

OSOBI NE LIČNOSTI I NAČINI SUOČAVANJA SA ŽIVOTNIM POTEŠKOĆAMA KAO ODREDNICE IZBORA METODE ODVIKAVANJA OD OPIJATA

Mikulić, Mirjana

Doctoral thesis / Disertacija

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:711603>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Mirjana Mikulić

**OSOBINE LIČNOSTI I NAČINI SUOČAVANJA SA ŽIVOTNIM
POTEŠKOĆAMA KAO ODREDNICE IZBORA METODE
ODVIKAVANJA OD OPIJATA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Mirjana Mikulić

**OSOBINE LIČNOSTI I NAČINI SUOČAVANJA SA ŽIVOTNIM
POTEŠKOĆAMA KAO ODREDNICE IZBORA METODE
ODVIKAVANJA OD OPIJATA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

Mentor rada: prof. prim. dr. sc. Dunja Degmečić

Komentor rada: prof. dr. sc. Maja Miškulin

Rad ima 69 listova/stranica.

ZAHVALA

Pri izradi rada pomogli su mi mnogi suradnici. Najveću zahvalnost dugujem mentorici prof. dr. sc. Dunji Degmečić i komentorici prof. dr. sc. Maji Miškulin na korisnim savjetima, iskazanom razumijevanju, motiviranju i vođenju tijekom cijelog procesa izrade disertacije.

Također, zahvaljujem prof. dr. sc. Ivanu Čavaru na pomoći prilikom objavljivanja rezultata znanstveno-istraživačkog rada iz područja disertacije.

Zahvaljujem svim djelatnicima Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku, kao i svojoj obitelji i prijateljima na razumijevanju i potpori pruženoj tijekom studiranja.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Ovisnost o drogama.....	1
1.2. Ovisnost i zlouporaba droga kao javnozdravstveni problem	3
1.3. Stres/distres	4
1.4. Obitelj kao rizični/zaštitni čimbenik zlouporabe droga i stigma	6
1.5. Osobine ličnosti ovisnika	8
1.6. Ovisnik i stigma	11
2. HIPOTEZA	13
3. CILJ ISTRAŽIVANJA	14
4. ISPITANICI I METODE	15
4.1 Ispitanici	15
4.2 Metode.....	16
4.2.1 Opći demografski upitnik	16
4.2.2 Skala stresnih životnih događaja.....	16
4.2.3 Upitnik za ispitivanje suočavanja kao dispozicije	18
4.2.4 Upitnik za ispitivanje tipa/osobina ličnosti.....	18
4.3 Statističke metode	19
5. REZULATI	20
6. RASPRAVA	31
6.1 Izraženosti i razlike stresnih životnih događaja kod ovisnika o opijatima te kod osoba koje nisu ovisnici.....	31
6.2 Osobine ličnosti kod skupine ovisnika o opijatima te kod skupine osoba koje nisu ovisnici	32
6.3 Stilovi suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima i kod osoba koje nisu ovisnici. Stilovi suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima - korisnika institucionalnog liječenja i kod ovisnika o opijatima - korisnika supstitucijske terapije.....	35
7. ZAKLJUČAK	38
8. SAŽETAK	40
9. SUMMARY	42
10. LITERATURA	44
11. ŽIVOTOPIS	64
12. PRILOZI	68

POPIS TABLICA

Tablica 5.1 Karakteristike uzorka	20
Tablica 5.2 Razlike u sociodemografskim karakteristikama među skupinama.....	22
Tablica 5.3 Razlike u patološkim karakteristikama među skupinama.....	23
Tablica 5.4 Razlike u rezultatima na skali COPE - Svakodnevnog suočavanja sa stresom	24
Tablica 5.5 Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti	24
Tablica 5.6 Aktivno suočavanje.....	25
Tablica 5.7 Ventiliranje emocija.....	25
Tablica 5.8 Mentalno izbjegavanje	25
Tablica 5.9 Prihvatanje.....	25
Tablica 5.10 Religija.....	26
Tablica 5.11 Humor	26
Tablica 5.12 Bihevioralna neangažiranost.....	26
Tablica 5.13 Suzdržavanje	26
Tablica 5.14 Alkohol	27
Tablica 5.15 Test - Negiranje	27
Tablica 5.16 Potiskivanje kompetencijskih aktivnosti	27
Tablica 5.17 Planiranje	27
Tablica 5.18 Razlike u rezultatima ispitivanja tipa/osobina ličnosti	28
Tablica 5.19 Ugodnost	28
Tablica 5.20 Neuroticizam.....	28
Tablica 5.21 Savjesnost	29
Tablica 5.22 Intelekt	29
Tablica 5.23 Razlike u stresnim događajima među skupinama.....	29
Tablica 5.24 Scheffetest za testiranje razlika među pojedinim skupinama	30

1. UVOD

Ovisnost je kompleksan poremećaj koji utječe na rad mozga i ponašanje osobe. Ovisnike karakterizira oštećeno funkcioniranje čime nastaje znatna šteta za pojedinca i za društvo u cjelini. Iako postoje tretmani koji se temelje na dokazima, postoji veliki jaz između broja oboljelih od ovog poremećaja i onih koji se liječe (1 - 4). Ovisnost o drogama klinički se dijagnosticira standardiziranim ispitivanjima poput Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-V). Da bi DSM-V dijagnosticirao ovisnost o drogama, osobe trebaju ispunjavati dijagnostičke kriterije (blagi, umjereni ili teški) za svaku zlouporabu droge kako bi se naznačila razina ozbiljnosti. Općenito, ovisnost o drogama kronično se razvija u sljedeće četiri faze: povremena uporaba, rekreacija, redovita uporaba i ovisnost (5). Razlikujemo psihičku ovisnost od fizičke ovisnosti. Kod psihičke ovisnosti dolazi do poremećaja kontrole ponašanja - javlja se jaka želja za uzimanjem droge, a nakon prestanka djelovanja droge fizičke promjene dovode do pojave apstinencijskog sindroma, zbog čega se ponovno kontinuirano uzimanja droga (6). Droge dijelimo na osnovu njihovog učinka na središnji živčani sustav te tako razlikujemo psihodepresore, psihostimulanse i halucinogene. Opijati ili narkotici su droge koje najčešće dovode do ovisnosti.

1.1. Ovisnost o drogama

Ovisnost je najteži, kronični stadij dijagnoze poremećaja ovisnosti o drogama karakteriziran znatnim gubitkom samokontrole koji se očituje u ponašanju prisilnog traženja droge unatoč želji za prekidom uporabe (7). Poremećaj zlouporabe tvari je značajno javnozdravstveno pitanje koje utječe na društvo na više načina uključujući gubitak produktivnosti, povećane troškove zdravstvene skrbi, povećanu stopu kriminaliteta i smanjenu kvalitetu života oboljelih (8, 9). Učinkovito liječenje ovisnosti je nužno, ali odustajanje i rizik od recidiva tijekom razdoblja apstinencije veliki su izazov (10, 11). Studije su dokazale da je prosječna stopa odustajanja 30 % i da se od 60 % do 90 % pojedinaca ponovno javi unutar prve godine nakon liječenja (12 - 14), stoga su pristupi za povećanje učinkovitosti liječenja i stope remisije i dalje od iznimnog značaja (15). Istraživanja su stvorila nekoliko teorijskih perspektiva o društvenim i bihevioralnim uzrocima zlouporabe droga, kako bi se razumjelo zašto neki ljudi zlorabe droge, a drugi ne (16). Teorija socijalnog učenja naglašava društvene utjecaje ponašanja i tvrdi da uporaba droga nije urođena već društveno naučena (17). Osnovna premisa teorije društvene kontrole jest da smo rođeni s tendencijom traženja užitka, koja je ublažena formalnim i normativnim strukturama koje oblikuju ponašanje (18, 19). U

konačnici, poimanje pojedinca o vjerojatnosti/ozbiljnosti društvenih sankcija (osjećaj društvene kontrole) i njihovi stavovi o mogućim društvenim sankcijama odredit će vjerojatnost korištenja droga. Na subjektivnu procjenu vjerojatnosti i ozbiljnosti društvenih sankcija utječu društvene veze koje su ugrađene u privrženost ljudi drugima, predanost institucijama, uključenost u normalne aktivnosti i uvjerenja u društvene norme/pravila (18). Što su takve društvene veze jače to je jača društvena kontrola, a time i manja vjerojatnost da će se pojedinci odati drogama.

Dok se socijalno učenje i teorije društvene kontrole usredotočuju na interpersonalne čimbenike kao moderatore ili pomagače individualnog ponašanja, perspektiva traženja senzacija naglašava intrapersonalne osobine kao čimbenike koji doprinose zlouporabi droga (20). Umjesto da gleda na vanjske sile, naglašava čimbenike unutar pojedinaca. Traženje senzacija skup je osobina ličnosti koje karakterizira poriv za novim i složenim uzbuđenjima i spremnost na preuzimanje rizika u traženju senzacija/uzbuđenja (21). S obzirom da uporaba droga može biti ugodna i društveno rizična te da stvara osjećaj uzbuđenja, povezana je s razinom traženja senzacija pojedinca (22). Što je viša razina traženja senzacije, to je veća vjerojatnost da će pojedinci tražiti uzbuđenje koje donosi uporaba psihoaktivnih supstanci (23). U posljednje vrijeme raste interes za personaliziranu medicinu koja prilagođava liječenje temeljem karakteristika pojedinca (24). Učinkovitost takvih strategija liječenja počiva na sposobnosti kliničara da razumiju individualne karakteristike i čimbenike rizika, identificiraju potrebe pacijenata i provode najučinkovitiji program liječenja kako bi se maksimizirali rezultati liječenja (23). Međutim, ovaj se pristup rijetko primjenjuje unutar velikih bolničkih tretmana ovisnosti o drogama i skupnih psihijatrijskih programa.

Osobe s poremećajima ovisnosti o drogama uključujući i one povezane s alkoholom, stimulansima i opioidima imaju kognitivni deficit u pažnji, pamćenju, izvršnim funkcijama (radno pamćenje, inhibicija), vrednovanju nagrada/negativnih emocija i donošenju odluka (25 - 29). Verdejo-Garcia i suradnici ispitali su bihevioralne promjene tj. nefunkcionalno donošenje odluka kod osoba s poremećajima ovisnosti o drogama u odnosu na zdrave pojedince. Pojedinci s poremećajima uporabe alkohola, kanabisa, stimulansa i opioida više vrednuju rizične opcije tijekom formiranja preferencija. Oni su učinkovitiji u učenju uz sustav nagrađivanja i manje učinkoviti u učenju koje proizlazi iz nekog gubitka, odnosno kažnjavanja. Navedeni autori smatraju da su promatrani nedostaci u donošenju odluka najvjerojatnije posljedica premorbidnih čimbenika i učinaka izazvanih njihovom ovisnošću, te su mišljenja da su nedostaci u donošenju odluka prospektivno povezani s većim rizikom od

ponovnog uzimanja droge (30). Unutarnji, strukturalni i vanjski čimbenici mogu utjecati na ponašanje, traženje pomoći i spriječavanje ulaska na liječenje među korisnicima supstanci (31 - 33). Zloupotrebom supstanci ljudi doživljavaju široke zdravstvene i društvene posljedice koje se stigmatiziranjem proširuju i na njihove obitelji. Takva stigma ima implikacije na mentalno i fizičko zdravlje obitelji kao i na njihovu cjelokupnu kvalitetu života (34).

1.2. Ovisnost i zloupotrebica droga kao javnozdravstveni problem

Nema nikakve sumnje da je adolescentska zloupotrebica droga javnozdravstveni problem i da je od nacionalne važnosti (35 - 37). Adolescenti su, uz inače turbulentnu fazu odrastanja, izloženi i dodatnim izazovima: školske i izvanškolske aktivnosti, obiteljske obveze, društveni život, medijski utjecaj, egzistencijalni problemi, pandemija (zatvaranje škola, učenje na daljinu, neizvjesnost)... Sve to je dovelo do odgovora mentalnog zdravlja na nove stresore (depresije, anksioznosti i posttraumatski simptomi). Istraživanja su pokazala povezanost depresivnih adolescenata koji zlorabe kanabis s rizikom javljanja suicidalnih promišljanja i ideja. Isto tako dolazi do pogoršanja postojeće patologije ili su se razvile nove, posebno kod mladih iz obitelji nižeg socioekonomskog statusa gdje je prisutna kronična bolest. Smrtni slučajevi povezani s opioidima nastavljaju trend rasta u svim dobnim skupinama uključujući i mlade odrasle osobe (38, 39). Pristup liječenju opioidnim agonistom mladih i dalje je nizak. S obzirom na pokazatelj da liječenje lijekovima poboljšava ishode uključujući prijenos virusa humane imunodeficijencije, prijenos hepatitisa C, zadržavanje u liječenju i smrtnosti, uporabu lijekova treba snažno poticati kad god je prikladno (40, 41). Kriza predoziranja u Sjevernoj Americi ne jenjava; pogoršavala se i tijekom pandemije COVID-19 (42, 43). Uvođenje nedopuštenog fentanila na neregularnom tržištu droga povezano je s neviđenim brojem slučajeva predoziranja i smrtnih ishoda (44, 45). Ovu krizu potiču zabrana droga i društveno stigmatiziranje kao i strukturalno nasilje koje doživljavaju korisnici i prodavači psihoaktivnih supstanci (46, 47). Ključne intervencije za smanjenje štete uključuju povećanje distribucije naloksona s povezanim predoziranjem i programe pomoći (48, 49), širenje nadziranih mjesta za korisnike psihoaktivnih supstanci uključujući mjesta za prevenciju predoziranja (50, 51), povećanje uloge drugih ovisnika iz bliskog okružja u sprječavanju predoziranja (52 - 54) i veću potporu centrima za liječenje. Provjera droga, koje su bile u opticaju, se također pojavila kao potencijalni odgovor na predoziranja. Pomogla je pružanju veće zaštite ovisnicima, ali i kao neka vrsta nadzora „tržišta“ podacima o „onečišćenim“ drogama (55 - 60). Provjera droga ima važnu ulogu u otkrivanju prisutnosti i koncentracije fentanila i drugih sastojaka koji mogu biti neželjeni ili imati neželjene učinke. Fentanil test trake najrašireniji su odgovor

na provjeru droga u krizi jer su pristupačne i korisne u otkrivanju fentanila u psihoaktivnim supstancama za koje se ne očekuje da su opiodi (61). Pandemija korona virusa (COVID-19) nesumnjivo je najveća javnozdravstvena nepogoda našeg doba (62). Veliki dio svjetske populacije susreo se s novonastalim popratnim psihosocijalnim stresorima kao što su dulje zatvaranje u kuće, depresija i panika zbog nepoznate prirode bolesti, strah od zaraze infekcijom, ranjivost, rad od kuće, anksioznost i strah zbog gubitka posla (63) što potencijalno može potaknuti razvoj ovisnosti u visokorizičnim skupinama, a također i skok u učestalosti zlouporabe ovisnosti među općom populacijom (63 - 65). S druge strane, ovisnici o psihoaktivnim supstancama pripadaju marginaliziranoj zajednici i uvijek su skloniji zarazi tijekom pandemije COVID-19 (66, 67). Rezultati istraživanja su potvrdili povećanu potražnju kanabisa tijekom pandemije dok je potražnja i nabava party droga bila u silaznoj putanji uslijed mjera socijalnog distanciranja (68).

Zlouporaba droga i ovisnost o drogama, odnosno psihoaktivnim tvarima jedan je od vodećih javnozdravstvenih problema Europske unije ali i svijeta te kao takav ostavlja nepovoljne učinke u svim društvenim segmentima (69). Nakon završetka Domovinskog rata droga postaje veliki problem u našoj sredini pa su iz te oblasti vršena brojna istraživanja (70 - 75). Iako nema točnih podataka o razmjerima ove pošasti u Bosni i Hercegovini, nesumnjivo je da ista uzima sve veće razmjere i predstavlja značajan psihosocijalni i javnozdravstveni problem.

1.3. Stres/distres

Pojam stresa prvi je uveo Hans Selye, otac studija koje se bave funkcijom stresa u medicinskom kontekstu (76). Stresori su podijeljeni u široke kategorije koje uključuju psihološke (neurogene ili procesne) ili fiziološke (ili fizičke) stresore. Psihološki stres prvenstveno se definira kao neugodno emocionalno iskustvo koje je obično popraćeno predvidljivim ponašajnim, fiziološkim i biokemijskim odgovorima. Fiziološki stres uključuje neugodne pojave koje bi mogle uzrokovati neke poremećaje u homeostazi ljudskog tijela kao rezultat izravnog utjecaja na um (77). Psihološki stresori mogu utjecati na biološke i fiziološke sustave (78 - 80). Štetni učinci stresa na mentalno i fizičko zdravlje dobro su dokumentirani (82). Često se kaže da stres postoji, kada se ljudi suočavaju sa situacijama koje opterećuju ili premašuju njihovu sposobnost upravljanja istim. Kad god je osoba pod pritiskom da se nosi s nekom preprekom ili prijetnjom, iskustvo je stresno. Temeljem transakcijskog modela stresa i suočavanja, koji su razvili Lazarus i Folkman, osobni i situacijski čimbenici utječu na percipiranje i procjenu situacije u kojoj se susreće. Varijable unutar osobe i okružja

(npr. uvjerenja, zahtjevi i ograničenja) utječu na procjenu stresa i korištenje strategije suočavanja što rezultira fiziološkim i emocionalnim reakcijama (83). Različiti stilovi suočavanja imaju različite učinke na mentalno zdravlje. Na temelju transakcijske teorije stres se može promatrati kao interaktivni proces između stresora (okolnosti iz okruženja koje negativno utječu na nečiju dobrobit) i nečijih psiholoških reakcija poput procjene, prilagodbe i suočavanja. Suočavanje se može opisati kao ljudski kognitivni i/ili bihevioralni naponi koji se koriste za suočavanje s vanjskim i unutarnjim zahtjevima pod stresnim okolnostima. Postoje različite vrste strategija suočavanja. Prvi tip - emocijama usmjereno suočavanje je reaktivno i odnosi se na pokušaje reguliranja osjećaja i emocionalnih odgovora na stresore (npr. ljutnja, strah, tuga, tjeskoba, pritisak). Zatim suočavanje usmjereno na problem - proaktivno je i odnosi se na djelovanje na stresore, okruženje ili samog sebe kako bi se riješio problem u pokušaju smanjenja ili uklanjanja stresa (83, 84). Zabilježeno je da je učinkovitije koristiti suočavanje usmjereno na problem u kontroliranim stresnim okolnostima, dok je bolje koristiti suočavanje usmjereno na emocije u nekontroliranim stresnim okolnostima (85, 86). Treći tip suočavanja - suočavanje usmjereno na izbjegavanje odnosi se na kognicije i ponašanja usmjerena na izbjegavanje stresne situacije i reakcije na nju poput distrakcije i skretanja pozornosti, a ova vrsta suočavanja obično je početna reakcija na stres (85, 87 - 89). Loše kontroliran stres može promijeniti raspoloženje osobe pa, primjerice, zaposlenika čini odsječnim i ciničnim prema svojim kolegama. Razdražljivi zaposlenici lakše su mete za zlostavljanje jer se zlostavljanje protiv njih može lakše opravdati (90).

Konkretno, prijetnja/oslabljujući način razmišljanja povezan je s većim rizikom od depresije dok izazivački/poboljšavajući način razmišljanja može ublažiti utjecaje stresnih iskustava na simptome depresije (91, 92). Način razmišljanja koji povećava stres (koji priznaje prilike svojstvene stresu za osobni rast) povezan je s odgovorima motiviranim pristupom, dok je način razmišljanja koji stres oslabljuje (koji se usredotočuje na štetu i prijetnju koju predstavljaju stresni događaji) povezan s odgovorima motiviranim izbjegavanjem (93). Rezultati istraživanja upućuju na to da način razmišljanja o povećanju stresa ublažava razvoj simptoma depresije i anksioznosti kod studenata koji su suočeni s visokom razinom stresa, tako da je veća percipiranost stresa bila povezana s većom brigom za mentalno zdravlje, ali je rizik bio veći za one s načinom razmišljanja da je stres iscrpljujući. U općoj populaciji negativni učinci stresnih događaja na psihološko blagostanje mogu se ublažiti kroz pozitivan način razmišljanja o stresu koji priznaje prilike svojstvene stresu za osobni rast (94). Osobe s rigidnim stilom suočavanja obično pokazuju više depresivnih i anksioznih simptoma, dok

veća fleksibilnost u prilagođavanju strategija promjenjivim situacijama može pospješiti psihološku prilagodbu (95 - 97).

1.4. Obitelj kao rizični/zaštitni čimbenik zlouporabe droga i stigma

Obitelj je složen, dinamičan sustav koji se stalno razvija i oblikuje u potrazi za ravnotežom između komplementarnih tendencija stabilnosti i transformiranja (98). Funkcioniranje ovog složenog i delikatnog sustava oslanja se na različite čimbenike koji su povezani kako s individualnim karakteristikama svakog člana i društvenim kontekstom u koji je obiteljska jezgra integrirana, tako i s unutarnjim i interpersonalnim obiteljskim čimbenicima poput komunikacije, kohezije, prilagodljivosti, kvalitete odnosa brak/roditelj - dijete i sposobnosti rješavanja problema (99). Svaka osoba je pod velikim utjecajem podrijetla obitelji. Od trenutka rođenja počinje stvaranje rane privrženosti primarnim skrbnicima. Ova potreba za vezom i privrženošću drugima nastavlja se tijekom cijelog života. Obitelj oblikuje – utječe na razvoj svakog pojedinca koji istovremeno ima povratni utjecaj na istu. Od obitelji se traži utočište i potpora.

Instinktivno svaki pojedinac očekuje da mu njegova obitelj bude na raspolaganju u vrijeme bilo koje njegove potrebe (100). To vrijedi za sve osobe i sve obitelji, ali su obitelji ovisnika pod posebnim opterećenjima od kojih je jedno od najznačajnijih ono koje se tiče stigme. Erving Goffman opisao je stigmom kao društveni proces u kojem se osobina, stanje ili status osobe ili skupine identificira kao drugačiji, manje poželjan ili opasan. Ljudi mogu doživjeti stigmom na temelju tjelesnih sposobnosti, individualnog karaktera, zdravstvenog stanja, rase, seksualnog identiteta ili vjere (101). Uporabe nedopuštenih droga, a posebice ovisnost o drogama, mogu se promatrati kao kategorije koje stvaraju stigmom svojom implicitnom definicijom drugosti (102). Ovisnost o drogama nosi sa sobom posljedice ne samo za ovisnika već i za njegove bližnje. Članovi obitelji osoba s problemima zlouporabe opojnih sredstava često doživljavaju negativne posljedice povezane s obiteljskim odnosima, društvenim životom i mentalnim zdravljem (103, 104). Objektivno obiteljsko opterećenje uključuje vrijeme i energiju koju obitelj troši na zdravstvenu njegu osobe ovisnika o drogama, a subjektivno obiteljsko opterećenje odnosi se na emocionalni stres koji cjelokupna situacija (u kojoj se obitelj našla) nosi sa sobom. Članovi obitelji opisuju osjećaje zatvorenosti u kući, izoliranosti od drugih i osjećaje odgovornosti za dobrobit osobe s problemom ovisnosti o drogama. Ovi emocionalni stresori često se izražavaju kroz brigu i tjeskobu (104). Kada je riječ o problemima s drogom roditelji se okrivljuju u većoj mjeri nego ostali članovi obitelji i

smatraju se odgovornima i za pojavu problema s drogama kod svoje djece i za njihov oporavak. Posebno se od majke očekuje da stavi potrebe djeteta ispred svojih. Istraživanje je potvrdilo da je okrivljavanje majke kulturološki prihvaćeno (105, 106).

U mnogim istraživanjima uočen je produljeni i postupni proces traženja pomoći roditelja ovisnika o psihoaktivnim supstancama (104). Emocionalni učinak dječjih problema s drogama na njihove roditelje je također česta tema u mnogim studijama u kojima roditelji opisuju osjećaj krivnje, srama, izolacije, nemoći i tuge (103 - 106). Gledište da djeca razvijaju probleme kao rezultat roditeljskih nedostataka, često se odražava u sklonosti roditelja da sebe okrivljuju za probleme i situaciju svoje djece i to je nešto što se može promatrati kao oblik samostigme. Rezultat toga često je smanjeno samopoštovanje i niža kvaliteta života roditelja. Mnogi od njih odlučuju zadržati probleme djeteta unutar obitelji jer su zabrinuti za percepciju i reakciju okružja. Zbog te zabrinutosti roditelji se nerijetko izoliraju od rodbine i prijatelja. Rezultati istraživanja ukazuju na važnost kontakata u kojima obitelji osoba s ovisnošću o drogama mogu susresti ljude sa sličnim iskustvima uz potrebu za pojačanom stručnom potporom. Budući da krivnja i sram, u kombinaciji s obiteljskim opterećenjem, sprječavaju članove obitelji da sami potraže pomoć, važno je da stručnjaci koji se susreću s osobama s ovisnošću o drogama aktivno istražuju eventualne potrebe njihovih bližnjih za potporom te ih, kada je to moguće, uključe u tretman. Potpora roditeljima u ranim fazama ovisnosti njihove djece o drogama mogla bi spriječiti negativan ciklus krivnje, srama i izoliranja te tako ublažiti dugogodišnju patnju. Danas postoji nekoliko metoda utemeljenih na dokazima za pružanje potpore članovima obitelji osoba s ovisnošću o drogama koje bi se trebale koristiti u većoj mjeri u okviru socijalnih usluga i zdravstvene skrbi. Ove mjere potpore moraju se temeljiti na empatijskom pristupu s ciljem smanjenja osjećaja krivnje i srama (107). Rao i suradnici otkrili su da je zlouporaba alkohola i droga među starijim osobama povezana sa značajnim negativnim utjecajem na zdravlje njihovih obitelji (108). Pregled literature sugerira da su članovi tih obitelji desetljećima bili uključeni u patologiju zlouporabe alkohola, umjesto da su prepoznati kao visokorizična populacija kojoj je potrebno liječenje i potpora (109) .

Norveško izvješće o članovima obitelji upućenih na specijalističke usluge liječenja zbog problema sa zlouporabom droga u obitelji pokazalo je da su u većem postotku to bile žene. Obično su te žene duže razdoblje živjele u zajednici u kojoj je partner zlouporabljivao alkohol ili opojna sredstva prije nego su prvi put zatražile pomoć nakon specifičnog kritičnog incidenta (110). Lindeman i suradnici sugeriraju da odgoda u traženju pomoći može biti

rezultat iskustava članova obitelji poput srama, krivnje, iscrpljenosti, tuge i percipiranog nedostatka potpore (111 - 115).

U istraživanju koje su proveli Johannessen i suradnici, ispitanici su izvijestili o tjeskobi povezanoj s neizvjesnošću početka sljedeće epizode zlouporabe alkohola koja u pravilu rezultira nasiljem, agresijom pa i seksualnim zlostavljanjem (115). Unatoč tim iskustvima pomoć se nije smatrala lako dostupnom (116, 117). Povezani psihološki stres, nesigurnost i tjeskoba vremenom imaju jasne implikacije na mentalno i fizičko zdravlje (110, 118 - 120).

1.5. Osobine ličnosti ovisnika

Osobnost određuje trajne obrasce emocija, ponašanja i kognicija pojedinca koji razlikuju jednu osobu od druge. Model Pet faktora vrlo je utjecajan model koji opisuje osobnost, a uključuje neuroticizam (npr. sklonost emocionalnoj nestabilnosti i doživljavanje osjećaja straha, zabrinutosti i tjeskobe), savjesnost (sklonost organiziranosti, odgovornosti, usmjerenosti cilju i marljivosti), ekstravertnost (htijenje da se bude pozitivan, društven, s visokom razinom aktivnosti i asertivan), otvorenost (težnja kreativnosti, perceptivnosti; cijeni fantaziju, refleksiju i estetiku) i susretljivost (sklonost kooperativnosti, ljubaznosti, povjerenju, altruističnosti i velikodušnosti) (121).

Na temelju teorije o crtama ličnosti osobnost se može smatrati skupom osobina koje su visoko individualizirane i relativno stabilne tijekom životnog vijeka, i koje jedinstveno utječu na nečija ponašanja ili reagiranja na situaciju (122). Osobnost je relativno stabilna značajka nastala interakcijom genskih, okolišnih, obrazovnih i drugih čimbenika (123). Pojedinci odrastanjem prolaze faze suočavanja s novim odlukama i prekretnicama tijekom djetinjstva, adolescencije i odrasle dobi. Svaki stadij definiraju dvije suprotne psihološke tendencije – pozitivna/sintaktička i negativna/distonička. Iz ovoga se razvija vrlina/snaga ega, odnosno nerazvijenost. Ako se vrlina usvoji, može pomoći u rješavanju trenutačne odluke ili sukoba. Također će pomoći kasnijim fazama razvoja i pridonijeti stabilnom temelju za osnovne sustave vjerovanja u vezi sa samim sobom i s vanjskim svijetom. Da bi pronašao ravnotežu, čovjek mora upravljati dvjema suprotnim vrijednostima u svakoj fazi života, umjesto što teži samo pozitivnoj kvaliteti. Preveliko odstupanje prema pozitivnim tendencijama može biti neprilagodljivo, dok previše naginjanje prema negativnim može biti zloćudno (124). Posljedično, adolescenti se moraju nositi sa stresnim životnim događajima i teškoćama kao produktom tih promjenama. Susreću se sa specifičnim razvojnim zadacima uključujući izgradnju identiteta, osobnu autonomiju i redefiniranje odnosa s odraslima i s vršnjacima

(125). Petfaktorski model mjerenja crta ličnosti prikazuje predvidljive povezanosti sa značajkama poremećaja osobnosti u općoj i kliničkoj populaciji, a uspješno je primijenjen u studijama za predviđanje funkcionalnih vrsta poremećaja osobnosti (126), anksioznosti i depresije (127, 128). Prethodne prospektivne studije sugeriraju na visoki neuroticizam kao faktor rizika za budući razvoj depresivnih i anksioznih simptoma i poremećaja. Velika meta-analiza 59 uzdužnih i prospektivnih studija (443, 313 sudionika) pokazala je velike povezanosti između neuroticizma i anksioznosti te depresivnih simptoma i poremećaja (129). U studijama srednjoškolaca praćenih u kraćim razdobljima (od 18 mjeseci do 6 godina) viši osnovni neuroticizam bio je povezan s naknadnim prvim početkom DSM-IV depresivnih i anksioznih poremećaja (130, 131). Razlog niske stabilnosti osobina ličnosti tijekom adolescencije mogao bi ležati u biološkom razvoju tijekom tog razdoblja. Naime, adolescencija je identificirana kao osjetljivo razdoblje koje je popraćeno strukturalnim i funkcionalnim promjenama u mozgu. Teoretičari Velikih pet osobina ličnosti uglavnom objašnjavaju ove nedosljednosti činjenicom da s početkom adolescencije pojedinci počinju razmišljati o sebi, svojim interakcijama s drugima i o tome kako ih drugi mogu percipirati (132 - 134).

U istraživanju, koje su proveli Estévez i suradnici, o funkcionalnim i mentalnim oštećenjima koja doživljavaju odrasli muškarci s poremećajem pažnje/hiperaktivnosti (ADHD), došlo se do zaključka da se ta oštećenja mogu pogoršati redovitom uporabom droga. ADHD je bio pozitivno povezan s ranim početkom uporabe alkohola, nikotina i kanabisa - rizičnom uporabom ovih supstanci i prisutnošću poremećaja u vezi s uporabom alkohola te ovisnosti o nikotinu i kanabisu. Rezultati ove studije upućuju i na to da je ADHD u odrasloj dobi značajno povezan sa sklonošću eksperimentiranju s dopuštenim i nedopuštenim tvarima (osobito u ranijoj dobi), ispoljavanju rizičnih obrazaca uporabe tvari i naknadnom razvoju ovisnosti o drogama (135).

Istraživanja također ukazuju na povezanost određenih domena osobnosti i uporabe droga. Primjerice niska savjesnost povezana je s početkom uporabe droga kod mladih (136, 137) dok su visoka dezinhibicija, niska savjesnost i agresivnost povezani s poremećajem ovisnosti o drogama (138). Općenito govoreći postoji konsenzus da su najimpulzivnije crte ličnosti i emocionalna nestabilnost povezane s pojavom ovisnosti o psihoaktivnim supstancama. Štoviše, ovisnost o supstancama često je povezana sa specifično oštećenim mrežama inhibicije odgovora i atribucije istaknutosti uz komorbiditet s drugim poremećajima (139, 140). Na razini osobina dobro su dokumentirane povezanosti između domena osobnosti,

aspekata impulzivnosti i uporabe droga (141, 142). Postoje i dokazi koji idu u prilog povezanosti između uspješnosti impulzivnih zadataka i uporabe droga (143 - 146). Kod ovisnosti postoji proces povezan sa sklonošću ili željom ka pristupu drogama, dok je također moguće identificirati proces povezan sa smanjenom sposobnošću inhibicije ovog pristupa ponašanju. Prema ovom modelu komponenta impulzivnog pristupa uključuje domene osobnosti kao što su osjetljivost na nagradu, traženje senzacije ili ekstraverzije zajedno s rezultatima impulzivnog izbora i zadacima diskontiranja odgode. Inhibicijska kontrolna komponenta uključuje osobine ličnosti kao što su ograničenje i nagrade na zadacima te ponašanja povezanim s impulzivnim djelovanjem ili motoričkom dezinhibicijom (147).

Kaplan i suradnici su svojim istraživanjem potvrdili pozitivan odnos socijalne anksioznosti s neuroticizmom i negativan odnos iste s ekstraverzijom. Međutim, nalazi o odnosima između socijalne anksioznosti i ugodnosti, savjesnosti i otvorenosti prema iskustvu su mješoviti. Što se tiče osobina ličnosti na razini aspekta, socijalna anksioznost je u negativnoj korelaciji s povjerenjem (faseta ugodnosti) i samoeфикаsnosti (faseta savjesnosti) (148).

Mnoge studije navode zlouporabu kanabisa kao disfunkcionalni način suočavanja, kao motiv uporabe nakon povećanja negativnog afekta te kao sredstvo koje može dovesti do smanjenja negativnog afekta i ljutnje/neprijateljstva u psihijatrijskoj populaciji (149), opsesivno-kompulzivnih simptoma (150) koje podržava percepciju „samoliječenja“ (151) i ublažavanja simptoma. Između ostalog, istraživanja su pokazala da su osobe s rezultatima visokoga neuroticizma sklone interpretiranju situacija koje ne sadrže očitu opasnost kao mjesta sukoba (visoki rezultati na stavkama poteškoće, negativnost i obmana). Došlo se do spoznaja o različitim profilima osobina ličnosti u usporedbi korisnika opioda i onih koji ih ne koriste. S obzirom na opće dimenzije osobnosti korisnici supstanci imaju tendenciju pokazivanja povišene razine reaktivnosti, negativnih afekta i traženja novosti. Što se tiče patologije osobnosti, korisnici droga imaju tendenciju da pokažu povećanje antagonizma, dezinhibicije i psihoticizma u usporedbi s nekonzumentima. Isto tako, navedeni obrasci crta osobnosti često su povezani s dijagnozama graničnih i antisocijalnih poremećaja osobnosti iz klasifikacija koje su često komorbidne s poremećajima ovisnosti o drogama (152). Napori da se razumiju značajke osobnosti konzumenata psihoaktivnih tvari imaju dugu povijest koja seže do ranih psihoanalitičkih konceptualizacija. Napredak u ovom području usmjeren je na primjenu višedimenzionalnih inventara osobnosti kako bi se bolje razumjele razlike u osobnosti između korisnika psihoaktivnih supstanci i onih koji ih ne koriste, te između različitih tipova uporabe supstanci s obzirom na psihopatološke osobine i široke dimenzionalne čimbenike. Medicinska

i psihološka istraživačka literatura dokumentira dugu povijest pokušaja identificiranja i karakterizacije profila osobnosti povezanih s problematičnom uporabom supstanci. Pristupi ovom pitanju su različiti te se koriste objektivne, projekтивne, dimenzionalne i kategoričke mjere osobnosti kao i psihoanalitička formulacija ponašanja u vezi s uporabom supstanci. Studije su se u početku usredotočile na ispitivanje dokaza o postojanju „alkoholičarske“ ili „ovisničke“ strukture osobnosti koja može predisponirati pojedince za problematično korištenje alkohola i droga (153). Istraživanje koje primjenjuje značajke ličnosti Big Five pokazuje da su korisnici alkohola manje ekstravertirani nego druge skupine koje koriste droge, što ukazuje na rezerviraniju osobnost i manju društvenu povezanost (154). Korisnici alkohola i više vrsta droga ne razlikuju se značajno u razinama neuroticizma i otvorenosti prema iskustvu; međutim, korisnici više vrsta droga imaju tendenciju postizanja nižih rezultata od nekorisnika kada je riječ o savjesnosti i ljubaznosti, dok korisnici alkohola nemaju. Isto tako došlo se do spoznaje da su profili korisnika više vrsta droga više konzistentni s antisocijalnim poremećajem osobnosti nego profili korisnika alkohola; s višim razinama traženja osjećaja, dezinhibicije, traženja iskustva te traženja uzbuđenja i avanture (155). Podržavajući dublju patologiju osobnosti kod pacijenata s opioidima istraživači su također primijetili da korisnici opioda i drugih droga imaju veću vjerojatnost zadovoljavanja kriterija za kliničku dijagnozu graničnih, antisocijalnih, ovisničkih i narcističkih poremećaja osobnosti u usporedbi s korisnicima alkohola (156 - 158).

1.6. Ovisnik i stigma

Stigmatiziranje je društveni proces kolektivne primjene stereotipa od strane pojedinaca na prepoznatljivu podskupinu (159). Nakon što društvo usvoji stav da su negativne konotacije povezane sa stereotipima primjenjive na sve članove podskupine, često dolazi do diskriminiranja, zbog čega stigma može negativno utjecati na uspjeh u svim sferama života (zapošljavanje, međuljudski odnosi, socijaliziranje, zdravlje, zdravstvena skrb...). Stigma kao pratilja ljudi koji se liječe od bolesti ovisnosti uobičajena je u mnogim društvima diljem svijeta. Jedna studija Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) pokazala je da je od 18 različitih zdravstvenih stanja, ovisnost o drogama rangirana kao prva ili druga najstigmatiziranija u 12 od 14 ispitanih zemalja, a alkoholizam rangiran između drugog i sedmog mjesta u 13 zemalja ispitanika (160). Iako stigma, pratilja ovisnika, može biti zaštitni čimbenik koji odvraća nekonzumente od eksperimentiranja s uporabom supstanci (161), ona paradoksalno potiče nastavak uporabe nakon što pojedinac uđe u kulturu droga (162) i može spriječiti pristup uslugama liječenja (163).

Ovisnosti su obično praćene osjećajem srama ili samostigmatiziranja koje proizlazi iz javne stigmatizacije u procesu koji vodi do internalizacije društvene osude vezane uz negativne stereotipe povezane s ovisnošću, a to počiva na socijalnom konstruktivističkom prikazu u kojem osobe pogođene javnom stigmatizacijom internaliziraju njezine norme. Stigma se pojavljuje kao sastavni dio dinamičkog procesa nastanka ovisnosti. Do njega dolazi internalizacijom negativnog stereotipa, posljedičnim gubitkom samopoštovanja i djelovanjem prema negativnoj javnoj slici. Ova javna slika isključuje pogođene pojedince iz javnog angažmana jer ih se smatra, na primjer, nepouzdanima. Pogođeni pojedinci tada će se isključiti iz javnog života možda tako što se neće prijaviti za posao, uklonit će se iz javnosti ili će se prestati smatrati odgovornim građanima (164). Owen Flanagan je prije jednog desetljeća predložio prikaz ovisnosti koji uključuje stanje srama. Ovisne osobe sebe doživljavaju kao neuspješne u svakodnevnom, osobnom i profesionalnom djelovanju te kao nesposobne da ispune svoje osobne ciljeve, a takvo njihovo doživljavanje sebe dovodi do skupa negativnih stavova o sebi od kojih je najizraženiji sram (165). Flanagan razlikuje sram iz društvenog izvora i fenomen srama u vlastitim očima što obrazlaže tvrdnjom: „Standardi proizlaze iz društvenog učenja gdje brzo naučimo da iznevjerivši sebe obično iznevjerimo druge koji se oslanjaju na nas.“ (165). McGinty i suradnici su istraživali stigmiju povezanu sa zluporabom droga u javnom i profesionalnom okruženju te došli do zaključka da stigmatizacija ove populacije u značajnoj mjeri utječe na javno mišljenje o politikama i financiranju njihovog liječenja i želji javnosti za socijalnom distancom u odnosu na ovu populaciju (166).

Za osobe koje zlorabe psihoaktivna sredstva stigma je jedna od najznačajnijih prepreka ne samo za svakodnevni život već i za mogućnost i uspješnost liječenja (167). Tema brojnih istraživanja je bila iznalaženje načina prevazilaženja tog problema. Tako pojedini autori postavljaju pitanje terminologije, odnosno uporabe izraza „osobe koje zluporabljaju opojna sredstva“ (u ovim krajevima poznatijeg izraza „ovisnici“) i izraza „osobe s poremećajem ovisnosti o opojnim tvarima“. Naime, došlo se do saznanja da će se na pojedince (koji su označeni kao osobe koje zlorabe opojna sredstva ili ovisnike) najčešće gledati kao na prijetnju te da će im se pripisivati krivnja koja zahtijeva kaznene mjere umjesto medicinskog liječenja. Međutim, pojedinac okarakteriziran kao osoba s poremećajem ovisnosti o opojnim tvarima ima veće šanse i pozitivniju klimu uz izraženije stavove da je liječenje prikladnije od kazne (168).

2. HIPOTEZA

Pretpostavlja se, na temelju rezultata do sada provedenih istraživanja, da će se utvrditi razlike između ovisnika o opijatima koji su korisnici metadonske terapije kao metode odvikavanja od ovisnosti i korisnika institucionalnog programa odvikavanja od ovisnosti u osobinama ličnosti i strategijama suočavanja sa stresom u odnosu na kontrolnu skupinu.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Sukladno postavljenoj hipotezi definirani su sljedeći ciljevi istraživanja:

1. Utvrditi izraženost stresnih životnih događaja kod ovisnika o opijatima i osoba koje nisu ovisnici.
2. Utvrditi osobine ličnosti kod skupine ovisnika o opijatima te kod skupine osoba koje nisu ovisnici.
3. Utvrditi osobine ličnosti ovisnika o opijatima - korisnika institucionalnog liječenja i ovisnika o opijatima - korisnika supstitucijske terapije.
4. Utvrditi stilove suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima i kod osoba koje nisu ovisnici.
5. Utvrditi stilove suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima - korisnika institucionalnog liječenja i kod ovisnika o opijatima - korisnika supstitucijske terapije.
6. Ispitati postoje li razlike u izraženosti stresnih životnih događaja, osobinama ličnosti i stilovima suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima te kod osoba koje nisu ovisnici.
7. Ispitati postoje li razlike u osobinama ličnosti te sklonostima korištenja izbjegavanja i suočavanja s problemima kao i stilovima suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima koji su korisnici metadonske terapije te kod ovisnika o opijatima koji su korisnici institucionalnog programa odvikavanja od ovisnosti.

4. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je ustrojeno kao serija presječnih istraživanja. Prvi dio se proveo na početku istraživanja (testiranje ispitanika sa skalama), a drugi dio nakon tri mjeseca i to uvidom u medicinsku dokumentaciju s ciljem utvrđivanja broja ispitanika koji su održali apstinenciju u potpunosti, koliko ih je izišlo iz programa te koliko ih je imalo recidiv.

4.1 Ispitanici

Obuhvaćen je uzorak mlađih odraslih muškaraca, u dobi od 18 do 35 godina. Istraživanjem je obuhvaćeno ukupno 210 muških ispitanika u dobi 18 - 35 godina. Ispitanici su raspoređeni u tri skupine: 1. skupina ovisnika o opijatima (N = 70) koja koristi institucionalni program liječenja od ovisnosti u Zajednici Milosrdni Otac u Međugorju (u daljnjem tekstu skupina *Milosrdni Otac*) a koji nemaju psihotičnih poremećaja i boravili su u instituciji zatvorenoga tipa najmanje 6 tjedana prije uključivanja u istraživanje; 2. skupina ovisnika o opijatima (N = 70) na supstitucijskoj terapiji metadonom koji su upućeni u savjetodavni program zbog apstinencijskog sindroma u Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Mostaru (skupina *Centar Mostar*). Ispitanici skupine *Centar Mostar* nemaju psihotičnih poremećaja i bili su u razdoblju apstinencije dulje od 6 tjedana; 3. skupina ispitanika koji nisu ovisnici o opijatima i nemaju psihotične poremećaje (N = 70), a čine ju pacijenti ambulante obiteljske medicine Dom zdravlja Široki Brijeg (*kontrolna skupina*). Svi ispitanici su informirani o svrsi istraživanja i zamoljeni da prihvate svoje sudjelovanje. Ispitanici koji su prihvatili sudjelovanje, dobili su Obavijest o ispitivanju i na potpis Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju nakon čega su im u zatvorenim omotnicama uručeni testovi tipa samoocjenskih skala. Ispitanici skupina *Milosrdni Otac* i *Centar Mostar* su testove ispunjavali u sjedištima tih centara, a ispitanici *kontrolne* skupine (koji nisu ovisnici o opijatima) upitnike su popunjavali uz stalnu mogućnost neposrednog i telefonskog kontakta s glavnim istraživačem. Popunjeni upitnici su dostavljeni glavnom ispitivaču u zapečaćenim i neoznačenim omotnicama kako bi se osigurala anonimnost ispitanika.

Uvidom u medicinsku dokumentaciju nakon tri mjeseca ustanovljeno je:

— Zajednica Milosrdni Otac iz Međugorja:

- Održali apstinenciju u potpunosti - 43.
- Izišli iz programa – 19.
- Recidiv – 8.

— Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Mostaru:

- Održali apstinenciju u potpunosti – 47.
- Izišli iz programa - 10 (2 umrla i 1 u zatvoru).
- Recidiv - 13.

Veličina potrebnog uzorka procijenjena je korištenjem programa G*Power (169) inačica 3.1.9.2. Uzevši u obzir istraživački cilj i planirane statističke obrade, uz jednosmjernu analizu varijante za neovisne skupine kao najkompleksniju analizu u ovom istraživanju, unaprijed je određena srednja veličina učinka ($f = 0,25$) prema Cohenovoj konvenciji (170). Prema navedenoj veličini učinka uz razinu značajnosti od $\alpha = 0,05$ te *a priori* određenu snagu istraživanja od 0,90 utvrđena je preporučena ukupna veličina uzorka od 207 ispitanika. Za potrebe podjele ispitanika u tri skupine jednake veličine planira se obuhvatiti po 210 ispitanika, odnosno po 70 ispitanika u svakoj skupini.

4.2 Metode

Ispitivanje je obavljeno metodom anketiranja za što su sačinjena četiri upitnika.

4.2.1 Opći demografski upitnik

Prvi upitnik sadrži pitanja o općim demografskim podacima o ovisnicima i njihovim obiteljima te podacima o njihovom socijalnom i materijalnom statusu.

4.2.2 Skala stresnih životnih događaja

Drugi upitnik čini izvorna skala sastavljena od 43 stresna događaja koja su diferencijalno vrednovana po težini stresnosti. Prema dosadašnjim rezultatima, među mjerenim događajima, najstresniji efekt ima smrt supružnika, nakon čega slijedi razvod dok veći godišnji odmori i manji prekršaji čine najmanje stresne događaje.

Hrvatska verzija Skale stresnih životnih događaja prikazana je u istraživanju Belak Kovačević (171). Sastoji se od 31 izvorne čestice s dodanih još šest životnih događaja koje je autorica smatrala relevantnim. Dodatne čestice su se odnosile na rastavu roditelja, neočekivanu trudnoću, teškoće u spolnom životu, probleme, nesporazume i razočaranja s roditeljima, teškoće u odnosu sa pretpostavljenima (nadređeni ili profesor), protjerivanje iz vlastitog doma i preseljenje zbog gubitka stana/smještaja. Ispitanicima je ostavljena mogućnost da dodaju neki događaj koji nije naveden na listi.

Za razliku od Izvorne skale, odgovori ispitanika se boduju na ljestvici Likertova tipa od 4 stupnja:

- 1- „ovaj me događaj uopće nije uznemirio (ili vrlo malo)“
- 2- „ovaj me događaj prilično jako uznemirio“
- 3- „ovaj me događaj jako uznemirio i potresao“
- 4- „ovaj me događaj izrazito jako uznemirio“.

Pri ocjenjivanju je uzet u obzir ukupan broj stresnih događaja i ukupna suma procijenjene stresnosti događaja. Suma procjena određena je tako što se zbrajaju stupnjevi koje je ispitanik zaokružio. Procjenom stresnosti proživljenog događaja izbjegnute su prosječne vrijednosti kod standardnih lista stresnih događaja koje imaju samo statističko značenje, a na individualnoj razini ne moraju značiti ništa jer isti događaj može imati različito značenje za pojedine ljude.

Pojedinac sam procjenjuje stresnost događaja i ta procjena određuje njegovo stresno djelovanje. Ovaj postupak je odabran s namjerom objedinjavanja prednosti lista životnih događaja i intervju, a s ciljem da se u najvećoj mjeri izbjegnu njihovi nedostaci. Pri ocjenjivanju uzima se u obzir ukupan broj stresnih događaja i ukupna suma procijenjene stresnosti događaja. Suma procjena se određuje tako što se zbrajaju stupnjevi 1 - 4 koje je ispitanik zaokružio. Prigovor ovakvom načinu bodovanja stresnosti je taj što osoba koja je imala veći broj stresnih događaja nužno ima i veću sumu stresnosti, odnosno doživljava događaje stresnije. Da bi se to izbjeglo, računa se i prosječni indeks stresnosti kao omjer suma procjene stresnosti i broja stresnih događaja, odnosno

$$\text{prosječni indeks stresnosti} = \frac{\text{prosječna stresnost}}{\text{broj stresnih događaja}}$$

te se na taj način eliminira utjecaj broja stresnih događaja na procjenu stresnosti u statističkom smislu.

Za skalu negativnih stresnih događaja u istraživanju je dobivena relativno visoka pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, a iznosi $\alpha = 0,92$ (za broj stresnih događaja) i $\alpha = 0,90$ (za intenzitet stresnih događaja).

4.2.3 Upitnik za ispitivanje suočavanja kao dispozicije

Za ispitivanje strategija suočavanja primijenjena je adaptirana verzija upitnika suočavanja sa stresnim situacijama (Coping Orientation to Problem s Experienced - COPE). Autori ovog upitnika su Carver, Weintraub i Scheirer (172), a Hudek-Knežević i Kardum (173) su izvršili njegovu prilagodbu našim kulturalnim uvjetima i to na način da su od 71 čestice (koje čine 17 empirijski deriviranih skala) preuzeli njih 15 koje su sadržane u upitniku iz ovog istraživanja, a specifični odgovori ispitanika našeg područja sačinjavaju dvije dodatne skale koje se nazivaju skala osamljivanja i skala potiskivanja emocija.

Konačni rezultat svakog ispitanika oblikuje se kao skor zbrajanjem čestica koje tvore pojedinu skalu. Ove skale podvrgnute su faktorskoj analizi drugog reda u istraživanju koje su proveli Hudek-Knežević i Kardum na uzorku od $N = 403$ ispitanika, a u sklopu prve adaptacije skale našim kulturalnim uvjetima. Dobivena su tri faktora koja su autori nazvali problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i suočavanje izbjegavanjem. Pouzdanost tipa Cronbach alfa za pojedine ljestvice kreće se u rasponu od 0,52 do 0,9 a test-retest pouzdanosti u rasponu od 0,34 do 0,72. Pouzdanost COPE upitnika, procijenjena Cronbachovim koeficijentom alfa, na našem ukupnom uzorku za pojedine ljestvice kretala se u rasponu od 0,62 (za skalu potiskivanja kompeticijskih aktivnosti) do 0,98 (za skalu alkohol). Kao što se vidi, koeficijenti pouzdanosti su nešto viši nego što navode Hudek-Knežević i Kardum. Za pojedine faktore u našem istraživanju dobivena je relativno visoka pouzdanost tipa nutarnje konzistencije ($\alpha = 0,86$ za problemu usmjereno suočavanje; $\alpha = 0,81$ za izbjegavanje; $\alpha = 0,87$ za emocijama usmjereno suočavanje) (173).

4.2.4 Upitnik za ispitivanje tipa/osobina ličnosti

Osobine ličnosti ispitane su IPIP (International Personality Item Pool - IPIP) skalom od 100 čestica kojom se procjenjuje ličnost na 5 velikih dimenzija: neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost ka iskustvu, ugodnost i savjesnost. IPIP je razvijen kao kroskulturalna mjera petfaktorskog modela ličnosti (174). Čestice su predstavljene u obliku kratkih tvrdnji, a zadatak sudionika jest da za svaku od njih procijeni u kojoj mjeri se odnosi na njega na skali od 5 stupnjeva.

Upitnik se sastoji od 50 čestica koje obuhvaćaju kratke tvrdnje (nešto duže od pridjeva). Zadatak sudionika je da za svaku tvrdnju označi koliko pojedini iskaz opisuje baš njega, onakvog kakvim se sada vidi. Sudionik ispitivanja označava uza svaku tvrdnju broj koji

odgovara njegovom samoopisu na ljestvici od 5 stupnjeva (1 - potpuno netočno; 5 - potpuno točno). Za svaku od pet dimenzija ličnosti postoji 10 tvrdnji. Prijevod upitnika IPIP 100, čija je ovo kraća verzija, na hrvatski jezik učinio je dr. Boris Mlačić (175). Dimenzije ličnosti i tvrdnje koje ih prezentiraju su ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost i intelekt. Istraživanja na hrvatskim uzorcima pokazuju koeficijente pouzdanosti dovoljno visoke za istraživačke svrhe (α za sve dimenzije ličnosti je varirao od 0,75 do 0,93) kao i potvrdu pretpostavljene petfaktorske strukture ovog upitnika (176).

4.3 Statističke metode

Za statističku analizu korišten je programski sustav SPSS for Windows (inačica 17.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excell (inačica 11. Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Statistički testovi za obradbu podataka odabrani su ovisno o vrsti varijabli. Za nominalne i ordinalne varijable koristiti se χ^2 test, a pri manjku očekivane frekvencije Fisherov egzaktni test. Statistički testovi, kojima se analiziraju kontinuirane varijable, odabrani su na temelju simetričnosti raspodjele podataka. Pri nesimetričnoj raspodjeli podataka koristi se Mann-Whitneyev U test za usporedbu dvije neovisne varijable, a Kruskal-Wallisov test u usporedbi više od dvije neovisne varijable. Ukoliko raspodjela podataka bude simetrična, za usporedbu dvije nezavisne varijable bit će korišten Studentov t-test, a u usporedbi više od dvije simetrično distribuirane neovisne varijable ANOVA test. Statistička značajnost bit će izražena pri $p < 0,05$.

5. REZULATI

Značajno viši udio ispitanika u uzorku su bili samci ili oženjeni. Ustanovljene bračne zajednice su u najvećem postotku trajale kraće od 10 godina, a najviše ispitanika nije imalo djecu. Značajna većina je živjela u roditeljskom stanu, u radnom su odnosu te su srednjeg ekonomskog statusa. Najviše ispitanika je završilo srednju školu. Većina njih se izjasnila da su pušači, a manji dio da konzumira alkohol i uzima droge samo povremeno. Manji udio je imao psihičke smetnje i obiteljsku anamnezu ovisnosti, a najveći udio je imao ovisnički staž duži od 5 godina. Značajno manji dio ispitanika je imao somatsku bolest, psihijatrijske bolesti i suicid u obitelji. U strukturi uzorka među skupinama nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.1).

Tablica 5.1 Karakteristike uzorka

	n	%	χ^2	p
Skupina			0,150	0,928
Centar Mostar	70	32,4		
Milosrdni Otac	70	32,4		
Kontrolna	74	34,3		
Brak			151,374	< 0,001
Neoženjen	98	45,4		
Oženjen	67	31,0		
Razveden	38	17,6		
Udovac	1	0,5		
Razdvojen	10	4,6		
Trajanje braka			109,144	< 0,001
< 10	73	33,8		
10 – 19	26	12,0		
20 – 30	10	4,6		
> 30	2	0,9		
Djeca			46,229	< 0,001
Ne	79	36,6		
Jedno	43	19,9		
Dvoje	42	19,4		
Troje i više	15	6,9		
Stan			170,486	< 0,001
Vlasnik stana	61	28,2		
Roditeljski stan	107	49,5		
Iznajmljen	35	16,2		
Dom ili dr. ustanova	6	2,8		
Beskućnik	5	2,3		

Posao			131,774	< 0,001
Radno nesposoban	2	0,9		
Nezaposlen	74	34,3		
U radnom odnosu	88	40,7		
Sezonski poslovi	34	15,7		
U mirovini	14	6,5		
Ekonomski status			56,820	< 0,001
Nizak	71	32,9		
Osrednji	111	51,4		
Dobar	23	10,6		
Obrazovanje			541,491	< 0,001
Bez OŠ	3	1,4		
Specijalna	5	2,3		
OŠ	4	1,9		
Nepotpuna OŠ	2	0,9		
SSS	146	67,6		
VŠS	33	15,3		
VSS	19	8,8		
Pušenje	166	76,9	65,055	< 0,001
Alkohol	80	37,0	12,755	< 0,001
Droge			29,057	< 0,001
Da	55	25,5		
Ne	74	34,3		
Povremeno	21	9,7		
Ovisnik	61	28,2		
Psihičke smetnje	84	38,9	7,010	0,008
Obiteljska anamneza ovisnosti	81	37,5	9,398	0,002
Ovisnički staž			144,579	< 0,001
1 – 3	9	4,2		
3 – 5	17	7,9		
> 5	113	52,3		
Somatska bolest	42	19,4	73,923	< 0,001
Psihijatrijske bolesti u obitelji	22	10,2	134,089	< 0,001
Suicid u obitelji	14	6,5	157,733	< 0,001

*Fisherov egzaktni test

Najviše ispitanika iz bračne zajednice je bilo u kontrolnoj skupini, a najviše ispitanika bez djece u skupini Milosrdni Otac. Najviše njih s jednim djetetom je bilo u skupini Centar Mostar, a dvoje u kontrolnoj skupini. Najviše ispitanika s vlastitim stanom je bilo u kontrolnoj skupini, a u istoj je bilo i najviše zaposlenih ispitanika. Najviše ispitanika niskog ekonomskog statusa je bilo u skupini Centar Mostar, a najviše osrednjeg u kontrolnoj. Kontrolna skupina je bila i najobrazovanija. U trajanju braka nije bilo statistički značajnih razlika među skupinama (Tablica 5.2).

Tablica 5.2 Razlike u sociodemografskim karakteristikama među skupinama

	Skupina						χ^2	p
	Centar Mostar		Milosrdni Otac		Kontrolna			
	n	%	n	%	n	%		
Brak							23,159	0,001*
Neoženjen	33	47,1	37	52,9	28	37,8		
Oženjen	20	28,6	16	22,9	31	41,9		
Razveden	8	11,4	15	21,4	15	20,3		
Udovac	0	0,0	1	1,4	0	0,0		
Razdvojen	9	12,9	1	1,4	0	0,0		
Trajanje braka							8,739	0,133*
< 10	24	72,7	17	53,1	32	69,6		
10 – 19	4	12,1	12	37,5	10	21,7		
20 – 30	3	9,1	3	9,4	4	8,7		
> 30	2	6,1	0	0,0	0	0,0		
Djeca							15,560	0,016
Ne	16	30,2	34	55,7	29	44,6		
Jedno	22	41,5	9	14,8	12	18,5		
Dvoje	11	20,8	12	19,7	19	29,2		
Troje i više	4	7,5	6	9,8	5	7,7		
Stan							29,631	< 0,001*
Vlasnik stana	14	20,0	14	20,0	33	44,6		
Roditeljski stan	45	64,3	32	45,7	30	40,5		
Iznajmljen	7	10,0	17	24,3	11	14,9		
Dom ili dr. ustanova	4	5,7	2	2,9	0	0,0		
Beskućnik	0	0,0	5	7,1	0	0,0		
Posao							57,990	< 0,001*
Radno nesposoban	1	1,4	1	1,5	0	0,0		
Nezaposlen	30	42,9	32	47,1	12	16,2		
U radnom odnosu	12	17,1	21	30,9	55	74,3		
Sezonski poslovi	19	27,1	9	13,2	6	8,1		
U mirovini	8	11,4	5	7,4	1	1,4		
Ekonomski status							24,928	< 0,001

Nizak	35	53,8	25	37,9	11	14,9
Osrednji	23	35,4	36	54,5	52	70,3
Dobar	7	10,8	5	7,6	11	14,9
Obrazovanje						47,374 < 0,001
Bez OŠ	2	2,9	0	0,0	1	1,4
Specijalna	4	5,8	1	1,4	0	0,0
OŠ	2	2,9	2	2,9	0	0,0
Nepotpuna OŠ	0	0,0	2	2,9	0	0,0
SSS	59	85,5	48	69,6	39	52,7
VŠS	2	2,9	11	15,9	20	27,0
VSS	0	0,0	5	7,2	14	18,9

*Fisherov egzakti test

Najviše pušača je bilo u skupini Centar Mostar. Najviše korisnika alkohola u skupini Milosrdni Otac te najviše korisnika droga u skupini Centar Mostar koja je istovremeno imala najmanji postotak obiteljske anamneze ovisnosti. Najduži ovisnički staž je imala skupina Centar Mostar. Psihijatrijske bolesti i suicid u obitelji su bili najčešće u skupini Milosrdni Otac. U pojavnosti somatskih bolesti nije bilo statistički značajnih razlika među skupinama (Tablica 5.3).

Tablica 5.3 Razlike u patološkim karakteristikama među skupinama

	Skupina						χ^2	p
	Centar Mostar		Milosrdni Otac		Kontrolna			
	n	%	n	%	n	%		
Pušenje	66	94,3	45	64,3	55	74,3	18,789	< 0,001
Alkohol	19	27,1	40	58,0	21	28,8	17,867	< 0,001
Droge							140,424	< 0,001
Da	33	47,1	20	29,4	2	2,7		
Ne	4	5,7	9	13,2	61	83,6		
Povremeno	2	2,9	9	13,2	10	13,7		
Ovisnik	31	44,3	30	44,1	0	0,0		
Psihičke smetnje	43	61,4	27	43,5	14	18,9	27,201	< 0,001
Obiteljska anamneza ovisnosti	17	24,3	31	45,6	33	48,5	10,168	0,006
Ovisnički staž							30,133	< 0,001
1 – 3	0	0,0	9	14,5	0	0,0		
3 – 5	1	1,5	12	19,4	4	36,4		
> 5	65	98,5	41	66,1	7	63,6		
Somatska bolest	17	25,0	8	11,8	17	23,6	4,495	0,106
Psihijatrijske bolesti u obitelji	5	7,1	14	20,0	3	4,1	10,885	0,004
Suicid u obitelji	3	4,3	9	13,2	2	2,7	6,209	0,035

*Fisherov egzakti test

Nađene su statistički značajne razlike u svim domenama osim u Korištenju praktične socijalne potpore i Korištenju emocionalne socijalne potpore (Tablica 5.4).

Tablica 5.4 Razlike u rezultatima na skali COPE - Svakodnevno suočavanje sa stresom

	Skupina						H	p
	Centar Mostar		Milosrdni Otac		Kontrolna			
	M	IR	M	IR	M	IR		
Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti	4,00	7,00	6,00	4,00	9,00	4,00	37,887	<0,001
Aktivno suočavanje	6,00	3,00	8,00	4,00	10,00	3,00	64,974	<0,001
Ventiliranje emocija	6,00	2,50	6,00	4,00	9,00	6,00	43,639	<0,001
Traženje podrške zbog instrumentalnih razloga	5,00	3,00	7,00	4,00	7,00	4,00	5,092	0,078
Mentalno izbjegavanje	6,00	4,50	9,00	6,00	5,00	5,00	9,654	0,008
Prihvatanje	8,00	3,00	9,00	4,00	10,00	3,00	53,851	<0,001
Religija	8,00	6,00	7,00	5,75	8,00	3,00	7,547	0,023
Humor	5,00	6,00	7,00	4,50	8,00	4,00	32,261	<0,001
Bihevioralna neangažiranost	5,00	3,00	6,00	3,75	7,00	5,00	12,018	0,002
Suzdržavanje	6,00	2,10	7,00	5,00	8,00	3,00	31,231	<0,001
Traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga	8,00	5,00	7,00	5,00	7,00	4,00	2,470	0,291
Alkohol	8,00	1,50	7,00	5,00	9,00	5,00	18,598	<0,001
Negiranje	5,00	1,00	8,00	3,00	7,00	2,00	48,459	<0,001
Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti	7,00	7,50	9,00	5,00	10,00	2,00	36,781	<0,001
Planiranje	7,00	6,00	5,50	4,00	9,00	3,00	21,467	<0,001

Kruskal-Wallis Multiple-Comparison -Value Test

Na domeni *Pozitivna reinterpretacija i razvoj* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac. Među ostalim skupinama nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.5).

Tablica 5.5 Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti

<i>Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	0,1091	5,1699
Milosrdni Otac	0,1091	0,0000	5,2907
Kontrolna skupina	5,1699	5,2907	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Aktivno suočavanje* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac. Među skupinama Centar Mostar i Milosrdni Otac nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.6).

Tablica 5.6 Aktivno suočavanje

<i>Aktivno suočavanje</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	3,6943	8,0243
Milosrdni Otac	3,6943	0,0000	4,2984
Kontrolna skupina	8,0243	4,2984	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Ventiliranje emocija* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od Centra Mostar i skupine Milosrdni Otac. Među skupinama Centar Mostar i Milosrdni Otac nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.7).

Tablica 5.7 Ventiliranje emocija

<i>Ventiliranje emocija</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	1,9272	6,1881
Milosrdni Otac	1,9272	0,0000	4,6930
Kontrolna skupina	6,1881	4,6930	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Mentalno izbjegavanje* skupina Milosrdni Otac je postizala značajno više rezultate od skupine Centar Mostar (Tablica 5.8).

Tablica 5.8 Mentalno izbjegavanje

<i>Mentalno izbjegavanje</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	3,0980	1,4596
Milosrdni Otac	3,0980	0,0000	1,7615
Kontrolna skupina	1,4596	1,7615	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Prihvatanje* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac. Među ostalim skupinama nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.9).

Tablica 5.9 Prihvatanje

<i>Prihvatanje</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	2,0778	7,0600
Milosrdni Otac	2,0778	0,0000	5,1110
Kontrolna skupina	7,0600	5,1110	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Religija* skupina Milosrdni Otac je postizala značajno više rezultate od kontrolne skupine. Između kontrolne skupine i skupine Centar Mostar nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.10).

Tablica 5.10 Religija

<i>Religija</i>	Centar Mostar	Milosrdni otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	1,3277	1,3124
Milosrdni Otac	1,3277	0,0000	2,7449
Kontrolna skupina	1,3124	2,7449	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Humor* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac (Tablica 5.11).

Tablica 5.11 Humor

<i>Humor</i>	Centar Mostar	Milosrdni otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	1,2664	5,3483
Milosrdni Otac	1,2664	0,0000	4,0486
Kontrolna skupina	5,3483	4,0486	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Bihevioralna neangažiranost* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od Centra Mostar. Među ostalim skupinama nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.12).

Tablica 5.12 Bihevioralna neangažiranost

<i>Bihevioralna neangažiranost</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	1,7708	3,4658
Milosrdni Otac	1,7708	0,0000	1,6997
Kontrolna skupina	3,4658	1,6997	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Suzdržavanje* kontrolna i skupina Milosrdni Otac su postizale značajno više rezultate od skupine Centar Mostar (Tablica 5.13).

Tablica 5.13 Suzdržavanje

<i>Suzdržavanje</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	3,5363	5,5564
Milosrdni Otac	3,5363	0,0000	1,9961
Kontrolna skupina	5,5564	1,9961	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Alkohol* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac. Među skupinama Centar Mostar i Milosrdni Otac nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.14).

Tablica 5.14 Alkohol

<i>Alkohol</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	0,5196	3,3140
Milosrdni Otac	0,5196	0,0000	3,9685
Kontrolna skupina	3,3140	3,9685	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Negiranje* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupine Centar Mostar, a Milosrdni Otac je postizala značajno više rezultate od Centra Mostar. Između kontrolne i skupine Milosredni Otac nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.15).

Tablica 5.15 Test - Negiranje

<i>Negiranje</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	6,1551	6,1327
Milosrdni Otac	6,1551	0,0000	0,2558
Kontrolna skupina	6,1327	0,2558	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac. Kontrolna je postizala značajno više rezultate i od skupine Milosrdni Otac (Tablica 5.16).

Tablica 5.16 Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti

<i>Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	2,7112	6,0304
Milosrdni Otac	2,7112	0,0000	3,3968
Kontrolna skupina	6,0304	3,3968	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Planiranje* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac (Tablica 5.17).

Tablica 5.17 Planiranje

<i>Planiranje</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	0,3985	3,6687
Milosrdni Otac	0,3985	0,0000	4,1631
Kontrolna skupina	3,6687	4,1631	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Nađene su statistički značajne razlike u svim domenama osim *Ekstraverzije* (Tablica 5.18).

Tablica 5.18 Razlike u rezultatima ispitivanja tipa/osobina ličnosti

	Skupina						H	p
	Centar Mostar		Milosrdni Otac		Kontrolna			
	M	IR	M	IR	M	IR		
Ekstraverzija	21,00	7,75	18,00	6,50	19,00	9,00	4,687	0,096
Ugodnost	29,00	6,00	23,50	5,00	28,00	9,00	31,482	< 0,001
Neuroticizam	28,00	10,75	18,00	7,00	21,00	9,00	21,853	< 0,001
Savjesnost	17,00	11,50	17,00	6,75	22,00	8,50	18,758	< 0,001
Intelekt	12,00	4,75	15,00	4,00	17,00	5,00	31,064	< 0,001

Kruskal-Wallis Multiple-Comparison -Value Test

Na domeni *Ugodnost* skupina Centar Mostar je postizala značajno više rezultate od skupine Milosrdni Otac, a kontrolna značajno više rezultate od Milosrdnog Oca. Između kontrolne i skupine Centar Mostar nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.19).

Tablica 5.19 Ugodnost

<i>Ugodnost</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	5,1218	0,7110
Milosrdni Otac	5,1218	0,0000	4,5998
Kontrolna skupina	0,7110	4,5998	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Neuroticizam* skupina Centar Mostar i kontrolna skupina postizale su značajno više rezultate od skupine Milosrdni Otac, a kontrolna značajno više rezultate od skupine Milosrdni Otac. Između kontrolne i skupine Centar Mostar nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.20).

Tablica 5.20 Neuroticizam

<i>Neuroticizam</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	4,5068	1,3610
Milosrdni Otac	4,5068	0,0000	3,3435
Kontrolna skupina	1,3610	3,3435	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Savjesnost* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac, među kojima nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.21).

Tablica 5.21 Savjesnost

<i>Savjesnost</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	1,0673	4,1306
Milosrdni Otac	1,0673	0,0000	3,0724
Kontrolna skupina	4,1306	3,0724	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Na domeni *Intelekt* kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od Centra Mostar; i skupina Milosrdni Otac je postizala značajno više rezultate od skupine Centar Mostar. Između kontrolne i skupine Milosrdni Otac nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.22).

Tablica 5.22 Intelekt

<i>Intelekt</i>	Centar Mostar	Milosrdni Otac	Kontrolna skupina
Centar Mostar	0,0000	3,7399	5,4827
Milosrdni Otac	3,7399	0,0000	1,5861
Kontrolna skupina	5,4827	1,5861	0,0000

Bonferroni Test: Medians significantly different if z-value > 2,3940

Nađene su značajne razlike u ukupnom skor i zbroju na skali stresnih događaja među skupinama (Tablica 5.23).

Tablica 5.23 Razlike u stresnim događajima među skupinama

	Skupina						F (2; 211)	p
	Centar Mostar		Milosrdni Otac		Kontrolna			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Stresni događaji skor	56,39	42,54	60,40	31,14	31,97	31,42	13,737	< 0,001
Stresni događaji zbroj	21,07	13,88	24,56	11,60	12,99	11,31	16,859	< 0,001
Stresni događaji prosjek	2,68	0,84	2,59	0,78	2,49	0,81	0,752	0,473

ANOVA test

Ispitanici iz skupina Centar Mostar i Milosrdni otac su postizali značajno više rezultate na skali Stresni događaji skor i Stresni događaji zbroj od kontrolne skupine. Među skupinama Centar Mostar i Milosrdni Otac nije bilo statistički značajnih razlika (Tablica 5.24).

Tablica 5.24 Scheffe test za testiranje razlika među pojedinim skupinama

Varijable	Skupina	p
Stresni događaji skor	Centar Mostar	Milosrdni Otac 0,798
		Kontrolna < 0,001
	Milosrdni Otac	Centar Mostar 0,798
		Kontrolna < 0,001
	Kontrolna	Centar Mostar < 0,001
		Milosrdni Otac < 0,001
Stresni događaji zbroj	Centar Mostar	Milosrdni Otac 0,248
		Kontrolna 0,001
	Milosrdni Otac	Centar Mostar 0,248
		Kontrolna < 0,001
	Kontrolna	Centar Mostar 0,001
		Milosrdni Otac < 0,001

6. RASPRAVA

Cilj istraživanja je bio utvrditi prisutnost stresnih životnih događaja, osobine ličnosti, stilove nošenja sa stresom kod ovisnika o opijatima i zdravih osoba te razlike između navedenih čimbenika. Utvrdile su se razlike u crtama ličnosti i stilovima suočavanja sa stresom ovisnika o opijatima na institucionalnom liječenju i ovisnika o opijatima na supstitucijskoj terapiji. Mnoga istraživanja dosljedno pokazuju povezanost između stresa i uporabe psihoaktivnih supstanci (177, 178). U istraživanju određivanja stope stresnog životnog događaja kod ovisnika o opioidnim sredstvima u usporedbi sa zdravim pojedincima rezultati su pokazali da je tijekom dvogodišnjeg razdoblja učestalost raznih životnih stresora (bolest i smrt srodnika; obiteljski, pravni, profesionalni i drugi osobni problemi) kod ovisnika o opioidnim sredstvima bila statistički značajno viša nego kod osoba koje nisu ovisnici (179).

6.1 Izraženosti i razlike stresnih životnih događaja kod ovisnika o opijatima te kod osoba koje nisu ovisnici

Negativni životni događaji poput gubitka roditelja, sukoba i razvoda roditelja, niske roditeljske potpore, fizičkog nasilja i zlostavljanja, emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja povezani su s povećanim rizikom zlouporabe opojnih droga (180 - 184). Istraživanje je pokazalo da negativni životni događaji mogu biti povezani s razvojem i održavanjem ovisnosti. Osobe s ovisnošću, u usporedbi s kontrolnom skupinom, izvijestile su da su doživjele veći broj i negativnih i pozitivnih životnih događaja, a također su bile pod većim utjecajem negativnih životnih događaja. Istraživanja su također pokazala različite obrasce među vrstama ovisnosti, tako da su sudionici s kompulzivnim seksualnim ponašanjem izjavili da su doživjeli manje negativnih događaja od onih s poremećajima ovisnosti o drogama i bili pod manjim utjecajem tih događaja od sudionika s poremećajem uporabe alkohola. Analize unutar svake skupine dodatno su otkrile razlike u načinu na koji je svaka skupina doživjela negativne u usporedbi s pozitivnim događajima. Kontrolne skupine i sudionici s kompulzivnim seksualnim ponašanjem izjavili su da su doživjeli sličan broj pozitivnih i negativnih događaja, dok su sudionici s ovisnošću o drogama i poremećajem kockanja prijavili više negativnih događaja u svojim životima (185). Istraživanje mehanizama koji leže u pozadini poremećaja ovisnosti o drogama pokazalo je da je stres jedan od najjačih prediktora uporabe droga, a mehanizmi suočavanja važan su čimbenik u posredovanju učinaka stresa o uporabi supstanci (186). U ovom istraživanju pronađene su statistički značajne razlike u ukupnom skor i zbroju na skali stresnih događaja među skupinama.

Ispitanici iz skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac (koji se institucijski i izvanbolnički liječe od bolesti ovisnosti) su postizali značajno više rezultate na skali Stresni događaji skor i Stresni događaji zbroj od kontrolne skupine. Naime, smatra se da psihijatrijski poremećaji proizlaze iz maladaptivnog razvoja mozga kao posljedica ranih životnih stresnih događaja koji dovode do uporabe sredstava ovisnosti. Dodatno razmatranje (kod uporabe sredstava ovisnosti) je rana životna izloženost drogama koja može reprogramirati odgovor tjelesnih sustava na stres, na način koji dodatno doprinosi razvijanju maladaptivnih odgovora (187). Takve su promjene povezane s povećanjem razine žudnje i promjenama u središnjoj i perifernoj reakciji na stres, a u konačnici učinci tih promjena su povezani s povećanjem uporabe droga i većim rizikom od recidiva te su sve više dokumentirani kao učinci kronične uporabe opioidnih sredstava kod ljudi (188). Usporedbom s osobama koje nikada nisu imale iskustvo nepovoljnih životnih događaja, oni koji su ih doživjeli 5 ili više puta imaju 7 do 10 puta veću vjerojatnost pojave problema vezanih uz konzumiranje droga te ovisnosti o njima (189). Najviše korisnika alkohola je bilo u skupini Milosrdni Otac. Najviše korisnika droga je bilo u skupini Centar Mostar u kojoj je također i najviši postotak pušača, ali i najmanji postotak obiteljske anamneze ovisnosti. Najduži ovisnički staž je imala skupina Centar Mostar. Psihijatrijske bolesti i suicid u obitelji bili su najčešće u skupini Milosrdni Otac.

6.2 Osobine ličnosti kod skupine ovisnika o opijatima te kod skupine osoba koje nisu ovisnici

Znajući da osobnost određuje trajne obrasce emocija, ponašanja i kognicija pojedinca s razlikovnom ulogom između istih, te da je model Pet faktora vrlo utjecajan model koji opisuje osobnost (uključujući neuroticizam, savjesnost, ekstravertnost, otvorenost i susretljivost), svjesni smo izuzetne važnosti komponente predvidljivosti u sveukupnom pristupu i rješavanju problema (190). Crte ličnosti mogu predvidjeti nečije ponašanje, a utvrđeno je da su povezane s različitim populacijama i kulturama (171, 172, 191).

Model Pet faktora (Big Five) je najjuvrježeniji model osobnosti koji prepoznaje osobine ličnosti hijerarhijski organizirane u pet širokih dimenzija (192). Big Five je određen biološkim čimbenicima i nadilazi jezike i kulture (193). Ekstraverzija se odnosi na osobinu ličnosti koja je povezana s pričljivošću, smjelošću, društvenošću, entuzijazmom, pozitivnom emocionalnošću (194) kao i brojnim drugim pozitivnim ishodima općeg blagostanja (195). Osobina emocionalna nestabilnost odnosi se na često intenzivno doživljavanje negativnih emocija kao što su tjeskoba, iritiranje, tuga i nesigurnost (196). Ona je povezana s različitim negativnim i neprilagodljivim ishodima poput poteškoća s pažnjom i problemima povezanim

s kognitivnim procesuiranjem (197). Otvorenost iskustvu odnosi se na znatiželju i kognitivno istraživanje u smislu prikupljanja i bavljenja novim informacijama (198), a povezana je s aktivnim strategijama u suočavanju sa stresom (199). Glavni korelat otvorenosti prema iskustvu je kreativnost (200). Ugodnost obuhvaća karakteristike kao što su suosjećanje, empatija, popustljivost, uljudnost i skromnost (201, 202). Savjesnost se odnosi na „sklonost samokontroli, odgovornost prema drugima, radišnost, urednost i poštovanje pravila“ (203). Osobina savjesnosti često je povezana s kontrolom te brojnim budućim pozitivnim životnim ishodima poput zdravlja i dugovječnosti. Rezultati ove studije podupiru hipotezu da su nađene statistički značajne razlike u osobinama ličnosti među skupinama na svim domenama osim Ekstraverzije. Iste rezultate su dobili Tsavou i Petkari koji su istraživali povezanost crta osobnosti i emocionalne inteligencije pojedinaca, te ih tako usporedili u rehabilitaciji od onih koji zlorabe droga preko povremenih korisnika do onih koji ih ne koriste. Njihova istraživanja su pokazala da su kod zlouporabe droga emocionalna uporaba i reguliranje u pozitivnoj korelaciji s ekstraverzijom, a u negativnoj korelaciji s neuroticizmom; dok se ljudi koji zlorabe droge razlikuju od povremenih konzumenata i nekorisnika u emocionalnoj uporabi i regulaciji te u svim osobinama ličnosti osim ekstraverzije (204).

Na domeni Ugodnost i skupina Centar Mostar i kontrolna skupina su postizale značajno više rezultate od skupine Milosrdni Otac. I na domeni Neuroticizam skupine Centar Mostar i kontrolna su postizale značajno više rezultate od skupine Milosrdni Otac. Na domeni Savjesnost kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac. Istraživanja su pokazala da postoje individualne razlike u osobinama ličnosti među konzumentima droge, pa tako ovisnici o heroinu postižu generalno niže rezultate na domeni Otvorenost iskustvu (205). Na domeni Intelekt kontrolna skupina je postizala značajno više rezultate od skupine Centar Mostar kao i skupina Milosrdni Otac.

Osobe s izraženom neurotičnom crtom osobnosti pokazuju višu razinu negativnih afekata poput anksioznosti, stresa i depresije dok je niža razina neuroticizma povezana s boljom emocionalnom regulacijom (206). Sukladno tome, Neuroticizam se često povezivao s većom osjetljivošću na psihijatrijske poremećaje (207). Studije su također pokazale da su osobine ličnosti povezane s visokom anksioznošću, agresivnošću i neuroticizmom (208). Kod ovisnosti o drogama depresivni i anksiozni poremećaji često su komorbidni (209 - 211). Ovisnici o drogama s komorbiditetom posttraumatskog stresnog poremećaja pokazuju izraženiji oblik impulzivnog ponašanja uključujući i agresiju (212). Osobnost se ispoljava međusobnom interakcijom u društvenim sredinama, a definira se kao psihoticizam,

neuroticizam (negativna emocionalnost), introvertnost i ekstravertnost (213). Dokazano je da različiti tipovi osobnosti utječu na stupanj depresije, pri čemu introvertnost negativno utječe na depresiju (214). Mnogi dokazi upućuju na povezanost depresije s osobnošću (neuroticizam/negativna emocionalnost, ekstravertnost/pozitivna emocionalnost) (215). Istraživanje je pokazalo da su ispitanici koji su prijavili veću rigidnost suočavanja, imali više simptoma depresije, anksioznosti i disregulacije emocija. Rigidnost suočavanja također je bila pozitivno povezana s ekspresivnim potiskivanjem, društvenim povlačenjem i protivljenjem suočavanju s međuljudskim stresom što se općenito smatra neprilagodljivim odgovorima na suočavanje. Konačno, krutost suočavanja negativno je povezana sa suočavanjem korištenjem distrakcije. Što se tiče suočavanja sa situacijom, ispitanici koji su izvijestili o višim razinama suočavanja sa situacijom imali su tendenciju prijavljivanja manje simptoma depresije i socijalne anksioznosti te više korištenja kognitivne ponovne procjene (216).

U istraživanju dvostrukog modela suočavanja sa stresom s fokusom na uloge stresnog načina razmišljanja i fleksibilnosti suočavanja u povezanosti između stresnih iskustava i psihološkog distresa, istraživači su otkrili da Velikih pet dimenzija osobnosti djeluju kao faktori rizika ili zaštitni faktori za psihološki distres kroz ova dva puta. Neuroticizam je bio povezan sa stazom stres-prijetnja-distres s percipiranim stresnim iskustvima i načinom razmišljanja da je stres prijetnja, koja posreduje u povezanosti između neuroticizma i većeg psihološkog distresa. Savjesnost je bila povezana putem izazov–fleksibilnost–poboljšanje s načinom razmišljanja da je stres izazov i fleksibilnošću suočavanja koja je posredovala u odnosu savjesnosti na nižu razinu psihološkog stresa. Ekstravertiranost, Ugodnost i Otvorenost izravno su povezani s većom fleksibilnošću suočavanja (217).

Postoje individualne razlike u osobinama ličnosti među osobama koje konzumiraju drogu, pa tako ovisnici o heroinu postižu generalno niže rezultate na Otvorenosti ka iskustvu (206). S druge strane, put izazov-fleksibilnost-poboljšanje djeluje kao proaktivni mehanizam za suzbijanje negativnih učinaka stresnih iskustava na psihološko blagostanje. Način razmišljanja prema kojem je stres izazov i fleksibilnost suočavanja mogu poslužiti kao zaštitni faktori na individualnoj razini za smanjenje psihološkog stresa bez utjecaja percipiranih stresnih iskustava. Način razmišljanja o stresu kao izazovu povezan je s većom fleksibilnošću suočavanja, olakšavanjem učinkovitog procesa pažnje i pozitivnim učinkom (218).

Istraživanja su također pokazala da određena osobina ličnosti daje mogućnost predviđanja uspjeha liječenja. Nedavna meta-analiza pokazala je značajnu povezanost između Ugodnosti,

Savjesnosti i tretmana liječenja (219) dok se proces emocionalne regulacije pokazao više povezanim sa sudjelovanjem u liječenju i recidivom, što je posebno izraženo kod pacijenata afektivnog temperamenta (220), niske pozitivne, visoke negativne emocionalnosti (221) i visoke agresivnosti (222, 223), a to rezultira većim izgledima za recidiv za korištenje različitih tvari i odustajanje od liječenja. Navedeno naglašava ulogu emocionalnog reguliranja ponašanja usmjerenog na cilj i važnost procjena aspekata osobnosti povezanih s emocijama u liječenju ovisnosti.

6.3 Stilovi suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima i kod osoba koje nisu ovisnici. Stilovi suočavanja sa stresom kod ovisnika o opijatima - korisnika institucionalnog liječenja i kod ovisnika o opijatima - korisnika supstitucijske terapije

Prema perspektivi relacijsko-razvojnih sustava, formiranje identiteta i osobnosti stalno se i recipročno oblikuje kroz društvene interakcije uključujući društvene povratne informacije iz okruženja u kojem djeca i adolescenti odrastaju (224). Osobito tijekom adolescencije mozak prolazi kroz arhitektonske promjene budući da je mozak u razvoju vrlo osjetljiv na podražaje iz okruženja i kao takav ranjiv na stresore (225). Studije i sustavni pregledi pokazuju da je kronična uporaba opioida povezana s poremećajima učenja, pamćenja, pažnje, rada i funkcioniranja (226 - 232). Što se tiče osobnih resursa suočavanja sa stresnim situacijama, postoje dokazi da ovisnici o opioidnim sredstvima, koji aktivno poduzimaju korake za prevladavanje problema (npr. putem rješavanja problema, rješavanja sukoba i zdrave regulacije) u usporedbi s onima koji češće izbjegavaju suočavanje s problemima ili se usredotočuju na izbacivanje emocija kao odgovor pod stresom (npr. vikanjem, lupanjem vratima), obično imaju bolje ishode u rješavanju problema (233, 234). Odnosi koji su podržavajući također mogu olakšati oporavak (235, 236) pomažući u suočavanju i promičući manje prijeteće interpretacije negativnih životnih događaja (237) te ublažavanjem utjecaja koji stres ima na žudnje (238). Iz tih razloga procjena percipiranog stresa, suočavanja i socijalne potpore na početku liječenja može identificirati prednosti i nedostatke koji bi mogli pomoći u planiranju liječenja i intervenciji usmjerenoj na stres. Važno je istaknuti da su to sve čimbenici koji su podložni promjenama tijekom vremena. Poznato je da postoji značajna povezanost između akutnog, kroničnog stresa i motivacije za zlouporabu sredstava ovisnosti. Ustanovljeno je se da pojedinci počinju svakodnevno koristiti sredstva ovisnosti kako bi se nosili sa stresom (jer ne vide drugu opciju), a istovremeno stres potiče uporabu droga i smanjuje motivaciju za prestanak njezine uporabe (239). U studiji koja je istraživala povezanost percipiranog stresa i strategija suočavanja, rezultati su pokazali da ljudi koji češće

koriste specifične proaktivne strategije suočavanja (reflektivno suočavanje i strateško planiranje), specifične reaktivne strategije suočavanja usmjerene na problem (učinkovito suočavanje i planiranje unaprijed) i specifične reaktivne strategije usmjerene na emocije (reinterpretacija iz pozitivne perspektive i rast) doživljavaju manje stresa. Suprotno navedenom, pojedinci koji češće koriste specifične reaktivne pristupe suočavanja usmjerene na emocije (fokusiranje na emocije, poricanje, traženje emocionalne socijalne potpore i odvajanje) doživljavaju više stresa (240).

Proces povezan s disfunkcionalnim stavovima, uvjerenjima i psihološkim poremećajima često je povezan s mehanizmima pojedinca za suočavanje sa stresom. Ako perspektiva pojedinca prema vanjskom svijetu ima čvrstu i perfekcionističku strukturu, u stresnim situacijama uočavaju se strategije suočavanja koje nisu adaptivne kao što su poricanje ili izbjegavanje. Stres je važan čimbenik koji navodi pojedince na korištenje droga. Suočavanje usmjereno na problem često je orijentirano na prilagodbu. Utvrđeno je da se metoda suočavanja usmjerena na problem nedovoljno koristi od strane ovisnika o drogama. Nekoliko studija sugerira da je ovisničko ponašanje povezano s metodama suočavanja koje nisu usmjerene na prilagodbu (241). U ovom istraživanju najzastupljeniji načini suočavanja ispitanika koji nisu bili ovisnici su: pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje s problemom, ventiliranje emocija, humor, planiranje, obuzdavanje ali i bihevioralna neangažiranost te alkohol i potiskivanje kompeticijskih aktivnosti kao jedan od pristupa u nošenju sa stresom te rješavanju problema. Maladaptivne mehanizme suočavanja poput mentalnog izbjegavanja (širok izbor aktivnosti koje služe odvratanju osobe od razmišljanja o dimenziji ponašanja ili cilju u kojem se stresor ometa, primjerice sanjarenje, gledanje televizije, bijeg kroz san), negiranja problema te pretjeranog prepuštanja religijskim osjećajima više su koristili ispitanici Centra Mostar i Milosrdni Otac.

Iskustva u sustavima zdravstvene skrbi, koja jačaju moralnu binarnost između „dobre” i „loše” konzumacije opioida te „dobrih” i „loših” ljudi (koji koriste opioide), mogu ovjekovječiti stigmatu među subpopulacijama korisnika opijata. Na primjer, pacijenti s kroničnom nekarcinomskom boli prijavljuju predrasude prema osobama koje su ovisne o opioidima ili ih nedopušteno koriste (242, 243). Ključni način na koji se pacijenti s kroničnom boli distanciraju od identiteta „ovisnika“ je kroz stigmatizirajući diskurs razlikovanja između „odgovornog“ pacijenta koji uzima lijekove iz opravdanih razloga i onih koji su „odlučili“ koristiti opioide iz užitka (243). Osobe koje su duže u procesu liječenja poremećaja ovisnosti o opioidima osjećaju veću stigmatizaciju od strane zdravstvenih djelatnika od onih koji su

kraće na liječenju (244, 245). Nedovoljno financiranje liječenja poremećaja ovisnosti o opioidima važan je pokretač strukturne stigme, budući da nepravedna raspodjela sredstava znači da se ljudi suočavaju s većim preprekama u pristupu odgovarajućoj skrbi za poremećaje ovisnosti o opojnim tvarima nego za druge zdravstvene potrebe (246). Osim pogoršanja nejednakosti u zdravlju ovo ima učinak implicitnog klasificiranja ljudi koji traže liječenje kao manje vrijednih ili onih koji ne zaslužuju skrb (247). U tom smislu, stigma nadilazi one koji su stigmatizirani i prenosi se prema van kroz širu zajednicu i prema unutra kroz politiku i postupke koji usmjeravaju liječenje, uključujući i osoblje koje pruža skrb u zdravstvenim službama (248).

Zlouporaba droga ili ovisnost je kompleksan poremećaj koji utječe na rad mozga i ponašanje, a za posljedicu ima oštećeno funkcioniranje ovisnika i znatnu štetu kako za pojedinca tako i za društvo u cjelini. Iako postoje tretmani koji se temelje na dokazima, postoji veliki jaz između broja oboljelih od ovog poremećaja i onih koji se liječe (249 - 250). Odustajanje od liječenja glavni je problem - jedna od tri osobe koje se liječe zbog poremećaje ovisnosti o drogama odustaju od svog liječenja (251).

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Skupina ovisnika o opijatima koja koristi institucionalni programa i skupina ovisnika o opijatima na supstitucijskoj terapiji metadonom su postizali značajno više rezultate na skali Stresni događaji skor i Stresni događaji zbroj od kontrolne skupine zdravih pojedinaca.
2. Rezultati ove studije podupiru hipotezu da su nađene statistički značajne razlike u osobinama ličnosti na svim domenama osim Ekstraverzije među skupinama. Ovisnici iz Centra Mostar postizali su više rezultate na ljestvicama Ugodnost i Neuroticizam. Kontrolna skupina je postigla značajno više rezultate na ljestvicama Savjesnost i Intelekt. Skupina ovisnika Milosrdni Otac nije postigla statistički značajnu ni jednu ljestvicu u odnosu na ostale dvije skupine.
3. Statistički značajne osobine ličnosti ovisnika o opijatima korisnika institucionalnog liječenja su mentalno izbjegavanje, religija, negiranje te obuzdavanje suočavanja dok osobine ličnosti ovisnika o opijatima - korisnika supstitucijske terapije nisu statistički značajno koristile ni jedan navedeni stil suočavanja.
4. U ovom istraživanju najzastupljeniji načini suočavanja u ispitanika koji nisu bili ovisnici su: pozitivna reinterpetacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje s problemom, ventiliranje emocija, humor, planiranje, obuzdavanje ali i bihevioralna neangažiranost te alkohol i potiskivanje kompeticijskih aktivnosti kao jedan od pristupa u nošenju sa stresom te rješavanju problema.
5. Postoji statistički značajna razlika u izraženosti stresnih životnih događaja kod ovisnika o opijatima i osobama koje nisu ovisnici (skupina Centar Mostar i Milosrdni Otac su postizale značajno više rezultate na skali Stresni događaji skor i Stresni događaji zbroj od kontrolne skupine); u osobinama ličnosti ovisnika o opijatima prevladavaju na ljestvicama Neuroticizam i Ugodnost, a osobe koje nisu ovisnici statistički više koriste Savjesnost i Intelekt. Osobe koje nisu ovisnici statistički značajno više koriste adaptivne mehanizme suočavanja, dok ovisnici više koriste maladaptivne mehanizme nošenja sa stresom.
6. Kod ovisnika o opijatima, koji su korisnici metadonske terapije kao dominantne osobine ličnosti, se izdvajaju ugodnost i neuroticizam dok ovisnici o opijatima, koji su korisnici institucionalnog programa odvikavanja od ovisnosti, nisu pokazali niti jednu osobinu ličnosti kao statistički značajnu. Skupina Centar Mostar je statistički značajno

sklonija korištenju izbjegavanja problema kao načinom suočavanja dok skupina Milosrdni Otac nije dominantno koristila niti jedan od navedenih načina suočavanja.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja je bio utvrditi izloženost stresnim životnim događajima, osobine ličnosti, stilove nošenja sa stresom kod ovisnika o opijatima i osoba koje nisu ovisnici te razlike između navedenih čimbenika; utvrditi postoje li razlike u crtama ličnosti i stilovima suočavanja sa stresom ovisnika o opijatima na institucionalnom liječenju i ovisnicima o opijatima na supstitucijskoj terapiji u odnosu na kontrolnu skupinu

Nacrt studije: Presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: Istraživanjem je obuhvaćen uzorak mlađih odraslih muškaraca u dobi od 18 do 35 godina, a sudjelovalo je ukupno njih 210. Ispitanici su raspoređeni u tri skupine: 1. skupina ovisnika o opijatima (N = 70) koja koristi institucionalni programa liječenja od ovisnosti u Zajednici Milosrdni Otac u Međugorju (oni koji nemaju psihotičnih poremećaja i boravili su u instituciji zatvorenoga tipa najmanje 6 tjedana prije uključivanja u istraživanje); 2. skupina ovisnika o opijatima (N = 70) na supstitucijskoj terapiji metadonom koji su upućeni u savjetodavni program zbog apstinencijskog sindroma u Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Mostaru (skupina Centar Mostar). Ispitanici skupine Centar Mostar nemaju psihotičnih poremećaja i bili su u razdoblju apstinencije dulje od 6 tjedana; 3. skupina ispitanika koji nisu ovisnici o opijatima i nemaju psihotične poremećaje (N = 70), a čine ju pacijenti ambulante obiteljske medicine Dom zdravlja Široki Brijeg (kontrolna skupina).

Ispitivanje je obavljeno metodom anketiranja za što su sačinjena četiri upitnika: opći demografski upitnik, skala stresnih životnih događaja, upitnik za ispitivanje suočavanja i upitnik za ispitivanje tipa/osobina ličnosti. Uvid u medicinsku dokumentaciju nakon tri mjeseca: Zajednica Milosrdni Otac u Međugorju - održali apstinenciju u potpunosti 43 - izišlo iz programa 19 - imalo recidiv 8; Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Mostaru - održali apstinenciju u potpunosti 47 - izišlo iz programa 10 (2 umrla i 1 u zatvoru) - imalo recidiv 13.

Rezultati: Skupina ovisnika o opijatima koja koristi institucionalni program i skupina ovisnika o opijatima na supstitucijskoj terapiji metadonom su postizali značajno više rezultate od kontrolne skupine na skali Stresni događaji skor i Stresni događaji zbroj. Ovisnici iz Centra Mostar postizali su više rezultate na ljestvicama Ugodnost i Neuroticizam. Osobine ličnosti ovisnika o opijatima korisnika institucionalnog liječenja

koje im najviše pomažu u nošenju sa stresom su mentalno izbjegavanje, religija, negiranje te obuzdavanje suočavanja.

Skupina institucionaliziranih ovisnika u suočavanju sa svakodnevnim stresorima koristiti strategije mentalnog izbjegavanja, religiju i poricanje koje se može objasniti pokušajima odbacivanja stvarnosti stresnog događaja, psihičko odvajanje od cilja s kojim se stresor preklapa kroz sanjarenje, spavanje, autodestruktivno ponašanje i pretjerano oslanjanje na vjeru u Boga i religiozne osjećaje.

Najzastupljeniji načini suočavanja u ispitanika koji nisu bili ovisnici su: pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje s problemom, ventiliranje emocija, humor, planiranje, obuzdavanje, ali i bihevioralna neangažiranost te alkohol i potiskivanje kompeticijskih aktivnosti. Osobe koje nisu ovisnici, statistički više koriste adaptivne mehanizme suočavanja dok ovisnici više koriste maladaptivne mehanizme nošenja sa stresom.

Zaključak: U ovom presječnom istraživanju utvrđene su razlike između ovisnika o opijatima koji su korisnici metadonske terapije kao metode liječenja od ovisnosti i korisnika institucionalnog programa oporavka od ovisnosti u crtama ličnosti i strategijama suočavanja sa stresom. Osobine ličnosti, poput neurotičnosti i susretljivosti, bile su veće kod ovisnika koji su bili u programu savjetovanja. To može biti rezultat emocionalne napetosti u suočavanju sa svakodnevnim zahtjevima i potrebama pojedinca u nastojanju da pronađe adekvatan način suočavanja sa stresom i povećanim zahtjevima.

Ključne riječi: osobine ličnosti, ovisnosti, suočavanje sa stresom, nepovoljni životni događaji.

9. SUMMARY

Goal of the Research: The Goal of the Research was to determine the exposure to stressful events in life, personality characteristics, styles of coping with stress of opiates addicts and nonaddicts, and the differences between the factors stated. Determine if there are differences in personality characteristics and styles of coping with stress at opiates addicts at the institutionalized medical treatment and opiates addicts at substitutional therapy in relation to the control group.

Draft to the Study: Crosssection Research

Examinees and Methods: A sample of younger adult men aged 18 to 35 has been encompassed. The Research included a total number of 210 male examinees at the age between 18 and 35, the examinees divided into three groups: 1st group are the opiates addicts (N=70) attending the Institutional treatment program for addiction healing in the Community of „Milosrdni Otac“ in Međugorje (Father of Mercy, Međugorje) who have no psychotic disturbances and had dwelled in the closed type Institution for at least 6 weeks before the inclusion into the Research; 2nd group of opiates addicts (N=70) at the substitutional therapy by Methadone who were directed into the Advisory program due to the Apstinence Syndroms in the Mostar Center for prevention and outpatient addiction treatment (Centar Mostar group).

The Examinees of Centar Mostar group have no psychotic disturbances and have been in Apstinency Program for over 6 weeks; 3rd group of examinees are not opiates addicts and have no psychotic disturbances (N=70) including patients of Široki Brijeg Family Medicine Ambulanta (The Control group). The Survey was performed through Questionnary method for which four different questionnaires were composed: general demographic questionnaire, the scale of stressful life events, the questionnaire for coping and the questionnaire for testing the personality type/characteristics. Insight into medical records after three months: Community of Milosrdni Otac in Međugorje – completely maintained apstinence 43 – left the Program 19 – had the relapse 8; Mostar Center for prevention and outpatient addiction treatment – completely maintained apstinence 47 – left the program 10 (2 deceased and 1 in prison) – had the relapse 13.

Results: the group of opiates addicts using the institutionalised program and the group of opiates addicts at substitutional therapy by Methadone reached significantly higher results at the scale of Stressful events score and Stressful events summary than the Control group. The addicts from Mostar Centar reached higher results at the scales of Comfort and Neuroticism. The personality characteristics of opiates addicts users of institutionalised treatment that are most helpful in coping with stress are mental avoiding, religion, denial and restraint of confronting.

The group of addicts that were institutionalised uses the strategies of mental avoiding, religion and denial in coping with daily stress, which can be explained by attempts of discarding the reality of the stressful event, psychical separation from the goal with which the stress trigger overlaps through daydreaming, sleeping, autodestructive behaviour and overly relying on belief in God and religious feelings.

The most represented manners of confrontation at the examinees who were not addicts are: positive reinterpretation and personality growth, active confrontation with the problem, emotions ventilation, humor, planning, restraint, but also the behavioral nonengagement and alcohol, and suppressing the competitive activities. The persons who are not addicts statistically use more adaptive mechanisms of confrontation, while the addicts use more maladaptive mechanisms of coping with stress.

Conclusion: In this Crosssection Research differences were determined between the opiates addicts who are users of Methadone therapy as the treatment method in healing the addiction, and the users of institutionalised addiction recovery program in personality characteristics and strategies of coping with stress. Personality characteristics, like neuroticism and accommodating friendliness, were higher at the addicts who were in the advisory program. It can be the result of emotional tension at confronting the daily requirements and needs of an individual in striving to find an adequate way of coping with stress and the increased requirements.

Key words: personality characteristics, addictions, coping with stress, unfavourable life events.

10. LITERATURA

1. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, i sur. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757–66.
2. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, i sur. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):39–47.
3. Saha TD, Kerridge BT, Goldstein RB, Chou SP, Zhang H, Jung J, i sur. Nonmedical Prescription Opioid Use and DSM-5 Nonmedical Prescription Opioid Use Disorder in the United States. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(6):772–80.
4. Hasin DS, Kerridge BT, Saha TD, Huang B, Pickering R, Smith SM, i sur. Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012–2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Am J Psychiatry*. 2016;173(6):588–99.
5. Koob GF. Antireward, compulsivity, and addiction: seminal contributions of Dr. Athina Markou to motivational dysregulation in addiction. *Psychopharma*. 2017;234(9-10):1315–32.
6. Lalić D, Nazor M. *Narkomani – Smrtopisi*. Zagreb: Alineja; 1997.
7. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*. 2016;374:363–71.
8. Cartwright WS. Economic costs of drug abuse: financial, cost of illness, and services. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:224–33.
9. Tracy EM, Laudet AB, Min MO, et al. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2012;124:242–249.
10. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*. 2006;101:212–222.
11. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*. 2002;97:1259–1267.
12. Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: a prospective cohort study among users of illicit substances. *Addict Behav*. 2019;90:222–228.
13. Maisto SA, Pollock NK, Cornelius JR, Lynch KG, Martin CS. Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. *Addict Behav*. 2003;28:449–459.

14. Witkiewitz K, Masyn KE. Drinking trajectories following an initial lapse. *Psychol Addict Behav.* 2008; 22:157-67.
15. Minhas M, Cooper A, Sousa S, Costello MJ, MacKillop J. Characterizing Clinical Heterogeneity in a Large Inpatient Addiction Treatment Sample: Confirmatory Latent Profile Analysis and Differential Levels of Craving and Impulsivity. *Subst Abuse.* 2022;16Nigeria. *World J ResRev.* 2017;5(1):11-6.
16. Gotsang G, Mashalla Y, Seloilwe E. Perceptions of schoolgoing adolescents about substance abuse in Ramotswa, Botswana. *J Public Health Epidemiol.* 2017;9(6):151-60.
17. Akers R L. *Social learning and social structure: A general theory of crime and deviance.* Boston, MA: Northeastern University Press; 1998.
18. Hirschi T. *Causes of delinquency.* Berkeley: University of California Press. 1969.
19. Nagasawa R, Qian Z, & Wong P (2000). Social control theory as a theory of conformity: The case of Asian/Pacific drug and alcohol nonuse. *Sociological Perspectives.* 2000;43:581–603.
20. Newcomb M, & Earleywine M. Intrapersonal contributors to drug use: The willing host. *American Behavioral Scientist.* 1996;39:823–837.
21. Roberti JW. A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality.* 2004;38:256–79.
22. Wood PB, Cochran JK, Pfefferbaum B, Arneklev BJ. Sensation-seeking and delinquent substance use: An extension of learning theory. *Journal of Drug Issues,* 1995;25:173–93.
23. Yang X, Xia G. Causes and Consequences of Drug Abuse: A Comparison Between Synthetic Drug and Heroin Users in Urban China. *AIDS Educ Prev.* 2019;31(1):1-16.
24. Khoury MJ, Galea S. Will precision medicine improve population health? *JAMA.* 2016;316:1357-58
25. Baldacchino A, Balfour DJ, Passeti F, Humphris G, Matthews K. Neuropsychological consequences of chronic opioid use: a quantitative review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(9):2056–68.
26. Kwako LE, Schwandt ML, Ramchandani VA, et al Neurofunctional domains derived from deep behavioral phenotyping in alcohol use disorder. *Am J Psychiatry.* 2019;176(9)744-53.
27. Yucel M, Oldenhof E, Ahmed SH, et al A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction.* 2019;114(6):1095–109.

28. Potvin S, Pelletier J, Grot S, Hebert C, Barr A, Lecomte T. Cognitive deficits in individuals with methamphetamine use disorder: A meta-analysis. *Addict Behav.* 2018;80:154–60.
29. Stavro K, Pelletier J, Potvin S. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology.* 2013;18(2):203–13.
30. Verdejo-Garcia A, Chong TT, Stout JC, Yücel M, London ED. Stages of dysfunctional decision-making in addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2018;164:99-105.
31. Gueta K. A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug use among Israeli mothers: an intersectoral perspective. *Soc Sci Med.* 2017;187:155–63.
32. McCann TV, Lubman DI. Helpseeking barriers and facilitators for affected family members of a relative with alcohol and other drug misuse: a qualitative study. *J Subst Abuse Treat.* (2018)93:7–14.
33. Schamp J, Simonis S, Roets G, Van Havere T, Gremeaux L, Vanderplasschen W. Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordisk Alkohol Nark.* 2021;38:175–89.
34. O'Shay-Wallace S. “We weren’t raised that way”: Using stigma management communication theory to understand how families manage the stigma of substance abuse. *Health Communication,* 2019;35(4):465–474.
35. Bassi AP, Idoko L, Ogundeko TO, Ramyil MSC, Abisoye-Ogunniyan A, Ogbole EA, i sur. Substance abuse and its prevalence among secondary school adolescent in Kagoro, Kaduna State, Nigeria. *World J ResRev.* 2017;5:11-6.
36. Chukwujekwu CD. Psychoactive substance use among Nigerian students; patterns and socio-demographic correlates. *Am J Psychiatry Neurosci.* 2017;5:22-5.
37. Gotsang G, Mashalla Y, Seloilwe E. Perception of school going adolescents about substance abuse in Ramotswa, Botswana. *J Public Health Epidemiol.* 2017;9:151-60.
38. Joseph R. Hageman. COVID-19 and the Mental Health Effects on Adolescents and Young Adults. *PediatricAnnals.* 2021;50(8):308-9.
39. Feder KA, Krawczyk N, Saloner B. Medication-assisted treatment for adolescents in specialty treatment for opioid use disorder. *J Adolesc Health.* 2017;60(6):747–50.
40. Committee on Substance Use and Prevention. Medication-assisted treatment of adolescents with opioid use disorders. *Pediatrics.* 2016;138(3). Dostupno na: 10.1542/peds.2016-1893. Datum pristupa: 6. 12. 2022.
41. Walley AY, et al. Office-based management of opioid dependence with buprenorphine: clinical practices and barriers. *J Gen Intern Med.* 2008;23(9):1393–8.

42. Collins AB, Boyd J, Mayer S, Fowler A, Kennedy MC, Bluthenthal RN, i sur. Policing space in the overdose crisis: A rapid ethnographic study of the impact of law enforcement practices on the effectiveness of overdose prevention sites. *The International Journal on Drug Policy*. 2019;73:199–207.
43. Grebely J, Cerda M, Rhodes T. COVID-19 and the health of people who use drugs: What is and what could be? *The International Journal on Drug Policy*. 2020;83:102958
44. Ciccarone D, Ondocsin J, Mars SG. Heroin uncertainties: Exploring users' perceptions of fentanyl-adulterated and –substituted 'heroin'. *The International Journal on Drug Policy*. 2017;46:146–55.
45. Karamouzian M, Papamihali K, Graham B, Crabtree A, Mill C, Kuo M., i sur. Known fentanyl use among clients of harm reduction sites in British Columbia. *The International Journal on Drug Policy*. 2020;77:102665.
46. Bonn M, Palayew A, Bartlett S, Brothers TD, Touesnard, N, Tyndall, M. Addressing the syndemic of HIV, hepatitis C, over dose, and COVID-19 among people who use drugs: The potential roles for decriminalization and safe supply. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020;81(5):556–60.
47. Del Pozo B, BeletskyL. No “back to normal” after COVID-19 for our failed drug policies. *The International Journal on Drug Policy*. 2020;83:102901
48. Dwyer R, Olsen A, Fowlie C, Gough C, van Beek I, Jauncey M., i sur. An overview of take-home naloxone programs in Australia. *Drug and Alcohol Review*. 2018;37(4):440–49.
49. Moustaqim-Barrette A, Papamihali K, Mamdani Z, Williams S, Buxton JA. Accessing take-home naloxone in British Columbia and the role of community pharmacies: Results from the analysis of administrative data. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238618.
50. Pauly B, Wallace B, Pagan F, Phillips J, Wilson M, Hobbs H, i sur. Impact of overdose prevention sites during a public health emergency in Victoria, Canada. *PLoS One*. 2020;15(5): e0229208.
51. Wallace B, Pagan F, Pauly B. The implementation of overdose prevention sites as a novel and nimble response during an illegal drug overdose public health emergency. *The International Journal on Drug Policy*. 2019;66:64–72
52. Greer AM, Amlani A, Burmeister C, Scott A, Newman C., Lampkin, H., i sur. Peer engagement barriers and enablers: Insights from people who use drugs in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*. 2019;110(2):227–35.
53. Olding M, Barker A, McNeil R, Boyd J. Essential work, precarious labour: The need for safer and equitable harm reduction work in the era of COVID-19. *The International Journal on Drug Policy*. 2021;90:103076.

54. Pauly BB, Mamdani Z, Mesley L, McKenzie S, Cameron F, Edwards S, i sur. "It's an emotional roller coaster... But sometimes it's fucking awesome": Meaning and motivation of work for peers in over dose response environments in British Columbia. *The International Journal on Drug Policy*. 2021;88:103015.
55. Barratt MJ, Kowalski M, Maier LJ, Ritter A. Global review of drug checking services operating in 2017. Sydney: National Drug & Alcohol Research Centre, UNSW; 2018.
56. Betsos A, Valleriani J, Boyd J, Bardwell G, Kerr T, McNeil R. "I couldn't live with killing one of my friends or anybody": A rapid ethnographic study of drug sellers' use of drug checking. *The International Journal on Drug Policy*. 2021;87:102845.
57. Green TC, Park JN, Gilbert M, McKenzie M, Struth E, Lucas R, i sur. An assessment of the limits of detection, sensitivity and specificity of three devices for public health based drug checking of fentanyl in street-acquired samples. *The International Journal on Drug Policy*. 2020;(77):102661.
58. Maghsoudi N, McDonald K, Stefan C, Beriault DR, Mason K, Barnaby L, i sur. Evaluating networked drug checking services in Toronto, Ontario: Study protocol and rationale. *Harm Reduction Journal*. 2020;17(1):9–10.
59. Measham F. City checking: Piloting the UK's first community based drug safety testing ('drug checking') service in two city centres. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2020;86(3):420–428.
60. Wallace B, van Roode T, Pagan F, Hore D, Pauly B. The potential impacts of community drug checking within the overdose crisis: Qualitative study exploring the perspective of prospective service users. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–12.
61. Park JN, Frankel S, Morris M, Dieni O, Fahey-Morrison L, Luta M, i sur. Evaluation of fentanyl test strip distribution in two mid-Atlantic syringe services programs. *The International Journal on Drug Policy*. 2021;94:103196.
62. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, DubeyMJ, Chatterjee S. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndrome*. 2020;14(5):779-88.
63. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, de Souza RI. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Corona virus disease). *PsychiatryRes*. 2020;287:112915.
64. Arya S, Gupta R. COVID-19 outbreak: challenges for Addiction services in India. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102086.
65. Marsden J, Darke S, Hall W, Hickman M, Holmes J, Humphreys K. Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*. 2020;115(6):1007-10.

66. Ornell F, Moura HF, Scherer JN, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: implications for prevention and treatment. *Psychiatry Res.* 2020;289:113096.
67. Columb D, Hussain R, O’Gara C. Addiction Psychiatry and COVID-19 - impact on patients and service provision. *Ir J Psychol Med.* 2020;21:1–5.
68. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. COVID-19 and drugs: Drug supply via darknet markets: Publications Office of the European Union. Luxembourg: 2020.
69. Katalinić D, Huskić A. (ur.). Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2017. godini. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2017.
70. Babić D, Vasilj I, Martinac M, Đikanović V. Psychoactive substances: mental disorders caused by psychoactive substances use. Mostar: University of Mostar; 2016.
71. Soča M, Babić D. Pojavnost psihoaktivnih tvari u srednjoškolske mladeži. *Zdravstveni glasnik.* 2015;1(1):44-51.
72. Škobić H. Psihoaktivne tvari: duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari. *Zdravstveni glasnik.* 2016;2(1):91-3.
73. Batori M, Žerovnik A, Barać K, Babić D. Pozitivni učinci kanabisa na zdravlje. *Zdravstveni glasnik.* 2018;4(2):50-9.
74. Bošnjak M, Mandić K, Babić D. Prevalence of psychoactive substance use among students of Secondary Medical School “the Sisters of Mercy” in Mostar. *Zdravstveni glasnik.* 2019;5(1):24-32.
75. Bevanda D, Tomić I, Bevanda M, Skočibušić S, Palameta N, Martinac M. The differences in Quality of Life between the Heroin Addicts treated in Methadone Program. *Alcoholism and psychiatry research.* 2017;53(1):17-26.
76. Petticrew MP, Lee K. The „father of stress“ meets „big tobacco“: Hans Selye and the tobacco industry. *Am J Public Health.* 2011;101(3):411–8.
77. Nargund V H. Effects of psychological stress on male fertility. *Nat Rev Urol.* 2015;12(7):373–82.
78. Afrisham R, Aberomand M, SoliemaniFar O, Kooti W, Ashtary-Larky D, Alamiri F, i sur. Levels of salivary immunoglobulin A under psychological stress and its relationship with rumination and five personality traits in medical students. *Eur J Psy.* 2016;30(1):41–53.
79. Afrisham R, Sadegh-Nejadi S, SoliemaniFar O, Kooti W, Ashtary-Larky D, Alamiri F, i sur. Salivary testosterone levels under psychological stress and its relationship with rumination and five personality traits in medical students. *Psychiatry Investig.* 2016;13(6):637–43.

80. Afrisham R, Sadegh-Nejadi S, SoliemaniFar O, Abromand M, Kooti W, Najjar Asl S, i sur. Evaluating the Salivary Alpha-amylase Level under Psychological Stress and its Relationship with Rumination and the Five Personality Traits. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2015;25(126):22–33.
81. Wagner Jakab A. Obitelj – sustav dinamičnih odnosa u interakciji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja.* 2008;44(2):119-28.
82. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: a review. *EXCLI J.* 2017;16:1057–72.
83. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* Berlin/Heidelberg: Springer; 1984.
84. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom. Med.* 1993;55(3):234–47.
85. Endler NS. Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Can Psychol.* 1997;38(3):136–53.
86. Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken LJ, Liu X. Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *J. Couns. Psychol.* 2011;58(3):410–23.
87. Folkman S, Lazarus RS. *Ways of Coping Questionnaire (WAYS) Instrument and Scoring Key.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1988.
88. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychol.* 1985;4(3):249–88.
89. Tobin LD, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cogn. Ther. Res.* 1989;13(4):343–61.
90. Einarsen SV, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. U: Einarsen SV, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, ur. *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice.* Boca Raton, FL: CRC Press; 2020. str.3–53.
91. Huebschmann NA, Sheets ES. The right mindset: Stress mindset moderates the association between perceived stress and depressive symptoms. *Anxiety Stress Coping.* 2020;33(3):248–55.
92. Chen L, Qu L. From stressful experiences to depression in Chinese migrant children: The roles of stress mindset and coping. *Front. Psychol.* 2021;12:601732.
93. Jamieson JP, Crum AJ, Goyer JP, Marotta ME, Akinola M. Optimizing stress responses with reappraisal and mindset interventions: an integrated model. *Anxiety Stress Coping.* 2018;31(3),245–61.

94. Huebschmann NA, Sheets ES. The right mindset: stress mindset moderates the association between perceived stress and depressive symptoms. *Anxiety Stress Coping*. 2020;33(3), 248–55.
95. Cheng C, Lau H-PB, Chan M-PS. Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 2014;140(6):1582–607.
96. Kato T. Testing of the coping flexibility hypothesis based on the dual-process theory: Relationships between coping flexibility and depressive Symptoms. *Psychiatry Res.* 2015;230(2):137–42.
97. Kato T. Coping with stress, executive functions, and depressive symptoms: Focusing on flexible responses to stress. *J. Clin. Med.* 2021;10(14):3122.
98. Pellerone M, Ramaci T, Parrello S, Guariglia P, Giaimo F. Psychometric properties and validation of the Italian version of the family assessment measure third edition - short version - in a nonclinical sample. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2017; 10 69–77.
99. Wood LE, Grau JM, Smith EN, Duran PA, Castellanos P. The influence of cultural orientation on associations between Puerto Rican adolescent mothers' parenting and toddler compliance and defiance. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2017; 23(2):300-309.
100. Ong HS, Fernandez PA, Lim HK. Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore Med J.* 2021;62(5):213-219.
101. Goffman E. In: Alexander Street P, editor. *Stigma notes on the management of spoiled identity*. New York: J. Aronson; 1974.
102. Fraser S, Pienaar K, Dilkes-Frayne E, Moore D, Kokanovic R, Treloar C, i sur. Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *Int J Drug Policy.* 2017;44:192–201.
103. Richert T, Johnson B, Svensson B. Being a parent to an adult child with drug problems: Negative impacts on life situation, health, and emotions. *Journal of Family Issues* .2018;39(8):2311–35
104. Liahaugen Flensburg O, Johnson B, Nordgren J, Richert T, Svensson B. „Something wasn't right”—parents of children with drug problems looking back at how the troubles first began, *Drugs: Education. Prevention and Policy.* 2022;29(3):255-64.
105. McCann VT, Lubman, DI. Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2018;27(2): 693–701.
106. Jackson IC. What impact does an adult substance user have on mothers, and how do they make sense of their experience? *Universal Journal of Psychology.* 2018;6(1):19–28.
107. Richert T, Johnson B, Svensson B. “Having to fight against those who should be helping”. Parents seeking support from social services for their adult children with drug problems. *Journal of the Society for Social Work and Research.* 2021;12(4): 255-64.

108. Rao T, Crome I, Crome P, Ramakrishnan A, Iliffe S, Ward M, i sur. Substance misuse in older people: An information guide. London: The Royal College of Psychiatrists; 2015.
109. Di Sarno, M, De Candia V, Rancati F, Madeddu F, Calati R, Di Pierro R. Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021;219:108439.
110. Kristiansen R, Myhra, AB. Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastning rapporterer de om? *Borgestand: Borgestandklinikken*; 2012. str . 52-53.
111. Birkeland B. Life situation when your partner has substance use problems: Quality of life and everyday experiences. Agder: University of Agder; 2019.
112. Lindeman S, Titlestad KB, Lorås L, Bondas, T. An unknown invisible intrusion. Impact of an adult family member's problematic substance use on family life: A meta-ethnography. *Drugs: Education. Prevention and Policy*. 2021;1–13: 464-76.
113. McCann TV, Polacsek M, Lubman, DI. Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(4):902–11.
114. O'Shay-Wallace S. "We weren't raised that way": Using stigma management communication theory to understand how families manage the stigma of substance abuse. *Health Communication*. 2019;35(4);465–74
115. Johannessen A, Tevik K, Engedal K, Tjelta T, Helvik AS. Family' members experiences of their older relative's alcohol and substance misuse. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022;(1):2094059.
116. Hellum R, Bilberg R, Nielsen AS. "He is lovely and awful": The challenges of being close to an individual with alcohol problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2021;39(1):89–104.
117. McCann TV, Lubman DI. Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(2):693–701.
118. Di Sarno M, De Candia V, Rancati F, Madeddu F, Calati R, Di Pierro R. Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021;219:108439.
119. Nordlie E. Alkoholmisbruk–hvilke konsekvenser har det for familiemedlem mene? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin. Ny Raekke*. 2003;123(1):52–4.
120. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*. 2013;78:70–77.

121. Buecker S, Maes M, Denissen JJA, Luhmann M. Usamljenost i pet velikih osobina ličnosti: Meta-analiza. *Europski časopis za osobnost*. 2020;34(1):8–28.
122. Suldo SM, Minch DR, Hearon BV. Adolescent life satisfaction and personality characteristics: Investigating relationships using a five factor model. *J. Happ. Stud.* 2015;16(4):965–83.
123. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality Development: Stability and Change. *Ann. Rev. Psychol.* 2004;56:453–84.
124. Knight ZG. A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(5):1047–58.
125. Borca G, Bina M, Keller PS, Gilbert LR, Begotti T. Internet use and developmental tasks: adolescents' point of view. *Comput. Hum. Behav.* 2015;52:49–58.
126. Fan H, Wang C, Shao X, Jia Y, Aluja A, Wang W. Short form of the Zuckerman—Kuhlman—Aluja Personality Questionnaire: Its trait and facet relationships with personality disorder functioning styles in Chinese general and clinical samples. *Psychiatry Res.* 2019;271:438–45.
127. Jorm AF, Christensen H, Henderson AS, Jacomb PA, Korten AE, Rodgers B. Predicting anxiety and depression from personality: Is there a synergistic effect of neuroticism and extraversion? *J. Abnorm. Psychol.* 2000;109(1):145–49.
128. Prince EJ, Siegel DJ, Carroll CP, Sher KJ, Bienvenu OJ. A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety Stress Coping.* 2021;34(3):299–307.
129. Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Ormel J. Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychol Med.* 2016;46(14):2883–906.
130. Goldstein BL, Kotov R, Perlman G, Watson D, & Klein DN. Trait and facet-level predictors of first-onset depressive and anxiety disorders in a community sample of adolescent girls. *Psychological Medicine.* 2018;48(8):1282–90.
131. Zinbarg RE, Mineka S, Bobova L, Craske MG, Vrshek-Schallhorn S, Griffith JW, et al. Testing a Hierarchical Model of Neuroticism and Its Cognitive Facets: Latent Structure and Prospective Prediction of First Onsets of Anxiety and Unipolar Mood Disorders During 3 Years in Late Adolescence. *Clinical Psychological Science.* 2016;4(5):805–24.
132. Guyer AE, Pérez-Edgar K, Crone, EA. Opportunities for neuro developmental plasticity from infancy through early adulthood. *Child Dev.* 2018;89(3):687–97.

133. Braams BR, Crone EA. Longitudinal changes in social brain development: processing outcomes for friend and self. *Child Dev.* 2017;88(6):1952–65.
134. Tottenham N, Galvan A. Stress and the adolescent brain: amygdala-prefrontal cortex circuitry and ventral striatum as developmental targets. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2016;70:217–27.
135. Estévez N, Dey M, Eich-Höchli D, Foster S, Gmel G, Mohler-Kuo M. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;25(3):255–66.
136. Booth-Kewley S, Vickers RR., Jr Associations between major domains of personality and health behavior. *J Pers.* 1994;62(3):281–98.
137. Turiano NA, Whiteman SD, Hampson SE, Roberts BW, Mroczek DK. Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *J Res Pers.* 2012;46(3):295–305.
138. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2010; 136(5):768.
139. Di Nicola M, Pepe M, Modica M, Lanzotti P, Panaccione I, Moccia L, i sur. Mixed States in Patients with Substance and Behavioral Addictions. *Psychiatr Clinics.* 2020;43(1):127–37.
140. Di Nicola M, Tedeschi D, De Risio L, Pettorruso M, Martinotti G, Ruggeri F, i sur. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug Alcohol Depend.* 2015;148:118–25.
141. Sharma L, Markon KE, Clark LA. Toward a theory of distinct types of “impulsive” behaviors: A meta-analysis of self-report and behavioral measures. *Psychol Bull.* 2014;140(2):374.
142. Stautz K, Cooper A. Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(4):574–92.
143. Amlung M, Vedelago L, Acker J, Balodis I., MacKillop J. Steep delay discounting and addictive behavior: A meta-analysis of continuous associations. *Addiction.* 2017;112(1):51–62.
144. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat Neurosci.* 2005;8(11):1458–63.

145. Biernacki K, McLennan SN, Terrett G, Labuschagne I, Rendell PG. Decision-making ability in current and past users of opiates: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;71:342–51.
146. Brevers D, Bechara A, Cleeremans A, Noël X. Iowa Gambling Task (IGT): twenty years after—gambling disorder and IGT. *Front Psychol.* 2013;4:665.
147. Gullo MJ, Loxton NJ, Dawe S. Impulsivity: Four ways five factors are not basic to addiction. *Addictive Behav.* 2014;39(11):1547–56.
148. Kaplan SC, Levinson CA, Rodebaugh TL, Menatti A, Weeks JW. Social anxiety and the Big Five personality traits: the interactive relationship of trust and openness. *Cogn Behav Ther.* 2015;44(3):212-22.
149. Wycoff AM, Metrik J, Trull TJ. Affect and cannabis use in daily life: a review and recommendations for future research. *Drug Alcohol Depend.* 2018;191:223-33.
150. Spradlin A, Mauzay D, Cuttler C. Symptoms of obsessive-compulsive disorder predict cannabis misuse. *Addictive Behaviors.* 2017;72:159–64.
151. Lowe DJE, Sasiadek J, Coles AS, George TPF. Cannabis and mental illness: A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2019;269(1):107–20.
152. Park A, Sher KJ, Wood PK, et al. Dual mechanisms underlying accentuation of risky drinking via fraternity/sorority affiliation: The role of personality, peer norms, and alcohol availability. *Journal of Abnormal Psychology.* 2009;118(2):241.
153. Nevid JS, Gordon AJ, Miele AS, Keating LH. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview and Current Directions. *J Ment Health Clin Psychol.* 2020;4(2):38-44.
154. Zilberman N, Yadid G, Efrati Y, Neumark Y, Rassovsky Y. Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors.* 2018;82:174–81.
155. Lackner N, Unterrainer HF, Neubauer AC. Differences in Big Five personality traits between alcohol and polydrug abusers: Implications for treatment in the therapeutic community. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2013;11(6):682-692.
156. Radetić Lovrić S, Vujadinović S. Osobine ličnosti i karakteristični obrasci kriminalnog ponašanja počinitelja ubistva u Republici Srpskoj. Banja Luka: Filozofski fakultet; 2021.

157. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(4):533-45.
158. Milivojevic D, Milovanovic SD, Jovanovic M. Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs: Personality factors in drug addiction. *The American Journal on Addictions*. 2012;21(5):462–67.
159. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall; 1963.
160. Room R, Rehm J, Paglia A, Ustun TB. Cross cultural views on stigma, valuation, parity, and societal views towards disability. U: Ustun TB (ur.). *Disability and Culture*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 2001. str. 247–291.
161. Palomar J, Halkitis PN, Kiang M. Perceived public stigma and stigmatization in explaining lifetime illicit drug use among emerging adults. *Addict Res Theory*. 2012;21(6):516-25
162. Spears R, Manstead ASR. The social context of stereotyping and differentiation. *Eur J Soc Psychol*. 1989;19(2):101–21.
163. Room R, Reuter P. How well do international drug conventions protect public health? *Lancet*. 2012;379(9810):84–91.
164. Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and Self-Stigma in Addiction. *J Bioeth Inq*. 2017;14(2):275-86.
165. Flanagan O. The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*. 2013;4:1–11.
166. McGinty EE, Goldman HH, Pescosolido B, & Barry CL. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science & Medicine*. 2015;126, 73–85.
167. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Thornicroft G. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*. 2015;45(1):11–27.

168. Kelly JF, Dow SJ, & Westerhoff C. Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms. *Journal of Drug Issues*. 2010;(40): 805–18.
169. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007;39(2):175-91.
170. Petz B, Kolesarić V, Ivanec D. *Petzova statistika - osnovne statističke metode za nematematičare*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2012.
171. Belak Kovačević S. *Stres i suočavanje kod ovisnika o opijatima*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zagrebu; 2004.
172. Carver C S, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;56(2):267–83.
173. Hudek-Knežević J, Kardum I. Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sastresom i njihove psihometrijske značajke. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*. 1993;2:43-60.
174. Goldberg LR. A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. *Personality psychology in Europe*. 1999;7(1):7-28.
175. Mlačić B, Goldberg LR. An Analysis of Cross-Cultural Personality Inventory: The IPIP Big-Five Factor Markers in Croatia. *Journal of Personality Assessment*. 2007;88(2):168-77.
176. Ulemek B. *Velepatori model ličnosti, religioznost i fleksibilnost mišljenja*. Diplomski rad. Zagreb: Studij psihologije Hrvatskih studija u Zagrebu; 2010.
177. Constantinou N, Morgan CJA, Battistella S, O Ryan D, Davis P, Curran HV. Attentional bias, inhibitory control and acute stress in current and former opiate addicts. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;109:220-225.
178. Valentino R, Aston-Jones G. Special issue on neuropeptides in stress and addiction: Overview. *Brain Research*. 2010;1314:1-2.
179. Askari J, Hassanbeigi A, Fallahzadeh H. The rate of various psychological stressors, perceived mental strain due to these stressors. 2011;30:654-61

180. Fishbein DH, Herman-Stahl M, Eldreth D, Paschall M, Hyde C, Hubal R, i sur. Mediators of the stress-substance-user relationship in urban male. *Prev. Sci.* 2006;7(2):113–26.
181. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug Alcohol Depend.* 2007;91(2-3):213–19.
182. Anestis MD, Selby EA, Joiner TE. The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behav. Res. Ther.* 2007;45(12):3018–29.
183. Hatzinger M, Brand S, Perren S, von Wyl A, Klitzing K, Holsboer-Trachsle E. Hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) activity in kindergarten children: importance of gender and associations with behavioral/emotional difficulties. *J. Psychiatr. Res.* 2007;41(10):861–70.
184. Dembo R, Dertke M, Borders S, Washburn M, Schmeidler J. The relationship between physical and sexual abuse and tobacco, alcohol, and illicit drug use among youth in a juvenile detention center. *Int. J. Addict.* 1988;23(4):351–78.
185. Sinha R. Chronic stress, drug use and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences: Addiction Reviews.* 2008;1141:105–130.
186. Arevalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction, *Evaluation and Program Planning.* 2008;31(1):113-23.
187. Valentino RJ. Editorial for neurobiology of stress special issue on stress and substance abuse throughout development. *Neurobiol Stress.* 11:100178. Dostupno na: doi: 10.1016/j.ynstr.2019.100178. Datum pristupa: 2. 12. 2022.
188. Sinha R. Chronic stress, drug use and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences: Addiction Reviews.* 2008;1141:105–30.
189. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics.* 2003;111(3):564–72.
190. Buecker S, Maes M, Denissen JJA, Luhmann M. Usamljenost i pet velikih osobina ličnosti: Meta-analiza. *Europski časopis za osobnost.* 2020;34(1):8–28.

191. Markon KE, Krueger RF, Watson D. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *J Pers Soc Psychol.* 2005;88:139–57.
192. McCrae RR, P Jr C. A five factor theory of personality. U: Pervin LA (ur.). *Handbook of personality: theory and research.* New York, NY: Guilford Press; 1999. str. 139–53.
193. Smillie LD, Kern ML, Uljarevic M. Extraversion: description, development, and mechanisms. U: Mc Adams DP, Shiner RL, Tackett JL (ur.). *Handbook of Personality Development.* New York, NY: Guilford; 2019. str. 118–36.
194. Sun J, Kaufman SB, Smillie LD. Unique associations between Big Five personality aspects and multiple dimensions of well-being. *J. Pers.* 2018;86(2):158–72.
195. Shiner RL. Negative emotionality and emotional instability from childhood through adulthood: a lifespan perspective. U: McAdams DP, Shiner RL, Tackett JL (ur.). *Handbook of Personality Development.* New York, NY: Guilford; 2019. str. 137–52.
196. Shackman AJ, Stockbridge MD, Tillman RM, Kaplan CM, Tromp DP, Fox AS, i sur. The neurobiology of dispositional negativity and attentional biases to threat: implications for understanding anxiety disorders in adults and youth. *J. Exp. Psychopathol.* 2016;7(3):311–42.
197. Schwaba T. The structure, measurement, and development of openness to experience across adulthood. U: McAdams DP, Shiner RL, Tackett JL (ur.). *Handbook of Personality Development.* New York, NY: Guilford; 2019. str. 185–200.
198. Malkiewicz MM. Selected personality characteristics and coping with stress strategies. *Polish J. Aviation Med. Psychol.* 2014;20(2):25–36.
199. Kandler C, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM, Borkenau P, Penke L. The nature of creativity: the roles of genetic factors, personality traits, cognitive abilities, and environmental sources. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2016;111(2):230–49.
200. Soto CJ, John OP. The next Big Five Inventory (BFI-2): developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2017;113(1):117–43.
201. Tackett JL, Hernández MM, Eisenberg N. Agreeableness. U: McAdams D P, Shiner R L, Tackett JL (ur.). *Handbook of Personality Development.* New York, NY: Guilford; 2019. str. 171–84.
202. Jackson JJ, Roberts, BW. Conscientiousness. U: Widiger TA (ur.). *The Oxford Handbook of the Five Factor Model of Personality.* New York, NY: Oxford University Press; 2017. str. 133–50.
203. Jackson JJ, Connolly JJ, Garrison SM, Leveille MM, Connolly SL. Your friends know how long you will live: a 75-year study of peer-rated personality traits. *Psychol. Sci.* 2015;26(3):335–40.

204. Tsavou E, Petkari E. Associations of Personality Traits and Emotional Intelligence: Comparing Individuals in Rehabilitation from Drug Misuse, Occasional Users and Non-Users. *Subst Use Misuse*. 2020;55(2):252-260.
205. Efendić-Spahić T, Mirković-Hajduković M, Vardo E. Razlike u osobinama ličnosti i porodičnom okruženju ovisnika o heroinu i nekonzumenata psihoaktivnih supstanci. *DHS* 1. 2021;14:273-308.
206. Barańczuk U. The five factor model of personality and emotion regulation: A meta-analysis. *Pers Individ Differ*. 2019;139:217–27.
207. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B, i sur. Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(5):686–97.
208. Zilberman N, Yadid G, Efrati Y, Neumark Y, Rassovsky Y. Personality profiles of substance and behavioural addictions. *Addict Behav*. 2018;82:174-81.
209. Back SE, Brady KT. Anxiety Disorders with Comorbid Substance Use Disorders: Diagnostic and Treatment Considerations. *Psychiatr Ann*. 2008;38(11):724–9.
210. Koob GF. Drug addiction: the yin and yang of hedonic homeostasis. *Neuron*. 1996;16(5):893–6.
211. Kosten TR, Markou A, Koob GF. Depression and stimulant dependence: neurobiology and pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(12):737–45.
212. Weiss NH, Connolly KM, Gratz KL, Tull MT. The role of impulsivity dimensions in the relation between probable posttraumatic stress disorder and aggressive behavior among substance users. *J Dual Diagn*. 2017;13(2):109–18.
213. Huang Y, He M, Li A, Lin Y, Zhang X, Wu K. Personality, behavior characteristics, and life quality impact of children with dyslexia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1415.
214. Wijngaards I, Sisouw de Zilwa SCM, Burger MJ. Extraversion moderates the relationship between the stringency of COVID-19 protective measures and depressive symptoms. *Front Psychol*. 2020;11:568907.
215. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:269–95.
216. Zimmer-Gembeck M, Skinner EA, Modecki KL, Webb HJ, Gardner AA, Hawes T, i sur. The self-perception of flexible coping with stress: A new measure and relations with emotional adjustment. *Cogent Psychology*. 2018;5(1):1537098.
217. Chen L, Qu L, Hong RY. Path ways Linking the Big Five to Psychological Distress: Exploring the Mediating Roles of Stress Mindset and Coping Flexibility. *J Clin Med*. 2022;11(9):2272.

218. Chen L, Qu L. Opportunity or Risk? Appraisal and Affect Mediate the Effect of Task Framing on Working Memory Performance in University Students. *Front. Psychol.* 2021;12:615329.
219. Bucher MA, Suzuki T, Samuel D B. A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical Psychology Review.* 2019;70:51–63.
220. Paulino S, Pombo S, Ismail F, Figueira ML, Lesch O. The role of affective temperament as a predictor of relapse in alcohol dependence. *Personality and Mental Health.* 2017;11:278–89.
221. Leventhal AM, Japuntich SJ, Piper ME, Jorenby DE, Schlam TR, Baker TB. Isolating the role of psychological dysfunction in smoking cessation failure: Relations of personality and psychopathology to attaining smoking cessation milestones. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2012;26:838–49.
222. Papamalis FE, Kalyva E, Teare MD, Meier PS. The role of personality functioning in drug misuse treatment engagement. *Addiction.* 2020;115:726–39.
223. Ramos JM, Broco L, Sánchezy Doll AA. Personality as unidimensional and bidimensional vulnerability: The mediator role of cognitive variables in symptom severity in a sample of people with severe personality disorder. *Clínica y Salud.* 2020;31:1–12.
224. Lerner RM, Lerner J.V. The development of a person: a relational-developmental systems perspective. U: McAdams DP, Shiner RL, Tackett JL (ur). *Handbook of Personality Development.* New York: Guilford; 2019. str: 59–75.
225. Tottenham N, Galvan A. Stress and the adolescent brain: amygdala-prefrontal cortex circuitry and ventral striatum as developmental targets. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2016;70:217–27.
226. Arias F, Arnsten JH, Cunningham CO, Coulehan K, Batchelder A, Brisbane M, i sur. Neurocognitive, psychiatric, and substance use characteristics in opioid dependent adults. *Addict Behav.* 2016;60:137–43.
227. Baldacchino A, Balfour DJK, Passetti F, Humphris G, Matthews K. Neuropsychological consequences of chronic opioid use: a quantitative review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(9):2056–68.
228. Ersche KD, Sahakian BJ. The neuropsychology of amphetamine and opiate dependence: implications for treatment. *Neuropsychol Rev.* 2007;17(3):317–36.
229. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Verdejo-García A. What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):377–406.

230. Gruber SA, Silveri MM, Yurgelun-Todd DA. Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychol Rev.* 2007;17(3):299–315.
231. Lee TMC, Pau CWH. Impulse control differences between abstinent heroin users and matched controls. *Brain Inj.* 2002;16(10):885–89.
232. Verdejo-Garcia A, Perez-Garcia M. Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology.* 2007;190(4):517–30.
233. Beutler LE, Moos RH, Lane G. Coping, treatment planning, and treatment outcome: Discussion. *Journal of Clinical Psychology.* 2003;59(10):1151–67.
234. Eftekhari A, Turner AP, Larimer ME. Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addictive Behaviors.* 2004;29:1001–8.
235. Ellis B, Bernichon T, Yu P, Roberts T, Herrell JM. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning.* 2004;27:213–21
236. Warren JI, Stein JA, Grella CE. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug & Alcohol Dependence.* 2007;89(2-3):267–74.
237. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, III, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry.* 2007;4(5):35–40.
238. Ames SC, Roitzsch JC. The impact of minor stressful life events and social support on cravings: A study of inpatients receiving treatment for substance dependence. *Addictive Behaviors.* 2000;25(4):539–47.
239. Sudraba V, Millere A, Deklava L, Millere E, Zumente Z., Circenis K., i sur. Stress Coping Strategies of Drug and Alcohol Addicted Patients in Latvia, *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2015;205:632-36.
240. Kumanova MV, Karastoyanov GS. Perceived Stress and Coping Strategies [PP]; Proceedings of the Education, Science, Innovation 3rd Annual Conference; Pernik, Bulgaria. 9–10 May 2013.
241. Gjestad R, Franck J, Hagtvet KA, Haver B. Level and change in alcohol consumption, depression and dysfunctional attitudes among females treated for alcohol addiction. *Alcohol.* 2011;46(3):292–300.
242. Dassieu L, Heino A, Develay É, Kabore JL, Page MG, Hudspith M, i sur. Conversations about opioids: impact of the opioid overdose epidemic on social interactions for people who live with chronic pain. *Qual Health Res.* 2021;31(9):1657-69.

234. Antoniou T, Ala-Leppilampi K, Shearer D, Parsons JA, Tadrous M, Gomes T. “Like being put on an ice floe and shoved away”: a qualitative study of the impacts of opioid-related policy changes on people who take opioids. *Int J Drug Policy*. 2019;66:15–22.
244. Mc Ginty E, Stone E, Kennedy-Hendricks A, Barry C. Stigmatizing language in news media coverage of the opioid epidemic: Implications for public health. 2018;124:2-5.
245. Cheng CM, Chang CC, Wang JD, Chang KC, Ting AY, Lin CY. Negative Impacts of Self-Stigma on the Quality of Life of Patients in Methadone Maintenance Treatment: The Mediated Roles of Psychological Distress and Social Functioning. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(7):1299.
246. Livingston JD. *A Framework for Assessing Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues*. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada; 2021.
247. Livingston JD. *Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues*. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada; 2020.
248. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, Mitchell EMH, i sur. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17(1):25.
249. Saha TD, Kerridge BT, Goldstein RB, Chou SP, Zhand H, Jung J. Nonmedical Prescription Opioid Use and DSM-5 Nonmedical Prescription Opioid Use Disorder in the United States. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(6):772–80.
250. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, i sur. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757–66.
251. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2020;115(2):201–17.

ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Mirjana Mikulić

Datum rođenja: 09. 02. 1971. god.

Adresa: Trg Gojka Šuška 2e, 88220 Široki Brijeg

Bosna i Hercegovina

Telefon + 00387 63 486 330

Adresa e-pošte: mirjana.mikulic@fzs.sum.ba

ŠKOLOVANJE

- Poslijediplomski magistarski studij Biomedicina i zdravstvo, Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru (2008. -2013., magistra znanosti).
- Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru (2006. – 2007., dipl. medicinska sestra).
- Visoka zdravstvena škola Sveučilišta u Mostaru (2002. -2005., dipl. medicinska sestra).
- Srednja medicinska škola Ante Jamnicki, Mostar (1985. – 1989., stomatološka sestra).

USAVRŠAVANJE

- 2022. - 8.simpozij s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Udruga / Udruženja medicinskih sestara / tehničara u Bosni i Hercegovini i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar: Izazov sestrinstva tijekom COVID-19: što smo naučili iz pandemije, 8. - 9. rujna 2022. godine, Mostar.
- 2021. - Atlantska inicijativa. Radikalizacija, nasilni ekstremizam i terorizam: Kako socijalni radnici i mentalno-zdravstveni stručnjaci mogu pomoći u prevenciji radikalizma i nasilnog ekstremizma, 9. - 11. rujna, Neum.
- 2020. Asocijacija XY and UNFPA assigns – successfully completed online“ Youth friendly approach in providing services for vulnerable adolescents and young people“, 8. -. 9. prosinca, Sarajevo.

- 2019. - 7. simpozij s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar: Kompetencije medicinskih sestara / tehničara, 26. - 27. rujna, Mostar.
- 2019. - Asocijacija XY/Projekt mentalnog zdravlja u BiH. II supervizijska edukaciju Model otpusta, 8.-10. rujna, Neum.
- 2018. - 6. simpozij s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar: Istraživanje u sestrinstvu-izazov (li) preduvjet suvremenog sestrinstva, 27. - 28. rujna, Mostar.
- 2017. - 5. simpozij s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar: Indikatori kvalitete zdravstvene njege, 15. - 16. rujna, Mostar.
- 2015. - 3. simpozij s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar: Prepoznatljivost rada medicinskih sestara / tehničara u sustavu zdravstva, 14. - 15. svibnja, Mostar.
- 2015. - Program trajnog medicinskog usavršavanja: Mentalno zdravlje žena. Medicinski fakultet Osijek, 27. – 28. veljače, Osijek.
- 2014. – 2015. - Training – CCNURCA, project - Practical skills training in nursing: knowledge exchange between EU and West Balkan partners at:
 - 8. – 12. veljače 2015. - University of Presov, Faculty of Health Care Slovakia
 - 17. - 20. studenoga 2014. - University College, Groningen, Netherland
 - 13. – 15. listopada 2014. - University College, Sint-Niklaas, Belgium
 - 3. - 5. travnja 2014. - Edukacija edukatora - Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru
- 2014. - Edukacija edukatora - Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, 3. – 5. travnja, Mostar
- 2013. - 1. simpozij s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar: Prevencija i kontrola bolesničkih infekcija, 18. svibnja, Mostar.
- 2009. – 2019. - Edukacija iz grupne analize, Institut za grupnu analizu Klinike za psihološku medicinu, Medicinski fakultet Zagreb.

- 2010. - AT-TEMPUS-JPHES, Tempus projekt: INTERFACE Developing and setting up measures for initiating, enhancing and sustaining HE-society Cooperation - TEMPUS; 2009. - Reform of Nursing Education in BIH (REFINE), Gent, Belgium.

NASTAVNA DJELATNOST

- 2017. – nastavno zvanje: viši asistent za znanstveno područje biomedicina i zdravstvo; znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti; znanstvena grana: sestrinstvo; za potrebe kolegija „Metode zdravstvenog odgoja i promocija zdravlja“ i „Zdravstvena njega starijih osoba“ na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru
- 2015. - 2018. – nastavnik - Srednja škola Antuna Branka Šimića, Grude.

DRUGE DJELATNOSTI

- 2019. - Asocijacija XY-Modela zajedničkog planiranja otpusta osoba s duševnim smetnjama iz bolnice
- 2014. - Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH - koordinator za lijekove TBC Županija zapadnohercegovačka (ŽZH/K)
- 2013. - Projekt za jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini
- 2013. - Dom zdravlja Široki Brijeg, Centar za mentalno zdravlje
- -2003. - 2013. - Dom zdravlja Široki Brijeg, Obiteljska medicina
- 2008. - 2013. – UNDP - United National Development Programme, TBC koordinator patronažne njege
- 1995. - Casa Albert, Dom za stare i nemoćne, Viverone, Italija
- 1993. - 2003. - Privatna stomatološka ordinacija, Široki Brijeg
- 1989. - 1990. - Privatna stomatološka ordinacija, Toronto, Canada.

ZNANSTVENI RADOVI I PUBLIKACIJE

- Sesar K, Dodaj A, Vasilj V, Sesar D, Smolić I, Mikulić M. The Creative Art Therapies in Work with Children and Adolescents with Traumatic Experiences. Narrative Review Central Eur J Paed. 2022;18(1):63-74
- Šantić A, Jelinčić I, Vidanec I, Mikulić M, Klasan D, Degmečić D. Deluzije u općoj populaciji – prikaz rezultata presječnog istraživanja. Osmi hrvatski psihijatrijski kongres, Opatija, 16. - 19. 10. 2022.

- Mikulić M, Sesar K. Psihološke poteškoće, kvaliteta života i opterećenost roditelja osoba ovisnih o teškim drogama. Četvrti kongres psihologa s međunarodnim učešćem. Distrikt Brčko, 2015.

KNJIŽEVNA DJELA

- Šantić Ž, Mikulić M, Zadro A. Dekubitus. U: Šantić Ž i sur. Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi: Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi, Mostar: Sveučilište u Mostaru, Medicinski fakultet, 2015., str. 621.
- Šantić Ž, Mikulić M, Zadro A. Liječenje dekubitisa. U: Šantić Ž i sur. Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi: Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi, Mostar: Sveučilište u Mostaru, Medicinski fakultet, 2015., str. 622.
- Šantić Ž, Mikulić M, Zadro A. Smanjena mogućnost hranjenja starije osobe. U: Šantić Ž, i sur. Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi: Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi. Mostar: Sveučilište u Mostaru, Medicinski fakultet, 2015., str. 622.
- Šantić Ž, Mikulić M, Zadro A. Najčešće intervencije medicinske sestre pri smanjenoj brizi o sebi. U: Šantić Ž, i sur. Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi: Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi. Mostar: Sveučilište u Mostaru, Medicinski fakultet, 2015., str. 623.
- Šantić Ž, Mikulić M. Patronažna skrb osoba starije životne dobi. U: Šantić Ž, i sur. Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi: Medicinska gerontologija u kliničkoj praksi. Mostar: Sveučilište u Mostaru, Medicinski fakultet, 2015., str. 630.

12. PRILOZI

- I. Obavijest za ispitanike
- II. Informirani pristanak
- III. Opći demografski upitnik
- IV. Skala negativnih stresnih životnih događaja
- V. Upitnik za ispitivanje suočavanja kao dispozicije
- VI. Upitnik za ispitivanje tipa/osobina ličnosti

I. OBAVIJEST ZA ISPITANIKE

Živimo u vremenima koja obiluju zbivanjima koja se neposredno ili posredno odražavaju i u našem svakodnevnom životu. Sukobi unutar nas samih i s ljudima u okruženju dio su naše svakodnevice. Ljudi se razlikuju po načinima suočavanja sa svakodnevnim situacijama koje izazivaju stres. Iako isti događaji kod različitih ljudi dovode do različitih reakcija, ipak Vas molim da razmislite o različitim neugodnim, stresnim situacijama u kojima ste Vi u sukobu sa samim sobom ili s ljudima oko sebe, i o Vašim najčešćim reakcijama na takve situacije.

Poštovani, tijekom istraživačkog postupka od Vas će se tražiti da ispunite upitnike tipa papirolovka, koji sadrže pitanja o Vašem načinu suočavanja sa životnim poteškoćama. Detaljne upute i način odgovaranja nalaze se u upitnicima. Na prvoj stranici su uključena i neka pitanja o Vašim općim demografskim podacima, međutim podatak o Vašem imenu se u upitniku od Vas nigdje ne traži. Molim Vas da na pitanja odgovarate što spontanije i što iskrenije možete. Lijepo Vas molim da ne izostavite niti jedno pitanje. Razina stresa i/ili neugode u ovom istraživanju nije veća od one koju doživljavate u vrlo uobičajenim svakodnevnim situacijama. U ovom istraživanju nećete biti izloženi nikakvom specifičnom riziku. Naglašavam da je sudjelovanje u ovom istraživanju dobrovoljno i da imate pravo bez ikakvih posljedica odustati od sudjelovanja ili se iz njega povući. Ako imate neke pritužbe na provedeni postupak ili ste zabrinuti zbog nečega što ste tijekom istraživačkog postupka doživjeli, molim Vas obratite se na mail mirjana.mikulic@fzs.sum.ba.

Podatci dobiveni ovim istraživanjem koristit će se isključivo u svrhu izrade doktorskog rada te Vas stoga molimo da što iskrenije odgovorite na postavljena pitanja. Daljnjim sudjelovanjem u ovom istraživanju dajete svoj informirani pristanak na ovdje opisane postupke istraživanja.

II. INFORMIRANI PRISTANAK

Potvrđujem da sam dana, pročitao/pročitala ovu obavijest za gore navedeno znanstveno istraživanje te sam imao/imala priliku postavljati pitanja.

1. Razumijem da je moje sudjelovanje dragovoljno te se mogu povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju.
2. Razumijem da mojoj medicinskoj dokumentaciji imaju pristup odgovorni pojedinci, tj. glavni istraživač i njegovi suradnici, članovi Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se istraživanje obavlja te članovi Etičkog povjerenstva koje je odobrilo ovo znanstveno istraživanje. Dajem dozvolu tim pojedincima za pristup mojoj medicinskoj dokumentaciji.
3. Pristajem/ne pristajem da moj obiteljski liječnik bude upoznat s mojim sudjelovanjem u navedenom znanstvenom istraživanju.
4. Želim sudjelovati u navedenom znanstvenom istraživanju.

Ime i prezime ispitanika/staratelja:

Potpis: _____

Ime i prezime (tiskanim)_____

Nadnevak:_____

Osoba koja je vodila postupak obavijesti za ispitanika i suglasnost za sudjelovanje:

Glavni istraživač na projektu:

Potpis: _____

Ime i prezime (tiskanim)_____

Nadnevak:_____

III. OPĆI DEMOGRAFSKI UPITNIK

Ime :

Adresa stanovanja:

Prezime:

Broj telefona:

Nadnevak i mjesto rođenja:

1. Bračno stanje	6. Ekonomski status
1. neoženjen	1. nizak
2. oženjen	2. osrednji
3. razveden	3. dobar
4. udovac	
5. razdvojen	7. Podatci o obrazovanju
	1. bez obrazovanja
2. Dužina trajanja braka	2. specijalna škola
1. do 10 godina	3. osnovna škola
2. od 10 do 20	4. nepotpuna osnovna škola
3. od 20 do 30	5. srednja stručna sprema
4. preko 30	6. viša stručna sprema
	7. visoka stručna sprema
3. Roditeljstvo	
1. nema djece	8. Jeste li pušač
2. jedno	1. da
3. dvoje	2. ne
4. troje i više	
	9. Jeste li skloni alkoholu?
4. Stambeno stanje	1. da, koliko dugo? _____ godina

1. vlasnik stana/kuće	2. ne
2. roditeljski stan/kuća	
3. iznajmljen stan/kuća	10. Iskustvo sa drogama
4. dom ili dr. ustanova	1. da 3. povremeno uzimam
5. beskućnik	2. ne 4. ovisnik
5. Zaposlenost	11. Jeste li imali psihičkih poteškoća zbog
1. radno nesposoban	kojih ste se javljali liječniku?
2. nezaposlen	1. da
3. u radnom odnosu	2. ne
4. privremeni, sezonski poslovi / rad na crno	Ako je vaš odgovor DA, navedite koje:
5. u mirovini	

12. Je li još netko iz vaše obitelji ovisan o drogama ili alkoholu?
1. da
2. ne
13. Koliko dugo ste ovisni o drogama?
a) do 1 godine b) od 1 do 3 godine c) od 3 do 5 godina d) 5 i više godina
14. Bolujete li od neke kronične somatske bolesti?
1. da
2. ne
Ako je vaš odgovor DA, navedite koje:

15. Je li netko u vašoj obitelji psihijatrijski liječen:

1. da

2. ne

Ako je vaš odgovor DA, navedite tko: _____

16. Je li netko u vašoj obitelji izvršio suicid?

1. da, navedite tko:

2. ne

IV. SKALA NEGATIVNIH STRESNIH ŽIVOTNIH DOGĐAJA

Pred vama se nalazi jedan popis značajnih i za svakog čovjeka važnih životnih događaja. Vi se pokušajte sjetiti koji Vam se od tih događaja zbilo u toku vašeg života i zaokružite redni broj ispred onih događaja koje ste doživjeli i ocijenite te događaje na skali s desne strane od 1 do 4 s obzirom na to koliko vas je taj događaj uznemirio, potresao, pogodio i koliko je različitih promjena od vas tražio. Pri tome brojevi znače sljedeće:

1 - ovaj me događaj uopće nije uznemirio (ili vrlo malo)

2 - ovaj me događaj prilično jako uznemirio

3 - ovaj me događaj jako uznemirio i potresao

4 - ovaj me događaj izrazito jako uznemirio

Ako Vam se dogodilo još nešto što smatrate značajnim, a nije navedeno na ovom popisu, napišite to na kraj liste na praznu crtu pod brojem 38.

- B1. Smrt partnera/bračnog druga 1 2 3 4
- B2. Smrt člana uže obitelji (brat/sestra, roditelji) 1 2 3 4
- A3. Rastava ili odvajanje od partnera/bračnog druga 1 2 3 4
- B4. Rastava roditelja 1 2 3 4
- B5. Teška ozljeda, bolest, ranjavanje, kirurška operacija,
prometna nesreća 1 2 3 4
- A6. Kazna zatvorom 1 2 3 4
- A7. Gubitak posla ili neželjeni prekid školovanja 1 2 3 4
- B8. Oboljenje člana rodbine 1 2 3 4
- B9. Smrt bliskog prijatelja 1 2 3 4
- A10. Velike nesuglasice među partnerima/bračnim drugovima..... 1 2 3 4
- A11. Financijski problemi (dug, posudba) 1 2 3 4
- A12. Neprilike, problemi, sukobi s rodbinom 1 2 3 4

A13. Sniženje životnog standarda	1 2 3 4
A14. Neočekivana trudnoća (vlastita/partnerice)	1 2 3 4
B15. Teškoće u spolnom životu	1 2 3 4
A16. Problemi, nesporazumi i razočarenja s roditeljima	1 2 3 4
B17. Doživljen požar, potres, poplava	1 2 3 4
A18. Odvojen život od porodice	1 2 3 4
A19. Problemi u školovanju i poslu	1 2 3 4
A20. Gubitak nepokretne imovine	1 2 3 4
A21. Gubitak pokretne imovine	1 2 3 4
A22. Gubitak osobnih predmeta koji su vam mnogo značili npr. fotografije, osobni dokument, ključevi	1 2 3 4
B23. Odlazak bliske osobe u rat	1 2 3 4
B24. Odlazak bliske osobe u izgnanstvo	1 2 3 4
B25. Vlastito zatočeništvo (zarobljavanje)	1 2 3 4
B26. Zarobljavanje bliske osobe	1 2 3 4
B27. Prisustvo nasilju nad drugim ljudima	1 2 3 4
B28. Izloženost nasilju.....	1 2 3 4
B29. Ugroženost vlastitog života	1 2 3 4
B30. Ugroženost života bliskih osoba	1 2 3 4
B31. Izloženost gladi	1 2 3 4
B32. Izloženost vremenskim nepogodama (hladnoća, vlaga)	1 2 3 4
A33. Teškoće u odnosu s pretpostavljenim (šef ili profesor)	1 2 3 4
A34. Protjerivanje iz vlastitog doma	1 2 3 4
B35. Nestanak člana uže obitelji/bliske osobe	1 2 3 4
A36. Preseljenje zbog gubitka stana/smještaja	1 2 3 4

A37 Pandemija COVID 19..... 1 2 3 4

A38 Neki drugi događaj1 2 3 4

Navedite koji drugi događaj _____

A - subjektivno izazvani događaji

B - vanjski izazvani događaji

V. UPITNIK ZA ISPITIVANJE SUOČAVANJA KAO DISPOZICIJE

Brz tempo života, munjevit razvitak tehnologije, konstantna prilagodba, prevelika očekivanja i nesigurnost obilježja su vremena u kojem živimo, a koja se na različite načine odražavaju na kvalitetu naših života. Sukobi unutar nas samih te s ljudima u okruženju dio su naše svakodnevice. Ne samo tragična zbivanja, već i svakodnevne sitnice: žurba, želja da udovoljimo i sebi i drugima, trzavice u međuljudskim odnosima..., sve to dovodi do stresa, neugodnog doživljaja koji štetno djeluje na naše fizičko i psihičko zdravlje. Ljudi se razlikuju po načinima suočavanja sa svakodnevnim situacijama koje izazivaju stres. Iako isti događaji kod različitih ljudi dovode do različitih reakcija, ipak Vas molim da razmislite o neugodnim stresnim situacijama u kojima ste Vi u sukobu sa samim sobom ili s ljudima oko sebe, i o Vašim najčešćim reakcijama na takve situacije. Na svaku tvrdnju odgovorite tako da zaokružite jedan od pet predviđenih odgovora. Molim Vas da odgovorite na svaku tvrdnju posebno, neovisno od bilo koje druge tvrdnje u upitniku. Neke tvrdnje su slične, pa ipak odgovorite na svaku od njih. Ovdje nema «dobrih» i «loših» odgovora, zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za «većinu ljudi». **Označite što Vi obično činite i proživljavate u konfliktnim stresnim situacijama. Pri tome brojevi znače sljedeće:**

0 – NIKADA se tako ne ponašam

1 – KATKAD se tako ponašam

2 – OBIČNO se tako ponašam

3 – ČESTO se tako ponašam

4 – UVIJEK se tako ponašam

1. Takve situacije nastojim iskoristiti kao vrijedna životna iskustva. ----- 0 1 2 3 4
2. Uznemiren/a sam i otvoreno iskazujem svoje osjećaje.----- 0 1 2 3 4
3. obraćam se nekome za savjet o tome što da radim.----- 0 1 2 3 4
4. Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemima.----- 0 1 2 3 4
5. Sam/a sebe uvjeravam da to nije istina, da to nije moguće.----- 0 1 2 3 4
6. Uzdám se u Boga----- 0 1 2 3 4
7. Nastojim pronaći šaljivu stranu takvih situacija.----- 0 1 2 3 4

8. Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati.----- 0 1 2 3 4
9. Trudim se da ne reagiram prebrzo.----- 0 1 2 3 4
10. Razgovaram s nekim o svojim osjećajima.----- 0 1 2 3 4
11. Popijem alkoholno piće, tablete za smirenje ili uzmem drogu kako bih se bolje osjećao/la.
----- 0 1 2 3 4
12. Pokušavam se priviknuti na nastale situacije.----- 0 1 2 3 4
13. Razgovaram s nekim kako bih se bolje snašao/la.----- 0 1 2 3 4
14. Nastojim da me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi s tim situacijama
----- 0 1 2 3 4
15. Maštam o drugim stvarima.----- 0 1 2 3 4
16. Nadam se božjoj pomoći ----- 0 1 2 3 4
17. Planiram različite postupke kojima bih uspio/la riješiti te probleme.----- 0 1 2 3 4
18. Prihvaćam da se to dogodilo (događa) i da se ne može promijeniti.----- 0 1 2 3 4
19. Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole ----- 0 1 2 3 4
20. Pokušavam dobiti emocionalnu potporu od rodbine i prijatelja.----- 0 1 2 3 4
21. Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve.----- 0 1 2 3 4
22. Probleme pokušavam riješiti na druge načine -----0 1 2 3 4
23. Pokušavam se opustiti pa popijem piće, neku tabletu za smirenje ili uzmem drogu.
----- 0 1 2 3 4
24. Jednostavno odbijam vjerovati da se to dogodilo----- 0 1 2 3 4
25. Otvoreno iskazujem svoja osjećanja.----- 0 1 2 3 4
26. Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svjetlu i učiniti da izgledaju povoljnije.
----- 0 1 2 3 4
27. Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na druge načine.----- 0 1 2 3 4
28. Koncentriram se na rješavanje tih problema i ako je to potrebno, druge stvari ostavljam
postrani.-----0 1 2 3 4
29. Tražim od nekog suosjećanje i razumijevanje.----- 0 1 2 3 4
30. Pijem alkohol, uzimam tablete za smirenje ili drogu kako bih o tim situacijama što manje
razmišljao/la.----- 0 1 2 3 4
31. Šalim se na račun toga----- 0 1 2 3 4
32. Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim----- 0 1 2 3 4
33. Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija ----- 0 1 2 3 4
34. Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme.----- 0 1 2 3 4
35. Pravim se kao da se ništa nije dogodilo-----, 0 1 2 3 4
36. Ne reagiram prebrzo da probleme još više ne otežam.----- 0 1 2 3 4
37. Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema.----- 0 1 2 3 4
38. Idem u kino ili gledam TV kako bih što manje o tome razmišljao/la.----- 0 1 2 3 4

39. Prihvaćam realnosti takvih situacija.----- 0 1 2 3 4
40. Pitam ljude sa sličnim iskustvima što bi oni u takvim situacijama učinili. -- 0 1 2 3 4
41. Teško mi je i to jasno pokazujem.----- 0 1 2 3 4
42. Utjehu pronalazim u religiji.----- 0 1 2 3 4
43. Čekam pravi trenutak da nešto u vezi s tim problemom uradim.----- 0 1 2 3 4
44. Ismijavam te situacije.----- 0 1 2 3 4
45. Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema.----- 0 1 2 3 4
46. Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam.----- 0 1 2 3 4
47. Posežem za alkoholom, tabletama ili drogom koje mi pomažu da prebrodim te probleme.
----- 0 1 2 3 4
48. Učim se živjeti s tim problemima.----- 0 1 2 3 4
49. Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme.- 0 1 2 3 4
50. Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili. - 0 1 2 3 4
51. Ponašam se kao da se to nije ni dogodilo.----- 0 1 2 3 4
52. Postupno radim ono što mislim da treba učiniti u vezi s tim problemima.- - 0 1 2 3 4
53. Učim iz iskustva.----- -0 1 2 3 4
54. Molim se Bogu više nego obično.----- 0 1 2 3 4
55. Pojačano se bavim fizičkim aktivnostima.----- 0 1 2 3 4
56. Ulažem dodatni napor da riješim te probleme.----- 0 1 2 3 4
57. Glumim sigurnost i smirenost. ----- 0 1 2 3 4
58. Povlačim se u sebe. ----- 0 1 2 3 4
59. Tražim novi izlaz iz tih problema.----- 0 1 2 3 4
60. Suzdržavam svoje osjećaje.----- 0 1 2 3 4
61. Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmislio/la o tom problemu.---- 0 1 2 3 4
62. Želim biti sam/a.----- 0 1 2 3 4
63. Pitam ljude što bi učinili na mome mjestu.----- 0 1 2 3 4
64. Pušim više nego obično ne bi li se smirio/la.----- 0 1 2 3 4
65. Radim sve samo da ne razmišljam o tom problemu.----- 0 1 2 3 4
66. Bavim se bilo kakvim aktivnostima samo da bih se rastresao/la.----- 0 1 2 3 4
67. Skrivam svoje osjećaje.----- 0 1 2 3 4
68. Pravim se kao da mi sve to ništa ne znači. -----0 1 2 3 4
69. Šećem po svježem zraku.----- 0 1 2 3 4
70. Izbjegavam kontakte s drugim ljudima.----- 0 1 2 3 4
71. Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju.----- 0 1 2 3 4

VI. UPITNIK ZA ISPITIVANJE TIPA/OSOBINA LIČNOSTI

Pred Vama se nalazi niz tvrdnji koje opisuju različita uobičajena ponašanja. Pokušajte iskreno procijeniti sebe - kako se vidite u odnosu s drugim ljudima. Molim Vas pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i zaokružite na skali od 1 do 5 odgovarajući broj.

Brojevi imaju sljedeće značenje:

1 - u potpunosti netočno

2 - uglavnom netočno

3 - niti netočno niti točno

4 - uglavnom točno

5 - u potpunosti točno

1. Ja sam središte zabave. -----1 2 3 4 5

2. Nije me briga za druge. -----1 2 3 4 5

3. Uvijek sam spreman. -----1 2 3 4 5

4. Lako se uznemirim. -----1 2 3 4 5

5. Imam bogat rječnik.-----1 2 3 4 5

6. Ne pričam mnogo. -----1 2 3 4 5

7. Zainteresiran sam za ljude. -----1 2 3 4 5

8. Ostavljam svoje stvari okolo.-----1 2 3 4 5

9. Veći dio vremena sam opušten.-----1 2 3 4 5

10. Teško razumijem apstraktne ideje.----- 1 2 3 4 5

11. Osjećam se ugodno među ljudima.-----1 2 3 4 5

12. Vrijeđam ljude.----- 1 2 3 4 5

13. Obraćam pozornost na detalje.----- 1 2 3 4 5

14. Brinem o stvarima .-----1 2 3 4 5

15. Imam bujnu maštu.----- 1 2 3 4 5

16. Držim se u pozadini.----- 1 2 3 4 5
17. Suosjećam sa tuđim osjećajima. -----1 2 3 4 5
18. Ostavljam stvari u neredu.----- 1 2 3 4 5
19. Rijetko se osjećam utučeno. -----1 2 3 4 5
20. Nisam zainteresiran za apstraktne ideje.----- 1 2 3 4 5
21. Započinjem razgovor.----- 1 2 3 4 5
22. Nisam zainteresiran za probleme drugih ljudi.----- 1 2 3 4 5
23. Nastojim sve učiniti odmah. -----1 2 3 4 5
24. Lako me je omesti. -----1 2 3 4 5
25. Imam izvrsne ideje.----- 1 2 3 4 5
26. Malo toga imam za reći.----- 1 2 3 4 5
27. Imam meko srce.----- 1 2 3 4 5
28. Često zaboravljam vratiti stvari gdje im je mjesto.----- 1 2 3 4 5
29. Lako se uzrujam.----- 1 2 3 4 5
30. Nemam razvijenu maštu.----- 1 2 3 4 5
31. Razgovaram s mnogo različitih ljudi na zabavi.----- 1 2 3 4 5
32. Nisam stvarno zainteresiran za druge.----- 1 2 3 4 5
33. Volim red.----- 1 2 3 4 5
34. Često mijenjam raspoloženje. -----1 2 3 4 5
35. Brzo shvaćam stvari.----- 1 2 3 4 5
36. Ne volim privlačiti pažnju na sebe.----- 1 2 3 4 5
37. Nalazim vremena za druge.----- 1 2 3 4 5
38. Izbjegavam svoje obveze.----- 1 2 3 4 5
39. Imam učestale promjene raspoloženja.----- 1 2 3 4 5

40. Upotrebljavam teške (komplicirane) riječi.----- 1 2 3 4 5
41. Ne smeta mi biti u središtu pažnje.----- 1 2 3 4 5
42. Osjećam emocije drugih.----- 1 2 3 4 5
43. Slijedim plan. -----1 2 3 4 5
44. Lako se naljutim.----- 1 2 3 4 5
45. Provodim vrijeme razmišljajući o stvarima.----- 1 2 3 4 5
46. Tih sam u društvu stranaca.----- 1 2 3 4 5
47. Nastojim da se ljudi osjećaju ugodno u mom društvu.----- 1 2 3 4 5
48. Ustrajan sam u poslu.----- 1 2 3 4 5
49. Često se osjećam utučeno.----- 1 2 3 4 5
50. Pun sam ideja.----- 1 2 3 4 5