



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Др Наташа С. Достанић

**Процена утицаја социодемографских, здравствених и  
карактеристика брачне заједнице на ментално  
здравље жена супружника зависних од алкохола**

докторска дисертација

Крагујевац, 2021



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Dr Nataša S. Dostanić

**Assessment of the impact of sociodemographic, health and marital characteristics on the mental health of women whose spouses have alcohol dependence**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2021

## Идентификациона страница докторске дисертације

|  |
|--|
| <b>Аутор</b>   |
| Име и презиме: Наташа Достанић   |
| Датум и место рођења: 13.04.1974.год.  |
| Садашње запослење: Специјална болница за болести зависности Београд  |
| <b>Докторска дисертација</b>   |
| Наслов: „Процена утицаја социодемографских, здравствених и карактеристика брачне заједнице на ментално здравље жена супружника зависних од алкохола“   |
| Број страница: 64  |
| Број слика: 1  |
| Број библиографских података: 115  |
| Установа и место где је рад израђен: Специјална болница за болести зависности Београд  |
| Научна област (УДК): психијатрија,неуронауке   |
| Ментор: Проф др сци мед Мирјана Јовановић, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу  |
| <b>Оцена и одбрана</b>   |
| Датум пријаве теме: 26.07.2017   |
| Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: број IV-03-247/17<br>04.04.2018  |
| Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњеност услова кандидата:<br>1. Проф. др Владимир Јањић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, за ужу научну област Психијатрија, председник<br>2. Проф. др Срђан Миловановић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду, за ужу научну област Психијатрија, члан<br>3. Доц. др Милица Боровчанин, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, за ужу научну област Психијатрија, члан.         |
| Комисија за оцену и одбране докторске дисертације:<br>1. Проф. др Владимир Јањић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, за ужу научну област Психијатрија, председник;<br>2. Проф. др Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област психијатрија, члан;<br>3. Проф. др Босилјка Ђикановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Београду, за ужу научну област Социјална медицине, члан |
| Датум одбране дисертације:   |

Изјаве захвалности:

Захваљујем се својим родитељима *др Биљани Достанић, неуропсихијатру* и *др Слободану Достанић, неуропсихијатру* који су ме научили да будем истрајна и да завршим започете ствари.

Захваљујем се својој сестри *др Александри Берић, психијатру* која ме увек несебично подржава у свему.

Захваљујем се својој пријатељици *проф др сци мед Босиљки Ђикановић*, на великој помоћи и дружењу током израде доктората.

Захваљујем се својој менторки *проф др сци мед Мирјани Јовановић*, чија ми је помоћ била од великог значаја.

## САЖЕТАК

Увод: Ментално здравље жена чији су супружници зависни од алкохола, може бити нарушено. Алкохолизам супружника повећава вероватноћу за појаву психијатријских поремећаја њихових партнерки, као што су: депресија (јавља се три пута чешће), анксиозни поремећаји (два пута чешће) и алкохолизам самих жена. Конзумирање алкохола је фактор ризика за појаву партнерског насиња, а партнерско насиље независно представља предиспонирајући фактор за појаву психијатријских поремећаја код ових жена.

Метод: Истраживање је дизајнирано по типу студије пресека (cross-sectional study), у узорку од 104 жене чији супружници имају алкохолну зависност. Користили смо Бекову скалу за процену депресивности, за мерење депресивности испитаница, Бекову скалу за анксиозност за мерење анксиозности. Скалу за мерење тактика у конфликтима 2 смо користили за мерење изложености партнерском насиљу. Анализу фактора повезаних са депресијом и анксиозношћу смо спровели уз помоћ мултиноминалне логистичке регресионе анализе

Резултати: Алкохолизам супружника повећава учесталост појаве депресије, анксиозности и суицидног ризика код њихових партнерки. На учесталост ових поремећаја утиче дужина партнерског односа, годиште жене и изложеност партнерском насиљу.

Закључак: Испитивање менталног здравља жена чији супружници имају алкохолну зависност и њихову изложеност партнерском насиљу је значајно због раног препознавања симптома поремећаја менталног здравља, и због потребе адекватног и правовременог третирања истих.

Кључне речи: Зависност од алкохола, ментално здравље жена, партнерско насиље, депресија, анксиозност.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The mental health of women whose spouses have alcohol dependence can be affected. Spouses' alcoholism increases the likelihood of psychiatric disorders of their partners, such as depression (three times more common), anxiety disorders (twice as common), and women's alcoholism. Alcohol consumption is a risk factor for the occurrence of intimate partner violence (IPV), and IPV is independently predisposing factor for the occurrence of psychiatric disorders in these women.

**Method:** The study was designed as a cross-sectional study, with sample of 104 women whose spouses have alcohol dependence. We used the Beck Depression Inventory, to measure depression of the respondents, the Beck Anxiety Inventory Beck to measure anxiety. The Conflict Tactics Scale was used to measure exposure to IPV. We analyzed the factors associated with depression and anxiety using multinomial logistic regression analyses.

**Results:** Spouses' alcoholism increases the prevalence of depression, anxiety, and suicidal risk in their female partners. The frequency of these disorders is influenced by the length of the relationship, the age of the woman and the exposure to IPV.

**Conclusion:** Examining women's mental health whose spouses have alcohol dependence and their expose to IPV is important because of early recognition of the symptoms of women mental health disorders, and for their adequate and appropriate treatment.

**Keywords:** Alcohol dependence, Alcohol use disorder, women's mental health, intimate partner violence, depression, anxiety.

## Садржај

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1. УВОД.....  | 1                 |
| 1.1. Ментално здравље жена.....   | <a href="#">1</a> |
| 1.1.1. Депресија код жена.....  | 2                 |
| 1.1.2. Анксиозност код жена.....  | 3                 |
| 1.1.3 Суицидност код жена.....  | 3                 |
| 1.1.4 Зависност од алкохола код жена.....   | 4                 |
| 1.2. Зависност од алкохола код мушкараца.....   | 5                 |
| 1.3. Утицај алкохолне зависности мушкараца на породицу.....   | 6                 |
| 1.4. Утицај зависности од алкохола мушкараца на партнерку и њено ментално здравље.....                          | 7                 |
| 1.5. Зависност од алкохола и партнерско насиље.....   | 9                 |
| 1.5.1. Облици партнерског насиља.....   | 11                |
| 1.6. Веза између зависности од алкохола, партнерског насиља и менталног здравља жена.....                       | 11                |
| 2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ.....   | 13                |
| 3. МЕТОД.....   | 14                |
| 3.1. Врста студије.....   | 14                |
| 3.2. Популација која се истражује.....  | 14                |
| 3.3. Узорковање.....  | 14                |
| 3.4. Варијабле које се мере у студији.....  | 14                |
| 3.4.1. Исходне варијабле.....   | 14                |
| 3.4.2. Независне (експланаторне) варијабле.....   | 15                |
| 3.5. Снага студије и величина узорка.....   | 16                |
| 3.6. Статистичка обрада података.....   | 16                |
| 4. РЕЗУЛТАТИ.....   | 18                |
| 4.1 Социјално-демографске и здравствене карактеристике супружника и брачне заједнице.....                       | 18                |
| 4.2 Преваленција и инциденција партнерског насиља међу женама чији се супружници лече алкохолне зависности..... | 20                |
| 4.3 Учесталост депресивности у односу на социјално-демографске и здравствене карактеристике, и насиље.....      | 25                |
| 4.4 Фактори повезани са депресивношћу жена: мултиномиални модел логистичке регресије.....                       | 28                |
| 4.5 Учесталост анксиозности у односу на социјално-демографске и здравствене карактеристике, и насиље.....       | 30                |

|  |    |
|--|----|
| 4.6 Фактори повезани са анксиозношћу жена: мултиномиални модел логистичке регресије .....                      | 33 |
| 4.7 Учесталост суицидног ризика у односу на социјално-демографске и здравствене карактеристике, и насиље ..... | 35 |
| 4.8 Фактори повезани са суицидним ризиком жена: логистичка регресиона анализа                                  | 38 |
| 4.9 Учесталост партнерског насиља током претходних 12 месеци и социјално-демографске карактеристике .....      | 39 |
| 4.10 Фактори повезани са партнерским насиљем током претходних 12 месеци: логистичка регресиона анализа .....   | 42 |
| 5. ДИСКИСИЈА .....   | 43 |
| 6. ЗАКЉУЧЦИ .....  | 50 |
| 7. ЛИТЕРАТУРА .....  | 52 |



## 1. УВОД

### 1.1.Ментално здравље жена

Ментално здравље представља важну компоненту здравља, које према добро познатој дефиницији Светске здравствене организације [СЗО], (eng. World Health Organization, WHO) из 1948.године представља стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и неспособности (World Health Organization, 1948). Према СЗО, ментално здравље је способност појединца и групе да у интеракцији са другима промовише субјективно благостање, оптимални развој, коришћење сопствених менталних способности, као што су когнитивне, емоционалне и интерперсоналне способности, за постизање индивидуалних и колективних циљева у складу са правдом, уз очување основне људске једнакости (World Health Organization, 2002). Ова дефиниција менталног здравља најбоље описује ментално здравље жена јер наглашава значај социјалних детерминанти здравља (World Health Organization, 2002; , World Health Organization, 2000), које, у најширем смислу, представљају услове у којима се људи рађају, расту, живе, раде, и остаре (World Health Organization, 2011).

Социјалне детерминанте здравља укључују социјално-економско стање појединца, ниво образовања, физичко окружење у смислу места становања и особа са којима појединац живи (породична средина), ради (радна средина и радни статус) и остварује интеракције и социјалну подршку, примања, као и приступ квалитетним здравственим услугама (World Health Organization, 2005). Једна од социјалних детерминанти здравља је и род, који треба разликовати од пола. Док пол представља биолошку одредницу здравља, и условљава неминовне биолошке разлике између мушкараца и жена, условљене различитим хормонским статусом у различитим периодима живота, род представља друштвено конструисан појам, и односи се на различита очекивања које заједнице и друштва имају од мушкараца и жена (World Health Organization, 2002).

Ментално здравље жена је уско повезано и условљено њиховим родним улогама које имају у друштву. Род је друштвено конструисан појам, и односи се на различита очекивања које друштво има од мушкараца и жена. Ове разлике у смислу родне неједнакости су историјски укоренење и рефлетују се у свим областима живота и рада, мушкатаца и жена (Afifi, 2007; Cifre et al., 2015; Day et al., 2016; Wang et al., 2017; World Health Organization, 2002). Жене су врло често у подређеном положају у односу на мушкарце, и с тим у вези су изложене различитим ризицима и изазовима (Afifi, 2007; Day et al., 2016).

Ти изазови у професионалном смислу се односе на већу стопу незапослености, нижа примања и ниже квалификована радна места у односу на мушкарце (Cifre et al., 2015). У личној афирмацији, се огледа на мању могућност и доступност школовања. У друштвеном смислу, социјална изолација и изостанак социјалне подршке такође представљају ризике који су повезани са лошијим исходима менталног здравља код жена (Shidhaye & Patel, 2010). Мањи приступ услугама здравствене заштите додатно отежава реализацију здравствених капацитета у условима повећаних очекивања и притисака друштва (Doornbos et al., 2013; Shidhaye & Patel 2010) Притисци створени

вишеструким улогама које женама намеће савремено друштво и цивилизација и потреба да се на све обавезе адекватно одговори додатно доприниси лошијем металном здрављу жена (Jacobi et al., 2004; Padkarayeva et al., 2018). Постоји позитивна корелација између учесталости и озбиљности свих наведених социјалних детерминанти и учесталости и тежине менталних здравствених проблема код жена. ( Doornbos et al., 2013; World Health Organization, Gender disparities in mental health, 2000). Најновије студије које се баве корелацијом стресних догађаја и појавом менталних болести код жена (Guingle & Sinha, 2020) потврђују да жене чешће доживљавају негативни афекат. Негативан афекат представљају широко дефинисано стање емоционалног дистреса и повезано је са непријатним емоцијама као што су анксиозност, страх, љутња, раздражљивост и туга. Поновљено и кумулативно излагање стресним ситуацијама, трауматичним догађајима, недаћама и раличитим проблемима је повезано са високом учесталосту депресивног расположења, појави анксиозности и злоупотреби алкохола (Guingle & Sinha, 2020).

Студије су потврдиле да постоје разлике у врсти менталних поремећаја које погађају жене, односно мушкарце (World Health Organization, 2001), али да нема велике разлике у укупној преваленци менталних и бихејвиралних поремећаја између мушкарца и жене (World Health Organization, 2001). Према истраживањима СЗО из 2002. године сматра се да ће свака четврта особа током свог живота бити погођена неким менталним поремећајем. Новије епидемиолошке студије широм света указују да сваке године ментални поремећаји погађају трећину одраслог становништва (Direk & Tiemeier, 2010), односно 31% према истраживању спроведеном на подручју Немачке. Према овом истраживању најчешћи ментални поремећаји су анксиозни поремећаји, затим поремећаји расположења и соматотрофни поремећаји (Jacobi et al., 2004). Разлике у врсти менталних поремећаја које погађају жене, односно мушкарце се мењају у зависности од старости (World Health Organization, 2002). Током адолесценције, међу девојцима је већа преваленца депресије (чак два пута) (Guingle & Sinha, 2020), поремећаја исхране и покушаја самоубиства, док дечаци имају више проблема са бесом, одају се високоризичном понашању и чешће изврше самоубиство. У одраслом добу, код особа женског пола су заступљенији депресивни и анксиозни поремећаји (World Health Organization, 2002) Важност родних разлика у менталном здрављу је најочигледније илустрована у значајно различитој стопи унупиларне депресије које доживљавају жене у поређењу са мушкарцима (World Health Organization, Womens Mental Health, 2011).

### **1.1.1. Депресија код жена**

Депресија највише доприниси глобалном оптерећењу болести и то је најчешћи проблем женског менталног здравља. Униполарна депресија јавља се отприлике два пута чешће код жена у односу на мушкарце. (World Health Organization, 2011). Родна разлика у депресији је један од најснажнијих налаза у психијатријској медицинској епидемиологији. Свеобухватни преглед готово свих опших студија становништва до сада спроведених у Сједињеним Америчким Државама, Порторику, Канади, Француској, Исланду, Тајвану, Кореји, Њемачкој и Хонг Конгу су известили да жене превладавају над мушкарцима у свим стадијумима појаве велике депресије (Piccinelli, 1997). Разлика је документована у клиничким узорцима и узорцима из заједнице и у

различитим расним групама (Kessler et al., 1994; Kessler & Wang, 2008; Rudenstine & Espinosa, 2018; WHO & ICPE, 2000). Истраживање Jacobi и сарадника (2004) је показало да је животна преваленца депресије око 23,3% код жена у односу на 11,2% код мушкараца, док је годишња преваленца износила 7,5% код мушкараца и 14,0% код жена. Депресија није само најчешћи проблем менталног здравља жена, већ може бити и упорнија код жена него код мушкараца (Bracke, 2000) са чешћом појавом релапса (Kuehner, 1999). Епидемиолошке студије потврђује и да су депресије и анкисозност најчешћи коморбидни поремећаји, где родна разлика игра значајну улогу у стопи коморбидитета (Johansson et al., 2013; Williams et al., 1995). Коморбидитет значајно доприноси терету инвалидности проузрокованом психолошким поремећаји (Kessler et al., 1994; Sartorius & Ustun, 1995; WHO & ICPE, 2000).

### **1.1.2. Анксиозност код жена**

Анксиозност представља главни, водећи симптом који се јавља код анксиозних поремећаја. Анксиозни поремећаји поред поремећаја расположења и соматоформних поремећаја спада у најчесталије менталне поремећаје (Kessler & Wang, 2008). Епидемиолошке студије указују да је заступљеност анксиозних поремећаја значајно већа код жена него код мушкараца (за агорафобију 3-4 према 1, панични поремећај се јавља 2-3 пута чешће код жена у односу на мушкарце, генерализовани анксиозни поремећај се јавља у односу 2 према 1 у корист жена) (Jakobi et al., 2004). Фактори који су повезани са различитом појавом анксиозности код жена и мушкараца је и различито реаговање на психосоцијални стрес у свим аспектима функционисања (професионалним и животним) (Padkarayeva et al., 2018), а подаци из последњег Истраживања здравља становника Републике Србије које је спроведено 2013 год. показују да су жене биле највише изложене стресу (61,5%) (Пић, 2014). Значај социјалне подршке и материјалних ресурса за појаву анксиозности истраживан је и у студији спроведеној у Великој Британији међу женском популацијом. Истраживање је показало да жене које живе у лошијим материјалним условима и имају мању социјалну подршку и осећање повезаности, имају два пута већи ризик за појаву анксиозности у односу на жене са истом социјалном подршком и осећањем изолације, које живе у бољим материјалним условима (Remes et al., 2018).

### **1.1.3 Суицидност код жена**

Суицидност се као шири појам односи на суицидне мисли, суицидне жеље, суицидне планове и покушај самоубиства. У односу на пол познато је да суицид 2-3 пута чешће реализују особе мушког пола, док је за жене типично да имају више покушаја суицида (Harmer et al., 2020).

Досадашња истраживања показују снажну везу између суицидности и депресионог поремећаја. Студије које су се бавиле овом темом показују да пацијенти са дијагнозом велике депресије имају око 20 пута већи ризик да реализују суицид. (Vi et al., 2012; Nordentoft, 2007; Ribeiro et al., 2018 Wei et al., 2017). Многа истраживања су се бавила факторима који су повезани са суицидношћу, међу њима значајно место заузима стрес и сресни животни догађаји (Rappaport et al., 2017), а од социодемографских

карактеристика: старија животна доб, развод, женске особе које живе саме, и особе без посла (Wei et al., 2017 ). Према мета анализа спроведеној постмортем три пута више особа женског пола које су имале алкохолну зависност је извршило суицид у односу на женске особе које нису имале алкохолну зависност (Conner et al., 2019). Зависност од алкохола је на другом месту после депресије по учесталости свих прихијатријских обољења код особа које изврше суицид, без обзира на пол (Cavanagh et al., 2003).

#### **1.1.4 Зависност од алкохола код жена**

Зависност од алкохола код жена има одређене специфичности у односу на мушкарце. Често се назива и симптоматска јер може да буде знак постојања неког другог обољења (Guingle & Sinha, 2020). Жене почињу да конзумирају алкохол у каснијој животној доби и имају мање интензивну жудњу у односу на мушкарце ( Agabio et al., 2017; Foster et al., 2014; McCrady et al., 2020; Palma-Álvarez et al., 2019). Ређе конзумирају алкохол на јавном месту, углавном конзумирају алкохол саме, кријући се од других, поготово од породице (Erol & Karpaуk, 2015). Разлог томе су и културолошке норме, које не оправдавају особама женског пола учестало конзумирање алкохола. Конзумирање алкохола се повезује са мушкошћу, агресивним понашањем, са осећањем моћи и способношћу за преузимање ризика (Wilsanack et al., 2005). Жене имају нижу толеранцију на алкохол и при истим процентима алкохола у крви. Код жена које су зависне од алкохола се чешће јавља коморбидитет са другим психијатријским поремећајима, у односу на мушкарце, учесталији су соматски и неуролошки проблеми и веће су стопе смртности (Nomish et al., 2006). Покушај суицида је учесталији код особа женског пола, у односу на мушкарце алкохолне зависнике (Nordentoft, 2007; Palma-Álvarez et al., 2019). Иако жене почињу да конзумирају алкохол у каснијој животној доби, зависност се брже развија (Palma-Álvarez et al., 2019), и ређе се јављају не лечење у односу на мушкарце алкохолне зависнике (Agabio et al., 2017). Значајан податак јесте и да жене које имају зависност од алкохола, чешће оболевају од менталних поремећаја у односу на жене које немају зависност од алкохола (Guingle & Sinha, 2020). Заправо афективни поремећаји су најчешћи психијатријски поремећаји који се јављају у коморбидитету са алкохолном зависношћу код жена. Афективни поремећаји утичу на погоршање болести и појаву релапсау оквиру алкохолне зависности (Guingle & Sinha, 2020). Односно негативан афекат (раздражљивост, туга, страх, љутња) утуче на појаву жуде за алкохолом, што даље води ка конзумирању алкохола (Sinha, 2012).

Истраживања показују да постоје 3 главна фактора која протективно делују на појаву менталних поремећаја код жена, посебно депресије. То су: потреба да жене имају довољну аутономију да успоставе одређену контролу као одговор на тешке животне догађаје, да располажу одређеним материјалним ресурсима који омогућавају могућност избора у случају тешких догађаја и да имају психолошку подршку породице, пријатеља или здравствених радника која делује врло протективно (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2020).

## 1.2. Зависност од алкохола код мушкараца

Употреба алкохола је опште позната карактеристика друштва у европским земљама која, поред употребе дувана и високог крвог притиска, спада у водеће факторе ризика за настанак многих обољења и стања (World Health Organization, 2007). Синдром зависности од алкохола (алкохолизам) је болест која представља скуп физиолошких, бехејвиоралних и когнитивних феномена (Међународна Класификација Болести 10-а ревизија, МКБ 10). Дијагноза зависности подразумева присуство три или више, од следећих феномена, који су доживљени у неком периоду током претходне године: јака жудња за алкохолом, отежана контрола над понашањем око узимања алкохола, физиолошки апстиненцијални синдром, доказ о толеранцији на алкохол, прогресивно занемаривање алтернативних задовољства, и настављање са употребом алкохола и поред штетних последица (МКБ 10).

Алкохол је узрочник 3,7% свих смртних случајева у свету, односно 5% смртних случајева код особа млађих од 60 год. (World Health Organization, 2007). По оболевању и смртности у свету, алкохол се налази на трећем месту, после кардиоваскуларних болести и канцера. Алкохол је повезан са више од 60 различитих поремећаја здравља, односно приписује му се око 4,4% глобалног оптерећања болестима (World Health Organization, 2007).

Учесталост алкохолизма у свету износи од 3-5% одрасле популације, са већом учесталošћу код мушкараца (World Health Organization, 2007). Током 2016 године укупно 63.5 милиона људи широм света је испуњавало критеријуме за зависност од алкохола. Преваленца високоризичног пијења је већа код мушкараца него код жена, што је потврђено у истраживањима спроведеним у Европи. Та разлика међу пловима износи: 5,4% мушкараца има зависност од алкохола за разлику од 1,5% жена (World Health Organization, 2018). Иначе конзумирање алкохола последњих година код жена се повећава и полне разлике постају све ближе (Palma-Alvares et al., 2019). У последње две декаде преваленца злоупотребе и поремећаја проузоркованих алкохолом у Сједињеним Америчким државама је значајно порасла. За жене преваленца је порасла за 84%, а за мушкарце 35% (Grant et al., 2017). Овај пораст конзумирања алкохола се односи и на жене и на девојке у периоду адолесценције (Hingson et al., 2017). Нема разлике у преваленци конзумирања алкохола измђу полова током адолесценције (Keyes et al., 2017). Ови подаци су врло значајни, с обзиром да жене доживљавају веће здравствене последице конзумирања алкохола у односу на мушкарце (Agabio et al., 2017). Тренд пораста преваленце конзумирања алкохола међу женама се односи и на наше просторе, о томе сведоче и подаци који се односе на Србију.

Према подацима Института за јавно здравље “Др Милан Јовановић-Батут” из 2014. године, просечна количина конзумираног алкохола је 6,5 пута већа међу особама мушког пола у односу на жене. Код особа женског пола, просечна количина конзумираног алкохола се смањује са старосном доби. Према овом истраживању екцесивно пијење (пијење 60 и више грама чистог алкохола у једној прилици, што је на пример најмање 1,5 литара пива или 0,6 литара вина или 0,18 литара жестоког пића) барем једном недељно или чешће у протеклих 12 месеци је потврђено од стране 0,6% жена и 6,7% мушкараца, што представља укупно 3,7% испитаника. Према последњим доступним подацима Светске здравствене организације, преваленција зависности од алкохола у Србији износи 5.5% код мушкараца, и 1.3% код жена, а укупна преваленца за оба пола износи 3,4%. Овај податак је ипак мањи у односу на укупну преваленцу

зависности од алкохола за оба пола у Европи, који износи 3,7%. Према овом истраживању преваленца епизоде ексцесивног пијења (конзумирање најмање 60 г или више чистог алкохола најмање у једној прилици за протеклих 30 дана) у општој популацији (старији од 15 година) за мушкарце износила је 46,3%, а за жене 12,9% (World Health Organization, 2018). Током 2016.године укупна количина чистог аохола по глави становника старијих од 15 година износила је за мушкарце 25.1 литара, а за жене 8.8 литара. Што се тиче здравствених последица алкохолне зависности, од укупног броја мушкараца који су током 2016. године умрли од цирозе јетре на територији Србије, 77,3% је умрло од алкохолне цирозе јетре. Овај проценат за жене износи 57,3% (World Health Organization, 2018).

### **1.3.Утицај алкохолне зависности мушкараца на породицу**

Поред оштећења здравственог стања појединца, последице зависности од алкохола захватају све области његовог функционисања. Међутим, последице се могу одразити не само на појединца код кога се развила зависност од алкохола већ погађају и његову околину. То се често назива последице алкохола на друге (eng. Alcohol harms to others) (Quigg et al., 2019). Прекомерно конзумирање алкохола штетно делује на све чланове породице и доводи до бројних краткорочних и дугорочних последица (Quigg et al., 2019), које подразумевају нарушено здравствено стање чланова породице, могу угрозити школовање деце, и допринети нижим социјалним условима (Dawson et al., 2007). Поред породичних последица, зависност од алкохола појединца се рефлектује и на професионално и социјално окружење (Steinglass, 1981; Tomori, 1994). „Алкохоличарска породица“ (породица у којој је једна особа зависна од алкохола) је специфична, јер алкохолна зависност члана породице постаје доминантни образац понашања, коме је подређен начин функционисања свих осталих чланова породице (Steinglass, 1981). Она је типичан пример породице у којој владају хаотични односи, у којој се изгубила струкура породице, са јасним улогама њених чланова. Према Гачићу (1988) специфичности „алкохоличарске породице“ могу да се опишу на следећи начин: односи између чланова породице су нарушени, не постоје јасне границе у понашању између чланова, нарочито на релацији родитељ-деца, а свакодневни породични живот је обојен осећањем несигурности, страха и неизвесности. Услед недостатка јасне, директне и отворене комуникације, која је праћена разумевањем и саосећањем, изостаје и решавање недоумица и дилема које прате осиромашене односе у оквиру алкохоличарске породице. Чланови породице се све више отуђују, врло често долази до преузимања туђих улога (жена преузима улогу свог супруга који конзумира алкохол или обрнуто, односно дете може да преузме улогу родитеља). На партнерско брачној релацији, врло често се јавља љубомора (члана који конзумира алкохол), оширомашен је и сексуални живот (због акутне алкохолне интоксикације или као последица биолошких промена код хроничне зависности од алкохола), партнери се све више изолују један од другог, што се рефлектује и на бригу о деци. Деца која потичу из породица где један родитељ има развијену зависност од алкохола, касније у животу имају проблема са идентификацијом и са социјализацијом (Гачић, 1988).

#### 1.4. Утицај зависности од алкохола мушкараца на партнерку и њено ментално здравље

Ментално здравље жена чији су супружници зависни од алкохола, може бити нарушено. Зависност од алкохола супружника повећава вероватноћу за појаву различитих физичких и менталних поремећаја здравља код њихових партнерки (Homish et al., 2006). Негативне последице зависности од алкохола супружника доводе до дисфункционалних партнерских релација због честих конфликта, међусобног неповерења и неразумевања, непријатних ситуација и нарушених сексуалних односа (Kishor et al., 2013)

Свакодневни психолошки стрес, неповољни животни догађаји, неизвесност и несигурност која прати односе двоје супружника, могу бити тригер за појаву психолошких, биолошких и бихејвиоралних поремећаја код ових жена. (Indu et al., 2018). У истраживању спороведеном у Индији учесталост психијатријског морбидитета међу супругама мушкараца зависних од алкохола износила је 66,3%, а овај проценат је сличан и са другим ауторима, на пример према Bagul и сарадницима (2015) тај проценат износи 63,3%. У зависности од индивидуалних карактеристика жена и њихове могућности да се адаптирају и суоче са различитим стресогеним ситуацијама, партнерски однос са супружником зависником од алкохола, може довести до појаве различитих симптома депресије код њихових партнерки, појаве анксиозности, поремећаја прилагођавања, несанице и манифестовања психосоматских тегоба (Dandu et al., 2017).

Зависност од алкохола супружника повећава ризик за појаву психијатријских поремећаја њихових партнерки, као што су: депресија, анксиозни поремећаји и зависност од алкохола самих жена (Bagul et al., 2015; Callinan et al., 2019; Kishor et al., 2013). Истраживања која су се бавила овом темом, јасно указују да су супруге код чијих мужева/партнера је дијагностикована зависност од алкохола чешће анксиозне, да имају ређе социјалне контакте и да пријављују учестале стресне животне догађаје (Homish et al., 2006).

**Депресије** се код њих јављају три пута чешће у односу на жене чији супружници нису зависни од алкохола (Ariyasinghe et al., 2015; Dawson et al., 2007; Kishor et al., 2013). Потенцијално објашњење везе између депресивне симптоматологије жена и алкохолне зависности њихових партнера/супружника јесте кумулативан ефекат негативних и непријатних животних догађаја са којима се супруге суочавају у дисфункционалном партнерском односу (Himist et al., 2006). Према поменутом истраживању није уочена јасна веза између проблема који нису брачни, а јесу последица алкохолне зависности њихових мужева и појаве депресивне симптоматологије жена. Упркос томе што неке последице алкохолне зависности могу бити изразито озбиљне, ипак их жене не доживљавају стресогеним у истој мери као брачне проблеме. Могуће објашњење је осећај сигурности, које жена стиче у функционалном парнерском односу, што даље индикује да није довољно само лечење депресивног поремећаја код жена, у овакваој ситуацији, већ и брачна терапија и лечење алкохолне зависности њихових партнера. Депресивни поремећај је најчешћа дијагноза од психијатријских поремећаја код жена чији партнери су зависни од алкохола и у различитим студијама тај проценат је углавном сличан и износи 44,6% (Dandu et al., 2017), што потврђују и резултати друге студије: 43,3% (Kishor et al., 2013). Обе поменуте студије су обухватале сличан узорак и

сличну популациону групу. Овај проценат је нешто нижи на подручју Шри Ланке, и износи 33,3% (Argyasinhe et al., 2015). Тежи клинички облици депресије су повезани са појавом партнерског насиља, старијом животном доби жене и финансијским проблемима (Argyasinhe et al., 2015; Indu et al., 2018). Депресија код жена је уско повезана са појавом зависности од алкохола код жена. Истраживања су такође показала да се конзумирање алкохола код жена често доводи у везу са јасно дефинисаним ситуационо условљеним стресом (Dawson et al., 2007).

**Анксиозни поремећај код жена** чији су мужеви зависни од алкохола је чест поремећај менталног здравља. Анксиозни поремећаји се јављају два пута чешће у односу на жене чији мужеви немају алкохолну зависност (Ariyasinghe et al., 2015; Dawson et al., 2007; Kishor et al., 2013). У студији спроведеној у Индији која се бавила учесталосту паничног поремећаја, код 15% жена, чији су мужеви зависни од алкохола је дијагностикован овај анксиозни поремећај (Kishor et al., 2013). Bagul и сарадници су уочили укупну преваленцу анксиозних поремећаја од 15% (који је укључивао панични поремећај, генерализовани анксиозни поремећај и специфичну фобију) (Bagul et al., 2015).

**Зависност од алкохола код жена** Анксиозност и стрес након доживљене трауме доприносе конзумирању алкохола код жена, у циљу смањења анксиозности, елиминације страха и ослобађања од стреса, као последица маладаптивних образаца суочавања са стресним животним догађајима (Jaquier et al., 2015). Многа истраживања потврђују већу учесталост стресних догађаја код жена које живе са мужевима алкохолним зависницима у односу на жене чији мужеви нису алкохолни зависници (Callian et al., 2019; Dawson et al., 2007; Karriker et al., 2017). Истраживање показује да након доживљеног два или више стресних догађаја у протеклих 12 месеци, повећава се ризик за развој алкохолне зависности (Verplaetse et al., 2018). Досадашње студије потврђују јасну везу између депресивне симптоматологије са учесталим опијањем код жена (Nomish et al., 2006). Жене, чији мужеви/партнери имају алкохолну зависност су под већим ризиком да и саме конзумирају алкохол и да развију болест зависности (Nomish et al., 2006; Schuckit et al., 2002), чак 4 пута више у односу на жене чији мужеви/партнери немају алкохолну зависност (Kendler et al., 2018). Према Dawson-у и сарадницима (2007) жене чији мужеви имају зависност од алкохола доживе пет пута више неки поремећај узрокован личном употребом алкохола за последњих 12 месеци (пре спроведене студије) у односу на жене чији мужеви немају зависност од алкохола. Према истраживању које је обухватило брачне парове средње и старије животне доби, жене су конзумирале већу количину пића на дневном и недељном нивоу под утицајем мужева који и сами конзумирају алкохол (Polenick et al., 2018). Разлози су многобројни: поред поменутог коморбидитета који утиче на појаву зависности од алкохола код жена, фактори који такође доприносе развоју овог поремећаја су индивидуални и социоекономски фактори (Delker et al., 2016; Polenick et al., 2018; Scuckit et al., 2002). У старијој животној доби, утицај партнерове алкохолне зависности на жену и њено конзумирање алкохола се смањује (Polenick et al., 2018). Овај утицај је највећи у првих 4 године брачног живота (Leonard & Nomish, 2008), а по неким ауторима утицај се знатно смањује након прве две године брачног живота (Kendler et al., 2018). Социоекономски фактори који су повезани са конзумирањем алкохола код жена, односно са тешким опијањима и појавом зависности од алкохола, су нижи ниво образовања, рурално окружење и зависност од никотина (Bellos et al., 2020). Поједини аутори су објашњавали утицај алкохолне зависности мушкарца на конзумирање алкохола њихових супруга, теоријом да супружници који имају исте животне навике,

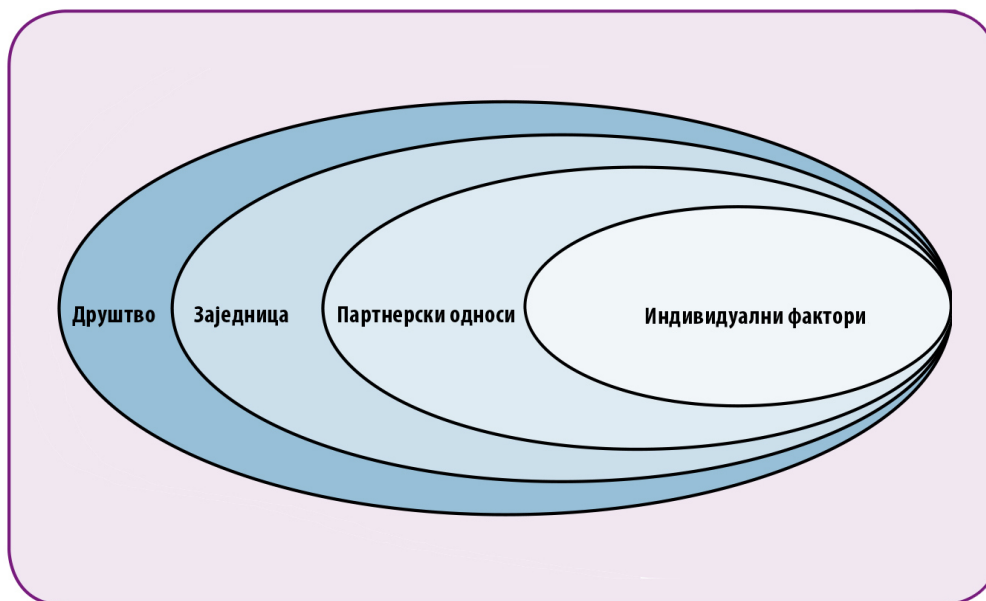


исте животна ставове, уверења, циљеве и обрасце понашања имају и веће задовољство брачним животом (Birditt et al., 2019). Homish и сарадници (2007) су потврдили линеарну везу између мањих разлика у начину и количини конзумирања алкохола између партнера и већег задовољства брачним животом. Парови, који конзумирају алкохол заједно имају исте социјалне контакте и могу бити срећнији у односу на парове где један партнер учестало конзумира алкохол, а други апстинира. То не значи да су ови брачни парови срећнији у односу на партнере који обоје апстинирају или конзумирају алкохол социјално прихватљиво (Birditt et al., 2019). Студије показују да жене чешће развију алкохолну зависност под утицајем својих парнера и самих алкохолних зависника, него што је то случај када су у питању мушкарци (Erol & Karpaуk, 2015; Kendler et al., 2018).

**Суицидност.** Студије спроведене на општој популацији су показале снажну везу између зависности од алкохола мушкараца и присуства партнерско насиља, што повећава ризик за појаву депресије код њихових партнерки и покушаја суицида (Knipe et al., 2018; Srivastava et al., 2004). Преваленца покушаја суицида код партерки чији мужеви имају зависност од алкохола, а код којих постоји депресија креће се и до 7,9% (Gupta et al., 2015). Ризик од покушаја суицида је два пута већи код жена које живе у домаћинству са мушком особом која има проблем са алкохолом (Knipe et al., 2018).

### **1.5. Зависност од алкохола и партнерско насиље**

Конзумирање алкохола, нарочито тешка пијанства су повезана са партнерским насиљем мушкараца према женама (Greene et al., 2017; Leonard & Quigley, 2017). Чак једна трећина партнерског насиља је почињена под дејством алкохола (Reingle et al., 2014). У циљу бољег разумевања и превенирања насиља користи се социо еколошки модел. Према социо еколошком моделу, насиље настаје као резултат међусобног дејства четири групе фактора на понашање: индивидуалних фактора, фактора партнерског односа, фактора уже средине и фактора друштва (Abramsky et al., 2011; Djikanovic et al., 2010).



Слика 1. Социо еколошки модел

Значајно је разумети како поједнац реагује на многобројне утицаје, и спољашње услове уже и шире околине. Социо еколошки модел нам помаже да идентификује протективне факторе и факторе ризика у циљу спречавања да појединац доживи или почини насиље. Сходно томе се могу планирати и стратегије превенције на свим новоима социо еколошког модела. Индивидуални фактори предствљају биолошке и психолошке карактеристике појединца, као што су старост, образовање, лични приходи, конзумирање психоактивних супстанци, злостављање у детињству, које повећава ризик да особа постане жртва партнерског насиља или да почини насиље. Фактори партнерског односа: партнерски односи и значајни блиски контакти, могу утицати да се насиље доживи или да особа буде насилна. Најближи круг људи, вршњаци, партнери, чланови породице, утичу на понашање појединца и на искуства која доживи. Фактори заједнице: односи на послу, у школи, у суседству, могу утицати да појаву насилничког понашања појединца или допринети да особа постане жртва насиља. Фактори друштва: шири друштвени фактори, попут здравствене, економске, образовне и социјалне политике, који помажу у стварању климе у којој се насиље подстиче, охрабрује и подржава или инхибира, опстриуше. Фактори друштва помажу у одржавању економске и социјалне неједнакости између група у друштву (Abramsky et al., 2011; Djikanovic et al., 2010). Прекомерно конзумирање алкохола спада у индивидуалне факторе ризика. Партнерско насиље зависника од алкохола се повезује са смањеном моћи расуђивања и дезинхибованим понашањем. Алкохол утиче на когнитивне функције, мења перцепцију, смањује инхибиторне механизме, отежава конструктивно решавање проблема и олакшава испољавање агресивности (Leonard et al., 2017; Wilsom et al., 2017). Према проспективним студијама, предиктори за појаву мушког партнерског насиља су алкохолни зависници у третману, млади брачни парови, особе које су већ починиле партнерско насиље и млади родитељи (Wong et al., 2014; Wilson et al., 2017). У истраживању спроведеном у Индији које се бавило менталним здрављем жена, чији су партнери зависници од алкохола преваленца партнерског насиља (вербалног и физичког) износила је 85% (Indu et al., 2018).

Мушко партнерско насиље је значајан предиспонирајући фактор за појаву психијатријских поремећаја код жена, чији су супружници зависни од алкохола. Већина партнерки (34%) са психијатријском морбидитетом доживела је вербално и физичко партнерско насиље од стране мужева, алкохоличних зависника (Dandu et al., 2019). У неким студијама које су се бавиле овом темом преваленца парнерког насиља је и већа и износи чак 68% (Indu et al., 2018).

Насиље над женама је значајан проблем широм света. Према подацима Светске здравствене организације, скоро свака четврта жена широм света доживи физичко и/или сексуално насиље у току свог живота (Wong et al., 2014), а та учесталост је још већа код жена чији мужеви/партнери имају зависност од алкохола (Wilson et al., 2017). Партнерско насиље се може испољити као физичко, психолошко, сексуално насиље и као разни облици контроле понашања партнерке (Karakut et al., 2014).

### **1.5.1. Облици партнерског насиља**

Физичко партнерско насиље подразумева различите форме насилничког понашања које угрожава интегритет жене и проузокује различите облике телесног оштећења. Физичко насиље може да се манифестује као гурање, шамарање, ударање, чупање за косу, гађање предметима, коришћење ватреног оружја, оштрих предмета и др. Телесне повреде које настају, могу бити механичке (посекотине, ишчашења зглобова, напрснућа, фрактуре костију) и физичке (опекотине). Ове повреде у извесном броју случајева могу витално угрозити живот жртве и довести до фаталног исхода. Физичко насиље често доводи и до функционалних поремећаја здравља жртве. Најчешће су описани хронични болни синдром, иритабилни колон, синдром иритабилне мокраћне бешике. Психолошко партнерско насиље се односи на константно омаловажавање, вређање и понижавање од стране партнера, као и застрашивање да ће се извести физичко или сексуално злостављање. Под сексуалним насиљем се подразумева присиљавање на обљубу или са њом изједначене радње уз употребу физичке силе или претње, понижавајући сексуални однос као и одбијање права на употребу средстава за заштиту. Разни начини контролисања понашања жртве подразумева њихову социјалну изолацију, закључавањем у кућу, затим онемогућавање подршке околине, породице и пријатеља, финансијска зависност од партнера, рестрикција образовања и запошљавања (Campbell, 2002).

### **1.6. Веза између зависности од алкохола, партнерског насиља и менталног здравља жена**

Партнерско насиље над женама повећава ризик за појаву менталних поремећаја њихових партнерки. Депресија и пост трауматски стресни синдром (ПТСД) су најчешће менталне последице изложености партнерском насиљу (Machisa et al., 2017; Oram et al., 2014) Просечна преваленца менталних поремећаја код жена које су доживеле партнерско насиље према добро познатој мета анализи спроведеној још 1999 год. била је 47,6% за депресију у 18 студија; за ПТСД 63,8% у 11 студија, за суицидност 17,9% у 13 студија и за конзумирање алкохола код жена 18,5% у 10 студија (Golding, 1999).

Скорашња студија спроведена у Индији показује да је психијатријаки морбидитет код жена чији су партнери алкохоличари, а које су претрпеле партнерско насиље износи 37,6% (Dandu et al., 2019). На подручју Шри Ланке преваленца депресије код жена које су биле изложене партнерском насиљу је 40,5%, за разлику од преваленце 18,5% код жена које нису биле изложене партнерском насиљу, а чији су партнери такође алкохолни зависници (Ariyasinge et al., 2015).

Ове укупне вредности преваленце за депресију су нешто ниже у Мексику, али постоји значајна разлика у преваленци депресије код жена које су доживеле партнерско насиље од мужева алкохоличара 25% у односу на оне које нису доживеле насиље 8% (Medina-Mora & Lara, 2005). Преваленца анкиозних поремећаја је нешто нижа и износи око 10% (Indu et al., 2018).

Из горе наведеног произилази комплексан однос између зависности од алкохола и партнерског насиља, као и њихов директни и индиректни утицај на ментално здравље жена.

Тридесет година уназад се многобројна истраживања баве последицама зависности од алкохола и партнерског насиља на ментално здравље жена, али и даље постоје питања која су остала без јасних одговора: „Које поступке треба да обухватају терапијске интервенције у третману зависника од алкохола у циљу смањења појаве мушког партнерског насиља и очувања менталног здравља жена и коме све, ове интервенције треба да буду намењене?“ (Leonrad & Quigley, 2017).

## **2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ**

Главни циљ у истраживању је:

Процена утицаја социодемографских карактеристика брачне заједнице, здравствених карактеристика жена, као и мушког партнерског насиља на ментално здравље жена супружника зависних од алкохола.

Хипотеза:

Постоји повезаност социодемографских карактеристика брачне заједнице, здравствених карактеристика жена, мушког партнерског насиља и менталног здравља жена супружника зависних од алкохола: алкохолизам супружника повећава ризик за појаву психијатријских поремећаја њихових партнерки.

### 3. МЕТОД

#### 3.1.Врста студије

Истраживање је дизајнирано по типу студије пресека (*cross-sectional study*). Јединица посматрања у истраживању је супруга/партнерка, мужа/партнера зависног од алкохола који је укључен у третман лечења од алкохолне зависности.

#### 3.2.Популација која се истражује

Популација у овом истраживању су жене старије од 18 год. па навише чији се партнери (супрузи) лече од алкохолне зависности, односно имају успостављену дијагнозу F10.2 према МКВ-10 класификацији болести. Истраживање је спроведено у Специјалној болници за болести зависности у Београду.

#### 3.3.Узорковање

У студију су биле укључене жене старије од 18 год. па навише које су у браку или живе у невенчаној заједници најмање годину дана уназад и чији се партнери (супрузи) лече од алкохолне зависности, у амбулантном, хоспиталном третману или у оквиру парцијалне хоспитализације. Пре почетка истраживања испитанице су биле информисане да је њихово учешће у истраживању анонимно и на добровољној основи, и дале су свој информисани пристанак.

#### 3.4.Варијабле које се мере у студији

##### 3.4.1.Исходне варијабле

Главна исходна варијабла у истраживању је ментално здравље жена супружника зависних од алкохола. У оквиру менталног здравља жена била је оцењена појава депресивности, анксиозности, суицидности и појава алкохолне зависности код жена.

**Депресивност испитаница** је била изражена скором на Бековој скали за процену депресивности. Бекова скала за процену депресивности (енгл. Beck Depression Inventory, BDI-II) међу скалама за процену депресивности има значајно место, због своје поузданости и валидности. Намењена је за процену депресивности код психијатријских пацијената, прати могућност појаве депресивности у „здројој“ популацији, служи да се на основу скале процени ефикасност психотерапијског третмана и третмана антидепресивима и користи се у истраживачке сврхе. Структурално је подељена на соматско-афективну димензију и когнитивну димензију. Може да се примењује у узрасту од 13-80 год. Скала има 21 питање са 4 могућности за одговор. Укупан скор на скали добија се једноставним сабирањем свих одговора добијених од 1. до 21. питања.

Укупан скор је градиран у три категорије: без депресије (0-9), благо и благо до умерено изражено депресивно стање (10-19), умерено и изражено депресивно стање (20-64). Скала се примењује за почетно дијагностиковање депресије, довољно је осетљива и специфична да се може користити за постављање дијагнозе. Предност ове скале је што добро дискриминише благу, умерену и тешку депресивност (Beck & Beamesdorfer 1974; Тимотијевић & Пауновић, 2010).

**Анксиозност** испитаница је изражена скором на Бековом упитнику за анксиозност. Беков упитник за анксиозност (енгл. *Beck Anxiety Inventory*, BAI) је један од три упитника који се најчешће користе за процену анксиозности у истраживањима. Овај инструмент се састоји од 21 питања која се односе на симптоме опште анксиозности. Испитаници одговарају на свако питање процењујући интензитет симптома на Ликертовој скали од 0 (није присутно) до 3 (веома много изражено). Збир свих одговора (максимално=63) представља интезитет симптома опште анксиозности. Укупан скор је градиран у три категорије: без анксиозности (0-9), блага и блага до умерена (10-19) и умерено изражена и изражена анксиозност (20-64). Инструмент поседује добре психометријске карактеристике (Beck et al., 1988; Тимотијевић & Пауновић, 2010).

**Суицидност** испитаница је изражена скором на упитнику Мини интернационални неуропсихијатријски интервју (МИНИ), поглавље суицидност. Мини интернационални неуропсихијатријски интервју, поглавље суицидност је конципиран као сажет структурисан интервју. Подељен је на поглавља, при чему свако поглавље одговара једној дијагностичкој категорији. Поглавље суицидност има 6 питања. На сва постављена питања се мора дати одговор. Одговор који се очекује је дихотомног типа (да/не). На крају поглавља дијагностички оквир омогућава исказ да ли је дијагноза присутна или не (Тимотијевић & Пауновић, 2010).

**Алкохолизам** испитаница је мерен скором на Тесту за идентификацију алкохолом узрокованих поремећаја. Тест за идентификацију алкохолом узрокованих поремећаја (енгл. *The Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT) је скрининг тест намењен за рану идентификацију ризичног и штетног пијења као и зависности од алкохола, код одрасле популације, развијен и препоручен од стране СЗО. Развијен и евалуиран током периода од две деценије, и установљено је да пружа тачне податке мерења ризика по полу, старости и у различитим културама. Састоји се од 10 питања која се односе на недавно конзумирање алкохола, постојања симптома зависности од алкохола и проблема повезаних са конзумирањем алкохола. У складу је са МКБ 10 дефиницијама алкохолне зависности и штетног коришћења алкохола. Може да се користи кроз усмени интервју или као писани упитник. Одговори се бодују у распону од 0-4. Вредности свих одговора се сабирају (Babor et al., 2001).

### 3.4.2. Независне (експланаторне) варијабле

Независне варијабле у истраживању су:

1. Социодемографске карактеристике оба партнера (године живота, степен образовања, радни статус). Упитник о социодемографским и здравственим карактеристикама—конструисан за потребе истраживања.

2. Карактеристике брачне заједнице (број година које су провели у брачној/ванбрачној заједници, број деце). Упитник о социодемографским и здравственим карактеристикама–конструисан за потребе истраживања.

3. Здравствене карактеристике оба партнера (постојање соматских и психијатријских болести). Упитник о социодемографским и здравственим карактеристикама–конструисан за потребе истраживања.

4. Појава физичког и/или сексуалног мушког партнерског насиља. Скала за мерење тактика у конфликтима 2 (енгл. *Conflict Tactics Scale*, CTS 2) се користила за мерење изложености партнерском насиљу. Ова скала обухвата шест бихејвиорално специфична питања у вези са изложеношћу физичком насиљу. Такође, CTS 2 мери и изложеност сексуалном насиљу, путем три такође бихејвиорално специфична питања. Ова скала је валидирана и у нашој земљи, у истраживању које је спроведено у оквиру мултицентричне студије о насиљу према женама које је спровела Свестка здравствена организација. Обе скале (за физичко и сексуално насиље) су показале висок степен интерне конзистентности, која је мерена Кронбахови алфа коефицијентом (Straus et al., 1996).

### **3.5. Снага студије и величина узорка**

Израчунавање величине узорка базирано је на потреби детектовања, у логистичком регресионом моделу, повезаности погоршања менталног здравља жена супружника зависних од алкохола и социодемографских, здравствених и карактеристика брачне заједнице. Под претпоставком да је учесталост главне исходне варијабле 33% (Ariyasinghe et al., 2015), повезност исхода и предиктора од највећег интереса  $OR=3$ , коефицијент корелације предиктора од највећег интереса са другим предикторима од 0.8, за ниво статистичке значајности од 0.05, и статистичку снагу од 80%, потребна величина узорка за детектовање предиктора износи 103 јединица посматрања. Израчунавање величина узорка урађено је према препоруци Hsieh-a (Hsieh, 1989).

### **3.6. Статистичка обрада података**

За анализу примарно добијених података коришћене су дескриптивне статистичке методе, методе за тестирање разлике и регресиони модели за оцену повезаности исхода и предиктора. Од дескриптивних статистичких метода коришћене су мере централне тенденције (аритметичка средина, медијана), мере варијабилитета (стандардна девијација, опсег) и показатељи структуре исказани у виду процената. За тестирање разлике коришћени су т-тест и Mann-Whitney тест, за нумеричке податке, и Пирсонов хи-квадрат тест или Фишеров тест тачне вероватноће, за категоријске податке.

За моделовање повезаности између појаве депресије и анксиозности и независних варијабли (социјално-економски статус, партнерско насиље) коришћена је униваријантна и мултиваријантна мултиномијална логистичка регресија, с обзиром да је мерени исход имао две градације (умерена и изражена депресија / анксиозност). За моделовање односа између присуства суицидности и независних варијабли, коришћена је логистичка регресиона анализа.



У униваријантне моделе су унесене независне варијабле које су у хи квадрат тесту показале статистички значајну повезаност са исходима менталног здравља ( $p < 0.05$ ). Варијабле које су у униваријантном моделу регресионе анализе биле статистички значајно повезане са исходом ( $p < 0.05$ ) биле су уврштене у мултиваријантни модел, који је обавезно био контролисан за године живота жена. Резултати регресионих модела су приказани као унакрсни однос шанси (УО, енгл. *Odds Ratio*), са 95% интервалом поверења (ИП, енгл. *Confidence Interval*). За ниво статистичке значајности (алфа ниво) је узето 0.05.

## 4. РЕЗУЛТАТИ

### 4.1 Социјално-демографске и здравствене карактеристике супружника и брачне заједнице

У узорку је било укупно 104 жене чији се мужеви / партнери / супружници налазе на лечењу од алкохолне зависности. Најмлађа испитаница је имала 26 година, најстарија 66 година, а просечна старост жена у овом узорку била је 48.19 година (СД 9.17). Најмлађи партнер који је био на лечењу од алкохолне зависности имао је 33 године, најстарији 67 година, а просечна старост мушкараца који се налазе на лечењу од алкохолне зависности била је 50.09 година (СД 10.94), мада 4 жене се нису изјасниле о годинама својих партнера. Структура узорка у односу на старост, образовање, и радни статус супружника приказана је у Табели 1. Највећи број жена и њихових супружника имао је IV степен стручне спреме (40.4% и 46.2%), при чему је више жена у односу на супружнике имало завршен факултет (27.9% vs. 17.3%). Око две трећине је било запослено (64.4% жена и 66.3% супружника).

Табела 1. Социјално-демографске карактеристике испитаница и њихових партнера/супруга

|                           | <b>Жене<br/>(испитанице)<br/>N =104 (100%)<br/>n (%)</b> | <b>Супружници<br/>N =104 (100%)<br/>n (%)</b> |
|---------------------------|--|---|
| <b>Старост</b>            |  |   |
| до 39 година              | 17 (16.5)  | 14 (14.0)                                     |
| 40 – 49 година            | 38 (36.9)  | 35 (35.0)                                     |
| 50 – 59 година            | 33 (32.0)  | 37 (38.0)                                     |
| 60 година И више          | 15 (14.6)  | 14 (13.0)                                     |
| <b>Образовање</b>         |  |   |
| Основна школа             | 6 (5.8)  | 9 (8.7)                                       |
| III степен стручне спреме | 14 (13.5)  | 16 (15.4)                                     |
| IV степен стручне спреме  | 42 (40.4)  | 48 (46.2)                                     |
| Виша школа                | 13 (12.5)  | 13 (12.5)                                     |
| Факултет                  | 29 (27.9)  | 18 (17.3)                                     |
| <b>Радни статус</b>       |  |   |
| Запослен(а)               | 67 (64.4)  | 69 (66.3)                                     |
| Незапослен(а)             | 26 (25.0)  | 26 (25.0)                                     |
| Пензионерк(а)             | 11 (10.6)  | 9 (8.7)                                       |

Просечна дужина брачног стажа супружника била је 20.05 година (СД 10.95), при чему је најкраћи брачни стаж био 0.5 година, а најдужи 46 година. Десетогодишњи интервали дужине брачног стажа приказани су на Табели 2, као и друге карактеристике брачне заједнице. Највећи број жена у узорку је имао двоје деце (52.4%), живеле су у граду (68%), И имале су исти степен образовања као и њихови супружници (63.7%). Од

оних који нису имали исти степен образовања, скоро дупло више жена је имало виши степен образовања у односу на своје партнере (23.5% vs. 12.7%). Скоро 70% супружника је било први пут на лечењу од алкохолизма, скоро сваки четврти је био на другом лечењу (24.3%), док је на трећем лечењу или више од тога било шест партнера (5.8%) (Табела 2).

Табела 2. Карактеристике брачне заједнице и број партнеровим лечења од алкохолизма

|  | N =104 (100%)<br>n (%) |
|--|------------------------|
| <b>Дужина брачног стажа</b>                    |                        |
| До 10 година                                   | 21 (20.4)              |
| 11-20 година                                   | 37 (35.9)              |
| 21-30 година                                   | 26 (25.2)              |
| 31 година и више                               | 19 (18.4)              |
| <b>Број деце</b>                               |                        |
| 0  | 12 (11.7)              |
| 1  | 31 (30.1)              |
| 2  | 54 (52.4)              |
| 3 и више                                       | 6 (11.7)               |
| <b>Место становања</b>                         |                        |
| Град   | 71 (68.3)              |
| Село   | 11 (10.6)              |
| Приградско насеље                              | 22 (21.2)              |
| <b>Разлика у степену образовања супружника</b> |                        |
| Нема разлике (истог су степена образовања)     | 65 (63.7)              |
| Муж је образованији                            | 13 (12.7)              |
| Жена је образованија                           | 24 (23.5)              |
| <b>Број партнерових лечења од алкохолизма</b>  |                        |
| Прво лечење                                    | 72 (69.9)              |
| Друго лечење                                   | 25 (24.3)              |
| Треће лечење и више                            | 6 (5.8)                |

Највећи број жена, више од 80%, је негирао присуство телесних болести, било код себе или партнера, а скоро све жене су негирале присуство неке психијатријске болести (Табела 3).

Табела 3. Здравствено стање супружника

|  | <b>Жене<br/>(испитанице)<br/>N =104 (100%)<br/>n (%)</b> | <b>Супружници<br/>N =104<br/>(100%)<br/>n (%)</b> |
|--|--|---|
| <b>Присуство телесних болести</b>        |  |   |
| Да                                       | 11 (10.6)  | 19 (18.3)   |
| Не                                       | 93 (89.4)  | 85 (81.7)   |
| <b>Присуство прихијатријских болести</b> |  |   |
| Да                                       | 1 (1.0)  | 2 (1.9)   |
| Не                                       | 103 (99.0)   | 102 (98.1)  |

Када је у питању ментално здравље испитаница (депресивност, анксиозност и суицидни ризик) и коришћење алкохола, резултати су приказани на Табели 4. Депресивност жена је мерена Бековом скалом, и нормално стање (0-9 бодова) је установљено код скоро трећине жена (29.8%), а нормално стање анксиозности (мерено такође Бековом скалом) код чак 44.7% жена. Изражена депресивност и анксиозност је била присутна код 10 жена, тј. 9.6%. Такође, утврђено је да 72.3% жена нема суицидни ризик, при чему три жене нису одговориле на сва питања, тако да се ризик није могао израчунати. Скоро свака четврта жена у узорку има низак суицидни ризик (25, или 24.8%), а умерен или висок 3 жене (Табела 4).

Скоро две трећине жена (64.4%) се изјаснило да баш никада не пију, а у Зони I, која је апсолутно без ризика, налазило се преосталих 35.6% жена. Дакле, установљено је да ризик за алкохолизам у овој популационој групи не постоји, и с обзиром на то, даље анализе рађене су само за депресивност, анксиозност и суицидни ризик.

Табела 4. Ментално здравље испитаница

|  | N =104<br>(100%)<br>n (%) |
|--|---------------------------|
| <b>Депресивност</b>                              |                           |
| Нормално стање (0-9 бодова)                      | 31 (29.8)                 |
| Благо изражено депресивно стање (10-15 бодова)   | 25 (24.0)                 |
| Благо до умерено депресивно стање (16-19 бодова) | 12 (11.5)                 |
| Умерено изражено депресивно стање (20-29 бодова) | 26 (25.0)                 |
| Изражена депресивност (>30 бодова)               | 10 (9.6)                  |
| <b>Анксиозност</b>                               |                           |
| Нормално стање (0-9 бодова)                      | 46 (44.7)                 |
| Благо изражено анксиозно стање (10-15 бодова)    | 24 (23.3)                 |
| Благо до умерено анксиозно стање (16-19 бодова)  | 7 (6.8)                   |

|   |           |
|---|-----------|
| Умерено изражено анксиозно стање (20-29 бодова) | 16 (15.5) |
| Изражена анксиозност (>30 бодова)               | 10 (9.7)  |
| <b>Суицидност</b>                               |           |
| Нема ризика                                     | 73 (72.3) |
| Низак ризик                                     | 25 (24.8) |
| Умерен ризик                                    | 1 (1.0)   |
| Висок ризик                                     | 2 (2.0)   |
| <b>Алкохолизам</b>                              |           |
| Никада не пију                                  | 67 (64.4) |
| Зона I (1-7 бодова)                             | 37 (35.6) |
| Зона II (8 – 15 бодова)                         | 0         |
| Зона III (16-19 бодова)                         | 0         |
| Зона IV (20-40 бодова)                          | 0         |

#### 4.2 Преваљенција и инциденција партнерског насиља међу женама чији се супружници лече алкохолне зависности

Учесталост физичког насиља током живота је мерено бихејвиорално специфичном скалом (*Conflict Taktil Scale – 2*) и резултати су показали да је на барем једно од шест питања потврдно одговорило скоро две трећине жена (65.4%) (Табела 5). При томе, највећи број је потврдио да ју је партнер ошамарио или бацио на њу нешто што је могло да је повреди (61.5%), што се догодило барем једном (33.3%), неколико пута (58.7%), или много пута (7.9%). Више од половине жена је било одгурнуто, грубо ћушнуто или повучено за косу (52.9%), што се углавном догодило неколико пута (65.5%).

Табела 5. Присуство партнерског физичког насиља било када током живота, и његова учесталост ПРЕ претходних 12 месеци

|   | Присуство физичког насиља |             | Учесталост физичког насиља |                        |                     |
|---|---------------------------|-------------|----------------------------|------------------------|---------------------|
|   | Не<br>n (%)               | Да<br>n (%) | Једном<br>n (%)            | Неколико пута<br>n (%) | Много пута<br>n (%) |
| Да ли Вас је садашњи икада:   |                           |             |                            |                        |                     |
| 1. Ошамарио Вас или бацио на Вас нешто што је могло да вас повреди? | 40 (38.5)                 | 64 (61.5)   | 21 (33.3)                  | 37 (58.7)              | 5 (7.9)             |
| 2. Гурнуо Вас или грубо ћушнуо или Вас повукао за косу?             | 49 (47.1)                 | 55 (52.9)   | 14 (25.5)                  | 36 (65.5)              | 5 (4.8)             |
| 3. Ударио песницом или нечим другим што је могло да Вас повреди?    | 85 (81.7)                 | 19 (18.3)   | 5 (27.8)                   | 13 (72.2)              | -                   |

|  |            |                  |          |          |         |
|--|------------|------------------|----------|----------|---------|
| 4. Шутнуо Вас, вукао или тукао?  | 92 (88.5)  | 11 (10.6)        | 6 (60.0) | 4 (40.0) | -       |
| 5. Намерно Вас давио или опекао?   | 101 (97.1) | 3 (2.9)          | 3 (100)  | -        | -       |
| 6. Претио да ће употребити или стварно потегао пиштољ, нож или неко друго оружје на Вас? | 87 (83.7)  | 17 (16.3)        | 6 (37.5) | 9 (56.3) | 1 (6.3) |
| <b>Одговорила са “Да” на било које горе наведено питање</b>                              |            | <b>68 (65.4)</b> |          |          |         |

Када је у питању сексуално партнерско насиље било када током живота, резултати су приказани на Табели 6. Уочава се да је скоро трећина жена (32.7%) потврдно одговорила на барем једно од три питања за утврђивање учесталости сексуалног насиља, при чему је начешће навођени облик (28.8%) био “Да ли сте имали интимни однос који нисте хтели да имате, јер сте се бојали онога што ја Ваш партнер могао да уради?” који се догодио неколико пута током живота (73.3%), не рачунајући претходних 12 месеци (Табела 6).

Табела 6. Присуство партнерског сексуалног насиља било када током живота, и његова учесталост ПРЕ претходних 12 месеци

| Да ли је Ваш партнер:   | Присуство сексуалног насиља |                  | Учесталост сексуалног насиља |                           |                        |
|---|-----------------------------|------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|
|   | Не<br>n (%)                 | Да<br>n (%)      | Једном<br>n (%)              | Неколико<br>пута n<br>(%) | Много<br>пута n<br>(%) |
| 1. Да ли Вас је Ваш садашњи супруг/партнер физички присилио на интимни однос када то нисте хтели?   | 91 (87.5)                   | 13 (12.5)        | 1                            | 9                         | 2                      |
| 2. Да ли сте имали интимни однос који нисте хтели да имате, јер сте се бојали онога што ја Ваш садашњи супруг/партнер икада могао да уради? | 72 (69.2)                   | 30 (28.8)        | 7 (23.3)                     | 22 (73.3)                 | 1 (3.3)                |
| 3. Да ли Вас је Ваш садашњи супруг /партнер присилио да радите нешто интимно што сте Ви сматрали да је срамотно или понижавајуће?           | 96 (92.3)                   | 7 (6.7)          | 3                            | 2                         | -                      |
| <b>Одговорила са “Да” на било које горе наведено питање</b>   |                             | <b>34 (32.7)</b> |                              |                           |                        |

Жене које су потврдиле неки вид насиља било када током живота, биле су упитане да ли се то догодило током претходних 12 месеци, што је потврдила скоро половина жена (46.2%), при чему су најчешће (и једнако, 37.5% жена из узорка) били заступљени први

и други наведени вид насиља (“ошамарио је или бацио на њу нешто што је могло да је повреди”, И “гурнуо је или грубо ћушнуо, или повукао за косу” (Табела 7).

Када је у питању сексуално партнерско насиље током претходних 12 месеци, 21 жена (20.2%) је потврдно одговорило на барем једно од три питања за утврђивање учесталости сексуалног насиља, при чему је начешће навођени облик био исти као И током живота (19.2%): “Да ли сте имали интимни однос који нисте хтели да имате, јер сте се бојали онога сто ја Ваш партнер могао да уради?” што се догодило неколико пута (60%) током претходних 12 месеци (Табела 8).

Табела 7. Присуство и учесталост партнерског физичког насиља током протеклих 12 месеци

|  | Присуство физичког насиља |                  | Учесталост насиља |                        |                     |
|--|---------------------------|------------------|-------------------|------------------------|---------------------|
|  | Не<br>n (%)               | Да<br>n (%)      | Једном<br>n (%)   | Неколико пута<br>n (%) | Много пута<br>n (%) |
| Да ли Вас је Ваш партнер:  |                           |                  |                   |                        |                     |
| 1. Ошамарио Вас или бацио на Вас нешто што је могло да вас повреди?                      | 25<br>(24.0)              | 39 (37.5)        | 14 (35.9)         | 24 (61.5)              | 1 (2.6)             |
| 2. Гурнуо Вас или грубо ћушнуо или Вас повукао за косу?                                  | 17<br>(16.3)              | 39 (37.5)        | 15 (38.5)         | 22 (56.4)              | 2 (5.1)             |
| 3. Ударио песницом или нечим другим што је могло да Вас повреди?                         | 10 (9.6)                  | 10 (9.6)         | 5 (55.6)          | 4 (44.4)               | -                   |
| 4. Шутнуо Вас, вукао или тукао?  | 7 (6.7)                   | 5 (4.8)          | 5 (100)           | -                      | -                   |
| 5. Намерно Вас давио или опекао?   | 6 (5.8)                   | -                | -                 | -                      | -                   |
| 6. Претио да ће употребити или стварно потегао пиштољ, нож или неко друго оружје на Вас? | 9 (8.7)                   | 10 (9.6)         | 4 (36.4)          | 6 (54.5)               | 1 (9.1)             |
| <b>Одговорила са “Да” на било које горе наведено питање</b>                              |                           | <b>48 (46.2)</b> |                   |                        |                     |

Табела 8. Присуство и учесталост партнерског сексуалног насиља током протеклих 12 месеци

| Да ли је Ваш партнер:  | Присуство сексуалног насиља |                  | Учесталост насиља |                        |                     |
|--|-----------------------------|------------------|-------------------|------------------------|---------------------|
|  | Не                          | Да               | Једном<br>n (%)   | Неколико<br>пута n (%) | Много<br>пута n (%) |
| <i>1. Да ли Вас је Ваш садашњи супруг/партнер физички присилио на интимни однос када то нисте хтели?</i>   | 5 (4.8)                     | 9 (8.7)          | 2 (22.2)          | 7 (77.8)               | -                   |
| <i>2. Да ли сте имали интимни однос који нисте хтели да имате, јер сте се бојали онога сто ја Ваш садашњи супруг/партнер икада могао да уради?</i> | 10 (9.6)                    | 20 (19.2)        | 8 (40.0)          | 12 (60.0)              | -                   |
| <i>3. Да ли Вас је Ваш садашњи супруг /партнер присилио да радите нешто интимно што сте Ви сматрали да је срамотно или понижавајуће?</i>           | 2 (1.9)                     | 4 (3.8)          | 3 (75.0)          | 1 (25.0)               | -                   |
| <b>Одговорила са “Да” на било које горе наведено питање</b>  |                             | <b>21 (20.2)</b> |                   |                        |                     |

Укупна учесталост физичког и сексуалног насиља током живота, као и током претходних 12 месеци, приказана је на Табели 9, а графички приказ преклапања физичког И сексуалног насиља током живота, и у току претходних 12 месеци, приказан је на Графиконима 1 и 2. На Графикону 1 може се уочити да је од 68 жена које су потврдиле искуство са физичким насиљем некада током живота, чак 30 имало и искуство сексуалног насиља, док је искључиво сексуално насиље било присутно код само 4 од 34 жене.

Када је у питању последњих 12 месеци и изложеност насиљу, на Графикону 2 уочава се да је од 48 жена које су потврдиле искуство физичког насиља, чак 19 је имало и сексуално насиље истовремено, док је искључиво сексуално насиље током протеклих 12 месеци потврдило 2 од 21 жене.

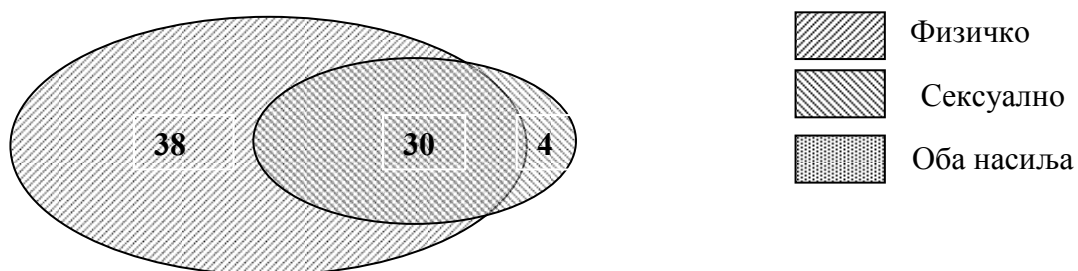
Табела 9. Збирни приказ учесталости изложености партнерском насиљу током живота и у последњих 12 месеци

|                                 | Изложеност насиљу током живота | Изложеност насиљу током последњих 12 месеци |
|---------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. Физичко насиље               | <b>68 (65.4)</b>               | <b>48 (46.2)</b>                            |
| 2. Сексуално насиље             | <b>34 (32.7)</b>               | <b>21 (20.2)</b>                            |
| 3. Физичко ИЛИ сексуално насиље | <b>72 (69.2)</b>               | <b>50 (48.1)</b>                            |

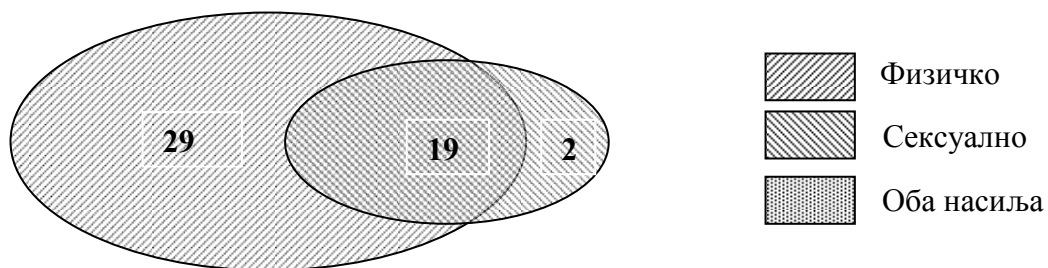


|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| 4. Физичко и сексуално насиље истовремено | 30 (28.8) | 19 (18.3) |
|---|-----------|-----------|

Графикон 1. Изложеност физичком и сексуалном насиљу током живота (n=72, 69.2%)



Графикон 2. Изложеност физичком и сексуалном насиљу током последњих 12 месеци (n=50, 48.1%)



#### 4.3 Учесталост депресивности у односу на социјално-демографске и здравствене карактеристике, и насиље

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у интензитету депресије жена у односу на старост жене (0.024), и старост мужа (0.004), док за остале социјално демографске варијабле није добијена статистичка значајност разлике (Табела 13).

Табела 13. Повезаност депресивности и социјално-демографских карактеристика мужа и жене

|   | Нормално стање<br>n= 31<br>(29.8%) | Благо до умерено изражено депресивно стање<br>n=37 (35.5%) | Умерено и изражено депресивно стање<br>n=36 (34.6%) | Укупно    | П вредност |
|---|------------------------------------|--|---|-----------|------------|
| <b>Старост жене</b>                     |                                    |  |   |           |            |
| до 39 година                            | 9 (52.9)                           | 4 (23.5)   | 4 (23.5)  | 17 (16.5) | 0.024      |
| 40 – 49 година                          | 16 (42.1)                          | 12 (31.6)  | 10 (26.3)   | 38 (36.9) |            |
| 50 – 59 година                          | 4 (12.1)                           | 13 (39.4)  | 16 (48.5)   | 33 (32.0) |            |
| 60 година и више                        | 2 (13.3)                           | 7 (4.67)   | 6 (40.0)  | 15 (14.6) |            |
| <b>Образовање жене</b>                  |                                    |  |   |           |            |
| Основна школа                           | 1 (16.7)                           | 3 (50.0)   | 2 (33.3)  | 6 (5.8)   | 0.871      |
| Средња школа (9-12 г.)                  | 16 (28.6)                          | 19 (33.9)  | 21 (37.5)   | 56 (53.8) |            |
| Виша и висока школа (више од 12 година) | 14 (33.3)                          | 15 (35.7)  | 13 (31.0)   | 42 (40.4) |            |
| <b>Радни статус жене</b>                |                                    |  |   |           |            |
| Запослена                               | 22 (32.8)                          | 20 (29.9)  | 25 (37.3)   | 67 (64.4) | 0.072      |
| Незапослена                             | 9 (34.6)                           | 12 (46.2)  | 5 (19.2)  | 26 (25.5) |            |
| Пензионерка                             | 0                                  | 5 (45.5)   | 6 (54.5)  | 11 (10.6) |            |
| <b>Старост мужа</b>                     |                                    |  |   |           |            |
| до 39 година                            | 8 (57.1)                           | 4 (28.6)   | 2 (14.3)  | 14 (14.0) | 0.004      |
| 40 – 49 година                          | 16 (45.7)                          | 10 (28.6)  | 9 (25.7)  | 35 (35.0) |            |
| 50 – 59 година                          | 7 (18.4)                           | 12 (31.6)  | 19 (50.0)   | 38 (38.0) |            |
| 60 година И више                        | 0                                  | 7 (53.8)   | 6 (46.2)  | 13 (13.0) |            |
| <b>Образовање мужа</b>                  |                                    |  |   |           |            |
| Основна школа                           | 2 (22.2)                           | 6 (66.7)   | 1 (11.1)  | 9 (8.7)   | 0.341      |
| Средња школа (9-12 г.)                  | 19 (29.7)                          | 21 (32.8)  | 24 (37.5)   | 64 (61.5) |            |
| Виша и висока школа (више од 12 година) | 10 (32.3)                          | 10 (32.3)  | 11 (35.5)   | 31 (29.8) |            |
| <b>Радни статус мужа</b>                |                                    |  |   |           |            |
| Запослен                                | 21 (30.4)                          | 23 (33.3)  | 25 (36.2)   | 69 (63.3) | 0.267      |
| Незапослен                              | 10 (38.5)                          | 9 (34.6)   | 7 (26.9)  | 26 (25.0) |            |
| Пензионер                               | 0                                  | 5 (55.6)   | 4 (44.4)  | 9 (8.7)   |            |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.01$  у интензитету депресије жена у односу на дужину брачног стажа (0.007), док за остале испитивана карактеристике брачне заједнице није добијена статистичка значајност разлике (Табела 14).

Табела 14. Повезаност депресивности и карактеристика брачне заједнице

|  | Нормално<br>стање<br><br>n= 31<br>(29.8%) | Благо до<br>умерено<br>изражено<br>депресивно<br>стање<br>n=37 (35.5%) | Умерено и<br>изражено<br>депресивно<br>стање<br>n=36 (34.6%) | Укупно        | п<br>вредност |
|--|---|--|--|---------------|---------------|
| <b>Дужина брачног<br/>стажа</b>                            |   |  |  |               |               |
| До 10 година   | 11 (52.4)                                 | 8 (38.1)   | 2 (9.5)  | 21<br>(20.39) | 0.007         |
| 11-20 година   | 13 (35.1)                                 | 12 (32.4)  | 12 (32.4)  | 37<br>(35.92) |               |
| 21-30 година   | 6 (23.1)                                  | 8 (30.8)   | 12 (46.2)  | 26<br>(25.24) |               |
| 31 година и више   | -   | 9 (47.4)   | 10 (52.6)  | 19<br>(18.45) |               |
| <b>Број деце</b>   |   |  |  |               |               |
| 0  | 3 (25.0)                                  | 6 (50.0)   | 3 (25.0)   | 12 (11.7)     | 0.371         |
| 1  | 14 (45.2)                                 | 9 (29.0)   | 8 (25.8)   | 31 (30.1)     |               |
| 2  | 13 (24.1)                                 | 19 (35.2)  | 22 (40.7)  | 54 (52.4)     |               |
| 3 и више   | 1 (16.7)                                  | 3 (50.0)   | 2 (33.3)   | 6 (11.7)      |               |
| <b>Место становања</b>                                     |   |  |  |               |               |
| Град   | 22 (31.0)                                 | 26 (36.6)  | 23 (32.4)  | 71 (68.3)     | 0.782         |
| Остало   | 9 (27.3)                                  | 11 (33.3)  | 13 (39.4)  | 33 (31.7)     |               |
| <b>Разлика у<br/>степену<br/>образовања<br/>супрузника</b> |   |  |  |               |               |
| Нема разлике<br>(истог су степена<br>образовања)           | 16 (24.6)                                 | 22 (33.8)  | 27 (41.5)  | 65 (63.7)     | 0.231         |
| Муж је<br>образованији                                     | 5 (38.5)                                  | 4 (30.8)   | 4 (30.8)   | 13 (12.7)     |               |
| Жена је<br>образованија                                    | 10 (41.7)                                 | 10 (41.7)  | 4 (16.7)   | 24 (23.5)     |               |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у интензитету депресије жена у односу на присуство телесних болести код жена (0.036), док за остале испитиване здравствене варијабле оба партнера није добијана статистичка значајност разлике (Табела 15).

Табела 15. Повезаност депресивности и здравственог стања жене и мушкарца (који се лечи од алкохолизма)

|   | Нормално стање<br>n= 31<br>(29.8%) | Благо до умерено изражено депресивно стање<br>n=37 (35.5%) | Умерено И изражено депресивно стање<br>n=36 (34.6%) | Укупно     | П вредност |
|---|------------------------------------|--|---|------------|------------|
| <b>Присуство телесних болести код испитанице</b>        |                                    |  |   |            |            |
| Да  | 0                                  | 4 (36.4)   | 7 (63.6)  | 11 (11.4)  | 0.036      |
| Не  | 31 (33.3)                          | 33 (35.5)  | 29 (31.2)   | 93 (88.6)  |            |
| <b>Присуство психијатријских болести код испитанице</b> |                                    |  |   |            |            |
| Да  | 0                                  | 1 (100.0)  | 0   | 1 (1.04)   | 0.401      |
| Не  | 31 (30.1)                          | 36 (35.0)  | 36 (35.0)   | 103 (98.9) |            |
| <b>Присуство телесних болести код супруга</b>           |                                    |  |   |            |            |
| Да  | 6 (31.6)                           | 5 (26.3)   | 8 (42.1)  | 19 (10.9)  | 0.618      |
| Не  | 25 (29.4)                          | 32 (37.6)  | 28 (32.9)   | 85 (89.1)  |            |
| <b>Присуство психијатријских болести код супруга</b>    |                                    |  |   |            |            |
| Да  | 0                                  | 1 (50.0)   | 1 (50.0)  | 2 (2.1)    | 0.648      |
| НЕ  | 31 (30.4)                          | 36 (35.3)  | 35 (34.3)   | 102 (97.9) |            |
| <b>Број партнерових лечења од алкохолизма</b>           |                                    |  |   |            |            |
| Прво лечење   | 24 (33.3)                          | 25 (34.7)  | 23 (31.9)   | 72 (74.9)  | 0.338      |
| Друго лечење и више                                     | 6 (19.4)                           | 12 (38.7)  | 13 (41.9)   | 31 (25.1)  |            |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.01$  у интензитету депресије жена у односу на женино искуство са физичким и/или сексуалним насиљем током претходних 12 месеци (0.001) (Табела 16).

Табела 16. Повезаност депресивности и жениног искуства са партнерским насиљем током претходних 12 месеци

|   | Укупно       | Нормално<br>стање<br>n= 31<br>(29.8%) | Благо до<br>умерено<br>изражено<br>депресивно<br>стање<br>n=37 (35.5%) | Умерено и<br>изражено<br>депресивно<br>стање<br>n=36 (34.6%) | П<br>вредност |
|---|--------------|---------------------------------------|--|--|---------------|
| <b>Физичко насиље</b>                                     |              |                                       |  |  |               |
| Да  | 48<br>(46.1) | 4 (8.3)                               | 16 (33.3)  | 28 (58.3)  | <0.001        |
| Не  | 56<br>(53.9) | 27 (48.2)                             | 21 (37.5)  | 8 ( 14.3)  |               |
| <b>Сексуално<br/>насиље</b>                               |              |                                       |  |  |               |
| Да  | 17<br>(16.3) | 1 (5.9)                               | 5 (29.4)   | 11 (64.7)  | 0.009         |
| Не  | 87<br>(83.7) | 30 (34.5)                             | 32 (36.8)  | 25 (28.7)  |               |
| <b>Физичко ИЛИ<br/>сексуално<br/>насиље</b>               |              |                                       |  |  |               |
| Да  | 50<br>(48.1) | 4 (8.0)                               | 17 (34.0)  | 29 (58.0)  | <0.001        |
| Не  | 54<br>(51.9) | 27 (50.0)                             | 20 (37.0)  | 7 (13.0)   |               |
| <b>Физичко и<br/>сексуално<br/>насиље<br/>истовремено</b> |              |                                       |  |  |               |
| Да  | 15<br>(14.4) | 1 (6.7)                               | 4 (26.7)   | 10 (66.7)  | 0.013         |
| Не  | 89<br>(85.6) | 30 (33.7)                             | 33 (37.1)  | 26 (29.2)  |               |

#### 4.4 Фактори повезани са депресивношћу жена: мултиномиални модел логистичке регресије

У односу на жене старости до 39 година, резултати мултиномиалног модела униваријантне логистичке регресије су показали да жене старије од 50 година имају барем 7 пута већу шансу за умерено до изражено депресивно стање (жене старости 50-59 година: УО 7.31, 95%ИП 1.44-37.16; жене које имају 60 година и више: УО 7.87, 95%ИП 1.10-56.12), и чак 9 пута већи ризик за умерено и изражено депресивно стање (жене старости 50-59 година: УО 9.00, 95%ИП 1.80-44.96). Такође, старост мужа (од 50 до 59 година) чак 10 пута и више повећава шансу за умерено и изражено депресивно стање (УО 10.86, 95%ИП 1.84-64.08), као и дужина брачног живота од 21 до 30 година (УО 11.00, 95%ИП 1.82-66.34), у односу на оне са краћим брачним стажом, до 10 година (Табела 17).

Шанса да жена има умерено и изражено депресивно стање се убедљиво највише (скоро 28 пута) повећава уколико је била изложена физичком или сексуалном насиљу током последњих 12 месеци, а након контроле за године живота жене, та шанса се повећава чак 37.5 пута (95%ИП 7.91-177.76) (Табела 17).

Табела 17. Фактори повезани са умереним и израженим депресивним стањем, у односу на нормално стање: униваријантна мултиномиална логистичка регресиона анализа (МЛРА)

|                             | Униваријантна МЛРА  |  | МЛРА контролисана за старост                              |  |
|-----------------------------|---|--|---|--|
|                             | Благо до умерено изражено депресивно стање<br>n=37 (35.5%)<br>УО (95% ЦИ) | Умерено и изражено депресивно стање<br>n=36 (34.6%)<br>УО (95% ЦИ) | Благо до умерено изражено депресивно стање<br>УО (95% ЦИ) | Умерено и изражено депресивно стање<br>УО (95% ЦИ) |
| <b>Старост жене</b>         |   |  |   |  |
| до 39 година                | 1.00  | 1.00   | 1.00  | 1.00   |
| 40 – 49 година              | 1.69 (0.42-6.81)  | 1.41 (0.34-5.81)   | 3.32 (0.64-17.27)   | 4.64 (0.72-29.97)                                  |
| 50 – 59 година              | 7.31*<br>(1.44-37.16)   | 9.00**<br>(1.80-44.96)   | 11.58**<br>(1.84-73.04)                                   | 18.83**<br>(2.50-142.00)                           |
| 60 година и више            | 7.87*<br>(1.10-56.12)   | 6.75 (0.92-49.23)  | 11.79*<br>(1.35-103.20)                                   | 12.74 *<br>(1.15-140.66)                           |
| <b>Старост мужа</b>         |   |  |   |  |
| до 39 година                | 1.00  | 1.00   |   |  |
| 40 – 49 година              | 1.25 (0.30-5.26)  | 2.25 (0.39-12.97)  |   |  |
| 50 – 59 година              | 3.43 (0.75-15.67)   | 10.86** (1.84-64.08)   |   |  |
| 60 година и више            | -   | -  |   |  |
| <b>Дужина брачног стажа</b> |   |  |   |  |

|   |                     |                       |                     |                        |
|---|---------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|
| До 10 година  | 1.00                | 1.00                  |                     |                        |
| 11-20 година  | 1.27 (0.38-4.22)    | 5.08 (0.93-27.75)     |                     |                        |
| 21-30 година  | 1.83 (0.45-7.41)    | 11.00** (1.82-66.34)  |                     |                        |
| 31 година и више  | -                   | -                     |                     |                        |
| <b>Физичко ИЛИ сексуално насиље у последњих 12 месеци</b> |                     |                       |                     |                        |
| Не  | 1.00                | 1.00                  |                     |                        |
| Да  | 5.74** (1.67-19.69) | 27.96** (7.35-106.33) | 7.79** (1.83-33.12) | 37.50 ** (7.91-177.76) |

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

#### 4.5 Учесталост анксиозности у односу на социјално-демографске и здравствене карактеристике, и насиље

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у интензитету анксиозности жена у односу на старост мужа (0.010), док за остале социјално демографске варијабле није добијена статистичка значајност разлике (Табела 18).

Табела 18. Повезаност анксиозности и социјално-демографских карактеристика мужа и жене

|                        | Нормално стање<br>n= 46<br>(44.7%) | Благо до умерено изражено анксиозно стање<br>n=31 (30.1%) | Умерено и изражено анксиозно стање<br>n=26 (25.2%) | Укупно     | П вредност |
|------------------------|------------------------------------|---|--|------------|------------|
| <b>Старост жене</b>    |                                    |   |  |            |            |
| до 39 година           | 8 (50.0)                           | 6 (37.5)  | 2 (12.5)   | 16 (15.69) | 0.173      |
| 40 – 49 година         | 22 (57.9)                          | 7 (18.4)  | 9 (23.7)   | 38 (37.25) |            |
| 50 – 59 година         | 13 (39.4)                          | 10 (30.3)   | 10 (30.3)  | 33 (32.35) |            |
| 60 година И више       | 3 (30.0)                           | 7 (46.7)  | 5 (33.3)   | 15 (14.71) |            |
| <b>Образовање жене</b> |                                    |   |  |            |            |
| Основна школа          | 1 (16.7)                           | 3 (50.0)  | 2 (33.3)   | 6 (5.8)    | 0.464      |
| 9-12 година школовања  | 25 (45.5)                          | 14 (25.5)   | 16 (29.1)  | 56 (53.8)  |            |

|                          |           |           |           |            |       |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-------|
| > од 12 година           | 20 (47.6) | 14 (33.3) | 8 (19.0)  | 42 (40.4)  |       |
| <b>Радни статус жене</b> |           |           |           |            |       |
| Запослена                | 31 (47.0) | 18 (27.3) | 17 (25.8) | 67 (64.4)  | 0.111 |
| Незапослена              | 14 (53.8) | 8 (30.8)  | 4 (15.4)  | 26 (25.5)  |       |
| Пензионерка              | 1 (9.1)   | 5 (45.5)  | 5 (45.5)  | 11 (10.6)  |       |
| <b>Старост мужа</b>      |           |           |           |            |       |
| до 39 година             | 6 (46.2)  | 6 (46.2)  | 1 (7.7)   | 13 (13.13) | 0.010 |
| 40 – 49 година           | 23 (65.7) | 7 (20.0)  | 5 (14.3)  | 35 (35.36) |       |
| 50 – 59 година           | 14 (36.8) | 10 (26.3) | 14 (36.8) | 38 (38.38) |       |
| 60 година И више         | 2 (15.4)  | 7 (53.8)  | 4 (30.8)  | 13 (13.13) |       |
| <b>Образовање мужа</b>   |           |           |           |            |       |
| Основна школа            | 2 (22.2)  | 6 (66.7)  | 1 (11.1)  | 9 (8.7)    | 0.131 |
| 9-12 година школовања    | 30 (47.6) | 15 (23.8) | 18 (28.6) | 63 (61.5)  |       |
| > од 12 година           | 14 (45.2) | 10 (32.3) | 7 (22.6)  | 31 (29.8)  |       |
| <b>Радни статус мужа</b> |           |           |           |            |       |
| Запослен                 | 33 (48.5) | 17 (25.0) | 18 (26.5) | 69 (63.3)  | 0.210 |
| Незапослен               | 12 (46.2) | 9 (34.6)  | 5 (19.2)  | 26 (25.0)  |       |
| Пензионер                | 1 (11.1)  | 5 (55.6)  | 3 (33.3)  | 9 (8.7)    |       |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у интензитету анксиозности жена у односу на дужину брачног стажа (0.023), док за остале испитиване карактеристике брачне заједнице није добијена статистичка значајност разлике (Табела 19).

Табела 19. Повезаност анксиозности и карактеристика брачне заједнице

|                             | Нормално стање<br>n= 46<br>(44.7%) | Благо до умерено изражено анксиозно стање<br>n=31 (30.1%) | Умерено и изражено анксиозно стање<br>n=26 (25.2%) | Укупно     | П вредност |
|-----------------------------|------------------------------------|---|--|------------|------------|
| <b>Дужина брачног стажа</b> |                                    |   |  |            |            |
| До 10 година                | 10 (50.0)                          | 8 (40.0)  | 2 (10.0)   | 20 (19.61) | 0.023      |



|  |           |           |           |            |       |
|--|-----------|-----------|-----------|------------|-------|
| 11-20 година                                   | 21 (56.8) | 8 (21.6)  | 8 (21.6)  | 37 (36.27) |       |
| 21-30 година                                   | 10 (38.5) | 5 (19.2)  | 11 (42.3) | 26 (25.49) |       |
| 31 година и више                               | 4 (21.1)  | 10 (52.6) | 5 (26.3)  | 19 (18.63) |       |
| <b>Број деце</b>                               |           |           |           |            |       |
| 0  | 4 (33.3)  | 5 (41.7)  | 3 (25.0)  | 12 (11.7)  | 0.340 |
| 1  | 18 (60.0) | 4 (13.3)  | 8 (26.7)  | 30 (30.1)  |       |
| 2  | 22 (40.7) | 20 (37.0) | 12 (22.2) | 54 (52.4)  |       |
| 3 и више                                       | 2 (33.3)  | 2 (33.3)  | 2 (33.3)  | 6 (11.7)   |       |
| <b>Место становања</b>                         |           |           |           |            |       |
| Град   | 33 (46.5) | 17 (23.9) | 21 (29.6) | 71(68.93)  | 0.093 |
| остало   | 13 (40.6) | 14 (43.8) | 5 (15.6)  | 32 (31.07) |       |
| <b>Разлика у степену образовања супружника</b> |           |           |           |            |       |
| Нема разлике (истог су степена образовања)     | 25 (39.1) | 18 (28.1) | 21 (32.8) | 64 (63.37) | 0.277 |
| Муж је образованији                            | 7 (53.8)  | 4 (30.8)  | 2 (15.4)  | 13 (12.87) |       |
| Жена је образованија                           | 14 (58.3) | 7 (29.2)  | 3 (12.5)  | 24 (23.76) |       |

Резултати су показали да постоји статистицики значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у интензитету анксиозности жена у односу на присуство телесних болести код жена (0.008), и у односу на број партнерових лечења од алкохолизма (0.088) док за остале испитиване здравствене варијабле оба партнера није добијана статистичка значајност разлике (Табела 20).

Табела 20. Повезаност анксиозности и здравственог стања жене и мушкарца (који се лечи од алкохолизма)

|   | Нормално стање<br><br>n= 46<br>(44.7%) | Благо до умерено изражено анксиозно стање<br>n=31 (30.1%) | Умерено и изражено анксиозно стање<br>n=26 (25.2%) | Укупно     | П вредност |
|---|--|---|--|------------|------------|
| <b>Присуство телесних болести код испитанице</b>        |  |   |  |            |            |
| Да  | 2 (18.2)                               | 2 (18.2)  | 7 (63.6)   | 11 (10.68) | 0.008      |
| Не  | 44 (47.8)                              | 29 (31.5)   | 19 (20.7)  | 92 (89.32) |            |
| <b>Присуство психијатријских болести код испитанице</b> |  |   |  |            |            |

|  |           |           |           |             |       |
|--|-----------|-----------|-----------|-------------|-------|
| Да   | 1 (100.0) | 0 (0.0)   | 0 (0.0)   | 1 (0.97)    | 0.535 |
| Не   | 45 (44.1) | 31 (30.4) | 26 (25.5) | 102 (99.03) |       |
| <b>Присуство телесних болести код супруга</b>        |           |           |           |             |       |
| Да   | 7 (36.8)  | 7 (36.8)  | 5 (26.3)  | 19 (18.45)  | 0.711 |
| Не   | 39 (46.4) | 24 (28.6) | 21 (25.0) | 84 (81.55)  |       |
| <b>Присуство психијатријских болести код супруга</b> |           |           |           |             |       |
| Да   | 2 (100.0) | -         | -         | 2 (1.94)    | 0.283 |
| Не   | 44 (43.6) | 31 (30.7) | 26 (25.7) | 101 (98.06) |       |
| <b>Број партнерових лечења од алкохолизма</b>        |           |           |           |             |       |
| Прво лечење  | 37 (52.1) | 19 (26.8) | 15 (26.1) | 71 (69.61)  | 0.088 |
| Друго лечење И више                                  | 9 (29.0)  | 11 (35.5) | 11 (35.5) | 31 (30.39)  |       |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у интензитету анксиозности жена у односу на женино искуство са физичким и / или сексуалним насиљем током претходних 12 месеци (0.001) (Табела 21).

Табела 21. Повезаност анксиозности и жениног искуства са партнерским насиљем током претходних 12 месеци

|                         | Нормално стање<br>n= 46<br>(44.7%) | Благо до умерено изражено анксиозно стање<br>n=31 (30.1%) | Умерено и изражено анксиозно стање<br>n=26 (25.2%) | Укупно    | П вредност |
|-------------------------|------------------------------------|---|--|-----------|------------|
| <b>Физичко насиље</b>   |                                    |   |  |           |            |
| Да                      | 12 (25.5)                          | 17 (36.2)   | 18 (38.3)  | 47(45.63) | 0.001      |
| Не                      | 34 (60.7)                          | 14 (25.0)   | 8 (14.3)   | 56(54.37) |            |
| <b>Сексуално насиље</b> |                                    |   |  |           |            |
| Да                      | 2 (11.8)                           | 5   | 10 (58.8)  | 17(16.50) | 0.001      |

|   |           |              |           |           |        |
|---|-----------|--------------|-----------|-----------|--------|
|   |           | (29.4)       |           |           |        |
| Не  | 44 (51.2) | 26<br>(30.2) | 16 (18.6) | 86(83.50) |        |
| <b>Физичко ИЛИ<br/>сексуално<br/>насиље</b>               |           |              |           |           |        |
| Да  | 12 (24.5) | 18 (36.7)    | 19 (38.8) | 49(47.57) | <0.001 |
| Не  | 34 (63.0) | 13 (24.1)    | 7 (13.0)  | 54(52.43) |        |
| <b>Физичко и<br/>сексуално<br/>насиље<br/>истовремено</b> |           |              |           |           |        |
| Да  | 2 (13.3)  | 4<br>(26.7)  | 9 (60.0)  | 15(14.56) | 0.002  |
| Не  | 44 (50.0) | 27<br>(30.7) | 17 (19.3) | 88(85.44) |        |

#### 4.6 Фактори повезани са анксиозношћу жена: мултиномиални модел логистичке регресије

Када су у питању фактори који су повезани са анксиозношћу испитаница, нађено је да број хоспитализација супружника због алкохолне зависности повећава шансу да испитаница има умерено и изражено анксиозно стање чак 3 пута (УО 3.01, 95%ИП 1.04-8.75), а изложеност физичком или сексуалном насиљу више од 7 пута (УО 7.69, 95%ИП 2.59-22.83) (Табела 22). Након контроле за године живота жене, статистичка значајност броја лечења од алкохолне зависности се изгубила (иако је смер и унакрсни однос шанси остао готово идентичан), док је значај изложености насиљу постао још већи (УО 8.15, 95%ИП 2.45-27.14).

Табела 22. Фактори повезани са умереним и израженим анксиозним стањем, у односу на нормално стање: униваријантна мултиномиална логистичка регресиона анализа (МЛРА)

|  | Униваријантна МЛРА        |                                    | Мултиваријантни модел контролисан за године живота |                              |
|--|---------------------------|------------------------------------|--|------------------------------|
|  | Благо до умерено изражено | Умерено и изражено анксиозно стање | Благо до умерено изражено                          | Умерено и изражено анксиозно |

|   | анксиозно<br>стање<br>УО (95% ИП) | УО (95% ИП)         | анксиозно<br>стање<br>УО (95% ИП) | стање<br>УО (95% ИП) |
|---|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------|
| <b>Старост жене</b>                             |                                   |                     |                                   |                      |
| до 39 година                                    | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           |                                   |                      |
| 40 – 49 година                                  | 0.42 (0.11-1.65)                  | 1.64 (0.29-9.25)    |                                   |                      |
| 50 – 59 година                                  | 1.03 (0.27-3.92)                  | 3.08 (0.53-17.80)   |                                   |                      |
| 60 година и више                                | 3.11 (0.56-17.33)                 | 6.67 (0.81-54.96)   |                                   |                      |
| <b>Старост мужа</b>                             |                                   |                     |                                   |                      |
| до 39 година                                    | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           |                                   |                      |
| 40 – 49 година                                  | 0.30 (0.07-1.25)                  | 1.30 (0.13-13.37)   |                                   |                      |
| 50 – 59 година                                  | 0.71 (0.18-2.87)                  | 6.00 (0.64-56.52)   |                                   |                      |
| 60 година и више                                | 3.50 (0.50-24.27)                 | 12.00 (0.80-180.97) |                                   |                      |
| <b>Дужина брачног стажа</b>                     |                                   |                     |                                   |                      |
| До 10 година                                    | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           |                                   |                      |
| 11-20 година                                    | 0.48 (0.14-1.64)                  | 1.90 (0.34-10.67)   |                                   |                      |
| 21-30 година                                    | 0.62 (0.15-2.59)                  | 5.50 (0.96-31.43)   |                                   |                      |
| 31 година и више                                | 3.12 (0.71-13.81)                 | 6.25 (0.84-46.57)   |                                   |                      |
| <b>Место становања</b>                          |                                   |                     |                                   |                      |
| Град  | 0.48 (0.18-1.24)                  | 1.65 (0.51-5.32)    |                                   |                      |
| остало  | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           |                                   |                      |
| <b>Телесне болести жене</b>                     |                                   |                     |                                   |                      |
| Не  | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.            |
| Да  | 1.52 (0.20-11.38)                 | 8.10* (1.54-42.67)  | 1.27 (0.13-12.28)                 | 8.29* (1.06-65.15)   |
| <b>Број лечења од алкохолизма</b>               |                                   |                     |                                   |                      |
| Прво  | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.            |
| Друго и више                                    | 2.38 (0.84-6.73)                  | 3.01* (1.04-8.75)   | 2.64 (0.81-8.62)                  | 3.03 (0.83-11.05)    |
| <b>Физичко ИЛИ сексуално насиље у 12 месеци</b> |                                   |                     |                                   |                      |
| Не  | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.           | 1.00 реф.                         | 1.00 реф.            |
| Да  | 3.92** (1.49-10.35)               | 7.69** (2.59-22.83) | 4.26** (1.47 – 12.34)             | 8.15** (2.45-27.14)  |

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

#### 4.7 Учесталост суицидалног ризика у односу на социјално-демографске и здравствене карактеристике, и насиље

Резултати су нису показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у повезаности суицидалног ризика код жена и испитиваних социјално демографских карактеристика мужа и жене (Табела 23).

Табела 23. Повезаност суицидног ризика и социјално-демографских карактеристика мужа и жене

|                          | Нормално стање<br>(нема суицидални<br>ризик)<br>n= 76 (72.3%) | Постоји<br>суицидални<br>ризик<br>n=28 (27.8%) | Укупно     | П<br>вредност |
|--------------------------|---|--|------------|---------------|
| <b>Старост жене</b>      |   |  |            |               |
| до 39 година             | 14 (82.4)   | 3 (17.6)                                       | 17 (17.00) | 0.209         |
| 40 – 49 година           | 29 (76.3)   | 9 (23.7)                                       | 38 (38.00) |               |
| 50 – 59 година           | 18 (58.1)   | 13 (41.9)                                      | 31 (31.00) |               |
| 60 година И више         | 11 (78.6)   | 3 (21.4)                                       | 14 (14.00) |               |
| <b>Образовање жене</b>   |   |  |            |               |
| Основна школа            | 3 (50.0)  | 3 (50.)  | 6 (5.8)    | 0.353         |
| 9-12 година<br>школовања | 39 (70.9)   | 16 (29.1)                                      | 55 (53.8)  |               |
| > од 12 година           | 31 (77.5)   | 9 (22.5)                                       | 40 (40.4)  |               |
| <b>Радни статус жене</b> |   |  |            |               |
| Запослена                | 45 (69.2)   | 20 (30.8)                                      | 65 (64.4)  | 0.615         |
| Незапослена              | 19 (76.0)   | 6 (24.0)                                       | 25 (25.5)  |               |
| Пензионерка              | 9 (81.8)  | 2 (18.2)                                       | 11 (10.6)  |               |
| <b>Старост мужа</b>      |   |  |            |               |
| до 39 година             | 12 (85.7)   | 2 (14.3)                                       | 14 (14.43) | 0.282         |
| 40 – 49 година           | 27 (77.1)   | 8 (22.9)                                       | 35 (36.08) |               |
| 50 – 59 година           | 22 (62.9)   | 13 (37.1)                                      | 35 (36.08) |               |
| 60 година И више         | 8 (61.5)  | 5 (38.5)                                       | 13 (13.41) |               |
| <b>Образовање мужа</b>   |   |  |            |               |
| Основна школа            | 7 (77.8)  | 2 (22.2)                                       | 9 (8.7)    | 0.617         |
| 9-12 година<br>школовања | 47 (74.6)   | 16 (25.4)                                      | 63 (61.5)  |               |
| > од 12 година           | 19 (65.5)   | 10 (34.5)                                      | 29 (29.8)  |               |
| <b>Радни статус мужа</b> |   |  |            |               |
| Запослен                 | 45 (67.2)   | 22 (32.8)                                      | 67 (63.3)  | 0.240         |
| Незапослен               | 20 (80.0)   | 5 (20.0)                                       | 25 (25.0)  |               |
| Пензионер                | 8 (88.9)  | 1 (11.1)                                       | 9 (8.7)    |               |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у повезаности суицидног ризика код жена и дужине брачног стажа (0.054), док за остале испитиване карактеристике брачне заједнице није добијена статистичка значајност разлике (Табела 22).

Табела 22. Повезаност суицидног ризика и карактеристика брачне заједнице

|  | Нормално стање<br>(нема суицидног<br>ризик)<br><br>n= 76 (72.3%) | Постоји<br>суицидни ризик<br><br>n=28 (27.8%) | Укупно        | П<br>вредност |
|--|--|---|---------------|---------------|
| <b>Дужина брачног<br/>стажа</b>                        |  |   |               |               |
| До 10 година   | 19 (95.0)  | 1 (5.0)                                       | 20            | 0.054         |
| 11-20 година   | 26 (70.3)  | 11 (29.7)                                     | 37            |               |
| 21-30 година   | 14 (58.3)  | 10 (41.7)                                     | 24            |               |
| 31 година и више                                       | 13 (68.4)  | 6 (31.6)                                      | 19            |               |
| <b>Број деце</b>                                       |  |   |               |               |
| 0  | 9 (81.8)   | 2 (18.2)                                      | 11 (11.7)     | 0.369         |
| 1  | 22 (71.0)  | 9 (29.0)                                      | 31 (30.1)     |               |
| 2  | 39 (73.6)  | 14 (26.4)                                     | 53 (52.4)     |               |
| 3 и више   | 2 (40.0)   | 3 (60.0)                                      | 5 (11.7)      |               |
| <b>Место становања</b>                                 |  |   |               |               |
| Град   | 53 (76.8)  | 16 (23.2)                                     | 69<br>(68.32) | 0.135         |
| остало   | 20 (62.5)  | 12 (37.5)                                     | 32<br>(31.68) |               |
| <b>Разлика у степену<br/>образовања<br/>супружника</b> |  |   |               |               |
| Нема разлике (истог<br>су степена<br>образовања)       | 41 (66.1)  | 21 (33.9)                                     | 62<br>(62.63) | 0.139         |
| Муж је образованији                                    | 9 (69.2)   | 4 (30.8)                                      | 13<br>(13.13) |               |
| Жена је образованија                                   | 21 (87.5)  | 3 (12.5)                                      | 24<br>(24.24) |               |

Резултати су показали да не постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у повезаности суицидног ризика код жена у односу на здравствено стање оба партнера (Табела 23).

Табела 23. Повезаност суицидног ризика и здравственог стања жене и мушкарца (који се лечи од алкохолне зависности)

|   | Нормално стање<br>(нема суицидни<br>ризик)<br><br>n= 76 (72.3%) | Постоји<br>суицидни<br>ризик<br><br>n=28 (27.8%) | Укупно         | П<br>вредност |
|---|---|--|----------------|---------------|
| <b>Присуство телесних<br/>болести код испитанице</b>            |   |  |                |               |
| Да  | 7 (63.6)  | 4 (36.4)   | 11 (10.89)     | 0.498         |
| Не  | 66 (73.3)   | 24 (26.7)  | 90 (89.11)     |               |
| <b>Присуство<br/>психијатријских<br/>болести код испитанице</b> |   |  |                |               |
| Да  | 1 (100.0)   | 0  | 1 (0.99)       | 0.534         |
| Не  | 72 (72.0)   | 28 (28.0)  | 100<br>(99.01) |               |
| <b>Присуство телесних<br/>болести код супруга</b>               |   |  |                |               |
| Да  | 15 (83.3)   | 3 (16.7)   | 18 (17.82)     | 0.248         |
| Не  | 58 (69.9)   | 25 (30.1)  | 83 (82.18)     |               |
| <b>Присуство<br/>психијатријских<br/>болести код супруга</b>    |   |  |                |               |
| Да  | 2 (100.0)   | 0  | 2 (1.98)       | 0.376         |
| Не  | 71 (71.7)   | 28 (28.3)  | 99 (98.02)     |               |
| <b>Број партнерових<br/>лечења од алкохолизма</b>               |   |  |                |               |
| Прво лечење   | 54 (76.1)   | 17 (23.9)  | 71             | 0.157         |
| Друго лечење и више   | 18(62.1)  | 11 (37.9)  | 29             |               |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.01$  у повезаности суицидног ризика код жена у односу на женино искуство са физичким и / или сексуалним насиљем током претходних 12 месеци (0.001) (Табела 24).

Табела 24. Повезаност суицидног ризика и жениног искуства са партнерским насиљем током претходних 12 месеци

|   | Нормално стање<br>(нема суицидни<br>ризик)<br><br>n= 76 (72.3%) | Постоји<br>суицидни ризик<br><br>n=28 (27.8%) | Укупно         | П<br>вредност |
|---|---|---|----------------|---------------|
| <b>Физичко насиље</b>                             |   |   |                |               |
| Да  | 23 (50.0)   | 23 (50.0)                                     | 46<br>(45.54)  | <0.001        |
| Не  | 50 (90.9)   | 5 (9.1)                                       | 55<br>(54.46)  |               |
| <b>Сексуално насиље</b>                           |   |   |                |               |
| Да  | 6 (40.0)  | 9 (60.0)                                      | 15<br>(14.85)  | 0.002         |
| Не  | 67 (77.9)   | 19 (22.1)                                     | 86<br>(85.15)  |               |
| <b>Физичко ИЛИ<br/>сексуално насиље</b>           |   |   |                |               |
| Да  | 24 (51.1)   | 23 (48.9)                                     | 46 (46-<br>00) | <0.001        |
| Не  | 49 (90.7)   | 5 (9.3)                                       | 54<br>(54.00)  |               |
| <b>Физичко и сексуално<br/>насиље истовремено</b> |   |   |                |               |
| Да  | 5 (35.7)  | 9 (64.3)                                      | 14<br>(13.86)  | 0.001         |
| Не  | 68 (78.2)   | 19 (21.8)                                     | 87<br>(86.14)  |               |



#### 4.8 Фактори повезани са суицидним ризиком жена: логистичка регресиона анализа

Ризик за суицидност испитаница се повећава са дужином брачног стажа, и резултати показују да је највећа онда када су супружници провели заједно 21-30 година, у односу на онда када имају „само“ до 10 година брачног стажа (УО 13.57, 95%ИП 1.55 – 118.68). Такође, ризик за суицидност се скоро 10 пута повећава уколико је испитаница била изложена насиљу током последњих 12 месеци (УО 9.39, 95%ИП 3.18-27-75), и та шанса се повећава када се модел контролише за године живота жене (УО 10.28, 95%ИП 3.28-32.22) (Табела 25).

Табела 25. Фактори повезани са ризиком за суицидност: униваријантна логистичка регресиона анализа

|   | Има ризик за суицидност<br>n=28 (27.8%)<br>УО (95% ЦИ) | Ризик за суицидност<br>адјустирани за године<br>живота жене УО (95%<br>ЦИ) |
|---|--|--|
| <b>Старост жене</b>   |  |  |
| до 39 година  | 1.00   |  |
| 40 – 49 година  | 1.45 (0.34-6.20)                                       |  |
| 50 – 59 година  | 3.37 (0.80-14.18)                                      |  |
| 60 година и више  | 1.27 (0.21-7.58)                                       |  |
| <b>Старост мужа</b>   |  |  |
| до 39 година  | 1.00   |  |
| 40 – 49 година  | 1.78 (0.33-9.65)                                       |  |
| 50 – 59 година  | 3.54 (0.68-18.40)                                      |  |
| 60 година и више  | 3.75 (0.58-24.28)                                      |  |
| <b>Дужина брачног стажа</b>                                       |  |  |
| До 10 година  | 1.00   |  |
| 11-20 година  | 8.04 (0.95-67.7)                                       |  |
| 21-30 година  | 13.57* (1.55-118.68)                                   |  |
| 31 година и више  | 8.77 (0.94-81.67)                                      |  |
| <b>Физичко ИЛИ<br/>сексуално насиље у<br/>последњих 12 месеци</b> |  |  |
| Не  | 1.00   | 1.00   |
| Да  | 9.39** (3.18-27.75)                                    | 10.28** (3.28-32.22)   |

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

#### 4.9 Учесталост партнерског насиља током претходних 12 месеци и социјално-демографске карактеристике

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.05$  у изложености жена насиљу током протеклих 12 месеци у односу на старост мужа (0.029); место становања које није град (0.030), док за остале социјално демографске варијабле није добијена статистичка значајност разлике (Табела 26).

Табела 26. Насиље током претходних 12 месеци (физичко или сексуално) и разлика у социо-демографским карактеристикама

|                                       | Изложеност насиљу током последњих 12 месеци |                                | Укупно     | П вредност |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|------------|------------|
|                                       | НЕ<br>N=54<br>(51.9%)<br>n (%)              | ДА<br>N=50<br>(48.1%)<br>n (%) |            |            |
| <b>Старост жене</b>                   |   |                                |            |            |
| до 39 година                          | 8 (47.1)                                    | 9 (52.9)                       | 17 (16.50) | 0.065      |
| 40 – 49 година                        | 26 (68.4)                                   | 12 (31.6)                      | 38 (36.89) |            |
| 50 – 59 година                        | 13 (39.4)                                   | 20 (60.6)                      | 33 (32.03) |            |
| 60 година и више                      | 6 (40.0)                                    | 9 (60.0)                       | 15 (14.58) |            |
| <b>Образовање жене</b>                |   |                                |            |            |
| Основна школа                         | 1 (16.7)                                    | 5 (83.3)                       | 6 (5.77)   | 0.132      |
| Средња школа (9-12 г.)                | 28 (50.0)                                   | 28 (50.0)                      | 56 (53.85) |            |
| Виша и висока школа (више од 12 год.) | 25 (59.5)                                   | 17 (40.5)                      | 42 (40.38) |            |
| <b>Радни статус жене</b>              |   |                                |            |            |
| Запослена                             | 34 (50.7)                                   | 33 (49.3)                      | 67 (10.58) | 0.356      |
| Незапослена                           | 16 (61.5)                                   | 10 (38.5)                      | 26 (25.00) |            |
| Пензионерка                           | 4 (36.4)                                    | 7 (63.6)                       | 11 (64.42) |            |
| <b>Старост мужа</b>                   |   |                                |            |            |
| до 39 година                          | 6 (42.9)                                    | 8 (57.1)                       | 14 (14.00) | 0.029      |
| 40 – 49 година                        | 25 (71.4)                                   | 10 (28.6)                      | 35 (35.00) |            |
| 50 – 59 година                        | 15 (39.5)                                   | 23 (60.5)                      | 38 (38.00) |            |
| 60 година и више                      | 5 (38.5)                                    | 8 (61.5)                       | 13 (13.00) |            |
| <b>Образовање мужа</b>                |   |                                |            |            |
| Основна школа                         | 4 (44.4)                                    | 5 (55.6)                       | 9 (8.65)   | 0.887      |
| Средња школа (9-12 г.)                | 34 (53.1)                                   | 30 (46.9)                      | 64 (45.71) |            |
| Виша и висока школа (више од 12 год.) | 16 (51.6)                                   | 15 (48.4)                      | 31 (45.64) |            |
| <b>Радни статус мужа</b>              |   |                                |            |            |
| Запослен                              | 35 (50.7)                                   | 34 (49.3)                      | 69 (66.35) | 0.939      |
| Незапослен                            | 14 (53.8)                                   | 12 (46.2)                      | 26 (25.00) |            |
| Пензионер                             | 5 (55.6)                                    | 4 (44.4)                       | 9 (8.65)   |            |
| <b>Дужина брачног стажа</b>           |   |                                |            |            |

|  |           |           |            |       |
|--|-----------|-----------|------------|-------|
| До 10 година                                   | 15 (71.4) | 6 (28.6)  | 21 (20.39) | 0.118 |
| 11-20 година                                   | 20 (54.1) | 17 (45.9) | 37 (35.92) |       |
| 21-30 година                                   | 10 (38.5) | 16 (61.5) | 26 (25.24) |       |
| 31 година и више                               | 8 (42.1)  | 11 (57.9) | 19 (18.45) |       |
| <b>Број деце</b>                               |           |           |            |       |
| 0  | 7 (58.3)  | 5 (41.7)  | 12 (11.65) | 0.490 |
| 1  | 19 (61.3) | 12 (38.7) | 31 (30.10) |       |
| 2  | 26 (48.1) | 28 (51.9) | 54 (52.43) |       |
| 3 и више                                       | 2 (33.3)  | 4 (66.7)  | 6 (5.82)   |       |
| <b>Место становања</b>                         |           |           |            |       |
| Град   | 42 (59.2) | 29 (40.8) | 71 (74.04) | 0.030 |
| Остало   | 12 (36.4) | 21 (63.6) | 33 (25.96) |       |
| <b>Разлика у степену образовања супружника</b> |           |           |            |       |
| Нема разлике                                   | 33 (50.8) | 32 (49.2) | 65 (63.72) | 0.358 |
| Муж је образованији                            | 5 (28.5)  | 8 (61.5)  | 13 (12.74) |       |
| Жена је образованија                           | 15 (62.5) | 9 (37.5)  | 24 (23.54) |       |

Резултати су показали да постоји статистички значајна разлика на нивоу  $p < 0.01$  у изложености жена насиљу током протеклих 12 месеци у односу на депресивност, анксиозност И суицидност ( $p < 0.001$ ), док за остале здравствене варијабле није нађена статистичка значајност разлике (Табела 27).

Табела 27. Насиље током претходних 12 месеци (физичко или сексуално) у односу на физичко и ментално здравља супружника

|   | Изложеност насиљу током последњих 12 месеци |                             | Укупно      | П вредност |
|---|---|-----------------------------|-------------|------------|
|   | НЕ<br>N=54 (51.9%)<br>n (%)                 | ДА<br>N=50 (48.1%)<br>n (%) |             |            |
| <b>Присуство телесних болести код испитанице</b>        |   |                             |             |            |
| Да  | 4 (36.4)                                    | 7 (63.6)                    | 11 (10.58)  | 0.275      |
| Не  | 50 (53.8)                                   | 43 (46.2)                   | 93 (89.42)  |            |
| <b>Присуство психијатријских болести код испитанице</b> |   |                             |             |            |
| Да  | 0 (0.00)                                    | 1 (100.0)                   | 1 (0.97)    | 0.296      |
| Не  | 54 (52.4)                                   | 49 (47.6)                   | 103 (99.03) |            |
| <b>Присуство телесних болести код супруга</b>           |   |                             |             |            |
| Да  | 10 (52.6)                                   | 9 (47.4)                    | 19 (18.27)  | 0.945      |

|  |           |           |             |        |
|--|-----------|-----------|-------------|--------|
| Не   | 44 (51.8) | 41 (48.2) | 85 (81.73)  |        |
| <b>Присуство психијатријских болести код супруга</b> |           |           |             |        |
| Да   | 1 (50.0)  | 1 (50.0)  | 2 (1.92)    | 0.956  |
| НЕ   | 53 (52.0) | 49 (48.0) | 102 (98.08) |        |
| <b>Број супругових лечења од алкохолизма</b>         |           |           |             |        |
| Прво лечење  | 40 (55.6) | 32 (44.4) | 72 (69.23)  | 0.205  |
| Друго лечење и више                                  | 13 (41.9) | 18 (58.1) | 31 (30.77)  |        |
| <b>Депресивност жене</b>                             |           |           |             |        |
| Нормално стање                                       | 27 (87.1) | 4 (12.9)  | 31 (29.81)  | <0.001 |
| Умерено  | 20 (54.1) | 17 (45.9) | 37 (35.58)  |        |
| Изражено   | 7 (19.4)  | 29 (80.6) | 36 (34.61)  |        |
| <b>Анксиозност жене</b>                              |           |           |             |        |
| Нормално стање                                       | 34 (73.9) | 12 (26.1) | 46 (44.66)  | <0.001 |
| Умерено  | 13 (41.9) | 18 (58.1) | 31 (30.09)  |        |
| Изражено   | 7 (26.9)  | 19 (73.1) | 26 (25.24)  |        |
| <b>Суицидални ризик код жене</b>                     |           |           |             |        |
| Нема га  | 49 (67.1) | 24 (32.9) | 73 (72.28)  | <0.001 |
| Има га   | 5 (17.9)  | 23 (82.1) | 28 (27.72)  |        |

#### 4.10 Фактори повезани са партнерским насиљем током претходних 12 месеци: логистичка регресиона анализа

Табела 28. Униваријантна логистичка регресија за повезаност изложености физичком или сексуалном насиљу током претходних 12 месеци

|                         | Изложеност насиљу током последњих 12 месеци<br>УО (95%ИП) | УО (95%ИП) адјустирано за старост жене |
|-------------------------|---|--|
| <b>Старост жене</b>     |   |  |
| до 39 година            | 1.00  |  |
| 40 – 49 година          | 0.41 (0.13-1.32)  |  |
| 50 – 59 година          | 1.37 (0.42-4.45)  |  |
| 60 година и више        | 1.33 (0.33-5.43)  |  |
| <b>Старост мушкарца</b> |   |  |
| до 39 година            | 1.00  |  |
| 40 – 49 година          | 0.30 (0.08-1.09)  |  |
| 50 – 59 година          | 1.15 (0.33-3.98)  |  |
| 60 година и више        | 1.20 (0.26-5.59)  |  |

|                                  |                     |                     |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Место становања</b>           |                     |                     |
| Град                             | 1.00                | 1.00                |
| Остало                           | 2.53* (1.08-5.94)   | 2.03 (0.81-5.13)    |
| <b>Депресивност жене</b>         |                     |                     |
| Нормално стање                   | 1.00                | 1.00                |
| Умерено                          | 5.74 (1.67-19.69)   | 7.79 (1.83-33.11)   |
| Изражено                         | 27.96 (7.35-106.33) | 37.50 (7.91-177.78) |
| <b>Анксиозност жене</b>          |                     |                     |
| Нормално стање                   | 1.00                | 1.00                |
| Умерено                          | 3.92 (1.48-10.35)   | 3.71 (1.33-10.38)   |
| Изражено                         | 7.69 (2.59 – 22.83) | 7.61 (2.45-23.64)   |
| <b>Суицидални ризик код жене</b> |                     |                     |
| Нема га                          | 1.00                | 1.00                |
| Има га                           | 9.39 (3.18-27.75)   | 10.28 (3.28-32.22)  |

## 5. ДИСКУСИЈА

Према нашем истраживања на ментално здравље жена, чији се супружници лече од алкохолне зависности утичу различити фактори, а поготово дужина брачне заједнице и изложеност партнерском насиљу.

Наше истраживање је показало следеће резултате: изражена депресивност и анксиозност је била присутна код 10 жена, тј. 9,6%. Депресивност и анксиозност жена, мерене су Бековом скалом. 70,2% жена је према Бековој скали имало благу/умерену депресију, а 55,3% жена умерену/тешку анксиозност. Резултати нашег истраживања показују већу учесталост депресије и анксиозности у односу на већину досадашњих резултата. Разлог се може објаснити различитим условима истраживања и различитим начинима мерења. На пример, Bagul et al. (2015), су истраживали преваленцу депресије код жена, чији супружници су зависни од алкохола, али у мањем узорку (N=67), од нашег. Ови аутори су пронашли да је у Индији преваленца депресивних поремећаја код жена чији су супружници зависни од алкохола била 35%, а од тога дистимија 21,67%, велика депресија 13,33% (блага депресија 8,33%, умерена депресија 3,33%, тешка депресија 1,67%). Преваленца анксиозних поремећаја износила је 15% (панични поремећај 8,33%, генерализовани анксиозно поремећај 3,33%, и специфична фобија 3,33%), а преваленца за поремећаје прилагођавања износила је 13,33%. Ове резултате су добили коришћењем упитника General Health Questionnaire (GHQ). Према овом истраживању постоји позитивна корелација између дужине алкохолне зависности и тежине алкохолне зависности мушкараца са учесталошћу психијатријског морбидитета њихових супруга/партнерки.

Dandu et al. (2017) су обавили истраживање у узорку сличне величине као и наше (101 испитаница) и испитивали су учесталост психијатријских поремећаја код жена чији су партнери/мужеви зависни од алкохола, коришћењем упитника GHQ. Према њиховим резултатима преваленца психијатријских поремећаја износи 63,3%, од тога 44,6% жена испуњава критеријуме за депресију, 3% жена испуњава критеријуме за анксиозне поремећаје, а 18,8% за поремећаје прилагођавања. Што се тиче социодемографских карактеристика ових жена, код којих су дијагностиковани психијатријски поремећаји, оне углавном потичу из руралне средине, старосне доби између 31 и 40 година и нижег су социоекономског статуса. Сличне податке су добили и Kishor и сар. (2013) који су такође спровели истраживање у узорку жена чији се мужеви лече од алкохолне зависности. Њихови резултати су следећи: више од половине жена у узорку (65%) има неки психијатријски поремећај. Најзаступљенији је депресивни поремећај и износи 43,3%, панични поремећај се јавља у 15% случајева, а дистимија 35%. Ове разлике у преваленци депресије и анксиозности код жена чији партнери болују од алкохолне зависности се објашњавају многобројним факторима у оквиру кулуролошких разлика. Према истраживању које су спровели Agiyasinge и сарадници (2015) учесталост депресије међу женама чије се партнери/мужеви лече од алкохолне зависности износи 33,3%. Ово истраживање је спроведено у руралној средини. Значајан фактор који доприноси појави депресивне симптоматологије код ових жена је када њихови мужеви/партнери конзумирају алкохол ујутру, а други значајан фактор је старосна доб. Односно, учесталост депресије расте са годиштем оба партнера. Разлике у учесталости депресивног поремећаја и анксиозног поремећаја код жена, чији мужеви/партнери имају алкохолну зависност, а које живе у различитим културама, различитим државама у другим деловима света потврдило је и истраживање које је обихватило 9 земаља (10613 испитаница), али које је спроведено у општој популацији. Депресија,

анксиозност и нижи квалитет живота жена чији мужеви имају алкохолну зависност су учесталији на подручју Аутралије, Ирске, Индије, Вијетнама, Шри ланке. Када говоримо о преваленцији депресије и анксиозности у општој популацији такође постоје значајне разлике. Према истраживању које је обухватило узорак од 11683 жена из опште популације старијих од 18 година на територије Сједињених Америчких држава, које живе са супругом/партнером, депресија се три пута чешће јавља код жена чији мужеви/партнери имају алкохолну зависност, а анксиозност 2 пута чешће (Dawson et al., 2008), што корелира са податком да жене чији мужеви/партнери имају алкохолну зависност су 46% више доживеле непријатне животне догађаје у прошлости у односу да жене чији мужеви/партнери немају алкохолну зависност (Dawson et al., 2008). Што се тиче података везаних за нашу земљу, када је у питању општа популација, резултати у истраживању the National Health Survey 2013 у Србији показују да 5,3% жена је имало депресију (мерено упитником од 8 ајтема- Patient Health Questionnaire). Ово истраживање није испитивало преваленцу анксиозности међу испитаницама (Pic, 2014). Поређење ових података указује да је учесталост депресије код жена чији партнери болују од алкохолне зависности, већа чак 13 пута у односу да учесталост депресије код жена у општој популацији. То није случај са резултатима других аутора. Истраживања других аутора показују да је учесталост депресије ових жена већа три пута у односу на жене у општој популацији (Ariyasinge et al., 2015; Dandu et al., 2017; Kishor et al., 2013).

С обзиром да је ово истраживање студија-пресека, не даје нам могућност доношења закључака о повезаности животних догађаја и искуства у оквиру породичног функционисања са исходима менталног здравља жена. Ипак, наши резултати показују да се депресија и анксиозност код жена развијају током времена, односно код жена које су у брачној заједници дуже (више од 21.год.) значајно чешће се јавља умерена/тешка депресија у односу на жене које живе краће у брачној заједници ( $p=0.007$ ). Ови наши резултати, када је у питању дужина брачне заједнице, нису у складу са резултатима до којих су дошли Dandu и сарадници. Према резултатима њиховог истраживања психијатријски поремећаји код жена чији мужеви/партнери имају зависност од алкохола се најчешће јављају током првих 10. година брачног живота. Према другим ауторима, овај утицај је највећи у првих 4 године брачног живота (Leonard & Homish, 2008), а Kendler и сарадници (2018) су у свом истраживању закључили да се утицај знатно смањује након прве две године брачног живота. Узимајући у обзир културолошко-економске прилике у нашој земљи и теоретске оквире који су објашњени у Уводу, с обзиром да у Србији економија није довољно развијена, те приходи нису високи, велика је стопа незапослености, са растућим социјалним неједнакостима, очекивало се да учесталост депресије и анксиозности буде већа код жена старије животне доби, које су нижег образовног статуса, које су незапослене, имају већи број деце, и које живе у руралној средини. (Ariyasinghe et al., 2015; Dandu et al., 2017; Dawson et al., 2007; Karriker-Jaffe & Greenfield, 2014; Karriker-Jaffe et al., 2017; Kishor et al., 2013; Nayak et al., 2019; Quigg et al., 2019; Schuckit et al., 2002; Seid et al., 2015). Од свих наведених претоставки у нашем истраживању је потврђена веза између старости жене и учесталости депресије. Жене старије од 50 година имају барем 7 пута већи ризик за умерено до изражено депресивно стање (жене старости 50-59 година: ОР 7.31, 95%ИП 1.44-37.16; жене које имају 60 година и више: ОР 7.87, 95%ИП 1.10-56.12), и чак 9 пута већи ризик за умерено и изражено депресивно стање (жене старости 50-59 година: ОР 9.00, 95%ИП 1.80-44.96). Међутим, остале очекиване претпоставке нису потврђене у нашем истраживању. Ово се може објаснити малим узорком, због чега не могу да се уоче статистичке значајности. Мада на пример

број деце предстаља протективан фактор за појаву психијатријских обољења код жена чији мужеви имају алкохолну зависност у истраживању које су спровели Nayak и сарадници (2019), што није случај са осталим споменути истраживањима која су се бавила овом темом. Према нашим резултатима дужина партнерског односа је значајно повезана са појавом депресије, нарочито са учесталошћу умерена/тешка депресија (OR 11.00, 95%CI 1.82 – 66.34), што потврђује претпоставку да пролонгиран стрес повезан са конзумирањем алкохола од стране партнера има бројне значајне последице на ментално здравље њихових партнерки (Schuckit et al., 2002). Па чак и када код жена није дијагностикована депресија или анксиозни поремећај, жене које живе са партнерима/мужевима алкохолним зависницима доживљавају емоционалне проблеме. Sharma и сарадници (2016) су дошли до следећих резултата: 70% жена често осећа анксиозност, више од 60% жена је изјавило да се често осећа узнемирено, а 50% жена је навело да се понекад осећа фрустрирано, 13 % жена је изјавило да је значајно редуковало социјалне контакте.

Према нашем истраживању други важан појединачни предиктор нарушеног менталног здравља жена чији партнери болују од алкохолне зависности је изложеност парнерском насиљу у току протеклих 12 месеци, што повећава шансу за појаву благе депресије више од пет пута (OR 5.74, 95%CI 1.67 – 19.69), а чак 22 пута за појаву умерена/тешка депресија (OR 27.96, 95%CI 7.35 – 106.33). Ови подаци су још виши, уколико се повежу са годиштем жене. Сличне резултате смо добили и за учесталост умерена/тешка анксиозност, јер парнерско насиље повећава учесталост појаве умерена/тешка анксиозност три пута (OR 3.01, 95%CI 1.04 – 8.75), а присуство соматских обољења чак и више (OR 8.01, 95%CI 1.54 – 42.67). У мултиваријнтном моделу, унакрсни односи шанси остали су скоро исти, што значи да ове две варијабле (изложеност насиљу и присуство телесних болести код жена) независно повећавају ризик за појаву анксиозности код жена.

Ови резултати указују на везу између физичког и менталног здравља жена, посебно анксиозности, али и депресије, која се није могла моделовати јер су све жене код које су потвдиле присуство физичких болести имале или благу (36,4%) или умерену / тешку депресију (63,6%), а ниједна није била у групи „Нема депресију“.

Наши резултате учесталости депресије и анксиозности код жена које су доживеле парнерско насиље су нешто виши у поређењу са резултатима других аутора: Nayak и сарадници (2019) су у узорку жена чији су мужеви/парнери алкохолни зависници добили да се учесталост депресије након доживљеног партнерског насиља повећава четири пута.

Што се тиче социодемографских карактеристика испитаница у нашем узорку које су доживеле насиље у протеклих 12 месеци, пронађено је да ове испитанице не живе у граду, а што се тиче социодемографских карактеристика њихових мужева/партнера, који су починили партнерско насиље, они су старије животне доби. Друге социодемографске карактеристике нису потврђене у нашем истраживању, што није у складу са већином других студија. Према ауторима Nayak и сарадницима (2019) жене које доживе партнерско насиље од стране мужева/партнера алкохолних зависника су најчешће нижег образовања, са мањим приходима (Esie et al., 2019), углавном незапослене. Односно, у највећем броју су нижег социјалног статуса (Greene et al., 2017) и потичу из руралне средине (Esie et al., 2019). Овај последњи податак је сличан са податком из нашег истраживања. Према ауторима Indu и сарадници (2018) дужина



брачног живота позитивно корелира са учесталošћу партнерског насиља мушкараца који су зависни од алкохола према њиховим супругама/партнеркама. Према овом истраживању нису уочене друге социодемографске карактеристике које су статистички значајне за учесталост парнерског насиља. Друге проспективне студије су пронашле следеће резултате: екцесивно конзумирање алкохола је предиспонирајући фактор за појаву мушког партнерског насиља у прве две године брачног живота (Homish et al., 2006) код младих брачних парова (Schumacher et al., 2008) и код младих родитеља (Homish et al., 2006; Schumacher et al., 2008).

Према нашем истраживању скоро две трећине испитаница (64.4%) се изјаснило да баш никада не пију, а у Зони I, која је апсолутно без ризика, налазило се преосталих 35.6% жена. Дакле, установљено је да ризик за развој алкохолне зависности у овој популационој групи жена не постоји. Сличне резултате су добили и Kishor и сарадници, у свом истраживању, спроведеном у Индији, али ипак ови подаци се не поклапају са већином других студија. Разлог томе могу бити културолошке сличности/разлике у социјалном неодобравању конзумирања алкохола међу женама. Односно теоријом да је конзумирање алкохола одраз мушкости и да се повезује са исказивањем моћи (Wilsanack et al., 2005). Ипак, досадашње студије показују да конзумирање алкохола мушких пратнера позитивно утиче на конзумирање алкохола њихових партнерки ( Birditt et al., 2019), што је такође потврђено и у студији која је убухватила 1257 парова у Сједињеним Америчким државама која је трајала 16 год. (Polenick et al., 2018), односно према проспективној студији партнерке мушкараца код којих је дијагностикована алкохолна зависност и саме су у већем ризику за појаву алкохолне зависности у поређењу са женама чији партнери немају дијагностиковану алкохолну зависност (Schuckit, 2002), у неким студијама чак четири пута више (Kendler et al., 2018). Kendler и сарданици (2018) су обавили истраживање у узорку од 5883 парова, међу којима муж има алкохолну зависност. Жене које су у првом браку живеле са алкохолним зависницима, када реализују други брак са особом која нема алкохолну зависност, шансе да и саме развију алкохолну зависност се смањују за 50%. Разлози за овако снажан утицај парнера на развој алкохолне зависности код жена су многобројни. Истраживање спроведено у Сједињеним Америчким Државама показује да након доживљеног два или више стресних догађаја у протеклих 12 месеци, повећава се ризик за развој алкохолне зависности код жена (Verplaetse, 2018). Затим, поред споменутог коморбидитета који утиче на појаву женског алкохолизма, фактори који такође доприносе развоју алкохолизма су индивидуални и социоекономски фактори (Bellos et al., 2020; Callinan, 2018; Delker et al., 2016; Guinge & Sinha, 2020; Tomelleri et al., 1978). Према досадашњим истраживањима конзумирање алкохола код жена је повезано и са партнерским насиљем, па је просечна преваленца за алкохолизам код жена које су доживеле партнерско насиље 18,5%, што је потврђено у 10 студија у оквиру мета анализе (Golding, 1999).

Наше истраживање је показало да скоро свака четврта жена у узорку има низак суицидни ризик (25 или 24.8%). Према нашим резултатим ове жене су биле изложене насиљу током протеклих 12 месеци. Ови резултати су у складу са досадашњим истраживањима према којима просечна преваленца за суицидност код жена које су доживеле партнерско насиље била је 17,9% у 13 студија добијених у оквиру мета анализе (Golding, 1999). Ове податке потврђују и новије студије (Cavanaugh et al., 2011) у узорку од 662 испитанице, жртве парнерског насиља, 1/5 је претила или покушала суицид. Према поменутом истраживању жртве партнерског насиља које су ималу неку хроничну болест су биле у већем ризику да покушају суицид. Линеарна повезаност је

пронађена између старосне доби испитаница и претњи/покушаја суицида. Млађе жене су биле у већем ризику. Аутори Afifi и сарадници у националној студији (2009) дошли су до следећих података: жене које су доживеле физичко партнерско насиље 7 пута више су се изјашњавале да су имале суицидне идеје и покушаје. Истраживање спроведено у Шведској у општој популацији, обухватило је 573 жене између 18 и 65 год., 28% испитаница је доживело неки облик партнерског насиља, а од укупног броја 0,7% жена је имало суицидне мисли скоро сваки дан или бар једном недељно у протеклих 12 месеци у односу на спроведено истраживање (Lovestad et al., 2017). Преваленца покушаја суицида код партерки чији су мужеви алкохоличари, а код којих постоји депресија креће се и до 7,9% (Gurra et al., 2015). Ризик од покушаја суицида је два пута већи код жена које живе у домаћинству са мушком особом која има проблем са алкохолом (Knipe et al., 2018). Досадашње студије спроведене на општој популацији су показале снажну везу између алкохолизма мушкараца и присуства партнерско насиља, што даље повећава ризик за појаву депресије код њихових партнерки и покушај суицида (Knipe et al., 2018; Srivastava et al., 2004).

Резултати нашег истраживања су потврдили нашу иницијалну хипотезу.

Постоји повезаност социодемографских карактеристика брачне заједнице, здравствених карактеристика жена, мушког партнерског насиља и менталног здравља жена супружника зависних од алкохола: алкохолизам супружника повећава ризик за појаву психијатријских поремећаја њихових партнерки.

Конзумирање алкохола и акутно пијанство игра значајну улогу у партнерском насиљу над женама, заправо према социо еколошком моделу представља фактор ризика на партнерском нивоу (Abramsky et al., 2011; Djikanovic et al., 2010). Према резултатима нашег истраживања скоро половина испитаница (48,1), чији су партнери у програму лечења од алкохолне зависности је доживела физичко/сексуално партнерско насиље у протеклих 12 месеци. Овај проценат је 20 и више пута већи од учесталости у општој популацији у Србији (2,3%) што је резултат истраживања СЗО у студији која је обухватала већи број земаља (Garcia-Moreno et al., 2006). Ипак наши резултати су нижи у поређењу са истраживањем које је спровео Indy са сарадницима (2018), према којима је инциденца партнерског насиља над женама чији супружници имају алкохолну зависност већа од 68,3%. Према истраживању спроведеном у Индији већина партнерки (34%) са психијатријском морбидитетом доживела је вербално и физичко партнерско насиље од стране мужева, алкохоличких зависника (Dandu et al., 2019). У популационој групи жена у постпарталном периоду, подаци су нешто другачији. Wagman и сарадници (2016) су обавили истраживање у узорку од 1038 жена у постпарталном периоду, чији мужеви/парнерки имају зависност од алкохола. Преваленца партнерског насиља (физичког или сексуалног насиља) у току претходних 6 месеци је била 27%. Ризик за појаву партнерског насиља над женом расте са фреквенцом конзумирања алкохола од стране мушкарца. У 27% случајева су мушкарци били под дејством алкохола када су починили партнерско насиље, а у 37% случајева, мушкарци нису увек били под дејством алкохола, када почине партнерско насиље. Подаци који се односе на општу популацију, а који су резултат истраживања спроведеног у узорку од 25778 испитаника, указују на следеће: 8,8% је доживело партнерско насиље у протеклих 12 месеци, од тога 14,2% је имало партнера који има алкохолну зависност, а више од половине жртава партнерског насиља су жене (Reingle et al., 2014). Када су у питању друге зависности, као што је напр. патолошко коцкање, инциденца партнерског насиља над женама је још већа (Roberts et al., 2020).

Резултати које смо добили у вези пратнерског насиља над женама од стране партнера зависних од алкохола морају се интерпретирати у ширем контексту индивидуалних, социјалних и фактора заједнице који заједничким деловањем потенцирају насиље и неминовно негативно утичу на здравље жена. Веза између наведених фактора је потврђена и у раније истраживањима (Abramsky et al., 2012; Karakurt et al., 2014). Чињеница да скоро половима мушкараца који су у третману лечења од алкохолне зависности је недавно испољила акресивно понашање према својој партнерки (у току протеклих 12 месеци), представља јединствену прилику да се са овим проблемом суоче током лечења, ради превазилажења агресивног понашања и стицања вештина за контролу импулсивности и агресивности.

Ово истраживање такође има одређена ограничења. С обзиром да је истраживање спроведено као студија попречног пресека, овај дизајн студије нам онемогућава успостављање узрочно-последичних веза између исхода и могућих предиктора. Због релативно мале величине узорка ( $n=104$ ), било је тешко постићи статистичку значајност утицаја варијабли које се појављују са ниском учесталашћу. С друге стране, немамо никакве информације о женама, чији су мужеви/партнери у третману лечења алкохолне зависности, а које не долазе, нити се укључују у програм лечења, те нису ни биле укључене у наше истраживање. Односно немамо никакве податке да ли те жене имају неке здравствене тегобе, какав је њихов став према партнерој зависности од алкохола и да ли су доживеле партнерско насиље. Тешко је доносити било какве претпоставке, нарочито у поређењу са женама које су активно укључене у програм лечења својих мужева/партнера.

Резултати овог истраживања имају бројне практичне импликације. Стручњаци који се баве адиктологијом, односно раде са мушком популацијом алкохолних зависника, њиховим супругама/партнеркама и читавом породицом, морају бити свесни да здравствено стање њихових партнерки може бити такође значајно нарушено. Наши резултати указују да је женама алкохолних зависника, такође потребна подршка, помоћ и у одређеним ситуацијама и лечење. Међутим ми не поседујемо никакве податке како се оне суочавају са стресом, како доживљавају постојеће проблеме, колико су њихове вештине за превазилажење стресних ситуација повезане са негативним исходима на ментално здравље. Њихово укључивање у програм лечења својих партнера/мужева од алкохолне зависности, је прилика да се сагледа и процени, здравствено стање ових жена, да се правовремено реагује од стране стручњака и да им се обезбеди адекватан третман.

Будући да је најзначајнији појединачни фактор ризика за ментално здравље жена, доживљено партнерско насиље, потребно је посветити посебну пажњу на овај податак у раду са женама чији се мужеви лече од алкохолне зависности. Нарочито зато што су у овом истраживању биле укључене жене, чији мужеви немају изречену обавезну меру лечења од алкохолне зависности због насиља у породици, односно супруге/жене их нису пријавиле за насиље, што очигледно не значи да га нису доживеле. Примена скрининг тестова, би олакшала идентификовање жена које су доживеле партнерско насиље, али уз укључивање едукованих стручњака и применом адекватних поступака и процедура за даљи третман жена које су биле жртве партнерског насиља.

Овај третман је врло комплексан и свеохватан, а терапеути и стручњаци који су укључени у процес лечења могу бити различитих новао припремљености и искуства у пружању помоћи женама жртвама насиља (Djikanovic et al., 2015). Зато је потребна

адекватна едукација терапеута који се баве адиктологијом, јер је учесталост овог проблема очигледна. Подаци о едукацијама за третман са женама –жртвама насиља, међу стручњацима који су укључени у пружања здравствене заштите на терицијалном ниву, на подручју Србије, тек треба да се добију.

Поред тога, требало би дефинисати и применити шире социјалне и друштвене мере, у оквиру мултидисциплинарног приступа, ради ефикасне заштите жена од насиља, нарочито у актуелним епидемиолошким условима проузрокованим пандемијом COVID-19, која захтева мере продуженог боравка код куће. Новонастала ситуација се одражава и на породичну атмосферу, у смислу повећаног конузмирање алкохола међу мушком члановима домаћинства, што даље води повећању напетости и тензије у породичном окружењу и следствено томе повећаном броју мушког партнерског насиља над женама.

О повећаној учесталости насиља сведочи и повећан прој телефонски позива на линијама за помоћ. Просечно повећање од једне трећине је потврђено у извештајима UN (UN Women, 2020).

Резултати наше студије такође указују на податак да се ризик жена за лоше ментално здравље повећава са годинама старости жене, што коинцидира са већ поменутом дужим трајањем заједнице са партнером зависним од алкохола. Чини се да је отпорност жене након 50. године озбиљно угрожена како дефицитом женских полних хормона који имају протективну улогу, тако и животом у неповољним породичним околностима проузрокованим алкохолном зависношћу партнера и његовим агресивним понашањем. Поједина истраживања сугеришу да социјална подршка женама може ублажити ове ефекте (Costa & Gomes, 2018), али то може зависити од емпатије и родних норми у одређеном друштву. Будуће студије и брига о јавном здрављу требало би да се више усредсреде на жене у овој старосној групи и њихове здравствене и социјалне потребе, посебно узимајући у обзир да ће њихов удео у општој популацији бити већи због негативних демографских трендова и старења становништва.

## 6. ЗАКЉУЧЦИ

На основу резултата нашег истраживања, дошли смо закључка да постоји повезаност социодемографских карактеристика брачне заједнице, здравствених карактеристика жена, мушког партнерског насиља и менталног здравља жена супружника зависних од алкохола: алкохолизам супружника повећава ризик за појаву психијатријских поремећаја њихових партнерки.

1. Више од 70% жена чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности испуњава критеријуме за благу/умерену депресију.
2. Више од 50% жена чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности има умерену/тешку анксиозност.
3. На учесталост умерена/дешка депресија жена чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности значајно утиче дужина партнерског односа.
4. На ментално здравље жена, чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности поред дужине партнерског односа утиче и мушко партнерско насиље.
5. Скоро половина испитаница (48,1), чији су партнери у програму лечења од алкохолне зависности је доживела физичко/сексуално партнерско насиље у протеклих 12 месеци. Овај проценат је 20 и више пута већи од учесталости у општој популацији у Србији (2,3%)
6. Партнерско насиље у току протеклих 12 месеци код жена чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности повећава шансу за појаву депресије, а поготово за појаву умерена/тешка депресија (22 пута).
7. Умерена/тешка депресија је учесталија код жена старије животне доби, које су доживеле партнерско насиље у протеклих 12 месеци, а чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности.
8. Партнерско насиље у току протеклих 12 месеци код жена чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности повећава шансу за појаву умерена/тешка анксиозност три пута.
9. Партнерско насиље повећава суицидни ризик код жена чији се супружници/партнери лече од алкохолне зависности.

С обзиром да у досадашњој литератури поготово за територију Србије постоји недостатак података који се односе на анализу здравственог стања жена чији су мужеви/партнери зависни од алкохола, и њихове повезаности са изложеношћу партнерском насиљу, резултати нашег истраживања су значајни из више разлога. Омогућавају боље разумевање негативног утицаја стресних ситуација којима су ове жене изложене у породичном окружењу, омогућавају рано препознавање психијатријских поремећаја ових жена од стране здравственог система, и раног

препознавања жена које су биле жртве партнерског насиља, са циљем примене адекватног и правовременог третмана прилагођенг њиховом здравственом стању и потребама.

Неопходно је да програми за лечење мушкараца алкохолних зависника обухватају истовремено лечење оба партнера, уз адекватан третман менталних поремећаја код жена и примену интервенција усмерених на препознавање доживљеног партнерског насиље, стицања вежтина суочавања са доживљеним искуством насиља међу женама и

на стицање вештина за превазилажење испољавања насичничког понашања код мушкараца.

## 7. ЛІТЕРАТУРА

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Afifi M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, 48(5), 385–391.
- Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of interpersonal violence*, 24(8), 1398–1417. <https://doi.org/10.1177/0886260508322192>
- Agabio, R., Pisanu, C., Gessa, G. L., & Franconi, F. (2017). Sex Differences in Alcohol Use Disorder. *Current medicinal chemistry*, 24(24), 2661–2670. <https://doi.org/10.2174/0929867323666161202092908>
- Ariyasinghe, D., Abeysinghe, R., Siriwardhana, P., & Dassanayake, T. (2015). Prevalence of major depressive disorder among spouses of men who use alcohol in a rural community in Central Sri Lanka. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3), 328–332. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu105>
- Babor, T.F., Biddle-Higgins, J. C., Saunders J. B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization
- Bagul, K.R., Deshmukh, S.B., Bagul, M. K., & Deshmukh, P.S. (2015). Psychiatric morbidity and marital quality among wives of patients with alcohol dependence syndrome. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 2(22), 3284-3295. eISSN 2349-2570
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bellos, S., Petrikis, P., Malliori, M., Mavreas, V., & Skapinakis, P. (2020). Prevalence of Alcohol Use Disorders and Their Association with Sociodemographic Determinants and Depression/Anxiety Disorders in a Representative Sample of the Greek General Population. *Psychiatry journal*, 2020, 4841050. <https://doi.org/10.1155/2020/4841050>
- Bi, B., Xiao, X., Zhang, H., Gao, J., Tao, M., Niu, H., Wang, Y., Wang, Q., Chen, C., Sun, N., Li, K., Fu, J., Gan, Z., Sang, W., Zhang, G., Yang, L., Tian, T., Li, Q., Yang, Q., Sun, L., ... Liu, Y. (2012). A comparison of the clinical characteristics of women with recurrent major depression with and without suicidal symptomatology. *Psychological medicine*, 42(12), 2591–2598. <https://doi.org/10.1017/S003329171200058X>
- Birditt, K. S., Polenick, C. A., & Antonucci, T. C. (2019). Drinking Together: Implications of Drinking Partners for Negative Marital Quality. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(2), 167–176. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.167>

- Bracke P. (2000). The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Social science & medicine*, 51(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00432-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00432-3)
- Callinan, S., Rankin, G., Room, R., Stanesby, O., Rao, G., Waleewong, O., Greenfield, T. K., Hope, A., & Laslett, A. M. (2019). Harms from a partner's drinking: an international study on adverse effects and reduced quality of life for women. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(2), 170–178. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1540632>
- Campbell J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet (London, England)*, 359(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Del-Colle, M., O'Sullivan, C., & Campbell, J. C. (2011). Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide & life-threatening behavior*, 41(4), 372–383. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00035.x>
- Cifre, E., Vera, M., & Signani, F. (2015). Women and men at work: Analyzing occupational stress and well-being from a gender perspective. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(2), 172–191.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2019). Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(1), 278–292. <https://doi.org/10.1111/sltb.12422>
- Costa, E. C. V., & Gomes, S. C. (2018). Social support and self-esteem moderate the relation between intimate partner violence and depression and anxiety symptoms among Portuguese women. *Journal of Family Violence*, 33(5), 355–368. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9962-7>
- Dandu, A., Bharathi, S., & Dudala, S. R. (2017). Psychiatric morbidity in spouses of patients with alcohol related disorders. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 305–310. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_331\\_16](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_331_16)
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., & Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(1), 66–75. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.66>
- Day, S., Mason, R., Lagosky, S., & Rochon, P. A. (2016). Integrating and evaluating sex and gender in health research. *Health research policy and systems*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0147-7>
- Delker, E., Brown, Q., & Hasin, D. S. (2016). Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 7–15.
- Direk, N., & Tiemeier, H. (2010). R. C. Kessler, B. Ustun (eds): The WHO world mental health surveys. Global perspectives of mental health surveys: Cambridge University Press,



New York, First Edition, 2008. *European Journal of Epidemiology*, 25(4), 281. <https://doi.org/10.1007/s10654-010-9441-9>

Djikanovic, B., Jansen, H. A. F. M., & Otasevic, S. (2010). Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: A cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(8), 728-735. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090415>

Djikanovic, B., Lo Fo Wong, S., Simic, S., Marinkovic, J., Van Heel, C., & Largo-Jansen, A. (2015). Physicians' Attitudes and Preparedness to Deal with Intimate Partner Violence Against Women in Serbia. *Journal of Family Violence*, 30, 445-452. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9708-8>

Doornbos, M. M., Zandee, G. L., DeGroot, J., & De Maagd-Rodriguez, M. (2013). Using community-based participatory research to explore social determinants of women's mental health and barriers to help-seeking in three urban, ethnically diverse, impoverished, and underserved communities. *Archives of psychiatric nursing*, 27(6), 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.001>

Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and alcohol dependence*, 156, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>

Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R., & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM - population health*, 7, 100368. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100368>

Foster, K. T., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2014). Alcohol use disorder in women: Risks and consequences of an adolescent onset and persistent course. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(2), 322-335. <https://doi.org/10.1037/a0035488>

Gačić, B. (2013). *Šta je to Ekosistemski (multisistemski) model?* Mladenović, I., Daković, A. Inkubator zdravog života: 50 godina Socioterapijskog kluba lečenih alkoholičara STKLA "Paalmotićevo". Beograd: Institut za mentalno zdravlje; p.66-69.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. H., & WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)

Golding, J.M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>

Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., Fan, A., & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA psychiatry*, 74(9), 911-923. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>

- Greene, M. C., Kane, J. C., & Tol, W. A. (2017). Alcohol use and intimate partner violence among women and their partners in sub-Saharan Africa. *Global mental health (Cambridge, England)*, 4, e13. <https://doi.org/10.1017/gmh.2017.9>
- Guinle, M., & Sinha, R. (2020). The Role of Stress, Trauma, and Negative Affect in Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorder in Women. *Alcohol research : current reviews*, 40(2), 05. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.05>
- Gupta, A., Priya, B., Williams, J., Sharma, M., Gupta, R., Jha, D. K., Ebrahim, S., & Dhillon, P. K. (2015). Intra-household evaluations of alcohol abuse in men with depression and suicide in women: A cross-sectional community-based study in Chennai, India. *BMC public health*, 15, 636. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1864-5>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2020). *Suicidal Ideation*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Hingson, R. W., Zha, W., & White, A. M. (2017). Drinking Beyond the Binge Threshold: Predictors, Consequences, and Changes in the U.S. *American journal of preventive medicine*, 52(6), 717–727. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.014>
- Homish, G. G., & Leonard, K. E. (2007). The drinking partnership and marital satisfaction: The longitudinal influence of discrepant drinking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 43–51. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.43>
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Kearns-Bodkin, J. N. (2006). Alcohol use, alcohol problems, and depressive symptomatology among newly married couples. *Drug and alcohol dependence*, 83(3), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.017>
- Hsieh F. Y. (1989). Sample size tables for logistic regression. *Statistics in medicine*, 8(7), 795–802. <https://doi.org/10.1002/sim.4780080704>
- Ilic, D. (2014). *Results of the Serbian National Health Survey 2013*. Belgrade: Ministry of Health and Republic Institute of Public Health “Dr Milan Jovanovic Batut”. ISBN 978-86-7358-060-9
- Indu, P. V., Jinu, C. R., Pallikkal, N. R., Sampathkumar, R., & Joy, J. (2018). Experience of Domestic Violence and Psychological Morbidity in Spouses of Alcohol-Dependent Males. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 322–327. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_38\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_38_18)
- Institu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović - Batut“. (2015). *Nacionalno istraživanje o stilovima života stanovništva Srbije 2014. godina*. Beograd, Srbija. Službeni Glasnik ,Beograd.
- Jacobi, F., Wittchen, H., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4), 597–611. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001399>
- Jaquier, V., Flanagan, J. C., & Sullivan, T. P. (2015). Anxiety and posttraumatic stress symptom pathways to substance use problems among community women experiencing

intimate partner violence. *Anxiety, stress, and coping*, 28(4), 445–455. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.968562>

Johansson, R., Carlbring, P., Heedman, Å., Paxling, B., & Andersson, G. (2013). Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*, 1, e98. <https://doi.org/10.7717/peerj.98>

Karakurt, G., Smith, D., & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29(7), 693–702. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>

Karriker-Jaffe, K. J., & Greenfield, T. K. (2014). Gender differences in associations of neighborhood disadvantage with alcohol's harms to others: a cross-sectional study from the USA. *Drug and Alcohol Review*, 33(3), 296–303. <https://doi.org/10.1111/dar.12119>

Karriker-Jaffe, K. J., Greenfield, T. K., & Kaplan, L. M. (2017). Distress and alcohol-related harms from intimates, friends, and strangers. *Journal of Substance Use*, 22(4), 434–441. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1232761>

Keyes, K. M., Jager, J., Mal-Sarkar, T., Patrick, M. E., Rutherford, C., & Hasin, D. (2019). Is There a Recent Epidemic of Women's Drinking? *A Critical Review of National Studies.*, 43(7), 1344–1359. <https://doi.org/10.1111/acer.14082>

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>

Kendler, K. S., Lönn, S. L., Salvatore, J., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2018). The Origin of Spousal Resemblance for Alcohol Use Disorder. *JAMA psychiatry*, 75(3), 280–286. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4457>

Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual review of public health*, 29, 115–129. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847>

Kishor, M., Pandit, L. V., & Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 360–365. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.120557>

Knipe, D. W., Gunnell, D., Pearson, M., Jayamanne, S., Pieris, R., Priyadarshana, C., Weerasinghe, M., Hawton, K., Konradsen, F., Eddleston, M., & Metcalfe, C. (2018). Attempted suicide in Sri Lanka - An epidemiological study of household and community factors. *Journal of affective disorders*, 232, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.028>

Kuehner C. (1999). Gender differences in the short-term course of unipolar depression in a follow-up sample of depressed inpatients. *Journal of affective disorders*, 56(2-3), 127–139. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00035-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00035-x)

- Leonard, K. E., & Homish, G. G. (2008). Predictors of heavy drinking and drinking problems over the first 4 years of marriage. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 22(1), 25–35. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.1.25>
- Leonard, K. E., & Quigley, B. M. (2017). Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. *Drug and alcohol review*, 36(1), 7–9. <https://doi.org/10.1111/dar.12434>
- Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2017). Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PloS one*, 12(4), e0175240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175240>
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Fokas, K. F. (2020). Treatment Interventions for Women With Alcohol Use Disorder. *Alcohol research: current reviews*, 40(2), 08. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.08>
- Medina-Mora, M. E., & Lara, M. A. (2005). Attitudes to women and their mental health in Mexico. *International psychiatry : bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 2(9), 6–8.
- Nayak, M. B., Patterson, D., Wilsnack, S. C., Karriker-Jaffe, K. J., & Greenfield, T. K. (2019). Alcohol's Secondhand Harms in the United States: New Data on Prevalence and Risk Factors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80(3), 273–281. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.273>
- Nordentoft M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish medical bulletin*, 54(4), 306–369.
- Oram, S., Trevillion, K., Khalifeh, H., Feder, G., & Howard, L. M. (2014). Systematic review and meta-analysis of psychiatric disorder and the perpetration of partner violence. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(4), 361–376. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000450>
- Padkapayeva, K., Gilbert-Ouimet, M., Bielecky, A., Ibrahim, S., Mustard, C., Brisson, C., & Smith, P. (2018). Gender/Sex Differences in the Relationship between Psychosocial Work Exposures and Work and Life Stress. *Annals of work exposures and health*, 62(4), 416–425. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy014>.
- Palma-Álvarez, R. F., Rodríguez-Cintas, L., Abad, A. C., Sorribes, M., Ros-Cucurull, E., Robles-Martínez, M., Grau-López, L., Aguilar, L., & Roncero, C. (2019). Mood Disorders and Severity of Addiction in Alcohol-Dependent Patients Could Be Mediated by Sex Differences. *Frontiers in psychiatry*, 10, 343. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00343>
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A. A., & Niakas, D. (2009). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *International journal of public health*, 54(4), 241–249. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8057-x>
- Piccinelli, Marco, Gomez Homen, Francesca, WHO Nations for Mental Health Initiative & World Health Organization, (1997). *Division of Mental Health and Prevention of Substance*

*Abuse. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia* / Marco Piccinelli and Francesca Gomez Homen; with a foreword by M. Tansella. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63505>

Polenick, C. A., Birditt, K. S., & Blow, F. C. (2018). Couples' Alcohol Use in Middle and Later Life: Stability and Mutual Influence. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(1), 111–118. <https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.111>

Quigg, Z., Bellis, M. A., Grey, H., Webster, J., & Hughes, K. (2019). Alcohol's harms to others in Wales, United Kingdom: Nature, magnitude and associations with mental well-being. *Addictive behaviors reports*, 9, 100162. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100162>

Rappaport, L. M., Flint, J., & Kendler, K. S. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychological medicine*, 47(13), 2334–2344. <https://doi.org/10.1017/S003329171700085X>

Reingle, J. M., Jennings, W. G., Connell, N. M., Businelle, M. S., & Chartier, K. (2014). On the pervasiveness of event-specific alcohol use, general substance use, and mental health problems as risk factors for intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 29(16), 2951–2970. <https://doi.org/10.1177/0886260514527172>

Remes, O., Wainwright, N., Surtees, P., Lafortune, L., Khaw, K. T., & Brayne, C. (2018). A strong sense of coherence associated with reduced risk of anxiety disorder among women in disadvantaged circumstances: British population study. *BMJ open*, 8(4), e018501. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018501>

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 212(5), 279–286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>

Roberts, A., Sharman, S., Landon, J., Cowlshaw, S., Murphy, R., Meleck, S., & Bowden-Jones, H. (2020). Intimate Partner Violence in Treatment Seeking Problem Gamblers. *Journal of Family Violence*, 35(1), 65-72. <https://doi:10.1007/s10896-019-00045-3>

Rudenstine, S., & Espinosa, A. (2018). Latent comorbid depression and anxiety symptoms across sex and race/ethnic subgroupings in a national epidemiologic study. *Journal of psychiatric research*, 104, 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.07.005>

Sartorius, N., Ustün, T. B & World Health Organization. (1995). *Mental illness in general health care : an international study* / edited by T. B. Ustün, N. Sartorius. Chichester : Wiley. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937>

Schuckit, M. A., Smith, T. L., Eng, M. Y., & Kunovac, J. (2002). Women who marry men with alcohol-use disorders. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26(9), 1336–1343. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000029585.63550.33>

Schumacher, J. A., Homish, G. G., Leonard, K. E., Quigley, B. M., & Kearns-Bodkin, J. N. (2008). Longitudinal moderators of the relationship between excessive drinking and intimate partner violence in the early years of marriage. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(6), 894–904. <https://doi.org/10.1037/a0013250>

- Seid, A. K., Grittner, U., Greenfield, T. K., & Bloomfield, K. (2015). To Cause Harm and to be Harmed by Others: New Perspectives on Alcohol's Harms to Others. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9(S2), 13–22. <https://doi.org/10.4137/SART.S23506>
- Shidhaye, R., & Patel, V. (2010). Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *International journal of epidemiology*, 39(6), 1510–1521. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq179>
- Sinha R. (2012). How does stress lead to risk of alcohol relapse? *Alcohol research: current reviews*, 34(4), 432–440.
- Srivastava, M. K., Sahoo, R. N., Ghotekar, L. H., Dutta, S., Danabalan, M., Dutta, T. K., & Das, A. K. (2004). Risk factors associated with attempted suicide : a case control study. *Indian journal of psychiatry*, 46(1), 33–38.
- Steinglass P. (1981). The impact of alcoholism on the family. Relationship between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology. *Journal of studies on alcohol*, 42(3), 288–303. <https://doi.org/10.15288/jsa.1981.42.288>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Svetska zdravstvena organizacija. (1992). *ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Beograd: Zavod za udbenike i nastavna sredstva.
- Timotijević, I. & Paunović, V. (2010). *Instrumenti kliničke procene u psihijatriji*. Beograd: Naša knjiga.
- Tomelleri CJ, Herjanic M, Herjanic BL, Weztel RD. (1978)/ The wife of alcoholics. In: Seixias F, editor. *Currents in Alcoholism*. 1st ed. IV. New York: Grune and Stratton.
- Tomori M. (1994). Personality characteristics of adolescents with alcoholic parents. *Adolescence*, 29(116), 949–959.
- UN Women (2020, May). *Issue Brief: Covid -19 and Ending Violence Against Women and Girls*. Available at: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006> (Accessed on May 15, 2020)
- Verplaetse, T. L., Moore, K. E., Pittman, B. P., Roberts, W., Oberleitner, L. M., Smith, P. H., Cosgrove, K. P., & McKee, S. A. (2018). Intersection of stress and gender in association with transitions in past year DSM-5 substance use disorder diagnoses in the United States. *Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.)*, 2, 2470547017752637. <https://doi.org/10.1177/2470547017752637>
- Wagman, J. A., Donta, B., Ritter, J., Naik, D. D., Nair, S., Saggurti, N., Raj, A., & Silverman, J. G. (2018). Husband's Alcohol Use, Intimate Partner Violence, and Family Maltreatment of Low-Income Postpartum Women in Mumbai, India. *Journal of interpersonal violence*, 33(14), 2241–2267. <https://doi.org/10.1177/0886260515624235>

- Wang, S., Ungvari, G. S., Forester, B. P., Chiu, H., Wu, Y., Kou, C., Fu, Y., Qi, Y., Liu, Y., Tao, Y., Yu, Y., Li, B., & Xiang, Y. T. (2017). Gender differences in general mental health, smoking, drinking and chronic diseases in older adults in Jilin province, China. *Psychiatry research*, 251, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.007>.
- Wang J, Smail-Crevier R, Nannarone M, et al. (2020). The accuracy of depression risk perception in high risk Canadians. *Journal of Affective Disorders*, 265, 410-415. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.099.
- Wei, S., Li, H., Hou, J., Chen, W., Chen, X., & Qin, X. (2017). Comparison of the characteristics of suicide attempters with major depressive disorder and those with no psychiatric diagnosis in emergency departments of general hospitals in China. *Annals of general psychiatry*, 16, 44. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0167-x>
- Williams, J. B., Spitzer, R. L., Linzer, M., Kroenke, K., Hahn, S. R., deGruy, F. V., & Lavee, A. (1995). Gender differences in depression in primary care. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173(2), 654–659. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90298-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90298-8)
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(9), 1487–1500. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x>
- Wilson, I. M., Graham, K., & Taft, A. (2017). Living the cycle of drinking and violence: A qualitative study of women's experience of alcohol-related intimate partner violence. *Drug and alcohol review*, 36(1), 115–124. <https://doi.org/10.1111/dar.12405>
- Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses. *Contemporary nurse*, 46(2), 170–179. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.170>
- World Health Organization. (1948) *Constitution*. Geneva: World Health Organization. <http://www.izjzv.org.rs/app/soc.katedra/Zdravljeifakorikojinanjegauticu.pdf>
- World Health Organization & International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders / WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health* 2000; 78(4) : 413-426 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57240>
- World Health Organization (2000). *Mental Health Determinants and Populations Team. Women's mental health : an evidence based review*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66539>
- World Health Organization. (2000). *Department of mental health and substance dependence. Gender disparities in mental health*. Geneva: World Health Organization [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/242.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf)
- The World Health Report (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *Gender and mental health*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68884>

World Health Organization. (2005). *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*. World Health Organization. [https://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf)

World Health Organization (2007). *WHO Expert committee on problems related to alcohol consumption: Second report*. WHO technical report series no.944. Geneva: World Health Organization. ISSN 0512-3054 Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43670/9789241209441\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43670/9789241209441_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization. (2009). *Global Information System on Alcohol and Health. Country profiles*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2011). *Mental health atlas: 2011*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44697>

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018. Country Profile Serbia*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/srb.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/srb.pdf?ua=1)

World Health Organization. (2020). *Mental health and substance use*. Geneva: World Health Organization.

Zender, R., & Olshansky, E. (2009). Women's mental health: depression and anxiety. *The Nursing clinics of North America*, 44(3), 355–364. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.06.002>.



## Биографија аутора

Др Наташа Достанић је рођена 13. 04. 1974. године у Панчеву. Завршила је Медицински факултет Универзитета у Београду 2000. године, а специјалистички испит из Психијатрије положила 2008. године са одличном оценом. Завршила је двогодишњу едукацију под називом „Основи психотерапије и психодинамике одраслих“, у периоду од 2003-2005. године. Дугогодишњи члан Српског лекарског друштва, а у периоду од 2012-2016 је била секретар Секције за болести зависности. Докторске академске студије из изборног подручја Неуронаука уписала је 2012. године, положила је и усмени докторски испит, са оценом 10. У сталном радном односу је у Специјалној болници за болести зависности у Београду, а од 2013. године је руководилац Одељења за алкохолизам и политоксикоманију. Активно учествовала као предавач у пројекту имплементације националне стратегије за злоупотребу дроге и алкохола 2010-2012 (подржано од Министарства здравља). Активно учествовала као тренер за имплементацију активности у циљу превенције злоупотребе ПАС, 2013, подржано од стране Светске здравствене организације и Европске канцеларије за борбу против дроге и криминала. (UNODC, WHO). Била координатор пројекта „Унапређење превенције и раног откривања злоупотребе ПАС у Републици Србији“, 2014-2015 год. подржаног од стране Министарства здравља. Коаутор је водича под називом „Рано откривање и кратке интервенције у болестима зависности“, подржаног од стране Министарства здравља, 2013. године. Активно је учествовала на бројним међународним конгресима, ауторским и коауторским радовима презентованим у форми постера. Објавила ауторске радове у међународним часописима и области теме докторске дисертације

**ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, Наташа Достанић, изјављујем да докторска

дисертација под насловом:

„Процена утицаја социодемографских, здравствених и карактеристика брачне заједнице на ментално здравље жена супружника зависних од алкохола“

која је одбрањена на Медицинском факулету

Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

*Овом Изјавом такође потврђујем:*

да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,

да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 2021. године,

Dostanic Natalija

потпис аутора

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, Наташа Достанић,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

„Процена утицаја социодемографских, здравствених и карактеристика брачне заједнице на ментално здравље жена супружника зависних од алкохола“

која је одбрањена на Медицинском факултету

Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада<sup>2</sup>

У Крагујевцу, 2021. године,

Dostavir Kalajn

потпис аутора

---

<sup>2</sup> Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>