

Psihosocijalne odrednice zdravstvene kvalitete života hrvatskih branitelja

Burčul, Antonia

Master's thesis / Diplomski rad

2025

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:111:852333>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-01**



Repository / Repozitorij:

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





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Antonia Burčul

**PSIHOSOCIJALNE ODREDNICE
ZDRAVSTVENE KVALITETE ŽIVOTA
HRVATSKIH BRANITELJA**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2025.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Antonia Burčul

**PSIHOSOCIJALNE ODREDNICE
ZDRAVSTVENE KVALITETE ŽIVOTA
HRVATSKIH BRANITELJA**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: izv. prof. dr. sc. Lovorka Brajković

Zagreb, 2025

Psihosocijalne odrednice zdravstvene kvalitete života hrvatskih branitelja

Psychosocial indicators of health-related quality of life of Croatian war veterans

Sažetak

Zbog povećane izloženosti kroničnim zdravstvenim problemima, ključno je proučavanje čimbenika koji utječu na zdravstvenu kvalitetu života hrvatskih branitelja. Cilj istraživanja bio je ispitati povezanost te utvrditi doprinos psihološke otpornosti, usamljenosti, kvalitete obiteljskog funkcioniranja i depresivnosti u objašnjenju zdravstvene kvalitete života. Istraživanje je provedeno na uzorku od 126 branitelja, od kojih su 83,3% muškarci, dok 28,6% ima dijagnozu PTSP-a, a čak 82,5% ne traži psihološku ili psihijatrijsku pomoć. Za mjerenje varijabli korišteni su standardizirani instrumenti: SF-36 za procjenu zdravstvene kvalitete života, Kratka skala otpornosti, UCLA skala usamljenosti, DASS skala za depresiju, anksioznost i stres te Skala kvalitete obiteljskog funkcioniranja. Podaci su prikupljeni metodom papir-olovka putem braniteljskih udruga, uz tehniku snježne grude. Rezultati ukazuju na negativnu povezanost usamljenosti i depresije sa zdravstvenom kvalitetom života, dok je otpornost značajno pozitivno povezana. Kvaliteta obiteljskog funkcioniranja ima nižu povezanost, a ističe se skladnost koja je povezana s boljim mentalnim zdravljem. U svrhu ispitivanja doprinosa psihosocijalnih odrednica, provedena je hijerarhijska regresija na svih osam subskala zdravstvene kvalitete života. Depresija se ističe kao najsnažniji prediktor, posebno u domenama mentalnog zdravlja i vitalnosti, dok otpornost pridonosi objašnjenju osjećaja boli i mentalnog zdravlja. Kvaliteta obiteljskog funkcioniranja ima slabiji, ali pozitivan utjecaj, posebice kroz Skladnost i Konflikt. Zaključno, istraživanje ističe važnost psihosocijalne podrške i preventivnih programa za jačanje otpornosti i smanjenje depresije među braniteljima kako bi se unaprijedila njihova zdravstvena kvaliteta života.

Ključne riječi: zdravstvena kvaliteta života, depresija, psihološka otpornost, usamljenost, kvaliteta obiteljskog funkcioniranja, hrvatski branitelji

Abstract

Due to increased exposure to chronic health problems, studying the factors influencing the health-related quality of life of Croatian war veterans is crucial. The aim of the research was to examine the correlations and determine the contribution of psychological resilience, loneliness, family functioning quality, and depression in explaining health-related quality of life. The study included a sample of 126 veterans, of whom 83.3% were men, 28.6% had a PTSD diagnosis, and 82.5% reported not seeking psychological or psychiatric help. Standardized instruments were used: the SF-36 for assessing health-related quality of life, the Brief Resilience Scale, the UCLA Loneliness Scale, the DASS for depression, anxiety, and stress, and the Family Functioning Quality Scale. Data were collected via a paper-pencil method through veterans' associations using a snowball sampling technique. The results indicate a negative association of loneliness and depression with health-related quality of life, while resilience plays a potentially protective role. Family functioning quality showed a lower correlation, with harmony being particularly associated with better mental health. To explore the contributions of psychosocial determinants, hierarchical regression was performed on all eight subscales of health-related quality of life. Depression emerged as the strongest predictor, especially in the domains of mental health and vitality, while resilience contributed to explaining pain and mental health. Family functioning quality had a weaker but positive influence, particularly through Harmony and Conflict. In conclusion, the study highlights the importance of psychosocial support and preventive programs aimed at strengthening resilience and reducing depression among veterans to improve their health-related quality of life.

Keywords: health-related quality of life, depression, psychological resilience, loneliness, family functioning quality, Croatian war veterans

SADRŽAJ

UVOD	1
<i>Domovinski rat i hrvatski branitelji</i>	1
<i>Psihološka otpornost</i>	4
<i>Usamljenost</i>	6
<i>Obitelj i obiteljsko funkcioniranje</i>	8
<i>Depresija</i>	11
Ciljevi i problemi	12
Metoda	14
<i>Sudionici</i>	14
<i>Instrumenti</i>	14
<i>Postupak</i>	18
Rezultati	19
Rasprava	31
<i>Praktične implikacije istraživanja</i>	37
<i>Metodološka ograničenja i buduća istraživanja</i>	38
ZAKLJUČAK	39
Literatura	40

UVOD

Domovinski rat i hrvatski branitelji

U hrvatskoj povijesti, Domovinski rat izdvaja se kao jedan od najvažnijih i ključnih događaja za stvaranje hrvatske države i identiteta. Prema Hrvatskoj enciklopediji riječ je o obrambenom ratu za neovisnost i cjelovitost hrvatske države protiv agresije udruženih velikosrpskih snaga – ekstremista u Hrvatskoj, Jugoslavenske narodne armije (JNA) te Srbije i Crne Gore. Rat je započeo 31. ožujka 1991. godine odnosno „krvavim“ Uskrsom na Plitvicama, a završio je oslobađanjem najvećeg dijela okupiranog teritorija početkom kolovoza 1995. godine, operacijom „Oluja“. Ozbiljnost situacije u kojoj se našla Hrvatska potvrđuje podatak da je 1992. godine bila okupirana približno četvrtina državnog teritorija, s više od tisuću naselja (Živić, 2005). Budući da su tenzije između Hrvatske i Jugoslavije rasle, a JNA je sve otvorenije podržavala srpske separatističke snage, javlja se potreba za ubrzanim stvaranjem i razvojem hrvatske vojske. Iako se hrvatska vojka stvarala u izrazito nepovoljnim političkim, društvenim, organizacijskim i materijalnim okolnostima, već koncem 1991. godine u Hrvatskoj su bile ustrojene i na bojištima razvijene 63 brigade, a u njima se nalazilo približno 200.000 vojnika (Živić, 2005). Treba imati na umu da je u vrlo kratkom periodu u trajanju od 5 godina točnije od 1990. do 1995. godine, Republika Hrvatska stvorila vojnu silu koja je skoro oslobodila cijeli teritorij Republike Hrvatske, posebice ako uzmemo u obzir uvjete u kojima se nalazila te početnu nadmoć srpskog agresora.

Posljedice rata su ogromne te su ostavile snažan trag u svim sferama hrvatskog društva, no što se tiče demografskih podataka iz 2009., u Domovinskom ratu na hrvatskoj je strani poginulo najmanje 12500 osoba, dok se 1030 osoba smatra nestalima. Nadalje, prema podacima, 1995. godine, pod oružjem je bilo 200 000 hrvatskih vojnika, a tijekom samog rata poginulo je 8147 branitelja i 6605 civila (Živić, 2005). U Domovinskom ratu je sudjelovalo 14.443 žene, kao aktivne pripadnice hrvatskih oružanih postrojbi, kao pripadnice pričuvnog sastava ili narodne zaštite. Među njima je 766 poginulih i 1973 ranjene pripadnice

OSRH, danas s lakšim ili težim tjelesnim invaliditetom (Dukić, 2002 prema Stanić i Mravak., 2012).

Prema podacima Ministarstva hrvatskih branitelja iz Domovinskoga rata, u Hrvatskoj je tijekom rata i u poratnom razdoblju poginulo 5.199 pripadnika Hrvatske vojske ili 63,81% svih branitelja, zatim 10,03% branitelja poginulo je nesretnim slučajem dok je čak 6.16% branitelja počinilo samoubojstvo. Što se tiče dobne strukture stradalih branitelja, čak 76,74% pripadnika Hrvatske vojske, u trenutku stradavanja imalo je između 20 i 40 godina starosti, a po pitanju spolne strukture smrtno stradalih branitelja, prevladavaju muškarci kojih je 98,57%, a žena 1,43%. Zbog posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu 57.212 hrvatskih branitelja ima tjelesno oštećenje veće od 20% odnosno utvrđen status hrvatskog ratnog vojnog invalida (Šincek, 2017).

Po završetku Domovinskog rata, unatoč njihovoj ključnoj ulozi u stvaranju neovisne Hrvatske, hrvatski branitelji našli su se u kompleksnoj situaciji. Jedan od izazova s kojim su se susreli su svakako psihološke posljedice, među kojima je prevladavao broj branitelja s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP), što je dovelo do socijalne izolacije, budući da civilno društvo ponekad nije imalo dovoljno razumijevanja za njihove poteškoće. Isto tako, javio se i problem nezaposlenosti, siromaštva, invalidnosti te brojni drugi. Upravo s ciljem pomoći i podrške te što lakše reintegracije u društvo, 1995. godine započeto je osnivanje centara za psihosocijalnu pomoć sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata, te se provodio na cijelom području Republike Hrvatske. Unutar svake županije djeluje po jedan centar za psihosocijalnu pomoć (ukupno 21), uz iznimku Brodsko-posavske županije na čijem su području aktivna dva centra te jedan Centar za Grad Zagreb i Zagrebačku županiju (Ministarstvo branitelja, 2014). Stres i traumatska iskustva iz rata također su povezani s povećanim rizikom od razvoja kroničnih bolesti, poput srčanih bolesti, dijabetesa, visokog krvnog tlaka i onkoloških bolesti koje dugoročno negativno utječu na kvalitetu života hrvatskih branitelja, odnosno pojava komorbiditeta među braniteljima može se smatrati pravilom a ne iznimkom te je teško naći ratnog veterana koji nema barem dvije bolesti, bilo tjelesne ili duševne (Ropac i sur., 2021).

Zdravstvena kvaliteta života branitelja

Zdravstvena kvaliteta života (HRQOL) je koristan indikator općeg zdravlja jer prikuplja informacije o fizičkom i mentalnom zdravstvenom stanju pojedinaca te o utjecaju zdravstvenog pitanja na kvalitetu života. HRQOL se obično procjenjuje pomoću različitih pokazatelja samo-percipiranog zdravstvenog stanja i fizičkog i emocionalnog funkcioniranja (Yin i sur., 2016). Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) objavio je podatke o sistematskim pregledima branitelja koji se provode od 2016. godine. Prema tim podacima, do dana 23.11.2023. u bazu sistematskih pregleda upisani su podaci za 84.920 branitelja, od čega je pregledano 80.705 (95,0%) osoba muškog spola i 4.215 (5,0%) osoba ženskog spola. U osobnoj anamnezi kod 38.580 branitelja (45,4%) zabilježene su različite bolesti, pri čemu su najčešće one kardiovaskularnog sustava. Posttraumatski stresni poremećaj zabilježen je kod 4.463 branitelja (5,3% branitelja koji su se odazvali na sistematski pregled) dok su maligne bolesti u osobnoj anamnezi navedene kod 1.968 branitelja (2,3% branitelja koji su se odazvali na sistematski pregled) (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2023). Prema podacima Registra uzroka smrti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Registra hrvatskih branitelja u Hrvatskoj je u 2022. godini zabilježeno 6.330 umrlih hrvatskih branitelja Domovinskog rata, od čega su 6.153 preminula muškarca i 177 preminulih žena. Nadalje, prema podacima, prosječna dob umrlih branitelja je u 2021. godini bila 65,1 godina, a raniji podaci pokazuju da je ta dob bila čak niža, oko 50,9 godina, pogotovo u periodu od 1998. do 2010. godine, kada su tumori i bolesti krvožilnog sustava bili vodeći uzroci smrti (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022). S druge strane, prosječna životna dob umrlih u općoj populaciji Hrvatske iznosi oko 78 godina, prema podacima Državnog zavoda za statistiku (2020). To pokazuje da branitelji, u prosjeku, umiru 10 do 15 godina ranije od opće populacije. Vodeći uzrok smrti među svim braniteljima su novotvorine (tumori) od kojih je umrlo 2.209 ili 34,9% umrlih branitelja, zatim cirkulacijske bolesti (1.789 umrlih) te bolesti probavnog sustava (438). Nakon obavljenih sustavnih pregleda, braniteljima su izdane različite preporuke. Dodatne dijagnostičke pretrage preporučene su za 38.545 branitelja (45,4% branitelja koji su se odazvali na sistematski

pregled), dok je 43.131 branitelj (50,7% branitelja koji su se odazvali na sistematski pregled) upućen na daljnje specijalističke preglede ili kontrole. Promjena životnog stila preporučena je za 46.698 branitelja (55,0% branitelja koji su se odazvali na sistematski pregled), dok je za 7.388 branitelja (8,7% branitelja koji su se odazvali na sistematski pregled) utvrđeno da nisu potrebni daljnji dijagnostički postupci. Ovi statistički pokazatelji ne samo da ukazuju na veću prevalenciju bolesti među braniteljima, već i na značajan utjecaj tih bolesti na njihov životni vijek i svakodnevno funkcioniranje, što HRQOL koncept čini ključnim za razumijevanje njihovih potreba i izazova.

Psihološka otpornost

Zdravstvena kvaliteta života (HRQOL) ne odražava samo fizičko i mentalno stanje, već i sposobnost pojedinca da se nosi sa zdravstvenim izazovima, što je usko povezano s pojmom psihološke otpornosti. Psiholozi se posljednjih godina okreću traženju i proučavanju zaštitnih čimbenika, među kojima se posebice istaknula upravo psihološka otpornost kao jedan od ključnih aspekata u održavanju mentalnog zdravlja. Iako se koncept otpornosti proučavao desetljećima, još uvijek nema konsenzusa o definiciji, konceptualizaciji i mjerenju otpornosti, međutim, ono što je zajedničko svim definicijama otpornosti jest da se temeljno sastoje od upućivanja na nedaće i pozitivne ishode. Prema jednoj od često citiranih definicija, psihološka otpornost može se definirati kao pozitivna prilagodba unatoč nepovoljnim životnim okolnostima i nedaćama, s kojima se ljudi neminovno susreću (Luthar i sur., 2000). Riječ otpornost (engl. resilience), potječe iz latinske riječi „resilire“ koja znači „odskočiti“, „vratiti se u prvobitni položaj“ (Den Hartigh i Hill, 2022). Psihološka otpornost je više od osobine ličnosti pojedinca - to je proces koji uključuje interakciju između pojedinca, životnih iskustava te osobe i trenutnog životnog konteksta (Meredith i sur., 2011). Southwick i suradnici (2014) otpornost shvaćaju kao vrlo složen i interaktivan fenomen, koji je određen nizom bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturalnih čimbenika koji su u međusobnoj interakciji te koji određuju reakciju na stresne okolnosti. Jedna od glavnih rasprava u literaturi o otpornosti odnosi se na pitanje je li otpornost urođena ili

stečena, može li ju svatko razviti te je li stabilna ili se mijenja kroz vrijeme. Sukladno s tim, može se promatrati kroz tri različite perspektive – kao proces, ishod ili osobina ličnosti. Posljednjih godina, koncept psihološke otpornosti se ipak najčešće promatra kao proces, te se naglašava dinamična priroda kao i kontinuirani proces prilagodbe i razvoja kroz vrijeme i različite životne situacije. Takav pristup otpornosti podržava razvoj intervencija i programa koji imaju za cilj jačanje iste. Tumačenje otpornosti kao osobine ličnosti pokazalo se izazovno, budući da podrazumijeva apsolutnu i nepromjenjivu kvalitetu otpornosti, dok se u kasnijim istraživanjima pokazalo da ljudi pokazuju različit stupanj otpornosti i ranjivosti tijekom života i u različitim situacijama, odnosno kada se okolnosti promijene, mijenja se i otpornost (Luther i sur., 2000). Osobine pojedinca mogu utjecati na izloženost riziku, a ista osobina može istodobno biti čimbenik ranjivosti i zaštite, ovisno o drugim karakteristikama pojedinca, užeg i šireg konteksta. Otpornost se može definirati i na osnovi neposrednih ishoda, odnosno, odsutnosti simptoma i/ili adaptivnog funkcioniranja nakon izloženosti riziku. Prema tom pristupu, otpornost se odvija neposredno nakon traumatskog događaja te djeluje prije nastanka simptoma ili smetnji (Kosi, 2020). Nadalje, istraživači se bave i čimbenicima otpornosti, koji doprinose sposobnosti pojedinca da se nosi s izazovima i stresom. U literaturi o otpornosti nailazimo na razlikovanje dva temeljna pojma: ranjivost i zaštita. Ranjivost se odnosi na specifične teškoće (npr. nedostatak socijalne podrške i izolacija) koje mogu pojačati negativan utjecaj i povećavaju vjerojatnost negativnih ishoda, dok zaštitni čimbenici (npr. vjerovanje u vlastite sposobnosti i vještine) smanjuju rizik i pomažu u očuvanju ili poboljšanju otpornosti (Kosi, 2020). Meredith i suradnici (2011) su na temelju 270 publikacija kategorizirali tri područja zaštitnih čimbenika :

- 1) Individualni čimbenici (npr. altruizam, optimizam, razina aktivnosti,..)
- 2) Obiteljski čimbenici (npr. način rješavanja sukoba, roditeljski stilovi, obiteljska kohezija i toplina)
- 3) Čimbenici socijalne podrške (kohezija unutar zajednice, dijeljenje vrijednosti, sudjelovanje u duhovnim organizacijama,..)

Prema rezultatima dobivenim u istraživanju provedenom od strane Tsai i suradnika (2012), pokazalo se da je 52% ratnih veterana koji su imali PTSP postizalo niže rezultate na mjerama

otpornosti, a isto tako su izvještavali o većim poteškoćama u svojim odnosima s romantičnim partnerima, manjoj koheziji unutar obitelji, nižim razinama društvene potpore te lošijem društvenom funkcioniranju kao i manjem zadovoljstvu životom u usporedbi s ostalim veteranima. Jednim istraživanjem otkriveno je da veterani koji su postigli više ocjene na samoprocjeni mjere psihološke otpornosti su postizali više rezultate na mjerama kohezije jedinice i socijalne podrške nakon povratka kući, a niže na mjerama PTSP-a, depresije i psihosocijalnih poteškoća (Pietrzak i Southwick., 2011). Praktičnu svrhu otpornosti, posebno u vojnom okruženju, prepoznala je američka vojska, koja je 2009. započela CSF program (Comprehensive Soldier Fitness) kako bi unaprijedila psihološku otpornost i mentalno zdravlje svojih vojnika. CSF program ima za cilj "pomaknuti normalnu psihološku krivulju" vojničke populacije udesno, odnosno povećati broj vojnika koji crpe značenje i osobni rast iz svog borbenog iskustva kao i broj vojnika koji završe borbena putovanja bez patologije te smanjiti broj vojnika koji razviju patologiju (Litz, 2014). Trenutno postoji nedovoljan broj istraživanja koji ispituju povezanost psihološke otpornosti i zdravstvene kvalitete života, međutim, možemo navesti istraživanje koje je provedeno na pacijentima koji boluju od raka, gdje su rezultati pokazali da je niska otpornost pacijenata povezana s lošim ishodom. Takva saznanja su korisna za proaktivne mjere, budući da je ponekad jednostavnije i brže promijeniti i raditi na otpornosti pacijenta, nego na kliničkim medicinskim stanjima. (Rosenberg i sur., 2015)

Usamljenost

Koncept usamljenosti odnosi se na subjektivni doživljaj nedostatka zadovoljavajućih interpersonalnih veza (Pekić i sur., 2024). Zapravo, to je subjektivan osjećaj koji proizlazi iz razlike između željene i stvarne kvalitete društvenih odnosa. Važno je razlikovati usamljenost i socijalnu izolaciju, koje se često koriste kao sinonimi. Usamljenost se odnosi na subjektivni osjećaj, dok je društvena izolacija objektivna mjera društvene povezanosti. Na primjer moguće je da se oni koji su objektivno izolirani (žive sami, imaju manje poznanika) ne osjećaju usamljeno, dok se osobe koje su socijalno aktivne (žive s drugima,

imaju veliku društvenu mrežu) osjećaju usamljenima (Park i sur., 2020). Osjećaj usamljenosti nije rijetka pojava, te postaje sve ozbiljniji globalni problem, posebno u urbanim sredinama i među starijim osobama. Istraživanjem koje su proveli Perissinotto i suradnici (2012) otkriveno je da se 43% odraslih u dobi od 60 i više godina osjeća usamljeno. Nadalje, među onima koji su prijavili barem jedan simptom usamljenosti, 13% je izjavilo da se taj simptom javlja "često". Značajan broj dosadašnjih istraživanja je ukazao na usamljenost kao važan rizični čimbenik za zdravlje, a neke longitudinalne studije na uzorku starijih osoba pokazuju da je usamljenost povezana s povećanom stopom mortaliteta (Tilvis i sur., 2011). Osim toga, utvrđeno je da je usamljenost povezana s hipertenzijom, smetnjama spavanja, te s pojačanim reakcijama neuroendokrinog i imunološkog sustava na stres. Prema nekim nalazima, osobe koje doživljavaju usamljenost ili socijalnu izolaciju imaju povećan rizik od kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara i smrtnosti svih uzroka (Hodgson i sur., 2020). Dugotrajna usamljenost povezana je s povećanim rizikom od visokog krvnog tlaka i srčanih bolesti. Ljudi koji se osjećaju usamljeno imaju veću vjerojatnost za razvoj hipertenzije, što povećava rizik za srčani udar i moždani udar (Hawkley i Cacioppo, 2010). Segrin i Passalacqua (2010) su svojim istraživanjem potvrdili pretpostavku kako je percipirani stres posredovao u povezanosti usamljenosti i slabijeg zdravlja, točnije, čini se da ljudi koji su usamljeni imaju tendenciju vidjeti svoje životne okolnosti kao stresnije, nepredvidljivije i preopterećujuće u usporedbi s osobama koje su manje usamljene. Usamljenost je povezana i s mentalnim zdravljem, pa su istraživanja ukazala na korelaciju s poremećajima ličnosti i psihozama, samoubojstvom te jačanjem simptoma depresije (Hawkley i Cacioppo, 2010). Eksperiment u kojem je osjećaj usamljenosti hipnotički induciran pokazao je da usamljenost ne samo da povećava simptome depresije već također povećava percipirani stres, strah od negativne procjene, tjeskobu i ljutnju te umanjuje optimizam, samopouzdanje i poštovanje (Hawkley i Cacioppo, 2010). Rezultati jednog longitudinalnog istraživanja na početnom uzorku od 2815 starijih Finaca pokazali su da je usamljenost dobar prediktor samoprocjene zdravlja. Osobe koje su izvijestile da se rijetko ili nikada ne osjećaju usamljenima procijenile su svoje zdravlje dobrim (Numela i sur., 2011). Provedeno je istraživanje koje je ispitalo odnos između usamljenosti te tjelesnog i mentalnog zdravstvenog stanja američkih veterana čiji su rezultati pokazali da se 37,2% sudionika ponekad osjeća usamljeno, a 19,7% sudionika

često doživljava taj osjećaj. Isto tako, otkriveno je da su sudionici koji su izjavili da se "ponekad" i "često" osjećaju usamljeno, češće imali psihijatrijski poremećaj i tjelesnu dijagnozu (Straus i sur., 2022). Povezanost između usamljenosti i povećane stope samoubojstava među ratnim veteranima, kao i veća prevalencija mentalnih poremećaja i tjelesnih dijagnoza među veteranima koji se osjećaju usamljeno naglašava potrebu za specifičnim intervencijama i podrškom za ovu skupinu.

Obitelj i obiteljsko funkcioniranje

Tradicionalno, obitelj se smatra skupinom ljudi koji zajedno žive i dijele resurse, pružaju emocionalnu podršku i ispunjavaju različite uloge. Obitelji koje su identificirane kao "jake" imaju neke zajedničke kvalitete, koje drže obitelj zajedno, čak i u vremenima stresnih situacija, a uključuju: pozitivan brak u kojemu oba supružnika rade na održavanju zdravih odnosa, članove obitelji koji su privrženi i koji pružaju podršku te izražavaju ljubav riječju i djelom, "obiteljska pravila" koja su dogovorena među svim članovima obitelji, želju svih članova obitelji da nauče učinkovito komunicirati, fleksibilnost i prihvaćanje promjena, dijeljenje odgovornosti, poštivanje privatnosti svih članova obitelji, dopuštanje i ohrabrivanje razlika među interesima i mišljenjima i druge (Ferić, 2002).

Kvaliteta obiteljskog funkcioniranja višedimenzionalni je konstrukt, u okviru kojeg se opisuju dinamika, interakcije i opća kvaliteta odnosa unutar obiteljskog sustava. Razvijeni su različiti modeli za objašnjenje obiteljskog funkcioniranja, među kojima se ističe Circumplex model, koji se bavi funkcioniranjem braka i obitelji te razjašnjava razliku između disfunkcionalnih i funkcionalnih obitelji (Olson, 2000). Ovaj model sadrži tri ključne dimenzije: fleksibilnost, koheziju i obiteljsku komunikaciju. Fleksibilnost podrazumijeva sposobnost obitelji da se prilagođava promjenama u ulogama i odnosima unutar sustava. Kohezija je ključna za održavanje emocionalne povezanosti između članova obitelji. Na kraju, obiteljska komunikacija posreduje između fleksibilnosti i kohezije te omogućuje njihovo uspješno prilagođavanje (Olson, 2000). Obiteljska kohezija, unutar ovog koncepta, ima dvije glavne komponente: emocionalno povezivanje članova obitelji i stupanj autonomije koji pojedinac osjeća unutar obiteljskog sustava. Postoje specifične varijable koje

se koriste za dijagnosticiranje kohezije, poput emocionalnih veza, granica, vremena i prostora, te uloge prijatelja i donošenja odluka. Obiteljska komunikacija igra ulogu olakšavajuće dimenzije u ovom modelu jer omogućuje i podržava promjene u koheziji i fleksibilnosti. Fokus komunikacije je na obitelji kao cjelini, pri čemu se promatraju njihove sposobnosti slušanja (empatija i pažnja), jasnoća izražavanja, praćenje kontinuiteta odnosa, afektivne komponente komunikacije i vještine rješavanja problema. Uspješna komunikacija također uključuje poštovanje, vještine govora, izražavanje vlastitih osjećaja i iznošenje osobnih stavova, bez prebacivanja odgovornosti na druge. Obitelji s uravnoteženim sustavima imaju vrlo dobru komunikaciju, dok neuravnoteženi sustavi pokazuju slabiju komunikaciju (Olson, 2000).

Beavers i Hampson (2000) su predstavili još jedan strukturirani okvir za razumijevanje dinamike unutar obitelji – Sistemski model obiteljskog funkcioniranja. Model polazi od dvije ortogonalne dimenzije – dimenzije kompetencije (koja varira od optimalne do izrazito nefunkcionalne) i dimenzije obiteljskog stila (od centripetalne do centrifugalne). Kombiniranjem ovih dimenzija dolazi se do devet skupina obitelji, od čega su tri relativno funkcionalne, a šest skupina obitelji pokazuje relativno problematične obrasce funkcioniranja. Ovaj model prvenstveno je osmišljen za procjenu i razumijevanje dinamike i interakcija unutar obiteljskih sustava, a uzima u obzir čimbenike poput obiteljske strukture, obrazaca komunikacije, roditeljskih odgojnih stilova i opće obiteljske dinamike. Posebno se fokusira na to kako ti čimbenici mogu utjecati na razvoj bihevioralnih i emocionalnih problema kod djece. Model sugerira da maladaptivni obrasci unutar obitelji, poput roditeljskog neprijateljstva, neadekvatnih roditeljskih vještina, nedosljedne discipline i niske kohezije među članovima obitelji, mogu pridonijeti razvoju psihopatologije kod djece.

Što se tiče funkcioniranja intimnih odnosa, nekoliko istraživanja je pokazalo veću stresnost intimnih odnosa kod supruge veterana s PTSP-om u usporedbi s suprugama veterana izloženih traumi koji nemaju PTSP. Partnerice veterana iz Vijetnamskog (Jordan i sur., 1992 prema Dekel i Monson, 2010) i Libanskog (Mikulincer i sur., 1995; Solomon, 1995; Solomon i sur., 1992; Dekel i Monson, 2010) rata izvijestile su o većim sukobima u odnosima, manjoj intimnosti, manjoj koheziji i manjem zadovoljstvu u odnosima u usporedbi

s partnericama veterana koji nisu imali PTSP (Carroll i sur., 1985; Frederikson i sur., 1996; Jordan i sur., 1992; Rosenheck i Thomson, 1986; Dekel i Monson, 2010). Naime, kod veterana s PTSP-om utvrđeno je da su manje skloni samoprocusuiranju i emocionalnom izražavanju prema svojim partnerima (Carroll i sur., 1985 prema Dekel i Monson, 2010) te da imaju veću anksioznost vezanu uz intimnost (Riggs i sur., 1998 prema Dekel i Monson, 2010) u usporedbi s veteranima bez PTSP-a. Emocionalni procesi koji su povezani s PTSP-om, poput aleksitimije i poteškoća u identificiranju i izražavanju emocija (Price i sur., 2006 prema Dekel i Monson, 2010), sumnja se da doprinose deficitima u emocionalnoj komunikaciji veterana i povezanim oštećenjima odnosa. Smatra se da su posebno štetni za emocionalnu intimnost i bliskost na razini odnosa, što ima individualne posljedice za značajne druge osobe. Tri glavna područja potencijalno negativnog utjecaja PTSP-a roditelja na obiteljski sustav uključuju: probleme u roditeljstvu kod vojnog člana, maladaptivno funkcioniranje obitelji i simptome i probleme u ponašanju potomaka. Prvenstveno, hiperuzbuđenost, razdražljivost te promjene u spavanju i raspoloženju mogu smanjiti roditeljsku angažiranost, dosljednost i osjetljivost, što dovodi do negativnih interakcija između roditelja i djeteta koje izazivaju fiziološke i psihološke stresne reakcije u djeci (Kritikos i sur., 2019). Ograničene vještine upravljanja sukobima i rješavanja problema povezane s PTSP-om također se teoretski povezuju s upotrebom agresivnog ponašanja prema partnerima i djeci. Nekoliko studija pokazalo je da su muški veterani s dijagnozom PTSP-a, u usporedbi s onima bez PTSP-a, skloniji verbalnoj i fizičkoj agresiji prema svojim partnerima i djeci (Carroll i sur., 1985; Glenn i sur., 2002; Jordan i sur., 1992; Verbosky i Ryan, 1988; prema Dekel i Monson, 2010). U opsežnom epidemiološkom istraživanju vijetnamskih veterana s PTSP-om dokazana je povezanost između ratnog PTSP-a i obiteljske disfunkcije, bračnih problema, psihopatologije u članova obitelji, te problema u prilagodbi i ponašanju djece u dobi od 6 do 16 godina (Jordan i sur., 1992 prema Maršanić i sur., 2014). Klinički značajna razina problema u funkcioniranju obitelji je nađena u oko 60 % obitelji veterana oboljelih od PTSP-a. Jordan i suradnici (1992 prema Maršanić i sur., 2014) su u obiteljima veterana vijetnamskog rata s PTSP-om našli vrlo visoku razinu različitih problema u obiteljskom i bračnom funkcioniranju, nasilničkom ponašanju, roditeljskim vještinama i prilagodbi djece.

Depresija

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženosti, žalosti i utučenosti. Očituje se kroz promjenu raspoloženja, gubitak interesa i anhedoniju (nemogućnost uživanja u životu), umor i slabljenje životne energije, osjećaje bezvrijednosti i krivnje, poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka (Ajduković, Ručević i Majdenić, 2013). Postoji nekoliko teoretskih modela kroz koje možemo proučavati etiologiju depresivnosti: kognitivni, bihevioralni, okolinski i danas najprihvatljiviji model dijateza-stres. Kognitivni model objašnjava depresivnost atribucijskim stilovima kojima se osoba služi da bi objasnila negativne ishode pri čemu depresivne osobe imaju negativnu percepciju sebe, negativno viđenje svijeta oko sebe i budućnosti. Prema bihevioralnom modelu uzrok depresivnosti se nalazi u osobnoj interakciji s okolinom, a depresivnost se održava zbog naučene bespomoćnosti - pojedinci postaju depresivni jer se počinju percipirati bespomoćnima i ne mogu "pobjeći" iz loše situacije. Okolinski model naglašava nedostatak podrške, dezorganiziranost i izloženost stresu što može pogodovati razvoju depresivnosti (Lebedina-Manzoni i Lotar, 2011). Za razliku od navedenih modela, model dijateza-stres naglašava da se uzroci depresivnosti mogu pronaći u interakciji bioloških i genetskih predispozicija s obiteljskim stresnim faktorima i osobnim kognitivnim distorzijama (Lebedina-Manzoni, 2007 prema Lebedina-Manzoni i Lotar., 2011). Branitelji značajno češće obolijevaju od depresije, PTSP-a, anksioznog poremećaja te poremećaja spavanja uz česte komorbiditete navedenih bolesti (Ropac i sur., 2021). Psihosocijalni čimbenici, poput socijalne podrške, obiteljskih odnosa i ekonomske stabilnosti, igraju ključnu ulogu u mentalnom zdravlju hrvatskih branitelja. Prema podacima sustava CEZIH i baze podataka o hospitalizacijama, u RH je u 2022. godini zabilježeno 18.608 branitelja koji su zbog depresivnih poremećaja (šifre MKB-10: F32 - F33) koristili zdravstvenu zaštitu, među kojima su bila 16.563 muškarca i 2.045 žena (HZJZ). Usamljenost, siromaštvo, nezaposlenost te problemi u obiteljskim odnosima često pridonose razvoju depresije. Branitelji koji nemaju adekvatnu socijalnu podršku ili žive u disfunkcionalnim obiteljskim strukturama češće pate od depresije. Studija provedena na uzorku od 243 hrvatska ratna stradalnika i veterana s dijagnozom PTSP-a utvrdila je kako više od 50% ovih ispitanika

boluje i od još nekog oblika psihijatrijskog poremećaja (Arbanas, 2010). Veliki depresivni poremećaj vjerojatno je najčešća komorbiditetna psihijatrijska dijagnoza, pri čemu recentnije meta-analitičko istraživanje koje je obuhvatilo 57 studija i ukupno 6670 ispitanika, upućuje da čak oko 50% ratnih veterana može zadovoljavati kriterije za dijagnozu depresivnog poremećaja. (Rytwinski i sur., 2013 prema Jakšić, 2022).

Hrvatski branitelji su tijekom Domovinskog rata prošli kroz izrazito traumatična iskustva, što ih čini ranjivom populacijom s posebnim psihosocijalnim i zdravstvenim potrebama. Ovim istraživanjem se želi pomoći u prepoznavanju specifičnih potreba branitelja, unapređivanju zdravstvene usluge kao i rehabilitacijskih programa te osigurati njihovu dugoročnu dobrobit u društvu.

Ciljevi i problemi

CILJ ISTRAŽIVANJA: Utvrditi ulogu psihološke otpornosti, usamljenosti, kvalitete obiteljskog funkcioniranja i depresivnosti u objašnjenju zdravstvene kvalitete života hrvatskih branitelja.

ISTRAŽIVAČKI PROBLEMI:

Problem 1: Ispitati povezanost zdravstvene kvalitete života i psihološke otpornosti.

Hipoteza 1: Očekuje se statistički značajna povezanost između zdravstvene kvalitete života i psihološke otpornosti, na način da je viša razina psihološke otpornosti pozitivno povezana s većom zdravstvenom kvalitetom života.

Problem 2: Ispitati povezanost zdravstvene kvalitete života i usamljenosti.

Hipoteza 2: Očekuje se statistički značajna povezanost između zdravstvene kvalitete života i usamljenosti, na način da je viša razina usamljenosti negativno povezana s većom zdravstvenom kvalitetom života.

Problem 3: Ispitati povezanost zdravstvene kvalitete života i kvalitete obiteljskog funkcioniranja.

Hipoteza 3: Očekuje se statistički značajna povezanost između zdravstvene kvalitete života i kvalitete obiteljskog funkcioniranja, na način da je veća kvaliteta obiteljskog funkcioniranja pozitivno povezana s većom zdravstvenom kvalitetom života.

Problem 4: Ispitati povezanost zdravstvene kvalitete života i depresivnosti.

Hipoteza 4: Očekuje se statistički značajna povezanost između zdravstvene kvalitete života i depresivnosti, na način da je viša razina depresivnosti negativno povezana s većom zdravstvenom kvalitetom života.

Problem 5: Ispitati doprinos psihološke otpornosti, usamljenosti, kvalitete obiteljskog funkcioniranja i depresivnosti u objašnjenju zdravstvene kvalitete života kod hrvatskih branitelja.

Hipoteza 5: Predviđa se statistički značajan doprinos psihološke otpornosti na zdravstvenu kvalitetu života, na način da viša psihološka otpornost pozitivno doprinosi višoj zdravstvenoj kvaliteti života.

Hipoteza 6: Predviđa se statistički značajan doprinos usamljenosti na zdravstvenu kvalitetu života, na način da viša razina usamljenosti negativno doprinosi višoj zdravstvenoj kvaliteti života.

Hipoteza 7: Predviđa se statistički značajan doprinos kvalitete obiteljskog funkcioniranja na zdravstvenu kvalitetu života, na način da viša razina kvalitete obiteljskog funkcioniranja pozitivno doprinosi višoj zdravstvenoj kvaliteti života.

Hipoteza 8: Predviđa se statistički značajan doprinos depresivnosti na zdravstvenu kvalitetu života, na način da niža razina depresivnosti pozitivno doprinosi višoj zdravstvenoj kvaliteti života.

Metoda

Sudionici

U ovom istraživanju sudjelovao je ukupno 131 sudionik sa statusom hrvatskog branitelja, međutim zbog nepotpunog ispunjavanja određenih upitnika iz analize je isključeno 5 sudionika, odnosno, konačna analiza podataka provedena je na uzorku od 126 sudionika. Uzorak se sastoji većinom od muškaraca (83,3%). Podaci ukazuju na prosječnu dob sudionika od 56,3 godina, s rasponom od 48 do 74 godina, pri čemu standardna devijacija iznosi 5,58. Kada je riječ o radnom statusu, većina sudionika je zaposlena (56,3%) ili umirovljena (40,5%), a njihova obrazovna struktura pokazuje da su većinom završili srednju stručnu spremu (74,6%). Većina sudionika je u braku (69,8%) i imaju djecu (81,7%). Od značajnih zdravstvenih pokazatelja, 34,1% sudionika (43 osoba) ima status hrvatskog ratnog vojnog invalida (HRVI), dok je 28,6% (36 osoba) dijagnosticirano s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). Zanimljivo je da većina sudionika ne traži psihološku ili psihijatrijsku pomoć (82,5%) zbog psihičkih tegoba povezanih s ratnim iskustvima. Kad je riječ o sudjelovanju u Domovinskom ratu, većina sudionika je u ratu provela više od tri godine, a 23,8% njih je bilo ranjeno. Prosječna dob odlaska u rat iznosi 24 godine.

Instrumenti

Sociodemografski podaci

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik sociodemografskih podataka koji je sadržavao pitanja o spolu, dobi, stupnju obrazovanja, bračnom statusu, djeci, statusu HRVI, dijagnozi PTSP-a ili nekog drugog psihičkog poremećaja, traženju psihološke pomoći, ranjavanju tijekom rata te trajanju sudjelovanja u Domovinskom ratu.

Kratka skala otpornosti - (Brief Resilience Scale) (Smith i sur., 2008)

Otpornost na stres je mjerena Kratkom skalom otpornosti (eng. Brief Resilience Scale) čiji su autori Smith i suradnici (2008), a na hrvatski jezik su je adaptirale Slišković i Burić (2018). Riječ je o jednostavnoj mjeri otpornosti osobe na negativne događaje i razne stresore, a namijenjena je odrasloj populaciji. Skala se sastoji od šest čestica, od čega su tri čestice pozitivnoga smjera (primjer čestice : „Kroz teška vremena obično prolazim bez većih poteškoća“), i tri negativnoga smjera (primjer tvrdnje: „Teško mi je prolaziti kroz stresne događaje“). Skala za odgovore ima pet razina, pri čemu 1 predstavlja *Uopće se ne slažem*, dok 5 predstavlja *U potpunosti se slažem*. Rezultat se nakon rekodiranja čestica negativnog smjera izražava kao prosječan rezultat na svim česticama gdje se viši rezultat odnosi na veći stupanj otpornosti (Slišković i Burić, 2018). Skala ima zadovoljavajuću pouzdanost tipa unutarnje konzistencije ($\alpha = .82$), dok na našem istraživanju pouzdanost iznosi $\alpha = .765$.

Kratka verzija UCLA skale usamljenosti (Allen i Oshagan, 1995)

Kao mjera usamljenosti sudionika, u istraživanju je korištena Kratka forma UCLA skale usamljenosti (eng. The short version UCLA Loneliness Scale) koju su na hrvatski jezik preveli i prilagodili Lacković-Grgin, Penezić i Nekić (2002). Skala sadrži sedam čestica (npr, *Već dugo nisam ni sa kim blizak*) na koje se odgovara na skali Likertova tipa s pet stupnjeva. Zadatak sudionika je označiti na skali procjene od pet stupnjeva koliko se pojedina tvrdnja odnosi na njih u rasponu od 1 (*uopće se ne odnosi na mene*) do 5 (*u potpunosti se odnosi na mene*). Ukupan rezultat se formira kao prosječna vrijednost procjena na pojedinim tvrdnjama, pa se teoretski raspon rezultata kreće između 1 i 5, s tim da viši rezultat na skali govori o većem doživljaju usamljenosti. Cronbach alpha koeficijent kreće se u vrijednostima od 0,83 do 0,85 (Lacković- Grgin, 2008). U ovom istraživanju Cronbach alpha iznosi .907.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) (Lovibond i Lovibond, 1995)

Za samoprocjenu depresivnosti sudionika korištena je Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS), koju su preveli Ercegovac i Penezić (2012). Sastoji se od 42 čestice te u izvorniku pokazuje trofaktorsku strukturu – sastoji se od subskale depresivnosti, subskale anksioznosti te subskale stresa, od kojih svaka ima 14 čestica. Svaka tvrdnja se procjenjuje na ljestvici Likertova tipa od četiri stupnja, od 0 (*uopće se ne odnosi na mene*) do 3 (*potpuno se odnosi na mene*). Subskala depresivnosti odnosi se na simptome disforije, beznadnosti, vlastitog obezvrjeđivanja, apatije i nedostatka interesa. Subskala anksioznosti odnosi se na pobuđenost autonomnog sustava te situacijsku anksioznost. Skala stresa obuhvaća pokazatelje kronične, nespecifične pobuđenosti, poteškoće opuštanja, uznemirenost, nestrpljenje i sl (Ercegović i Penezić, 2012). Ukupan rezultat oblikuje se kao linearna kombinacija procjena po pojedinim subskalama pri čemu viši rezultati ukazuju na ozbiljnije osnovne simptome depresije, anksioznosti i stresa. Koeficijenti pouzdanosti za navedene subskale kreću se od 0,71 za subskalnu depresivnosti, 0,79 za subskalnu anksioznosti te 0,81 za subskalnu stresa. U ovom istraživanju, Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti za čitavu skalu iznosi .970 dok za subskalnu depresivnosti iznosi .922, anksioznosti ,912 te za stres .942.

Skala kvalitete obiteljskog funkcioniranja (Beavers i Hampson, 1990)

Skala kvalitete obiteljskog funkcioniranja (eng. The self-report family inventory: Version II (SRFI); Beavers i Hampson, 1990, prevele i adaptirale Šimunić i Gregov, 2010) namijenjena je ispitivanju percepcije kvalitete interakcija između članova obitelji i kvalitete funkcioniranja obitelji u cjelini. Upitnik uključuje 35 tvrdnji na koje ispitanici odgovaraju pomoću Likertove skale od 7 stupnjeva, procjenjujući koliko se slažu s navedenim tvrdnjama (od 1 - "uopće se ne slažem" do 7- "u potpunosti se slažem"). Skala sadrži 4 subskale: zajedništvo, skladnost, konflikt i toleranciju. Rezultati na svakoj podskali izračunavaju se kao prosječna vrijednost, pri čemu viši rezultati označavaju viši stupanj skladnosti, tolerancije i zajedništva, dok niži rezultati ukazuju na veći stupanj konflikata. Također je moguće izračunati ukupan rezultat na cijeloj skali kao mjeru opće kvalitete obiteljskog

funkcioniranja. Koeficijenti pouzdanosti dobiveni u ovom istraživanju za pojedine subskale: zajedništvo $\alpha=.813$, skladnost $\alpha=.610$, tolerancija $\alpha=.762$ i konflikt $\alpha=.707$.

SF-36 (Short Form 36) (Ware i sur., 1993; Ware i sur., 2000; prema Vuletić, 2013)

SF-36 upitnik je standardizirani upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja koji se koristi kako bi se dobila informacija o doživljaju pacijenta o vlastitom zdravlju i njegovim različitim aspektima. U ovom istraživanju je korišten prijevod upitnika SF-36 koji je izrađen u Školi narodnog zdravlja “Andrija Štampar” Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Sastoji se od 36 pitanja koja obuhvaćaju osam područja zdravlja: tjelesna aktivnost (10 pitanja), ograničavanje aktivnosti zbog tjelesnog zdravlja (4 pitanja), tjelesna bol (2 pitanja), opće zdravlje (5 pitanja), vitalnost (4 pitanja), socijalno funkcioniranje (2 pitanja), ograničavanje aktivnosti zbog emocionalnih problema (3 pitanja) i mentalno zdravlje (5 pitanja). Rezultati za svako područje dobivaju se kombinacijom odgovora na 36 pitanja upitnika. Rezultat za svako područje izražava se kao prosjek odgovora na pitanjima koja ga opisuju. Svako područje ima svoju skaliranu ocjenu. Viši rezultati ukazuju na bolje zdravlje i veću dobrobit. Broj bodova u svakoj dimenziji transformira se u standardne vrijednosti i baždaren je u jedinstvenu skalu u rasponu od 0 do maksimum 100 bodova. Rezultat se stoga izražava kao standardizirana vrijednost u rasponu od 0 do 100 za svaku dimenziju zdravlja. Upitnik posjeduje zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike; test-retest u većini slučajeva postiže vrijednost višu od 0,80 i utvrđena je korelacija od 0,40 ili veća s većinom poznatih mjerila općeg zdravlja (Ware, 2000 prema Vukić, 2015). U ovom istraživanju subskale imaju sljedeće pouzdanosti : tjelesna aktivnost ($\alpha=0.912$), ograničavanje aktivnosti zbog tjelesnog zdravlja ($\alpha=0,900$), ograničavanje aktivnosti zbog emocionalnih problema (.895), vitalnost (.904), mentalno zdravlje (.904), socijalno funkcioniranje (.799), tjelesna bol (.922) i opće zdravlje (.748). Cronbach alpha čitavog upitnika iznosi .960.

Postupak

Sudionici ovog istraživanja regrutirani su putem različitih braniteljskih udruga, čiji su članovi zamoljeni da uključe i svoje poznanike koji također imaju status hrvatskog branitelja. Način prikupljanja podataka bio je uživo, papir olovka tehnikom, u kombinaciji prigodnog uzorkovanja i tehnike snježne grude. Tehnika snježne grude korištena je s obzirom na osjetljivost istraživane populacije, budući da su branitelji često povezani kroz udruge i socijalne mreže, što je omogućilo lakši pristup većem broju sudionika. Proces prikupljanja trajao je dva mjeseca. Sudionici su na početku dobili jasnu uputu o dobrovoljnom ispunjavanju, anonimnosti i mogućnosti odustajanja u bilo kojem trenutku. Također su bili obaviješteni kako rješavanjem navedenog upitnika u cijelosti, daju dozvolu da se njihovi podatci koriste i obrađuju u svrhu ovog istraživanja. Vrijeme potrebno za popunjavanje bilo je oko 15 minuta. S obzirom na to da je u metodi papir-olovka bilo lakše predvidjeti pitanja, dio sudionika nije dao odgovor na sve čestice upitnika. Za analizu rezultata koristio se program SPSS, verzija 25, odnosno statistički softverski paket IBM-a.

Rezultati

U ovom poglavlju prikazani su deskriptivni pokazatelji usamljenosti, psihološke otpornosti, podskala kvalitete obiteljskog funkcioniranja, depresivnosti te zdravstvene kvalitete života i njenih domena.

Tablica 1. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka, statistika asimetrije i spljoštenosti te rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa za zdravstvenu kvalitetu života, otpornost, usamljenost, depresiju i podskale kvalitete obiteljskog funkcioniranja

	Min	Max	Mnd	M	SD	Asimetrija	Spoljoštenost	K-S
Ograničenost zbog emocionalnih problema	.00	100.00	100.00	73.54	40.51	-1.084	-.610	.402*
Tjelesno funkcioniranje	.00	100.00	72.50	68.92	24.54	-.510	-.482	.140*
Ograničenost zbog tjelesnog zdravlja	.00	100.00	75.00	58.33	43.12	-.321	-1.664	.277*
Vitalnost	.00	95.00	60.00	59.12	19.93	-.639	.026	.106*
Mentalno zdravlje	12.00	96.00	72.00	69.65	16.48	-1.125	1.288	.159*
Socijalno funkcioniranje	25.00	100.00	75.00	74.70	23.31	-.634	-.651	.177*
Bol	.00	100.00	77.50	71.44	25.77	-.649	-.310	.164*
Opće zdravlje	20.00	95.00	60.00	59.36	18.40	-.249	-.768	.091
Usamljenost	7.00	35.00	10.50	12.78	6.38	1.403	1.996	.182*
Otpornost	1.33	5.00	3.16	3.21	.73	.189	.420	.135*
Depresija	.00	32.00	1.50	4.11	5.83	1.858	4.142	.261*
Zajedništvo	2.90	7.00	6.10	5.89	.86	-1.382	1.994	.164*
Skladnost	3.14	6.86	5.71	5.43	.83	-.759	-.105	.148*
Tolerancija	2.67	7.00	6.00	5.72	.92	-1.057	.895	.149*
Konflikt	2.88	7.00	5.50	5.32	.92	-.715	-.123	.135*

Prije odgovaranja na probleme, utvrđeni su osnovni deskriptivni podaci svih korištenih varijabli te je provjerena normalnost njihovih distribucija. Kolmogorov - Smirnovljevim testom pokazano je statistički značajno odstupanje od normalnosti svih korištenih varijabli osim varijable *Opće zdravlje*. U svom radu Aron i Aron (1994) naglašavaju da standardne statističke metode koje pretpostavljaju normalnu distribuciju podataka dovode do neprihvatljivih rezultata samo kada su parametrijske pretpostavke značajno narušene, što nije slučaj u ovom istraživanju. Naime, prema Klineu (2005), ekstremna odstupanja se definiraju kada vrijednost Skewnessa prelazi ± 3 , dok za Kurtosis ta odstupanja iznose ± 10 . Pregledom stupaca Asimetrija i Spljoštenost u Tablici 1 vidi se da su vrijednosti oba parametra unutar dopuštenih granica, što opravdava primjenu parametrijskih metoda u analizi podataka ovog istraživanja. Kada govorimo o mjeri asimetrije, u tablici su navedeni koeficijenti odnosno vrijednosti statistika te možemo primijetiti kako je većina varijabli negativno asimetrična, a vrijednosti veće od 1 ukazuju na izrazitu asimetriju, pri čemu je *Zajedništvo* koje je subskala *Kvalitete obiteljskog funkcioniranja* najviše negativno asimetrična (-1.382), dok najniži koeficijent pokazuje *Opće zdravlje*, subskala *Zdravstvene kvalitete života* (-.249). Varijable *Otpornost* (.189), *Usamljenost* (1.403) i *Depresija* pokazuju pozitivnu asimetriju (1.858). Pozitivan indeks spljoštenosti imaju *Vitalnost* (.026), *Mentalno zdravlje* (1.288), *Usamljenost* (1,996), *Otpornost* (.420), *Depresija* (4,142), *Zajedništvo* (1,994) i *Tolerancija* (.895), dok sve ostale varijable imaju negativni indeks spljoštenosti. Postignute prosječne vrijednosti uspoređivane su s teorijskim rasponom skala. Na ovom uzorku prosječne vrijednosti na subskalama zdravstvene kvalitete života se međusobno razlikuju, pa tako subskala *Ograničenost zbog emocionalnih problema* (M=73.54, Mnd=100.00), *Socijalno funkcioniranje* (M=74.70, Mnd=75.00) te subskala *Bol* (M=71.44, Mnd=77.50) imaju umjereno visoke rezultate koji upućuju na manji osjećaj ograničenosti u svakodnevnom životu zbog emocionalnih problema, kao i manji osjećaj boli, ali i dobro socijalno funkcioniranje. Nadalje, iz rezultata možemo vidjeti kako u prosjeku sudionici smatraju da imaju manje ograničenja zbog emocionalnih problema (M=73.54, Mnd=100.00) nego zbog tjelesnih (M=58.33, Mnd=75.00). *Opće zdravlje* u prosjeku procjenjuju zadovoljavajućim (M=59.36, Mnd=60.00), kao i mentalno zdravlje (M=69.65) budući da viši rezultati upućuju na bolje

mentalno zdravlje pojedinca. Što se tiče procjene energije i umora (vitalnosti), u prosjeku postižu srednje vrijednosti, odnosno izvještavaju o manjem stupnju umora i većoj energiji većinu vremena. Sudionici postižu umjerene razine otpornosti ($M=3.21$, $Mnd=3.16$), te niže do umjerene razine usamljenosti ($M=12.78$).

Kako bi se istražila povezanost zdravstvene kvalitete života, psihološke otpornosti, usamljenosti, kvalitete obiteljskog funkcioniranja i depresivnosti izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacija za sve navedene varijable i njihove podljestvice (Tablica 2). *Usamljenost* se pokazala statistički značajno povezanom sa svim subskalama zdravstvene kvalitete života, i to negativno, što znači da su niže razine usamljenosti povezane s boljim funkcioniranjem i boljim zdravljem na uzorku hrvatskih branitelja. Isto tako, *Usamljenost* se pokazala negativno značajno povezana sa svim varijablama korištenim u ovom istraživanju, osim s *Depresijom*, s kojom je pozitivno povezana (.468), što nije iznenađujuće budući da depresivne osobe često izvještavaju o osjećaju usamljenosti. Također, *Usamljenost* se pokazala statistički značajno povezanom sa svim subskalama kvalitete obiteljskog funkcioniranja, na način da su više razine usamljenosti povezane s višim razinama *Konflikta* unutar obitelji, te nižim razinama *Skladnosti*, *Tolerancije* i *Zajedništva* što sugerira da ljudi koji se osjećaju usamljenima često doživljavaju veće obiteljske nesuglasice i slabiju emocionalnu povezanost s članovima obitelji.

Otpornost ostvaruje statistički značajne povezanosti sa svim subskalama zdravstvene kvalitete života, osim sa subskalom *Tjelesnog funkcioniranja*. Budući da je riječ o pozitivnim povezanostima, to nas usmjerava na zaključak da su više razine otpornosti povezane s većom zdravstvenom kvalitetom života, što je potvrđeno ranijim istraživanjima. U skladu s očekivanjima, *Otpornost* pokazuje srednju negativnu povezanost s *Depresijom* ($r=-.443$) i nisku negativnu povezanost s *Usamljenosti* ($r=-.296$). Ovi rezultati sugeriraju da se s povećanjem otpornosti smanjuju razine depresije i usamljenosti kod pojedinaca, što ukazuje na potencijalnu zaštitnu ulogu otpornosti. Osobe koje su psihološki otpornije obično imaju bolje mehanizme suočavanja s negativnim emocionalnim stanjima, što može pomoći u smanjenju depresivnih simptoma.

Depresija pokazuje statistički značajnu negativnu povezanost sa svim varijablama, osim s *Usamljenosti*, što je ranije već spomenuto. Također, povezanosti sa subskalama zdravstvene kvalitete života su umjereno jake i jake, a posebice bi istaknuli povezanosti s *Vitalnošću* ($r = -.711$) i *Mentalnim zdravljem* ($r = -.735$), što je očekivano budući da su nedostatak energije i kronični umor česti simptomi depresije. Osim toga, potvrđena je i pretpostavka o negativnoj povezanosti sa *Socijalnim funkcioniranjem* ($r = -.699$), budući da su depresivne osobe sklone socijalnoj izolaciji. Rezultati ukazuju na potvrdu jedne od glavnih pretpostavki – statistički značajna povezanost depresije, usamljenosti i otpornosti s većinom podskala zdravstvene kvalitete života.

Subskale upitnika *obiteljske kvalitete funkcioniranja*, postižu vrlo slabe i slabe korelacije s ostalim skalama među kojima najveću povezanost ostvaruju *Mentalno zdravlje* i *Skladnost* (.482), iz čega možemo zaključiti da osobe koje su boljeg mentalnog zdravlja ostvaruju veću skladnost u obiteljskim odnosima. *Bol* i *Ograničenje aktivnosti zbog tjelesnih problema* su jedine podskale zdravstvene kvalitete života koje nisu značajno povezane ni s jednom podskalom kvalitete obiteljskog funkcioniranja. Isto tako, *Usamljenost* i *Depresija* su se pokazale statistički značajno povezane sa svim subskalama kvalitete obiteljskog funkcioniranja i to u očekivanom smjeru – negativnom.

Tablica 2. Pearsonovi koeficijenti korelacije za sve korištene varijable u istraživanju (N=126)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Ograničenost (emocionalni problemi)(1)	1	.575**	.688**	.559**	.615**	.676**	.534**	.558**	-.305**	.260**	-.594**	.246**	.217*	.262**	.171
Tjelesno funkcioniranje(2)		1	.665**	.602**	.501**	.572**	.541**	.630**	-.230**	.125	-.553**	.135	.217*	.095	.136
Ograničenost (Tjelesno zdravlje)			1	.601**	.514**	.579**	.598**	.637**	-.195*	.310**	-.528**	.173	.157	.160	.074
Vitalnost Mentalno zdravlje				1	.776**	.744**	.717**	.775**	-.277**	.367**	-.711**	.305**	.386**	.267**	.337**
Socijalno funkcioniranje					1	.800**	.608**	.694**	-.345**	.486**	-.735**	.392**	.482**	.389**	.317**
Bol						1	.701**	.685**	-.395**	.367**	-.699**	.356**	.425**	.327**	.295**
Opće zdravlje							1	.632**	-.232**	.373**	-.528**	.143	.166	.136	.113
Usamljenost								1	-.392**	.417**	-.660**	.297**	.335**	.290**	.135
Otpornost									1	-.296**	.468**	-.409**	-.444**	-.316**	-.403**
Depresija										1	-.443**	.298**	.299*	.312**	.094
Zajedništvo											1	-.466**	-.457**	-.421**	-.311**
Skladnost												1	.800**	.737**	.531**
Tolerancija													1	.635**	.634**
Konflikt														1	.319**
															1

Napomena: **p<,01, *p<,05

Kako bismo odgovorili na jedan od problema, odnosno pitanje doprinosa usamljenosti, psihološke otpornosti, depresije te kvalitete obiteljskog funkcioniranja na zdravstvenu kvalitetu života hrvatskih branitelja, provedene su provjere ekstremnih rezultata (outliera), koji nisu prisutni, te je utvrđeno da nema multikolinearnosti, budući da VIF vrijednosti nisu iznad 10, a tolerance vrijednosti nisu ispod 0.2. Time su zadovoljene pretpostavke za provedbu regresijske analize. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza na svih osam podskala *Zdravstvene kvalitete života*.

Tablica 3. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable *Subskala ograničenja aktivnosti zbog emocionalnih problema (N=126)*.

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	,073	,432	,666	,058	,349	,728	-,035	-,248	,805
Skladnost	-,012	-,073	,942	-,058	-,361	,719	-,132	-,954	,342
Tolerancija	,190	1,1438	,153	,159	1,213	,227	,092	,819	,414
Konflikt	,079	,685	,495	,107	,939	,350	,036	,363	,718
Otpornost				,201*	2,184	,031*	-,002	-,023	,982
Usamljenost							-,056	-,632	,529
Depresija							-,596**	-6,353	,000**
R	,280			,337			,603		
R ²	,079			,114			,364		
R ² _{adj}	,048			,077			,326		
ΔF	,041			,031			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

Tablica 3. prikazuje doprinos prediktora u objašnjenju kriterija *Subskale ograničenja aktivnosti zbog emocionalnih problema*. Prvo su uvedene sve podskale *kvalitete obiteljskog funkcioniranja*, zatim *Otpornost* te *Usamljenost* i *Depresija* kao posljednje varijable. Ovaj hijerarhijski model pokazao se statistički značajnim, te objašnjava 36,4% (R²_{adj}=32,6%) varijance kriterija, što ukazuje na relativno visok doprinos odabranih prediktora u objašnjenju ograničenja aktivnosti. *Depresija* je izdvojena kao jedini značajni prediktor ($\beta = -0,596$) te njezin negativan beta ponder sugerira da veće razine depresije rezultiraju većim ograničenjima u svakodnevnom

aktivnostima. Ovi nalazi su u skladu s očekivanjima, budući da je prestanak sudjelovanja u aktivnostima jedan od glavnih simptoma depresije.

Tablica 4. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable Subskala tjelesno funkcioniranje (N=126).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	-,081	-,473	,637	-,087	-,507	,613	-,187	-1,301	,196
Skladnost	,312	1,896	,060	,294	1,768	,080	,220	1,582	,116
Tolerancija	-,042	-,312	,756	-,054	-,400	,690	-,129	-1,141	,256
Konflikt	-,006	-,050	,960	,005	,045	,964	-,060	-,600	,550
Otpornost				,079	,836	,405	-,137	-1,624	,107
Usamljenost							,001	,016	,988
Depresija							-,674**	-7,156	,000**
R	,228			,240			,598		
R ²	,052			,058			,358		
R ² _{adj}	,021			,018			,320		
ΔF	,162			,405			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

Tablica 4. prikazuje regresijsku analizu na *Subskali tjelesnog funkcioniranja*, gdje u prvom koraku ulaze sve *subskale kvalitete obiteljskog funkcioniranja*, međutim, bez statistički značajnog doprinosa. Zatim, u drugom koraku u model ulazi *Otpornost*, što nije utjecalo na promjenu značajnosti modela. U posljednjem koraku, prediktori koji ulaze u analizu su *Usamljenost* i *Depresija*, što čini model značajnim te pomoću njega možemo objasniti 35,8% ($R^2_{adj}=32,0\%$) varijance zadanog kriterija. Također, kao statistički značajan negativni prediktor se izdvojila *Depresija* ($\beta= -,674$, $p=,000$) što znači da niže razine depresije pridonose boljem tjelesnom funkcioniranju.

Tablica 5. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable Subskala ograničenje aktivnosti zbog tjelesnog funkcioniranja (N=126).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	,097	,562	,575	,076	,455	,650	-,002	-,017	,987
Skladnost	,065	,390	,697	,000	-,001	,999	-,055	-,376	,708
Tolerancija	,060	,439	,661	,016	,119	,906	-,045	-,385	,701
Konflikt	-,037	-,317	,752	,002	,021	,983	-,042	-,405	,686
Otpornost				,282**	3,052	,003**	-,111	1,260	,210
Usamljenost							,041	,437	,663
Depresija							-,556**	-5,650	,000**
R	,184			,322			,548		
R ²	,034			,103			,300		
R ² _{adj}	,002			,066			,259		
ΔF	,381			,003			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

Iz rezultata prikazanih u Tablici 5, vidljivo je da je regresijski model za predviđanje *Ograničavanja aktivnosti zbog tjelesnog funkcioniranja* kod hrvatskih branitelja značajan. Dakle, kombinacijom prediktora *Depresije*, *Usamljenosti*, *Otpornosti* te *Subskala kvalitete obiteljskog života*, objašnjeno je 30% ($R^2_{adj}=25,9\%$) varijance kriterija. Značajnim prediktorom u finalnom modelu pokazala se samo *Depresija*. S obzirom na nalaze u dosadašnjim istraživanjima te pronađenu statistički značajnu i umjereno visoku korelaciju prediktorskih varijabli s kriterijem, ovi su rezultati očekivani, međutim, zanimljivo je da je otpornost prestala biti značajan prediktor nakon uvođenja usamljenosti i depresivnosti.

Tablica 6. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable Subskala vitalnost (N=126).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	-,082	-,508	,612	-,104	-,676	,500	-,197	-1,644	,103
Skladnost	,286	1,851	,067	,217	1,457	,148	,160	1,380	,170
Tolerancija	,091	,726	,469	,045	,371	,711	-,032	-,336	,737
Konflikt	,170	1,552	,123	,212*	2,014	,046*	,174*	2,088	,039*
Otpornost				,299**	3,523	,001**	,097	1,379	,171
Usamljenost							,133	1,794	,075
Depresija							-,708**	-9,011	,000**
R	,409			,495			,744		
R ²	,167			,245			,554		
R ² _{adj}	,140			,214			,527		
ΔF	,000			,001			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

Iz tablice 6 možemo uočiti da su sva tri regresijska modela značajna u objašnjenju i predviđanju *Vitalnosti* zadane populacije. Ponovno su se u prvom bloku pronašle subskale obiteljske kvalitete života, koje prema rezultatima objašnjavaju 16,7% varijance zadanog kriterija. Ovaj rezultat sugerira da faktori kvalitete obiteljskih odnosa imaju umjeren utjecaj na vitalnost, iako nisu jedini faktori koji je oblikuju. U drugom bloku analize, dodavanjem varijable *Otpornost* koja se pokazala značajnim prediktorom, uz subskale obiteljske kvalitete života, dolazi do povećanja objašnjene varijance na 24,5%. Ovaj model pokazuje da odnosi unutar obitelji, kao i sposobnost suočavanja sa stresom, igraju ulogu u predviđanju vitalnosti, pri čemu otpornost ima pozitivan utjecaj. U trećem i posljednjem bloku, u analizu ulaze *Usamljenost* i *Depresija*. Model u kojem se uzimaju u obzir ovi faktori objašnjava čak 55,4% (R²_{adj}=52,7%) varijance vitalnosti, što predstavlja značajan skok u odnosu na prethodne blokove. *Konflikt* i *Depresija* su značajni prediktori, ali se depresija izdvaja kao najbolji prediktor vitalnosti, s negativnim beta koeficijentom $\beta = -0,708$. Ovaj negativni koeficijent znači da je veća depresija povezana s nižom vitalnošću, što je u skladu s prethodno dobivenim korelacijama.

Tablica 7. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable *Subskala mentalno zdravlje* (N=126).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	-,102	-,672	,503	-,131	-,932	,353	-,215	-1,922	,057
Skladnost	,416**	2,831	,005**	,329*	2,419	,017*	,273*	2,515	,013*
Tolerancija	,185	1,546	,125	,126	1,144	,255	,059	,669	,505
Konflikt	,048	,465	,643	,102	1,057	,292	,059	,761	,448
Otpornost				,377**	4,876	,000**	,194**	2,939	,004**
Usamljenost							,077	1,104	,272
Depresija							-,617**	-8,400	,000**
R	,497			,610			,781		
R ²	,247			,372			,610		
R ² _{adj}	,222			,346			,587		
ΔF	,000			,000			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

Kako bi se provjerila mogućnost predviđanja *Mentalnog zdravlja* kao jedne od odrednica zdravstvene kvalitete života kod hrvatskih branitelja provedena je hijerarhijska analiza u tri koraka. Rezultati, prikazani u Tablici 7, pokazuju da su svi koraci modela bili statistički značajni u objašnjenju varijance *Mentalnog zdravlja*. Prvi korak u analizi pokazao se statistički značajnim i njime je objašnjeno 24,7% varijance mentalnog zdravlja. *Skladnost* je značajan prediktor ($\beta = ,416$, $p < 0,01$), a njegov β koeficijent ukazuje na to da što su obiteljski odnosi skladniji, to je mentalno zdravlje pojedinca bolje. Drugi korak u kojem je uključena *Otpornost* se također pokazao značajnim, pri čemu uz *Skladnost*, značajan prediktor postaje i *Otpornost* ($\beta = ,377$, $p < 0,01$). Nakon što su u trećem koraku dodane *Usamljenost* i *Depresija*, dosadašnjim značajnim prediktorima se pridružuje *Depresija* ($\beta = -,617$) kao najbolji prediktor te čiji β koeficijent pokazuje da su više razine depresije povezane s lošijim mentalnim zdravljem, što je u skladu s očekivanjima. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 61,10% ($R^2_{adj} = 58,7\%$) mentalnog zdravlja hrvatskih branitelja.

Tablica 8. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable Subskala socijalno funkcioniranje (N=126).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	-,034	-,213	,832	-,054	-,350	,727	-,149	-1,196	,234
Skladnost	,339*	2,222	,028*	,277	1,869	,064	,202	1,671	,097
Tolerancija	,117	,942	,348	,076	,626	,532	,006	,065	,948
Konflikt	,061	,561	,576	,098	,936	,351	,027	,314	,754
Otpornost				,267**	3,157	,002**	,059	,805	,422
Usamljenost							-,047	-,603	,548
Depresija							-,617**	-7,531	,000**
R	,434			,500			,717		
R ²	,188			,250			,515		
R ² _{adj}	,161			,219			,486		
ΔF	,000			,002			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

U tablici 8, vidljivi su koraci hijerarhijske regresijske analize s pripadajućim prediktorima pri predviđanju *Socijalnog funkcioniranja*. U prvom koraku predviđanja socijalnog funkcioniranja, kao značajan prediktor prikazana je *Skladnost*, a ovim korakom objašnjeno je ukupno 18,8% varijance kriterijske varijable. U drugom koraku ove analize pomoću razine otpornosti povrh subskala kvalitete obiteljskog funkcioniranja objašnjeno je ukupno 25% varijance socijalnog funkcioniranja, dok je kao značajni prediktor u ovom koraku utvrđena *Otpornost*. *Otpornost* se istaknula kao značajni prediktor u ovom koraku, upućujući na to da osobe koje se bolje nose sa stresom i životnim poteškoćama imaju veću sposobnost za održavanje i uspostavljanje socijalnih veza, dok *Skladnost* prestaje biti značajan prediktor.. Treći korak analize obuhvatio je *Usamljenost* i *Depresiju*, a samo je depresija pokazala doprinos u predviđanju socijalnog funkcioniranja, odnosno, *Otpornost* gubi svoju značajnost. Ukupna količina varijance socijalnog funkcioniranja koju je moguće objasniti pomoću ovog modela iznosi 51,5% (R²_{adj}=48,6%) , što nas navodi na zaključak kako je depresija od velike važnosti u objašnjenju socijalnog funkcioniranja, što je u skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja.

Tablica 9. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable *Subskala bol* ($N=126$).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	-,009	-,051	,959	-,036	-,221	,826	-,113	-,764	,447
Skladnost	,122	,735	,464	,038	,241	,810	-,017	-,122	,903
Tolerancija	,058	,425	,672	,001	,007	,994	-,057	-,489	,625
Konflikt	,022	,184	,854	,073	,654	,514	,025	,241	,810
Otpornost				,365**	4,050	,000**	,200*	2,298	,023*
Usamljenost							,009	,103	,918
Depresija							-,521**	-5,390	,000**
R	,171			,382			,569		
R ²	,029			,146			,324		
R ² _{adj}	-,003			,110			,284		
ΔF	,458			,000			,000		

Napomena: ** $p < ,01$, * $p < ,05$.

Tablica 9, pokazuje kako je skupom prediktora objašnjeno ukupno 32,4% ($R^2_{adj}=28,4\%$) zajedničke varijance *Boli* u posljednjem bloku. Blok obiteljske kvalitete života se nije pokazao značajnim te objašnjava 2,9% ukupne varijance, dok se drugi korak pokazao značajnim s 14,6% objašnjene varijance. S obzirom na statističku značajnost, varijable koje imaju značajnu prediktivnu snagu su *Otpornost* i *Depresija*. Uzimajući u obzir beta ponder, *Depresija* se pokazala kao bolji prediktor i to na način da su visoke razine depresije povezane s visokim razinama boli na uzorku hrvatskih branitelja.

Tablica 10. Prikaz regresijske analize prediktorskih varijabli i kriterijske varijable *Subskala opće zdravlje* (N=126).

Prediktori	1.korak(β)	t	p	2. korak (β)	t	p	3. korak (β)	t	p
Zajedništvo	,023	,142	,888	-,002	-,010	,992	-,097	-,749	,455
Skladnost	,323	2,045	,043*	,246	1,631	,105	,165	1,311	,192
Tolerancija	,105	,814	,417	,053	,431	,667	-,012	-,119	,905
Konflikt	-,115	-1,031	,305	-,068	-,641	,523	-,151	1,678	,096
Otpornost				,334**	3,889	,000**	,127	1,667	,098
Usamljenost							-,119	-1,479	,142
Depresija							-,570**	-6,710	,000**
R	,360			,477			,691		
R ²	,130			,227			,478		
R ² _{adj}	,101			,195			,447		
ΔF	,002			,000			,000		

Napomena: **p<,01, *p<,05.

Kako bi se odredio relativan doprinos prediktora u objašnjavanju *Općeg zdravlja* na uzorku hrvatskih branitelja, korištena je hijerarhijska analiza u tri koraka. U prvom objašnjen je značajan udio varijance *Općeg zdravlja* koji iznosi 13%, a kao značajan prediktor se pokazala *Skladnost*. U drugom koraku objašnjeno je 22,7% varijance, te se samo *Otpornost* pokazala značajnim samostalnim prediktorom. Dodavanjem *Depresije* i *Usamljenosti*, objašnjeno je dodatnih 25,1% varijance općeg zdravlja. *Depresija* se kao i kod ostalih subskala zdravstvene kvalitete života, pokazala značajnim prediktorom. Korištenim skupom podataka, objašnjeno je ukupno 47,8% ($R^2_{adj}=44,7\%$) varijance *općeg zdravlja*.

Rasprava

Istraživanje je provedeno kako bi se pobliže upoznala obilježja povezanosti psihološke otpornosti, usamljenosti, depresije i kvalitete obiteljskog funkcioniranja sa zdravstvenom kvalitetom života. Osnovni cilj istraživanja bio je utvrditi mogućnost predviđanja zdravstvene kvalitete života na uzorku hrvatskih branitelja temeljem prethodno navedenih psihosocijalnih odrednica. U skladu s nalazima prethodnih istraživanja formirane su hipoteze o povezanosti navedenih konstrukata, pri čemu se očekivala pozitivna povezanost razine psihološke otpornosti i

zdravstvene kvalitete života, kao i pozitivna povezanost kvalitete obiteljskog funkcioniranja i samoprocjene zdravlja hrvatskih branitelja. Također, na temelju prethodnih istraživanja pretpostavljene su negativne povezanosti usamljenosti i depresije sa zdravstvenom kvalitetom života. Kako bi se utvrdila mogućnost predviđanja zdravstvene kvalitete života provedena je hijerarhijska regresijska analiza na svim subskalama, pri čemu su blokovi formirani prema očekivanoj značajnosti doprinosa pojedinih prediktora za istraživane varijable.

Spolna raspodjela hrvatskih branitelja u ovom istraživanju istovjetne su onima dobivenim u istraživanju provedenom od strane Ministarstva hrvatskih branitelja i Državnog zavoda za statistiku (Šućur i sur., 2017) koje je jedno od sveobuhvatnijih na populaciji hrvatskih branitelja, prema kojem distribucija upućuje na dominantan udio muške populacije (91,5%), dok je u ovom istraživanju 83,3% muškaraca. Tadašnji podaci su pokazali da je $\frac{3}{4}$ branitelja u braku, a naši podaci navode da je 69,8% u braku. Podudaraju se i podaci koji se odnose na broj branitelja s djecom, odnosno bez njih, kao i obrazovna struktura braniteljskog uzorku od kojih većina ima srednju stručnu spremu. Također, podaci su pokazali da je 23,2% hrvatskih branitelja izjavilo da imaju teškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog neke dugotrajne bolesti, invalidnosti ili starosti što je u skladu s našim nalazima budući da su prosječno izvještavali o umjerenom ograničavanju aktivnosti zbog tjelesnih problema. S obzirom na analizu uzorka teškoća, za polovicu hrvatskih branitelja (52,1%) uzrok je Domovinski rat i njegove posljedice, zatim slijede bolest (25,8%), profesionalno oštećenje te ostali uzroci. Što se tiče tjelesnog funkcioniranja, podaci pokazuju da je najveći udio njih sasvim pokretan, kao što je slučaj u ovom istraživanju, gdje prosjek na podskali *Tjelesno funkcioniranje* iznosi 68,92, pri čemu viši rezultat označava bolje funkcioniranje.

Prvi problem koji je postavljen u ovom istraživanju se odnosi na povezanost otpornosti i zdravstvene kvalitete života. Nalazi ovog istraživanja ukazuju na pozitivnu povezanost otpornosti sa svim podskalama zdravstvene kvalitete života, što je u skladu s velikim brojem dosadašnjih istraživanja te s početno postavljenom hipotezom. Neka istraživanja poput Seiler i Jenewein (2019) te Rosenberg i sur. (2019) koja su proučavala povezanost zdravlja i psihološke otpornosti bila su usmjerena na onkološke pacijente te često naglašavaju značaj psihološke otpornosti za ishode zdravstvenih problema. Jedna od takvih studija (Rosenberg i sur., 2015), donosi podatke o tome da visoke razine psihološke otpornosti mogu ublažiti negativan utjecaj novih kroničnih zdravstvenih stanja na svakodnevne aktivnosti kao i smanjiti rizik od kasnijih invaliditeta.

Suprotno tome, niske razine otpornosti pokazale su se povezanim s većim rizikom od anksioznosti i depresije kod hospitaliziranih pacijenata s rakom (Rosenberg i sur., 2015).

Psihološka otpornost također se pokazala važnim zaštitnim faktorom u prevenciji razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod veterana koji su pretrpjeli traumatska iskustva tijekom ratnih sukoba, primjerice tijekom Vijetnamskog rata (Pietrzak i sur., 2009). Zanimljiv podatak je da među starijim američkim veteranima koji su tijekom života pretrpjeli veliki broj trauma, gotovo 70% zadržava psihološku otpornost u kasnijoj životnoj dobi. Prema Taylor i suradnici (2019) veterani s višim razinama otpornosti imaju manja funkcionalna ograničenja u usporedbi s veteranima s nižim razinama otpornosti. Također, nalazi jednog istraživanja su otkrili da su veterani koji su bili karakterizirani kao otporni izvještavali o niskim razinama PTSP-a i depresije te su imali manju vjerojatnost razvoja simptoma tijekom vremena (Elliot i sur., 2015 prema McDaniel i sur., 2022). Ovi nalazi podržavaju rezultate dobivenim ovim istraživanjem, koji pokazuju da je psihološka otpornost značajno pozitivno povezana s mentalnim zdravljem, kao važnim faktorom zdravstvene kvalitete života, dok je negativno povezana s depresijom. Pietrzak i suradnici (2009) navode kako su veterani s PTSP-om ostvarivali niže razine otpornosti te izvještavali o manjoj socijalnoj podršci uslijed povratka doma, u usporedbi s veteranima bez PTSP-a. Takvi nalazi imaju smisla uzimajući u obzir samu definiciju psihološke otpornosti kao sposobnost pojedinca da se nosi s izazovima, stresom, traumama te da se brzo oporavi od tih iskustava. Nedvojbeno se rat izdvaja kao jedan od većih traumatskih događaja koje pojedinac može doživjeti, posebice osobe koje su aktivno sudjelovale u istom. S toga, osobe koje su otpornije lakše će se nositi s teškoćama koje su prošle u ratu ali i onim što je uslijedilo za vrijeme mira. Karakteristike psihološki otpornih osoba poput pozitivnog razmišljanja, fleksibilnosti, unutarnji lokus kontrole i drugih, pokazale su se ključnim u brojnim istraživanjima te značajno pridonose emocionalnoj i fizičkoj dobrobiti pojedinca.

Ispitali smo i povezanost između zdravstvene kvalitete života i usamljenosti, koja predstavlja značajan problem među braniteljima, s prevalencijom od čak 57% među ratnim veteranima (Abrantes i Pitman, 2023). Ovaj osjećaj usamljenosti često je povezan s većim brojem somatskih simptoma i medicinskih stanja, što ukazuje na veliki utjecaj na tjelesno zdravlje (Kuwert i sur., 2014 prema Lwi i sur., 2023). Osim toga, usamljenost je povezana s većim rizikom od suicidalnih misli, PTSP-a, depresije i anksioznosti, čineći ovu populaciju izuzetno ranjivom na

mentalne i fizičke zdravstvene probleme (Lwi i sur., 2023). Takvi nalazi su u skladu s onima dobivenim u našem istraživanju, budući da je usamljenost značajno negativno povezana sa svim odrednicama zdravstvene kvalitete života, posebice sa subskalama koje se odnose na mentalno i opće zdravlje, dok je pozitivno povezana s depresijom. Jedan od problema veterana koji doživljavaju osjećaj usamljenosti i socijalne izolacije jest manji broj odlazaka liječniku, kao i slabija briga za vlastito zdravlje, odnosno manje su skloni pridržavati se preporuka liječnika. Usamljenost i socijalna izolacija značajno utječu na fizičko zdravlje, povećavajući rizik od prijevremene smrti zbog rizičnih čimbenika kao što su pušenje, pretilost, nedostatak pristupa zdravstvenoj skrbi i tjelesna neaktivnost. Konkretno, usamljenost povećava rizik od razvoja demencije za 50%, rizik od srčanih bolesti za 29%, rizik od moždanog udara za 32%. Osim toga, usamljenost i izolacija smanjuju funkciju imunološkog sustava, povećavajući ranjivost na bolesti i infekcije (Graham, 2022). Nalazi dosadašnjih istraživanja o povezanosti zdravlja i usamljenosti, potvrđeni su i ovim istraživanjem što još jednom naglašava važnost socijalne povezanosti u održavanju fizičkog i mentalnog zdravlja. Cacioppo i suradnici (2007, prema Segrin i Passalacqua, 2010) iznose teoriju prema kojoj je kronična usamljenost štetna za zdravlje jer dovodi do erodiranja fiziološke otpornosti, ubrzavajući razvoj zdravstvenih problema, također, postepeno narušava otpornost organizma, povećavajući osjetljivost na zdravstvene probleme. Izdvajaju pet funkcionalnih mehanizama: zdravstveno ponašanje, izloženost stresnim događajima, percepcija stresa i suočavanje, odgovor na stres i procesi oporavka. Odnosno, usamljene osobe često usvajaju loše zdravstvene obrasce ponašanja, doživljavaju veću učestalost i intenzitet stresnih događaja, češće procjenjuju događaje kao stresne, doživljavaju izraženije fiziološke reakcije na stres te imaju narušene procese oporavka.

Depresija, poput usamljenosti, značajno utječe na zdravstvenu kvalitetu, najviše putem negativnih zdravstvenih ponašanja poput tjelesne neaktivnosti, prejedanja, pušenja i neadekvatnog pridržavanja medicinskih preporuka. U usporedbi s osobama koje nisu depresivne, depresivni pacijenti postižu značajno niže rezultate na SF-36, posebno u domeni mentalnog zdravlja. Iako postoji velik broj istraživanja koji povezuju depresiju sa zdravstvenom kvalitetom života, nedovoljan broj njih se odnosi na braniteljsku populaciju, odnosno, ratne veterane. Primjerice, istraživanje provedeno kod pacijenata na kroničnoj hemodijalizi pokazalo je da su depresija i anksioznost povezane s gotovo svim domenama SF-36, odnosno s povećanjem rezultata na Beckovom inventaru depresije i Beckovom inventaru anksioznosti, razine gotovo svih domena

SF-36 naglo se smanjuju, sugerirajući da depresija i anksioznost negativno utječu na fizičke i psihološke aspekte kvalitete života (Ye i sur., 2022). Takvi nalazi su u skladu s dobivenima u ovom istraživanju, budući da depresija ostvaruje visoke negativne korelacije sa svim odrednicama zdravstvene kvalitete života, osobito s mentalnim zdravljem i vitalnošću. Kod pacijenata s komorbiditetima, depresija dodatno pogoršava zdravstvenu kvalitetu života, poput osoba s dijabetesom, hipertenzijom, astmom i rakom, gdje je depresija povezana s lošijim ishodima u usporedbi s pacijentima bez depresije (Almohammed i sur., 2022). Istraživanje provedeno na veteranima iz Drugog svjetskog i Korejskog rata, koji imaju dijagnozu PTSP-a, pokazalo je kako imaju veća funkcionalna oštećenja te postižu niže rezultate na SF-36 u usporedbi s veteranima bez PTSP-a. Studija o hospitaliziranim hrvatskim veteranima s PTSP-om navodi dijabetes, hipertenziju, ulcerozni kolitis i hiperlipidemiju kao najčešće komorbidne fizičke bolesti (Filaković i sur., 1997 prema Jukić i sur., 2019). Važno je napomenuti kako PTSP često dodatno povećava rizik za razvoj depresije, čime se pogoršava zdravstvena kvaliteta života i otežava upravljanje postojećim komorbiditetima. U našem istraživanju nije ispitana razlika kod branitelja s PTSP-om u odnosu na one koji ga nemaju, te bi bilo korisno uključiti tu dimenziju u budućim istraživanjima kako bi se bolje razumio utjecaj PTSP-a i depresije na cjelokupnu zdravstvenu kvalitetu života.

Dosadašnja istraživanja o obiteljskom funkcioniranju ratnih veterana, ukazuju na velik broj emocionalnih i komunikacijskih poteškoća zbog njihove nemogućnosti doživljavanja pozitivnih emocija, posebice u vezi s intimnošću te se s komunikacijskim krivnjama. To rezultira time da ostali članovi obitelji preuzmu teret krivnje, tjeskobe i otuđenja veterana (Zdjelarević i sur., 2011). Osim najčešćeg problema PTSP-, javljaju se i različiti stupnjevi tjelesnog oštećenja, što prema stručnjacima dovodi do dvije moguće prilagodbe. Prva je oporavak obitelji nakon bolnog iskustva, nastavljajući svoju normalnu funkciju, prilagođavajući se novim okolnostima. Međutim, neke obitelji se nikad ne oporave uz atmosferu kronične tuge koja ostaje prisutna godinama (Leutar i sur., 2007 prema Zdjelarević i sur., 2011). Nedovoljan je broj istraživanja koji se bave povezanošću zdravstvene kvalitete života i kvalitete obiteljskih odnosa, posebice na našoj ciljanoj populaciji. Pronađeno je nekoliko istraživanja o ovoj vezi koji navode da bračna povijest tijekom života oblikuje niz zdravstvenih ishoda, uključujući kardiovaskularne bolesti, kronične bolesti, ograničenja u mobilnosti, samoocijenjenu zdravstvenu situaciju i simptome depresije (Hughes i Waite 2009; Zhang i Hayward 2006 prema Umberson i Montez, 2010). Osobe koje su prošle kroz više razvoda ili nestabilne brakove često prijavljuju lošije fizičko i mentalno zdravlje, uključujući

veće rizike od kroničnih bolesti poput kardiovaskularnih problema i smanjenje sposobnosti kretanja. Obitelji koje pružaju emocionalnu podršku, stabilnost i zdrave komunikacijske obrasce pozitivno utječu na mentalno i fizičko zdravlje veterana, dok disfunkcionalni obiteljski odnosi mogu pogoršati zdravstvene ishode. Istraživanja pokazuju da značenja pridodana braku i odnosima s djecom mogu potaknuti veći osjećaj odgovornosti za zdravlje, čime se promiču zdraviji stilovi života (Nock 1998; Waite 1995 prema Umberson i Montez, 2010). Istraživanja pokazuju da socijalna podrška u odrasloj dobi može smanjiti fiziološke reakcije, poput kardiovaskularne reaktivnosti, na predviđene i postojeće stresore (Glynn i sur., 1999 prema Umberson i Montez, 2010). Vjenčane odrasle osobe imaju niži rizik od kardiovaskularnih bolesti u usporedbi s onima koje su iskusile gubitak partnera, što se djelomično pripisuje psihosocijalnoj podršci koju brak pruža (Zhang i Hayward, 2006 prema Umberson i Montez, 2010). Ta povezanost je posebno izražena kod problema mentalnog zdravlja, što je istovjetno našim nalazima. Uzimajući u obzir prosječne odgovore naši sudionika na svim subskalama obiteljskog funkcioniranja, možemo primijetiti kako izvještavaju o zadovoljavajućim odnosima unutar obitelji, odnosno o visokom stupnju zajedništva, skladnosti, tolerancije i konflikta. Nadalje, García-Huidobro i suradnici (2012), su pronašli statistički značajnu povezanost između stila obiteljskog funkcioniranja i prisutnosti fizičkih, mentalnih i psihosocijalnih problema. Na osnovu naših rezultata možemo vidjeti kako domene obiteljskog funkcioniranja ostvaruju značajnu povezanost sa subskalama zdravstvene kvalitete života koje se odnose na psihološku dobrobit, dok sa subskalama koje se odnose na fizičko zdravlje ne ostvaruju značajnu povezanost. Moguće objašnjenje za takve rezultate jest da obitelj pruža emocionalnu podršku koja direktno utječe na psihološke procese, kao što su stres i suočavanje s emocionalnim problemima. Zdravi obiteljski odnosi dovode do smanjenog osjećaja stresa i tjeskobe ili depresije. S druge strane, fizičko zdravlje se većinom temelji na životnim navikama i vanjskim čimbenicima, te osobnim izborima i medicinskom skrbi, koji se ne formiraju samo unutar obiteljskih odnosa. Isto tako, suprotstavljeni nalazi mogu biti rezultat različitih instrumenata, primjerice u nekim studijama su korišteni specifični indikatori fizičkog zdravlja poput kroničnih stanja ili kardiovaskularnih bolesti, dok su se u ovom istraživanju koristile druge mjere.

Posljednja hipoteza odnosi se na pozitivnu predikciju zdravstvene kvalitete života na temelju psihosocijalnih odrednica. *Depresija* se pokazala kao najbolji prediktor zdravstvene kvalitete života, pri čemu je značajna na svih osam modela – odnosno na svim subskalama

zdravstvene kvalitete života. *Konflikt* je također značajan prediktor *subskale vitalnost*, dok se na ostalim modelima nije pokazao značajan. Nalazi istraživanja Umberson i suradnika (2006 prema Umberson i Montez, 2010) pokazuju da bračni stres negativno utječe na fizičko zdravlje, a taj negativni učinak postaje snažniji s godinama. Još jedna domena kvalitete obiteljskog funkcioniranja koja se pokazala značajnim prediktorom u jednom od modela jest *skladnost* i to na *subskali mentalno zdravlje*. *Otpornost* je pokazala značajan doprinosu u objašnjavanju *subskale mentalno zdravlje* te *subskale bol*. Akbari i Khormaiee (2015) u svom istraživanju pokazali su da je otpornost značajan pozitivan prediktor psihološke dobrobiti, što objašnjavaju činjenicom da otporniji pojedinci manje pate od mentalnih previranja i emocionalnih problema. No, iako smo dobili statistički značajne korelacije ostalih prediktora, točnije *usamljenosti*, *zajedništva* i *tolerancije* sa zdravstvenom kvalitetom života, u nijednom modelu se nije pokazao njihov značajan doprinos. *Usamljenost* je primjerice u istraživanju Segrin i Passalacqua (2010) ostvarivala snažan odnos sa zdravljem, što se nije pokazalo u našim nalazima. Potencijalno objašnjenje za takve nalaze može biti nedostatak kontrole depresije u analizi, odnosno da je depresija djelovala kao medijator u povezanosti između usamljenosti i zdravstvene kvalitete života. Prema Hawkley i Cacioppo (2010), analize pet uzastopnih godišnjih procjena usamljenosti i simptoma depresije pokazale su da usamljenost predviđa porast simptoma depresije na vremenskim intervalima od jedne godine, dok simptomi depresije ne predviđaju povećanje usamljenosti u istim intervalima.

Praktične implikacije istraživanja

Rezultati ovog istraživanja pokazali su značajne povezanosti između depresije, usamljenosti, psihološke otpornosti, kvalitete obiteljskog funkcioniranja i zdravstvene kvalitete života, čime se potvrđuje važnost uzimanja u obzir psihosocijalnih faktora u radu s braniteljskom populacijom. Svakako, ove rezultate ne bi trebali zanemariti, s obzirom na rizik u kojem se nalaze hrvatski branitelji, od raznih kardiovaskularnih, onkoloških i ostalih kroničnih bolesti, te je neizvjesno da će se prvenstveno zdravstveni psiholozi u savjetodavnom radu s njima dotaknuti usamljenosti, psihološke otpornosti, depresije te socijalne podrške, odnosno obiteljskih odnosa. Ovi rezultati posebno naglašavaju depresiju, koja se ističe kao ključni prediktor svih aspekata zdravstvene kvalitete života. Od velike je važnosti rad na psihološkoj otpornosti branitelja, budući da se i u ovom istraživanju pokazala značajnim prediktorom mentalnog zdravlja. Ovakvi nalazi sugeriraju potrebu za fokusiranjem na tretmane koji ciljano rade na smanjenju depresije i jačanju

otpornosti, čime bi se mogao smanjiti rizik od kroničnih bolesti kojima su branitelji podložni. Nadalje, u ovom istraživanju čak 82,5% sudionika, navelo je kako ne traži psihološku ili psihijatrijsku pomoć, što su istinski zabrinjavajuće brojke. Nužno je dovesti do destigmatizacije psihološke pomoći u ovoj populaciji, kako bi se prijevremeno djelovalo i tako smanjila vjerojatnost hospitalizacije. Zbog snažne povezanosti među suborcima, udruge bi mogle poslužiti kao platforma za pružanje psihoedukacija, grupnih terapija i savjetovanja, čime bi se povećao doseg preventivnih programa i potaknulo sudjelovanje u besplatnim sistematskim pregledima. Dodatno, bilo bi korisno uključiti i obitelji branitelja, te osim grupnog rada s njima, pružiti psihoedukaciju članovima obitelji, kako bi naučili načine nošenja s teškoćama koje branitelji proživljavaju. Zaključno, unatoč napretku, postoji veliki prostor za dodatna istraživanja i praktične programe, osobito one usmjerene na prevenciju i rano djelovanje.

Metodološka ograničenja i buduća istraživanja

Prilikom analize ovog istraživanja potrebno je ukazati na nekoliko metodoloških ograničenja koja mogu utjecati na interpretaciju rezultata. Prvo, relativno problematična stavka ovog istraživanja je njegov uzorak, odnosno uzorak je bio regrutiran putem braniteljskih udruga, te poznanika njihovih članova. Takav način prikupljanja rezultata potencijalno može dovesti do okupljanja branitelja koji su ekstravertiraniji ili društveniji, što primjerice, može dovesti do toga da sastav uzorka ne odražava stvarnu usamljenost populacije branitelja. Uz to, veličina uzorka od 126 sudionika, iako razumljiva zbog osjetljivosti populacije, ograničava statističku moć i generalizaciju rezultata na širu populaciju. Nadalje, korišteni su alati za samoizvještavanje, koji nisu bez svojih nedostataka, poput netočnog izvještavanja i pristranosti zbog društveno poželjnog odgovaranja. Način prikupljanja također ima svoje nedostatke, odnosno u papir olovka formatu, ispitanici su mogli ispunjavati nasumično i s preskakanjem, također, kod nekih sudionika se dogodilo da su predvidjeli čitave stranice te su bili isključeni iz daljnje analize.

S obzirom na sve navedeno, u daljnjim istraživanjima trebalo bi se usmjeriti na veći uzorak, te na različite načine skupljanja sudionika što bi omogućilo heterogeniji uzorak. Također, bilo bi korisno da upitnik sadržava pitanje o postojanju dijagnoze tjelesne bolesti, što bi bio koristan podatak budući da iz odabranog upitnika zdravstvene kvalitete, ne saznajemo takve informacije. Nadalje, u ovom istraživanju nisu provedene usporedbe s obzirom na branitelje koji imaju PTSP u odnosu

na one koji nemaju, što bi bilo zanimljivo ispitati u budućim istraživanjima. Takva poboljšanja omogućila bi preciznije rezultate te praktičnu primjenu nalaza za unaprjeđenje zdravlja braniteljske populacije.

ZAKLJUČAK

Ovim istraživanjem sagledao se odnos psihološke otpornosti, usamljenosti, depresije, kvalitete obiteljskog funkcioniranja i zdravstvene kvalitete života hrvatskih branitelja te se doprinijelo razumijevanju i shvaćanju važnosti koje psihosocijalne odrednice imaju za psihičko i fizičko zdravlje.

Pokazano je kako su sve odabrane psihosocijalne odrednice, značajno povezane s različitim odrednicama zdravstvene kvalitete života. Pritom je pokazano da je depresija značajna odrednica svih subskala zdravstvene kvalitete života, pri čemu povećanjem depresije dolazi do pada u zdravstvenoj kvaliteti života. S druge strane, psihološka otpornost se pokazala značajnom u objašnjenju mentalnog zdravlja i boli, na način da više razine psihološke otpornosti dovode do boljeg mentalnog zdravlja te manjeg osjećaja boli kod branitelja. Nadalje, dvije subskale kvalitete obiteljskog funkcioniranja su se pokazale značajnim prediktorom. Konflikt je značajan prediktor na subskali vitalnosti, odnosno, više razine konflikta dovode do pada energije i povećanog umora. Skladnost se zajedno s psihološkom otpornosti, pokazala značajnom u objašnjenju mentalnog zdravlja, što nam potvrđuje nalaze prethodnih istraživanja da skladnost obiteljskih odnosa pozitivno pridonosi mentalnom zdravlju. Međutim, nije utvrđeno statistički značajno djelovanje usamljenosti, tolerancije i zajedništva na zdravstvenu kvalitetu života.

Generalno gledajući, rezultati ovog istraživanja upućuju na važnost daljnjeg proučavanja odrednica zdravstvene kvalitete života, ali i na mogućnost praktične implikacije saznanja o njihovim odnosima u savjetodavnom radu s braniteljskom populacijom.

Literatura

- Abrantes, M. L., i Pitman, A. (2023). Suicide bereavement and loneliness among UK Armed Forces veterans under the care of mental health services: Prevalence and associations. *Current Research in Behavioral Sciences*, 5, 100126. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2023.100126>
- Ajduković, M., Ručević, S., i Majdenić, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*, 20(2), 149-165. <https://hrcak.srce.hr/106822>
- Almohammed, O. A., Alsalem, A. A., Almangour, A. A., Alotaibi, L. H., Al Yami, M. S., & Lai, L. (2022). Antidepressants and health-related quality of life (HRQoL) for patients with depression: Analysis of the medical expenditure panel survey from the United States. *PLOS ONE*, 17(4), e0265928. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265928>
- Akbari, A., & Khormaiee, F. (2015). The prediction of mediating role of resilience between psychological well-being and emotional intelligence in students. *International Journal of School Health*, 2(3), 1-5. <https://doi.org/10.17795/intjsh-26238>
- Arbanas, G. (2010). Patients with combat-related and war-related posttraumatic stress disorder 10 years after diagnosis. *Croatian Medical Journal*, 51(3), 209-214. <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2010.51.209>
- Aron, A. i Aron, E. N. (1994). *Statistics for psychology*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Beavers, R., & Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *Journal of family therapy*, 22(2), 128-143. https://www.researchgate.net/publication/229474695_The_Beavers_Systems_Model_of_Family_Functioning
- Dekel, R., i Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303–309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2010.03.001>
- Den Hartigh, R. J., i Hill, Y. (2022). Conceptualizing and measuring psychological resilience: What can we learn from physics?. *New Ideas in Psychology*, 66, 100934. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100934>
- Ferić, M. (2002). Obitelj kao čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38(1), 13-24. <https://hrcak.srce.hr/17643>

- García-Huidobro, D., Puschel, K., i Soto, G. (2012). Family functioning style and health: Opportunities for health prevention in primary care. *British Journal of General Practice*, 62(596), e198–e203. <https://bjgp.org/content/bjgp/62/596/e198.full.pdf>
- Graham, E. (2022). *Combating social isolation and loneliness among veterans after separation from military service*. Population Health Research Brief Series. <https://surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1201&context=lerner>
- Hawkley, L. C., i Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hodgson, S., Watts, I., Fraser, S., Roderick, P., & Dambha-Miller, H. (2020). Loneliness, social isolation, cardiovascular disease and mortality: A synthesis of the literature and conceptual framework. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(5), 185-192. <https://doi.org/10.1177/0141076820918236>
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2023). *Izvešće o zdravstvenom stanju hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata za 2023. godinu*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/12/Branitelji_2023.pdf
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2022). *Pokazatelji zdravstvenog stanja i korištenja zdravstvene zaštite hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/12/Branitelji_2022.pdf
- Jakšić, N. (2022). *Povezanost osobina ličnosti s komorbiditetnom depresijom, suicidalnim rizikom i subjektivnom kvalitetom života u ratnih veterana oboljelih od PTSP-a* (Doktorska disertacija, Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet). Sveučilište u Splitu. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:370433>
- Jukić, M., Lukinac, A. M., Požgain, I., Talapko, J., Jukić, M., i Filaković, P. (2020). The role of perceived social support in assessing posttraumatic stress disorder and mental health-related quality of life in veterans. *Healthcare*, 8(4), 396. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040396>
- Kline, T. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage.
- Kosi, T. (2020). *Psihološka otpornost i promicanje oporavka od psihičkih bolesti (Završni specijalistički)*. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Zagreb. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:192816>
- Kritikos, T. K., Comer, J. S., He, M., Curren, L. C., i Tompson, M. C. (2019). Combat experience and posttraumatic stress symptoms among military-serving parents: A meta-analytic examination of associated offspring and family outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(1), 131-148. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0427-5>
- Lebedina Manzonei, M., i Lotar, M. (2011). Simptomi depresivnosti i samoorijentirane kognicije. *Psihologijske teme*, 20(1), 27-44. <https://hrcak.srce.hr/68692>
- Leksikografski zavod Miroslav Krleža. (n.d.). *Hrvatska enciklopedija*. *Hrvatska enciklopedija*. <https://enciklopedija.hr/clanak/domovinski-rat#clanak>

- Litz, B. T. (2014). Resilience in the aftermath of war trauma: a critical review and commentary. *Interface focus*, 4(5), 20140008. <https://doi.org/10.1098/rsfs.2014.0008>
- 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%2F1467-8624.00164>
- Lwi, S. J., Larsen, J., Jenkins, M., i Swick, D. (2022). The association between loneliness and maladaptive moods and beliefs: A pilot study in U.S. veterans. *Military Medicine*, 188(11-12), e3343–e3348. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac341>
- Maleš, D., & Kušević, B. (2011). Nove paradigme ranoga odgoja. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za pedagogiju. <https://hrcak.srce.hr/file/125543>
- Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S. J., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M., i Wrenn, G. (2011). Promoting psychological resilience in the US military. *Rand health quarterly*, 1(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945176/>
- McDaniel, J. T., Hascup, E. R., Hascup, K. N., Trivedi, M., Henson, H., Rados, R., York, M., Albright, D. L., Weatherly, T., i Frick, K. (2022). Psychological resilience and cognitive function among older military veterans. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 233372142210813. <https://doi.org/10.1177/23337214221081363>
- Ministarstvo hrvatskih branitelja, i Državni zavod za statistiku. (2017). *Demografska i socioekonomska obilježja hrvatskih branitelja*. https://podaci.dzs.hr/media/imkdnu3f/demografska-i-socioekonomska-obiljezja-hrvatskih-branitelja_web.pdf
- Nummela, O., Seppänen, M., i Uutela, A. (2011). The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(2), 163-167. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.023>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Park, C., Majeed, A., Gill, H., Tamura, J., Ho, R. C., Mansur, R. B., ... i McIntyre, R. S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 294, 113514. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>
- Pekić, J., Kodžopeljić, J., i Milovanović, I. (2024). Usamljenost i zadovoljstvo životom u starosti: moderatorski efekat egzekutivnih funkcija. *Psihološka istraživanja*, 27(1), 5-27. <https://doi.org/10.5937/psistra0-46797>
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S., i Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, 172(14), 1078-1084. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., i Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*, 26(8), 745–751. <https://doi.org/10.1002/da.20558>

- Pietrzak, R. H., i Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF–OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of affective disorders*, 133(3), 560-568. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.028>
- Ropac, D., Mujkić, S., i Stašević, I. (2021). Povezanost ratnih zbivanja sa strukturom morbiditeta i komorbiditeta veterana Domovinskog rata na području Vukovara. *Acta Medica Croatica*, 75(1), 29-36. <https://hrcak.srce.hr/file/376852>
- Rosenberg, A. R., Syrjala, K. L., Martin, P. J., Flowers, M. E., Carpenter, P. A., Salit, R. B., ... i Lee, S. J. (2015). Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*, 121(23), 4250-4257. <https://doi.org/10.1002/cncr.29651>
- Segrin, C., i Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health communication*, 25(4), 312-322. DOI: 10.1080/10410231003773334
- Seiler, A., i Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., i Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Stanić, S. i Mravak, K. (2012). Domovinski rat–Iskustva žena. *Polemos*, XV (29), 11-32. <https://hrcak.srce.hr/92831>
- Straus, E., Norman, S. B., Tripp, J. C., Tsai, J., Sippel, L. M., Jeste, D. V., ... i Pietrzak, R. H. (2022). Behavioral epidemic of loneliness in older US military veterans: results from the 2019-2020 national health and resilience in veterans study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 297-310. <https://escholarship.org/content/qt19b3x5jt/qt19b3x5jt.pdf>
- Šincek, S. (2017). *Posttraumatski stresni poremećaj kod hrvatskih branitelja* (Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet). <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:378740>
- Šućur, Z., Babić, Z., i Ogresta, J. (2017). *Demografska i socioekonomska obilježja hrvatskih branitelja: Prema Popisu stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine*. Ministarstvo hrvatskih branitelja & Državni zavod za statistiku. https://podaci.dzs.hr/media/imkdnu3f/demografska-i-socioekonomska-obiljezja-hrvatskih-branitelja_web.pdf
- Taylor, M. G., Ureña, S., Carr, D. C., & Min, S. (2019). Early-life military exposures and functional impairment trajectories among older male veterans: The buffering effect of psychological resilience. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(5), 832–841. <https://doi.org/10.1093/geronj/igz038.1167>
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., i Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of aging research*, 2011(1), 534781 <https://doi.org/10.4061/2011/534781>

- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., i Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(2), 135-149. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Vukić, T. (2015). *Procjena kvalitete života u odnosu na ishod protetičke rehabilitacije nakon amputacije donjega uda* (Disertacija). Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:470630>
- Zdjelarević, A., Komar, Z., Lončar, M., Dijanić Plašć, I., Hrbač, P., Groznica, I., i Marčinko, D. (2011). Quality of life in families of Croatian veterans 15 years after the war. *Collegium Antropologicum*, 35(Supplement 1), 281–286. <https://hrcak.srce.hr/64093>
- Živić, D. (2005). Demografski gubitci Hrvatske vojske tijekom Domovinskog rata. *Diacovensia: teološki prilozi*, 13(1), 118-141. https://www.researchgate.net/publication/27222981_Demografija_Hrvatske_-_aktualni_demografski_procesi
- Ye, W., Wang, L., Wang, Y., Wang, C., i Zeng, J. (2022). Depression and anxiety symptoms among patients receiving maintenance hemodialysis: A single center cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 23(1), 417. <https://doi.org/10.1186/s12882-022-03051-8>
- Yin, S., Njai, R., Barker, L., Siegel, P. Z., i Liao, Y. (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Population health metrics*, 14, 1-9.

