

ZDRAVLJE I KVALITETA ŽIVOTA VETERANA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM UKLJUČENIH U AMBULANTNO LIJEČENJE

Marušić, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:399682>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINA

Martina Marušić

**ZDRAVLJE I KVALITETA ŽIVOTA VETERANA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM
UKLJUČENIH U AMBULANTNO LIJEČENJE**

Diplomski rad

Rijeka, 2019.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINA

Martina Marušić

**ZDRAVLJE I KVALITETA ŽIVOTA VETERANA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM
UKLJUČENIH U AMBULANTNO LIJEČENJE**

Diplomski rad

Rijeka, 2019.

Mentor rada: Doc. dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.

Diplomski rad ocijenjen je dana 28. lipnja 2019. u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Doc.dr.sc. Ana Kaštelan

2. Doc.dr.sc. Jasna Grković

3. Prof.dr.sc. Ika Rončević Gržeta

Rad sadrži 39 stranice, 5 slika, 6 tablica te 64 literaturnih navoda.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici, doc. dr. sc. Marini Letica Crepulja na velikom razumijevanju, savjetima, znanju i stručnoj pomoći pri izradi diplomskoga rada. Također zahvaljujem komentorici Aleksandri Stevanović, prof. psihologije na pomoći pri obradi podataka. Zahvaljujem i svim ispitanicima koji su sudjelovali u istraživanju. Posebnu zahvalnost dugujem svojoj obitelji i svojim roditeljima, koji su me uvijek podržavali i bili uz mene kada je bilo najpotrebnije. Na kraju, htjela bih se zahvaliti svim kolegicama i kolegama, koji su mi vrijeme provedeno na fakultetu uljepšali svojim prisustvom.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Kvaliteta života	1
1.2. Posttraumatski stresni poremećaj	2
1.3. Kvaliteta života u oboljelih od PTSP- a	4
2. HIPOTEZA I CILJ ISTRAŽIVANJA	6
3. ISPITANICI I METODE	6
3.1. Ispitanici	6
3.2. Metode	7
3.2.1. PTSP-5 ljestvica za DSM -5 (PTSD Checklist for DSM-5 - PCL-5)	7
3.2.2. EQ -5D – 5L	7
3.3. Način provjere rezultata	8
4. REZULTATI	9
5. RASPRAVA	19
6. ZAKLJUČAK	23
7. SAŽETAK	24
8. SUMMARY	25
9. LITERATURA	26
10. PRILOZI	34
10.1. PCL-5- eng. PTSD checklist for DSM-5; PTSP ljestvica za DSM-5	34
10.2 EQ-5D-5L – eng. EuroQoL Five-Dimensions- Five-Levels; Upitnik kvalitete života vezane za zdravlje	37
11. ŽIVOTOPIS	39

POPIS SKRAĆENICA

DR - Domovinski rat

EQ-5D-5L – eng. *EuroQoL Five-Dimensions- Five-Levels*; Upitnik kvalitete života vezane za zdravlje

HRQOL – eng. *Health-related quality of life*; Kvaliteta života povezana sa zdravljem

KŽ – Kvaliteta života

KŽPZ - Kvaliteta života povezana sa zdravljem

PCL-5- eng. *PTSD checklist for DSM-5*; PTSP ljestvica za DSM-5

PTSP – Postraumatski stresni poremećaj

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

VAS – eng. *Visual analog scale*; Vizualno analogna skala

1.UVOD

Moderno razumijevanje pojma „zdravlje“ postalo je službeno kada je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), u vrijeme njezina osnivanja 1948. godine, uključila definiciju zdravlja u svoj ustav. Definiciju je predložio dr. Andrija Štampar, istaknuti hrvatski znanstvenik iz područja socijalne medicine i javnog zdravstva i jedan od osnivača SZO (1). Ta, općeprihvaćena definicija, navodi da je „zdravlje stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti“ (2). Holistički koncept zdravlja sadržan je u izrazu cjelovitosti (3). U posljednjih nekoliko desetljeća raste potreba za promjenom i dopunom definicije uključivanjem četvrte dimenzije - duhovno zdravlje. Općenito govoreći, duhovno zdravlje uključuje osjećaj ispunjenosti i zadovoljstva vlastitim životom. Podrazumijeva stanje u kojem se pojedinac može nositi sa svakodnevnim životom na način koji vodi ostvarenju vlastitih potencijala te uspješno upravljati svakodnevnim životnim problemima i zahtjevima (1,4). Takva novija koncepcija definicije zdravlja dovodi nas do zaključka da su zdravlje i s njim povezana kvaliteta života dvije zavisne varijable.

1.1. Kvaliteta života

Kvaliteta života je širok pojam, subjektivni, višedimenzionalni, globalni konstrukt koji nastoji pružiti sveobuhvatnu sliku percepcije sebe kao cjelovitog bića i vlastitog položaja u svijetu (5). SZO definira kvalitetu života kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu u kontekstu kulture i vrijednosnih sustava u kojima žive, te u odnosu na njihove vlastite ciljeve, očekivanja, standarde i brige (6). Sastoji se od većeg broja individualno percipiranih pojmova koji utječu na globalno zadovoljstvo životom, uključujući dobro zdravlje, adekvatno stanovanje, zapošljavanje, osobnu i obiteljsku sigurnost, međusobne odnose, obrazovanje i slobodno vrijeme (7). Koncept kvalitete života vezane uz zdravlje proizašao je iz šireg koncepta

kvalitete života i više je usredotočen na one aspekte koji su pod utjecajem ili mogu izravno utjecati na zdravstveno stanje pojedinca. Ti aspekti uključuju simptome bolesti i nuspojave liječenja, zadovoljstvo liječenjem, fizičko i socijalno funkcioniranje te mentalno zdravlje, uključujući emocionalno blagostanje i kognitivno funkcioniranje. Kvaliteta života povezana sa zdravljem (KŽPZ) (*Health-related quality of life-HRQOL*) glavna je briga zdravstvenih djelatnika i postaje važan pokazatelj zdravstvenog učinka (8). Međutim, još uvijek ne postoji slaganje oko jedinstvene definicije, niti univerzalno prihvaćen „zlatni standard“ mjerenja (9). KŽPZ se može mjeriti tako da se pacijenta izravno ili putem različitih instrumenata pita specifična pitanja (10). Dostupan je velik broj validiranih i pouzdanih upitnika za njenu procjenu (11). Oni uključuju generičke instrumente za mjerenje općeg zdravlja ili bolesti, te instrumente specifične za bolest. Generički instrumenti za mjerenje kvalitete života vezane uz zdravlje uključuju: Upitnik zdravstvenog statusa SF-36 (*Short Form Survey SF-36*), Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (*World Health Organization Quality of Life Quastionnaire, Short Form - WHOQOL-BREF*), Upitnik kvalitete života vezane za zdravlje EQ-5D-5L (*EuroQoL Five-Dimensions - Five-Levels - EQ-5D-5L*), Nottingham zdravstveni profil (*Nottingham Health Profile – NPH*), Profil utjecaja bolesti (*Sickness Impact Profile – SIP*).

1.2. Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) psihijatrijski je poremećaj koji se može razviti u osoba aktivno ili pasivno izloženih životno ugrožavajućim iskustvima (12). Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB – 10) svrstava posttraumatski stresni poremećaj (F43.1) u kategoriju reakcija na teški stres i poremećaj prilagodbe, a najnovija revizija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti (DSM - 5) svrstava PTSP u skupinu poremećaja povezanih s traumom i stresom (13,14). Vrste stresora ili traumatskih događaja koji mogu dovesti do razvoja PTSP-a

su različite. Obuhvaćaju teške nezgode, prirodne katastrofe, kriminalne napade, ratne traume i nasilje nad civilima, psihičko nasilje, seksualne napade, nasilje u kući i obitelji, fizičko zlostavljanje ili ozbiljno zanemarivanje u djetinjstvu, traumu povezanu s obavljanjem posla ili svjedočenje traumatskom događaju (15). PTSP je produžena reakcija na ekstremno traumatsko iskustvo sa specifično definiranim simptomima: ponovno i trajno prisjećanje na traumatski događaj, praćeno pretjeranom pobudljivošću i izbjegavanjem, te simptomima obamrlosti (15). Uz to, često su prisutni poremećaji spavanja, noćne more i negativno raspoloženje, što dovodi do narušavanja socijalnog, profesionalnog i interpersonalnog funkcioniranja (16). Čimbenici koji utječu na razvoj i težinu simptoma PTSP-a su dugotrajnost, učestalost i težina traumatskog događaja te izloženost različitim traumatskim doživljajima (kumulativna trauma). Rizične čimbenike možemo podijeliti na pretraumatske, peritraumatske i posttraumatske. Dob, spol, rasa/etnička pripadnost, obrazovanje i vještine suočavanja samo su neki od ispitanih pretraumatskih čimbenika. Peritraumatske čimbenike čine težina i vrsta stresora, te bihevioralni odgovor tijekom traumatskog izlaganja. Sekundarni stresori, socijalna podrška, pristup potrebnim resursima, specifični kognitivni obrasci i fizička aktivnost pripadaju čimbenicima koji utječu na razvoj PTSP-a nakon proživljene traume (17). Navedeni rizični čimbenici mogu djelovati ili protektivno ili na način da povećavaju vulnerabilnost pojedinca.

Ratna zbivanja u Domovinskom ratu 90-ih godina prošlog stoljeća utjecala su na povećanje prevalencije PTSP-a među stanovništvom Republike Hrvatske. Iako u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u svezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1. 000.000 ljudi bilo izravno izloženo ratnome stresu, a puno više je sekundarno traumatizirano. Pretpostavlja se da je kod

prognanika i izbjeglica prevalencija PTSP-a između 25 % i 50 %, a među veteranima 25-30 % (12). Tretman za PTSP uključuje medikamentoznu terapiju kao i psihoterapiju, ili njihovu kombinaciju (18,19). Okosnicu liječenja čini ambulantni psihoterapijski tretman koji je usmjeren, u prvom redu, na traumu. Naime, suvremene smjernice za liječenje preporučuju usmjeravanje psihoterapijskih postupaka na prorađivanje traumatskog događaja s čime obično uslijedi i poboljšanje simptoma (20).

1.3. Kvaliteta života u oboljelih od PTSP- a

Posljednjih godina raste interes za istraživanje utjecaja PTSP-a na kvalitetu života i funkcioniranje oboljelih. Porast interesa potaknut je dijelom zabrinutošću zbog posljedica traume za preživjele u trenutnim ratnim zbivanjima diljem svijeta kao i raznim ljudskim i prirodnim katastrofama. Procjena kvalitete života uglavnom obuhvaća funkcionalne, fizičke, kognitivne, psihološke i društvene elemente. „Funkcioniranje“ ima prilično široko značenje, a u literaturi se najčešće koristi za opisivanje sposobnosti obavljanja kako svakodnevnih aktivnosti tako i uspješno izvršavanje društveno pripisanih uloga (21). Istraživanja su pokazala povezanost PTSP-a sa oštećenim funkcioniranjem u brojnim psihosocijalnim područjima (22). Naime, PTSP je povezan s poremećajima u profesionalnom i akademskom funkcioniranju (23-26), bračnom i obiteljskom funkcioniranju (27,28,29), roditeljstvu (30,31), te socijalnom funkcioniranju (32). Pitanje komorbiditeta posebno je važno kada se radi o interpretaciji kvalitete života i funkcioniranja oboljelih od PTSP-a. Premda je PTSP prvenstveno povezan sa mentalnim zdravljem, ne može se isključiti utjecaj tog poremećaja na fizičko zdravlje (33). Utvrđeno je da među bolesnicima s PTSP-om postoji veća prevalencija kardiovaskularnih bolesti (KVB), probavnih, muskuloskeletnih, živčanih, respiratornih i infektivnih bolesti (34,35). Studije su pokazale da su pacijenti s PTSP-om izloženi povećanom riziku od infarkta miokarda

i smrti od KVB (36,37). U komorbiditetu s PTSP - om od ostalih psihijatrijskih poremećaja najčešće se javljaju depresija, generalizirani anksiozni poremećaj i zlouporaba sredstava ovisnosti (38). Jednim je istraživanjem utvrđeno da je funkcionalno oštećenje najbolji samostalni prediktor trajanja simptoma (u okviru jedne godine). Među ispitanicima kod kojih su simptomi PTSP-a prisutni duže od jedne godine češće se razvije depresija i imaju više somatskih zdravstvenih tegoba (39). Radna sposobnost kod bolesnika sa PTSP-om često ovisi o ozbiljnosti, učestalosti i trajanju simptoma koji se javljaju, uključujući i učestalost prisjećanja na traumu. U projektu „Europska studija epidemiologije mentalnih poremećaja“ (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – ESEMeD*), koji je obuhvatio šest zemalja, PTSP se našao među deset poremećaja s najvišom učestalošću izbjivanja s posla (40). Stupanj funkcionalne onesposobljenosti povezane sa smanjenjem KŽ u bolesnika s PTSP-om izraženiji je u usporedbi s drugim anksioznim poremećajima ili depresivnim poremećajem, a subjektivna kvaliteta života lošija je nego kod ostalih anksioznih poremećaja (40,41).

Iz svega navedenog može se zaključiti da je PTSP kronično stanje povezano sa brojnim nepovoljnim ishodima, jer uz direktne negativne emocionalne i kognitivne simptome, oboljeli od ovog poremećaja često imaju poteškoće u psihosocijalnom funkcioniranju sa narušenom kvalitetom života.

2.HIPOTEZA I CILJ ISTRAŽIVANJA

Hipoteza ovog istraživanja je da simptomi PTSP-a negativno utječu na kvalitetu života u veterana s PTSP-om, odnosno da je kvaliteta života povezana sa zdravljem u negativnoj korelaciji s razinom simptoma PTSP-a kod veterana uključenih u ambulantno liječenje.

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi povezanost kvalitete života i težine simptoma PTSP-a kod veterana Domovinskog rata (DR) izloženih ratnoj psihotraumatizaciji.

Dodatni ciljevi su ispitati odnos simptoma PTSP-a s pojedinom domenom funkcioniranja: pokretljivost, briga o sebi, svakodnevne aktivnosti, bol/nelagoda i tjeskoba/potištenost.

3.ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

U istraživanje je uključeno 200 pacijenata koji se ambulantno liječe na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka pod dijagnozom PTSP-a koji su sudjelovali kao branitelji u DR. Pacijentima se pristupilo za vrijeme njihovog liječenja na Klinici sa zamolbom za sudjelovanje u istraživanju. Svakom ispitaniku objašnjena je svrha istraživanja, te opisan postupak istraživanja i činjenica da sudjelovanje ili nesudjelovanje u istraživanju neće imati nikakav utjecaj na njihovo daljnje liječenje. Ispitanici su pristanak na sudjelovanje u istraživanju potvrdili potpisivanjem informirane suglasnosti. Istraživanjem je osigurano poštivanje bioetičkih standarda, privatnost (medicinska tajna) ispitanika i zaštita tajnosti podataka. Zbog nepotpuno ispunjenih upitnika 4 ispitanika su isključena iz daljnje obrade. Svi ispitanici su muškog spola. Prosječna dob ratnih veterana koji su uzeti u obradu je 52,2 (SD=5.95) godina, pri čemu je raspon dobi od 40 do 65 godina. Prosječna dužina boravka na ratištu iznosi 32,1 (SD=19,24) mjeseci, a raspon od 1 do 10 mjeseci.

3.2. Metode

Tijekom jednog susreta s ispitanikom proveden je intervju u trajanju od 30 minuta. U istraživanju su uz strukturirani upitnik o sociodemografskim karakteristikama, somatskom zdravlju, i uzimanju lijekova primijenjeni i sljedeći instrumenti: Lista životnih događaja za DSM-5 (*LEC-5 Life events checklist for DSM-5*); PTSP ljestvica za DSM-5 (*PCL-5 PTSD checklist for DSM-5*); Upitnik kvalitete života vezane za zdravlje (*EQ-5D-5L*) (EuroQol Research Foundation - Hrvatska inačica). Svi upitnici su slobodno dostupni i mogu se koristiti bez naknade. Za EQ-5D-5L je priskrbljena i službena hrvatska inačica, te dozvola za korištenje u istraživanju.

3.2.1. PTSP-5 ljestvica za DSM -5 (PTSD Checklist for DSM-5 - PCL-5)

PCL-5 je instrument od 20 pitanja za procjenu simptoma PTSP-a u posljednjih mjesec dana prema DSM-5 kriteriju. Pitanja su vezana uz 4 glavne skupine simptoma PTSP –a (ponovno proživljavanje, disforija, izbjegavanje i pretjerana pobuđenost). Ispitanici označavaju broj na skali od 0 do 4 referirajući se na najgori događaj prema vlastitom iskustvu. Ukupni rezultat je u rasponu od 0 do 80, a ocjena veća od 38 ukazuje na vjerojatnost PTSP-a (42). Za potrebe istraživanja ispitanici su podijeljeni u tri skupine s obzirom na intenzitet simptoma: blagi (33 do 47), umjereni (48 -64) i teški (65 – 80).

3.2.2. EQ -5D – 5L

U ovom istraživanju za procjenu KŽPZ korišten je instrument EuroQoL (*EQ - 5D - 5L*). Riječ je o generičkom instrumentu za opisivanje i vrednovanje zdravlja. Temelji se na deskriptivnom sustavu koji definira zdravlje na temelju 5 dimenzija: pokretljivost, briga o sebi, svakodnevne aktivnosti, bol/nelagoda i anksioznost/depresija. Svaka dimenzija ima 5 razina: nema problema, lagani problemi, umjereni problemi, ozbiljni problemi i ekstremni problemi.

Instrument je dizajniran kao upitnik kojeg ispitanici samostalno ispunjavaju, uz ocjenu cjelokupnog zdravlja na vertikalnoj vizualnoj analognoj skali u rasponu od 0 do 100 (EQ-VAS). EQ-5D je široko testiran i korišten u uzorcima opće populacije i pacijenata te je preveden na više od 130 jezika (43).

3.3. Način provjere rezultata

Podatci su analizirani korištenjem softverskog paketa Statistica, Dell Inc. (Tulsa, OK, USA). Za sve relevantne mjere izračunati su deskriptivni parametrijski (aritmetička sredina, standardna devijacija), ili neparametrijski pokazatelji (frekvencije/postotci). Za potrebe ispitivanja razlika u razini zdravstvenih problema korišten je hi kvadrat test. Kruskal-Wallis H test korišten je za ispitivanje razlika između skupina ispitanika na VAS skali procjene kvalitete zdravlja. Razina značajnosti određena je kao $p \leq 0,05$.

4.REZULTATI

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 200 ispitanika. Zbog nepotpuno ispunjenih upitnika 4 ispitanika su isključena iz daljnje obrade. Svi ispitanici koju su sudjelovali u istraživanju su muškog spola. Prosječna dob ratnih veterana koji su uzeti u obradu je 52,2 (SD = 5,95), pri čemu je raspon dobi od 40 do 65 godina. Prosječna dužina boravka na ratištu je 32,1 (SD = 19,24) mjeseci, a raspon od 1 do 70 mjeseci. Najviše sudionika ima srednju stručnu spremu (78,6 %). Završenu samo osnovnu školu ima 12,8 % ispitanika dok je 8,7 % njih visokoobrazovano. Zaposleno je 27,5 % ispitanika, nezaposlenih je 13,5 %, a najveći udio (59,1 %) je umirovljenih. Dvije trećine ispitanika (66,8 %) smatra se pripadnicima srednje ekonomske klase, a čak 31,1 % ima nizak ekonomski status. U bračnoj zajednici je 65,8 % ispitanika, neoženjenih je 12,2 %, a ostatak navodi izvanbračnu zajednicu (7,1 %), rastavu (8,7 %) ili drugo (6,1 %). Svi pacijenti uključeni su u ambulantno liječenje, a pitanje vezano uz tretman odnosi se na prijašnje ili usporedno liječenje. U Tablici 1. prikazani su sociodemografski podaci prema skupinama ispitanika s obzirom na intenzitet simptoma PTSP-a. Za potrebe ovog istraživanja ispitanici su podijeljeni u tri skupine prema rezultatu na PCL-5: blagi (33-47), umjereni (48-64) i teški (65-80). Blagi intenzitet simptoma PTSP ima 34 (17 %) ispitanika, umjereni intenzitet simptoma 114 (58 %) ispitanika a teški intenzitet njih 48 (25 %). Skupine ispitanika ne razlikuju se statistički značajno na niti jednoj od ispitivanih sociodemografskih varijabli. Kako bi odgovorili na ciljeve istraživanja ispitana je učestalost pojedinih kategorija percipirane kvalitete života s obzirom na intenzitet simptoma PTSP-a. Rezultati su prikazani tablično i slikovno zbog bolje preglednosti dobivenih rezultata.

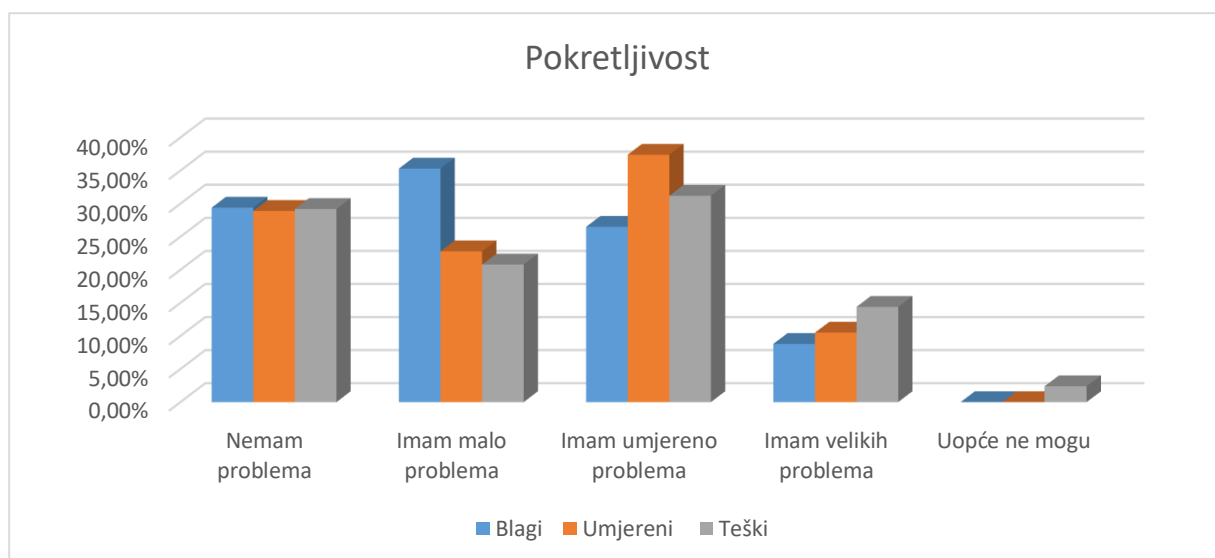
Tablica 1. Sociodemografski podaci prema intenzitetu simptoma PTSP –a

		Razina simptoma PTSP-a		
		Blagi	Umjereni	Teški
Dob		52,74	51,97	52,29
ŠK sprema	OŠ	4 (11,8%)	15 (13,2%)	6 (12,5%)
	SSS	25 (73,5%)	94 (82,5%)	35 (72,9%)
	VŠ	5 (14,7%)	5 (4,4%)	7 (14,6%)
Zaposlenje	Zaposlen	6 (18,2%)	32 (28,6%)	15 (31,2%)
	Nezaposlen	2 (6,1%)	13 (11,6%)	11 (22,9%)
	Umirovljen	25 (75,8%)	67 (58,8%)	22 (45,8%)
Ekonomski status	Visok	0 (%)	3 (2,6%)	1 (2,1%)
	Srednji	25 (73,5%)	80 (70,2%)	26 (54,2%)
	Nizak	9 (26,5%)	31 (27,2%)	21 (43,8%)
Bračni status	Oženjen	24 (70,6%)	77 (67,5%)	28 (58,3%)
	Izvanbračna zajednica	2 (5,9%)	6 (5,3%)	6 (12,5%)
	Neoženjen	3 (8,8%)	14 (12,3%)	7 (14,6%)
	Rastavljen	2 (5,9%)	10 (8,8%)	5 (10,4%)
	Drugo	3 (8,8%)	7 (6,1%)	2 (4,2%)
Ukupan boravak na ratištu u mjesecima		38,45	31,50	28,85
Tretman	Hospitalizacija	12 (35,3%)	48 (42,1%)	23 (47,9%)
	Dnevna bolnica	23 (67%)	88 (77,2%)	38 (79,2%)
	Dugotrajno liječenje	5 (14,7%)	23 (20,2%)	11 (22,9%)
	Klub PTSP - a	0 (0%)	5 (4,4%)	5 (10,4%)
Medikamentozna terapija	Ne	1 (2,9%)	6 (5,3%)	3 (6,2%)
	Da	33 (97,1%)	107 (94,7%)	45 (93,8%)

Podaci prikazani u Tablici 2. i Slici 1. govore u prilog tome da većina ispitanika nema problem pokretljivosti, 34,2 % ima umjereno problema prilikom hodanja, dok 15,4 % ima velikih problema ili ne mogu uopće hodati. Također, rezultati hi-kvadrat testa potvrđuju da nema statistički značajne razlike u razini pokretljivosti s obzirom na intenzitet simptoma PTSP-a ($\chi^2=10.019$, $p=0,246$).

Tablica 2. Učestalost problema pokretljivosti prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Razina simptoma PTSP- a	Pokretljivost				
	Nemam problema prilikom hodanja	Imam malo problema prilikom hodanja	Imam umjereno problema prilikom hodanja	Imam velikih problema prilikom hodanja	Ne mogu uopće hodati
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Blagi	10 (29,4%)	12 (35,3%)	9 (26,5%)	3 (8,8%)	0 (0%)
Umjereni	33 (28,9%)	26 (22,8%)	43 (37,4%)	12 (10,5%)	0 (0%)
Teški	14 (29,2%)	10 (20,8%)	15 (31,2%)	7 (14,4 %)	2 (4,2%)
UKUPNO	57 (29,1%)	48 (24,5%)	67 (34,2%)	22 (11,2%)	2(4,2%)

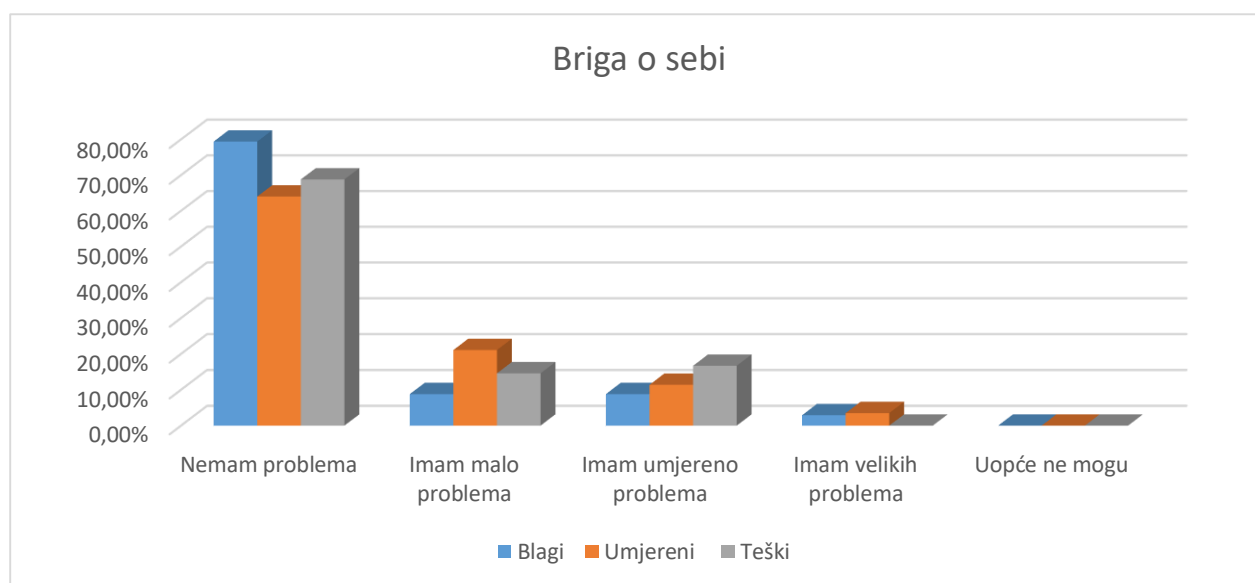


Slika 1. Učestalost problema pokretljivosti prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Vezano uz brigu o sebi (Tablica 3., Slika 2.), najveći broj ispitanika (67,9 %) navodi da nema problema prilikom obavljanja higijene i oblačenja, dok niti jedan ne navodi nesamostalnost pri obavljanju higijene i oblačenju. Hi-kvadrat test potvrđuje da ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na intenzitet simptoma ($\chi^2 = 6,270$, $p = 0,394$).

Tablica 3. Učestalost problema brige o sebi prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Razina simptoma PTSP - a	Briga o sebi				
	Nemam problema prilikom obavljanja higijene i oblačenja	Imam malo problema prilikom obavljanja higijene i oblačenja	Imam umjereno problema prilikom obavljanja higijene i oblačenja	Imam velikih problema prilikom obavljanja higijene i oblačenja	Ne mogu samostalno obavljati higijenu i obući se
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Blagi	27 (79,4%)	3 (8,8%)	3 (8,8%)	1 (2,9%)	0 (%)
Umjereni	73 (64%)	24 (21,1%)	13 (11,4%)	4 (3,5%)	0 (%)
Teški	33 (68,8%)	7 (14,6%)	8 (16,7%)	0 (0%)	0 (%)
UKUPNO	133 (67,9%)	34 (17,3%)	24 (12,2%)	5 (2,6%)	0 (%)



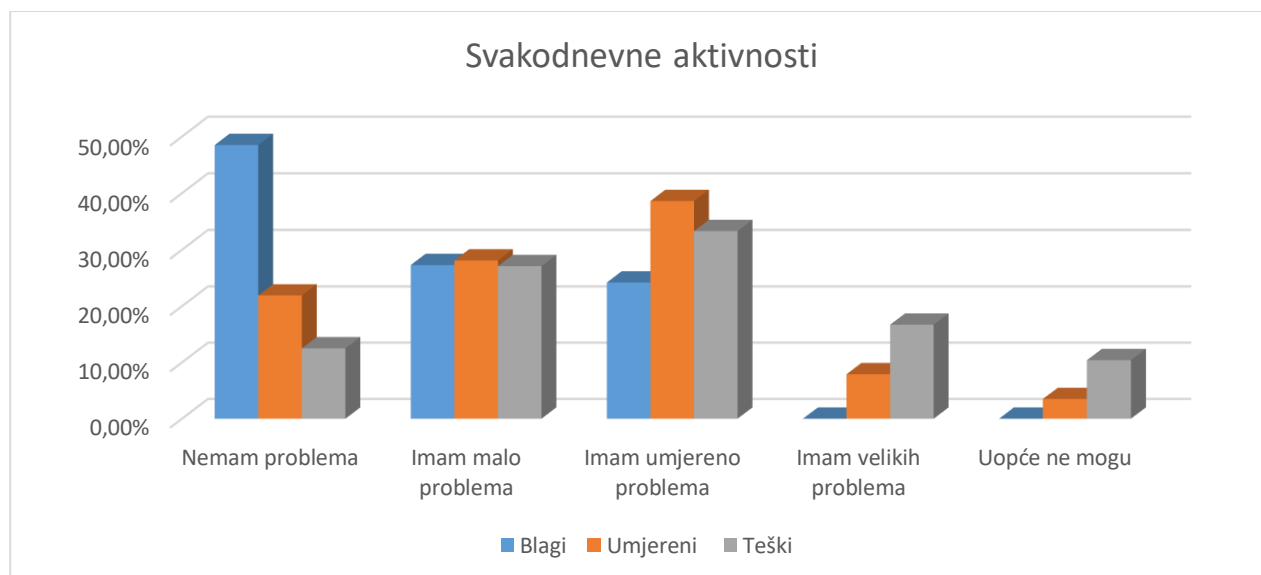
Slika 2. Učestalost problema brige o sebi prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Kod obavljanja svakodnevne aktivnosti (Tablica 4., Slika 3.), najveći udio od ukupnog broja ispitanika (34,9 %) navodi da ima umjerenih problema. Hi-kvadrat test govori u prilog statistički značajnoj razlici u učestalosti problema u obavljanju svakodневnih aktivnosti

($\chi^2=24,383$, $p=0,002$). Veterani s blagim intenzitetom simptoma češće nemaju problema prilikom obavljanja svakodnevni aktivnosti u odnosu na druge dvije skupine veterana.

Tablica 4. Učestalost problema obavljanja svakodnevni aktivnosti prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Razina simptoma PTSP - a	Svakodnevne aktivnosti				
	Nemam problema prilikom obavljanja svakodnevni aktivnosti	Imam malo problema prilikom obavljanja svakodnevni aktivnosti	Imam umjereno problema prilikom obavljanja svakodnevni aktivnosti	Imam velikih problema prilikom obavljanja svakodnevni aktivnosti	Ne mogu obavljati svakodnevne aktivnosti
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Blagi	16 (48,5%)	9 (27,3%)	8 (24,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Umjereni	25 (21,9%)	32 (28,1%)	44 (38,6%)	9 (7,9%)	4 (3,5%)
Teški	6 (12,5%)	13 (27,1%)	16 (33,3%)	8 (16,7%)	5 (10,4%)
UKUPNO	47 (24,1%)	54 (27,7%)	68 (34,9 %)	17 (8,7%)	9 (4,6%)

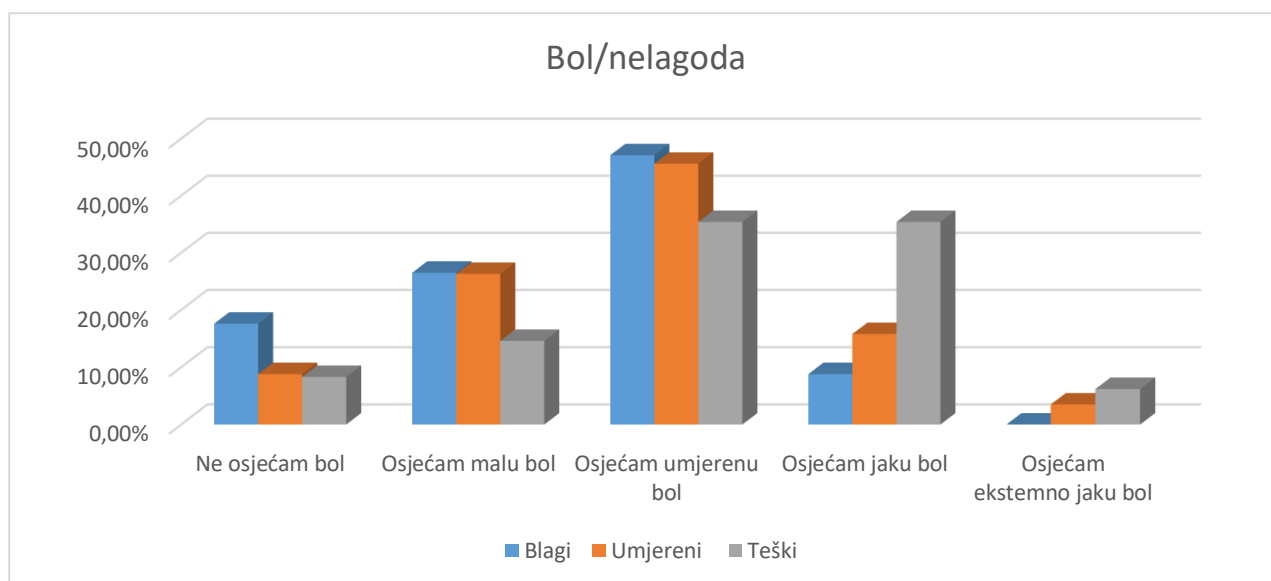


Slika 3. Učestalost problema obavljanja svakodnevni aktivnosti prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

U ukupnom postotku kod problema boli/nelagode najviše ispitanika navodi osjećaj umjerene boli/nelagode (43,4 %). S obzirom na razinu simptoma postoji statistički značajna razlika vezana uz ovaj problem ($\chi^2=6,577$, $p=0,035$) (Tablica 5., Slika 4.). Ispitanici s teškim intenzitetom simptoma PTSP-a značajno češće doživljavaju bol/nelagodu u odnosu na druge dvije skupine ispitanika.

Tablica 5. Učestalost problema boli/nelagode prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Razina simptoma PTSP - a	Bol/nelagoda				
	Ne osjećam bol/nelagodu	Osjećam malu bol/nelagodu	Osjećam umjerenu bol/nelagodu	Osjećam jaku bol/nelagodu	Osjećam ekstremno jaku bol/nelagodu
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Blagi	6 (17,6%)	9 (26,5%)	16 (47,1%)	3 (8,8%)	0 (0%)
Umjereni	10 (8,8%)	30 (26,3%)	52 (45,6%)	18 (15,8%)	4 (3,5%)
Teški	4 (8,3%)	7 (14,6%)	17 (3,4%)	17 (35,4%)	3 (6,2%)
UKUPNO	20 (10,2 %)	46 (23,5%)	85 (43,4%)	38 (19,4%)	7 (3,6%)

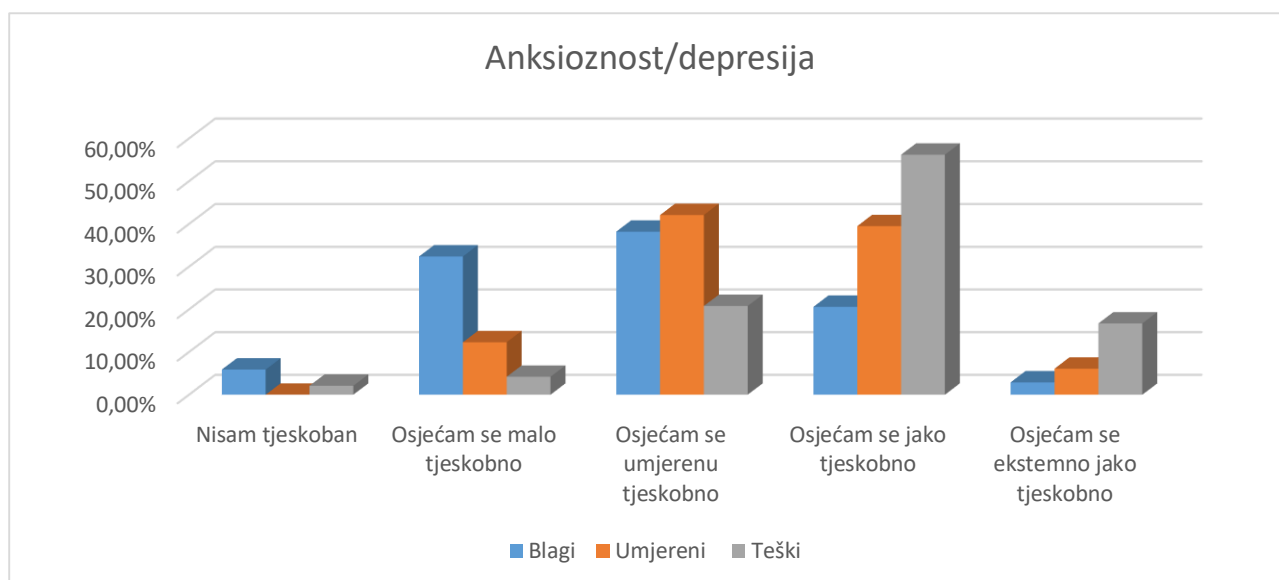


Slika 4. Učestalost problema boli/nelagode prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Podaci prikazani u Tablici 6. i na Slici 5. govore u prilog tome da većina ispitanika doživljava visok stupanj anksioznosti/depresije. Naime, njih 40,3% od ukupnog broja navodi osjećaj jake tjeskobe ili depresije. Samo 1,5% ispitanika ne osjeća se tjeskobno ili depresivno. Rezultat hi-kvadrat testa potvrđuje da postoji statistički značajna razlika u učestalosti ovog problema s obzirom na razinu simptoma PTSP –a ($\chi^2=34,158$, $p<0,001$). Ispitanici s umjerenim i teškom razinom simptoma PTSP-a češće procjenjuju da se osjećaju jako ili ekstremno jako tjeskobno ili depresivno u odnosu na ispitanike s blagom razinom simptoma PTSP-a.

Tablica 6. Učestalost problema anksioznosti (tjeskobe)/depresije prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Razina simptoma PTSP - a	Anksioznost (tjeskoba)/depresija				
	Nisam tjeskoban ili depresivan uopće	Osjećam se malo tjeskobno ili depresivno	Osjećam se umjereno tjeskobno ili depresivno	Osjećam se jako tjeskobno ili depresivno	Osjećam se ekstremno jako tjeskobno ili depresivno
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Blagi	2 (5,9%)	11 (32,4%)	13 (38,2%)	7 (20,6%)	1 (2,9%)
Umjereni	0 (0%)	14 (12,3%)	48 (42,1%)	45 (39,5%)	7 (6,1%)
Teški	1 (2,1%)	2 (4,2%)	10 (20,8%)	27 (56,2%)	8 (16,7%)
UKUPNO	3 (1,5%)	27 (13,8%)	71 (36,2%)	79 (40,3%)	16 (8,2%)



Slika 5. Učestalost problema anksioznosti (tjeskobe)/depresije prema razini simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja

Na vizualno analognoj ljestvici (VAS) procjene kvalitete života od 0 do 100, ispitani veterani u prosjeku postižu rezultat 46,1 (SD=18,27) pri čemu je minimum 4 a maksimum 90. Ispitanici s blagim intenzitetom simptoma PTSP-a u prosjeku postižu rezultat 55,7 (SD=16,27), s umjerenim intenzitetom simptoma 46,1 (16,74) te oni s visokim intenzitetom simptoma 38,9 (SD=20,19). Skupine se međusobno statistički značajno razlikuju u ukupnoj procjeni zadovoljstva kvalitete života ($\chi^2=17,006$, $p<0,001$).

5.RASPRAVA

Svrha ovog istraživanja bila je utvrditi postoji li razlika u samoprocjeni zdravlja i kvaliteti života s obzirom na težinu simptoma PTSP-a kod veterana DR izloženih ratnoj psihotraumatizaciji. Rezultati VAS-a pokazuju statistički značajnu razliku među ispitanim skupinama ($\chi^2=17,006$, $p<0,001$). Naime, ispitanici s višim intenzitetom simptoma PTSP-a procjenjuju svoje zdravlje lošijim u odnosu na ispitanike s blagim i umjerenim intenzitetom simptoma, te na skali od 0 do 100 u prosjeku postižu rezultat 38,9. Istraživanja pokazuju da bolesnici s PTSP-om trpe značajno veće poremećaje u kvaliteti života u usporedbi s općom populacijom ili bolesnicima s kroničnim bolestima (40). U istraživanju KŽ-a osoba pogođenih ratom, provedenom na teritoriju RH, pokazalo se da osobe s PTSP-om procjenjuju svoje psihičko i fizičko zdravlje lošijim nego osobe s depresivnim poremećajem (44). Vasterleng i suradnici dokazali su da je viši intenzitet simptoma PTSP-a povezan s lošijim fizičkim ali i mentalnim zdravljem (45). Isto tako viši intenzitet simptoma utječe na nezadovoljstvo sveukupnim životom, kao i materijalnim stanjem (46,47). U istraživanjima koja su proučavala utjecaj razine pojedinih simptoma PTSP-a dokazano je da simptomi pretjerane pobuđenosti imaju najveći utjecaj na lošije subjektivno zadovoljstvo životom (48). Intenzitet simptoma važan je prediktor KŽ-a kod veterana: subjektivna procjena zdravlja i kvalitete života u svim domenama smanjuje se s porastom intenziteta simptoma (49).

Dodatni cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos simptoma PTSP – a s pojedinom domenom funkcioniranja: pokretljivost, skrb o sebi, svakodnevne aktivnosti, bol/nelagoda i tjeskoba/potištenost. Dokazane su statistički značajna razlike u tri od ukupno pet dimenzija funkcioniranja predviđenih instrumentom EQ-5D-5L, a razlike se odnose na probleme vezane uz svakodnevnu aktivnost, bol/nelagodu i anksioznost/depresiju.

Mobilnost, odnosno mogućnost hodanja nedvojbeno je povezana s kvalitetom života. U prilog tome govore brojna istraživanja koja pokazuju smanjenu KŽ kod osoba s invaliditetom. Bez obzira što rezultat u domeni pokretljivosti ovog istraživanja ne ukazuje na povezanost intenziteta simptoma i smanjene mogućnosti hodanja ($\chi^2=10,019$, $p=0,246$), zanimljivo je da veliki postotak ispitanika navodi umjerene (34,2 %) ili velike (11,2 %) probleme prilikom hodanja. Ocjena invalidnosti gruba je mjera razine onesposobljenosti koja fizički ograničava pojedinca zbog ozljede ili bolesti. Rat sa sobom nosi veliki broj tjelesnih ozljeda koje mogu dovesti do invaliditeta, a pretpostavlja se da je u DR bilo preko 23 000 ranjenika (50). Uz invaliditet, uzrok problema pri hodaњу mogu biti KVB i muskuloskeletne bolesti. Istraživanja pokazuju da veterani imaju veću vjerojatnost razviti muskuloskeletne poremećaje kao što su artritis, bol u donjem dijelu leđa i koljena koji umanjuju mobilnost (51,52).

Smanjena mogućnost brige o sebi podrazumijeva stanje u kojem zbog oštećenja tjelesnih ili kognitivnih funkcija postoji smanjena sposobnost pojedinca u obavljanju aktivnosti samozbrinjavanja poput odijevanja ili osobne higijene. Ako izuzmemo invaliditet kao ograničavajući faktor, kod brige za sebe bitnu ulogu imaju volja i samopoštovanje (53). Kashdan i suradnici u svom istraživanju pokazali su da je manjak samopoštovanja i volje povezan sa smanjenim blagostanjem i kvalitetom života kod veterana s PTSP-om (54). Najveći postotak naših ispitanika ipak ne navodi nikakvih problema pri obavljanju higijene i oblačenju (67,9%).

Obzirom da PTSP dovodi do poremećaja u funkcioniranju, koje je izravno povezano sa mogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti, za očekivati je bilo da će većina ispitanika imati problema u tom području. Veći intenzitet simptoma povezan je sa smanjenom mogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti ($\chi^2=24,383$, $p=0,002$). Osobe s PTSP često

prijavljaju poteškoće s pažnjom i pamćenjem, te u obavljanju zadataka koji nisu u izravnoj vezi s njihovom traumom (14). Eisenberg i suradnici dokazali su da intenzitet simptoma PTSP-a utječe na slabije procesuiranje tekućih događaja te smanjuje uspješnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti (55). U odnosu na dob, mlađi veterani češće imaju poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i lošiji zdravstveni status nego stariji veterani (56).

Kod ratnih veterana s kroničnim PTSP-om, bol je jedna od najčešćih somatskih pritužbi, a među bolnim sindromima dominiraju križbolje, glavobolje i bolovi u prsima (57). Činjenica da pacijenti s PTSP-om u znatno većem postotku pate od boli i problema vezanih uz bol potkrijepljena je i rezultatima ovog istraživanja, te je potvrđena povezanost intenziteta simptoma i jačine bolnog osjeta. Lakše razumijevanje ovakvog ishoda i pruža holistički pristup temeljen na biopsihosocijalnom modelu, koji zdravlje definira kao jednu sveobuhvatnu i nerazdvojivu cjelinu. Naime, viši intenzitet simptoma PTSP-a povezan je s višim stupnjem anksioznosti i depresije, a biopsihosocijalni model pretpostavlja da depresivni simptomi mogu pogoršati ili dovesti do povećanja kronične boli i nelagode (58). Paylo i Beck u svom istraživanju pokazali su da su simptomi PTSP-a i jačina boli povezani s oštećenjem u psihosocijalnom funkcioniranju, s posebno narušenom socijalnom interakcijom, emocionalnim ponašanjem i komunikacijom (59). U veterana s kroničnim PTSP-om i kroničnim bolnim sindromom smanjena je kvaliteta života, s tim da je niži stupanj KŽ-a proporcionalno povezan s intenzitetom boli (60).

Istraživanjem smo potvrdili da je viši stupanj depresije povezan s većim intenzitetom simptoma PTSP-a ($\chi^2=34.158$, $p<0,001$). Više od polovice ispitanika s izraženijim simptomima PTSP-a navodi osjećaj jake ili ekstremno jake depresije/anksioznosti. Depresija i anksioznost najčešći su psihijatrijskih komorbiditeti kod pacijenata s PTSP-om (61). Mnogi simptomi PTSP-

a i depresije se preklapaju. Naime, i jednom i drugom poremećaju su svojstvene poteškoće sa spavanjem, koncentracijom, gubitak interesa, osamljivanje i izbjegavanje. Istraživanja pokazuju da depresija pojačava intenzitet simptoma PTSP-a (62,63). PTSP u komorbiditetu s depresijom često se povezuje s većim stupnjem socijalnog oštećenja, te profesionalne i cjelokupne disfunkcije u usporedbi sa dijagnosticiranim samo jednim od ta dva poremećaja (64).

6. ZAKLJUČAK

Sukladno postavljenom cilju možemo zaključiti slijedeće:

1. Viši intenzitet simptoma PTSP-a je povezan sa smanjenom kvalitetom života povezanom sa zdravljem u veterana a PTSP-om
2. Viši intenzitet simptoma PTSP-a povezan je sa smanjenom sposobnošću obavljanja svakodnevnih aktivnosti, višim intenzitetom boli/nelagode i izraženijim simptomima depresije/anksioznosti.
3. Iako ne postoji povezanost s intenzitetom simptoma PTSP-a, veliki dio ispitanika ima problema pri hodanju.

7.SAŽETAK

SZO definira zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti ili slabosti. Kvaliteta života definirana je kao percepcija pojedinaca o njihovom položaju u životu u kontekstu kulture i vrijednosnih sustava u kojima žive, te u odnosu na njihove vlastite ciljeve. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) psihijatrijski je poremećaj koji se može razviti u osoba aktivno ili pasivno izloženih životno ugrožavajućim iskustvima, a karakteriziraju ga simptomi poput ponovnog i trajnog prisjećanja na traumatski događaj, praćeno pretjeranom pobudljivošću i izbjegavanjem, te obamrlost. Premda je PTSP prvenstveno povezan sa mentalnim zdravljem, ne može se isključiti utjecaj tog poremećaja na fizičko zdravlje. Dosadašnja istraživanja pokazuju narušenu kvalitetu života u oboljelih od ovog poremećaja, uz česte poteškoće u psihosocijalnom funkcioniranju.

Glavni cilj ovog istraživanja bio je utvrditi povezanost kvalitete života i težine simptoma PTSP-a kod veterana DR izloženih ratnoj psihotraumatizaciji, a dodatni ciljevi bili su ispiti odnos intenziteta simptoma PTSP-a s pojedinom domenom funkcioniranja : pokretljivost, skrb o sebi, svakodnevne aktivnosti, bol/nelagoda i tjeskoba/potištenost.

Istraživanje je provedeno na 200 pacijenata koji se ambulantno liječe na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka pod dijagnozom PTSP-a koji su sudjelovali kao branitelji u DR. Dokazane su statistički značajna razlike u tri od ukupno pet dimenzija funkcioniranja predviđenih instrumentom EQ-5D-5L, a razlike se odnose na probleme vezane uz svakodnevnu aktivnost, bol/nelagodu i anksioznost/depresiju. Prema rezultatima VAS ispitanici s višim intenzitetom simptoma PTSP-a procjenjuju svoje zdravlje lošijim u odnosu na ispitanike s blagim i umjerenim intenzitetom simptoma.

Ključne riječi: Zdravlje; Kvaliteta života; PTSP; EQ-5D-5L

8.SUMMARY

World health organization (WHO) defines health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Quality of life is defined as the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a psychiatric disorder that can develop in people who are actively or passively exposed to life-threatening experiences and it is characterized by symptoms such as intrusive memories on a traumatic event, followed by hyperarousal and avoidance, and exclusion. While PTSD is primarily associated with mental health, it is not possible to exclude the impact of this disorder on physical health. Previous research has shown poorer quality of life in people suffering from this disorder, with frequent difficulties in psychosocial functioning.

The main aim of this study was to establish the correlation between the quality of life and the intensity of PTSD symptom among the Croatian War of Independence veterans exposed to war psychotraumatization. Additional goals were to examine the relationship between the intensity of PTSD symptom with a particular domain of functioning: mobility, self-care, usual activities, pain/ discomfort and anxiety/depression.

A study was performed on 200 patients who were treated at the Clinical Hospital in Rijeka on Psychiatric Clinic using the EQ-5D-5L instrument. A statistically significant difference was found in three of the five dimensions of functioning, with differences related to daily activity, pain/discomfort and depression/anxiety. According to VAS results, patients with higher intensity symptoms of PTSD evaluate their health worse than those with mild and moderate intensity symptoms.

Key words: Health; Quality of life; PTSD; EQ-5D-5L

9. LITERATURA

1. Svalastog AL, Donev D, Jahren Kristoffersen N, Gajovic S. Concepts and Definitions of Health and Health-Related Values in the Knowledge Landscapes of the Digital Society. *Croat Med J.* 2017;58:431-35.
2. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948.
3. Huljev D, Pandak T. Holistic and Team Approach in Health Care. *Signa Vitae* 2016; 11: 66 – 9.
4. Dhar N, Chaturvedi SK, Nandan D. Spiritual Health Scale 2011: Defining and Measuring 4th Dimension of Health. *Indian J Community Med.* 2011; 36: 275–82.
5. Heutte N, Plisson L, Lange M, Prevost V, Babin E. Quality of life tools in head and neck oncology. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014;131:33.
6. WHO Working Groups. Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health; 1997.
7. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989; 27:S148.
8. Chen T, Li L, Kochen MM. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ SCI.* 2005;9:936-40.
9. Vuletić G, Misajon R. Subjektivna kvaliteta života. *Kvaliteta života i zdravlje.* Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku; 2011:9-16.
10. Fayers PM, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes, 2nd Edition. Wiley, Chichester, 2007.
11. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB et al. Cancer symptom assessment instruments: systematic review. *J Clin Oncol* 2006;24:1459.

12. Kozarić Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski Stresni Poremećaj. Medix. 2007;13:102-6.
13. International Advisory Group (IAG). A Conceptual Framework for the Revision of the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry. 2011; 10:86–92.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
15. Senneseth M, Alsaker K, Natvig GK. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crises: a longitudinal study. JAN. 2011; 402-13.
16. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Up to date [online], 2018 [citirano:24.5.2019.] Dostupno na:
<https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
17. Lauth Lebens, M., & W. Lauth, G. Risk and Resilience Factors of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Current Research. Clinical and Experimental Psychology.2016. 2:2.
18. Stein MB. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in adults. Up to date [online],2019 [citirano:24.5.2019.] Dostupno na:
<https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>

19. Stein MB. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in adults. . Up to date [online], 2019 [citirano:24.5.2019.] Dostupno na:
<https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>
20. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*. 2011;24:615-27.
21. Wallace M, Shelkey M. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *Urol Nurs* 2007;27:93-4.
22. Holowka DW, Marx BP. Assessing PTSD-related functional impairment and quality of life. In: Beck GJ, Sloan DM, editors. *Oxford handbook of traumatic stress disorders*. New York (NY): Oxford University Press; 2011.
23. Bolton D, Hill J, O-Ryan D, Udwin O, Boyle S, Yule W. Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45:1007–14.
24. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, Cox AL, Engel CC, Castro CA. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008;358:453–63.
25. Resnick SG, Rosenheck RA. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1307–14.
26. Rona RJ, Jones M, Iversen A, Hull L, Greenberg N, Fear NT et al. The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war. *J Psychiatr Res*. 2009;43:649–55.
27. Smith MW, Schnurr PP, Rosenheck RA. Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Ment Health Serv Res*. 2005;7:89–101.

28. Kuhn E, Blanchard EB, Hickling EJ. Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behav Res Ther.* 2003;41:1105–12.
29. Sayers SL, Farrow VA, Ross J, Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:163–70.
30. Cohen E, Zerach G, Solomon Z. The implication of combat-induced stress reaction, PTSD, and attachment in parenting among war veterans. *J Fam Psychol.* 2011;25: 688–98.
31. Solomon Z, Debby-Aharon S, Zerach G, Horesh D. Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans. *J Fam Issues.* 2011;32:127–47.
32. Laffaye C, Cavella S, Drescher K, Rosen C. Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *J Trauma Stress.* 2008;21:394–401.
33. Zen AL, Zhao S, Whooley MA, Cohen BE. Post-Traumatic Stress Disorder is Associated With Poor Health Behaviors: Findings From the Heart and Soul Study. *Health Psychol.* 2012;31:194–201.
34. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:191-201.
35. Possemato K, Wade M, Andersen J, Ouimette P. The impact of PTSD, depression, and substance use disorders on disease burden and health care utilization among OEF/OIF veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2010; 2:218–223.

36. Kang HK, Bullman TA, Taylor JW. Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war. *Ann Epidemiol.* 2006;16:381-6.
37. Kubzansky LD, Koenen KC, Jones C, Eaton WW. A prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in women. *Health Psychol.* 2009;28:125-30
38. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB, Breslau N. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1999.
39. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez JJ. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol.* 2003; 112:646-56.
40. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability, and quality of life impact of mental disorders in Europe results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;420: 38-46.
41. Seedat S, Lochner, C, Vythilingum B., Stein, DJ. Disability and Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder. *Pharmacoeconomics.* 2006;24:989–98.
42. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military Veterans. *Psychological Assessment.* 2018;30:383-95.

43. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D et al. Development and Preliminary Testing of the New Five-Level Version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20:1727-36.
44. Ajdukovic D, Kraljevic R, Penic S. Kvaliteta Života Osoba Pogođenih Ratom. *Ljetopis socijalnog rada.* 2007;14:505-526.
45. Vasterling JJ, Schumm J, Proctor SP, Gentry E, King DW, King LA. Posttraumatic stress disorder and health functioning in a non-treatment-seeking sample of Iraq war veterans: A prospective analysis. *Journal of Rehabilitation Research & Development.* 2008;45:347–58.
46. Lapierre CB, Schwegler AF, LaBauve BJ. Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning from combat operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress.* 2007;20:933–943.
47. Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DM. Combat exposure, psychological symptoms, and marital satisfaction in National Guard soldiers who served in Operation Iraqi Freedom from 2005 to 2006. *Anxiety, Stress & Coping.* 2008;22:101–115.
48. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. *PLOS ONE.* 2013; 8(4), e60991
49. Anticevic V, Kardum G, Britvic D. Croatian War Veterans Quality of Life: The Impact of Lifetime Traumatic Experiences, Psychological and Health-Related Characteristics. *Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja.* 2011;20:1101-18.
50. Hebrang A, Henigsberg N, Golem AZ, Vidjak V, Brnic Z, Hrabac P. Care of military and civilian casualties during the war in Croatia. *Acta Med Croatica.* 2006;60:301-7.

51. Murphy LB, Helmick CG, Allen KD, Theis KA, Baker NA, Murray GR et al., Arthritis Among Veterans—United States, 2011–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR*, 2014;63:999–1003.
52. Hinojosa R, Hinojosa M S. Activity-Limiting Musculoskeletal Conditions in US Veterans Compared to Non-Veterans: Results from the 2013 National Health Interview Survey. *PLOS ONE*. 2016; 11(12), e0167143.
53. Simmen-Janevska K, Brandstatter V, Maercker A. The overlooked relationship between motivational abilities and posttraumatic stress: a review. *European Journal of Psychotraumatology*.2012; 3(1), e18560.
54. Kashdan TB, Uswatte G, Steger MF, Julian T. Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*.2006; 44:1609–19.
55. Eisenberg ML, Sargent JQ, Zacks JM. Posttraumatic Stress and the Comprehension of Everyday Activity. *Collabra*. 2016;2:1–10.
56. Brooks MS, Laditka SB, Laditka JN. Long-term effects of military service on mental health among veterans of the Vietnam war era. *Mil Med*. 2008; 173:570-5.
57. Beckham JC, Crawford AL, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Davidson JR et al. Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *J Psychosomatic Res* 1997;43:379-89.
58. Morasco BJ, Lovejoy TI, Lu M, Turk DC, Lewis L, Dobscha SK. The relationship between PTSD and chronic pain: Mediating role of coping strategies and depression. *Pain*.2013;154:609–16.
59. Palyo SA, Beck GJ. Post-traumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: Associations with psychosocial and physical functioning. *Pain*. 2005;117:121–7.

60. Bras M, Loncar Z, Brajkovic L, Erceg I, Gregurek R. Chronic pain and health-related quality of life in Croatian war veterans. *The Journal of Pain*. 2008;9:60.
61. Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B. Post-traumatic stress disorder and depression. *British Journal of Psychiatry*.1997;170: 479–82.
62. Gros DF, Simms LJ, Acierno R. Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms: an investigation of comorbidity between posttraumatic stress disorder symptoms and depression in treatment-seeking veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010;198:885–890.
63. Gros DF, Price M, Magruder KM, Frueh BC. Symptom overlap in posttraumatic stress disorder and major depression. *Psychiatry Research*.2012;196:267–70.
64. Shah R, Shah A, Links P. Post-traumatic stress disorder and depression comorbidity: severity across different populations. *Neuropsychiatry*. 2012;2:521–9.

10. PRILOZI

10.1. PCL-5- eng. PTSD checklist for DSM-5; PTSP ljestvica za DSM-5

PTSP LJESTVICA ZA DSM 5

Teške i stresne situacije koje se ponekad dogode ljudima. Moguće je da ste tijekom Domovinskog rata doživjeli takav događaj na sljedeći način: a) dogodilo se Vama osobno, b) svjedočili se kada se to dogodilo nekom drugom, c) čuli ste da se to dogodilo bliskom članu obitelji ili bliskom prijatelju, d) bili ste izloženi tome jer Vam je to dio posla (npr. policija, vojska, HMP ili neka druga služba koja dolazi prva na mjesto događaja) e) niste sigurni odnosi li se na Vas ili pod f) niste to doživjeli ni na koji od ranije ponuđenih načina.

Ako ste doživjeli više od jednog takvog događaja, dalje odgovarajte na pitanja osvrćući se na najgori događaj, odnosno na onaj koji vas najviše muči. Molimo Vas da odgovorite na slijedeća pitanja o najgorem događaju:

Kratko opišite taj najgori događaj (npr. Što se dogodilo, tko je sve sudjelovao i sl.) _____

Kad se to dogodilo, prije koliko vremena? _____ (procijenite ako niste skroz sigurni)

Na koji način ste to iskusili?

_____ To se dogodilo meni osobno

_____ Svjedočio sam tome

_____ Znam da se to dogodilo nekome od mojih bliskih članova obitelji ili bliskom prijatelju

_____ Višekratno sam bio izložen detaljima oko toga kroz posao (HMP, policija, vojska, ili neka druga služba koja dolazi prva na mjesto događaja)

_____ Drugo, molimo Vas da opišete

Je li nečiji život bio ugrožen?

_____ Da, moj život

_____ Da, tuđi život

_____ Ne

Je li netko bio ozbiljno ozlijeđen ili je bio ubijen?

_____ Da, ja sam bio ozbiljno ozlijeđen

_____ Da, netko drugi je bio ozbiljno ozlijeđen/ ubijen

_____ Ne

Je li to uključivalo i seksualno nasilje? _____ Da _____ Ne

Ako je prilikom tog događaja život izgubio bliski član obitelji ili bliski prijatelj, je li to bilo zbog nekog nesretnog slučaja ili nasilja, ili je to bila prirodna smrt?

_____ Nesretni slučaj ili nasilje

_____ Prirodna smrt

_____ Prilikom tog događaja nije smrtno stradao niti bliski član obitelji niti bliski prijatelj

Koliko ste sveukupno puta doživjeli događaje koji su približno slično stresni kao i najgori događaj?

_____ samo jednom

_____ više puta (molimo Vas da kažete točan broj tih događaja ili barem koliko ih je otprilike bilo) _____

U nastavku su opisani neki simptomi koje ljudi ponekad proživljavaju kao odgovor na traumatski ili uznemirujući životni događaj. Imajući na umu Vaš najstresniji događaj, pažljivo pročitajte svaki od njih i zaokružite jedan od brojeva ovisno o tome u kojoj mjeri se to odnosilo na Vas u zadnjih mjesec dana.

U zadnjih mjesec dana	Ne uopće	Malo	Umjereno	Prilično	Jako
1. U kojoj mjeri su vam se javljala ponavljajuća, uznemirujuća i neželjana sjećanja na stresni događaj?	0	1	2	3	4
2. U kojoj mjeri su Vam se javljali ponavljajući, uznemirujući snovi vezani uz stresni događaj?	0	1	2	3	4
3. U kojoj mjeri su Vam se javljali iznenadni osjećaj ili ponašanje kao da se da se stresni događaj ponavlja (kao da ste ga ponovno proživljavali)?	0	1	2	3	4
4. U kojoj mjeri ste se uznemirili kad Vas je nešto podsjetilo na stresni događaj?	0	1	2	3	4
5. U kojoj mjeri ste imali snaže tjelesne reakcije kad Vas je nešto podsjetilo na stresni događaj (npr. lupanje srca, otežano disanje, znojenje)	0	1	2	3	4
6. U kojoj mjeri ste izbjegavali sjećanja, misli i osjećaje koji se odnose na stresni događaj?	0	1	2	3	4
7. U kojoj mjeri ste izbjegavali vanjske podsjetnike na stresni događaj (npr. ljude, mjesta, razgovore, aktivnosti, stvari ili situacije)	0	1	2	3	4
8. U kojoj mjeri ste imali poteškoća sa prisjećanjem važnih aspekata stresnog događaja?	0	1	2	3	4
9. U kojoj mjeri ste imali snažna negativna vjerovanja o sebi, o drugim ljudima, ili o svijetu (npr. da ste imali misli kao „Ja sam loš“, „Sa mnom nešto ozbiljno nije uredu“ „Nikome se ne može vjerovati“, „Svijet je opasno mjesto“)?	0	1	2	3	4
10. U kojoj mjeri ste okrivljavali sebe ili nekoga drugog radi stresnog događaja ili njegovih posljedica?	0	1	2	3	4
11. U kojoj mjeri su bili prisutni snažni negativni osjećaji kao strah, užas, bijes, krivnja ili sram?	0	1	2	3	4
12. U kojoj mjeri ste osjetili gubitak interesa za aktivnosti u kojima ste ranije uživali?	0	1	2	3	4
13. U kojoj mjeri ste se osjećali otuđeno i odvojeno od ljudi?	0	1	2	3	4
14. U kojoj mjeri ste imali poteškoća sa doživljavanjem pozitivnih osjećaja (npr. niste se mogli osjećati sretno ili niste mogli osjećati ljubav prema vašim bližnjima)?	0	1	2	3	4
15. U kojoj mjeri ste bili razdražljivog ponašanja, imali ispade bijesa ili bili agresivni?	0	1	2	3	4
16. U kojoj mjeri ste previše riskirali i radili stvari kojima ste se mogli ozlijediti?	0	1	2	3	4
17. U kojoj mjeri ste bili pretjerano uzbuđen i stalno na oprezu?	0	1	2	3	4
18. U kojoj mjeri ste bili nervozni i lako planuli?	0	1	2	3	4
19. U kojoj mjeri ste imali poteškoća sa koncentracijom?	0	1	2	3	4
20. U kojoj mjeri ste imali poteškoće sa uspostavljanjem i održavanjem sna?	0	1	2	3	4

10.2 EQ-5D-5L – eng. EuroQoL Five-Dimensions- Five-Levels; Upitnik kvalitete života vezane za zdravlje

Ispod svakog naslova označite križićem JEDNU kućicu koja najbolje opisuje Vaše zdravlje DANAS.

POKRETLJIVOST

- | | |
|---|--------------------------|
| Nemam problema u kretanju uokolo | ☐ |
| Imam neznatnih problema u kretanju uokolo | ☐ |
| Imam umjerenih problema u kretanju uokolo | ☐ |
| Imam velikih problema u kretanju uokolo | ☐ |
| Ne mogu se kretati uokolo | ☐ |

SKRB O SEBI

- | | |
|--|--------------------------|
| Nemam problema prati se ili oblačiti | ☐ |
| Imam neznatnih problema kad se perem ili oblačim | ☐ |
| Imam umjerenih problema kad se perem ili oblačim | ☐ |
| Imam velikih problema kad se perem ili oblačim | ☐ |
| Ne mogu se samostalno prati ili oblačiti | ☐ |

UOBIČAJENE AKTIVNOSTI (*npr. posao, škola, kućanski poslovi, aktivnosti u obitelji ili u slobodno vrijeme*)

- | | |
|--|--------------------------|
| Nemam problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti | ☐ |
| Imam neznatnih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti | ☐ |
| Imam umjerenih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti | ☐ |
| Imam velikih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti | ☐ |
| Ne mogu obavljati svoje uobičajene aktivnosti | ☐ |

BOL / NELAGODA

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Ne osjećam bol ili nelagodu | ☐ |
| Osjećam neznatnu bol ili nelagodu | ☐ |
| Osjećam umjerenu bol ili nelagodu | ☐ |
| Osjećam jaku bol ili nelagodu | ☐ |
| Osjećam krajnju bol ili nelagodu | ☐ |

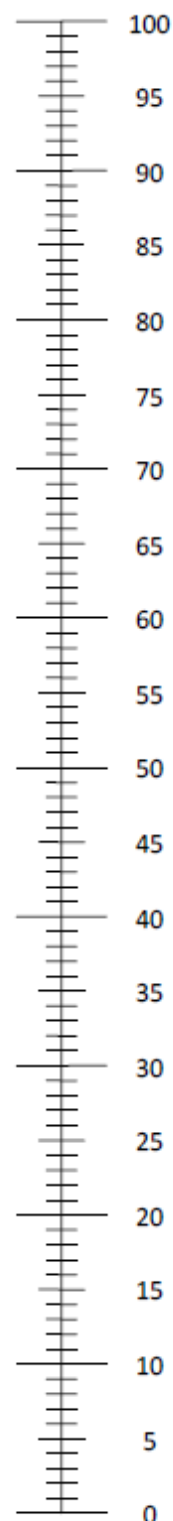
TJESKOBA / POTIŠTENOST

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Nisam tjeskoban ili potišten | ☐ |
| Neznatno sam tjeskoban ili potišten | ☐ |
| Umjereno sam tjeskoban ili potišten | ☐ |
| Jako sam tjeskoban ili potišten | ☐ |
| Krajnje sam tjeskoban ili potišten | ☐ |

- Želimo znati koliko je Vaše zdravlje DANAS dobro ili loše.
- Ova je ljestvica označena brojevima od 0 do 100.
- 100 označava najbolje zdravlje koje možete zamisliti.
0 označava najlošije zdravlje koje možete zamisliti.
- Označite križićem mjesto na ljestvici koje označava Vaše zdravlje DANAS.
- Sada u donju kućicu upišite broj koji ste označili na ljestvici.

VAŠE ZDRAVLJE DANAS =

Najbolje zdravlje koje
možete zamisliti



Najlošije zdravlje koje
možete zamisliti

11.ŽIVOTOPIS

Martina Marušić rođena je 5.11.1994 u Zadru. Po završetku Osnovne škole Šime Budinića na Voštarnici, upisuje Gimnaziju Jurja Barakovića u Zadru. Uz to, pohađa glazbenu školu Blagoje Berse, smjer klasični balet i klavir. Studij Medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci upisuje 2013. godine. Tijekom akademske godine 2014./2015. obnaša dužnost demonstratora na Katedri za anatomiju. Kroz studij aktivno i pasivno sudjeluje na brojnim kongresima te se bavi i znanstvenim radom. Aktivno se služi engleskim jezikom C1 razine.