

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Ivana Lučića 3

Dunja Stepčić

**Kvaliteta života povezana sa zdravljem i socijalna podrška**

**kod žena žrtava partnerskog nasilja**

Specijalistički završni rad

Zagreb, 2016.godina

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Ivana Lučića 3

Dunja Stepčić

**Kvaliteta života povezana sa zdravljem i socijalna podrška**

**kod žena žrtava partnerskog nasilja**

Specijalistički završni rad

Mentor:

Prof. dr. sc. Alessandra Pokrajac-Bulian

Zagreb, 2016.godina

## SAŽETAK

Partnersko nasilje smatra se osobnim, obiteljskim i društvenim problemom koji značajno narušava kvalitetu života te ima kratkoročne i dugoročne posljedice na tjelesno i mentalno zdravlje svih kojih su mu izloženi. Zbog nedovoljno istražene problematike povezanosti partnerskog nasilja s kvalitetom zdravlja žena žrtava zlostavljanja, osnovni cilj ovog istraživanja jest ispitati odnos kvalitete života povezan sa zdravljem i izloženost partnerskom nasilju, te povezanost kvalitete života povezan sa zdravljem s razinom socijalne podrške.

U istraživanju su sudjelovale 92 žene, od čega dvije skupine sudionica izloženih psihološkom odnosno tjelesnom zlostavljanju od strane intimnog partnera, te skupina sudionica koje nikad nisu doživjele navedene vrste partnerskog nasilja. Podaci su prikupljeni prilikom dolaska žena u Centar za socijalnu skrb Pula, primjenom upitnika sociodemografskih obilježja, upitnika izloženosti psihološkom i tjelesnom nasilju, upitnika kvalitete života povezan sa zdravljem te upitnika socijalne podrške.

Utvrđeno je da se nezlostavljane i zlostavljane sudionice značajno razlikuju u broju izvora i zadovoljstvu socijalnom podrškom te subjektivnoj procjeni ukupnog, tjelesnog i psihološkog zdravlja. Tjelesno zlostavljane sudionice izvještavaju o nižoj socijalnoj podršci i lošijem zdravlju u odnosu na nezlostavljane sudionice. Psihološki i tjelesno zlostavljane sudionice se međusobno ne razlikuju u subjektivnoj procjeni ukupnog i tjelesnog zdravlja. Značajni prediktori subjektivne procjene tjelesnog zdravlja su tjelesno zlostavljanje, trajanje zlostavljanja i zadovoljstvo socijalnom podrškom, dok su značajni prediktori subjektivne procjene psihološkog zdravlja ukupno doživljeno zlostavljanje i zadovoljstvo socijalnom podrškom.

**Ključne riječi:** partnersko nasilje, subjektivna procjena zdravlja, socijalna podrška

## ABSTRACT

Intimate partner violence is considered a personal, family and social problem which significantly impairs the quality of life and has a short-term and long-term consequences on physical and mental health of all who are exposed to it. Due to under-researched issues of association between intimate partner violence and quality of health of women victims of abuse, the aim of this study was to examine the relationship between health-related quality of life and exposure to intimate partner violence, and the association between health-related quality of life and social support.

The study involved 92 women, of which two groups of participants exposed to psychological and physical abuse by their intimate partner, and a group of participants who have never experienced these types of partner violence. Questionnaire of sociodemographic characteristics, questionnaires of exposure to psychological and physical violence, the Short-Form Health Survey and the Social Support Questionnaire were administered on the participants when they arrived in the Social Welfare Center in Pula.

It was found that non abused and abused participants differ significantly in the perceived quantity and satisfaction with social support, and also in the health-related quality of life (overall, physical and mental health). Physically abused compared to non abused participants reported lower social support and lower health-related quality of life. Psychologically and physically abused participants did not differ significantly in health-related quality of life (overall and physical health). Health-related quality of life (physical health) could be explained by physical abuse, duration of abuse and satisfaction with social support, while health-related quality of life (mental health) could be explained by total experienced abuse and satisfaction with social support.

**Key words:** intimate partner violence, health-related quality of life, social support

# SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
<b>1.1 Partnersko nasilje .....</b>	<b>2</b>
1.1.1. <i>Zaštitni i rizični čimbenici partnerskog nasilja .....</i>	<i>4</i>
1.1.2. <i>Tjelesno i psihološko zlostavljanje.....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Posljedice partnerskog zlostavljanja .....</i>	<i>6</i>
<b>1.2. Kvaliteta života povezana sa zdravljem i partnersko zlostavljanje.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. Partnersko zlostavljanje i socijalna podrška .....</b>	<b>11</b>
2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA .....	13
3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA .....	15
<b>3.1. Sudionice .....</b>	<b>15</b>
3.1.1. <i>Kriteriji za uključivanje sudionica u istraživanje .....</i>	<i>15</i>
<b>3.2. Mjerni instrumenti .....</b>	<b>18</b>
3.2.1. <i>Upitnik zdravlja SF-36 .....</i>	<i>18</i>
3.2.2. <i>Revidirana ljestvica taktika u upravljanju konfliktima (CTS 2).....</i>	<i>19</i>
3.2.3. <i>Upitnik socijalne podrške (SSQ 6).....</i>	<i>20</i>
3.2.4. <i>Upitnik sociodemografskih obilježja .....</i>	<i>21</i>
<b>3.3. Postupak .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4. Statistička obrada podataka.....</b>	<b>23</b>
4. REZULTATI.....	24
<b>4.1. Obilježja zlostavljanja.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2. Razlike u socijalnoj podršci i zdravlju s obzirom na izloženost zlostavljanju.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3. Prediktori zdravlja kod zlostavljanih žena .....</b>	<b>29</b>
5. RASPRAVA.....	32
<b>5.1. Obilježja zlostavljanja.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2. Socijalna podrška i partnersko nasilje .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3. Subjektivna procjena zdravlja i partnersko nasilje .....</b>	<b>33</b>
<b>5.4. Prediktori zdravlja kod zlostavljanih žena .....</b>	<b>34</b>
<b>5.5. Ograničenja i moguće implikacije istraživanja .....</b>	<b>36</b>
6. ZAKLJUČCI .....	42
7. LITERATURA.....	44
8. PRILOZI.....	52
<b>8.1. Revidirana ljestvica taktika u upravljanju konfliktima (CTS2).....</b>	<b>52</b>
<b>8.2. Upitnik socijalne podrške (SSQ6) .....</b>	<b>54</b>

## 1. UVOD

Razvojem svijesti o ljudskim pravima, pravima žena, djece i starijih osoba u posljednja četiri desetljeća počinju se rušiti stereotipi o idealnoj obitelji. Kliničko iskustvo i empirijska istraživanja sve više potvrđuju kako obitelj kao temeljna jedinica društva nije nužno samo podržavajuće okružje, koje pruža emocionalnu, socijalnu i materijalnu podršku članovima, već može biti i nasilno okružje u kojem se krše njihova temeljna prava. Obitelj možemo definirati kao oblik primarne društvene zajednice koja ima reproduktivnu, odgojnu, gospodarstvenu i zaštitnu ulogu. Nasilje u obitelji predstavlja zloupotrebu moći u odnosima koji se temelje na nejednakosti, a cilj je uspostaviti kontrolu nad drugim osobama kroz upotrebu sile, zastrašivanje i manipuliranje (Ajduković i Pavleković, 2004). Obiteljsko nasilje nije nova pojava, no tek je nedavno prepoznato kao društveni problem. Ono više ne predstavlja privatnu stvar obitelji već je problem cijele zajednice i države u cijelosti, a njegovo suzbijanje od javnog je interesa te je važno za održavanje javne sigurnosti, reda i mira (Čugalj, Ručević, Radoš i Herceg, 2007).

Istraživanje ove tematike započinje još 70-ih godina prošlog stoljeća kada je primaran fokus stavljen na nasilje nad ženama i partnersko nasilje. Desetljeće kasnije, žarište zanimanja istraživača pomiče se na istraživanja zlostavljanja djece, dok se 90-ih godina prošlog stoljeća počinje proučavati nasilje nad starijim članovima u obitelji. Brojna istraživanja kroz ovih 40 godina utvrdila su nekoliko neospornih činjenica vezanih uz ovu tematiku. Nasilje u obitelji uključuje širok raspon ugrožavajućih ponašanja koja za cilj imaju uspostavu kontrole i moći nad drugim. Posljedice izloženosti nasilju brojne su i bitno utječu na mentalno zdravlje neposredno izloženih, ali i pasivnih promatrača. Također, utvrđeno je kako se obiteljsko nasilje može objasniti jedino interaktivnim djelovanjem većeg broja čimbenika koje možemo grupirati kroz tri razine: individualnu, obiteljsku i sociokulturalnu. Istraživanja su potvrdila kako postoji međugeneracijski prijenos nasilja u obitelji te kako postoji jasna povezanost između prisutstva nasilja u obitelji i količine nasilja u društvu (Ajduković i Pavleković, 2004).

Nasilje u obitelji u kontinuiranom je porastu, a usmjereno je uglavnom na žene i djecu. Između 1998. i 2001. godine, u Sjedinjenim Američkim Državama, 11% svih prijavljenih i neprijavljenih nasilnih ponašanja odnosilo se na obiteljsko nasilje, što je otprilike 3,5 milijuna nasilnih zločina prema članovima obitelji. U 49% slučajeva žrtve obiteljskog nasilja bili su partneri, u 11% djeca, a 41% drugi članovi obitelji. Većina žrtava obiteljskog nasilja, njih čak

73%, bile su žene, dok su počinitelji nasilnih djela većinom bili muškarci (Brennfleck-Shannon, 2009). U Hrvatskoj, u razdoblju od 2001. do 2005. godine gotovo 77% žrtava obiteljskog nasilja bile su žene dok su gotovo 10% žrtava djeca. Kada govorimo o obliku zlostavljanja, tjelesno je nasilje najrasprostranjenije. U gotovo 47% slučajeva, počinitelj obiteljskog nasilja prema žrtvi ženskog spola, suprug je žrtve, dok su u manjem postotku kao počinitelji zastupljeni otac, sin, izvanbračni ili bivši suprug žrtve (Čugalj i sur., 2007).

### *1.1 Partnersko nasilje*

U posljednjih dvadesetak godina sve su češća istraživanja nasilja u partnerskim odnosima. Ovakav oblik nasilja možemo definirati kao sustavni obrazac zlostavljajućeg ponašanja koje se čini u svrhu kontrole, dominacije i zastrašivanja, a događa se između dviju osoba u bliskom odnosu. Oba partnera mogu biti žrtve nasilja, no istraživanja pokazuju kako su žene čak deset puta češće žrtve nego muškarci. Čin nasilja nad ženom nije izoliran slučaj gubitka kontrole, već je dio složenog kontinuiranog obrasca ponašanja u kojem je nasilje sastavni dio dinamike odnosa partnera (Ajduković i Pavleković, 2004). Nasilje nad partnerom može se manifestirati kao tjelesno nasilje koje uključuje primjenu fizičke sile i napada koji ima za cilj prouzročiti tjelesnu ozljedu ili nanijeti bol žrtvi. Zatim, psihološko nasilje koje upotrebom psihološke sile za cilj ima izazvati strah ili psihološku bol kod žrtve. Seksualno nasilje uključuje bilo kakav oblik seksualne aktivnosti ili uznemiravanja na koje žrtva nije dala pristanak te ekonomsko nasilje koje podrazumijeva nejednaku kontrolu i pristup materijalnim i novčanim sredstvima (Čugalj i sur., 2007).

Partnersko nasilje pogađa između 25% i 54% žena u njihovom odraslom životu. Svjetske statistike pokazuju kako je svakih deset minuta jedna žena izložena tjelesnom zlostavljanju od strane muškarca te kako čak 80 % tog nasilja vrše njihovi partneri (Thompson i sur., 2006). Nadalje, čak 72% žena trpi nasilje dulje od godine, a njih 52% nasilje trpi svakodnevno (Burge, 1997; prema Ajduković i Pavleković, 2004). Istraživanje Thompsona i sur. (2006) na američkom uzorku pokazalo je kako 14,7% žena izvještava o nekom obliku partnerskog nasilja u proteklih pet godina, te kako je njih 45,1% bilo žrtvama više od jednog oblika nasilnog ponašanja. Prevalencija partnerskog nasilja u prošloj godini iznosila je 7,9%, dok je cjeloživotna prevalencija bila 44%. Ovisno o tipu zlostavljajućeg ponašanja između 10,7% i 21% žena zlostavljano je od strane dva ili više partnera. Kada govorimo o trajanju partnerskog nasilja, ovisno o obliku zlostavljanja, između 33% i 50%

žena u takvom je odnosu bilo godinu dana, dok je između 5% i 9% takav odnos trpilo više od dvadeset godina.



### *1.1.1. Zaštitni i rizični čimbenici partnerskog nasilja*

Uzroci partnerskog nasilja vrlo su složeni, no postoje barem dva faktora koja su nužna za njegovu pojavu, a to su nejednaka pozicija mušaraca i žene u vezi, ali i društvu općenito te normativna upotreba bilo kojeg oblika nasilja u rješavanju konflikta. Ovi su faktori u interakciji s brojnim drugim komplementarnim faktorima koji dovode do pojave zlostavljanja (Jewkes, 2002). Siromaštvo i stres vezan uz njega jedni su od ključnih čimbenika koji doprinose pojavi partnerskog nasilja. Financijska neovisnost žene može biti zaštitini, ali i rizičan faktor, a istraživanja potvrđuju kako je ekonomska nejednakost partnera u kontekstu siromaštva bitnija od apsolutne razine primanja (Jewkes, 2002). Međukulturalna istraživanja pokazuju kako društva s jače istaknutom ideologijom muške dominacije imaju više partnerskog zlostavljanja. Ovakve ideologije imaju utjecaja na šire društveno uređenje, djeluju na oblikovanje politike, ekonomije, zakona, kriminalnog i pravnog sustava što indirektno djeluje i na stavove prema nasilju u partnerskim odnosima. Žene su u takvim društvima definirane kao prikladna sredstva kroz koja muškarci potvrđuju svoju moć, točnije upotrebom nasilja nad ženama muškarci potvrđuju njen podređen položaj.

Konsumacija alkohola još je jedan od rizičnih faktora za partnersko zlostavljanje (Jewkes, 2002) pogotovo ukoliko je prisutna kod oba partnera (Abramsky i sur., 2011). Kao mogući rizični faktor navodi se i prethodno iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu ili prijašnjim odnosima (Abramsky i sur., 2011; Bonomi i sur., 2006). Također, žene koje imaju djecu iz prijašnjih odnosa te one koje žive s partnerom bez da su formalno u braku, imaju povećan rizik od doživljavanja partnerskog zlostavljanja. Kao zaštitni faktori ističu se srednjoškolsko obrazovanje, viši socioekonomski status te formalni brak između partnera (Abramsky i sur., 2011). Istraživanja su pokazala kako je mlađa dob žene značajno povezana s povećanim rizikom od partnerskog nasilja (Abramsky i sur., 2011), ali isto tako i starija se ženina dob pokazala kao rizični faktor za zlostavljanje (Bonomi i sur., 2006; Thompson i sur., 2006).

### *1.1.2. Tjelesno i psihološko zlostavljanje*

Tjelesno zlostavljanje možemo definirati kao skup ponašanja koji podrazumijevaju upotrebu fizičke sile kako bi sa nanijele tjelesne ozljede ili bol žrtvi (Straus, 2007; prema Tomasulo, 2010). Ono uključuje guranje, šamaranje, čupanje, udaranje rukama, nogama ili predmetima, nanošenje povreda različitim oružjem, a može rezultirati lakim ili težim ozljedama, pa čak i ubojstvom žrtve (Ajduković i Pavleković, 2004).

Psihološko ili emocionalno zlostavljanje možemo definirati kao upotrebu ponašanja poput kontroliranja, zastrašivanja i ismijavanja (Tomasulo, 2010) te različitih zabrana, prijetnji, uvreda, podcjenjivanja, omalovažavanja, obezvređivanja (Ajduković i Pavleković, 2004). Follingstad i sur. (1990; prema Crowell i Burgess, 1996) navode šest kategorija psihološkog zlostavljanja. Kao prvo, verbalni napadi koji uključuju ismijavanje, nazivanje imenima kako bi se žrtva uvjerila da je bezvrijedna i da bi kao takva bila podložnija kontroliranju od strane počinitelja. Drugo, izolacija žrtve od socijalne podrške i odnosa ili negiranje pristupa financijama ili resursima kako bi se ograničila ženina neovisnost. Treće, iskazivanje ekstremne ljubomore i posesivnosti od strane počinitelja, što uključuje ponašanja nadgledanja ponašanja žrtve, pretjeranog kontroliranja ili neosnovanog optuživanja iste. U četvrtu kategoriju spadaju verbalne prijetnje zlostavljanjem, povredama ili torturom usmjerene na ženu samu, ali i njezinu djecu, rođake i prijatelje. Petu kategoriju psihološkog zlostavljanja čine ponavljane prijetnje počinitelja o napuštanju ili razvodu od žrtve, dok u posljednju kategoriju ponašanja spada oštećivanje ili uništavanje žrtvinih osobnih dobara i imovine.

Tjelesno i psihološko zlostavljanje često se u odnosima javljaju simultano, a povećanje oštine jednog oblika zlostavljanja često prati povećanje ozbiljnosti i drugog oblika zlostavljanja (Tomasulo, 2010). Stets (1990; prema Holtzworth-Munroe, Smutzler i Sandin, 1997) je svojim istraživanjem testirala hipoteze o tome jesu li psihološko i tjelesno zlostavljanje povezani te na koji način. Prvom hipotezom pretpostavila je kako se psihološko zlostavljanje događa samo u kontekstu tjelesnog zlostavljanja, dok je drugom pretpostavila kako su ovi oblici zlostavljanja dva različita fenomena od kojih psihološko zlostavljanje može rezultirati ili prerasti u tjelesno zlostavljanje. Prikupljeni podaci potvrdili su drugu hipotezu. Točnije, u preko 50% slučajeva psihološko zlostavljanje odvijalo se bez tjelesnog zlostavljanja, dok je suprotan odnos uočen tek u nešto manje od 1% slučajeva. U istraživanju Tomasuloa (2010) psihološko zlostavljanje bilo je medijator veze tjelesnog zlostavljanja i

psihološke uznemirenosti. Točnije, tjelesno zlostavljanje nije značajno doprinijelo objašnjenju psihološke uznemirenosti nakon i povrh psihološkog zlostavljanja. Jedan od bitnijih nalaza studije Pico-Alfonsoe i suradnika (2006) bio je taj da je samo psihološko zlostavljanje jednako štetno za mentalno i tjelesno zdravlje kao i tjelesno zlostavljanje. Točnije, psihološko je zlostavljanje bilo snažniji prediktor depresivne i anksiozne simptomatologije.

### *1.1.3. Posljedice partnerskog zlostavljanja*

Partnersko zlostavljanje ima dugoročne tjelesne i psihološke posljedice na zdravlje. Učinci zlostavljanja mogu se manifestirati kroz snižen zdravstveni status, lošiju kvalitetu života, ali i češću potrebu za korištenjem zdravstvenih usluga (Tollestrup i sur., 1999). Žene izložene partnerskom zlostavljanju imaju statistički značajno lošije zdravstveno stanje od nezlostavljanih žena. Isto tako, što je zlostavljanje dugotrajnije zdravstveni ishodi su lošiji (Bonomi i sur., 2006). Posljedice partnerskog zlostavljanja sežu dalje od samog utjecaja na ženu žrtvu, pa tako zlostavljanje može imati utjecaja i na njihove obitelji i prijatelje. Također znatan je utjecaj partnerskog zlostavljanja na djecu koja su tom nasilju izravno ili neizravno izložena (Crowell i Burgess, 1996). Izloženost takvom nasilje utječe na dječje ponašanje, doživljavanje, uvjerenja i stavove, ali i razvoj rodnog identiteta pri čemu se dječaci lakše identificiraju s ulogom nasilnika, a djevojčice s ulogom žrtve. Također, u odnosima gdje postoji partnersko zlostavljanje često je i zlostavljanje djece, a takav doživljaj nasilja u djetinjstvu može dovesti do generacijskog prijenosa zlostavljanja pa djeca žrtve u odrasloj dobi i sami postaju skloniji nasilničkom ponašanju (Ajduković i Pavleković, 2004). Posljedice partnerskog zlostavljanja mogu se osjetiti i na društvu u cjelini. Ekonomske posljedice vidljive su u padu i gubitku produktivnosti zbog straha ili ozljeda žrtva, a s druge strane zdravstveni i socijalni sustavi na partnersko zlostavljanje i njegovo smanjivanje ulažu novčane i ljudske resurse (Crowell i Burgess, 1996).

Nadalje će se u radu detaljnije razraditi posljedice partnerskog zlostavljanja na aspekte psihološkog i tjelesnog zdravlja žrtava, kao i odnos partnerskog zlostavljanja, zdravlja i socijalne podrške.

### 1.1.3.1. Psihološko zdravlje žrtava

Partnersko zlostavljanje predstavlja rizični faktor za nastanak brojnih psiholoških problema, uključujući depresiju, posttraumatski stresni poremećaj i sniženo samopoštovanje (Holtzworth-Munroe i sur., 1997). Depresija je jedna od češćih psiholoških poteškoća s kojom se nose žrtve partnerskog zlostavljanja, a ta je veza višestruko potvrđena i istraživanjima (Coker i sur., 2002a; Lacey, Dilworth-McPherson, Samuel, Powell-Sears i Head, 2012). Iako neke zlostavljane žene pate od dugotrajne depresije koja se zbog stresa vezanog uz zlostavljanje može pogoršati, postoje dokazi kako partnersko zlostavljanje može biti okidač prve depresivne epizode (Campbell, 2002). Depresija je psihološki simptom koji se u najvećoj frekvenciji povezuje s psihološkim zlostavljanjem (Lacey i sur., 2012). Istraživanje Oravae i suradnika (1996; prema Follingstad, 2009) pokazalo je kako nakon statističke kontrole količine psihološke agresije, veza između tjelesnog zlostavljanja i depresije više nije značajna. No, važno je napomenuti da je ozbiljnost tjelesnog zlostavljanja ipak bila u pozitivnoj korelaciji s depresijom. Zlotnick i suradnici (2006; prema Dillon, Hussain, Loxton i Rahman, 2013) bavili su oporavkom psihološkog zdravstvenog statusa žena s poviješću zlostavljanja. Ono što su utvrdili jest da su zlostavljane žene i nakon pet godina pokazale statistički značajno veći stupanj depresivnih simptoma, teškoća funkcioniranja te niže samopoštovanje i zadovoljstvo životom.

Povijest partnerskog zlostavljanja pozitivno je povezana i s povećanom incidencijom simptoma i dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) (Pico-Alfonso i sur., 2006). Težina zlostavljanja, prijašnje traume i partnerova dominantnost pokazali su se kao značajni prethodnici razvoja PTSP-a nakon partnerskog nasilja (Campbell i sur., 1995; prema Campbell, 2002). Teže i dugotrajnije zlostavljanje pokazalo je povezanost s jače izraženim simptomima PTSP-a. Isto tako, izloženost većem broju oblika zlostavljanja vodi jačim simptomima PTSP-a, pa tako žene izložene trima oblicima zlostavljanja imaju čak do devet puta veći rizik od razvoja PTSP-a (Dillon i sur., 2013).

Istraživanja su ispitivala vezu partnerskog zlostavljanja i drugih psiholoških stanja i osobina. Samopoštovanje je jedna od njih koja se potencijalno može ugroziti iskustvom partnerskog zlostavljanja. Istraživanje Duttona i Painter (1993) pokazalo je kako zlostavljane žene imaju niže samopoštovanje u odnosu na nezlostavljani uzorak žena. Količina tjelesnog zlostavljanja te psihološko zlostavljanje ignoriranjem, pokazali su se kao značajni prediktori niskog samopoštovanja (Sackett i Saunders, 1999).

Čitav je niz psiholoških posljedica partnerskog zlostavljanja u koje svakako spada i napetost, nemir, osjećaj slabosti, straha, srama, krivnje, zloupotreba alkohola i droga, problemi s koncentracijom, dezorijentacija, nedostatak tolerancije, agresivnost prema sebi i drugima, pokušaj suicida, seksualne poteškoće (Ajduković i Pavleković, 2004).

### 1.1.3.2. Tjelesno zdravlje žrtava

Kada govorimo o tjelesnom zdravlju važno je razlikovati neposredne, akutne znakove zlostavljanja poput ozljeda na licu, grudima, abdomenu, hematoma, ogrebotina, iščašenja i lomova kostiju, opekotina, unutarnjih povreda, tragova gušenja i kronične zdravstvene probleme poput nesаницe, gastrointestinalnih smetnji, anemije, glavobolje, migrene, inkontinencije, respiratornih problema, palpitacija, bolova u mišićima (Ajduković i Pavleković, 2004).

Žene izložene partnerskom zlostavljanju kroz duže vrijeme prospektivno doživljavaju više tjelesnih simptoma nego žene koje nisu nikada bile zlostavljane (Gerber, Wittenberg, Ganz, Williams i McCloskey, 2007). Istraživanje Wagner i Mongan (1998) bavilo se ispitivanjem razlika u zdravstvenom statusu, simptomima te korištenju medicinskih usluga između zlostavljanih i nezlostavljanih žena. Psihološki zlostavljane žene statistički su se značajno razlikovale od nezlostavljanih na sljedećim simptomima: teškoće spavanja, teškoće gubljenja tjelesne težine, pretjerano znojenje, osjećaj umora, mišićna napetost, osjećaji topline i hladnoće, oticanje ruku, nogu, stopala, grčevi u rukama i nogama, drhtavica te lošije opće zdravlje. Zdravstveni status ispitan je upotrebom Upitnika zdravlja SF-36 pri čemu su zlostavljane žene imale statistički značajno lošije funkcioniranje i zdravstveni status (Wagner i Mongana, 1998). Ovakav rezultat potvrđuju i druga istraživanja (Bonomi i sur., 2006). Zlostavljanje od strane trenutnog partnera u prošlih dvanaest mjeseci povezuje se s nižom samoprocjenom zdravstvenog statusa, većom incidencijom srčanog udara i srčanih problema, dužim trajanjem zdravstvenih problema te mnogim somatskim simptomima (Lown i Vega, 2001). Istraživanje Staggs i Riger (2005) pokazalo je kako žene koje su izložene kroničnom zlostavljanju pokazuju najlošije zdravstvene ishode, te izvješćuju o, u prosjeku, dva ozbiljna zdravstvena problema. Suprotno tome žene koje trenutno nisu u zlostavljajućem odnosu, a već imaju povijest zlostavljanja izvješćuju prosječno o tek jednom ozbiljnom zdravstvenom problemu, a nezlostavljane o manje od jednog.

Istraživanje Tomasuloa (2004) bavilo se ispitivanjem veze između iskustva partnerskog zlostavljanja i zdravstvenog statusa te zdravstvenih ponašanja. Izloženost nasilju bila je pozitivno i značajno povezana s usvajanjem negativne psihološke perspektive koja je pak onda bila negativno povezana s psihološkim i tjelesnim zdravljem kao i s uključivanjem u zdravstvena ponašanja. Kako se percepcija vlastitog psihološkog oštećenja povećava tako se žrtvina percepcija psihološkog i tjelesnog zdravlja smanjuje, a osoba postaje sklonija uključivanju u negativna zdravstvena ponašanja poput pušenja i konzumacije alkohola. Isto

tako, zlostavljane žene za razliku od nezlostavljanih izvijestile su o većem broju odlazaka u medicinske ustanove, korištenju zdravstvenih usluga te o većem broju propisanih lijekova.

### 1.2. *Kvaliteta života povezana sa zdravljem i partnersko zlostavljanje*

Učinci partnerskog zlostavljanja na kvalitetu života žrtava manje su proučavani. Mjere kvalitete života korisne su za razumijevanje subjektivnih efekata zdravlja na pojedince, uključujući i percepciju vlastite dobrobiti koja prati specifične simptome i dijagnoze (Wittenberg, Joshi, Thomas i McCloskey, 2007). Kvalitetu života povezanu sa zdravljem možemo definirati kao opći termin koji opisuje sveukupni utjecaj bolesti, oboljenja i raznih zdravstvenih stanja na zdravlje i dobrobit pojedinca. Takva mjera opisuje stanje pojedinca u terminima simptoma ili općeg funkcioniranja, no može reflektirati i pojedinačno vrednovanje konkretnih oblika zdravstvenog stanja (Brazier, Deverill, Green, Harper i Booth, 1999). Uobičajeno korištene skale za mjerenje kvalitete života povezane sa zdravljem su: *Upitnik zdravlja SF-36* (SF-36; Ware, 2000), *Indeks zdravstvenih usluga* (Cheung i sur., 1990; prema Wittenberg i sur., 2007), *Skala kvalitete dobrobiti* (Kaplan i Anderson, 1988; prema Wittenberg i sur., 2007), *Indeks kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije* (WHO Grupa, 1995; prema Alsaker, Moen i Kristoffersen, 2007).

Istraživanje Alsaker, Moen, Nortvedt i Baste (2006) ispitivalo je vezu kvalitete života povezane sa zdravljem i partnerskog nasilja na uzorku norveških žena korisnica utočišta za žrtve zlostavljanja. Rezultati ukazuju da je partnersko nasilje snažno povezano s nižom procjenom kvalitete života kod zlostavljanih žena. Kvaliteta života povezana sa zdravljem mjerena SF-36 upitnikom bila je statistički značajno niža od norme za žensku populaciju u Norveškoj na svim dimenzijama. Rezultat socijalnog funkcioniranja bio je ekstremno nizak što ukazuje na interferenciju tjelesnih i emocionalnih problema na normalno socijalno funkcioniranje žrtava. Rezultat na domeni tjelesnog funkcioniranja bio je najveći na cijeloj skali, ali i dalje statistički značajno niži u odnosu na opću populaciju žena.

Drugo istraživanje istih autora (Alsaker, Moen i Kristoffersen, 2008) ispitivalo je subjektivnu procjenu zdravlja kod zlostavljanih žena, godinu dana nakon što su napustile nasilnog partnera. U odnosu na razdoblje prije godinu dana, rezultati Upitnika zdravlja SF-36 upitnika na podljestvicama vitalnosti, psihološkog zdravlja i socijalnog funkcioniranja su se statistički značajno povisili. Teže tjelesno zlostavljanje na prvom testiranju bilo je značajan prediktor manjeg poboljšanja tjelesnog i psihološkog zdravlja, a teže psihološko zlostavljanje prediktor manjeg poboljšanja psihološkog zdravlja i socijalnih odnosa.

Rezultat da žrtve partnerskog zlostavljanja imaju značajno nižu kvalitetu života, u terminima tjelesnog i psihološkog zdravlja potvrđen je kroz brojna istraživanja (Alsaker i sur., 2006; Alsaker i sur., 2007; Alsaker i sur., 2008; Kaufman, 2001; Laffaye, Kennedy i Stein, 2003; Sørensen, Kruse, Gudex, Helweg-Larsen i Brønnum-Hansen, 2012). Istraživanje Wittenberga i sur. (2007) pokazalo je kako dječje svjedočenje partnerskom nasilju ima značajan utjecaj na majčinu kvalitetu života povezanu sa zdravljem, što govori u prilog tome da bi se osim psihološke i tjelesne domene, pri procjeni kvalitete života trebalo u obzir uzeti i šire okruženje žrtve primjerice obitelj i njeno funkcioniranje.

### *1.3. Partnersko zlostavljanje i socijalna podrška*

Socijalna podrška može se definirati kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se možemo osloniti, kojima je stalo do nas, koji nas cijene i poštuju. Ona doprinosi pozitivnoj prilagodbi i osobnom razvoju, ali i pruža zaštitu od stresa (Sarason, Levine, Basham i Sarason, 1983).

Istraživanje Beeble, Bybee, Sullivan i Adamsa (2009) ispitalo je ulogu socijalne podrške u objašnjenju negativnih psiholoških posljedica partnerskog zlostavljanja i procijenjene kvalitete života. Autori su testirali tri modela djelovanja socijalne podrške na dobrobit žrtava zlostavljanja. Model glavnog efekta pretpostavljao je da socijalna podrška ima veliki utjecaj na dobrobit pojedinca bez obzira na prisutnost ili odsutnost životnog stresa, točnije socijalna podrška obitelji ili prijatelja ima pozitivan utjecaj na dobrobit žena žrtava bez obzira na ozbiljnost i količinu partnerskog zlostavljanja (Cohen, Underwood i Gottlieb, 2000). Rezultati istraživanja potvrdili su ovu hipotezu. Socijalna podrška bila je pozitivno povezana s kvalitetom života i negativno s depresivnim simptomima žrtve. Drugi predloženi model pretpostavlja da je socijalna podrška moderator kod osoba koje su izložene nasilju, odnosno ona predstavlja zaštitni faktor umanjujući utjecaj zlostavljanja na dobrobit žrtve (Cohen i sur., 2000). Ova je hipoteza djelomično potvrđena. Socijalna podrška moderirala je vezu između psihološkog zlostavljanja i procijenjene kvalitete života. S druge strane nije imala ulogu moderatora na vezu između tjelesnog zlostavljanja i procjene kvalitete života te vezu zlostavljanja i depresivnih simptoma. Prema trećem testiranom modelu socijalna podrška ima ulogu medijatora tj. zlostavljanje ima utjecaj na socijalnu podršku što onda indirektno utječe na žrtvinu dobrobit (Dobash i Dobash, 1998; prema Beeble i sur., 2009). Rezultati studije djelomično su potvrdili i ovu hipotezu. Veza tjelesnog zlostavljanja i depresivnih simptoma bila je posredovana razinom socijalne podrške, dok takav odnos nije nađen za vezu između psihološkog zlostavljanja, depresivnih simptoma i procijenjene kvalitete života.



Više razine socijalne podrške pokazuju povezanost s percepcijom boljeg psihološkog i tjelesnog zdravlja, nižim razinama anksioznosti, depresije, PTSP simptoma i suicidalnim ideacijama (Coker i sur., 2002b). Iako je neosporiv pozitivan utjecaj socijalne podrške, istraživanja nisu konzistentna o tome u kakvom je ona odnosu s drugim varijablama. Istraživanja potvrđuju moderatorski utjecaj socijalne podrške na vezu zlostavljanja i zdravstvenog statusa (Coker, Watkins, Smith i Brandt, 2003), ali isto tako i njezin medijacijski efekt između razine zlostavljanja i psiholoških posljedica istog (Lee, Pomeroy i Bohman, 2007). Još jedan mogući utjecaj socijalne podrške ispitan je istraživanjem Guruge i suradnika (2012). Rezultati ovog istraživanja pokazali su kako socijalna podrška i socijalni konflikt imaju direktan utjecaj na zdravlje žena žrtava nasilja. Socijalni konflikt, ali ne i socijalna podrška, posredovao je vezu između partnerskog zlostavljanja i zdravstvenih ishoda žrtve. Socijalni konflikt bio je moderator veze između socijalne podrške i ženina zdravlja na način da su se pozitivni efekti socijalne podrške umanjili kada je razina socijalnog konflikta bila viša.

Za razliku od zapadnoeuropskih zemalja, u Hrvatskoj ne postoje istraživanja izloženosti žena partnerskom nasilju i zdravstvenim posljedicama istog. Istodobno, specifična situacija na ovom geografskom području, preklapanje razdoblja tranzicije i ratne agresije te njihove prateće pojave poput smanjene socijalne sigurnosti, povećane nezaposlenosti i siromaštva pridonose povećanom riziku za zlostavljanje žena. Slijedom navedenog nameće se potreba za provođenjem istraživanja na području partnerskog nasilja i zdravlja, s ciljem povećanja svijesti o razornim posljedicama partnerskog zlostavljanja, kao i primjene učinkovitih intervencija koje mogu ublažiti posljedice istog.

## 2. Cilj i problemi istraživanja

Na temelju opisanih spoznaja i problema, te zbog nedovoljno istražene problematike povezanosti partnerskog nasilja sa subjektivnom procjenom zdravlja žena žrtava zlostavljanja, osnovni cilj ovog istraživanja jest ispitati odnos subjektivne procjene zdravlja s izloženosti partnerskom nasilju, te razinom socijalne podrške.

U tu svrhu postavljeni su sljedeći problemi i hipoteze:

1. Utvrditi razlike u razini socijalne podrške (kvantiteti i zadovoljstvu), subjektivnoj procjeni tjelesnog, psihološkog i ukupnog zdravlja između nezlostavljanih i zlostavljanih (tjelesno i psihološki zlostavljanih) sudionica.

H.1. Postoji razlika u razini socijalne podrške (kvantiteti i zadovoljstvu) između nezlostavljanih i zlostavljanih (tjelesno i psihološki zlostavljanih) sudionica, pri čemu nezlostavljane sudionice imaju veći broj izvora podrške i veće zadovoljstvo socijalnom podrškom u odnosu na zlostavljane sudionice. Zbog nekonzistentnih nalaza u literaturi, hipotezi o razlikama u socijalnoj podršci između tjelesno i psihološki zlostavljanih žena pristupamo eksplorativno.

H.2. Postoji razlika u subjektivnoj procjeni tjelesnog, psihološkog i ukupnog zdravlja između nezlostavljanih i zlostavljanih (tjelesno i psihološki zlostavljanih) sudionica, pri čemu nezlostavljane sudionice procjenjuju svoje tjelesno, psihološko i ukupno zdravlje boljim u odnosu na zlostavljane sudionice. Zbog nekonzistentnih nalaza u literaturi, hipotezi o razlikama u subjektivnoj procjeni zdravlja između tjelesno i psihološki zlostavljanih žena pristupamo eksplorativno.

2. Utvrditi doprinos trajanja zlostavljanja, ukupno doživljenog zlostavljanja, vrste zlostavljanja te zadovoljstva socijalnom podrškom u objašnjenju subjektivne procjene tjelesnog i psihološkog zdravlja kod zlostavljanih sudionica

H.1. U objašnjenju procjene psihološkog zdravlja očekujemo da će dulje trajanje zlostavljanja, ukupno doživljeno zlostavljanje, tjelesno zlostavljanje (kao vrsta zlostavljanja) te niže zadovoljstvo socijalnom podrškom biti značajni prediktori lošijeg psihološkog zdravlja.

H.2. U objašnjenju procjene tjelesnog zdravlja očekujemo da će dulje trajanje zlostavljanja, ukupno doživljeno zlostavljanje, tjelesno zlostavljanje (kao vrsta zlostavljanja) te niže zadovoljstvo socijalnom podrškom biti značajni prediktori lošijeg tjelesnog zdravlja.

### 3. Metodologija istraživanja

#### 3.1. Sudionice

U istraživanju su sudjelovale tri skupine sudionica dobi od 18 do 50 godina starosti ( $M=36,9$ ,  $SD=8,91$ ). Dvije skupine sudionica izloženih partnerskom zlostavljanju čine žene koje su zbog obavijesti od strane policije o intervenciji zbog nasilničkog ponašanja u obitelji, bile obavezne doći na individualni razgovor s psihologom u Centar za socijalnu skrb Pula ( $N=61$ ). Od navedenih jednu skupinu sudionica čine psihološki zlostavljane ( $N=29$ ), a drugu tjelesno zlostavljanje žene ( $N=32$ ). Skupinu nezlostavljanih sudionica čine žene koje su dolazile u Prijemni ured Centra za socijalnu skrb Pula i potraživale pomoć vezanu uz ostvarivanje prava iz sustava socijalne skrbi ( $N=31$ ).

#### 3.1.1. Kriteriji za uključivanje sudionica u istraživanje

Podobnost sudionica za sudjelovanje u istraživanju procijenjena je na temelju kratkog trijažnog upitnika.

##### 3.1.1.1. Kriteriji za uključivanje zlostavljanih sudionica

- žene generativne dobi, između 18 do 50 godina starosti,
- žene zlostavljane od strane intimnog partnera (supruga, bivšeg supruga s kojim još uvijek živi, izvanbračnog partnera s kojim živi, partnera s kojim je u vezi ali ne živi s njim),
- trajanje zlostavljanja u emocionalnoj vezi najmanje godinu dana,
- doživjele najmanje četiri ponašanja lakšeg oblika tjelesnog ili psihološkog zlostavljanja i najmanje dva ponašanja težeg oblika tjelesnog ili psihološkog zlostavljanja u posljednjih godinu dana,
- pristanak na sudjelovanje u istraživanju na temelju pročitano obrasca za suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

##### 3.1.1.2. Kriteriji za uključivanje nezlostavljanih sudionica

- žene generativne dobi, između 18 do 50 godina starosti,
- žene koje navode da nisu nikad bile izložene tjelesnom ili psihološkom zlostavljanju od strane partnera, odnosno navode da su doživjele najviše tri ponašanja lakšeg oblika tjelesnog ili psihološkog zlostavljanja i najviše jedno ponašanje težeg oblika tjelesnog ili psihološkog zlostavljanja u posljednjih godinu dana

- pristanak na sudjelovanje u istraživanju na temelju pročitanog obrasca za suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

### 3.1.1.3. Kriteriji za isključivanje sudionica iz istraživanja

- prisustvo neke kronične tjelesne ili psihičke bolesti prije nego je zlostavljanje počelo,
- nedavno doživljena trauma ili traumatični događaj (različit od zlostavljanja) koji je ostavio tjelesne ili psihološke posljedice,
- aktualno ili ranije oboljenje od nekog oblika neurološke bolesti ili psihoze,
- korištenje psihotropnih lijekova unazad šest tjedana,
- aktualna ili ranija zloupotreba alkohola ili droga,
- prisutnost suicidalnih ideja (procijenjena temeljem pitanja u trijažnom upitniku)

U Tablici 1 prikazana su sociodemografska obilježja nezlostavljanih i zlostavljanih sudionica. Prosječna dob nezlostavljanih sudionica bila je 36,4 godina ( $SD=10,03$ ), a zlostavljanih 37,3 godina ( $SD=8,32$ ), što se nije statistički značajno razlikovalo ( $t=0,427$ ,  $df=90$ ,  $p>,05$ ). Skupine nezlostavljanih i zlostavljanih sudionica se nisu statistički značajno razlikovale u odnosu na ostala sociodemografska obilježja (Tablica 1).

*Tablica 1.*  
Sociodemografska obilježja nezlostavljanih (N=31) i zlostavljanih sudionica (N=61)

	Skupina				$\chi^2$
	Nezlostavljane		Zlostavljane		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
<b>Stupanj obrazovanja</b>					
Nezavršena OŠ ili OŠ	7	22,6	15	24,6	$\chi^2(2)=0,048$ $p>,05$
SSS	22	71,0	42	68,9	
VŠS ili VSS	2	6,5	4	6,6	
<b>Radni status</b>					
zaposlena	19	61,3	36	59,0	$\chi^2(1)=0,044$ $p>,05$
nezaposlena ili umirovljenica ili studentica	12	38,7	25	41,0	
<b>Bračni status</b>					
udana	23	74,2	39	63,9	$\chi^2(2)=1,307$ $p>,05$
u vezi ili živi s partnerom	5	16,1	11	18,0	
razvedena ili udovica	3	9,7	11	18,0	
<b>Broj djece</b>					
bez djece	10	32,3	7	11,5	$\chi^2(3)=7,702$ $p>,05$
jedno	9	29,0	20	32,8	
dvoje	10	32,3	21	34,4	
troje ili više	2	6,5	13	21,3	
<b>Samoprocjena materijalnog statusa</b>					
ispodprosječan	12	38,7	30	49,2	$\chi^2(2)=0,994$ $p>,05$
prosječan	16	51,6	27	44,3	
iznadprosječan	3	9,7	4	6,6	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Dob	36,41	10,03	37,25	8,32	

Većina sudionica iz obje skupine ima srednju stručnu spremu, zaposlene su, udane, ispodprosječnog i prosječnog samoprocijenjenog materijalnog statusa, što se može vidjeti u Tablici 1.

Sudionice - izložene partnerskom zlostavljanju podijeljene su u dvije skupine:

1. Žene izložene tjelesnom zlostavljanju od strane partnera, s prisutnim psihološkim zlostavljanjem ( $N=32$ )
2. Žene izložene psihološkom zlostavljanju od strane partnera, bez prisutnog tjelesnog zlostavljanja ( $N=29$ )

### 3.2. Mjerni instrumenti

U istraživanju su korišteni Upitnik zdravlja SF-36; podljestvica psihološke agresije i podljestvica tjelesnog napada iz Revidirane ljestvice taktika u upravljanju konfliktima (Revised Conflict Tactics Scale); Upitnik socijalne podrške SSQ 6 (Social support Questionnaire), te upitnik sociodemografskih obilježja sudionica koji uključuje i pitanje o trajanju zlostavljanja.

#### 3.2.1. Upitnik zdravlja SF-36

Subjektivno zdravlje sudionica ispitano je hrvatskom verzijom Upitnika zdravlja SF-36 (Ware, Shebourne, 1992; Maslić Seršić i Vuletić, 2006) SF-36 je poznat i često primjenjivani instrument za ispitivanje subjektivnog zdravlja koji je razvijen za korištenje u kliničkoj praksi i istraživanjima, populacijskim zdravstvenim anketama i mjerenju zdravstvenog statusa pojedinih populacija i pojedinaca (Ware i Sherbourne, 1992).

Pojedine domene zdravlja obuhvaćaju različit broj čestica, a broj bodova zabilježen u svakom pitanju transformira se u ljestvicu od minimalno 0 do maksimalno 100 bodova, pri čemu viši rezultat predstavlja bolje subjektivno zdravlje (Ware, 2000). Na taj način moguće je kvantitativno uspoređivati pojedine domene koje upitnik mjeri, dvije dimenzije psihološkog i tjelesnog zdravlja, te interpretirati ukupno zdravlje.

Studije koje su analizirale faktorsku strukturu instrumenta potvrdile su postojanje dvije komponente, psihološkog i tjelesnog zdravlja (Tablica 2). U istraživanjima provedenima u SAD dvije izolirane komponente objašnjavale su 80-85% varijance (Ware, 2000), te u onima provedenima u zemljama Europe, 76-80% varijance (Ware, 1998).

Sastoji se od 36 čestica, pitanja višestrukog izbora, i mjeri subjektivan osjećaj zdravlja kroz osam različitih domena zdravlja. Osam domena zdravlja daju dva faktora višeg reda, te ih je moguće sumirati u dimenzije psihološkog i tjelesnog zdravlja i mjeru ukupnog zdravlja (Ware, 2000).

Hrvatska verzija Upitnika zdravlja SF-36 pokazala je prihvatljive metrijske karakteristike, uključujući konstruktnu valjanost. Pouzdanost ljestvica koje predstavljaju različite domene, mjerena Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije iznosila je između  $\alpha=,78$  i  $\alpha=,94$ . Analiza faktorske strukture instrumenta potvrdila je postojanje jedne latentne dimenzije u podlozi svih ljestvica upitnika koja je objašnjavala 63.3% varijance. Norme za hrvatsku populaciju nešto su nižih prosječnih vrijednosti u odnosu na američke i

zapadnoeuropske norme, što reflektira razlike u socioekonomskom statusu. Dobiveni rezultati podržavaju međukulturalnu valjanost upitnika (Maslić Seršić i Vuletić, 2006.).

*Tablica 2.*  
Struktura Upitnika zdravlja SF-36

Domene	Dimenzije Upitnika zdravlja SF-36
vitalnost	Psihološko zdravlje
socijalno funkcioniranje	
ograničenja zbog emocionalnih problema	
duševno zdravlje	
tjelesno funkcioniranje	Tjelesno zdravlje
ograničenja zbog tjelesnog zdravlja	
tjelesni bolovi	
opće zdravlje	

U ovom istraživanju ukupna pouzdanost SF-36 upitnika, mjerena je Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije, iznosi  $\alpha=,88$ .

### 3.2.2. Revidirana ljestvica taktika u upravljanju konfliktima (CTS 2)

Izloženost partnerskom nasilju mjerena je Revidiranom ljestvicom taktika u upravljanju konfliktima, odnosno CTS 2 upitnikom (od engl. *Revised Conflict Tactics Scale*; Straus, 1979, prema Straus, Hamby i Boney-McMoy, 1996). CTS 2 upitnik konstruiran je za mjerenje načina i strategija rješavanja sukoba u kontekstu bračnih ili partnerskih odnosa, ali i opsega u kojem partneri sudjeluju u psihološkim ili tjelesnim napadima. Originalna verzija, CTS 1, sadržavala je tri podljestvice, tjelesni napad, psihološku agresiju i pregovaranje, a u revidiranoj verziji, CTS 2 dodane su podljestvice prisile na seksualni odnos, te ozljeda (Straus i sur., 1996). Za potrebe ovog istraživanja korištene su samo podljestvice tjelesnog napada i psihološke agresije za mjerenje učestalosti zlostavljanja.

Podljestvica psihološke agresije sastoji se od osam čestica koje se odnose na verbalne i neverbalne postupke s ciljem vrijeđanja ili prijetnje partneru, dok se podljestvica tjelesnog napada sastoji od 12 čestica koje uključuju različite tipove tjelesnog nasilja i napada. Sudionici pomoću skale Likertova tipa procjenjuju koliko su često bili izloženi pojedinom ponašanju tijekom posljednjih godinu dana. Iako se u originalnoj verziji CTS 2 upitnika raspon mogućih odgovora na svakoj od čestica kreće od 0 - "nikada", do 6 - "više od 20 puta", za potrebe ovog istraživanja smanjen je broj kategorija, te su, za svaku česticu, mogući odgovori bili 0 - "nikada", 1 - "jedan do dva puta", 2 - "tri do deset puta", 3 - više od deset



puta. Učestalost psihološkog odnosno tjelesnog zlostavljanja izračunata je prema uputi o bodovanju ljestvice (Straus i sur., 1996), na način da je odgovor na svakoj čestici pojedine podljestvice pretvoren u srednju vrijednost (0=0; 1=1.5; 2=6.5; 3=15), nakon čega su zbrojene srednje vrijednosti svih čestica, posebno za podljestvicu psihološke agresije te posebno za podljestvicu tjelesnog napada. Teoretski raspon rezultata za podljestvicu psihološke agresije kreće se od 0 do 120, te za podljestvicu tjelesnog napada od 0 do 180.

U ovom istraživanju pouzdanost podljestvice psihološke agresije, mjerena Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije, iznosi  $\alpha=,91$ , a pouzdanost podljestvice tjelesnog napada iznosi  $\alpha=,93$ , što ukazuje na visoku pouzdanost podljestvica.

### 3.2.3. Upitnik socijalne podrške (SSQ 6)

Razina socijalne podrška sudionica mjerena je Upitnikom socijalne podrške SSQ 6 (*Social support Questionnaire*; Sarason i sur., 1983, prema Sarason, Sarason, Shearin i Pierce, 1987) SSQ 6 je skraćena verzija SSQ upitnika koji se sastoji od 27 čestica.

Kroz šest čestica ovaj upitnik mjeri dvije dimenzije socijalne podrške: kvantitetu, odnosno percipiran broj osoba koje pružaju socijalnu podršku i zadovoljstvo dostupnom socijalnom podrškom (Sarason i sur., 1983). Sastoji se od šest pitanja o životnim situacijama u kojima je potrebna socijalna podrška, te za svaku sudionici trebaju procijeniti na koliko osoba mogu računati ukoliko se nađu u određenoj situaciji, te koliko su zadovoljni time. Zadovoljstvo na pojedinoj čestici se ocjenjuje na skali Likertova tipa od šest stupnjeva, pri čemu 1 označava "jako nezadovoljan", a 6 označava "jako zadovoljan". Raspon rezultata kreće se od 6 do 36. Brojnim istraživanjima pokazalo se kako dimenzija zadovoljstva ima bolju konstruktnu valjanost, te je češće korištena u raznim studijama (Sarason i sur., 1983).

Za svaku sudionicu, ukupan rezultat na dimenziji kvantitete računa se kao zbroj svih osoba spomenutih u šest čestica, podijeljen s brojem čestica. Ukupan rezultat na dimenziji zadovoljstva računa se kao zbroj odgovora na svih šest čestica koje mjere zadovoljstvo, podijeljen s brojem čestica (Sarason i sur., 1987).

U ovom istraživanju pouzdanost ukupne ljestvice socijalne podrške, dimenzije zadovoljstva, mjerena Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije, iznosi  $\alpha=,91$ . Pouzdanost ukupne ljestvice socijalne podrške, dimenzije kvantitete, mjerena Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije, iznosi  $\alpha=,94$ .

#### 3.2.4. Upitnik sociodemografskih obilježja

Sociodemografska obilježja ispitana u istraživanju bila su dob, stupanj obrazovanja, radni status, bračni status, broj djece, samoprocjena materijalnog statusa, te trajanje zlostavljanja. Zbog malog broja sudionica u određenim kategorijama, pojedine kategorije su spajane: kategorije *nezavršene OŠ* i *završene OŠ* spojene su u jednu kategoriju; te *VŠS* i *VSS* također. Nadalje, kategoriju *nezaposlene* čine *nezaposlene*, *umirovljenice* i *studentice*. Kod bračnog statusa spojene su kategorije *u vezi* i *živi s partnerom*; te *razvedena* i *udovica*.

Trajanje zlostavljanja prikazano je kao broj godina koliko su sudionice bile izložene tjelesnom ili psihološkom zlostavljanju.

### *3.3. Postupak*

Podaci potrebni za istraživanje prikupljeni su u razdoblju od prosinca 2012. godine do listopada 2013. godine u Centru za socijalnu skrb Pula. Zlostavljane su žene službenim pozivom pozvane na individualni razgovor s psihologom u Centar za socijalnu skrb Pula, nakon policijske intervencije zbog nasilničkog ponašanja u obitelji. Sudionice su u Centar za socijalnu skrb pozvane najmanje mjesec dana nakon nasilnog događaja, tako da nisu visoko uznemirene prilikom dolaska u Centar, te ne pokazuju simptome akutne stresne reakcije radi traumatskog događaja zlostavljanja koje bi mogle utjecati na rezultate na ljestvicama.

Sudionicama je u sklopu trijažnog upitnika objašnjena svrha istraživanja, te im je pročitana obrazac za sudjelovanje u istraživanju i izjava o informiranom pristanku. Tijekom gore navedenog vremenskog razdoblja u Centar je pozvano 89 žena žrtava partnerskog nasilja, od čega je 28 žena isključeno iz istraživanja iz slijedećih razloga: tri su žene bile u partnerskoj vezi manje od godinu dana, tri su žene izvijestile o izloženosti manjem broju nasilnih događaja od predviđenog, 11 ih je isključeno jer su imale više od 50 godina, sedam je isključeno zbog smanjene sposobnosti razumijevanja trijažnog upitnika i obrasca za suglasnost sudjelovanja u istraživanju, te su četiri odbile sudjelovati u istraživanju.

Sudionicama koje su na temelju trijažnog upitnika i obrasca za sudjelovanje u istraživanju uključene u istraživanje, objašnjeno je da će im ispitivač čitati pitanja i bilježiti odgovore. U dvjema skupinama zlostavljanih žena, jednoj polovici sudionica su redom primijenjeni upitnici: upitnik sociodemografskih obilježja, CTS 2 upitnik, SSQ 6 upitnik, SF-36 upitnik, a drugoj polovici redom: sociodemografska obilježja, SF-36 upitnik, SSQ 6 upitnik, te CTS 2 upitnik. U skupini nezlostavljanih sudionica, jednoj polovici su redom primijenjeni upitnici: upitnik sociodemografskih obilježja, SSQ 6 upitnik, te SF-36 upitnik, a drugoj polovici redom: upitnik sociodemografskih obilježja, SF-36 upitnik, te SSQ 6 upitnik. U navedenoj skupini nije primijenjen CTS 2 upitnik, s obzirom da primjenom trijažnog upitnika nije detektirana izloženost partnerskom nasilju.

### *3.4. Statistička obrada podataka*

Razlike u sociodemografskim obilježjima između različitih skupina sudionica testirane su upotrebom  $\chi^2$  testa i t-testa, ovisno o vrsti podataka. Kako bismo ispitali razlike između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica u nekim obilježjima zlostavljanja, korišten je t-test za nezavisne uzorke. Razlike u socijalnoj podršci i zdravlju s obzirom na izloženost partnerskom zlostavljanju testirane su jednosmjernom analizom varijance. Povezanost između procjene zdravlja, zadovoljstva socijalnom podrškom i nekih obilježja zlostavljanja testirana je Pearsonovim koeficijentom korelacije. Potom su ispitani prediktori procjene zdravlja gdje su učinjene dvije hijerarhijske regresijske analize, za procjenu psihološkog i tjelesnog zdravlja. Razina značajnosti je u svim analizama postavljena na  $p < ,05$ .

## 4. REZULTATI

Kako bismo ispitali odnos između partnerskog zlostavljanja i zdravlja te socijalne podrške, prvo su u rezultatima prikazana obilježja zlostavljanja, zatim su prikazane razlike u razini socijalne podrške i zdravlja s obzirom na izloženost nasilju. Nadalje, prikazane su korelacije između ispitivanih varijabli te rezultati regresijske analize gdje su kriteriji bili tjelesno i psihološko zdravlje.

### 4.1. Obilježja zlostavljanja

U tablici 3 prikazane su srednje vrijednosti broja doživljenih ponašanja zlostavljanja te učestalosti psihološkog odnosno tjelesnog zlostavljanja, kod skupina psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica.

*Tablica 3.*  
Izloženost psihološkom i tjelesnom zlostavljanju u skupinama psihološki zlostavljanih (N=29) i tjelesno zlostavljanih (N=32) sudionica

	<i>Skupina</i>			
	Psih. zlostavljane		Tjel. zlostavljane	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Broj doživljenih ponašanja psihološkog zlostavljanja	5,7	1,54	6,2	1,16
Učestalost psihološkog zlostavljanja	49,6	25,28	67,9	22,54
Broj doživljenih ponašanja tjelesnog zlostavljanja			7,2	2,13
Učestalost tjelesnog zlostavljanja			48,0	26,33
Trajanje zlostavljanja (u godinama)	7,3	6,62	12,6	7,56

Kako bismo ispitali razlike između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica, uzeli smo u obzir trajanje zlostavljanja, broj doživljenih ponašanja psihološkog zlostavljanja te učestalost psihološkog zlostavljanja.

Utvrđena je statistički značajna razlika u trajanju zlostavljanja između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica ( $t=2,87$ ;  $p<,01$ ), te su tjelesno zlostavljane sudionice u prosjeku pet godina dulje zlostavljane u odnosu na psihološki zlostavljane sudionice (Tablica 3). Također, utvrđena je statistički značajna razlika u učestalosti psihološkog zlostavljanja između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica ( $t=2,99$ ;  $p<,01$ ), pri čemu su tjelesno zlostavljane sudionice statistički značajno češće izložene psihološkom zlostavljanju. Nije

utvrđena statistički značajna razlika u broju doživljenih ponašanja psihološkog zlostavljanja ( $t= 1,63; p>,01$ ) između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica.

#### 4.2. Razlike u socijalnoj podršci i zdravlju s obzirom na izloženost zlostavljanju

Proveden je niz jednosmjernih ANOVA kako bi se ispitale razlike u broju izvora socijalne podrške, zadovoljstvu socijalnom podrškom, tjelesnom zdravlju, psihološkom zdravlju te ukupnom zdravlju, s obzirom na izloženost zlostavljanju. Utvrđene su statistički značajne razlike u svim mjerama socijalne podrške i zdravlja s obzirom na izloženost zlostavljanju (Tablica 4).

Skupine nezlostavljanih, psihološki zlostavljanih i tjelesno zlostavljanih sudionica se statistički značajno razlikuju u broju izvora socijalne podrške ( $p < ,01$ ), pri čemu nezlostavljane sudionice izvješćuju o najvećem broju izvora socijalne podrške. Post-hoc analize pokazale su statistički značajnu razliku u broju izvora socijalne podrške između nezlostavljanih i zlostavljanih sudionica ( $p < ,01$ ), dok između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica nije utvrđena statistički značajna razlika ( $p > ,05$ ).

Nadalje, zadovoljstvo socijalnom podrškom se također razlikuje s obzirom na izloženost nasilju ( $p < ,01$ ). Post-hoc analize su pokazale statistički značajne razlike u zadovoljstvu socijalnom podrškom između nezlostavljanih i tjelesno zlostavljanih sudionica ( $p < ,01$ ), pri čemu nezlostavljane sudionice iskazuju veće zadovoljstvo socijalnom podrškom. Međutim, nije utvrđena statistički značajna razlika u zadovoljstvu socijalnom podrškom između nezlostavljanih i psihološki zlostavljanih sudionica ( $p > ,05$ ).

Procjena tjelesnog zdravlja se razlikuje s obzirom na izloženost nasilju ( $p < ,01$ ), pri čemu post-hoc analize pokazuju da nezlostavljane sudionice procjenjuju svoje tjelesno zdravlje boljim u odnosu na zlostavljane sudionice ( $p < ,01$ ). Nije utvrđena statistički značajna razlika u procjeni tjelesnog zdravlja između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica ( $p > ,05$ ).

Utvrđena je statistički značajna razlika u procjeni psihološkog zdravlja s obzirom na izloženost nasilju ( $p < ,01$ ). Post-hoc analize su pokazale da nezlostavljane sudionice procjenjuju svoje psihološko zdravlje najboljim ( $p < ,01$ ). Također postoji statistički značajna razlika između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica ( $p < ,01$ ), te psihološki zlostavljane sudionice procjenjuju svoje psihološko zdravlje boljim u odnosu na tjelesno zlostavljane sudionice.

Utvrđena je statistički značajna razlika u procjeni ukupnog zdravlja između skupina ( $p < ,01$ ), pri čemu nezlostavljane sudionice procjenjuju svoje ukupno zdravlje boljim u odnosu

na zlostavljane sudionice ( $p < ,01$ ), ali se psihološki i tjelesno zlostavljane sudionice ne razlikuju značajno ( $p > ,05$ ).

*Tablica 4.*

Razlike u broju izvora socijalne podrške, zadovoljstvu socijalnom podrškom te subjektivnoj procjeni tjelesnog, psihološkog i ukupnog zdravlja između tjelesno zlostavljanih, psihološki zlostavljanih i nezlostavljanih sudionica

	<i>Skupina</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>
Broj izvora socijalne podrške	Tjelesno zlostavljane	32	12,25	6,99	15,514**
	Psihološki zlostavljane	29	14,52	7,94	
	Nezlostavljane	31	27,26	16,72	
Zadovoljstvo socijalnom podrškom	Tjelesno zlostavljane	32	24,47	6,32	7,485**
	Psihološki zlostavljane	29	26,86	5,99	
	Nezlostavljane	31	30,03	4,72	
Tjelesno zdravlje	Tjelesno zlostavljane	32	61,68	21,82	10,342**
	Psihološki zlostavljane	29	61,72	25,22	
	Nezlostavljane	31	82,58	14,12	
Psihološko zdravlje	Tjelesno zlostavljane	32	30,25	17,18	45,280**
	Psihološki zlostavljane	29	43,88	21,29	
	Nezlostavljane	31	75,08	18,83	
Ukupno zdravlje	Tjelesno zlostavljane	32	45,97	17,51	28,884**
	Psihološki zlostavljane	29	52,80	21,28	
	Nezlostavljane	31	78,83	14,91	

\*\*  $p < ,001$

Sumirajući prethodno rečeno, zlostavljane sudionice izvještavaju o nižoj socijalnoj podršci i lošijem zdravlju u odnosu na nezlostavljane sudionice. Jedina razlika između



psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica utvrđena je u procjeni psihološkog zdravlja, pri čemu tjelesno zlostavljane sudionice procjenjuju svoje psihološko zdravlje lošijim u odnosu na psihološki zlostavljane sudionice.

### 4.3. Prediktori zdravlja kod zlostavljanih žena

Prije utvrđivanja prediktora zdravlja kod zlostavljanih sudionica kroz regresijske analize, napravljena je matrica korelacija na ispitivanim varijablama. Formirana je nova varijabla - *Ukupno doživljeno zlostavljanje*, koja predstavlja kompozitni rezultat učestalosti psihološkog i učestalosti tjelesnog zlostavljanja za svaku sudionicu.

U Tablici 5 vidljivo je da se unutar skupine zlostavljanih sudionica trajanje zlostavljanja pokazalo statistički značajno umjereno povezano s ukupno doživljenim zlostavljanjem ( $p < ,01$ ), zadovoljstvom socijalnom podrškom ( $p < ,05$ ), procjenom tjelesnog zdravlja ( $p < ,01$ ) i procjenom psihološkog zdravlja ( $p < ,01$ ). S povećanjem trajanja zlostavljanja, povećava se ukupno doživljeno zlostavljanje, smanjuje zadovoljstvo socijalnom podrškom te procjena tjelesnog i psihološkog zdravlja. I tjelesno i psihološko zdravlje su, osim s trajanjem zlostavljanja, povezani s ukupno doživljenim zlostavljanjem ( $p < ,01$ ) i zadovoljstvom socijalnom podrškom ( $p < ,01$ ). Pri tome, lošije zdravlje procjenjuju sudionice koje su duže zlostavljane, koje su doživjele više ukupnog zlostavljanja i one koje su manje zadovoljne socijalnom podrškom. Ove korelacije su u rasponu od niskih do srednje visokih te varijable zlostavljanja i socijalna podrška sa varijablama zdravlja dijele od 8% do 40% zajedničke varijance.

Tablica 5.

Matrica korelacije između tjelesnog i psihološkog zdravlja te trajanja zlostavljanja, ukupno doživljenog zlostavljanja i zadovoljstva socijalnom podrškom kod zlostavljanih sudionica (N=61)

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Tjelesno zdravlje		,606**	-,449**	-,286*	,455**
2. Psihološko zdravlje			-,348**	-,585**	,634**
3. Trajanje zlostavljanja				,446**	-,281*
4. Ukupno doživljeno zlostavljanje					-,449**
5. Zadovoljstvo socijalnom podrškom					

\* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$

Kako bismo ispitali prediktore procjene tjelesnog i psihološkog zdravlja provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize, pri čemu su uključeni prediktori: vrsta zlostavljanja (psihološko ili tjelesno zlostavljanje), ukupno doživljeno zlostavljanje, trajanje zlostavljanja i zadovoljstvo socijalnom podrškom. U prvom koraku hijerarhijske regresijske analize uvrštena je vrsta zlostavljanja kojoj su sudionice bile izložene (pripadnost skupini psihološkog ili tjelesnog zlostavljanja). Nadalje, kako bi se utvrdilo koliko neka od obilježja zlostavljanja pridonose objašnjenju varijance procjene tjelesnog zdravlja povrh vrste zlostavljanja, u drugom koraku dodani su prediktori ukupno doživljeno zlostavljanje i trajanje zlostavljanja. U trećem koraku uvršteno je zadovoljstvo socijalnom podrškom, kako bi se vidjelo koliko ono zasebno objašnjava varijancu tjelesnog zdravlja povrh vrste i različitih obilježja zlostavljanja.

*Tablica 6.*

Rezultati hijerarhijske regresijske analize gdje je kriterij procjena tjelesnog zdravlja

	<i>b</i>	<i>T</i>	
1 Skupina <sup>a</sup>	,001	,007	$R^2=,000$ $F=,000$
2 Skupina	-,427	-2,737**	$R^2=,303$
Ukupno doživljeno zlostavljanje	-,398	-2,441*	$\Delta R^2=,303^{**}$
Trajanje zlostavljanja	-,421	-3,404**	$F=8,248^{**}$
3 Skupina	-,347	-2,291*	$R^2=,379$
Ukupno doživljeno zlostavljanje	-,216	-1,268	$\Delta R^2=,076^{**}$
Trajanje zlostavljanja	-,386	-3,250**	$F=8,532^{**}$
Zadovoljstvo socijalnom podrškom	,317	2,616**	

*a – 1=tjelesno zlostavljane, 2=psihološki zlostavljane, \*p<,05 \*\*p<,01*

Za procjenu tjelesnog zdravlja značajnim prediktorima su se pokazali: vrsta zlostavljanja, trajanje zlostavljanja i zadovoljstvo socijalnom podrškom, koji ukupno objašnjavaju 37,9% varijance procjene tjelesnog zdravlja (Tablica 6). Za nižu procjenu tjelesnog zdravlja značajnim prediktorima su se pokazali tjelesno zlostavljanje (kao vrsta zlostavljanja), dulje trajanje zlostavljanja i niže zadovoljstvo socijalnom podrškom.

Tablica 7.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize gdje je kriterij procjena psihološkog zdravlja

	<i>b</i>	<i>T</i>	
1 Skupina <sup>a</sup>	,338	2,762**	$R^2=,114$ $F=7,626^{**}$
2 Skupina	-,153	-1,027	$R^2=,363$
Ukupno doživljeno zlostavljanje	-,641	-4,110**	$\Delta R^2=,249^{**}$
Trajanje zlostavljanja	-,116	-,982	$F=10,840^{**}$
3 Skupina	-,039	-,294	$R^2=,519$
Ukupno doživljeno zlostavljanje	-,380	-2,535**	$\Delta R^2=,156^{**}$
Trajanje zlostavljanja	-,065	-,623	$F=15,099^{**}$
Zadovoljstvo socijalnom podrškom	,453	4,256**	

*a* – 1=*tjelesno zlostavljane*, 2=*psihološki zlostavljane*, \* $p<,05$  \*\* $p<,01$

Za procjenu psihološkog zdravlja značajnim prediktorima su se pokazali ukupno doživljeno zlostavljanje i zadovoljstvo socijalnom podrškom, koji ukupno objašnjavaju 51,9% varijance psihološkog zdravlja (Tablica 7). Za nižu procjenu psihološkog zdravlja značajnim prediktorima su se pokazali veće ukupno doživljeno zlostavljanje i niže zadovoljstvo socijalnom podrškom.

## 5. RASPRAVA

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos partnerskog psihološkog i tjelesnog zlostavljanja, subjektivne procjene zdravlja te socijalne podrške.

### *5.1. Obilježja zlostavljanja*

Kada govorimo o razlikama u obilježjima zlostavljanja između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica, rezultati ovog istraživanja pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u trajanju zlostavljanja i učestalosti psihološke agresije između psihološki i tjelesno zlostavljanih sudionica. Tjelesno zlostavljane sudionice bile su duže izložene zlostavljanju od strane partnera te su bile značajno češće izložene psihološkoj agresiji u odnosu na psihološki zlostavljane sudionice. Coker i sur. (2000) uspoređivali su žene koje su bile žrtve psihološkog, tjelesnog i seksualnog zlostavljanja, te utvrdili da su žene koje su doživjele tjelesno i psihološko nasilje bile značajno češće izložene psihološkom nasilju u odnosu na žene žrtve samo psihološkog nasilja. Prisutnost tjelesnog zlostavljanja može biti pokazatelj eskalacije nasilja. Nadalje, u njihovom istraživanju nisu pronađene razlike u trajanju zlostavljanja s obzirom na vrstu zlostavljanja.

### *5.2. Socijalna podrška i partnersko nasilje*

Rezultati istraživanja potvrđuju postavljenu hipotezu. Skupine nezlostavljanih, psihološki zlostavljanih i tjelesno zlostavljanih sudionica značajno se razlikuju u broju izvora socijalne podrške. Također, utvrđena je značajna razlika u zadovoljstvu socijalnom podrškom između nezlostavljanih i tjelesno zlostavljanih sudionica. Takva razlika nije utvrđena između nezlostavljanih i psihološki zlostavljanih sudionica. Nezlostavljane sudionice iskazuju najveće zadovoljstvo socijalnom podrškom i na dimenziji zadovoljstva i na dimenziji kvantitete socijalne podrške. S druge strane, tjelesno zlostavljane iskazuju najniže zadovoljstvo na obje dimenzije socijalne podrške.

Ovakve rezultate potvrđuju i druga istraživanja. Primjerice, istraživanje Porcerellia, West, Binienda i Cogan (2005) bavilo se ispitivanjem utjecaja psihološkog zlostavljanja na probleme tjelesnog i emocionalnog zdravlja, uživanje alkohola i probleme socijalne podrške. Rezultati su pokazali kako su psihološki zlostavljane žene u odnosu na nezlostavljanu

kontrolnu skupinu iskazale više tjelesnih i psiholoških simptoma, kao i veći broj problema vezanih uz socijalnu podršku, a samim time i manje zadovoljstvo istom.

### *5.3. Subjektivna procjena zdravlja i partnersko nasilje*

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u subjektivnoj procjeni ukupnog, tjelesnog i psihološkog zdravlja između nezlostavljanih i zlostavljanih sudionica, pri čemu nezlostavljane sudionice procjenjuju sve aspekte zdravlja boljim u odnosu na zlostavljane sudionice.

Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima drugih istraživanja. Primjerice, u istraživanju Bonomi i sur. (2006) žene izložene partnerskom zlostavljanju pokazale su statistički značajno lošije zdravstvene ishode od nezlostavljanih žena. Njihovo zdravlje bilo je lošije što je zlostavljanje bilo recentnije i dugotrajnije. Slične rezultate potvrdilo je i istraživanje Laffaye i sur. (2003), u kojem su žene žrtve partnerskog zlostavljanja izvijestile o nižoj subjektivnoj procjeni zdravlja u odnosu na žene koje nisu žrtve zlostavljanja. Istraživanje Chena, Rovia, Vegae, Jacobsa i Johnsona (2009) pokazalo je kako u usporedbi s nezlostavljanim ženama, žrtve psihološkog zlostavljanja pokazuju značajno niže rezultate na vitalnosti, socijalnom funkcioniranju i duševnom zdravlju. Isto tako, žene žrtve tjelesnog zlostavljanja za razliku od nezlostavljanih žena, izvijestile su o nižoj vitalnosti i duševnom zdravlju te većem ograničenju zbog emocionalnih problema. Rezultati Kaufmanove (2001) studije također su pokazali kako su razlike između zlostavljanih i nezlostavljanih žena veće za domenu psihološkog nego za domenu tjelesnog zdravlja. Nadalje, lošije psihološko zdravlje u odnosu na nezlostavljane žene bilo je vidljivo i kod žena koje su doživjele zlostavljanje, ali je ono završilo godinu dana prije početka istraživanja. Najveći negativni utjecaj zlostavljanja bio je vidljiv na domeni socijalnog funkcioniranja i domeni općeg zdravlja, pri čemu su zlostavljane žene procjenjivale ove domene puno lošije nego nezlostavljane.

Nadalje, rezultati pokazuju kako u našem uzorku ne postoji statistički značajna razlika u subjektivnoj procjeni ukupnog zdravlja između psihološki i tjelesno zlostavljanih žena. Isto tako, nije utvrđena statistički značajna razlika u subjektivnoj procjeni tjelesnog zdravlja između psihološki i tjelesno zlostavljanih žena.

Navedeni rezultati vrlo su značajni. Psihološko zlostavljanje i dalje se smatra minornim i ne toliko razornim oblikom zlostavljanja, dok ovi rezultati pokazuju upravo suprotno. I psihološko i tjelesno zlostavljanje povezani su s brojnim dugoročnim tjelesnim i psihološkim zdravstvenim ishodima kod muškaraca i žena žrtava nasilja (Coker i sur., 2002a). Ne postojanje razlika u procjeni zdravlja između grupe žena izložene tjelesnom i psihološkom

zlostavljanju te one izložene samo psihološkom zlostavljanju, potvrdilo je i istraživanje Pico-Alfonso i sur. (2006). Značajna razlika između grupa tjelesno i psihološki zlostavljanih žena nađena je u subjektivnoj procjeni psihološkog zdravlja, pri čemu su psihološki zlostavljane sudionice procjenjivale svoje psihološko zdravlje boljim u odnosu na tjelesno zlostavljane sudionice. Ovakav rezultat potvrđen je i u istraživanju Chena i sur. (2009) na uzorku žena žrtava latino-američkog porijekla. Skupina tjelesno zlostavljanih žena pokazala je lošije psihološko zdravlje od žena izloženih samo psihološkim oblicima zlostavljanja. Suprotno tome, rezultati istraživanja Straus i sur. (2009) pokazali su kako su tjelesno zlostavljanje, psihološka agresija i zadobivanje ozljeda značajno povezani sa nižom subjektivnom procjenom psihološkog zdravlja koja je mjerena SF-12 upitnikom. U njihovom istraživanju, kod muških ispitanika, pokazao se statistički značajan utjecaj psihološkog zlostavljanja na subjektivnu procjenu psihološkog zdravlja, pri čemu je teže psihološko zlostavljanje dovodilo do niže subjektivne procjene psihološkog zdravlja.

#### *5.4. Prediktori zdravlja kod zlostavljanih žena*

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako su tjelesno zlostavljanje, trajanje zlostavljanja i zadovoljstvo socijalnom podrškom značajni prediktori subjektivne procjene tjelesnog zdravlja kod obje skupine zlostavljanih sudionica. Tjelesno zlostavljanje, duže trajanje zlostavljanja i niže zadovoljstvo socijalnom podrškom prediktori su procjene lošijeg tjelesnog zdravlja. Također, ukupno doživljeno zlostavljanje i zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazali su se značajnim prediktorima subjektivne procjene psihološkog zdravlja. Veće ukupno doživljeno zlostavljanje i niže zadovoljstvo socijalnom podrškom prediktori su procjene lošijeg psihološkog zdravlja.

Ovakvi rezultati koji potvrđuju prediktivnu vrijednost različitih aspekata zlostavljanja i partnerske agresije sa subjektivnom procjenom zdravlja ne iznenađuju. Nalazi drugih istraživanja upućuju da što je partnersko zlostavljanje duže i ozbiljnije, lošiji su zdravstveni ishodi žrtava. Lošije zdravlje potom utječe na subjektivnu procjenu psihološkog, tjelesnog i ukupnog zdravlja. Žene izložene dugotrajnom zlostavljanju iskazuju veći broj zdravstvenih problema nego žene izložene nedavnom događaju zlostavljanja ili isprekidanim slučajevima zlostavljanja (Staggs i Riger, 2005). U pregledu literature Dillon i sur. (2013) na temelju sedamdeset i pet istraživačkih radova zaključili su kako veća težina, učestalost i dulje trajanje zlostavljanja dovode do ozbiljnije simptomatologije i težih zdravstvenih posljedica.

Brojni istraživači predlažu različite mehanizme kojima bi zdravstveni ishodi bili povezani s partnerskim zlostavljanjem. Predložena objašnjenja ukazuju na mogućnost da partnersko zlostavljanje na zdravlje djeluje na način da povećava žrtvino uključivanje u zdravstveno rizična ponašanja zbog sniženog samopoštovanja, lošije brige o sebi i nezdravih načina suočavanja (Hathaway i sur., 2000; prema Kaufman, 2001). Koss i sur. (1991; prema Tomasulo, 2004) predložili su nekoliko objašnjenja kako zlostavljanje može utjecati na sveukupno zdravstveno stanje žrtve. Autori smatraju da žrtve zlostavljanja često krivo atribuiraju emocionalne reakcije na zlostavljanje kao tjelesne simptome i bolesti. Drugo, smatraju kako već postojeći tjelesni problemi mogu biti pogoršani zlostavljanjem, odnosno da tolerancija nošenja s problemima može biti reducirana uslijed stresa koji zlostavljanje donosi. Treće, otpornost imunološkog sustava može se sniziti uslijed povećanog doživljavanja stresa, što dovodi do veće podložnosti brojnim tjelesnim i psihološkim zdravstvenim problemima. Stres može ozbiljno utjecati na tjelesnu i psihološku dobrobit pojedinca, a visoke razine stresa pozitivno su povezane s brojnim tjelesnim i psihološkim posljedicama (Sutherland, Bybee i Sullivan, 2002). Eby (1996; prema Sutherland i sur., 2002) je svojim istraživanjem ispitao medijacijsku ulogu stresa između zlostavljanja i tjelesnog te psihološkog zdravlja. Iskustvo stresa objasnilo je gotovo 100% utjecaja zlostavljanja na tjelesno zdravlje i 60% utjecaja zlostavljanja na psihološko zdravlje. Podršku ovom modelu daje istraživanje Tomasuloa i McNamare (2007). Istraživanje Sutherland i sur. (2002) također potvrđuje hipotezu o utjecaju stresa, naime rezultati istog pokazali su kako žene koje izvještavaju o težem zlostavljanju doživljavaju više razine stresa, depresije i tjelesnih simptoma u usporedbi s nezlostavljanim ženama. Stres kojeg su žene doživljavale posredovao je vezu između zlostavljanja i zdravstvenih problema te depresije. Doživljaj stresa utječe na smanjenje učinkovitosti imunološkog sustava i sposobnosti da se organizam sam obrani od infekcija i bolesti, što posljedično dovodi do sniženog zdravstvenog statusa (Ogden, 2007).

Zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazalo se kao značajni prediktor subjektivne procjene i tjelesnog i psihološkog zdravlja. Zadovoljstvo socijalnom podrškom objašnjava dodatnih 7.6% varijance subjektivne procjene tjelesnog zdravlja povrh vrste, trajanja i ukupno doživljenog zlostavljanja. Nadalje, zadovoljstvo socijalnom podrškom objašnjava dodatnih 15.6% varijance subjektivne procjene psihološkog zdravlja povrh vrste, trajanja i ukupno doživljenog zlostavljanja. Ovako snažan prediktorski utjecaj zadovoljstva socijalnom podrškom na subjektivnu procjenu zdravlja nije iznenađujući. Istraživanja potvrđuju zaštitnu ulogu socijalne podrške (Coker i sur., 2002b; Staggs i Riger, 2005). Podrška bliskih osoba



pozitivno utječe na percepciju dostupnosti podrške u okolini, emocionalne odgovore u stresnim situacijama te procjenu posljedica takvih događaja. Također, podrška bliskih osoba reducira utjecaj stresa na način da povećava vjerojatnost dolaženja do rješenja za problemsku situaciju, umanjuje percipiranu važnost određenog incidenta, facilitira usvajanje racionalnog razmišljanja te prevenira ili reducira neprikladne stresne ponašajne odgovore (Fortin, Guay, Lavoie, Boisvert i Beaudry, 2012.).

Istraživanje Lee i sur. (2007) bavilo se ispitivanjem uloge socijalne podrške i suočavanja u vezi s intimnim partnerskim zlostavljanjem te kulturalnim razlikama istog. Analiza rezultata pokazala je neizravan utjecaj razine zlostavljanja na psihološke ishode putem medijatorske varijable percipirane socijalne podrške. Kod zlostavljanih žena azijskog porijekla efekt razine zlostavljanja na psihološke zdravstvene ishode bio je u potpunosti izravan što znači da ovaj odnos nije pod utjecajem medijacijskih varijabli, socijalne podrške i strategije suočavanja. Što su razine zlostavljanja bile više, ozbiljniji su bili i iskazani psihološki simptomi. Na uzorku zlostavljanih bjelkinja zlostavljanje je imalo neizravan utjecaj na psihološke ishode kroz medijacijske varijable, percipiranu socijalnu podršku i pasivno suočavanje. Navedeni rezultati mogu ukazivati na velik utjecaj kulture na percepciju i doživljaj partnerskog zlostavljanja, ali i na ulogu socijalne podrške u procesu zlostavljanja.

### *5.5. Ograničenja i moguće implikacije istraživanja*

Kao prvo ograničenje istraživanja svakako valja navesti prigodan uzorak. U istraživanje su uključene samo ženske osobe koje su zbog policijske intervencije upućene u Centar za socijalnu skrb. Također, uključene su samo žene starije od 18 i mlađe od 50 godina, one koje su u emocionalnoj vezi sa zlostavljajućim partnerom bile duže od godinu dana te one koje su u tom periodu doživjele najmanje četiri lakša ili dva teža oblika zlostavljanja. Ovakvi selekcijski kriteriji uzorkovanja mogu dovesti do nemogućnosti potpune generalizacije rezultata na populaciju zlostavljanih žena. Ono što je pozitivno u istraživanju je uključivanje žena različitog radnog, bračnog i materijalnog statusa kao i razine obrazovanja.

Nacrt istraživanja je kros sekcijski što nam omogućuje uspoređivanje različitih grupa u istoj točki vremena, u ovom slučaju usporedbu zlostavljanih i nezlostavljanih sudionica. S druge strane upotrebom navedenog nacrta nemamo mogućnost zaključivanja o uzročno posljedičnim vezama između varijabli, odnosno ne možemo zaključiti je li zlostavljanje razlog zdravstvenih problema ili su već postojeći zdravstveni problemi kod žena rizični faktor da one postanu žrtve zlostavljanja. Brojne studije ističu potrebu provođenja longitudinalnih

istraživanja kako bi se mogla utvrditi kauzalnost među varijablama (Porcerelli i sur., 2005; Alsaker i sur., 2006; Straus i sur., 2009; Lacey i sur., 2012).

Također, kao ograničenje valja navesti upotrebu isključivo upitnika samoprocjene. Podaci dobiveni samoprocjenom vrlo su vrijedni i omogućuju nam da istražimo ispitanikovo viđenje stvari, no isto tako subjektivna priroda percepcije može povećati vjerojatnost neuniformiranosti odgovora ispitanika. Upravo zato što svi imamo različito viđenje stvari, procjena jačine tjelesnih simptoma, zadovoljstvo socijalnom podrškom, procjena psiholoških poteškoća kao i težine zlostavljanja, mogu se značajno razlikovati između sudionika (Tomasulo, 2010). Instrumenti samoprocjenjenih tjelesnih zdravstvenih simptoma vrlo su subjektivni i ne moraju nužno dobro diskriminirati tjelesne i psihološke zdravstvene probleme. Iako su zdravstveni simptomi koje osoba ima vrlo važna dimenzija njenog tjelesnog zdravlja, ne moraju biti indikator cjelokupnog zdravstvenog stanja (Sutherland i sur., 2002). Upravo iz navedenog razloga buduća istraživanja trebala bi se bazirati na multidimenzionalnim instrumentima koji bi obuhvatili kronične zdravstvene probleme, tjelesno funkcioniranje te opću percepciju ispitanika o zdravlju i simptoma, kako bi se obuhvatila šira slika utjecaja zlostavljanja na zdravlje žrtava.

Iako je uključivanje psihološkog zlostavljanja kao jedinstvene vrste partnerske agresije vrlo značajno kada govorimo o ograničenjima ovog istraživanja, važno je napomenuti brojne konceptualne i metodološke probleme koji se uz ovu vrstu zlostavljanja ističu u literaturi. Follingstad (2007) u pregledu literature ističe kako je konsenzus o definiranju koncepta psihološkog zlostavljanja samo prividan te da je definicija istog određena instrumentom kojeg određeni autor koristi. Psihološko zlostavljanje nije adekvatno definirano, validirano i konceptualizirano da bi moglo predstavljati dobar temelj za razvoj mjernih instrumenata koji bi omogućili donošenje zaključaka i primjenu istih u stvarnim životnim situacijama. Prema Follingstadu (2009) glavne poteškoće definiranja i konceptualiziranja psihološke agresije su: znanje o tome koje bi kategorije negativnih ponašanja u intimnom odnosu (npr. emocionalno zlostavljanje, dominacija, kontrola) bile sastavni dio definicije istog, određivanje jedinstvenih kategorija psihološkog zlostavljanja koje funkcioniraju kao nezavisni faktori, znanje o tome jesu li kategorije psihološkog zlostavljanja važne i korisne za predikciju i utjecaj, znanje o tome smatra li osoba koja je izvijestila o doživljavanju određenih ponašanja, iste problematičnim i štetnima. Nadalje, kao još jedna poteškoća ističe se određivanje utjecaja učestalosti i težine psihološko agresivnih ponašanja te činjenica obuhvaća li trenutna operacionalizacija koncepta psihološkog zlostavljanja u cijelosti taj fenomen (Follingstad,

2009). Također, manjak longitudinalnih istraživanja ističe se kao veliki problem ovog područja. Većina studija koje se bave ovom temom upotrebljavaju korelacijsko istraživanje čime se gube podaci o uzročno posljedičnim vezama, a samim time ograničava se i mogućnost razvoja učinkovitih tretmana i prevencije (Follingstad, 2009).

Partnersko zlostavljanje kao istraživačko područje također nije imuno na određene slabosti. Primjerice, Jordan, Campbell i Follingstad (2010) navode kako je veliki nedostatak ovog područja činjenica da većina istraživanja ima tendenciju izolirano promatrati određene oblike zlostavljanja (tjelesno, psihološko, seksualno zlostavljanje, uhođenje...). Iako ovako uzak fokus istraživanja može dovesti do boljeg razumijevanja određenog zlostavljanja i njegovih posljedica, ono isto tako podrazumijeva rizik da će se iskustvo žrtve promatrati izvan konteksta i zanemaruje činjenicu da se kod velikog broja žrtava istovremeno događa više različitih oblika zlostavljanja. Ovu zamjerku možemo primijeniti i na provedeno istraživanje s obzirom da ono nije uključivalo seksualno zlostavljanje kao varijablu, iako brojna istraživanja potvrđuju negativan utjecaj istog na zdravlje žrtve (Fischbach i Herbert, 1997). Multidisciplinarna priroda ovog istraživačkog područja svakako je njena jaka strana, ali može biti i slabost. Različite discipline koje se bave partnerskim zlostavljanjem ovoj temi pristupaju s različitim teorijskim modelima, metodologijom, pedagogijom i različitom literaturom što svakako utječe na složenost generalizacije provedenih studija. Drugi metodološki problemi poput nekonzistentne operacionalizacije konstrukta, nedostatka potvrđenih teorija, nedostatka longitudinalnih istraživanja te potrebe za integracijom dobivenih nalaza predstavljaju prostor za moguća poboljšanja i daljnji razvoj ovog područja u korist žrtava zlostavljanja.

Kada govorimo o pozitivnim stranama ovog istraživanja svakako valja istaknuti ispitivanje utjecaja psihološkog zlostavljanja. Iako se često ovaj oblik zlostavljanja minimalizira i zapostavlja, važno je istražiti njegove posljedice i utvrditi načine na koje on utječe na zdravlje i kvalitetu života. Rijetka istraživanja pokušala su ispitati jedinstvene efekte psihološkog i tjelesnog zlostavljanja, što ne iznenađuje s obzirom da se tjelesno zlostavljanje dugo smatralo tjelesno i psihološki razornijim oblikom zlostavljanja. Kao što je prije navedeno, brojna istraživanja navode razorne posljedice psihološkog zlostavljanja te uspoređuju njegov utjecaj s utjecajima drugih oblika zlostavljanja. Psihološko zlostavljanje je u odnosu na tjelesno zlostavljanje pokazalo jednako snažan utjecaj na depresiju, anksioznost (Pico-Alfonso i sur., 2006), lošiji zdravstveni i mentalni status (Kaufman, 2001), socijalnu izolaciju (Tomasulo, 2010). Određeni autori pretpostavljaju da je psihološko zlostavljanje

štetnije od drugih oblika zlostavljanja jer može dovesti do subjektivnog osjećaja gubitka kontrole i postignuća, što dovodi do pogoršanja psiholoških problema (Aguilar i sur., 1994; prema Tomasulo, 2010). Gill, Page, Sharps i Campbell (2008) izvijestili su kako zlostavljane žene koje potraže pomoć zbog svojih kroničnih zdravstvenih problema, a nisu pritom bile u tretmanu za psihološke probleme nastale kao odgovor na traumu, imaju veću vjerojatnost da se tjelesni simptomi nastave. Imajući na umu štetnost psihološkog zlostavljanja važno je educirati kliničare kako bi bili upoznati s time da žene koje su doživjele prisilu, kontroliranje i zastrašivanje od strane partnera, iako fizičkog zlostavljanja nije bilo, rizične za razvoj kroničnih zdravstvenih problema (Wuest i sur., 2010).

Nadalje, pozitivna strana ove studije je i korištenje mjere koja ispituje kvalitetu života povezanu sa zdravljem odnosno subjektivnu procjenu zdravlja, u ovom istraživanju to je Upitnik zdravlja SF-36. Upitnici koji ispituju kvalitetu života povezanu sa zdravljem korisni su za razumijevanje subjektivnih zdravstvenih efekta pojedinaca, uključujući percepciju dobrobiti povezanu sa specifičnim simptomima i dijagnozama. Navedena mjera korisna je u evaluaciji ishoda, s obzirom da predstavlja kvantitativnu mjeru efekta određenog zdravstvenog stanja na život pojedinca, a samim time i mjeru korisnosti potencijalnih intervencija i prevencija za to stanje (Wittenberg i sur., 2007). Upitnici kvalitete života povezane sa zdravljem odnosno subjektivne procjene zdravlja, uključuju osobno gledište osobe i prelaze tradicionalni biomedicinski fokus kako bi osigurale što cjelovitiju sliku utjecaja bolesti na zdravstvene ishode (Alsaker i sur., 2007). Alsaker i sur. (2007) ističu Upitnik SF-36 kao jedan od najboljih upitnika za ispitivanje kvalitete života povezane sa zdravljem u populaciji zlostavljanih žena. Također, s obzirom da brojna istraživanja ove tematike koriste upravo ovaj mjerni instrument, velika je mogućnost usporedbe zlostavljanja i njegovih posljedica na žrtve (Alsaker i sur., 2006).

Također, pozitivno je i uključivanje varijable socijalne podrške u istraživanje te ispitivanje njenog odnosa s partnerskim zlostavljanjem. Brojna istraživanja potvrđuju zaštitni utjecaj socijalne podrške (Coker i sur., 2002b; Coker i sur., 2003; Lee i sur., 2007). Bolja socijalna podrška povezana je sa značajnim smanjenjem rizika od lošijeg mentalnog zdravlja, tjelesnog zdravlja, depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja i namjera počinjenja suicida u populaciji zlostavljanih žena (Coker i sur., 2002a). Žene koje proživljavaju partnersko zlostavljanje češće se otuđuju i udaljavaju od svoje socijalne okoline te iskazuju nižu percepciju vlastite vrijednosti i samopoštovanja. Upravo povećanje socijalne podrške utječe na obje navedene karakteristike na način da potiče ženinu dobrobit kroz razvoj boljih

vještina suočavanja (Coker i sur., 2002a; Coker i sur., 2003). Istraživanje Goodkind, Gillum, Bybee i Sullivana (2003) pokazalo je da većina žrtava zlostavljanja traži pomoć od prijatelja i obitelji, ali i na koji način njihove reakcije utječu na dobrobit same žrtve. Negativne reakcije obitelji i prijatelja pokazale su se kao značajni prediktor žrtvine procijenjene kvalitete života. Upravo je kombinacija pružanja emocionalne i opipljive potpore, bez osuđivanja i negativnih reakcija važna za procjenu veće psihološke dobrobiti žrtve. Ovakvi rezultati istraživanja predstavljaju plodno tlo za razvoj novih kliničkih praksi, intervencija temeljenih na zajednici i terapijskih pristupa. U budućnosti trebalo bi se više posvetiti isticanju važnosti podržavajuće socijalne okoline, grupnih terapija i podržavajućih grupa, kao i uključivanju žrtvinih bliskih osoba u intervencijske programe kako bi se poboljšalo žrtvino mentalno zdravlje i dobrobit. Važno je obučavati kliničare kako da omoguće žrtvama da ponovno uspostave svoje socijalne kontakte koje su zanemarile ili izgubile zbog zlostavljanja (Beeble i sur., 2009). Iako suportivno ponašanje kliničara koji se bavi žrtvom ima pozitivne efekte na dobrobit iste, važno je napomenuti da podrška ne mora biti samo institucionalizirana i strukturirana već da i neformalne mreže i spontane ekspresije podrške od strane obitelji, prijatelja, kolega predstavljaju preventivni faktor od posljedica zlostavljanja (Coker i sur., 2003).

Partnersko nasilje veliko je istraživačko područje, a obuhvaća brojne varijable koje mogu biti posljedica, ishod ili rizik samog zlostavljanja. Zlostavljanje utječe na brojne varijable i samim time je vrlo kompleksno područje s brojnim mogućnostima daljnjeg proučavanja.

Navedeni nalazi i istraživanja potvrđuju činjenicu da je partnersko zlostavljanje razorno po ženino tjelesno i psihološko zdravlje, kao i za njezino normalno funkcioniranje u društvu. U budućnosti svakako bi se veći značaj trebalo pridati ranoj identifikaciji partnerskog zlostavljanja. Upravo zato što tragovi zlostavljanja ne moraju biti vidljivi, važno je obučiti stručne djelatnike koji su u kontaktu sa žrtvom o svim oblicima i utjecajima agresije kako bi se isto lakše otkrilo, a žrtva pravovremeno dobila potrebnu pomoć. Važno je raditi na razvoju intervencija koje su bazirane na pružanju emocionalne potpore žrtvama, savjetovanju o mentalnom zdravlju, edukaciji žrtava, pružanju pravnih savjeta, uključivanju cjelokupne zajednice i osvješćivanju društva u cjelini (Sutherland i sur., 2002). Bonomi i sur. (2006) predlažu dvije vrste prevencije partnerskog zlostavljanja. Programi primarne prevencije podrazumijevali bi informiranje adolescenata i odraslih osoba o partnerskom zlostavljanju, kao i edukacijske radionice na temu zdravih partnerskih odnosa. Programi sekundarne prevencije uključivali bi rad sa ženama koje su žrtve zlostavljanja. Ovakvi programi bazirali

bi se na edukaciji žena, uspostavi zajednice koje bi pružala podršku žrtvama i modifikaciji pravnih praksi koje se tiču kažnjavanja počinitelja i ostvarivanja prava žrtva.

U Hrvatskoj veliku ulogu u državnom odgovoru na obiteljsko nasilje ima Centar za socijalnu skrb (CZSS) koji uz policiju često prvi odgovara na slučajeve partnerskog zlostavljanja. Žrtve koje nasilje prijave policiji obavezne su javiti se i u Centar za socijalnu skrb koji ima široke ovlasti reagiranja prema istima, od savjetovanja, posredovanja pri smještaju u skloništa, dodjeljivanja novčanih pomoći, davanja preporuka i mišljenja nadležnim sudovima, do upućivanja žrtava, počinitelja i djece na terapiju. Osim konstantne edukacije djelatnika CZSS o svim aspektima partnerskog zlostavljanja, važno je stvoriti okruženje u kojem se takvi slučajevi nasilja tretiraju kao hitni i prioritetni kako bi se što više zaštitila dobrobit žrtava. Važno je naglasiti kako je ovo multidisciplinarno područje te kako je suradnja različitih institucija nužna da bi se pomoglo žrtvama. Upravo *Protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji* obvezuje nadležna tijela na suradnju i razmjenu podataka te im osigurava uvjete u kojima rade na unapređenju zaštite i pomoći žrtvi (Advocates for Human Rights, Autonomna ženska kuća Zagreb i Bulgarian Gender Research Foundation, 2012). S obzirom da je u ovaj društveni problem uključen velik broj državnih institucija: policija, centri za socijalnu skrb, zdravstvene ustanove, pravosudna tijela, odgojno-obrazovne ustanove, važno je konstantno isticati njihovu suradnju i međusobnu komunikaciju kako bi se žrtvama olakšao cijeli proces prijave zlostavljanja. Osim institucija koje su direktno u kontaktu sa žrtvama, važno je utjecati i na resorna ministarstva i njihove zakone, ali i na svijest društva koje bi trebalo težiti nultoj toleranciji na nasilje.

## 6. ZAKLJUČCI

1. Tjelesno zlostavljane sudionice bile su duže izložene zlostavljanju od strane partnera te su bile značajno češće izložene psihološkoj agresiji u odnosu na psihološki zlostavljane sudionice.
2. Nezlostavljane i zlostavljane sudionice značajno se razlikuju u broju izvora socijalne podrške i zadovoljstvu socijalnom podrškom, pri čemu tjelesno zlostavljane sudionice iskazuju najniže zadovoljstvo na obje dimenzije socijalne podrške. Nalaz je u skladu s našim očekivanjima kao i s istraživanjima koja potvrđuju zaštitnu ulogu socijalne podrške.
3. Nezlostavljane i zlostavljane sudionice značajno se razlikuju u subjektivnoj procjeni ukupnog, tjelesnog i psihološkog zdravlja, pri čemu nezlostavljane sudionice procjenjuju sve aspekte zdravlja boljim u odnosu na zlostavljane sudionice. Dobiveni rezultati potvrđuju postavljenu hipotezu i rezultate drugih istraživanja.  
Nadalje, dobiveno je da se psihološki i tjelesno zlostavljane sudionice ne razlikuju značajno u subjektivnoj procjeni ukupnog i tjelesnog zdravlja, što je također u skladu s drugim istraživanjima. Dobiveni rezultati vrlo su značajni, ukazuju kako je psihološko i tjelesno zlostavljanje u ovom uzorku žena dovelo je do jednakih posljedica na procjenu ukupnog i tjelesnog zdravlja.
4. Tjelesno zlostavljanje, duže trajanje zlostavljanja i niže zadovoljstvo socijalnom podrškom pokazali su se kao značajni prediktori lošijeg tjelesnog zdravlja kod zlostavljanih sudionica. Zadovoljstvo socijalnom podrškom objasnilo je dodatnih 7.6% varijance procjene tjelesnog zdravlja povrh vrste, trajanja i ukupno doživljenog zlostavljanja. Navedenim prediktorima objašnjeno je ukupno 37,9% varijance procjene tjelesnog zdravlja.

S druge strane, utvrđeno je da su veće ukupno doživljeno zlostavljanje i niže zadovoljstvo socijalnom podrškom značajni prediktori lošijeg psihološkog zdravlja kod zlostavljanih sudionica. Zadovoljstvo socijalnom podrškom objasnilo je dodatnih 15.6% varijance procjene psihološkog zdravlja povrh vrste, trajanja i ukupno doživljenog zlostavljanja. Navedenim prediktorima objašnjeno je ukupno 51,9%

varijance procjene psihološkog zdravlja. Dobiveni nalazi u skladu su s postavljenom hipotezom i drugim istraživanja koja povezuju izloženost duljem i ozbiljnijem zlostavljanju s lošijim zdravstvenim ishodima, te zaštitnu ulogu socijalne podrške.



## 7. LITERATURA

Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. i Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 1-17.

Advocates for Human Rights, Autonomna ženska kuća Zagreb i Bulgarian Gender Research Foundation (2012). *Implementacija hrvatskog zakonodavstva vezanog uz partnersko nasilje*. Zagreb: Autonomna ženska kuća Zagreb.

Ajduković, M. i Pavleković, G. (2004). *Nasilje nad ženom u obitelji*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.

Alsaker, K., Moen, B. E. i Kristoffersen, K. (2007). Comparing quality of life instruments in a population of abused women. *Applied Research in Quality of Life*, 2, 125-139.

Alsaker, K., Moen, B. E. i Kristoffersen, K. (2008). Health-related quality of life among abused women one year after leaving a violent partner. *Social Indicators Research*, 86, 497-509.

Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W. i Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research*, 15, 959-965.

Beeble, M. L., Bybee, D., Sullivan, C. M. i Adams, A. E. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 718-729.

Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A. i Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 458-466.

Brazier, J., Deverill, M., Green, C., Harper, R. i Booth, A. (1999). A review of the use of health status measures in economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 3.

Brennfleck- Shannon, J. (2009). *Domestic violence. Suorcebook*. Detroit: Omnigraphics Inc.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1335.

Chen, P. H., Rovi, S., Vega, M., Jacobs, A. i Johnson, M. S. (2009). Relation of domestic violence to health status among hispanic women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20, 569-582.

Cohen, S., Underwood, L. G. i Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. i Smith, P.H. (2002a). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and woman. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 260-268.

Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L. i Davis, K. E. (2002b). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 11, 465-476.

Coker, A. L., Watkins, K. W., Smith, P.H. i Brandt, H. M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37, 259-267.

Crowell, N. A. i Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington: The National Academies Press.

Čugalj, K., Ručević, S., Radoš, Ž. i Herceg, M. (2007). *Ženska snaga*. Tenja: Ženska udruga „IZVOR“.

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. i Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-15.

Dutton, D. G. i Painter, S. (1993). The battered women syndrome: effects of severity and intermittency of Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622.

Fischbach, R. L. i Hebert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across Cultures. *Social Science and Medicine Journal*, 45, 1161-1176.

Follingstad, D. R. (2007). Rethinking current approaches to psychological abuse: Conceptual and methodological issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 439-458.

Follingstad, D. R. (2009). The Impact of psychological aggression on women's mental health and behavior. The Status of the Field. *Trauma, Violence and Abuse*, 10, 271-289.

Fortin, I., Guay, S., Lavoie, V., Boisvert, J. M. i Beaudry, M. (2012). Intimate partner violence and psychological distress among young couples: Analysis of the moderating effects of social support. *Journal of Family Violence*, 27, 63-73.

Gerber, M. R., Wittenberg, E., Ganz, M. L., Williams, C. M. i McCloskey, L. A. (2007). Intimate partner violence exposure and change in women's physical symptoms over time. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 64-69.

Gill, J., Page, G., Sharps, P. i Campbell, J. C. (2008). Experience of traumatic events and associations with PTSD and depression development in urban health care-seeking women. *Journal of Urban Health*, 5, 693-706.

Goodkind, J. R., Gillum, T. L., Bybee, D. I. i Sullivana, C. M. (2003). The impact of family and friend's reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women*, 9, 347-373.

Guruge, S., Ford-Gilboe, M., Samuels-Dennis, J., Varcoe, C., Wilk, P. i Wuest, J. (2012). Rethinking social support and conflict: Lessons from a study of women who have separated from abusive partners. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-10.

Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N. i Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 179-213.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359, 1423-1429.

Jordan, C. E., Campbell, R. i Follingstad, D. (2010). Violence and Women's Mental Health: The impact of physical, sexual and psychological aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 607-628.

Kaufman, C. G. (2001). Health-related quality of life effects of intimate partner violence. Neobjavljeni diplomski rad. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.

Kimberling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K. P., Smith, M. W. i Baumrind, N. (2009). Examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 450-463.

Lacey, K. K., Dilworth-McPherson, M., Samuel, P. S., Powell-Sears, K. i Head, D. (2012). The impact of different types of intimate partner violence on the mental and physical health of women in different ethnic groups. *Journal of Interpersonal Violence*, XX, 1-27.

Laffaye, C., Kennedy, C. i Stein, M. B. (2003). Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18, 227-238.

Lee, P., Pomeroy, E. C. i Bohman, T. M. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of asian and caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*, 22, 709-720.

Logan, T. K., Walker, R., Jordan, C. E. i Leukefeld, C. (2006). *Women and victimization. Contributing factors, interventions and implications*. Washington: American Psychology Association.

Lown, E. A. i Vega, W. A. (2001). Intimate partner violence and health: Self-assessed Health, chronic health, and somatic symptoms among mexican american women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 352-360

Maslić Seršić, D. i Vuletić, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: Framework for subjective health research. *Croat Med J*, 47, 95-102

Ogden, J. (2007). *Health psychology*. McGraw Hill: Open University Press.

Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. i Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599-611.

Porcerelli, J. H., West, P. A., Binienda, J. i Cogan, R. (2005). Physical and psychological symptoms in emotionally abused and non-abused women. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 201-204.

Sackett, L.A. i Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14, 1-13.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. i Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. i Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510

Sørensen, J., Kruse, M., Gudex, C., Helweg-Larsen, K. i Brønnum-Hansen, H. (2012). Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-9.

Staggs, S. L. i Riger, S. (2005). Effects of intimate partner violence on low-income women's health and employment. *American Journal of Community Psychology*, 36, 133-145.

Straus, H., Cerulli, C., McNutt, L. A., Rhodes, K. V., Conner, K. R., Kemball, R. S., Kaslow, N. J. i Houry, D. (2009). Intimate partner violence and functional health status: Associations with severity, danger, and self-advocacy behaviors. *Journal of Women's Health*, 18, 625-631.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McMoy, S. (1996). The revised Conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.

Sutherland, C. A., Bybee, D. I. i Sullivan, C. M. (2002). Beyond bruises and broken bones: The joint effects of stress and injuries on battered women's health. *American Journal of Community Psychology*, 30, 609-636.

Swanberg, J. E. i Logan, T. K. (2005). Domestic violence and employment: A qualitative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 3-17.

Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., i Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence. Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 447-457.

Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F. J., Olson, L., Weybright, J., Sandvig, J. i Larson, M. (1999). Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Preventive Medicine*, 29, 431-440.

Tolman, R. M. i Wang, H. C. (2005). Domestic violence and employment: Fixed effects models of three waves of women's employment. *American Journal of Community Psychology*, 36, 147-158.

Tomasulo, G. C. (2004). The relationship of abuse to women's health status and health habits. Neobjavljeni magistarski rad. Ohio: The College of Arts and Sciences.

Tomasulo, G. C. (2010). A moderated mediation analysis of abusive experiences and negative outcomes. Neobjavljeni doktorski rad. Ohio: The College of Arts and Sciences.

Tomasulo, G. C. i McNamara, J. R. (2007). The relationship of abuse to women's health status and health habits. *Journal of Family Violence*, 22, 231-235.

Wagner, P. J. i Mongan, P. F. (1998). Validating the concept of abuse. Women's perception of defining behaviors and the effects of emotional abuse on health indicators. *Archives of Family Medicine*, 7, 25-29.

Waldop, A. E. i Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19, 291-302.

Ware, J. E. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International quality of life assessment, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1159-1165.

Ware, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25, 3130-3139

Ware, J. E. i Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), *Medical care*, 30, 473-483

Wittenberg, E., Joshi, M., Thomas, K. A. i McCloskey, L. A. (2007). Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: a qualitative focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1-7.

Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., Wilk, P., Campbell, J. C., Lent, B., Vaoe, C. i  
Smye, V. (2010). Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Journal  
of Women's Health, 19*, 1665-1674.



## 8. PRILOZI

### 8.1. Revidirana ljestvica taktika u upravljanju konfliktima (CTS2)

#### CTS2

**Uputa:** Bez obzira koliko se dobro slagali, ponekad parovi mogu doći u sukob, ići si međusobno na živce, priželjkivati različite stvari od partnera ili se mogu samo porječhati ili se posvadati jer je jedan od partnera neraspoložen, umoran ili zbog nekog drugog razloga. Parovi također imaju vlastite svojstvene načine za rješavanje svojih prepirki.

Molimo vas da zaokružite koliko je puta vaš partner učinio svaku od navedenih radnji u prošloj godini.

0 = nikad

1 = 1 do 2 puta

2 = 3 do 10 puta

3 = više od 10 puta

	<b>PSIHOLOŠKA AGRESIJA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
5	Vrijeđao me ili psovao	0	1	2	3
35	Vikao ili se derao na mene	0	1	2	3
49	Izašao iz prostorije, kuće ili dvorišta tijekom nesporazuma	0	1	2	3
67	Rekao mi nešto da mi napakosti	0	1	2	3
25	Nazvao me debelom ili ružnom	0	1	2	3
29	Uništio je nešto što mi je pripadalo	0	1	2	3
65	Optužio me da sam loša ljubavnica	0	1	2	3
69	Prijetio da će me udariti ili baciti nešto na mene	0	1	2	3
	<b>TJELESNI NAPAD</b>				
7	Bacio na mene nešto što može ozlijediti	0	1	2	3
9	Izokrenuo mi ruku ili me povukao za kosu	0	1	2	3
17	Gurnuo me ili me naguravao	0	1	2	3
45	Zgrabio me	0	1	2	3

---

53	Ošamario me	0	1	2	3
21	Potegnuo je pištolj ili nož na mene	0	1	2	3
27	Udario me ili pogodio nečime što može ozlijediti	0	1	2	3
33	Gušio me	0	1	2	3
37	Bacio me u zid	0	1	2	3
43	Pretukao me	0	1	2	3
61	Namjerno me opekao ili spalio	0	1	2	3
73	Udario me nogom	0	1	2	3

---

## 8.2. Upitnik socijalne podrške (SSQ6)

### SSQ6

**Uputa:** Naredna pitanja odnose se na ljude u vašoj bližoj okolini koji vam pružaju pomoć ili podršku. Svako pitanje se sastoji od dva dijela. U prvom dijelu pitanja trebate pobrojati sve osobe, osim sebe, na koje možete računati ili od kojih možete zatražiti pomoć u situaciji opisanoj u pitanju.

U drugom dijelu pitanja ocijeniti ćete uz pomoć ponuđenih odgovora koliko ste zadovoljni s podrškom koju dobivate.

Ako nemate podršku u određenoj situaciji, na pitanje možete odgovoriti sa: „nitko“, te ćete ocijeniti razinu zadovoljstva time.

Molimo da odgovorite na pitanja temeljito i iskreno. Svi odgovori će se držati u tajnosti.

#### **Primjer:**

*Kome mislite da doista možete povjeriti informaciju zbog koje možete upasti u nevolje?*

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

6 – jako zadovoljna

5 – prilično zadovoljna

4 – malo zadovoljna

3 – malo nezadovoljna

2 – prilično nezadovoljna

1 – jako nezadovoljna

1. Na koga možete uistinu računati da će vam skrenuti pažnju od briga kada osjećate da ste pod stresom?

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

6-jako zadovoljna

5-prilično zadovoljna

4-malo zadovoljna

3-malo nezadovoljna

2-prilično nezadovoljna

1-jako nezadovoljna

2. Na koga možete uistinu računati da će vam pomoći da se opustite kada ste pod pritiskom ili napeti?

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

6-jako zadovoljna

5-prilično zadovoljna

4-malo zadovoljna

3-malo nezadovoljna

2-prilično nezadovoljna

1-jako nezadovoljna

3. Tko vas u potpunosti prihvaća uključujući i vaše mane i vrline?

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

6-jako zadovoljna

5-prilično zadovoljna

4-malo zadovoljna

- 3-malo nezadovoljna
- 2-prilično nezadovoljna
- 1-jako nezadovoljna

4. Na koga možete uistinu računati da će brinuti za vas, bez obzira na to što vam se događa?

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

- 6-jako zadovoljna
- 5-prilično zadovoljna
- 4-malo zadovoljna
- 3-malo nezadovoljna
- 2-prilično nezadovoljna
- 1-jako nezadovoljna

5. Na koga možete uistinu računati da će vam pomoći da se osjećate bolje kad se općenito osjećate nesretno?

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

- 6-jako zadovoljna
- 5-prilično zadovoljna
- 4-malo zadovoljna
- 3-malo nezadovoljna
- 2-prilično nezadovoljna
- 1-jako nezadovoljna

6. Na koga možete uistinu računati da će vas utješiti kad ste jako uznemireni?

Nitko Broj ljudi \_\_\_\_\_

*Koliko ste zadovoljni time?*

- 6-jako zadovoljna
- 5-prilično zadovoljna
- 4-malo zadovoljna
- 3-malo nezadovoljna
- 2-prilično nezadovoljna
- 1-jako nezadovoljna

## Životopis

Rođena sam 02. listopada 1983. godine u Puli gdje sam završila osnovnu školu i prirodoslovno-matematičku gimnaziju. Studij psihologije diplomirala sam s odličnim uspjehom 2007. godine na Sveučilištu u Rijeci. Vježbenički staž obavila sam u Centru za socijalnu skrb Pula, nakon čega sam položila psihološki stručni ispit pred Hrvatskom psihološkom komorom i stručni ispit pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi. Od 2007.godine zaposlena sam kao psiholog u Odjelu za odrasle osobe u Centru za socijalnu skrb Pula.

Specijalistički studij iz kliničke psihologije upisala sam na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 2009. godine. Godine 2015. završila sam drugi stupanj kognitivno-bihevioralne terapije.