

# Odrednice kvalitete života kod žena žrtava obiteljskog nasilja

---

**Lujanović, Helena**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:531839>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-24**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Helena Lujanović

**ODREDNICE KVALITETE ŽIVOTA KOD  
ŽENA ŽRTAVA OBITELJSKOG NASILJA**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA  
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Helena Lujanović

# **ODREDNICE KVALITETE ŽIVOTA KOD ŽENA ŽRTAVA OBITELJSKOG NASILJA**

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: doc. dr. sc. Zrinka Greblo Jurakić

Zagreb, 2022.

Zahvaljujem prvenstveno svim hrabrim ženama koje su sudjelovale u ovom istraživanju, ali i onima koje nasilje i dalje trpe u svoja četiri zida. Veliku zahvalu dugujem i zaposlenicama sigurnih kuća koje su pokazale interes, pružile mi pomoć, podršku i savjete tijekom provedbe istraživanja.

Zahvaljujem svojoj mentorici, doc.dr.sc Zrinki Greblo Jurakić na kontinuiranoj motivaciji, lijepim riječima i velikom znanju kojeg nesebično dijeli sa svojim studentima. Također, zahvaljujem svojim prijateljima, obitelji i dečku te svima koji su se na bilo koji način uključili u provedbu i izradu ovog diplomskog rada.

## Sažetak

Tijekom pandemije koronavirusa u 2020. godini, policijski službenici evidentirali su povećanje u slučajevima obiteljskog nasilja u Republici Hrvatskoj (Ministarstvo unutarnjih poslova, 2020), što upućuje na važnost istraživanja ove problematike. Cilj ovog istraživanja bio je opisati socio-demografski profil korisnica sigurnih kuća u terminima obiteljskog nasilja te utvrditi odrednice psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života. U istraživanju su sudjelovale 43 žene žrtve partnerskog nasilja ( $M_{dob}=36,51$ ,  $SD=10,80$ ), korisnice sigurnih kuća u Republici Hrvatskoj. Podaci su prikupljeni *online* upitnikom u suradnji sa zaposlenicama sigurnih kuća. *Online* upitnik, uz socio-demografska pitanja sadržavao je *World Health Organisation quality of life questionnaire – BREEF* (WHOQOL Group, 1998), *WHO procjenu pretrpljenog nasilja* (WHO, 2005), *Rosenbergovu skalu samopoštovanja* (Rosenberg, 1965), *Kratku skalu otpornosti* (Smith i sur., 2008) i *Skalu socijalne podrške* (Macdonald, 1998). Dobiveni rezultati pokazuju da žrtve obiteljskog nasilja najčešće pripadaju dobnoj skupini od 31 do 35 godina te imaju dvoje djece. Najviši stupanj završenog obrazovanja kod većine sudionica je srednja škola te su većinom nezaposlene. Od strane partnera sudinice su u pravilu doživjele više oblika psihičkog, tjelesnog i seksualnog nasilja, što je najveći broj osobno prijavio policiji. Pearsonovim koeficijentom korelacije utvrđena je pozitivna povezanost zadovoljstva općom kvalitetom života, zadovoljstva okolinom, psihološke otpornosti, samopoštovanja, socijalnu podrške te psihičkog i tjelesnog zdravlja. Temeljem prediktorskih varijabli psihološke otpornosti, zadovoljstva okolinom i socijalne podrške objašnjeno je 22,9% varijance tjelesnog zdravlja, 46,5% varijance psihičkog zdravlja te 26,7% zadovoljstva općom kvalitetom života. Najvažniji prediktor tjelesnog zdravlja jest psihološka otpornost, dok je u objašnjavanju psihičkog zdravlja najvažnija varijabla zadovoljstva okolinom. Okolinske varijable (socijalna podrška i zadovoljstvo okolinom) važnije su u objašnjavanju zadovoljstva općom kvalitetom života. Dobiveni rezultati doprinose boljem razumijevanju različitih obilježja korisnica sigurnih kuća, njihovog iskustva s različitim oblicima nasilja i činitelja koji doprinose kvaliteti njihova života. S praktičnog aspekta, rezultati se mogu upotrijebiti pri kreiranju specifičnih programa i intervencija namijenjenih povećanju kvalitete života korisnica sigurnih kuća.

**Ključne riječi:** obiteljsko nasilje, profil, kvaliteta života, psihičko i tjelesno zdravlje

## Determinants of quality of life in women victims of domestic violence

### Abstract

During the coronavirus pandemic in 2020, police officers recorded an increase in cases of domestic violence in the Republic of Croatia, which emphasizes the importance of research on this issue. The objective of this study was to describe the socio-demographic profile of women who are safe house users in terms of domestic violence and to ascertain the determinants of mental and physical health along with satisfaction with the general quality of life. The study involved 43 female victims of intimate partner violence ( $M_{age}=36,51$ ,  $SD=10,80$ ). All participants temporarily lived in safe houses in the Republic of Croatia. Data was collected through an online questionnaire in collaboration with safe house employees. The online questionnaire, along with socio-demographic questions, included the *World Health Organisation quality of life questionnaire – BREEF* (WHOQOL Group, 1998), the *WHO Operational definitions of violence* (WHO, 2005), the *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), *The Brief Resilience Scale* (Smith i sur., 2008,) and the *Social Support Scale* (Macdonald, 1998). The results show that most of the women victims of domestic violence belong to the 31 to 35 age group and have two children. Their highest level of education is commonly high school and they are mostly unemployed. Typically, women who participated in the study experienced several forms of psychological, physical, and sexual violence from their partner, which, in most cases, they have personally reported to the police. Pearson's correlation coefficient established a positive correlation between satisfaction with general quality of life, satisfaction with the environment, psychological resilience, self-esteem, social support, and mental and physical health. The predictor variables of psychological resilience, environmental satisfaction and social support explained 22.9% of physical health variance, 46.5% of the mental health variance and 26.7% of the satisfaction with the general quality of life variance. The most important predictor of physical health is psychological resilience, while environmental satisfaction is the most important variable in explaining mental health. Environmental variables (social support and environmental satisfaction) are more important in explaining satisfaction with general quality of life. The obtained results enable a better understanding of the characteristics of the users of safe houses, their experience with various forms of violence and the determinants that contribute to their quality of life. This allows the creation of services that help meet their needs and increase their quality of life.

**Keywords:** domestic violence, profile, quality of life, mental and physical health

## Sadržaj

<b>1. Uvod</b> .....	2
1.1. Različiti oblici nasilja i posljedice .....	3
1.2. Faktori rizika .....	7
1.3. Kvaliteta života kod žena žrtava obiteljskog nasilja .....	10
1.4. Samopoštovanje .....	11
1.5. Psihološka otpornost .....	12
1.6. Socijalna podrška .....	14
<b>2. Cilj i problemi</b> .....	16
<b>3. Metoda</b> .....	17
3.1. Sudionice .....	17
3.2. Instrumenti .....	17
3.3. Postupak .....	20
<b>4. Rezultati</b> .....	22
4.1. Sociodemografski profil sudionica istraživanja .....	22
4.1.1. Prethodno iskustvo nasilja .....	23
4.2. Iskustvo nasilja u odrasloj dobi .....	25
4.3. Prikaz deskriptivne statistike .....	29
4.4. Korelacija korištenih varijabli .....	30
4.5. Hijerarhijska regresijska analiza .....	32
<b>5. Rasprava</b> .....	35
<i>Socio-demografski profil i iskustvo nasilja</i> .....	35
<i>Odrednice kvalitete života</i> .....	38
<i>Socijalna podrška</i> .....	39
<i>Psihičko zdravlje</i> .....	40
<i>Tjelesno zdravlje</i> .....	43
<i>Zadovoljstvo općom kvalitetom života</i> .....	43
5.1. Nedostaci i smjernice za buduća istraživanja .....	45
5.2. Znanstvene i praktične implikacije .....	46
<b>6. Zaključak</b> .....	48
<b>7. Literatura</b> .....	50



## 1. Uvod

Nasilje u obitelji definira se kao skup ponašanja čiji je cilj kontrola nad drugim osobama upotrebom sile, zastrašivanjem i manipuliranjem (Ajduković i Pavleković, 2004). Karakterizirano je raznim oblicima neprihvatljivog ponašanja koje je usmjereno od pojedinih članova obitelji, prema drugim članovima obitelji (Mamula i Dijanić Plašć, 2014). Pri tome, članovi obitelji osobe su od posebnog povjerenja i posebnog emocionalnog odnosa (Mamula i Dijanić Plašć, 2014). U Republici Hrvatskoj obiteljsko nasilje klasificira se kao prekršaj u sklopu Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji te kao kazneno djelo u sklopu Kaznenog zakona (članak 179.a). Prema Kaznenom zakonu (Članak 179.a, NN 56/15, 126/19) nasilje u obitelji definira se kao kršenje propisa o zaštiti od nasilja u obitelji kojim se kod članova obitelji izaziva strah za njihovu sigurnost ili sigurnost njima bliskih osoba ili se osobu dovodi u ponižavajući položaj ili stanje dugotrajne patnje bez počinjenja težeg kaznenog djela. Kazneni zakon određuje kako se počinitelj nasilja u obitelji kažnjava s kaznom zatvora od jedne do tri godine (Kazneni zakon, Članak 179.a, NN 56/15, 126/19). S druge strane, Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji (NN 70/17, 126/9, 84/21) u sklopu prekršajnog zakona prepoznaje različite oblike nasilja te isto definira kao primjenu fizičke sile uslijed koje nije stupila tjelesna ozljeda, tjelesno kažnjavanje ili drugi način ponižavajućeg postupanja prema djeci, psihičko nasilje koje je kod žrtve prouzročilo povredu dostojanstva ili uznemirenost, spolno uznemiravanje te ekonomsko nasilje kao zabranu ili omogućavanje korištenja zajedničke ili osobne imovine, raspolaganja osobnim приходima ili imovinom, onemogućavanje zapošljavanja, uskraćivanje sredstava za održavanje zajedničkog kućanstva i za skrb o djeci. Navedeni Zakon također prepoznaje nasilje u obitelji prema osobama s invaliditetom te osobama starije životne dobi. Prekršajne sankcije za zaštitu od nasilja u obitelji su između ostaloga zaštitne mjere, novčana kazna i kazna zatvora.

Nasilje u obitelji uvijek pretpostavlja zloupotrebu moći u odnosima temeljenima na nejednakosti (Ajduković i Pavleković, 2004) te se smatra jednim od dva dominantna oblika rodno uvjetovanog nasilja u kojima su žrtve u većini slučajeva žene, a počinitelji najčešće muškarci (Mamula i Dijanić Plašć, 2014). Procjena broja žena koje su preživjele obiteljsko nasilje prikuplja se kroz policijska izvješća, terenska istraživanja manjeg opsega ili SOS telefone za pomoć žrtvama obiteljskog nasilja (Ajduković i Pavleković, 2004). Svjetske statistike ukazuju na to da svakih deset minuta jedna žena trpi tjelesno zlostavljanje od strane muškarca. Preko 80% nasilja nad ženama vrše njihovi partneri (suprug, vanbračni partner s kojim žive, bivši suprug ili bivši vanbračni partner), a 45% ubijenih žena ubili su njihovi

partneri (Ajduković i Pavleković, 2004). Isti autori upozoravaju da izloženost nasilju kod 72% žena traje više godina, pri čemu 52% žena nasilje trpi svakodnevno. Prema statističkim podacima Ministarstva unutarnjih poslova u Republici Hrvatskoj je u razdoblju od 2014. do 2018. godine zabilježeno ukupno 60 593 prekršaja nasilja u obitelji, a navedeno čini 14,23% ukupnog broja svih prekršaja u tom vremenskom razdoblju (Martinjak i sur., 2020). U istome razdoblju zabilježeno je 68 828 žrtava prekršaja nasilja u obitelji, većinom ženskog spola (64 %), uključujući djevojčice i odrasle žene (Martinjak i sur., 2020). Kada se radi o kaznenom zakonu, žrtve nasilja u obitelji godišnje čine gotovo 3% ukupnog broja žrtava kaznenih djela, dok godišnje 2% svih kaznenih djela čine kaznena djela nasilja u obitelji i kaznena djela s elementima nasilja počinjena prema bliskim osobama (Martinjak i sur., 2020). Nadalje, 2019. godine u Republici Hrvatskoj zabilježeno je 8 346 slučajeva prekršaja nasilja u obitelji i 1 134 slučaja obiteljskog nasilja prema kaznenoj klasifikaciji (Ministarstvo unutarnjih poslova, 2020). U 2020. godini evidentirano je 7 704 slučajeva prekršaja nasilja u obitelji te 1 578 slučajeva nasilja klasificiranih kao kazneno djelo, što čini ukupno 20% svih prijavljenih kaznenih djela za tu godinu u Republici Hrvatskoj (Ministarstvo unutarnjih poslova, 2021). Ajduković i Pavleković (2004) naglašavaju da se postojeći podaci o čestini nasilja odnose isključivo na otkrivene slučajeve ili slučajeve u kojima je žena odlučila progovoriti o doživljenom nasilju. Rezultati istraživanja Autonomne ženske kuće Zagreb pokazuju da je 21% žena u Hrvatskoj doživjelo fizičko nasilje od partnera ili bivšeg partnera, 29% žena ima prijateljicu koja je žrtva nasilja, a čak je 36% žena svjedočilo tomu da je majka bila žrtva nasilja od strane oca (Mamula i Dijanić Plašč, 2014). Stručnjaci tvrde kako na jedno prijavljeno dolazi od 10 do 25 neprijavljenih slučajeva nasilja u obitelji (Lazarić Zec i Pavleković, 2006) te kako samo 5% - 9,5% žena nasilje prijavljuje policiji (Ajduković i Pavleković, 2004).

### *1.1. Različiti oblici nasilja i posljedice*

Posljednjih godina povećava se broj istraživanja nasilja u partnerskim odnosima s naglaskom na nasilje nad ženama koje su najčešće žrtve takvog oblika nasilja (Ajduković i Pavleković, 2004). Točnije, žene su deset puta češće žrtve nasilja u obitelji u odnosu na muškarce. Istraživanja su započela 70.-ih i 80.-ih godina, a istraživao se takozvani „sindrom (pre)tučene žene“ (eng. *battered women syndrom*). Navedeni pojam kritiziran je iz razloga što upućuje na ženu kao žrtvu nasilja, a ne na muškarca kao počinitelja te uzima u obzir isključivo tjelesno nasilje u partnerskim odnosima. Uz navedeni pojam, koristio se i naziv „bračno nasilje (eng. *marital violence* ili *spouse abuse*), no osnovni razlog napuštanja ovog pojma jest što zanemaruje nevjenčane, izvanbračne ili predbračne partnere, bivše partnere i razvedene osobe.

Iz navedenih razloga najčešće se koristi pojam obiteljsko nasilje (eng. *domestic violence*) ili nasilje u partnerskim odnosima. Nasilje u partnerskim odnosima predstavlja sustavni obrazac zlostavljajućeg ponašanja koje se odvija kroz dulji vremenski period sa svrhom kontrole, dominacije i zastrašivanja (Ajduković i Pavleković, 2004).

S obzirom na to da su žene češće žrtve partnerskog, odnosno obiteljskog nasilja (Ajduković i Pavleković, 2004) u ovom radu se nazivi obiteljsko nasilja i partnersko nasilje poistovjećuju te se odnose na slučajeve u kojima je žena žrtva, a muškarac počinitelj. Time se ne zanemaruje činjenica da muškarci također mogu biti žrtve u partnerskim i obiteljskim odnosima. Nasilje nad ženama određuje se kao psihičko, tjelesno, seksualno i ekonomsko zlostavljanje žene od strane partnera (Ajduković i Pavleković, 2004).

Psihičko nasilje odnosi se na oblik zlostavljanja koje za cilj ima zadobivanje moći i kontrole nad žrtvom (Ajduković i Pavleković, 2004). Isto obuhvaća različite zabrane, prijetnje njoj ili njoj bliskoj osobi, uvrede, ismijavanje u javnosti, podcjenjivanje, omalovažavanje, obezvrjeđivanje, ucjene, kontrolu kretanja i slično. Tjelesno nasilje uključuje sve oblike tjelesnog zlostavljanja poput guranja, šamaranja, udaranja predmetima ili dijelovima tijela, opekotina i drugih oblika koji mogu rezultirati lakim i/ili teškim tjelesnim ozljedama. Također, tjelesno nasilje može dovesti i do pokušaja ubojstva ili ubojstva. Seksualno nasilje obuhvaća tjelesno i psihičko nasilje te se odnosi na seksualno uznemiravanje, seksualnu zloupotrebu, incest, nedobrovoljne seksualne radnje i silovanje. Ekonomsko nasilje uključuje uskraćivanje i oduzimanje financijskih sredstava, neplaćanje alimentacije i sve druge oblike uskraćivanja i ostavljanja žene bez sredstava za život (Ajduković i Pavleković, 2004).

Mamula i Dijanić Plašć (2014) ispitivale su sociodemografske karakteristike žena žrtava obiteljskog nasilja te njihovo iskustvo. Podaci su prikupljeni za 183 punoljetne žrtve nasilja u obitelji iz cijele Hrvatske. Iste su u trenutku provedbe istraživanja bile smještene u skloništima za žrtve nasilja u obitelji ili su dolazile u savjetovališta namijenjena žrtvama nasilja. Duljina izloženosti nasilju u obitelji kretala se u rasponu od 3 mjeseca do 51 godine. Više od trećine žena u istraživanju odraslo je u obiteljima u kojima je bilo prisutno nasilje, dok njih 18% ne može procijeniti je li ponašanje u obitelji bilo obilježeno nasiljem. Neovisno o broju počinitelja koji su vršili nasilje, sve žene bile su izložene opetovanom nasilju od strane pojedinih osoba. Kada se radi o iskustvu nasilja u odrasloj dobi, sve sudionice istraživanja doživjele su barem jedan od oblika psihičkog nasilja što je ujedno i najčešći oblik pretrpljenog nasilja među sudionicama. Pri tome najčešće je omalovažavanje, ponižavanje, obezvrjeđivanje i

proglašavanje osobe ludom te prijetnje silom. Psihičko nasilje kroz izolaciju doživjela je velika većina sudionica, a navedeno se odnosi na zabranu održavanja kontakta s rodbinom i prijateljima, no žene rijetko izvješćuju o potpunoj zabrani izlazaka iz kuće. Različite oblike ekonomskog nasilja doživjelo je dvije trećine sudionica. Najčešće se radi o uskraćivanju sredstava za život. Skoro sve sudionice (94%) pretrpjele su barem jedan od oblika fizičkog nasilja, a najčešće naguravanje na zid ili druge predmete te šamaranje. U uzorku su najmanje bili zastupljeni ranjavanje oružjem te nanošenje opekline, no važno je naglasiti kako su se svi navedeni oblici nasilja javljali opetovano. Iako je seksualno nasilje najrjeđi oblik nasilja, sudionice su najčešće doživljavale neželjene seksualne primjedbe i/ili ponude, dok je pokušaj silovanja doživjelo 36% žena, a silovanje 26% sudionica. Određeni oblici nasilja međusobno su povezani. Tako je psihičko nasilje kroz izolaciju statistički značajno povezano s psihičkim i fizičkim nasiljem. Ekonomsko nasilje značajno je povezano samo s psihičkim nasiljem, ali ne s onim oblicima psihičkog nasilja koji uključuju izolaciju žrtve (Mamula i Dijanić Plašč, 2014).

Epizode nasilja nad ženom dio su složenog i kontinuiranog obrasca ponašanja, a nasilje je sastavni dio dinamike odnosa (Ajduković i Pavleković, 2004). Kod dugotrajnih oblika nasilja razvija se ciklus nasilja od tri faze koje se razlikuju u trajanju i intenzitetu. Ciklus nasilja u obitelji (Helton, 1987) identificira prvu fazu kao fazu rastuće napetosti između partnera te je žena svjesna kako je nasilje neizbježno. Prvu fazu karakteriziraju manji incidenti i pokušaji smirivanja situacije od strane žrtve. Kod žrtve se javlja osjećaj odgovornosti za ponašanje počinitelja i sprječavanje nasilja, a neuspjeh u istome vodi znakovima depresivnosti, anksioznosti i bespomoćnosti. Druga faza predstavlja nasilni događaj kod kojega dolazi do nekontroliranog oslobođenja akumulirane napetosti, a sam nasilan događaj može imati različito vremensko trajanje. Nakon nasilnog događaja kod žene se javlja šok, poricanje i nevjerica te žrtva u ovoj fazi najčešće ne traži pomoć. Pomoć se traži u slučaju teških tjelesnih ozljeda, nakon čega se žrtva ponovno vraća partneru. Nasilje se u ovoj fazi može proširiti i na djecu, kućne ljubimce te druge članove obitelji. Treća faza odnosi se na žaljenje, ispričavanje, zgražanje i kajanje koje se javlja kod određenog dijela počinitelja nakon nasilnog događaja. Počinitelji najčešće opravdavaju svoje ponašanje te obećavaju kako se ono više neće ponoviti. Međutim, moguće je da u trećoj fazi počinitelj ne iskazuje kajanje zbog nasilnog događaja te se u tom slučaju treća faza odnosi na razdoblje bez nasilja. Nakon treće faze ponovno se javlja prva faza te se ciklus nasilja nastavlja (Helton, 1987).

Istraživanja ukazuju na negativan utjecaj ne samo tjelesnog, već i ne-tjelesnog nasilja na ženino zdravlje (Bonomi i sur., 2006). Nasilje u obitelji dovodi do različitih posljedica koje,

ovisno o vrsti nasilja, mogu biti vidljive ili manje uočljive (Ajduković i Pavleković, 2004). Najčešći znakovi fizičkog nasilja su različite ozljede, hematomi, iščašenja, opekline i lomovi, tragovi gušenja, unutarnja krvarenja i slično. Seksualno zlostavljana žena u 40% slučajeva trpi i tjelesne ozljede poput abrazija i kontuzija grudi i lica, vaginalna oštećenja i kontuzije, a u 5% slučajeva seksualno nasilje dovodi do neplanirane trudnoće (Burge, 1997). Praksa ukazuje na to da se žene bez jasnih i vidljivih znakova nasilja obraćaju liječniku radi potrebe za antidepressivima, analgeticima ili sredstvima za spavanje te se u tim slučajevima nerijetko radi o dugotrajno prisutnom obiteljskom nasilju (Ajduković i Pavleković, 2004). Od psihičkih posljedica javljaju se osjećaji slabosti, straha, srama, krivnje, napetosti, samo-zanemarivanja, poremećaja spavanja, suicidalnost, zloupotreba psihoaktivnih tvari, problemi s koncentracijom, anksioznost, depresivnost, napadaji panike, posttraumatski stresni poremećaj i slično (Ajduković i Pavleković, 2004). Depresija i posttraumatski stresni poremećaj javljaju se u komorbiditetu te su najčešća posljedica obiteljskog nasilja u pogledu psihičkog zdravlja žrtve (Campbell, 2002). Uz navedeno, s ciljem smirivanja i lakšeg nošenja sa simptomima nasiljem izazvanog posttraumatskog stresnog poremećaja, kod žrtava se nerijetko javlja i zloupotreba alkohola i droga (Kilpatrick i sur., 1997). Kada se psihičko zlostavljanje javlja samostalno jača je povezanost istoga s pojavom psihičkih poremećaja, nego što je to slučaj kod tjelesnog nasilja (Ludermir i sur., 2008). S druge strane, izraženi psihički poremećaji javljaju se kod žena koje trpe sve oblike nasilja (Ludermir i sur., 2008). Nadalje, žene izložene nasilju imaju višu prevalenciju kroničnih zdravstvenih problema poput insomnije, umora, gastrointestinalnih smetnji, bolova u mišićima, anemije, migrena i palpitacija, dok je kod trudnica prisutan prerani porod ili rađanje djeteta s niskom porođajnom težinom (Ajduković i Pavleković, 2004). Bonomi i sur. (2006) navode kako žene koje su nedavno doživjele neki oblik partnerskog nasilja trpe barem jedan simptom kroničnih bolesti poput bolova u zglobovima, bolova u leđima, insomnije ili nedostatka zraka. Za razliku od žena koje nisu doživjele partnersko nasilje, žrtve obiteljskog nasilja u većoj su mjeri pušačice, sklonije su rizičnijim ponašanjima te češće konzumiraju alkohol u velikim količinama (Bonomi i sur., 2006). Obiteljsko nasilje ima dugotrajne posljedice na zdravlje žrtve, čak i nakon što je nasilje prekinuto (Campbell, 2002). Prema Campbell (2002) efekti nasilja manifestiraju se kroz loš zdravstveni status, nisku kvalitetu života i često korištenje medicinskih usluga. Zaključno, žene žrtve partnerskog nasilja imaju značajno lošije zdravstvene ishode u odnosu na žene koje nasilje nisu proživjele (Bonomi i sur., 2006).

## *1.2. Faktori rizika*

Kako bi se kreirali efektivni programi prevencije intimnog partnerskog nasilja potrebno je poznavanje i razumijevanje rizičnih faktora i zaštitnih faktora. Na taj način utvrđuju se čimbenici koji povećavaju (rizični faktori) ili smanjuju (zaštitni faktori) rizik viktimizacije.

Riggs i suradnici (2000) u svojem su znanstvenom radu saželi moguće faktore rizika koji su povezani s viktimizacijom u partnerskom odnosu. Autori naglašavaju kako različite studije daju nekonzistentne nalaze o korelatima viktimizacije te da niti jedan faktor rizika ne omogućava dosljedno razlikovanje žrtava nasilja od onih koji to nisu. Za kliničke svrhe i zbog neslaganja između dosadašnjih studija, autori zaključuju da su dinamika para ili karakteristike povezane s muškarcima koji počinu nasilje korisnije od karakteristika žrtve u procjeni rizika za viktimizaciju (npr. Hotaling i Sugarman, 1990). Kao faktori rizika ističu se prethodno iskustvo nasilja, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, psihopatologija te percipiran osjećaj opasnosti i straha od partnera.

Prethodno iskustvo nasilja može se odnositi na indirektno promatranje obiteljskog nasilja unutar kućanstva (posredna viktimizacija) i/ili proživljavanje direktnog nasilja, odnosno zlostavljanja u djetinjstvu (neposredna viktimizacija) (Riggs i sur., 2000). Ajduković i Pavleković (2004) navode povijest zlostavljanja u obitelji kao jedno od obilježja žena žrtava obiteljskog nasilja, bilo da su iste posredno ili neposredno izložene nasilju u djetinjstvu. Riggs i sur. (2000) ukazuju na to da su nalazi oko posredne viktimizacije u djetinjstvu kao korelata buduće viktimizacije u partnerskom odnosu dvosmisleni. Određeni autori potvrđuju navedenu povezanost (npr. Hotaling and Sugarman, 1986) te ukazuju na udvostručenu stopu povijesti obiteljskog nasilja kod žrtava supružničkog nasilja u odnosu na prethodno iskustvo nasilja kod osoba koje nisu proživjele partnersko nasilje (npr. Kantor and Straus, 1989). Nadalje, prethodno promatranje obiteljskog nasilja pokazalo se kao snažan prediktor buduće viktimizacije (npr. Jackson, 1996). Međutim, druga istraživanja osporavaju prethodno navedene nalaze te autori navode kako promatranje obiteljskog nasilja nije konzistentan korelat doživljaja nasilja u odrasloj dobi (npr. Pagelow, 1984, Sedlak, 1988). S druge strane, Hotaling i Sugarman (1990) smatraju kako se učinak svjedočenja nasilju može pomiješati s drugim diskriminirajućim oznakama rizika poput bračnog sukoba. Iako Cappell i Heiner (1990) izvješćuju o povezanosti agresije kod primarne obitelji i viktimizacije u odrasloj dobi, isti autori sugeriraju da se radi o međugeneracijskom prijenosu viših razina ranjivosti na međuljudsku obiteljsku agresiju, a ne o prijenosu specifičnih uloga u agresivnim interakcijama. Iskustvo neposrednog proživljavanja nasilja u djetinjstvu kao korelata buduće viktimizacije također nije u potpunosti definirano.

Neka istraživanja utvrđuju kako je povezanost konzistentna (npr. Sedlak, 1988) te navode da 71% žena žrtva nasilja prijavljuje iskustvo tjelesnog zlostavljanja u djetinjstvu, dok njih 53% posjeduje iskustvo seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. Druga istraživanja pak ukazuju na to da neposredno iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu ne omogućava razlikovanje između žena žrtava obiteljskog nasilja i žena koje nisu žrtve nasilja, ali su dio nenasilnog konfliktnog partnerskog odnosa. Hotaling i Sugarman (1990) multivarijantnom analizom utvrđuju kako se uključivanjem bračnog sukoba u analizu predikcije buduće partnerske viktimizacije gubi mogućnost razlikovanja žena žrtava od onih koje to nisu. Drugim riječima, faktor rizika poput bračnog sukoba medijator je odnosu neposredne viktimizacije u djetinjstvu i buduće viktimizacije u partnerskom odnosu. Uz neposredna ili posredna iskustva viktimizacije djetinjstvu, važan je i odnos iskustva tjelesnog nasilja u vezi te kasnijeg nasilja u braku. Moguće je da se obrasci ponašanja i očekivanja, uključujući one vezane uz nasilje, prenose u bračni odnos te postaju temelj istoga što upućuje na to da je iskustvo tjelesnog nasilja tijekom veze ujedno i faktor rizika za kasnije supružničko nasilje (npr. Roscoe i Benaske, 1985).

Vežano za zloupotrebu supstanci poput alkohola kao faktora rizika za viktimizaciju u partnerskom odnosu, nalazi su također nekonzistentni. Najveća poteškoća u utvrđivanju ovog faktora rizika jest uzročno-posljedična veza prekomjerne konzumacije alkohola i pretrpljenog nasilja. Konzumiranje psihoaktivnih supstanci može biti sredstvo za nošenje i suočavanje s pretrpljenim nasiljem, stoga je teško utvrditi je li ono prethodilo nasilju ili se javlja kao posljedica pretrpljenog nasilja. Leonard i Senchak (1996) objašnjavaju prediktivnu ulogu zloupotrebe alkohola kod žrtava u pojavi partnerskog nasilja činjenicom da je žrtvina prekomjerna konzumacija alkohola u stvarnosti povezana s počiniteljevom prekomjernom konzumacijom alkohola. Iako žrtvina zloupotreba alkohola i droga ima određenu ulogu u obiteljskom nasilju, veću ulogu ima počiniteljeva prekomjerna konzumacija istih (Riggs i sur. 2000).

Postojanje psihopatološke simptomatologije kod žena žrtava obiteljskog nasilja dobro je utvrđen korelat s iskustvom obiteljskog nasilja. Kao i kod zloupotrebe supstanci, teško je utvrditi uzročno-posljedičnu vezu između postojanja psihopatologije i iskustva obiteljskog nasilja. Jedan od razloga jest taj da su kod žena žrtava obiteljskog nasilja česti simptomi PTSP-a, depresije, generaliziranog anksioznog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja, pri čemu isti služe kao markeri obiteljskog nasilja. Osim toga, simptomi koji se razvijaju kao posljedica nasilja u braku mogu ometati mogućnost žene da se zaštiti od budućeg zlostavljanja (Riggs i sur. 2000).

S obzirom na to da je obiteljsko nasilje često konzistentno i dugotrajno, ženin osjećaj opasnosti i straha od partnera jedan je od bitnijih faktora u procjeni obiteljskog nasilja. Riggs i sur. (2000) smatraju kako se ženin osjećaj straha od supruga te osjećaja kako je isti u mogućnosti biti nasilan trebaju uzeti u obzir kao faktori rizika za obiteljsko nasilje te da odgovorni, u tom slučaju, trebaju poduzeti zaštitne mjere. Navedeno su potvrdili Weisz, Tolman i Saunders (2000) koji su na uzorku žena čiji su partneri proglašeni krivima za obiteljsko nasilje usporedili prediktivnu moć približno 25 do sada utvrđenih čimbenika rizika, od onih koji se spominju u stručnoj literaturi do samoprocjene žena o vjerojatnosti da će njihov partner biti ponovno agresivan u budućnosti. Dobiveni rezultati pokazali su da se, u odnosu na ostale činitelje rizika, samoprocjene žena učinkovitiji prediktori ozbiljnog nasilja u iduća četiri mjeseca.

Yakubovich i suradnici (2018) proveli su metaanalizu longitudinalnih studija o rizičnim i zaštitnim faktorima kod žena žrtava intimnog partnerskog nasilja. Neplanirana trudnoća, roditelji s osnovnoškolskim obrazovanjem i nizak socioekonomski status identificirani su kao statistički značajni rizični faktori za partnersko nasilje. Uz navedene, autori ističu i partnerovu zloupotrebu alkohola, korištenje marihuane, opijanje, nisku razinu kontrole od strane roditelja tijekom djetinjstva, iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu, antisocijalno ponašanje, prihvaćanje tradicionalnih rodni uloga, nisku socijalnu podršku, nisku razinu obrazovanja, negativan partnerski odnos i kohabitaciju s partnerom kao potencijalne čimbenike rizika koji se trebaju dodatno istražiti. Autori također ističu nedostatke dosadašnjih istraživanja u području rizičnih faktora u kontekstu obiteljskog nasilja. Naime, većina istraživanja usmjerena je na istraživanje obilježja tjelesnog nasilja, karakteristika žena žrtava nasilja kao potencijalnih rizičnih faktorima te provođenju istraživanja na ženama mlađe životne dobi s područja Sjedinjenih Američkih Država.

Istraživanje provedeno u Srbiji (Djikanović i sur., 2009) također potvrđuje kako je većina rizičnih čimbenika povezanih s intimnim partnerskim nasiljem prema ženama povezana s karakteristikama muškog partnera. Radi se o partnerovoj svakodnevnoj konzumaciji alkohola, nevjeri, nižoj razini obrazovanja i iskustvu nasilja u djetinjstvu. Prema istima autorima, kod žena rizični faktori za intimno partnersko nasilje su neželjeno ili prisilno prvo seksualno iskustvo. Istraživanje ukazuje na složenost čimbenika koji djeluju u intimnom partnerskom nasilju, od individualnih čimbenika žene i njezinog partnera do trenutnih čimbenika i čimbenika povezanih s ranijim životnim događajima (Djikanović i sur., 2009).



### 1.3. Kvaliteta života kod žena žrtava obiteljskog nasilja

Kvaliteta života je višedimenzionalan konstrukt, koji označava subjektivnu procjenu pojedinca o trenutnom stanju vlastitog života te obuhvaća različite dimenzije poput objektivne procjene životnog standarda, općeg zdravlja, produktivnosti, prilike za bliskim kontaktima, pripadanja zajednici, kao i subjektivne percepcije vlastite dobrobiti i zadovoljstva životom (Cummins, 1998). Kvaliteta života je psihološka kategorija koja ne proizlazi iz zadovoljavanja osnovnih potreba, već se radi o psihološkoj strukturi pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom koja ga okružuje (Krizmanić i Kolesarić, 1989). Različiti autori na različite načine definiraju kvalitetu života. Prema prvom gledištu (Spencer, 2006), kvaliteta života odnosi se na sposobnost izvršavanja društvenih i osobnih zadataka, primjereno dobi, spolu, inteligenciji i pripadnosti životnoj klasi. Upitnici proizašli iz ovog pristupa temelje se na ispitivanju ograničenja ili napora s kojim pojedinci obavljaju određene funkcije (Ajduković i sur., 2007). Drugi pristup smatra kako je kvaliteta života percepcija pojedinca o vlastitom položaju u usporedbi s njegovim ciljevima koji se na temelje na vrijednosnom sustavu kojeg taj pojedinac prihvaća (Ajduković i sur., 2007). Prema navedenom, kvaliteta života uključuje sveobuhvatno zadovoljstvo ili nezadovoljstvo vlastitim životom (Ravens-Sieberer i sur., 2001).

Kvaliteta života povezana sa zdravljem (eng. *health-related quality of life*) najčešće se istražuje u području nasilja nad ženama. Ista se definira kao subjektivna percepcija učinka zdravlja, oboljenja i tretmana na kvalitetu života (Ferrans i sur., 2005). Kvaliteta života povezana sa zdravljem je višedimenzionalni konstrukt kojega čine psihološki, fiziološki i funkcionalni aspekti dobrobiti (Kvarme i sur., 2009). Utvrđuje se stanje pojedinca u terminima simptoma ili općeg funkcioniranja, a može reflektirati i pojedinčevo vrednovanje konkretnih oblika zdravstvenog stanja (Brazier i sur., 1999). Istraživanja su dokazala kako je izloženost partnerskom nasilju povezano s nižim razinama kvalitete života povezane sa zdravljem. Wittenberg i suradnici (2007) utvrdili su kako partnersko nasilje značajno djeluje na emocionalnu i psihološku domenu zdravstvenog funkcioniranja. Nadalje, žene koje su tijekom života ili u posljednjih godinu dana doživjele tjelesni napada i seksualnu prisilu imaju niže rezultate na mjerama kvalitete života povezane sa zdravljem u domeni funkcionalnog zdravlja i dobrobiti (Costa i sur., 2015). Alsaker i suradnici (2018) kroz transverzalno istraživanje utvrdili su kako žene žrtve partnerskog nasilja izvještavaju o nižim razinama kvalitete života povezane sa zdravljem u odnosu na žene koje nisu proživjele partnersko nasilje. Nadalje, isti autori utvrđuju kako je socijalno funkcioniranje i mentalno zdravlje norveških žena žrtva obiteljskog nasilja ispod populacijske norme žena iste dobi. Rezultati na korištenoj ljestvici bili

su toliko niski da su ukazivali na rizik za počinjenje samoubojstva. Alsaker i suradnici (2018) također su utvrdili kako žene koje traže pomoć nakon što su doživjele obiteljsko nasilje imaju iznimno niske rezultate u domeni mentalnog zdravlja. Autori su pratili zlostavljanje žene koje su napustile svoje partnere u norveškim skloništimama te se istima kvaliteta života značajno popravila po pitanju vitalnosti, socijalnog funkcioniranja i mentalnog zdravlja nakon godinu dana. Unatoč tome, niske razine psihičkog zdravlja nisu se značajno promijenile.

#### *1.4. Samopoštovanje*

Samopoštovanje definiramo kao rezultat formiranoga pojma o sebi, odnosno kao vrednovanje ili evaluaciju sebe (Jelić, 2012). Točnije, samopoštovanje predstavlja pozitivan ili negativan stav prema samome sebi (Rosenberg, 1965). Dio autora smatra da je samopoštovanje stabilna karakteristika pojedinca koja se teško može promijenit nakon formacije (Jelić, 2012). S druge strane određena istraživanja pokazuju da je samopoštovanje promjenjivo kroz vrijeme te reaktivno na okolinu (npr. Jex i sur., 1994). Prema suvremenim istraživanjima samopoimanje nije urođeno, već se uči i razvija tijekom života (Lacković-Grgin, 1994). Novija istraživanja upućuju na zaključak da je stupanj stabilnosti samopoštovanja tijekom vremena, uz prosječnu razinu samopoštovanja, važna odrednica individualnih razlika u ponašanju i reakcijama na prijetnju samopoštovanju (npr. Greenier i sur., 1995, Kernis i sur., 1993). Samopoštovanje je nerijetko pokazatelj mentalnog zdravlja, prilagodbe pojedinca te zrele ličnosti (Jelić, 2012). Pojedinci s visokim samopoštovanjem poštuju sebe i smatraju se vrijednima, dok su pojedinci niskoga samopoštovanja skloni odbacivanju sebe, nezadovoljstvu sobom i prijeziru prema sebi (Rosenberg, 1965). Teže rješavanje prepreka te nedostatak vjerovanja u vlastite sposobnosti karakteristike su osoba s niskim samopoštovanjem, a navedeno može biti popraćeno nizom negativnih posljedica poput depresivnosti, anksioznosti ili poremećaja prehrane (Dacey i Kenny, 1994).

Ajduković i Pavleković (2004) navode kako žene žrtve nasilja imaju nisko samopoštovanje te podcjenjuju vlastite sposobnosti. Uz navedeno, osjećaju bespomoćnost oko mogućnosti izlaska iz ciklusa nasilja u kojemu su nalaze, a nisko samopoštovanje pridonosi nenapuštanju nasilnog partnera (Aguilar i Nightingale, 1994). Žrtve nasilja s niskim samopoštovanjem mogu vjerovati kako zaslužuju nasilje koje trpe, posebice u slučajevima kada su odrasle u obiteljima s problemom nasilja (Buel, 1999). Buel (1999) također navodi kako intenzivno verbalno nasilje i omalovažavanje žrtve doprinosi smanjenju njezinog osjećaja vlastite vrijednosti. Žrtve sebe doživljavaju kao središte oko kojega se zadovoljavaju zahtjevi i

potrebe nasilnog partnera što postaje svojevrsni obrambeni mehanizam (Ajduković i Pavleković, 2004). S povećanjem težine i učestalosti nasilja samopoštovanje opada, dok se depresivni simptomi kod žena žrtava povećavaju (npr. Cascardi i O'Leary, 1992, Mitchell i Hodson, 1983). S druge strane, Orava i suradnici (1996) utvrđuju kako žene žrtve nasilja imaju nižu razinu samopoštovanja u odnosu na kontrolnu skupinu, ali ne dokazuju negativnu povezanost između težine nasilja i samopoštovanja. Lynch i Graham-Bermann (2000) u svojem istraživanju utvrđuju značajnu negativnu povezanost između samopoštovanja te izloženosti fizičkim prijetnjama i kontrolirajućem ponašanju koje svrstavaju u kategoriju psihološkog zlostavljanja. Nadalje, kada žena žrtva obiteljskog nasilja potraži pomoć od svoje neformalne socijalne mreže te se susretne s nerazumijevanjem i izbjegavanjem dolazi do smanjenja samopoštovanja i osjećaja vlastite sposobnosti (Aguilar i Nightingale, 1994).

### *1.5. Psihološka otpornost*

Otpornost se u znanstvenoj literaturi definira na različite načine. Između ostaloga, otpornost se definira kao sposobnost oporavka od stresa te prilagodbe stresnim okolnostima (Carver, 1998; Tusaie i Dyer, 2004), zatim kao sposobnost izbjegavanja nepovoljnih okolnosti, odolijevanja bolesti unatoč nedaćama te sposobnost adekvatnog funkcioniranja unatoč stresu (Carver, 1998; Tusaie i Dyer, 2004). Windle (2010), koristeći različite izvore i metode, definira otpornost kao proces uspješnoga nošenja sa značajnim izvorima stresa ili traumom, odnosno upravljanja njima. Autor navodi kako resursi unutar pojedinca, njegov život i okolina olakšavaju sposobnost prilagodbe pri susretanju s nedaćama, a iskustvo otpornosti varira tijekom cijeloga života. Teorija otpornosti fokusira se na razumijevanje zdravog razvoja unatoč rizicima te na snage unutar pojedinca (Windle, 2010). U posljednjih desetak godina raste interes za proučavanjem konstrukta otpornosti te njegovog djelovanja na zdravlje, subjektivnu dobrobit i kvalitetu života (Windle, 2010).

Kada se govori o pojmu otpornosti u kontekstu odraslih pojedinaca, isti je potrebno razlikovati od procesa oporavka. Pojam oporavka označava proces u kojemu se uobičajeno funkcioniranje povodom određenog događaja privremeno zamjenjuje određenim simptomima psihopatologije (npr. simptomi depresije) u razdoblju od najmanje nekoliko mjeseci, a zatim se postupno vraća na stanje prije događaja (Bonanno, 2008). Potpuni opravak može potrajati ili biti brz. S druge strane, otpornost predstavlja sposobnost održavanja stabilne ravnoteže (Bonanno, 2008). Prema Bonanno (2008), otpornost na gubitak ili traumu odnosi se na odrasle pojedince u inače normalnim okolnosti, a koji imaju sposobnost održati relativno stabilnu,

zdravu razinu psihičkog i tjelesnog funkcioniranja nakon izloženosti izoliranom, potencijalno ometajućem ili životno ugrožavajućem događaju. Osobe s visokim razinama otpornosti mogu doživjeti prolazne smetnje u normalnom funkcioniranju, ali općenito pokazuju stabilnu putanju zdravog funkcioniranja tijekom vremena, kao i sposobnost za stvaranjem generativnih iskustva te proživljavanjem pozitivnih emocija (Bonanno i sur., 2001).

U kontekstu partnerskog nasilja, dosadašnja kvantitativna istraživanja najčešće se odnose na istraživanja i testiranja modela otpornosti na specifičnim populacijama žena žrtava nasilja (Crann i Barata, 2015). U kvantitativnim istraživanjima odraslih žena koje su preživjele partnersko nasilje, otpornost se najčešće konceptualizira kao rezultat zaštitnih čimbenika, a mjeri kao odsutnost psihopatologije (Crann i Barata, 2015). Uz navedeno, koriste se i različite mjere samoprocjene otpornosti te mjere općeg psihološkog distresa radi istraživanja povezanosti između iskustva proživljavanja nasilja, psihološkog distresa i otpornosti kod žena koje žive u skloništima za žrtve nasilja. Kvantitativna istraživanja omogućila su identificiranje zaštitnih faktora poput socijalne podrške, samopoštovanja, nade, samoefikasnosti, duhovnosti i osnaživanja (Crann i Barata, 2015). Unatoč tome, razumijevanje otpornosti kao odsutnosti psihopatologije ne uzima u obzir socijalni i kulturalni kontekst u sklopu kojega se otpornost razvija što ograničava mogućnost razumijevanja složenog fenomena otpornosti (Almedom i Glandon, 2007). Višedimenzionalni pristup u proučavanju otpornosti sugerira da pojedinci možda neće zadovoljiti pokazatelje otpornosti (npr. postavljanjem dijagnoze PTSP-a), a ipak funkcioniraju dobro u drugim domenama prilagodbe, kao što su školski ili radni učinak (Luthar i sur., 2000). Nadalje, pokazatelji ili zaštitni faktori otpornosti ne moraju imati jednaku važnost u različitim socijalnim i kulturalnim kontekstima. Čak i unutar populacije žrtva intimnog partnerskog nasilja postoje različiti konteksti te se dinamika i priroda proživljavanja nasilja opisuje kao fluidni proces koji se mijenja s vremenom (Merritt-Gray i Wuest, 1995). Kvantitativna istraživanja otpornosti kod žena žrtava nasilja često zanemaruju navedeno te podrazumijevaju kako je razvijanje otpornosti te iskustvo iste konstantno kroz vrijeme i populacije (Crann i Barata, 2015). Unatoč tome, dosadašnja istraživanja ukazuju na to da individualne razlike i okolinski čimbenici utječu na pojedinčev odgovor na stresne situacije (Crann i Barata, 2015). Iako rezultati istraživanja pokazuju da je otpornost češći odgovor na traumu nego što se prije smatralo, malo je vjerojatno da je on ujednačen među pojedincima i u različitim kontekstima (Crann i Barata, 2015). Stoga je, prilikom istraživanja otpornosti u kontekstu intimnog partnerskog nasilja, potrebno uzeti u obzir okruženje u kojemu se žrtva nasilja nalazi (Crann i Barata, 2015).

## *1.6. Socijalna podrška*

Socijalna podrška definira se kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se oslanjamo, koje nam daju do znanja da o nama brinu, da nas vole i cijene (Sarason i sur., 1986). Thoits (1995) smatra socijalnu podršku mehanizmom suočavanja i definira istu kao pomoć u suočavanju sa stresom, odnosno kao socijalni „fond“ za kojim ljudi posežu u stresnim situacijama. Socijalna podrška doprinosi pozitivnoj prilagodbi i osobnom razvoju te pruža zaštitu od stresa (Sarason i sur., 1983) na način da povećava razinu samopoštovanja, djeluje na percepciju stresnih događaja te povećava znanje o načinima suočavanja sa stresom (npr. Zimet i sur., 1988). Socijalna podrška je u kontekstu nasilja nad ženama istraživana kao primarni potencijalni zaštitni faktor (Carlson i sur., 2002). Većina istraživanja utvrđuje kako žene žrtve nasilja imaju nisku razinu percipirane socijalne podrške (npr. Nurius i sur., 1992). Međutim, postoje i istraživanja u kojima nije utvrđen takav nalaz (npr. Carlson i sur., 2002; Zlotnick i sur., 1998).

Određeni teorijski modeli pokušavaju objasniti procese kroz koje socijalna podrška djeluje na dobrobit nakon proživljenog nasilja. Prema modelu glavnog efekta socijalna podrška ima važne implikacije na dobrobit pojedinaca bez obzira na prisutnost ili odsutnost životnog stresa (Cohen i sur., 2000). U kontekstu partnerskog nasilja, ovaj model sugerira da emocionalna i materijalna podrška dobivena od obitelji, prijatelja i drugih ima pozitivan učinak na dobrobit žena bez obzira na količinu ili težinu doživljenog zlostavljanja. Kemp i suradnici (1995) potvrdili su model glavnog efekta u istraživanju u kojem su sudjelovale žene žrtve tjelesnog i verbalnog nasilja koje borave u skloništima. Autori su utvrdili kako percipirana socijalna podrška ima pozitivan učinak na subjektivnu dobrobit neovisno o obliku doživljenog nasilja, dok su Theran i suradnici (2006) utvrdili pozitivne učinke socijalne podrške neovisno o jačini pretrpljenog nasilja. Socijalna podrška negativno je povezana s vjerojatnošću počinjenja suicida kod žena koje su doživjele nasilje (Meadows i sur., 2005) te je pozitivno povezana s cjelokupnim psihičkim zdravljem (Coker i sur., 2002) što također govori u prilog postavkama modela glavnog efekta. Socijalna podrška također je istraživana kao moderator u doživljavanju stresa (Cohen i sur., 2000) što se u kontekstu partnerskog nasilja odnosi na ulogu socijalne podrške kao zaštitnog faktora koji ublažava utjecaj zlostavljanja na dobrobit žrtava. S obzirom na to, zlostavljanje može imati različit učinak na subjektivnu dobrobit, ovisno o percipiranoj socijalnoj podršci (Beeble i sur., 2009). Carlson i suradnici (2002) potvrdili su ovaj model te ukazali na to da moderatorski efekt socijalne podrške ima manji učinak kod izraženih oblika cjeloživotnog nasilja što sugerira da su zaštitni faktori poput socijalne podrške

nedovoljni za ženinu dobrobit kada se radi o najtežim oblicima pretrpljenog zlostavljanja. Posljednji model predstavlja socijalnu podršku kao medijatora te objašnjava kako zlostavljanje može direktno i negativno djelovati na socijalnu podršku koju žrtva prima (Lepore i sur., 1991). Prijatelji i obitelj mogu izbjegavati žrtvu nasilja iz različitih razloga poput straha od počinitelja ili vjerovanja u mitove o obiteljskom nasilju (Beeble i sur., 2009), ali i sam počinitelj izolira žrtvu od njezine socijalne mreže kao oblik kontrole (Levendosky i sur., 2004). Thompson i sur. (2000) na uzorku afroameričkih žena žrtava obiteljskog nasilja utvrdili su kako glavni učinak zlostavljanja na distress nije značajan kada se u model uvrsti efekt socijalne podrške. Postoje empirijski dokazi koji potvrđuju različite modele socijalne podrške u kontekstu obiteljskog nasilja, no općenito gledajući prisutnost barem jedne osobe s kojom netko može razgovarati o problemima pokazalo se blagotvornim (Cohen i Hoberman, 1983).

Iako je obiteljsko nasilje u značajnoj mjeri prisutno u Republici Hrvatskoj, pregledom literature pronađena su dominantno inozemna istraživanja posljedica obiteljskog i partnerskog nasilja na kvalitetu života žena žrtava te je utvrđeno da navedena tema kod nas nije dovoljno istražena. Tijekom pandemije COVID-19 policija je 2020. godine evidentirala ukupno 1 578 slučajeva kaznenog djela nasilja u obitelji, što je za 39,2 % više u odnosu na 2019. godinu (Ministarstvo unutarnjih poslova, 2020). Sve navedeno upućuje na to da je potrebno dodatno istražiti različite oblike nasilja s kojima se susreću žene u našem društvu te posljedice koje ono ima na kvalitetu života žena žrtava. Pored navedenog, važno je istražiti potencijale zaštitne faktore koji pridonose očuvanju mentalnog i fizičkog zdravlja žena žrtva nasilja, a s ciljem da se isti ojačaju u praktičnom radu sa žrtvama nasilja.

## 2. Cilj i problemi

Ciljevi ovog istraživanja jesu opisati socio-demografski profil korisnica sigurnih kuća u terminima obiteljskog nasilja te utvrditi odrednice psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života.

U skladu s ciljem istraživanja, postavljeni su sljedeći problemi i pripadajuće hipoteze:

1. Utvrditi socio-demografske karakteristike korisnica sigurnih kuća te iskustvo nasilja u djetinjstvu i odrasloj dobi.

Hipoteza 1: Očekuje se da korisnice sigurnih kuća pripadaju dobnoj skupini od 36 do 45 godina, dolaze sa sela ili iz grada / manjeg mjesta, u braku su ili u vezi te imaju dvoje djece. Korisnice će imati završenu srednju školu, biti nezaposlene i bez prihoda, a svoj materijalni status procjenjivati lošim ili vrlo lošim. Navodit će iskustvo nasilja u svojoj primarnoj obitelji.

2. Ispitati povezanost psihičkog i tjelesnog zdravlja, zadovoljstva okolinom te zadovoljstva općom kvalitetom života korisnica sigurnih kuća s psihološkom otpornošću, samopoštovanjem i socijalnom podrškom.

Hipoteza 2: Očekuje se statistički značajna pozitivna povezanost između psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života sa zadovoljstvom okolinom, psihološkom otpornošću, samopoštovanjem i socijalnom podrškom.

3. Ispitati relativni doprinos psihološke otpornosti, zadovoljstva okolinom i socijalne podrške u objašnjenju psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života.

Hipoteza 3: Očekuje se kako će psihološka otpornost, zadovoljstvo okolinom i socijalna podrška značajno pridonositi u objašnjavanju psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života. Problem je eksplorativnog tipa i bez direktivne hipoteze o razini doprinosa pojedinog prediktora.

### 3. Metoda

#### 3.1. Sudionice

U istraživanju su sudjelovale žene žrtve partnerskog nasilja koje su u trenutku provedbe istraživanja bile smještene u sigurne kuće u Republici Hrvatskoj. Upitnike je ukupno ispunilo 45 žena, no dvije sudionice isključene su iz daljnje obrade zbog toga što su doživjele nasilje od strane drugih članova obitelji, a ne od partnera. Stoga, konačan uzorak čine 43 žene žrtve partnerskog nasilja koje u prosjeku imaju 37 godina ( $M=36,51$ ,  $SD=10,80$ ). Najmlađa sudionica ima 22, a najstarija 64 godine. Detaljan pregled socio-demografskih i socio-ekonomskih karakteristika sudionica istraživanja prikazan je u poglavlju rezultata (vidi 4.1. *Sociodemografski profil sudionica istraživanja*).

#### 3.2. Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja kreiran je *online* upitnik koji se sastojao od pitanja vezanih za socio-demografski i socio-ekonomski status sudionica te psihologijskih ljestvica i upitnika. Sudionice istraživanja odgovorile su na niz pitanja temeljem kojih su prikupljeni podaci o prethodnom iskustvu nasilja, prijavi istoga, potencijalnoj hospitalizaciji te dužini boravka u sigurnoj kući. Od psihologijskih ljestvica i upitnika korišteni su World Health Organisation quality of life questionnaire - BREEF (WHOQOL-BREEF, WHOQOL Group, 1998; prema Pibernik-Okanović, 2000), WHO procjena pretrpljenog nasilja (WHO, 2005, prema Djikanović i sur., 2009), Rosenbergova skala samopoštovanja (Rosenberg, 1965; prema Bezinović, 1988), Kratka skala otpornosti (Brief Resilience Scale, Smith i sur., 2008; prema Slišković i Burić, 2018) i Skala socijalne podrške (Macdonald, 1998; prema Ivanov i Penezić, 2010). Psihologijske skale i upitnici korišteni su sukladno autorskim pravima koji vrijede za svaku pojedinu skalu, odnosno upitnik.

**World Health Organisation quality of life questionnaire - BREEF** (WHOQOL-BREEF, WHOQOL Group, 1998; prema Pibernik-Okanović, 2000) kraća je verzija skale WHOQOL koja u svojem originalnom obliku sadrži 100 čestica. Predmetnim upitnikom mjeri se kvaliteta života povezana sa zdravljem, a isti je najčešće korišten instrument u dosadašnjim istraživanjima obiteljskog nasilja. Kraća verzija, korištena u ovom istraživanju, sadrži 26 čestica kojima se ispituju četiri domene kvalitete života: Tjelesno zdravlje (sedam čestica, npr. *Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?*), Psihološko zdravlje (šest čestica, npr. *Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?*), Socijalni odnosi (tri čestice, npr. *Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?*) i Okolina (osam čestica, npr. *Koliko se fizički*



*sigurnima osjećate u svakidašnjem životu?*). Isto tako, jednom česticom ispituje se zadovoljstvo općom kvalitetom života (*Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?*), a zadovoljstvo općim zdravljem također se mjeri jednom česticom (*Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?*). Domena psihičkog zdravlja obuhvaća facete tjelesne slike i izgleda, negativnih i pozitivnih osjećaja, samopoštovanja, duhovnosti/religioznosti i osobnih uvjerenja te razmišljanje, učenje, pamćenje i koncentraciju. Tjelesno zdravlje uključuje čestice koje pokrivaju aktivnosti svakodnevnog života, ovisnost o medicinskim supstancama i pomagalima, energiju i umor, pokretljivost, bol i nelagodu, spavanje i odmor te radni kapacitet. Nadalje, facete sadržane u domeni okoline su financijski resursi, sloboda, fizička sigurnost i općenita sigurnost, dostupnost i zadovoljstvo socijalnom i zdravstvenom skrbi, kućno okruženje, mogućnosti za stjecanje novih informacija i vještina, sudjelovanje i mogućnost za rekreaciju/slobodne aktivnosti, fizičko okruženje (zagađenje/buka/promet/klima) i prijevoz. Socijalni odnosi kroz tri čestice uključuju facete osobnih odnosa, socijalne podrške i seksualne aktivnosti. Zadatak sudionika je procijeniti svoje zadovoljstvo pojedinim domenama na skali Likertovog tipa s pet uporišnih točaka koje se razlikuju ovisno o čestici. Prilikom određivanja zadovoljstva zdravljem ili drugim aspektima života korištene su uporišne točke od jedan (*vrlo nezadovoljan*) do pet (*vrlo zadovoljan*), dok se u kontekstu zadovoljstva kvalitetom života koristila ljestvica od jedan (*vrlo lošom*) do pet (*vrlo dobrom*). Prilikom određivanja čestine određenog doživljaja korištene su dvije vrste uporišnih točaka od jedan (*uopće ne* ili *nikada*) do pet (*u najvećoj mjeri* ili *uvijek*). Ukupni rezultat, odnosno aritmetička sredina na svakoj domeni, može se transformirati na skalu od 4 do 20 ili od 0 do 100 kako bi se rezultati mogli usporediti s dužom verzijom upitnika. Pri tome, viši rezultat ukazuje na veću kvalitetu života u pojedinoj domeni. Koeficijenti pouzdanosti za sve domene su zadovoljavajući. Cronbach alpha koeficijent dobiven na hrvatskom uzorku za domenu Tjelesnog zdravlja iznosi ,82, Okolinu ,80, Psihološkog zdravlja ,75 i za Socijalne odnose ,66. U ovom istraživanju, Cronbach alpha koeficijent zadovoljavajući je za sve domene, osim domene Socijalnih odnosa. Točnije, isti za domenu Tjelesnog zdravlja iznosi ,78, za domenu Psihičkog zdravlja ,86, Okolinu ,73, dok za Socijalne odnose koeficijent pouzdanosti iznosi ,27. Pretpostavlja se kako je koeficijent nizak zbog malog broja čestica (3) te čestice o seksualnom zadovoljstvu koju sadrži (*Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?*). Kada bi se navedena čestica izostavila, Cronbach alpha i dalje ne bi bio zadovoljavajući (,46). Sukladno navedenom, domena Socijalnih odnosa neće se koristiti u daljnjim statističkim analizama. Uz navedeni upitnik sudionicima su postavljena dodatna pitanja kako bi se dobila samoprocjena općeg trenutnog zdravlja (*Kako biste ocijenili svoje sadašnje zdravstveno stanje?*, *Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?*),

usporedba sa zdravljem vršnjaka (*Uspoređujući svoje zdravlje sa zdravljem drugih ljudi Vaše dobi koje poznajete, kakvo je Vaše zdravstveno stanje?*) i podaci o objektivnom zdravlju (*Jeste li sada bolesni?*).

**WHO procjena pretrpljenog nasilja** (WHO, 2005, prema Djikanović i sur., 2009) temelji se na operacionalizaciji nasilja od strane Svjetske zdravstvene organizacije. Točnije, radi se o listi 13 primjera za različite oblike nasilja, a sudionice na skali od 1 (nikada) do 5 (puno puta) procjenjuju učestalost određenog nasilnog ponašanja kojeg su pretrpjele. Skala uključuje šest primjera tjelesnog (*Gurnuo ili grubo naguravao*) tri primjera seksualnog (*Je li Vas sadašnji ili bilo koji drugi partner ikada fizički prisilio na spolni odnos kada to niste željeli*) i četiri primjera emocionalnog nasilja (*Omalovažavao ili ponizio pred drugim ljudima*). S obzirom na to da su subskale tjelesnog i seksualnog nasilja, uz zadovoljavajuću pouzdanost, korištene u sklopu istraživanja provedenog u Srbiji (Djikanović, Jansen i Otašević, 2009), za potrebe ovog istraživanja prevedena je srpska verzija čestica. Podljestvica emocionalnog nasilja prevedena je s engleskog jezika na hrvatski. Točnije, autorica istraživanja u suradnji s mentoricom prevela je čestice s engleskom na hrvatski. Nakon toga, čestice su ponovno prevedene s hrvatskog na engleski jezik od strane studentice više godine anglistike. Originalna verzija na engleskom jeziku uspoređena je s dobivenom verzijom te su se vršile izmjene po potrebi. Pouzdanosti podljestivca tjelesnog nasilja (Cronbach  $\alpha=,86$ ) i psihičkog nasilja (Cronbach  $\alpha=,82$ ) dobivenih na ovom uzorku su podjednake i zadovoljavajuće. Nešto manja, ali zadovoljavajuća pouzdanost utvrđena je kod podljestvice seksualnog nasilja (Cronbach  $\alpha=,71$ ).

**Rosenbergova skala samopoštovanja** (RSS, Rosenberg, 1965; prema Bezinović, 1988) koristi se za procjenu opće razine samopoštovanja. Sastoji se od deset čestica (npr. *Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim*) od kojih je polovica u pozitivnom, odnosno negativnom smjeru. Procjena se daje na skali Likertovog tipa od 1 (*u potpunosti netočno*) do 5 (*u potpunosti točno*). Ukupni rezultat računa se zbrajanjem procjena danih za svaku česticu, a viši rezultat ujedno ukazuje na višu razinu općeg samopoštovanja. Pouzdanost predmetne skale dobivena u ovom istraživanju je zadovoljavajuća te Cronbach  $\alpha$  iznosi ,78.

**Kratka skala otpornosti** (Brief Resilience Scale, Smith i sur., 2008; prema Slišković i Burić, 2018) sadrži šest čestica (npr. *Obično se brzo oporavim nakon teških vremena*), a sudionici procjene daju na skali od pet stupnjeva, pri čemu 1 označava *uopće se ne slažem*, a 5 označava *u potpunosti se slažem*. Ukupni rezultat izračunava se kao prosjek rezultata na svim

česticama, pri čemu je potrebno rekodirati čestice suprotnog smjera. Viši rezultat ukazuje na veću razinu otpornosti. Kroz dosadašnja istraživanja potvrđene su jednofaktorska struktura, zadovoljavajuća pouzdanost i valjanost. Na ovom uzorku Cronbach alpha koeficijent iznosi ,83.

**Skala socijalne podrške** (Macdonald, 1998; prema Ivanov i Penezić, 2010) uključuje percepciju primljene socijalne podrške od strane članova obitelji i prijatelja, a odnosi se ne samo na potencijalno raspoloživu, već i na socijalnu podršku koja se aktualno koristi. Skala također uključuje pozitivnu evaluaciju socijalne podrške. Skala socijalne podrške sastoji se od 14 podljestvica te ispituje četiri tipa socijalne podrške i to: emocionalnu podršku (*Ponekad osjećam da me obitelj ne voli istinski*), instrumentalnu podršku (*Kada bih bio bez novaca obitelj bi mi priskočila u pomoć*), informacijsku podršku (*Moji me prijatelji savjetuju i pružaju mi podršku kada mi je to potrebno*) i podršku samopoštovanju (*Moji me prijatelji previše kritiziraju*). Sadrži ukupno 56 tvrdnji od kojih se 28 odnosi na socijalnu podršku obitelji, a 28 na socijalnu podršku prijatelja. Svaka od dviju podljestvica sadrži po četiri navedena tipa socijalne podrške. Moguće je koristiti rezultat na skali Ukupne socijalne podrške ili rezultat na jednoj ili više podljestvica. Sudionici označavaju slaganje sa svakom pojedinom tvrdnjom na skali od 5 stupnjeva (1 = *uopće ne slažem*, 5 = *u potpunosti slažem*). Ukupan rezultat formira se kao linearna kombinacija odgovora na svim česticama ljestvice, odnosno podljestvice, uz rekodiranje čestica koje se obrnuto boduju. Viši rezultat na skali ili subskali ukazuje na veću socijalnu podršku. Tijekom validacije skale na hrvatskom uzorkom dobivena je zadovoljavajuća pouzdanost, koja je potvrđena u sklopu ovog istraživanja. Ukupna Skala socijalne podrške na ovom uzorku ostvaruje Cronbach alpha koeficijent od ,97.

### 3.3. Postupak

Etičko povjerenstvo formirano na Odsjeku za psihologiju Fakulteta hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu razmotrilo je metodološke i etičke aspekte istraživanja te je odobrilo njegovu provedbu.

Istraživanje je provedeno u suradnji sa sigurnim kućama u Republici Hrvatskoj u periodu od travnja do rujna 2021. godine. Lokacije sigurnih kuća su tajne te je provedba istraživanja bila moguća isključivo u suradnji sa zaposlenim psihologinjama. Sigurne kuće kontaktirane su putem dostupnih *e-mail* adresa, a psihologinje zaposlene u istima zaprimile su detaljne upute o načinu provedbe istraživanja. Ukupno je kontaktirano 18 sigurnih kuća. Dvije sigurne kuće odbile su sudjelovanje u istraživanju, dok je njih 12 pristalo sudjelovati. Preostale kontaktirane ustanove nisu odgovorile na poziv za sudjelovanjem u istraživanju.

Korisnice sigurnih kuća ispunjavale su *online* upitnik na računalu putem *Google* obrasca, uz osiguranu pomoć zaposlenih psihologinja. Dvije sudionice su upitnik ispunjavale u tiskanom obliku, a njihovi odgovori naknadno su uneseni u bazu podataka. Razlog navedenom jest nedostatak tehničkih znanja sudionica te zamolba da se da upitnik ispunjava u tiskanom obliku. Upitnik je započeo s informiranim pristankom, a završavao je s zahvalom i zamolbom da se sudionice obrate stručnom osoblju u sigurnoj kući u slučaju da ih je ispunjavanje upitnika na bilo koji način uznemirilo. Važno je naglasiti kako je pružanje podrške nakon ispunjavanja upitnika ranije dogovoreno i usuglašeno s psihologinjama.

Informirani pristanak sadržavao je kratak opis istraživanja, kontakt podatke autorice istraživanja te informacije o pravima sudionica. U informiranom pristanku istaknuto je da sudionice mogu u bilo kojem trenutku odustati od sudjelovanja u istraživanju, kao i te da su odgovori u potpunosti anonimni. Pored toga što nigdje nisu navodile podatke koji bi mogao otkriti njihov identitet, sudionice nisu nigdje navodile ni sigurnu kuću u kojoj se nalaze ili neke druge podatke putem kojih bi se na indirektan način moglo saznati u kojoj su sigurnoj kući smještene. Odgovori sudionica dostupni su isključivo autorici istraživanja te zaposlenici sigurnih kuća nemaju uvid u iste. Psihologinje sigurne kuće vodile su evidenciju o broju korisnica koje su ispunile upitnik, onima koje su odbile sudjelovati u istraživanju te ukupnom broju korisnica u sigurnoj kući za vrijeme provedbe istraživanja. Nakon što je prikupljanje podataka završilo, podaci su pohranjeni u bazu zaštićenu lozinkom te se pristupilo obradi podataka.

## 4. Rezultati

### 4.1. Sociodemografski profil sudionica istraživanja

Sudionice istraživanja ( $N=43$ ) korisnice sigurnih kuća, u prosjeku imaju 37 godina ( $M=36,51$ ,  $sd=10,80$ ). Najmlađa sudionica ima 22, a najstarija 64 godine. Zastupljenost sudionica prema dobnim skupinama je sljedeća:

- 23,30% sudionica pripada dobnj skupini od 31 do 35 godina
- 18,60% sudionica u dobi je od 20 do 25 godina i od 36 do 40 godina
- 11,60% sudionica pripada dobnj skupini od 26 do 30 godina
- 9,30% u dobi od 51 do 55 godina
- 7% sudionica pripada dobnim skupinama od 41 do 45 godina te od 46 i 50 godina
- 4,70% ( $n=2$ ) sudionica u dobi je od 56 do 65 godina.

### *Veličina mjesta stanovanja*

Više od polovice (55,80%,  $n=24$ ) sudionica živi u manjem mjestu do 5 000 stanovnika. Šest sudionica (14%) živi u mjestu sa 5001 do 10 000 stanovnika, a jednak broj sudionica živi u velikim gradovima s više od 500 000 stanovnika. Pet sudionica (11,6%) stanuje u mjestu s 10 001 do 100 000 stanovnika, a dvije (4,7%) u mjestu s 100 001 do 500 000 stanovnika.

### *Majčinstvo*

Po pitanju majčinstva, jedna sudionica nema djece, dok preostale sudionice ( $N=42$ ) u prosjeku imaju dvoje djece ( $M=2,67$ ,  $SD=1,523$ ,  $max=6$ ). Najviše sudionica ( $n=11$ , 25,6%) ima dvoje djece, troje djece ima 23,30% ( $n=10$ ) sudionica, a jednako su zastupljene i majke s jednim djetetom. Petero majki (11,60%) ima petero djece, a četiri majke imaju četvero djece (9,30%). Samo dvije majke (4,70%) imaju šestoro djece. Barem jedno maloljetno dijete ima 36 sudionica (83,72%).

### *Bračni status*

Nešto manje od polovice sudionica je u braku ( $n=18$ , 41,90%), dok je njih 27,90% ( $n=12$ ) razvedeno. Nadalje, 18,60% sudionica je u izvanbračnoj zajednici ( $n=8$ ), a preostale (11,60%,  $n=5$ ) izjavljuju kako nisu u vezi.

### *Razina obrazovanja*

Većano uz razinu završenog obrazovanja, sudionice najčešće imaju završenu srednju (51,20%,  $n=22$ ) i osnovnu školu (44,20%,  $n=19$ ). Jedna sudionica (2,30%) završila je doktorski studij, dok jedna sudionica nije dala razumljiv odgovor na postavljeno pitanje.

### *Radni i ekonomski status*

Više od polovice sudionica je nezaposleno (51,20%,  $n=22$ ), dok je 18,60% ( $n=8$ ) sudionica na porodiljnom dopustu ili zaposleno na neodređeno vrijeme. Na određeno vrijeme je zaposleno pet sudionica istraživanja (11,60%). Sukladno navedenom, više od polovice sudionica (65,11% %,  $n=28$ ) svoje ekonomsko stanje procjenjuje ispod prosječnim. Manje od trećine sudionica (27,9%,  $n=12$ ) navodi kako imaju prosječno ekonomsko stanje, dok nešto više od prosjeka procjenjuje 7% njih ( $n=3$ ). Nadalje, šest sudionica (14,0%) navodi kako nemaju vlastite prihode, a najveći postotak njih (44,20%,  $n=19$ ) raspolaže s manje od 3 400 kuna mjesečno. S iznosom od 3 401 do 5 000 kuna mjesečno raspolaže 23,20% sudionica ( $n=10$ ). Tri sudionice (7,0%) navode kako mjesečno ostvaruju 3400 kuna primanja, a dvije osobe (4,7%) imaju primanje od 5 001 do 6 000 kuna mjesečno. Ukupno dvije osobe (4,7,0%) raspolažu s mjesečnim prihodima od 6 001 do 8 000 kuna. Samo jedna osoba (2,7%) ima više od 10 001 kuna primanja mjesečno.

#### *4.1.1. Prethodno iskustvo nasilja*

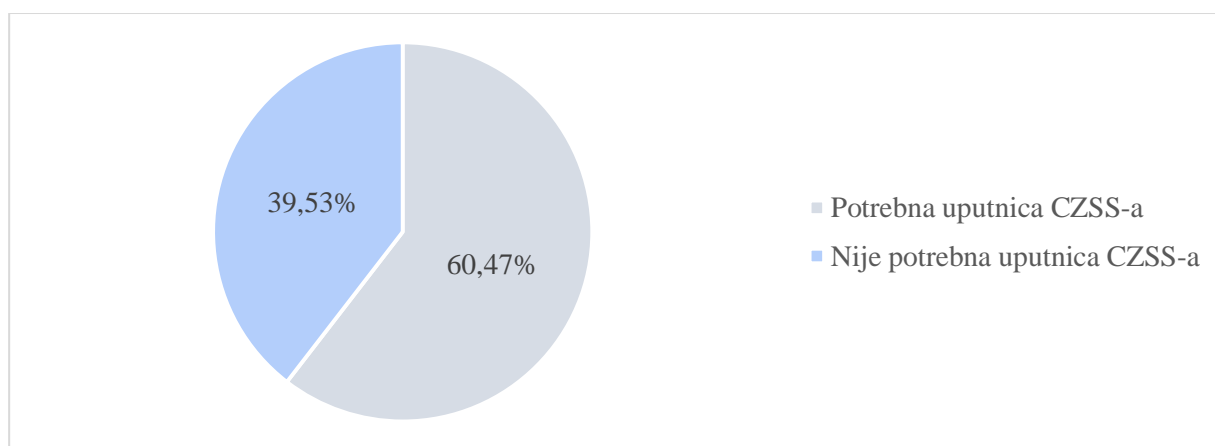
Sudionice su odgovorile na dva pitanja vezana uz iskustvo nasilja u djetinjstvu. Prvim pitanjem ispitano je jesu li sudionice tijekom djetinjstva bile izložene bilo kojem obliku nasilja, uz mogući potvrdni i negativni odgovor te odgovor „ne mogu procijeniti“. U sljedećem pitanju s mogućnosti višestrukog izbora, zadatak sudionica bio je označiti oblike nasilja kojima su bile izložene u djetinjstvu. Među ponuđenim odgovorima bili su i odgovori: „u djetinjstvu nisam bila izložena nasilju“ (kontrolno pitanje), „ne mogu procijeniti“ i „ne želim odgovoriti“.

Odgovori na navedena dva pitanja ne poklapaju se kod određenog broja sudionica. Naime, na prvom pitanju nešto manje od polovice sudionica (44,2%,  $n=19$ ) navodi kako su u djetinjstvu bile izložene nekom obliku nasilja. Neznatno manji broj sudionica (39,5%,  $n=17$ ) navodi kako u djetinjstvu nisu bile izložene nasilju, a 16,30% ( $n=7$ ) navodi kako ne može procijeniti. Na drugo pitanje sudionice su odgovarale nešto drugačije, odnosno jedna sudionica koja je prethodno navela da je bila izložena nasilju u djetinjstvu, na kontrolnom pitanju dala je suprotan odgovor. Od sedam sudionica koje su prvotno navele da ne mogu procijeniti jesu li u

djetinjstvu bile izložene nekom obliku nasilja, tri svoj odgovor potvrđuju i u sljedećem pitanju. Jedna sudionica ipak navodi kako ne može procijeniti te da je proživjela psihičko nasilje, a druga također navodi kako je bila izložena psihičkom nasilju u djetinjstvu. Dvije sudionice od navedenih sedam navele su da ne žele odgovoriti na postavljeno pitanje. Dodatne dvije sudionice nisu željele odgovoriti na pitanje o proživljenom obliku nasilja u djetinjstvu, od kojih je jedna prethodno navela kako je preživjela neki oblika nasilja u djetinjstvu, a druga je prethodno odgovorila suprotno. Ukupno 18 sudionica (41,86%) u oba pitanja navodi kako su u djetinjstvu bile izložene nekom obliku nasilja, a 14 (32,56%) sudionica na oba pitanja navodi kako u djetinjstvu nisu bile izložene nasilju. Od navedenih 18 sudionica koje su dale sukladne odgovore na oba pitanja, njih 16 (88,89%) bilo je izloženo psihičkom nasilju, 11 (61,11%) tjelesnom, pet (27,78%) seksualnom nasilju. Pored navedenog, četiri sudionice doživjele su sve oblike nasilja, a jedna osoba nije željela odgovoriti na pitanje o obliku pretrpljenog nasilja.

#### 4.1.2. Boravak u sigurnoj kući

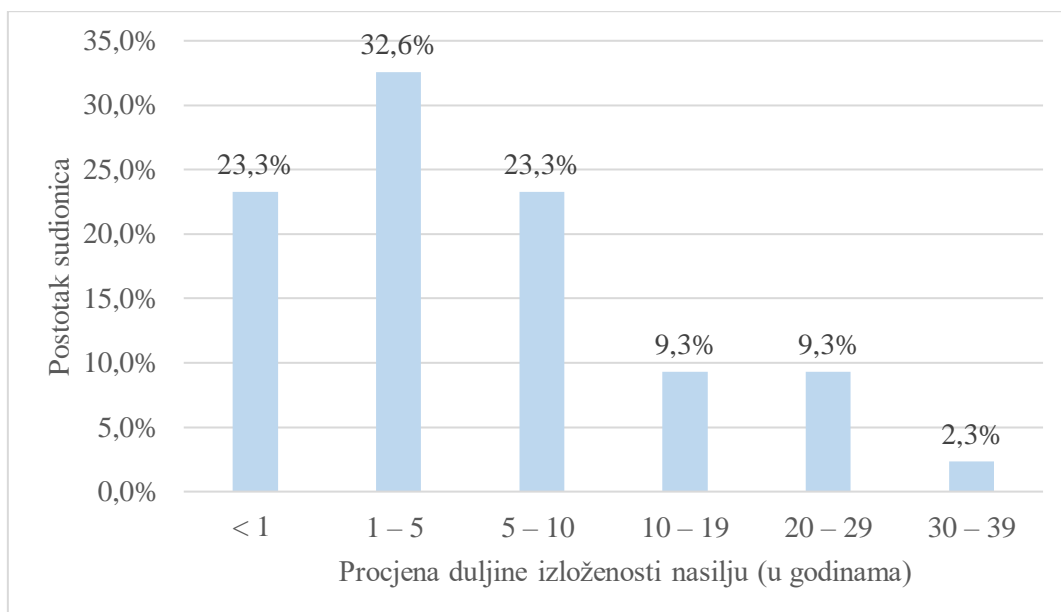
Prosječna dužina boravka u sigurnoj kući iznosi pet mjeseci ( $M=4,79$ ,  $SD=5,653$ ), a najčešća vrijednost ( $D$ ) je jedan mjesec. Raspon boravka u sigurnoj kući je velik i kreće se od tjedan dana do dvije godine što raspodjelu mjeseci boravka u sigurnoj kući čini pozitivno asimetričnom ( $C=2$  mjeseca,  $q=3$ ).



Grafički prikaz 1. Potreba za uputnicom CZSS-a za boravak u sigurnoj kući ( $N=43$ )

Uputnica Centra za socijalnu skrb (CZSS) za boravak sigurnoj kući bila je potrebna većini sudionica što je vidljivo u Grafički prikaz 1, dok nešto više od trećine korisnica nije trebalo uputnicu za boravak u sigurnoj kući. Nadalje, kod najvećeg broja sudionica (83,70%,  $n=36$ ) radi se o prvom boravku u sigurnoj kući. Pet sudionica navodi kako im je trenutni boravak drugi, a dvjema sudionicama trenutni boravak u sigurnoj kući je treći po redu.

#### 4.2. Iskustvo nasilja u odrasloj dobi



Grafički prikaz 2. Procjena sudionica o duljini izloženosti nasilju od strane partnera (N=43)

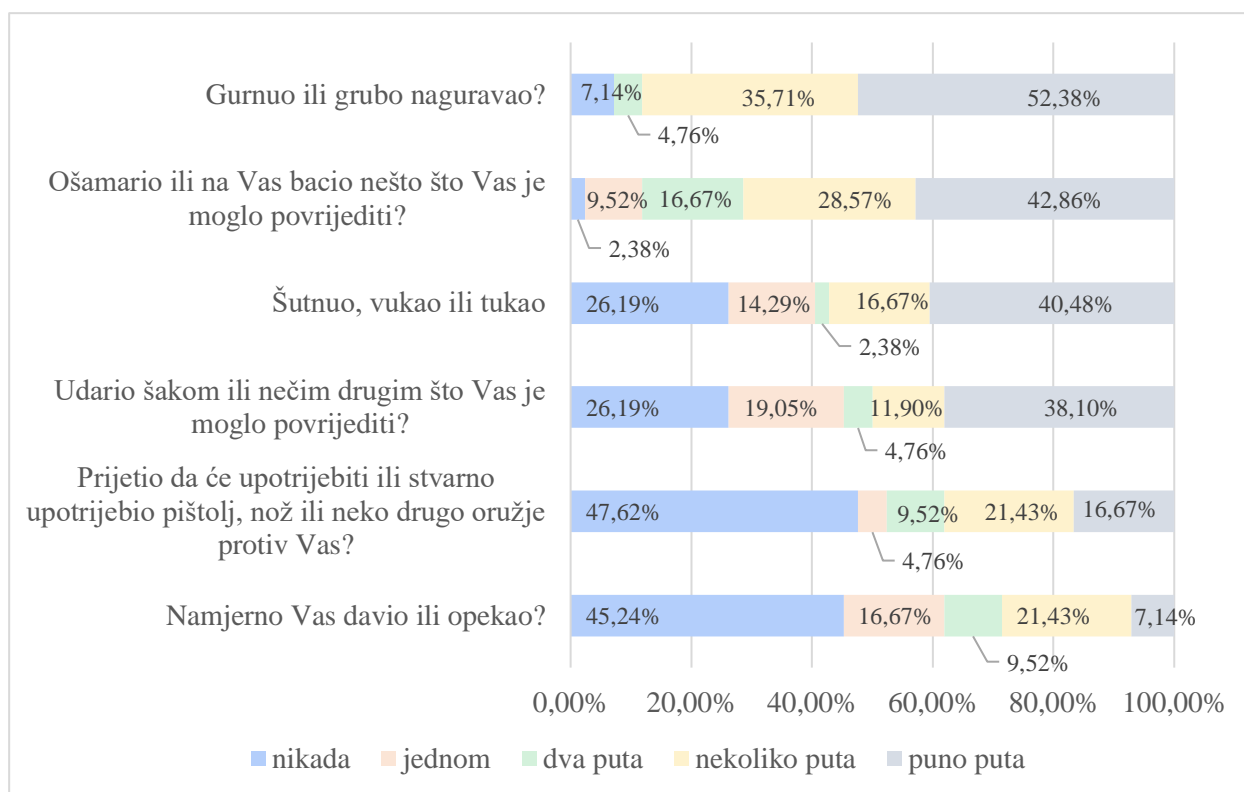
Trećina sudionica ( $n=14$ ) nasilju od strane partnera izložena je od jedne do pet godina (Grafički prikaz 2). Nadalje, 23% sudionica ( $n=10$ ) nasilje trpi manje od godinu dana, a jednaki postotak sudionica nasilju je bilo izloženo od pet do deset godina. Izloženost nasilju u trajanju od deset do 19 godina navode četiri sudionice, a jednak udio korisnica sigurnih kuća nasilje trpi između 20 i 29 godina. Jedna sudionica procjenjuje kako je nasilju od strane partnera izložena između 30 i 39 godina.

#### Podaci o hospitalizaciji

Nadalje, 39 sudionica (90,70%) navodi kako radi pretrpljenog nasilja nisu bile hospitalizirane. S druge strane, tri sudionice (7,0%) hospitalizirane su jednom, a jedna sudionica je zbog posljedica nasilja hospitalizirana više puta.

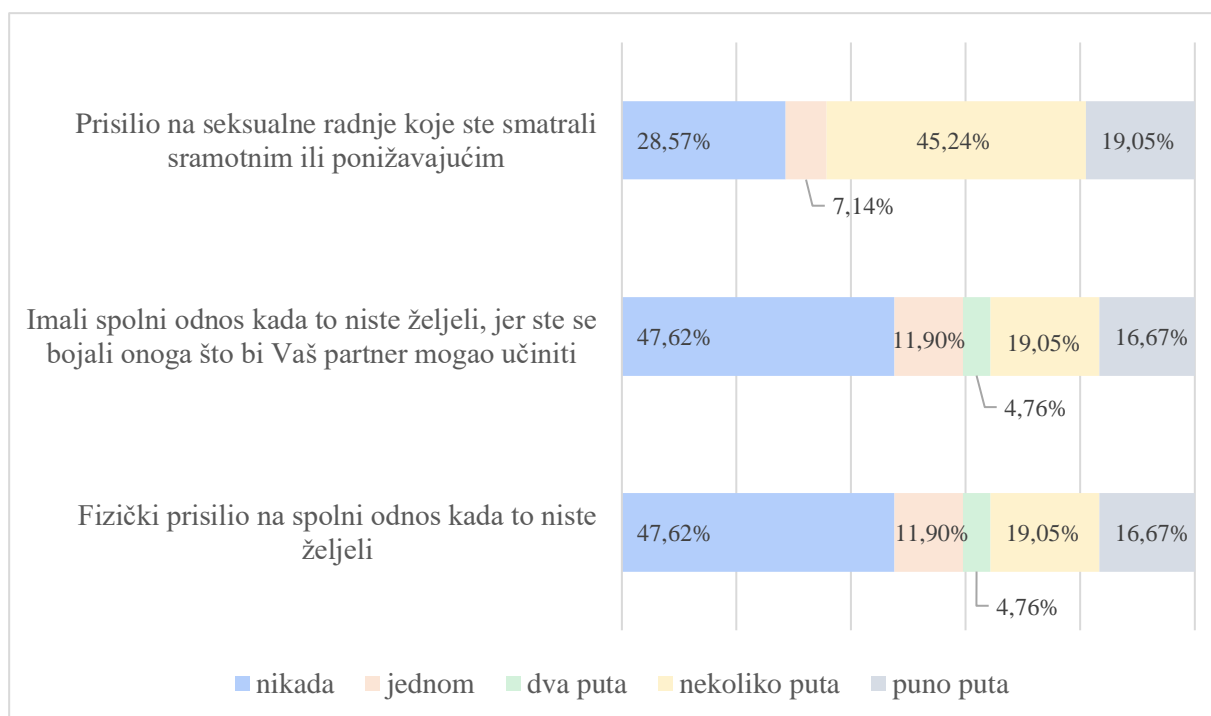
Korisnice sigurnih kuća procjenjivale su čestinu različitih oblika tjelesnog, psihičkog i seksualnog nasilja. Pri tome, za svaku tvrdnju mogle su odabrati jednu od ponuđenih opcija: *nikada, jednom, dva puta, nekoliko puta, puno puta.*





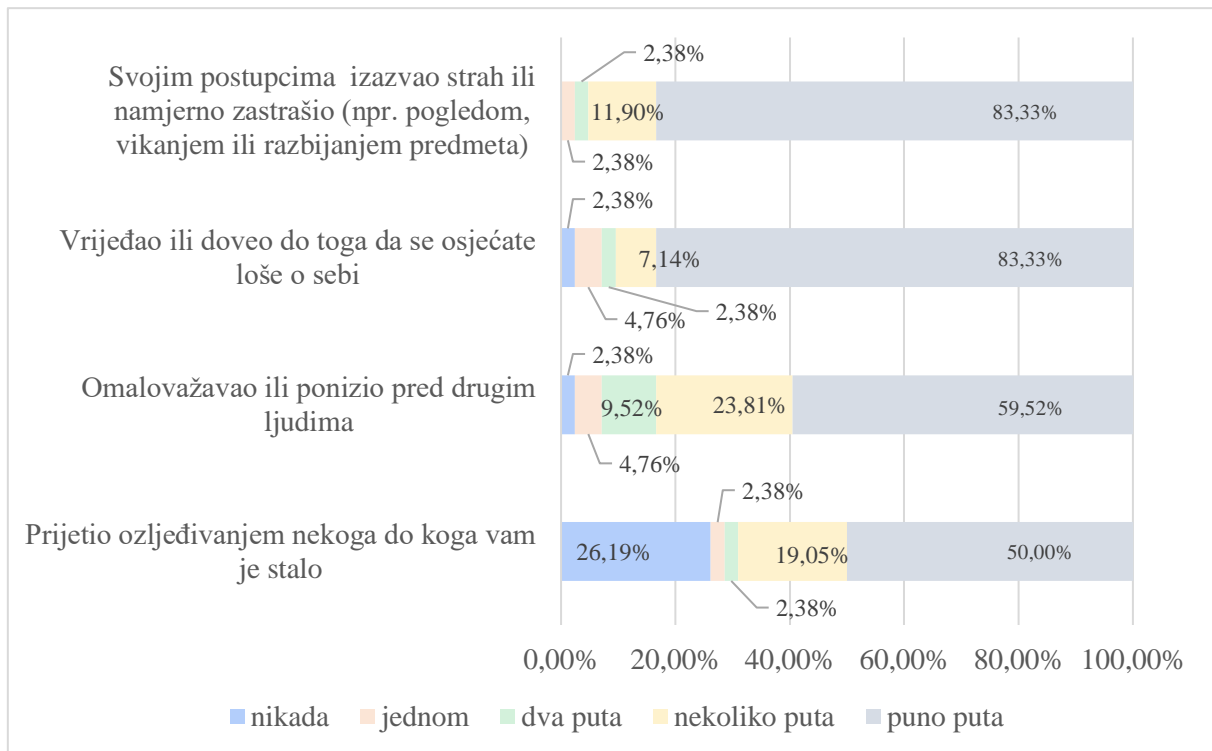
Grafički prikaz 3. Čestina različitih oblika tjelesnog nasilja ( $n=42$ )

Značajan broj sudionica bio je izložen različitim oblicima tjelesnog nasilja (Grafički prikaz 3). Više od polovice sudionica ( $n=22$ ) puno puta je gurnuto ili grubo naguravano, a nešto više od trećine ( $n=15$ ) sudionica istraživanja isto je doživjelo nekoliko puta. Nešto manje od polovice sudionica ( $n=18$ ) je puno puta ošamareno ili je na njih bačeno nešto što ih je moglo povrijediti. Podjednak broj korisnica sigurnih kuća ( $n=17$ ) počinitelj je puno puta šutnuo, vukao ili tukao, dok je njih 16 puno puta udareno šakom ili nečim drugim što ih je moglo povrijediti. Određenom broju sudionica ( $n=7$ ) partner je puno puta prijetio upotrebom oružja ili je isto stvarno upotrijebio. Najvećem broju korisnica ( $n=20$ ) to se nikada nije dogodilo, no petina sudionica istraživanja ( $n=9$ ) nekoliko je puta doživjela prijetnju ili upotrebu oružja. Nadalje, najmanji broj sudionica ( $n=3$ ) izvijestio je o tome da su puno puta namjerno davljene ili opečene, a njih 19 nikada nije doživjelo namjerno davljenje ili zadavanje opekotina. Samo jedna sudionica nema iskustva s ni jednim od ponuđenih oblika tjelesnog nasilja.



Grafički prikaz 4. Čestina različitih oblika seksualnog nasilja (n=42)

Nadalje, ispitano je iskustvo sudionica s različitim oblicima seksualnog nasilja (Grafički prikaz 4.). Prema dobivenim rezultatima, nešto manje od polovice sudionica nije nikada imalo neželjeni spolni odnos zbog bojazni da će im partner učiniti nešto nažao. Jednak postotak sudionica istraživanja nikada nije fizički prisiljavan na neželjeni spolni odnos. S druge strane, nešto manje od petine sudionica puno puta je doživjelo sva tri oblika seksualnog nasilja, dok je prisilu na sramotne ili ponižavajuće seksualne radnje nekoliko puta doživjelo nešto manje od polovice sudionica. Pet sudionica jednom je imalo neželjeni spolni odnos iz straha te je fizički prisiljeno na neželjeni spolni odnos. Dvjesto sudionicama navedeno se dogodilo dva puta. Samo sedam sudionica nikada nije doživjelo niti jedan od navedenih oblika seksualnog nasilja.



Grafički prikaz 5. Čestina različitih oblika psihičkog nasilja ( $n=42$ )

Sve korisnice sigurnih kuća doživjele su u određenoj mjeri najmanje jedan od različitih oblika psihičkog nasilja (Grafički prikaz 5). Pri tome, sve sudionice su u određenoj mjeri doživjele izazivanje straha ili namjerno zastrašivanje od strane partnera. Partner je puno puta svojim postupcima izazivao strah ili namjerno zastrašivao te vrijeđao većinu sudionica ( $n=35$ ). Više od polovice sudionica ( $n=25$ ) puno puta je omalovažavano ili poniženo pred drugim ljudima, dok se polovici njih ( $n=21$ ) puno puta prijetilo ozljeđivanjem nekoga do koga im je stalo. Uz navedeno, nešto manje od četvrtine sudionica nekoliko je puta omalovažavano ili poniženo pred drugima, dok je nešto manje od petine žena koje su sudjelovale u istraživanju nekoliko puta doživjelo prijetnje ozljeđivanjem osoba do kojih im je stalo. S druge strane, četvrtina sudionica nije nikada doživjela prijetnje koje se odnose na ozljeđivanje bliskih osoba.

Na pitanje o tome je li partnersko nasilje prijavljeno, 93% sudionica ( $n=40$ ) navodi kako su nasilje prijavile policiji. Dvije sudionice (4,70%) navode kako nasilje od strane partnera nije prijavljeno, a jedna osoba planira nasilje prijaviti nadležnoj instituciji. Sudionice su odgovorile na pitanje o tome koliko puta su prijavile partnersko nasilje, uz mogućnost da ponovno odaberu opciju kako nasilje nije prijavljeno. Navedenu tvrdnju o tome da nasilje nije prijavljeno ovoga puta navodi pet sudionica (11,6%), dok njih 28 (65,1%) navodi kako su nasilje prijavile jednom. Iako je određeni broj sudionica u prethodna dva pitanja naveo kako nasilje nije prijavljeno, na preostala pitanja o tome tko je prijavio nasilje te u kojoj fazi je postupak ipak daju odgovore. S

obzirom na to, može se zaključiti kako su određene epizode nasilja prijavljene. Nadalje, 31 sudionica (72,1%) nasilje je nadležnim institucijama prijavila osobno, dok je nasilje od strane članova uže obitelji prijavljeno kod četiri sudionice (9,3%). Tri sudionice (7,0%) navode da su nasilje prijavili susjedi, a isti broj korisnica sigurnih kuća navodi kako je nasilje prijavljeno anonimno. Kod jedne sudionice prijavu su izvršili prijatelji, a kod druge članovi šire obitelji.

Po pitanju faze u kojoj se nalazi postupak, 11 sudionica (25,6%) navodi kako je nasilje prijavljeno policiji, a za 10 (23,2%) izvještava o tome da se postupak vodi na državnom odvjetništvu. Za osam sudionica (18,6%) postupak se vodi na kaznenom, dok je kod tri sudionice (7%) isti na prekršajnom sudu. Pet sudionica (11,6%) navodi kako je postupak završen, a jednak broj sudionica navodi kako nisu sigurne u kojoj fazi je postupak. Jedna korisnica navodi kako planira počinitelju dati pomilovanje te ne odabire ponuđene kategoriji.

#### 4.3. Prikaz deskriptivne statistike

Kako bi se odgovorilo na drugi postavljeni problem, izračunata je deskriptivna statistika za različite domene kvalitete života povezane sa zdravljem. Isto tako, deskriptivna statistika izračunata je i za varijable koje predstavljaju potencijalne prediktore različitih domena kvalitete života povezane sa zdravlje.

Tablica 1. Deskriptivna statistika korištenih varijabli (n=42)

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>TR</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i> ( <i>C</i> )	<i>q</i>	<i>K-S</i>
Tjelesno zdravlje	14	35	7-35	26,23	4,87	27	3	,142*
Psihičko zdravlje	7	29	7-35	21,05	4,92	22	3	,133
Okolina	16	35	7-35	26,47	4,46	27	3,5	,099
Zadovoljstvo općom kvalitetom života	1	5	1-5	3,35	0,99	3	0,5	,195**
Zadovoljstvo općim zdravljem	1	5	1-5	3,56	1,05	4	0,5	,247**
Rosenbergova skala samopoštovanja	18	50	10-50	39,73	7,03	40,5	5,63	,107
Kratka skala otpornosti	1	4,83	1-5	2,93	0,89	2,83	0,61	,138*
Skala socijalne podrške	133	280	56-280	209,55	48,12	219,50	41	,137*

Legenda: *K-S* = Kolmogorov–Smirnovljev koeficijent normalnosti raspodjele rezultata; *df*=42, \**p*<,05, \*\**p*<,001

Utvrđeno je kako tjelesno (*M*=26,23, *SD*=4,87) i psihičko zdravlje (*M*=21,05, *SD*=4,92) te zadovoljstvo okolinom (*M*=26,47, *SD*=4,46) kod sudionica teži nešto višim vrijednostima, a

najvišu vrijednost sudionice postižu u domenama tjelesnog zdravlja i zadovoljstva okolinom (vidi Tablica 1.). Unatoč tome, raspodjela tjelesnog zdravlja odstupa od normalne raspodjele, što je potvrđeno značajnim Kolmogorov-Smirnovljevim koeficijentom normalnosti raspodjele ( $K-S = .142$ ,  $p = .032$ ). Nadalje, važno je naglasiti kako je maksimalni postignuti rezultat u domenama tjelesnog zdravlja i okoline ujedno i teorijski maksimum, što nije slučaj kod psihičkog zdravlja. S druge strane, najniži mogući ukupni rezultat (7) u domeni psihičkog zdravlja izražava jedna sudionica, dok najniži mogući rezultat (7) u domenama tjelesnog zdravlja i zadovoljstva okolinom nije postignut. Kako bi se rezultati mogli usporediti s onima dobivenima u pilot istraživanju za validiranje WHOQOL BREF upitnika (WHO, 1996) isti su transformirani na skalu od 0 do 100. Prosječne vrijednosti dobivene u pilot istraživanju za zdravu populaciju više su od vrijednosti dobivenih kod sudionica ovog istraživanja. Pri tome, najveća razlika je u domeni okoline gdje sudionice postižu  $M=56$ , dok je prosječna vrijednost u pilot istraživanju  $M_p=63,1$ . Dolazi do razlike i u domeni psihičkog zdravlja koje u pilot istraživanju iznosi  $M_p=67,1$ , a korisnice sigurnih kuća obuhvaćene ovim istraživanjem postižu prosječnu vrijednost od 63. Tjelesno zdravlje ( $M=69$ ) u najvećoj mjeri odgovara prosjeku dobivenom u pilot istraživanju ( $M_p=70,4$ ). Nadalje, sudionice u prosjeku izražavaju srednje zadovoljstvo općom kvalitetom života ( $M=3,35$ ,  $SD=0,99$  te općim zdravljem ( $M=3,56$ ,  $SD=1,05$ ). Po pitanju samopoštovanja, raspodjela iste je normalna što je potvrđeno i  $K-S$  koeficijentom. Prosječna vrijednost otpornosti nešto je niža od teorijske, a  $K-S$  koeficijent ( $p = .044$ ) je značajan što ukazuje na to da je raspodjela asimetrična. Prosječna vrijednost socijalne podrške kod sudionica iznosi visokih 209,55 te je raspodjela također asimetrična prema  $K-S$  koeficijentu ( $p = .045$ ).

Iako su određene raspodjele prema Kolmogorov-Smirnovljevom koeficijentu normalnosti asimetrične, njihov indeks asimetričnosti kreće se u rasponu od -3 do 3, a indeks spoljoštenosti u rasponu od -10 do 10. S obzirom na navedeno, raspodjela se može smatrati normalnom te su parametrijski postupci dopušteni za korištenje (Kline, 2005).

#### *4.4. Korelacija korištenih varijabli*

S ciljem odgovaranja na treći problem, izračunat je Pearsonov koeficijent povezanosti između zadovoljstva općom kvalitetom života, tjelesnog zdravlja, psihičkog zdravlja, okoline, psihološke otpornosti, samopoštovanja i socijalne podrške. Dobiveni rezultati prikazani su Tablica 2.

Tablica 2. Korelacijska matrica korištenih varijabli (n=42)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Zadovoljstvo općom kvalitetom života	,301*	,574**	,380*	,345*	,423**	,378*
2. Tjelesno zdravlje	-	,557**	,416**	,442**	,466**	,199
3. Psihičko zdravlje		-	,580**	,456**	,783**	,161
4. Okolina			-	,289	,568**	,079
5. Psihološka otpornost				-	,444**	,227
6. Samopoštovanje					-	,349*
7. Socijalna podrška						-

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Zadovoljstvo općom kvalitetom života je statistički značajno pozitivno povezano sa zadovoljstvom okolinom, psihološkom otpornosti, samopoštovanjem i socijalnom podrškom. Pri tome, najvišu pozitivnu povezanost zadovoljstvo kvalitetom života, uz psihičko zdravlje, postiže sa varijablom samopoštovanja. Točnije, utvrđeno je kako su sudionice zadovoljnije općom kvalitetom života također zadovoljnije svojom okolinom, psihološki otpornije, iskazuju veće samopoštovanje te su psihički zdravije.

Tjelesno zdravlje pozitivno je i značajno povezano sa svim korištenim varijablama, izuzev socijalne podrške, a isto vrijedi i za psihičko zdravlje. Pri tome, tjelesno zdravlje najvišu povezanost postiže sa varijablom psihičkog zdravlja te sa samopoštovanjem. S druge strane, psihičko zdravlje u najvećoj mjeri pozitivno korelira sa samopoštovanjem, a visina korelacije ( $r = ,783$ ,  $p < 0,01$ ) ukazuje na kolinearnost varijabli. Uz samopoštovanje, psihičko zdravlje u najvećoj mjeri pozitivno je povezano i sa psihološkom otpornosti. Drugim riječima, sudionice koje svoje psihičko zdravlje procjenjuju boljim ujedno su i tjelesno zdrave, psihološki otpornije i s visokim razinama samopoštovanja.

Socijalna podrška ostvaruje značajnu pozitivnu povezanost samo s varijablom zadovoljstva općom kvalitetom života te s varijablom samopoštovanja. Značajna povezanost također nije utvrđena između zadovoljstva okolinom te psihološke otpornosti ( $p = 0,06$ ).

Dodatno, izračunata je i korelacija psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života s relevantnim socio-demografskim karakteristikama sudionica te varijablama vezanim uz iskustvo nasilja. Ističe se značajna pozitivna povezanost psihičkog zdravlja i subjektivne procjene ekonomskog statusa (Spearmanov  $\rho = ,440$ ,  $p < ,01$ ) prema kojoj procjena boljeg (iznad prosječnog) ekonomskog statusa znači bolje psihičko zdravlje. S druge strane,

povezanost psihičkog zdravlja i kategorija novčanih primanja izraženih u kunama nije se pokazala značajnim. Duljina boravka u sigurnoj kući, trajanje nasilja i druge ispitane socio-demografske karakteristike također ne koreliraju značajno s psihičkim zdravljem. Po pitanju tjelesnog zdravlja visoka je negativna povezanost istoga i trenutnog iskustva bolesti (Spearmanov  $\rho = - ,479, p < ,01$ ). Točnije, trenutno iskustvo bolesti očekivano je povezano s nižom razinom tjelesnog zdravlja. Uz navedeno, utvrđena je i značajna pozitivna povezanost trenutnog iskustva bolesti s prethodnom hospitalizacijom zbog pretrpljenog nasilja (Spearmanov  $\rho = ,430, p < ,01$ ). Zadovoljstvo s općom kvalitetom života ne ostvaruje značajnu povezanost s relevantnim socio-demografskim karakteristikama i varijablama vezanim uz iskustvo nasilja.

#### *4.5. Hijerarhijska regresijska analiza*

S ciljem utvrđivanja odrednica različitih domena kvalitete života korisnica sigurnih kuća, provedena je hijerarhijska regresijska analiza u tri koraka. S obzirom da je samopoštovanje visoko povezano s psihičkim zdravljem, navedena varijabla je izostavljena iz modela testiranih hijerarhijskom regresijskom analizom te su u regresiju uključeni sljedeći prediktori: psihološka otpornost kao osobinska varijabla te zadovoljstvo okolinom i socijalna podrška kao okolinske varijable. Regresijske analize su provedene kako bi se utvrdilo mogu li okolinske varijable doprinijeti objašnjenju varijance kvalitete života korisnica sigurnih kuća povrh osobinskih varijabli, odnosno psihološke otpornosti.

Tablica 3. Prikaz standardiziranih koeficijenata analiziranih prediktora triju domena kvalitete života i testiranje njihove značajnosti (n=42)

Kriteriji	Prediktori	R	R <sup>2</sup>	R <sub>cor</sub> <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	β	p	
Tjelesno zdravlje	Korak 1	Psihološka otpornost	,442***	,195***	,175***	-	<b>,442</b>	<b>,003</b>
	Korak 2	Psihološka otpornost	,517*	,267*	,229*	,072*	<b>,361</b>	<b>,016</b>
		Okolina					,280	,058
	Korak 3	Psihološka otpornost					<b>,338</b>	<b>,027</b>
		Okolina	,526	,277	,219	,010	,279	,061
		Socijalna podrška					,100	,483
Psihičko zdravlje	Korak 1	Psihološka otpornost	,456***	,208***	,188***	-	<b>,456</b>	<b>,002</b>
	Korak 2	Psihološka otpornost	,700****	,491****	,465****	,283****	<b>,295</b>	<b>,018</b>
		Okolina					<b>,556</b>	<b>&lt;,001</b>
	Korak 3	Psihološka otpornost					<b>,283</b>	<b>,027</b>
		Okolina	,702	,493	,453	,003	<b>,555</b>	<b>&lt;,001</b>
		Socijalna podrška					,052	,661
Zadovoljstvo općom kvalitetom života	Korak 1	Psihološka otpornost	,345**	,119**	,097**	-	<b>,345</b>	<b>,025</b>
	Korak 2	Psihološka otpornost	,478**	,228**	,189**	,109**	,245	,103
		Okolina					<b>,345</b>	<b>,024</b>
	Korak 3	Psihološka otpornost					,176	,226
		Okolina	,566**	,320**	,267**	,092**	<b>,341</b>	<b>,020</b>
		Socijalna podrška					<b>,311</b>	<b>,029</b>

\* p=,06; \*\* p<0,05; \*\*\* p<,01; \*\*\*\* p<,001

Rezultati hijerarhijske regresijske analize prikazani su u tablici Tablica 3. Domene kvalitete života značajno su objašnjene već u prvom koraku, dok socijalna podrška značajno doprinosi samo zadovoljstvu općom kvalitetom života.

Tjelesno zdravlje značajno je objašnjeno odabranim modelom ( $R_{cor}^2=22,9\%$ ), a najvažniji prediktor je psihološka otpornost kojom se objašnjava 17,5% varijance tjelesnog



zdravlja. U drugom koraku doprinos okoline je na granici značajnosti ( $\beta=0,280$ ,  $p=,058$ ), dok je socijalna podrška u trećem koraku neznačajan prediktor. S obzirom na to da je devet sudionica označilo kako su trenutno bolesne, izračunata je korektivna hijerarhijska regresijska analiza na zdravim sudionicama ( $n=34$ ).

Tablica 4. Prikaz standardiziranih koeficijenata analiziranih prediktora tjelesnog zdravlja i testiranje njihove značajnosti ( $n=34$ )

Kriteriji	Prediktori	$R$	$R^2$	$R_{cor}^2$	$\Delta R^2$	$\beta$	$p$
Tjelesno zdravlje	Korak 1 Psihološka otpornost	,465**	,216**	,191**	,216**	<b>,465</b>	<b>,006</b>
	Korak 2 Psihološka otpornost	,551*	,303*	,257*	,087*	<b>,358</b>	<b>,035</b>
	Okolina					,314	,062
	Psihološka otpornost					<b>,355</b>	<b>,039</b>
	Korak 3 Okolina	,557	,311	,239	,007	,291	,095
	Socijalna podrška					,090	,580

\* $p=,062$ ; \*\* $p<,01$

Kada se računa prediktivna vrijednost korištenih varijabli u objašnjavanju tjelesnog zdravlja kod zdravih sudionica rezultati se ne razlikuju u odnosu na analizu koja uključuje sve sudionice (vidi Tablica 4.). Osnovna razlika je u postotku objašnjenja varijance tjelesnog zdravlja, koje je kod korektivnog modela nešto veća i iznosi  $R_{cor}^2=25,7\%$ .

S druge strane, zadovoljstvo okolinom ( $\beta=,556$ ,  $p<,001$ ) važniji je prediktor u objašnjenju psihičkog zdravlja te objašnjava 28,3% varijance kriterijske varijable ( $R_{cor}^2=46,5\%$ ) u odnosu na psihološku otpornost ( $\beta=,295$ ,  $p=,018$ ) koja objašnjava prvotnih 18,8%.

Psihološka otpornost u prvom koraku objašnjava 9,7% varijance zadovoljstva općom kvalitetom života, a dodavanjem zadovoljstva okolinom u drugom koraku prestaje biti značajan prediktor. Okolina u drugom koraku objašnjava dodatnih 10,9% varijance. Trećim korakom uvodi se socijalna podrška koja doprinosi 9,2% u ukupnoj objašnjenju varijanci zadovoljstva općom kvalitetom života ( $R_{cor}^2=26,7\%$ ). Isto tako, vidljivo je kako je zadovoljstvo okolinom najvažniji prediktor ( $\beta=,341$ ,  $p=,020$ ) nakon čega slijedi socijalna podrška ( $\beta=,311$ ,  $p=,029$ ). Neznačajnost psihološke otpornosti u drugom i trećem koraku ukazuje na potencijalni medijatorski efekt okolinskih varijabli u objašnjenju zadovoljstva općom kvalitetom života.

## 5. Rasprava

### *Socio-demografski profil i iskustvo nasilja*

Prvi problem u ovom istraživanju bio je utvrditi socio-demografske karakteristike korisnica sigurnih kuća te iskustvo nasilja u djetinjstvu i odrasloj dobi. Mamula i Dijanić Plašć (2014) kroz svoje su istraživanje opisale tipične žrtve obiteljskog nasilja u Republici Hrvatskoj. S obzirom na rezultate spomenutog istraživanja očekivalo se da korisnice sigurnih kuća pripadaju dobnoj skupini od 36 do 45 godina, dolaze sa sela ili iz grada / manjeg mjesta, u braku su ili u vezi te imaju dvoje djece. Pretpostavilo se i da će korisnice imati završenu srednju školu, biti nezaposlene i bez prihoda, a svoj materijalni status procjenjivati lošim ili vrlo lošim. Uz navedeno, očekivalo se prethodno iskustvo nasilja u primarnoj obitelji te da su u odrasloj dobi izložene najmanje jednom obliku nasilja, od kojih je najčešće psihičko, a zatim fizičko i seksualno nasilje. Po pitanju očekivane dobi, hipoteza je djelomično potvrđena. Naime, najviše korisnica sigurnih kuća u ovom istraživanju pripada nešto mlađoj dobnoj skupini od one koja je utvrđena u ranijem istraživanju. Tako je 23,30% sudionica u dobi od 31 do 35 godina, a dobna skupina od 36 do 40 nešto je manje zastupljena (18,60%). Hipoteza o veličini boravišta je potvrđena te više od polovice sudionica živi u malom mjestu s manje od 5 000 stanovnika, nakon čega slijede sudionice iz naselja do 10 000 stanovnika. Nadalje, utvrđeno je da je nešto manje od polovice sudionica u braku što je također u skladu s postavljenom hipotezom i rezultatima istraživanja Mamule i Dijanić Plašć (2014). Dobiveni nalazi u skladu su i s rezultatima autora Martinjak i suradnici (2020) koji su proveli istraživanje na uzorku od ukupno 173 policijska predmeta u prekršajnoj i kaznenoj domeni obiteljskog nasilja s ciljem utvrđivanja viktimoških obilježja nasilja u obitelji. Prema rezultatima autora, žrtve (muškarci i žene) su u najvećem broju slučajeva u braku, izvanbračnoj zajednici ili životnom partnerstvu, dok je najmanji broj onih koji su udovci, odnosno udovice. Nadalje, potvrđena je i pretpostavka o tome da će korisnice u prosjeku imati dvoje djece te da će im najviša razina obrazovanja biti srednja škola. S druge strane, sudionice sa završenom osnovnom školom u istraživanju Mamule i Dijanić Plašć (2014) čine 22% uzorka, dok se u ovom istraživanju radi o duplo većem postotku (44%). U istraživanju Martinjaka i suradnika (2020) žrtve najčešće imaju postignutu srednju stručnu spremu, nakon čega slijedi niža stručna sprema. Pretpostavka o većinskoj nezaposlenosti korisnica sigurnih kuća također je potvrđena te je više od polovice istih nezaposleno. S druge strane, Martinjak i suradnici (2020) navode kako podjednak broj žrtava nije zaposlen, odnosno stalno je zaposlen. Nadalje, u skladu s očekivanjima, više od polovice sudionica svoje ekonomsko stanje procjenjuju ispod prosječnim. Sudionice većinom ostvaruju

niska primanja do 3 400 kn mjesečno, a 14% ( $n=6$ ) navodi kako nema nikakvih primanja što je manji broj sudionica u odnosu na istraživanje Mamule i Dijanić Plašč (2014) u kojemu je 37% sudionica navelo da nemaju mjesečni prihod.

Hipoteza o pretrpljenom nasilju u obitelji je djelomično potvrđena te podjednak broj sudionica izvješćuje o prisutnosti, odnosno nepostojanju nasilja u primarnoj obitelji. Prema rezultatima istraživanja Martinjaka i suradnika (2020) nešto manje od dvije trećine žrtava u ukupnom uzorku prethodno je bilo žrtvom obiteljskog nasilja. Izloženost nasilju u obitelji ima značajan utjecaj na razvoj spolnog identiteta te se dječaci lakše identificiraju s ulogom nasilnika, a djevojčice s ulogom žrtve (Ajduković i Pavleković, 2004). Whitfield i suradnici (2003) na uzorku žena utvrdili su odnos između broja štetnih i nasilnih iskustava u djetinjstvu te rizika od viktimizacije u partnerskom odnosu. S druge strane, autori su utvrdili da muškarci koji su češće u djetinjstvu bili izloženi nasilju, posjeduju veći rizik da u kasnijoj životnoj dobi budu nasilni prema svojim intimnim partnerima. Nadalje, čestina i intenzitet nasilja roditelja prema djeci povezan je s čestinom i intenzitetom nasilja u partnerskim odnosima (Ajduković i Pavleković, 2004). Bensley i suradnici (2003) u svojem su istraživanju utvrdili da je doživljavanje i svjedočenje fizičkom nasilju u djetinjstvu kod žena snažno povezano s iskustvom fizičkog nasilja u kasnijim intimnim partnerskim odnosima. Isto tako, iskustvo tjelesnog i seksualnog nasilja te svjedočenje nasilju između roditelja u djetinjstvu povezano je s trostrukim do četverostrukim povećanjem rizika za doživljavanje emocionalnog zlostavljanja u intimnom partnerskom odnosu. Ajduković (1990) objašnjava da roditelji koji su u izrazito netrpeljivim odnosima i koji se tjelesno obračunavaju, ujedno češće i surovitije kažnjavaju svoju djecu. Naime, u nasilnim partnerskim odnosima javljaju se različiti oblici obiteljske disfunkcije (Ajduković i Pavleković, 2004). Svi članovi doživljavaju veću razinu stresa, djeca se češće samookrivljavaju, osjećaju bespomoćnima, zanemarenima i češće su izložena zlostavljanju. Majke su psihološki manje na raspolaganju djeci i imaju nedosljedan stil roditeljstva, dok su očevi razdražljivi i manje se uključuju u odgoj (Ajduković i Pavleković, 2004). Žene koje su tijekom djetinjstva dugoročno izložene nasilju između roditelja iskazuju značajno višu razinu depresije, niže samopoštovanje, slabiju socijalnu prilagodbu i višu razinu stresa u odnosu na vršnjakinje koje nisu bile izložene nasilju među roditeljima (Ajduković i Pavleković, 2004). S druge strane, navedena izloženost nasilju kod muškaraca djeluje na nedjelotvornije rješavanje problemskih situacija i češće pribjegavanje nasilju u slučaju sukoba (Ajduković i Pavleković, 2004). Faktori koji, uz iskustvo nasilja u djetinjstvu, pridonose pojavi istoga u kasnijem partnerskom odnosu su traumatska iskustva partnera, partnerovo ponašanje, interpersonalna

dinamika i postavljene granica u odnosu te stilovi privrženosti (Whitfield i suradnici, 2003). S druge strane, socijalna podrška koju zlostavljana osoba ostvaruje ima važnu ulogu u okončavanju međugeneracijskog lanca nasilja. Faktori koji također pridonose prekidanju međugeneracijskog prijenosa nasilja su podržavajući bračni partner, ekonomska sigurnost obitelji, snažna pripadnost vjerskoj zajednici, manje stresnih događaja u životu te korištenje savjetovanja ili psihoterapije (Ajduković i Pavleković, 2004).

Nadalje, temeljem analize podataka o pretrpljenom nasilju u odrasloj dobi utvrđeno je da samo jedna sudionica u ovom istraživanju nije žrtva tjelesnog nasilja, njih sedam nije bilo izloženo seksualnom nasilju, a sve korisnice doživjele su neki oblik psihičkog nasilja. Navedeni rezultati sukladni su nalazima Mamule i Dijanić Plašć (2014) te Martinjaka i suradnika (2020). Potonji autori navode kako je kod žrtava kaznenog djela, u odnosu na žrtve prekršaja, češće evidentirano tjelesno, psihičko, spolno i ekonomsko nasilje. Mamula i Dijanić Plašć (2014) u svojem su istraživanju utvrdile značajnu povezanost svih oblika nasilja u odrasloj dobi. Pri tome, najvišu povezanost ostvaruje seksualno nasilje s tjelesnim ( $r=,66$ ,  $p<,01$ ) i psihičkim nasiljem ( $r=,43$ ,  $p<,01$ ). Isto tako, povezanost je utvrđena i između tjelesnog i psihičkog nasilja ( $r=,40$ ,  $p<,01$ ). Coker i suradnici (2000) ukazali su na to da seksualno nasilje može biti pokazatelj teških oblika nasilja i eskalacije istoga. Navedeni autori utvrdili su da žene koje doživljavaju nasilje često ostavljaju svoje nasilne partneri, a u njihovom istraživanju 82% žena koje su doživjele fizičko nasilje napustilo je partnera barem jednom.

Mamula i Dijanić Plašć (2014) u svojem istraživanju također navode kako je tipična žrtva obiteljskog nasilja u Republici Hrvatskoj osobno prijavila nasilje policiji dva ili više puta te nakon proživljenog nasilja nije potražila medicinsku pomoć niti je hospitalizirana. Nalazi ovog istraživanja također upućuju na to da je većina korisnica (72%) osobno prijavila nasilje te da većina njih (90,70%) nije hospitalizirana. Martinjak i suradnici (2020) među analiziranim slučajevima pronalaze kako je jedna trećina žrtava bila ozlijeđena u konkretnom slučaju te da je polovica žrtava zadobila lakše tjelesne ozljede, a nešto manje od polovice žrtava imalo je crvenila na tijelu kao posljedicu nasilnog događaja. Isto tako, u istraživanju Mamule i Dijanić Plašć nasilje kod trećine sudionica traje do 10 godina, dok je petina sudionica izložena nasilju između 10 i 19 godina. U ovom istraživanju trećina sudionica izložena je nasilju između 1 i 5 godina, dok je manje od petine sudionica nasilju izloženo manje od godinu dana ili od 5 do 10 godina. Prema tome, izloženost nasilju kod korisnica sigurnih kuća nešto je kraća u odnosu na rezultate dobivene u istraživanju Mamule i Dijanić Plašć (2014). Jedan od razloga navedenom može biti činjenica da su sudionice ovog istraživanja u prosjeku nešto mlađe od sudionica u

istraživanju Mamule i Dijanić Plašć (2014) te iz tog razloga kraće trpe nasilje. Dodatno objašnjenje može se odnositi na to da su žene postale sklonije ranijem prijavljivanju nasilja i traženju pomoći, odnosno da je ista postala dostupnija. Ovom objašnjenju pridonosi i rastuća medijska osvještenost i progovaranje o temama obiteljskog nasilja što žrtvama može olakšati prijavu nasilja i smanjenje osjećaja srama i bespomoćnosti.

### *Odrednice kvalitete života*

Drugi problem bavi se ispitivanjem povezanosti psihičkog i tjelesnog zdravlja, zadovoljstva okolinom te zadovoljstva općom kvalitetom života korisnica sigurnih kuća s psihološkom otpornošću, samopoštovanjem i socijalnom podrškom. Pri tome, očekivana je statistički značajna pozitivna povezanost između psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života sa zadovoljstvom okolinom, psihološkom otpornošću, samopoštovanjem i socijalnom podrškom. Dobiveni rezultati djelomično su potvrdili polaznu hipotezu. Naime, psihičko i tjelesno zdravlje značajno su pozitivno povezani sa zadovoljstvom okolinom, psihološkom otpornošću i samopoštovanjem, ali ne i sa socijalnom podrškom. S druge strane, zadovoljstvo općom kvalitetom života značajno i pozitivno korelira sa socijalnom podrškom, ali i sa svim preostalim navedenim varijablama što je u skladu s postavljenom hipotezom.

S ciljem boljeg razumijevanja obilježja odnosa između izučavanih varijabli u okviru trećeg problema analiziran je relativni doprinos psihološke otpornosti, zadovoljstva okolinom i socijalne podrške u objašnjenju psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života. S obzirom na to da je problem eksplorativnog tipa, pretpostavljeno je kako će psihološka otpornost, zadovoljstvo okolinom i socijalna podrška značajno pridonositi objašnjenju psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života. Sukladno navedenom, hipoteza o razini doprinosa pojedinog prediktora nije konkretizirana. Pretpostavka o značajnom doprinosu psihološke otpornosti, zadovoljstva okolinom i socijalne podrške u objašnjenju psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života djelomično je potvrđena. Naime, hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je kako je psihološka otpornost najvažniji prediktor u objašnjavanju tjelesnog zdravlja, a doprinos zadovoljstva okolinom u drugom koraku je na granici značajnosti. Socijalna podrška u trećem koraku, suprotno hipotezi, neznačajno doprinosi objašnjavanju tjelesnog zdravlja, dok cjelokupni model ukupno objašnjava 22,9% varijance istoga. Korektivni hijerarhijski regresijski model izračunat isključivo na zdravim sudionicama objašnjava 25,7% varijance tjelesnog zdravlja. Za kriterijsku varijablu psihičko zdravlje utvrđeno je kako je zadovoljstvo okolinom važniji

prediktor psihičkog zdravlja u odnosu na psihološku otpornost, a cjelokupnim modelom objašnjeno je 46,5% varijance kriterija. Socijalna podrška neznačajan je prediktor i za domenu psihičkog zdravlja što nije u skladu s prvotnim očekivanjima. Nadalje, utvrđen je potencijalni medijatorski efekt okolinskih varijabli (zadovoljstvo okolinom i socijalna podrška) u objašnjenju zadovoljstva općom kvalitetom života, a psihološka otpornost u prvom koraku objašnjava 9,7% ukupne varijance kriterija. Ukupna objašnjena varijanca zadovoljstva općom kvalitetom života na temelju psihološke otpornosti, zadovoljstva okolinom i socijalne podrške iznosi 26,7%.

Uz sve navedeno, visoka značajna pozitivna korelacija postignuta je između varijable samopoštovanja i psihičkog zdravlja ( $r=,78$ ,  $p<0,01$ ) što ukazuje na kolinearnost predmetnih varijabli. Potencijalan razlog navedenome jest to što domena psihičkog zdravlja mjerena instrumentom WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998, Pibernik-Okanović, 2000) između ostalih obuhvaća i facete tjelesne slike i izgleda te samopoštovanje (WHO, 1996).

### *Socijalna podrška*

Neznačajna povezanost socijalne podrške s psihičkim i tjelesnim zdravljem te neznačajan doprinos ove varijable u objašnjenju varijance predmetnih kriterija nije u skladu s dosadašnjim istraživanjima. Naime, postoji više dokaza o tome da socijalna podrška promiče psihološko zdravlje kod žena žrtava nasilja (Mitchell i Hodson, 1983) te da suportivne socijalne mreže kroz očuvanje socijalnog identiteta osobe, materijalnu i emocionalnu podršku u vrijeme krize mogu direktno poboljšati zdravlje i smanjiti vjerojatnost oboljenja kao posljedice stresa (npr. Gottlieb, 1981). Coker i suradnici (2003) u svom su istraživanju utvrdili kako socijalna podrška ima ulogu moderatora u odnosu nasilja i zdravlja te da obitelj, prijatelji i kolege zlostavljanih žena imaju važnu ulogu u kontinuiranoj podršci istih. Prema istim autorima, takav oblik socijalne podrške može imati dubok i efektivan doprinos u poboljšanju tjelesnog i psihičkog zdravlja zlostavljanih žena (Coker i sur., 2003). Nadalje, Beeble i suradnici (2009) na uzorku žrtava partnerskog nasilja u longitudinalnom istraživanju utvrdili su pozitivnu povezanost socijalne podrške i kvalitete života na što upućuju i rezultati ovog istraživanja. Autori su utvrdili i moderatorsku ulogu socijalne podrške u odnosu psihološkog nasilja i kvalitete života. Naime, žene s niskim razinama socijalne podrške kontinuirano su izvještavale o niskoj razini kvalitete života, neovisno o jačini psihološkog nasilja kojemu su bile izložene (Beeble i sur., 2009). S druge strane, sudionice s visokom socijalnom podrškom o niskoj razini kvalitete života izvještavale su u slučaju izraženog psihološkog nasilja kojeg su doživljavale (Beeble i sur., 2009). Većina dosadašnjih istraživanja bavila se socijalnom podrškom kao

moderatorom ili medijatorom u odnosu nasilja i kvalitete života te psihičkog i tjelesnog zdravlja. S druge strane, ovo istraživanje ispitalo je opći doprinos socijalne podrške u kvaliteti života te psihološkom i tjelesnom zdravlju korisnica sigurnih kuća. Neznačajna povezanost i doprinos socijalne podrške u objašnjavanju psihološkog i tjelesnog zdravlja može se objasniti time da je poželjno da moderator ne bude povezan ni sa prediktorom niti s kriterijem kako problem multikolinerarnosti ne bi zamaglio interpretaciju učinka interakcije (Baron i Kenny, 1986). Točnije, nepostojanje povezanosti između socijalne podrške te psihičkog i tjelesnog zdravlja može ukazati na potrebu detaljnijeg istraživanja moderatorskog učinka ove varijable kada govorimo o posljedicama nasilja na različite aspekte zdravlja. Nadalje, Carlson i suradnici (2002) ukazali su na to da su zaštitni faktori poput socijalne podrške potencijalno nedovoljni za ženinu dobrobit kada se radi o najtežim oblicima pretrpljenog zlostavljanja. Sudionice u ovom istraživanju većinski su žrtve teških oblika tjelesnog nasilja te su, uz tjelesno, doživjele i ostale oblike psihičkog i seksualnog nasilja. Prema tome, nepostojanje povezanosti između socijalne podrške te psihičkog i tjelesnog zdravlja može biti rezultat izloženosti teškim oblicima nasilja. Konačno, jedan od potencijalnih razloga neznačajnog doprinosa socijalne podrške u objašnjenju psihičkog i tjelesnog zdravlja može biti i mali uzorak sudionica te činjenica da raspodjela socijalne podrške teži višim vrijednostima (vidi Tablica 1.). Tendencija višim vrijednostima na skali socijalne podrške može biti rezultat boravka u sigurnoj kući, ali i važnosti socijalne podrške u prekidanju ciklusa nasilja te prijavi nadležnim institucijama. Ajduković i Pavleković (2004) objašnjavaju kako je teško izaći iz nasilnog odnosa te da je za isto potrebna podrška i razumijevanje okoline. U skladu s navedenim, autorice navode kako je jedan od mogućih razloga ostanka u nasilnom odnosu pritisak rodbine na očuvanje braka. Boravak u sigurnoj kući ima važnu ulogu u sprječavanju ponovne viktimizacije, povećava kvalitetu života žena žrtava nasilja. Naime utvrđeno je da boravak u sigurnoj kući doprinosi smanjenju simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, depresije i poteškoća u društvenom funkcioniranju te da je povezan s manje slučajeva seksualnog zlostavljanja nakon izlaska iz skloništa, značajnijim smanjenjem uznemirenosti i točnijom percepcijom dostupnosti socijalne podrške (Bakić i sur., 2017).

### *Psihičko zdravlje*

Dobiveni rezultati koji ukazuju na značajan doprinos psihološke otpornosti u objašnjenju psihičkog zdravlja, u skladu su s postavljenom hipotezom. U ranijim istraživanjima utvrđeno je da je psihološka otpornost pozitivno povezana s psihološkom dobrobiti te negativno povezana s pokazateljima psihološkog distresa, odnosno s depresijom i anksioznošću (Haddadi

i Besharat, 2010). Rezultati meta analize istraživanja u kojima su se izučavala obilježja odnosa između psihološke otpornosti i mentalnog zdravlja ukazuju na negativnu povezanost psihološke otpornosti s depresijom, anksioznosti i negativnim afektom (Hu i sur., 2015). U skladu s očekivanjima, isti autori utvrdili su pozitivnu korelaciju psihološke otpornosti sa zadovoljstvom životom i pozitivnim afektom, što su kategorizirali kao pozitivne indikatore mentalnog zdravlja. Uz navedeno, Hu i suradnici (2015) ustanovili su kako životne nedaće moderiraju odnos između otpornosti kao osobine i mentalnog zdravlja, a veličina učinaka znatno je jača za pojedince koji se trenutno suočavaju s određenim životnim problemima.

Iako psihološka otpornost doprinosi psihičkom zdravlju, ustanovljen je važniji doprinos zadovoljstva okolinom. Zadovoljstvo okolinom kao domena kvalitete života povezane sa zdravljem sadrži facete zadovoljstva financijskim resursima, slobodom, fizičkom sigurnosti i općenitom sigurnosti, dostupnosti socijalne i zdravstvene skrbi, zadovoljstva kućnim okruženjem, mogućnosti za stjecanje novih informacija i vještina, sudjelovanjem i mogućnost za rekreaciju/slobodne aktivnost, fizičkim okruženjem (zagađenje/buka/promet/klima) i prijevozom (WHO, 1996). Navedeno ujedeno tumači važniji doprinos zadovoljstva okolinom u odnosu na psihološku otpornost u objašnjavanju domene psihološkog zdravlja. Važnost zadovoljstva okolinom u objašnjavanju psihičkog zdravlja i zadovoljstva općom kvalitetom života u skladu je s istraživanjima o važnosti okolinskih resursa u kontekstu obiteljskog nasilja. Pristup resursima iznimno je važna odrednica subjektivne dobrobiti pojedinca (Diener i Fujita, 1995). Žene žrtve nasilja suočene su sa značajnim gubitkom resursa kao rezultat nametnutih partnerovih zahtjeva (Beeble i sur., 2010). Navedeno vodi lošem mentalnom zdravlju i nižoj razini kvalitete života (Beeble i sur., 2010). Beeble i suradnici (2010) objašnjavaju kako su resursi (npr. smještaj, zaposlenje, obrazovanje, briga za djecu, prijevoz i zdravstvena skrb) važni za pojedinčevu mogućnost suočavanja sa stresom te da ograničavanje ili smanjenje istih implicira negativno djelovanje na psihološku dobrobit. Weaver i suradnici (2021) su na uzorku od pedeset žena žrtava umjerenog i teškog nasilja utvrdili kako su nedostatni resursi poput hrane, skloništa, brige za djecu, prijevoza, zdravlja, financija i osobnog vremena „za sebe“ prediktor simptoma PTSP-a, depresije i lošeg psihičkog zdravlja kao domene kvalitete života. Pri tome, autori su u analizi kontrolirali dob, psihološko zlostavljanje, iskustvo seksualne prisile i osobni prihod. Važna faceta obuhvaćena u varijabli zadovoljstva okolinom jest dostupnost socijalne i zdravstvene skrbi. Wuerch (2015) u svojem istraživanju utvrđuje kako je zadovoljstvo neformalnom podrškom i formalnim uslugama značajno povezano s boljom kvalitetom života kod žena žrtava intimnog partnerskog nasilja. U istraživanju Mamule i



Dijanić Plašć (2014) sudionice su najviše iskustva imale s centrima za socijalnu skrb (89%) i policijom (88%). Isto tako, oko 70% žena imalo je iskustvo s organizacijama civilnog društva (npr. SOS-telefon, savjetovalište, sklonište) i medicinskim osobljem u bolnicama i/ili domovima zdravlja. Značajan broj sudionica istraživanja susreo se sa socijalnom skrbi. Naime, oko 60% ispitanih korisnica sigurnih kuća za smještaj je trebalo uputnicu Centra za socijalnu skrb. Uputnica je isprava kojom se korisnik upućuje na korištenje određene socijalne usluge (u ovom slučaju sigurne kuće) propisane Zakonom o socijalnoj skrbi, određuje se pružatelj i opseg usluge te ujedno predstavlja osnovu za obračun troškova pružene usluge (Zakon o socijalnoj skrbi, članak 76., NN 18/22). Navedeno implicira kako je nasilje prijavljeno nadležnoj instituciji, odnosno centru za socijalnu skrb. Ajduković i Ajduković (2010) objašnjavaju kako zdravstveni djelatnici mogu imati ključnu ulogu u prepoznavanju i prevenciji nasilja u obitelji, osobito nad djecom i ženama jer predstavljaju jedinu instituciju u koju svi pojedinci dođu tijekom života i gdje postoji prilika za interakciju u povjerljivom okruženju. Liječnik/ca svojom intervencijom pomaže žrtvi da izbjegne, odnosno smanji svoju izloženost nasilju te na taj način dolazi do smanjenja ozljeda i ostalih štetnih zdravstvenih posljedica. Uzimajući u obzir da se obrazac nasilja u obitelji odvija ciklički i opetovano, zdravstvene intervencije mogu sačuvati ljudski život i zdravlje (Ajduković i Ajduković, 2010). Uz navedeno, zadovoljstvo okolinom sadrži i facetu fizičke i opće sigurnosti. Mnogi pružatelji tretmana i drugi koji rade u području nasilja u obitelji smatraju da je osiguravanje fizičke i psihičke sigurnosti za žrtve nasilja u obitelji preduvjet za bilo koji oblik intervencije (Stover, 2005). Prema istoj autorici, ukoliko se žene i djeca ne osjećaju sigurno, nemoguće je uključiti ih u druge oblike tretmana. Navedeno upućuje na to da je osjećaj sigurnosti imperativ za razvoj kvalitete života kod žena žrtava obiteljskog nasilja. Nadalje, financijski resursi kao faceta zadovoljstva okolinom doprinose važnosti ove varijable u objašnjavanju psihičkog zdravlja i zadovoljstva općom kvalitetom života. U prilog navedenom govore rezultati kvalitativnog istraživanja koji pokazuju da ekonomska i financijska neovisnost žena žrtava partnerskog nasilja ima značajnu ulogu u njihovom životu (Rothman i sur., 2007). Točnije, zaposlenje im omogućava financijsku neovisnost što čini veliku razliku u načinu nošenja sa zlostavljanjem i spremnosti za napuštanje nasilnog partnera. Važnost prihoda je trostruka: žrtvi nasilja osigurava ekonomske resurse s kojima se mogu brinuti za sebe i svoju djecu, daje osjećaj kontrole nad vlastitim životom te psihološki osnažuje žene te povećava njihovo povjerenje u to da mogu samostalno uzdržavati sebe i svoju obitelj (Rothman i sur., 2007). Uz navedeno, zaposlenje promiče osjećaj fizičke sigurnosti, povećava samopoštovanje, poboljšava društvenu povezanost, pruža tzv. mentalni predah od nasilja te motivira i daje osjećaj svrhe u životu (Rothman i sur., 2007).

## *Tjelesno zdravlje*

Značajan doprinos psihološke otpornosti u objašnjenju tjelesnog zdravlja u skladu je postavljenom hipotezom i rezultatima dosadašnjih istraživanja. Smith i suradnici (2010) na uzorcima studenata potvrdili su važnu ulogu otpornosti u objašnjenju zdravstvenih ishoda. Točnije, studenti koje karakterizira viša razina otpornosti izvijestili su o nižoj razini negativnog i višoj razini pozitivnog afekta te o manjem broju tjelesnih simptoma (npr. glavobolja, loš apetit, vrtoglavica, bol u trbuhu) i simptoma doživljenog stresa. Autori rezultat objašnjavaju na način da se mjereno ponašanje u sklopu konstrukta psihološke otpornosti temelji na oporavku od stresa (eng. *bouncing back*). Iako stres ne mora nužno rezultirati dijagonozom narušenog mentalnog ili fizičkog zdravlja (Bonanno, 2008), pojedinci često doživljavaju diskretne stresne događaje koji na njih mogu utjecati kroz određeno vremensko razdoblje. Dakle, činjenica da je mjera otpornosti usmjerena na ponašanje povezana s određenim stresnim događajima istoj daje dosljedniju prediktivnu moć u objašnjavanju različitih mjera povezanih sa zdravljem. Isto tako, subjektivna procjena psihološke otpornosti i vjerovanje pojedinca o tome koliko dobro se oporavlja od stresa mogu biti važniji prediktori zdravlja u odnosu na objektivno stanje psihološke otpornosti pojedinca. McEwen (1998) objašnjava kako psihološka otpornost poboljšava zdravlje smanjenjem vremena i/ili opsega u kojem je organizam pod stresom. Posljedično, manje je štetnih učinaka na tijelo zbog smanjene aktivacije fiziološkog odgovora na stres i manje alostatskog opterećenja tijekom dugog razdoblja (McEwen, 1998). Opisani mehanizam može rezultirati većom razinom energije za provođenje i uključivanje u pozitivne aktivnosti koje mogu proširiti i izgraditi dodatne resurse za poboljšanje suočavanja i rješavanja problema (Fredrickson, 2001). S obzirom na dugotrajnu izloženost stresu kod žena žrtava nasilja, navedeni mehanizam pruža objašnjenje doprinosa psihološke otpornosti u objašnjenju tjelesnog zdravlja. S druge strane, zadovoljstvo okolinom na granici je značajnosti po pitanju doprinosa u objašnjavanju tjelesnog zdravlja te je psihološka otpornost najvažniji prediktor tjelesnog zdravlja. Temeljem dobivenih rezultata, čini se opravdanim pretpostaviti kako bi doprinos zadovoljstva okolinom značajno doprinio objašnjenju varijance tjelesnog zdravlja kada bi ukupan uzorak u istraživanju bio veći.

## *Zadovoljstvo općom kvalitetom života*

Kod zadovoljstva općom kvalitetom života utvrđen je značajan doprinos psihološke otpornosti u prvom koraku hijerarhijske regresijske analize, dok je ista postala neznačajna u drugom koraku pri uvođenju varijable zadovoljstva okolinom. U posljednjem, trećem koraku značajan doprinos općoj kvaliteti života daju socijalna okolina i zadovoljstvo životom.

Uzimajući u obzir kako psihološka otpornost postaje neznačajan prediktor u drugom i trećem koraku analize, može se govoriti o potencijalnom medijatorskom efektu okolinskih varijabli u odnosu psihološke otpornosti i zadovoljstva općom kvalitetom života. Za potvrđivanje medijatorskog efekta okoline potrebno je utvrditi kako prediktor (u ovom slučaju psihološka otpornost) utječe na medijatorsku varijablu, a koja uslijed toga utječe na kriterij (Shrout i Bolger, 2002). S obzirom na to, medijatorski efekt nije u potpunosti utvrđen jer isti zahtjeva značajnu povezanost okoline i socijalne podrške s psihološkom otpornosti, koja u ovom istraživanju nije utvrđena (vidi Tablica 2). Visina korelacije psihološke otpornosti sa socijalnom podrškom ( $r=,23$ ) i okolinom ( $r=,29$ ) prema Cohenu (1998) teži srednjoj povezanosti te se neznačajnost korelacija može pripisati malom uzorku sudionika. Ovakav rezultat ukazuje na dodatnu potrebu istraživanja odnosa okolinskih faktora i otpornosti u objašnjenju zadovoljstva općom kvalitetom života, psihičkog i tjelesnog zdravlja kod žrtava nasilja. Na navedeno upozoravaju Grych i suradnici (2015) koji navode kako su okolinski faktori nedovoljno empirijski istraženi u kontekstu psihološke otpornosti kod žrtava nasilja. Njihov model psihološku otpornost promatra kao portfolio te se temelji na istraživanjima otpornosti, pozitivne psihologije, posttraumatskog rasta i suočavanja s ciljem boljeg razumijevanja načina na koji pojedinci grade ispunjujuće živote nakon proživljavanja nasilnih i traumatskih događaja. Model uključuje zaštitne faktore na individualnoj i vršnjačkoj razini te na razini zajednice, a upućuje na procese kroz koje isti potiču psihološku otpornost kod žrtava nasilja. Autori objašnjavaju kako okolinski faktori mogu djelovati na resurse koji promiču psihološku otpornost, ali i na vjerojatnost izloženosti određenim nedaćama. Osim osiguravanja resursa koji mogu promicati zdravo funkcioniranje, okolinski faktori također mogu oblikovati način na koji se izražava otpornost ili koje strategije suočavanja se koriste. Daljnje objašnjenje utvrđenih rezultata leži u medijatorskoj ulozi socijalne podrške u odnosu psihološke otpornosti i kvalitete života koja je utvrđena na različitim populacijama (npr. Xu i Ou, 2014, Zhang i sur., 2017). Zhang i suradnici (2017) odnos između varijabli istraživali su kod pacijentica s rakom dojke te utvrdili kako su sudionice s većom socijalnom podrškom izvijestile o višoj razini psihološke otpornosti i boljoj kvaliteti života. Pored navedenog, utvrdili su da socijalna podrška ima ulogu djelomičnog medijatora u odnosu psihološke otpornosti i kvalitete života kod žena oboljelih od raka dojke. Slične rezultate dobili su Xu i Ou (2014) u istraživanju u kojem su sudjelovale osobe koje su preživjele sečuanski potres, a kod koji je utvrđeno da je dio odnosa psihološke otpornosti i kvalitete života posredovan razinom pružene socijalne podrške. Na temelju navedenog, moguće objašnjenje rezultata dobivenih u ovom istraživanju jest taj da psihološki otpornije žrtve nasilja imaju bolje mehanizme prepoznavanja i traženja podrške u

svojoj okolini što im omogućuje napuštanje počinitelja i traženje stručne pomoći, što posljedično ima pozitivan učinak i na njihovo zadovoljstvo općom kvalitetom života. S obzirom na nedorečenost nalaza, u budućim istraživanjima trebalo bi se dodatno istražiti medijatorski efekt okoline i socijalne podrške na odnos otpornosti i kvalitete života u kontekstu obiteljskog nasilja.

### *5.1. Nedostaci i smjernice za buduća istraživanja*

Jedan od nedostataka ovog istraživanja jest činjenica da je istraživanje provedeno u suradnji sa zaposlenicima sigurnih kuća što je moglo potaknuti socijalno poželjno odgovaranje. S druge strane, s obzirom da istraživačica nije sudjelovala u provedbi istraživanja u potpunosti je izbjegnut potencijalni učinak istraživačice na rezultate istraživanja. Nadalje, korisnice sigurnih kuća upitnik su ispunjavale na računalo što je kod dijela sudionica koje nemaju (puno) iskustva s upotrebom računala moglo izazvati poteškoće. Nastavno, sudionice istraživanja su upitnik ispunjavale u različitim uvjetima te nisu bile u potpuno jednakoj situaciji. Isto tako, konstrukti nisu objektivno mjereni, već se radi o mjerama samoprocjene korisnica. Prigodan i relativno mali uzorak u ovom istraživanju predstavlja osnovni metodološki nedostatak te ograničava statističke analize i zaključke. Prigodan uzorak ujedno je homogen te ga sačinjavaju isključivo punoljetne žene žrtve nasilja od strane partnera. Korisnice sigurnih kuća obuhvaćene ovim istraživanjem nisu reprezentativne i ne predstavljaju cijelu populaciju žena žrtava obiteljskog nasilja u Hrvatskoj, već one koje su u određenom trenutku potražile pomoć i podršku od strane stručnih i službenih osoba te su ujedno bile voljne sudjelovati u ovom istraživanju. Isto tako, određene sigurne kuće nisu bile u mogućnosti sudjelovati u provedbi istraživanja što je automatski onemogućilo uključivanje njihovih korisnica koje mogu imati različite karakteristike u odnosu na sudionice ovog istraživanja. Dodatan nedostatak koji se veže uz karakteristike korisnica sigurnih kuća jest njihova ujednačena izloženost nasilju. Iako je navedeno očekivano, ograničeno je interpretiranje rezultata te je smanjen varijabilitet. Navedeno je također onemogućilo utvrđivanje razlika u kvaliteti života te psihičkom i tjelesnom zdravlju sudionica s obzirom na jačinu ili oblik pretrpljenog nasilja te se nije mogao odrediti odnos pretrpljenog nasilja i njegovog doprinosa različitim domenama kvalitete života. Zaključno, rezultate ovog istraživanja ne može se generalizirati na cijelu populaciju žena žrtava obiteljskog nasilja, a s obzirom na provedene statističke analize ne mogu se donositi uzročno-posljedični zaključci.

S obzirom da tematika obiteljskog nasilja zahtjeva visoku interdisciplinarnost, brojne su mogućnosti za provođenje istraživanja na ovu temu. Sukladno navedenim nedostacima predlaže

se provedba istraživanja na većem i heterogenom uzorku žena i muškaraca koji su žrtve obiteljskog nasilja. Pored navedenog, potrebno je provesti istraživanja na uzorku žrtava obiteljskog nasilja počinjenog od strane različitih počinitelja, a ne samo intimnih partnera. S obzirom na tematiku i specifičnosti populacije, kvantitativna istraživanja potrebno je nadopuniti kvalitativnima kako bi se dobio bolji uvid u problematiku. Potiče se provedba populacijskih istraživanja s ciljem utvrđivanja prevalencije obiteljskog nasilja u Republici Hrvatskoj. Isto tako, moguće je u budućim istraživanjima ispitati zadovoljstvo i procjenu korisnosti usluga sigurnih kuća i savjetovališta, ali i procjenu cjelokupnog procesa prijave i sudskog postupka kada se radi o obiteljskom nasilju s ciljem boljeg usklađivanja usluga s potrebama korisnika. Prema saznanjima autorice, ne postoje znanstvena istraživanja koja se bave proučavanjem zaštitnih i rizičnih faktora u kontekstu obiteljskog nasilja. Istraživanja koja se provode većinski su na deskriptivnoj i kvalitativnoj razini te je potrebno detaljnije proučiti i istražiti problematiku obiteljskog nasilja s ciljem zaštite žrtava i prevencije nasilja.

## *5.2. Znanstvene i praktične implikacije*

Znanstveni doprinos ovog istraživanja odnosi se na bolje razumijevanje odrednica psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života kod žena žrtava obiteljskog nasilja. Utvrđeno je da su zadovoljstvo okolinom i socijalna podrška kao okolinski faktori potencijalni medijatori u odnosu psihološke otpornosti i zadovoljstva općom kvalitetom života. Psihološka otpornost je važan prediktor tjelesnog zdravlja, dok je u objašnjenju psihičkog zdravlja važnije zadovoljstvo okolinom. Nadalje, pregledom socio-demografskih karakteristika korisnica sigurnih kuća i njihovog iskustva nasilja doprinosi se boljem razumijevanju obilježja korisnica sigurnih kuća što omogućava prilagodbu i kreiranje usluga prema njihovim potrebama.

Sukladno navedenom, praktične implikacije ovog istraživanja idu u smjeru razvoja i provedbe programa za posredne i neposredne žrtve obiteljskog nasilja u sklopu savjetovališta i sigurnih kuća.

Uzimajući u obzir da se okolina pokazala jednom od važnijih faktora koji doprinose kvaliteti života, potrebno je raditi na detekciji žrtava obiteljskog nasilja kako bi se iste smjestile u sigurnu i podržavajuću okolinu. S obzirom na to da je većina sudionica nezaposlena te niskog ekonomskog statusa, potrebno je u sigurne kuće uvesti programe karijernog savjetovanja, profesionalnog usmjeravanja i usavršavanja. Na taj način sudionicama se omogućuje veća financijska nezavisnost te mogućnost samoostvarenja izvan konteksta sigurne kuće i

proživljenog nasilja. Sudionice ovog istraživanja su majke koje brinu o svojoj maloljetnoj djeci što upućuje na potrebu za organiziranom skrbi za djecu tijekom eventualnog odlaska na posao i obavljanja ostalih obaveza i zadataka.

Socijalna podrška pokazala se važnom u kontekstu opće kvalitete života te je iz toga razloga potrebno raditi na identificiranju šire socijalne mreže žrtava obiteljskog nasilja. Žrtvama je potrebno omogućiti održavanje kontakata s obitelji i prijateljima kako bi od njih primili emocionalnu, informacijsku i instrumentalnu podršku te podršku samopoštovanju. Također, kod žrtava koje nemaju visoku socijalnu podršku, potrebno je pružiti pomoć u izgradnji mreže socijalne podrške. S obzirom na povezanost samopoštovanja s psihičkim i tjelesnim zdravljem potrebno je veći naglasak staviti na programe za razvoj i jačanje samopoštovanja kod žrtava obiteljskog nasilja. Isto vrijedi i za psihološku otpornost koju je potrebno osvijestiti i dodatno razvijati kod korisnica.

## 6. Zaključak

Cilj istraživanja bio je opisati socio-demografski profil korisnica sigurnih kuća u terminima obiteljskog nasilja te utvrditi odrednice psihičkog i tjelesnog zdravlja te zadovoljstva općom kvalitetom života.

U istraživanju su sudjelovale 43 žene žrtve partnerskog nasilja koje su u trenutku istraživanja boravile u sigurnim kućama u Republici Hrvatskoj. Rezultati upućuju na to da žrtve obiteljskog nasilja najčešće pripadaju dobnoj skupini od 31 do 35 godina, u braku su ili rastavljene te imaju dvoje djece. Najčešće su srednje stručne spreme, nezaposlene i svoje ekonomsko stanje procjenjuju ispod prosječnim. Većina u sigurnoj kući boravi prvi put te su za smještaj u sigurnu kuću iskoristile uputnicu centra za socijalnu skrb. Tijekom djetinjstva većina sudionica je doživjela neki oblik nasilja, a nasilju od strane partnera sudionice su bile izložene u rasponu od manje od godinu dana do 10 godina. Žrtve obiteljskog nasilja u navedenom periodu većinom su doživjele više oblika psihičkog, tjelesnog i seksualnog nasilja. Zbog posljedica nasilja većina sudionica nije bila hospitalizirana. Većina sudionica istraživanja nasilje je jednom i osobno prijavila policiji, a postupak se trenutno vodi pri policiji, državnom odvjetništvu ili na kaznenom sudu.

Spearmanovim koeficijentom korelacije utvrđeno je da su sudionice subjektivno procijenjenog iznad prosječnog ekonomskog statusa ujedno psihički zdravije. Uz navedeno, iskustvo hospitalizacije zbog pretrpljenog nasilja pozitivno je povezano s trenutnim oboljenjem. Nadalje, izračunom Pearsonovog koeficijenta korelacije utvrđeno je kako su sudionice zadovoljnije općom kvalitetom života također zadovoljnije svojom okolinom, psihološki otpornije, iskazuju veće samopoštovanje, imaju višu socijalnu podršku te su psihički i tjelesno zdravije.

Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđene su odrednice zadovoljstva općom kvalitetom života te tjelesnog i psihičkog zdravlja. Pri tome, psihološka otpornost značajno doprinosi objašnjavanju tjelesnog zdravlja, a zadovoljstvo okolinom na granici je značajnosti. Suprotno očekivanjima, socijalna podrška nije statistički značajan prediktor tjelesnog i psihičkog zdravlja. S druge strane, zadovoljstvo okolinom važniji je prediktor u odnosu na značajan doprinos psihološke otpornosti pri objašnjenju varijance psihičkog zdravlja.

Zaključno, rezultati ovog istraživanja ukazuju na važnost zadovoljstva okolinom i psihološke otpornosti u objašnjenju psihičkog i tjelesnog zdravlja kod korisnica sigurnih kuća. Pored navedenog, rezultati upućuju na složen međudnos okolinskih (zadovoljstva okolinom i

socijalne podrške) te unutarnjih faktora (psihološke otpornosti) u objašnjenju zadovoljstva općom kvalitetom života. Dobiveni rezultati upućuju na važnost jačanja psihološke otpornosti kod žena žrtava obiteljskog nasilja, ali i na osiguravanje sigurne, zadovoljavajuće i suportivne okoline u kojoj žrtve mogu ostvariti bolju kvalitetu života i uspješnije se oporaviti od traume koju su preživjele. Psihologima i drugim članovima interdisciplinarnog tima rezultati mogu poslužiti kao temelj za prilagodbu postojećih ili izradu novih programa podrške za žrtve nasilja u sklopu sigurnih kuća i savjetovališta.



## 7. Literatura

- Aguilar, R. J. i Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of family violence*, 9(1), 35-45. <https://doi.org/10.1007/BF01531967>
- Ajduković, M. i Pavleković, G. (2004). *Nasilje nad ženom u obitelji*. Društvo za psihološku pomoć.
- Ajduković, D., Kraljević, R. i Penić, S. (2007). Kvaliteta života osoba pogođenih ratom. *Ljetopis socijalnog rada*, 14(3), 505-526. <https://hrcak.srce.hr/18886>
- Ajduković, D. i Ajduković, M. (2010). Nasilje u obitelji: što zdravstveni djelatnici mogu učiniti. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 46(3), 292-299. <https://hrcak.srce.hr/59254>
- Almedom, A. M. i Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of loss and Trauma*, 12(2), 127-143. <https://doi.org/10.1080/15325020600945962>
- 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(6), 959-965. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0046-4>
- Alsaker, K., Moen, B. E., Morken, T. i Baste, V. (2018). Intimate partner violence associated with low quality of life-a cross-sectional study. *BMC women's health*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0638-5>
- Bakić, H., Ajduković, D. i Barić, Ž. (2017). Uloga sigurne kuće u osnaživanju žena koje su preživjele partnersko nasilje. *Ljetopis socijalnog rada*, 24(1), 73-99. <https://hrcak.srce.hr/185290>
- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- 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(4), 718. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016140>
- Beeble, M. L., Bybee, D. i Sullivan, C. M. (2010). The impact of resource constraints on the psychological well-being of survivors of intimate partner violence over time. *Journal of Community Psychology*, 38(8), 943-959. <https://doi.org/10.1002/jcop.20407>
- Bezinović, P. (1988). *Percepcija osobne kompetentnosti kao dimenzija samopoimanja (doktorska disertacija)*. Filozofski fakultet u Osijeku, Odsjek za psihologiju.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J. i Simmons, K. W. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American journal of preventive medicine*, 25(1), 38-44. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00094-1](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00094-1)
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.1.20>

- Bonanno, G. A., Papa, A. i O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and preventive Psychology, 10*(3), 193-206. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(01\)80014-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(01)80014-7)
- 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*(6), 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Brazier, J., Deverill, M. i Green, C. (1999). A review of the use of health status measures in economic evaluation. *Journal of health services research and policy, 4*(3), 174-184. <https://doi.org/10.1177%2F135581969900400310>
- Buel, S. M. (1999). Fifty obstacles to leaving, aka, why abuse victims stay. *Colorado Lawyer, 28*(10/19).
- Burge, S.K. (1997). Violence against women. *Primary Care, 24*, 67-81.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The lancet, 359*(9314), 1331-1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Cappell, C. i Heiner, R. B. (1990). The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of family violence, 5*(2), 135-152. <https://doi.org/10.1007/BF00978516>
- Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y. i Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence against women, 8*(6), 720-745. <https://doi.org/10.1177%2F10778010222183251>
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of social issues, 54*(2), 245-266.
- Cascardi, M. i O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of family Violence, 7*(4), 249-259. <https://doi.org/10.1007/BF00994617>
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L. i Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine, 11*(5), 465-476. <https://doi.org/10.1089/15246090260137644>
- 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*(3), 259-267. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00122-1](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00122-1)
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E. i King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American journal of public health, 90*(4), 553. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.4.553>
- Cohen, S., Underwood, L. G. i Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med:psych/9780195126709.001.0001>
- Cohen, S. i Hoberman, J. M. (1983). Positive events and social supports of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 2*, 99-125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>

- Cohen, S. i Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of applied social psychology*, 13(2), 99-125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. izdanje). Lawrence Erlbaum.
- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., Toth O. i Barros, H. (2015). Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Quality of Life Research*, 24(2), 463-471. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0766-9>
- Crann, S. E. i Barata, P. C. (2016). The experience of resilience for adult female survivors of intimate partner violence: A phenomenological inquiry. *Violence Against Women*, 22(7), 853-875. <https://doi.org/10.1177%2F1077801215612598>
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social indicators research*, 43(3), 307-334. <https://doi.org/10.1023/A:1006831107052>
- Dacey, J., i Kenny, M. (1994). *Adolescent Development*. Brown and Benchmark publishers.
- Diener, E. i Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 926. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.68.5.926>
- Djikanović, B., Jansen, H. A. i Otašević, S. (2010). Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(8), 728-735. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.090415>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E. i Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship*, 37(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Gottlieb, B. H. (1981). *Social Networks & Soc Support*. SAGE Publications, Incorporated.
- Greenier, K. D., Kernis, M. H. i Waschull, S. B. (1995). Not all high (or low) self-esteem people are the same. In *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 51-71). Springer.
- Grych, J., Hamby, S. i Banyard, V. (2015). The resilience portfolio model: Understanding healthy adaptation in victims of violence. *Psychology of violence*, 5(4), 343. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0039671>
- Haddadi, P. i Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 639-642. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.157>
- Helton, A. (1987). *A protocol for the battered women*. March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Hotaling, G. T. i Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and victims*, 1(2), DOI:101-124. 10.1891/0886-6708.1.2.10.

- Hotaling, G.T. i Sugarman, D.B. (1990). A risk marker analysis of assaulted wives. *Journal of Family Violence*, 5, 1–13. <https://doi.org/10.1007/BF00979135>
- Hu, T., Zhang, D. i Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Jackson, N. A. (1996). Observational experiences of intrapersonal conflict and teenage victimization: A comparative study among spouses and cohabitators. *Journal of Family Violence*, 11(3), 191-203. <https://doi.org/10.1007/BF02336940>
- Ivanov, L. i Pezenić, Z. (2010). Skala socijalne podrške. U I. Tucak Junaković, V. Čubela Adorić, Z. Penezić i A. Proroković (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 5* (str. 69-78). Sveučilište u Zadru.
- Jelić, M. (2012). Nove spoznaje u istraživanjima samopoštovanja: konstrukt sigurnosti samopoštovanja. *Društvena istraživanja*, 21 (2 (116)), 443-463. <https://doi.org/10.5559/di.21.2.08>
- Jex, S. M., Cvetanovski, J. i Allen, S. J. (1994). Self-esteem as a moderator of the impact of unemployment. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(1), 69.
- Kantor, G. K. i Straus, M. A. (1989). Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 15(2), 173-189. <https://doi.org/10.3109/00952998909092719>
- Kazneni zakon. *Narodne novine*, br. 56/15, 126/19.
- Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C. i Rawlings, E. I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of interpersonal violence*, 10(1), 43-55. <https://doi.org/10.1177/088626095010001003>
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A. i Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 65(6), 1190. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1190>
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E. i Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(5), 834. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.65.5.834>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.)*. Guilford Press.
- Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. *Primijenjena psihologija*, 10, 179-184.
- Kvarme, L. G., Haraldstad, K., Helseth, S., Sørum, R. i Natvig, G. K. (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-85>
- Lacković-Grgin, K. (1994). *Samopoimanje mladih*. Naklada Slap.
- Lazarić Zec, D. i Pavleković, G. (2006). Iskustvo i samoprocjena znanja stručnjaka u lokalnoj zajednici o problemu nasilja nad ženom u obitelji. *Ljetopis socijalnog rada*, 13(2), 297-314. <https://hrcak.srce.hr/7707>

- Leonard, K. E. i Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of abnormal psychology*, 105(3), 369. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.105.3.369>
- Lepore, S. J., Evans, G. W. i Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of personality and social psychology*, 61(6), 899. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.61.6.899>
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Theran, S. A., Trotter, J. S., Eye, A. V. i Davidson, W. S. (2004). The social networks of women experiencing domestic violence. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 95-109. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040149.58847.10>
- Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., França-Junior, I. i Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social science and medicine*, 66(4), 1008-1018. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. i Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lynch, S. M. i Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman abuse and self-affirmation: Influences on women's self-esteem. *Violence against women*, 6(2), 178-197. <https://doi.org/10.1177%2F10778010022181787>
- Mamula i Dijanić Plašć, I. (2014). Tipična žrtva obiteljskog nasilja u RH–sociodemografski profil. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, 60(32), 111-127. <https://hrcak.srce.hr/131220>
- Martinjak, D., Kikić, S. i Kovčo Vukadin, I. (2020). Viktimološka obilježja obiteljskog nasilja s posebnim osvrtom na pravnu kvalifikaciju događaja, *Zbornik radova - Međunarodna znanstveno-stručna konferencija* (str. 303.-325.).
- Macdonald, G. (1998). Development of a social support scale: An evaluation of psychometric properties. *Research on Social Work Practice*, 8 (5), 564-574. <https://doi.org/10.1177/104973159800800505>
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179. DOI: 10.1056/NEJM199801153380307
- Merritt-Gray, M. i Wuest, J. (1995). Counteracting abuse and breaking free: The process of leaving revealed through women's voices. *Health care for women international*, 16(5), 399-412. <https://doi.org/10.1080/07399339509516194>
- Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P. i Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 109-121. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6236-3>
- Ministarstvo unutarnjih poslova (2020). Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2019. godini. *Statistika MUP-a i Bilteni o sigurnosti cestovnog prometa*. <https://mup.gov.hr/pristup-informacijama-16/statistika-228/statistika-mup-a-i-bilteni-o-sigurnosti-cestovnog-prometa/283233>
- Ministarstvo unutarnjih poslova (2021). Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2020. godini. *Statistika MUP-a i Bilteni o sigurnosti cestovnog prometa*.

<https://mup.gov.hr/pristup-informacijama-16/statistika-228/statistika-mup-a-i-bilteni-o-sigurnosti-cestovnog-prometa/283233>

- Mitchell, R. E. i Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American journal of community psychology*, 11(6), 629-654. <https://doi.org/10.1007/BF00896600>
- Nurius, P. S., Furrey, J. i Berliner, L. (1992). Coping capacity among women with abusive partners. *Violence and Victims*, 7(3), 229-243. DOI:10.1891/0886-6708.7.3.229
- Orava, T. A., McLeod, P. J. i Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11(2), 167-186. <https://doi.org/10.1007/BF02336668>
- Pagelow, M.D. (1984). *Family Violence*. Praeger.
- Pibernik-Okanović, M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes research and clinical practice*, 51(2), 133-143. [https://doi.org/10.1016/S0168-8227\(00\)00230-8](https://doi.org/10.1016/S0168-8227(00)00230-8)
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Bruil, J. i Rajmil, L. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Social and Preventive Medicine*, 46(5), 294-302. <https://doi.org/10.1007/BF01321080>
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., i Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*, 56(10), 1289-1316. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200010\)56:10%3C1289::AID-JCLP4%3E3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200010)56:10%3C1289::AID-JCLP4%3E3.0.CO;2-Z)
- Roscoe, B. i Benaske, N. (1985). Courtship violence experienced by abused wives: Similarities in patterns of abuse. *Family relations*, 419-424. <https://doi.org/10.2307/583582>
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. In *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.
- Rothman, E. F., Hathaway, J., Stidsen, A. i de Vries, H. F. (2007). How employment helps female victims of intimate partner violence: a qualitative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(2), 136. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8998.12.2.136>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. i Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social psychology*, 50(4), 845. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.50.4.845>
- 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(1), 127. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Sedlak, A.J. (1988). Prevention of wife abuse U Van Hasselt, V.B., Morrison, R.L., Bellack, A.S. i Hersen, M. (ur.), *Handbook of family violence* (str. 319–358). New York: Plenum Press.
- Shrout, P. E. i Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological methods*, 7(4), 422. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1082-989X.7.4.422>

- Slišković, A. i Burić, I. (2018). Kratka skala otpornosti. U A. Slišković, I. Burić, V. Čubela Adorić, M. Nikolić i I. Tucak Junaković (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 9* (str. 7-12). Sveučilište u Zadru.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. i Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine, 15*(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J. i Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource?. *The Journal of Positive Psychology, 5*(3), 166-176. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.482186>
- Spencer, N. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Child Care Health Development, 32*, 603-604. [https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00674\\_2.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00674_2.x)
- Stover, C. S. (2005). Domestic violence research: What have we learned and where do we go from here?. *Journal of interpersonal violence, 20*(4), 448-454. <https://doi.org/10.1177/0886260504267755>
- Theran, S. A., Sullivan, C. M., Bogat, G. A. i Sutherland Stewart, C. (2006). Abusive partners and ex-partners: Understanding the effects of relationship to the abuser on women's well-being. *Violence against women, 12*(10), 950-969. <https://doi.org/10.1177/1077801206292871>
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior, 53*-79. <https://doi.org/10.2307/2626957>
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D. i Matthews, A. (2000). Partner violence, social support, and distress among inner-city African American women. *American journal of community psychology, 28*(1), 127-143. <https://doi.org/10.1023/A:1005198514704>
- Tusaie, K. i Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic nursing practice, 18*(1), 3-10. <https://doi.org/10.1097/00004650-200401000-00002>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine, 28*(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Weaver, T. L., Kelton, K. i Riebel, J. (2021). The Relationship Between Women's Resources and Health-Related Quality of Life in a Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Journal of social service research, 47*(4), 565-578. <https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1859433>
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R. i Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of interpersonal violence, 18*(2), 166-185. doi:10.1177/0886260502238733
- Weisz, A. N., Tolman, R. M. i Saunders, D. G. (2000). Assessing the risk of severe domestic violence: The importance of survivors' predictions. *Journal of interpersonal violence, 15*(1), 75-90. <https://doi.org/10.1177/088626000015001006>
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology, 21*(2), 152-169. DOI:10.1017/S0959259810000420

- 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), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-67>
- World Health Organization. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization.
- Wuerch, M. A. (2015). *Support-seeking and quality of life in female survivors of intimate partner violence* (Doctoral dissertation, The University of Regina (Canada)).
- Xu, J. i Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public health*, 128(5), 430-437. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.002>
- Yakubovich, A. R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G. J., Steinert, J. I., Glavin, C. E. i Humphreys, D. K. (2018). Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *American journal of public health*, 108(7). <https://doi.org/10.2105/ajph.2018.304428>
- Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji. *Narodne novine*, br. 70/17, 126/9, 84/21.
- Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/22.
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P. i Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969. <https://dx.doi.org/10.12659/MSM.907730>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. i Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Zlotnick, C., Kohn, R., Peterson, J. i Pearlstein, T. (1998). Partner physical victimization in a national sample of American families: Relationship to psychological functioning, psychosocial factors, and gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(1), 156-166. <https://doi.org/10.1177/088626098013001009>