



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Agnė Madeikytė

Fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos ir rizikos veiksniai

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: doc. dr. Evaldas Kazlauskas

Vilnius, 2018

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Fizinis smurtas kaip potencialiai traumuojanti patirtis.....	8
1.1.1. Fizinio smurto samprata ir specifiškumas	8
1.1.2. Fizinio smurto rizikos veiksniai.....	9
1.1.3. Galimi fizinio smurto padariniai.....	10
1.2. Potrauminio streso reakcijos ir rizikos veiksniai.....	12
1.2.1. Sunkumai atsiskleidžiant po traumos kaip reakcija į trauminę patirtį	12
1.2.2. Potrauminio streso samprata.....	14
1.2.3. Potrauminio streso rizikos veiksniai	16
1.3. Tyrimo tikslas ir klausimai.....	19
2. METODIKA	20
2.1. Tyrimo dalyviai	20
2.2. Tyrimo instrumentai	22
2.2.1. Gyvenimo įvykių sąrašas	22
2.2.2. Atsiskleidimo apie traumą klausimynas	23
2.2.3. Tarptautinis traumų klausimynas.....	23
2.3. Tyrimo eiga	24
2.4. Duomenų analizė.....	25

3. REZULTATAI.....	27
3.1. Trauminių patirčių, sunkumų atsiskleidžiant apie traumą ir potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje	27
3.1.1. Trauminių patirčių paplitimas imtyje	27
3.1.2. Sunkumų atsiskleidžiant apie traumą paplitimas imtyje.....	30
3.1.3. Subjektyvus savijautos po traumos vertinimas imtyje.....	32
3.2. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio ryšiai	39
3.2.1. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio sąsajos	39
3.2.2. Potrauminio streso prognostiniai veiksniai.....	40
4. REZULTATŲ APTARIMAS	42
4.1. Trauminių patirčių, sunkumų atsiskleidžiant apie traumą ir potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje	42
4.1.1. Trauminių patirčių paplitimas imtyje	42
4.1.2. Sunkumų atsiskleidžiant apie traumą paplitimas imtyje.....	44
4.1.3. Potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje.....	45
4.2. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio ryšiai	48
4.2.1. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio sąsajos	48
4.2.2. Potrauminio streso prognostiniai veiksniai.....	49
4.3. Tyrimo ribotumai	50
5. IŠVADOS	52
LITERATŪRA.....	53

SANTRAUKA

Fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos ir rizikos veiksniai

Agnė Madeikytė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2018, 60 psl.

Kasdien įvairiausiai keliais mus pasiekia informacija apie tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje įvykusius nelaimingus atsitikimus, katastrofas, žiaurais nusikalstamo elgesio su žmonėmis atvejus, ir kt. Fizinis smurtas yra vienas iš dažniausiai nurodomų potencialiai traumuojančių patyrimų. Vienas iš galimų jo padarinių yra potrauminio streso sutrikimas (PTSS). Visgi, fizinis smurtas, jo sąsajos su PTSS ir apskritai PTSS rizikos veiksniai yra dar ganėtinai mažai išnagrinėtos temos. Ankstesnių tyrimų rezultatai leidžia manyti, kad su PTSS išsivystymu fizinio smurto atveju gali būti susiję įvairūs sociodemografiniai veiksniai, trauminių patirčių skaičius bei atsiskleidimas apie traumą. Šio tyrimo tikslas yra nagrinėjant minėtų veiksnių sąsajas su PTSS, identifikuoti PTSS rizikos veiksnius, patirto fizinio smurto atveju. Magistro darbas atliktas vykdant tyrimus Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centre. Tyrime dalyvavo 165 fizinį smurtą patyrę asmenys (84 vyrai ir 81 moteris), kurių amžius vyravo nuo 18 iki 79 ($M=36,43$; $SD=12,354$) metų. Tiriamieji buvo įvairių Lietuvos regionų gyventojai, pasiekti patogiosios dalyvių atrankos būdu. Šiame tyrime naudoti instrumentai yra: sociodemografinių duomenų anketa, gyvenimo įvykių sąrašas (LEC-R), atsiskleidimo apie traumą klausimynas (DTQ), tarptautinis traumų klausimynas (TTK). Tyrimas atskleidė, kad PTSS rizikos veiksniai yra: moteriška lytis, vyresnis amžius, sveikata subjektyviai suvokiama kaip prastesnė, partnerio ar sutuoktinio neturėjimas, bedarbystė, mažesnės pajamos, sunkumai atsiskleidžiant apie traumą. PTSS rizikos veiksnių žinojimas gali padėti specialistams lengviau identifikuoti PTSS.

Raktiniai žodžiai: trauma, tarpasmeninis smurtas, atsiskleidimas, PTSS

SUMMARY

Post-traumatic stress reactions and risk factors of survivors of physical violence

Agnė Madeikytė, Vilnius, Vilnius university, 2018, 60 p.

Every day in various ways we get information about accidents, disasters, cases of cruel criminal behavior with people ect. Physical violence is one of the most often indicated traumatic experiences. Posttraumatic stress disorder (PTSD) is one of possible its outcomes. However physical violence, its relations with PTSD and PTSD risk factors are still quite little examined themes. Results of earlier researches suggest that various sociodemographic factors, the number of traumatic experiences and disclosure about trauma might be related with PTSD development in case of physical violence. The aim of this study is to identify PTSD risk factors, while examining relations of mentioned factors and PTSD. This study was conducted at the Vilnius university Center for Psychotraumatology.. The study was attended by 165 (84 men and 81 women) physical violence survivors, whose age varied from 18 to 79 ($M=36,43$; $SD=12,354$). Participants were inhabitants of various regions of Lithuania, who have been reached by the method of convenient selection. Instruments used in the study are: form of sociodemographic data, life event checklist (LEC-R), disclosure of trauma questionnaire (DTQ), ICD trauma questionnaire (TTK). The study revealed that PTSD risk factors are: female gender, older age, health subjectively perceived like worse, not having partner or spouse, unemployment, lower income, difficulties in disclosure of trauma. Knowledge about PTSD risk factors can help practitioners to identify PTSD easier.

Key words: trauma, interpersonal violence, disclosure, PTSD.

PRATARMĖ

Kasdien įvairiausiais keliais (radiju, televizija, internetu, per aplinkinius žmones,...) mus pasiekia informacija apie tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje įvykusius nelaimingus atsitikimus, katastrofas, žiauraus nusikalstamo elgesio su žmonėmis atvejus ir kt. Moksliniai tyrimai rodo, kad 70,2% - 94,3% suaugusių žmonių Lietuvoje ir 63,6% - Europoje per gyvenimą yra patyrę bent vieną potencialiai traumuojančią įvykį (Darves-Bornoz et al., 2008, Kazlauskas, Gailiene, Vaskeliene ir Skeryte-Kazlauskiene, 2017; Kazlauskas, Mažulytė, Želvienė, Dovydaitienė ir Skruibis, 2013; Kazlauskas ir Želvienė, 2017; Kazlauskas ir Želvienė, 2013; Mažulytė ir kt., 2014). Taigi, potencialiai traumuojančius stresorius patiria didesnė gyventojų dalis tiek Lietuvos, tiek Europos ribose.

Tiek Lietuvos, tiek užsienio autoriai nurodo, kad dažniausios potencialiai traumuojančios patirtys yra sunki liga, įvairūs nelaimingi atsitikimai, netektis ir fizinis smurtas (Hauffa et al., 2011; Karatzias et al., 2016; Kazlauskas ir Zelviene, 2017; Mažulytė ir kt., 2014). Atkreipiame dėmesį, kad fizinį smurtą nors kartą gyvenime patiria net 13% - 46% bendros populiacijos (Kazlauskas, Gailienė ir kt., 2017; Kazlauskas ir Želvienė, 2013; Krnjacki, Emerson, Llewellyn, & Kavanagh, 2016; Van Der Heijden, Abrahams, & Harries, 2016). Vienas iš galimų fizinio smurto, kaip ir kitų trauminių patirčių padarinių neabejotinai yra potrauminio streso sutrikimas (toliau darbe bus vartojamas trumpinys PTSS).

Nepaisant jau minėto milžiniško tiek trauminių patirčių apskritai, tiek ir tokios sunkios trauminės patirties kaip fizinis smurtas paplitimo, Lietuvoje PTSS sveikatos priežiūros sistemoje diagnozuojamas apie 0,02% bendros populiacijos, ir tai yra 50 kartų rečiau lyginant su PTSS paplitimo rodikliais Europoje (Kazlauskas, Želvienė ir Eimontas, 2017). Tikėtina, kad Lietuvoje kenčiančių nuo potrauminio streso žmonių yra žymiai daugiau nei nustato psichikos sveikatos priežiūros specialistai. Čia svarbu paminėti, kad nepakankamai dažnas PTSS nustatymas gali lemti tai, jog nuo potrauminio streso kenčiantys asmenys negauna tinkamos pagalbos, nes jų sunkumai yra identifikuojami kaip kitas sutrikimas, o PTSS, kaip ir kiekvienas sutrikimas, reikalauja specifinės pagalbos. Mes tikimės, kad didesnis kiekis mokslinių tyrimų, įrodančių PTSS specifiškumą, o kai kurių specialistų akyse ir egzistavimą apskritai, galbūt atkreiptų psichikos sveikatos specialistų dėmesį į šį sutrikimą, ko

pasekoje PTSS būtų dažniau atpažįstamas, o nuo jo kenčiantys asmenys gautų visapusiškai jiems tinkančią pagalbą.

Kalbant apie PTSS ir trauminių patirčių tyrimus, patirto fizinio smurto specifika ir sąsajos su PTSS yra dar ganėtinai mažai išnagrinėta tema. Taigi, šio tyrimo tikslas yra nagrinėti būtent fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminį stresą. Šis magistro darbas yra parengtas naudojant Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrimų grupės 2015m. – 2017m. vykdyto projekto „Psichosocialinių veiksnių mediaciniai efektai stresinių ir trauminių patirčių psichologiniams padariniams socialinės psichotraumatologijos kontekste“ (MIP-006/2015/LSS-250000-1029) duomenis. Darbo autorė dalyvavo VU Psichotraumatologijos centro tyrimuose rinkdama tyrimo duomenis ir vykdydama jų kodavimą.

1. ĮVADAS

1.1. Fizinis smurtas kaip potencialiai traumuojanti patirtis

Kadangi ruošiamės aptarti fizinį smurtą, kaip trauminę patirtį, tai visų pirma turime apsibrėžti, kas gi yra ta trauminė patirtis arba psichologinė trauma. Psichikos sutrikimų diagnostiniame ir statistiniame vadove (angl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition; toliau DSM-5) trauminė patirtis apibrėžiama, kaip sąlytis su situacija, kuri kėlė mirties, sunkaus sužalojimo ar seksualinio smurto grėsmę vienu (arba daugiau) iš toliau išvardintų būdų: 1. Tiesiogiai patiriant trauminį(-ius) įvykį(-us); 2. Būnant liudininku tokio(-ių) įvykio(-ių) nutikimo kitiems.; 3. Sužinant, kad trauminis(-iai) įvykis(-iai) nutiko artimam šeimos nariui ar draugui. Įvykusios mirties ar jos grėsmės atveju, įvykis(-iai) privalo būti smurtinis(-iai) ar netikėtas(-i); 4. Patiriant pakartotiną arba ekstremalų sąlytį su kraupiomis trauminio(-ių) įvykio(-ių) detalėmis (pvz. asmenys atsakingi už žmonių palaikų surinkimą ar policijos pareigūnai, kurie pakartotinai susiduria su smurto prieš vaikus detalėmis), tačiau ne matant tai informacinių technologijų pagalba televizijoje, filmuose ar nuotraukose (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.1. Fizinio smurto samprata ir specifiškumas

Fizinis smurtas šiuo atveju puikiai atitinka trauminės patirties apibrėžimą, nes jį patiriant iš ties kyla sunkaus sužalojimo ar net mirties grėsmė. Tad kuo gi fizinis smurtas skiriasi nuo kitų psichologinių traumų? Atsakant į šį klausimą svarbu prisiminti, kad psichologinės traumos yra dviejų rūšių: natūralios ir sukeltos žmonių (Gailienė, 2008). Natūralios traumos tai gamtinės ir technologinės katastrofos – stichinės nelaimės (žemės drebėjimai, audros) ir taip pat įvairūs nelaimingi atsitikimai (eismo įvykiai, gaisrai, sąlytis su nuodingomis medžiagomis). Žmonių sukeltos traumos tuo tarpu yra tyčiniai sąmoningi kitų žmonių veiksmai (pagrobimai, užpuolimai, seksualinis, psichologinis,

ekonominis ar fizinis smurtas). Pastarosios trauminės patirtys sukelia ženkliai sunkesnius ir baisesnius padarinius (Gailienė, 2008). Taigi jau vien pats faktas, kad fizinis smurtas yra žmonių sukelta psichologinė trauma yra nuoroda į jo sunkumą.

Visgi tai, kad fizinis smurtas yra žmonių sukelta trauminė patirtis nėra vienintelis šios psichologinės traumos sudėtingumą liudijantis rodiklis. Fizinis smurtas taip pat dažnai lydi ir kitas trauminės patirtis tokias kaip psichologinis ar seksualinis smurtas (Walker, 2016), pagrobimai ar apiplėšimai (Lindegard, Bernasco, & Jacques, 2014). Tai fizinį smurtą daro dar labiau komplikuočiau kaip psichologinę traumą. Čia taip pat svarbu pabrėžti, kad priešingai nei kitos trauminės patirtys, tokios kaip apiplėšimas, nelaimingas atsitikimas ar stichinė nelaimė, fizinis smurtas neretai yra patiriamas ne vieną kartą gyvenime, o sąlyginai dažnai kartojasi ir gali tęstis žymiai ilgesnį laiko tarpą (pavyzdžiui sutuoktinis eilę metų naudoja fizinį smurtą žmonos atžvilgiu), o tai savu ruožtu dar labiau apsunkina nukentėjusiojo tiek fizinę, tiek psichologinę būklę. Tai labai gražiai aprašo Lenore E. A. Walker (2016) kalbėdama apie smurto artimoje aplinkoje atvejus. Taigi galime teigti, kad fizinis smurtas yra išties sudėtinga trauminė patirtis, galinti padaryti žmogui itin didelę tiek fizinę tiek psichologinę žalą.

1.1.2. Fizinio smurto rizikos veiksniai

Norint suprasti, kas gali turėti įtakos fizinio smurto vykdymui ir patyrimui, svarbu atsižvelgti į vaikystę. Užsienio autoriai, nagrinėjantys tarpasmeninį smurtą nurodo, kad vaikystėje patirtas fizinis smurtas ir/ar buvimas jo liudininku augant šeimoje, kurioje yra smurtaujama siejasi tiek su smurtavimu, tiek su smurto patyrimu suaugus (Capaldi, Knoble, Shortt, & Kim, 2012; Gass, Stein, Williams, & Seedat, 2012). Jie teigia, kad fizinio smurto patyrimas ir/ar jo matymas vaikystėje visų pirma sukuria nesaugius santykius su tėvais ar vienu iš jų, ko pasekoje nebuvimas emocinio artumo su tos pačios lyties tėvu vėliau tampa rizikos veiksniu vykdyti smurtą kitų atžvilgiu, o emocinio artumo nebuvimas su priešingos lyties tėvu tampa rizikos veiksniu pačiam asmeniui patirti fizinį smurtą suaugus.

Prie pirmųjų gyvenimo santykių formuojamų nuostatų, žinoma, prisideda ir išmokimas. Išmokstama tiek kaip su tavimi turi elgtis kiti žmonės, tiek kaip tu turėtum elgtis su kitais. Čia svarbus

lyties aspektas. Pavyzdžiui, labai tikėtina, kad šeimoje, kurioje tėvas muša motiną, augantis berniukas išmoks smurtauti prieš moteris, o tokioje šeimoje auganti mergaitė išmoks, kad taip su ja turi elgtis vyrai. Kalbant apie smurtą šeimoje, atkreipiame dėmesį į tai, kad daugybe tyrimų yra įrodyta, kad prieš savo romantinių santykių partneres dažniau smurtauja vyrai nei moterys, o romantinio partnerio smurto aukomis ženkliai dažniau tampa moterys, nei vyrai (Capaldi et al., 2012; Herman, 2006). Visgi šiais tyrimais nagrinėjama, nors ir bene labiausiai paplitusi fizinio smurto rūšis – romantinio partnerio smurtas, tačiau tai tėra viena fizinio smurto forma, todėl prieš teigiant apie moterišką lytį, kaip rizikos veiksnį patirti fizinį smurtą, svarbu patyrinėti lyčių skirtumus platesniame fizinio smurto formų spektre.

Jei jau keliame prielaidą apie moteriškos lyties buvimą rizikos veiksniu patirti fizinį smurtą, tai kyla klausimas, kodėl moterys gali dažniau patirti fizinį smurtą nei vyrai? Galbūt todėl, kad jos yra vidutiniškai fiziškai silpnesnės nei vyrai. Tęsiant šią temą, Moyer (2013) teigia, kad ne tik dėl moteriškos lyties, bet taip pat ir dėl neįgalumo ar senatvės žmonės yra labiau pažeidžiami, o pažeidžiamumas didina riziką patirti fizinį smurtą. Tarp moteriškos lyties, neįgalumo ir senatvės randame vieną bendrą vardiklį – fizinį silpnumą. Taigi ir prastesnė fizinė sveikata gali tapti rizikos veiksniu patirti fizinį smurtą.

Galiausiai, kalbant apie fizinio smurto rizikos veiksnius, negalime pamiršti ir socioekonominio statuso. Capaldi su bendraautoriais (2012) savo sisteminėje tyrimų apžvalgoje nurodo, kad žemas intelektas, žemas išsilavinimas, bedarbystė ir mažos pajamos stipriai prognozuoja fizinio smurto patirimą ir vykdymą. Apibendrinant galime pasakyti, kad remiantis užsienio autorių tyrimais tikėtina, kad ir Lietuvoje fizinio smurto rizikos veiksniai bus tie patys: vaikystėje patirtas ir/arba matytas fizinis smurtas, fizinis pažeidžiamumas bei žemas socioekonominis statusas. Tačiau dauguma užsienio autorių tyrimų fizinio smurto tematika yra orientuoti į smurto šeimoje sritį, o Lietuvoje fizinio smurto tematika vis dar yra ganėtinai mažai tyrinėta apskritai.

1.1.3. Galimi fizinio smurto padariniai

Priklausomai nuo fizinio smurto specifikos (stiprumo, trukmės, kartotinumumo ir/ar tęstinumo, aukos santykio su smurtautoju), tokia patirtis gali lemti įvairiausių padarinius: fizinius

sužalojimus ar net mirtį; neigiamas emocijas, tokias kaip menkumo jausmas, mirties grėsmės jausmas, pakartotinio patyrimo baimė, neteisybės jausmas ir kt.; elgesio pakitimus ir galiausiai psichikos sutrikimus.

Pradėkime nuo akivaizdžiausio fizinio smurto padarinio – fizinės žalos. Turbūt akivaizdu, kad kuo žiauresnis yra vykdomas fizinis smurtas, tuo didesnę fizinę žalą jis padaro nukentėjusiajam. Juk vienas asmens pastūmimas gali nepadaryti ir jokios fizinės žalos, o štai ilgesnės trukmės nepailstamas smūgiavimas kumščiais ir/ar spardymas kojomis gali baigtis ir mirtimi. Tęsiant šią temą neapsieisime be įžvalgų apie fizinio smurto kartotinumą ir/ar tęstinumą padarinius. Štai L. E. A. Walker (2016) savo knygoje kalba apie smurto rato fenomeną, kuriuo paaiškina, kaip vyksta smurtas šeimoje. Pasak Walker (2016) artimo asmens (romantinio partnerio, vieno iš tėvų ar vaikų) smurtas vyksta vienas po kito sekančiais ciklais, kuriuos sudaro įtampos augimo, smurto proveržio ir smurtautojo atgailavimo etapai. Ji pažymi, kad sulig kiekvienu ciklu smurtas stiprėja ir gali baigtis nužudymu. Tai be abejo galioja tik tuo atveju, jei smurtaujantis yra tas pats asmuo. Tačiau, jei asmuo per gyvenimą patiria ne vieną, o daugybę fizinio smurto epizodų nuo skirtingų asmenų, tai (ypač jei smurtas buvo stiprus) tikėtina, kad jo sveikata bus žymiai prastesnė nei vieną smurtinį epizodą patyrusio asmens, ir gali būti, kad su kiekvienu smurto epizodu blogėjanti sveikata didina tikimybę, kad sekantis epizodas bus jau mirtinas.

Visgi, fizinis smurtas sukelia ne tik fizinius sužalojimus, bet taip pat paveikia ir nukentėjusiojo emocinę būklę. Visiems trauminiams įvykiams būdinga tai, kad jie sukelia žmogui labai stiprius baimės, siaubo ir bejėgiškumo jausmus (Gailienė, 2008). Žinoma, kad yra emociškai sunku po patirto fizinio smurto nuo nepažįstamojo, bet dar sunkiau jei tą patį fizinio smurto veiksmą atliko artimas žmogus (Capaldi et al., 2012). Kita emocinę savijautą bloginanti aplinkybė yra patiriamo fizinio smurto kartotinumai ir/arba jo patyrimas kartu su kitomis trauminėmis patirtimis. Gailienė (2015) nurodo, kad toks daugybinis traumavimas be abejonės sukelia žymiai sunkesnes ir ilgiau trunkančias pasekmes t.y. jis paveikia žmogaus savivoką ir savivertę, bei gali sukelti net ilgalaikių asmenybės pokyčių ir sutrikimų.

Kalbant apie ilgalaikius psichologinius fizinio smurto padarinius, diagnostinėse klasifikacijose nurodomi šie trauminės patirties sąlygojami sutrikimai: potrauminio streso sutrikimas, ūminė reakcija į stresą, adaptacijos sutrikimai, kitos reakcijos į stiprų stresą, nepatikslinga reakcija į stiprų stresą (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). Kiti autoriai

šalia jau išvardintų sutrikimų, taip pat randa trauminės patirties sąsajas su disociaciniais, psichosomatiniais, nerimo ir asmenybės sutrikimais, depresija, priklausomybės ligomis, darbinės veiklos ir socialinių santykių pablogėjimu (Capaldi et al., 2012; Gailienė, 2015; Herman, 2006). Taigi priklausomai nuo fizinio smurto kartotinumų, per gyvenimą patirtų trauminių patirčių skaičiaus bei aukos santykio su smurtautoju, fizinis smurtas gali sukelti sunkius ir ilgalaikius psichologinius padarinius.

1.2. Potrauminio streso reakcijos ir rizikos veiksniai

1.2.1. Sunkumai atsiskleidžiant po traumos kaip reakcija į trauminę patirtį

Trauminę patirtį išgyvenę asmenys viduje išgyvena konfliktą tarp noro pasipasakoti apie savo patirtį ir vengimo tai daryti. Visgi, tam kad asmuo galėtų pasidalinti savo skausminga patirtimi, jis visų pirma turi turėti kam apie tai papasakoti. Užsienio autoriai teigia, kad žemam socioekonominiam statusui priklausantys asmenys susiduria su daugiau sunkumų atsiskleidžiant po traumos (Flicker et al., 2011; Sylaska & Edwards, 2014). Tai gali būti susiję su studijomis ir darbine veikla, be kurių asmens socialinis ratas tikėtina yra mažesnis. Kalbant apie socialinį ratą, svarbu paminėti, jog tyrimai rodo, kad dažniausiai apie traumą žmonės atsiskleidžia sutuoktiniui, partneriui ar kitam artimam šeimos nariui (Balderrama-durbin et al., 2013; Evans, Steel, Watkins, & DiLillo, 2014). Taigi keliame prielaidą, kad tokie socialinės paramos šaltinius apibūdinantys veiksniai kaip darbinė veikla, išsilavinimas bei šeiminė padėtis gali būti reikšmingi kintamieji prognozuojant sunkumus atsiskleidžiant po traumos.

Kita vertus, trauminių patirčių istorijos nekelia teigiamų emocijų nei pasakotojui nei klausytojui, todėl tiek pats traumą patyręs asmuo, nenorėdamas „užkrauti savo problemų kitiems“, tiek aplinkiniai besivadovaudami tokiais stereotipiniais posakiais, kaip „nereikia draskyti žaizdų“, „nebesikniskim po pernykščiais lapais“ ar „kas buvo, tas pražuvo“, gali vengti pokalbių apie trauminę patirtį. Kita atsiskleidimą apie traumą stabdanti priežastis gali būti kaltės ir skriaudos atlyginimo problema, kuri anot Gailienės (2008) išskyla tuomet kai traumą lėmė ne gamtos reiškiniai, o žmonių

veiksmi. Fizinio smurto atveju, ši problema yra itin aktuali ir čia svarbus aspektas yra smurtautojo bandymas paneigti savo kaltę. Siekdamas išvengti bausmės už nusikaltimą, smurtautojas visų pirma bando gražiuoju ar piktuoju prigrasinti auką, kad ši tylėtų, o nepavykus jos nutildyti savo kaltę neigia tiesiogiai arba „nenuginčijamu“ argumentu neva ji pati to prisiprašė (Herman, 2006). Kadangi smurtautojas yra galios pozicijoje, tai neretai nutinka taip, kad nukentėjusysis pradeda iš tikrųjų tikėti, kad pats ir yra kaltas dėl to, kas jam nutiko. Taigi, jau pati fizinio smurto specifika gali lemti didesnius sunkumus atsiskleidžiant apie traumą.

Tęsiant apie atsiskleidimui po traumos trukdančius veiksnius, svarbu atsižvelgti ir į platesnį – visuomenės požiūrį į psichologines traumas. Kaip jau minėjome, auka gali įtikėti savo kaltumu dėl patirto smurto ir bijoti visuomenės smerkimo prasitarus apie patirtą fizinį smurtą. Šiuo atveju vyrai gali būti itin nelinkę atsiskleisti apie patirtą fizinį smurtą, nes jie tai gali suvokti kaip savo silpnumo išviešinimą. Taip vėlgi gali nutikti dėl stereotipų (kad vyras nėra vyras jei negali apsiginti arba jei „verkšlena“ po to, kai jį kas nuskriaudė), kurių, kaip bebūtų gaila, ir šiomis dienomis dažnas vis dar laikosi įsikibęs. Kitas, galbūt kaimo vietovėse labiau vešantis, stereotipas – jei sergi psichikos liga arba jei kreipiesi į psichikos sveikatos specialistus, tai reiškia esi kvailas, neprognozuojamas, beprotis. Toks visuomenės požiūris į psichologinius sunkumus, kaip šiuo atveju psichologinė trauma, ne tik skatina nesidalinti savo patirtimi su aplinkiniais, bet ir nesikreipti pagalbos.

Prie šios socialinės stigmos neabejotinai prisideda ir pernelyg siauras kai kurių specialistų profesinis požiūris (Gailienė, 2008). Kaip bebūtų gaila, vis dar pasitaiko medikų manančių, kad nervinių ir somatinių problemų negali lemti gyvenime patirtos kančios. Apie tai liudija ir tai jog potrauminio streso sutrikimas yra diagnozuojamas neįtikėtinais retai (Kazlauskas, Zelviene, ir kt., 2017). Tikėtina, kad žmonės bijo susidurti su tokiais specialistais, kurie gali nustatyti ne tą sutrikimą. Taip pat, ypač vyresni asmenys, vis dar gali atsiminti „sovietinius psichiatrus“. Galiausiai kreiptis į specialistus gali trukdyti ir ekonominė situacija. Nemokamos psichologinės pagalbos gali tekti laukti ir porą mėnesių, taigi asmuo neišgalintis mokėti už psichologo konsultacijas per tokį ilgą laiko tarpą gali nuspręsti nebesikreipti pagalbos.

Čia kyla svarbus klausimas – kas gi nutinka jei fizinį smurtą patyręs asmuo nepasidalija savo patirtimi nei su aplinkiniais žmonėmis, nei su specialistais? Tokiu atveju vietų, žmonių ir temų susijusių su traumine patirtimi vengimas gali tapti patologiškas. Jei taip nutinka, tuomet nebevyksta traumos perdirbimas t.y. trauma yra neįveikiama, ko pasekoje gali atsirasti psichopatologinių sutrikimų

(Gailienė, 2008). Kaip jau minėjome, vienas iš dažniausių trauminės patirties lemiamų sutrikimų yra potrauminio streso sutrikimas (toliau PTSS). Taigi darome prielaidą, kad sunkumai atsiskleidžiant apie patirtą fizinį smurtą gali būti reikšmingas kintamasis prognozuojant PTSS išsivystymą.

1.2.2. Potrauminio streso samprata

Norint suprasti, kas gi yra tas PTSS, pirmiausia pažvelkime į diagnostines klasifikacijas. DSM-5 diagnostinėje klasifikacijoje PTSS nustatomas esant šioms sąlygoms:

- A. Trauminės patirties patyrimas (žr. „1.1. Fizinis smurtas kaip potencialiai traumuojanti patirtis“);
- B. Bent vienas (iš 5-ių) invazinis simptomas, susijęs su trauminiu(-iais) įvykiu(-iais);
- C. Bent vienas (iš 2-jų) su trauminiu(-iais) įvykiu(-iais) susijusių stimulų vengimo požymis;
- D. Bent du (iš 7-ių) neigiami pojūčių ir nuotaikos pokyčiai, susiję su trauminiu(-iais) įvykiu(-iais);
- E. Bent du (iš 6-ių) žymūs sužadavimo ir aktyvumo pokyčiai, susiję su trauminiu(-iais) įvykiu(-iais);
- F. Sunkumų (B, C, D, E) trukmė yra ilgesnė nei mėnuo;
- G. Sunkumai lemia kliniškai reikšmingą distresą ar pablogėjimą svarbioje gyvenimo srityje;
- H. Sunkumai nepriskiriami psichologiniams psichotropinių medžiagų (vaistų, alkoholio) efektams (American Psychiatric Association, 2013).

Tarptautinės ligų klasifikacijos dešimtame leidime (toliau TLK-10) taip pat nurodomi invaziniai simptomai, vengimas traumą primenančių veiksnių ir situacijų, tokie nuotaikos pokyčiai, kaip emocinis „sustingimas“, jausmų blankumas, nerimas bei depresija, ir galiausiai sužadavimas, pasireiškiantis padidėjusiu dirglumu, sustiprėjusiu baimingumu ir nemiga (World Health Organization, 1992). Viena vertus TLK-10, priešingai nei DSM-5, yra nurodoma padidėjusi suicidinių minčių tikimybė ir disociacinių sutrikimų aprašymuose minima galima jų trauminė kilmė. Visgi DSM-5, priešingai nei TLK-10, yra nurodoma, kad simptomai lemia pablogėjimą svarbioje gyvenimo srityje. Taip pat, DSM-5 simptomų aprašymai yra žymiai detalesni ir į juos jau yra įtrauktos tokios disociacinės reakcijos kaip disociacinė amnezija ir disociacinė fuga.

Toks detalus simptomų aprašymas DSM-5 viena vertus suteikia daugiau informacijos apie sutrikimą, tačiau kita vertus sukelia ir daug painiavos. DSM-5 PTSS yra apibūdinamas 20 simptomų

suskirstytų į 4 grupes (B,C,D,E), kurie sudaro daugiau nei pusę milijono skirtingų simptomų kombinacijų (Brewin et al., 2017). Daugybė iš DSM-5 nurodytų PTSS simptomų persidengia su nerimo sutrikimų ir depresijos simptomatika. Pavyzdžiui, neigiami įsitikinimai apie save ir pasaulį, savęs kaltinimai, sumažėję interesai, atsiribojimas nuo kitų ir emocinis sąstingis charakterizuoja depresiją, o miego sutrikimai, koncentracijos problemos ir dirglumas yra tiek generalizuoto nerimo sutrikimo, tiek depresijos simptomai (Brewin et al., 2017). Taigi, ne nuostabu jog DSM-5 klasifikacijoje PTSS komorbidiškumas su kitais sutrikimais, o ypač depresija, yra didelis.

Naujausi tyrimai rodo, kad PTSS komorbidiškumas su kitais sutrikimais mažėja, jei PTSS yra apibrėžiamas mažesniu kiekiu labiau specifinių PTSS simptomų, kaip tai yra daroma naujojoje, vienuoliktoje tarptautinės ligų klasifikacijos (toliau TLK-11) versijoje (Brewin et al., 2017). Vietoj tradicinio požiūrio, jog PTSS simptomai atspindi pagrindinius latentinius konstruktus, TLK-11 laikomasi požiūrio, kad PTSS simptomai yra susiję tarpusavyje priežastiniais ryšiais. Simptomų kiekis TLK-11 yra mažinamas juos sukonkretinant ir atmetant ne esminius labiau su kitomis diagnozėmis (nerimu, depresija, adaptacijos sutrikimu) susijusius simptomus. Visų pirma yra atmetami tokie labiau su disforija nei su PTSS besisiejantys sužadintys simptomai, kaip miego sutrikimai ir koncentracijos problemos, o paliekami tik du labiau specifiniai PTSS simptomai apibūdinantys grėsmės jausmą (Brewin et al., 2017). Taip pat, jei kalbėsime apie invazinius simptomus, TLK-11 nebėra įtraukiami tiesiog nemalonūs atsiminimai apie patirtį, kurie gali pasireikšti net jei asmens patirtis netraukiojama kaip trauminė, o yra paliekami tik du itin specifiniai PTSS invaziniai simptomai – košmariški sapnai apie patirtį ir vaizdiniai ar atsiminimai sukeltys pojūtį lyg trauminė patirtis vėl vyktų čia ir dabar. TLK-11 PTSS modelis įtraukia šešis simptomus, kurie atspindi tris kategorijas:

I. Invaziniai simptomai: 1) nemalonūs sapnai, susiję su traumine patirtimi;

2) stiprūs vaizdiniai ar atsiminimai, kurie kartais verčia jaustis taip, lyg trauminė patirtis vyktų čia ir dabar;

II. Vengimo simptomai: 3) vengimas nemalonių atsiminimų, minčių ar pojūčių susijusių su traumine patirtimi;

4) vengimas žmonių, vietų, pokalbių, veiklų, daiktų ar situacijų, kurie primena apie trauminę patirtį;

III. Grėsmės jausmo 5) buvimas ypač budriam, įsitempusiam ir akylam;
simptomai: 6) jaučiami nervingumo ir dirglumo jausmai (Murphy, Elklit, Dokkedahl, & Shevlin, 2016). Pagal šį modelį, PTSS diagnozuojamas tada, kai pasireiškia bent vienas (iš dviejų) simptomas iš kiekvienos simptomų grupės. Brewin su kolegomis (2017) nurodo, kad tokiu būdu belieka vos 27 skirtingos simptomų kombinacijos.

TLK-11 siūlo iš esmės kitokį PTSS diagnostavimo požiūrį pirmiausia supaprastinant sutrikimo apibrėžimą ir taip pat atskiriant pagrindinę sutrikimo formą nuo kompleksinės. Kompleksinis PTSS apima tris esminius PTSS simptomus ir tris papildomus vidinės organizacijos trikdžius atspindinčius simptomus – emocinės reguliacijos sutrikimą, neigiamą savęs vaizdą, ir tarpasmeninių santykių problemas (Karatzias et al., 2017). Čia prieiname prie to, kad sudarinėjant TLK-11, jos pakeitimai buvo orientuojami į tai, kad diagnozės turėtų sietis su psichikos sveikatos taksonomijomis ir būti paremtos svarbiausiais skirtumais, padedančiais lengviau atlikti diagnostiką ir gydymą (Reed, 2010). Tokie pokyčiai palengvina specialistų darbą nustatant PTSS, o kai PTSS diagnostika tampa ne tokia komplikuoata, tikėtina didėja ir tikimybė, kad specialistai dažniau atpažins PTSS.

Atkreipiame dėmesį į tai, kad šis PTSS modelis yra ne tik patrauklus dėl savo paprastumo, bet taip pat ir validus. Naujausi tyrimai parodė, kad, priešingai nei DSM-5 aprašomas 4 faktorių modelis, šis TLK-11 siūlomas trijų faktorių PTSS modelis puikiai tinka įvairiausioms imtims nepriklausomai nuo kultūros, amžiaus ar trauminės patirties specifikos (Brewin et al., 2017). Svarbu paminėti, kad Brewin su kolegomis (2017) nurodytuose tyrimuose viena iš tirtų specifinės traumas patyrusių asmenų grupių buvo būtent fizinį smurtą patyrę asmenys ir šiai imčiai trijų faktorių modelis taip pat tiko geriausiai. Taigi šiame darbe potrauminio streso reakcijas mes taip pat nagrinėjame vadovaudamiesi būtent TLK-11 siūlomu trijų faktorių pagrindinio PTSS modeliu.

1.2.3. Potrauminio streso rizikos veiksniai

Jau aptarėme, kad fizinis smurtas gali lemti PTSS išsivystymą, kuris gali stipriai pabloginti asmens psichologinę būklę. Natūraliai kyla klausimas – kas gi vis dėl to lemia ar patyrus fizinį smurtą išsivystys PTSS ar ne?

Daugybinės traumos. Turbūt nekyla abejonių, kad psichologinės traumos kartotinumai ar tęstinumas sukelia sunkesnius padarinius nei vienkartinis įvykis (Gailienė, 2015). Tačiau kyla klausimas ar skirtingų vienkartinių traumų kiekis turi tą patį poveikį? Kai kurie autoriai teigia, kad PTSS simptomų išreikštumas priklauso nuo trauminio patyrimo specifikos (Elklit, Hyland, & Shevlin, 2014; Hyland et al., 2017). Gali būti, jog išgyvenus itin sunkią psichologinę traumą, kitos trauminės patirtys jau nebeturi didelės reikšmės. Tačiau panašaus sudėtingumo skirtingos trauminės patirtys taip pat gali būti sunkiai pakeliamos, nes gali paliesti daugiau gyvenimo sričių ir tokiu būdu didinti PTSS išsivystymo riziką.

Individualūs skirtumai. Kalbant apie traumos kartotinumą, prisimename, kad moterys dažniau patiria romantinio partnerio smurtą (Capaldi et al., 2012; Herman, 2006). Toks fizinis smurtas yra nuolat besikartojantis ir dėl to gali sukelti sunkesnius padarinius nei vienkartinis. Taip pat Christiansen ir Elklit (2012) kalbėdami apie PTSS skirtumus nurodo, kad moterys ir vyrai ne tik patiria skirtingo tipo psichologines traumas, bet ir skirtingai į jas reaguoja t.y. moterys dažniau nei vyrai patiria seksualinį smurtą ir dėl to dažniau tikisi jo sulaukti ir kitų trauminių patyrimų (užpuolimas, pagrobimas, fizinis smurtas) metu, ko pasekoje ta pati trauminė patirtis, ypač sukelta kito asmens moterims gali turėti sunkesnius padarinius nei vyrams. Taigi, keliame prielaidą, kad fizinio smurto atveju moteriška lytis gali būti rizikos veiksnys PTSS išsivystymui.

Tęsiant apie demografinius veiksniai, kaip PTSS rizikos veiksniai, pastebime, kad vieni autoriai nurodo, kad PTSS simptomatika labiausiai pasireiškė vidutinio amžiaus asmenų grupėje (Berninger et al., 2010; Ditlevsen & Elklit, 2010), o kiti teigia, kad apskritai nėra jokių amžiaus sąsajų su potrauminiu stresu (Bryant, Humayun, Rousseau, & Suzuki, 2017; Wolf et al., 2015). Gali būti, kad amžiaus sąsajos su PTSS skiriasi priklausomai nuo traumos specifikos. Fizinio smurto patyrimas galimai labiau paveikia tuos, kurie jaučiasi fiziškai silpnesni ir negalintys apsiginti. Kalbant apie suaugusiuosius, tikėtina, kad vyresni, brandaus amžiaus sulaukę asmenys dažniau save priskirs fiziškai silpnesniems nei ką tik pilnametystės sulaukę jaunuoliai. Berninger su kolegomis (2010) nurodo, kad prastesnė subjektyviai vertinama sveikata siejasi su didesniu PTSS simptomatikos išreikštumu. Taigi keliame prielaidą, kad fizinio smurto atveju vyresnis amžius ir prastesnė sveikata gali būti rizikos veiksniai išvystyti PTSS.

Kalbant apie skirtingus (vyrų ir moterų, jaunesnių ir vyresnių) požiūrius į trauminę patirtį negalime pamiršti ir reflektyvumo, kaip gebėjimo analizuoti trauminės patirties priežastis, eigą ir

pasekmes. Sareen (2014) kalba apie žemesnio intelekto sąsajas su PTSS. Gali būti, kad žemesnį intelektą turintys asmenys yra mažiau išvystę reflektyvumo gebėjimą ir dėl to jiems sunkiau perdirbti trauminę patirtį, kas gali vesti link PTSS. Manome, kad išsilavinimas yra pakankamai geras atrenkamasis tiek intelekto, tiek reflektyvumo rodiklis, nes kiekviena mokslo pakopa (pagrindinis, vidurinis, aukštasis kolegialis, aukštasis universitetinis) reikalauja vis aukštesnių intelektinių gebėjimų bei gilesnio analitinio mąstymo.

Socialinė parama. Studijavimas taip pat gali praplėsti ir socialinį pažinčių ratą, nes atsiranda galimybė susipažinti su naujais žmonėmis. Tokias galimybes atveria ir darbinė veikla, o platesnis pažinčių ratas padidina ir galimų socialinės paramos šaltinių skaičių bei tokiu būdu gali mažinti PTSS išvystymo riziką. Taip pat darbinė veikla suteikia didesnę ar mažesnę finansinę saugumą. Finansinę saugumą dar labiau lemia gaunamų pajamų dydis. Finansinis saugumas galimai mažina patiriamą streso kiekį. Didesnės pajamos taip pat suteikia platesnę specialistų pagalbos pasirinkimą trauminės patirties atveju, o tai gali padėti įveikti su trauma susijusius sunkumus jiems dar nesikomplikavus iki išreikšto PTSS. Čia verta paminėti, kad PTSS dažnai yra siejamas su žemesniu socioekonominiu statusu (Bryant et al., 2017). Manome, kad išsilavinimas, darbinė veikla ir gaunamos pajamos gana gerai apibrėžia socioekonominį statusą. Taigi, žemas išsilavinimas, bedarbystė ir mažos pajamos gali būti PTSS rizikos veiksniai, trauminės patirties atveju.

Jeigu jau prabilome apie socialinės paramos šaltinius (studijos, darbas), tai atkreipiame dėmesį į tai, kad šeima yra itin svarbus socialinės paramos šaltinis (Gailienė, 2008). Užsienio autoriai nurodo didesnę PTSS simptomų išreikštumą nesusituokusių (Karatzias et al., 2016), gyvenančių po vieną (Bryant et al., 2017) bei gaunančių mažai socialinės paramos (Sareen, 2014) asmenų grupėse. Tikėtina, kad romantinis partneris gali būti tas lengviausiai pasiekiamas ir bene labiausiai patikimas socialinės paramos šaltinis, į kurį asmuo atsigręš emocinės pagalbos po trauminės patirties. Keliame prielaidą, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų įsitraukimas į ilgalaikius romantinius santykius užtikrina geresnę socialinės paramos pasiekiamumą ir todėl tampa apsauginiu veiksmu, mažinančiu PTSS išvystymo tikimybę.

1.3. Tyrimo tikslas ir klausimai

Aptarėme, kad priklausomai nuo fizinio smurto specifikos ir per gyvenimą patirtų trauminių patirčių skaičiaus, fizinis smurtas gali sąlygoti PTSS išsivystymą. Remiantis ankstesniais tyrimais, keliame prielaidą, kad patyrus fizinį smurtą tikimybė išvystyti PTSS gali sietis su lytimi, amžiumi, subjektyviai prastai vertinama sveikata, gyvenamąja vieta, išsilavinimu, darbine veikla, pajamomis ir žinoma sunkumų atsiskleidžiant apie traumą kiekiu. Visgi, fizinis smurtas, jo sąsajos su PTSS ir PTSS rizikos veiksniai yra dar ganėtinai mažai išnagrinėtos temos. ***Taigi šio tyrimo tikslas yra:*** Nagrinėjant sociodemografinių kintamųjų, subjektyvaus sveikatos vertinimo, trauminių patirčių skaičiaus, sunkumų atsiskleidžiant po traumos ir potrauminio streso tarpusavio sąsajas, identifikuoti potrauminio streso rizikos veiksnius, patirto fizinio smurto atveju.

Tyrimo klausimai:

1. Koks yra patiriamas fizinio smurto kontekstas?
 - 1.1. Kiek ir kokių kitų trauminių patirčių per gyvenimą yra patyrę fizinį smurtą išgyvenę asmenys?
 - 1.2. Su kokiais sociodemografiniais kintamaisiais siejasi trauminės patirtys?
2. Kokios yra trauminių patirčių skaičiaus, sunkumų atsiskleidžiant po traumos kiekio ir potrauminio streso simptomatikos tarpusavio sąsajos ir kaip jas veikia sociodemografiniai veiksniai?
3. Kokios dalies fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso simptomatika atitinka diagnostinius potrauminio streso sutrikimo kriterijus?
4. Kokie yra potrauminio streso sutrikimo išvystymo rizikos veiksniai, fizinį smurtą patyrusių asmenų imtyje?
 - 4.1. Kokie veiksniai ir kaip stipriai prognozuoja potrauminio streso sutrikimo išsivystymą?

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos pateiktos pirmoje lentelėje. Magistro darbe buvo naudoti 165 fizinį smurtą patyrusių asmenų duomenys. Tyrimo imtyje vyrų ir moterų buvo bene tiek pat. Tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 18 iki 79 ($M=36,43$; $SD=12,354$) metų. Beveik du trečdaliai iš jų buvo jaunuoliai ar jauni suaugę, o trečdalis – vidutinio amžiaus ar vyresni. Daugiau nei trys ketvirtadaliai tiriamųjų nurodė, kad gyvena mieste ir tik mažiau nei ketvirtis nurodė, kad gyvena kaime. Beveik du trečdaliai tyrime dalyvavusių asmenų, tyrimo metu buvo įsitraukę į ilgalaikius santykius, o šiek tiek daugiau nei trečdalis – buvo vieniši (žr. 1 lentelė).

Toliau žvelgdami į 1 lentelę, matome, kad didžioji dauguma respondentų tyrimo metu buvo įgiję aukštąjį išsilavinimą, kiek daugiau nei penktadalis aukštojo išsilavinimo įgiję nebuvo. Trys ketvirtadaliai tyrimo dalyvių buvo dirbantys asmenys, kiek daugiau nei penktadalis – nedirbantys, o vos keli asmenys – savo darbinės veiklos nenurodė. Nors dalis tiriamųjų nesutiko pateikti informacijos apie savo pajamas, mes galime pasakyti, kad beveik pusės tiriamųjų pajamos prilygo vidutiniam darbo užmokesčiui Lietuvoje, ar buvo už jį didesnės, o kiek mažesnės dalies – pajamos buvo mažesnės už vidutinį darbo užmokestį Lietuvoje.

1 lentelė. Tyrimo imties demografinės charakteristikos (N=165)

	N	%
Lytis		
Vyras	84	50,9
Moteris	81	49,1
Amžius		
Jaunuoliai ir jauni suaugę ($\leq 35m.$)	101	61,2
Vidutinio amžiaus ir vyresni ($\geq 36m.$)	56	33,9
Nenurodė	8	4,9

1 lentelė. Tyrimo imties demografinės charakteristikos (N=165) (*lentelės tęsinys*)

	N	%
Gyvenamoji vieta		
Miestas	128	77,6
Kaimas	37	22,4
Šeiminė padėtis		
Įsitraukę į ilgalaikius santykius	107	64,8
Nėra įsitraukę į ilgalaikius santykius	58	35,2
Išsilavinimas		
Neįgiję aukštojo išsilavinimo	36	21,8
Įgiję aukštąjį išsilavinimą	128	77,6
Nenurodė	1	0,6
Darbinė veikla		
Nedirba	35	21,2
Dirba	123	74,5
Nenurodė	7	4,3
Pajamos		
Mažesnės už vidutinį darbo užmokestį šalyje	68	41,2
Vidutinės ir didesnės už vidutinį darbo užmokestį šalyje	76	46,1
Nesutiko pateikti informacijos	21	12,7

Respondentų demografinės charakteristikos taip pasiskirstė turbūt dėl to, kad buvo naudota patogioji tyrimo dalyvių atranka. Projekto, prie kurio prisidėjo tyrėja (žr. „2.3. Tyrimo eiga“) metu renkant duomenis, projektą vykdančių tyrimų grupė (Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrimų grupė) bendradarbiavo su įvairiomis kitomis įstaigomis (pvz. specializuotos pagalbos centrais, krizių centrais, įstaigomis teikiančiomis apgyvendinimo paslaugas) tiek Vilniuje, tiek kituose miestuose. Dėl šios priežasties bendradarbiaujančių įstaigų buvimo vieta lėmė pasiekiamumą tik tų respondentų, kurie gyvena netoliese ir lankosi minėtose įstaigose. Taigi patogioji tiriamųjų atranka lėmė tai jog didžioji dauguma respondentų yra miesto gyventojai, nes jų pasiekiamumas yra žymiai didesnis.

2.2. Tyrimo instrumentai

Magistro darbe naudoti psichologinio įvertinimo instrumentia buvo gauti iš Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro vykdyto mokslinių tyrimų projekto „Psichosocialinių veiksnių mediaciniai efektai stresinių ir trauminių patirčių psichologiniams padariniams socialinės psichotraumatologijos kontekste“. Pirma klausimų paketo dalis yra sociodemografinių duomenų anketa, kurioje tiriamieji pateikė informaciją apie savo lytį, amžių, gyvenamąją vietą, šeimines padėtį, išsilavinimą, darbinę veiklą, pajamas ir taip pat subjektyviai vertinamą fizinę sveikatą. Toliau anketoje pateikiami žemiau aprašomi instrumentai skirti įvertinti tiriamųjų trauminę patirtį, potrauminio streso reakcijas bei išskylančius sunkumus atsiskleidžiant apie trauminę įvyki.

2.2.1. Gyvenimo įvykių sąrašas

Psichologinių traumų patirtis buvo vertinama naudojantis gyvenimo įvykių sąrašu (angl. Life Event Checklist – Revised, toliau LEC-R). LEC-R yra skalė, talpinanti dvidešimt potencialiai psichologiškai traumuojančių situacijų, tokių kaip fizinis ar seksualinis smurtas, dalyvavimas kare, ginkluotas užpuolimas, smurtinės kito asmens mirties poveikis ir kiti. Šioje metodikoje tiriamieji yra prašomi pažymėti ar ir koku būdu („Man nutiko“, „Buvau liudininkas“, „Sužinojau apie tai“, „Nesu tikras“, „Man nenutiko“) yra susidūrę su pateiktomis situacijomis per visą gyvenimą. Tiriamieji, kuriems įvykis nutiko asmeniškai arba, kurie buvo tam tikro įvykio liudininkais yra laikomi patyrę potencialiai traumuojančių įvyki.

Ankstesnių LEC-R psichometrinių savybių tyrimų rezultatai parodė, gerą LEC-R stabilumą ir susietumą su kitais trauminių gyvenimo patirčių instrumentais bei statistiškai reikšmingas sąsajas su PTSS simptomais (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004). Lietuviškąją LEC-R versiją parengė Skerytė-Kazlauskienė M., Vaskelienė I. ir Mažulytė E. 2013 metais (Mažulytė ir kt., 2014). Šiame tyrime buvo naudojama patirtų trauminių įvykių suma.

2.2.2. Atsiskleidimo apie traumą klausimynas

Pasirengimas kalbėti apie traumą buvo vertinamas atsiskleidimo apie traumą klausimynu (angl. Disclosure of Trauma Questionnaire; toliau DTQ). DTQ yra pasirengimą atsiskleisti matuojantis klausimynas, sudarytas iš 12 teiginių. Bendram sunkumų atsiskleidžiant apie traumą įvertinimui, buvo „apversti“ kai kurie teiginiai. Aukštesni DTQ skalės balai rodo mažesnę pasirengimą atsiskleisti. Kiekvienas teiginys traumą patyrusių asmenų yra vertinamas 6 balų Likerto skalėje, kur „0“ reiškia „visiškai nesutinku“, o „5“ – „visiškai sutinku“. Šiame tyrime respondentai buvo prašomi į DTQ klausimus atsakinėti siejant juos su TTK nurodytu labiausiai traumavusiu įvykiu. DTQ į lietuvių kalbą buvo išverstas naudojant atgalinį vertimą ir konsultuojantis su DTQ autoriais (Kazlauskas, Želvienė, Eimontas ir Gegieckaitė, 2017).

Kitų autorių tyrimuose DTQ patikimumas pagal vidinį suderintumą pakankamai geras. Nepasirengimo atsiskleisti subskalės Crombach alfa svyruoja nuo 0,62 iki 0,7, pasirengimo atsiskleisti – nuo 0,75 iki 0,79, stiprių reakcijų atsiskleidžiant – nuo 0,8 iki 0,81, o visos skalės – nuo 0,73 iki 0,89 (Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017; Mueller, Moergeli, & Maercker, 2008; Pielmaier & Maercker, 2011). Nepasirengimo atsiskleisti subskalės Crombach alfa lygus 0,76, pasirengimo atsiskleisti – 0,81, stiprių reakcijų atsiskleidžiant – 0,88, o visos skalės – 0,78. Atlikus faktorinę analizę, paaiškėjo, kad trys faktoriai paaiškina net 69,95% visos sklaidos, o KMO lygus 0,858. Buvo naudota *varimax* sukimo technika. Mūsų tyrime nepasirengimo atsiskleisti subskalės požymių panašumo rotacijos koeficientai svyruoja nuo 0,612 iki 0,834, pasirengimo atsiskleisti – nuo 0,703 iki 0,864, o stiprių reakcijų atsiskleidžiant – nuo 0,636 iki 0,803. Šiame tyrime vidinis subkalių suderintumas yra geresnis, o bendras visos skalės vidinis suderintumas prastesnis, tačiau skirtumai nėra žymūs. Duomenų analizėje buvo naudojami tik bendri sunkumų atsiskleidžiant apie traumą balai.

2.2.3. Tarptautinis traumų klausimynas

Potrauminio streso sutrikimo (toliau PTSS) simptomams įvertinti buvo naudojama tarptautinio traumų klausimyno 1.5 versija (toliau TTK). Šis saviataskaitos instrumentas yra paremtas

Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau PSO) TLK-11 darbo grupės pasiūlymais PTSS diagnozei (Maercker et al., 2013). Bendradarbiaujant su originalaus instrumento autoriais, TTK buvo išverstas į lietuvių kalbą ir dukart buvo atliktas jo atgalinis vertimas (Kazlauskas, Gagieckaitė, Hyland, Želvienė ir Cloitre, 2018).

Šiame tyrime buvo naudota tik pirmoji TTK dalis, kuri susideda iš 15-os PTSS simptomus apibūdinančių teiginių. Anketoje tiriamieji yra prašomi įvardinti jų nuomone labiausiai juos paveikusių potencialiai trauminį patyrimą ir įvertinti per pastarąjį mėnesį patirtų simptomų išreikštumą 5 balų Likerto skalėje, kur 0 reiškia „Visiškai ne“, o 4 – „Ypač stipriai“. Buvo vertinamos trys PTSS simptomų grupės: invazijos (3 teiginiai), vengimas (2 teiginiai), grėsmės pojūtis (2 teiginiai). Jei bent vienas teiginys (invazijų, vengimo ar grėsmės jausmo) simptomų grupėje įvertinamas „2“ ar daugiau balų, tai yra laikoma, kad respondentui pasireiškia tas simptomas (Dokkedah, Oboke, Ovuga, & Elklit, 2015). PTSS pasireiškimas svarstomas tada, kai pasireiškia visi trys simptomai. Siekiant įvertinti kaip stipriai pasireiškia invazijos, vengimas ir grėsmės pojūtis, buvo apskaičiuoti kiekvienos simptomų grupės įverčių vidurkiai, o bendrą PTSS simptomų išreikštumą atitinka tų vidurkių suma.

Nors ši TTK versija dar nėra galutinė, kiti autoriai nurodo pakankamai gerus instrumento PTSS subskalių patikimumo rodiklius pagal vidinį suderintumą – Crombach alfa tyrimuose svyruoja nuo 0,72 iki 0,93 (Karatzias et al., 2017; Kazlauskas ir kt., 2018; Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017). Šiame tyrime patikimumo rodikliai pagal vidinį suderintumą yra labai geri: invazijų subskalės Crombach alfa lygus 0,94, vengimo – 0,87, grėsmės jausmo – 0,84, o bendras skalės Crombach alfa lygus 0,95. Atlikus faktorinę analizę, instrumento validumas pagal Kaiserio, Meyerio ir Olkino atrankos atitikimo matą (toliau KMO) yra lygus 0,933 ($p < 0,01$). Trys faktoriai paaiškina 80,1% bendros sklaidos. Atliekant faktorinę analizę, buvo naudota *varimax* sukimo technika. Pakartotinio patyrimo subskalės požymių panašumo rotacijos koeficientai svyruoja nuo 0,728 iki 0,890, vengimo – nuo 0,846 iki 0,866, o grėsmės pojūčio – nuo 0,80 iki 0,878.

2.3. Tyrimo eiga

Kaip jau minėta anksčiau, šio darbo autorė prisidėjo prie Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrėjų grupės vykdyto projekto „Psychosocialinių veiksnių mediaciniai

efektai stresinių ir trauminių patirčių psichologiniams padariniams socialinės psichotraumatologijos kontekste“. Pasiėkus tiriamuosius (įstaigose ar individualiai) visų pirma buvo gaunamas jų informuotas sutikimas. Tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tyrimo tikslus, tyrimo paketo pildymo trukmę, konfidencialumą ir kur bus naudojami tyrimo duomenys bei galimybę bet kada nutraukti tyrimą. Asmenims sutikus dalyvauti tyrime, buvo prašoma tyrimo pakete informuoto sutikimo grafoje pasirašyti ir įrašyti tos dienos datą. Taip pat dalyviai buvo paskatinti perskaityti informaciją apie tyrimą, pateiktą aukščiau informuoto sutikimo grafos.

Prieš pradėdant tyrimą buvo įsitikinta, kad aplinkos sąlygos yra tinkamos tyrimui t.y. kad yra pakankamas apšvietimas, nėra didelis pašalinio triukšmo lygis ir panašiai. Įsitikinus, kad aplinkos sąlygos yra tinkamos tyrimui, tyrimas buvo vykdomas asmeniškai su tyrimo dalyviais. Tiriamieji buvo apklausiami individualiai arba mažose grupelėse. Paketą popieriaus ir pieštuko principu pildė patys tiriamieji dalyvaujant tyrėjai, kuri atsakydavo į tyrimo metu kylančius klausimus. Tiriamiesiems baigus pildyti tyrimo paketą, buvo padėkota už dalyvavimą ir įteiktos brošiūros su padėka ir trumpa informacija apie tyrimą bei platesnės informacijos nuorodomis. Surinkti duomenys, buvo suvesti į IBM SPSS Statistics 23 programą, kuria naudojantis buvo atliekama rezultatų analizė. Šiame magistro darbe buvo naudojami tik tyrėjos asmeniškai surinkti ir/ar sukoduoti duomenys.

2.4. Duomenų analizė

Prieš pradėdant duomenų apdorojimą, norint įsitikinti duomenų patikimumu buvo apskaičiuoti TTK ir DTQ instrumentų skalių ir subskalių Crombach alfa rodmenys. O norint patikrinti skalių validumą buvo naudota faktorinė analizė su *Varimax* sukiniu. Pirmasis rezultatų apdorojimo etapas buvo aprašomoji statistika. Metodikų aprašomiesiems duomenims gauti buvo skaičiuojami LEC-R, TTK ir DTQ skalių ir subskalių įverčių vidurkiai (M) ir standartiniai nuokrypiai (SD). Taip pat šiame etape buvo apskaičiuotas LEC-R specifinių trauminių patirčių ir jų kiekio bei subjektyviai vertinamos fizinės sveikatos ir TTK subskalių rezultatų pasiskirstymas procentais.

Siekiant išsiaiškinti ar amžius siejasi su trauminių patirčių skaičiumi, PTSS simptomatikos išreikštumu ir sunkumais atsiskleidžiant apie traumą buvo apskaičiuotos Pearsono koreliacijos. Norint išsiaiškinti ar tokie sociodemografiniai kintamieji kaip, lytis, amžius, gyvenamoji vieta, šeiminei

padėtis, išsilavinimas, darbinė veikla, pajamos bei subjektyviai suvokiama sveikata siejasi su per gyvenimą patirtų potencialiai traumuojančių įvykių skaičiumi, PTSS simptomatikos išreikštumu ir sunkumais atsiskleidžiant apie traumą buvo apskaičiuoti Stjudento t kriterijai nepriklausomoms imtims. Siekiant išsiaiškinti lyties sąsajas su nurodytomis specifinėmis trauminėmis patirtimis, bei norint palyginti nurodytų PTSS simptomų išreikštumą klinikiu lygmeniu skirtingose lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos, esamos šeiminės padėties, subjektyviai vertinamos sveikatos, išsilavinimo, darbinės veiklos ir gaunamų pajamų grupėse buvo apskaičiuoti Chi kvadrato homogeniškumo kriterijai.

Norint patikrinti ar potencialiai traumuojančių patirčių skaičius, PTSS simptomatikos išreikštumas ir sunkumai atsiskleidžiant po traumos siejasi tarpusavyje, buvo apskaičiuotos dalinės koreliacijos, lytį, amžių, sveikatą, šeiminių padėčių, darbinę veiklą ir gaunamas pajamas naudojant kaip šių kintamųjų sąsajas įtakojančius veiksnus. Siekiant išsiaiškinti ar pagal trauminių patirčių skaičių, sunkumų atsiskleidžiant apie traumą kiekį, subjektyvų fizinės sveikatos vertinimą ir tokius sociodemografinius kintamuosius, kaip amžius, lytis, šeiminių padėčių, darbinė veikla ir pajamos, galime prognozuoti fizinį smurtą patyrusių tiriamųjų PTSS simptomatikos atitikimą PTSS diagnostiniams kriterijams buvo pritaikyta logistinė regresija.

3. REZULTATAI

3.1. Trauminių patirčių, sunkumų atsiskleidžiant apie traumą ir potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje

3.1.1. Trauminių patirčių paplitimas imtyje

Norint išsiaiškinti kaip stipriai trauminės patirtys yra paplitę tyrimo imtyje buvo apskaičiuoti LEC įverčių sumos vidurkis ir standartinis nuokrypis, bei kiek procentų tyrimo dalyvių nurodė skirtingą kiekį potencialiai traumuojančių patirčių. Tyrimo imtyje, iš 21 galimos, nurodytų per gyvenimą patirtų įvairių potencialiai traumuojančių patirčių skaičius vyravo nuo 1 iki 17 ($M = 5,79$; $SD = 2,48$). 1-3 trauminių patirčių nurodė 18,2% (30 asmenų) respondentų, 4-5 – 26,6% (44 asmenys), 6-7 – 37,6% (62 asmenys), o 8 ir daugiau trauminių patirčių nurodė 17,6% (29 asmenys) tyrimo dalyvių.

Siekiant sužinoti kokias kitas trauminės patirtis dažniausiai nurodo fizinį smurtą patyrę asmenys buvo apskaičiuotas trauminių patirčių pasiskirstymas procentais. Fizinį smurtą patyrusių tiriamųjų dažniausiai nurodomi kiti trauminiai patyrimai buvo eismo įvykis, fizinis smurtas vaikystėje, rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu, didelė kančia, gaisras ar sprogimas, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas ir staigi netikėta artimo žmogaus mirtis (žr. 2 lentelė).

2 lentelė. Trauminių patirčių paplitimas imtyje ir lyčių skirtumai

Patirtis	Iš viso n (%)	Vyrai n (%)	Moterys n (%)	χ^2
Stichinė nelaimė	11 (6,8)	8 (9,6)	3 (3,8)	2,12
Gaisras ar sprogimas	64 (39,5)	36 (43,4)	28 (35,4)	1,07

2 lentelė. Trauminių patirčių paplitimas imtyje ir lyčių skirtumai (*lentelės tęsinys*)

Patirtis	Iš viso n (%)	Vyrai n (%)	Moterys n (%)	χ^2
Eismo įvykis	104 (63,4)	60 (72,3)	44 (54,3)	5,71*
Rimtas nelaimingas atsitikimas	73 (44,8)	44 (52,4)	29 (36,7)	4,04*
Sąlytis su nuodingomis medžiagomis	28 (17)	19 (22,6)	9 (11,1)	3,47
Fizinis smurtas vaikystėje	87 (54)	41 (48,8)	46 (59,7)	1,93
Ginkluotas užpuolimas	39 (23,6)	20 (23,8)	19 (23,5)	0,002
Seksualinė prievarta vaikystėje	12 (7,3)	2 (2,4)	10 (12,3)	6,33*
Seksualinis smurtas po 18 metų amžiaus	14 (8,5)	1 (1,2)	13 (16)	12,11***
Kitas nenorimas seksualinis patyrimas	27 (16,4)	6 (7,1)	21 (25,9)	11,72***
Dalyvavimas mūšyje ar karo zonoje	7 (4,2)	6 (7,1)	1 (1,2)	3,42
Nelaisvė	6 (3,6)	5 (6)	1 (1,2)	2,47
Gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas	64 (39,5)	34 (40,5)	30 (38,5)	0,7
Didelė kančia	70 (44,6)	26 (32,5)	44 (57,1)	9,64**
Buvimas staigios smurtinės mirties liudininku	19 (11,5)	5 (6)	14 (17,3)	5,51*
Staigi netikėta artimo žmogaus mirtis	55 (34,6)	18 (22,5)	37 (46,8)	10,4***
Sunkaus sužeidimo sukėlimas kitam asmeniui	13 (7,9)	11 (13,1)	2 (2,7)	6,07*
Bandytas nusižudyti	24 (14,5)	11 (13,1)	13 (16)	0,56
Buvimas savižudybės liudininku	11 (6,7)	5 (6)	6 (7,4)	0,22
Kita trauma	44 (26,7)	15 (17,9)	29 (35,8)	5,93*

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Trauminių patirčių sąsajos su demografiniais veiksniais. Trauminių patirčių skaičiaus ir amžiaus sąsajoms nustatyti, buvo apskaičiuota Pearsono koreliacija. Kuo vyresni buvo respondentai, tuo daugiau trauminių patirčių jie nurodė patyrę ($r = 0,19$, $p = 0,016$). Trauminių patirčių kiekio ir lyties sąsajoms nustatyti buvo pritaikytas Stjudento t kriterijus nepriklausomoms imtims, o norint išsiaiškinti lyties sąsajas su nurodytomis specifinėmis trauminėmis patirtimis, buvo apskaičiuoti Chi kvadrato homogeniškumo kriterijai. Nors tiriamųjų nurodytų per gyvenimą patirtų potencialiai

traumuojančių patirčių skaičius tarp lyčių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(163) = 0,45, p = 0,586$), tačiau statistiškai reikšmingai skyrėsi kai kurių specifinių patirčių patyrimas tarp vyrų ir moterų.

Kai kuriuos specifinius trauminius patyrimus statistiškai reikšmingai dažniau teigė patyrę vyrai nei moterys. 2 lentelėje matome, kad vyrai statistiškai reikšmingai dažniau teigia patyrę eismo įvykius, rimtus nelaimingus atsitikimus, sunkius sužeidimus bei žalą ar mirtį sukeltą kitam asmeniui. Taip pat žvelgdami į 2 lentelę, pastebime, kad kai kuriuos specifinius trauminius patyrimus statistiškai reikšmingai dažniau teigė patyrusios moterys nei vyrai. Moterys statistiškai reikšmingai dažniau teigia patyrę seksualinę prievartą vaikystėje, seksualinį smurtą po 18 metų amžiaus, kitus nenorimus ar nemalonius seksualinius patyrimus, didelę kančią, buvimą staigios smurtinės mirties liudininku ir staigią netikėtą artimo žmogaus mirtį. Visgi neradome statistiškai reikšmingų skirtumų stichinių nelaimių, gaisro ar sprogimo, sąlyčio su nuodingomis medžiagomis, fizinio smurto vaikystėje, dalyvavimo mūšyje ar karo zonoje, nelaisvės, gyvybei pavojingos ligos ar sužeidimo, bandymo nusižudyti ar buvimo savižudybės liudininku paplitime tarp vyrų ir moterų (žr. 2 lentelę).

Norint išsiaiškinti ar tokie demografiniai kintamieji kaip gyvenamoji vieta, šeimtinė padėtis, išsilavinimas, darbinė veikla, pajamos bei subjektyviai suvokiama sveikata siejasi su per gyvenimą patirtų potencialiai traumuojančių įvykių skaičiumi, buvo apskaičiuoti Stjudento t kriterijai nepriklausomoms imtims.

3 lentelė. Demografinių veiksnių sąsajos su patirtų potencialiai traumuojančių įvykių skaičiumi

Lyginamosios grupės	LEC įverčių M (SD)	t
Gyvenantys mieste	5,79 (2,39)	0,011
Gyvenantys kaime	5,78 (2,8)	
Įsitraukę į romantinius santykius	5,62 (2,45)	1,21
Neįsitraukę į romantinius santykius	6,1 (2,52)	
Įgiję aukštąjį išsilavinimą	5,74 (2,25)	0,67
Neįgiję aukštojo išsilavinimo	6,06 (3,17)	

3 lentelė. Demografinių veiksnių sąsajos su patirtų potencialiai traumuojančių įvykių skaičiumi (*lentelės tęsinys*)

Lyginamosios grupės	LEC įverčių M (SD)	t
Dirbantys	5,64 (2,39)	1,86
Nedirbantys	6,61 (2,61)	
Gaunantys mažesnes už vidutines pajamas	6,15 (2,62)	1,66
Gaunantys vidutines ir didesnes pajamas	5,47 (2,24)	
Vertinantys sveikatą, kaip geresnę nei vidutinę	5,58 (2,5)	1,6
Vertinantys sveikatą, kaip vidutinę ir blogesnę	6,22 (2,41)	

Pastaba. LEC (angl. Life Event Checklist) – gyvenimo įvykių sąrašas.

Kaip matyti 3 lentelėje, neradome statistiškai reikšmingų nurodytų per gyvenimą patirtų potencialiai traumuojančių įvykių skaičiaus skirtumų nei tarp gyvenančių mieste ir kaime ($p > 0,05$), nei tarp savo sveikatą vertinančių kaip geresnę ir blogesnę nei vidutinę ($p > 0,05$), nei tarp įsitraukusių ir neįsitraukusių į ilgalaikius romantinius santykius ($p > 0,05$), nei tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgijusių ($p > 0,05$), nei tarp dirbančių ir nedirbančių ($p > 0,05$), nei tarp gaunančių mažesnes už vidutines pajamas ir gaunančių vidutines ir didesnes pajamas ($p > 0,05$).

3.1.2. Sunkumų atsiskleidžiant apie traumą paplitimas imtyje

Tyrimo imtyje, iš 60 galimų, surinkti sunkumų atsiskleidžiant apie traumą balai vyravo nuo 4 iki 54 ($M = 26,06$; $SD = 9,5$). Siekiant išsiaiškinti ar amžius siejasi su pasirengimu atsiskleisti apie traumą buvo apskaičiuota Pearsono koreliacija, o norint palyginti sunkumų atsiskleidžiant po traumos kiekį tarp skirtingų amžiaus bei lyties grupių buvo apskaičiuoti Stjudento t kriterijai nepriklausomoms imtims. Neradome jokių statistiškai reikšmingų potrauminio atsiskleidimo sąsajų su amžiumi ($r = 0,1$, $p > 0,05$; $t(151) = 1,39$, $p > 0,05$). Vyrų ir moterų pasirengimas atsiskleisti po traumos taip pat nesiskyrė ($t(159) = 0,59$, $p > 0,05$).

4 lentelė. Demografinių veiksnių sąsajos su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą

Lyginamosios grupės	DTQ įverčių M (SD)	t
Gyvenantys mieste	25,73 (9,69)	0,85
Gyvenantys kaime	27,29 (8,76)	
Įsitraukę į romantinius santykius	24,65 (8,88)	2,56*
Neįsitraukę į romantinius santykius	28,6 (10,1)	
Įgiję aukštąjį išsilavinimą	25,82 (9,23)	0,61
Neįgiję aukštojo išsilavinimo	26,94 (10,53)	
Dirbantys	25,29 (8,96)	2,42*
Nedirbantys	29,81 (10,9)	
Gaunantys mažesnes už vidutines pajamas	26,89 (10,34)	1,66
Gaunantys vidutines ir didesnes pajamas	24,35 (7,43)	
Vertinantys sveikatą, kaip geresnę nei vidutinę	24,56 (8,23)	2,51*
Vertinantys sveikatą, kaip vidutinę ir blogesnę	28,75 (10,99)	

*Pastaba. DTQ (angl. Disclosure of Trauma Questionnaire) – atsiskleidimo apie traumą klausimynas; * $p < 0,05$*

Mes taip pat radome statistiškai reikšmingų sunkumų atsiskleidžiant po traumos kiekybinių skirtumų skirtingose esamos šeiminės padėties, subjektyviai vertinamos sveikatos ir darbinės veiklos grupėse. Pažvelgę į 4 lentelę pamatysime, kad neįsitraukę į ilgalaikius romantinius santykius asmenys nurodo patiriantys statistiškai reikšmingai daugiau sunkumų atsiskleidžiant po traumos, nei į tokius santykius įsitraukę. Respondentai subjektyviai vertinantys savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę sakosi patiriantys statistiškai reikšmingai daugiau sunkumų atsiskleidžiant po traumos, nei sveikatą vertinantys kaip geresnę nei vidutinę (žr. 4 lentelė). Toliau nagrinėjant 4 lentelę pastebime, kad nedirbantys tyrimo dalyviai teigia, kad patiria statistiškai reikšmingai daugiau sunkumų atsiskleidžiant po traumos, nei dirbantys. Išsakomų sunkumų atsiskleidžiant po traumos kiekis nesiskyrė nei tarp gyvenančių mieste ir kaime, nei tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgijusių, nei tarp mažesnes už vidutines ir vidutines bei didesnes pajamas gaunančių tiriamųjų (žr. 4 lentelė).

3.1.3. Subjektyvus savijautos po traumos vertinimas imtyje

Siekiant išsiaiškinti kaip fizinį smurtą patyrę tiriamieji vertino savo fizinę sveikatą ir patiriamą potrauminio streso simptomatiką buvo apskaičiuoti subjektyvaus sveikatos vertinimo ir TTK instrumento įverčių vidurkiai standartiniai nuokrypiai ir pasiskirstymas procentais.

Subjektyvus sveikatos vertinimas. Savo fizinę sveikatą tiriamieji buvo prašomi įvertinti 5 balų Likerto skalėje nuo 1 – „labai bloga“ iki 5 – „labai gera“. Tyrimo imtyje subjektyviai suvokiamos sveikatos balai pasiskirstė nuo 1 iki 5 ($M = 3,69$; $SD = 0,91$). Pažvelgę į 5 lentelę matome, kad dauguma tyrimo dalyvių savo sveikatą subjektyviai įvertino, kaip geresnę nei vidutinę, o kaip vidutinę ar blogesnę nei vidutinę – įvertino beveik dvigubai mažiau respondentų.

5 lentelė. Subjektyvus sveikatos vertinimas (N = 165)

Sveikata	N	%
Vidutinė ir blogesnė nei vidutinė	59	35,7
Geresnė nei vidutinė	104	63,1
Nenurodė	2	1,2

Potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje. Kiekvienos iš PTSS simptomus apibūdinančių skalių įverčiai tyrimo imtyje vyravo nuo minimumo (0-io balų) iki maksimumo (4-ių balų atskirų subskalių; 12-os balų bendros skalės). Skalių įverčių vidurkius ir standartinius nuokrypius galite matyti 6 lentelėje. Kaip minėta anksčiau, jei bent vienas teiginys (invazijų, vengimo ar grėsmės jausmo) simptomų grupėje įvertinamas „2“ ar daugiau balų, tai yra laikoma, kad respondentui pasireiškia tas simptomas. Invazijų ir vengimo simptomai pasireiškė maždaug dviem penktadaliams respondentų, o grėsmės jausmo simptomas pasireiškė kiek mažiau nei pusei tyrimo dalyvių (žr. 6 lentelė).

6 lentelė. Tarptautinio traumų klausimyno skalių įverčių pasiskirstymas procentais, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir tarpusavio koreliacijos

TTK skalė	% (N)	M	SD	Koreliacijos			
				Bendra skalė	Invazijos	Vengimas	Grėsmės jausmas
Bendra skalė	28,5 (47)	3,25	3,32	-			
Invazijos	39,4 (65)	0,81	1,01	0,913***	-		
Vengimas	40 (66)	1,18	1,33	0,930***	0,771***	-	
Grėsmės jausmas	46,7 (77)	1,25	1,25	0,931***	0,796***	0,764***	-

*Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas; *** $p < 0,001$.*

Žiūrint į 6 lentelę pastebime, kad visi PTSS simptomai stipriai siejasi tarpusavyje. Klinikinius PTSS kriterijus atitiko (pasireiškė visi 3 PTSS simptomai) beveik trečdalis respondentų simptomai. Dešimtadalis ($n = 18$; 10,9%) tiriamųjų simptomai patenka į subklinikinę grupę (klinikiniu lygmeniu pasireiškė 2 simptomai iš 3). Beveik penktadaliui ($n = 31$; 18,8%) tyrimo dalyvių pasireiškė 1 simptomas, o dviem penktadaliams ($n = 69$; 41,8%) tiriamųjų nepasireiškė nei vienas PTSS simptomas.

Siekiant išsiaiškinti kokie demografiniai veiksniai yra susiję su tiriamųjų išsakomos PTSS simptomatikos stiprumu, buvo apskaičiuoti Stjudento t kriterijai nepriklausomoms imtims, o norint palyginti nurodytų simptomų išreikštumą klinikiniu lygmeniu skirtingose lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos, esamos šeiminės padėties, subjektyviai vertinamos sveikatos, išsilavinimo, darbinės veiklos ir gaunamų pajamų grupėse buvo apskaičiuoti Chi kvadrato homogeniškumo kriterijai.

Potrauminio streso sąsajos su lytimi. Mes radome statistiškai reikšmingų išsakomos PTSS simptomatikos skirtumų tarp lyčių. Moterų surinkti TTK bendros skalės įverčiai statistiškai reikšmingai buvo didesni ir beveik tris kartus dažniau siekė klinikinį (pasireiškia visi 3 simptomai) ar subklinikinį (pasireiškia 2 iš 3 simptomų) lygmenį nei vyrų (žr. 7 lentelė). Nagrinėjant 7 lentelę pastebime, kad kiekvienas iš PTSS simptomų statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikštas ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu moterims nei vyrams. Invazijų simptomas pasireiškė beveik dviem

trečdaliams moterų ir tik penktadaliui vyrų. Vengimo simptomas pasireiškė daugiau nei pusei moterų ir ketvirtadaliui vyrų. Grėsmės jausmo simptomas pasireiškė dviem trečdaliams moterų ir trečdaliui vyrų.

7 lentelė. Potrauminio streso sąsajos su lytimi

TTK skalė	PTSS pasireiškimas		χ^2	TTK įverčių M (SD)		<i>t</i>
	(sub)klinikiniu lygmeniu n (%)			Vyrai	Moterų	
	Vyrai	Moterys				
Bendra skalė	17 (20,5)	48 (59,3)	25,76***	1,78 (2,19)	4,78 (3,61)	6,4***
Invazijos	14 (21,4)	47 (58)	23,13***	0,37 (0,58)	1,26 (1,25)	6,24***
Vengimas	21 (25,3)	45 (55,6)	15,6***	0,65 (1)	1,72 (1,41)	5,59***
Grėsmės jausmas	28 (33,7)	49 (60,5)	11,79***	0,78 (0,93)	1,74 (1,35)	5,3***

Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas; *** $p < 0,001$.

Potrauminio streso sąsajos su amžiumi. Mes radome statistiškai reikšmingų išsakomos PTSS simptomatikos skirtumų tarp skirtingų amžiaus grupių. Vidutinio amžiaus ir vyresnių respondentų išsakomi PTSS simptomai statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšti ir vos ne dvigubai dažniau pasireiškė klinikiniu ar subklinikiniu lygmeniu nei jaunuolių ir jaunų suaugusių (žr. 8 lentelė).

8 lentelė. Potrauminio streso sąsajos su amžiumi

TTK skalė	PTSS pasireiškimas		χ^2	TTK įverčių M (SD)		<i>t</i>
	(sub)klinikiniu lygmeniu n (%)			≤ 35 m.	≥ 36 m.	
	≤ 35 m.	≥ 36 m.				
Bendra skalė	29 (29)	31 (55,4)	10,54***	2,75 (3,17)	4,08 (3,44)	2,4*
Invazijos	33 (33)	27 (48,2)	3,69	0,69 (0,97)	1,02 (1,07)	1,93
Vengimas	35 (35)	27 (48,2)	2,62	1 (1,22)	1,46 (1,46)	2,08*
Grėsmės jausmas	37 (37)	35 (62,5)	9,39**	1,06 (1,2)	1,56 (1,27)	2,48*

Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Nagrinėjant 8 lentelę, matome, kad vidutinio amžiaus ir vyresnių respondentų nurodyta grėsmės jausmo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšta ir beveik dvigubai dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei jaunuolių ir jaunų suaugusių. Taip pat vengimo simptomas buvo labiau išreikštas vidutinio ir vyresnio amžiaus tiriamųjų grupėje, tačiau šio simptomo pasireiškimo klinikiniu lygmeniu skirtumų skirtingose amžiaus grupėse neradome (žr. 8 lentelė). Galiausiai 8 lentelėje pastebime, kad invazijų simptomo pasireiškimas skirtingose amžiaus grupėse nesiskyrė.

Potrauminio streso sąsajos su sveikata. Mes radome statistiškai reikšmingų išsakomos PTSS simptomatikos skirtumų tarp savo sveikatą vertinančių kaip geresnę nei vidutinę ir ją vertinančių, kaip vidutinę ar blogesnę. 9 lentelėje matome, kad savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę vertinusių tiriamųjų išsakomi PTSS simptomai statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšti ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei sveikatą vertinusių kaip geresnę nei vidutinę. Savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę vertinusių tyrimo dalyvių simptomų išreikštumas siekė klinikinį lygmenį dvigubai dažniau nei sveikatą vertinusių kaip geresnę nei vidutinę (žr. 9 lentelė).

9 lentelė. Potrauminio streso sąsajos su sveikata

TTK skalė	PTSS pasireiškimas		χ^2	TTK įverčių M (SD)		t
	klinikiniu lygmeniu n (%)			Geresnė sveikata	Blogesnė Sveikata	
	Geresnė sveikata	Blogesnė Sveikata				
Bendra skalė	22 (21,2)	24 (40,7)	7,08**	2,54 (2,9)	4,61 (3,67)	3,65***
Invazijos	30 (28,8)	34 (57,6)	13,08***	0,56 (0,79)	1,27 (1,21)	4,01***
Vengimas	37 (35,9)	28 (47,5)	2,08	0,98 (1,22)	1,54 (1,46)	2,5*
Grėsmės jausmas	39 (37,9)	37 (62,7)	9,3**	1 (1,15)	1,72 (1,31)	3,55**

Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas

** $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.*

Toliau nagrinėjant 9 lentelę pastebėsime, jog savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę vertinusių tiriamųjų išsakoma invazijų ir grėsmės jausmo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo

labiau išreikšta ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei sveikatą vertinusių kaip geresnę nei vidutinę. Respondentų, kurie savo sveikatą vertino kaip blogesnę nei vidutinę, nurodyta invazijų simptomatika dvigubai dažniau siekė klinikinį lygmenį nei tų, kurie savo sveikatą vertino kaip geresnę nei vidutinę (žr. 9 lentelė). Taip pat 9 lentelėje matome, kad bene dviejų trečdalių savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę vertinusių tyrimo dalyvių ir mažiau nei dviejų penktadalių sveikatą vertinusių kaip geresnę nei vidutinę asmenų grėsmės jausmo simptomas pasireiškė klinikiniu lygmeniu. Savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę vertinusių tiriamųjų nurodyta vengimo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšta nei sveikatą vertinusių kaip geresnę nei vidutinę, tačiau jos pasireiškimas klinikiniu lygmeniu nesiskyrė (žr. 9 lentelė).

Potrauminio streso sąsajos su gyvenamąja vieta. Mes neradome jokių respondentų nurodomų PTSS simptomatikos skirtumų tarp gyvenančių mieste ir kaime. Nesiskyrė nei išsakytos invazijų ($t(162) = 1,14, p > 0,05; \chi^2(1, N = 165) = 0,97, p > 0,05$), nei vengimo ($t(164) = 1,8, p > 0,05; \chi^2(1, N = 164) = 3,47, p > 0,05$), nei grėsmės jausmo ($t(163) = 1,41, p > 0,05; \chi^2(1, N = 165) = 0,97, p > 0,05$), nei bendros PTSS ($t(161) = 1,48, p > 0,05; \chi^2(1, N = 164) = 0,02, p > 0,05$) simptomatikos pasireiškimas tarp gyvenančių mieste ir kaime.

Potrauminio streso sąsajos su šeimine padėtimi. Mes radome statistiškai reikšmingų išsakomos PTSS simptomatikos skirtumų skirtingose esamos šeiminės padėties grupėse. Žvelgdami į 10 lentelę, pastebime, kad į ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių respondentų išsakomi PTSS simptomai statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšti ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei į tokius santykius įsitraukusių. Beveik pusės į ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių ir tik mažiau nei penktadalio į tokius santykius įsitraukusių asmenų išsakomų simptomų išreikštumas siekė klinikinį lygmenį (žr. 10 lentelė).

Pažvelgę į 10 lentelę, pamatysime, kad į ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių respondentų išsakoma invazijų, vengimo ir grėsmės jausmo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšta ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei į tokius santykius įsitraukusių. Daugiau nei pusės į ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių ir mažiau nei trečdalis į tokius santykius įsitraukusių asmenų nurodyta invazijų simptomatika pasireiškė klinikiniu lygmeniu (žr. 10 lentelė). Į ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių respondentų vengimo simptomatika beveik dvigubai dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei į tokius santykius įsitraukusių. Taip pat trijų penktųjų į

ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių respondentų ir dviejų penktųjų į tokius santykius įsitraukusių respondentų grėsmės jausmo simptomatika pasireiškė klinikinio lygmeniu.

10 lentelė. Potrauminio streso sąsajos su šeimine padėtimi

TTK skalė	PTSS pasireiškimas		χ^2	TTK įverčių M (SD)		t
	klinikinio lygmeniu n (%)			Turi partnerį	Neturi Partnerio	
	Turi partnerį	Neturi Partnerio				
Bendra skalė	20 (18,7)	27 (46,6)	14,33***	2,64 (3,04)	4,36 (3,55)	3,09**
Invazijos	33 (30,8)	32 (55,2)	9,33**	0,66 (0,95)	1,1 (1,05)	2,72**
Vengimas	33 (30,8)	33 (57,9)	11,32***	0,93 (1,21)	1,64 (1,42)	3,21**
Grėsmės jausmas	42 (39,3)	35 (61,4)	7,33**	1,06 (1,17)	1,62 (1,32)	2,71**

Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Potrauminio streso sąsajos su išsilavinimu. Mes neradome jokių respondentų nurodomų PTSS simptomatikos skirtumų tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgijusių. Nesiskyrė nei išsakytos invazijų ($t(161) = 0,36$, $p > 0,05$; $\chi^2(1, N = 164) = 0,45$, $p > 0,05$), nei vengimo ($t(163) = 0,15$, $p > 0,05$; $\chi^2(1, N = 163) = 0,1$, $p > 0,05$), nei grėsmės jausmo ($t(162) = 0,07$, $p > 0,05$; $\chi^2(1, N = 163) = 0,34$, $p > 0,05$), nei bendros PTSS ($t(160) = 0,17$, $p > 0,05$; $\chi^2(1, N = 164) = 0,49$, $p > 0,05$) simptomatikos pasireiškimas tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgijusių.

Potrauminio streso sąsajos su darbine veikla. Mes radome statistiškai reikšmingų išsakomos PTSS simptomatikos skirtumų tarp dirbančių ir nedirbančių asmenų. Pažvelgę į 11 lentelę, pastebime, kad nedirbančių respondentų nurodyti PTSS simptomai statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšti ir dažniau pasireiškė klinikinio lygmeniu nei dirbančių. Daugiau nei pusės nedirbančių ir daugiau nei penktadalio dirbančių asmenų išsakomų simptomų išreikštumas siekė klinikinį lygmenį (žr. 11 lentelė).

11 lentelė. Potrauminio streso sąsajos su darbine veikla

TTK skalė	PTSS pasireiškimas		χ^2	TTK įverčių M (SD)		t
	klinikiniu lygmeniu n (%)			Dirbantys	Nedirbantys	
	Dirbantys	Nedirbantys		Dirbantys	Nedirbantys	
Bendra skalė	27 (22)	19 (54,3)	13,8***	2,81 (2,95)	5,01 (3,96)	3,05**
Invazijos	41 (33,3)	22 (62,9)	9,91**	0,66 (0,85)	1,39 (1,32)	3,11**
Vengimas	41 (33,6)	23 (65,7)	11,61***	1,02 (1,23)	1,83 (1,48)	2,97**
Grėsmės jausmas	54 (44,3)	22 (62,9)	3,77	1,13 (1,16)	1,79 (1,42)	2,5*

Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Toliau nagrinėjant 11 lentelę, matome, kad nedirbančių respondentų išsakoma invazijų ir vengimo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšta ir bene dukart dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei dirbančių. Taip pat, nedirbančių respondentų grėsmės jausmo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšta nei dirbančių, tačiau jos pasireiškimas klinikiniu lygmeniu nesiskyrė (žr. 11 lentelė).

12 lentelė. Potrauminio streso sąsajos su gaunamomis pajamomis

TTK skalė	PTSS pasireiškimas		χ^2	TTK įverčių M (SD)		t
	klinikiniu lygmeniu n (%)			Didesnės	Mažesnės	
	Didesnės pajamos	Mažesnės Pajamos		pajamos	pajamos	
Bendra skalė	14 (18,4)	26 (38,2)	7,02*	2,22 (2,74)	4,39 (3,49)	4,05***
Invazijos	20 (26,3)	36 (52,9)	10,71***	0,5 (0,75)	1,15 (1,15)	3,88***
Vengimas	20 (26,3)	37 (55,2)	12,41***	0,79 (1,13)	1,56 (1,37)	3,63***
Grėsmės jausmas	28 (36,8)	41 (61,2)	8,46**	0,93 (1,11)	1,67 (1,29)	3,62***

Pastaba. TTK – tarptautinis traumų klausimynas

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Potrauminio streso sąsajos su gaunamomis pajamomis. Taip pat radome statistiškai reikšmingų išsakomos PTSS simptomatikos skirtumų tarp skirtingas pajamas gaunančių tiriamųjų. 12 lentelėje matome, jog mažesnes už vidutines pajamas gaunančių tiriamųjų nurodyti PTSS simptomai statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšti ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei vidutines ar didesnes pajamas gaunančių. Mažesnes už vidutines pajamas gaunančių asmenų išsakytų simptomų išreikštumas siekė klinikinį lygmenį dvigubai dažniau nei vidutines ar didesnes pajamas gaunančių (žr. 12 lentelė).

Toliau nagrinėjant 12 lentelę pastebime, kad mažesnes už vidutines pajamas gaunančių tiriamųjų išsakoma invazijų, vengimo ir grėsmės jausmo simptomatika statistiškai reikšmingai buvo labiau išreikšta ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei vidutines ar didesnes pajamas gaunančių. Daugiau nei pusės mažesnes už vidutines pajamas gaunančių ir perpus mažiau vidutines ar didesnes pajamas gaunančių asmenų išsakoma tiek invazijų, tiek vengimo, tiek grėsmės jausmo simptomatika pasireiškė klinikiniu lygmeniu (žr. 12 lentelė).

3.2. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio ryšiai

3.2.1. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio sąsajos

Siekiant patikrinti ar potencialiai traumuojančių patirčių skaičius, PTSS simptomatikos išreikštumas ir sunkumai atsiskleidžiant po traumos siejasi tarpusavyje, buvo apskaičiuotos dalinės koreliacijos, lytį, amžių, sveikatą, šeiminių padėtį, darbinę veiklą ir gaunamas pajamas naudojant kaip šių kintamųjų sąsajas įtakojančius veiksnius.

Trauminių patirčių sąsajos su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą. Nors, neįtraukiant sąsajai įtaką galinčių turėti veiksnių (lyties, amžiaus, sveikatos, šeiminių padėties, ir darbinės veiklos), trauminių patirčių skaičius statistiškai reikšmingai teigiamai siejosi su sunkumais atsiskleidžiant po traumos ($r = 0,16$, $p < 0,05$), tačiau, minėtus veiksnius įtraukiant, mes neradome statistiškai reikšmingos sunkumų atsiskleidžiant apie traumą ir trauminių patirčių skaičiaus sąsajos ($r = 0,1$, $p > 0,05$).

Potrauminio streso sąsajos su potencialiai traumuojančiomis patirtimis. Nors, neįtraukiant sąsajai įtaką galinčių turėti veiksnių (lyties, amžiaus, sveikatos, šeiminės padėties, darbinės veiklos ir gaunamų pajamų), trauminių patirčių skaičius statistiškai reikšmingai teigiamai siejosi su PTSS simptomatikos išreikštumu ($r = 0,22$, $p < 0,01$), tačiau, minėtus veiksnius įtraukiant, mes neradome statistiškai reikšmingos PTSS simptomų išreikštumo ir trauminių patirčių skaičiaus sąsajos ($r = 0,15$, $p > 0,05$).

Potrauminio streso sąsajos su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą. Šiame tyrime PTSS simptomatikos išreikštumas statistiškai reikšmingai siejasi su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą ($r = 0,43$, $p < 0,001$). Ši sąsaja buvo statistiškai reikšminga ir įtraukiant minėtus veiksnius (lyties, amžiaus, sveikatos, šeiminės padėties, darbinės veiklos ir gaunamų pajamų), galinčius turėti jai įtakos ($r = 0,38$, $p < 0,001$).

3.2.2. Potrauminio streso prognostiniai veiksniai

Siekiant išsiaiškinti ar pagal trauminių patirčių skaičių, sunkumų atsiskleidžiant apie traumą kiekį ir tokius demografinius kintamuosius, kaip amžius, lytis, sveikata, šeiminė padėtis, darbinė veikla ir pajamos, galime prognozuoti fizinį smurtą patyrusių tiriamųjų PTSS simptomatikos atitikimą PTSS diagnostiniams kriterijams buvo pritaikyta logistinė regresija.

13 lentelė. Potrauminio streso prognostiniai veiksniai

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis			
	Atitinka PTSS kriterijus			
	OR	P	χ^2	p
Trauminės patirtys	1	0,996	9,25	0,322
Sunkumai atsiskleidžiant	1,09	0,002		
Lytis	7,26	< 0,001		
Amžius	0,99	0,566		

13 lentelė. Potrauminio streso prognoziniai veiksniai (*lentelės tęsinys*)

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis			
	Atitinka PTSS kriterijus			
	<i>OR</i>	<i>p</i>	χ^2	<i>P</i>
Sveikata	0,68	0,191	9,25	0,322
Šeiminė padėtis	0,29	0,019		
Darbinė veikla	0,36	0,157		
Pajamos	1,41	0,538		

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Hosmer – Lemeshow testas parodė, kad logistinės regresijos modelis gerai tinka mūsų duomenims (žr. 13 lentelė). Šis logistinės regresijos modelis 80,6% atvejų tiksliai identifikuoja tiriamuosius, kurių PTSS simptomatika atitinka PTSS diagnostinius kriterijus ir jų neatitinka. Modelis paaiškina nuo 31% iki 44% duomenų sklaidos. Nagrinėjant 13 lentelę pastebime, kad sunkumai atsiskleidžiant po traumos, lytis ir šeiminė padėtis yra statistiškai reikšmingi kintamieji prognozuojant fizinį smurtą patyrusių asmenų PTSS simptomatikos pasireiškimą klinikiniu lygmeniu. Pažvelgę į 13 lentelės OR stulpelį, pamatysime, kad didėjant DTQ skalės įverčiams didėja ir bendri TTK skalės įverčiai. Taip pat, TTK skalės įverčiai statistiškai reikšmingai didėja jei tiriamasis yra moteriškos lyties ar nėra įsitraukęs į ilgalaikius romantinius santykius.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Trauminių patirčių, sunkumų atsiskleidžiant apie traumą ir potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje

4.1.1. Trauminių patirčių paplitimas imtyje

Trauminių patirčių skaičiaus paplitimas imtyje. Rezultatai parodė, kad fizinį smurtą patyrę asmenys vidutiniškai per gyvenimą yra patyrę šešias skirtingas potencialiai traumuojančias patirtis. Kiti autoriai nurodo kiek mažesnę (nuo 4,6 iki 5) vidutiniškai per gyvenimą patirtų trauminių patirčių skaičių (Karatzias et al., 2016; Kazlauskas ir kt., 2018; Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017). Taip, turbūt, yra dėl to, kad šiam tyrimui buvo atrinkti tik tie tiriamieji, kurie buvo patyrę bent vieną potencialiai traumuojančią patirtį t.y. fizinį smurtą.

Mes radome statistiškai reikšmingą sąsają tarp amžiaus ir per gyvenimą patirtų potencialiai traumuojančių patirčių skaičiaus. Ankstesnių bendrosios populiacijos tyrimų rezultatai šiuo klausimu gana prieštaringi. Tyrimų atliktų Jungtinėse Amerikos Valstijose bei Škotijoje (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013; Karatzias et al., 2017) rezultatai neparodė amžiaus sąsajų su per gyvenimą patirtų potencialiai traumuojančių patirčių skaičiumi. Tuo tarpu ankstesnių tyrimų Lietuvoje ir Vokietijoje (Domanskaitė-Gota, Elklit, & Christiansen, 2009; Hauffa et al., 2011) rezultatai atskleidė teigiamus amžiaus ir trauminių patirčių ryšius. Manome, kad amžiaus ir trauminių patirčių kiekio skirtumą gali lemti istoriniai pokario skirtumai. Vyresni Lietuvos gyventojai tikėtina gyveno antrosios Sovietų sąjungos okupacijos laikotarpiu (1944–1990 m.), o vyresni Vokietijos gyventojai - pasidalinimo į Vakarų ir Rytų Vokietijas epochos laikotarpiu (1949–1990 m.). Taigi, sudėtingesnė Lietuvos ir Vokietijos pokario politinė situacija galėjo lemti, kad šių valstybių gyventojų per gyvenimą patirtų skirtingų potencialiai traumuojančių patirčių skaičius gali būti didesnis vyresnių respondentų grupėje, priešingai nei JAV ar Škotijos gyventojų.

Kalbant apie trauminių patirčių sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais, šiame tyrime neradome jokių potencialiai traumuojančių patirčių skaičiaus sąsajų su gyvenamąja vieta, šeimine padėtimi, išsilavinimu, darbine veikla, pajamomis bei subjektyviai suvokiama sveikata. Visgi kitų autorių tyrimų rezultatai gana prieštaringi. Pavyzdžiui, Mažulytė su kolegomis (2014) taip pat nerado jokių trauminių patirčių sąsajų su sociodemografiniais kintamaisiais, o Hauffa su kolegomis (2011) atliktas tyrimas atskleidė reikšmingas potencialiai traumuojančių patirčių skaičiaus sąsajas su šeimine padėtimi ir darbine veikla. Šiuos rezultatų skirtumus galėjo lemti dėl respondentų specifiškumo susidariusi sąlyginai maža imtis mūsų tyrime. Taigi, norint išsiaiškinti ar tikrai trauminių patirčių skaičius nesisieja su jokiais sociodemografiniais kintamaisiais reikėtų naujų tyrimų su reprezentatyvesne bendrosios populiacijos imtimi.

Skirtingų trauminių patirčių paplitimas imtyje. Tęsiant apie trauminių patirčių paplitimą, rezultatai parodė, kad fizinį smurtą patyrusių tiriamųjų dažniausiai nurodomi kiti trauminiai patyrimai yra eismo įvykis, fizinis smurtas vaikystėje, rimtas nelaimingas atsitikimas darbe, namuose ar laisvalaikio metu, didelė kančia, gaisras ar sprogimas, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas ir staigi netikėta artimo žmogaus mirtis. Pastebime, kad kitų, tiek Lietuvos, tiek užsienio autorių tyrimuose, nurodomas panašus minėtų patirčių paplitimas (Haviland, Morton, Oda, & Fraser, 2011; Karatzias et al., 2016; Kazlauskas ir kt., 2018; Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017; Mažulytė ir kt., 2014). Taigi, galime teigti, kad eismo įvykis, fizinis smurtas, rimtas nelaimingas atsitikimas, didelė kančia, gaisras ar sprogimas, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas ir staigi netikėta artimo žmogaus mirtis yra dažniausiai patiriamų psichologinių traumų rūšys.

Čia svarbu paminėti, kad patirto fizinio smurto vaikystėje paplitimas yra didesnis mūsų tyrime, nei kitų autorių tyrimuose (Kazlauskas ir kt., 2018; Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017). Taip galėjo nutikti dėl specifinės (fizinį smurtą patyrusių asmenų) imties mūsų tyrime. Galbūt fizinį smurtą vaikystėje patyrę asmenys dažniau patiria jį ir suaugę. Tuo tarpu užsienio autorių tyrimai rodo žymiai didesnę patirto įvairaus pobūdžio seksualinio smurto patirimą (44,5% - 57,9%), nei mūsų ar kitų Lietuvos autorių tyrimai (5,3% - 8,5%) (Haviland et al., 2011; Karatzias et al., 2016; Mažulytė ir kt., 2014). Tokius rezultatų skirtumus galėjo lemti kultūriniai skirtumai t.y. gali būti, kad lietuviai yra uždaresni ir mažiau linkę atsiskleisti apie seksualinį smurtą ir/arba, dėl švietimo stokos visuomenėje šiuo klausimu, rečiau atpažįsta ne tokias akivaizdžias jo formas (pavyzdžiui seksualinis priekabiavimas arba pasinaudojimas svaigalais, kad auka nesuvoktų, kas yra su ja daroma).

Toliau analizuojant specifinių trauminių patirčių paplitimą imtyje, pastebime, kad skirtingų specifinių traumų patyrimas siejasi su lytimi. Šio tyrimo duomenimis moterys dažniau patiria ne tik įvairaus pobūdžio seksualinį smurtą (seksualinę prievartą vaikystėje, seksualinį smurtą po 18 metų amžiaus, kitus nenorimus ar nemalonus seksualinius patyrimus), bet taip pat ir didelę kančią, buvimą staigios smurtinės mirties liudininku ir staigią netikėtą artimo žmogaus mirtį. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad vyrai dažniau patiria eismo įvykius, rimtus nelaimingus atsitikimus ir sunkius sužeidimus, žalą ar mirtį sukeltą kitam asmeniui. Ankstesni kitų autorių tyrimai taip pat atskleidžia šiuos lyčių skirtumus (Hauffa et al., 2011; Kazlauskas ir kt., 2018; Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017; Mažulytė ir kt., 2014). Taigi galime teigti, kad moterys dažniau patiria seksualinį smurtą, netektį bei didelę kančią, o vyrai – įvairius nelaimingus atsitikimus bei pačių sukeltą žalą kitam asmeniui.

4.1.2. Sunkumų atsiskleidžiant apie traumą paplitimas imtyje

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad įsitraukę į ilgalaikius romantinius santykius asmenys nurodo patiriantys mažiau sunkumų atsiskleidžiant po traumos, nei į tokius santykius neįsitraukę. Ankstesnių tyrimų autoriai taip pat teigia, kad į ilgalaikius romantinius santykius įsitraukę asmenys dažniau prabyla apie potencialiai traumavusią patirtį, nei vieniši ir nurodo, kad dažniausiai apie traumą jie atsiskleidžia būtent sutuoktiniui, partneriui ar kitam artimam šeimos nariui (Balderrama-durbin et al., 2013; Evans et al., 2014; Sylaska & Edwards, 2014). Taigi galime teigti, kad į ilgalaikius romantinius santykius įsitraukę asmenys vidutiniškai daugiau kalba apie savo trauminę patirtį, nei vieniši.

Rezultatai taip pat parodė, kad vertinantys savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę asmenys išsako daugiau sunkumų atsiskleidžiant apie traumą nei sveikatą vertinantys kaip geresnę nei vidutinę. Prastesnės sveikatos sąsajas su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą aptiko ir kiti tyrėjai (Pielmaier & Maercker, 2011; Sloana, Marxa, & Greenbergc, 2011; Sylaska & Edwards, 2014). Taigi, galime teigti, kad prastesnė subjektyviai suvokiama fizinį smurtą patyrusių asmenų sveikata siejasi su didesniais sunkumais atsiskleidžiant apie traumą.

Taip pat mes radome, jog nedirbantys fizinį smurtą patyrę asmenys teigia patiriantys daugiau sunkumų atsiskleidžiant apie traumą, nei dirbantys. Kiti autoriai aptinka sunkumų atsiskleidžiant apie traumą ryšius su žemu socioekonominiu statusu (Flicker et al., 2011; Sylaska & Edwards, 2014). Manome, kad tiek bedarbystė, tiek žemas socioekonominis statusas gali būti susiję su mažesniais socialinės paramos resursais iš aplinkos (nėra bendradarbių ar kolegų) ir mažesnėmis galimybėmis pasikalbėti apie trauminę patirtį su specialistais (dėl pajamų stygiaus). Taigi galime teigti, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų bedarbystė siejasi su didesniais jų patiriamais sunkumais atsiskleidžiant apie traumą.

Vis dėl to, mes neradome jokių sunkumų atsiskleidžiant apie traumą sąsajų su amžiumi, lytimi, gyvenamąja vieta, išsilavinimu ar pajamomis. Tai patvirtina ir ankstesnių tyrimų autoriai (Glover et al., 2010; Kazlauskas, Želvienė, ir kt., 2017; Pielmaier & Maercker, 2011; Sloana et al., 2011). Taigi galime teigti, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų (ne)atsiskleidimas apie trauminę patirtį nėra susiję su amžiumi, lytimi, gyvenamąja vieta, išsilavinimu ar pajamomis.

4.1.3. Potrauminio streso simptomatikos paplitimas imtyje

Rezultatai atskleidė, kad klinikinius PTSS kriterijus atitinka (pasireiškia visi 3 PTSS simptomai) beveik trečdalis, o į subklinikinę grupę (pasireiškė 2 iš 3 simptomai) patenka dešimtadalis fizinį smurtą patyrusių asmenų simptomai. Invazijų ir vengimo simptomai pasireiškė maždaug dviem penktadaliams respondentų, o grėsmės jausmo simptomas pasireiškė kiek mažiau nei pusei tyrimo dalyvių. Panašų potrauminio streso simptomatikos paplitimą fizinį smurtą patyrusių asmenų imtyse nurodo ir kiti autoriai (Marshall, Schell, & Miles, 2011; Shi et al., 2017; Sullivan & Elbogen, 2014). Taigi galime teigti, kad 28,5% fizinį smurtą patyrusių asmenų kenčia nuo potrauminio streso.

Potrauminio streso sąsajos su lytimi. Mes radome reikšmingų PTSS sąsajų su įvairiais sociodemografiniais kintamaisiais. Mūsų tyrimas parodė, kad tiek bendra PTSS simptomatika, tiek kiekvienas iš PTSS simptomų (invazijos, vengimas ir grėsmės jausmas) yra labiau išreikštas ir dažniau pasireiškia klinikiu ir/ar subklinikiu lygmeniu, kai fizinį smurtą patyręs asmuo yra moteris. Tai patvirtina ir ankstesni kitų autorių tyrimai (Bryant et al., 2017; Christiansen & Elklit, 2012; Ditlevsen

& Elklit, 2010; Sareen, 2014). Tai gali būti susiję su tuo, kad moterys dažniau patiria ilgalaikį pakartotinį romaninio partnerio smurtą (Capaldi et al., 2012). Taip pat gali būti, kad moterys yra emociškai jautresnės ir dėl to labiau paveikiamos potencialiai traumuojančio patyrimo. Taigi galime teigti, kad patyrus fizinį smurtą, moteriška lytis tampa vienu iš rizikos veiksnių PTSS išsivystymui.

Potrauminio streso sąsajos su amžiumi. Taip pat mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad bendros PTSS simptomatikos ir grėsmės jausmo simptomo išreikštumas didesnis ir dažniau pasireiškia klinikiniu ir/ar subklinikiniu lygmeniu, kai fizinį smurtą patyręs asmuo yra vidutinio amžiaus ar vyresnis. Kitų autorių tyrimų rezultatai šiuo klausimu nėra vienareikšmiai. Vieni autoriai nurodo, kad PTSS simptomatika labiausiai pasireiškė vidutinio amžiaus asmenų grupėje (Berninger et al., 2010; Ditlevsen & Elklit, 2010), o kiti teigia, kad apskritai nėra jokių amžiaus sąsajų su potrauminiu stresu (Bryant et al., 2017; Wolf et al., 2015). Gali būti, kad amžiaus sąsajos su PTSS skiriasi priklausomai nuo traumos specifikos. Šiuo atveju galime manyti, kad patirtas būtent fizinis smurtas labiau paveikia vidutinio amžiaus ir vyresnius asmenis nei jaunos. Taigi, patyrus fizinį smurtą, vyresnis (nei 35 metai) amžius yra PTSS išsivystymo rizikos veiksnys.

Potrauminio streso sąsajos su sveikata. Mes radome, kad savo sveikatą kaip vidutinę ar blogesnę vertinusių tiriamųjų išsakomi invazijų, grėsmės jausmo ir bendri PTSS simptomai buvo labiau išreikšti ir dažniau pasireiškė klinikiniu lygmeniu nei sveikatą vertinusių kaip geresnę nei vidutinę. Kiti autoriai didesnę PTSS simptomų išreikštumą taip pat sieja su prastesne sveikata (Berninger et al., 2010), somatiniais nusiskundimais (Murphy et al., 2016) ar medikamentų vartojimu (Karatzias et al., 2016). Taigi galime teigti, kad fizinį smurtą patyrusių prastesnis savo sveikatos vertinimas yra PTSS išsivystymo rizikos veiksnys.

Potrauminio streso sąsajos su gyvenamąja vieta. Mes neradome jokių respondentų nurodomų PTSS simptomatikos skirtumų tarp gyvenančių mieste ir kaime. Tai patvirtina ir ankstesnių tyrimų autoriai (Butow et al., 2012; Lund, Bernardy, Vaughan-Sarrazin, Alexander, & Friedman, 2013; Young, Havens, & Leukefeld, 2010). Taigi galime teigti, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų gyvenamoji vieta nesisieja su potrauminiu stresu.

Potrauminio streso sąsajos su šeimine padėtimi. Rezultatai atskleidė, kad į ilgalaikius romantinius santykius neįsitraukusių respondentų tiek bendra PTSS simptomatika, tiek kiekvienas iš PTSS simptomų yra labiau išreikštas ir dažniau pasireiškia klinikiniu lygmeniu nei į tokius santykius

įsitraukusių. Kiti autoriai didesnę PTSS simptomų išreikštumą taip pat randa nesusituokusių (Karatzias et al., 2016), gyvenančių po vieną (Bryant et al., 2017) ar gaunančių mažai socialinės paramos (Sareen, 2014) asmenų grupėse. Tikėtina, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų įsitraukimas į ilgalaikius romantinius santykius užtikrina geresnę socialinės paramos pasiekiamumą ir todėl tampa apsauginiu veiksmu, mažinančiu PTSS išvystymo tikimybę.

Potrauminio streso sąsajos su išsilavinimu. Mes neradome jokių respondentų nurodomų PTSS simptomatikos skirtumų tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgijusių. Tuo tarpu užsienio autoriai nurodo, kad PTSS dažniau pasireiškia tiems tiriamiesiems, kurių intelektas yra žemesnis (Sareen, 2014), kurie nėra įgiję universitetinio išsilavinimo (Berninger et al., 2010) arba kurių išsilavinimas yra žemesnis apskritai (Perkonigg et al., 2016). Siekiant suprasti tokius rezultatų skirtumus, svarbu atkreipti dėmesį, kad 72,2-79,1% tiriamųjų Lietuvos bendrosios populiacijos tyrimuose yra įgiję aukštąjį išsilavinimą (Kazlauskas ir kt., 2018; Kazlauskas, Gailienė ir kt., 2017). Tai reiškia, kad aukštasis išsilavinimas galimai yra aukštesnio intelekto rodiklis užsienio, bet ne Lietuvos tyrimuose. Taigi galime teigti, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų patiriamas potrauminis stresas nesisieja su jų išsilavinimu, o norint išsiaiškinti ar žemesnis intelektas siejasi su didesniu patiriamu potrauminiu stresu Lietuvos populiacijoje, reikėtų papildomų PTSS ir intelekto sąsajų tyrimų.

Potrauminio streso sąsajos su darbine veikla. Rezultatai parodė, kad fizinį smurtą patyrusių nedirbančių respondentų nurodyti tiek invazijų, tiek vengimo, tiek ir bendri PTSS simptomai yra labiau išreikšti ir dažniau pasireiškia klinikiniu lygmeniu nei dirbančių. Tai patvirtina ir kiti tyrimai (Bryant et al., 2017; Garcia, Kelley, Rentz, & Lee, 2011; Karatzias et al., 2016). Tikėtina, kad darbas dažnu atveju suteikia papildomų socialinės paramos šaltinių bei didesnę finansinę stabilumą, kas gali mažinti PTSS, kaip reakcijos į potencialiai traumuojančią patirtį, išsivystymo tikimybę. Taigi galime teigti, kad fizinio smurto atveju bedarbiystė tampa rizikos veiksmu išvystyti PTSS.

Potrauminio streso sąsajos su gaunamomis pajamomis. Taip pat mes radome, jog mažesnes už vidutines pajamas gaunančių tiriamųjų tiek bendra PTSS simptomatika, tiek kiekvienas iš PTSS simptomų yra labiau išreikštas ir dažniau pasireiškia klinikiniu lygmeniu nei vidutines ar didesnes pajamas gaunančių. Ankstesni tyrimai taip pat tai patvirtina (Bryant et al., 2017; Gapen et al., 2011; Perkonigg et al., 2016). Manome, kad gaunamos pajamos gali būti susijusios ne tik su finansiniu

saugumu, bet ir su galimybe kreiptis į specialistus psichoterapijai po traumos. Taigi galime teigti, kad mažesnės už vidutines pajamos yra rizikos veiksnys patyrus fizinį smurtą išvystyti PTSS.

4.2. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio ryšiai

4.2.1. Trauminių patirčių, atsiskleidimo apie traumą ir potrauminio streso tarpusavio sąsajos

Trauminių patirčių sąsajos su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą. Mūsų tyrimas parodė, kad įtraukiant sąsajai įtaką galinčius turėti veiksnius, tokius kaip lytis, amžius, sveikata, šeimtinė padėtis ir darbinė veikla, mes neaptikome sunkumų atsiskleidžiant apie traumą sąsajos su trauminių patirčių skaičiumi. Kazlauskas su kolegomis (2017) taip pat nerado trauminių patirčių ir sunkumų atsiskleidžiant apie traumą sąsajos. Čia svarbu paminėti, kad kiti autoriai teigia jog atsiskleidimas apie traumą priklauso ne nuo trauminių patirčių skaičiaus, o nuo to, kas yra istorijos klausytojas (Hoyt et al., 2010) arba nuo traumos specifikos (Klest, Freyd, & Foynes, 2013). Taigi galime teigti, kad atsiskleidimas apie traumą nėra susijęs su potencialiai traumuojančių patyrimų skaičiumi.

Potrauminio streso sąsajos su potencialiai traumuojančiomis patirtimis. Rezultatai atskleidė, kad įtraukiant tokius sąsajai įtaką galinčius turėti veiksnius kaip lytis, amžius, sveikata, šeimtinė padėtis, darbinė veikla ir pajamos, mes neradome PTSS simptomų išreikštumo ir trauminių patirčių skaičiaus sąsajos. Kiti Lietuvos autoriai taip pat neranda šios sąsajos (Kazlauskas, Gailienė ir kt., 2017; Mažulytė ir kt., 2014). Taip pat, užsienio autoriai teigia, kad skirtingų trauminių patirčių skaičius labiau susijęs su kompleksiniu potrauminiu stresu (Cloitre et al., 2013; Karatzias et al., 2017), o PTSS simptomų išreikštumas labiau siejasi su skirtingo tipo trauminiiais patyrimais (Elklit et al., 2014; Hyland et al., 2017). Gali būti, kad tai ar ir kaip stipriai fizinį smurtą išgyvenusiam asmeniui pasireikš PTSS labiau priklauso ne nuo trauminių patirčių skaičiaus, o nuo jų trukmės (tai vienkartinis įvykis ar pasikartojanti ar kurį laiką besitęsianti patirtis) ir pobūdžio (fizinis smurtas patiriamas kartu su seksualiniu smurtu ar su apiplėšimu) bei nuo individualių asmens ypatumų (lytis, amžius, socialinės paramos resursai,...).

Potrauminio streso sąsajos su sunkumais atsiskleidžiant apie traumą. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad su kuo daugiau sunkumų asmuo susiduria atsiskleidžiant apie traumą, tuo PTSS simptomatikos išreikštumas yra didesnis. Tai patvirtina ir kitų autorių tyrimų rezultatai (Bedard-Gilligan, Jaeger, Echiverri-Cohen, & Zoellner, 2013; Dalgaard & Montgomery, 2015; Hoyt et al., 2010; Pielmaier & Maercker, 2011). Taigi galime teigti jog didesni sunkumai atsiskleidžiant apie traumą susiję su didesniu PTSS simptomatikos išreikštumu ir yra PTSS išvystymo rizikos veiksnys patyrus fizinį smurtą.

4.2.2. Potrauminio streso prognostiniai veiksniai

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad patyrus fizinį smurtą tikimybė išvystyti PTSS moterims yra net septynis kartus didesnė nei vyrams. Kiti autoriai taip pat teigia, kad išgyvenus potencialiai traumuojantį patyrimą, moteriška lytis didina PTSS išsivystymo riziką (Bryant et al., 2017; Hyland et al., 2017; Perkonigg et al., 2016). Taigi galime teigti, kad moteriška itin stipriai leidžia prognozuoti PTSS išsivystymą, patirto fizinio smurto atveju.

Taip pat, šis tyrimas parodė, jog įsitraukę į ilgalaikius romantinius santykius asmenys, patirto fizinio smurto atveju, turi tris kartus mažesnę tikimybę išvystyti PTSS, nei į tokius santykius neįsitraukę. Manome, kad įsitraukimas į ilgalaikius santykius didina socialinės paramos resursus, nes jau pats sutuoktinis ar partneris yra sąlyginai lengvai pasiekiamas patikimas socialinės paramos šaltinis, o taip pat jis ar ji gali praplėsti savo antrosios pusės draugų ratą, supažindindamas su savo draugais. Socialinės paramos sąsajas su PTSS nagrinėjantys kiti autoriai, romantinius partnerius taip pat, kaip ir mes, priskiria prie socialinės paramos šaltinių ir savo tyrimais įrodo, kad gaunama socialinė parama mažina PTSS išvystymo riziką (Crevier, Marchand, Nachar, & Guay, 2015; Ning, Guan, & Liu, 2017; Panagioti, Gooding, Taylor, & Tarrier, 2014; Thrasher, Power, Morant, Marks, & Dagleish, 2010). Taigi, galime teigti jog neįsitraukimas į ilgalaikius romantinius santykius, kaip svarbaus socialinės paramos šaltinio nebuvimas, stipriai prognozuoja PTSS išsivystymą.

Galiausiai rezultatai parodė, kad daugėjant sunkumams atsiskleidžiant apie traumą, didėja ir tikimybė išvystyti PTSS. Teiginį, kad įvairūs sunkumai trukdantys atsiskleisti apie trauminę patirtį

didina PTSS išvystymo riziką patvirtina ir kiti autoriai (Bedard-Gilligan et al., 2013; Dalgaard & Montgomery, 2015; Hoyt et al., 2010). Visgi šiame tyrime sunkumai atsiskleidžiant sąlyginai mažai prognozuoja PTSS pasireiškimą klinikiniu lygmeniu. Kadangi, kaip minėjome anksčiau, tiek sunkumai atsiskleidžiant po traumos, tiek PTSS stipriai siejasi su šeimine padėtimi, tai gali būti, kad sunkumai atsiskleidžiant apie traumą PTSS simptomatiką veikia ne tiek tiesiogiai, kiek per socialinę paramą.

4.3. Tyrimo ribotumai

Nors šiuo tyrimu buvo atrasti svarbūs fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso ypatumai ir rizikos veiksniai, visgi tenka pripažinti, kad naujuose tyrimuose šia tema dar yra ką nagrinėti ir gauti detalesnės informacijos ir gilesnių įžvalgų. Tai dabar ir aptarsime.

Trauminių patirčių vertinimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminis stresas nesisieja su trauminių patirčių skaičiumi. Užsienio autoriai nurodo, kad potrauminis stresas siejasi su skirtingo tipo trauminais patyrimais (Elklit et al., 2014; Hyland et al., 2017). Čia svarbu atkreipti dėmesį, kad šiame tyrime psichologinių traumų patirtis buvo vertinama naudojantis gyvenimo įvykių sąrašu (angl. Life Event Checklist – Revised, toliau LEC-R). Šiuo instrumentu nėra įvertinami svarbūs fizinio smurto aspektai: 1) praėjęs laikotarpis nuo patirto fizinio smurto iki anketos pildymo; 2) fizinio smurto trukmė; 3) kas buvo smurtavęs prieš tiriamąjį asmuo; 4) smurto padaryta fizinė žala; 5) fizinio smurto kartotinumai ar tęstinumas. Šie aspektai būtų mums suteikę daugiau informacijos apie fizinį smurtą, kaip potencialiai traumuojančią patirtį ir leidę geriau paaiškinti fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijas ir sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais.

Kalbant apie sąsajas su sociodemografiniais kintamaisiais, šiame tyrime neradome jokių (išskyrus amžių) potencialiai traumuojančių patirčių skaičiaus sąsajų su jais. Tuo tarpu kiti autoriai aptinka reikšmingas potencialiai traumuojančių patyrimų skaičiaus sąsajas su šeimine padėtimi ir darbine veikla (Hauffa et al., 2011). Šiuos rezultatų skirtumus galėjo lemti dėl respondentų specifiškumo susidariusi sąlyginai maža imtis mūsų tyrime. Taigi, norint išsiaiškinti ar tikrai trauminių patirčių skaičius nesisieja su jokiais sociodemografiniais kintamaisiais reikėtų naujų tyrimų su reprezentatyvesne bendrosios populiacijos imtimi.

Potrauminio streso vertinimas. Taip pat mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad PTSS simptomatika labiau išreikšta ir dažniau pasireiškia klinikinio lygmeniu vidutinio amžiaus ir vyresnių asmenų grupėje. Kitų autorių tyrimų rezultatai šiuo klausimu nėra vienareikšmiai (Berninger et al., 2010; Bryant et al., 2017; Ditlevsen & Elklit, 2010; Wolf et al., 2015). Gali būti, kad amžiaus sąsajos su PTSS skiriasi priklausomai nuo traumos specifikos, tačiau tam patikrinti reikėtų naujų tyrimų lyginant PTSS ir amžiaus sąsajas skirtingas traumas patyrusių asmenų grupėse. Mes neradome jokių respondentų nurodomų PTSS simptomatikos skirtumų tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir jo neįgijusių. Tuo tarpu užsienio autoriai aptinka PTSS sąsajas su išsilavinimu ir intelektu (Perkonigg et al., 2016; Berninger et al., 2010; Sareen, 2014). Taigi norint išsiaiškinti ar žemesnis intelektas siejasi su didesniu patiriamu potrauminiu stresu Lietuvos populiacijoje, reikėtų papildomų PTSS ir intelekto sąsajų tyrimų.

Sunkumų atsiskleidžiant po traumos vertinimas. Mūsų tyrimas parodė, kad, lyginant su lyties ir šeiminių padėties prognozėmis, sunkumai atsiskleidžiant po traumos labai mažai prognozuoja potrauminį stresą. Kiti autoriai tuo tarpu nurodo svarų sunkumų atsiskleidžiant apie traumą indėlį į potrauminio streso prognozes (Bedard-Gilligan et al., 2013; Dalgaard & Montgomery, 2015; Hoyt et al., 2010). Kadangi įtraukiant šeimines padėtis, kaip sąsajai įtakos galintį turėti veiksnį, sunkumai atsiskleidžiant po traumos vis vien siejosi su didesniu PTSS simptomatikos išreikštumu, tai manome, jog socialinė parama veikia kaip mediatorius tarp sunkumų atsiskleidžiant ir potrauminio streso. Taip pat spėjome, kad su socialine parama susiję gali būti ir tokie sociodemografiniai veiksniai, kaip darbinė veikla bei pajamos. Taigi ateityje verta būtų plačiau patyrinėti fizinį smurtą patyrusių asmenų socialinę paramą.

Apibendrinant galime pasakyti, kad fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijos yra dar toli gražu neišsemta tema Lietuvoje. Naujais tyrimais būtų verta tyrinėti: patirto fizinio smurto specifiką didesnėje imtyje ir palyginti ją su bendrąja populiacija ir/ar kitokios traumos specifika; fizinį smurtą patyrusių asmenų (ir/ar bendros populiacijos) potrauminio streso sąsajas su intelektu; fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso ir sunkumų atsiskleidžiant po traumos sąsajas su socialine parama.

5. IŠVADOS

1. Nustatyti šie trauminės patirties ypatumai fizinį smurtą patyrusių asmenų imtyje:
 - 1.1. Fizinį smurtą išgyvenę asmenys dažnai per gyvenimą yra patyrę ir daugiau (vidutiniškai 5,9) trauminių patirčių, dažniausiai tokių kaip, eismo įvykis, rimtas nelaimingas atsitikimas, gaisras ar sprogimas, gyvybei pavojinga liga ar sužeidimas ir staigi netikėta artimo žmogaus mirtis;
 - 1.2. Vyresni asmenys yra patyrę daugiau trauminių patirčių;
 - 1.3. Moterys dažniau patiria seksualinio pobūdžio smurtą, o vyrai – įvairius nelaimingus atsitikimus.
2. Nustatytos šios fizinį smurtą patyrusių asmenų potrauminio streso reakcijų ir trauminės patirties, atsiskleidimo po traumos bei sociodemografinių veiksnių sąsajos:
 - 2.1. Ar ir kaip stipriai fizinį smurtą išgyvenusiam asmeniui pasireikš potrauminio streso reakcijos labiau priklauso ne nuo trauminių patirčių skaičiaus, o nuo individualių asmens ypatumų (lyties, amžiaus, socialinės paramos resursų);
 - 2.2. Nepriklausomai nuo galimos sociodemografinių veiksnių įtakos, kuo didesnis yra vengimas atsiskleisti apie traumą, tuo labiau išreikšta yra potrauminio streso sutrikimo simptomatika.
3. Klinikinius potrauminio streso sutrikimo kriterijus atitiko 28,5 % fizinį smurtą patyrusių asmenų tyrimo imtyje. Nustatyti, šie potrauminio streso rizikos veiksniai: moteriška lytis, vyresnis amžius, subjektyviai prasčiau vertinama sveikata, partnerio ar sutuoktinio neturėjimas, bedarbystė, mažesnės pajamos ir sunkumai atsiskleidžiant po traumos:
 - 3.1. Patyrus fizinį smurtą tikimybė išvystyti potrauminio streso sutrikimą moterims yra net septynis kartus didesnė nei vyrams;
 - 3.2. Įsitraukę į ilgalaikius romantinius santykius asmenys, patirto fizinio smurto atveju, turi tris kartus mažesnę tikimybę išvystyti potrauminio streso sutrikimą, nei į tokius santykius neįsitraukę.

LITERATŪRA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (M. B. First & M. N. Ward, Eds.), Arlington (5th ed.). London: British Library Cataloguing in Publication Data. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Balderrama-durbin, C., Snyder, D. K., Cigrang, J. A., Talcott, G. W., Tatum, J., Baker, M., ... Slep, A. M. S. (2013). Combat disclosure in intimate relationships : mediating the impact of partner support on posttraumatic stress. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 560–568.
- Bedard-Gilligan, M., Jaeger, J., Echiverri-Cohen, A., & Zoellner, L. A. (2013). Individual differences in trauma disclosure. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43(2), 716–723.
<https://doi.org/10.1002/9781405198431.wbeal0533>
- Berninger, A., Webber, M. P., Cohen, H. W., Gustave, J., Lee, R., Niles, J. K., ... Prezant, D. J. (2010). Trends of elevated ptsd risk in firefighters exposed to the world trade center disaster: 2001-2005. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 125(4), 556–566.
<https://doi.org/10.2307/41435281>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Bryant, R., Humayun, A., Rousseau, C., & Suzuki, Y. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58(9), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Butow, P. N., Phillips, F., Schweder, J., White, K., Underhill, C., & Goldstein, D. (2012). Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients living in urban and rural/regional areas: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 20(1), 1–23.
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors

for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231–280. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>

- Christiansen, D., & Elklit, A. (2012). Sex differences in PTSD. In E. Ovuga (Ed.), *Post Traumatic Stress Disorders in a Global Context* (pp. 113–142). InTech. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/post-traumatic-stress-disorders-in-a-global-context/sex-differences-in-ptsd>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 1–12. <https://doi.org/10.1111/avj.12039>
- Crevier, M. G., Marchand, A., Nachar, N., & Guay, S. (2015). Symptoms among partners, family, and friends of individuals with posttraumatic stress disorder: Associations with social support behaviors, gender, and relationship status. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 24(8), 876–896. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1069772>
- Dalgaard, N. T., & Montgomery, E. (2015). Disclosure and silencing: A systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families. *Transcultural Psychiatry*, 52(5), 579–593. <https://doi.org/10.1177/1363461514568442>
- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the european study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: Do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 9(32), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-32>
- Dokkedah, S., Oboke, H., Ovuga, E., & Elklit, A. (2015). ICD-11 trauma questionnaires for PTSD and complex PTSD: Validation among civilians and former abducted children in Northern Uganda. *Journal of Psychiatry*, 18(6). <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000335>
- Domanskaité-Gota, V., Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009). Victimization and PTSD in a

Lithuanian national youth probability sample. *Nordic Psychology*, 61(3), 66–81.

<https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.66>

Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(SUPPL), 1–11.

<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24221>

Evans, S. E., Steel, A. L., Watkins, L. E., & DiLillo, D. (2014). Childhood exposure to family violence and adult trauma symptoms: The importance of social support from a spouse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 527–536.

<https://doi.org/10.1037/a0036940>

Flicker, S. M., Cerulli, C., Zhao, X., Tang, W., Watts, A., Xia, Y., & Talbot, N. L. (2011).

Concomitant forms of abuse and help-seeking behavior among white, African American, and latina women who experience intimate partner violence. *Violence Against Women*, 17(8), 1067–1085. <https://doi.org/10.1177/1077801211414846>

Gailienė, D. (2008). *Ką jie mums padarė. Lietuvos gyvenimas traumų psichologijos žvilgsniu*. Vilnius: Tyto Alba.

Gailienė, D. (2015). *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų padariniai*. Vilnius: Eugrimas.

Gapen, M., Cross, D., Ortigo, K., Graham, A., Johnson, E., Evces, M., ... Bradley, B. (2011).

Perceived neighborhood disorder, community cohesion, and PTSD symptoms among low-income African Americans in an Urban health setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 31–37. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01069.x>

Garcia, H. A., Kelley, L. P., Rentz, T. O., & Lee, S. (2011). Pretreatment predictors of dropout from cognitive behavioral therapy for PTSD in Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychological Services*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0022705>

Gass, J. D., Stein, D. J., Williams, D. R., & Seedat, S. (2012). Gender differences in risk for intimate partner violence among South African adults. *J Interpers Violence*, 26(14), 2764–2789.

<https://doi.org/10.1177/0886260510390960>.Gender

- Glover, D. A., Loeb, T. B., Carmona, J. V., Sciolla, A., Zhang, M., Myers, H. F., ... Wyatt, G. E. (2010). Child sexual abuse severity and disclosure predict PTSD symptoms and biomarkers in ethnic minority women. *J Trauma Dissociation*, *11*(2), 152–173.
<https://doi.org/10.1080/15299730903502920>.Child
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, *11*(4), 330–341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., & Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(12), 934–939. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392c0d>
- Haviland, M. G., Morton, K. R., Oda, K., & Fraser, G. E. (2011). Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Res*, *177*(3), 335–341. <https://doi.org/10.1097/MCA.000000000000178>.Endothelial
- Herman, J. L. (2006). *Trauma ir išgijimas. Prievartos pasekmės nuo buitinio smurto iki politinio teroro*. Vilnius: Vaga.
- Hoyt, T., Pasupathi, M., Smith, B. W., Yeater, E. A., Kay, V. S., & Tooley, E. (2010). Disclosure of emotional events in groups at risk for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Stress Management*, *17*(1), 78–95. <https://doi.org/10.1037/a0017453>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., ... Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *0*(0), 0.
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, *44*, 73–79.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic

- Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207(September 2016), 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Kazlauskas, E., Gagiëckaitė, G., Hyland, P., Želvienė, P. ir Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Gailienė, D., Vaskelienė, I. ir Skerytė-Kazlauskienė, M. (2017). Intergenerational transmission of resilience? Sense of coherence is associated between Lithuanian survivors of political violence and their adult offspring. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01677>
- Kazlauskas, E., Mažulytė, E., Želvienė, P., Dovydaitienė, M. ir Skruibis, P. (2013). Trumpalaikės eklektinės potrauminio streso psichoterapijos veiksmingumas: Vilniaus BEPP studijos žvalgomą tyrimo rezultatai. *Sveikatos Mokslai*, 23(5), 40–45. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2013.116>
- Kazlauskas, E. ir Želviene, P. (2017). Association between posttraumatic stress and acceptance of social changes: Findings from a general population study and proposal of a new concept. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 126–131. <https://doi.org/10.1177/0020764016687788>
- Kazlauskas, E. ir Želvienė, P. (2013). Psichologinės gerovės sąsajos su patirtais stresoriais, subjektyviai vertinama sveikata ir sociodemografiniais veiksniais. *Visuomenės Sveikata*, 4(63), 96–103.
- Kazlauskas, E., Želvienė, P. ir Eimontas, J. (2017). “No posttraumatic stress disorder in Lithuania”: National Health Care Fails to Identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 99–102. <https://doi.org/10.1002/jts.22152>
- Kazlauskas, E., Želvienė, P., Eimontas, J. ir Gegieckaitė, G. (2017). Association between social acknowledgment and trauma disclosure. *Sveikatos Mokslai / Health Sciences*, 27(6), 122–127. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.107>
- Klest, B., Freyd, J. J., & Foyne, M. M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic symptoms in

- Hawaii: Gender, ethnicity, and social context. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 409–416. <https://doi.org/10.1037/a0029336>
- Krnjacki, L., Emerson, E., Llewellyn, G., & Kavanagh, A. M. (2016). Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: Findings from an Australian population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(1), 16–21. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12498>
- Lindegaard, M. R., Bernasco, W., & Jacques, S. (2014). Consequences of expected and observed victim resistance for offender violence during robbery events. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 52(1), 1–30. <https://doi.org/10.1177/0022427814547639>
- Lund, B. C., Bernardy, N. C., Vaughan-Sarrazin, M., Alexander, B., & Friedman, M. J. (2013). Patient and facility characteristics associated with benzodiazepine prescribing for veterans with PTSD. *Psychiatric Services*, 64(2), 149–155. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200267>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3). <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Marshall, G. N., Schell, T. L., & Miles, J. N. V. (2011). All PTSD symptoms are highly associated with general distress: ramifications for the dysphoria symptom cluster. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 126–135. <https://doi.org/10.1037/a0018477>.All
- Mažulytė, E., Skerytė-kazlauskienė, M., Eimontas, J., Grigutyte, N., Kazlauskas, E., & Gailiene, D. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: three adult generations in lithuania. *Psichologija*, 49, 20–33.
- Moyer, V. A. (2013). Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 158(6), 478–489.
- Mueller, J., Moergeli, H., & Maercker, A. (2008). Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from posttraumatic stress: A longitudinal study in crime victims. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 160–168. <https://doi.org/Retrieved from:>

<http://search.proquest.com/docview/222799391?accountid=14483>

- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32678>
- Ning, L., Guan, S., & Liu, J. (2017). Impact of personality and social support on posttraumatic stress disorder after traffic accidents. *Medicine*, 96(34), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007815>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2014). Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.004>
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317–328. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0639-4>
- Pielmaier, L., & Maercker, A. (2011). Psychological adaptation to life-threatening injury in dyads: the role of dysfunctional disclosure of trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 8749. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.8749>
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457–464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460–467. <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>
- Shi, L., Wang, L., Jia, X., Li, Z., Mu, H., Liu, X., ... Fan, L. (2017). Prevalence and correlates of symptoms of post-Traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016810>

- Sloana, D. M., Marxa, B. P., & Greenberg, E. M. (2011). A test of written emotional disclosure as an intervention for posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, *49*(4), 299–304.
<https://doi.org/10.1080/10810730902873927>
- Sullivan, C. P., & Elbogen, E. B. (2014). PTSD Symptoms and family vs. stranger violence in Iraq and Afghanistan veterans. *Law and Human Behavior*, *38*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/lhb0000035>
- Sylaska, K. M., & Edwards, K. M. (2014). Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: A review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, *15*(1), 3–21.
<https://doi.org/10.1177/1524838013496335>
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., & Dalgleish, T. (2010). Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(3), 187–191.
- Van der Heijden, I., Abrahams, N., & Harries, J. (2016). Additional layers of violence: The intersections of gender and disability in the violence experiences of women with physical disabilities in South Africa. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–22.
<https://doi.org/10.1177/0886260516645818>
- Walker, L. E. A. (2016). *The battered woman syndrome*. (S. W. Sussman, Ed.) (Fourth). New York: SPRINGER PUBLISHING COMPANY.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., ... Friedman, M. J. (2015). ICD-11 Complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychology Science*, *3*(2), 215–229.
<https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2015.06.014.Chronic>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Young, A. M., Havens, J. R., & Leukefeld, C. G. (2010). Route of administration for illicit prescription opioids: A comparison of rural and urban drug users. *Harm Reduction Journal*, *7*(24), 1–7.
<https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-24>