

Individualne karakteristike te karakteristike depresivnih poremećaja kao prediktori stigmatizirajućih stavova

Štrk, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:813859>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-18**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

Stigmatiziramo li sve depresivne poremećaje jednako?

**INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE TE KARAKTERISTIKE DEPRESIVNIH
POREMEĆAJA KAO PREDIKTORI STIGMATIZIRAJUĆIH STAVOVA**

Diplomski rad

Martina Štrk

Mentorica: Dr. sc. Anita Lauri Korajlija, doc.

Zagreb, 2019

Sadržaj

Uvod	1
<i>Depresivni poremećaji</i>	1
<i>Stavovi prema oboljelima od depresivnih poremećaja</i>	2
<i>Odrednice stavova prema oboljelima od depresivnih poremećaja</i>	3
Cilj, problem i hipoteze istraživanja	7
Metoda	9
<i>Sudionici</i>	9
<i>Mjerni instrumenti</i>	10
<i>Postupak</i>	13
Rezultati	14
<i>Deskriptivna analiza</i>	14
<i>Hijerarhijska regresijska analiza</i>	15
Rasprava	21
<i>Ograničenja</i>	27
<i>Praktične implikacije</i>	28
Zaključak	29
Literatura	30
Prilozi	34

Individualne karakteristike te karakteristike depresivnih poremećaja kao prediktori stigmatizirajućih stavova
Martina Štrk

Sažetak: Depresija je najčešći psihički poremećaj današnjice od kojeg većinom obolijevaju žene. Kod nekih žena depresija se javlja peripartalno te one zadovoljavaju uvjete za dijagnozu poslijeporođajne depresije. Iako je depresija najčešće istraživani poremećaj, depresiji koja se javlja nakon porođaja posvećeno je mnogo manje pažnje te je stoga jedno od nastojanja ovog istraživanja ispitati doprinos koji pojava simptoma poslijeporođajno ima u formiranju stavova o depresiji. Cilj provedbe ovog istraživanja bio je doprinijeti razumijevanju stavova javnosti prema oboljelima, ispitujući ne samo individualne karakteristike sudionika, već i karakteristike pojave depresivnih simptoma na dimenzijama stavova doprinos društvu, ozbiljnost, privlačenje pažnje i socijalna distanca. Podaci za istraživanje prikupljeni su online anketnim upitnikom kojem je pristupilo ukupno 1956 sudionika u dobi od 18 do 68 godina. Analizirane su demografske karakteristike, iskustvo s poremećajem, uzročne atribucije, znanje te kontekst pojave simptoma (vezano uz porođaj ili ne). Provedene hijerarhijske regresijske analize pokazuju da kontekst pojave simptoma ostvaruje značajne doprinose u predviđanju svih dimenzija stavova osim ozbiljnosti. Ako se depresivni simptomi jave nakon porođaja postoji bolja procjena društvenih doprinosa oboljelih žena, manje izražena socijalna distanca, ali izraženije tumačenje simptoma kao privlačenja pažnje. Demografske karakteristike većinom nisu značajno pridonijele predviđanju stavova, osim spola koji je na svim dimenzijama ostvario značajne doprinose. Najveće doprinose imale su uzročne atribucije koje na svim dimenzijama ostvaruju doprinos u istom smjeru. Muškarci više stigmatiziraju od žena, a depresija je na svim dimenzijama više stigmatizirana ako su njezini simptomi percipirani kao internalno uzrokovani, doživljeni kao nepromjenjivi te pod kontrolom oboljele osobe.

Ključne riječi: depresija, poslijeporođajna depresija, stavovi, stigma

Abstract: Depression is the most common mental illness that mostly affects women. For some women depression symptoms occur during the peripartum period. Depression with peripartum-onset is referred to as postpartum depression. Although depression is the most studied mental illness, postpartum depression is less represented in research work, so one of the aims of this study was to examine the role of postpartum onset in attitude forming. The goal of this study was to gain better understanding of public attitudes toward people suffering from depression, examining not just the role of individual characteristics, but also characteristics of depression itself in predicting attitude dimensions: contribution to society, severity, attention seeking and social distance. An online survey was carried out on 1956 participants aged 18–68 years. Predictors included demographic variables, disorder experiences, causal attributions, knowledge and context of symptoms' appearance (related to childbirth or not). The results of hierarchical regression analysis suggested that context of symptoms' appearance significantly contributed to the prediction of all attitude dimensions except severity. When depression symptoms appeared after childbirth, there was better social contribution estimation, less desire for social distance, but higher estimation of attention seeking. Contributions of demographic characteristics were mostly not significant, except for sex, which significantly contributed to all of studied dimensions. Causal attributions contributed the most and in the same direction on all dimensions. Men stigmatize more than women and depression is more stigmatized on all attitude dimensions when symptoms are perceived as internally caused, stable and under individual control.

Key words: depression, postpartum depression, attitudes, stigma

Uvod

Depresivni poremećaji

Depresivni poremećaji ubrajaju se u najranije opisane psihičke poremećaje i najčešće psihičke poremećaje današnjice. Broj oboljelih od depresivnih poremećaja je posljednjeg desetljeća u porastu, a njihovo javljanje pomaknuto je prema mlađoj životnoj dobi (Jakovljević, 2004). Epidemiološke studije pokazuju da je prevalencija za sve dobne skupine u rasponu od 10 do 15% (Lim i sur., 2018), a javljanje poremećaja je jedan i pol do tri puta češće kod žena (Američka psihijatrijska udruga, 2013) zbog čega se depresija često naziva „ženskim poremećajem“. Međutim, rodne razlike u prevalenciji poremećaja nisu stabilne. One počinju u ranoj adolescenciji i nastavljaju se u reproduktivnoj, mlađoj i srednjoj odrasloj dobi, nakon čega nestaju (Noble, 2005).

Obilježja depresivnih poremećaja su prisutnost tužnog, ispraznog raspoloženja praćenog somatskim i kognitivnim promjenama koje značajno utječu na sposobnost funkcioniranja osobe. Ono što razlikuje pojedine poremećaje unutar ove skupine su obilježja trajanja, vremena pojavljivanja i pretpostavljena etiologija (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Kao osnovni primjer ove skupine poremećaja u dijagnostičkom i statističkom priručniku DSM-5 naveden je veliki depresivni poremećaj. Ovaj je poremećaj karakteriziran promjenama u afektivnom, kognitivnom i neurovegetativnom funkcioniranju u trajanju od najmanje dva tjedna s remisijama između epizoda, a koje predstavljaju promjenu od ranijeg funkcioniranja. Simptomi velikog depresivnog poremećaja mogu se javiti u bilo kojem trenutku, ali vjerojatnost pojave značajno raste s pubertetom (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Za žene posebno ranjivo razdoblje predstavlja ono uoči i neposredno nakon porođaja, takozvano peripartalno razdoblje (Noble, 2005). U DSM-5 odrednica velikog depresivnog poremećaja s peripartalnim početkom stoga se primjenjuje za sadašnju ili prethodnu epizodu velike depresije ako se pojava simptoma javlja tijekom trudnoće ili unutar četiri tjedna nakon porođaja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB-10 (Svjetska zdravstvena organizacija, 1992), koja se koristi kao službena klasifikacija u Republici Hrvatskoj, ne koristi vremensku odrednicu peripartalno, već postpartalno uključujući prvih šest tjedana nakon porođaja. Iako postoje varijacije u vremenskoj odrednici pojave simptoma, obje klasifikacije takozvanu poslijeporođajnu/postpartalnu depresiju dijagnosticiraju prema uobičajenim kriterijima za

dijagnozu depresivnih poremećaja uz vremensku odrednicu. U Republici Hrvatskoj prevalencija depresije kod žena u postpartalnom razdoblju iznosi 8.1% (Radoš, Tadinac i Herman, 2013).

Prema dijagnostičkim priručnicima simptomi depresije neovisno o vremenskoj pojavi predstavljaju isti konstrukt, što je koncept koji smo slijedili u provedbi ovog istraživanja. Međutim, među stručnjacima postoje neslaganja oko ovog pitanja te dosadašnja literatura nije u potpunosti riješila pitanje (ne)specifičnosti depresije koja se javlja u razdoblju trudnoće i nakon porođaja. Nalazi nekih istraživanja upućuju na to da se uz simptome depresije postpartalno u većoj mjeri javljaju i simptomi anksioznosti (Hendrick, Atshuler, Strouse i Grosser, 2000; Negus Jolley i Betrus, 2007; Ross, Evans, Sellers i Romach, 2003), međutim opisi samih depresivnih simptoma, njihovog trajanja te oporavka pokazuju veliku sličnost neovisno o vremenu pojave zbog čega su i objedinjeni u novijim klasifikacijama (Halbreich i Karkun, 2006; Jakovljević, 2004; Whiffen, 2004).

Postoji potreba za daljnjim istraživanjem vremenske odrednice pojave depresivnih simptoma s ciljem rasvjetljavanja postojećih nalaza te unapređenja pružanja podrške oboljelima. U tom smjeru ide i provedba ovog istraživanja koje, između ostalog, nastoji ispitati doprinos vremena pojave depresivnih simptoma u objašnjavanju stavova javnosti prema oboljelima od depresije.

Stavovi prema oboljelima od depresivnih poremećaja

Pored simptoma depresije s kojima se nose, oboljele osobe nerijetko se moraju nositi i s nepovoljnim stavovima društva, što im dodatno otežava već ionako narušeno svakodnevno funkcioniranje (Rüsch, Angermeyer i Corrigan, 2005). Naime, ljudi nisu neutralni promatrači svijeta nego stalni procjenjivači svoje okoline. Procjenjivanje, odnosno vrednovanje ljudi, objekata ili ideja u socijalnoj se psihologiji definira kao stav (Aronson, Wilson i Akert, 2005). Negativni stavovi odnosno negativno vrednovanje pripadnika skupine na temelju karakteristika koje tu skupinu razlikuju od drugih naziva se stigmatizacijom (Heatherton, Kleck, Hebl i Hull, 2000). Stigmatizacija psihičkih poremećaja konceptualizirana je na različite načine. Većina istraživanja usmjerila se na mjerenje stavova prema oboljelima po socijalno-kognitivnom modelu stigmatizacije, koji javnu stigmatizaciju definira kao skup reakcija opće javnosti prema određenoj grupi na temelju stigme vezane uz tu grupu (Corrigan i Watson, 2007). Reakcije javnosti, odnosno stavovi okoline o oboljelima, u istraživanjima su identificirani kao glavna prepreka u traženju pomoći te važna odrednica subjektivne dobrobiti

oboljele osobe zbog čega se velik broj istraživanja posvetio ovoj problematici (Angermeyer i Dietrich, 2006; Aromaa, Tolvanen, Tuulari i Wahlbeck, 2011; Ozmen i sur., 2004).

Osobe oboljele od psihičkih poremećaja javnost uglavnom doživljava opasnima, nepredvidivima i nesposobnima za donošenje samostalnih odluka (Rüsch i sur., 2005). Međutim, rezultati provedenih istraživanja (Angermeyer i Dietrich, 2006; Kelly i Jorm, 2007; Wang, Fick, Adair i Lai, 2007) pokazuju da ljudi prema oboljelima od depresije uglavnom imaju pozitivnije stavove nego prema oboljelima od drugih psihičkih poremećaja, što je pokazalo i istraživanje provedeno u Hrvatskoj (Pavlinić i Petelinšek, 2016). Oboljele od depresije ljudi procjenjuju manje opasnima, prema njima iskazuju manju socijalnu distancu (Link i sur., 1999; prema Wang i sur., 2007; Pavlinić i Petelinšek, 2016) te procjenjuju kako će se oboljeli od depresije oporaviti i pozitivno odgovoriti na tretman (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer i Rowlands, 2000). Stavovi prema oboljelima od depresije stoga sadržajno odstupaju od uobičajenih stereotipa o oboljelima od psihičkih poremećaja, a najveću sličnost pokazuju sa stavovima prema oboljelima od anksioznih poremećaja te poremećaja hranjenja koje karakterizira okrivljavanje oboljele osobe (Crisp i sur., 2000). Simptome depresije ljudi su skloni vidjeti kao znak „slabosti karaktera“, a odgovornost za njezinu pojavu u većoj mjeri pripisuju oboljeloj osobi za koju smatraju da ima kontrolu nad svojim stanjem (Aromaa i sur., 2011; Crisp i sur., 2000; Ozmen i sur., 2004). Umjesto kao opasne i nepredvidive, oboljele od depresije javnost uglavnom opisuje kao pasivne i pesimistične (Pavlinić i Petelinšek, 2016). Isto procjenjuju i sami oboljeli koji izjavljuju da ih okolina doživljava slabićima koji se trebaju trgnuti i početi rješavati probleme u svojem životu (Ivezić, 2000; prema Pavelić, 2009). Stigmatizirajući stavovi prema oboljelima od depresije sadržajno više naginju umanjivanju njihova problema nego strahu od simptoma, u čemu leži posebna opasnost od nepružanja adekvatne podrške i pomoći jer je depresija u očima javnosti često trivijalizirana.

Sve navedeno ukazuje na važnost ispitivanja stavova za svaki poremećaj zasebno, ne grupirajući ih u nadređenu domenu psihičkih poremećaja, kako bi se uspješno oblikovale destigmatizirajuće kampanje za svaki pojedini poremećaj. Također, različite dimenzije stava različito su izražene kod pojedinih poremećaja te je stoga proučavanju stigmatizirajućih stavova potrebno pristupiti višedimenzionalno, što je pristup korišten u ovom istraživanju.

Odrednice stavova prema oboljelima od depresivnih poremećaja

Stigmatizirajući stavovi određeni su različitim karakteristikama kako sudionika tako i poremećaja prema kojima ispitujemo stavove. U dosadašnjim istraživanjima kao važne

odrednice stava pokazale su se različite sociodemografske i psihološke varijable sudionika te etiologija i vrsta psihičkog poremećaja (Angermeyer i sur., 2006; Busby Grant, Bruce i Batterham, 2016; Ozmen i sur., 2004; Wang i sur., 2007).

Demografske varijable pomno su istraživane kao prediktori stigmatizirajućih stavova kako bi se odredila ciljna populacija na koju je potrebno usmjeriti destigmatizirajuće kampanje i kako bi se sadržaj kampanja oblikovao sukladno karakteristikama tih sudionika. Varijable čiji je prediktivni doprinos najčešće ispitivan su spol, dob i stupanj obrazovanja, dok su veličina mjesta i roditeljski status mnogo manje zastupljeni kao ispitivani prediktori. Neovisno o poremećaju kojega procjenjuju, osobe muškog spola, starije dobi i niže razine obrazovanja uglavnom pokazuju izraženije stigmatizirajuće stavove (Angermeyer i sur., 2006; Busby Grant i sur., 2016; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen i Henderson, 1999; Wang i sur., 2007). Konkretno, muškarci iskazuju veću socijalnu distancu i procjenjuju da je manje vjerojatno da će se osoba oboljela od depresije oporaviti i ostvariti značajan doprinos društvu (Jorm i sur., 1999). Osobe starije životne dobi i nižeg stupnja obrazovanja imaju veću želju za distanciranjem i smatraju da bi oboljelima od depresije trebalo ograničiti uključenost u zajednicu u kojoj žive (Angermeyer i sur., 2006, Ozmen i sur., 2004). Veličina mjesta u kojoj su sudionici proveli većinu života se u prethodnim istraživanjima pokazala važnim negativnim prediktorom stavova prema oboljelima (Jokić-Begić, Kamenov i Lauri Korajlija, 2005; Staurt i Arboleda, 2007). Osobe iz manjih mjesta, odnosno iz ruralnijih sredina, imale su negativnije stavove prema oboljelima što upućuje na važnost usmjeravanja destigmatizirajućih kampanja prema stanovnicima manjih mjesta.

Najmanje dostupnih podataka ima o doprinosu roditeljskog statusa sudionika u predviđanju stigmatizirajućih stavova. U dosadašnjim istraživanjima u opisu oboljele osobe nije istican njezin roditeljski status te stoga vjerojatno ni roditeljski status sudionika nije bio prediktor od interesa. Podatak dostupan iz istraživanja Wolfa i suradnika (1996; prema Pavelić, 2009) upućuje na to da osobe s djecom imaju negativnije stavove prema oboljelima od psihičkih poremećaja. Ovaj podatak može se objasniti teorijama iz područja psihologije roditeljstva. Naime, svladavanje izazova roditeljstva jedan je od mehanizama razvoja ličnosti u odrasloj dobi. Prijelazom u roditeljsku ulogu osoba ostvaruje integritet vlastite ličnosti s posebno naglašenim doživljajem zrelosti, brige i odgovornosti, u okviru koje dolazi do redefiniranja vlastitih vrijednosti i ciljeva (Holden, 2009). S obzirom na to, za očekivati je da roditeljski status može imati ulogu u formiranju stavova općenito, a posebno prema skupinama ljudi koji u očima javnosti predstavljaju potencijalnu opasnost za djecu, kao što su

osobe oboljele od psihičkih poremećaja. Prema nalazima istraživanja Jokić-Begić i suradnika (2005), sudionici su osobu oboljelu od psihičkog poremećaja najmanje spremni prihvatiti kao učitelja svoje djece, što upućuje na to da je zauzimanje roditeljske perspektive povezano s opreznijim stavovima prema oboljelima. Međutim, kao što je ranije utvrđeno, depresija se ne uklapa u uobičajeni stereotip o psihičkim poremećajima te je ona u očima javnosti više povezana sa sažaljenjem (Corrigan i sur., 2000; Wolkenstein i Meyer, 2008). Očekivanja su stoga dvojaka. Moguće je da će osobe s iskustvom izazova koje nosi roditeljstvo prema oboljelim majkama pokazivati manje negativne stavove, suosjećajući s dodatnim izazovom koji njihova bolest nosi ili ih pak više kriviti, zauzimajući perspektivu djeteta koje bi u njihovim očima potencijalno moglo biti ugroženo zapostavljanjem majke koja se „ne može brinuti ni o sebi“. Roditeljskom statusu sudionika, ali i oboljelih, potrebno je posvetiti više pažnje da bi se identificirala mogućnost pružanja podrške oboljelim roditeljima, što je jedno od nastojanja ovog istraživanja.

Navedene demografske varijable objašnjavaju tek mali dio varijance stavova, zbog čega su se istraživači posvetili i drugim karakteristikama sudionika (Angermeyer i sur., 2006). Jedna od njih je upoznatost s depresijom i njezinim simptomima, koja se pokazala kao važna odrednica stava, povezana s pozitivnijim stavovima prema oboljelima. Što uspješnije prepoznaju njene simptome i što više znaju o depresiji kao poremećaju to su njihovi stavovi pozitivniji, zbog čega je važno raditi na edukaciji u sklopu destigmatizirajućih programa (Busby Grant i sur., 2016; Jokić-Begić i sur., 2005; Pavelić, 2009). Međutim, osim upoznatosti s poremećajem u teoriji, važna je i upoznatost s poremećajem u praksi. Upoznatost s poremećajem putem osobnog iskustva ili preko iskustva s drugim oboljelima najčešće je povezana s pozitivnijim stavovima prema oboljelima (Angermeyer i sur., 2006; Corrigan i sur., 2001; Kelly i Jorm, 2007). Osobe s vlastitim iskustvom depresivnih simptoma, bilo aktualno ili u prošlosti, imaju želju za manjom socijalnom distancom od oboljele osobe te procjenjuju njezine dugoročne ishode pozitivnijima, baš kao i osobe koje su ostvarile veći broj iskustava s oboljelima (Angermeyer i sur., 2006; Aromaa i sur., 2011; Jorm i sur., 1999). Sukladno ovim nalazima, strategije destigmatizacije često su orijentirane na uspostavu kontakta s oboljelim skupinama (Corrigan i sur., 2001).

Međutim, čak i kada uspješno prepoznaju simptome depresije, ljudi se međusobno razlikuju po tome kako simptome objašnjavaju, što također pridonosi predviđanju stavova prema oboljelima (Corrigan i sur., 2000, 2001; Ozmen i sur., 2004). Prema Weinerovoj teoriji koja je najčešće korištena atribucijski model, atribucije kojima objašnjavamo uzroke stanja

razlikuju se na tri dimenzije: mjesto uzročnosti, stabilnost i mogućnost kontrole (Corrigan i sur., 2001). Mjesto uzročnosti odnosi se na lokaciju uzroka i može biti vanjsko ili unutrašnje. Unutarnji uzroci su karakteristike pojedinca poput stavova, uvjerenja i osobina ličnosti, a vanjski uzroci su karakteristike situacije i okoline. Dimenzija stabilnosti se odnosi na postojanost tijekom vremena i s obzirom na tu dimenziju razlikuju se stabilna i nestabilna stanja. Stabilna su ona koja traju u vremenu i nisu podložna promjeni, a nestabilna ona koja su percipirana kao promjenjiva. Mogućnost kontrole je posljednja dimenzija koja se odnosi na podložnost stanja kontroli, gdje razlikujemo mogućnost osobe da utječe na svoje stanje ili ne (Weiner, 1992; prema Corrigan i sur., 2001). Psihički poremećaji čija je pojava pripisana vanjskim uzrocima te oni koji se percipiraju kao stanja koja nisu podložna kontroli osobe i koja su promjenjiva tijekom vremena povezana su s manje stigmatizirajućim stavovima okoline (Weiner, 1998; prema Ozmen i sur., 2004). Međutim, zbog višedimenzionalnosti konstrukta stigme nalazi nisu jednoznačni za sve njezine dimenzije. Primjerice, naglašavanje unutrašnjih uzroka u etiologiji depresije najčešće je povezano s većom socijalnom distancom, ali manjim okrivljavanjem oboljele osobe (Wang i sur., 2007) te većom procjenom ozbiljnosti njena stanja (Pavlinić i Petelinšek, 2016). Percepcija stanja kao promjenjivog povezana je s manjom socijalnom distancom (Jokić Begić i sur., 2005), a manjak kontrole nad stanjem s većom socijalnom distancom (Aromaa i sur., 2011) te manjim okrivljavanjem oboljele osobe (Corrigan i sur., 2000). Stoga postoji potreba za detaljnijim proučavanjem doprinosa atribucija u predviđanju različitih dimenzijama stava prema oboljelima od depresije.

Pored karakteristika sudionika, u predviđanju stavova prema oboljelima od psihičkih poremećaja, važno je usmjeriti se i na karakteristike poremećaja, jer kao što je ranije navedeno, stavovi prema oboljelima nisu univerzalni već se razlikuju za pojedine skupine poremećaja (Wood, Birtel, Alsawy, Pyle i Morrison, 2014). Umjesto usmjeravanja na razlike koje postoje *između* različitih skupina poremećaja, u ovom smo se istraživanju odlučili usmjeriti na moguće razlike *unutar* pojedine skupine poremećaja. Unutar skupine depresivnih poremećaja postoji detaljnija klasifikacija poremećaja s obzirom na različite karakteristike, poput vremenske odrednice simptoma koja je od interesa u ovom istraživanju i za koju se očekuje da će pridonijeti predviđanju stavova prema oboljelima od depresije. Depresivni se simptomi mogu pojaviti bilo kada u životu, a nekada se javljaju nakon porođaja, u razdoblju tranzicije u roditeljsku ulogu. Kontekst pojave simptoma koji se veže uz tranziciju u roditeljsku ulogu mogao bi biti povezan s negativnijim stavovima društva. Naime, u javnosti se o trudnoći i tranziciji u roditeljsku ulogu uglavnom priča u terminima ugodnih emocija dok

se mnogo manje raspravlja o doživljavanju neugodnih emocija i stresnosti koju tranzicija u novu životnu ulogu nosi sa sobom. Na percepciju trudnoće kao sretnog i ispunjavajućeg razdoblja nastavlja se vizija sretne majke novorođenog djeteta (Pinto-Foltz i Logsdon, 2008). Pored toga, u društvu prevladava stav „prve tri su najvažnije“ zbog čega postoje posebna očekivanja od roditeljskog ulaganja i posvećenosti djetetu u ovim najranijim fazama života. Nove majke koje zbog prisutnosti depresivnih simptoma u očima javnosti ne ispunjavaju društvene standarde povezane s roditeljskom ulogom te zadovoljavaju uvjete za dijagnozu poslijeporođajne depresije mogle bi biti izložene većoj stigmatizaciji od majki čiji se depresivni simptomi javljaju nevezano uz ovu, po mnogima najvažniju, životnu tranziciju, odnosno čija dijagnoza depresije nije vezana uz porođaj.

Cilj, problem i hipoteze istraživanja

Cilj ovog istraživanja jest, pored ranije istraživanih individualnih karakteristika sudionika, ispitati doprinos manje istraživanih individualnih karakteristika te karakteristika pojave depresivnih simptoma u objašnjavanju stavova prema oboljelima od depresije.

U skladu s ciljem istraživanja, formuliran je sljedeći problem:

Utvrđiti doprinos individualnih karakteristika sudionika: sociodemografskih (spol, dob, razina obrazovanja, veličina mjesta, roditeljski status), iskustvenih (osobno iskustvo s poremećajem, aktualnog intenziteta vlastite psihičke uznemirenosti, količine iskustava s poremećajem), psiholoških (znanje o simptomima, percepcija mjesta uzročnosti, stabilnosti i mogućnosti kontrole) te konteksta pojave depresivnih simptoma i njihova prepoznavanja u objašnjavanju četiriju dimenzija stava prema oboljelima od depresije. Dimenzije stava koje nastojimo predvidjeti su doprinos društvu, ozbiljnost, privlačenje pažnje i socijalna distanca.

U skladu s postavljenim problemom, formulirane su četiri hipoteze, odvojeno po dimenzijama stava:

Hipoteza 1: Pozitivni prediktori dimenzije stava doprinos društvu bit će: ženski spol, razina obrazovanja, veličina mjesta, točno prepoznavanje simptoma, intenzitet psihičke uznemirenosti, osobno iskustvo s depresivnim poremećajem, broj iskustava s depresivnim poremećajem, znanje, percipirano vanjsko mjesto uzročnosti te

moгуćnost kontrole. Negativni prediktori dimenzije stava doprinos društву bit će: dob, pojava depresivnih simptoma nakon porođaja te percipirana stabilnost simptoma. Varijabli roditeljski status pristupa se eksplorativno.

Hipoteza 2: Pozitivni prediktori dimenzije stava ozbiljnost bit će: ženski spol, razina obrazovanja, veličina mjesta, točno prepoznavanje simptoma, pojava simptoma nakon porođaja, intenzitet psihičke uznemirenosti, osobno iskustvo s depresivnim poremećajem, broj iskustava s depresivnim poremećajem, znanje te percipirana stabilnost simptoma. Negativni prediktori bit će: dob, percipirano vanjsko mjesto uzročnosti te moгуćnost kontrole. Varijabli roditeljski status pristupa se eksplorativno.

Hipoteza 3: Pozitivni prediktori dimenzije stava privlačenje pažnje bit će: muški spol, dob, pojava depresivnih simptoma nakon porođaja, percipirano vanjsko mjesto uzročnosti te moгуćnost kontrole. Negativni prediktori bit će: razina obrazovanja, veličina mjesta, točno prepoznavanje simptoma, intenzitet psihičke uznemirenosti, osobno iskustvo s depresivnim poremećajem, broj iskustava s depresivnim poremećajem, znanje te percipirana stabilnost simptoma. Varijabli roditeljski status pristupa se eksplorativno.

Hipoteza 4: Pozitivni prediktori dimenzije stava socijalna distanca bit će: muški spol, dob, pojava depresivnih simptoma nakon porođaja te percipirana stabilnost simptoma. Negativni prediktori bit će: razina obrazovanja, veličina mjesta, točno prepoznavanje simptoma, intenzitet psihičke uznemirenosti, osobno iskustvo s depresivnim poremećajem, broj iskustava s depresivnim poremećajem, znanje, percipirano vanjsko mjesto uzročnosti te moгуćnost kontrole. Varijabli roditeljski status pristupa se eksplorativno.

Metoda

Sudionici

Uпитнику je pristupilo ukupno $N=1956$ sudionika, od čega je njih 88% ($N=1726$) upitnik ispunilo u potpunosti. Sudionici su odustajali od rješavanja u različitim fazama, a najveći je broj sudionika od rješavanja odustao na česticama koje ispituju njihovo znanje o depresivnim poremećajima. Od rješavanja je odustajao podjednak broj muškaraca i žena te podjednak broj osoba koje su čitale vinjetu o ženi s poslijeporođajnom depresijom i ženi s depresijom nevezanom za porođaj. Statističke analize su provedene na različitom broju sudionika, ovisno o broju prikupljenih podataka za pojedinu varijablu. Većinu (77.2 %) cjelokupnog uzorka čine žene. Dob sudionika je u rasponu od 18 do 68 godina, a prosječna dob iznosi $M=30.1$ godina ($SD= 9.55$). U Tablici 1 prikazana je struktura uzorka po spolu, dobi, obrazovanju, veličini mjesta, radnom te roditeljskom statusu. Većinu uzorka čine zaposleni, mlađe odrasle dobi, sa završenom srednjom školom, a otprilike je podjednak broj onih koji jesu i nisu roditelji (Tablica 1).

Tablica 1

Demografski podaci cjelokupnog uzorka ($N=1956$)

		<i>N</i>	%
Spol	Muški	445	22.8
	Ženski	1511	77.2
Dob	18-29	1113	56.9
	30-39	528	27
	40-49	195	10
	50-59	106	5.4
	60-69	14	0.7
Obrazovanje	Osnovna škola	17	0.9
	Srednja škola	974	49.8
	Viša škola ili fakultet	866	44.3
	Poslijediplomski studij	99	5.1
Veličina mjesta	Selo	431	22
	Manji grad	379	19.4

	Veći grad	1146	58.6
Radni status	Zaposlen/a	1019	52.1
	Nezaposlen/a	200	10.2
	Student/ica	661	33.8
	Nešto drugo	66	3.4
Roditeljski status	Imam dijete	981	50.2
	Očekujem dijete	14	0.7
	Nemam dijete	961	49.1

Mjerni instrumenti

Sociodemografski podaci

Upitnik sociodemografskih karakteristika sadržava pitanja o spolu, dobi, najvišem završenom stupnju obrazovanja, trenutnom radnom statusu, veličini mjesta iz kojeg sudionici dolaze te socioekonomskom i roditeljskom statusu.

Vinjete s opisom depresivne simptomatike

Za potrebe istraživanja osmišljene su dvije vinjete koje opisuju tridesetogodišnju Petru (Prilog 1a i 1b) čiji simptomi zadovoljavaju kliničke kriterije za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja i velikog depresivnog poremećaja s peripartalnim početkom odnosno poslijeporođajne depresije prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Zadatak sudionika bio je da pročitaju vinjetu i odgovore na pitanje: „Što mislite, koji je Petrin glavni problem?“ Sudionici su odgovor davali odabirući jedan od devet ponuđenih odgovora (Prilog 2). Odgovori na ovo pitanje uzeti su kao mjera točnosti prepoznavanja Petrina problema. Nakon što su sudionici dali svoj odgovor, na idućoj im je stranici prikazan točan odgovor.

Znanje

Znanje o depresivnim poremećajima ispitano je s pet modificiranih čestica preuzetih iz istraživanja stigmatice prema psihičkim poremećajima (Jokić-Begić i sur., 2005). Zadatak sudionika bio je prosuditi točnost svake tvrdnje. Tvrdnje se odnose na karakteristike osoba oboljelih od depresivnog poremećaja („*Petra nije svjesna svojih postupaka*“), njihovo liječenje („*Petra se mora liječiti u bolnici*“) te nastanak poremećaja („*Petrini su roditelji*

mogli svojim odgojnim postupcima u potpunosti spriječiti pojavu Petrina psihičkog stanja“). Svaki točan odgovor bodovan je jednim bodom, a ukupni rezultat predstavlja sumu točnih odgovora i varira u rasponu od 0 do 5. Veći rezultat pokazuje bolje znanje.

Stavovi

Za mjerenje stavova prema oboljelima od depresije korištena je modificirana verzija upitnika stavova prema anoreksiji (*Anorexia stigma survey*, Mond, Roberston-Smith, Vetere, 2006) u hrvatskom prijevodu (Meštrović, 2014). Izvorni upitnik sastoji se od 20 čestica originalno raspoređenih u pet podljestvica: doprinos društvu, socijalna distanca, usmjerenost na sebe, ozbiljnost i divljenje. Za potrebe ovog istraživanja upitnik smo prilagodili izostavivši čestice podljestvice divljenje koja sadržajno nije povezana sa stigmom prema oboljelima od depresije. Upitnik se u konačnici sastojao od 4 podljestvice zastupljene s 18 pitanja. Da bismo provjerili faktorsku strukturu, provedena je faktorska analiza glavnih komponenta s varimax rotacijom uz Kaiser- Gutmanov kriterij zadržavanja faktora (Prilog 3). Provedena faktorska analiza potvrdila je četverofaktorsku strukturu upitnika odnosno postojanje četiriju podljestvica: doprinos društvu (*„Ako pretpostavimo da će Petra dobiti primjeren tretman, mislite li da će ona dugoročno biti produktivna zaposlenica?“*), ozbiljnost (*„Što mislite, koliko bi bilo stresno imati Petrino problem?“*), privlačenje pažnje (*„Što mislite koliko je za Petru važno da dobiva pažnju od drugih?“*) i socijalna distanca (*„Da ste vi poslodavac/poslodavka i znate za Petrino stanje, u kojoj mjeri biste bili spremni pozvati je na intervju za posao?“*). Pojedine su čestice bile zasićene drugačijim faktorima od onih u izvornom upitniku, što upućuje da upitnik izvorno namijenjen ispitivanju stavova prema anoreksiji ne funkcionira jednako za depresiju. Sukladno tome, podljestvica usmjerenost na sebe je preimenovana u privlačenje pažnje kako bi naziv više odgovarao sadržaju pitanja. Osim toga, nakon provedene faktorske analize izbačena su dva pitanja koja su narušavala pouzdanost formiranih podljestvica (*„Što mislite koliko je za Petru važno da dobiva pažnju drugih?“*, *„Mislite li da bi Petra trebala biti natjerana na liječenje iako to ona sama ne želi?“*). Podljestvice su formirane kao kompoziti čestica visoko saturiranih pojedinim faktorom. Sudionici su odgovore davali na ljestvici Likertova tipa s pet stupnjeva. Ukupni rezultat za pojedinu podljestvicu formiran je kao suma odgovora. Veći rezultat na svakoj od podljestvica znači veću izraženost ispitivane dimenzije, zbog čega su pojedine čestice rekodirane. U dosad provedenim istraživanjima su koeficijenti unutarnje konzistencije za pojedine podljestvice bili u rasponu od $\alpha = .60$ do $\alpha = .94$ (Mond i sur., 2006; Meštrović, 2014). U ovom istraživanju pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = .90$ za

podljestvicu doprinos društvu (5 čestica), $\alpha = .71$ za podljestvicu ozbiljnost (2 čestice), $\alpha = .70$ za privlačenje pažnje (6 čestica) i $\alpha = .71$ za socijalnu distancu (3 čestice).

Atribucije uzročnosti

Po uzoru na istraživanje stigme psihičkih poremećaja (Jokić-Begić, i sur., 2005), atribuiranje uzročnosti depresivnih simptoma ispitano je na tri uzročne dimenzije: mjesto uzročnosti („*Je li Petrino stanje posljedica vanjskih okolnosti ili je njen uzrok u karakteristikama osobe?*“), stabilnost (*Je li, općenito, Petrino stanje promjenjivo ili nepromjenjivo?*“) i mogućnost kontrole („*Petrino stanje je stanje na koje osoba... nije mogla utjecati svojom voljom/ mogla je utjecati svojom voljom.*“). Sudionici odgovor za svaku dimenziju daju na ljestvici Likertova tipa sa 7 stupnjeva. Viši rezultat na dimenziji mjesta uzročnosti ukazuje na eksternaliji uzrok, na dimenziji stabilnosti na stabilnije stanje, a na dimenziji mogućnosti kontrole na stanje koje je podložnije kontroli.

Iskustvo

Iskustvo s Petrinim poremećajem ispitivano je listom označavanja na kojoj su sudionici označavali svoju razinu iskustva s osobama koje imaju poremećaj kao Petra (Prilog 4). Ukupan rezultat formiran je zbrajanjem broja iskustava koje je sudionik označio. Iz ukupnog broja iskustava izuzeto je osobno iskustvo s poremećajem koje smo promatrali kao zasebnu varijablu.

Intenzitet psihičke uznemirenosti

Kao procjena intenziteta psihičke uznemirenosti kod sudionika korišten je upitnik za ispitivanje emocionalnih teškoća za mlade YP-CORE (*Young Person's Clinical Outcome in Routine Evaluation*, Twigg i sur., 2009). Iako izvorno namijenjen za dobnu skupinu do 16 godina, zbog svoje se kratke forme i sveobuhvatnosti u istraživačke svrhe ponekad koristi za različite dobne skupine, kao što je slučaj u ovom istraživanju. Upitnik se sastoji od 10 tvrdnji o učestalosti pojedinog stanja u proteklih tjedan dana, na koje sudionik odgovara na ljestvici Likertova tipa s 5 stupnjeva. Tri se čestice odnose na ugodna, a sedam na neugodna emocionalna stanja. Ukupni rezultat formiran je kao suma odgovora na svim česticama, uz prethodnu izmjenu smjera na tri čestice, i u rasponu je od 0 do 40. Veći rezultat znači veću izraženost emocionalnih teškoća. Dosadašnja istraživanja izvještavaju o zadovoljavajućoj pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije na ne-kliničkom uzorku, u rasponu od $\alpha = .80$ do $\alpha =$

.85 (Twigg i sur., 2009; Kozjak Mihić, Jokić-Begić, 2013). U ovom istraživanju pouzdanost iznosi $\alpha = .87$.

Postupak

Podaci su prikupljeni od ožujka do svibnja 2019. godine putem online upitnika formiranog na internetskoj domeni SurveyMonkey. Upitnik je uz poziv za istraživanje dijeljen metodom snježne grude putem društvene mreže Facebook te putem e-maila. Na početku upitnika nalazila se uputa u kojoj su sudionici upoznati sa svrhom istraživanja, obradom rezultata na grupnoj razini i kontaktom na koji se mogu javiti istraživačici. Vrijeme rješavanja procijenjeno je na 15 minuta. Nakon upute uslijedilo je ispunjavanje anketnog upitnika. Sudionici su prvo popunjavali svoje demografske podatke, a nakon toga je uslijedila vinjeta s opisom Petre. U programu SurveyMonkey zadano je nasumično otvaranje stranice s vinjetom tako da po slučaju dio sudionika čita vinjetu koja opisuje poslijeporođajnu depresiju, a dio vinjetu koja opisuje depresiju nevezanu uz porođaj. Od ukupnog broja sudionika, 51.6% sudionika je čitalo vinjetu s opisom depresije, a 48.4% vinjetu s opisom poslijeporođajne depresije. Svaka vinjeta u programu je uparena sa stranicom koja pokazuje točan odgovor na pitanje „Što mislite, koji je Petrin glavni problem?“ Sve ostale stranice i pitanja u upitniku rješavali su svi sudionici, neovisno o vinjeti koju su čitali. Nakon što su sudionici saznali Petrinu dijagnozu, nastavili su ispunjavati upitnik odgovarajući na pitanja koja se tiču njihovih dojmova o Petri i njenom ponašanju, a u posljednjem dijelu upitnika radili su samoprocjenu vlastitog trenutnog psihičkog stanja.

Rezultati

Deskriptivna analiza

Za provjeru normaliteta distribucija korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test. Distribucija svih varijabli značajno odstupa od normalne distribucije. Varijable privlačenja pažnje, socijalne distance, mogućnosti kontrole, stabilnosti i vlastite psihičke uznemirenosti distribuiraju se pozitivno asimetrično. Varijable znanja i mjesta uzročnosti blago su negativno asimetrične, dok je nešto veća negativna asimetrija prisutna kod varijabli doprinosa društvu i ozbiljnosti. Sudionici uglavnom depresiju procjenjuju kao ozbiljno, ali promjenjivo stanje na koje osoba nije mogla utjecati svojom voljom, a oboljele vide kao osobe koje ne privlače mnogo pažnje, mogu doprinijeti društvu te su relativno spremni s njima stupiti u različite odnose (Tablica 2). Iako distribucije svih varijabli statistički značajno odstupaju od normalne, one ne odstupaju ekstremno, odnosno koeficijenti asimetričnosti nisu veći od 3, a koeficijenti spljoštenosti ne prelaze vrijednost 10 čime, prema Klineu (2005), zadovoljavaju uvjete za korištenje parametrijske statistike koja je i korištena za obradu dobivenih podataka.

Tablica 2

Prikaz deskriptivno-statističkih pokazatelja distribucija rezultata ($N=1753$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>raspon</i>	<i>K-S</i>	<i>asimetričnost</i>	<i>spljoštenost</i>
Doprinosa društvu	21.1	3.4	5-25	.15***	-.74	.71
Ozbiljnost	8.9	1.3	2-10	.24***	-1.28	1.5
Privlačenje pažnje	12	4.2	6-30	.10***	.66	.27
Socijalna distanca	6.2	2.5	3-15	.12***	.62	-.13
Znanje	3.1	1	0-5	.21***	-.47	-.17
Mjesto uzročnosti	3.9	1.4	1-7	.24***	-.07	.29
Stabilnost	1.8	1.2	1-7	.35***	1.6	2.17
Mogućnost kontrole	2.8	1.8	1-7	.22***	.64	-.70
Psihička uznemirenost	13.1	6.7	0-40	.08***	.56	-.08

Legenda: *M*- aritmetička sredina; *SD*- standardna devijacija; *K-S*- Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije; *** $p < .001$

Hijerarhijska regresijska analiza

Da bismo odgovorili na postavljeni problem, proveli smo četiri hijerarhijske regresijske analize, odvojeno za svaku dimenziju stava (doprinos društvu, ozbiljnost, privlačenje pažnje i socijalna distanca). Regresijske su analize provedene na podacima svih sudionika, neovisno o vinjeti koju su čitali. Naime, obje vinjete opisuju iste simptome te predstavljaju isti konstrukt, veliki depresivni poremećaj, zbog čega ih je teorijski opravdano objediniti kako bismo utvrdili doprinos odabranih varijabli u predviđanju stavova prema oboljelima od depresije. Vinjeta koju su sudionici čitali odnosno kontekst pojave simptoma, vezan uz porođaj ili nevezan uz ikakav konkretan događaj, uzeta je kao jedan od prediktora čijim uvrštavanjem u hijerarhijsku regresijsku analizu nastojimo doprinijeti objašnjavanju varijance stavova prema oboljelima od depresije.

U prilogu 5 prikazani su koeficijenti korelacije među korištenim varijablama. Interkorelacija među prediktorskim varijablama uglavnom nema ili su niske. Izuzetak su varijable dobi i roditeljskog statusa koje su očekivano visoko povezane. S kriterijskim varijablama dimenzija stavova su odabrane prediktorske varijable uglavnom nisko povezane, a nešto više povezanosti ostvaruju psihološke varijable atribucija uzročnosti i znanja, čiji koeficijenti korelacije variraju od niskih do srednjih vrijednosti.

Svaka od četiri regresijske analize provedena je u pet koraka po istom redosljedu. U prvom koraku unesene su sociodemografske varijable spol, dob, razina obrazovanja i veličina mjesta, dok je roditeljski status unesen kao zasebna varijabla u idućem koraku. U trećem koraku uvrštene su varijable konteksta pojave simptoma i točnosti njihova prepoznavanja, a u četvrti korak varijable koje služe kao kontrola iskustva s depresijom: osobno iskustvo, broj iskustava s poremećajem i intenzitet psihičke uznemirenosti. U posljednjem smo koraku uvrstili psihološke varijable znanje i uzročne atribucije mjesta uzročnosti, stabilnosti i mogućnosti kontrole.

Rezultati provedene analize za dimenziju stava doprinos društvu (Tablica 3) pokazuju da smo ovim modelom objasnili ukupno 9% varijance tog kriterija. U prvom smo koraku objasnili 2% varijance varijablama spola, obrazovanja i veličine mjesta. Dodavanje varijable roditeljskog statusa u idućem koraku nije doprinijelo predviđanju kriterija. Uz prethodne, u trećem su koraku statistički značajne obje dodane varijable, kontekst pojave simptoma i točnost, a tim smo korakom objasnili dodatnih 2% varijance. U idućem koraku dodavanjem iskustvenih varijabli objasnili smo dodatnih 1% varijance, a značajan samostalni doprinos

ostvarile su varijable spol, veličina mjesta, točnost, kontekst pojave simptoma, psihička uznemirenost i osobno iskustvo. Dodavanjem uzročnih atribucija stabilnosti i mogućnosti kontrole u petom koraku objasnili smo najviše, 4% varijance. Značajni prediktori dimenzije stava doprinos društvu u posljednjem koraku su varijable spol, točnost, kontekst pojave simptoma, psihička uznemirenost, stabilnost i mogućnost kontrole. Provedena je analiza pokazala da su žene, osobe s manje izraženim intenzitetom psihičke uznemirenosti, koje točno prepoznaju depresivno stanje, koje ga procjenjuju promjenjivim te koje ga procjenjuju manje podložnim kontroli sklonije oboljele vidjeti kao osobe koje dugoročno mogu ostvariti značajne ishode za društvo, pri čemu procjenjuju da nešto veće ishode mogu ostvariti osobe oboljele od poslijeporođajne depresije.

Tablica 3

Hijerarhijska regresijska analiza u pet koraka za dimenziju stava doprinos društvu ($N=1723$)

	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β
1. Spol	.11***	.11***	.10***	.11***	.08**
2. Dob	-.04	-.05	-.04	-.04	-.03
3. Obrazovanje	.06*	.06*	.05*	.05	.04
4. Veličina mjesta	.06*	.06*	.05*	.05*	.04
5. Roditeljski status		.00	.01	.00	-.03
6. Točnost			.13***	.12***	.11***
7. Kontekst pojave simptoma			.07**	.09***	.06*
9. Psihička uznemirenost				-.1***	-.09***
10. Osobno iskustvo				.07**	.05
11. Iskustvo				.00	.00
12. Znanje					.02
13. Mjesto uzročnosti					.03
14. Stabilnost					-.19***
15. Mogućnost kontrole					-.06*
R	.14***	.14	.20***	.23***	.30***
R^2	.02***	.02	.04***	.05***	.09***
ΔR^2		.00	.02***	.01***	.04***

Legenda: β – standardizirani parcijalni beta koeficijent; R —koeficijent multiple korelacije; R^2 —koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 — promjena koeficijenta multiple determinacije; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Drugom je hijerarhijskom regresijskom analizom provjeravano na koji su način odabrane varijable prediktivne za procjenu ozbiljnosti depresivnih simptoma (Tablica 4). U prvom koraku značajan samostalan doprinos ostvarile su varijable spol, dob i obrazovanje pomoću kojih je objašnjeno 5% varijance kriterija. Dodavanje varijable roditeljskog statusa nije značajno doprinijelo predviđanju stava ozbiljnosti, ali ta varijabla postaje značajnom u idućem, trećem, koraku zajedno s već navedenim demografskim varijablama te dodanim varijablama konteksta pojave simptoma i točnosti njihova prepoznavanja čijim smo dodavanjem objasnili još 5% varijance ozbiljnosti. Četvrti je korak statistički neznačajan, iskustvene varijable nisu značajne u predikciji ozbiljnosti, ali njihovim dodavanjem kontekst pojave simptoma prestaje biti statistički značajan. Uvođenjem psiholoških varijabli u petom koraku objašnjavamo dodatnih 6% varijance. Ovim je modelom objašnjeno ukupno 16% varijance procjene ozbiljnosti depresivnog stanja, a značajan samostalni doprinos ostvarile su sve demografske varijable osim veličine mjesta, točnost prepoznavanja simptoma te sve psihološke varijable. Provedenom analizom ustanovili smo da su depresivne poremećaje ozbiljnijima sklonije procjenjivati žene, osobe mlađe životne dobi, višeg stupnja obrazovanja, koje iskazuju manje znanja o depresiji, koje prepoznaju njene simptome te koje ju procjenjuju više eksternalno uzrokovanom, podložnom promjeni i pod manjom kontrolom osobe pri čemu je stanje jednako ozbiljno procijenjeno neovisno o tome jesu li se simptomi pojavili nakon porođaja ili ne.

Tablica 4

Hijerarhijska regresijska analiza u pet koraka za dimenziju stava ozbiljnost ($N=1723$)

	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β
1. Spol	.20***	.18***	.16***	.16***	.12***
2. Dob	-.08**	-.11***	-.10***	-.10**	-.09**
3. Obrazovanje	.07**	.07**	.05*	.06*	.08**
4. Veličina mjesta	.02	.03	.02	.02	.02
5. Roditeljski status		.06	.07*	.07*	.02
6. Točnost			.22***	.22***	.19***

7. Kontekst pojave simptoma			.05*	.05	-.03
9. Psihička uznemirenost				.03	.02
10. Osobno iskustvo				.04	.02
11. Iskustvo				-.03	-.02
12. Znanje					-.12***
13. Mjesto uzročnosti					.05*
14. Stabilnost					-.05*
15. Mogućnost kontrole					-.23***
<i>R</i>	.21***	.21	.31***	.32	.40***
<i>R</i> ²	.05***	.05	.10***	.10	.16***
ΔR^2		.00	.05***	.00	.06***

Legenda: β – standardizirani parcijalni beta koeficijent; *R*—koeficijent multiple korelacije; *R*²-koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 - promjena koeficijenta multiple determinacije; **p*<.05; ***p*<.01; ****p*<.001

Trećom hijerarhijskom regresijskom analizom za dimenziju privlačenje pažnje, objasnili smo najviše, 32% varijance tog kriterija. U prvom smo koraku objasnili 6% varijance prediktorima spola i veličine mjesta. U idućem koraku pored navedenih značajan doprinos ostvaruju i varijable dob i roditeljski status kojima u ovom koraku objašnjavamo tek dodatnih 1% varijance. Uz ranije značajne varijable dodavanjem točnosti u trećem koraku objašnjeno je ukupno 14% varijance kriterija. Značajan doprinos u četvrtom koraku ostvaruju i kontekst pojave simptoma te osobno iskustvo s poremećajem čijim je dodavanjem objašnjeno još 1% varijance privlačenja pažnje. Značajno više, dodatnih 17% varijance objašnjeno je dodavanjem psiholoških varijabli u posljednjem koraku. Provedena analiza pokazuje kako su značajni prediktori dimenzije privlačenja pažnje varijable spol, dob, veličina mjesta, roditeljski status, točnost prepoznavanja, kontekst pojave simptoma, znanje i sve uzročne atribucije. Simptome depresije u većoj će mjeri vidjeti kao privlačenje pažnje muškarci, osobe iz manjeg mjesta, osobe starije životne dobi, oni koji nisu roditelji te oni koji iskazuju manje znanja o depresiji, koji ne prepoznaju točno njezine simptome, koji depresiju vide kao nepromjenjivo stanje, procjenjuju da ima unutrašnje mjesto uzročnosti te procjenjuju da je podložna kontroli. Simptome depresije će vjerojatnije vidjeti kao privlačenje pažnje ako se oni jave nakon porođaja.

Tablica 5

Hijerarhijska regresijska analiza u pet koraka za dimenziju stava privlačenje pažnje (N=1723)

	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β
1. Spol	-.23***	-.20***	-.17***	-.17***	-.09***
2. Dob	.02	.10**	.09**	.08**	.07**
3. Obrazovanje	-.04	-.04	-.02	-.03	-.03
4. Veličina mjesta	-.07**	-.07**	-.06**	-.06**	-.05*
5. Roditeljski status		-.13***	-.14***	-.13***	-.07*
6. Točnost			-.26***	-.26***	-.18***
7. Kontekst pojave simptoma			-0.4	-.06*	.06**
9. Psihička uznemirenost				-0.4	-.01
10. Osobno iskustvo				-.06*	-.03
11. Iskustvo				-.03	-.03
12. Znanje					-.10***
13. Mjesto uzročnosti					-.05*
14. Stabilnost					.05***
15. Mogućnost kontrole					.43***
<i>R</i>	.24***	.26***	.37***	.38***	.56***
<i>R</i> ²	.06***	.07***	.14***	.14***	.32***
ΔR^2		.01***	.07***	.01***	.17***

Legenda: β – standardizirani parcijalni beta koeficijent; *R*—koeficijent multiple korelacije; *R*²-koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 - promjena koeficijenta multiple determinacije; **p*<.05; ***p*<.01; ****p*<.001

Posljednja je hijerarhijska regresijska analiza provedena da bismo ispitali doprinos prediktora u objašnjavanju varijance socijalne distance (Tablica 6). Kao statistički značajni samostalni prediktori u prvom koraku pokazale su se varijable spola i dobi s kojima je objašnjeno 2% varijance kriterija. Idućim smo korakom objasnili ukupno 3% varijance kriterija varijablama spola i roditeljskog statusa. Uz njih u idućem je koraku značajna i varijabla konteksta pojave simptoma te ovim korakom objašnjavamo ukupno 5% varijance socijalne distance. Pored navedenih, dodavanjem iskustvenih varijabli u četvrtom koraku uspijevamo objasniti dodatnih 3% varijance. Dodavanjem psiholoških varijabli u petom koraku objašnjavamo još 6%, ukupno 14% varijance socijalne distance varijablama spola,

obrazovanja, konteksta pojave simptoma, osobnog iskustva, broja iskustava, znanja i uzročnih atribucija mjesta uzročnosti, stabilnosti i mogućnosti kontrole. Veću socijalnu distancu prema oboljelima iskazivat će muškarci, osobe veće razine obrazovanja, one koje nemaju osobnog iskustva s poremećajem, koje ostvaruju općenito manji broj iskustava s oboljelima, iskazuju manje znanja o depresiji te ju vide kao nepromjenjivo stanje, stanje određeno karakteristikama osobe te stanje na koje je osoba mogla utjecati svojom voljom. Veću socijalnu distancu iskazivat će prema ženama koje boluju od depresije nevezano uz porođaj.

Tablica 6

Hijerarhijska regresijska analiza u pet koraka za dimenziju stava socijalna distanca ($N=1723$)

	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β
1. Spol	-.12***	-.09***	-.10***	-.09***	-.05*
2. Dob	-.05*	.02	.02	.01	-.00
3. Obrazovanje	.03	.04	.05	.04	.05*
4. Veličina mjesta	.02	.01	.01	.02	.03
5. Roditeljski status		-.12***	-.12***	-.09**	-.06
6. Točnost			-.01	.00	.04
7. Kontekst pojave simptoma			-.14***	-.20***	-.15***
9. Psihička uznemirenost				.01	.02
10. Osobno iskustvo				-.17***	-.14***
11. Iskustvo				-.07**	-.06**
12. Znanje					-.10***
13. Mjesto uzročnosti					-.05*
14. Stabilnost					.13***
15. Mogućnost kontrole					.17***
<i>R</i>	.14***	.17***	.22***	.28***	.37***
R^2	.02***	.03***	.05***	.08***	.14***
ΔR^2		.01***	.02***	.03***	.06***

Legenda: β – standardizirani parcijalni beta koeficijent; R —koeficijent multiple korelacije; R^2 - koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 - promjena koeficijenta multiple determinacije; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je pridonijeti razumijevanju stavova prema oboljelima od depresije. Od posebnog je interesa pitanje razlikuju li se stavovi i na kojim dimenzijama ovisno o tome kada se depresivni simptomi javljaju. U ispitivanju stigme korišten je višedimenzionalni pristup proučavanja stavova te su u skladu s tim i dobiveni nalazi razmotreni za svaku dimenziju stava zasebno.

Doprinos društvu

Dimenzija stava doprinos društvu predstavlja procjenu dugoročnih ishoda koje u društvu može ostvariti oboljela osoba nakon primjene tretmana (Mond i sur., 2006). Rezultati provedenog istraživanja upućuju da muškarci doprinose oboljelih procjenjuju manjima nego žene te su stoga oni ciljna populacija kojoj trebamo usmjeriti poruke o društvenom doprinosu oboljelih. S obzirom na to da su u vinjetama zastupljene samo žene, potrebno se zapitati jesu li ovakvi rezultati možda posljedica interakcije spola procjenjivača i spola procjenjivane osobe. U dosadašnjim istraživanjima nađeno je kako spol oboljele osobe ne utječe na formiranje stavova, zbog čega se u istraživanjima stigme uglavnom koriste vinjete s opisom pripadnika jednog spola, po odabiru istraživača (Jorm i sur., 1999). Neovisno o tome koga procjenjuju, žene uglavnom imaju manje stigmatizirajuće stavove, što se pokazalo istinitim i na ovoj dimenziji stava. Nadalje, provedena regresijska analiza pokazala je da osobe koje svoje trenutno psihičko stanje procjenjuju lošijim, također procjenjuju nižim doprinos koji oboljeli mogu ostvariti u društvu. Ovo upućuje da aktualno ugrožena psihološka dobrobit potiče stigmatizaciju oboljelih na području socijalnog funkcioniranja. S obzirom na to da osobe koje se trenutno suočavaju s problematičnim psihosocijalnim iskustvom formiraju mentalnu reprezentaciju svog problema na dimenzijama koje uključuju njegovo trajanje i posljedice (Leventhal i Nerenz, 1985; prema Williams i Healy, 2001), možemo se zapitati upućuju li dobiveni nalazi i na samostigmatizaciju.

Pored sociodemografskih i iskustvenih karakteristika sudionika, značajan su doprinos ostvarile i psihološke varijable čija nam interpretacija može pomoći u usmjeravanju sadržaja destigmatizirajućih kampanja. Sukladno hipotezama, što su simptomi depresije uspješnije prepoznati te što su percipirani promjenjivijima, to su pozitivnije procjene ishoda kojih s vremenom oboljeli mogu ostvariti u zajednici. Međutim, suprotno postavljenim hipotezama, doprinosi društvu procijenjeni su boljima što se simptomi depresije manje percipiraju kao da su pod kontrolom osobe. Dobiveni nalazi mogu se protumačiti u okviru sadržaja stigme o

oboljelima od depresije koji uključuje okrivljavanje oboljele osobe zbog percepcije veće kontrole nad njenim stanjem (Goldstein i Rosselli, 2003). Oboljele osobe iz obje vinjete aktualno ostvaruju partnersku te majčinsku ulogu, a sukladno navedenom, tumačenje njihova simptoma kao podložnih osobnoj kontroli pridonosi lošijoj procjeni njihova budućeg funkcioniranja u tim ulogama odnosno buduće socijalno funkcioniranje nije procijenjeno boljim od sadašnjeg jer su oboljeli etiketirani kao krivci za svoje probleme.

Varijabla koja nam je bila od posebnog interesa, kontekst pojave simptoma, ostvarila je značajan utjecaj u formiranju stavova o doprinosu društvu, kao i na dvije druge dimenzije stava. Navedeno ukazuje na to da ljudi ne diferenciraju samo između različitih kategorija psihičkog poremećaja, već i unutar iste kategorije. Iako suvremene klasifikacije psihičkih poremećaja ne razlikuju depresiju od poslijeporođajne depresije, ljudi ih razlikuju te stoga kad ispituje stavove o oboljelima od depresije nije svejedno o kojoj depresiji govorimo. Unatoč jednakim simptomima, za žene koje boluju od poslijeporođajne depresije postoji bolja procjena njihova dugoročna funkcioniranja u ulozi prijateljica, žena, majki, zaposlenica. Iako postoje određena očekivanja društva od novih roditelja i njihove prilagodbe na novu ulogu, roditeljska je uloga u društvu ipak prepoznata kao izazovna i kao ona koja zahtijeva prilagodbu (Holden, 2009). Stoga je moguće da pojavu depresivnih simptoma nakon porođaja okolina promatra u sklopu izazova tranzicije i očekuje da će s vremenom, kako tranzicija jenjava, osoba ipak više „profunkcionirati“ u društvu nego osoba čija se pojava simptoma ne veže uz tranziciju u roditeljsku ulogu.

Ozbiljnost

Dimenzija stava ozbiljnost predstavlja procjenu ozbiljnosti i stresnosti stanja oboljele osobe. Dobiveni podaci upućuju da je opasnost od umanjivanja ozbiljnosti depresije veća kod muškaraca, osoba starije životne dobi te nižeg stupnja obrazovanja, što znači da su oni ciljna populacija kojoj trebamo usmjeriti poruke o ozbiljnosti depresivnih simptoma i važnosti traženja pomoći. Smjer utjecaja koje demografske varijable ostvaruju na ovoj dimenziji stava u skladu je s postavljenim hipotezama. Umanjivanje stresnosti i ozbiljnosti borbe s depresijom kod muškaraca možemo tumačiti u skladu s njihovom rodnom ulogom u sklopu koje pokazuju manje brige i manje su usmjereni na emocionalna stanja (Berk, 2006). Kod osoba starije životne dobi dolazi do pada otvorenosti ka iskustvima koja se među ostalim očituje u otvorenosti ka novim idejama i vrijednostima (Larsen i Buss, 2005), dok niža razina

obrazovanja korelira s manje liberalnim stavovima (Angermeyer i Dietrich, 2006), što vjerojatno objašnjava manju sklonost prihvaćanja ideje ozbiljnosti depresivnog stanja kod ovog dijela populacije.

Ostvareni doprinosi psiholoških varijabli manje su sukladni hipotezama. Dobiveni podaci upućuju da znanje ostvaruje doprinos u dva smjera, ovisno o njegovoj sveobuhvatnosti. Znanje na razini prepoznavanja simptoma povezano je s većom procjenom ozbiljnosti depresije, dok je obuhvatnije znanje koje uključuje poznavanje etiologije i liječenja povezano s manjom procjenom ozbiljnosti. Moguće je da upoznavanje s mehanizmom poremećaja djeluje ohrabrujuće jer daje ljudima do znanja da je depresija izlječiva bolest te su je stoga oni, za razliku od pojedinaca koji te informacije nemaju, skloniji procijeniti manje ozbiljnom. Ovakvi nalazi ukazuju na potrebu za oprezom prilikom provođenja edukacija koje, suprotno namjerama, ne pridonose nužno destigmatizaciji na svim dimenzijama stava. U prilog tome govore i nalazi o doprinosu uzročnih atribucija koji su uglavnom suprotni postavljenim hipotezama. Internalne atribucije, veći stupanj kontrole nad stanjem te veća stabilnost stanja povezani su s manjom procjenom ozbiljnosti. Rasvjetljavanje dobivenih nalaza potražili smo u rezultatima kvalitativnih istraživanja koja pokazuju da ljudi kao uzroke depresije uglavnom navode vanjske okolnosti koje predstavljaju okidače u razvoju poremećaja te dominantno usvajaju psihosocijalne modele za objašnjenja nastanka depresije (Priest, Vize, Roberts, Roberts, i Tylee, 2011; Williams i Healy, 2001). Vanjski su uzroci vidljivi i naslanjaju se na već postojeće pretpostavke o etiologiji ovog poremećaja, što je moguće objašnjenje za njihovu povezanost s većom procjenom ozbiljnosti. Ljudima oni možda imaju „više smisla“ jer omogućuju uzročno-posljedično zaključivanje. Stoga bi u prikazivanju etiologije depresije naglašavanje vanjskih čimbenika koji nisu pod kontrolom osobe moglo pridonijeti borbi protiv trivijalizacije depresije kao bolesti. Nadalje, nalazi ovog istraživanja pokazuju da promjenjivost stanja nije uvijek doživljena pozitivno, kao poboljšanje. Naime, veća procjena promjenjivosti depresivnog stanja povezana je s većom procjenom ozbiljnosti. Vizija promjenjivosti odudara od uvriježenog pogleda na depresiju kao statičnog i pasivnog stanja zbog čega je promjenjivost možda protumačena u negativnom kontekstu, kao nepredvidljivost, te je sukladno tome povezana s većom procjenom ozbiljnosti. Stoga je prije provođenja kampanja koje se usmjeravaju na podizanje svijesti o ozbiljnosti depresivnog poremećaja nužno ispitati sadržaj postojećih stavova javnosti kako poruke koje šaljemo ne bi izazvale suprotne učinke jer odstupaju od logike koju javnost dominantno usvaja u predočavanju depresivne simptomatike.

Privlačenje pažnje

Korištenim modelom najviše je varijance objašnjeno na dimenziji stava privlačenje pažnje koja sadržajno najviše odgovara stigmatizaciji oboljelih od depresije, a uključuje trivijalizaciju depresivnih simptoma te okrivljavanje oboljelih. Pored toga, dimenzija privlačenja pažnje usko je povezana i sa sadržajem stigmatizirajućih stavova prema roditeljima oboljelima od psihičkih poremećaja općenito, a naslanja se na njihovu usmjerenost na sebe i zanemarivanje roditeljske uloge (Nicholson, Biebel, Hinden, Henry i Stier, 2001). Stoga ne čudi da je pored ranije značajnih varijabli spola i dobi na ovoj dimenziji značajan doprinos ostvarila i varijabla roditeljski status. Dobiveni nalazi pokazuju da ova varijabla nije zanemariva u formiranju stavova, što predstavlja poticaj za detaljnije istraživanje njezina doprinosa u objašnjavanju stigmatizirajućih stavova. Naime, osobe s iskustvom roditeljstva simptome depresije kod oboljelih manje doživljavaju kao privlačenje pažnje. Roditelji manje krive oboljele majke za njihovo stanje, doživljavaju ih manje usmjerenima na sebe, umišljenima i iritantnima, što ukazuje na njihov potencijal u pružanju podrške. Potreba za pružanjem podrške posebno je izražena u manjim sredinama jer dobiveni nalazi upućuju da je, sukladno hipotezama, veličina mjesta negativan prediktor ove dimenzije stava, odnosno ljudi iz manjeg mjesta simptome depresije kod oboljelih više tumače kao privlačenje pažnje.

S obzirom na to da se ova dimenzija stava sadržajno nadovezuje na dimenziju ozbiljnosti, dobiveni rezultati su komplementarni. Ženski spol, mlađa dob, bolje poznavanje depresije i njenih simptoma, eksternalizacija mjesta uzročnosti, naglašavanje promjenjivosti te nepodložnosti depresije volji osobe povezani su s manjim doživljavanjem depresije kao privlačenja pažnje. No, za razliku od dimenzije ozbiljnosti, doprinos koji kontekst pojave simptoma ostvaruje nije zanemariv. U skladu s očekivanjima, simptomi depresije koji se javljaju nakon porođaja, u razdoblju tranzicije u roditeljsku ulogu, više su percipirani kao privlačenje pažnje. Dobiveni nalaz odgovara ranije navedenim spoznajama o stigmatizaciji oboljelih roditelja jer u slučaju poslijeporođajne depresije pojava simptoma interferira s tranzicijom u roditeljsku ulogu te je ona više istaknuta, a sukladno tome i pojava simptoma više protumačena kao preusmjeravanje pažnje s djeteta na sebe. Dodatne napore stoga treba uložiti u smanjivanje stigme prema novim roditeljima jer upravo stigmatizaciju i osuđivanje okoline navode kao glavne prepreke u traženju pomoći (Thorsteinsson, Loi i Farr, 2018). Žene oboljele od poslijeporođajne depresije o svojim simptomima najčešće ne progovaraju

jer se boje etikete „loše majke“ te se sa svojim simptomima najčešće suočavaju same (Edwards i Timmons, 2005; Thorsteinsson i sur., 2018).

Socijalna distanca

Socijalna distanca najčešće je korištena mjera u ispitivanju stigmatizirajućih stavova, a predstavlja bihevioralnu komponentu stava na kojoj ljudi procjenjuju stupanj u kojem su spremni oboljele prihvatiti u različitim odnosima (Mond i sur., 2006). Sukladno ranijim nalazima, muškarci postižu više rezultate na ovoj mjeri i u manjem su stupnju spremni ostvariti odnose s oboljelima. Varijabla razina obrazovanja se u zadnjem koraku analize pokazala značajnom i to u smjeru suprotnom očekivanom, kao pozitivan prediktor socijalne distance. Na temelju detaljnijeg uvida u odnos koji ta varijabla ostvaruje s psihološkim varijablama dodanim u posljednjem koraku te kriterijskom varijablom socijalne distance, možemo posumnjati da njezina značajnost predstavlja statistički artefakt. Naime, razina obrazovanja ostvaruje značajan doprinos u objašnjavanju varijance kriterija iako s njim nije značajno povezana, već doprinos vjerojatno ostvaruje putem značajne pozitivne povezanosti s varijablom znanja te negativne povezanosti s varijablom stabilnosti. Drugim riječima, moguće je da razina obrazovanja predstavlja supresor u povezanosti varijabli znanja i stabilnosti sa socijalnom distancom te zato njezin doprinos u predviđanju socijalne distance nema smisla sadržajno interpretirati.

Pored toga, važno se osvrnuti na još jednu statističku pojavu prilikom interpretacije doprinosa koji varijabla roditeljski status ostvaruje u predviđanju socijalne distance. Ova varijabla ima značajan negativni doprinos sve do zadnjeg koraka analize, u kojem dodavanjem psiholoških varijabli prestaje biti značajna. Uvidom u odnose koje ta varijabla ostvaruje s dodanim prediktorskim varijablama uviđamo značajnu negativnu povezanost s uzročnim atribucijama stabilnosti i mogućnosti kontrole. Njihovim je dodavanjem reduciran doprinos koji roditeljski status ostvaruje u predviđanju socijalne distance, što upućuje na medijacijski utjecaj tih varijabli u povezanosti roditeljskog statusa i socijalne distance. Ovi nalazi ukazuju na važnost daljnjeg ispitivanja atribucija roditelja.

Što se iskustvenih varijabli tiče, na ovoj su dimenziji po prvi puta značajan doprinos ostvarile varijable osobnog iskustva s poremećajem te količina ostvarenih iskustava i to u negativnom smjeru. Nalaz da na ostalim dimenzijama nisu bile od značaja, ali na ovoj jesu može se objasniti sadržajem ove dimenzije stava koja po svojoj prirodi odstupa od

dosadašnjih. Naime, socijalna distanca predstavlja bihevioralnu komponentu stava jer ispituje spremnost na ponašanje prema objektu stava, dok se ostale dimenzije temelje na emocionalnim reakcijama te mislima i vjerovanjima o objektu stava (Aronson i sur., 2005). S obzirom na to da je postojanje iskustava s poremećajem povezano s manjom socijalnom distancom, u kampanjama koje promiču socijalno prihvaćanje, pored kognitivnih intervencija poput edukacija trebalo bi omogućiti i bihevioralne intervencije koje uključuju ostvarivanje kontakata s oboljelima.

Psihološke dimenzije ostvarile su doprinose uglavnom sukladno očekivanjima te sukladno nalazima za prethodno ispitane dimenzije, a ilustriraju pozitivne učinke znanja, eksternalizacije mjesta uzročnosti, percepcije promjenjivosti te nemogućnosti svojevolsnog kontroliranja depresivnog stanja. Atribucija mogućnosti kontrole je na ovoj dimenziji suprotno očekivanjima ostvarila doprinos u istom smjeru kao i na prethodnim dimenzijama što ponovo možemo objasniti specifičnošću sadržaja stigme o oboljelima od depresije. Što je utjecaj osobe na svoje depresivno stanje procijenjen većim to je manja spremnost prihvaćanja tih osoba u odnosima jer umjesto sažaljenja, oboljela osoba doživljava okrivljavanje.

Varijabla koja nam je bila od posebnog interesa, kontekst pojave simptoma, na ovoj je dimenziji ostvarila najveći parcijalni beta koeficijent ($\beta = -.15$). Suprotno očekivanjima, sudionici iskazuju veću socijalnu distancu prema ženama oboljelima od depresije nego ženama oboljelima od poslijeporođajne depresije. Dobivene nalaze možemo protumačiti u okviru atribucijskih teorija. U istraživanju Corrigan i suradnika (2005) stigmatizacija oboljelih od depresije bila je veća kada u vinjeti koju su sudionici čitali nije ponuđeno objašnjenje uzroka depresije nego kada je kao uzrok depresije naveden tumor. S obzirom na to da među stručnjacima vlada mišljenje kako termin poslijeporođajne depresije ukazuje na uzročnu povezanost depresije i porođaja (Radoš i sur., 2013), možemo pretpostaviti kako je u vinjeti poslijeporođajne depresije porođaj vjerojatno protumačen kao uzrok depresivnog stanja, za razliku od druge vinjete u kojoj kontekst pojave simptoma nije vezan uz specifičan događaj već se depresivno stanje pojavilo „samo od sebe“. Kako bi razumjeli svijet oko sebe, ljudi tragaju za uzročno-posljedičnim vezama za događaje u svojoj okolini, što determinira njihove reakcije na te događaje (Aronson i sur., 2005). Kad se radi o tumačenju psihičkih poremećaja, ljudi nastoje poremećaju pridati smisao tražeći uzrok kojim bi opravdali njegovo nastajanje (Williams i Healy, 2001). Stoga je moguće da prema oboljelima od poslijeporođajne depresije postoji manja distanca jer javnosti taj poremećaj ima „više smisla“. Njegov je uzrok jasno vidljiv, dok uzrok depresije u drugom slučaju nije eksplicitno

naveden i ostavlja širok prostor za interpretaciju uzroka i simptoma. Uloga je stručnjaka stoga da pomognu javnosti u izazovnom zadatku pronalaženja smisla pojave psihičkih poremećaja, osvrćući se pored njihovih simptoma i na njihove uzroke.

Ograničenja

Unatoč relativno velikom broju uvrštenih prediktorskih varijabli, prediktivna snaga korištenog modela je skromna zbog čega treba biti oprezan prilikom interpretacije kako ne bi došlo do preuveličavanja dobivenih rezultata. Veličina standardiziranog parcijalnog beta koeficijenta nerijetko je manja od $\beta=.10$, a dobivenu značajnost moguće je tumačiti kao rezultat obrade na velikom broju sudionika uslijed koje se i manje vrijednosti proglašavaju značajnima. Osim toga, postotci objašnjene varijance su, iako variraju ovisno o dimenziji stava, općenito mali, a samo na dimenziji privlačenja pažnje prelaze 30% što se i dalje smatra skromnim. Navedeno ukazuje na potrebu za daljnjim istraživanjima varijabli koje doprinose formiranju stavova o oboljelima od depresije te konstrukciju višedimenzionalnih instrumenata koji će sadržajno više odgovarati stigmi depresivnih poremećaja. Naime, za potrebe ovog istraživanja prilagođen je upitnik izvorno namijenjen ispitivanju stavova prema anoreksiji te možemo očekivati kako bi uslijed primjene instrumenta više sadržajno prilagođenog depresivnim poremećajima i postotak objašnjene varijance bio veći. Važno se osvrnuti i na to da je ispunjavanje upitnika bilo moguće samo putem interneta zbog čega je naš uzorak selektivan, a čine ga osobe koje imaju pristup internetu i koriste neku od internetskih platformi putem kojih je poveznica za istraživanje dijeljena. Osim navedene selekcije sudionika, kod *online* prikupljanja podataka metodom snježne grude prisutna je i samoselekcija. Moguće je da se osobe koje su se odazvale pozivu na istraživanje i pristupile ispunjavanju upitnika razlikuju od onih koji nisu po određenim karakteristikama poput osobina ličnosti i interesa za područjem istraživanja. S obzirom na to da ispitujemo stavove prema društveno osjetljivoj temi metodom samoiskaza, moguće je da su sudionici davali socijalno poželjne odgovore, zbog čega dobiveni rezultati ne ukazuju nužno na stvarno stanje. Naposljetku, nikako ne smijemo zaboraviti da je provedeno istraživanje korelacijskog tipa te nam ne omogućava donošenje uzročno posljedičnih zaključaka. Dobiveni nalazi stoga se mogu interpretirati u dva smjera. Pitanje je primjerice vodi li veće znanje do manje stigmatizacije ili su osobe koje manje stigmatiziraju sklonije tražiti informacije i učiti o depresiji.

Praktične implikacije

Dobiveni rezultati pružaju nam važne informacije o tome kome trebamo usmjeriti destigmatizirajuće poruke i kako ih trebamo oblikovati za pojedinu skupinu depresivnih poremećaja. Potreba za provođenjem destigmatizirajućih kampanja veća je kod muškaraca koji na svim dimenzijama pokazuju više stigmatizirajuće stavove. Ostale demografske varijable značajne su doprinose ostvarile samo na dimenzijama ozbiljnosti i privlačenja pažnje što ukazuje na to da se stavovi pripadnika pojedinih dobrih, obrazovnih, roditeljskih skupina razlikuju jedino na području trivijalizacije depresivnih simptoma. Potrebno je istaknuti pozitivan doprinos roditeljskog statusa u tom području, koji ukazuje na to da drugi roditelji više suosjećaju s oboljelim majkama te je stoga ovoj varijabli potrebno posvetiti više pažnje u idućim istraživanjima kako bi se identificirali načini na koje drugi roditelji mogu biti podrška oboljelim roditeljima. Dobiveni nalazi podržavaju postojeću praksu provođenja edukacija u svrhu destigmatizacije jer su znanje i uspješno prepoznavanje simptoma ostvarili većinom pozitivan doprinos na svim dimenzijama stava. Nalazi za dimenziju stava socijalne distance ukazuju na to da treba razmotriti i mogućnost da oboljeli od depresije sudjeluju u izvođenju edukacija i radionica jer je ostvarivanje iskustva s oboljelima značajno doprinijelo njihovom socijalnom prihvaćanju. Što se oblikovanja sadržaja kampanja tiče, sukladno nalazima na svim dimenzijama stava, smanjivanju stigmatizacije mogla bi doprinijeti eksternalizacija uzroka depresivnih simptoma, naglašavanje nepodložnosti simptoma volji osobe te prikazivanje depresivnog stanja kao promjenjivog. Od posebne je važnosti nalaz da kontekst pojave depresivnih simptoma ostvaruje značajne doprinose u predviđanju stavova. Iako javnost simptome depresije procjenjuje jednako ozbiljnima neovisno o tome kada se pojave, za žene koje boluju od poslijeporođajne depresije postoji bolja procjena dugoročnih ishoda u društvu, manja iskazana socijalna distanca, ali veće tumačenje simptoma kao privlačenja pažnje. Stoga destigmatizirajuće kampanje za poslijeporođajnu depresiju ne treba oblikovati po istom principu kao one za depresiju. Prema nalazima ovog istraživanja, kampanje za poslijeporođajnu depresiju trebaju staviti naglasak na borbu protiv okrivljavanja oboljelih žena, a kampanje za depresiju na borbu protiv umanjivanja društvenih doprinosa oboljelih te socijalnog distanciranja od njih. Navedeno ukazuju na to da pored kampanja za mentalno zdravlje općenito, treba razvijati kampanje specifično za reproduktivno mentalno zdravlje.

Zaključak

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da individualne karakteristike te karakteristike pojave depresivnih simptoma ostvaruju značajne, ali različite doprinose u objašnjavanju dimenzija stigmatizirajućih stavova doprinosa društvu, ozbiljnosti, privlačenja pažnje te socijalne distance.

Na dimenziji stava doprinos društvu manje stigmatizirajuće stavove pokazuju žene, osobe s manjom samoprocjenom psihičke uznemirenosti, koje točno prepoznaju depresivno stanje, koje ga procjenjuju promjenjivijim te koje ga procjenjuju manje podložnim kontroli. Kontekst pojave simptoma ostvario je značajan doprinos u smjeru manje stigmatizacije žena oboljelih od poslijeporođajne depresije čiji je doprinos u društvu procijenjen boljim.

Na dimenziji stava ozbiljnost, veće procjene stresnosti i ozbiljnosti depresivnog stanja ostvaruju žene, osobe mlađe životne dobi, višeg stupnja obrazovanja, koje uspješno prepoznaju simptome depresije te koje iskazuju manje sveukupnog znanja o depresiji. Procjeni veće ozbiljnosti pridonijela je eksternalizacija uzroka, percepcije promjenjivosti te manje podložnosti osobnoj kontroli. Pojava simptoma depresije nakon porođaja procijenjena je jednako ozbiljnom kao i pojava simptoma nevezano uz porođaj.

Na dimenziji privlačenja pažnje više rezultate postižu muškarci, osobe iz manjeg mjesta, osobe starije životne dobi, oni koji nisu roditelji te oni koji iskazuju manje znanja o depresiji, ne prepoznaju točno njene simptome, oni koji depresiju vide kao nepromjenjivo stanje, koji ju procjenjuju kao internalno uzrokovano te koji ju vide kao stanje pod kontrolom osobe. Simptomi depresije se više tumače kao privlačenje pažnje u slučaju poslijeporođajne depresije.

Na dimenziji stava socijalna distanca manju spremnost za prihvaćanje oboljelih u odnosima iskazuju muškarci, osobe koje nemaju osobnog iskustva s poremećajem te one koje ostvaruju općenito manji broj iskustava, iskazuju manje znanja o depresiji te ju vide kao nepromjenjivo stanje, stanje određeno karakteristikama osobe te stanje na koje je osoba mogla utjecati svojom voljom. Kontekst pojave simptoma ostvario je značajan doprinos u smjeru većeg distanciranja od žena koje boluju od depresije nevezano uz porođaj.

Literatura

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C. i Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163–179.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. i Wahlbeck, K. (2011). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 125–132.
- Aronson, E., Wilson, T. D. i Akert, R. M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: Mate.
- Berk, L. (2006). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Busby Grant, J., Bruce, C. P. i Batterham, P. J. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 247–254.
- Corrigan, P.W., Lurie, B.D., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K. i Phelan, S. (2005). How adolescents perceive stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 54, 544-550.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoffwasowski, K., Campion, J. i Kubiak, M. A. (2001). Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J. i Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91–102.
- Corrigan, P. W. i Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439–458.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. i Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Edwards, E. i Timmons, T. (2005). A qualitative study of stigma among women suffering

- postnatal illness. *Journal of Mental Health*, 14(5), 471-481.
- Goldstein, B. i Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: The relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. *Journal of Mental Health*, 12, 551–563.
- Halbreich, U. i Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97–111.
- Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G. (2000). *The social psychology of stigma*. New York. The Guilford Press.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety*, 11, 66-72.
- Holden, G. W. (2009). *Parenting – a dynamic perspective*. Los Angeles: SAGE.
- Jakovljević, M. (2004). *Depresivni poremećaj: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja*. Zagreb: Pro Mente.
- Jokić-Begić, N., Kamenov, Ž. i Lauri Korajlija, A. (2005). Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija*, 33, 10-19.
- Jorm F. A., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H. i Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77-83
- Kelly, C. M., i Jorm, A. F. (2007). *Stigma and mood disorders. Current opinion in Psychiatry*, 20, 13-16.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Kozjak Mikić, Z. i Jokić-Begić, N. (2013). Emocionalne teškoće adolescentica nakon tranzicije u srednju školu. *Socijalna psihijatrija*, 41, 226-234
- Larsen, R.J. i Buss, D.M.(2005). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W. i Ho, R. C. (2018). Prevalence of

- Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 129-139.
- Meštrović, A. (2014). *Neki prediktori stavova prema oboljelima od anoreksije*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Mond, J.M., Robertson-Smith, G. i Vetere, A. (2006). Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? *Journal of Mental Health*, 15(5), 519-532.
- Negus Jolley, S., Betrus, P. (2007). Comparing postpartum depression and major depressive disorder: Issues in assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 765-780.
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B. R., Henry, A. D. i Stier, L. (2001). Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families. Rockville, MD: CMHS/SAMHSA.
- Noble, R. (2005). Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54, 59–65.
- Ozmen, E., Ogel, K., Aker, T., Sagduyu, A., Tamar, D. i Boratav, C. (2004). Public attitudes to depression in urban Turkey. The influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 1010–1016.
- Pavelić, A. (2009). *Stigma socijalnih radnika prema psihičkim bolesnicima*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Pavlinić, D. i Petelinšek, A. (2016). *Razlika u sadržaju stigme prema različitim psihičkim poremećajima*. Neobjavljeni studentski rad. Sveučilište u Zagrebu Hrvatski studiji.
- Pinto-Foltz, M. D. i Logsdon, M. C. (2008). Stigma towards mental illness: A concept analysis using postpartum depression as an exemplar. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(1), 21–36.
- Priest, R. G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M. i Tylee, A. (2011). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ*, 313(7061), 858–859.
- Radoš, S. N., Tadinac, M. i Herman, R. (2013). Prevalence of depression during pregnancy and postpartum in a sample of croatian women. *Klinička psihologija*, 6(1), 79-93.
- Ross, L.E., Gilbert Evans, S.E., Sellers, E.M., Romach, M.K. (2003). Measurement issues in

- postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 51-57.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. i Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529–539.
- Stuart H, i Arboleda, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245–252.
- Svjetska zdravstvena organizacija (1992). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. MKB-10 – deseta revizija*. Zagreb: Medicinska Naklada.
- Thorsteinsson, E. B., Loi, N. M. i Farr, K. (2018). Changes in stigma and help-seeking in relation to postpartum depression: non-clinical parenting intervention sample. *PeerJ*, 6: e5893
- Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B.M., Mulhern, B., Connell, J. i Cooper, M. (2009). The Young Person's CORE: development of a brief outcome measure for young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(3), 160–168.
- Wang, J., Fick, G., Adair, C. i Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3), 91–97.
- Whiffen, V. E. (2004). Myths and Mates in Childbearing Depression. *Women & Therapy*, 27(3–4), 151–163.
- Williams, B. i Healy, D. (2001). Perceptions of illness causation among newreferrals to a community mental health team: “explanatory model” or “exploratory map”? *Social Science & Medicine*, 53, 465–476.
- Wolkenstein, L. i Meyer, T. D. (2008). Attitudes of young people towards depression and mania. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 15–31.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M. i Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 604–608.

Prilozi

Prilog 1 a. Vinjeta s opisom simptoma velikog depresivnog poremećaja prema DSM-5

Petra ima 30 godina, udana je i živi sa suprugom s kojim ima jedno dijete. Unazad mjesec dana, Petra se osjeća isprazno. Osjeća krivnju jer više nije ista osoba kao prije. Teško joj je biti okružena drugim ljudima i zato se od svih povukla. Rijetko se čuje sa svojim prijateljicama, izbjegava obiteljska druženja i ne izlazi van iz stana. Svakodnevne obaveze predstavljaju joj velike teškoće s kojima se ne može nositi. Osjeća se kao da joj sve što radi oduzima puno energije. U zadnje vrijeme, izgubila je i apetit. Iako umorna, kada dobije priliku usnuti, ne može zaspati. Većinu dana osjeća se tužno i često brizne u plač. Ima osjećaj da ju ništa ne može razveseliti, čak ni aktivnosti u kojima je prije uživala. Svoj sadašnji život opisuje kao proživljavanje noćne more.

Prilog 1 b. Vinjeta s opisom simptoma velikog depresivnog poremećaja s peripartalnim početkom prema DSM-5

*Petra ima 30 godina, udana je i živi sa suprugom. **Prije mjesec dana postala je majka. Trenutak je to kojeg je dugo priželjkivala. Međutim, od kada je rodila, Petra se osjeća isprazno. Kada dijete primi u naručje, osjeća krivnju jer nema majčinske osjećaje o kojima je slušala od prijateljica koje su postale majke.** Teško joj je biti okružena drugim ljudima i zato se od svih povukla. Rijetko se čuje sa svojim prijateljicama, izbjegava obiteljska druženja i ne izlazi van iz stana. Svakodnevna **briga za dijete** predstavlja joj veliku teškoću s kojom se ne može nositi. Osjeća se kao da joj sve što radi oduzima puno energije. U zadnje vrijeme, izgubila je i apetit. Iako umorna, kada dobije priliku **usnuti sa svojim djetetom**, ne može zaspati. Većinu dana osjeća se tužno i često brizne u plač. Ima osjećaj da ju ništa ne može razveseliti, čak ni aktivnosti u kojima je prije uživala. **Od kada je rodila, kao da proživljava noćnu moru.***

Prilog 2. Lista ponuđenih odgovora na pitanje: „Što mislite, koji je Petrin glavni problem?“

- a) Nisko samopoštovanje
- b) Depresija
- c) Anksioznost
- d) Stres
- e) Shizofrenija
- f) Bipolarni poremećaj
- g) Iscrpljenost
- h) Nije problem, ovo je samo faza
- i) Nešto drugo

Prilog 3. Matrica faktorske strukture upitnika stavova nakon provedene faktorske analize glavnih komponenata s Varimax rotacijom ($N=1753$).

	Faktori			
	1	2	3	4
Ako pretpostavimo da će Petra dobiti primjeren tretman, mislite li da će ona dugoročno:				
1. Imati dobra prijateljstva.	.809			
2. Imati razumijevanja za osjećaje drugih.	.804			
3. Imati dobar brak.	.874			
4. Biti produktivna zaposlenica	.875			
5. Biti dobar roditelj	.830			
7. Što mislite, u kojoj je mjeri Petrin problem „samo faza“?		-.422		.464
8. U kojoj mjeri mislite da bi se Petra trebala „srediti“ i prijeći preko toga?		-.646		.314
10. U kojoj mjeri mislite da Petra može samo sebe kriviti za stanje u kojem se nalazi?		.636		
11. Mislite li da je Petra umišljena?		.694	-.218	
12. Mislite li da je Petra usmjerena samo na sebe?		.685		
15. Smatrate li Petrino ponašanje iritantnim?		.504	-.489	
14. Da ste Vi poslodavac/poslodavka i znate za Petrino stanje, u kojoj mjeri biste bili spremni pozvati ju na intervju za posao?			.785	
15. Da ste Vi stanodavac/stanodavka i znate za Petrino stanje, u kojoj mjeri biste bili spremni iznajmiti joj stan?			.746	
16. Koliko biste bili spremni biti najbolji prijatelj/prijateljica s Petrom?			.703	
6. Što mislite koliko bi bilo stresno imati Petrin problem?				.731
9. Što mislite koliko je Petrin problem ozbiljan?				.802

Prilog 4. Lista ponuđenih razina iskustava s osobama oboljelima od poremećaja kao Petra.

- 1) Imam osobna iskustva s poremećajem kao Petra.
- 2) Član moje uže obitelji je osoba koja je imala ili trenutno ima poremećaj kao Petra.
- 3) Član moje šire obitelji je osoba koja je imala ili trenutno ima poremećaj kao Petra.
- 4) Moj/a partner/ica je imala ili trenutno ima poremećaj kao Petra.
- 5) Moj/a prijatelj/ica je imala ili trenutno ima poremećaj kao Petra.
- 6) Poznajem osobu koja je imala ili trenutno ima poremećaj kao Petra.
- 7) Nikad nisam imao/la kontakt s osobom oboljelom od poremećaja kao Petra.

Prilog 5. Korelacijska matrica ispitivanih varijabli

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.Spol	1	.025	-.020	-.029	.279**	-.036	.084**	.074**	.005	.102**	.052*	.036	-.087**	-.213**	.105**	.188**	-.227**	-.125**
2.Dob		1	.300**	.087**	.598**	.011	-.034	.018	.058*	-.114**	.019	-.046	-.040	-.053*	-.016	-.047*	-.003	-.046
3.Stupanj obrazovanja			1	.127**	.176**	.057*	.046*	-.025	.011	-.117**	.109**	.022	-.070**	.013	.053*	.049*	-.041	.024
4.Veličina mjesta				1	-.031	.040	.038	.006	-.004	-.018	.062**	.031	-.020	-.017	.057*	.021	-.065**	.018
5.Roditeljski status					1	.011	-.035	.114**	.059**	-.028	.007	.038	-.099**	-.162**	.016	.048*	-.128**	-.135**
6.Kontekst						1	.003	-.186**	-.264**	.013	-.077**	-.098**	-.100**	-.289**	.078**	.055*	-.045	-.136**
7.Točnost							1	.060**	.067**	.005	.079**	.014	-.026	-.175**	.145**	.238**	-.278**	-.013
8.Osobno iskustvo								1	.244**	.315**	.057*	.159**	-.055*	-.028	.035	.065**	-.106**	-.153**
9.Iskustvo									1	.070**	.066**	.044	-.017	.073**	-.016	-.015	-.037	-.045
10.Psihička uznemirenost										1	.032	.095**	.054*	-.107**	-.066**	.063**	-.087**	-.063**
11.Znanje											1	.035	-.031	-.087**	.045	-.063**	-.170**	-.118**
12.Mjesto uzročnosti												1	-.103**	-.019	.047*	.079**	-.086**	-.080**
13.Stabilnost													1	.091**	-.221**	-.103**	.120**	.176**
14.Mogućnost kontrole														1	-.119**	-.275**	.482**	.242**
15.Doprinos društvu															1	.165**	-.209**	-.271**
16.Ozbiljnost																1	-.358**	-.074**
17.Privlačenje pažnje																	1	.269**
18.Socijalna distanca																		1