablica 32. Distribucija rezultata DASS-21 za subskalu depresivnosti

Varijabla	N	M	SD	Uopće se nije odnosilo na mene	Ponekad ili donekle se odnosilo na mene	Često ili većinom se odnosilo na mene	Gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene
				%	%	%	%
Nisam mogao/la doživjeti niti jedan ugodni osjećaj.	397	1,3	0,57	72,0	23,9	3,5	0,5
Bilo mi je teško natjerati se da se pokrenem, da nešto napravim.	398	1,7	0,75	41,2	46,0	9,8	3,0
Osjećao/la sam da se nemam čemu veseliti.	396	1,4	0,69	73,2	20,2	3,8	2,8
Osjećao/la sam se potišteno i tužno.	394	1,6	0,73	54,1	37,3	5,6	3,0
Ništa me nije moglo oduševiti.	393	1,3	0,63	77,6	15,8	5,3	1,3
Osjećao/la sam da kao osoba ne vrijedim mnogo.	396	1,3	0,65	76,5	16,7	5,1	1,8
Osjećao/la sam da je život besmislen.	396	1,2	0,58	83,1	12,6	2,5	1,8

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 32 prikazuje rezultate subskale depresivnosti upitnika DASS-21. Većina ispitanika navodi da se depresivni simptomi uopće nisu odnosili ili su se tek djelomično odnosili na njih. Najrjeđe su prijavljeni osjećaji besmisla, niskog samovrednovanje i nemogućnosti doživljavanja ugone, dok se nešto učestalije javljaju poteškoće s motivacijom i osjećaj potištenosti. Općenito, rezultati upućuju na nisku razinu depresivnih simptoma u uzorku.

Tablica 33. Distribucija rezultata DASS-21 za subskalu anksioznosti

Varijabla	N	M	SD	Uopće se nije odnosilo na mene	Ponekad ili donekle se odnosilo na mene	Često ili većinom se odnosilo na mene	Gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene
				%	%	%	%
Osjećao/la sam se kao da ne mogu progovoriti, kao da su mi usta suha.	399	1,3	0,56	76,7	18,3	4,8	0,3
Imao/la sam teškoće s disanjem (npr. jako ubrzano disanje, ostajanje bez daha iako nije bilo fizičkog napora).	397	1,3	0,58	76,6	18,4	4,3	0,8
Drhtao/la sam (npr. tresle su mi se ruke).	397	1,3	0,55	78,6	17,4	3,3	0,8
Bio/la sam zabrinut/a zbog situacija u kojima bih se mogao/la uspaničiti i napraviti budalu od sebe.	397	1,4	0,68	67,0	26,2	4,8	2,0
Osjećao/la sam da ću se uspaničiti.	396	1,3	0,64	75,5	19,2	3,3	2,0
Bio/la sam svjestan/a kako mi srce kuca, iako ništa naporno nisam radio/la (npr. da mi srce ubrzano lupa, da je preskočilo otkucaj).	397	1,5	0,74	65,7	25,2	6,0	3,0
Bez određenog razloga sam osjećao/la strah.	396	1,3	0,64	73,7	20,2	4,5	1,5

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 33 prikazuje rezultate subskale anksioznosti upitnika DASS-21. Većina ispitanika navodi da se anksiozni simptomi uopće nisu odnosili ili su se tek povremeno odnosili na njih. Nešto su učestalije prijavljeni simptomi vezani uz zabrinutost i anticipaciju panike, poput osjećaja ubrzanog lupanja srca ili straha od panične reakcije, dok su somatski simptomi poput drhtanja, otežanog disanja ili suhoće usta rijetko izraženi. Ukupno, rezultati upućuju na nisku razinu anksioznih simptoma u uzorku.

Tablica 34. Distribucija rezultata DASS-21 za subskalu stresa

Varijabla	N	M	SD	Uopće se nije odnosilo na mene	Ponekad ili donekle se odnosilo na mene	Često ili većinom se odnosilo na mene	Gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene
				%	%	%	%
Bilo mi je teško smiriti se.	399	1,6	0,71	51,6	38,8	7,8	1,8
Bio/la sam sklon/a pretjerano reagirati na neke situacije.	397	1,8	0,79	41,3	43,1	12,3	3,3
Bio/la sam jako nervozan/a, pun/a negativne energije.	397	1,6	0,76	51,4	37,8	7,6	3,3
Primijetio/la sam da se uzrujavam.	398	1,7	0,80	44,2	42,5	9,0	4,3
Bilo mi je teško opustiti se.	398	1,7	0,80	49,0	36,9	10,6	3,5
Nisam imao/la strpljenja prema bilo čemu što me ometalo u nečemu što radim.	394	1,6	0,72	54,6	36,0	7,1	2,3
Osjećao/la sam se prilično osjetljivo.	396	1,6	0,72	53,3	37,9	6,3	2,5

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 34 prikazuje rezultate subskale stresa DASS-21. Većina ispitanika navodi da se stresni simptomi uopće nisu odnosili ili su se samo povremeno odnosili na njih. Najčešće prijavljeni simptomi uključuju poteškoće s opuštanjem, sklonost pretjeranim reakcijama i osjećaj nervoze, dok se intenzivniji oblici stresa javljaju rijetko. Općenito, rezultati upućuju na nisku razinu percipiranog stresa u ovom uzorku.

Tablica 35. Ukupni rezultat na DASS-21

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
Depresivnost	396	2,9	3,68	0	0	2	4	20	0,905
Anksioznost	396	2,4	3,33	0	0	1	3	17	0,873
Stres	397	4,6	4,32	0	1	4	7	19	0,916
Internalizirani simptomi (DASS ukupno)	396	9,8	10,45	0	2	6	14	50	0,956

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 35 prikazuje prosječne rezultate na subskalama depresivnosti, anksioznosti i stresa, kao i ukupni rezultat DASS-21 koji predstavlja razinu internaliziranih simptoma. Prosječne vrijednosti na svim subskalama nalaze se u nižem dijelu raspona, što upućuje na relativno nisku

izraženost internaliziranih simptoma u uzorku. Ukupni rezultat DASS-a ($M = 9,8$; $SD = 10,45$) dodatno potvrđuje nisku prosječnu razinu internaliziranih simptoma u uzorku.

Tablica 36. Ukupni rezultat na DASS-u prema kategorijama

Varijabla	N	Normalna razina	Blaga razina	Umjerena razina	Teška/ozbiljna razina	Izrazito teška/ozbiljna razina
		%	%	%	%	%
Depresivnost - kategorije	396	77,5	10,6	6,1	3,8	2,0
Anksioznost - kategorije	396	75,5	9,1	7,3	2,3	5,8
Stres - kategorije	397	78,8	9,1	5,3	4,5	2,3

Tablica 36 prikazuje distribuciju ispitanika prema kategorijama izraženosti simptoma na subskalama upitnika DASS-a. Kod depresivnosti, 5,8% sudionika pokazuje tešku ili izrazito tešku razinu simptoma, dok 16,% iskazuje umjerenu do blagu razinu simptoma. Kod anksioznosti, 8,1% ispitanika pokazuje tešku ili izrazito tešku razinu simptoma, a 16,4% umjerenu do blagu razinu. Kada je riječ o stresu, 6,8% ispitanika iskazuje tešku ili izrazito tešku razinu simptoma, dok 14,4% pokazuje umjerenu do blagu razinu simptoma. U svim trima domenama većina ispitanika nalazi se u kategoriji normalne razine simptoma.

Tablica 37. Distribucija rezultata simptoma posttraumatskih stresnih reakcija – rezultati prema česticama

Varijabla	N	M	SD	Niti malo	Malo	Umjereneno	Poprilično	Jako
				%	%	%	%	%
Ponavljajuća, uznemirujuća i neželjena sjećanja na stresno iskustvo	397	1,7	0,93	50,1	35,3	8,1	4,8	1,8
Ponavljajući, uznemirujući snovi o stresnom iskustvu	397	1,5	0,79	66,8	26,4	3,3	2,0	1,5
Iznenadni osjećaj ili ponašanje kao da se stresno iskustvo upravo opet događa	395	1,4	0,77	71,9	18,7	6,3	2,3	0,8
Osjećaj velike uznemirenosti kad Vas nešto podsjeti na stresno iskustvo	396	1,7	0,96	55,8	30,1	7,3	4,5	2,3

nastavak tablice s prethodne stranice

Varijabla	N	M	SD	Niti malo	Malo	Umjereneno	Poprilično	Jako
				%	%	%	%	%
Snažne tjelesne reakcije kada Vas nešto podsjeti na stresno iskustvo	396	1,5	0,87	64,9	23,2	7,6	2,8	1,5
Izbjegavanje sjećanja, misli ili osjećaja koji su povezani sa stresnim iskustvom	396	1,7	0,99	55,6	27,8	8,8	5,8	2,0
Izbjegavanje vanjskih podsjetnika na stresno iskustvo	397	1,7	1,02	60,2	22,2	9,1	6,3	2,3
Problemi u prisjećanju važnih dijelova stresnog iskustva	396	1,5	0,93	69,2	18,4	6,3	4,0	2,0
Snažna negativna uvjerenja o sebi, drugim ljudima ili svijetu	397	1,4	0,81	71,8	18,1	6,3	2,8	1,0
Okrivljavanje sebe ili nekog drugog za stresno iskustvo ili događaje nakon tog iskustva	397	1,5	0,90	66,8	20,7	6,3	5,3	1,0
Snažni neugodni osjećaji poput straha, užasa, ljutnje, krivnje ili srama	396	1,6	0,94	63,1	22,5	8,1	4,8	1,5
Gubitak interesa za aktivnosti u kojima ste prije uživali	397	1,6	0,91	59,7	27,0	7,8	3,8	1,8
Osjećaj udaljavanja ili otuđenja od drugih ljudi	396	1,7	0,93	57,6	26,3	10,6	4,0	1,5
Teškoće u doživljavanju ugodnih osjećaja	397	1,4	0,79	75,1	16,1	4,5	3,5	0,8
Razdražljivo ponašanje, bijesni ispadi ili agresivno ponašanje	397	1,5	0,79	66,0	23,9	6,8	2,5	0,8
Pretjerano preuzimanje rizika ili dovođenje sebe u situacije koje bi Vam mogle naštetiti	401	1,4	0,78	72,3	18,5	6,0	2,5	0,7
Osjećaj da ste stalno na oprezu, da ste pretjerano pobuđeni	400	1,6	0,89	57,3	29,5	8,5	3,0	1,8
Osjećaj nervoze ili plašljivosti	400	1,7	0,88	53,8	31,8	9,3	4,3	1,0
Poteškoće s koncentracijom	401	1,8	0,93	47,6	34,7	12,2	3,5	2,0
Problemi u uspavlivanju ili spavanju	401	1,9	1,14	51,4	27,4	9,0	8,0	4,2

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Tablica 37 prikazuje učestalost pojedinačnih simptoma posttraumatskih stresnih reakcija prema česticama PCL-5. Većina ispitanika navodi da su simptomi bili prisutni „niti malo“ ili „malo“, što ukazuje na njihovu nisku učestalost u uzorku. Nešto učestalije se javljaju simptomi poput poteškoća s koncentracijom, problema sa spavanjem, osjećaja nivoze i stanja pojačane opreznosti. S druge strane, simptomi intenzivnog ponovnog proživljavanja događaja, disocijativnih reakcija, snažnih tjelesnih reakcija na podsjetnike ili ponašanja pretjeranog rizika javljaju se rijetko. Općenito, načini odgovora upućuju na nisku razinu posttraumatskih simptoma među ispitanicima.

Tablica 38. Prikaz rezultata simptoma PTSP-a – ukupni rezultat

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max	α
PTSP	396	11,6	12,92	0	2	7	17	62	0,954

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat, α – Cronbach alfa koeficijent

Tablica 38 prikazuje ukupni rezultat simptoma PTSP-a prema PCL-5. Prosječan rezultat iznosi 11,6 bodova (SD = 12,92), što se, u odnosu na teorijski raspon od 0 do 80, nalazi u nižem dijelu skale. Medijan iznosi 7 bodova, što dodatno ukazuje da većina ispitanika ostvaruje vrlo niske vrijednosti na ovoj mjeri.

Tablica 39. Indikacije klinički značajnih simptoma PTSP-a prema PCL-5

Varijabla	Kategorija	%
Indikacija dijagnoze PTSP	Ne	90,7
	Da	9,3
	Ukupni N	396

Tablica 39 prikazuje udio ispitanika koji prema rezultatu na upitniku PCL-5 prelaze preporučeni klinički prag od ≥ 31 boda, što upućuje na prisutnost klinički značajnih posttraumatskih stresnih simptoma. U ovom uzorku navedeni prag zadovoljava 9,3% ispitanika.

S obzirom na prosječan ukupni rezultat na PCL-5 (M = 11,6) i teorijski raspon skale (0–80), većina ispitanika nalazi se u nižem dijelu distribucije intenziteta simptoma, što upućuje na općenito nisku razinu posttraumatskih stresnih reakcija u populacijskom uzorku. Prag od ≥ 31 boda korišten je u skladu s prethodnim istraživanjima psiholoških posljedica ratnih trauma i međunarodnim preporukama za procjenu klinički značajnih simptoma. Ovaj kriterij ne predstavlja dijagnostičku potvrdu posttraumatskog stresnog poremećaja, već indikaciju povišenog rizika koja zahtijeva daljnju stručnu procjenu.

4.4. Povezanost nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i adolescenciji, uključujući ratne traume, s tjelesnim i mentalnim zdravljem u odrasloj dobi

Prvi istraživački problem odnosio se na ispitivanje povezanosti nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i adolescenciji (ACE), uključujući ratne traume, s različitim aspektima tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi. Polazne hipoteze temeljile su se na pretpostavci da veći broj nepovoljnih iskustava, kao i veća izloženost ratnim traumama, predviđaju lošije ishode tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi. U skladu s tim, analiziran je doprinos sljedećih skupina prediktora: nepovoljna iskustva u djetinjstvu koja obuhvaćaju zlostavljanje, zanemarivanje, izloženost obiteljskom nasilju, te život s članom obitelji koji je koristio psihoaktivne tvari, imao mentalnu bolestan ili bio na služenju kazne zatvora; broj ratnih trauma, tijekom djetinjstva i adolescencije; sociodemografske varijable te financijski i stambeni uvjeti. Kao kriterijske varijable korišteni su pokazatelji tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi, uključujući opću procjenu zdravlja, izraženost psihosomatskih simptoma, posttraumatske stresne reakcije (mjerene PCL-5) te razinu internaliziranih problema (ukupni rezultat DASS-21). Cilj analize bio je:

- ispitati ukupni doprinos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i ratnih trauma u objašnjenju ishoda tjelesnog i mentalnog zdravlja,
- identificirati prediktore koji su najsnažnije povezani s pojedinim zdravstvenim ishodima,
- utvrditi postoji li razlika u učincima s obzirom na spol ispitanika.

Hijerarhijskim regresijskim analizama prethodila je provjera povezanosti između varijabli mentalnog i tjelesnog zdravlja te pretpostavljenih prediktora primjenom korelacijskih koeficijenata. Rezultati korelacijske analize prikazani su u Tablici 40.

Tablica 40. Koeficijenti korelacije varijabli mentalnog i tjelesnog zdravlja te pretpostavljenih prediktora

Br.	Varijabla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Opća procjena zdravlja	-													
2	Izraženost simptoma bolesti	0,476**	-												
3	PTSR	0,439**	0,628**	-											
4	Internalizirani problemi (DASS ukupno)	0,461**	0,632**	0,807**	-										
5	Spol (M>Ž)	0,001	-0,021	-0,050	-0,034	-									
6	Dob	0,143**	0,015	0,002	-0,061	0,010	-								
7	U braku/izvbr. zajednici	-0,059	-0,136**	-0,144**	-0,086	-0,022	0,016	-							
8	Zaposlenost	-0,190**	-0,153**	-0,173**	-0,114*	-0,006	-0,167**	0,074	-						
9	Najviši ostvareni stupanj obrazovanja	-0,124*	-0,120*	-0,089	-0,055	-0,028	0,072	0,108*	0,311*	-					
10	Zadovoljstvo stambenim uvjetima	-0,028	-0,135**	-0,199**	-0,159**	0,008	0,112*	0,121*	0,026	0,044	-				
11	Procjena sadašnjih materijalnih mogućnosti obitelji	-0,130*	-0,207**	-0,138**	-0,122*	-0,086	0,052	0,242**	0,161*	0,318*	0,176*	-			
12	Percepcija financijskih teškoća	0,222**	0,326**	0,351**	0,343**	0,048	-0,095	-0,210**	-0,116*	0,248**	0,204**	0,507**	-		
13	Procjena materijalnih mogućnosti obitelji u prvih 18 godina života	-0,225**	-0,167**	-0,133**	-0,110*	0,020	0,051	0,022	0,103*	0,140*	0,004	0,196*	0,232*	-	
14	Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,296**	0,335**	0,398**	0,425**	-0,005	-0,019	-0,080	-0,081	-0,093	0,241**	0,172**	0,332*	0,293**	-
15	Broj ratnih trauma	0,182**	0,199**	0,202**	0,225**	-0,033	0,244**	-0,014	-0,167**	0,017	-0,019	0,012	0,141**	-0,132**	0,189**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ Napomena: Korelacijska analiza provedena je na dostupnim podacima po paru varijabli (pairwise deletion). Broj sudionika za većinu parova varijabli kreće se između 402 i 404 ($N \approx 403$).

Tablica 40 prikazuje korelacijske koeficijente između pokazatelja mentalnog i tjelesnog zdravlja te pretpostavljenih prediktora. Rezultati pokazuju da su pokazatelji mentalnog zdravlja (posttraumatske stresne reakcije, internalizirani problemi) umjereno do visoko povezani s tjelesnim zdravljem (opća procjena zdravlja i izraženost simptoma bolesti). Više razine psiholoških teškoća povezane su s lošijom subjektivnom procjenom zdravlja i većim brojem tjelesnih simptoma. Iz izračuna koeficijenata determinacije (r^2) proizlazi da navedene varijable dijele od 19% do 40% zajedničke varijance, ovisno o načinu operacionalizacije zdravstvenih ishoda.

Spol nije bio značajno povezan s pokazateljima mentalnog i tjelesnog zdravlja, što ne podupire pretpostavku o lošijim zdravstvenim ishodima kod žena. Starija dob je bila slabo, ali značajno povezana s lošijom općom procjenom zdravlja. Ispitanici koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici izvještavali su o manjoj izraženosti psihosomatskih simptoma i nižim razinama posttraumatskih stresnih reakcija. Zaposlenost i viši stupanj obrazovanja pokazali su se povezanima s povoljnijim zdravstvenim ishodima.

Financijski i stambeni pokazatelji bili su značajno povezani s većinom zdravstvenih ishoda, pri čemu se percepcija financijskih teškoća pokazala kao jedan od najsnažnijih korelata lošijeg tjelesnog i mentalnog zdravlja. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu i broj ratnih trauma pokazali su stabilne pozitivne korelacije sa svim pokazateljima narušenog zdravlja, čime se opravdava njihovo uključivanje u daljnje regresijske analize.

U sljedećem dijelu provedene su hijerarhijske regresijske analize za svaki pojedinačni kriterij. Blokovi prediktora uvrštavani su redosljedom postavljenim modelom pri čemu su početnim blokovima uključene sociodemografske i materijalne varijable kako bi se procijenio doprinos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i ratnih trauma nakon kontrole tih čimbenika.

Opća procjena zdravlja

U nastavku su prikazani rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij opće procjene zdravlja, koja odražava subjektivnu procjenu vlastitog zdravstvenog stanja u odrasloj dobi.

Tablica 41. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Opća procjena zdravlja

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok			
			1	2	3	4
Spol (M>Ž)	0,008	1,019	0,006	-0,005	-0,002	0,000
Dob	0,147**	1,154	0,130*	0,141**	0,138**	0,122*
U braku/izvbr. zajednici	-0,058	1,086	-0,039	-0,003	0,000	-0,001
Zaposlenost	-0,175**	1,218	-0,117*	-0,106*	-0,104*	-0,095
Najviši ostvareni stupanj obrazovanja	-0,123**	1,279	-0,086	-0,024	-0,021	-0,025
Zadovoljstvo stambenim uvjetima	-0,034	1,15		0,000	0,035	0,034
Procjena sadašnjih materijalnih mogućnosti obitelji	-0,132**	1,455		0,016	0,013	0,008
Percepcija financijskih teškoća	0,247**	1,519		0,209**	0,156**	0,146*
Procjena materijalnih mogućnosti obitelji u prvih 18 godina života	-0,217**	1,151		-0,163**	-0,115*	-0,109*
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,290**	1,263			0,206**	0,200**
Broj ratnih trauma	0,185**	1,172				0,063
R			0,229**	0,357**	0,402**	0,406**
ΔR^2			0,053**	0,075**	0,034**	0,003
R^2_{corr}			0,040	0,106	0,139	0,140

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena u objašnjenju varijanci pri dodavanju bloka; R^2_{korr} – korigirani koeficijent determinacije. Regresijska analiza provedena je na podacima za $N = 403$ sudionika.

Prilikom interpretacije rezultata potrebno je voditi računa da viši rezultat na općoj procjeni zdravlja označava lošiju procjenu zdravlja. U prvom koraku unesene su sociodemografske varijable i objašnjeno je 4% varijance. Kao značajni prediktori pokazali su se dob ($\beta = 0,13$, $p < 0,05$) te zaposlenost ($\beta = -0,12$, $p < 0,05$). U idućem koraku su dodane varijable koje se odnose na financijsko stanje obitelji. Tim varijablama objašnjeno je dodatnih 6,6% što ukupno iznosi 10,6%. Uz značajne varijable iz prvog koraka (dob i zaposlenost), značajnim prediktorima pokazuju se i percepcija financijskih teškoća ($\beta = 0,21$, $p < 0,01$) te procjena materijalnih mogućnosti obitelji u prvih 18 godina života ($\beta = -0,16$, $p < 0,01$). U trećem koraku hijerarhijske analize dodana su nepovoljna iskustva u djetinjstvu. Tom varijablom objašnjeno je dodatnih 3,3% varijance u kriterijskoj varijabli, odnosno sveukupno 13,9%. U trećem koraku su ostale statistički značajne iste varijable kao i u prethodna dva koraka (dob, zaposlenost i financijske teškoće i procjena materijalnih mogućnosti obitelji u prvih 18 godina te je statistički značajan prediktor i broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu ($\beta = 0,21$, $p < 0,01$) koji je ujedno i najsnažniji prediktor. U zadnjem četvrtom koraku dodana je varijabla potencijalnih traumatskih događaja doživljenih tijekom Domovinskog rata koja se nije pokazala kao statistički značajan prediktor.

Rezultati pokazuju da je ukupnim modelom objašnjeno 14% varijance opće procjene zdravlja. Sukladno bivarijatnim analizama, spol se nije pokazao značajnim prediktorom opće procjene zdravlja. S druge strane, viša dob, veće percipirane financijske teškoće i veći broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu dosljedno su povezani s lošijom procjenom zdravlja.

Izraženost simptoma bolesti

Slijede rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij izraženosti simptoma bolesti, koji obuhvaća učestalost i intenzitet psihosomatskih simptoma različitih tjelesnih sustava.

Tablica 42. Rezultata hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma bolesti

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok			
			1	2	3	4
Spol (M>Ž)	-0,014	1,020	-0,023	-0,042	-0,040	-0,035
Dob	0,027	1,158	0,014	0,035	0,031	0,003
U braku/izvbr. zajednici	-0,153**	1,081	-0,137**	-0,080	-0,078	-0,080
Zaposlenost	-0,139**	1,214	-0,095	-0,086	-0,084	-0,069
Najviši ostvareni stupanj obrazovanja	-0,141**	1,277	-0,096	-0,016	-0,013	-0,021
Zadovoljstvo stambenim uvjetima	-0,119**	1,152		-0,038	0,000	-0,002
Procjena sadašnjih materijalnih mogućnosti obitelji	-0,204**	1,439		-0,029	-0,029	-0,039
Percepcija financijskih teškoća	0,326**	1,503		0,266**	0,210**	0,191**
Procjena materijalnih mogućnosti obitelji u prvih 18 godina života	-0,143**	1,150		-0,069	-0,018	-0,007
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,317**	1,271			0,217**	0,204**
Broj ratnih trauma	0,196**	1,172				0,117*
R			0,220**	0,368**	0,416**	0,430**
R ²			0,048	0,135	0,173	0,184
ΔR^2			0,048**	0,087**	0,038**	0,012*
R ² _{corr}			0,036	0,114	0,151	0,160

Napomena.: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

U prvom koraku unesene su sociodemografske varijable i objašnjeno je 3,6% varijance. Kao značajni prediktor pokazao se bračni status ($\beta = -0,14$, $p < 0,01$). U idućem koraku su dodane varijable koje se tiču financijskog stanja obitelji. Tim varijablama objašnjeno je dodatnih 8,7% što ukupno iznosi 11,4%. Varijabla bračnog statusa, značajna u prvom koraku, drugom koraku hijerarhijske analize više nije bila statistički značajan prediktor. Značajnim prediktorima pokazala se percepcija financijskih teškoća ($\beta = 0,27$, $p < 0,01$). U trećem koraku hijerarhijske analize dodana su nepovoljna iskustva u djetinjstvu. Tom varijablom objašnjeno je dodatnih

3,8% varijance u kriterijskoj varijabli, odnosno sveukupno 15,1%. U trećem koraku statistički značajni prediktor je percepcija financijskih teškoća ($\beta = 0,21$, $p < 0,01$) i broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu ($\beta = 0,22$, $p < 0,01$) koji se pokazao kao najsnažniji pojedinačni prediktor u modelu. U zadnjem, četvrtom koraku dodana je varijabla ratnih trauma koja se pokazala kao statistički značajan prediktor ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$). Rezultati pokazuju da je ukupnim modelom objašnjeno 16% varijance izraženosti simptoma bolesti. U završnom modelu niti jedna od sociodemografskih varijabli više se ne pokazuje statistički značajnom.

Izraženost simptomima posttraumatskih stresnih reakcija

U nastavku su prikazani rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij izraženosti posttraumatskih stresnih reakcija, mjerenih PCL-5 skalom.

Tablica 43. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma PTSD

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok			
			1	2	3	4
Spol (M>Ž)	-0,042	1,024	-0,053	-0,068	-0,063	-0,059
Dob	-0,002	1,142	-0,025	0,002	-0,001	-0,025
U braku/izvbr. zajednici	-0,161**	1,072	-0,146**	-0,093	-0,086	-0,087
Zaposlenost	-0,164**	1,189	-0,141*	-0,131*	-0,131**	-0,119*
Najviši ostvareni stupanj obrazovanja	-0,112*	1,268	-0,049	0,017	0,021	0,015
Zadovoljstvo stambenim uvjetima	-0,193**	1,135		-0,113*	-0,066	-0,067
Procjena sadašnjih materijalnih mogućnosti obitelji	-0,143**	1,435		0,076	0,068	0,060
Percepcija financijskih teškoća	0,371**	1,502		0,355**	0,281**	0,264**
Procjena materijalnih mogućnosti obitelji u prvih 18 godina života	-0,122**	1,156		-0,038	0,027	0,037
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,387**	1,253			0,282**	0,272**
Broj ratnih trauma	0,196**	1,163				0,100*
R			0,233**	0,430**	0,499**	0,507**
R ²			0,054	0,185	0,249	0,257
ΔR^2			0,054**	0,130**	0,064**	0,009*
R ² _{corr}			0,042	0,165	0,228	0,235

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Kako bi se ispitaio doprinos pojedinih varijabli izraženosti simptoma PTSD-a provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U prvom koraku uvedene su socio-demografske varijable. Kao značajni prediktori pokazali su se bračni status ($\beta = -0,15$, $p < 0,01$) te zaposlenost ($\beta = -0,14$,

$p < 0,05$). Više rezultate na izraženosti PTSR-a imali su ispitanici koji nisu u braku ili izvanbračnoj zajednici te ispitanici koji nisu zaposleni. Bračni status pokazao se neznačajnim nakon uvođenja drugih blokova prediktora, dok je zaposlenost ostala značajan prediktor u svim koracima analize ($\beta = -0,12$, $p < 0,05$). U ovom koraku objašnjeno je ukupno 4,2% varijance izraženosti simptoma PTSR. U drugom koraku, uvođenjem prediktora koji se odnose na financijski status dodatno je objašnjeno 13,0% varijance kriterija što ukupno iznosi 16,5% varijance. Zadovoljstvo stambenim uvjetima povezano je s nižom procjenom simptoma PTSR, iako se značajnost ovog prediktora gubi u kasnijim koracima analize. Percepcija financijskih teškoća pozitivno je povezana s izraženosti simptoma PTSR, odnosno ispitanici koji izvještavaju o većim financijskim teškoćama ujedno izvještavaju i o višim razinama izraženosti simptoma PTSR. Ovaj prediktor statistički je značajan u svim narednim koracima analize te u zadnjem koraku standardizirani regresijski koeficijent iznosi 0,26, $p < 0,01$. Uvođenjem nepovoljnih iskustava u djetinjstvu ta se varijabla pokazala statistički značajnim prediktorom ($\beta = 0,28$, $p < 0,01$) te se postotak objašnjene varijance izraženosti simptoma PTSR-a povećao se za 6,4% što ukupno iznosi 22,8%. Ispitanici koji izvještavaju o većem broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu ujedno izvještavaju i o većoj izraženosti simptoma PTSR.

U posljednjem koraku, uvođenjem broja ratnih trauma, ta se varijabla također pokazala kao statistički značajan prediktor ($\beta = 0,100$, $p < 0,05$). Postotak objašnjene varijance povećao se za 0,9% koji je značajan na razini $p < 0,05$ te je ukupno objašnjeno 23,5% varijance izraženosti simptoma PTSR. Ispitanici s većom procjenom ovih simptoma ujedno izvještavaju o većem broju doživljenih ratnih trauma.

Internalizirani problemi

Slijede rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij internaliziranih problema, koji obuhvaćaju simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa.

Tablica 44. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma internaliziranih problema

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok			
			1	2	3	4
Spol (M>Ž)	-0,025	1,022	-0,034	-0,053	-0,049	-0,044
Dob	-0,063	1,156	-0,079	-0,057	-0,061	-0,097*
U braku/izvbr. zajednici	-0,104*	1,081	-0,093	-0,035	-0,030	-0,033
Zaposlenost	-0,105*	1,205	-0,101	-0,090	-0,084	-0,065
Koji je Vaš najviši ostvareni stupanj obrazovanja?	-0,084	1,272	-0,035	0,032	0,037	0,029
Koliko ste zadovoljni stambenim uvjetima u kojima živite?	0,149**	1,153		-0,060	-0,003	-0,005
Kako biste procijenili sadašnje materijalne mogućnosti Vaše obitelji?	0,135**	1,444		0,060	0,055	0,043
Percepcija financijskih teškoća	0,355**	1,508		0,357**	0,272**	0,249**
U prvih 18 godina Vašeg života kakvo je bilo materijalno stanje Vaše obitelji	-0,103*	1,158		-0,029	0,052	0,067
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,411**	1,262			0,337**	0,322**
Broj ratnih trauma	0,213**	1,175				0,145**
R			0,170	0,382**	0,487**	0,505**
R ²			0,029	0,146	0,237	0,255
ΔR^2			0,029	0,117**	0,091**	0,018**
R ² _{corr}			0,016	0,125	0,216	0,232

Napomena: r_{pk} – bivarijantna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Kako bi se ispitao doprinos pojedinih varijabli izraženosti simptoma internaliziranih problema provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U socio-demografskom bloku niti jedan prediktor nije se pokazao značajnim. Iznimka je dob u posljednjem koraku ($\beta = -0,097$, $p < 0,05$), pri čemu se njezina značajnost javlja tek nakon uvođenja ratnih trauma. Ovakav obrazac upućuje na mogući supresijski efekt, odnosno na promjenu raspodjele zajedničke varijance među prediktorima u završnom modelu. U prvom koraku objašnjeno je 1,6% varijance (R²_{corr} = 0,016), dok je završnim modelom ukupno objašnjeno 23,2% varijance internaliziranih problema. U bloku materijalnih okolnosti značajnim se pokazala samo percepcija financijskih teškoća ($\beta = 0,36$ u drugom koraku do $\beta = 0,25$ u završnom koraku), pri čemu su veće

percipirane financijske teškoće povezane s višom razinom internaliziranih problema. Uvođenjem tog bloka dodatno je objašnjeno 11,7% varijance ($\Delta R = 0,117$), što ukupno čini 12,5 % objašnjene varijance.

Uvođenjem nepovoljnih iskustava u djetinjstvu objašnjeno je dodatnih 9,1% varijance ($\Delta R^2 = 0,091$), pri čemu su ispitanici s većim brojem ACE-ova izvještavali o višoj razini internaliziranih problema.

U posljednjem koraku broj ratnih trauma pokazao se značajnim prediktorom ($\beta = 0,15$, $p < 0,05$), uz dodatnih 1,8 % objašnjene varijance ($\Delta R = 0,018$), čime je završnim modelom ukupno objašnjeno 23,2 % varijance internaliziranih problema.

Zaključno, rezultati provedenih analiza upućuju na djelomičnu potvrdu prve hipoteze. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu dosljedno su povezana s lošijim pokazateljima tjelesnog i mentalnog zdravlja, dok su ratne traume pokazale dodatni doprinos većini zdravstvenih ishoda, osim opće procjene zdravlja. Spol se, suprotno očekivanjima, nije pokazao značajnim prediktorom niti u jednom od analiziranih modela. U hijerarhijskim regresijskim analizama nepovoljna iskustva u djetinjstvu objašnjavala su dodatnih 3,3% do 9,1% varijance zdravstvenih ishoda, povrh prethodno uključenih sociodemografskih i materijalnih varijabli. Završni modeli objašnjavali su 14% varijance opće procjene zdravlja, 16% varijance izraženosti simptoma bolesti, 23,5% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 23,2% varijance internaliziranih problema. Ratne traume dale su manji, ali statistički značajan dodatni doprinos u objašnjenju izraženosti simptoma bolesti (1,2%), posttraumatskih stresnih reakcija (0,9%) i internaliziranih problema (1,8%), dok za opću procjenu zdravlja njihov doprinos nije bio statistički značajan.

4.5. Spolne razlike u zdravstvenim ishodima kod ispitanika izloženih ratnim iskustvima tijekom djetinjstva i adolescencije

Drugo istraživačko pitanje odnosilo se na ispitivanje odnosa između nepovoljnih ratnih iskustava tijekom Domovinskog rata i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi kod muškaraca i žena. U fokusu su bili pokazatelji tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi.

Tablica 45. Rezultati analize razlika prema spolu za pokazatelje tjelesnog i mentalnog zdravlja kod ispitanika s ratnim iskustvom

Varijabla	Grupa	N	M	SD	t	df	p	g
Opća procjena zdravlja	Ženski	188	2,2	0,68	-0,88	326	0,377	0,10
	Muški	140	2,3	0,73				
Zdravlje - ukupni rezultat	Ženski	186	51,6	12,00	2,46	324	0,014	0,28
	Muški	140	48,4	11,64				
PTS reakcije	Ženski	185	14,0	14,50	2,45	320,21	0,015	0,27
	Muški	139	10,5	11,73				
Internalizirani problemi (DASS ukupno)	Ženski	184	11,4	11,34	1,42	322	0,157	0,16
	Muški	140	9,6	10,41				

Napomena: g- Hedgesova g (veličina efekta)

Kako bi se ispitalo drugo istraživačko pitanje, provedeni su t-testovi za nezavisne uzorke kojima su uspoređeni muškarci i žene koji su tijekom djetinjstva ili adolescencije doživjeli najmanje jedno potencijalno traumatsko ratno iskustvo. Spol ispitanika operacionaliziran je prema roditeljskoj ulozi (majka/maćeha nasuprot otac/očuh).

Rezultati pokazuju da nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u općoj procjeni zdravlja ($t(326) = -0,88$, $p = 0,377$), kao ni u razini internaliziranih problema ($t(322) = 1,42$, $p = 0,157$). U oba slučaja žene su imale nešto nepovoljnije prosječne vrijednosti, no razlike nisu dosegle razinu statističke značajnosti, a veličine efekta bile su male (Hedgesov $g = 0,10$; $g = 0,16$).

Suprotno tome, utvrđene su statistički značajne spolne razlike u dva pokazatelja zdravstvenih ishoda. Žene su imale značajno viši ukupni rezultat zdravlja u odnosu na muškarce ($t(324) = 2,46$, $p = 0,014$), pri čemu veličina efekta upućuje na mali do umjereni učinak ($g = 0,28$). Također, žene su iskazivale značajno višu razinu posttraumatskih stresnih reakcija u odnosu na muškarce ($t(320,21) = 2,45$, $p = 0,015$), uz usporedivu veličinu efekta ($g = 0,27$).

Zaključno, treća hipoteza djelomično je potvrđena. Kod osoba izloženih ratnim iskustvima, žene su u odnosu na muškarce imale značajno više tjelesnih simptoma ($g = 0,28$) i izraženije posttraumatske stresne reakcije ($g = 0,27$), dok spolne razlike nisu utvrđene za opću procjenu zdravlja ni za internalizirane probleme.

4.6. Uloga pozitivnih iskustava u djetinjstvu u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi

Treće istraživačko pitanje odnosilo se na ispitivanje zaštitne uloge pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi. Polazilo se od pretpostavke da će odrasle osobe koje su, unatoč izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, imale više pozitivnih iskustava tijekom odrastanja iskazivati povoljnije ishode u pogledu tjelesnog i mentalnog zdravlja u usporedbi s osobama koje takva pozitivna iskustva nisu imale. Analizirani prediktori uključivali su nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE), operacionalizirana kao ukupni zbroj doživljenih negativnih iskustava tijekom odrastanja, te pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE), mjerena indikatorima emocionalne podrške, osjećaja sigurnosti, povezanosti i stabilnosti. Kriterijske varijable bile su jednake kao i u prethodnim analizama te su obuhvaćale opću procjenu zdravlja, izraženost simptoma bolesti, posttraumatske stresne reakcije te internalizirane probleme (mjereno ukupnim rezultatom na DASS-21).

Za ispitivanje odnosa korištena je hijerarhijska regresijska analiza. U prvom koraku modela uvedena su nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE), dok su u drugom koraku dodana pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE), čime se ispitao njihov dodatni doprinos u objašnjenju varijance zdravstvenih ishoda povrh nepovoljnih iskustava. Ovakav pristup omogućio je procjenu zaštitne uloge pozitivnih iskustava u kontekstu kumuliranih rizičnih iskustava tijekom djetinjstva. Korelacijski odnosi među ključnim varijablama prethodno su ispitani korelacijskim koeficijentima (Tablica 46).

Tablica 46. Koeficijenti korelacije između pokazatelja mentalnog i tjelesnog zdravlja te nepovoljnih i pozitivnih iskustava u djetinjstvu

Br.	Varijabla	1	2	3	4	5
1	Opća procjena zdravlja	-				
2	Izraženost simptoma bolesti	0,476**	-			
3	PTSR	0,439**	0,628**	-		
4	Internalizirani problemi (DASS ukupno)	0,461**	0,632**	0,807**	-	
5	Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE)	0,296**	0,335**	0,398**	0,425**	-
6	Pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE)	-0,174**	-0,323**	-0,313**	-0,364**	-0,526**

Rezultati pokazuju da su sve korelacije statistički značajne, a njihove se vrijednosti kreću od niskih do visokih. Korelacije među kriterijskim varijablama (opća procjena zdravlja, izraženost simptoma bolesti, PTSD i internalizirani problemi) su srednje do visoke ($r = 0,46 - 0,81$), dok korelacije ACE varijable sa zdravstvenim ishodima pokazuju niske do umjerene vrijednosti ($r = 0,30 - 0,43$). Pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE) pokazuju niske do umjerene negativne korelacije sa svim kriterijskim varijablama ($r = -0,17$ do $-0,36$), što znači da BCE objašnjava između približno 3% i 13% njihove varijance (r^2). Korelacija između ACE i BCE iznosi $r = -0,53$, što predstavlja 27,7% zajedničke varijance ($r^2 = 0,277$).

Opća procjena zdravlja

Slijede rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij opće procjene zdravlja, kojom se ispituje doprinos nepovoljnih i pozitivnih iskustava u djetinjstvu u objašnjenju subjektivne procjene zdravlja u odrasloj dobi.

Tablica 47. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Opća procjena zdravlja

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,296**	1,388	0,296**	0,281**
Pozitivna iskustva u djetinjstvu	-0,177**	1,388		-0,028
R			0,296**	0,297**
R^2			0,088	0,088
ΔR^2			0,088**	0,001
R^2_{corr}			0,085	0,084

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R^2_{corr} – korigirani koeficijent determinacije.

Opća procjena zdravlja kodirana je na način da viši rezultat označava lošiju procjenu zdravlja. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza s dva koraka – u prvom koraku su uvedena nepovoljna iskustva u djetinjstvu dok su u drugom koraku uvedena pozitivna iskustva u djetinjstvu. U ovoj analizi pokazuje se da samo negativna iskustva u djetinjstvu objašnjavaju 8,8% varijance opće procjene zdravlja, odnosno da ispitanici koji izvještavaju o većem broju negativnih iskustava u djetinjstvu ujedno svoje zdravlje procjenjuju lošijim. Dodavanjem pozitivnih iskustava u djetinjstvu u drugom koraku analize ne mijenja se postotak objašnjene varijance, odnosno pozitivna iskustva u djetinjstvu ne doprinose objašnjenju opće procjene zdravlja neovisno o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu.

Izraženost simptoma bolesti

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij izraženosti simptoma bolesti prikazani su u nastavku, pri čemu se ispituje doprinos nepovoljnih i pozitivnih iskustava u djetinjstvu.

Tablica 48. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma bolesti

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,335**	1,386	0,335**	0,227**
Pozitivna iskustva u djetinjstvu	-0,324**	1,386		-0,204**
R			0,335**	0,377**
R^2			0,112	0,142
ΔR^2			0,112**	0,030**
R^2_{corr}			0,110	0,138

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R^2_{corr} – korigirani koeficijent determinacije.

Izraženost simptoma bolesti kodirani su na način da viši rezultat označava veću izraženost simptoma bolesti. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza s dva koraka: u prvom koraku su uvedena nepovoljna iskustva u djetinjstvu dok su u drugom koraku uvedena pozitivna iskustva u djetinjstvu. Rezultati analize pokazuju da nepovoljna iskustva u djetinjstvu objašnjavaju 11% varijance izraženosti simptoma bolesti. Dodavanjem pozitivnih iskustava u djetinjstvu ukupan model objašnjava 13,8% varijance kriterija, odnosno pozitivna iskustva u djetinjstvu objašnjavaju 3,0% varijance povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Ispitanici koji imaju više nepovoljnih i manje pozitivnih iskustava u djetinjstvu imaju izraženije simptome bolesti.

Izraženost simptoma posttraumatskih stresnih reakcija

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za posttraumatske stresne reakcije prikazani su u nastavku, s ciljem ispitivanja doprinosa nepovoljnih i pozitivnih iskustava u djetinjstvu.

Tablica 49. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptomima PTSR

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,398**	1,398	0,398**	0,322**
Pozitivna iskustva u djetinjstvu	-0,314**	1,398		-0,142**
R			0,398**	0,415**
R^2			0,158	0,173
ΔR^2			0,158**	0,014**
R^2_{corr}			0,156	0,168

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R^2_{corr} – korigirani koeficijent determinacije.

Izraženost simptoma PTSR kodirana je na način da viši rezultat označava veću izraženost posttraumatskih stresnih reakcija. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza u dva koraka: u prvom koraku su uvedena nepovoljna iskustva u djetinjstvu, dok su u drugom koraku uvedena pozitivna iskustva u djetinjstvu. Rezultati pokazuju da nepovoljna iskustva u djetinjstvu objašnjavaju 15,6% varijance posttraumatskih stresnih reakcija. Dodavanjem pozitivnih iskustava u djetinjstvu objašnjeno je dodatnih 1,4% varijance kriterija nakon uvođenja nepovoljnih iskustava, čime ukupno biva objašnjeno 16,8% varijance izraženosti posttraumatskih stresnih reakcija. Ispitanici koji izvještavaju o većem broju nepovoljnih i manjem broju pozitivnih iskustava u djetinjstvu iskazuju višu razinu posttraumatskih stresnih reakcija u odrasloj dobi.

Internalizirani problemi

U nastavku su prikazani rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij internaliziranih problema, koji obuhvaćaju simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa, a kojom se ispituje doprinos nepovoljnih i pozitivnih iskustava u djetinjstvu u objašnjenju mentalnog zdravlja u odrasloj dobi.

Tablica 50. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma internaliziranih problema

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,425**	1,39	0,425**	0,323**
Pozitivna iskustva u djetinjstvu	-0,364**	1,39		-0,193**
R			0,425**	0,455**
R ²			0,181	0,207
ΔR^2			0,181**	0,027**
R ² _{corr}			0,179	0,203

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R² – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije.

Izraženost simptoma internaliziranih problema kodirana je na način da viši rezultat označava veću izraženost internaliziranih problema. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza u dva koraka: u prvom koraku su uvedena nepovoljna iskustva u djetinjstvu, dok su u drugom koraku uvedena pozitivna iskustva u djetinjstvu. Rezultati analize pokazuju da nepovoljna životna iskustva objašnjavaju 17,9% varijance kriterija. Dodavanjem pozitivnih iskustava u djetinjstvu objašnjeno je dodatnih 2,7% varijance kriterija, čime je ukupno objašnjeno 20,3% varijance izraženosti internaliziranih problema. Ispitanici s većim brojem nepovoljnih i manjim brojem pozitivnih iskustva u djetinjstvu iskazuju višu razinu internaliziranih problema.

Zaključno, provedene analize djelomično su potvrdile hipotezu o zaštitnoj ulozi pozitivnih iskustava u djetinjstvu. Pozitivna iskustva u djetinjstvu nisu se pokazala značajnim prediktorom opće procjene zdravlja povrh nepovoljnih iskustava, no dala su statistički značajan dodatni doprinos u objašnjenju izraženosti simptoma bolesti ($\Delta R^2 = 3,0\%$), posttraumatskih stresnih reakcija ($\Delta R^2 = 1,4\%$) i internaliziranih problema ($\Delta R^2 = 2,7\%$). Iako je njihov unikvitetni doprinos manji u odnosu na doprinos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, rezultati upućuju na to da pozitivna iskustva imaju zaštitnu, ali ograničenu ulogu u uvjetima kumuliranih razvojnih rizika.

4.7. Uloga socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi

U četvrtom istraživačkom problemu ispitala se uloga socijalne podrške kao zaštitnog čimbenika u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi. Hipotezom se pretpostavljalo da će osobe koje u odrasloj dobi percipiraju višu razinu socijalne podrške iskazivati bolje ishode u pogledu mentalnog i tjelesnog zdravlja, unatoč prisutnosti nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, u usporedbi s osobama koje doživljavaju nižu razinu socijalne podrške. Analizirani prediktori uključivali su: nepovoljna iskustva u djetinjstvu (uključujući oblike zlostavljanja, zanemarivanja i obiteljske rizike) te socijalnu podršku, pri čemu je kao pokazatelj podrške korištena varijabla ukupnog zadovoljstva socijalnom podrškom. Ovakav pristup proizlazi iz izrazito visoke korelacije između čestine i zadovoljstva podrškom, zbog čega je zadovoljstvo izdvojeno kao stabilniji i informativniji prediktor, a ujedno izbjegava problem multikolinearnosti u regresijskim modelima. Kao kriterijske varijable u analizi korišteni su isti pokazatelji zdravstvenih ishoda kao i u prethodnim modelima: opća procjena zdravlja, izraženost simptoma bolesti, posttraumatske stresne reakcije te internalizirani problemi, operacionalizirani ukupnim rezultatom na skali DASS-21.

Tablica 51. Koeficijenti korelacije između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, socijalne podrške i zdravstvenih ishoda

Br.	Varijabla	1	2	3	4	5	6
1	Kakvo je Vaše zdravlje općenito?	-					
2	Zdravlje - ukupni rezultat	0,476**	-				
3	PTSR	0,439**	0,628**	-			
4	Internalizirani problemi (DASS ukupno)	0,461**	0,632**	0,807**	-		
5	Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,296**	0,335**	0,398**	0,425**	-	
6	Podrška - ukupna čestina	-0,174**	-0,224**	-0,256**	-0,313**	-0,429**	-
7	Podrška - ukupno zadovoljstvo	-0,234**	-0,302**	-0,348**	-0,422**	-0,465**	0,902**

Prije provođenja hijerarhijske regresijske analize ispitani su korelacijski odnosi među ključnim varijablama. Rezultati pokazuju da su sve korelacije statistički značajne te se kreću od niskih do visokih vrijednosti. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (ACE) pozitivno su povezana sa svim nepovoljnim zdravstvenim ishodima ($r = 0,30 - 0,43$), dok zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazuje negativne korelacije s istim varijablama ($r = -0,23$ do $-0,47$). Zbog vrlo visoke

korelacije između čestine podrške i zadovoljstva podrškom ($r = 0,90$), u regresijske modele uključena je samo varijabla zadovoljstva socijalnom podrškom kako bi se izbjegao problem multikolinearnosti.

Opća procjena zdravlja

U nastavku su prikazani rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij opće procjene zdravlja, kojom se ispituje doprinos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zadovoljstva socijalnom podrškom u objašnjenju subjektivne procjene zdravlja u odrasloj dobi.

Tablica 52. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Opća procjena zdravlja

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,323**	1,278	0,323**	0,273**
Podrška - ukupno zadovoljstvo	-0,234**	1,278		-0,107
R			0,323**	0,336**
R^2			0,104	0,113
ΔR^2			0,104**	0,009
R^2_{corr}			0,101	0,108

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R^2_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je da nepovoljna iskustva u djetinjstvu u prvom koraku značajno objašnjavaju 10,4% varijance opće procjene zdravlja ($R^2 = 0,104$). U drugom koraku dodavanje varijable zadovoljstva socijalnom podrškom ne rezultira značajnim povećanjem objašnjene varijance ($\Delta R^2 = 0,009$), niti se socijalna podrška pokazuje statistički značajnim prediktorom opće procjene zdravlja. Time se potvrđuje da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu, jedini značajan prediktor u ovom modelu, pri čemu viši rezultat na ACE-u predviđa lošiju subjektivnu procjenu zdravlja.

Izraženost simptoma bolesti

U nastavku su prikazani rezultati hijerarhijske regresijske analize usmjerene na ispitivanje doprinosa nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zadovoljstva socijalnom podrškom u objašnjenju izraženosti tjelesnih simptoma u odrasloj dobi.

Tablica 53. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma bolesti

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,349**	1,277	0,349**	0,266**
Podrška - ukupno zadovoljstvo	-0,302**	1,277		-0,178**
R			0,349**	0,383**
R^2			0,122	0,146
ΔR^2			0,122**	0,025**
R^2_{corr}			0,119	0,141

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R^2_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je da nepovoljna iskustva u djetinjstvu u prvom koraku objašnjavaju 12,2% varijance izraženosti simptoma bolesti ($R^2 = 0,122$). U drugom koraku dodavanje varijable zadovoljstva socijalnom podrškom rezultira statistički značajnim povećanjem objašnjene varijance za dodatnih 2,5% ($\Delta R^2 = 0,025$), pri čemu se zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazuje značajnim negativnim prediktorom. U konačnom modelu oba prediktora ostaju statistički značajna. Viša razina nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povezana je s većom izraženosti tjelesnih simptoma, dok veće zadovoljstvo socijalnom podrškom predviđa njihovu manju izraženost. Time zadovoljstvo socijalnom podrškom ostvaruje dodatni, unikatan doprinos objašnjenju izraženosti simptoma bolesti neovisno o nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, čime se potvrđuje njegova uloga zaštitnog čimbenika.

Izraženost simptoma posttraumatskih stresnih reakcija

U nastavku su prikazani rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij izraženosti posttraumatskih stresnih reakcija, s ciljem ispitivanja uloge nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zadovoljstva socijalnom podrškom u objašnjenju posttraumatskih simptoma u odrasloj dobi.

Tablica 54. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptomima PTSD

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,410**	1,289	0,410**	0,316**
Podrška - ukupno zadovoljstvo	-0,348**	1,289		-0,198**
R			0,410**	0,446**
R^2			0,168	0,199
ΔR^2			0,168**	0,031**
R^2_{corr}			0,166	0,194

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R^2 – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R^2_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je da nepovoljna iskustva u djetinjstvu u prvom koraku značajno objašnjavaju 16,8% varijance posttraumatskih stresnih reakcija ($R^2 = 0,168$). U drugom koraku zadovoljstvo socijalnom podrškom statistički značajno povećava objašnjenu varijancu za dodatnih 3,1% ($\Delta R^2 = 0,031$) te se pokazuje značajnim negativnim prediktorom. Veći broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povezan je s višom razinom posttraumatskih stresnih reakcija, dok veće zadovoljstvo socijalnom podrškom predviđa njihovu manju izraženost. Uvođenjem zadovoljstva socijalnom podrškom u model ostvaruje se dodatni, unikatan doprinos objašnjenju varijance PTSD nakon uvođenja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, čime se socijalna podrška potvrđuje kao zaštitni čimbenik u odnosu između ACE-a i posttraumatskih stresnih reakcija.

Internalizirani problemi

Slijede rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij internaliziranih problema, koji obuhvaćaju simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa, a kojima se ispituje doprinos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zadovoljstva socijalnom podrškom u objašnjenju mentalnog zdravlja u odrasloj dobi.

Tablica 55. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij Izraženost simptoma internaliziranih problema

Varijabla	r_{pk}	vif	Blok	
			1	2
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,432**	1,286	0,432**	0,300**
Podrška - ukupno zadovoljstvo	-0,422**	1,286		-0,281**
R			0,432**	0,498**
R^2			0,187	0,248
ΔR^2			0,187**	0,061**
R^2_{corr}			0,184	0,243

Napomena: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; VIF – faktor inflacije varijance; R – multipla korelacija; R² – koeficijent determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je da nepovoljna iskustva u djetinjstvu u prvom koraku značajno objašnjavaju 18,7% varijance internaliziranih problema ($R^2 = 0,187$). U drugom koraku, dodavanjem zadovoljstva socijalnom podrškom, objašnjena varijanca značajno se povećava za dodatnih 6,1% ($\Delta R^2 = 0,061$), pri čemu se zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazuje značajnim negativnim prediktorom. Veći broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povezan je s višom razinom internaliziranih simptoma, dok veće zadovoljstvo socijalnom podrškom predviđa njihovu manju izraženost. Kao i kod prethodnih kriterija, zadovoljstvo socijalnom podrškom ostvaruje dodatni, unikatan doprinos objašnjenju varijance nakon uvođenja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, čime se potvrđuje njegova zaštitna uloga u odnosu između ACE-a i internaliziranih problema.

Sveukupno gledano, nepovoljna iskustva u djetinjstvu dosljedno su povezana s nepovoljnijim ishodima tjelesnog i mentalnog zdravlja u odrasloj dobi. Zadovoljstvo socijalnom podrškom nije se pokazalo značajnim prediktorom opće procjene zdravlja, ali je za ostale ishode – izraženost simptoma bolesti, posttraumatske stresne reakcije i internalizirane probleme – ostvarilo statistički značajan, negativan i unikatan doprinos. Time se socijalna podrška potvrđuje kao zaštitni čimbenik u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i većine zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi.

Zaključno, rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza djelomično su potvrdili hipotezu o zaštitnoj ulozi socijalne podrške. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu dosljedno su objašnjavala između 10,4% i 18,7% varijance zdravstvenih ishoda. Zadovoljstvo socijalnom podrškom nije imalo značajan dodatni doprinos u objašnjenju opće procjene zdravlja, ali je ostvarilo statistički značajan i unikatan doprinos u objašnjenju izraženosti simptoma bolesti ($\Delta R^2=2,5\%$),

posttraumatskih stresnih reakcija ($\Delta R^2 = 3,1\%$) i internaliziranih problema ($\Delta R^2 = 6,1\%$). Ukupni modeli objašnjavali su 14,6% varijance simptoma bolesti, 19,9% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 24,8% varijance internaliziranih problema, pri čemu se socijalna podrška pokazala kao osobito snažan zaštitni čimbenik za ishode mentalnog zdravlja.

5. Rasprava

U ovom poglavlju raspravljaju se ključni nalazi istraživanja u odnosu na postavljena istraživačka pitanja i hipoteze, uz njihovo smještanje u širi teorijski i empirijski okvir. Dobiveni rezultati uspoređuju se u skladu s dosadašnjim empirijskim nalazima uz poseban naglasak na dugoročne učinke nepovoljnih iskustava u djetinjstvu na mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi.

5.1. Odnos između različitih vrsta nepovoljnih iskustava tijekom prvih 18 godina života i ishoda po mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi

Prvo istraživačko pitanje bilo je usmjereno na ispitivanje odnosa između različitih vrsta nepovoljnih iskustava tijekom prvih 18 godina života i mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi. Polazeći od dosadašnjih teorijskih i empirijskih spoznaja, pretpostavljeno je da će odrasle osobe izložene nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (zlostavljanje, zanemarivanje, obiteljsko nasilje i obiteljski stresori) imati nepovoljnije zdravstvene ishode te da će ti učinci biti izraženiji kod žena nego kod muškaraca.

Prije razmatranja povezanosti nepovoljnih iskustava i zdravstvenih ishoda važno je osvrnuti se na njihovu učestalost i strukturu u ispitivanom uzorku. Deskriptivni nalazi upućuju na relativno visoku zastupljenost relacijskih i obiteljskih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Najčešće su bila prisutna iskustva emocionalnog zlostavljanja i emocionalnog zanemarivanja, kao i tjelesnog zlostavljanja, dok je značajan udio ispitanika odrastao u kućanstvima obilježenima ovisnostima ili nasiljem. Prosječan broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu iznosio je 2,1, uz širok raspon rezultata, što upućuje na heterogenost izloženosti i prisutnost kumuliranih razvojnih rizika kod dijela ispitanika.

Usporedba ovih nalaza s međunarodnom literaturom pokazuje da se razina nepovoljnih iskustava u ovom uzorku uklapa u obrasce zabilježene u populacijskim istraživanjima. Dosadašnje studije dosljedno pokazuju da značajan udio odraslih osoba izvještava o dva ili više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, pri čemu se relacijski oblici, poput emocionalnog zlostavljanja i emocionalnog zanemarivanja, u različitim kulturnim kontekstima najčešće izdvajaju kao dominantni oblici ACE-a (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2006; Bellis i sur., 2019; Madigan i sur., 2023). Ovi nalazi dodatno naglašavaju važnost relacijskih iskustava u razumijevanju kasnijih psihosocijalnih i zdravstvenih ishoda te potvrđuju da se nalazi ovog

istraživanja mogu promatrati u okviru šireg, međunarodno prepoznatog fenomena kumuliranih razvojnih rizika.

Uz nepovoljna iskustva u obiteljskom okruženju, ispitanici ovog istraživanja bili su izloženi i ratnim potencijalno traumatskim događajima tijekom Domovinskog rata, uključujući izravnu ratnu ugrozu, raseljavanje i razdvajanje obitelji. Prosječan broj doživljenih ratnih potencijalnih trauma iznosio je 2,2, što upućuje na dodatno razvojno opterećenje dijela ispitanika. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu i ratni potencijalno traumatski događaji u ovom su istraživanju razmatrani odvojeno zbog njihove različite razvojne i konceptualne prirode: dok ACE obuhvaćaju kronične i relacijske stresore unutar obiteljskog i neposrednog socijalnog okruženja, ratna iskustva predstavljaju vremenski i kontekstualno specifične oblike izloženosti ekstremnom stresu. Takvo razdvajanje omogućuje jasnije razumijevanje njihovih specifičnih doprinosa dugoročnim zdravstvenim ishodima.

Iako većina ispitanika svoje opće zdravlje procjenjuje kao dobro ili vrlo dobro, deskriptivni nalazi upućuju na prisutnost određenog somatskog opterećenja, ponajprije u vidu kroničnog umora i muskuloskeletnih tegoba. Najčešće prijavljeni simptomi bili su manjak energije i bol u leđima, koji se kod dijela sudionika javljaju i učestalo, što može upućivati na dugotrajnije funkcionalne somatske posljedice kumuliranog stresnog opterećenja.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu snažno i dosljedno povezana s mentalnim i tjelesnim zdravstvenim ishodima u odrasloj dobi, i to neovisno o sociodemografskim obilježjima i aktualnim materijalnim uvjetima. Dobiveni nalazi mogu se dodatno razumjeti u svjetlu istraživanja koja pokazuju da socioekonomski nepovoljni uvjeti ne djeluju samo kao rizični kontekst za izloženost nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, već i kao čimbenik koji pojačava njihove dugoročne posljedice. Djeca koja odrastaju u uvjetima socioekonomske deprivacije češće su izložena višestrukim obiteljskim stresorima, a kumulacija takvih iskustava povezana je s izraženijim i trajnijim negativnim ishodima u odrasloj dobi (Enlow i sur., 2013; Nurius i sur., 2015; Madigan i sur., 2023). Takvi nalazi u skladu su s teorijskim pretpostavkama ACE okvira i modela kumulativnog rizika, prema kojima se dugoročni učinci ranih nepovoljnih iskustava očituju kroz različite domene funkcioniranja tijekom životnog vijeka (Felitti i sur., 1998; Anda i sur., 2006). Polazeći od toga, najprije je važno istaknuti kako se ACE povezuju s općom procjenom zdravlja, jer ona predstavlja širok, integrativni pokazatelj doživljaja vlastitog tjelesnog stanja.

Hijerarhijska regresijska analiza pokazala je da završni model objašnjava 14% varijance opće procjene zdravlja. Uvođenje nepovoljnih iskustava u djetinjstvu u trećem bloku rezultiralo je značajnim povećanjem objašnjene varijance što upućuje na njihov samostalan i dodatni doprinos procjeni zdravlja povrh sociodemografskih i materijalnih čimbenika.

Broj potencijalno traumatskih ratnih iskustava doživljenih tijekom djetinjstva nije se pokazao značajnim prediktorom opće procjene zdravlja u četvrtom (završnom) koraku regresijskog modela. Ovakav nalaz upućuje na to da je opća subjektivna procjena zdravlja u odrasloj dobi snažnije povezana s kroničnim i razvojno ranim nepovoljnim iskustvima, osobito onima unutar obiteljskog okruženja, nego s vremenski ograničenim, iako potencijalno intenzivnim traumatskim događajima, poput ratnih iskustava. Takvi rezultati u skladu su s literaturom koja naglašava dugoročne učinke kumulativnih stresora u ranom razvoju za kasnije zdravstvene ishode (Hughes i sur., 2017; Madigan i sur., 2023).

Međutim, kada se umjesto opće procjene zdravlja promatra izraženost specifičnih tjelesnih simptoma, uočava se drugačiji obrazac prediktivnih učinaka nepovoljnih i ratnih iskustava. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu pridonijela su značajnom povećanju objašnjene varijance izraženosti tjelesnih simptoma povrh prethodno uključenih sociodemografskih i materijalnih varijabli, dok su ratne traume u završnom koraku analize dale manji, ali statistički značajan dodatni doprinos povrh svih prethodno uključenih prediktora.

Ovakav rezultat upućuje na kumulativni učinak različitih izvora stresa na somatsko opterećenje: kronični relacijski stres iz djetinjstva može stvoriti dugoročnu fiziološku ranjivost, dok kasnije traumatske izloženosti dodatno opterećuju regulacijske sustave. Takvo tumačenje u skladu je s modelom toksičnog stresa i konceptom alostatskog opterećenja, koji objašnjavaju kako dugotrajna aktivacija stresnih sustava može rezultirati kroničnim umorom, bolovima i drugim funkcionalnim somatskim simptomima (McEwen, 2006; Danese i McEwen, 2012). Slične obrasce bilježe i međunarodna istraživanja koja povezuju ACE s većom učestalošću somatskih tegoba u odrasloj dobi, čak i bez jasnih medicinskih dijagnoza (Anda i sur., 2010; Tesarz i sur., 2016). U tom smislu, rezultati za tjelesne simptome prirodno vode prema pitanjima o psihološkim ishodima, osobito onima koji su izravno povezani s traumatskim iskustvima.

Najveći udio objašnjene varijance zabilježen je kod simptoma posttraumatskih stresnih reakcija, gdje je završnim modelom objašnjeno 23,5% varijance. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu pridonijela su značajnom dodatnom doprinosu, dok su ratne traume dale manji, ali statistički značajan dodatni doprinos povrh prethodno uključenih prediktora. Ovakav nalaz

upućuje na to da rana nepovoljna iskustva predstavljaju temeljnu razvojnu ranjivost za kasnije traumatske reakcije, dok je doprinos ratnih iskustva u ovom istraživanju relativno skroman. Takav rezultat može se djelomično objasniti i relativnom homogenošću uzorka u pogledu ratne izloženosti, zbog čega je teže jasno uočiti njihov učinak. Jedno od mogućih objašnjenja jačine učinka nepovoljnih iskustava u djetinjstvu leži u činjenici da se rizični čimbenici rijetko pojavljuju izolirano. Brojna istraživanja pokazuju da djeca izloženija socioekonomskim i obiteljskim rizicima češće doživljavaju poliviktimizaciju, odnosno istodobnu izloženost više oblika zlostavljanja, zanemarivanja i obiteljske disfunkcionalnosti, što dodatno povećava dugoročnu razvojnu ranjivost. Ovi nalazi u skladu su s modelima razvojne traumatizacije i nalazima da osobe s višim brojem ACE-a imaju veći rizik razvoja posttraumatskih stresnih reakcija nakon kasnijih traumatskih događaja (Cloitre i sur., 2009). U tom kontekstu teorija privrženosti nudi dodatno objašnjenje, prema kojem rana nesigurna ili dezorganizirana privrženost može oslabiti kapacitete emocionalne regulacije i suočavanja sa stresom, čime se povećava vjerojatnost dugotrajnijih traumatskih simptoma u odrasloj dobi (Franz i sur., 2014; Dagan i sur., 2018).

Slična razvojna logika može se primijeniti i na internalizirane teškoće koje se razvijaju kao dugotrajan oblik emocionalnog distresa i u značajnoj su mjeri povezane s relacijskim nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu.

Kod internaliziranih problema ukupnim je modelom objašnjeno 23,2% varijance, pri čemu su nepovoljna iskustva u djetinjstvu ponovno dala najveći pojedinačni doprinos, dok je broj potencijalno traumatskih događaja objasnio manji, ali statistički značajan dodatni doprinos. Ovi nalazi u potpunosti su u skladu s literaturom koja povezuje ACE s depresivnošću, anksioznošću i kroničnim emocionalnim teškoćama u odrasloj dobi (Kessler i sur., 2010; Hughes i sur., 2017; Madigan i sur., 2023). Posebno je važno istaknuti da su učinci ACE-a ostali snažni i nakon kontrole aktualnih financijskih teškoća, što upućuje na dugoročni učinak ranih iskustava, a ne samo na trenutni socioekonomski stres. Takvi nalazi u skladu su s modelima kumulativnog stresa, prema kojima se učinci ranih nepovoljnosti snažnije manifestiraju u uvjetima kasnijeg resursnog deficita. Drugim riječima, socioekonomska nesigurnost u odrasloj dobi može djelovati kao mehanizam održavanja ili pojačavanja posljedica ranih nepovoljnih iskustava.

Financijske teškoće pokazale su se dosljedno povezane s lošijim ishodima mentalnog i tjelesnog zdravlja, što je u skladu s ekološkim modelom razvoja i nalazima koji ističu socioekonomski status kao važan distalni čimbenik rizika (Bronfenbrenner, 1979; Nurius i sur., 2015). Ovaj

nalaz sugerira da se dugoročne posljedice ranih nepovoljnosti ne odvijaju izolirano, nego u interakciji s kasnijim životnim uvjetima, pri čemu ekonomska nesigurnost može održavati stres i otežavati oporavak. U tom je okviru bilo važno provjeriti i pretpostavku o spolnim razlikama, s obzirom na ranija istraživanja koja često nalaze veće opterećenje psihičkim teškoćama kod žena.

Međutim, ni u jednom od analiziranih modela spol se nije pokazao značajnim prediktorom zdravstvenih ishoda, čime hipoteza H2 nije potvrđena. Ovakav nalaz razlikuje se od dijela literature koja izvještava o većoj ranjivosti žena na internalizirane psihičke poteškoće (Olf i sur., 2007), ali se može razumjeti u kontekstu ratom pogođenih populacija, gdje zajednička i dugotrajna izloženost traumatskim i socioekonomskim okolnostima može umanjiti spolne razlike u zdravstvenim ishodima (Slone i Mann, 2016). Također je moguće da se očekivane spolne razlike “gube” kada se u modele uključe snažni prediktori kao što su kumulacija ACE-a i aktualna ekonomska nesigurnost.

Zaključno, nalazi prvog istraživačkog pitanja podupiru temeljnu pretpostavku ACE modela, da nepovoljna iskustva u djetinjstvu predstavljaju snažan i konzistentan prediktor lošijeg mentalnog zdravlja u odrasloj dobi, a u manjoj, ali relevantnoj mjeri i tjelesnog zdravlja. U tom smislu, hipoteza H1 je potvrđena. Potencijalni traumatski događaji u multivarijatnim analizama doprinose izraženosti simptoma bolesti te mentalnim ishodima, ali ne i općoj procjeni zdravlja. U skladu s modelom toksičnog stresa i alostatskog opterećenja, ovi rezultati sugeriraju da kumulacija ranih relacijskih nepovoljnosti može dugoročno oblikovati ranjivost stresnih i regulacijskih sustava, što se u odrasloj dobi manifestira kroz internalizirane teškoće i traumatske reakcije te kroz povećano somatsko opterećenje (Shonkoff i Garner, 2012; Danese i McEwen, 2012; McEwen, 2006). Istodobno, nalazi upućuju na to da se posljedice ranih nepovoljnosti odvijaju u interakciji s kasnijim životnim uvjetima – osobito s ekonomskom nesigurnošću – što je u skladu s ekološkim pristupom. U cjelini, nalazi upućuju na to da se dugoročni učinci nepovoljnih iskustava u djetinjstvu ne mogu razumjeti izvan konteksta kumuliranih socijalnih i obiteljskih rizika, pri čemu ACE predstavljaju razvojni mehanizam kroz koji se strukturne nejednakosti i rani relacijski stres prevode u kasnije mentalne i tjelesne ishode. U praktičnom smislu, rezultati podržavaju potrebu da se u procjeni i intervencijama u poslijeratnim zajednicama istodobno uzmu u obzir rane relacijske traume, ratna izloženost i aktualne materijalne teškoće, jer upravo njihova kumulacija i međudjelovanje daju najjasnije objašnjenje kasnijih ishoda po mentalno i tjelesno zdravlje.

5.2. Odnos između nepovoljnih ratnih iskustava tijekom Domovinskog rata i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi kod muškaraca i žena

Drugo istraživačko pitanje bilo je usmjereno na ispitivanje odnosa između nepovoljnih ratnih iskustava tijekom Domovinskog rata i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi kod muškaraca i žena. Sukladno tome, postavljena je hipoteza (H3) prema kojoj se očekivalo da će žene koje su tijekom djetinjstva ili adolescencije doživjele ratna iskustva imati nepovoljnije ishode u pogledu mentalnog i tjelesnog zdravlja u odnosu na muškarce izložene istim iskustvima.

Kako bi se ispitala ova hipoteza, provedene su analize spolnih razlika na poduzorku ispitanika koji su izvijestili o barem jednom ratnom ili poratnom nepovoljnom iskustvu. Dobiveni rezultati pokazali su da žene u odrasloj dobi iskazuju statistički značajno lošiji ukupni rezultat zdravlja u usporedbi s muškarcima uz mali učinak, kao i više razine posttraumatskih stresnih reakcija također uz mali učinak. Iako su dobivene razlike statistički značajne, veličina učinka upućuje na njihov ograničen klinički značaj. Razlike u subjektivnoj procjeni općeg zdravlja te u razinama internaliziranih problema nisu dosegle razinu statističke značajnosti.

Dobiveni nalazi upućuju na to da ratna i poratna nepovoljna iskustva doživljena u djetinjstvu mogu imati dugoročne posljedice koje se u odrasloj dobi izraženije očituju kod žena, osobito u području posttraumatskih stresnih reakcija i subjektivne procjene zdravlja. Takav obrazac rezultata u skladu je s brojnim istraživanjima koja pokazuju da su žene, unatoč često sličnoj ili čak nižoj razini izloženosti traumatskim događajima, ranjivije na razvoj internaliziranih psihičkih teškoća i PTSP-a u odrasloj dobi. Ova povećana ranjivost ne može se objasniti jednim čimbenikom, već proizlazi iz složene interakcije razvojnih, relacijskih i sociokulturnih mehanizama, uključujući veću sklonost internalizaciji distresa, veću učestalost relacijskih i interpersonalnih trauma te rodno uvjetovane obrasce socijalizacije i suočavanja sa stresom.

Dobiveni nalazi pružaju djelomičnu potvrdu hipoteze H3 te su u skladu s prethodnim istraživanjima koja upućuju na to da su posttraumatske reakcije specifičniji i osjetljiviji pokazatelj dugoročnih učinaka ratnih i poratnih iskustava u odnosu na šire mjere psihičke nelagode (Werner, 2012). Ovi rezultati dodatno naglašavaju važnost razlikovanja trauma-ishoda od općih pokazatelja mentalnog zdravlja u istraživanjima dugoročnih posljedica ratne izloženosti.

Nalazi ovog istraživanja u skladu su i s ranijim domaćim istraživanjima provedenima nakon Domovinskog rata, koja su već u dječjoj i adolescentskoj dobi ukazivala na izraženije

emocionalne i posttraumatske teškoće kod djevojčica i žena izloženih ratnim iskustvima (Ajduković i Ajduković, 1993; Ajduković i Ljubotina, 1995; Ajduković i Ajduković 1998; Kuterovac Jagodić, 2003). Ta su istraživanja dosljedno upućivala na spolno diferencirane načine reagiranja, pri čemu su djevojčice češće pokazivale internalizirane i posttraumatske simptome, dok su dječaci u većoj mjeri iskazivali eksternalizirane oblike ponašanja. Rezultati ovog istraživanja sugeriraju da se takvi obrasci reagiranja mogu održati i u odrasloj dobi, osobito kada su ratna iskustva doživljena u osjetljivim razvojnim razdobljima.

Posebno su relevantni nalazi recentnog longitudinalnog istraživanja Ajduković i suradnika (2025), u kojem je pokazano da žene, iako nisu bile izložene većem broju potencijalno traumatskih događaja tijekom rata i poraća, u odrasloj dobi iskazuju više razine simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja. Autori ističu da se spolne razlike ne mogu objasniti samom učestalošću izloženosti traumatskim događajima, već su vjerojatnije povezane s razlikama u psihološkoj obradi iskustava, regulaciji stresa i dugoročnim razvojnim posljedicama ranih traumatskih iskustava. Ovakvo tumačenje u skladu je i s međunarodnim preglednim istraživanjima koja pokazuju da, iako su muškarci u prosjeku češće izloženi potencijalno traumatskim događajima, žene imaju veći rizik razvoja posttraumatskih stresnih reakcija, što se povezuje s većom izloženošću interpersonalnim traumama te razlikama u emocionalnoj obradi i percipiranoj kontroli nad traumatskim iskustvima (Tolin i Foa, 2006). Ovi nalazi izravno su usporedivi s rezultatima ovog istraživanja, u kojem se spolne razlike također pojavljuju u području posttraumatskih reakcija i ukupnog zdravstvenog opterećenja.

Slične spolne razlike dosljedno su zabilježene i u međunarodnoj literaturi. Pregledna i meta-analička istraživanja upućuju na to da žene, iako često nisu izložene većem broju potencijalno traumatskih događaja, imaju viši rizik razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja u usporedbi s muškarcima (Olf i sur., 2007). Kasniji pregled Olf (2017) dodatno naglašava da su ove spolne razlike rezultat složene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. U literaturi se pri tome često ističe da žene češće razvijaju internalizirane reakcije na traumu, uključujući posttraumatske i somatske simptome, dok su kod muškaraca relativno češći eksternalizirani načini reagiranja (Christiansen i Berke, 2020). Međutim, pregledni radovi upozoravaju da su spolne razlike u posttraumatskim stresnim reakcijama snažno uvjetovane vrstom traume, razvojnim obilježjima i trajanjem izloženosti, te da u populacijama izloženima kroničnom i zajedničkom stresu mogu biti umanjene ili selektivno izražene (Olf i sur., 2007; Olf, 2017; Christiansen i Berke, 2020). U tom se smislu može razumjeti izostanak statistički značajnih spolnih razlika u nekim ispitivanim ishodima u ovom istraživanju, poput subjektivne

procjene općeg zdravlja i internaliziranih problema, dok se razlike zadržavaju u traumatski specifičnijim domenama.

Jedno od mogućih objašnjenja veće ranjivosti žena odnosi se na razvojne i relacijske mehanizme. Istraživanja djece izložene ratnim okolnostima upućuju na to da djevojčice u prosjeku snažnije reagiraju na narušavanje emocionalne sigurnosti i dostupnosti bliskih osoba te češće internaliziraju stresna iskustva (Punamäki i sur., 1997; Punamäki i sur., 2018). Budući da ratna i poratna iskustva često uključuju gubitke, dugotrajnu nesigurnost i promjene u obiteljskom funkcioniranju, takvi procesi mogu imati dugotrajnije posljedice za emocionalnu regulaciju, osjećaj sigurnosti i subjektivno doživljeno zdravlje kod žena.

Dodatno, biološki i neuroendokrini mehanizmi mogu pridonijeti spolnim razlikama u dugoročnim učincima traume. Istraživanja upućuju na spolno specifične razlike u funkcioniranju sustava odgovora na stres, koji mogu povećati vjerojatnost perzistencije posttraumatskih simptoma kod žena (Olf i sur., 2007; Ditlevsen i Elklit, 2012). U kontekstu kumulativnih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, takvi mehanizmi mogu dodatno pojačati učinak ranih ratnih trauma na kasnije mentalno i tjelesno zdravlje.

Dobiveni nalazi mogu se dodatno razumjeti unutar teorijskih modela koji naglašavaju razvojnu osjetljivost, kumulaciju stresa i važnost obiteljskog okruženja. Ekološki razvojni model upućuje na to da ratna iskustva djeluju na više razina djetetova okruženja, od neposredne izloženosti nasilju do dugotrajnijih promjena u obiteljskim i društvenim uvjetima, pri čemu se učinci tih iskustava mogu razlikovati ovisno o individualnim obilježjima, uključujući spol. U tom smislu, teorija privrženosti nudi dodatno objašnjenje dobivenih nalaza, jer rana izloženost kroničnom stresu i narušenom obiteljskom funkcioniranju može oslabiti razvoj sigurnih regulacijskih strategija, što se u odrasloj dobi može očitovati kroz veću ranjivost na internalizirane i traumatske simptome. Model toksičnog stresa dodatno pojašnjava kako dugotrajna aktivacija stresnih sustava u djetinjstvu, osobito u odsutnosti stabilne zaštite i emocionalne regulacije, može dovesti do trajnih zdravstvenih posljedica, pri čemu se spolne razlike mogu očitovati upravo u ishodima osjetljivima na kronični stres. Važno je naglasiti da se u ovom istraživanju ratna i poratna iskustva ne promatraju izolirano, već u sklopu šire kumulacije nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Spolne razlike u zdravstvenim ishodima stoga se mogu povezati ne samo s učincima ratne traumatizacije same po sebi, nego i s njezinim ispreplitanjem s drugim razvojnim i obiteljskim stresorima. Takvo tumačenje u skladu je s ACE pristupom i nalazima o različitim dugoročnim posljedicama kumuliranih nepovoljnih iskustava kod žena i muškaraca.

Zaključno, rezultati ovog istraživanja upućuju na to da spol predstavlja važan kontekstualni čimbenik u razumijevanju dugoročnih zdravstvenih posljedica ratnih i poratnih iskustava doživljenih u djetinjstvu i adolescenciji. Iako spolne razlike nisu uočene u svim ispitivanim domenama, žene iskazuju izraženije posttraumatske reakcije i lošiji ukupni zdravstveni ishod u odrasloj dobi, što je u skladu s domaćim i međunarodnim istraživanjima te djelomično potvrđuje postavljenu hipotezu H3.

5.3. Uloga pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) u odnosu između nepovoljnih iskustava (ACE) i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi

Treće istraživačko pitanje bilo je usmjereno na ispitivanje doprinosa pozitivnih iskustava u djetinjstvu (BCE) u odnosu između ukupnog broja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi. Sukladno tome, postavljena je hipoteza (H4) prema kojoj se očekivalo da će pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE) predstavljati značajan zaštitni čimbenik mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi te da će njihov doprinos ostati statistički značajan i nakon kontrole ukupnog broja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE).

Kako bi se ispitala ova hipoteza, provedene su hijerarhijske regresijske analize u kojima su u prvom koraku u modele uvedena nepovoljna iskustva u djetinjstvu, a u drugom koraku pozitivna iskustva u djetinjstvu (BCE). Ovakav pristup omogućio je procjenu dodatnog, jedinstvenog doprinosa pozitivnih iskustava povrh kumuliranih razvojnih rizika. Rezultati su pokazali da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu snažan i dosljedan prediktor svih ispitivanih zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi. U ovom istraživanju pozitivna iskustva u djetinjstvu nisu promatrana kao medijacijski ili moderacijski čimbenik, već kao zaštitni resurs koji pridonosi povoljnijim ishodima neovisno o razini nepovoljnih iskustava, jer je fokus bio na njihovu dodatnom doprinosu, a ne na ispitivanju takvih učinaka. Ukupan broj ACE-ova objasnio je 8,8% varijance opće procjene zdravlja, 11,2% varijance izraženosti simptoma bolesti, 15,8% varijance simptoma posttraumatskog stresa i 18,1% varijance internaliziranih problema. Dobiveni nalazi u skladu su s temeljnom pretpostavkom ACE-a i kumulativnim (*dose-response*) odnosom, prema kojem se rizik za nepovoljne ishode povećava s porastom broja ranih nepovoljnih iskustava.

Uvođenjem pozitivnih iskustava u djetinjstvu u drugom koraku modela dobiven je jasniji uvid u njihovu zaštitnu ulogu. Pozitivna iskustva nisu pokazala statistički dodatni doprinos u

objašnjenju opće procjene zdravlja, povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Međutim, kod ostalih ishoda njihov je doprinos bio statistički značajan, iako relativno skroman. pozitivna iskustva u djetinjstvu dala su manji, ali statistički značajan dodatni doprinos objašnjenju izraženosti simptoma bolesti, posttraumatskih stresnih reakcija i internaliziranih problema povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Time je hipoteza H4 djelomično potvrđena. Dobiveni nalazi upućuju na to da su pozitivna iskustva u djetinjstvu povezana s povoljnijim psihološkim ishodima u odrasloj dobi, ali ne neutraliziraju u potpunosti dugoročne učinke kumuliranih nepovoljnih iskustava.

Deskriptivni pokazatelji pozitivnih iskustava dodatno pomažu u razumijevanju dobivenog rezultata. Većina sudionika izvještavala je o visokoj razini povoljnih razvojnih iskustava, pri čemu je prosječan ukupni rezultat BCE bio visok ($M = 9,02$), a medijan je iznosio 10. Ovakav nalaz upućuje na relativno visoku dostupnost relacijskih i socijalnih zaštitnih resursa tijekom odrastanja, ali istodobno pokazuju malu varijabilnost pozitivnih iskustava unutar uzorka. Stoga relativno skroman jedinstveni doprinos BCE u regresijskim modelima može djelomično odražavati obilježja uzorka i primjerenost skale u smislu sadržajne valjanosti, a ne ograničenu razvojnu važnost pozitivnih iskustava kao takvih.

Važan nalaz odnosi se i na umjereno snažnu negativnu povezanost između nepovoljnih i povoljnih iskustava u djetinjstvu, pri čemu značajan dio njihove varijance pokazuje zajedničko preklapanje. To upućuje na to da su djeca izložena većem broju nepovoljnih iskustava rjeđe imala dostupne zaštitne resurse, ali i da pozitivna iskustva ne predstavljaju tek odsutnost nepovoljnih, već relativno samostalan razvojni resurs. Djeca izložena većem broju nepovoljnih iskustava ujedno raspolažu s manje dostupnih zaštitnih resursa, što je u skladu s nalazima da se rizični i zaštitni čimbenici u razvoju ne raspoređuju nasumično, već se često kumuliraju unutar istih obiteljskih i socijalnih okolnosti (Crandall i sur., 2019; 2021). Kako ističu isti autori, pozitivna iskustva u djetinjstvu mogu umanjiti vjerojatnost nepovoljnih ishoda čak i u uvjetima ponovljene ili dugotrajne izloženosti ACE-ima, ali pritom ne neutraliziraju u potpunosti učinke kumuliranog razvojnog rizika. Takvi nalazi dodatno objašnjavaju zašto pozitivna iskustva u ovom istraživanju ne djeluju kao kompenzacijski čimbenik, već ponajprije kao resurs koji ublažava, ali ne uklanja učinke višestrukih razvojnih rizika. Dobiveni rezultati u skladu su s međunarodnim istraživanjima pozitivnih iskustava u djetinjstvu. Istraživanja Narayan i suradnika (2018; 2021) pokazuju da pozitivna iskustva, nakon kontrole za ACE, najčešće objašnjavaju manji dodatni dio varijance ishoda mentalnog zdravlja. Dobiveni nalazi ovoga istraživanja u potpunosti su usporedivi s tim rezultatima. Jedinstveni doprinos BCE u ovom

istraživanju kretao se u rasponu od 1,4% do 3,0%, dodatno objašnjene varijance, što je u potpunosti usporedivo s nalazima prethodnih istraživanja. Slične zaključke donose i Bethell i suradnici (2019), koji ističu da pozitivna iskustva pridonose boljoj prilagodbi i zdravlju, ali da kumulirani razvojni rizici ostaju dominantan prediktor dugoročnih ishoda. U tom smislu, rezultati ovog istraživanja potvrđuju zaštitnu ulogu BCE-a.

Dodatnu potporu ovakvom tumačenju pruža studija Merrick i suradnika (2019), provedena na visokorizičnom uzorku roditelja beskućnika. Autori su pokazali da su pozitivna iskustva u djetinjstvu povezana s nižom razinom psihološkog stresa i povoljnijim funkcioniranjem u odrasloj dobi čak i nakon kontrole nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Iako pozitivna iskustva nisu neutralizirala učinke kumuliranih razvojnih rizika, njihov zaštitni doprinos bio je dosljedan i ponajprije izražen u psihološkim domenama. Ovi nalazi posebno su relevantni za tumačenje rezultata ovog istraživanja, jer upućuju na to da u uvjetima visoke i dugotrajne izloženosti razvojnim stresorima, poput ratne i poratne izloženosti u djetinjstvu, pozitivna iskustva djeluju kao amortizirajući, a ne kompenzacijski čimbenik.

Dobiveni rezultati mogu se razumjeti u skladu s teorijskim modelima koji naglašavaju kumulativno opterećenje i toksični stres. Dugotrajna i višestruka izloženost nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu povezana je s trajnom aktivacijom stresnih fizioloških sustava, što ima dugoročne posljedice za mentalno i tjelesno zdravlje. U takvim situacijama, pozitivna iskustva, poput emocionalne dostupnosti odraslih i osjećaja sigurnosti, mogu ublažiti intenzitet stresnih reakcija i pridonijeti boljoj emocionalnoj regulaciji, ali u uvjetima visoke kumulacije rizika njihova regulacijska uloga ostaje ograničena.

Slično tumačenje nudi i teorija privrženosti, prema kojoj rani odnosi sa stabilnim i brižnim odraslim osobama omogućuju razvoj sigurnih unutarnjih radnih modela i učinkovitijih strategija regulacije emocija. Pozitivna iskustva u djetinjstvu mogu pridonijeti otpornosti i povoljnijoj psihološkoj prilagodbi, ali ne mogu u potpunosti neutralizirati učinke dugotrajne i višestruke izloženosti stresu. Iz perspektive ekološkog razvojnog modela, pozitivna iskustva najčešće su ograničena na neposredno okruženje djeteta, ponajprije obiteljske odnose, dok se nepovoljna iskustva često javljaju istodobno na više razvojnih razina, čime se smanjuje njihov ukupni zaštitni doseg.

U tom smislu, teorija privrženosti pruža dodatno objašnjenje dobivenih nalaza, jer pozitivna iskustva u djetinjstvu često odražavaju prisutnost stabilnih i emocionalno dostupnih odnosa koji podržavaju razvoj osjećaja sigurnosti i učinkovitije emocionalne regulacije. Takvi odnosi mogu

ublažiti izraženost kasnijih psiholoških teškoća, osobito internaliziranih i posttraumatskih simptoma, no u uvjetima kumulirane izloženosti nepovoljnim iskustvima njihova zaštitna uloga ostaje ograničena, što je u skladu s nalazima ovog istraživanja o skromnom, ali dosljednom doprinosu pozitivnih iskustava.

Zaključno, rezultati ovog istraživanja potvrđuju da pozitivna iskustva u djetinjstvu imaju važnu, ali ograničenu zaštitnu ulogu u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi. Nepovoljna iskustva ostaju dominantan prediktor mentalnog i tjelesnog zdravlja, dok pozitivna iskustva pridonose smanjenju izraženosti psiholoških teškoća, osobito posttraumatskih i internaliziranih simptoma. Time se hipoteza H4 djelomično potvrđuje te se dodatno naglašava potreba za istodobnim razmatranjem rizičnih i zaštitnih čimbenika u razumijevanju dugoročnih posljedica ranih životnih iskustava, osobito u populacijama izloženima višestrukim i kumuliranim razvojnim rizicima.

5.4. Uloga socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi

Četvrto istraživačko pitanje bilo je usmjereno na ispitivanje zaštitne uloge socijalne podrške u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) i ishoda mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi. Sukladno tome, postavljena je hipoteza (H5) prema kojoj se očekivalo da će socijalna podrška u odrasloj dobi predstavljati zaštitni čimbenik koji umanjuje negativne učinke ACE-a na mentalno i tjelesno zdravlje.

U kontekstu bivarijantnih korelacija, nepovoljna iskustva u djetinjstvu pokazala su umjerene do visoke pozitivne povezanosti sa svim pokazateljima narušenog mentalnog i tjelesnog zdravlja, dok su obje mjere socijalne podrške – čestina i zadovoljstvo – bile negativno povezane s nepovoljnim zdravstvenim ishodima. Posebno je važno istaknuti da je zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazalo snažnije povezanosti s ishodima zdravlja nego sama čestina podrške, što je u skladu s literaturom koja naglašava veću važnost percipirane kvalitete podrške u odnosu na njezinu količinu (Cohen i Wills, 1985; Evans i sur., 2013). Zbog izrazito visoke međusobne povezanosti čestine i zadovoljstva podrškom, u daljnjim analizama korištena je samo mjera zadovoljstva socijalnom podrškom, čime je izbjegnut problem multikolinearnosti i osigurana jasnija interpretacija rezultata.

Hijerarhijske regresijske analize omogućile su ispitivanje jedinstvenog doprinosa socijalne podrške povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu za svaki od ispitivanih zdravstvenih ishoda.

Kod opće procjene zdravlja nepovoljna iskustva u djetinjstvu pokazala su se značajnim prediktorom lošije procjene zdravlja, dok zadovoljstvo socijalnom podrškom, iako povezano sa zdravljem na bivarijantnoj razini, nije dalo statistički značajan dodatni doprinos u regresijskom modelu. Ovaj nalaz upućuje na to da opća subjektivna procjena zdravlja u odrasloj dobi snažnije odražava kumulirane razvojne nepovoljnosti nego aktualnu razinu percipirane socijalne podrške. Dobiveni nalazi u skladu su s istraživanjima koja pokazuju da opća procjena zdravlja često predstavlja relativno stabilan pokazatelj dugoročnih životnih uvjeta i zdravstvene ranjivosti, na koji trenutni zaštitni resursi imaju ograničen doseg (Hughes i sur., 2017; Madigan i sur., 2023). Za razliku od toga, kod konkretnijih pokazatelja tjelesnog zdravlja dobiveni su drugačiji odnosi. Kod izraženosti simptoma bolesti zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazalo je značajan jedinstveni doprinos povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, pri čemu je taj doprinos bio relativno skroman. Ovaj nalaz sugerira da socijalna podrška u odrasloj dobi može djelovati kao zaštitni resurs u odnosu na somatsko opterećenje, ublažavajući intenzitet tjelesnih simptoma povezanih s ranom izloženošću stresu. Dobiveni nalazi u skladu su s meta-analitičkim istraživanjima koja pokazuju da kvaliteta socijalnih odnosa i percipirana socijalna podrška imaju dugoročan učinak na tjelesno zdravlje i mortalitet, neovisno o mentalnim ishodima (Holt-Lunstad i sur., 2010; 2015). Slične povezanosti potvrđuju i istraživanja koja višu razinu percipirane socijalne podrške povezuju s manjom učestalošću somatskih tegoba, povoljnijim zdravstvenim ponašanjima te boljim mentalnim funkcioniranjem, čak i kod osoba s poviješću nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (Herrenkohl i sur., 2016; Uchino i sur., 2018; Wang i sur., 2018). Takva diferencijacija ishoda upućuje na to da socijalna podrška ima veći potencijal djelovanja na promjenjivije, simptomatske aspekte tjelesnog zdravlja, dok su opće procjene zdravlja snažnije ukorijenjene u dugoročno akumuliranim razvojnim nepovoljnostima i životnim okolnostima.

Najkonzistentniji zaštitni učinak socijalne podrške uočen je kod mentalnih zdravstvenih ishoda. Kod posttraumatskih stresnih reakcija zadovoljstvo socijalnom podrškom u drugom koraku modela pokazalo je manji, ali statistički značajan dodatni doprinos povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Ovaj nalaz upućuje na to da socijalna podrška ima važnu ulogu u ublažavanju traumatskih simptoma, čak i kada je razvojna ranjivost već prisutna. Međunarodna istraživanja također pokazuju da viša razina percipirane socijalne podrške doprinosi blažem izražavanju posttraumatskih simptoma kod odraslih osoba s poviješću ranih trauma (Von Cheong i sur., 2017; Aldomini i sur., 2025).

Još izraženiji zaštitni učinak socijalne podrške zabilježen je kod internaliziranih problema, gdje zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazuje najizraženiji dodatni doprinos među ispitivanim ishodima povrh nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Time se socijalna podrška potvrđuje kao osobito važan resurs u području emocionalnog distresa, depresivnosti i anksioznosti. Ovakav nalaz u skladu je s literaturom koja pokazuje da percipirana dostupnost podrške ima snažan učinak na emocionalnu regulaciju, osjećaj sigurnosti i subjektivnu kontrolu nad stresnim iskustvima, što je osobito važno kod osoba s poviješću relacijskih trauma (Cohen i Wills, 1985; Masten, 2014; Von Cheong i sur., 2017).

Dobiveni nalazi upućuju na to da socijalna podrška u odrasloj dobi djeluje kao važan, ali selektivan zaštitni resurs u odnosu na nepovoljna iskustva u djetinjstvu. U skladu s teorijom otpornosti, koja otpornost definira kao proces prilagodbe u uvjetima trajne ili prethodne izloženosti riziku, a ne kao odsutnost teškoća (Masten, 2014), socijalna podrška ne poništava razvojne učinke ranih nepovoljnosti, ali može ublažiti njihovu aktualnu manifestaciju. To se jasno očituje u nalazima prema kojima je zadovoljstvo socijalnom podrškom značajno povezano s nižom razinom internaliziranih teškoća, dok je njezin doprinos općoj procjeni zdravlja izostao.

Ovi rezultati upućuju na to da socijalna podrška u odrasloj dobi ima izraženiju ulogu u regulaciji emocionalnih i stresnih reakcija nego u promjeni opće procjene zdravlja, koja odražava dugoročno oblikovane razvojne uvjete. Iz perspektive ekološkog razvojnog modela, takav nalaz dodatno naglašava važnost neposrednih socijalnih odnosa u odrasloj dobi kao aktualnih zaštitnih resursa na razini mikrosustava i mezosustava, čiji je učinak vidljiv ponajprije u domenama osjetljivima na trenutnu dostupnost emocionalne i instrumentalne podrške (Bronfenbrenner, 1979). Time se potvrđuje nalaz ovog istraživanja da kasniji zaštitni resursi mogu ublažiti psihološke posljedice ranih nepovoljnih iskustava, ali ne mogu u potpunosti nadomjestiti razvojna opterećenja akumulirana tijekom djetinjstva. Iz perspektive teorije privrženosti, ovi nalazi upućuju na to da socijalna podrška u odrasloj dobi može imati važnu ulogu u ublažavanju emocionalnih i stresnih reakcija povezanih s ranim nepovoljnim iskustvima, ali ne zahvaća u potpunosti dublje razvojne strukture funkcioniranja oblikovane u djetinjstvu. To može objasniti zašto se njezin zaštitni učinak jasnije očituje u području psiholoških simptoma nego u općoj procjeni zdravlja, koja odražava dugotrajnije i kumulirane razvojne posljedice.

Međutim, pri interpretaciji uloge socijalne podrške potrebno je uzeti u obzir i mogućnost složenijih, recipročnih odnosa između socijalne podrške i psihološkog funkcioniranja.

Odnos između socijalne podrške i mentalnog zdravlja stoga se ne može promatrati isključivo kao jednosmjernan. Iako se u ovom istraživanju socijalna podrška razmatra kao zaštitni čimbenik, način na koji pojedinci procjenjuju dostupnost i kvalitetu podrške može biti povezan s njihovim aktualnim emocionalnim stanjem. Primjerice, izraženiji internalizirani simptomi mogu biti praćeni negativnijom procjenom podrške iz okoline. Takav obrazac upućuje na mogućnost međusobne povezanosti socijalne podrške i mentalnog zdravlja, pri čemu percepcija socijalne podrške može djelomično odražavati i subjektivno psihološko funkcioniranje pojedinca.

Unatoč mogućoj dvosmjernosti tog odnosa, rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza u ovom istraživanju pokazuju da socijalna podrška ostvaruje značajan i jedinstven doprinos objašnjenju zdravstvenih ishoda, što dodatno potvrđuje njezinu važnost u razumijevanju mentalnog i tjelesnog zdravlja u odrasloj dobi.

Zaključno, rezultati četvrtog istraživačkog pitanja djelomično potvrđuju hipotezu H5. Socijalna podrška u odrasloj dobi, osobito percipirano zadovoljstvo podrškom, pokazuje se kao značajan zaštitni čimbenik u odnosu između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i mentalnih zdravstvenih ishoda, te u manjoj, ali relevantnoj mjeri i tjelesnih simptoma. Međutim, njezin učinak nije uočen kod opće procjene zdravlja, što upućuje na selektivnu zaštitnu ulogu socijalne podrške. Ovi nalazi naglašavaju važnost jačanja socijalnih resursa u odrasloj dobi, osobito u populacijama s poviješću ranih nepovoljnosti, kao ključnog elementa intervencija usmjerenih na očuvanje mentalnog zdravlja i ublažavanje dugoročnih posljedica ranih traumatskih iskustava.

U cjelini, rezultati ovog istraživanja dosljedno potvrđuju da nepovoljna iskustva u djetinjstvu, uključujući i ratnu izloženost, predstavljaju snažan i dugotrajan razvojni rizik. Nalazi prvog i drugog istraživačkog pitanja pokazuju da su kronične, relacijske nepovoljnosti iz djetinjstva stabilniji i snažniji prediktori zdravstvenih ishoda od kasnijih, vremenski ograničenih traumatskih događaja. Ratna izloženost pritom ima selektivan, ali relevantan doprinos, osobito u području mentalnih ishoda. Treće istraživačko pitanje dodatno je pokazalo da pozitivna iskustva u djetinjstvu imaju zaštitnu, ali ograničenu ulogu, djelujući prije svega kao amortizirajući, a ne kompenzacijski čimbenik u uvjetima kumuliranih razvojnih rizika. Konačno, rezultati četvrtog istraživačkog pitanja upućuju na to da socijalna podrška u odrasloj

dobi, osobito percipirana kvaliteta podrške, predstavlja važan aktualni zaštitni resurs koji može ublažiti psihološke i somatske posljedice ranih nepovoljnih iskustava, iako ne uklanja njihovu temeljnu razvojnu ranjivost. Zajedno, ovi nalazi snažno podupiru razvojno-ekološki pristup prema kojem se dugoročni zdravstveni ishodi oblikuju kroz kumulaciju ranih iskustava i njihovu interakciju s kasnijim životnim okolnostima i dostupnim zaštitnim resursima. Time se potvrđuje da razumijevanje dugoročnih zdravstvenih ishoda zahtijeva istodobno razmatranje razvojnih rizika, traumatskih iskustava i aktualnih zaštitnih resursa, a ne njihovo izolirano promatranje.

6. Ograničenja istraživanja

Rezultate ovog istraživanja potrebno je tumačiti uzimajući u obzir nekoliko metodoloških ograničenja. Prije svega, istraživanje se temelji na retrospektivnim samoprocjenama odraslih ispitanika o iskustvima iz djetinjstva, što otvara mogućnost pogrešnog prisjećanja, reinterpretacije prošlih događaja te utjecaja emocionalnih i obrambenih procesa. Međutim, važno je naglasiti da subjektivna procjena iskustava predstavlja relevantan izvor podataka, osobito u kontekstu istraživanja psihosocijalnih ishoda, budući da način na koji pojedinci doživljavaju i interpretiraju svoja iskustva ima ključnu ulogu u njihovim dugoročnim posljedicama. Ovaj je problem dodatno naglašen činjenicom da nije prikupljena informacija o razvojnom razdoblju u kojem su se nepovoljna iskustva dogodila, čime je onemogućena analiza potencijalno različitih učinaka trauma doživljenih u osjetljivim fazama razvoja.

Jedno od ograničenja ovog istraživanja odnosi se na strukturu uzorka, koji je obuhvaćao ispitanike iz istočne Slavonije, područja koje je tijekom Domovinskog rata bilo snažno pogođeno ratnim zbivanjima. S obzirom na specifičan fokus istraživanja na ratna iskustva, takav uzorak predstavlja i istraživačku prednost jer omogućuje uvid u populaciju koja je bila izložena relevantnim iskustvima. Zbog takve specifičnosti uzorka, dobiveni nalazi primarno se odnose na populacije izložene ratnim iskustvima te ih je potrebno oprezno interpretirati u širem kontekstu. Relativno mali doprinos ratnih iskustava u pojedinim analizama može biti povezan i s homogenosti uzorka u pogledu ratne izloženosti, zbog čega je teže jasno uočiti njihov učinak.

Ograničenje istraživanja odnosi se i na način regrutacije sudionika. Važno je naglasiti da ovakav način uzorkovanja ne predstavlja samo ograničenje, već i svjestan istraživački izbor u skladu s ciljevima rada. Fokus na roditelje djece u ranoj adolescenciji proizlazi iz šireg projekta o međugeneracijskom prijenosu rizika za mentalno zdravlje, u okviru kojeg je istraživanje provedeno. Takav uzorak omogućuje uvid u specifičnu populaciju u aktivnoj roditeljskoj ulozi, što je relevantno za razumijevanje mogućih mehanizama prijenosa nepovoljnih iskustava između generacija, iako istodobno ograničava mogućnost generalizacije dobivenih nalaza.

Uzorak je prikupljen putem roditelja učenika viših razreda osnovne škole, što znači da su u istraživanje uključene odrasle osobe koje su ostvarile roditeljsku ulogu i imaju djecu u ranoj adolescenciji. Time nisu obuhvaćene odrasle osobe koje su odrastale u razdoblju Domovinskog rata, ali nisu postale roditelji, kao ni one koje su roditeljstvo ostvarile u znatno ranijoj ili kasnijoj životnoj dobi. Ovakav način uzorkovanja, odnosno selekcija kroz roditeljstvo, može dodatno ograničiti mogućnost generalizacije nalaza, budući da roditeljstvo – osobito roditeljstvo djece

u ranoj adolescenciji – podrazumijeva barem minimalnu razinu psihosocijalnog funkcioniranja, stabilnosti te uključenosti u društvene sustave (škola, zdravstvo). Naposljetku, uzorak je obuhvaćao odrasle osobe koje su dobrovoljno pristale sudjelovati u istraživanju, što upućuje na moguću samoselekcijску pristranost i dodatno ograničava generalizaciju rezultata. O ovome treba tim više voditi računa s obzirom na to da je od 505 potencijalnih ispitanika iz inicijalnog uzorka njih 404 vratilo ispunjene upitnike.

Dodatno ograničenje odnosi se na presječni istraživački dizajn. Budući da su svi podaci prikupljeni u jednoj vremenskoj točki, nije moguće donositi zaključke o uzročno-posljedičnim odnosima između nepovoljnih i povoljnih iskustava u djetinjstvu te zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi, već isključivo o njihovoj međusobnoj povezanosti. Buduća istraživanja trebala bi koristiti longitudinalne i prospektivne dizajne te, gdje je moguće, kombinirati različite izvore podataka kako bi se omogućilo pouzdanije zaključivanje o uzročno-posljedičnim odnosima. Međutim, takvi pristupi, osobito u području ratom povezanih traumatskih iskustava iz djetinjstva, povezani su s metodološkim i etičkim izazovima, uključujući dugotrajno praćenje sudionika, rizik osipanja uzorka te potencijalnu emocionalnu uznemirenost ispitanika.

Korištenje instrumenata samoprocjene također nosi određene rizike, uključujući društveno poželjno odgovaranje, subjektivno tumačenje stavki te moguće potiskivanje ili umanjivanje traumatskih iskustava, osobito u području obiteljske dinamike i mentalnog zdravlja. Ipak, u kontekstu ovoga istraživanja, samoprocjena predstavlja primjeren metodološki pristup jer omogućuje uvid u subjektivni doživljaj iskustva i zdravlja, koji je ključan za razumijevanje psihosocijalnih ishoda. S obzirom na anonimnost istraživanja i nepostojanje izravne osobne koristi ili posljedica odgovora, ne očekuje se izražena sklonost socijalno poželjnom odgovaranju u ovom uzorku.

Ograničenja su prisutna i u samom konceptualiziranju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Ukupni ACE rezultat pretpostavlja jednaku težinu svih iskustava, ne uzimajući u obzir njihovu učestalost, intenzitet, trajanje ni subjektivni doživljaj, čime se složenost traumatskih iskustava nužno pojednostavljuje. Slično tome, s obzirom na heterogenost ratnih iskustava, njihovo sumiranje omogućuje obuhvaćanje ukupne razine izloženosti ratnom stresu, iako se time nužno pojednostavljaju njihovi specifični učinci.

U istraživanje su uključena i pozitivna iskustva u djetinjstvu, no njihova zaštitna uloga mogla je biti podcijenjena zbog ograničene osjetljivosti korištene mjere. Plafonski učinak, dihotomni

format odgovora i niža unutarnja konzistentnost skale smanjuju mogućnost preciznijeg razlikovanja razina povoljnih iskustava.

Dodatno, instrumenti korišteni u istraživanju razvijeni su u drugačijem kulturnom kontekstu, pa njihova primjena u specifičnom postratnom hrvatskom okruženju zahtijeva oprez u interpretaciji nalaza.

Iako ukupni udio objašnjene varijance zdravstvenih ishoda u ovom istraživanju nije visok u apsolutnom smislu, takvi su učinci očekivani u populacijskim istraživanjima zdravlja te su u skladu s nalazima ACE literature. Posebno je važno istaknuti da se veći udio objašnjene varijance dosljedno javlja kod ishoda koji su konceptualno i empirijski bliži traumatskim iskustvima, poput posttraumatskih stresnih reakcija i internaliziranih problema, što podupire pretpostavku kumulativnog (*dose-response*) učinka nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

Relativno umjereni udjeli objašnjene varijance upućuju na to da nepovoljna iskustva u djetinjstvu ne djeluju izravno i linearno na kasnije zdravstvene ishode, već putem složenih razvojnih putova koji uključuju različite medijacijske i zaštitne mehanizme. U tom smislu, uključivanje pozitivnih iskustava u djetinjstvu i socijalne podrške u ovom istraživanju pokazalo se važnim za razumijevanje zašto se samo dio varijance mentalnog i tjelesnog zdravlja može pripisati ranim nepovoljnim iskustvima. Ovi nalazi dodatno upućuju na potrebu daljnjeg istraživanja složenih razvojnih odnosa i mehanizama koji povezuju rana iskustva i kasnije ishode.

Uzimajući u obzir metodološka obilježja ovog istraživanja, buduća bi istraživanja trebala uključiti heterogenije uzorke kako bi se omogućila šira generalizacija nalaza. Također, preporučuje se jasnije razmatranje vremenske dimenzije traumatskih iskustava, osobito u kontekstu različitih razvojnih razdoblja, budući da teorijski modeli upućuju na specifičnu osjetljivost pojedinih faza razvoja. Nadalje, iako je binarna operacionalizacija nepovoljnih iskustava u djetinjstvu uobičajena, preporučuje se uključivanje mjera koje obuhvaćaju intenzitet, trajanje i učestalost iskustava, kao i kombiniranje kvantitativnih i kvalitativnih pristupa radi dubljeg razumijevanja subjektivnog značenja proživljenih događaja. U kontekstu ratnih iskustava, buduća bi istraživanja mogla detaljnije analizirati pojedinačne kategorije traumatskih događaja kako bi se preciznije sagledali njihovi diferencijalni učinci. Također, rezultati vezani uz pozitivna iskustva u djetinjstvu upućuju na potrebu korištenja osjetljivijih mjernih instrumenata te razmatranja njihove uloge u složenijim modelima, uključujući moguće medijacijske i moderacijske učinke. U području socijalne podrške preporučuje se diferencijacija

izvora i dimenzija podrške, kao i uključivanje šireg spektra socijalnih ishoda, poput kvalitete odnosa i osjećaja usamljenosti, kako bi se omogućilo cjelovitije razumijevanje mehanizama djelovanja nepovoljnih iskustava tijekom životnog tijeka.

7. Značaj istraživanja

Znanstveni doprinos ovog rada očituje se na konceptualnoj, empirijskoj i metodološkoj razini, kroz teorijsko proširenje postojećih modela i njihovu empirijsku provjeru.

7.1. Konceptualni doprinos

Temeljni konceptualni doprinos rada ogleda se u integraciji ratnih i poratnih iskustava u širi razvojni okvir nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Za razliku od pristupa koji ratna iskustva promatra isključivo kao potencijalno traumatske događaje, u ovom se radu ona razumiju kao kumulativni, višerazinski i razvojno osjetljiv oblik nepovoljnih okolnosti koji mogu dugoročno utjecati na mentalno i tjelesno zdravlje. Time se rat ne promatra samo kao pojedinačni traumatski događaj, već kao dio šireg razvojnog okvira koji djeluje na individualnoj, obiteljskoj i društvenoj razini.

Ovakav pristup nadopunjuje tradicionalni ACE model, koji je primarno razvijan u kontekstu individualnih i obiteljskih stresora, jer ratna iskustva smješta u širi društveni kontekst u kojem su nastala, poput raseljavanja, dugotrajne nesigurnosti i narušenog obiteljskog funkcioniranja. Ratna izloženost tako se uključuje u razumijevanje kumulativnog razvojnog opterećenja, čime se nadilazi shvaćanje traume kao izoliranog događaja i otvara prostor za razvojno tumačenje njezinih dugoročnih učinaka.

Uz navedeno, rezultati ovog rada omogućuju i osvrt na teorijska polazišta na kojima se istraživanje temelji, u smislu njihove potvrde, ali i djelomičnog preispitivanja. Nalazi potvrđuju pretpostavke ekološkog modela razvoja, ukazujući da nepovoljna iskustva, uključujući ratnu traumatizaciju, djeluju kroz međusobno povezane razine okruženja, pri čemu širi društveni čimbenici oblikuju uvjete u obiteljskom okruženju djeteta.

U skladu s teorijom privrženosti, rezultati upućuju na snažniji učinak nepovoljnih iskustava u obitelji na kasnije psihosocijalne ishode, ali istodobno pokazuju da i ratna iskustva mogu djelovati posredno, kroz utjecaj na roditeljske kapacitete i kvalitetu odnosa.

Nalazi su također u skladu s modelom toksičnog stresa, potvrđujući dugoročne učinke kumulativne izloženosti nepovoljnim iskustvima. Međutim, rezultati ukazuju i na to da učinci različitih vrsta nepovoljnosti nisu jednaki, već ovise o njihovom kontekstu i razvojnoj ulozi.

7.2. Empirijski doprinos

Empirijski doprinos rada očituje se u ispitivanju dugoročnih učinaka ratnih iskustava i nepovoljnih iskustava u obiteljskom okruženju tijekom djetinjstva na mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi. Rezultati pokazuju da su nepovoljna iskustva iz obiteljskog okruženja stabilniji i snažniji prediktor zdravstvenih ishoda od ratnih traumatskih događaja koji su vremenski ograničeni. Ova razlika ne može se objasniti isključivo vremenskim obilježjima iskustava, budući da i ratna i obiteljska nepovoljna iskustva mogu biti i kratkotrajna i dugotrajna, već odražava njihovu razvojnu neposrednost i učestalost u svakodnevnom obiteljskom okruženju.

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu objašnjavala su dodatnih 3,4% varijance opće procjene zdravlja, 3,8% varijance tjelesnih simptoma, 6,4% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 9,1% varijance internaliziranih problema, povrh sociodemografskih i materijalnih čimbenika. Ukupni modeli objašnjavali su do 23,5% varijance mentalnih ishoda., odnosno 23,5% posttraumatskih stresnih reakcija i 23,2% internaliziranih problema. Ratna traumatizacija pokazala je selektivan, ali slabiji dodatni doprinos, osobito u području posttraumatskih i internaliziranih simptoma.

Time se potvrđuje da učinci nepovoljnog odrastanja nisu prolazni, već perzistiraju u odrasloj dobi. Ovaj nalaz doprinosi razumijevanju razvojne stabilnosti ranih nepovoljnosti te pokazuje da se njihovi učinci protežu daleko izvan djetinjstva. Ipak, dobivene nalaze potrebno je razmotriti i u kontekstu načina operacionalizacije varijabli i redosljeda njihova uključivanja u hijerarhijsku regresijsku analizu. U ovom istraživanju ratna iskustva uključena su u model nakon nepovoljnih iskustava u obiteljskom okruženju, što može utjecati na procjenu njihova relativnog doprinosa. Budući da su ratna i obiteljska nepovoljna iskustva često međusobno povezana, moguće je da bi uključivanje ratnih iskustava u ranijem koraku analize rezultirao većim udjelom objašnjene varijance pripisano upravo toj skupini iskustava, dok bi se doprinos nepovoljnih iskustava u obiteljskom okruženju djelomično smanjio.

Nadalje, nepovoljna iskustva u djetinjstvu u ovom su istraživanju promatrana kao kumulativni ACE indeks, dok su ratna iskustva analizirana kroz zasebne kategorije. Takav pristup može prikriti specifične učinke pojedinih oblika nepovoljnih iskustava, zbog čega bi njihovo odvojeno promatranje moglo pružiti precizniji uvid u relativni doprinos pojedinih nepovoljnih iskustava te u njihove međusobne odnose u objašnjenju zdravstvenih ishoda.

Dodatno, rezultati ukazuju na zaštitnu, ali ograničenu ulogu pozitivnih iskustava u djetinjstvu i socijalne podrške u odrasloj dobi. Iako su ti čimbenici pokazali značajan dodatni doprinos u objašnjenju dijela mentalnih i tjelesnih ishoda, nisu neutralizirali učinke kumuliranih nepovoljnosti. Time se doprinosi realističnijem i nijansiranim razumijevanju otpornosti, bez pojednostavljenog shvaćanja da pozitivni resursi u potpunosti poništavaju rane rizike.

7.3. Metodološki doprinos

Metodološki doprinos rada očituje se u integraciji rizičnih i zaštitnih čimbenika unutar jedinstvenog hijerarhijskog modela te u paralelnom ispitivanju mentalnih i tjelesnih zdravstvenih ishoda. Takav pristup omogućio je preciznije razlikovanje relativne snage pojedinih prediktora i jasnije razumijevanje njihovih jedinstvenih doprinosa. Posebna vrijednost rada ogleda se u načinu na koji su ratna iskustva obuhvaćena i klasificirana kao specifičan oblik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Umjesto promatranja ratne izloženosti kao jedinstvenog događaja, ona je razvrstana u četiri jasno definirane kategorije: neizravnu osobnu ugroženost (npr. preživljavanje bombardiranja), izravnu osobnu ugroženost (npr. ozljede ili boravak bez skloništa tijekom napada), iskustva progonstva i separacije te učinke rata na obitelj (npr. gubitak člana obitelji ili PTSP kod roditelja). Time je tradicionalni ACE okvir sadržajno prilagođen postratnom kontekstu. Rezultati također upućuju na potrebu daljnjeg konceptualnog i psihometrijskog razvoja konstrukata pozitivnih iskustava i pozitivnog roditeljstva. Iako su pozitivna iskustva pokazala zaštitni učinak, njihova operacionalizacija i mjerenje zahtijeva dodatno unaprjeđenje kako bi se preciznije obuhvatila razvojna kvaliteta odnosa i podržavajućih okolnosti tijekom odrastanja.

8. Primijenjene implikacije rezultata istraživanja

Rezultati ovog istraživanja upućuju na važnost prepoznavanja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu kao dugoročnog rizičnog čimbenika za mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi. Visoka razina izloženosti kumulativnim nepovoljnim iskustvima, uključujući ratna iskustva, pokazuje da se zdravstvene i psihosocijalne poteškoće odraslih osoba ne mogu razumjeti bez uvida u njihovu razvojnu povijest.

Nalazi sugeriraju potrebu za većom osjetljivošću stručnjaka u sustavima zdravstva na rane životne okolnosti korisnika, osobito u sredinama koje su bile snažno pogođene ratom. U praksi to znači da se kod odraslih osoba s kroničnim mentalnim ili somatskim tegobama, osobito onih koje se teško objašnjavaju isključivo medicinskim uzrocima, treba uzeti u obzir mogućnost ranih nepovoljnih iskustava.

Nalazi ovog istraživanja posebno su relevantni za stručni rad u sustavu socijalne skrbi u sredinama obilježenima ratnim i poratnim iskustvima, u kojima dio korisnika čine osobe koje su tijekom djetinjstva i adolescencije odrastale u takvim okolnostima. Rezultati pokazuju da nepovoljna iskustva iz tog razdoblja mogu imati dugoročnu povezanost s mentalnim i tjelesnim zdravljem, neovisno o njihovoj današnjoj socijalnoj ili materijalnoj situaciji.

U praksi socijalnog rada poteškoće zbog kojih se korisnici obraćaju sustavu – primjerice postupci razvoda braka, zaštite djece, nasilja u obitelji ili ostvarivanja prava – ne mogu se uvijek razumjeti isključivo kroz trenutačne okolnosti. Često je riječ o korisnicima kod kojih su, uz različite osobne, obiteljske ili materijalne teškoće, prisutne i emocionalne teškoće, pojačana tjelesna osjetljivost, napetost ili ponavljajući obrasci konflikta, a u njihovoj razvojnoj i obiteljskoj povijesti nerijetko su prisutna višestruka nepovoljna iskustva, uključujući ratnu izloženost.

Zato je važno da procjena, uz razmatranje sadašnje situacije i neposrednog razloga javljanja, obuhvati i razvojnu perspektivu. Sustavno postavljanje pitanja o ranim iskustvima, obiteljskim stresorima i ratnoj izloženosti osobito je važno u slučajevima kada se teškoće ponavljaju unatoč ranijim intervencijama. Takav pristup omogućuje cjelovitije razumijevanje problema i realističnije planiranje intervencija.

Uključivanje razvojne perspektive omogućuje sagledavanje problema kao dijela razvojne povijesti pojedinca, a ne samo kao izolirane krize. Takav pristup pridonosi planiranju mjera usmjerenih na dugoročnije promjene, umjesto isključivo na trenutačno ublažavanje posljedica.

U postupcima visoko konfliktnih razvoda, procjene roditeljskih kapaciteta i zaštite djece, primjena takvog pristupa osobito je važna jer pomaže razumjeti zašto dio roditelja reagira izrazito intenzivno, rigidno ili s teškoćama u regulaciji emocija. Rana izloženost stresu može biti povezana s pojačanom osjetljivošću na percipiranu prijetnju i sklonošću eskalaciji sukoba, što otežava suradnju i donošenje odluka u najboljem interesu djeteta.

Razvojna perspektiva ne opravdava nasilje niti neprimjereno ponašanje, ali omogućuje stručnjaku da postupa smireno, strukturirano i bez dodatne viktimizacije.

Nalazi o kumulativnom učinku ranih nepovoljnih iskustava dodatno dobivaju na važnosti u radu s djecom koja ulaze u udomiteljske i posvojiteljske obitelji. Djeca izložena višestrukim stresorima – zanemarivanju, nasilju, siromaštvu, nestabilnim obiteljskim odnosima ili dugotrajnoj institucionalnoj skrbi – mogu pokazivati teškoće u regulaciji emocija, nepovjerenje prema odraslima i nestabilne obrasce ponašanja. Dugotrajni boravak u institucijskom okruženju često je povezan s ograničenim mogućnostima stvaranja stabilnih odnosa privrženosti i s čestim promjenama skrbnika, što može dodatno otežati razvoj emocionalne sigurnosti i povjerenja. Takvi obrasci često su posljedica dugotrajnog aktiviranja stresnih sustava u ranom razvoju, zbog čega stabilnost, predvidljivost i dosljedna podrška imaju ključnu zaštitnu ulogu.

Iz toga proizlazi potreba za kvalitetnom pripremom i kontinuiranom stručnom podrškom udomiteljskim i posvojiteljskim obiteljima, osobito u razdoblju prilagodbe.

U literaturi se višestruka rana izloženost stresu povezuje s povećanim alostatskim opterećenjem, a navode se i mogući epigenetski mehanizmi dugoročnog djelovanja stresa. Iako se takvi procesi ne mogu izravno zaključivati na razini pojedinačnog djeteta, oni dodatno naglašavaju važnost razumijevanja razvojne povijesti pri planiranju podrške.

S obzirom na to da su u istraživanju zaštitnu ulogu imala pozitivna iskustva i socijalna podrška, intervencije ne bi smjele biti usmjerene isključivo na ublažavanje simptoma. Osobni i socijalni resursi, poput dostupnosti podrške bliskih osoba, razine obrazovanja i subjektivnog osjećaja oslonca u odnosima, predstavljaju važne zaštitne čimbenike koje je potrebno prepoznati i osnaživati. Aktiviranje mreže podrške i jačanje osjećaja kompetentnosti korisnika time postaju sastavni dio stručnog rada.

U širem smislu, rezultati podupiru daljnji razvoj trauma-informiranog pristupa u sustavu socijalne skrbi. Uključivanje razvojne dimenzije u postupke procjene, savjetovanja i planiranja

mjera doprinosi kvalitetnijim intervencijama, smanjenju sekundarne viktimizacije i većoj usmjerenosti na dugoročno funkcioniranje korisnika.

Dobiveni rezultati imaju i šire praktične posljedice koje nadilaze individualnu razinu stručnog rada. Iako istraživanje nije izravno obuhvatilo ekonomske pokazatelje, nalazi posredno upućuju na potencijalno povećano opterećenje zdravstvenog i socijalnog sustava, s obzirom na dugotrajnu prirodu zdravstvenih teškoća povezanih s ranim razvojnim rizicima. To otvara prostor za daljnja istraživanja ekonomskih učinaka i dugoročnih organizacijskih posljedica takvih iskustava. U tom smislu, ovi rezultati upućuju na važnost ulaganja u prevenciju ranih razvojnih rizika te u razvoj sustavnih i pravodobnih intervencija usmjerenih na podršku obiteljima. Ulaganje u sigurno i podržavajuće okruženje za odrastanje djece može se pritom promatrati kao dugoročna razvojna i javnozdravstvena investicija.

9. Zaključak

Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (Adverse Childhood Experiences – ACE) predstavljaju značajne razvojne rizične čimbenike povezane s narušenim mentalnim i tjelesnim zdravljem u odrasloj dobi. U hrvatskom kontekstu, dio tih iskustava dodatno je obilježen ratnom i poratnom traumatizacijom tijekom Domovinskog rata, što otvara pitanje njihova dugoročnog doprinosa psihosocijalnoj dobrobiti.

Cilj ovog doktorskog istraživanja bio je ispitati odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, uključujući ratnu traumatizaciju, sa zdravstvenim ishodima u odrasloj dobi, uz razmatranje doprinosa pozitivnih iskustava u djetinjstvu (Benevolent Childhood Experiences – BCE) i socijalne podrške u odrasloj dobi kao zaštitnih čimbenika. Psihosocijalna dobrobit operacionalizirana je putem pokazatelja mentalnog i tjelesnog zdravlja: opće procjene zdravlja, izraženosti somatskih simptoma, posttraumatskih stresnih reakcija i internaliziranih problema.

Rezultati pokazuju da su kronične, relacijske nepovoljnosti iz djetinjstva stabilan i dosljedan prediktor svih ispitivanih zdravstvenih ishoda. U hijerarhijskim regresijskim analizama ACE su objašnjavali dodatnih 3,4% varijance opće procjene zdravlja, 3,8% varijance tjelesnih simptoma, 6,4% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 9,1% varijance internaliziranih problema, povrh sociodemografskih i materijalnih čimbenika. Ukupni modeli objašnjavali su 14% varijance opće procjene zdravlja, 16% varijance tjelesnih simptoma, 23,5% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 23,2% varijance internaliziranih problema.

Ratna traumatizacija ostvarila je selektivan, ali slabiji dodatni doprinos, osobito u području posttraumatskih i internaliziranih simptoma, dok se nije pokazala značajnim prediktorom opće procjene zdravlja. Ovakav obrazac nalaza upućuje na to da su kronične relacijske nepovoljnosti iz djetinjstva snažnije povezane s dugoročnim zdravstvenim ishodima od vremenski ograničenih, iako intenzivnih traumatskih događaja.

Mentalni zdravstveni ishodi pokazali su veću osjetljivost na učinke ranih nepovoljnosti u odnosu na opću procjenu zdravlja, što se može razumjeti u svjetlu činjenice da su emocionalna regulacija i obrasci suočavanja neposrednije oblikovani ranim relacijskim iskustvima. Time se potvrđuje razvojna utemeljenost emocionalnih teškoća u odrasloj dobi.

Pozitivna iskustva u djetinjstvu pokazala su zaštitnu, ali ograničenu ulogu. Nakon kontrole ukupnog broja nepovoljnih iskustava, BCE su objašnjavali dodatnih 3,0% varijance tjelesnih

simptoma, 1,4% varijance posttraumatskih stresnih reakcija te 2,7% varijance internaliziranih problema, dok njihov doprinos općoj procjeni zdravlja nije bio značajan.

Slično tome, zadovoljstvo socijalnom podrškom u odrasloj dobi ostvarilo je značajan dodatni doprinos u objašnjenju izraženosti tjelesnih simptoma (2,5%), posttraumatskih stresnih reakcija (3,1%) i internaliziranih problema (6,1%), dok se nije pokazalo značajnim prediktorom opće procjene zdravlja. Ovi nalazi upućuju na to da zaštitni čimbenici tijekom životnog vijeka mogu ublažiti aktualne manifestacije teškoća, ali ne poništavaju u potpunosti razvojne učinke kumuliranih nepovoljnosti.

U cjelini, rezultati ovog istraživanja pokazuju da se dugoročni mentalni i tjelesni zdravstveni ishodi ne mogu razumjeti bez uvida u rane relacijske uvjete odrastanja. U ratom obilježenom hrvatskom kontekstu, kombinacija obiteljskih nepovoljnosti i ratne izloženosti oblikuje razvojnu ranjivost, dok kasniji zaštitni resursi djeluju kao važni, ali ograničeni amortizirajući čimbenici.

Nalazi potvrđuju razvojno-ekološku perspektivu prema kojoj se zdravstveni ishodi oblikuju kroz kumulaciju ranih iskustava i njihovu interakciju s kasnijim životnim okolnostima. Istodobno su u skladu i s teorijom privrženosti te modelom toksičnog stresa, koji upućuju na to da kronične relacijske nepovoljnosti dugotrajno oblikuju emocionalnu regulaciju i stresne fiziološke sustave, čime povećavaju ranjivost za kasnije mentalne i tjelesne ishode. Rezultati pritom naglašavaju potrebu za sustavnim, razvojno i trauma-osjetljivim pristupima u području javnog zdravstva, socijalne skrbi i mentalnog zdravlja, osobito u zajednicama s iskustvom rata.

U tom smislu, razumijevanje ranih razvojnih iskustava predstavlja važan temelj za cjelovitije razumijevanje zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi te za oblikovanje učinkovitijih preventivnih i intervencijskih pristupa.

LITERATURA

1. Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650-666.
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.).
3. Adegoke, K. K., Ufondu, C., Al Agili, D., Berry, E. L. B. L., & Salihu, H. M. (2017). The effects of childhood social support and family resiliency on mental health in adulthood. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 10(4), 12.
4. Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates.
5. Ajduković, D., Kraljević, R., & Penić, S. (2007). Kvaliteta života osoba pogođenih ratom. *Ljetopis Socijalnog Rada*, 14(3), 505–526.
6. Ajduković, M. & Ajduković, D. (1998). Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10(3), 186-195. <https://doi.org/10.1080/09540269874763>
7. Ajduković, M. & Ljubotina, D. (1995). Psihosocijalna prilagodba adolescenata na progonoštvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 2(1), 41-49.
8. Ajduković, M. (1995). Djeca u ratu u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu oolitiku*, 2(4), 295–304.
9. Ajduković, M., & Ajduković, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse and Neglect*, 17(6), 843–854. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(08\)80014-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(08)80014-2)
10. Ajduković, M., Kožljan, P., & Rajter, M. (2025). Childhood trauma exposure while growing up during war and PTSD symptoms in adulthood. *Developmental Child Welfare*, 7(2-3), 154-171. <https://doi.org/10.1177/25161032251369749>
11. Ajduković, M., Rajter, M., & Rezo, I. (2019). Obiteljski odnosi i roditeljstvo u obiteljima različitog prihoda: kako je život u visokom riziku od siromaštva povezan s funkcioniranjem obitelji adolescenata?. *Revija za socijalnu politiku*, 26(1), 69-94.
12. Aldomini, M., Lee, J.W., Nelson, A., Hwang, R.S., Alharbi, K.K., Sinky, T.H., Quronfulah, B.S., Khan, W.A., Elamin, M.O. & Nour, M.O. (2025). The moderating role of social support on the impact of adverse childhood experiences on life satisfaction and mental health in adulthood. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 32, 101933.
13. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
14. Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(9), 1473-1481.
15. Assini-Meytin, L. C., Thorne, E. J., Sanikommu, M., Green, K. M., & Letourneau, E. J. (2022). Impact of child sexual abuse on socioeconomic attainment in adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 71(5), 594-600.
16. Barazzone, N., Santos, I., McGowan, J., & Donaghay-Spire, E. (2018). The links between adult attachment and post-traumatic stress: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 131–147.
17. Baldwin, J. R., Caspi, A., Meehan, A. J., Ambler, A., Arseneault, L., Fisher, H. L., Harrington, H., Matthews, T., Odgers, C. L., Poulton, R., Ramrakha, S., Moffitt, T. E. &

- Danese, A. (2021). Population vs individual prediction of poor health from results of adverse childhood experiences screening. *JAMA Pediatrics*, 175(4), 385–393. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5602>
18. Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528.
 19. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*, 12(1), 72.
 20. Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(2), 70-91.
 21. Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs*, 33(12), 2106–2115.
 22. Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatrics*, 173(11), <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>
 23. Blodgett, C., & Lanigan, J. D. (2018). The association between adverse childhood experience (ACE) and school success in elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 33(1), 137.
 24. Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, Article number: 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
 25. Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: Evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 809–817. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02216.x>
 26. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I Attachment*. Penguin Books.
 27. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. 3. Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). Hogarth Press.
 28. Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379.
 29. Breslau, N., & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 607-611. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.607>
 30. Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
 31. Briere, J., Agee, R. & Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 439-446.
 32. Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., & Ford, J. D. (2012). Parsing the effects violence exposure in early childhood: Modeling developmental pathways. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(1), 11–22.

33. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
34. Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10(1)
35. Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396.
36. Calam R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), 209–211. <https://doi.org/10.1177/1403494816675776>
37. Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.
38. Christiansen, D. M., & Berke, E. T. (2020). Gender-and sex-based contributors to sex differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 22(4), 19.
39. Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
40. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
41. Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), 456-463.
42. Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
43. Corcoran, M., & McNulty, M. (2018). Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse & Neglect*, 76, 297–309.
44. Crandall, A., Magnusson, B. M., Hanson, C. L., & Leavitt, B. (2021). The effects of adverse and advantageous childhood experiences on adult health in a low-income sample. *Acta Psychologica*, 220, 103430.
45. Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., Magnusson, B. M., Leavitt, B. L., Barnes, M. D. & Hanson, C.L. (2019) *ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health*. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104089.
46. Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L.M. & Fein, J.A. (2015) Adverse childhood experiences: Expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), pp. 354–361.
47. Crouch, J. L., & Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 413–419.
48. Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 274–290
49. Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39.
50. Danese, A., & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 544-554.

51. Danieli, Y. (1998). Introduction: History and conceptual foundations. In *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma* (pp. 1-17). Boston, MA: Springer US.
52. Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry, 11*(1), 26.
53. Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 771-784.
54. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics, 111*(3), 564-572.
55. Edwards, R., Gillies, V., Lee, E., Macvarish, J., White, S., & Wastell, D. (2017). *The problem with ACEs. Edwards et al.'s submission to the House of Commons Science and Technology Select Committee Inquiry into the evidence-base for early years intervention (EY10039)*. UK Parliament.
56. Eltanamly, H., Leijten, P., Jak, S., & Overbeek, G. (2021). Parenting in Times of War: A Meta-Analysis and Qualitative Synthesis of War Exposure, Parenting, and Child Adjustment. *Trauma, Violence & Abuse, 22*(1), 147-160.
<https://doi.org/10.1177/1524838019833001>.
57. Enlow, M. B., Blood, E., & Egeland, B. (2013). Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *Journal of Traumatic Stress, 26*(6), 686–694.
58. Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin, 139*(6), 1342.
59. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine, 14*(4), 245- 258
60. Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399–419.
61. Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37*(9), 664–674.
62. Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. Oxford University Press.
63. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics, 167*(7), 614-621.
64. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA pediatrics, 169*(8), 746-754.
65. Forkus, S. R., Raudales, A. M., Rafiuddin, H. S., Weiss, N. H., Messman, B. A., & Contractor, A. A. (2023). The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A systematic review of existing psychometric evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 30*(1), 110–121. <https://doi.org/10.1037/cps0000111>
66. Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L.K., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., Barile, J. P. & Thompson, W. W. (2014). Examination of the factorial

- structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscale scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432–444
67. Franz, C. E., Lyons, M. J., Spoon, K. M., Hauger, R. L., Jacobson, K. C., Lohr, J. B., & Kremen, W. S. (2014). Post-traumatic stress symptoms and adult attachment: A 24-year longitudinal study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1603-1612.
 68. Fritz, J., De Graaff, A. M., Caisley, H., Van Harmelen, A. L., & Wilkinson, P. O. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 341825.
 69. Frounfelker, R. L., Islam, N., Falcone, J., Farrar, J., Ra, C., Antonaccio, C. M., Enelamah, N., & Betancourt, T. S. (2019). Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. *International Review of the Red Cross*, 101(911), 481-506.
 70. Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 127.
 71. Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2016). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult health, substance use, and crime. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 606–613.
 72. Hertzman, C. (2012). Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(Suppl. 2), 17160–17167. <https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>
 73. Hobfoll, S., Tirone, V., Holmgreen, L. & Gerhart, J. (2016). *Conservation of Resources Theory Applied to Major Stress*. Amsterdam: Elsevier.
 74. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
 75. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
 76. Hombrados-Mendieta, M. I., Gomez-Jacinto, L., Dominguez-Fuentes, J. M., Garcia-Leiva, P., & Castro-Travé, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 645-664.
 77. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
 78. Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J., & Zakhozha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *European Journal of Public Health*, 29(4), 741–747.
 79. Jun, H. J., Rich-Edwards, J. W., Boynton-Jarrett, R., & Wright, R. J. (2008). Intimate partner violence and cigarette smoking: association between smoking risk and psychological abuse with and without co-occurrence of physical and sexual abuse. *American Journal of Public Health*, 98(3), 527-535.
 80. Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-465.

81. Kellermann, N. P. (2001). The long-term psychological effects and treatment of Holocaust trauma. *Journal of Loss & Trauma*, 6(3), 197-218.
82. Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181(1), 17-24.
83. Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
84. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547.
85. Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
86. Kosterman, R., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., Hill, K. G., Herrenkohl, T. I., & Catalano, R. F. (2011). Measures of positive adult behavior and their relationship to crime and substance use. *Prevention Science*, 12(4), 364–375.
<https://doi.org/10.1007/s11121-011-0233-0>
87. Kuterovac-Jagodić, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 9–25.
88. Langevin, R., Gagné, M. E., Brassard, A., & Fernet, M. (2023). Intergenerational continuity of child maltreatment: The role of maternal emotional dysregulation and mother–child attachment. *Psychology of Violence*, 13(1), 1.
89. Lassri, D., Luyten, P., Cohen, G., & Shahar, G. (2016). The effect of childhood emotional maltreatment on romantic relationships in young adulthood: A double mediation model involving self-criticism and attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 504–511.
90. Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.) Sydney: *Psychology Foundation*.
91. Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., Cénat, J. M., McDonald, S., Devereux, C. & Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463-471.
92. Massetti, G. M., Hughes, K., Bellis, M. A., & Mercy, J. (2020). Global perspective on ACEs. In *Adverse Childhood Experiences* (pp. 209-231). Academic Press.
93. Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
94. Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31.
95. Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. *Developmental Psychopathology: Risk, resilience, and intervention*, 4, 271-333.
96. Mazza, M., Marano, G., Gonzalez del Castillo, A., Chieffo, D., Albano, G., Biondi-Zoccai, G., Galiuto, L., Sani, G. & Romagnoli, E. (2021) Interpersonal violence: Serious sequelae for heart disease in women. *World Journal of Cardiology*, 13(9), pp. 438–445.
97. McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367-381.
98. McEwen, C. A., & Gregerson, S. F. (2019). A critical assessment of the adverse childhood experiences study at 20 years. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 790-794.

99. McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591.
100. Merrick, J. S., Narayan, A. J., DePasquale, C. E., & Masten, A. S. (2019). Benevolent Childhood Experiences (BCEs) in homeless parents: A validation and replication study. *Journal of Family Psychology*, 33(4), 493.
101. Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10–19.
102. Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959–997.
103. Mollica, R.F., Cardozo, B.L., Osofsky, H.J., Raphael, B., Ager, A. & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364(9450), 2058-67.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17519-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17519-3).
104. Murray, J., & Farrington, D. P. (2008). The effects of parental imprisonment on children. *Crime and Justice*, 37(1), 133-206.
105. Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 175.
106. Murthy, R.S. & Lakshminarayana, R. (2006) Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1):25-30.
Musa, S., Peek-Asa, C., Jovanović, N., & Selimović, E. (2018). Association of adverse childhood experiences and health risk behaviors among young adults visiting a regional primary healthcare center, Federation of Bosnia and Herzegovina. *PLOS ONE*, 13(3), e0194439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194439>
107. Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997.
108. Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect*, 78, 19-30.
109. Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143-153.
110. Nusslock, R., & Miller, G. E. (2016). Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: A neuroimmune network hypothesis. *Biological Psychiatry*, 80(1), 23-32.
111. Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup1), 1351204.
112. Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204.
113. O'Sullivan, D., Watts, J. R., & Strauser, D. R. (2019). Trauma-sensitive rehabilitation counseling: Paradigms and principles. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 51(3), 299–312.
114. Ozer, E. J., Lavi, I., Douglas, L., & Wolf, J. P. (2017). Protective factors for youth exposed to violence in their communities: A review of family, school, and community moderators. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 353-378.

115. Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., Enginkaya, S., Bilgin, H., & Tomruk, N. B. (2016). The relationship between attachment styles and childhood trauma: a transgenerational perspective—a controlled study of patients with psychiatric disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15–16), 2357–2366
116. Parkitny, L., & McAuley, J. (2010). The depression anxiety stress scale (DASS). *Journal of Physiotherapy*, 56(3), 204.
117. Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (Vol. 2001, pp. 221-238).
118. Pirnat, A. (2018). *Survey on adverse childhood experiences in Montenegro: National survey report*. University of Bergen.
<https://www.unicef.org/montenegro/media/XXXX/file/Survey-Adverse-Childhood-Experiences-Montenegro.pdf>
119. Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20.
120. Priebe, S., Jankovic Gavrilovic, J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M. & Bogic, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45-54.
121. Punamäki, R. L., Qouta, S. R., & Peltonen, K. (2018). Family systems approach to attachment relations, war trauma, and mental health among Palestinian children and parents. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1439649.
122. Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997). Models of traumatic experiences and children's psychological adjustment: The roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development*, 68(4), 718-728.
123. Rajhvajn Bulat, L., & Ajduković, M. i Sušac, N.(2016). *Upitnik učinka financijskih poteškoća na odnose u obitelji*.
124. Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842-855.
125. Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330.
126. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
127. Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
128. Sack, W. H., Him, C. & Dickason, D. (1999). Twelve-Year Follow-up Study of Khmer Youths Who Suffered Massive War Trauma as Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1173-1179.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199909000-00023>
129. Sansone, R. A., Leung, J. S., & Wiederman, M. W. (2012). Five forms of childhood trauma: Relationships with employment in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 676–683. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.003>
130. Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, 16(1), 295.

131. Scott, K. (2021). Adverse childhood experiences. *InnovAiT*, 14(1), 6-11
132. Sege, R. D., & Browne, C. H. (2017). Responding to ACEs with HOPE: Health outcomes from positive experiences. *Academic Pediatrics*, 17(7), S79-S85.
133. Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). *Washington, DC: US Department of Health and Human Services*, 9, 2010.
134. Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics*, 170(10), 1003-1007.
135. Shonkoff, J. P., Garner, A. S. (2012). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1): e232-46. doi: 10.1542/peds.2011-2663.
136. Slone M. & Mann S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 950–965. doi:10.1007/s10578-016-0626-7.
137. Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202-210.
138. Strauss, K., Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., & Schmidt, S. (2011). Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress; depression and general health perception: displaced former World War II children in late life. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 267-276.
139. Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1-12.
140. Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 257–265.
141. Tesarz, J., Eich, W., Treede, R. D., & Gerhardt, A. (2016). Altered pressure pain thresholds and increased wind-up in adult patients with chronic back pain with a history of childhood maltreatment: a quantitative sensory testing study. *Pain*, 157(8), 1799-1809.
142. Tesarz, J., Gerhardt, A. and Eich, W. (2018) Influence of early childhood stress exposure and traumatic life events on pain perception. *Schmerz*, 32(4), pp. 243–249. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0301-y>
143. Thomas, C., Hypponen, E., & Power, C. (2008). Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics*, 121(5), e1240-e1249.
144. Thornton, A., Gardner, K. J., Graham-Kevan, N., Parkinson, J., Rynne, R., Slankaukas, N., Pritchard, C., Baxter, K., Tranter, H & Holland, O. (2025). The relationship between adverse childhood experiences, emotion dysregulation and personality disorder traits: A systematic review and mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 119618.
145. Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 134(6), 959–992.
146. Turner, H. A., Finkelhor, D., Mitchell, K. J., Jones, L. M., & Henly, M. (2020). Strengthening the predictive power of screening for adverse childhood experiences (ACEs) in younger and older children. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104522. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104522>
147. Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities. In E. B. Fisher, L.

- D. Cameron, J. D. Christensen, M. D. Ehler, K. J. Halford, J. R. Miller, & S. M. Pollard (Eds.), *Principles and Concepts of Behavioral Medicine: A global handbook* (pp. 341–372). Springer.
148. UNICEF Srbija. (2019). *Studija negativnih iskustava u djetinjstvu (ACE) u Srbiji*. UNICEF Srbija.
<https://www.unicef.org/serbia/publikacije/studija-negativnih-iskustava-u-djetinjstvu>
149. van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.
150. van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>.
151. Von Cheong, E., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ Open*, 7(9), e013228.
152. Vulić-Prtorić, A. (2019). Uпитnik psihosomatskih simptoma (PSS): Priručnik, normativni podaci i upitnici.
153. Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(12), 1087–1093.
154. Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse & Neglect*, 77, 188-197.
155. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156.
156. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
<https://www.ptsd.va.gov>
157. Weems, C. F., McCurdy, B. H., & Scozzafava, M. D. (2023). Toward a developmental model of continuity and change in PTSD symptoms following exposure to traumatic and adverse experiences. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 391-402.
158. Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-515.
159. Werner, E. (2012). Children and war: Risk, resilience, and recovery. *Development and Psychopathology*, 24(2), 553-558. doi:10.1017/S0954579412000156.
160. World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. World Health Organization.
161. World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.
162. Wood, E., & Riggs, S. (2009). Adult attachment, cognitive distortions, and views of self, others, and the future among child molesters. *Sexual Abuse*, 21(3), 375–390.
163. Yamaoka, Y., & Bard, D. E. (2019). Positive parenting matters in the face of early adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(4), 530-539.
164. Ye, D., & Reyes-Salvail, F. (2014). Adverse childhood experiences among Hawai'i adults: findings from the 2010 Behavioral Risk Factor Survey. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 73(6), 181.

165. Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2013). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. In *Stress and the Brain* (pp. 177–197). Routledge.
166. Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry, 17*(3), 243–257.
<https://doi.org/10.1002/wps.20568>
167. Zhang, L., Rakesh, D., Cropley, V., & Whittle, S. (2023). Neurobiological correlates of resilience during childhood and adolescence—A systematic review. *Clinical Psychology Review, 105*, 102333.
168. Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect, 33*(10), 666–678.
169. Zivcic, I. (1993). Emotional reactions of children to war stress in Croatia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(4).

POPIS OBJAVLJENIH RADOVA

1. Benić, M., Ajduković, M., & Sušac, N. (2025). Prediktori rizičnosti očeva za zlostavljanje djece mlađe adolescentne dobi. *Kriminologija & socijalna integracija: Časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 33(1), 26-50.
2. Benić, M. (2023). Konceptualna i mjerna pitanja u istraživanjima nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(10), 123-144.
3. Benić, M. (2022). Teorijski modeli razumijevanja ishoda nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(9), 47-76.

Životopis

Milica Benić rođena je 12. ožujka 1972. godine u Vinkovcima. Nakon završene Ekonomske škole upravno-pravnog smjera u Vinkovcima, upisala je studij psihologije na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu, gdje je diplomirala 2002. godine. Diplomski rad pod nazivom „*Socijalna distanca, osjećaj beznađa i depresivnosti kod adolescenata hrvatske i srpske nacionalnosti u Vukovaru*“ izradila je pod mentorstvom prof. dr. Jelene Vlajković. Godine 2003. položila je stručni ispit u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske u Zagrebu.

Tijekom profesionalnog razvoja završila je više stručnih edukacija, među kojima se izdvajaju: *Peace Education in Primary and Secondary School* u Izraelu (2002.), edukacija iz defektološke reedukacije i neuropsihološke dijagnostike u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu pod vodstvom prof. dr. Svetomira Bojanina (2004.) te edukacija *Psihosocijalni tretman počinitelja nasilja u obitelji* u Društvu za psihološku pomoć u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. Deana Ajdukovića (2011.).

Sudjelovala je u projektu „*Djeca u javnoj skrbi*“ Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske i UNICEF-a (2006.).

Nakon završetka studija radila je kao psiholog u Osnovnoj školi „Josip Matoš“ u Vukovaru (2003. – 2005.), a potom kao psiholog u Timu za brak i obitelj Centra za socijalnu skrb u Vinkovcima (2005. – 2012.). Od 2012. do 2016. godine obnašala je dužnost ravnateljice Centra za socijalnu skrb u Vinkovcima. U istom razdoblju bila je predsjednica upravnih vijeća Dječjeg doma Sv. Ana u Vinkovcima te Doma za psihički bolesne odrasle osobe u Nuštru. Od 2016. godine zaposlena je kao psiholog u Timu za odrasle osobe u Hrvatskom zavod za socijalni rad - Područni uredu u Vinkovcima.

Znanstveni magisterij iz područja psihologije stekla je 2018. godine na Filozofskom fakultetu u Beogradu, pod mentorstvom prof. dr. sc. Jelene Srne i komentorstvom prof. dr. sc. Marine Ajduković, obranivši rad pod naslovom „*Prediktori potencijala za zlostavljanje kod očeva djece starijeg osnovnoškolskog uzrasta*“.

Članica je Hrvatske psihološke komore.

PRILOZI

Indeksi asimetrije i procjene normalnosti distribucija za varijable korištene u testiranju hipoteza

Varijabla	Skew	Kurt	SW	SWp
Kakvo je Vaše zdravlje općenito?	0,36	0,19	0,82	<0,001
Zdravlje - ukupni rezultat	1,72	4,53	0,87	<0,001
PTSP	1,57	2,33	0,82	<0,001
Internalizirani problemi (DASS ukupno)	1,61	2,52	0,83	<0,001
Dob	0,44	1,02	0,98	<0,001
Koji je Vaš najviši ostvareni stupanj obrazovanja?	0,47	-1,10	0,86	<0,001
Koliko ste zadovoljni stambenim uvjetima u kojima živite?	-1,46	1,79	0,76	<0,001
Kako biste procijenili sadašnje materijalne mogućnosti Vaše obitelji?	-0,25	0,85	0,84	<0,001
Percepcija financijskih teškoća	0,31	-0,28	0,98	<0,001
U prvih 18 godina Vašeg života kakvo je bilo materijalno stanje Vaše obitelji	-0,36	0,62	0,86	<0,001
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,89	-0,16	0,86	<0,001
Pozitivna iskustva u djetinjstvu	-1,51	1,73	0,73	<0,001
Broj ratnih trauma	0,20	-0,07	0,92	<0,001
Podrška - ukupna čestina	-0,54	0,01	0,95	<0,001
Podrška - ukupno zadovoljstvo	-0,63	0,23	0,94	<0,001

Napomena:

Skew – zakrivljenost distribucije (skewness)

Kurt – spljoštenost distribucije (kurtosis)

SW – rezultat Shapiro-Wilkovog testa

SWp – značajnost Shapiro-Wilkovog testa



ETIČKO POVJERENSTVO

Predmet: Suglasnost za provedbu istraživanja Milice Benić

Uvidom u molbu i dokumentaciju koju je polaznica doktorskog studija Milica Benić podnijela 23. veljače 2023., Etičko povjerenstvo Pravnog fakulteta u Zagrebu u sastavu prof. dr. sc. Gordana Marčetić (predsjednica), prof. dr. sc. Davor Adriau Babić (član) i izv. prof. dr. sc. Marijana Majdak (članica), na sjednici održanoj 14. ožujka 2023., donijelo je odluku kojom se Milici Benić daje suglasnost za provedbu istraživanja pod nazivom *Odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i psihosocijalne dobrobiti u odrasloj dobi*. Cilj istraživanja je ispitati odnos između različitih tipova nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) uključujući nepovoljna iskustva doživljena tijekom Domovinskog rata i ishoda po mentalno i tjelesno zdravlje u odrasloj dobi. U istraživanju će se koristiti kvantitativni istraživački pristup.

Istraživanje će se provesti u svrhu izrade doktorske disertacije na Studijskom centru socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, a u skladu s metodologijom u značajnom u molbi.

Predsjednica Etičkog povjerenstva (v.d.)



Prof. dr. sc. Gordana Marčetić

Na znanje:

1. Milica Benić
2. Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu
3. Pismohrana

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Poštovani roditelji,

Molim Vas da sudjelujete u istraživanju u svrhu poboljšanja kvalitete života obitelji u Republici Hrvatskoj i da izdvojite dio Vašeg vremena i ispuniti priloženi upitnik tako što ćete iskreno odgovoriti na pitanja iz upitnika.

U omotnici se nalaze dva upitnika i ova suglasnost koja je početni dio upitnika. Molimo Vas da po mogućnosti u istraživanju sudjeluju otac i majka i to tako da upitnik za roditelje zasebno ispuni i majka ili ženska skrbnica koja živi s djetetom (npr. pomajka, ili druga skrbnica) i otac ili muški skrbnik koji živi s djetetom (npr. poočim ili drugi skrbnik). **Ukoliko imate više djece, a koja su Vam donijela upitnik - upitnik ćete ispunjavat samo za jedno dijete.**

Poslali smo Vam i dvije prazne omotnice te Vas molimo da svaki roditelji (ili skrbnik) stavi svoj ispunjen upitnik u zasebnu omotnicu.

Vaše sudjelovanje u istraživanju je potpuno dobrovoljno, no nadamo se da ćete ipak sudjelovati. Ako ipak odlučite ne sudjelovati u istraživanju, molimo Vas da nam vratite neispunjeni upitnik radi evidencije prikupljenih podataka. **Nakon što upitnike zatvorite u omotnice, molimo Vas da ih Vaše dijete odnese natrag u školu.** Kao što možete vidjeti, omotnica ima žig naše institucije kako bismo dodatno osigurali povjerljivost Vaših podataka.

Molim Vas da prije ispunjavanja upitnika stavite znak X u kvadratić kraj riječi DA ili NE i na taj način potvrdite jeste li suglasani/na sa sudjelovanjem u istraživanju.

Želim sudjelovati u ovom istraživanju

- Da
 Ne

UPITNIK ZA RODITELJE

Poštovani/a,

Pred Vama se nalazi anketni upitnik koji sadrži niz pitanja o doživljenim pozitivnim i negativnim iskustvima tijekom Vašeg djetinjstva. Upitnik je izrađen u svrhu znanstvenog istraživanja u sklopu moga doktorskog rada na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Molim Vas da mi pomognete u istraživanju tako što ćete ispuniti upitnik. Vaši odgovori se neće uopće gledati, ali mi je bitno da, nakon što ispuniti upitnik, kažete (date povratne informacije) je li Vam nešto bilo teško, neugodno, ili kako ste se osjećali tijekom ispunjavanja. Naime, uslijed prisjećanja na neka iskustva koje ste možda doživjeli i proživjeli u djetinjstvu, moguće je da će Vam pojedini dijelovi upitnika biti uznemirujući.

Upitnik je anonimn, što znači da ga ne potpisujete i da nitko neće provjeravati Vaše odgovore, niti Vas itko može preko njih identificirati. Sve što ćete odgovoriti ostaje strogo povjerljivo i koristit će se isključivo kao skupina podataka za znanstvenu upotrebu.

Molim Vas da odvojite dio Vašeg vremena i iskreno odgovorite na pitanja iz upitnika. Svoje odgovore označite tako da u kvadratić ispred odabranog odgovora stavite znak „X“. Također Vas molim da na svako pitanje odaberete samo jedan odgovor, ukoliko nije navedeno drugačije.

Ukoliko ste u upitniku označili pogrešan odgovor, slobodno ga precrtajte i označite novi, pri čemu Vas molim da jasno naznačite koji je Vaš konačan odgovor (npr. zaokružite konačni odgovor).

1. Djetetov spol

- Ženski
- Muški

2. Dob djeteta koje Vam je donijelo upitnik: _____ (navršene godine)

3. Tko ste VI tom djetetu?

- Majka
- Pomajka
- Otac
- Očuh
- Netko drugi, tko? _____

4. Vaša dob: _____

5. Koliko osoba (uključujući Vas) živi u Vašem kućanstvu? _____

6. Koliko osoba mlađih od 18 godina živi u Vašem kućanstvu? _____

7. Koje je veličine mjesto/naselje u kojem živite?

- Grad srednje veličine (20-100 000 stanovnika)
- Manji grad (do 20 000 stanovnika)
- Selo

8. Koji je Vaš trenutni bračni status?

- U braku/u izvanbračnoj zajednici
- Razveden/a / rastavljen/a
- Nikada se nisam vjenčao/la / živio/jela u izvanbračnoj zajednici
- Udovac/udovica
- Ostalo: _____

9. Koji je Vaš najviši ostvareni stupanj obrazovanja?

- Nedovršena osnovna škola
- Završena osnovna škola
- Srednja strukovna škola u trajanju 1-3 godine (obrtnička, industrijska, KV/VKV)
- Četverogodišnja strukovna srednja škola (tehničke i srodne škole)
- Gimnazija
- Stručni studij, viša ili visoka škola, veleučilište (2-3 godine)
- Fakultet – diplomski sveučilišni studij (4-6 godina) ili umjetnička akademija
- Poslijediplomski studij (postignut magisterij znanosti ili doktorat znanosti)

10. Koji je Vaš radni status?

- Zaposlen/a (npr. u stalnom radnom odnosu kod poslodavca ili u vlastitoj firmi, ili radim na vlastitom gospodarstvu)
- Povremeno zaposlen/a (sezonski, honorarni posao ili neki drugi posao)
- Nezaposlen/a i tražim posao
- Nezaposlen/a i ne traži posao, brinem o kućanstvu (kućanica)
- Umirovljenik/ca
- Nešto drugo. Što? _____

11. Koliko ste zadovoljni stambenim uvjetima u kojima živite?

- Vrlo nezadovoljan/na
- Uglavnom nezadovoljan/na
- Niti zadovoljan/na, niti nezadovoljan/na
- Uglavnom zadovoljan/na
- Vrlo zadovoljan/na

12. Kako biste procijenili sadašnje materijalne mogućnosti Vaše obitelji?

- Znatno su ispod prosjeka
- Nešto su ispod prosjeka
- Prosječne su
- Nešto su iznad prosjeka
- Znatno su iznad prosjeka

13. Molimo Vas da uz svaku od sljedećih tvrdnji označite koliko se često ona odnosi na Vas/Vašu obitelj.

	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1. Zabrinut/a sam zbog financijske situacije moje obitelji.	1	2	3	4	5
2. Novac je izvor sukoba u mojoj obitelji.	1	2	3	4	5
3. Članovi moje obitelji razgovaraju o financijskim problemima naše obitelji.	1	2	3	4	5
4. Članovi moje obitelji su zadovoljni financijskom situacijom obitelji.	1	2	3	4	5
5. Zadovoljan/na sam financijskom situacijom moje obitelji.	1	2	3	4	5
6. Odnosi u mojoj obitelji su narušeni zbog problema s novcem.	1	2	3	4	5

14. U prvih 18 godina Vašeg života kakvo je bilo materijalno stanje Vaše obitelji?

- Jako loše
- Loše
- Prosječno
- Dobro
- Jako dobro

15. Molimo Vas da uz svaku od sljedećih tvrdnji označite koliko se često ona odnosi na Vas.

Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često
1. Da li Vas je roditelj ili druga odrasla osoba u kućanstvu često psovala, vrijeđala, omalovažavala ili ponižavala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Da li Vas je roditelj ili druga odrasla osoba u kućanstvu često gurala, šamarala ili bacala nešto na vas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Da li Vas je osoba koja je starija od Vas barem pet godina ikada dirala ili milovala po tijelu ili ste vi dirali ili milovali njihovo tijelo na seksualan način?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeste li često imali osjećaj da Vas nitko u obitelji ne voli ili da nitko ne misli da ste posebni ili važni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeste li često imali osjećaj da niste imali dovoljno za jesti, da ste nosili prljavu odjeću i da Vas nitko nije štitio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:	Da	Ne
6. Jesu li se vaši roditelji ikada razdvojili i živjeli zasebno ili razveli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često
7. Je li vaša majka ili maćeha često bila grubo odgurivana, grubo zgrabljena, ošamarena ili je vaš otac/oćuh bacao stvari na nju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dok ste odrastali, u prvih 18 godina Vašeg života:	Da	Ne
8. Jeste li živjeli s članom kućanstva koji je imao problema s alkoholom ili bio alkoholićar ili je koristio droge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Da li je ćlan kućanstva bio depresivan ili imao neku psihićku bolest ili pokućao samoubojstvo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Da li je ćlan kućanstva bio u zatvoru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Sljedeća pitanja odnose se na to jeste li osobno u djetinjstvu doživjeli neki od sljedećih stresnih životnih događaja zbog Domovinskog rata. Za svaki navedeni događaj navedite jeste li ga doživjeli.

Jeste li:	Da	Na
1. Bili bez skloništa (za vrijeme granatiranja/ bombardiranja ili u borbi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bili protjerani pod prijetnjom (etničko čišćenje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bili u borbi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preživjeli granatiranje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preživjeli bombardiranje (npr. zračne napade)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bili teško povrijeđeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Sljedeća pitanja odnose se na to jeste li osobno u djetinjstvu doživjeli neki od sljedećih događaja tijekom Domovinskog rata. Svi ovi događaji odnose se na kolektivno nasilje, uključujući rat, političke ili etničke konflikte, genocid, represiju, nestanke ljudi, mučenja.

Jeste li tijekom Domovinskog rata u Hrvatskoj:	Da	Ne
1. Ostali živjeti u istom mjestu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bili prognanica unutar Republike Hrvatske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bili izbjeglica izvan Republike Hrvatske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Je li Vaša obitelj bila razdvojena tijekom rata?

- Da
- Ne

19. Je li netko iz Vaše uže ili šire obitelji ili netko od Vaših bliskih prijatelja poginuo u ratu?

- Da
- Ne

20. Jeste li Vi ili netko od članova Vaše uže obitelji imali dijagnozu PTSP-a kao posljedicu Domovinskog rata?

- Da
- Ne

21. Dok ste odrastali, tijekom prvih 18 godina Vašeg života:

Jeste li:	Da	Ne
1. ... imali barem jednu odraslu osobu koja se o Vama brinula i, s kojom ste se osjećali sigurno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... imali barem jednog dobrog prijatelja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... imali uvjerenja (misli) koja su vam pružala utjehu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... voljeli školu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... imali barem jednog učitelja / nastavnika / profesora / kojem je bilo stalo do Vas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... imali dobre susjede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... imali barem jednu odraslu osobu koja Vam je mogla pružiti podršku ili dati savjet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... imali mogućnosti provoditi vrijeme na lijep način?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... se sebi dopadali, ili osjećali udobno u „svojoj koži“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... imali poznatu kućnu rutinu, kao što su redovni obroci i redovito vrijeme za odlazak na spavanje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Molimo Vas da prvo označite koliko često primete podršku na načine navedene u tablici, a zatim i koliko ste zadovoljni tom podrškom koju primete od strane svog partnera, obitelji, prijatelja i zajednice u cjelini.

Koliko često se to odnosi na Vas? 1 – Rijetko 2 – Ponekad 3 – Prilično često 4 – Gotovo uvijek 5 – Uvijek	Koliko ste zadovoljni takvom podrškom? 1 – Nezadovoljan sam 2 – Jedva da sam zadovoljan 3 – Donekle sam zadovoljan 4 – Prilično sam zadovoljan 5 – Jako sam zadovoljan
--	---

PARTNER/ICA

1. Vaš partner/ica je brižan/a, podržavajuć/a i sluša Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Vaš partner/ica bi Vam napravio/la uslugu ukoliko je to potrebno ili je voljan/na za Vas nešto učiniti, kao na primjer dati Vam novac, odvesti Vas liječniku ili Vam pomoći u nekoj drugoj aktivnosti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Vaš partner/ica Vam daje korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

OBITELJ										
4. Članovi Vaše obitelji su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Članovi Vaše obitelji bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti, kao na primjer dati Vam novac, odvesti Vas liječniku ili Vam pomoći u nekoj drugoj aktivnosti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Članovi Vaše obitelji Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PRIJATELJI										
7. Vaši prijatelji su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Vaši prijatelji bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti, kao na primjer dati Vam novac, odvesti Vas liječniku ili Vam pomoći u nekoj drugoj aktivnosti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Vaši prijatelji Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ZAJEDNICA (podrška od susjeda, župljana, udruga i grupa, zajednice općenito)										
10. Članovi Vaše zajednice su brižni, podržavajući i slušaju Vas kada želite razgovarati i izraziti svoje osjećaje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Članovi Vaše zajednice bi Vam napravili uslugu ukoliko je to potrebno ili su voljni za Vas nešto učiniti, kao na primjer dati Vam novac, odvesti Vas liječniku ili Vam pomoći u nekoj drugoj aktivnosti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Članovi Vaše zajednice Vam daju korisne savjete i informacije u vezi nekih pitanja, problema ili dnevnih zadataka.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

23. Prisjetite se kada ste zadnji put udarili dijete. Koji je po Vašem mišljenju razlog što ste tako postupili? (Možete označiti više odgovora).

- zato što sam bio/la umoran/na
- zato što sam bio/la loše raspoložen/a
- jer sam izgubio/la samokontrolu
- jer sam ga htio/htjela naučiti što ne smije raditi
- jer sam ga htio/htjela naučiti dobrom ponašanju
- da ne izgubim roditeljski autoritet
- zbog nekog drugog razloga
- ne sjećam se
- nisam ga nikad udario/la

24. Sljedeća pitanja se odnose na Vaše mišljenje o kažnjavanju djece. Molimo Vas da procijenite u kojoj se mjeri slažete sa sljedećim tvrdnjama:

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Opravdano je udariti malo dijete po stražnjici kako bi naučilo što ne smije raditi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ako se roditeljima zabrani fizičko kažnjavanje djece, ona će postati razmažena i neodgojena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dijete zaslužuje pljusknu kada se ponaša bezobrazno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Poneki šamar neće ugroziti razvoj djeteta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Za pravilan odgoj djece potrebno je ponekad udariti dijete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poneki udarac može pomoći/koristiti u odgoju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dijete treba ponekad dobiti batine kako bi naučilo lekciju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Batine djecu nauče poštivati roditelje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pitanjima koja slijede želimo saznati nešto više o Vašem zdravlju.

25. Za početak – što mislite, kakvo je Vaše zdravlje općenito? (Označite svoj odgovor križićem.)

- izvrsno
- vrlo dobro
- osrednje
- loše

26. Bolujete li od neke kronične bolesti poput npr. astme, alergija, dijabetesa i sl.?

- Ne
- Da

27. Je li Vam ikada dijagnosticirana neka psihijatrijska bolest (npr. PTSP, shizofrenija, depresija, bipolarni poremećaj)?

- Ne
- Da. Koja? _____

28. U tablici dolje nalazi se lista različitih zdravstvenih problema koji ponekad muče svakog od nas. Molimo Vas da uz svaki navedeni zdravstveni problem označite koliko ste ga često doživjeli u posljednja 3 mjeseca?

<i><u>U posljednja 3 mjeseca:</u></i>	Koliko ste često to doživjeli?			
	Nikada	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta tjedno	Gotovo svaki dan
1. Glavobolje	1	2	3	4
2. Vrtoglavica	1	2	3	4
3. Bol u leđima	1	2	3	4
4. Manjak energije/umor	1	2	3	4
5. Povišena tjelesna temperatura	1	2	3	4
6. Bol u zglobovima	1	2	3	4
7. Bol u rukama/nogama	1	2	3	4
8. Gubitak ravnoteže	1	2	3	4
9. Mišićna napetost	1	2	3	4
10. Slabost mišića	1	2	3	4
11. „Knedla“ u grlu	1	2	3	4
12. Dvostruka slika	1	2	3	4
13. Zamućeni vid	1	2	3	4
14. Iznenadni gubitak vida	1	2	3	4

<i><u>U posljednja 3 mjeseca:</u></i>	Koliko ste često to doživjeli?			
	Nikada	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta tjedno	Gotovo svaki dan
15. Iznenadni gubitak sluha	1	2	3	4
16. Nesvjestica	1	2	3	4
17. Iznenadni gubitak pamćenja	1	2	3	4
18. Ubrzano lupanje srca	1	2	3	4
19. Bol u grudima	1	2	3	4
20. Mučnina	1	2	3	4
21. Grčevi u trbuhu	1	2	3	4
22. Proljev	1	2	3	4
23. Povraćanje	1	2	3	4
24. Nadutost	1	2	3	4
25. Gubitak apetita	1	2	3	4
26. Nepodnošenje nekih vrsta hrane	1	2	3	4
27. Opstipacija ili neredovita stolica	1	2	3	4
28. Žgaravica	1	2	3	4
29. Teškoće disanja	1	2	3	4
30. Osjećaj gušenja	1	2	3	4
31. Kožni osip	1	2	3	4
32. Svrbež/crvenilo kože	1	2	3	4
33. Akne ili bubuljice	1	2	3	4
34. Prehlada (začepljen nos, kašalj i sl.)	1	2	3	4
35. Prekomjerno znojenje	1	2	3	4

29. Molimo Vas da pročitate svaku tvrdnju i zaokružite broj 0, 1, 2 ili 3 koji označava koliko se pojedina tvrdnja odnosila na Vas u proteklom tjednu. Nema točnih i netočnih odgovora pa nemojte previše razmišljati o pojedinoj tvrdnji.

<i><u>U posljednjih tjedan dana:</u></i>	Uopće se nije odnosilo na mene	Ponekad ili donekle se odnosilo na mene	Često ili većinom se odnosilo na mene	Gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene
1. Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3
2. Osjećao/la sam se kao da ne mogu progovoriti, kao da su mi usta suha.	0	1	2	3

<u>U posljednjih tjedan dana:</u>	Uopće se nije odnosilo na mene	Ponekad ili donekle se odnosilo na mene	Često ili većinom se odnosilo na mene	Gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene
3. Nisam mogao/la doživjeti niti jedan ugodni osjećaj.	0	1	2	3
4. Imao/la sam teškoće s disanjem (npr. jako ubrzano disanje, ostajanje bez daha iako nije bilo fizičkog napora).	0	1	2	3
5. Bilo mi je teško natjerati se da se pokrenem, da nešto napravim.	0	1	2	3
6. Bio/la sam sklon/a pretjerano reagirati na neke situacije.	0	1	2	3
7. Drhtao/la sam (npr. tresle su mi se ruke).	0	1	2	3
8. Bio/la sam jako nervozan/a, pun/a negativne energije.	0	1	2	3
9. Bio/la sam zabrinut/a zbog situacija u kojima bih se mogao/la uspaničiti i napraviti budalu od sebe.	0	1	2	3
10. Osjećao/la sam da se nemam čemu veseliti.	0	1	2	3
11. Primijetio/la sam da se uzrujavam.	0	1	2	3
12. Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3
13. Osjećao/la sam se potišteno i tužno.	0	1	2	3
14. Nisam imao/la strpljenja prema bilo čemu što me ometalo u nečemu što radim.	0	1	2	3
15. Osjećao/la sam da ću se uspaničiti.	0	1	2	3
16. Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3
17. Osjećao/la sam da kao osoba ne vrijedim mnogo.	0	1	2	3
18. Osjećao/la sam se prilično osjetljivo.	0	1	2	3
19. Bio/la sam svjestan/a kako mi srce kuca, iako ništa naporno nisam radio/la (npr. da mi srce ubrzano lupa, da je preskočilo otkucaj).	0	1	2	3
20. Bez određenog razloga sam osjećao/la strah.	0	1	2	3
21. Osjećao/la sam da je život besmislen.	0	1	2	3

30. U nastavku je navedena lista problema koji se ponekad javljaju kod ljudi koji su doživjeli neko vrlo stresno iskustvo. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaki problem, a zatim zaokružite broj koji najbolje opisuje koliko Vas je mučio taj problem u posljednjih mjesec dana.

Koliko Vas je u posljednjih mjesec dana mučilo sljedeće:	Niti malo	Malo	Umjeren	Poprilično	Jako
1. Ponavljajuća, uznemirujuća i neželjena sjećanja na stresno iskustvo	1	2	3	4	5
2. Ponavljajući, uznemirujući snovi o stresnom iskustvu	1	2	3	4	5
3. Iznenadni osjećaj ili ponašanje kao da se stresno iskustvo upravo opet događa (kao da ste se upravo tamo vratili i ponovo ga proživljavate)	1	2	3	4	5
4. Osjećaj velike uznemirenosti kad Vas nešto podsjeti na stresno iskustvo	1	2	3	4	5
5. Snažne tjelesne reakcije kada Vas nešto podsjeti na stresno iskustvo (na primjer, brzo lupanje srca, otežano disanje, znojenje)	1	2	3	4	5
6. Izbjegavanje sjećanja, misli ili osjećaja koji su povezani sa stresnim iskustvom	1	2	3	4	5
7. Izbjegavanje vanjskih podsjetnika na stresno iskustvo (na primjer, ljudi, mjesta, razgovora, aktivnosti, predmeta ili situacija koji bi Vas mogli podsjetiti na iskustvo)	1	2	3	4	5
8. Problemi u prisjećanju važnih dijelova stresnog iskustva	1	2	3	4	5
9. Snažna negativna uvjerenja o sebi, drugim ljudima ili svijetu (na primjer, misli poput: Ja sam loša, nešto ozbiljno nije u redu sa mnom, nikome se ne može vjerovati, svijet je potpuno opasan)	1	2	3	4	5
10. Okrivljavanje sebe ili nekog drugog za stresno iskustvo ili događaje nakon tog iskustva	1	2	3	4	5
11. Snažni neugodni osjećaji poput straha, užasa, ljutnje, krivnje ili srama	1	2	3	4	5
12. Gubitak interesa za aktivnosti u kojima ste prije uživali	1	2	3	4	5
13. Osjećaj udaljavanja ili otuđenja od drugih ljudi	1	2	3	4	5
14. Teškoće u doživljavanju ugodnih osjećaja (na primjer, ne možete osjetiti sreću ili ljubav prema bliskim osobama)	1	2	3	4	5
15. Razdražljivo ponašanje, bijesni ispadi ili agresivno ponašanje	1	2	3	4	5

nastavak tablice s prethodne stranice

Koliko Vas je u posljednjih mjesec dana mučilo sljedeće:	Niti malo	Malo	Umjeren	Poprilično	Jako
16. Pretjerano preuzimanje rizika ili dovođenje sebe u situacije koje bi Vam mogle naštetiti	1	2	3	4	5
17. Osjećaj da ste stalno na oprezu, da ste pretjerano pobuđeni	1	2	3	4	5
18. Osjećaj nervoze ili plašljivosti	1	2	3	4	5
19. Poteškoće s koncentracijom	1	2	3	4	5
20. Problemi u uspjavanju ili spavanju	1	2	3	4	5

Hvala na sudjelovanju!

Dragi roditelji,

Ovo znanstveno istraživanje se provodi za potrebe moga doktorskog rada na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu kao dio četverogodišnjeg projekta „Međugeneracijski prijenos rizika za mentalno zdravlje adolescenata“ kojeg financira Hrvatska zaklada za znanost uz suglasnost Ministarstva znanosti i obrazovanja, a bavi se istraživanjem prilika i kontekstom u kojem žive djeca i njihove obitelji. Istraživanje se provedi tijekom dvije godine, a obuhvatit će roditelje iz dijelova Hrvatske koji su bili najviše pogođeni ratnim zbivanjima u Domovinskom ratu. Cilj projekta je povećati razumijevanje utjecaja životnih iskustava današnjih roditelja u doba njihove mladosti na sadašnje odnose u obitelji, roditeljstvo i razvoj njihove djece, s posebnim naglaskom na iskustva koja su doživjeli tijekom Domovinskog rata.

Suglasnost za provođenje ovog projekta dalo je Ministarstvo znanosti i obrazovanja, a za ovo istraživanje i Etičko povjerenstvo Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. S njegovim provođenjem suglasan/na je i ravnatelj/ica škole koju pohađa Vaše dijete. Istraživanje financira Hrvatska zaklada za znanost.

Istraživanje se u školskoj godini 2022/2023 provodi korištenjem upitnika koji zasebno ispunjava **majka ili ženska skrbnica djeteta** i **otac ili muški skrbnik djeteta**. Ukoliko imate više djece, ispunit ćete upitnik za **samo jedno dijete**. Vama će dijete donijeti kući dva upitnik, a suglasnosti za sudjelovanje u istraživanju je početni dio upitnika, zajedno s dvije prazne omotnice (kuverte). Molimo Vas da svaki roditelj (ili skrbnik) stavi svoj ispunjeni upitnik u zasebnu omotnicu, te ga u zatvorenoj omotnici pošaljete po djetetu natrag u školu. Ispunjavanje roditeljskog upitnika traje oko 30 minuta. Sudjelovanje u istraživanju je **dobrovoljno** i možete odlučiti želite li sudjelovati ili ne.

Vaše sudjelovanje je iznimno važno za razumijevanje kako je životno iskustvo današnjih roditelja tijekom Domovinskog rata povezano s odrastanjem njihove djece te se nadam da ćete pristati sudjelovati.

Vi možete odustati od istraživanja u bilo kojem trenutku, bez objašnjavanja svojih razloga za odustajanje. Također, možete preskočiti pitanja u upitniku na koja ne žele odgovoriti. Sve informacije koje Vi navedete u upitniku su **povjerljive**, što znači da odgovori neće nikome biti otkriveni. Upitnik je anonimn, što znači da ga ne potpisujete i da nitko neće provjeravati odgovore, niti Vas itko može preko njih identificirati. Sve što ćete odgovoriti ostaje strogo povjerljivo i koristi će se isključivo kao skupina podataka za znanstvenu upotrebu. Upitnici i svi ostali materijali će biti pohranjeni na sigurno mjesto i samo će im ovlašteni istraživači imati pristup radi analize.

Ako trebate dodatne informacije ili pojašnjenja, molimo Vas da slobodno kontaktirate mene osobno (autoricu ove disertacije) (032 348 081; mbenic.vk@gmail.com) ili moju mentoricu, prof. dr. sc. Marinu Ajduković (marina.ajdukovic@pravo.hr) ujedno i voditeljicu istraživačkog projekta.

Vrlo rado ćemo Vam odgovoriti na sva pitanja koja imate o ovom istraživanju.

Vjerujemo da će rezultati istraživanja biti važni i da će doprinijeti poboljšanju kvalitete života djece i njihovih roditelja u Republici Hrvatskoj.

S poštovanjem,
Mr. sc. Milica Benić
psihologinja

Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet u Zagrebu

Nazorova 51, 10 000 Zagreb

01 4895 864; 01 4895 823; 01 4895 801

petra.kozljan@pravo.hr; ines.rezo@pravo.hr; nika.susac@pravo.hr; linda.rajhvajn@pravo.hr
www.pravo.hr/scsr

ZAHVALA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Poštovani, poštovane,

hvala Vam još jednom što ste sudjelovali u ovom istraživanju i podijelili informacije o tome kako živite Vi i Vaša obitelj. Vaš doprinos nam je izuzetno važan.

Ako su Vas uznemirila neka od pitanja u upitniku koji ste ispunjavali i ako poželite o tome s nekim razgovarati, molimo Vas da nazovete Tesa psihološki centar (telefon za psihološku pomoć 01/48 28 888 radnim danom 10-22h ili Internet savjetovalište (psiho.pomoc@tesa.hr) za informacije ili drugi oblik pomoći.

Ako budete željeli više informacija o navedenom istraživanju, možete se obratiti meni osobno (032 348 081; mbenic.vk@gmail.com) ili prof. dr. sc. Marini Ajduković (marina.ajdukovic@pravo.hr) koja je ujedno i voditeljica istraživačkog projekta u okviru kojeg se provodi ovo istraživanje.

S poštovanjem

Mr. sc. Milica Benić, psihologinja

Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet u Zagrebu

Nazorova 51, 10 000 Zagreb

01 4895 864; 01 4895 823; 01 4895 801

petra.kozljan@pravo.hr; ines.rezo@pravo.hr; nika.susac@pravo.hr; linda.rajhvajn@pravo.hr
www.pravo.hr/scsr