

Percepcija socijalne podrške na posttraumatski rast kod posttraumatskog stresnog poremećaja

Kalanj, Jelena

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:984839>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Jelena Kalanj

PERCEPCIJA SOCIJALNE PODRŠKE NA

POSTTRAUMATSKI RAST KOD

POSTTRAUMATSKOG STRESNOG

POREMEĆAJA

Diplomski rad

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Jelena Kalanj

**PERCEPCIJA SOCIJALNE PODRŠKE NA
POSTTRAUMATSKI RAST KOD
POSTTRAUMATSKOG STRESNOG
POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren na Odjelu za psihijatriju u Nacionalnoj memorijalnoj bolnici Vukovar

Mentor rada: doc. dr. sc. Agneza Aleksijević

Rad ima 36 listova i 10 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala

Zahvaljujem se doc. dr. sc. Agnezi Aleksijević na mentorstvu, savjetima i pomoći tijekom izrade ovoga diplomskog rada..

Neizmjerno se zahvaljujem majci, a posebno kćeri Milici na podršci, razumijevanju i ljubavi tijekom školovanja. Njima posvećujem ovaj rad.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	1
1.1.1. Klinička slika PTSP-a.....	2
1.1.2. Komorbiditet PTSP-a.....	3
1.2. Posttraumatski rast.....	4
1.3. Socijalna podrška.....	5
2. HIPOTEZA	7
3. CILJ	8
4. ISPITANICI I METODE.....	9
4.1. Ustroj studije	9
4.2. Ispitanici.....	9
4.3. Metode	9
4.4. Statističke metode.....	10
4.5. Etička načela.....	10
5. REZULTATI.....	11
6. RASPRAVA	18
7. ZAKLJUČAK	21
8. SAŽETAK	22
9. SUMMARY	23
10. LITERATURA	24
11. ŽIVOTOPIS	28
12. PRILOG	29
12.1 Prilog 1. - Odluka etičkog povjerenstva	30

POPIS KRATICA

LJSP – ljestvica socijalne podrške

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

PTR – posttraumatski rast

UPTR – upitnik posttraumatskog rasta

1. UVOD

Područje Slavonije i Baranje predstavlja geopolitički prostor Istočne Republike Hrvatske, koji je smješten između triju rijeka: Drave na sjeveru, koja čini granicu s Mađarskom, Save na jugu, koja čini granicu s Bosnom i Hercegovinom te Dunava na istoku, koji čini granicu sa Srbijom. Povijest ovog područja seže u rimsko doba Panonije, u kojoj su postojali razvijeni gradovi poput Murse i Cibalijske. Nakon bitke na Mohačkom polju 1526. godine područje postaje dijelom Osmanskog Carstva sve do 1699. godine, kada mirovnim sporazumom iz Srijemskih Karlovaca dolazi u sastav Habsburške Monarhije. Nakon raspada Austro-Ugarske Monarhije Slavonija i Baranja, zajedno s ostalim hrvatskim regijama, ulaze u sastav Kraljevine Jugoslavije, a nakon II. svjetskog rata postaje dio SHR-a i SFRJ-a. Osobit značaj za Slavoniju i Baranju predstavlja bliska prošlost, a napose razdoblje od 1991. godine do 1998. godine, to jest razdoblje od početka Domovinskog rata do mirne reintegracije, obilježeno velikim ratnim razaranjima. Danas ovaj prostor administrativno čine dvije županije: Vukovarsko-srijemska i Osječko-baranjska. Vukovarsko-srijemska županija i danas trpi posljedice ratnih razaranja od 1991. godine do 1995. godine, a grad Vukovar tada je gotovo u cijelosti razoren, te je bio pod osmogodišnjom okupacijom (1).

Upravo zbog povijesnog značaja te ratnih katastrofa na ovom području, velik je broj stanovništva izložen brojnim traumatizirajućim i po život opasnim događajima. Osobe izložene stresnim događajima često pomoć traže na Odjelu za psihijatriju, gdje se liječe ambulantno, stacionarno ili putem Dnevne bolnice. Medicinska sestra/tehničar često ima prvi kontakt s takvim pacijentom, te je značajan dio tima. Pacijenti s medicinskom sestrom/tehničarom tijekom grupne terapije procesiraju traumu i utjecaj traume na njihove daljnje živote. Članovi grupe postaju svjesniji proživljenog i sebe, vraća im se samopouzdanje i osobno značenje, što su prediktori za pojavu fenomena posttraumatskog rasta.

1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) nazivamo odgođen ili produljen odgovor na traumu ili stresni događaj (2). Proživljeno ekstremno traumatsko iskustvo kod sudionika izaziva strah, osjećaj užasa i bespomoćnosti. U takve događaje svrstavamo prijetnju tjelesnom integritetu, koja uključuje smrtni ishod ili ranjavanje, događaje koji su razorni po svojoj prirodi za čovjeka i njegove bližnje te nasrtaje koji ostavljaju duboke tragove u psihičkom životu osobe (2).

Trauma nastaje nakon određenog događaja kod kojeg osoba ne može proraditi afektivno iskustvo jer se osjeća životno ugroženo kao i strah od narušavanja tjelesnog integriteta. Prirodno je osjećati strah tijekom i nakon traumatičnog događaja. Strah je „okidač“ mnogih iznimno brzih promjena u tijelu koje pomažu u obrani od opasnosti ili izbjegavanju same opasnosti. Ovaj „fight-or-flight“ odgovor tipična je reakcija čija je zadaća zaštititi osobu od ozljede. Gotovo svi u životu iskuse spektar reakcija nakon traume, ali većina se oporavi od prvotnih simptoma spontano. Oni koji nastave imati simptome i probleme u svakidašnjem životu mogu imati dijagnosticiran posttraumatski stresni poremećaj (3).

Postupno nastaje odgovor na događaj u kojem se ponovo proživljava događaj, osoba doživljava emocionalnu prazninu, povlači se u osamu i pojačano je napeta i uznemirena (4).

PTSP dijelimo na akutni, kod kojeg simptomi traju do tri mjeseca, i kronični, kada simptomi traju duže od tri mjeseca, te odgođeni, u kojem se simptomi pojavljuju kasnije, nakon mirnog perioda gdje je prividno osoba dobro, bez posljedica nakon traumatskog događaja (4). PTSP se može podijeliti i na impulzivni i depresivni tip. Impulzivni tip obilježavaju simptomi trajne pobuđenosti uz poteškoće usnivanja i prosnivanja, oslabljenu koncentraciju, razdražljivost, disforiju, snižen prag tolerancije na frustracije te tjeskobu, uz heteroagresivnost. Depresivni tip sklon je samookrivljanju i autoagresiji (2).

1.1.1. Klinička slika PTSP-a

Traumatski se događaj ponovno proživljava kod oboljelih od PTSP-a. To su opetovana, emocionalno snažno obojena sjećanja na traumatski događaj uz osjećaj kao da se događaj odigrava u stvarnom vremenu. Proživljavanja se mogu odvijati i kroz ružne snove, takozvane košmare. Ovo je često praćeno osjećajima užasa, straha, uznemirenosti, patnje i bespomoćnosti. Ovi osjećaji često se javljaju i na obljetnice traumatskih događaja (3).

Pacijenti s PTSP-om često pribjegavaju izbjegavajućem ponašanju, izbjegavaju sve što ih podsjeća na traumatski događaj, poput misli, osjećaja i događaja. Simptomi pojačane pobuđenosti pri PTSP-u jesu poteškoće usnivanja i prosnivanja, oslabljena koncentracija, smetnje pažnje, poremećaji raspoloženja poput uznemirenosti, razdražljivosti i disforije. Snižen je prag tolerancije na frustracije, što dovodi do naglih reakcija, a i do agresivnog ponašanja (4).

PTSP karakteriziraju četiri glavne skupine simptoma prema DSM-5: intruzije, izbjegavanje, negativne spoznaje i sniženo raspoloženje te promjene u reaktivnosti. Klinička manifestacija PTSP-a vrlo je heterogena i može se dijagnosticirati brojnim kombinacijama ovih simptoma i skupina. Razumijevanje dominantnih kliničkih manifestacija simptoma PTSP-a važno je jer pruža uvid u temeljnu prirodu poremećaja, daje informacije o etiološkim modelima i vodi pristup liječenju (5).

Litz i suradnici ispitivali su traumu u velikoj skupini vojnih službenika te su otkrili da su različite vrste trauma povezane s različitim ishodima. Naprimjer, otkrili su da je kod osoba koje su doživjele traumatski gubitak veća vjerojatnost da će doživjeti ponovno proživljavanje, izbjegavanje, krivnju i tugu kao povezane simptome PTSP-a od onih koji su doživjeli traumu opasnu po život (6).

Pietrzak i suradnici pronašli su tri klase, opisane kao „disforija“ (karakterizirani pretežno disforičnim simptomima), „tjeskobno ponovno proživljavanje“ (karakterizirani pretežno pojačanom pobuđenosti, ponovnim proživljavanjem i izbjegavajućim ponašanjem) i „visoki simptomi“ (karakterizirani povišenjima svih skupine simptoma) (7). Ove su tipologije ponovljene na uzorku od 4352 ispitanika stradalih u Svjetskom trgovačkom centru s vjerojatnim PTSP-om. Horn i suradnici su pronašli da su klase različito povezane sa specifičnim vrstama traumatskih izloženosti, kao i s psihijatrijskim komorbiditetima i funkcioniranjem. Naprimjer, traumatična izloženost, poput zahvaćenosti u oblaku prašine ili rukovanja ljudskim ostacima, bila je jedinstveno povezana s klasom „prijetnje“ (gdje je postojala izravna prijetnja životu), a prevalencija pozitivnog *screeninga* za depresiju bila je najveća u klasi „visokih simptoma“ (83,3 %), slijede klase „disforija“ (74,1 %) i „prijetnja“ (52,8 %) (8).

1.1.2. Komorbiditet PTSP-a

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) često se javlja zajedno s drugim psihijatrijskim poremećajima, uključujući depresivni poremećaj (9), generalizirani anksiozni poremećaj (10), poremećaje prehrane (11), bolesti ovisnosti (12), psihotične poremećaje (13), granični poremećaj ličnosti (14), a također i sa suicidalnim idejama (15). Visoke stope komorbiditeta nisu iznenađujuće s obzirom na to da je izloženost traumi čest faktor rizika za PTSP, kao i sve druge oblike psihopatologije.

Među ratnim veteranima u Hrvatskoj njih 25 % ima PTSP, a oko 60 % s PTSP-om ima bar jedan komorbiditetni poremećaj (3).

1.2. Posttraumatski rast

Od antičkih vremena spominje se pozitivna promjena koju osoba doživi nakon što je osjetila neku vrstu traume, no istraživanje ovog fenomena počelo je relativno nedavno. Do osamdesetih godina prošlog stoljeća posttraumatski rast (PTR) shvaćen je kao strategija suočavanja (16). PTR definirali su psiholozi Richard Tedeschi i Lawrence Calhoun kao pozitivnu promjenu koja se dogodila kod pojedinca nakon suočavanja s traumom (16). Trauma i sam događaj tog trenutka ne dovodi do pozitivne promjene, već do rasta dovodi borba pojedinca s novonastalom stvarnošću nakon proživljenog događaja. Traumatski događaj često dovodi do iskustva samootkrivanja te do veće percipirane bliskosti s drugima, što može pridonijeti značajnijim međusobnim odnosima nakon traume. Nakon traumatskog iskustva dolazi i do porasta osobne snage te percepcije novih mogućnosti uz novo poimanje svijeta (17). Posttraumatskim rastom ne nazivamo prestanak simptoma nakon traume, već drugačiju interpretaciju traume, koja unapređuje funkcioniranje pojedinca (18). Posttraumatski se rast najčešće pojavljuje i istražuje kod onkoloških bolesnika, osobama koje su doživjele smrt ili nestanak bliskih osoba, osoba koje su proživjele prirodne katastrofe poput potresa, kod sudionika i izbjeglica ratova (19).

Istraživanja pokazuju da je PTR dugotrajan proces, koji može biti i otežan fiksacijama na negativne ishode zbog gubitka osjećaja kontrole i predvidljivosti razumijevanja svijeta i drugih oko sebe (20). PTR nudi snažne zaštitne elemente sudionicima rata, uključujući smanjenje suicidalnih misli. Utvrđeno je da je neizravan put od posttraumatskih simptoma do PTR-a kroz negativan psihosocijalni razvoj značajan i pozitivan. Utvrđeno je da psihosocijalni razvoj može posredovati u procesu kojim sudionici rata mogu steći smisao iz svojih iskustava poboljšavajući opću dobrobit (21).

Ukupno 272 pretežno starija veterana Nacionalne garde SAD-a popunilo je anonimnu anketu putem pošte koja je procjenjivala izloženost borbi, psihopatologiju, psihosocijalno funkcioniranje, socijalnu podršku i posttraumatski rast. Sedamdeset dva posto uzorka potvrdilo je značajan stupanj posttraumatskog rasta u barem jednom od procijenjenih područja, od kojih su najčešći bili mijenjanje prioriteta o tome što je važno u životu (52,2 %), mogli su bolje cijeniti svaki dan (51,1 %), te bolje podnošenje teškoća (48,5 %). Hijerarhijska regresijska analiza otkrila

je da su mlađa dob, veći simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i povećana percepcija podrške članovima jedinice i ustrajnosti značajno povezani s posttraumatskim rastom. Ispitanici s PTSP-om postigli su bolji rezultat u ukupnoj mjeri posttraumatskog rasta i u stavkama koje odražavaju uvažavanje života i osobne snage (22).

1.3. Socijalna podrška

Istraživanje socijalne podrške temelji se na Calhounovom i Tedeschijevom modelu PTR-a, koji stavlja teoretski naglasak na uloge socijalne potpore pozitivnim promjenama (17). PTR model naglasio je da stupanj u kojem pojedinci sami otkrivaju svoje osjećaje i svoj pogled na traumu te kako drugi reaguju na njihovo samootkrivanje može utjecati na njihov pozitivan rast (23). U tom kontekstu, socijalna podrška može olakšati posttraumatski rast pacijenata, samo ako se radi u okruženju koje podržava osnovne psihološke potrebe za autonomijom, kompetencijom i srodnošću (24).

Tedeschi i Calhoun naglasili su potencijalne koristi socijalne potpore i iskustva u omogućavanju PTR putem terapija grupa za podršku jer pružaju raspravu o perspektivi, nuđenje uvjerenja i upotrebu metafore za objašnjenje iskustava. Značaj medicinske sestre ili tehničara kao terapeuta u grupi je od iznimne važnosti jer, da bi se postigao željeni cilj, mora ući na istu razinu doživljavanja kao član grupe, s istim osjećajima koje je pacijent imao tijekom traumatskog iskustva. Ako terapeut djeluje kao filter, dolazi do veće vjerojatnosti prihvatanja traumatskog iskustva, a time i veće mogućnosti za postizanje posttraumatskog rasta (25).

Pozitivnija percepcija resursa za podršku vjerojatno će rezultirati češćim interakcijama sa značajnim bližnjima koji ih podržavaju, što pruža više mogućnosti za kognitivnu obradu, uključujući stvaranje značenja, za traumatični događaj, što će na kraju dovesti do razvoja novih životnih priča za pojedince (26). Socijalna podrška može utjecati na posttraumatski rast jer omogućuje pacijentima da toleriraju stalne tegobe s kojima se neprestano nose (27). Sukladno tome, socijalna podrška može odigrati snažnu ulogu u razvoju posttraumatskog rasta samo ako ostane stabilna i dosljedna tijekom vremena (17).

Pet dimenzija promjene koje obuhvaća PTR; osobna snaga, nove mogućnosti, uvažavanje života, odnos prema drugima i duhovna/egzistencijalna promjena mogu se doživjeti u cijelosti ili djelomično (17, 25). Osobna snaga znači pozitivnu promjenu u percepciji pojedinca. Nietzscheove dobro poznate riječi „ono što me ne ubije čini me jačim” opisuju povećane

pozitivne vještine suočavanja s iskušanim poteškoćama, pretvarajući percepciju sebe iz žrtve u preživjelog; tako da pojedinac ima veće samopoštovanje, te se osjeća moćnijim i hrabrijim u spremnosti za buduće nedaće. Pojedinac prepoznaje ljudsku krhkost i ranjivost, shvaćajući da život može utjecati na njega (25). Mit „Ništa mi se ne bi dogodilo“, temeljen na pretpostavci pravednog svijeta, zamjenjuje se s ovime: „Ako sam ovo prošao, mogu proći kroz sve“, što jača osjećaj samokontrole (25). Nove mogućnosti odnose se na otkrivanje i svijest o dosad neviđenim izborima u pogledu sebe i života, omogućujući dodjeljivanje novih ciljeva ili pripisivanje boljeg smisla osobnom životu. Svijest o novim mogućnostima može se razviti prije, ali i nakon stjecanja snage. Naprimjer, izrabljeni pojedinac može otkriti svoje prethodno neprovjerene sposobnosti i vještine te ih može koristiti za podizanje svijesti u društvu. Cijenjenje života zahvalnost je za svaki dan koji pojedinac živi, učenje življenja u trenutku i otkrivanje zadovoljstva u malim stvarima. Ova dimenzija predstavlja pripisivanje važnosti, povećanje vrijednosti i zahvalnosti životu, te vjerovanje da je vrijedno življenja. Da život nije zajamčen, shvaća se kroz traumatsko iskustvo, tako da život dobiva poseban značaj i svaki proživljeni dan smatra se privilegijom (25). Odnos prema drugima znači povećanu selektivnost u uspostavljanju odnosa; tako da pojedinac želi doživjeti smislenije i dublje svaki vrijedan dan s onima koji su mu bliski. Ova dimenzija označava otkrivanje stvarnih prioriteta u životu i uspostavljanje dobrotvornih, smislenih odnosa usredotočenih na dobru volju voljnim prihvaćanjem da je svaki dan dar. Duhovna/egzistencijalna promjena proces je jačanja morala. Dok restrukturira svoje *ja* i svijet, pojedinac, želeći razumjeti uzroke i osobne odgovornosti u traumatičnim događajima, propituje svoje postojanje i uvjerenja, smisao života, njegovu važnost i osobne ciljeve. Nakon uspješnog završetka ove kognitivne evaluacije ili analize, pojedinac stječe novu i prilagodljivu duhovnu perspektivu, a njegova vjerska uvjerenja mijenjaju se kako bi postala kompatibilna s novom situacijom (25).

2. HIPOTEZA

Pacijenti s posttraumatskim stresnim poremećajem koji imaju dobro razvijen sustav socijalne podrške imaju učestaliju pojavu posttraumatskog rasta.

3. CILJ

Ciljevi su rada:

- ispitati koliko se često javlja fenomen posttraumatskog rasta kod pacijenata s posttraumatskim stresnim poremećajem
- ispitati postoji li razlika u učestalosti pojave posttraumatskog stresnog poremećaja između muškog i ženskog spola
- ispitati postoji li razlika u učestalosti pojave posttraumatskog stresnog poremećaja između pacijenata različite dobi, stručne spreme, radnog statusa i bračnog statusa
- ispitati povezanost socijalne podrške i posttraumatskog rasta.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno po principu presječne studije (28).

4.2. Ispitanici

Uzorak istraživanja činilo je sveukupno 165 pacijenata liječenih na Odjelu za psihijatriju Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar.

Istraživanje je provedeno u mjesecima veljači, ožujku i travnju 2021. godine na Odjelu za psihijatriju Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar.

4.3. Metode

U istraživanju je kao instrument ispitivanja korišten upitnik sociodemografskih obilježja, upitnik posttraumatskog rasta autorica Anamarije Malade i Ivane Macuke (29) te ljestvica socijalne podrške autorice Darije Jakovljević (30).

Upitnikom posttraumatskog rasta mjerilo se koliko sudionici vide promjene u osobnoj snazi, socijalnim odnosima i životnoj filozofiji nakon doživljenog traumatskog iskustva. Upitnik se sastojao od sveukupno 21 tvrdnje na koje su sudionici odgovarali na skali Likertovog tipa (0 = bez promjene, 1 = mala promjena, 2 = blaga promjena, 3 = umjerena promjena, 4 = znatna promjena, 5 = vrlo velika promjena). Ukupan rezultat na upitniku oblikovan je kao prosječna vrijednost rezultata na svim tvrdnjama, a viši rezultat na skali predstavlja veći stupanj promjena u životu pacijenta nakon doživljenog traumatskog iskustva. Koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach α iznosi 0,94.

Ljestvicom socijalne podrške mjerila se percepcija pacijenata o tome koliko im podrške pružaju bliske osobe. Ljestvica se sastojala od 8 tvrdnji, a sudionici su na njih odgovarali na skali Likertovog tipa s odgovorima 1 = nikada, 2 = ponekad, 3 = često, 4 = uvijek. Ukupan rezultat na ljestvici oblikovan je kao prosječna vrijednost rezultata na svim tvrdnjama, a viši rezultat na skali predstavlja višu razinu percipirane socijalne podrške pacijenta. Koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach α iznosi 0,93.

4.4. Statističke metode

Kako bi se provjerila opravdanost korištenja parametrijskih statističkih postupaka u obradi podataka, provjeren je normalitet distribucija varijabli uključenih u istraživanje koristeći Kolmogorov-Smirnovljev test. Testom je utvrđeno kako rezultati na upitniku posttraumatskog rasta i ljestvici socijalne podrške ne odstupaju značajno od normalne distribucije (K-S vrijednosti iznose 0,68 i 1,18; $p > 0.05$). Normalitet distribucija provjeren je i pregledom indeksa asimetričnosti i zakrivljenosti. Distribucija rezultata na upitniku posttraumatskog rasta upućuje na pozitivnu asimetričnost (0,08), odnosno rezultati imaju tendenciju grupiranja oko nižih vrijednosti. Indeksi zakrivljenosti (-0,68 i -0,68) upućuju na spljoštenost distribucija. Iako se rezultati u manjoj mjeri razlikuju od nulte vrijednosti karakteristične za normalnu distribuciju, u okvirima su prihvatljivih vrijednosti što opravdava korištenje parametrijskih statističkih postupaka. Statistička je obrada podataka provedena pomoću programa SPSS Statistics 23 (31).

4.5. Etička načela

Svi su ispitanici obaviješteni o cilju istraživanja, dobili su obavijest za ispitanike, izjavu o pristanku i suglasnosti na sudjelovanje u istraživanju koju su ispunili te svojim potpisom pristali na sudjelovanje u istraživanju i dobili jedan primjerak izjave. Ispunjene izjave o pristanku na sudjelovanje u istraživanju odložene su u posebnu kovertu, zasebno od ispunjenih upitnika, kako bi se osigurala anonimnost ispitanika te su ispunjene obveze pridržavanja Etičkog kodeksa i zaštita tajnosti podataka.

5. REZULTATI

Od 165 pacijenata, njih 159 bilo je muškog spola (96 %), a 6 ženskog spola (4 %). Većina pacijenata odrasle je i starije životne dobi – jedan pacijent spada u skupinu između 35 i 44 godine (1 %), 73 pacijenta između 45 i 54 godine (44 %), a najviše pacijenata spada u grupu 55 i više godina, njih 91 (55 %). Ukupno 20 pacijenata (12 %) niže je stručne spreme, odnosno ima završenu osnovnu školu, njih 130 (79 %) ima srednju stručnu spremu, odnosno završenu srednju školu, a 15 pacijenata (9 %) više je ili visoke stručne spreme, odnosno ima završen neki stupanj visokog obrazovanja. U pogledu radnog statusa, 24 pacijenta (14 %) su za vrijeme provedbe istraživanja bili zaposleni, 34 (21 %) je bilo nezaposleno, dok je najveći broj pacijenata, njih 107 (65 %), umirovljen. Najveći broj pacijenata je u braku – njih 124 (75 %), 13 (8 %) nema partnera odnosno samci su, 12 (7 %) živi odvojeno od partnera ili je rastavljeno, 9 (6 %) je udovaca/udovica dok njih 7 (4 %) živi u izvanbračnoj zajednici.

U Tablici 1. prikazana je raspodjela sudionika po osnovnim obilježjima.

Tablica 1. Raspodjela sudionika prema osnovnim obilježjima

	Osnovna obilježja	N (%)
Spol	Muškarci	159 (96,4)
	Žene	6 (3,6)
Dobne skupne	35 – 44	1 (0,6)
	45 – 54	73 (44,2)
	55 i više	91 (55,2)
Stručna sprema	NSS	20 (12,1)
	SSS	130 (78,8)
	VSS	15 (9,1)
Radni status	Zaposlen/a	24 (14,5)
	Nezaposlen/a	34 (20,6)
	Umirovljen/a	107 (64,8)
Bračni status	Oženjen/udana	124 (75,2)
	Samac	13 (7,9)
	Rastavljen/a	12 (7,3)
	Udovac/udovica	9 (5,5)
	Izvanbračna zajednica	7 (4,2)

Prosječan rezultat na upitniku posttraumatskog rasta iznosi $M = 2,09$; $SD = 1,14$ što ukazuje na to da sudionici istraživanja nakon doživljenog traumatskog iskustva uglavnom vide blage promjene u osobnoj snazi, socijalnim odnosima i životnoj filozofiji. Prosječan rezultat na ljestvici socijalne podrške je $M = 2,67$; $SD = 0,68$ na temelju čega se može zaključiti kako sudionici istraživanja percipiraju kako dobivaju socijalnu podršku od svojih bližnjih ponekad do često. Rezultati su prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Rezultati na upitniku posttraumatskog rasta i ljestvici socijalne podrške.

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Posttraumatski rast	165	0,00	5,38	2,09	1,14
Socijalna podrška	165	1,00	4,00	2,67	0,68

T-testom za nezavisne uzorke utvrđeno je kako ne postoje razlike između pacijenata muškog i ženskog spola u doživljenoj socijalnoj podršci ($t(163) = 1,37$; $p > 0.05$) i posttraumatskom rastu ($t(163) = 0,70$; $p > 0.05$). Rezultati su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3. Rezultati t-test za nezavisne uzorke između muškaraca i žena

		N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	<i>t</i>	df	<i>P</i>
UPR	Muškarci	159	2,10	1,14	0,70	163	0,47
	Žene	6	1,76	1,22			
LJSP	Muškarci	159	2,68	0,68	1,37	163	0,17
	Žene	6	2,29	0,69			

Jednostavnom analizom varijance (ANOVA) utvrđeno je kako ne postoje razlike ni između pacijenata različite dobi (za upitnik posttraumatskog rasta $F(2,16) = 0,26$; $p > 0.05$, za ljestvicu socijalne podrške $F(2,16) = 0,03$; $p > 0.05$), stručne spreme (za upitnik posttraumatskog rasta $F(2,16) = 0,37$; $p > 0.05$, za ljestvicu socijalne podrške $F(2,16) = 1,27$; $p > 0.05$) i radnog statusa (za upitnik posttraumatskog rasta $F(2,16) = 0,79$; $p > 0.05$, za ljestvicu socijalne podrške $F(2,16) = 1,69$; $p > 0.05$).

Tablica 4. Jednostavna analiza varijance (ANOVA) između pacijenata različite dobi.

	Izvor varijacije	Suma kvadrata odstupanja	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat odstupanja	F _{rač.}	P
	Između grupa	0,69	2	0,34	0,26	0,76
UPR	Unutar grupa	213,77	162	1,32		
	Ukupno	214,46	164			
	Između grupa	0,02	2	0,01	0,03	0,97
LJSP	Unutar grupa	76,89	162	0,47		
	Ukupno	76,92	164			

Tablica 5. Jednostavna analiza varijance (ANOVA) između pacijenata različite stručne spreme.

	Izvor varijacije	Suma kvadrata odstupanja	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat odstupanja	F _{rač.}	P
	Između grupa	0,98	2	0,49	0,37	0,69
UPR	Unutar grupa	213,48	162	1,31		
	Ukupno	214,46	164			
	Između grupa	1,19	2	0,59	1,27	0,28
LJSP	Unutar grupa	75,73	162	0,46		
	Ukupno	76,92	164			

Tablica 6. Jednostavna analiza varijance (ANOVA) između pacijenata različitog radnog statusa.

	Izvor varijacije	Suma kvadrata odstupanja	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat odstupanja	F _{rač.}	P
	Između grupa	2,07	2	1,03	0,79	0,45
UPR	Unutar grupa	212,39	162	1,31		
	Ukupno	214,46	164			
	Između grupa	1,57	2	0,78	1,69	0,18
LJSP	Unutar grupa	75,35	162	0,46		
	Ukupno	76,92	164			

Rezultati na upitniku posttraumatskog rasta ne razlikuju se ovisno o bračnom statusu pacijenata ($F(4,16) = 1,54$; $p > 0.05$), dok se rezultati na ljestvici socijalne podrške razlikuju ovisno o tome ($F(4,16) = 3,03$; $p < 0.05$). Na temelju Fisherovog testa najmanje razlike utvrđene su razlike između pacijenata koji su u braku ($M = 2,74$; $SD = 0,66$) i onih koji su samci, odnosno nemaju partnere ($M = 2,32$; $SD = 0,76$) ili su rastavljeni / odvojeno žive od partnera ($M = 2,21$; $SD = 0,57$), gdje veću razinu percipirane socijalne podrške dobivaju oni koji su u braku. Konačno, razlike postoje i između udovaca/udovica i onih koji su rastavljeni / žive odvojeno od partnera ili su samci, gdje veći stupanj socijalne podrške percipiraju oni koji su izgubili partnere ($M = 2,90$; $SD = 0,60$) u odnosu na one koji su se rastavili / žive odvojeno od partnera ($M = 2,21$; $SD = 0,57$) ili su samci ($M = 2,32$; $SD = 0,76$).

Tablica 6. Jednostavna analiza varijance (ANOVA) između pacijenata različitog bračnog statusa.

	Izvor varijacije	Suma kvadrata odstupanja	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat odstupanja	$F_{\text{rač.}}$	P
	Između grupa	7,99	4	1,99	1,54	0,19
UPR	Unutar grupa	206,47	160	1,29		
	Ukupno	214,46	164			
	Između grupa	5,43	4	1,36	3,03	0,01
LJSP	Unutar grupa	71,49	160	0,44		
	Ukupno	76,92	164			

Tablica 7. Rezultati na ljestvici socijalne podrške ovisno o bračnom statusu pacijenata.

Bračni status	N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Oženjen/udana	124	2,74	0,66
Samac	13	2,32	0,76
Rastavljen/a	12	2,21	0,57
Udovac/udovica	9	2,90	0,60
Izvanbračna zajednica	7	2,52	0,70

Tablica 8. Fisherov test najmanje razlike – višestruka usporedba ovisno o bračnom statusu pacijenta.

Bračni status	Bračni status	Razlika u aritmetičkim sredinama	Standardna pogreška	<i>P</i>
1	2	0,42	0,19	0,03*
	3	0,53	0,20	0,00*
	4	0,16	0,23	0,48
	5	0,22	0,26	0,39
2	1	0,42	0,19	0,03*
	3	0,10	0,26	0,68
	4	0,58	0,29	0,04*
	5	0,20	0,31	0,52
3	1	0,53	0,20	0,00*
	2	0,10	0,26	0,68
	4	0,69	0,29	0,02*
	5	0,31	0,31	0,33
4	1	0,16	0,23	0,48
	2	0,58	0,29	0,04*
	3	0,69	0,29	0,02*
	5	0,38	0,33	0,25
5	1	0,22	0,26	0,39
	2	0,20	0,31	0,52
	3	0,31	0,31	0,33
	4	0,38	0,33	0,25

*statistički značajna razlika

1 = oženjen/udana, 2 = samac, 3 = rastavljen/a, 4 = udovac/udovica, 5 = izvanbračna zajednica

Analizom rezultata utvrđeno je kako postoji statistički značajna pozitivna povezanost između socijalne podrške i posttraumatskog rasta – Pearsonov koeficijent korelacije iznosi $r = 0,48$. $p < 0,05$. Stoga se može zaključiti kako veći stupanj socijalne podrške vodi do većeg odnosno učestalijeg posttraumatskog rasta pacijenata. No, jednako tako veći posttraumatski rast vodi do veće percepcije socijalne podrške.

Tablica 9. Pearsonov koeficijent korelacije između rezultata na upitniku posttraumatskog rasta i ljestvici socijalne podrške.

		LJSP
UPR	Pearsonov koeficijent korelacije	0,47
	<i>P</i>	0,00
	<i>N</i>	165

Kako bi se utvrdio doprinos socijalne podrške posttraumatskom rastu, primijenjena je regresijska analiza gdje je prediktor bila varijabla socijalne podrške, a kriterij posttraumatski rast. Provjerom modela došlo je do potvrde nezavisnosti reziduala jer je vrijednost Durbin-Watson testa 2,12 te je u granici preporučenih vrijednosti. Regresijska analiza dovodi do rezultata koji upućuju na to da socijalna podrška objašnjava 22,7 % varijance posttraumatskog rasta ($R = 0.48$, $R^2 = 0.22$, $F(1,16) = 47,75$; $p < 0.05$) te je važan pozitivan prediktor posttraumatskog rasta ($\beta = 0.48$, $p < 0.05$). Zbog svega navedenog, može se zaključiti kako se na temelju socijalne podrške bližnjih koju osoba prima može predvidjeti posttraumatski rast nakon doživljenog traumatskog iskustva. Time je potvrđena hipoteza ovog istraživanja. No, socijalna podrška objašnjava tek 22 % varijance posttraumatskog rasta, dok je preostalih gotovo 78 % objašnjeno nekim drugim varijablama koje je potrebno detaljnije ispitati.

Tablica 10. Rezultati linearne regresijske analize, prediktor = socijalna podrška, kriterij = posttraumatski rast

Kriterij	Prediktor	R	R ²	F	B	B	T
UPR	LJSP	0,47	0,22	47,75	0,79	0,47	6,91

6. RASPRAVA

U ovome je radu ispitivana pojava posttraumatskog rasta kod pacijenata oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. Ovo je područje važno u radu medicinskih sestara i tehničara zbog terapijskog pristupa i podrške u grupnim psihoterapijskim postupcima.

Istraživanje je pokazalo da sudionici nakon doživljenog traumatskog iskustva uglavnom vide blage promjene u osobnoj snazi, filozofiji života te socijalnoj interakciji i odnosima. Prosječan rezultat na ljestvici socijalne podrške je $M = 2.67$, $SD = 0.68$ na temelju čega se može zaključiti kako sudionici istraživanja percipiraju kako dobivaju socijalnu podršku od svojih bližnjih ponekad do često. Istraživanje koje su proveli Malada i Macuka na braniteljima Domovinskog rata, a koje je provedeno u svrhu otkrivanja prediktora posttraumatskog rasta, pokazalo je povezanost posttraumatskog rasta i simptoma PTSP-a, religioznosti te percipirane socijalne podrške, dok je negativno povezan s razinom emocionalne regulacije i kontrole (29).

Jednostavnom analizom varijance (ANOVA) utvrđeno je kako ne postoje razlike između pacijenata različite dobi, stručne spreme i radnog statusa za upitnik posttraumatskog rasta i ljestvicu socijalne podrške. LaRocca i Avery ispitivali su vezu između iskustava na bojišnici i PTR-a zajedno s njegovim podskalama, kao i utjecaj posttraumatskog stresnog poremećaja i ozbiljnosti simptoma depresije. Studija je sadržavala uzorak od 130 ratnih veterana na različitim bojišnicama. Regresijska analiza otkrila je da su ratna iskustva povezana s posttraumatskim rastom neovisna o starosti ispitanika. Osim toga, povezanost između borbenih iskustava i posttraumatskog rasta bila je najočitija među onima čije su depresivne epizode srednje ili blage. Ovi rezultati ističu potrebu da se negativne spoznaje i drugi depresivni simptomi razmotre kao potencijalne prepreke posttraumatskom rastu (32).

Sustavnim pretraživanjem literature Schubert, Schmidt i Rosner utvrdili su 140 studija korelacije PTR-a i PTSP-a od kojih je 19 ispunilo njihove kriterije uključivanja; većina ih je koristila UPTR. Rezultati pokazuju da pacijenti s PTSP-om pokazuju više PTR-a od onih bez PTSP-a te da se PTR može pojačati tijekom terapijskog procesa, pri čemu nije jasno je li PTR poželjan ishod liječenja PTSP-a. Prijavljene su pozitivne korelacije između PTR-a i PTSP-a. Za dijagnosticiranu populaciju nisu mogli pronaći čvrste dokaze o kvadratnoj vezi između PTR-a i PTSP-a, iako neke studije podržavaju ovu hipotezu. Rezultati o povezanosti PTR-a s psihološkim varijablama heterogeni su. Samo se jedno istraživanje usredotočilo na PTR, kao i na biološke

varijable (kortizol u slini), ali se nije raspravljalo o mogućim vezama između ova dva dosad nepovezana polja istraživanja PTSP-a (33). U našem istraživanju svi su sudionici imali dijagnosticiran PTSP.

Od 165 pacijenata uključenih u istraživanje, njih 159 bilo je muškog spola (96 %), a 6 ženskog spola (4 %). Ovo se objašnjava time da je mnogo veći broj muškaraca sudjelovao u Domovinskom ratu naspram žena. Vishnevsky i suradnici istražili su i analizirali smjer i veličinu rodni razlika u posttraumatskom rastu kojeg su sami prijavili. Rezultati 70 studija otkrili su malu do umjerenu spolnu razliku pri čemu su žene prijavile veći posttraumatski rast od muškaraca. Zatim su provedene moderatorske analize kako bi se identificirali mogući izvori ovih razlika. Ispitivani su sljedeći moderator: srednja dob uzorka, upotrijebljena mjera, priroda stresnog događaja, jezik mjere i vrsta uzorka (tj. uzorci zajednice, studenti ili mješoviti). Jedini značajan moderator bila je dob, a žene su izvijestile o sve većem posttraumatskom rastu s povećanjem srednje dobi uzorka. Kako bi se provjerilo ima li pristranosti u objavljivanju, usporedile su se veličine učinaka u objavljenim i neobjavljenim istraživanjima. Veličina spolne razlike nije se značajno razlikovala između objavljenih i neobjavljenih studija. Ovi nalazi ukazuju na to da u posttraumatskom rastu postoje skromne, ali pouzdane razlike među spolovima, čak i kad su neobjavljeni podaci uključeni u analizu (34).

Najviše pacijenata u našem istraživanju spada u grupu 55 i više godina, njih 55 %, a 44 % pacijenata je između 45 i 54 godine. Boyle i suradnici ispitivali su povezanost pojave PTR-a kod oboljelih od karcinoma dojke i korelaciju PTR-a i dobi ispitanica. Korelati PTR-a značajno su varirali u zavisnosti od starosti ispitanica. Percipirani negativni doživljaj dijagnoze karcinoma bio je povezan s PTR-om kod žena starije životne dobi dok su suočavanje, temeljeno na pristupu, ekspanzivna vremenska perspektiva i pozitivno raspoloženje povezani s PTR-om za mlađe žene. Osobe mlađe životne dobi koje su preživjele karcinom dojke doživljavaju veći utjecaj karcinoma prijavljujući veći emocionalni stres i lošiju psihološku prilagodbu od starijih preživjelih. Ovi rezultati mogu proizaći iz prirode kronične bolesti u mlađoj dobi, koja uzrokuje poremećaje u više životnih uloga i može dovesti do osjećaja izolacije i uznemirenosti zbog prerane menopauze i neplodnosti. Istraživači su sugerirali da veći utjecaj na život može pridonijeti PTR-u kod mlađih osoba (35).

Analizom rezultata utvrđena je povezanost koja je pozitivna i statistički značajna između socijalne podrške i posttraumatskog rasta. Na temelju toga, može se zaključiti kako veći stupanj socijalne podrške vodi do većeg odnosno učestalijeg posttraumatskog rasta pacijenata. No, jednako tako veći posttraumatski rast vodi do veće percepcije socijalne podrške. Šest mjeseci nakon potresa u Ya'anu 315 učenika srednjih škola u okrugu Lushan ispitano je pomoću mjera izloženosti traumi, socijalne podrške i regulacije emocija, kao i UPTR-a prilagođenog djeci. Pronađeno je da je socijalna podrška imala značajnu izravnu povezanost s PTR-om, ali ne i s PTSP-om, ali je socijalna podrška imala negativno neizravno predviđanje PTSP-a i pozitivno neizravno predviđanje PTR-a putem kognitivne procjene. Socijalna podrška, kroz ekspresivno potiskivanje, imala je značajno i neizravno predviđanje PTSP-a, ali neznatno neizravno predviđanje PTR-a (36).

Istraživanje Laslo-Roth i suradnika ispitivalo je odnos između društvenog sudjelovanja i PTR-a tijekom pandemije koronavirusa te je ispitalo posredničku ulogu nade, socijalne podrške i kognitivnog preispitivanja u objašnjavanju ovog odnosa. Uzorak se sastojao od 275 sudionika (21,8 % muškaraca, i 78,2 % žena, s prosječnom dobi od 33,42, SD = 13,63), podvrgnutih propisima o društvenoj distanciranosti u tom razdoblju. Rezultati su pokazali serijski model posredovanja u kojem je društveno sudjelovanje predviđalo PTR izravno i neizravno kroz nadu, društvenu podršku i kognitivno preispitivanje (37).

Podaci su prikupljeni od onih koji su preživjeli potres u Lushanu (Kina, 2013.) 7 i 31 mjesec nakon potresa. Glavni učinci količine i kvalitete primljene potpore te interakcije između količine potpore i kvalitete potpore ispitani su pomoću hijerarhijske višestruke regresijske analize kojom se kontrolira opseg izloženosti katastrofi, negativni životni događaji nakon katastrofe i sociodemografski čimbenici. Ni količina ni kvaliteta primljene socijalne potpore nisu imali značajne glavne učinke na PTR. Međutim, utjecaj količine primljene socijalne potpore na PTR određen je kvalitetom primljene socijalne potpore. Među preživjelima koji su ocijenili da je socijalna podrška nakon katastrofe ocijenjena višom kvalitetom, veći iznosi primljene potpore bili su povezani s kasnijim PTR-om. Među onima koji su preživjeli i ocijenili da je socijalna potpora nakon katastrofe niže kvalitete, veća količina primljene potpore bila je povezana s nižim razinama prijavljenog PTR-a (38).

7. ZAKLJUČAK

Iz provedenoga istraživanja proizlaze sljedeći zaključci:

- Većina pacijenata s PTSP-om doživljava jedan od oblika posttraumatskog rasta.
- Ne postoje razlike između pacijenata muškog i ženskog spola u doživljenom posttraumatskom rastu.
- Ne postoje razlike u učestalosti pojave posttraumatskog rasta između pacijenata različite dobi, stručne spreme, radnog statusa i bračnog statusa.
- Postoji statistički značajna povezanost između socijalne podrške i posttraumatskog rasta.
- Socijalna je podrška značajan pozitivan prediktor posttraumatskog rasta.
- Veću razinu percipirane socijalne podrške dobivaju pacijenti koji su u braku naspram pacijenata koji nemaju partnera.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: ispitati koliko se često javlja fenomen posttraumatskog rasta u pacijenata s posttraumatskim stresnim poremećajem te ispitati povezanost socijalne podrške i posttraumatskog rasta

Ustroj studije: Presječna studija.

Ispitanici i metode: Uzorak istraživanja činilo je sveukupno 165 pacijenata liječenih na Odjelu za psihijatriju Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar. U istraživanju je kao instrument ispitivanja korišten upitnik sociodemografskih obilježja, upitnik posttraumatskog rasta autorica A. Malade i I. Macuke te ljestvica socijalne podrške autorice D. Jakovljevića.

Rezultati: Od ukupno 165 pacijenata, prosječan rezultat na upitniku posttraumatskog rasta iznosi $M = 2,09$; $SD = 1,14$ što ukazuje na to da sudionici istraživanja nakon doživljenog traumatskog iskustva uglavnom vide blagu promjenu u osobnoj snazi, filozofiji života te socijalnom odnosu. T-testom za uzorke koji su nezavisni utvrđeno je kako razlike ne postoje između pacijenata muškog i ženskog spola u doživljenoj socijalnoj podršci ($t(163) = 1,37$; $p > 0,05$) i posttraumatskom rastu ($t(163) = 0,70$; $p > 0,05$). Analizom rezultata dolazi se do potvrde povezanosti između socijalne podrške i posttraumatskog rasta – Pearsonov koeficijent korelacije iznosi $r = 0,48$; $p < 0,05$. Rezultati regresijske analize upućuju na to da socijalna podrška objašnjava 22.7 % varijance posttraumatskog rasta ($R = 0,48$; $R^2 = 0,22$, $F(1,16) = 47,75$; $p < 0,05$) i predstavlja važan prediktor posttraumatskog rasta ($\beta = 0,48$; $p < 0,05$).

Zaključak: Većina pacijenata s PTSP-om doživljava jedan od oblika posttraumatskog rasta. Ne postoje razlike između pacijenata muškog i ženskog spola u doživljenom posttraumatskom rastu, kao ni između pacijenata različite dobi, stručne spreme, radnog statusa i bračnog statusa. Prisutna je bitna povezanost između socijalne podrške i posttraumatskog rasta, socijalna je podrška značajan pozitivan prediktor posttraumatskog rasta. Veću razinu percipirane socijalne podrške dobivaju pacijenti koji su u braku naspram pacijenata koji nemaju partnera.

Ključne riječi: posttraumatski rast, posttraumatski stresni poremećaj, socijalna podrška.

9. SUMMARY

PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT ON POSTTRAUMATIC GROWTH IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Objectives: Examine how often the phenomenon of posttraumatic growth occurs in patients with posttraumatic stress disorder and to examine the relationship between social support and posttraumatic growth.

Study Design: Cross-sectional study.

Participants and Methods: The research sample consisted of a total of 165 patients treated at the Department of Psychiatry of the National Memorial Hospital Vukovar. The research instrument used a questionnaire of sociodemographic characteristics, a questionnaire of posttraumatic growth by A. Malad and I. Macuk and a scale of social support by D. Jakovljević.

Results: Out of a total of 165 patients, the average score on the post-traumatic growth questionnaire is $M = 2.09$, $SD = 1.14$, which indicates that study participants after a traumatic experience generally see slight changes in personal strength, social relationships and life philosophy. The T-test for independent samples determined that there were no differences between male and female patients in perceived social support ($t(163) = 1.37$, $p > 0.05$) and posttraumatic growth ($t(163) = 0.70$, $p > 0.05$). The analysis of the results showed that there is a statistically significant positive correlation between social support and posttraumatic growth - Pearson's correlation coefficient is $r = 0.48$, $p < 0.05$. The results of the regression analysis indicate that social support explains 22.7 % of the variance of posttraumatic growth ($R = 0.48$, $R^2 = 0.22$, $F(1, 16) = 47.75$, $p < 0.05$) and is a significant positive predictor of posttraumatic growth ($\beta = 0.48$, $p < 0.05$).

Conclusion: Most patients with PTSD experience one form of posttraumatic growth. There are no differences between male and female patients in posttraumatic growth experienced, nor between patients of different ages, qualifications, employment status, and marital status. There is a statistically significant correlation between social support and post-traumatic growth, social support is a significant positive predictor of post-traumatic growth. Patients who are married receive a higher level of perceived social support compared to patients who do not have a partner.

Keywords: posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder, social support.

10. LITERATURA

1. Feletar D, Petrić H. Povijest i zemljopis Hrvatske: Udžbenik za hrvatske škole u inozemstvu. Zagreb: Meridijani; 2006.
2. Begić D. Psihopatologija. Treće izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
3. Gregurek R, Klain E. Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva. Prvo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2000.
4. Filaković P. Psihijatrija. Prvo izdanje. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
5. Byrne SP, Harpaz-Rotem I, Tsai J, Southwick SM, Pietrzak RH. Latent typologies of DSM-5 PTSD symptoms in U.S. military veterans. *Psychiatry Res.* 2019;273:266-273.
6. Litz BT, Contractor AA, Rhodes C, Dondanville KA, Jordan AH, Resick PA, Foa EB, Young-McCaughan S, Mintz J, Yarvis JS, Peterson AL; STRONG STAR Consortium. Distinct Trauma Types in Military Service Members Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress.* 2018;31(2):286-295.
7. Pietrzak RH, el-Gabalawy R, Tsai J, Sareen J, Neumeister A, Southwick SM. Typologies of posttraumatic stress disorder in the U.S. adult population. *J Affect Disord.* 2014;162:102-6.
8. Horn SR, Pietrzak RH, Schechter C, Bromet EJ, Katz CL, Reissman DB, Kotov R, Crane M, Harrison DJ, Herbert R, Luft BJ, Moline JM, Stellman JM, Udasin IG, Landrigan PJ, Zvolensky MJ, Southwick SM, Feder A. Latent typologies of posttraumatic stress disorder in World Trade Center responders. *J Psychiatr Res.* 2016;83:151-159.
9. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(2):141-150.
10. Gallagher MW, Brown TA. Bayesian Analysis of Current and Lifetime Comorbidity Rates of Mood and Anxiety Disorders In Individuals with Posttraumatic Stress Disorder. *J Psychopathol Behav Assess.* 2015;37(1):60-66.
11. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord.*

- 2007;15(4):285-304.
12. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord.* 2011;25(3):456-65.
 13. Seow LSE, Ong C, Mahesh MV, Sagayadevan V, Shafie S, Chong SA, Subramaniam M. A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016;176(2-3):441-451.
 14. Frías Á, Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology.* 2015;48(1):1-10.
 15. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Compr Psychiatry.* 2012;53(7):915-30.
 16. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis.* Routledge; 1998.
 17. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence.* *Psychological inquiry.* 2004;15(1):1-18.
 18. Lee H, Mason D, Holden BE, Adams P, Guardiola L, Buetikofer E. Social support and post traumatic growth (PTG) among OEF-OIF and American Korean war veterans: A mixed research study. *International Journal of Humanities and Social Science.* 2015; 5(8):154-165.
 19. Shaw A, Joseph S, Linley PA. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture.* 2005;8(1):1-11.
 20. Zhou X, Wu X, Zhen R. Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotional regulation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2016;9(2):214-221.

21. Marotta-Walters S, Choi J, Shaine MD. Posttraumatic growth among combat veterans: A proposed developmental pathway. *Psychol Trauma*. 2015;7(4):356-63.
22. Pietrzak RH, Goldstein MB, Malley JC, Rivers AJ, Johnson DC, Morgan CA 3rd, Southwick SM. Posttraumatic growth in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Affect Disord*. 2010;126(1-2):230-5.
23. Currier JM, Lisman R, Irene Harris J, Tait R, Erbes CR. Cognitive processing of trauma and attitudes toward disclosure in the first six months after military deployment. *J Clin Psychol*. 2013;69(3):209-21
24. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *J Trauma Stress*. 2004 Feb;17(1):11-21.
25. Klain E, Gregurek R. Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
26. Larner B, Blow A. A model of meaning-making coping and growth in combat veterans. *Review of General Psychology*. 2011;15(3):187-97.
27. Weiss MJ. Harrdiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*. 2002;6(1):115-30.
28. Sindik J. Osnove istraživačkog rada u sestrinstvu. Sveučilište u Dubrovniku; 2014.
29. Malada A, Macuka I. Prediktori posttraumatskog rasta kod branitelja Domovinskog rata *Ljetopis socijalnog rada*. 2019;26 (3):391-413.
30. Jakovljević D. Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja. Diplomski rad. Zagreb, 2004.
31. IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp
32. LaRocca MA, Avery TJ. Combat Experiences Link With Posttraumatic Growth Among Veterans Across Conflicts: The Influence of PTSD and Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(6):445-451.

33. Schubert CF, Schmidt U, Rosner R. Posttraumatic Growth in Populations with Posttraumatic Stress Disorder-A Systematic Review on Growth-Related Psychological Constructs and Biological Variables. *Clin Psychol Psychother.* 2016;23(6):469-486.
34. Vishnevsky T, Cann A, Calhoun L, Tedeschi R, Demakis G . Gender Differences in Self-Reported Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Psychology of Women Quarterly.* 2010;34:110-120.
35. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Bower JE. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter?. *Psychooncology.* 2017;26(6):800-807.
36. Zhou X, Wu X, Zhen R. Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychol Trauma.* 2017;9(2):214-221.
37. Laslo-Roth R, George-Levi S, Margalit M. Social participation and posttraumatic growth: The serial mediation of hope, social support, and reappraisal. *J Community Psychol.* 2020; 9.
38. Shang F, Kaniasty K, Cowlshaw S, Wade D, Ma H, Forbes D. The impact of received social support on posttraumatic growth after disaster: The importance of both support quantity and quality. *Psychol Trauma.* 2020; 2.

12. PRILOG

12.1 Prilog 1. - Odluka etičkog povjerenstva

12.1 Prilog 1. - Odluka etičkog povjerenstva

NACIONALNA MEMORIJALNA BOLNICA VUKOVAR**Etičko povjerenstvo**

Broj: EP-4/2021

Klasa: 510-05/21

Urbroj: 107-12/21-3-04

Vukovar, 10. veljače 2021.

Na temelju odredbi članka 95. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. 100/18., i 125/19.) i članka 37. Statuta Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar Etičko povjerenstvo NMB Vukovar na 4. sjednici održanoj dana 10. veljače 2021. godine, jednoglasno je donijelo sljedeću

ODLUKU

- 1) Odobrava se zamolba (KLASA: 510-05/21; URBROJ: 107-01/21-3) Jelene Kalanj, bacc. med. techn., studentice Diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva pri Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku za provedu istraživanja u Odjelu za psihijatriju Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar u svrhu izrade diplomskog rada: „Percepcija socijalne podrške na posttraumatski rast kod posttraumatskog stresnog poremećaja“ pod vodstvom mentorice doc. dr. sc. Agneze Aleksijević, mag. med. techn., v. pred.
- 2) Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

Obrazloženje

Članovima Etičkog povjerenstva dostavljena je zamolba (KLASA: 510-05/21; URBROJ: 107-01/21-3) Jelene Kalanj, bacc. med. techn., studentice Diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva pri Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku za provedu istraživanja u Odjelu za psihijatriju Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar u svrhu izrade diplomskog rada: „Percepcija socijalne podrške na posttraumatski rast kod posttraumatskog stresnog poremećaja“ pod vodstvom mentorice doc. dr. sc. Agneze Aleksijević, mag. med. techn., v. pred., i uz suglasnost voditelja Odjela za psihijatriju te razmatranja cjelokupne dokumentacije, Etičko povjerenstvo Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar prihvaća zamolbu i donosi odluku kao u dispozitivu.

Predsjednik Etičkog povjerenstva:
 mr. sc. Anto Blažanović, spec. patolog

**Dostaviti:**

1. Imenovanoj
2. Etičkom povjerenstvu
3. Pismohrani, ovdje