

UNIVERZITET ZA POSLOVNI INŽENJERING I MENADŽMENT BANJA LUKA
ODELJENJE UNIVERZITETA ZA POSLOVNI INŽENJERING I MENADŽMENT
BANJA LUKA U BRČKO DISTRIKTU BIH

FILOZOFSKI FAKULTET

Studijski program: Psihologija

STAVOVI O SUICIDU I EMOCIONALNA INTELIGENCIJA
ZAPOSLENIH U ZDRAVSTVU I PROSVETI U SRBIJI

Doktorska disertacija

Mentor: doc. dr Darjana Sređić

Ivana Jovčić

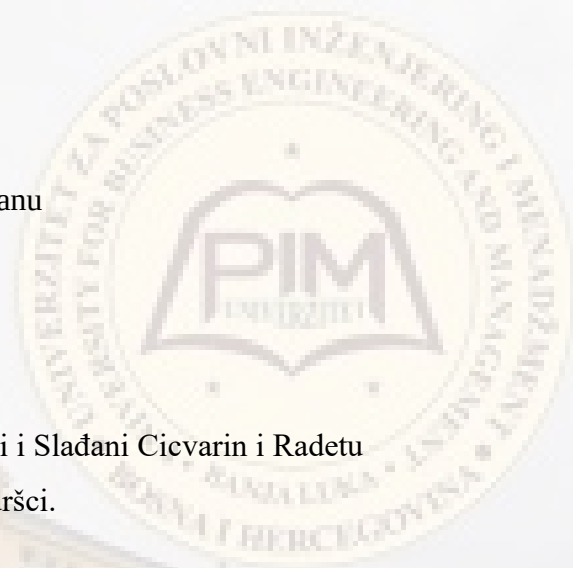
Brčko, april 2026.

“Pod moralnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da sam ja autor ovog rada te sam upoznata da sam, ukoliko se utvrdi da je rad plagijat, odgovorna za štetu pričinjenu Univerzitetu za poslovni inženjering i menadžment, kao i autoru originalnog rada.”



Mojim roditeljima Emiliji i Ivanu

Zahvaljujem svojim prijateljima Jadranki Jurišić, Verici i Slađani Cicvarin i Radetu
Veruoviću na bezgraničnoj podršci.



SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitivanje strukture stavova prema suicidu, njihove povezanosti sa emocionalnom pismenošću, kao i uloge sociodemografskih i profesionalnih varijabli kao potencijalnih moderatora u tim odnosima. Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 515 ispitanika, koje su činili prosvetni (53.4%) i zdravstveni (46.6%) radnici u Republici Srbiji, sa ciljem identifikovanja profesionalno-specifičnih obrazaca u formiranju stavova prema suicidu. U istraživanju su korišćeni standardizovani instrumenti za procenu stavova prema suicidu i emocionalne pismenosti, uz primenu naprednih statističkih procedura, uključujući faktorsku, korelacionu, regresionu i moderacionu analizu. Rezultati su ukazali na specifičnu četvorofaktorsku strukturu stavova prema suicidu (kulturalno-ideološke predrasude, ambivalentni psihosocijalni stavovi, lično-vrednosni stavovi i egzistencijalno-ideološki stavovi), koja odstupa od originalnog modela, potvrđujući značaj sociokulturnog konteksta. Nalazi ukazuju na diferencijalne veze između komponenti emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Emocionalna jasnoća se pokazala kao ključni zaštitni faktor u odnosu na stigmatizujuće i ambivalentne stavove, dok je emocionalna pažnja/introspekcija povezana sa izraženijim nefunkcionalnim obrascima stavova. Emocionalna ruminacija/refleksija bila je selektivno povezana, posebno sa lično-vrednosnim stavovima. Rezultati su takođe ukazali na značajne razlike u odnosu na pol, starost, religioznost i profesiju, kao i na kompleksne moderatorske efekte, pri čemu su veze emocionalne pismenosti i stavova izraženije kod zdravstvenih radnika. Nasuprot tome, radni staž, zarada i partnerski status nisu pokazali značajnu moderatorsku ulogu. Zaključno, emocionalna pismenost se ne može posmatrati kao jedinstven prediktor funkcionalnih stavova prema suicidu, već kao skup diferencijalnih i kontekstualno uslovljenih komponenti. Nalazi ukazuju na potrebu za integrativnim pristupom i razvojem ciljanih edukativnih programa u obrazovnom i zdravstvenom sistemu.

Ključne reči: suicid, stavovi, emocionalna pismenost, zdravstveni radnici, prosvetni radnici

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the structure of attitudes toward suicide, their relationship with emotional literacy, as well as the role of sociodemographic and professional variables as potential moderators in these relationships. The study was conducted on a sample of 515 participants, consisting of educational (53.4%) and healthcare (46.6%) professionals in the Republic of Serbia, with the aim of identifying profession-specific patterns in the formation of attitudes toward suicide. Standardized instruments were used to assess attitudes toward suicide and emotional literacy, alongside advanced statistical procedures, including factor, correlation, regression, and moderation analyses. The results indicated a specific four-factor structure of attitudes toward suicide (cultural-ideological prejudices, ambivalent psychosocial attitudes, personal-value attitudes, and existential-ideological attitudes), which deviates from the original model, confirming the importance of the sociocultural context. The findings point to differential relationships between components of emotional literacy and attitudes toward suicide, with emotional clarity emerging as a key protective factor in relation to stigmatizing and ambivalent attitudes, while emotional attention/introspection was associated with more dysfunctional patterns, and emotional rumination/reflection showed selective associations, particularly with personal-value attitudes. The results also revealed significant differences with respect to gender, age, religiosity, and profession, as well as complex moderating effects, with stronger and more systematic associations between emotional literacy and attitudes observed among healthcare professionals, whereas work experience, income, and partnership status did not demonstrate a significant moderating role. In conclusion, emotional literacy cannot be considered a uniform predictor of functional attitudes toward suicide, but rather as a set of differential and context-dependent components, highlighting the need for an integrative approach and the development of targeted educational programs within the educational and healthcare systems.

Keywords: suicide, attitudes, emotional literacy, healthcare professionals, educational professionals

UDK 159.942:616.89-008.441.44(043.3)

SADRŽAJ

I UVOD.....	1
TEORIJSKI DEO.....	4
Kratak istorijski osvrt na fenomen suicida.....	4
Dominantne teorije o etiologiji suicida.....	6
Dominantna psihoanalitička tumačenja.....	8
Suicid kao „beg“ od problema.....	10
Stres-dijateza model suicida.....	13
Teorija ličnih konstrukata i suicid.....	15
Teorije učenja i samoubistvo.....	16
Suicid kroz prizmu kognitivno-bihevioralne teorije.....	18
Suicid iz perspektive transakcione analize.....	19
Suicid iz perspektive teorije afektivne vezanosti.....	20
Interpersonalne teorije samoubistva.....	21
SUICID I SUICIDALNOST – FAKTORI, EPIDEMIOLOGIJA I MERENJE.....	23
Faktori suicida i suicidalnog ponašanja.....	23
<i>Biološki faktori</i>	23
<i>Psihopatologija i individualne karakteristike</i>	25
<i>Porodični faktori i faktori razvoja</i>	27
<i>Sociološki i kulturološki faktori</i>	28
Prevalenca i rasprostranjenost suicida: globalna slika.....	30
<i>Suicid u Srbiji</i>	32
Znaci upozorenja.....	35
Merenje suicidalnosti – psihološki merni instrumenti.....	37
STAVOVI KAO PSIHOLOŠKI FENOMEN.....	38
Stavovi prema suicidu – pojavni oblici, operacionalizacija i funkcionalnost.....	42
Činioci koji oblikuju stavove o suicidu.....	45
<i>Pol</i>	45
<i>Kontekst zdravstvenih i prosvetnih radnika</i>	47
<i>Starost</i>	49
<i>Radni staž i materijalna primanja</i>	50
<i>Partnerski i bračni status</i>	53
<i>Religioznost</i>	55
EMOCIONALNA PISMENOST.....	57
Teorijski okviri.....	58

Emocionalna pismenost u obrazovnoj i kliničkoj profesiji	62
RELACIJE EMOCIONALNE PISMENOSTI I STAVOVA PREMA SUICIDU	67
Jednostavne relacije	67
Moderatorski efekti sociodemografskih varijabli: kako oblikuju relacije između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu?	73
<i>Pol</i>	73
<i>Nivo obrazovanja</i>	75
<i>Zanimanje – kontekst zdravstvenih i obrazovnih radnika</i>	78
<i>Starost</i>	82
<i>Radni staž i novčana primanja</i>	86
<i>Partnerski status</i>	90
<i>Religioznost</i>	93
II EMPIRIJSKI DEO	96
METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	96
Predmet istraživanja	96
Problem i ciljevi istraživanja	96
Zadaci istraživanja	97
Hipoteze istraživanja	98
Uzorak i procedura	99
Instrumenti.....	101
Statistička obrada podataka	102
REZULTATI ISTRAŽIVANJA	102
Faktorske analize korišćenih skala	102
Upitnik stavova o suicidu	102
Skala meta-raspoloženja kao crte	107
Analiza deskriptivnih pokazatelja	109
Polne razlike u stavovima o suicidu	110
Razlike u stavovima prema suicidu u odnosu na profesiju	111
Relacije stavova o suicidu sa stepenom obrazovanja, starošću, mesečnim primanjima i dužinom radnog staža	112
Razlike u stavovima prema suicidu u odnosu na partnerski status i religioznost.....	115
Relacije stavova prema suicidu sa komponentama emocionalne pismenosti.....	117
Utvrđivanje doprinosa komponenti emocionalne pismenosti stavovima o suicidu	119
Ispitivanje moderatorskog efekta sociodemografskih karakteristika u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu.....	121
<i>Pol</i>	122

<i>Starost</i>	127
<i>Profesija</i>	131
<i>Radni staž</i>	133
<i>Zarada</i>	135
<i>Religioznost</i>	135
<i>Partnerski status</i>	139
III DISKUSIJA	141
Diskusija latentne strukture upitnika SOQ	141
Diskusija latentne strukture TMSS-24 skale	142
Polne razlike u stavovima prema suicidu	144
Profesija kao faktor razlika u stavovima prema suicidu	145
Stepen obrazovanja, starost, mesečna primanja i dužina radnog staža kao faktori stavova prema suicidu.....	146
Partnerski status kao faktor stavova prema suicidu.....	150
Religioznost kao faktor stavova prema suicidu.....	151
Relacije stavova prema suicidu sa komponentama emocionalne pismenosti.....	153
Doprinos komponenti emocionalne pismenosti stavovima o suicidu	155
Moderatorska uloga pola	157
Moderatorska uloga starosti.....	159
Moderatorska uloga profesije	162
Radni staž i zarada: izostajanje moderatorskih efekata	163
Moderatorska uloga religioznosti	165
Partnerski status kao moderatorska varijabla – nepostojanje efekata.....	167
ZAVRŠNA RAZMATRANJA I ZAKLJUČAK	168
Ograničenja istraživanja i preporuke za buduće studije	171
LITERATURA	173
PRILOZI	187

POPIS SHEMA

<i>Shema 1. Prikaz razvoja suicidalnosti prema psihoanalitičkim tumačenjima</i>	<i>10</i>
<i>Shema 2. Stres-dijateza model suicida</i>	<i>15</i>

POPIS GRAFIKONA

<i>Grafik 1. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu</i>	<i>124</i>
<i>Grafik 2. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne jasnoće i lično-vrednosnih stavova prema suicidu</i>	<i>125</i>
<i>Grafik 3. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne jasnoće i egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu</i>	<i>126</i>
<i>Grafik 4. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne introspekcije/pažnje i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu</i>	<i>127</i>
<i>Grafik 5. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne introspekcije/pažnje i lično-vrednosnih stavova prema suicidu</i>	<i>128</i>
<i>Grafik 6. Moderatorska uloga starosti u relaciji između emocionalne jasnoće i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu</i>	<i>130</i>
<i>Grafik 7. Moderatorska uloga starosti u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu</i>	<i>131</i>
<i>Grafik 8. Moderatorska uloga starosti u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu</i>	<i>132</i>
<i>Grafik 9. Moderatorska uloga profesije u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu</i>	<i>134</i>
<i>Grafik 10. Moderatorska uloga religioznosti u relaciji između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu</i>	<i>138</i>
<i>Grafik 11. Moderatorska uloga religioznosti u relaciji između emocionalne jasnoće i lično-vrednosnih stavova prema suicidu</i>	<i>139</i>

<i>Grafik 12. Moderatorska uloga religioznosti u relaciji između emocionalne jasnoće i egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu</i>	140
---	-----

POPIS SLIKA

<i>Slika 1. Stope suicida u svetu</i>	32
<i>Slika 2. Stope suicida među muškarcima i ženama na nivou sveta</i>	33
<i>Slika 3. Stopa suicida u Evropi</i>	33

POPIS TABELA

<i>Tabela 1. Uporedni prikaz dominantnih teorija o suicidu</i>	8
<i>Tabela 2. Sociodemografski podaci o uzorku</i>	100
<i>Tabela 3. Faktorska struktura Upitnika stavova o suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika</i>	103
<i>Tabela 4. Faktorska struktura Skale meta-raspoloženja kao crte na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika</i>	108
<i>Tabela 5. Polne razlike na dimenzijama upitnika SOQ</i>	110
<i>Tabela 6. Razlike na dimenzijama upitnika SOQ u odnosu na profesiju</i>	111
<i>Tabela 7. Relacije stavova o suicidu sa starošću, dužinom radnog staža, primanjima i nivoom obrazovanja kod prosvetnih i zdravstvenih radnika</i>	112
<i>Tabela 8. Razlike na dimenzijama upitnika SOQ u odnosu na partnerski status</i>	113
<i>Tabela 9. Razlike na dimenzijama upitnika SOQ u odnosu na religioznost</i>	115
<i>Tabela 10. Korelacije između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu</i>	116
<i>Tabela 11. Doprinosi emocionalne pismenosti stavovima o suicidu</i>	118
<i>Tabela 12. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu</i>	120
<i>Tabela 13. Starost kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu</i>	122
<i>Tabela 14. Profesija kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu</i>	128
<i>Tabela 15. Radni staž kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu</i>	132

Tabela 16. *Zarada kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu* 134

Tabela 17. *Religioznost kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu* 135

Tabela 18. *Partnerski status kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu* 136



I UVOD

Pojam „*samoubistvo*“ potiče od latinskih reči *sui* (sebe) i *caedere* (ubiti), i odnosi se na svesni i namerni čin oduzimanja sopstvenog života (Joiner, 2005). Suicid predstavlja kompleksan, multidimenzionalan fenomen koji je prisutan kroz celu istoriju čovečanstva i koji izaziva duboka etička, psihološka i sociokulturna pitanja (Turecki & Brent, 2016). Iako se u prirodi beleže različiti oblici samopovređujućeg ponašanja kod nekih životinja, čovek se smatra jedinstvenim po sposobnosti da svesno izvrši fatalni čin samodestrukcije.

Jedna od često citiranih definicija suicida ga opisuje kao namerno autodestruktivno ponašanje koje rezultira smrću, pri čemu se uzima u obzir niz faktora, uključujući prisustvo suicidalne namere, metode, psihijatrijsku dijagnozu i demografske karakteristike (American Psychological Association, 2023; World Health Organization, 2014). Prema ranijim klasifikacijama Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje SAD (National Institute of Mental Health, 1973, prema Goldsmith et al., 2002), suicid se definiše kao smrtonosni ishod samopovređujućeg ponašanja s eksplicitnom intencijom smrti. U savremenom istraživačkom i kliničkom kontekstu, posebno se ističe razlika između dovršenog suicida i pokušaja suicida, pri čemu je pokušaj nefatalan čin s izraženom namerom da se okonča život (Klonsky et al., 2016).

Procena pokušaja suicida uključuje analizu više aspekata precipitirajućih i deklansirajućih faktora: prethodne istorije pokušaja, upotrebljenog metoda, percipirane letalnosti, kao i konteksta u kojem je do pokušaja došlo. Faktori rizika uključuju psihijatrijske poremećaje, psihosocijalni stres, traumu, socijalnu izolaciju i genetske predispozicije (Franklin et al., 2017; O'Connor & Nock, 2014). Iako ne postoji univerzalna definicija suicida koja bi obuhvatila sve dimenzije ovog fenomena, savremeni modeli ukazuju na potrebu integrativnog pristupa koji obuhvata biološke, psihološke i socio-ekološke determinante suicidalnog ponašanja.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2021), suicid godišnje počinu oko 800.000 ljudi širom sveta, čineći ga jednim od najozbiljnijih globalnih problema javnog zdravlja. Pritom se procenjuje da se na svaki dovršen suicid beleži čak 20 pokušaja suicida (WHO, 2014), što dodatno ukazuje na razmere i urgentnost za sistemskim rešavanjem ovog problema. Iako su ranije najviše stope samoubistava zabeležene među starijim muškarcima, u poslednjim decenijama došlo je do alarmantnog porasta učestalosti suicida među mladima, pri čemu je samoubistvo postalo drugi vodeći uzrok smrti među osobama uzrasta od 15 do 29 godina oba pola (Nock et al., 2013; WHO, 2021).

Veliki broj samoubistava povezan je s prisustvom mentalnih poremećaja, naročito depresivnog poremećaja i poremećaja u vezi sa upotrebom psihoaktivnih supstanci (Turecki & Brent, 2016). Ipak, suicid je višefaktorski fenomen koji obuhvata individualne, psihološke, porodične, kulturne i socioekonomske faktore rizika. Rizik se značajno povećava u kontekstu akutnih stresnih događaja, kao što su gubitak bliske osobe, raskid emocionalne veze, gubitak posla, imovine, ili u trenucima krize identiteta (Franklin et al., 2017; O'Connor & Nock, 2014).

U Srbiji, prema podacima Republičkog zavoda za statistiku (2021), stopa samoubistava iznosila je oko 15 na 100.000 stanovnika, što je nešto iznad evropskog proseka. Vojvodina je tokom devedesetih godina, u periodu intenzivne ekonomske i društvene nestabilnosti, beležila izrazito visoke stope suicida, dostigavši čak 34,3 na 100.000 stanovnika tokom 1993. godine. Iako su noviji podaci iz 2019. godine pokazali pad (15,7 na 100.000 stanovnika), ovi brojevi i dalje ukazuju na potrebu za kontinuiranom prevencijom i intervencijom (Republički zavod za statistiku, 2021).

Efikasna prevencija suicida zahteva ne samo angažman stručnjaka za mentalno zdravlje, već i širu društvenu mobilizaciju koja uključuje sve sektore koji dolaze u kontakt sa osobama u riziku. Budući da suicidalne osobe često najpre stupaju u kontakt sa profesionalcima izvan psihijatrijskih ustanova, uključujući lekare opšte prakse, medicinske sestre, farmaceute, pedagoge, nastavnike i prosvetne radnike, ključno je da upravo ti akteri budu osnaženi znanjem, emocionalno kompetentni i oslobođeni predrasuda prema osobama koje ispoljavaju suicidalne misli i ponašanja (Maples et al., 2020; Melhem et al., 2022). Istraživanja ukazuju na to da negativni stavovi, nedostatak znanja ili osećaj nekompetentnosti kod zdravstvenih i obrazovnih radnika mogu predstavljati značajnu barijeru prilikom rane identifikacije i davanja adekvatnog odgovora na suicidalna ponašanja (Samuelsson et al., 1997; Batterham et al., 2013). Na primer, učitelji koji imaju stigmatizujuće stavove prema mentalnim poremećajima ređe pokreću razgovore sa učenicima o emocionalnim teškoćama, dok lekari primarne zdravstvene zaštite često izbegavaju direktno postavljanje pitanja o suicidalnosti zbog straha od „otvaranja Pandorine kutije“ (Freeman et al., 2021). Ovakve barijere mogu značajno smanjiti šanse za prevenciju, uprkos činjenici da mnoge osobe koje izvrše suicid prethodno posećuju lekara ili razgovaraju sa nastavnicima ili školskim psiholozima (Luoma et al., 2002). Obuke usmerene na smanjenje stigme, povećanje znanja o faktorima rizika i vulnerabilnosti, kao i o razvoju komunikacionih veština pokazale su se efikasnim u podizanju nivoa spremnosti profesionalaca da adekvatno reaguju u akutnim i hroničnim situacijama (Cross et al., 2011; Schlichthorst et al., 2020). Takođe, programi koji uključuju simulacije, kontakt sa osobama koje su preživele suicidalnu krizu i kontinuiranu edukaciju doprinose razvoju empatičnog i

efikasnog pristupa prevenciji. U tom kontekstu, prevencija suicida mora biti multidisciplinarna i proaktivna, uz oslonac na sistemsku podršku, javne kampanje i profesionalnu edukaciju u zdravstvenim i obrazovnim institucijama.

Emocionalna inteligencija (EI), definisana kao sposobnost prepoznavanja, razumevanja i upravljanja sopstvenim emocijama kao i emocijama drugih, igra ključnu ulogu u efikasnom odgovoru na emocionalne krize, uključujući i suicidalne (Mayer et al., 2008). Kod zdravstvenih i prosvetnih radnika, visoka emocionalna inteligencija povezuje se sa većom empatijom, boljim interpersonalnim veštinama i smanjenim stepenom stigmatizacije prema osobama koje pokazuju znake psiholoških tegoba (Abe et al., 2013; Mikolajczak et al., 2011). Posebno u prevenciji suicida, EI omogućava profesionalcima da na vreme prepoznaju suptilne emocionalne signale, izraze zabrinutost i da na prihvatljiv način započnu razgovor o teškim temama poput suicidalnosti i suicida (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006). Studije ukazuju na to da zdravstveni radnici sa razvijenijom emocionalnom inteligencijom prijavljuju viši nivo samopouzdanja u kriznim intervencijama i veću spremnost da odgovore na znake suicidalnog rizika (npr. Aradilla-Herrero et al., 2014). Slično tome, učitelji i školski savetnici sa višom EI pokazali su veću senzitivnost prema emocionalnom stanju učenika i spremnost da ih upute ka adekvatnoj podršci (Brackett et al., 2011).

U kontekstu prevencije suicida, EI predstavlja ne samo zaštitni faktor za same profesionalce, smanjujući rizik od sagorevanja i emocionalnog iscrpljenja, već i ključnu kompetenciju u pružanju blagovremene i saosećajne podrške osobama u krizi (Zeidner et al., 2012). Uvođenje treninga emocionalne pismenosti i razvoja EI u obrazovne i zdravstvene sisteme može imati dugoročne efekte u unapređenju kvaliteta kontakta sa osobama u riziku i smanjenju stope suicida.

TEORIJSKI DEO

Kratak istorijski osvrt na fenomen suicida

Fenomen suicida prisutan je u svim poznatim civilizacijama, a njegovo istorijsko tumačenje oscilira između religioznog, filozofskog, pravnog i medicinskog diskursa. U arhaičnim i politeističkim društvima samoubistvo nije imalo univerzalnu moralnu osudu, već se često sagledavalo kroz ritualne, spiritualne ili kolektivne vrednosti. U starom Egiptu, život se posmatrao kao deo božanskog poretka, ali i kao teret. U jednom poznatom književnom delu iz Srednjeg kraljevstva, *Razgovor očajnog sa svojom dušom*, prikazana je unutrašnja dilema čoveka koji razmatra samoubistvo kao oslobađanje od patnje. Iako čin samoubistva nije otvoreno podržavan, jasno je da se ova tema promišljala sa filozofskom dubinom i bez jednoznačne osude (Assmann, 2005). U staroj Indiji, naročito među džainistima i nekim hindu asketama, suicid u formi posta do smrti (*sallekhana*) smatran je duhovno uzvišenim činom pročišćenja, dok je u tradicionalnoj Kini samoubistvo moglo biti interpretirano kao čin moralne vrline, naročito kada je u službi časti i lojalnosti (Liu, 2002; Mishra, 2016; Weiss, 2010).

U antičkoj Grčkoj, mišljenja o suicidu varirala su u zavisnosti od filozofskih škola. Pitagorejci su ga odbacivali kao narušavanje prirodnog reda, dok su stoici, poput Seneke i Epikteta, isticali da je samoubistvo izraz filozofske samodiscipline i lične slobode u suočavanju sa moralnim poniženjem ili neizlečivom bolešću (van Hooff, 1990). Sokratova smrt 399. p.n.e. predstavlja paradigmu filozofskog samoprihvatanja smrti. Iako mu je bilo ponuđeno izgnanstvo, on je odabrao ispijanje otrova, čime je demonstrirao vernost zakonima Atine i svoje učenje o vrlini i duši. Platon je inače zauzimao ambivalentan stav prema suicidu. U *Fedonu* ističe da je suicid neprihvatljiv, osim kada dolazi kao posledica božanske presude, dok u drugim delima dozvoljava mogućnost samoubistva u slučajevima neizbežne patnje. U Rimskom carstvu, naročito među aristokratijom, suicid je često bio slavljen kao izraz *virtusa*, časti i kontrole nad sudbinom. Seneka i Katon Mlađi predstavljaju ideal stoičke škole, a rimsko pravo uglavnom nije kriminalizovalo samoubistvo, osim u slučajevima kada bi ono nanosilo štetu državi (Barbagli, 2015; Minois, 2001).

Sa usponom hrišćanstva dolazi do radikalne promene u odnosu prema samoubistvu. Sv. Avgustin je jedan od prvih crkvenih otaca koji sistematski osuđuje suicid u svom delu *De civitate Dei* (O Božjoj državi). On prikazuje samoubistvo kao greh protiv Boga, smatrajući da ljudski život pripada Bogu i da samo Bog ima pravo da ga okonča. Takođe, odbacuje teze da se samoubistvo može opravdati silovanjem ili očuvanjem časti, tvrdeći da čak ni nevine

devojke ne smeju sebi oduzeti život, jer bi time narušile božanski poredak (Améry, 1999). Ovaj stav postaje temelj hrišćanske etike u srednjem veku. Tačnije, suicid se proglašava smrtnim grehom, samoubice se ne sahranjuju u posvećenoj zemlji, njihova tela se izvirgavaju javno sramoti, a porodice se pravno i imovinski kažnjavaju. Tokom vekova, suicid je u hrišćanskoj Evropi postao sinonim za duhovni pad, demonski uticaj i moralnu slabost (Minois, 2001).

Renesansa i prosvetiteljstvo donose racionalniji odnos prema fenomenu suicida. Filozofi poput Montenja i, naročito, Dejvida Hjuma dovode u pitanje religijsku zabranu samoubistva. Hjum u svom eseju *On Suicide* (Hume, 1783/1993) ističe da samoubistvo ne može biti nemoralno ako ne šteti drugima i da ljudska sloboda podrazumeva pravo na dostojanstvenu smrt. Ovaj sekularni pogled postavio je temelje savremenog humanističkog diskursa o pravu na smrt (Hume, 1783/1993).

Tokom 19. veka dolazi do tzv. medikalizacije suicida kroz medicinski model. Samoubistvo se sve više posmatra kao posledica mentalnih oboljenja, a naročito depresije. Psihijatrija počinje da ga tumači kao simptom bolesti, što slabi moralne osude, ali zadržava ideju patološke devijacije. Paralelno se razvijaju i sociološke interpretacije. Emil Dirkem (Émile Durkheim) u delu *Suicid (Le Suicide)* iz 1897. godine, argumentuje da samoubistvo nije samo lična odluka, već društveni fenomen koji zavisi od stepena integracije i regulacije pojedinca u društvu, klasifikujući ga kao egoistički, altruistički, anomični i fatalistički (Durkheim, 1897/2002).

U 20. i 21. veku razvijaju se biopsihosocijalni modeli suicida. Ovi savremeni pristupi naglašavaju multifaktorsku etiologiju, u kojoj su biološke predispozicije, trauma, mentalni poremećaji, kulturološki faktori i socijalne krize nerazdvojivo povezani (Turecki & Brent, 2016). Istovremeno, destigmatizacija i prevencija dobijaju prioritet. Suicid se više ne posmatra kao moralna slabost, već kao signal duboke patnje kojoj je moguće prići kroz edukaciju, ranu intervenciju i podršku. Sa razvojem digitalnih tehnologija, javljaju se i novi izazovi, kao što su: širenje suicidalnih narativa preko društvenih mreža, fenomen „*suicide contagion*“ i pitanje etike online sadržaja, što dodatno komplikuje potrebu za prilagođenim pristupima prevenciji (Pirkis et al., 2019). Razumevanje načina na koji je kroz istoriju menjano tumačenje suicida, od čina časti, preko greha i bolesti, do kompleksnog društvenog fenomena, od ključne je važnosti za razvijanje savremenih, kulturno-senzitivnih i etički odgovornih politika mentalnog zdravlja.

Dominantne teorije o etiologiji suicida

Fenomen suicida, kao višeslojni društveni i individualni čin, oduvek je izazivao pažnju naučnika različitih disciplina. Sociološki pristupi su među prvima sistematski razmatrali ovu pojavu. Tomas G. Masaryk, tada profesor praškog univerziteta, objavio je 1878. godine delo *Suicid kao socijalni mas-fenomen* u kojem je suicid interpretiran kao posledica procesa modernizacije, slabljenja religijskih uverenja i narušavanja društvene kohezije (Masaryk, 1881/1970). On je među prvima uveo ideju da suicid ne treba isključivo posmatrati kao psihopatološku devijaciju, već kao izraz šire društvene dinamike, čime je trasirao put za kasniju sociološku elaboraciju, naročito onu koju je izveo Emil Dirkem.

Dirkemovo delo *Le Suicide* (1897) smatra se jednim od najuticajnijih u istoriji društvenih nauka, jer uvodi konceptualizaciju suicida kao društvenog fenomena. On razmatra suicid ne kao isključivo individualni čin, već kao ishod stepena integracije i regulacije koje društvo nameće pojedincima. Durkheim identifikuje četiri tipa suicida: egoistički, altruistički, anomični i fatalistički. Egoistički suicid nastaje usled niske integrisanosti pojedinca u društvo, altruistički kao posledica prevelike integracije, anomični kao rezultat poremećene regulacije u periodima društvenih kriza, a fatalistički zbog prekomerne regulacije, kao što se javlja u uslovima ropstva ili represije (Durkheim, 1897/2002; Ritzer, 2012). Prema Dirkemu, prosečan nivo društvene integracije i regulacije predstavlja optimalnu ravnotežu, dok ekstremi u oba pravca vode ka povišenom riziku od suicida. On takođe naglašava da samoubistvo može imati i psihijatrijske dimenzije, ali smatra da nijedna mentalna bolest nema konzistentnu i isključivu vezu sa suicidom. Pored navedenih tipova, Dirkem priznaje postojanje mešovitih oblika suicida kao što su ego-anomični ili anomijsko-altruistički. Pokušaj suicida takođe posmatra kao akt sa izraženom namerom, iako do smrtnog ishoda ne dolazi. U razmatranju uzroka Dirkem ne zanemaruje ni mogućnost nesvesnih i psihotičnih stanja, uključujući neurastenije i halucinacije, kao prelazne oblike između zdravlja i mentalnog poremećaja.

Teorijski pristup Henrija i Shorta (1954) nadovezuje se na Dirkema, ispitujući povezanost suicida sa ekonomskim promenama. Njihova istraživanja u Sjedinjenim Američkim Državama pokazala su da u periodima ekonomske krize stope suicida rastu, dok stope homicida opadaju i obrnuto tokom prosperiteta. Takođe su pokazali da su na ekonomske oscilacije osetljiviji pripadnici viših društvenih slojeva, a ne nižih, kako se ranije pretpostavljalo. Ova dinamika potvrđuje teoriju da psihološka frustracija izazvana neuspehom može biti internalizovana (suicid) ili eksternalizovana (homicid), u zavisnosti od društvenih i ekonomskih uslova (Lester, 2014; Radulović, 1990).

Paralelno sa sociološkim tumačenjima razvijaju se i psihodinamski pristupi. U 19. veku dominira medicinski model, gde Esquirol (1838) suicid tumači isključivo kao simptom mentalnog poremećaja. Međutim, razvojem psihoanalize pojavljuju se teorije koje uključuju unutrašnje psihičke konflikte i nesvesne motive. Freud (1917/1957) je suicid tumačio kroz koncept melanholije, u kojoj se bes prema izgubljenom objektu internalizuje i usmerava ka sopstvenom Egu. Kasnije je u delu *Tuga i melanholija* proširio razumevanje tog procesa, navodeći da Ego može ubiti sebe kada prepozna u sebi objekat neprijateljstva. On uvodi i pojam nagona smrti (Tanatos), koji Menninger (1938) dalje razvija kao osnovu za razumevanje samodestruktivnosti.

Menninger (1938) u delu *Čovek protiv sebe samog* identifikuje tri psihodinamske komponente suicida: želju da se ubije neko drugi (osveta), želju da se ubije sopstveni Ego (krivica) i želju da se umre (beznadežnost). On posmatra suicid kao retrofleksivni oblik ubistva, odnosno agresije koja se ne može ispoljiti spolja, pa se okreće ka unutra. Freud i njegovi sledbenici razlikuju se po prihvatanju Tanatosa, a Freud sam kasnije relativizuje ovaj koncept zamenjujući ga nagonom agresije.

Adler je već 1910. godine istupio sa teorijom da suicid karakteriše tzv. životni stil gubitnika, odnosno osobe koje razvijaju obrazac samosažaljenja i osećanja inferiornosti, što može voditi ka samouništenju. Kasnije teorije, kao što je Ringelova (1953), konceptualizuju suicid kao proces koji se razvija kroz tzv. presuicidalni sindrom, sastavljen od tri komponente: kognitivne uske percepcije, autoagresije i fantazije o smrti. Ringel naglašava da suicid nije trenutna reakcija, već proizvod dugotrajnog psihološkog procesa koji obuhvata ličnost u celini.

Savremena istraživanja potvrđuju da su samoubistva rezultat složenih interakcija između bioloških, psiholoških i društvenih faktora. Psihološke teorije danas uključuju analize procesa frustracije i agresije, gde se naglašava uloga internalizovane agresije, koncepta koji potiče od Freuda. Pokazalo se da je suicid češći u kulturama sa niskim stepenom društvene podrške i regulacije, ali i da je korelacija između samoubistava i ubistava često obrnuto proporcionalna (Lester, 2014; Williams & Pollock, 2000).

Istraživanja socijalno orijentisanih psihijatara pokazuju da faktori poput tzv. sindroma *rasturenog doma* mogu doprineti povećanoj ranjivosti ka suicidalnom ponašanju, iako sam po sebi taj faktor nije dovoljan za predikciju suicida (Biro & Kapamadžija, 1976). Ukupno gledano, i sociološki i psihodinamski modeli doprinose savremenom, integrativnom razumevanju suicida kao složenog i višedimenzionalnog fenomena. Uporedni prikaz navedenih teorija prikazan je u Tabeli 1.

Tabela 1. Uporedni prikaz dominantnih teorija o suicidu

Teorijski pristup	Ključne ideje	Predstavnik/ci
Sociološki	Suicid kao posledica neravnoteže u integraciji i regulaciji društva; četiri tipa: egoistički, altruistički, anomični, fatalistički.	Émile Durkheim
Socioekonomski	Suicid i homicid zavise od ekonomskih ciklusa; frustracija se internalizuje (suicid) ili eksternalizuje (homicid).	Henry & Short
Medicinski	Suicid isključivo kao simptom mentalne bolesti; bez šireg društvenog konteksta.	Jean Esquirol
Psihoanalitički	Suicid kao posledica melanholije; bes usmeren ka sopstvenom Egu; uvođenje Tanatosa.	Sigmund Freud
Psihodinamski	Suicid kao inverzija homicida; agresija, krivica, beznadežnost; životni stil gubitnika.	Adler, Menninger
Presuicidalni sindrom	Suicid kao završna faza dužeg procesa; komponente: kognitivna suženost, autoagresija, fantazije o smrti.	Erwin Ringel

Dominantna psihoanalitička tumačenja

Psihoanalitička tumačenja suicida predstavljaju jednu od najranijih i najuticajnijih psiholoških perspektiva u objašnjenju autodestruktivnog ponašanja. Freud (1920/1961) je uveo distinkciju između nagona života (Eros) i nagona smrti (Thanatos), pri čemu je suicid prvobitno bio objašnjavan kao izraz delovanja nagona smrti. Međutim, većina savremenih psihoanalitičara odbacuje ideju nagona smrti kao instinktivne kategorije, ali prihvata teoriju o okretanju agresije ka unutra kao ključni mehanizam u dinamici depresije i suicida (Blatt, 2004; Fonagy & Lemma, 2016).

Menninger (1938) je proširio psihoanalitičku teoriju suicida uvođenjem koncepta retrofleksivne agresije, odnosno agresije usmerene prema sopstvenom Egu, kao i tri kliničke komponente suicida: želja da se ubije neko drugi (projekcija agresije), želja da se bude ubijen

(pasivna želja za kaznom) i želja da se umre (povlačenje i beznade). On je uveo i pojmove hroničnog i parcijalnog samoubistva, smatrajući da samodestruktivna ponašanja, uključujući samopovređivanje, zavisnosti, psihotične poremećaje i antisocijalna ponašanja, predstavljaju latentne oblike suicidalnosti (Lester, 2014; Menninger, 1938).

Melani Klajn (Melanie Klein; 1946/1997), polazeći od Freudove teorije nagona, istakla je da agresija predstavlja manifestaciju nagona smrti i da se javlja veoma rano, već u oralnoj fazi razvoja ličnosti. Ona je uvela pojam oralne agresije usmerene na majčinu dojku kao prvi objekt ljubavi i mržnje. Psihički razvoj se, prema Klajnovoj, odvija kroz dve pozicije: paranoidno-šizoidnu i depresivnu, pri čemu se neuspešna integracija „dobrih“ i „loših“ objekata može manifestovati kroz destruktivne tendencije, uključujući suicidalne ideacije (Dimitrijević, 2018; Klein, 1946/1997). U ovoj teorijskoj liniji, anksioznost, otpor prema terapiji i negativna terapijska reakcija tumače se kao produkt delovanja nagona smrti, koji fragmentiše unutrašnji svet i remeti simbolizaciju i emocionalnu regulaciju (Fonagy & Lemma, 2016).

Zilborg je naglasio da je u svakom suicidu prisutna nesvesna hostilnost i smanjena sposobnost za ljubav (Zilboorg, 1937). Kasniji autori su ovu ideju produbili kroz koncept introjekcije. Osoba introjektuje „loši objekat“ sa kojim se identifikuje i prema kojem usmerava agresiju. Superego, koji nastaje internalizacijom normi i očekivanja značajnih drugih, postaje preterano strog i kažnjavajući, dovodeći do osećaja krivice i potrebe za samokažnjavanjem (Blatt & Zuroff, 1992; Opalić, 1990).

Samoubistvo se u tom kontekstu može posmatrati kao reakcija očajanja, ali i kao manifestacija sadomazohističkog odnosa prema objektima, gde Superego transformiše eksternu agresiju u autodestruktivni impuls. U okviru psihoanalitičke teorije, okretanje agresije ka spoljašnjem svetu može voditi ka destruktivnosti usmerenoj prema drugima (npr. nasilje, ubistvo...), dok njeno okretanje ka unutra rezultira samopovređivanjem ili suicidom (Džamonja Ignjatović, 1993; Erić, 2011). Shematski prikaz razvoja suicidalnosti prema dominantnim psihoanalitičkim teorijama prikazan je Shemom 1.



Shema 1. Prikaz razvoja suicidalnosti prema psihoanalitičkim tumačenjima

Ove teorije danas imaju empirijsku podršku kroz istraživanja koja potvrđuju povezanost ranih objekat-relacija, afektivne disregulacije i interpersonalne traume sa razvojem suicidalnih tendencija (Levy et al., 2010). Savremeni psihoanalitički pravci, uključujući mentalizaciju i teoriju vezivanja, ukazuju na to da nesposobnost mentalizacije patnje i afekta značajno doprinosi suicidalnoj krizi (Fonagy et al., 2002). Na taj način, psihoanalitička razmatranja i dalje nude relevantan okvir za razumevanje kompleksnih motivacionih struktura koje stoje u osnovi suicida.

Suicid kao „beg“ od problema

Jedna od najpoznatijih teorija o samoubistvu kao begu od psihološkog bola je teorija Edvina Šnajdmana (Edwin Shneidman). Šnajdman definiše psihološki bol kao bol koji povređuje osobu kao ljudsko biće. To je stanje mentalne povređenosti i mentalne patnje. Bol nastaje zbog: snažnog osećanja sramote, krivice, usamljenosti, gubitka, tuge, straha od starenja i smrti (Shneidman, 1996, prema Gunn, 2014).

Psihološki bol je uslovljen nezadovoljenjem vitalnih potreba, a pojačavaju ga spoljni i unutrašnji pritisci i promene, tj. oni koji dolaze iz okruženja i društva, kao i iz same ličnosti. Ovakvo stanje zahteva rešenje. Jedan broj ljudi ga ne nalazi, te je za njih psihološki bol teži od fizičkog, ne mogu da ga izbegnu, osećaju se zaglavljeno, bez alternative. Kada bol dostigne visok nivo, uz osećanje beznađa i neuključivanje u terapiju (psihoterapiju, medikamentoznu terapiju...), može da se javi suicidalno ponašanje. U stvari, izlaganje snažnom psihološkom bolu dovodi do kognitivnog deficita i fokusiranja samo na jedno rešenje – beg u suicid, odnosno suicid postaje rešenje. Samoubistvo može da pokuša i izvrši osoba koja oseća snažan psihološki bol pojačan socijalnim i mentalnim promenama. Jan Bečler (Baechler, 1975) takođe govori o samoubistvu kao begu. U svojoj tipologiji samoubistva navodi četiri vrste: agresivno samoubistvo, samoubistvo psihotičnih, žrtveno samoubistvo i samoubistvo kao beg.

Samoubistvo kao beg je način da se „reši“ teška životna situacija (teška bolest, nezaposlenost i finansijski problemi, osećanje tereta za porodicu...), da se „prekine igra“. Pojedinaac donosi odluku da iz nepodnošljive životne situacije počini suicid, a razlog mogu biti tuga ili kazna. Samoubistvo motivisano tugom može da bude uzrokovano različitim vrstama gubitaka, na primer: značajnih objekata (najčešće je to bliska osoba), potom integriteta, fizičkog ili intelektualnog (često prisutno kod starijih osoba). Samoubistvo se često izvršava zbog socijalnih faktora, najčešće gubitka socijalnog statusa i bankrotstva. Dalje, gubitak vere u nekoga/nešto i osećanje da je osoba izdana, prevarena, gubitak časti (primer japanskih samuraja), gubitak nezavisnosti i slobode, smrt lidera i imitacija takođe mogu biti motivi za izvršenje suicida (Gann, 2014; Scocco & Toffol, 2012).

U grupu samoubistva kao bega, Bečler (Baechler, 1975) ubraja i samoubistvo kao kaznu za nešto što je zaista učinjeno ili izmaštano, ali i samoubistvo kao napad. U prvom slučaju je u pitanju samoubistvo zbog stida od neuspeha, krivice zbog određenog događaja, sramote zbog događaja koji je poznat i drugima, koji se distanciraju od te osobe. Samoubistvo kao napad je samoubistvo koje se izvršava po nalogu političkih moćnika (primer u starom Rimu samoubistva rimskih senatora). Korišćenjem Bečlerove tipologije, prema jednom istraživanju u SAD, preko 60% suicida moglo bi se svrstati u kategoriju samoubistva kao bega (Gann, 2014). Baumajster (Baumeister, 1990) vidi samoubistvo kao eskalaciju želje za bežanjem od svesti o postojanju aktuelnih životnih problema i njihovom uticaju na self. U teoriji o samoubistvu iznosi šest glavnih principa ili faza u kojima može da se dogodi suicid. Polazi se od nemogućnosti postizanja visoko postavljenih standarda i nerealnih, previsokih očekivanja, ali i niza loših događaja, a potom viđenja sebe kao osobe koja pravi greške i ima loše osobine. Treći princip je povezan sa prvim. Uključuje visoku svesnost o sebi u odnosu na nerealno

postavljene standarde i očekivanja zbog kojih osoba sebe vidi kao nesposobnu, krivu, neprivlačnu i neadekvatnu. Negativna slika o sebi dovodi do krivice, depresije i anksioznosti, što može da povećava spremnost na suicidalno ponašanje. Ipak, ukoliko osoba uspe da poveže krivicu za određene događaje sa spoljnim (koji dolaze iz porodice i društva), a ne unutrašnjim faktorima, do suicida neće doći (Gunn, 2014).

U istraživanjima je potvrđena povezanost između realnog ili psihološkog gubitka i osećanja beznada sa različitim psihičkim poremećajima, poput zloupotrebe alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, poremećaja ishrane, kao i suicidalnog ponašanja (Arcleus et al., 2011; Beck et al., 1985; Joiner, 2005; Ma et al., 2016; Pisetsky et al., 2013; Smith et al., 2012; Wilcox et al., 2004). Na primer, smrt bliske osobe može da izazove težak bol, odnosno „bol izazvan traumom“, različit od uobičajene tuge. Treba posebno obratiti pažnju na žalost nakon nasilnih smrti (ubistvo, samoubistvo) bliskih osoba koje često dovodi do komplikovane tuge, a može uzrokovati i krivicu, stid i stigmatu. Ipak, rezultati nekih istraživanja su ukazali na to da se komplikovana tuga javlja i kod osoba koje su doživele gubitak bliskih ljudi na drugi način, a tuga je povezana sa starošću preminulog, srodstvom sa preminulim, kvalitetom ranijeg međusobnog odnosa, stavom prema gubitku, kao i polom i kulturom ožalošćenih (Lobb et al., 2010; Ott, 2011; Rosenblatt, 2008; Shear et al., 2011; Stroebe et al., 2006). Ono što predstavlja razliku je stigmatizacija članova porodice čiji je član izvršio suicid koja pogoršava stanje tugovanja. Pod visokim rizikom se smatraju roditelji koji su imali loš odnos sa decom koja su izvršila suicid, a sada imaju doživljaj nedostatka podrške u tugovanju. Kvalitativne studije opisuju emotivna iskustva članova porodica i prijatelja kao što su: šok, neverica, užas, krivica i stid, ljutnja, odbacivanje, stigma, izolacija, suicidalne misli, uzaludnost daljeg življenja.

Ipak, porodice različito reaguju na suicid svog člana. Za neke je to način rešavanja problema, a za neke katastrofa (Wilcox et al. 2012). Ukoliko su se porodice dugo suočavale sa depresijom i suicidalnim mislima ili pokušajima suicida svog člana, ovakav čin može biti shvaćen kao olakšanje ili kao ishod pogoršanja mentalne bolesti, te se pokojnik na taj način oslobodio stresa (Goldney, 2008). Ovakvo prihvatanje suicida izaziva manje navedenih emocija u odnosu na druge porodice koje suicid smatraju katastrofom. To su porodice koje su smatrane funkcionalnim i za koje je ovakav čin sasvim neočekivan. Govori se i o ljutnji posle suicida člana porodice, posebno ako je okrivljen za ovakvo ponašanje ili je nudio pomoć i bio odbijen. Ljutnja može da bude usmerena ka bogu, terapeutu, medijima koji senzacionalistički objavljuju takve vesti. Može se javiti i bes kod ožalošćenog (često partnera) zbog toga što je ostavljen da sam snosi odgovornost za porodicu (Goldney, 2008).

Dalje, navedena istraživanja ukazuju na značaj promene uloga, do kojih dovode važni događaji kako pozitivni tako i negativni (penzionisanje, završetak fakulteta, napredak u karijeri, dijagnostikovanje bolesti, preseljenje...). Gubitak uloge se prevazilazi nalaženjem novih uloga, ali ukoliko do toga ne dođe, uz postojanje, npr. somatske bolesti, problema u interpersonalnim odnosima, starenja, može doći do suicidalnog ponašanja. Određeni životni događaji (tranzicija uloga), kao što su: separacija, ozbiljni porodični problemi, nezaposlenost, promena mesta boravka, predstavljaju rizične faktore za suicid kod mlađih, dok se za osobe koje pripadaju srednjoj generaciji i starije suicidalno ponašanje povezuje sa somatskim bolestima, promenom ili gubitkom posla, penzionisanjem, smrću supružnika i preuzimanjem brige oko starih roditelja. Svi navedeni faktori mogu uzrokovati gubitak ličnog identiteta i razmišljanje o suicidu.

Stres-dijateza model suicida

Stres-dijateza teorije suicida predstavljaju savremeni integrativni pristup u objašnjenju suicidalnog ponašanja, koji je utemeljen na interakciji predispozicionih (dijateza) i precipitirajućih (stresnih) faktora. Dijateza se u ovom kontekstu definiše kao relativno stabilna ranjivost pojedinca koja može biti biološke, psihološke ili socijalne prirode, a koja u kontaktu sa stresorima povećava verovatnoću suicidalnog ishoda (O'Connor & Nock, 2014; van Heeringen, 2012). Ove teorije polaze od pretpostavke da stres sam po sebi nije dovoljan da izazove suicidalno ponašanje, već da ono nastaje kada stres deluje na već prisutnu psihobiološku vulnerabilnost.

Dijateza uključuje niz faktora: genetske predispozicije, neurobiološke disfunkcije (posebno serotonergički sistem), temperament, disfunkcionalne šeme mišljenja, emocionalnu disregulaciju, kao i rane životne traume (Johnson et al., 2008). Osobe koje ispoljavaju suicidalne tendencije često pokazuju povećanu reaktivnost na stres, kognitivnu rigidnost, problem u donošenju odluka, kao i slabije veštine rešavanja problema. Šot (Schotte, 1982) i Klam (Clum, 1987) objašnjavaju da osobe koje umru usled suicida često imaju deficite u divergentnom mišljenju, što ograničava mogućnost generisanja alternativnih rešenja u kriznim situacijama. Kognitivna rigidnost, prema autorima, doprinosi osećaju beznađa, koji se u literaturi prepoznaje kao jedan od najsnažnijih prediktora suicida (Beck et al., 1985; Gunn & Lester, 2014).

Stresori koji mogu aktivirati suicidalno ponašanje su raznoliki: od interpersonalnih gubitaka, bolesti, siromaštva, gubitka posla ili akademskog neuspeha, do kolektivnih trauma

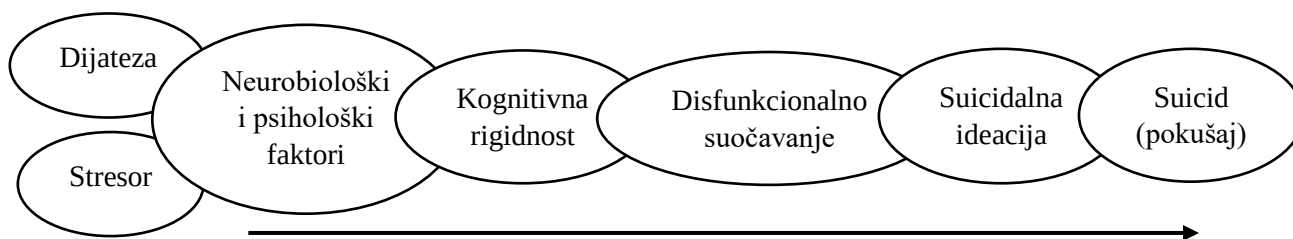
poput rata, prirodnih nepogoda ili socijalne izolacije. Osim akutnih stresora, hronični stres i kumulativni efekti mikrotrauma takođe mogu značajno doprineti aktivaciji suicidalne dijateze (Hammen, 2005). O'Connor i Kirtley (2018) razvili su Integrirani motivaciono-voljni model suicida, koji proširuje stres-dijateza pristup uključujući kognitivne procese kao što su percipirana nepodnošljivost emocionalnog bola, osećaj opterećenja za druge i socijalna izolacija. O ovom modelu će više reći biti kasnije.

Dodatno, Zhang (2005, prema Gunn & Lester, 2014) naglašava važnost kulturnog konteksta u razvoju suicidalnog ponašanja. Njegova teorija psihološkog napora ukazuje da sukobi između tradicionalnih i modernih vrednosti, kao i nesklad između aspiracija i realnih mogućnosti, mogu predstavljati značajne izvore stresa u društvima koja prolaze kroz brze socijalne promene. Ova napetost posebno se izražava kod mladih ljudi u kontekstu rodni očekivanja, braka, obrazovanja i ekonomskog statusa.

Faktori koji utiču na dijatezu uključuju lošu psihosocijalnu podršku u detinjstvu, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, mentalne poremećaje (posebno depresiju i granični poremećaj ličnosti), kao i izraženu impulsivnost i emocionalnu disinhibiciju. Takođe, polne razlike u stilovima suočavanja sa stresom, gde muškarci češće koriste strategije borbe ili povlačenja, a žene strategije traženja socijalne podrške i brige, mogu doprineti različitim putevima ka suicidalnom ponašanju (Nolen-Hoeksema, 2012).

Uloge ličnosti i kulturnih vrednosti su takođe značajne u diferenciranju rizika. Osobe sa karakteristikama kompetitivnosti, neprijateljstva i nestrpljenja sklonije su agresivnim oblicima suočavanja sa stresom, dok osobe sa karakteristikama smirenosti i kooperativnosti pokazuju veću rezilijentnost. Zapadne individualističke kulture, koje naglašavaju samostalnost i lični uspeh, u većem riziku su od suicida povezanog sa neuspehom i beznađem, dok kolektivističke kulture pokazuju drugačije obrasce suicidalnog ponašanja (Aronson et al., 2019; Heine, 2016).

Zaključno, stres-dijateza modeli nude sveobuhvatan okvir za razumevanje suicidalnog ponašanja, integrisanjem bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih faktora (Shema 2). Oni omogućavaju identifikaciju ranjivih pojedinaca i usmeravanje preventivnih intervencija koje obuhvataju jačanje otpornosti, unapređenje regulacije emocija i razvoj adaptivnih strategija suočavanja.



Shema 2. Stres-dijateza model suicida

Teorija ličnih konstrukata i suicid

Teorija ličnih konstrukata Džordža Kelija (Georg Kelly, 1955) predstavlja jedan od najznačajnijih teorijskih okvira u okviru kognitivističkog pristupa razumevanju ličnosti i psihopatologije. U središtu teorije nalazi se pretpostavka da ljudi funkcionišu kao „naučnici“, neprekidno konstruišući i testirajući značenja koja omogućavaju interpretaciju sveta, sebe i drugih. Ponašanje se shvata kao pokušaj da se anticipira budućnost na osnovu prethodnih konstrukata, a psihološki problemi nastaju onda kada je sistem konstrukata rigidno organizovan, nedovoljno fleksibilan, kontradiktoran ili kada ne omogućava precizno predviđanje događaja (Kelly, 1955).

U tom svetlu, suicidalno ponašanje može se razumeti kao posledica kraha sistema ličnih značenja, kao izraz egzistencijalne dezorijentacije i nemogućnosti da se konstruiše budućnost koja bi imala vrednost ili smisao. Suicid, u ovom kontekstu, ne predstavlja samo odgovor na patnju, već i pokušaj izlaska iz „slepog ugla“ kada su sve alternative unutar kognitivnog sistema iscrpljene ili percipirane kao beznadežne.

U empirijskom okviru, Džamonja Ignjatović (1993) primenjuje Kelijev model kako bi analizirala razlike u strukturama ličnih konstrukata kod osoba sa različitim stepenom suicidalnosti. U studiji je ispitivano više grupa: osobe koje su izvršile pokušaj suicida višeg stepena ozbiljnosti, osobe sa pokušajem nižeg stepena ozbiljnosti, osobe sa izraženim suicidalnim mislima i osobe bez suicidalne simptomatologije. Utvrđeno je da između ovih grupa postoje značajne razlike u formalnim (strukturnalnim), sadržinskim i relacijskim osobinama konstrukata. Kod osoba sa suicidalnim ponašanjem identifikovane su karakteristike kao što su: visok stepen autodestruktivnosti u konstrukcijama, rigidnost sistema, slaba prediktivna vrednost (slaba anticipacija), kao i izražen bipolarni način kategorizacije stvarnosti (npr. crno-belo razmišljanje). Prisustvo ovih osobina ukazuje na nisku fleksibilnost kognitivnog sistema i smanjenu sposobnost rekonstrukcije značenja, što može doprineti osećaju bezizlaznosti i egzistencijalnog gubitka kontrole. Značajan nalaz odnosi se i na

smanjen intenzitet strepnje u vezi sa smrću kod osoba koje su pokušale suicid, bez obzira na dijagnozu depresije, što upućuje na mogućnost habituacije na ideju smrti ili na emocionalnu disocijaciju kao mehanizam suočavanja. Takođe, depresivne osobe su pokazale izražen negativan odnos prema sebi i životu, karakterisan beznadom, pesimizmom i doživljajem budućnosti kao besperspektivne. Ove komponente su, kako autorka navodi, ključne u povezivanju depresivnih kognicija sa suicidalnim rizikom. Najveće razlike u sistemu konstrukata uočene su između osoba sa depresijom koje su izvršile pokušaj suicida i kontrolne grupe, ali i između osoba koje su izvršile pokušaje suicida različitog stepena ozbiljnosti. Ovaj nalaz potvrđuje hipotezu o heterogenosti suicidalnog ponašanja i potrebi za individualizovanim pristupom u prevenciji i tretmanu.

Savremena istraživanja dodatno potvrđuju da je konstruktivni sistem osoba sa izraženim suicidalnim mislima obeležen smanjenom kognitivnom fleksibilnošću i izraženim osećajem ograničenosti izbora (Neimeyer, 2005; Winter et al., 1999). Ovi autori navode da suicid može biti posmatran kao „poremećaj značenja“, odnosno stanje u kom osoba gubi mogućnost da rekonstruiše lični narativ i da pronađe održiv smisao sopstvenog postojanja.

Povezanost rigidnog sistema konstrukata sa suicidom uočava se i u kliničkoj praksi, gde se suicid javlja kao „krajnje rešenje“ kada nijedna druga alternativa ne izgleda moguće. Ova kognitivna zatvorenost povezuje se sa osećajem gubitka kontrole nad sopstvenom naracijom, što vodi ka izboru smrti kao poslednjem načinu reafirmacije subjektivne kontrole.

Teorije učenja i samoubistvo

Teorije učenja, posebno one zasnovane na modelu socijalnog (opservacionog) učenja, pružaju značajan okvir za razumevanje razvoja i održavanja samopovređujućeg i suicidalnog ponašanja, naročito u adolescentskom uzrastu. Osnovne postavke teorije socijalnog učenja razvio je Albert Bandura, ističući da se ponašanje može usvojiti ne samo direktnim iskustvom, već i putem posmatranja drugih, odnosno učenjem po modelu (Bandura, 1977). Ova teorija se u literaturi javlja i pod nazivima kao što su učenje posmatranjem, imitacijsko učenje i socijalno-kognitivna teorija učenja.

Centralna pretpostavka Bandurine teorije jeste da pojedinac, posmatrajući ponašanje modela, posebno onih figura koje percipira kao atraktivne, uspešne, ili kao autoritet, može internalizovati to ponašanje i kasnije ga reprodukovati, bez potrebe za direktnim potkrepljenjem. Bandura je identifikovao šest ključnih osobina učenja po modelu: usvajanje novih obrazaca ponašanja bez potrebe za nagradom, posmatranje modela bez eksplicitne

obuke, spontanost u učenju, mogućnost formiranja trajnijih obrazaca već nakon jednog izlaganja modelu, i značaj kognitivnih i motivacionih procesa u reprodukciji ponašanja (Bandura, 1965, 1977).

U kontekstu suicidalnog i samopovređujućeg ponašanja, ovi principi su relevantni jer istraživanja pokazuju da adolescenti mogu internalizovati samopovređujuće oblike ponašanja koje vide kod vršnjaka, članova porodice ili čak medijskih uzora. Vizuelna izloženost autodestruktivnim aktima, bilo kroz neposredno posmatranje ili putem medija, može podstaći imitaciju, naročito u kontekstu emocionalne ranjivosti i identifikacije sa osobama koje pokazuju takvo ponašanje (Prinstein et al., 2010).

Pored učenja po modelu, važnu ulogu imaju i klasične i operantne forme učenja, posebno kroz koncept pozitivnog i negativnog potkrepljenja. Samopovređivanje se u nekim slučajevima održava kao ponašanje koje izaziva određene posledice koje pojedinac percipira kao korisne ili olakšavajuće. Na primer, ako adolescent doživi privremeno olakšanje unutrašnje napetosti ili anksioznosti nakon samopovređivanja (npr. zasecanja kože), to ponašanje može biti negativno potkrepljeno, tj. ojačano redukcijom neprijatnih emocija. Slično, ukoliko takvo ponašanje dovede do privlačenja pažnje okoline (vršnjaka, roditelja, nastavnika), čak i u vidu negativne reakcije, može doći do pozitivnog potkrepljenja u poređenju sa prethodnim stanjem emocionalne i socijalne deprivacije (Nock & Prinstein, 2004).

Ove interpretacije u skladu su i sa radovima iz biheviorističke tradicije, poput Ferstera (Fenster, 1961) i Grafa i Malina (Graff & Mallin, 1967), koji su ukazali na to da samopovređivanje i pokušaji samoubistva mogu imati funkciju komunikacije, kontrole okoline ili regulacije afekta. U tom svetlu, Edwin Shneidman je sugerisao da određeni pokušaji suicida ne predstavljaju izraz želje za smrću, već način da se izrazi unutrašnja patnja i izazove reakcija drugih, što se može tumačiti i kao oblik interpersonalnog ponašanja usmerenog ka dobijanju pažnje, podrške ili promene u socijalnim odnosima (Shneidman, prema Lester, 2014).

Ova shvatanja ukazuju na to da suicidalno ponašanje može biti rezultat naučenih obrazaca reagovanja na frustraciju, emocionalnu bol i interpersonalne konflikte. U tom smislu, teorije učenja ne isključuju psihodinamske ili biološke faktore, već nude objašnjenje za to kako se određena ponašanja formiraju i učvršćuju kroz interakciju sa socijalnim okruženjem.

Suicid kroz prizmu kognitivno-bihevioralne teorije

Kognitivno-bihevioralna teorija (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) predstavlja jedan od najuticajnijih savremenih psiholoških pristupa u objašnjavanju psihopatologije, uključujući i suicidalno ponašanje. Osnovna premisa ovog modela glasi da emocionalne i bihevioralne reakcije nisu neposredna posledica samih događaja, već tumačenja koje pojedinac daje tim događajima (Beck, 1976; Ellis & Harper, 1996). Naime, anksioznost, očaj, bes i beznade ne nastaju zato što se neki stresogen događaj desio, već zbog načina na koji ga osoba kognitivno procesuirala, tj. zbog automatskih misli i temeljnih uverenja koje poseduje o sebi, drugima i svetu.

Jedan od prvih osnivača kognitivno-bihevioralne paradigme, Albert Ellis, razvio je Racionalno-emotivnu bihevioralnu terapiju (REBT), u okviru koje je formulisao poznati A-B-C model (Activating event – Belief – Consequence). Prema ovom modelu, iracionalna uverenja (B) posreduju između stresnog događaja (A) i emocionalno-ponašajnih posledica (C), a upravo takva uverenja doprinose patološkom doživljavanju stvarnosti. Ellis je identifikovao najčešća iracionalna uverenja, među kojima su: potreba za univerzalnim prihvatanjem, preterana težnja za perfekcionizmom i katastrofizacija neuspeha (Ellis, 1962; Ellis & Harper, 1996). Ova uverenja su, iako kulturno specifična, potvrđena kao relevantna i u drugim društveno-kulturnim kontekstima, uključujući i Srbiju.

Kognitivnu komponentu dalje je razradio Aaron T. Beck, koji je istakao postojanje sistemskih kognitivnih distorzija, odnosno stabilnih obrazaca iskrivljenog mišljenja koje predisponiraju osobu za razvoj emocionalnih poremećaja. Beck je klasifikovao više tipova distorzija, među kojima su: dihotomno (sve-ili-ništa) razmišljanje, preterana generalizacija, mentalni filter, diskvalifikovanje pozitivnog, katastrofizacija, emocionalno rezonovanje, personalizacija i rigidna upotreba izraza „trebalo bi“ (Beck, 1976; Wenzel & Beck, 2008).

U okviru suicidologije, kognitivno-bihevioralni pristup smatra samoubistvo krajnjim ishodom kognitivne disfunkcije i afektivne disregulacije. Prema kognitivno-bihevioralnom modelu suicida koji su razvili Wenzel i Beck (2008), suicidalno ponašanje se razvija kroz interakciju vulnerabilnosti (dijateze) i akutnog stresa. Model uključuje niz predispozicionih faktora, kao što su: impulsivnost, deficiti u rešavanju problema, rigidni kognitivni stil, introverzija i izraženo beznade. Beznade je u literaturi identifikovano kao jedan od najsnažnijih prediktora suicidalne ideacije i ponašanja (Beck et al., 1985).

Prema ovom modelu, što su izraženije vulnerabilne kognitivne distorzije i što su dublji obrasci iracionalnog mišljenja, manji nivo životnog stresa je dovoljan da aktivira suicidalne

kognicije. Tipični okidači uključuju poraz, poniženje, osećaj lične bezvrednosti ili interpersonalni gubitak. Samoubistvo se u ovom okviru razmatra kao namerni akt, koji je rezultat integracije ekoloških faktora (npr. traumatski događaji), afektivnih stanja (npr. beznađe, očaj), bihevioralnih obrazaca (npr. izbegavanje, pasivnost) i disfunkcionalnih kognitivnih procesa.

CBT pristup pruža i jasne smernice za prevenciju i tretman suicidalnosti, prvenstveno kroz kognitivno restrukturiranje, trening rešavanja problema, bihevioralne eksperimente i izgradnju otpornosti. Cilj je identifikacija i modifikacija disfunkcionalnih uverenja, kao i izgradnja novih obrazaca mišljenja koji omogućavaju fleksibilnije i realističnije tumačenje životnih izazova.

Suicid iz perspektive transakcione analize

Transakciona analiza (TA), koju je sredinom 20. veka razvio Erik Bern (Eric Berne), predstavlja sveobuhvatan model ličnosti, komunikacije i psihoterapijske prakse. Smeštena na razmeđu psihoanalitičke i humanističke paradigme, TA posmatra ljudsko ponašanje kroz prizmu unutrašnjih „ego stanja“ i njihovih interakcija u okviru socijalnih transakcija. Osnovna jedinica komunikacije u ovom pristupu je transakcija, odnosno razmena poruka između dva pojedinca, pri čemu poruke zapravo razmenjuju njihova ego stanja: Roditelj, Odrasli i Dete (Berne, 2003; Milivojević, 2007).

Bern je posmatrao ponavljajuće obrasce transakcija koje imaju negativne posledice po individuu i okarakterisao ih kao „igre“. Ove psihološke igre, koje se često odvijaju nesvesno, predstavljaju emocionalno nabijen i socijalno destruktivan scenarij u kojem osoba (re)aktivira ulogu formiranu još u detinjstvu. Igre se integrišu u takozvani „životni skript“, tj. internalizovani plan koji individua nesvesno prati tokom života. U tom kontekstu, pojedini obrasci suicidalnog ponašanja mogu se tumačiti kao deo „suicidalnih igara“ koje proističu iz disfunkcionalnih skriptova (Goulding & Goulding, 1978; White, 2011).

Posebnu važnost u razumevanju suicida u TA ima koncept ego stanja. Ego stanje *Odrasli* odnosi se na racionalni, realistični deo ličnosti koji analizira situacije i donosi odluke na osnovu činjenica. Suprotno tome, ego stanje *Roditelj* predstavlja skup internalizovanih normi, uverenja i ponašanja roditeljskih figura. Kada je preterano izraženo ili disfunkcionalno, može doprineti osećanju krivice, samookrivljavanja i rigidnog moralnog prosuđivanja, što su faktori poznati u literaturi kao povezani sa suicidalnim ideacijama (Berne, 2003).

Treće ego stanje, *Dete*, sadrži emocionalna iskustva, impulzivne reakcije i zaključke formirane u ranom detinjstvu. Ovo stanje obuhvata više podsistema: „Somatsko dete“ (telesno orijentisano, usmereno na primarne potrebe), „Mali profesor“ (intuitivno, prelogično mišljenje) i „Elektroda“ (introjektovani Roditelj u ego stanju Deteta, koji automatski potvrđuje ranije odluke i osećanja). Suicidalne ideacije, pa i same odluke o suicidu, mogu poticati upravo iz ovih podsistema, naročito kada je ego stanje *Odrasli* potisnuto, a ponašanje vođeno detinjastim, nelogičnim i emocionalno nabijenim obrascima mišljenja (White, 2011).

TA pretpostavlja da svaka osoba tokom detinjstva donosi tzv. „rane životne odluke“ koje su oblikovane interakcijama sa okruženjem. Te odluke često predstavljaju adaptacije na emocionalne pritiske i uslove preživljavanja, ali vremenom mogu postati rigidne i disfunkcionalne. Misli poput „ja nisam OK“, „svet nije OK“, ili „nije vredno živeti“ mogu predstavljati kognitivnu osnovu za formiranje suicidalnih skriptova. Ukoliko se ovi obrasci ne prepoznaju i ne preoblikuju u odraslom dobu, mogu se aktivirati u periodima stresa i doprineti suicidalnom ponašanju (Goulding & Goulding, 1978; Milivojević, 2007).

S obzirom na to da TA omogućava identifikaciju i dekonstrukciju nesvesnih životnih scenarija, ona nudi i terapijski okvir za prevenciju suicida. Kroz analizu transakcija, skriptova i reaktivacija ego stanja, moguće je identifikovati disfunkcionalne obrasce i ojačati funkciju ego stanja *Odrasli*, koje omogućava donošenje racionalnih, afirmativnih odluka.

Suicid iz perspektive teorije afektivne vezanosti

Teorije privrženosti, odnosno afektivne vezanosti, naglašavaju ključnu ulogu ranih odnosa sa primarnim starateljima u formiranju obrazaca emocionalne regulacije i interpersonalnog ponašanja tokom čitavog životnog veka. Prema savremenim teorijama afektivne vezanosti, iskustva iz ranog detinjstva oblikuju se kroz narative koji postaju deo tzv. unutrašnjih radnih modela, odnosno kognitivnih struktura koje obuhvataju uverenja o sopstvenoj vrednosti i očekivanja u odnosima sa drugima (Dallos & Draper, 2012). Ovi modeli definišu da li sebe percipiramo kao dostojne ljubavi i podrške i da li druge ljude doživljavamo kao emocionalno dostupne i pouzdane.

U kontekstu suicidalnog ponašanja, ovi narativi i očekivanja mogu igrati ključnu ulogu. Tokom kriza praćenih suicidalnim mislima, pojedinci mogu internalizovati negativna uverenja o sebi kao isključivo odgovornima za sve životne poteškoće, dok druge mogu doživljavati kao nedostupne ili nezainteresovane za pomoć. Takva percepcija može voditi ka povlačenju iz socijalnih odnosa i povećanju osećanja bespomoćnosti.

Ejnsvortova (Ainsworth, 1978, prema Aronson et al., 2005) je identifikovala tri glavna obrasca privrženosti kod dece koja imaju transgeneracijski značaj u formiranju odraslih emocionalnih i partnerskih odnosa: siguran stil privrženosti (razvijen u uslovima doslednog emocionalnog odgovora roditelja, čime se podstiče poverenje i osećaj lične vrednosti), anksiozno-ambivalentni stil (formiran kao rezultat nedoslednih i nametljivih roditeljskih odgovora, što dovodi do preterane potrebe za bliskošću i straha od odbacivanja) i izbegavajući stil (nastaje kada roditelji emocionalno distanciraju dete i odbijaju njegove potrebe za bliskošću, što može voditi ka emocionalnoj inhibiciji i izbegavanju intimnosti u odraslom dobu).

Empirijski nalazi ukazuju na to da mladi sa suicidalnim ponašanjem češće pokazuju niži stepen privrženosti, slabiju komunikaciju sa roditeljima i vršnjacima, i izraženije osećanje otuđenosti u poređenju sa mladima bez suicidalne simptomatologije (Strang & Orlofsky, 1990; De Jong, 1992; Yama et al., 1995, prema Hill et al., 2011). Kod studenata sa istorijom suicidalnih ideacija i pokušaja samoubistva češće se uočava prisustvo depresivnih simptoma i izraženo narušeni odnosi sa roditeljima.

Poseban značaj ima porodični kontekst, pri čemu niska porodična kohezija, nedostatak emocionalne ekspresije i prisustvo rizičnih faktora, poput alkoholizma roditelja ili seksualnog zlostavljanja u detinjstvu, dodatno povećavaju rizik od suicidalnog ponašanja, naročito među studentkinjama (Zeyrek et al., 2009; prema Hill et al., 2011).

Uprkos teorijskoj utemeljenosti i indicijama iz ranijih istraživanja, direktna empirijska ispitivanja odnosa stilova privrženosti i suicidalnog ponašanja su relativno retka. Potrebna su dalja istraživanja koja bi obuhvatila kako kvantitativne mere stilova privrženosti, tako i kvalitativne analize narativa o detinjstvu, u cilju dubljeg razumevanja mehanizama kroz koje afektivna vezanost utiče na suicidalni rizik.

Interpersonalne teorije samoubistva

Više savremenih psiholoških modela pokušalo je da objasni suicidalnost (npr. Baumeister, 1990; Joiner, 2005; Klonsky i May, 2015; O'Connor, 2011; Williams, 2001). Neki od ranijih modela, poznatih kao modeli prve generacije, posmatrali su suicidalne misli i ponašanja kao jedinstven konstrukt, ne praveći jasnu razliku između suicidalne ideacije i pokušaja samoubistva. Međutim, s obzirom na to da je suicidalna ideacija znatno rasprostranjenija od suicidalnih ponašanja (bilo neletalnih ili letalnih pokušaja), pojedini autori su istakli potrebu da se ova dva fenomena posmatraju i proučavaju odvojeno. U tom okviru,

predloženi su specifični faktori koji doprinose pojavi suicidalnih misli, kao i faktori koji objašnjavaju prelazak sa ideacije na pokušaj.

Teorija interpersonalnog samoubistva Tomasa Džojnera (Thomas Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) predstavlja prvi od tri tzv. modela druge generacije, poznatih kao „ideacija-do-akcije” teorije. Pored nje, u ovu grupu spadaju i Integrirani motivaciono-volicioni model suicidalnog ponašanja (O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley, 2018) i Teorija u tri koraka (Three-Step Theory; Klonsky & May, 2015). Važno je napomenuti da teorije prve generacije i dalje imaju značajnu vrednost, odnosno dve od tri pomenute teorije druge generacije oslanjaju se upravo na konstrukte koje je uvela Williamsova „Cry of Pain” teorija (Williams, 2001).

Prema Interpersonalnoj teoriji samoubistva, da bi osoba pokušala da izvrši samoubistvo, moraju biti prisutna dva uslova: želja za smrću i sposobnost da se ta želja sprovede u delo. Želja za smrću, prema ovoj teoriji, proizilazi iz dva osnovna interpersonalna faktora, odnosno uskraćenog osećaja pripadanja i percipiranog osećaja da je neko teret drugima, uz dodatnu komponentu beznadežnosti u vezi sa tim stanjima.

Uskraćeno pripadanje se odnosi na osećaj usamljenosti i nedostatak uzajamne brige, dok percipirana opterećenost podrazumeva osećaj mržnje prema sebi i uverenje da je sopstvena egzistencija na štetu drugih. Prisutnost bilo kog od ova dva faktora može dovesti do pasivne suicidalne ideacije (npr. misli poput „*Voleo/la bih da nisam živ/a*“). Međutim, za prelazak na aktivnu suicidalnu ideaciju (npr. „*Razmišljam da sebi oduzmem život*“), potrebna je istovremena prisutnost oba faktora, uz perzistentan osećaj beznadežnosti (Tucker et al., 2018; Van Orden et al., 2010).

Empirijska istraživanja, uključujući sistematske preglede i meta-analize, pokazala su doslednu povezanost između komponenata želje i suicidalne ideacije (npr. Chu et al., 2017). Ipak, pojedine studije pružaju mešovite rezultate u pogledu interaktivnih efekata između faktora, iako postoji snažan i konzistentan efekat svakog od njih na suicidalne misli (Ma et al., 2016).

U pogledu suicidalnog ponašanja, Džojner ističe da sama želja nije dovoljna za čin samoubistva. Ljudska bića prirodno teže samoodržanju i izbegavanju bola, povrede i smrti (Joiner, 2005). Zbog toga je neophodno da osoba razvije kapacitet da savlada taj instinkt, odnosno sposobnost da podnese bol i prevaziđe strah od smrti.

Izvorna verzija teorije tvrdi da se ta sposobnost stiče kroz ponavljane bolne ili uznemirujuće događaje, kao što su zlostavljanje u detinjstvu, izloženost ratu, samopovređivanje ili prethodni pokušaji samoubistva. U okviru poremećaja ishrane, gladovanje i kompulzivno izbacivanje hrane (eng. *purging*) takođe mogu doprineti razvoju

sposobnosti. Prema teoriji, ovakva iskustva, putem habituacije i aktivacije protivprocesa (opponent process), povećavaju prag tolerancije na bol i umanjuju strah od smrti, što čini tzv. stečenu sposobnost za samoubistvo (van Orden et al., 2010).

Kasnija istraživanja sugerišu da sposobnost za suicid može imati i genetsku komponentu (Smith et al., 2012). Shodno tome, Ču i saradnici (Chu et al., 2017) predložili su terminološku reviziju. Umesto izraza „stečena sposobnost“ (acquired capability), preporučuju upotrebu termina „sposobnost“, koji obuhvata i biološke predispozicije i iskustveno stečene karakteristike. Ova konceptijska promena danas je široko prihvaćena, uključujući i od strane samog Džojnera. Osim toga, pojam sposobnosti dodatno je proširen i na dostupnost sredstava za izvršenje samoubistva.

Interpersonalne psihološke teorije predstavljaju značajan teorijski okvir za buduća istraživanja. Tako se u socijalno-psihološkim istraživanjima najvažnijim rizičnim faktorima za suicid smatraju socijalni i neurokognitivni, u koje su uključeni: percepcija sebe u budućnosti, standardi postavljeni sebi i drugima, kao i veštine u rešavanju interpersonalnih problema. U ključne kognitivne faktore rizika spada beznade. U istraživanjima se pokazalo da je beznade snažan prediktivni faktor suicida i za odrasle i za decu, mada snažnije povezan sa odraslima i kliničkom populacijom. Takođe su se neki kognitivni stilovi pokazali rizičnim, kao što su visoki self standardi povezani sa negativnom percepcijom selfa i većom diskrepancom između idealnog i „stvarnog sebe“.

SUICID I SUICIDALNOST – FAKTORI, EPIDEMIOLOGIJA I MERENJE

Faktori suicida i suicidalnog ponašanja

Kao što je već navedeno, suicid predstavlja ozbiljan javnozdravstveni, psihološki i sociokulturni fenomen koji zahteva multidisciplinarni pristup u njegovom razumevanju i prevenciji. Svetska zdravstvena organizacija (WHO, 2021) procenjuje da svake godine više od 700.000 ljudi izvrši suicid, dok je broj pokušaja još veći, a dobar deo njih nedetektovan. U različitim teorijskim okvirima, suicid se tumači kao ishod složene interakcije bioloških predispozicija, psihopatologije, socijalne izolacije, kulturnih normi i egzistencijalne krize.

Biološki faktori

Brojna istraživanja potvrđuju postojanje genetskih i neurobioloških predispozicija koje doprinose suicidalnom ponašanju. Disfunkcija serotoninskog sistema, posebno smanjeni nivoi

5-HIAA, dovodi se u vezu sa impulsivnošću i agresijom usmerenom prema sebi (Mann et al., 2001). Neurotransmitterski disbalansi, naročito u funkciji serotonina, dopamina i norepinefrina, utiču na regulaciju raspoloženja, impulsa i doživljaj bola, što može povećati vulnerabilnost za suicidalno ponašanje. Pored toga, promene u funkciji prefrontalnog korteksa i amigdale takođe utiču na donošenje odluka i emocionalnu kontrolu, što je u vezi sa izvršnim funkcijama i emocionalnošću osobe koje su narušenog integriteta kod suicidalnih osoba. Različita istraživanja neurooslikavanja kod osoba sa suicidalnim ponašanjem ukazuju na smanjenu aktivaciju prefrontalnih regiona zaduženih za izvršne funkcije i samokontrolu (Johnston et al., 2017; Shamaal et al., 2020). Osim toga, povećana reaktivnost amigdale povezana je i sa hiperaktivnim odgovorom na stres i percepcijom ugroženosti (van Heeringen & Mann, 2014).

Nasledni faktor takođe ima važnu ulogu u determinisanju suicidalnog ponašanja. Naime, osobe sa porodičnom anamnezom suicida imaju veći rizik da razviju suicidalne ideacije (Brent & Mann, 2005), a o naslednom faktoru dodatno govore i blizanačke studije (npr. Fu et al., 2002; Lim et al., 2022). Ipak, genetska predispozicija se retko ispoljava nezavisno od sredinskih uticaja, već češće kroz interakciju sa stresogenim životnim događajima. Epigenetska istraživanja dodatno naglašavaju uticaj rane traume na ekspresiju gena povezanih sa emocionalnom regulacijom i odgovorom na stres (McGowan et al., 2009; Turecki & Meaney, 2016). Inflamacija se, takođe, sve češće identifikuje kao potencijalni biološki marker suicidalnog rizika. Povećani nivoi inflamatornih citokina kao što su interleukin-6 (IL-6), tumor nekroze faktor-alfa (TNF- α) i C-reaktivni protein (CRP) pronađeni su kod osoba sa suicidalnim ideacijama i ponašanjem (O'Donovan et al., 2013). Ove promene mogu uticati na neurotransmisiju i neuroplastičnost, naročito u limbičkom sistemu koji je zadužen za kontrolu emocija i izraženi afekat.

Disbalans hormona štitne žlezde, naročito hipotireoza i subklinička hipotireoza, takođe se povezuje sa depresijom, kognitivnom disfunkcijom i suicidalnim ponašanjem (npr. Bunevicius et al., 2005). Hormonalne promene mogu doprineti sniženom raspoloženju i smanjenoj psihofizičkoj energiji, što povećava vulnerabilnost osobe za izvršenje suicida. Dodatno, u poslednjoj deceniji sve više pažnje posvećuje se ulozi nutritivnih faktora u neurobiološkim osnovama suicidalnosti. Tako se nedostatak vitamina D povezuje sa pojačanom inflamacijom, disbalansom serotoninskog sistema i razvojem depresivnih simptoma (Anglin et al., 2013; Grudet et al., 2014). Vitamin D deluje kao neurosteroid i moduliše ekspresiju gena uključenih u sintezu neurotransmitera, pa se hronična hipovitaminoza smatra potencijalnim rizikom za suicidalne ideacije. Slično tome, nedostatak vitamina B6, B9 (folne kiseline) i B12 negativno utiče na metilaciju neurotransmitera i nivo homocisteina, što

je povezano sa depresijom i povećanim rizikom od suicida (Coppen & Bolander-Gouaille, 2005). Istraživanje Selhuba i saradnika (Selhub et al., 2000) pokazalo je da osobe sa suicidalnim ponašanjem često imaju niže koncentracije ovih vitamina u krvi u poređenju sa kontrolnim grupama. Ovi nalazi sugerišu važnost nutritivne evaluacije i moguće suplementacije u okviru strategija prevencije suicida, naročito kod depresivnih pacijenata otpornih na farmakoterapiju.

Na kraju, genetski polimorfizmi u genima koji kodiraju proteine uključene u neurotransmisiju, kao što su 5-HTTLPR (serotoninski transporter), MAO-A (monoamin-oksidaza A) i BDNF (neurotrofni faktor), pokazuju povezanost sa suicidalnim ponašanjem, naročito kada su udruženi sa ranim traumama (Caspi et al., 2003). Ovi nalazi potvrđuju važnost biološke osnove suicida, ali i ističu potrebu za holističkim razumevanjem koje uvažava sadejstvo bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca suicida i suicidalnog ponašanja.

Psihopatologija i individualne karakteristike

Mentalni poremećaji su najznačajniji pojedinačni prediktori suicida. Više od 90% osoba koje su izvršile suicid imale su neki oblik psihijatrijske dijagnoze, najčešće depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, psihozu ili granični poremećaj ličnosti (American Psychiatric Association, 2022). Rizik je posebno izražen kod osoba sa komorbiditetom, gde se kombinacija depresije i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci pokazuje kao visoko rizičan obrazac za izvršenje ili pokušaj suicida. Beckova kognitivna teorija depresije (Beck et al., 1985) i teorija beznadežnosti sugerišu da percepcija sebe kao bezvrednog i sveta kao beznadežnog vodi ka razvoju suicidalnih misli. Kognitivne distorzije, kao što su generalizacija, katastrofizacija i „crno-belo“ razmišljanje, dodatno podrivaju sposobnost osobe da racionalno proceni svoju situaciju i mogućnosti rešavanja problema. Dodatno, Džojnerova interpersonalno-psihološka teorija suicida (Joiner, 2005) objašnjava da se suicid javlja kada se istovremeno pojave tri faktora: osećaj da smo teret drugima, doživljaj socijalne izolacije i razvijena sposobnost da se izvrši suicid, često stečena kroz prethodne traume ili iskustva sa samopovređivanjem. Empirijska istraživanja pokazuju da upravo kombinacija ova tri faktora predstavlja psihološki visoko prediktivan okvir za suicidalni ishod.

Pored psihopatoloških stanja, istraživanja potvrđuju značaj osobina ličnosti u razumevanju suicidalnog rizika. Meta-analize pokazuju da je visok nivo neuroticizma dosledno povezan sa suicidalnim mislima i ponašanjem, dok su nizak nivo ekstreverzije i savesnosti dodatni faktori vulnerabilnosti (Brezo et al., 2006). Osobe sa izraženim neuroticizmom imaju

veću sklonost ka intenzivnom doživljavanju neprijatnih emocija, slabijoj toleranciji na frustraciju i izraženijim kognitivnim distorzijama. Takođe, granični poremećaj ličnosti, koji uključuje afektivnu nestabilnost i impulsivnost, u velikom broju slučajeva podrazumeva i hronične suicidalne tendencije (Linehan et al., 2006, Oldham, 2006, Paris, 2002). U poslednjoj deceniji u fokusu su i deficiti u emocionalnoj regulaciji kao transdijagnostički faktor suicidnog ponašanja. Osobe koje imaju poteškoće u identifikaciji, izražavanju i kontroli emocija češće koriste disfunkcionalne mehanizme, kao što su potiskivanje, izbegavanje i samopovređivanje (Weinberg & Klonsky, 2009). Disregulacija emocija posebno je izražena kod adolescenata i osoba sa istorijom traume. Istraživanja pokazuju da se smanjena sposobnost upotrebe strategija poput reinterpretacije i pažljivog promišljanja pojavljuje kao značajan prediktor suicidalnih ideacija (Rajappa et al., 2012).

Pored ličnosti i emocionalne disfunkcije, određene studije ukazuju i na inteligenciju kao zaštitni ili rizikofaktor, u zavisnosti od konteksta. Neka longitudinalna istraživanja ukazuju na to da je niži kvocijent inteligencije povezan sa višom stopom suicida u odraslom dobu (npr. Batty et al., 2010), potencijalno zbog slabijih veština rešavanja problema i nižeg obrazovanja. S druge strane, kod osoba sa visokom inteligencijom, suicid može nastupiti i u okviru egzistencijalne krize, perfekcionizma ili disfunkcionalnog narativa o neuspehu (Voracek, 2004). Posebno, perfekcionizam, konkretnije tzv. „maladaptivni perfekcionizam“, gde postoji stalna percepcija neuspeha u ispunjavanju sopstvenih ili tuđih očekivanja ispostavlja se kao povezan sa većom prevalencijom depresije i suicidalnih misli. Hjujt i Flet (Hewitt & Flett, 1991) razlikuju samousmereni perfekcionizam, društveno propisani perfekcionizam i perfekcionizam orijentisan na druge, od kojih je društveno propisani najčvršće povezan sa suicidalnošću, posebno kod mladih osoba.

Nisko samopoštovanje i stabilna negativna slika o sebi predstavljaju dugoročne prediktore suicidalnog rizika, nezavisno od prisustva depresivnih simptoma. Osobe koje sebe percipiraju kao bezvredne i nevoljene često internalizuju poruke okoline i razvijaju osećaj stida i neadekvatnosti, što povećava njihovu vulnerabilnost za suicid (Sowislo & Orth, 2013). Suprotno tome, mentalna čvrstina, odnosno rezilijentnost, te visoka psihološka fleksibilnost deluju kao zaštitni faktori. Konkretnije, osobe koje su u stanju da reorganizuju sopstveni pogled na stresne događaje, aktivno traže podršku i koriste strategije suočavanja usmerene na rešavanje problema, pokazuju znatno nižu stopu suicidalnih misli i ponašanja (Johnson et al., 2011). Takođe, teorije zasnovane na samodeterminaciji (Self-Determination Theory, Deci & Ryan, 2000) ukazuju na to da frustracija osnovnih psiholoških potreba, odnosno autonomije, kompetencije i povezanosti, može stvoriti hroničan doživljaj lične neuspešnosti i izolacije, što

doprinosi razvoju suicidalnih ideja. Ova perspektiva je posebno relevantna za populaciju u kontekstu obrazovnog i socijalnog pritiska.

Sve navedene psihološke determinante, odnosno ličnost, emocionalna regulacija i kognitivne sposobnosti, međusobno se prožimaju i dopunjuju etiološku sliku suicida. Stoga je nužno da procena suicidalnog rizika uključuje i evaluaciju stabilnih psiholoških crta i kapaciteta za emocionalnu obradu i rezilijentnost, pored uvida u trenutno mentalno stanje.

Porodični faktori i faktori razvoja

Porodična dinamika i rani razvojni faktori igraju ključnu ulogu u oblikovanju sposobnosti pojedinca da se nosi sa stresom i emocionalnim krizama. Hronična emocionalna zapostavljenost, fizičko i seksualno zlostavljanje, kao i gubitak roditelja u detinjstvu, značajno povećavaju rizik za suicid (npr. Brent et al., 1994). Zapravo, nepovoljna porodična klima, uključujući roditeljsku psihopatologiju, nasilje u porodici i nisku emocionalnu dostupnost roditelja, povezani su sa razvojem nesigurnih obrazaca privrženosti i deficita u emocionalnoj regulaciji, što objašnjava već opisana teorija afektivne vezanosti. Teorija afektivne vezanosti (Bowlby, 1980) sugerise da nesigurna ili dezorganizovana privrženost u detinjstvu vodi do problema u regulaciji emocija i stvaranju bliskih odnosa, što kasnije doprinosi osećaju izolacije i nemoći. Stoga osobe koje nisu razvile osećaj emocionalne sigurnosti u primarnim odnosima, teže se obraćaju za pomoć u kriznim situacijama, što povećava rizik od suicidalnog ponašanja i izvršenja suicida. Meta-analize dodatno potvrđuju da je nesigurna vezanost značajno povezan sa suicidalnim mislima i pokušajima suicida (Sheftall et al., 2013). Rani gubitak voljene osobe, npr. roditelja ili staratelja, često se identifikuje kao okidač za kasnije depresivne epizode i suicidalne misli, naročito kada nije usledila adekvatna emocionalna obrada i prorada gubitka. Efekti takvog gubitka posebno su izraženi kod dece koja nemaju razvijen kapacitet za simboličku obradu fenomena smrti i emocionalnu verbalizaciju sopstvenih mentalnih stanja (npr. Melhem et al., 2007).

Roditeljski vaspitni stil takođe ima značajan uticaj na ispoljavanje suicidalnog ponašanja. Autoritarni i zanemarujući vaspitni stilovi povezani su sa višim stopama anksioznosti, depresije i suicidalnih misli kod adolescenata (Martínez & García, 2007). S druge strane, topli i podržavajući stilovi vaspitanja predstavljaju značajan protektivni faktor, jer doprinose razvoju rezilijentnosti i osećaja samovrednovanja. Deca koja odrastaju u sredinama koje obezbeđuju emocionalnu sigurnost, konzistentna pravila i toplinu, pokazuju niže stope suicidalnih ideacija, čak i kada su izložena stresu (Devčić, 2021). Na ovom mestu je potrebno spomenuti da se genetski i psihosocijalni faktori često prepliću, odnosno da roditelji sa

istorijom suicida ili psihičkih poremećaja (poput depresije, zavisnosti ili graničnog poremećaja ličnosti) ne samo da mogu da prenesu biološku vulnerabilnost, već mogu i da oblikuju porodično okruženje koje može biti emocionalno nestabilno, kritički nastrojeno ili, jednom rečju, nepredvidivo (Brent & Mann, 2005). Ovaj transgeneracijski prenos rizika potvrđen je u više longitudinalnih studija. Deca roditelja koji su počinili suicid pokazuju povećanu sklonost ka depresiji, impulsivnosti i poteškoćama u socijalnim odnosima, čak i u odsustvu direktnog susreta sa traumatskim iskustvom (Brent et al., 2009; Melhem et al., 2011, Wilcox et al., 2010).

Posebno treba istaći i ulogu komunikacije u porodici, porodične podrške i porodične organizacije. Istraživanja pokazuju da nedostatak otvorene komunikacije, tajnovitost u odnosima, kao i izražena emocionalna inhibicija unutar porodice, otežavaju adolescentima da verbalizuju svoja osećanja, što povećava rizik za suicidalno ponašanje (Wagner et al., 1995). U porodicama u kojima se psihičke tegobe doživljavaju kao tabu, ili gde su emocije potisnute i gde se o tome ne priča, deca često razvijaju maladaptivne strategije samopomoći koje uključuju povlačenje, samopovređivanje ili suicidalne misli. Pored toga, uloga braće i sestara takođe može biti značajna, jer pozitivni odnosi sa vršnjacima unutar porodice mogu imati zaštitni efekat, dok rivalstvo i emocionalna distanciranost mogu dodatno pojačati osećaj izolacije (Feigelman et al., 2010, van Harmelen et al., 2016). Empirijska istraživanja pokazuju da su intervencije usmerene na jačanje porodične kohezije, otvorenu komunikaciju i emocionalnu pismenost efikasne u prevenciji suicidalnog ponašanja, naročito kod mladih u riziku (Diamond et al., 2010). Porodična terapija, naročito multisistemske pristupi, pokazuju se efikasnim u kontekstu smanjenja suicidalnih misli i pokušaja u kliničkim uzorcima adolescenata. Programe koji uključuju i edukaciju roditelja o faktorima rizika za suicid, kao i strategijama za podršku, preporučuju brojne smernice za prevenciju suicida na nacionalnom i međunarodnom nivou (npr. WHO, 2021).

Sociološki i kulturološki faktori

Sociološki pristupi suicidu fokusiraju se na širi društveni kontekst u kome pojedinac funkcioniše. Emile Durkheim (1897/2002) je među prvima ukazao na značaj društvene integracije i regulacije u razumevanju samoubistva. U njegovoj tipologiji, egoistički suicid nastaje usled nedostatka povezanosti sa zajednicom, anomični kao posledica naglih društvenih promena i gubitka normi, dok altruistički proističe iz prevelike identifikacije s kolektivnim vrednostima. Ove dimenzije ostaju relevantne i u savremenim analizama. U kontekstu savremenog društva, sve češće se ističe uloga neoliberalnih pritisaka, individualizacije i

kompetitivne kulture koji mogu doprineti osećaju bezvrednosti i otuđenosti (Bauman, 2001; Standing, 2011). Studije pokazuju da stope suicida rastu u kontekstu ekonomske krize i socijalne nejednakosti (Chang et al., 2013). Marginalizovane grupe, uključujući nezaposlene, siromašne, izbeglice, zatvorenike i pripadnike etničkih i seksualnih manjina, često se suočavaju sa višestrukim izvorima stresa, strukturnim nasiljem i nedostatkom socijalne podrške, što povećava njihovu ranjivost na suicid (Haas et al., 2011; Plavšić et al., 2012). Na primer, LGBTQ+ osobe pokazuju značajno više stope suicidalnih misli i pokušaja, delimično usled diskriminacije, odbacivanja i homofobije u porodici i zajednici (Hatzenbuehler et al., 2014).

Nadalje, određeni kulturološki faktori oblikuju percepciju suicida kao moralno prihvatljivog ili neprihvatljivog čina. U nekim kulturama, suicid se može smatrati činom časti, otpora ili duhovnog oslobađanja, dok se u drugima posmatra kao teški greh ili sramota (Stack, 2004). Kultura utiče i na to kome se smatra „dozvoljenim“ da izražava patnju i traži pomoć, što utiče na obrasce suicidalnog ponašanja kod muškaraca i žena (Canetto & Sakinofsky, 1998). S druge strane, religija ima poprilično ambivalentnu ulogu. Ona može delovati kao zaštitni faktor, nudeći osećaj smisla, pripadnosti i moralnog okvira, ali i kao izvor krivice i samosankcionisanja kod vernika sa suicidalnim mislima. Meta-analize pokazuju da religijska pripadnost, posebno ona koja uključuje aktivno učestvovanje u zajednici, može značajno smanjiti rizik od suicida (npr. Koenig et al., 2012). Međutim, rigidni religijski sistemi mogu povećati psihološki distress kod osoba koje se osećaju „grešnima“ ili isključenima iz zajednice. U srpskom društvu, tradicionalne vrednosti i religijski narativi često stigmatizuju suicid, što otežava otvoreni dijalog o mentalnom zdravlju. Ipak, pozitivna strana religijske pripadnosti jeste mogućnost osnaživanja duhovnih kapaciteta i osećaja zajedništva, što može imati preventivni efekat. Studije sprovedene u zemljama Balkana ukazuju na snažnu korelaciju između religijske aktivnosti i manjeg izražavanja suicidalnih namera (Jović & Nikolić, 2015).

Egzistencijalna psihologija i filozofija nude dubinsko razumevanje suicida kao odgovora na krizu smisla, identiteta i autentičnosti. Viktor Frankl (1984) naglašava da gubitak osećaja svrhe može voditi u tzv. egzistencijalni vakuum. Kada osoba ne vidi više smisao ni u patnji ni u budućnosti, suicid se može doživeti kao jedina preostala opcija. Edwin Shneidman (1993) je razvio koncept „*psychache*“, odnosno neizdrživog psihološkog bola koji proizilazi iz frustriranih osnovnih psihičkih potreba. U njegovom tumačenju, suicid nije želja za smrću, već za prekidom bola. Ovaj model pruža važne uvide u razloge suicida kod osoba koje spolja mogu delovati funkcionalno, ali koje iznutra trpe duboki emocionalni distress. Savremeni narativni pristupi takođe ukazuju na značaj lične priče i identitetske koherencije. Kada osoba doživi gubitak narativnog kontinuiteta (npr. kroz traumatski događaj, gubitak uloge, statusa ili

identiteta), javlja se egzistencijalna kriza koja može kulminirati suicidalnim ponašanjem. U tom smislu, suicid može biti čin ličnog razračunavanja sa svetom koji je izgubio smisao.

Prevalenca i rasprostranjenost suicida: globalna slika

Suicid je četvrti vodeći uzrok smrti među osobama uzrasta 15–29 godina (WHO, 2021). Globalna stopa suicida iznosi oko 9 na 100.000 stanovnika, ali se prevalenca značajno razlikuje u zavisnosti od regiona, kulturnih normi, ekonomskog statusa i dostupnosti usluga institucija iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

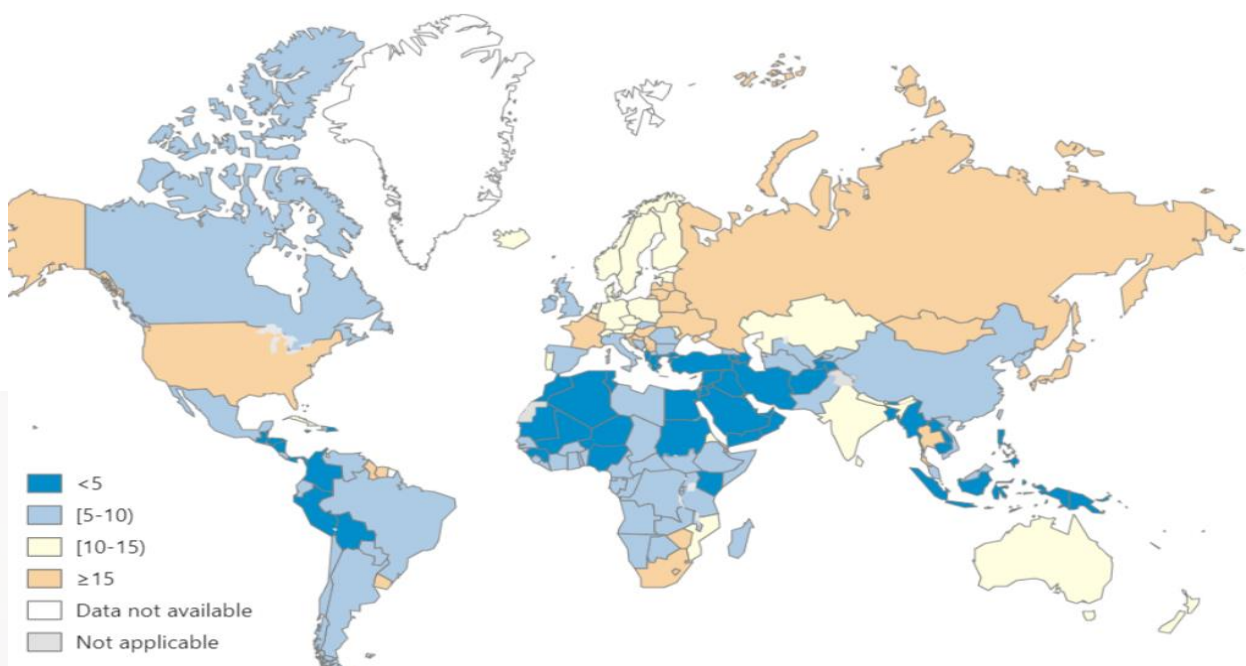
U Evropi, stopa suicida je među najvišima u svetu, naročito u istočnoevropskim zemljama. Na primer, Litvanija i Rusija beleže stope iznad 20 na 100.000 stanovnika (WHO, 2021). U Finskoj i Belgiji takođe postoje relativno visoke stope suicida, uprkos razvijenim sistemima zdravstvene zaštite, što se delimično objašnjava visokom prevalencom depresije i zloupotrebe alkohola (OECD, 2023). Mađarska, koja je tokom 1980-ih imala najvišu stopu suicida na svetu, i dalje beleži iznadprosečne vrednosti, iako je primećen opadajući trend. U Francuskoj, stopa iznosi oko 13 na 100.000, pri čemu su ruralna područja i starija populacija najpogođeniji (Santé publique France, 2022). S druge strane, zemlje poput Grčke, Italije i Španije imaju relativno niske stope suicida, što se često pripisuje jačim porodičnim vezama i neformalnim mrežama podrške.

U Aziji, zemlje poput Južne Koreje i Japana beleže visoke stope suicida. U Južnoj Koreji, stopa suicida iznosi oko 23 na 100.000, najviša među zemljama OECD-a, a često se povezuje sa društvenim pritiscima, akademskim i radnim stresom, kao i stigmatizacijom mentalnih poremećaja (Park et al., 2018). U Japanu, iako je primećen pad stope suicida poslednjih godina zahvaljujući nacionalnim kampanjama, stopa i dalje iznosi oko 16 na 100.000, a posebno je visoka među starijima i adolescentima (Cabinet Office of Japan, 2022). Pored njih, Indija beleži oko 12.5 na 100.000, ali apsolutni broj suicida je među najvišima u svetu zbog veličine populacije. Suicidi su česti među farmerima, mladima i ženama koje su izložene rodno zasnovanom nasilju (Patel et al., 2012). Šri Lanka je imala jednu od najviših stopa suicida na svetu tokom 1990-ih, ali je beležen značajan pad nakon zabrane visoko toksičnih pesticida, što ukazuje i na značaj ekološke politike jedne države (Knipe et al., 2017). U Kini, stopa suicida je u padu poslednje dve decenije, ali je i dalje zabrinjavajuće visoka u ruralnim oblastima i među ženama srednjih godina, što se objašnjava kombinacijom ekonomskih, kulturnih i rodničkih faktora (Phillips et al., 2002).

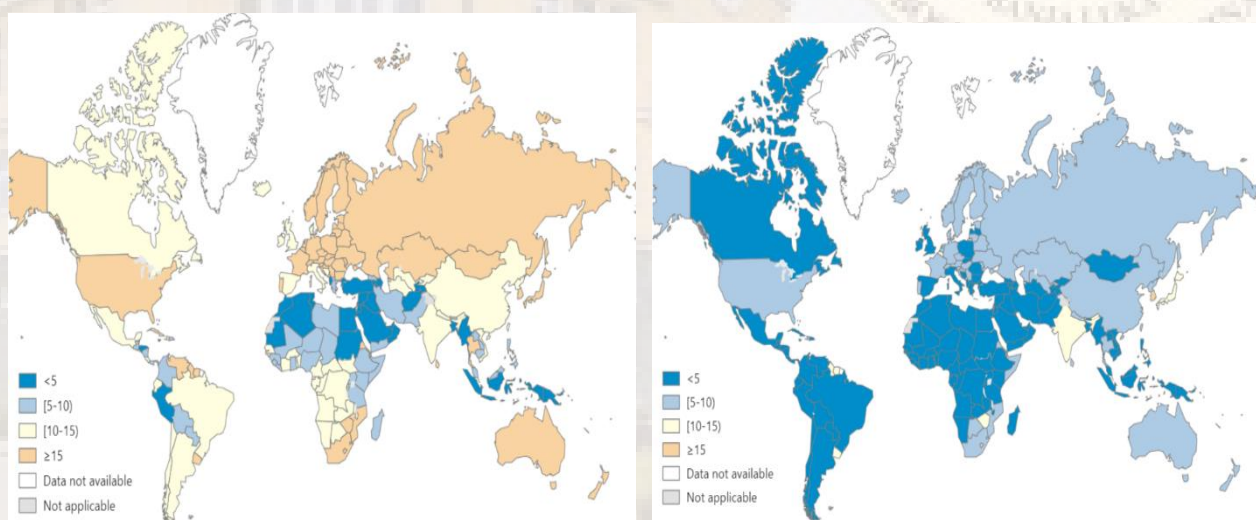
U Africi, podaci o suicidu su ograničeni zbog nedostatka nacionalnih registara i stigmi povezanih sa mentalnim zdravljem, ali dostupne procene pokazuju da je stopa suicida generalno niža nego u većini drugih regiona, mada podložna znatnoj varijabilnosti. U Južnoafričkoj Republici, stopa suicida iznosi oko 13 na 100.000, a visoka prevalenca među adolescentima i mladima dovodi se u vezu sa siromaštvom, nasiljem, zloupotrebom supstanci i HIV-om (Mars et al., 2014). U Ugandi, studije pokazuju da je suicid među adolescentima u porastu, posebno u ruralnim oblastima, gde siromaštvo, porodično nasilje i nedostatak psihološke podrške čine ključne faktore rizika (Ovuga et al., 2005). Istraživanja u Keniji ukazuju da je stopa suicida oko 6.5 na 100.000, ali su pokušaji suicida znatno češći, naročito kod mladih žena i osoba sa istorijom traume (Ndeti et al., 2010). U Zimbabveu, suicid je često povezan sa ekonomskim stresom, nezaposlenošću i HIV epidemijom, pri čemu su muškarci znatno ugroženiji od žena (Shenge et al., 2021). Takođe, Etiopija beleži zabrinjavajuće podatke, sa prevalencom suicidalnih misli među adolescentima i mladima od 13 do 17 godina koja premašuje 15%, posebno u većim gradovima (Teshome et al., 2020).

Kada se govori o oba američka kontinenta, Sjedinjene Američke Države dominantno beleže zabrinjavajući porast suicida, sa prosečnom stopom od 14.5 na 100.000 stanovnika. Najviše su pogođeni belci srednje dobi i mladi muškarci (CDC, 2023). U Kanadi, stopa suicida među starosedeocima je dva do tri puta viša nego u ostatku populacije, što se dovodi u vezu sa istorijskom traumom, siromaštvom i manjkom dostupnih resursa (Kumar & Tjepkema, 2019). U Latinskoj Americi, stope suicida su generalno niže, ali i dalje zabrinjavajuće u nekim zemljama. U Gvajani, na primer, stopa prelazi 30 na 100.000, što je jedna od najviših u svetu, dok Brazil beleži stope oko 6.4 na 100.000 (WHO, 2021). Kulturološke norme u Južnoj Americi i pristup zdravstvenim uslugama značajno utiču na stepen detekcije i prevencije suicidalnog ponašanja.

Naposletku, potrebno je spomenuti i podatke za najmanji kontinent. U Australiji i na Novom Zelandu, stopa suicida je stabilna, ali i dalje visoka među starosedelačkim populacijama. U Australiji, prosečna stopa je oko 12.5 na 100.000, ali među Aboridžinima dostiže i duplo više vrednosti (AIHW, 2022). U cilju komparacije stope suicida na nivou kontinenata i država, ali i pola prikazane su Slike 1 i 2.



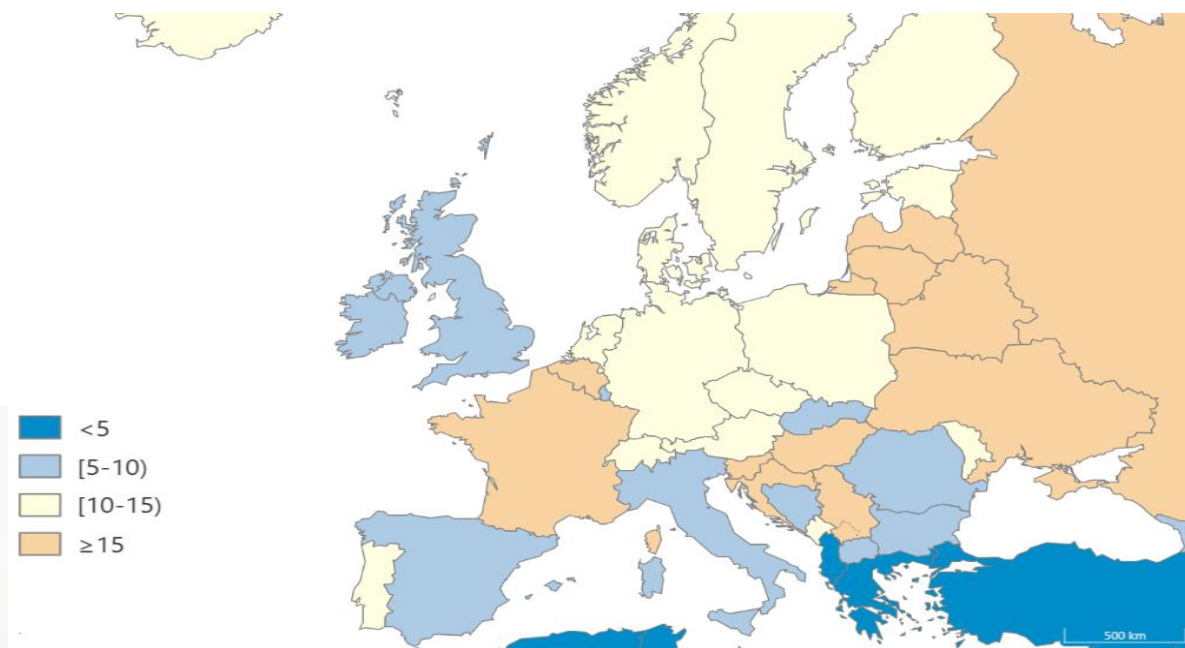
Slika 1. Stope suicida u svetu. Slika preuzeta sa interaktivne platforme:
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>



Slika 2. Stope suicida među muškarcima (levo) i ženama (desno) na nivou sveta. Slika preuzeta sa interaktivne platforme:
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

Suicid u Srbiji

U Srbiji, prema podacima Republičkog zavoda za statistiku (RZS, 2023), godišnje se registruje oko 1.000 slučajeva suicida, što Srbiju svrstava u grupu evropskih zemalja sa umerenim do povišenim stopama suicida, odnosno oko 15 na 100.000 stanovnika (Slika 3).



Slika 3. Stopa suicida u Evropi. Slika preuzeta sa interaktivne platforme:
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

Najveći broj samoubistava beleži se među muškarcima starijim od 50 godina, dok su pokušaji suicida češći među adolescentima i ženama. Faktori rizika u Srbiji uključuju siromaštvo, nezaposlenost, migracije, kao i ograničen pristup uslugama institucija za zaštitu mentalnog zdravlja, naročito u ruralnim sredinama. Prema istraživanjima Instituta za mentalno zdravlje, depresija i zloupotreba alkohola su među najčešće identifikovanim stanjima kod osoba koje su izvršile ili pokušale suicid (IMZ, 2020). Adolescenti i mladi odrasli predstavljaju sve ranjiviju grupu. Prema istraživanju ESPAD (2020), u Srbiji je 13% adolescenata izjavilo da su razmišljali o suicidu, a 5% je pokušalo suicid bar jednom. Visok nivo stresa u školi, porodični konflikti, vršnjačko nasilje i nisko samopouzdanje identifikovani su kao ključni faktori rizika.

Pored kliničkih faktora, socijalni i kulturološki kontekst igraju važnu ulogu u razumevanju suicida u Srbiji. Stigma u vezi sa mentalnim poremećajima i suicidalnim ponašanjem predstavlja veliki izazov. Ispitivanja javnog mnjenja pokazuju da značajan deo populacije smatra mentalne poremećaje ličnom slabošću, a ne bolešću, što obeshrabruje ljude da potraže stručnu pomoć (UNDP, 2022). U školskom kontekstu, postoji nedovoljno razvijen sistem za rano prepoznavanje i intervenciju kod učenika sa psihološkim tegobama, a psiholozi su često preopterećeni administrativnim zadacima.

Faktori koji doprinose ovom obrascu uključuju i postratna traumatska iskustva, alkoholizam i porodične disfunkcije. U urbanim sredinama se primećuje veći broj pokušaja

suicida među mladima, posebno usled vršnjačkog nasilja, loših porodičnih odnosa i emocionalne zapostavljenosti. Biro je još sredinom 20. veka ukazivao na visoke stope suicida u Vojvodini i važnost društvenih faktora u njihovom objašnjenju, uključujući izolaciju i nejednak pristup obrazovanju i zdravstvu (Biro, 1967). S obzirom na demografske promene, posebno starenje stanovništva, očekuje se da broj suicida među starijima u Srbiji ostane visok. Samci, penzioneri sa niskim prihodima i starije osobe koje su izgubile supružnika čine visoko rizičnu populaciju. Dodatno, nedostatak socijalne podrške i usamljenost takođe doprinose osećaju bezvrednosti i gubitku smisla života kod starijih osoba (Penezić & Babić, 2021).

Kada je reč o prevenciji, Nacionalna strategija za mentalno zdravlje (2020–2030) prepoznaje suicid kao javnozdravstveni prioritet, ali implementacija mera varira u zavisnosti od regiona. Lokalne inicijative, poput SOS linija i edukativnih programa, prisutne su u većim gradovima (npr. Novi Sad, Beograd, Niš), dok su ruralne sredine često bez systemske podrške. Nedovoljna koordinacija između primarne zdravstvene zaštite, škola i centara za socijalni rad takođe otežava efikasno delovanje. U globalnom kontekstu, brojna istraživanja ukazuju na pojavu suicidalnih misli i izraza depresivnih tema na društvenim mrežama među adolescentima, uključujući pojave kao što su digitalno samopovređivanje i vizuelno nasilje šta može biti signal psihološkog distresa (Marengo et al., 2024; Patchin et al., 2022). Digitalni znaci upozorenja uključuju objave s temom smrti, pesimizma, direktne pretnje samoubistvom ili komunikaciju kroz metafore koje aludiraju na kraj, što stvara potrebu za digitalnom pismenošću i senzibilitetom kod roditelja, nastavnika i vršnjaka. Istraživanja takođe ukazuju i na potrebu za poboljšanjem obuke zdravstvenih i obrazovnih radnika u prepoznavanju suicidnog rizika, kao i na važnost osnaživanja porodica, vršnjaka, zajednice i medija u destigmatizaciji mentalnih problema (Brunette et al., 2015; Exner-Cortens, 2022; Østergaard et al., 2025; Wilcox et al., 2023). Uvođenje školskih programa emocionalne pismenosti, kao i integracija savetovaništva u obrazovni sistem, predstavljaju preporuke za unapređenje primarne prevencije suicida i u Srbiji. U narednom periodu, prioritet bi trebalo da bude uspostavljanje nacionalnog registra za praćenje suicida i pokušaja suicida, kao i bolja dostupnost psihološke pomoći u okviru domova zdravlja. Takođe, razvoj digitalnih servisa podrške (online savetovaništva, mobilne aplikacije za krizne intervencije) može doprineti većem obuhvatu rizičnih grupa, naročito mladih.

Znaci upozorenja

Empirijska istraživanja u oblasti suicidologije ukazuju na to da većina osoba koje izvrše suicid prethodno pokazuje određene znake upozorenja, koji se mogu klasifikovati u tri osnovne grupe: verbalni, bihevioralni i emocionalni indikatori (Franklin et al., 2017). Verbalni znaci obuhvataju direktne ili indirektne izjave suicidalnog sadržaja, kao što su: „*Ne mogu više da izdržim*“, „*Bilo bi bolje da me nema*“, „*Uskoro će sve biti gotovo*“ ili „*Uskoro ćete svi biti slobodni od mene*“. Bihevioralni znaci uključuju nagle promene u svakodnevnim navikama, povlačenje iz socijalnih aktivnosti, poklanjanje dragocenih predmeta, neobično mirno ponašanje nakon perioda depresije, kao i pojačano interesovanje za teme smrti, samopovređivanja i samoubistva (Ribeiro et al., 2016). Emocionalni indikatori su najčešće oličeni kroz tužna osećanja, nevoljnost, apatiju i povučenost.

Franklin i saradnici (2017) su u opsežnoj meta-analizi koja obuhvata više od 50 godina istraživanja, identifikovali to da su raniji pokušaji suicida najsnažniji pojedinačni prediktor budućih pokušaja. Takođe, kliničke studije pokazuju da simptomi anhedonije, osećaj bespomoćnosti, beznadežnosti i unutrašnje praznine, zajedno sa povećanom razdražljivošću, predstavljaju ključne emocionalne indikatore koji prethode suicidalnim epizodama (Klonsky et al., 2016). Biro (2013) ističe važnost identifikacije promene u obrascima spavanja (insomnija ili hipersomnija), ishrane (anoreksija ili prejedanje), interesovanja za ranije omiljene aktivnosti i naglog pada školskog uspeha kao ranih kliničkih indikatora psihološke disfunkcije koja može prethoditi suicidalnim radnjama. Dodatno, longitudinalna istraživanja pokazuju da kumulativna izloženost stresorima (gubitak roditelja, razvod, nasilje u porodici, diskriminacija) značajno povećava rizik od razvoja suicidalnih ideacija (Beautrais, 2000). U tom kontekstu, faktori zaštite kao što su osećaj pripadnosti, podržavajući odnosi i razvijene veštine emocionalne regulacije mogu delovati kao tampon zona (Wyman et al., 2010).

Znakovi upozorenja za suicid ne manifestuju se uniformno kod svih populacija, već su značajno oblikovani uzrastom, polom, kulturnim normama i socijalnim kontekstom. Kod adolescenata, najizraženiji faktori rizika uključuju emocionalnu nestabilnost, impulsivnost, konflikte sa vršnjacima ili roditeljima, osećaj hronične beznadežnosti i percepciju da su teret drugima (Gould et al., 2003; Joiner, 2005). Takođe, viktimizacija putem vršnjačkog nasilja, uključujući i digitalno nasilje (eng. cyberbullying), dodatno povećava verovatnoću suicidalnog ponašanja (Bauman et al., 2013). Različita istraživanja (Beautrais, 2000; Czeisler et al., 2020; Fergusson et al., 2000; Lewinsohn et al., 1998) ukazuju na to da je porast anksioznosti, depresivnih simptoma i konzumacije psihoaktivnih supstanci među mladima doveo do porasta

suicidalnih ideacija, uz pojavu tzv. tihe depresije, odnosno stanja u kojem su emocionalni simptomi maskirani, a jedini znaci promene primećeni su na ponašajnom nivou, npr. u opadanju učinka u školi, izbegavanju škole ili agresivnim ispadima. Kod starijih osoba, znakovi upozorenja često su manje eksplicitni, ali jednako značajni. Gubitak životnog partnera, fizičke bolesti koje uzrokuju hroničan bol ili invaliditet, kognitivna deterioracija, kao i osećaj društvene neupotrebljivosti, često prethode suicidalnim epizodama (Conwell & Thompson, 2008). Za razliku od mladih, stariji retko izražavaju suicidalne misli eksplicitno, što zahteva posebnu kliničku senzitivnost. Specifične grupe poput LGBTI+ populacije pokazuju povećane stope suicidalnih misli i ponašanja usled izloženosti stigmatizaciji, odbacivanju od strane porodice i vršnjaka, kao i unutrašnjem konfliktu (Haas et al., 2010). U ovim slučajevima, znaci upozorenja mogu uključivati iznenadno povlačenje iz zajednice, promenu identitetskih izraza ili samopovređivanje.

Edukacija školskog i zdravstvenog osoblja o znakovima upozorenja, kao i o tehnikama prve psihološke pomoći (npr. *Mental Health First Aid*), pokazala se kao ključna u povećanju stope upućivanja učenika ka stručnim službama (Wyman et al., 2010). Razvoj školskih programa emocionalne pismenosti, kognitivno-bihevioralnih veština i otpornosti (rezilijentnosti) značajno doprinosi prevenciji rizika od suicida među decom i adolescentima (Durlak et al., 2011). U kliničkoj praksi, intervencije poput CBT (kognitivno-bihevioralne terapije) i DBT (dijalektičko-bihevioralne terapije) pokazale su visok stepen efikasnosti u smanjenju suicidalnih misli i ponašanja kod osoba sa hroničnim emocionalnim problemima (Linehan, 2015; Tarrier et al., 2008). Poseban značaj imaju intervencije nakon pokušaja suicida, kada postoji najveći rizik od recidiva.

Znakovi upozorenja za suicid predstavljaju ključni indikator za mogućnost pravovremenog reagovanja i spašavanja života. Iako su ovi znaci ponekad suptilni i prikriveni, istraživanja ukazuju na to da njihova rana identifikacija može značajno doprineti prevenciji suicidalnog ponašanja. Savremeni preventivni modeli zahtevaju integraciju školskog sistema, zdravstvenih službi, porodice i digitalnog okruženja u zajedničkom odgovoru na ovu složenu pojavu. U lokalnim kontekstima, poput Srbije, neophodno je dodatno ulaganje u istraživanje, formulisane nacionalne strategije za prevenciju suicida i edukaciju profesionalaca, ali i laika, u prepoznavanju i adekvatnom reagovanju na znake upozorenja. Poseban akcenat mora biti stavljen na vulnerabilne i manjinske grupe, čiji znaci često ostaju previđeni. U vremenu digitalne povezanosti, razvijanje digitalne empatije i algoritamske senzitivnosti može postati nova linija fronta u borbi protiv suicida.

Merenje suicidalnosti – psihološki merni instrumenti

Efikasno prepoznavanje i razumevanje suicidalnih misli i ponašanja zahteva korišćenje validnih i pouzdanih psiholoških mernih instrumenata. Savremena suicidologija koristi čitav niz standardizovanih upitnika koji omogućavaju kvantitativno praćenje nivoa suicidalnog rizika, frekvencije suicidalnih misli, prisustva prethodnih pokušaja, kao i dubinu suicidalne ideacije i planiranja (Silverman et al., 2007). Instrumenti za merenje suicidalnosti obično obuhvataju sledeće dimenzije:

- Pasivne suicidalne misli (npr. „*Voleo/volela bih da me nema*“),
- Aktivne suicidalne misli (npr. „*Razmišljam da sebi oduzmem život*“),
- Suicidalna namera i plan (npr. „*Razmišljam o tome šta je najbezbolniji način za oduzimanje života*“), a dodatno se instrumenti (ali retko) fokusiraju i na:
 - Informacije o broju i vrsti pokušaja suicida i
 - Zaštitne faktore i faktore rizika (npr. socijalna podrška, beznadežnost).

U mnogim kliničkim i istraživačkim kontekstima koristi se kombinacija samoprocena i kliničkih intervjua, kako bi se povećala dijagnostička preciznost i izbeglo oslanjanje isključivo na introspektivne odgovore (Nock et al., 2008). Međutim, za procenu suicidalnosti najčešće se koristi nekoliko instrumenata:

1. Beckova skala za suicidalne ideacije (BSI – *Beck Scale for Suicide Ideation*) jeste jedan od najčešće korišćenih instrumenata, razvijen od strane Arona Becka i saradnika (Beck et al., 1979). BSI meri intenzitet, specifičnost i trajanje suicidalnih misli u poslednjih sedam dana. Skala se sastoji od 21 stavke koje obuhvataju misli, planove i ponašanja vezana za samoubistvo. Validirana je na brojnim kliničkim i opštim populacijama i pokazuje visok nivo interne konzistentnosti ($\alpha \approx .90$) (Beck et al., 1997).
2. Kolumbijska skala za procenu ozbiljnosti suicidalnosti (C-SSRS - *Columbia-suicide severity rating scale*) je skala razvijena kako bi se standardizovalo kliničko procenjivanje suicidalnosti u različitim kontekstima, od hitnih službi do škola. Obuhvata pet nivoa suicidalne ideacije i četiri nivoa ponašanja, uključujući prekid pokušaja i pripreme radnje (Posner et al., 2011). Dostupna je na više jezika i preporučena od strane WHO i FDA.
3. Revidirani upitnik suicidalnog ponašanja (SBQ-R - *Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised*) je kratka skala namenjena brzom proceni suicidalnosti u populacionim

istraživanjima (Osman et al., 2001). Ocenjuje prethodne pokušaje, trenutnu ideaciju, komunikaciju namere i percipirani rizik u budućnosti.

4. Upitnik beznadežnosti Arona Beka (*Beck Hopelessness Scale* – BHS) ne meri suicidalnost direktno, ali je snažan prediktor suicidalnih pokušaja, jer meri osećaj beznadežnosti, poznat kao jedan od najsnažnijih psiholoških prediktora samoubistva (Beck et al., 1985).
5. Skala suicidalnih namera (*Suicide Intent Scale* – SIS) se koristi u post-suicidnim intervencijama kako bi se procenio stepen ozbiljnosti i planiranja pokušaja suicida. Ocenjuje se stepen svesnosti, očekivanja smrtnog ishoda, kao i preduzeti koraci da se izbegne otkrivanje (Silverman et al., 2001).

U Srbiji i regionu, pomenuti instrumenti se često koriste u prevedenim i prilagođenim verzijama. Validacija Beckove skale suicidalne ideacije i Upitnika beznadežnosti pokazala je zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike na adolescentnim i kliničkim uzorcima (Vučković et al., 2017). Međutim, još uvek postoji potreba za razvojem kulturno specifičnih instrumenata, kao i za standardizacijom dostupnih prevoda. S druge strane, pojedini domaći autori, poput Biroa (2013), ukazuju i na značaj narativnih metoda, poput analize ličnih dnevnika, digitalnih objava i intervjua, kao dopunske metodologije koja omogućava razumevanje dubljih značenja i subjektivnih doživljaja vezanih za suicidalnost, naročito u adolescentskom uzrastu.

Merenje suicidalnosti zahteva i visoku etičku senzitivnost. Preporučuje se da se instrumenti koriste uz saglasnost ispitanika, obavezno prisustvo stručnog lica u slučaju kritičnog skora i uz jasno definisane protokole za krizne intervencije. Pitanja o suicidu ne povećavaju rizik od suicidalnog ponašanja, ali mogu izazvati nelagodnost, zbog čega je važno obezbediti dodatnu podršku ispitanicima prilikom učestvovanja u istraživanju ili u kliničkoj praksi (Gould et al., 2005).

STAVOVI KAO PSIHOLOŠKI FENOMEN

U socijalnoj psihologiji, stavovi se smatraju jednim od centralnih konstrukata za razumevanje načina na koji ljudi opažaju, vrednuju i biraju ponašanja u odnosu na objekte iz socijalnog i fizičkog okruženja (Eagly & Chaiken, 1993; Olson & Zanna, 1993). Klasična tradicija definiše stav kao relativno stabilnu mentalnu i neuralnu spremnost koja se formira iskustvom i usmerava ili dinamički organizuje reakcije pojedinca prema relevantnim objektima i situacijama (Allport, 1935). Iako se termin „stav” u svakodnevnom govoru često koristi

labavo (kao „mišljenje” ili „raspoloženje”), u naučnom diskursu on ima specifičnu funkciju. Konkretnije, stav predstavlja evaluativnu orijentaciju, pozitivnu, negativnu ili ambivalentnu, prema objektu stava (npr. osobi, grupi, ideji, ponašanju, politici, predmetu u nastavi), uz pretpostavku određene relativne trajnosti i potencijala da utiče na opažanje, prosuđivanje i ponašanje (Eagly & Chaiken, 1993; Maio & Haddock, 2010). U savremenim definicijama naglašava se da je stav psihološka tendencija izražena vrednovanjem nekog entiteta sa određenim stepenom naklonosti ili nenaklonosti (Eagly & Chaiken, 1993). Ova evaluativna komponenta omogućava da stavovi funkcionišu kao kognitivne prečice u kompleksnom socijalnom okruženju, jer pojedincu pomažu da brzo „mapira” svet na osovini dobro-loše, korisno-štetno, prihvatljivo-neprihvatljivo, itd. (Fazio, 1990; Olson & Zanna, 1993). Takvo mapiranje nije puka intelektualna procena, već integracija informacija, iskustava i afektivnih reakcija u relativno koherentnu evaluativnu reprezentaciju (Maio & Haddock, 2010).

U istorijskom razvoju koncepta, već rani psihometrijski radovi su stav tretirali kao latentnu dispoziciju koja se može meriti skalama (Thurstone, 1928). Ova linija je doprinela operacionalizaciji stava kao kontinuuma intenziteta, čime je otvoren put empirijskim istraživanjima strukture, stabilnosti i promenljivosti stavova, kao i njihovog odnosa sa ponašanjem (Krosnick & Petty, 1995; Thurstone, 1928). Tradicionalno (Eagly & Chaiken, 1993; Olson & Zanna, 1993), stavovi se opisuju kroz trokomponentni model: 1) kognitivna komponenta koja podrazumeva uverenja i znanja o objektu stava; 2) afektivna komponenta koja uključuje emocije i evaluativna osećanja prema objektu stava i 3) konativna/bihevioralna komponenta koja obuhvata spremnost na ponašanje ili ponašajne intencije prema objektu stava.

Iako je ovaj model didaktički koristan, savremena istraživanja naglašavaju da komponente nisu uvek usklađene. Na primer, pojedinac može imati pozitivna uverenja o nekoj aktivnosti (kognitivno), ali osećati nelagodnost pri suočavanju s njom (afektivno), uz izbegavajuće ponašajne tendencije (npr. Maio & Haddock, 2010). Takva neusaglašenost je naročito važna u obrazovnim kontekstima (npr. stav prema matematici: „*znam da je važna*” uz istovremenu anksioznost i izbegavanje), gde se evaluacija često gradi na preseku socijalnih normi, iskustava uspeha/neuspeha i emocionalnih reakcija (Eagly & Chaiken, 1993; Maio & Haddock, 2010). Savremeni pristupi umesto fiksnog trokomponentnog „paketa” češće tretiraju stavove kao evaluativne reprezentacije, koje mogu biti zasnovane dominantno na afektu ili dominantno na kogniciji, u zavisnosti od objekta stava, iskustva, motivacije i dostupnosti relevantnih informacija (npr. Bohnet & Dickel, 2011). Time se stavovi razumeju kao fleksibilni konstrukti čiji se sadržaj može menjati, dok se evaluativni znak i intenzitet mogu relativno stabilizovati kroz ponavljanje i konsolidaciju iskustava (Fazio, 1990; Krosnick & Petty, 1995).

Stavovi imaju funkcionalnu vrednost, jer oni štede kognitivne resurse, omogućavaju predviđanje i usmeravanje ponašanja i doprinose održavanju koherentne slike o sebi i svetu (Eagly & Chaiken, 1993; Maio & Haddock, 2010). Funkcionalni pristupi naglašavaju da ljudi često „zadržavaju” stavove jer im oni služe, na primer, kao instrument za postizanje ciljeva (utilitarna/instrumentalna funkcija), kao izraz identiteta i vrednosti (vrednosna/ekspresivna funkcija) ili kao mehanizam organizovanja znanja i smanjenja neizvesnosti (kognitivna funkcija) (Eagly & Chaiken, 1993; Maio & Haddock, 2010). Iz perspektive socijalne kognicije, stavovi deluju i kao filteri, s obzirom na to da usmeravaju pažnju, interpretaciju i pamćenje informacija relevantnih za objekt stava, što može voditi selektivnoj izloženosti i selektivnoj interpretaciji (Bohner & Dickel, 2011; Fazio, 1990). U praksi, to znači da stavovi nisu samo „rezultat” obrade informacija, već aktivno utiču na to koje informacije će pojedinac tražiti, smatrati relevantnim i integrisati u postojeći sistem uverenja.

Stavovi se formiraju kroz različite mehanizme učenja i socijalizacije. Klasično uslovljavanje (povezivanje objekta sa pozitivnim ili negativnim afektom), instrumentalno učenje (posledice ponašanja) i opservaciono učenje (modelovanje) predstavljaju osnovne puteve nastanka evaluativnih preferencija (Eagly & Chaiken, 1993; Maio & Haddock, 2010). U mnogim domenima, naročito kada je direktno iskustvo ograničeno, stavovi nastaju posredno, preko komunikacije, medija, društvenih normi i autoriteta (Bohner & Dickel, 2011; Eagly & Chaiken, 1993). Važan zaključak savremenih istraživanja jeste da stavovi često zavise od konteksta dostupnosti (eng. accessibility), odnosno da što se češće stavovi aktiviraju (npr. kroz razgovor, ponavljanje procena, javno izjašnjavanje), to postaju dostupniji u kognitivnom sistemu i verovatnije je da će usmeriti prosuđivanje i ponašanje u relevantnim situacijama (Fazio, 1990). Odatle sledi da stabilnost stava nije isključivo osobina osobe ili objekta, već i funkcija učestalosti aktivacije i socijalne „ukorenjenosti” evaluacije.

U istraživanjima promene stavova, posebno mesto zauzimaju dualno-procesni modeli persuazije, poput Modela verovatnoće elaboracije (Elaboration Likelihood Model - ELM), koji razlikuje centralni put obrade (visoka elaboracija, argumenti, promene koje su stabilnije) i periferni put (nizak nivo elaboracije, heuristike i signali poput izvora, atraktivnosti ili broja argumenata) promene stava (Petty & Cacioppo, 1986). Srodni pristupi ističu da motivacija i sposobnost za sistematsku obradu informacija određuju da li će promena stava biti zasnovana na kvalitetu argumenata ili na perifernim signalima (Petty & Cacioppo, 1986; Bohner & Dickel, 2011). Savremena literatura takođe naglašava da promena stava nije samo pitanje „ubedljivosti poruke”, već i kompatibilnosti poruke sa postojećim uverenjima, identitetom, socijalnim normama i emocionalnim investicijama (npr. Maio & Haddock, 2010). U tom smislu, stavovi

moгу biti otporni na promenu kada su povezani sa važnim vrednostima ili grupnom pripadnošću, jer promena stava tada implicira i promenu samorazumevanja ili socijalne pozicije (Maio & Haddock, 2010).

Jedno od ključnih savremenih pitanja odnosi se na razliku između eksplicitnih (svesno dostupnih, samoprocena) i implicitnih (automatskih, često slabije svesno dostupnih) evaluacija (Greenwald & Banaji, 1995). Ovaj dualitet je dodatno razrađen u modelima koji pretpostavljaju da evaluativne reakcije mogu nastajati kroz relativno automatske asocijacije, ali i kroz kontrolisane, refleksivne procese procenjivanja (Gawronski & Bodenhausen, 2006). Važna implikacija je da osoba može deklarativno iskazivati egalitarne ili pozitivne stavove, dok implicitni indikatori pokazuju automatske negativne asocijacije, posebno u društveno osetljivim domenima (Greenwald & Banaji, 1995; Gawronski & Bodenhausen, 2006). Ipak, odnos implicitnih i eksplicitnih stavova nije trivijalan, jer njihova kongruentnost zavisi od motivacije za kontrolu predrasuda, socijalne poželjnosti, introspektivne dostupnosti sopstvenih reakcija i specifičnosti situacije (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Wilson et al., 2000). U empirijskim studijama to znači da je metodološki opravdano kombinovati samoprocene sa indirektnim merama, posebno kada su u pitanju socijalno normirani sadržaji.

Iako se intuitivno pretpostavlja da stavovi vode ponašanju, klasične diskusije su pokazale da korelacije između stavova i ponašanja često zavise od toga koliko su stavovi specifični u odnosu na ponašanje, koliko su dostupni u trenutku odlučivanja i koliko situacioni faktori ograničavaju izbor (Ajzen, 1991; Fazio, 1990). U tom okviru, Teorija planiranog ponašanja (TPB) sistematizuje ulogu stava prema ponašanju, subjektivne norme i percipirane bihevioralne kontrole u formiranju intencija, koje potom najdirektnije predviđaju ponašanje (Ajzen, 1991). Ovaj pristup je posebno plodan u primenjenim istraživanjima (zdravstvena ponašanja, obrazovni izbori, profesionalne odluke), jer omogućava preciznu operacionalizaciju stava prema ponašanju, a ne samo prema objektu (Ajzen, 1991). Šire posmatrano, Ajzenova tradicija (npr. teorija razložnog delanja i kasnije TPB) naglašava da su stavovi jedan, ali ne i jedini element psihološke arhitekture ponašanja, jer norme i kontrola često odlučuju da li će se pozitivna evaluacija „prevesti” u akciju (Ajzen, 1991). Zbog toga je u istraživanjima stavova važno precizno definisati objekt, kontekst i vremensku dimenziju ponašanja, kao i ulogu relevantnih socijalnih pritisaka i barijera.

Metodološki gledano, stavovi se najčešće mere skalama samoprocene (Likert, semantički diferencijal) zbog ekonomičnosti i dobre psihometrijske tradicije (Eagly & Chaiken, 1993; Thurstone, 1928). Međutim, samoprocene su podložne socijalnoj poželjnosti, introspektivnim ograničenjima i kontekstualnim efektima (Bohner & Dickel, 2011; Wilson et

al., 2000). Zbog toga savremena istraživanja često kombinuju eksplicitne mere sa indirektnim merama implicitnih evaluacija, kao i sa indikatorima ponašanja (npr. izbor, latencija, izbegavanje/pristup), čime se povećava validnost zaključivanja o evaluativnim tendencijama (Greenwald & Banaji, 1995; Gawronski & Bodenhausen, 2006).

Stavovi prema suicidu – pojavni oblici, operacionalizacija i funkcionalnost

Stavovi prema suicidu predstavljaju specifičan evaluativni domen u kome se prepliću moralne procene, religiozno-kulturne norme, znanja i zablude o suicidalnosti, afektivne reakcije (npr. strah, gađenje, saosećanje), kao i procene prihvatljivosti suicida u različitim okolnostima (Eagly & Chaiken, 1993; WHO, 2014). Za razliku od mnogih „neutralnijih” objekata stava, suicid je normativno zasićen fenomen. Evaluacije suicida su često snažne, polarizovane i podložne socijalnoj poželjnosti, pa se eksplicitno izraženi stavovi ponekad razlikuju od implicitnih, automatskih reakcija i „tihe” društvene prakse (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Joiner, 2005). U istraživačkom okviru, razrada stavova prema suicidu obično ima tri cilja: 1) mapiranje pojava oblika (koje dimenzije stavova postoje i kako se manifestuju); 2) precizna operacionalizacija (kako ih pouzdano meriti) i 3) objašnjenje funkcionalnosti (čemu stavovi služe i kakve posledice imaju za ponašanje, komunikaciju i pomoć).

Stavovi prema suicidu se u empirijskoj literaturi najčešće pojavljuju kao skup relativno distinktnih, ali povezanih evaluativnih orijentacija prema samoubistvu. Prvo, česta je dimenzija *moralne (ne)prihvatljivosti* (suicid kao greh, slabost, kukavičluk naspram suicida kao autonomnog izbora ili „racionalnog” izlaza). Moralno uokviravanje se tipično oslanja na vrednosne sisteme i religiozne norme i zato je izrazito kulturno varijabilno (WHO, 2014). Drugo, stavovi se često organizuju oko *atribucija uzroka*, odnosno oko toga da li se suicid vidi kao posledica mentalnog poremećaja, „poziva u pomoć”, impulsivnog akta, socijalnih pritisaka ili racionalne odluke. Ove atribucije nisu samo deskriptivne, jer istovremeno nose i implicitnu procenu odgovornosti i krivice, što utiče na stigmatu i spremnost okoline da pruži podršku (Batterham et al., 2013; O'Connor & Nock, 2014). Treće, posebno važan pojava oblik su *situaciono uslovljeni stavovi*, tj. procene prihvatljivosti suicida u specifičnim okolnostima (npr. terminalna bolest, hronični bol, gubitak časti, finansijski slom, „da se ne bude teret porodici”). Ovakve procene su tipično bliže „stavovima prema ponašanju” nego stavovima prema apstraktnom objektu i zato često bolje predviđaju intencije i normativna očekivanja (Ajzen, 1991). Četvrto, stavovi prema suicidu se manifestuju i kao *društveno-afektivne reakcije*,

odnosno saosećanje prema osobi u krizi naspram distanciranja, gađenja ili straha, što je posebno relevantno za interakcije porodice, nastavnika, kolega i zdravstvenih radnika (WHO, 2014). Konačno, u javnom diskursu često se prepoznaju „narativi” poput „suicid je poziv u pomoć”, „suicid je normalna reakcija”, „suicid je agresija usmerena na sebe” ili „suicid je posledica ludila”; iako deluju kao uverenja, oni funkcionišu kao kognitivne sheme koje organizuju moralnu procenu i očekivanu reakciju okoline (Joiner, 2005; O'Connor & Nock, 2014).

Stoga se postavlja pitanje kako i šta tačno merimo kada merimo stavove prema suicidu? U praksi, instrumenti često mešaju (a) stavove (evaluacije i prihvatljivost), (b) stigmatu (negativne etikete i socijalna distanca) i (c) znanje/pismenost (tačnost uverenja o suicidalnosti). Iako su povezani, to nisu isti konstrukti i imaju različite determinante i posledice (Batterham et al., 2013; Eagly & Chaiken, 1993). Najrasprostranjeniji način je upotreba standardizovanih upitnika. Dva klasična primera su Upitnik stavova prema suicidu (Suicide Opinion Questionnaire - SOQ), koji pokriva širok spektar normativnih i atribucijskih uverenja i Skala stavova prema suicidu (Attitudes Toward Suicide Scale - ATTS), razvijen sa ciljem mapiranja više dimenzija stavova u populacionim uzorcima (Domino et al., 1982; Renberg & Jacobsson, 2003). Prednost ovakvih instrumenata je obimno pokrivanje sadržaja, ali čest problem su faktorska nestabilnost i kulturna specifičnost (neke dimenzije „ne drže” isto u različitim zemljama ili uzrastima), što zahteva pažljivu psihometrijsku proveru (npr. faktorska analiza) pre interpretacije latentnih dimenzija. S druge strane, vinjete (kratki scenariji) predstavljaju naročito dobru operacionalizaciju situacione prihvatljivosti. Naime, umesto apstraktnog pitanja „Da li je suicid prihvatljiv?”, ispitanik kroz vinjete procenjuje prihvatljivost u tačno definisanim okolnostima, čime se povećava ekološka validnost i smanjuje semantička dvosmislenost (Ajzen, 1991). Vinjete takođe olakšavaju razdvajanje moralne procene od procene uzroka (npr. depresija vs. terminalna bolest) i mogu biti osnova za eksperimentalne manipulacije (npr. informativni tekst, anti-stigma intervencija), uz oprez u pogledu etičkih aspekata i mogućeg uznemiravanja učesnika (WHO, 2014). Zbog socijalne poželjnosti, eksplicitne samoprocene mogu potceniti stigmatizujuće evaluacije. Dualni modeli evaluacije sugerišu da se eksplicitne procene oslanjaju na refleksivnu, normativno kontrolisanu obradu, dok implicitne mere obuhvataju automatske asocijacije i afektivne reakcije (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Greenwald & Banaji, 1995). U kontekstu suicida, ovo je relevantno kada su ispitanici profesionalci (npr. nastavnici, lekari) ili kada su stavovi snažno normirani. Ipak, implicitne mere imaju svoja ograničenja (npr. pouzdanost, interpretacija), pa je najčešće razumno tretirati ih kao dopunu, a ne zamenu eksplicitnih mera. TPB tradicija naglašava da

ponašanje ne određuju samo lični stavovi već i subjektivne norme (*Šta „moji” ljudi misle da treba?*) i percipirana kontrola (*Da li mogu da pomognem?, Da li znam kako?*) (Ajzen, 1991). U istraživanjima suicida, ovo je posebno važno, jer osoba može imati saosećajan stav, ali izostaje reakcija zbog straha od „pogrešne intervencije”, neznanja ili snažnih normi ćutanja. Zato operacionalizacija često dobija na kvalitetu ako se pored stavova mere i: (a) normativna očekivanja okoline, (b) spremnost na pružanje pomoći i (c) znanje o resursima i procedurama (WHO, 2014).

Naposletku, jedno od glavnih pitanja u savremenim društveno-humanističkim naukama jeste koliko su stavovi prema suicidu zapravo funkcionalni i čemu služe? Stavovi prema suicidu često imaju funkciju psihološke regulacije, jer daju objašnjenje za suicid kao zastrašujući fenomen i omogućavaju osećaj kontrole (*„to se dešava samo slabima”, „to je greh pa se meni neće desiti”, „to je bolest pa je rešivo”*). Takve interpretacije mogu smanjiti egzistencijalnu anksioznost, ali istovremeno mogu povećati stigmatu i udaljiti osobu u krizi od podrške (Joiner, 2005; O'Connor & Nock, 2014). Drugim rečima, funkcionalnost stavova nije nužno prosocijalna, jer stav može biti „adaptivan” za posmatrača, jer mu olakšava pogled na svet, ali štetan za osobu koja pati. Stavovi prema suicidu upravljaju načinom na koji okolina reaguje, jer nije isto da li se suicidalnost tretira kao moralni prekršaj, kao medicinski problem, kao „dramatičan gest”, ili kao kriza koja zahteva brzu podršku. Ove evaluacije (de)legitimišu konkretna ponašanja poput otvorenog razgovora, traženja stručne pomoći, uključivanja porodice, ili, suprotno, ćutanja, distanciranja i okrivljavanja (WHO, 2014).

Uloga stavova je posebno vidljiva kada je kriterijum pomoćno ponašanje (npr. spremnost da se priđe osobi, da se pita direktno o suicidalnim mislima, da se kontaktiraju službe). TPB okvir predviđa da stavovi prema takvom ponašanju, zajedno sa normama i percipiranom kontrolom, oblikuju namere koje su najdirektniji psihološki prediktori ponašanja (Ajzen, 1991). U prevenciji suicida, ovo je praktično ključno, jer cilj prevencije nije samo „pozitivan stav” već veća spremnost i kompetentnost za bezbedno reagovanje, uz smanjenje stigme (WHO, 2014). U mnogim sredinama, dominantni stavovi postavljaju granice toga šta je dopušteno reći. Na primer, suicid može biti tabu tema, tema koja se „ne pominje da ne bi podstakla”, ili tema koja se moralno sankcioniše. Takav diskursni režim ima posledice, jer smanjuje verovatnoću ranog traženja pomoći i povećava izolaciju, dok istovremeno može davati privid socijalne stabilnosti (WHO, 2014). Zbog toga se može argumentovati da stavovi prema suicidu imaju i sistemski karakter, jer su deo kulturnih normi koje strukturiraju dostupnost podrške.

Činioci koji oblikuju stavove o suicidu

Pol

U literaturi o suicidu, pol (češće operacionalizovan kao biološki pol, uz sve češću preporuku da se odvojeno meri i rodni identitet) se razmatra kao relevantna determinanta stavova prema suicidu iz najmanje tri razloga. Prvo, suicid je snažno rodno „skriptovan” fenomen, jer društva različito normiraju emocionalno izražavanje, traženje pomoći, toleranciju prema vulnerabilnosti i prihvatljivost određenih ponašanja kod muškaraca i žena, pa se evaluacije suicida često prelama kroz rodne norme (Canetto & Sakinofsky, 1998; World Health Organization, 2014). Drugo, empirijski je robustan, odnosno žene u proseku češće prijavljuju suicidalne misli i neletalna suicidalna ponašanja, dok muškarci češće umiru od suicida, što podstiče hipotezu da se razlike u stavovima (prema prihvatljivosti, stigmati i pomoći) mogu nadovezivati na razlike u obrascima traženja pomoći i u izboru metoda (Canetto & Sakinofsky, 1998; WHO, 2014). Treće, merenje stavova prema suicidu je posebno osetljivo na socijalnu poželjnost, jer polne/rodne norme mogu sistematski oblikovati šta je „dozvoljeno” izgovoriti, što povećava rizik da se razlike između muškaraca i žena delom reflektuju i kroz pristrasnosti samoprocene (Diaz et al., 2025).

Nalazi iz studija o stigmati sugerišu da muškarci u proseku češće iskazuju stigmatizujuće stavove prema suicidu (npr. veća sklonost moralizovanju, distanciranju ili negativnom etiketiranju), iako veličina efekta varira po uzrastu, kulturi i načinu merenja (Pereira & Cardoso, 2019). Ovi obrasci su teorijski kompatibilni sa pretpostavkom da hegemonijske norme muškosti (samokontrola, emocionalna suzdržanost, samodovoljnost) povećavaju netrpeljivost prema ponašanjima koja se percipiraju kao gubitak kontrole ili „sлом” (O’Donnell et al., 2025). U komparativnim, kroskulturnim uzorcima studenata primećeno je da muškarci, u proseku, češće postižu više skorove na dimenzijama koje se mogu opisati kao veća prihvatljivost suicida (uključujući i tendenciju da se suicidalno ponašanje „sakrije”), dok žene postižu više skorove na dimenzijama koje reflektuju prosocijalnu orijentaciju i spremnost na uključivanje pomoći (Eskin et al., 2016). Važno je naglasiti da ovo ne znači da su muškarci „prosuicidalni”, već da u nekim populacijama muškarci češće izražavaju permissivnije/normativno tolerantnije procene u odnosu na određene scenarije ili na apstraktno „pravo” osobe da okonča život, što može biti povezano i sa širim ideologijama autonomije, stoicizma i kontrole (Eskin et al., 2016; Renberg & Jacobsson, 2003).

Polne razlike se uočavaju i u domenu pomoći, jer u školskim i adolescentskim kontekstima žene su često prijemčivije za pohađanje preventivnih programa, sklonije usvajanju

adaptivnih koraka nakon programa (npr. traženje pomoći za prijatelja) i generalno pozitivnije prema „*help-seeking*” ponašanjima u vezi sa suicidom (Hamilton & Klimes-Dougan, 2015). U muškim uzorcima, negativniji stavovi prema traženju pomoći povezani su sa većom konformnošću prema normama samodovoljnosti i emocionalne kontrole, kao i sa većom suicidnom stigmom (O'Donnell et al., 2025). Ovaj nalaz je posebno važan, jer sugerise određeni mehanizam da polne razlike u stavovima o pomoći nisu samo „stavovi”, već odraz šireg rodnog normativnog okvira koji reguliše emocionalno izražavanje i legitimnost traženja podrške.

Stoga se može postaviti pitanje kako tumačiti razlike između muškaraca i žena bez pojednostavljivanja? Najkorisnije je razlike posmatrati kao konstelaciju tri međusobno povezana sloja:

1. Normativni sloj (rodne norme i moralna očekivanja). Rodne norme utiču na to da li se suicid tumači kao „slabost”, „greh”, „impuls”, „racionalna odluka” ili „poziv u pomoć”, što potom oblikuje nivo stigme i spremnost za pružanje podrške (Canetto & Sakinofsky, 1998; WHO, 2014).
2. Afektivno-interpersonalni sloj (saosećanje vs. distanca). Žene u proseku češće iskazuju empatijsku i podržavajuću orijentaciju u interpersonalnim kontekstima prevencije, dok muškarci češće izveštavaju o nelagodnosti ili otporu prema sadržajima prevencije, posebno kada programi aktiviraju razgovor o emocijama i vulnerabilnosti (Hamilton & Klimes-Dougan, 2015).
3. Instrumentalno-funkcionalni sloj (stavovi kao „pravila ponašanja”). U realnim situacijama presudno nije samo „*Šta mislim o suicidu?*”, već „*Šta mislim da treba uraditi?*”. Tu se polne razlike često pojavljuju kao razlike u stavovima prema ponašanju pomoći (pitati direktno, uključiti druge, kontaktirati službe), što je konceptualno blisko teoriji planiranog ponašanja, s obzirom na to da stavovi, subjektivne norme i percipirana kontrola zajednički određuju intencije da se reaguje u određenim situacijama (Ajzen, 1991). Na uzorcima muškaraca, percipirana socijalna cena (sram, „slabost”) i norme samodovoljnosti mogu umanjiti intencije za traženje pomoći, čak i kada je lična patnja visoka (O'Donnell et al., 2025).

Kontekst zdravstvenih i prosvetnih radnika

Zanimanje predstavlja jednu od najsnažnijih socijalnih determinanti stavova prema suicidu zato što profesionalne uloge oblikuju i šta se smatra legitimnim objašnjenjem suicidalnosti, kako se procenjuje odgovornost osobe u krizi, i koji je „ispravan” odgovor okoline (npr. intervencija, upućivanje, razgovor, distanca). Za razliku od opšte populacije, kod profesionalaca stavovi prema suicidu su direktno povezani sa kontekstom zaposlenja, jer utiču na prepoznavanje rizika, način komunikacije, procenu hitnosti i spremnost da se aktiviraju protokoli pomoći. Zbog toga se u savremenim javnozdravstvenim okvirima prevencije suicida naglašava da kompetencije i stavovi profesionalaca nisu sporedna tema, već infrastruktura prevencije, jer od njih zavisi koliko će sistem rano uhvatiti signal krize i koliko će interakcija sa osobom u riziku biti podržavajuća, a ne stigmatizujuća (WHO, 2014).

U zdravstvenom kontekstu, stavovi prema suicidu se formiraju na preseku kliničkog iskustva, profesionalne socijalizacije i institucionalnih normi. Zdravstveni radnici su češće izloženi suicidalnim pacijentima, posledicama pokušaja i komorbiditetima (depresija, zavisnosti, psihotična stanja), pa se kod njih često očekuje snažnije definisanje suicida kao zdravstvenog i kriznog problema, a ne kao moralnog prestupa. Ipak, empirijski nalazi pokazuju da ni među zdravstvenim radnicima stavovi nisu uniformni, jer se oni razlikuju se po profesiji (lekari, medicinske sestre), radnom okruženju, iskustvu, moralnoj osetljivosti i nivou obuke, a delom i po kulturi. Na primer, noviji rad koji poredi lekare i medicinske sestre ističe da su pismenost o suicidu i stavovi varijabilni čak i unutar sistema, što implicira da profesionalna izloženost sama po sebi nije dovoljna bez sistematske edukacije i standardizovanih kompetencija (Jandial et al., 2024). Savremenije studije dodatno sugerišu da profesionalne karakteristike i etičko-moralne dispozicije (npr. moralna osetljivost) mogu biti povezane sa pozitivnijim, funkcionalnijim, manje osuđujućim stavovima prema pacijentima nakon pokušaja suicida, ali i da postoje individualne razlike koje ostaju i nakon statističke kontrole formalnog obrazovanja (Arslan et al., 2025). Posebno je važno naglasiti da su u nekim profesijama i same stope suicidalnosti povišene, što komplikuje već složenu sliku: profesionalni stres, stigma unutar struke i norme samodovoljnosti mogu istovremeno postojati uz visoku kliničku kompetentnost, pa se prevencija mora adresirati i kao pitanje profesionalne kulture, a ne samo kao znanja (Dutheil et al., 2019).

Prosvetni radnici ulaze u priču o suicidu iz drugačijeg ugla. Njihova profesionalna uloga je prvenstveno pedagoška i razvojna, ali su u školskom okruženju često među prvima koji mogu uočiti promene u funkcionisanju učenika (npr. povlačenje, pad postignuća, poruke

beznađa, samopovređivanje). Zbog toga se u literaturi često tretiraju kao ključni „gatekeeperi” (čuvari kapije/na prvoj liniji odbrane) u školskim sistemima, odnosno osobe koje nisu kliničari, ali su strateški pozicionirane da prepoznaju rizik i povežu učenika sa pomoći. Istraživanja koja eksplicitno posmatraju nastavnike pokazuju da stavovi nastavnika prema prevenciji suicida, njihova samoeфикаsnost i očekivanja ishoda zavise od prethodne obuke, edukacije i izloženosti suicidalnim krizama u školskoj populaciji, pri čemu iskustvo (npr. učenik u riziku ili smrt učenika) može paradoksalno povećati i oprez i nedelovanje, ako sistemska podrška izostane (Haugen et al., 2022). U tom smislu, prosvetni radnici često imaju kombinaciju prosocijalne namere i realne nesigurnosti. Na primer, ako je stav „treba pomoći” dominantan, može postojati strah od pogrešnog koraka, odgovornosti, reakcije roditelja ili institucije, što stavove čini snažno zavisnim od organizacionog konteksta i obuke. Zbog toga je u oba profesionalna konteksta (zdravstvo i prosveta) ključna tema edukacija i standard kompetencija, a ne samo „lični stav”. Psihološki treninzi su jedna od najraširenijih strategija u prevenciji suicida. Njihov cilj im je da unaprede znanje, veštine, stavove i nameru da se interveniše (prepoznavanje znakova, direktno pitanje o suicidalnim mislima, upućivanje i povezivanje sa službama). Međutim, pregledi literature naglašavaju da efekti treninga mogu zavisiti od definicije kompetencija, kvaliteta programa, trajnosti efekta i konteksta primene, što je razlog zašto se sve više insistira na minimalnim standardima kompetentnosti i jasnom definisanju „Šta znači biti na prvoj liniji odbrane?” (Hawgood et al., 2021; Kingi-Uluave et al., 2025). U školskom kontekstu, sistematski pregled „gatekeeper” programa za roditelje i nastavnike pokazuje da su ovakvi programi važan deo prevencije, ali da je varijabilnost u dizajnu i evaluaciji velika, pa se stavovi i ponašanja ne menjaju uvek na isti način kao znanje (Torok et al., 2019). Dakle, stavovi profesionalaca nisu samo „mišljenje o suicidu”, već radna psihološka varijabla koja se pretvara u ponašanje pomoći tek kada su norme, procedura i percipirana kontrola dovoljno jaki.

Imajući u vidu sve od navedenog, zdravstveni radnici će, u proseku, češće podržavati medicinsko/psihološko objašnjenje i preventabilnost (uz moguću profesionalnu frustraciju ili „burnout” efekte u nekim okruženjima), dok prosvetni radnici mogu pokazati veću varijabilnost između prosocijalne orijentacije i oprezno-izbegavajućih procena zbog nesigurnosti i slabije formalne obuke. Savremene studije kod nastavnika dodatno podržavaju ideju da trening i iskustvo menjaju specifične komponente relevantne za prevenciju, što je kompatibilno sa interpretacijom da zanimanje deluje preko institucionalnih uloga i očekivanih ponašanja, a ne samo preko ličnih uverenja (Haugen et al., 2022; Borah et al., 2025).

Starost

Starost se u istraživanjima stavova prema suicidu najčešće razume kao determinanta koja istovremeno odražava promene tokom životnog toka i kohortne razlike u socijalizaciji, normama i dominantnim objašnjenjima suicidalnosti. U javnozdravstvenom okviru, suicid se posmatra kao višefaktorski ishod u kome se prepliću individualni, socijalni i kontekstualni faktori, a starost usmerava i izloženost tim faktorima i način na koji se oni interpretiraju (WHO, 2014). Kako se životne okolnosti menjaju, menja se i repertoar razloga i značenja koji se pripisuju suicidalnom ponašanju. Na primer, kod mlađih uzrasta češće dominiraju razvojne tranzicije, interpersonalni konflikti i intenzivna afektivna iskustva, dok se sa porastom starosti u narativima i procenama češće pojavljuju hronična oboljenja, kumulativni gubici, usamljenost i opterećenja dugotrajnim stresom (WHO, 2014). Istovremeno, kohortni efekti podrazumevaju da starije generacije u mnogim sredinama potiču iz normativnog konteksta u kome je suicid bio snažnije moralno i religijski obeležen, dok su mlađe generacije u većoj meri izložene diskursu mentalnog zdravlja i prevencije, što može doprineti različitim obrascima stigme i različitim interpretacijama uzroka (Renberg & Jacobsson, 2003; WHO, 2014).

Zbog multidimenzionalne prirode konstrukta, starost se retko može povezati sa jedinstvenim, linearnim pomeranjem ka „pozitivnijim” ili „negativnijim” stavovima. Umesto toga, starost češće menja profil stavova, odnosno to koji kriterijumi dominiraju u evaluaciji suicida. Sistematski pregledi instrumenata naglašavaju da stavovi prema suicidu obuhvataju heterogene dimenzije, moralnu osudu, permisivnost, atribucije (npr. mentalna bolest, impulsivnost), preventabilnost i socijalnu distancu, i da se sociodemografske varijable, uključujući starost, mogu različito povezivati sa različitim dimenzijama (Diaz et al., 2025; Kodaka et al., 2011). U tom smislu, starost može biti povezana sa pojačanim moralno-normativnim okvirom u nekim kulturama, dok u drugim može biti povezana sa većim razumevanjem suicidalnosti kao ishoda dugotrajne patnje i bolesti, naročito u scenarijima koji uključuju teško oboljenje, gubitak autonomije ili neizdrživi hronični bol. Ovakva situaciona procena često je bliža „prihvatljivosti u kontekstu” nego opštoj permisivnosti (WHO, 2014; Wilson et al., 2000). Upravo zato se u empirijskim nalazima neretko dobija mešoviti obrazac da stariji ispitanici mogu pokazivati veću saosećajnost ili razumevanje u određenim okolnostima, a istovremeno zadržati viši nivo stigmatizujućih procena ili socijalne distance u opštem vrednovanju suicida kao pojave, što je u skladu sa nalazima o starosnim razlikama u stigmatizujućim stavovima u zajednici (Pereira & Cardoso, 2019).

U okviru SOQ-a (Suicide Opinion Questionnaire), starost je posebno relevantna jer instrument obuhvata širok spektar narativa o suicidu, od moralno-religijskog aspekta do atribucija kao što su mentalna bolest, impulsivnost i agresija, kao i šire ideje o pravu osobe da okonča život (Domino et al., 1982). Empirijska studija koja je direktno koristila SOQ u poređenju mlađih i starijih odraslih pokazala je to da se starosne grupe razlikuju na više domena, što sugerise da starost može biti povezana sa sistematski drugačijim obrascem evaluacija, a ne samo sa razlikom u jednoj ukupnoj meri (Segal et al., 2004). Nalaz da su mlađi ispitanici u istom istraživanju imali viši suicidalni rizik, dok su se stavovi razlikovali po domenima, dodatno podupire tumačenje da starosne razlike u stavovima ne predstavljaju puki odraz trenutnog subjektivnog rizika, već odraz različitih životnih konteksta i kohortnih obrazaca socijalizacije (Segal et al., 2004). U populacionim istraživanjima stavova prema suicidu, uočavane su promene u opštem normativnom sagledavanju i u pro-preventivnim orijentacijama kroz vreme, što je kompatibilno sa pretpostavkom da generacije mogu nositi različite obrasce permissivnosti i različite nivoe spremnosti da se tema tretira preventivno, a ne kroz tabue (Diaz et al., 2025; Renberg & Jacobsson, 2003). Ovi nalazi su posebno relevantni, jer legitimišu tretiranje starosti kao determinante koja oblikuje odnos između moralnog vrednovanja, stigme i preventabilnosti, tri komponente koje su u praksi ključne za to da li će okolina reagovati podržavajuće ili distancirano (WHO, 2014).

Starost, dakle, deluje kao determinanta stavova prema suicidu kroz promenu dominantnih interpretativnih okvira. U mlađim uzrastima češće se uočava fokus na interpersonalne i situacione okidače i na afektivnu dinamiku krize, dok se u starijim uzrastima češće javlja fokus na dugotrajnu patnju, bolest i egzistencijalna pitanja, pri čemu normativno obeležavanje (moralizovanje ili tabuiziranje) može ostati snažno u zavisnosti od kulture i religioznosti (Pereira & Cardoso, 2019; WHO, 2014). Zbog toga se starosne razlike najpreciznije razumeju kao diferencijalna konfiguracija dimenzija, što je u skladu i sa upozorenjem iz pregleda mernih instrumenata da su zaključci o determinantama smisleni samo kada su u vezi sa konkretnim dimenzijama koje instrument stabilno meri (Kodaka et al., 2011; Diaz et al., 2025).

Radni staž i materijalna primanja

Radni staž i materijalna primanja predstavljaju determinante stavova o suicidu koje se najbolje razumeju kao „strukturno-biografske” varijable. One ne deluju samo preko individualnih uverenja, već preko stabilnih obrazaca životne izloženosti stresu, sigurnosti i kontrole, profesionalne socijalizacije i svakodnevnih kontakata sa krizom i patnjom. U

javnozdravstvenim okvirima, suicid se posmatra kao višefaktorski ishod u kome su socijalni i ekonomski uslovi integralni deo etiološkog konteksta, pa je očekivano da isti uslovi oblikuju i evaluativne orijentacije prema suicidu, od moralne osude, preko atribucija uzroka, do procene preventabilnosti i legitimnosti traženja pomoći (WHO, 2014).

Materijalna primanja, kao indikator socioekonomskog položaja, utiču na stavove prema suicidu prvenstveno kroz „ekologiju” svakodnevnog života. Ekonomska sigurnost (ili nesigurnost) formira percepciju životnih opcija, očekivanje budućnosti i granice onoga što se smatra realno dostupnom podrškom. Empirijska literatura dosledno pokazuje da je nizak socioekonomski status povezan sa većim rizikom suicidalnih misli i ponašanja, pri čemu se naglašava i relativni aspekt prihoda, što je relevantno jer upravo osećaj gubitka statusa, besperspektivnosti i „socijalnog pada” može menjati način na koji se suicid vrednuje i objašnjava (npr. Wetherall et al., 2015). U sličnom domenu, studije o zaposlenosti ukazuju na to da su nezaposlenost i nesigurni radni uslovi povezani sa povećanom suicidalnom ideacijom i mortalitetom od suicida, što potvrđuje da ekonomske okolnosti nisu samo pozadina, već aktivan kontekst u kome se suicid doživljava i interpretira (Blomqvist et al., 2022; Kim et al., 2025; Yuryev et al., 2012). Kada su uslovi rada i prihoda nestabilni, u populaciji može porasti i „normalizacija” krajnjih ishoda kao reakcije na bezizlaznost, ali i moralizujuće interpretacije usmerene na očuvanje osećaja kontrole („to je slabost”, „to je pogrešno”), pri čemu se ova dva obrasca mogu pojaviti paralelno u različitim grupama ili čak kod istih osoba u zavisnosti od situacije i referentnog okvira. U širem polju stigme i javnih stavova, pokazano je da ekonomski uslovi i nejednakosti mogu biti povezani sa stavovima koji se manifestuju kroz socijalnu distancu i spremnost na kontakt, što je konceptualno blisko dimenzijama stigme koje su relevantne i za suicid (Pybus et al., 2023).

Radni staž, s druge strane, ima dvostruko značenje. U opštoj populaciji staž je često približan indikator stabilnosti zaposlenja i integracije u socijalne uloge, dok je u profesionalnim grupama (zdravstveni i prosvetni radnici) staž pre svega indikator kumulativne izloženosti kriznim situacijama, profesionalne socijalizacije i razvijanja „radnih” interpretativnih okvira. To je važno zato što stavovi prema suicidu kod profesionalaca nisu samo privatne evaluacije, već obrasci koji se direktno prevode u komunikaciju, procenu rizika i spremnost na intervenciju, što je posebno naglašeno u savremenim pristupima prevenciji (WHO, 2014). Istraživanja stavova i faktora koji ih oblikuju među profesionalcima ukazuju na to da se stavovi razlikuju između profesija i da na njih mogu uticati iskustvo i radni, što sugerise da „staž” može menjati specifične komponente stavova, a naročito one koje se odnose na preventabilnost, interpretaciju suicidalnog ponašanja i odnos prema osobama u visokom riziku (Kashiwagi et

al., 2025). Međutim, efekat staža nije nužno linearan niti jednoznačno pozitivan. Kako raste izloženost kriznim slučajevima, može doći do razvoja veće kliničke realističnosti i razumevanja suicidalnosti kao posledice patnje i poremećaja, ali se istovremeno može pojaviti i profesionalna emocionalna istrošenost, cinizam ili defanzivno distanciranje, što su mehanizmi koji potencijalno održavaju stigmatu i socijalnu distancu i pored visokog znanja. U školskom kontekstu, noviji podaci iz istraživanja kod nastavnika pokazuju da nastavničko iskustvo može imati uticaj na znanje i „gatekeeper“ ponašanje, ali ne nužno i na same stavove prema prevenciji, što je metodološki važan signal da se radni staž ponekad jače vezuje za kompetenciju i praksu nego za evaluativnu komponentu (Borah et al., 2025).

Kada se radni staž i materijalna primanja razmatraju u kontekstu stavova o suicidu, dobijamo praktično relevantan okvir za razumevanje heterogenosti stavova. Stabilan staž i adekvatna primanja često znače veću predvidljivost života i veći subjektivni osećaj kontrole, dok nestabilan staž, prekidi zaposlenja, niska primanja ili trajna finansijska nesigurnost znače hroničnu izloženost stresu, pojačanu brigu o budućnosti i veću osetljivost na gubitke. Empirijski radovi o promenama zaposlenosti dodatno sugerišu da promene statusa rada mogu imati kauzalno relevantne veze sa suicidalnom ideacijom, što implicitno ukazuje da „radna biografija“ može biti povezana i sa promenama u načinu na koji se suicid doživljava i vrednuje (Yoon et al., 2024). U takvim uslovima, stavovi prema suicidu mogu postajati izraženije normativni (pojačana moralna osuda) ili izraženije permissivni u specifičnim scenarijima (veća „razumljivost“ suicida kao izlaza), a u oba slučaja ključna je činjenica da su stavovi ukorenjeni u realnim materijalnim uslovima života, a ne samo u apstraktnim uverenjima (Wetherall et al., 2015; WHO, 2014).

U okviru aktuelnog istraživanja, ova determinanta se može teorijski povezati sa dimenzijama koje zahvataju moralno uokviravanje, atribucije (npr. mentalna bolest naspram „karakterne slabosti“), ideje o preventabilnosti i šire procene prihvatljivosti. SOQ je, međutim, instrument sa istorijski dokumentovanom heterogenošću latentne strukture, što je važno jer se odnosi staža i primanja mogu pokazati snažnima na nekim domenima, a slabima ili odsutnima na drugim (Domino et al., 1982; Kodaka et al., 2011). Zbog te višedimenzionalnosti, radni staž i materijalna primanja treba posmatrati kao determinante koje ne „pomeraju“ stav u jednom smeru, već oblikuju profil evaluacija kroz mehanizme ekonomske sigurnosti, socijalnog ranga, profesionalne izloženosti i kumulativnog stresa (Blomqvist et al., 2022; WHO, 2014).

Partnerski i bračni status

Partnerski i bračni status predstavljaju relevantne determinante stavova o suicidu jer istovremeno reflektuju nivo socijalne integracije, dostupnost emocionalne i instrumentalne podrške, kao i normativni okvir u kome se tumači individualna patnja i legitimišu strategije suočavanja. Klasična sociološka perspektiva polazi od ideje da su bračne i porodične veze važan oblik socijalne integracije koji može imati zaštitnu ulogu u odnosu na suicidalno ponašanje, dok socijalna izolacija i slabljenje veza povećavaju ranjivost (Durkheim, 1897/2002). Savremeni epidemiološki nalazi su uglavnom kompatibilni sa ovim okvirom. U velikim populacionim uzorcima, bračni status je sistematski povezan sa rizikom od suicida, pri čemu su neudati/neoženjeni, razvedeni i udovci često u većem riziku u odnosu na osobe u braku (Kposowa, 2000). Ovakvi obrasci imaju značaj i za razumevanje stavova, jer se stavovi prema suicidu često formiraju u dodiru sa realnim iskustvima podrške, pripadanja i percepcije životnih alternativa, odnosno sa procenom koliko je pomoć moguća i dostupna u konkretnim životnim uslovima (WHO, 2014).

U domenu stavova o prihvatljivosti suicida, komparativna istraživanja sugerišu da bračni status može biti povezan sa nižom „prihvatljivošću” suicida. Stack (1998) je u kroskulturnom poređenju pokazao da je brak povezan sa nižom prihvatljivošću suicida kod oba pola, uz indikaciju da je efekat izraženiji kod muškaraca, što se može interpretirati u okviru ideje da brak povećava normativne i interpersonalne „troškove” suicidalnog ponašanja i jača orijentaciju ka održanju života kao socijalno ugrađene vrednosti (Stack, 1998). Slično, analiza podataka Svetskog istraživanja vrednosti (World Values Survey) ukazuje na to da su individualne i kulturno-religijske vrednosti snažno povezane sa mišljenjima o (ne)opravdanosti suicida, pri čemu je važno da se stavovi posmatraju kao proizvod i mikronivoa (ličnih karakteristika) i makronivoa (normi i vrednosti konteksta) (Boyd, 2012). U tom smislu, partnerski i bračni status ne treba razumeti samo kao „kategoriju”, već kao indikator uključenosti u mrežu normi i očekivanja. Zapravo, brak, kohabitacija ili stabilna partnerstva često podrazumevaju veću izloženost normama odgovornosti prema drugima, veću verovatnoću zajedničkog rešavanja kriza i veći pritisak ka traženju pomoći, što sve može oblikovati stavove ka većoj preventivnoj orijentaciji i manjoj permisivnosti.

Istovremeno, važno je naglasiti da se odnos bračnog statusa i stavova može razlikovati u zavisnosti od toga da li se meri opšta permisivnost, moralna osuda, atribucije uzroka ili stavovi prema traženju pomoći. Jedan deo literature pokazuje da neudate/neoženjene osobe i osobe van stabilnih veza češće prijavljuju suicidalne misli, planove ili pokušaje, čak i nakon

kontrole niza sociodemografskih varijabli, što sugerise to da partnerski status može biti u vezi sa širim psihosocijalnim profilom (npr. usamljenost, slabija podrška, veći stres) koji posredno utiče i na stavove (Cranney, 2025). Ovaj nalaz je značajan jer implicira da iskustvo života bez stabilne podrške može menjati i interpretaciju suicida. Tako, na primer, u nekim slučajevima može povećati razumevanje suicida kao reakcije na bezizlaznost, a u drugim može pojačati normativno distanciranje ili stigmatu kao mehanizam psihološke zaštite (WHO, 2014). Posebno u javnozdravstvenoj perspektivi, stigma i tabuizacija suicida prepoznaju se kao ključne barijere otvorenoj komunikaciji i pravovremenom traženju pomoći, pa partnerski status, preko socijalne uključenosti, može indirektno oblikovati i to koliko se o temi suicida može govoriti u svakodnevicu (WHO, 2014).

Na nivou operacionalizacije, savremeni pregledi instrumenata naglašavaju da su stavovi prema suicidu multidimenzionalni i da se determinante poput bračnog statusa mogu različito povezivati sa pojedinačnim dimenzijama u zavisnosti od instrumenta i konteksta (Diaz et al., 2025; Kodaka et al., 2011). To je posebno važno kada se koristi SOQ (Suicide Opinion Questionnaire), jer SOQ obuhvata širok spektar narativa (moralno-religijski okvir, „pravo” na suicid, atribucije poput mentalne bolesti ili impulsivnosti), pa bračni/partnerski status može biti povezan sa specifičnim domenima, a ne nužno sa jedinstvenim opštim skorom. U tom okviru, očekivano je da stabilan partnerski status bude povezan sa nižom prihvatljivošću suicida i većim naglaskom na preventabilnost i socijalnu odgovornost, dok status razvedenosti, udovištva ili dugotrajnog samačkog života može biti povezan sa većom heterogenošću stavova: od povećanog razumevanja patnje i „kontekstualne” permisivnosti u specifičnim scenarijima do pojačane stigme i socijalne distance, zavisno od kulturnih normi i ličnih iskustava podrške. U populacionim analizama latentnih profila stavova prema suicidu takođe se pokazuje da stavovi nisu jednolični, već se grupišu u profilne obrasce (npr. „neshvatljivo”, „mešovito”, „permisivno”), pri čemu se profili mogu menjati kroz vreme i biti u vezi sa širim vrednosnim i religijskim odrednicama, što je relevantno za razumevanje kako partnerski status „ulazi” u stavove preko normativnog okruženja (Lee et al., 2023; Boyd, 2012).

U celini, partnerski i bračni status se mogu tretirati kao determinante stavova o suicidu zato što strukturiraju nivo socijalne integracije i podrške, oblikuju normativna očekivanja i utiču na dostupnost resursa u krizi. U skladu sa klasičnim i savremenim nalazima, stabilne partnerske veze i brak su češće u vezi sa nižom prihvatljivošću suicida i sa obrascima koji su kompatibilniji sa preventivnom logikom (Stack, 1998; WHO, 2014), dok odsustvo stabilne veze, razvod ili gubitak partnera predstavljaju kontekst u kome se češće pojavljuju ranjivosti koje mogu menjati i lični doživljaj i društveno vrednovanje suicida (Kposowa, 2000; Cranney,

2025). Istovremeno, zbog multidimenzionalnosti konstrukta, najpreciznije je govoriti o diferencijalnim vezama partnerskog statusa sa pojedinačnim domenima stavova, što je u skladu sa preporukama iz sistematskih pregleda merenja stavova prema suicidu (Diaz et al., 2025; Kodaka et al., 2011).

Religioznost

Religioznost se u istraživanjima stavova prema suicidu dosledno pojavljuje kao jedna od najsnažnijih normativnih determinanti, upravo zato što suicid u mnogim religijskim tradicijama zauzima status moralno visoko regulisanog čina. U toj perspektivi religioznost ne predstavlja samo ličnu osobinu, već i set vrednosti, pripadnosti i socijalnih veza, koji zajednički oblikuju procenu (ne)prihvatljivosti suicida, pripisivanje odgovornosti, nivo stigmatizacije i očekivani odgovor okoline (Stack, 2011; WHO, 2014). Religiozni sistemi, kroz doktrinarne zabrane i moralni repertoar „svetosti života”, mogu pojačavati moralnu osudu suicida, ali istovremeno mogu obezbeđivati i zaštitne resurse u vidu smisla, zajednice i podrške, što komplikuje odnos religioznosti i stavova (Lawrence et al., 2016). Zbog toga je empirijski najrealnije religioznost tretirati kao determinantu koja deluje kroz više komponenti: (a) moralno-religijske zabrane, (b) religijsku integraciju i mreže, (c) kulturno-religijski kontekst i (d) religijsku/duhovnu akciju-reakciju, pri čemu svaka od ovih komponenti može različito oblikovati konkretne dimenzije stavova (Stack, 2011; van den Brink et al., 2024).

U domenu prihvatljivosti suicida nalazi su posebno stabilni. U velikim, kroskulturnim analizama (npr. na podacima World Values/European Values Surveys) pokazano je da je viši nivo religiozne uključenosti povezan sa nižom prihvatljivošću suicida, pri čemu su relevantni i individualni indikatori (religijska posvećenost i uključenost u mreže) i makro-indikatori religioznosti društva (Stack, 2011). U sličnom smeru, analiza globalnih podataka ukazuje na to da su religijske i kulturne vrednosti sistematski povezane sa individualnim procenama opravdanosti suicida, naglašavajući da stavovi nisu puka individualna preferencija, već proizvod interakcije ličnih uverenja i normativnog okruženja (Boyd, 2012). Ovi nalazi podržavaju klasičnu sociološku tezu o „moralnoj zajednici” i religijskoj integraciji. Naime, religiozne zajednice mogu postavljati jasnije normativne granice, smanjivati toleranciju prema suicidu i nuditi socijalnu kontrolu i podršku, što se reflektuje u nižoj permisivnosti ka suicidu (Stack, 2011; Boyd, 2012). Zato je važno naglasiti da ova veza nije nužno indikator stigme, jer niža prihvatljivost može koegzistirati sa većom brigom i brigom za sprečavanje suicida, ali može koegzistirati i sa osuđivanjem, krivicom i povećanom socijalnom distancom, zavisno od toga kako se religiozne norme prevode u interpersonalne reakcije (Moksony, 2021).

Jedan od najpreciznijih psiholoških mehanizama kojim religioznost deluje na stavove prema suicidu jeste domen moralno-religijskih prigovora suicidu. U kliničkim i komunalnim istraživanjima, moralni prigovor na suicid se pokazao kao varijabla koja se nezavisno povezuje sa suicidalnim ponašanjem i rizikom. Niži moralni prigovor je povezan sa većom verovatnoćom istorije pokušaja, čak i kada se kontrolišu relevantni klinički faktori (Lizardi et al., 2007), a sličan obrazac je nađen i u uzorcima pacijenata sa bipolarnim poremećajem, gde viši moralni prigovor prati manje suicidalnih akata (Dervic et al., 2011). Iako ovi radovi primarno govore o suicidalnom ponašanju, oni istovremeno pokazuju kako se religiozno-moralne norme operacionalizuju kao specifična kognitivno-evaluativna struktura koja oblikuje stav prema suicidu. Zapravo, suicid se ne vrednuje samo kao „tragičan ishod”, već kao moralno zabranjen čin. Na nivou stavova, ovakva moralna struktura tipično se prevodi u nižu permissivnost i viši nivo negativne evaluacije suicida kao opcije, što se u opštoj populaciji uočava i kroz niže skorove na merama opravdanosti ili prihvatljivosti suicida kod religioznijih osoba (Stack, 2011; Boyd, 2012).

Istovremeno, religioznost nije jednoznačno protektivni faktor ili faktor rizika kada se posmatra šire od domena prihvatljivosti. Sistematski pregled Lorensa i saradnika (Lawrence et al., 2016) naglašava da religijska pripadnost i uključenost često pokazuju jaču vezu sa smanjenjem pokušaja suicida nego sa ideacijom, i da efekti mogu zavisi od kulturnog statusa religijske grupe (npr. manjinske grupe mogu biti izložene izolaciji). U klinički specifičnim populacijama, novija meta-analički informisana sinteza ukazuje da religioznost i spiritualnost generalno imaju zaštitnu ulogu u kontekstu suicida, ali uz naglašenu heterogenost dimenzija religioznosti i konteksta u kojima deluju (van den Brink et al., 2024). Ovaj nalaz je direktno relevantan za interpretaciju rezultata istraživanja, jer religioznost može istovremeno smanjivati permissivnost i jačati moralne barijere prema suicidu, ali i oblikovati način na koji se (ne)prihvatljivost suicida prevodi u podršku ili stigmatu prema osobama u krizi (Moksony, 2021).

U domenu stigme, religioznost može igrati ambivalentnu ulogu. S jedne strane, religiozni moralni okvir može pojačavati sram, krivicu i osuđivanje, što potencijalno povećava socijalnu distancu prema suicidalnim osobama. S druge strane, religijske zajednice mogu pružati socijalni kapital i podršku, što može smanjivati izbegavanje i povećavati prosocijalne reakcije u konkretnim situacijama, posebno kada je naglasak na saosećanju i „brizi za bližnjeg” (Moksony, 2021). Empirijski radovi koji direktno ispituju odnos religije i stigme prema suicidu sugerišu da se efekti menjaju u zavisnosti od operacionalizacije religioznosti (pripadnost, praksa, lična posvećenost) i od šireg kulturnog okvira, što je kompatibilno sa nalazima o

vrednostima i opravdanosti suicida (Boyd, 2012; Moksony, 2021). Zbog toga se religioznost u istraživanjima najpreciznije pozicionira kao determinanta koja diferencijalno utiče na pojedine dimenzije stavova, jer najstabilniji efekat se očekuje na permisivnosti i moralnoj proceni suicida (Stack, 2011), dok su veze sa stigmatizacijom i podržavajućim reakcijama kontekstualnije i zavise od dominantnog religijskog diskursa i organizacione kulture zajednice (Moksony, 2021).

U okviru upitnika SOQ, religioznost je teorijski posebno relevantna jer SOQ eksplicitno zahvata moralno-religijske narative, vrednosne procene i atribucije, pri čemu se očekuje da religiozniji ispitanici postižu više skorove na ajtemima koji reflektuju moralne/religijske prigovore suicidu i niže skorove na domenima koji impliciraju veću prihvatljivost suicida kao opcije (Domino et al., 1982; Stack, 2011). Međutim, pošto pregledi instrumenata upozoravaju na to da stavovi prema suicidu nisu jedinstven konstrukt i da instrumenti variraju u dimenzionalnosti, religioznost treba posmatrati kao determinantu čiji se efekti vezuju za specifične domene koje se operacionalizuju (Diaz et al., 2025; Kodaka et al., 2011). U tom okviru, religioznost se može konceptualizovati kao determinanta koja najpouzdanije strukturira moralno-normativne dimenzije (osuda, neprihvatljivost, „greh”), dok su relacije sa dimenzijama koje se tiču preventabilnosti, atribucija mentalnoj bolesti i spremnosti na pomoć potencijalno složenije, jer su posredovane lokalnim diskursom o mentalnom zdravlju i praksama zajednice (WHO, 2014; van den Brink et al., 2024).

EMOCIONALNA PISMENOST

Emocionalna pismenost se u savremenoj psihologiji najkonkretnije operacionalizuje kao višedimenzionalni latentni konstrukt koji obuhvata sposobnosti, dispozicije i naučene veštine povezane sa prepoznavanjem, razumevanjem, jezičkim imenovanjem, izražavanjem i regulacijom emocija, kao i sa upotrebom emocionalnih informacija u socijalnom rezonovanju i donošenju odluka (Barrett, 2017; Mayer & Salovey, 1997; Mayer et al., 2008; Saarni, 1999). Iako se termin „emocionalna pismenost” često pojavljuje u obrazovnim i primenjenim diskursima, njegova teorijska relevantnost proizlazi iz nalaza da su emocije funkcionalno upletene u ključne kognitivne procese učenja (npr. selekciju pažnje, obradu povratne informacije, atribucije uspeha/neuspeha) i u samoregulaciju ponašanja, pri čemu je regulacija emocija jedan od centralnih mehanizama adaptacije u akademskim situacijama (Gross, 1998, 2015; Pekrun, 2006). Dodatno, konstrukcionistačke perspektive i razvojna istraživanja ukazuju na to da emocionalni pojmovi i emocionalni jezik nisu samo „etikete” već kognitivni resursi

koji omogućavaju diferencijaciju iskustva (emocionalno diferenciranje) i precizniji izbor regulacionih strategija, što emocionalnu pismenost vezuje za konceptualizaciju i jezičko posredovanje emocionalnog iskustva (Barrett, 2017; Bell et al., 2024). Posebno je važno da emocionalna pismenost nije samo posedovanje emocionalnog rečnika ili „pozitivno“ emocionalno stanje, već sposobnost metakognitivne refleksije o emocijama i izbor strategija regulacije koje su situaciono adekvatne i dugoročno adaptivne, što je relevantno i u obrazovnim kontekstima (npr. akademske emocije, tolerancija greške, angažman) i u kliničkim kontekstima (npr. vulnerabilnost za psihopatologiju, transdijagnostički mehanizmi regulacije emocija) (Aldao et al., 2010; Gross, 2015).

Teorijski okviri

U teorijskom smislu, emocionalna pismenost je konstrukt koji se preseca sa nekoliko dominantnih tradicija: teorijama emocionalne inteligencije (crta VS sposobnost), razvojno-psihološkim konceptom emocionalne kompetentnosti, procesnim modelima regulacije emocija i savremenim konstrukcionističkim pristupima koji naglašavaju ulogu jezika i konceptualizacije u formiranju emocionalnog iskustva. U modelu emocionalne inteligencije kao sposobnosti, emocije se tretiraju kao informacione i kognitivno obradive, a ključne komponente uključuju percepciju emocija, korišćenje emocija za facilitaciju mišljenja, razumevanje emocija i upravljanje emocijama (Mayer & Salovey, 1997; Mayer et al., 2008). Emocionalna pismenost se u ovom okviru može tumačiti kao primenjena manifestacija sposobnosti, odnosno za osobu se može reći je „pismena“ u domenu emocija ukoliko može tačno identifikovati emocionalna stanja, razumeti njihove uzroke i posledice, predvideti emocionalne tranzicije i izabrati strategije upravljanja koje su situaciono adekvatne i usmerene ka ciljevima. Nasuprot tome, modeli emocionalne inteligencije kao crte (osobine) pozicioniraju emocionalne kompetencije bliže ličnosti i samopoimanju, tretirajući ih kao relativno stabilne individualne razlike u samopercipiranim emocionalnim sposobnostima, sklonostima i stilovima funkcionisanja (Petrides, 2009). Sistematski pregled literature o emocionalnoj inteligenciji kao crti sugerše da viši nivo emocionalne inteligencije kao crte ima zaštitnu ulogu u odnosu na psihološku dobrobit i socijalno funkcionisanje, iako su nalazi nužno uslovljeni metodom merenja i dizajnom istraživanja (Mancini et al., 2024). Ova distinkcija između dva različita pristupa je ključna za konceptualizaciju emocionalne pismenosti, jer podseća da znanje o emocijama i osećaj kompetentnosti u upravljanju emocijama nisu isto, te da se u empirijskim modelima često javljaju različite veze sa kriterijumima u zavisnosti od toga da li se meri postignuće (putem testova sposobnosti) ili se sprovodi samoprocena (putem upitnika).

Zbog toga je u istraživanjima konceptualno najčistije tretirati emocionalnu pismenost kao integrativni konstrukt koji sadrži i kognitivno-perceptivne i metakognitivno-dispozicione elemente, uz jasnu operacionalizaciju šta se smatra njenim indikatorima (npr. vokabular emocija i emocionalna jasnoća, repertoar regulacionih strategija, situaciona adekvatnost, empatija i socijalno-odgovorna upotreba emocija i slično).

Razvojno-psihološka tradicija emocionalne kompetentnosti dodatno naglašava da emocionalna pismenost nije samo individualna osobina, već rezultat socijalizacije, kulture i konteksta. Emocionalna kompetentnost se u klasičnim razvojnim modelima definiše kao sposobnost efikasnog funkcionisanja u emocionalno obojenim socijalnim transakcijama, što implicira i razumevanje društvenih pravila emocija, i sposobnost da se emocionalni izrazi usklade sa socijalnim normama i ciljevima, i očuvanje ličnog integriteta u odnosima (Saarni, 1999). Ova perspektiva je naročito važna za emocionalnu pismenost u okruženjima, gde se „adekvatnost“ emocionalnog izražavanja i regulacije ne može svesti na univerzalno optimalne strategije, već zavisi od uloge (učenik vs. nastavnik, lekar vs. pacijent), institucionalnih očekivanja, vrednovanja i odnosa moći. U tom smislu, noviji konceptualni modeli emocionalne kompetentnosti izdvajaju specifične kompetencije koje su funkcionalne za instrukciju, upravljanje okruženjem i relacione procese, pri čemu se naglašava da razvoj emocionalnih kompetencija može doprineti i dobrobiti i zadržavanju u profesiji (npr. Savina, 2025).

Procesni modeli regulacije emocija, posebno Grossov okvir, nude dodatnu teorijsku strukturu emocionalnoj pismenosti jer precizno opisuju gde i kako se regulacija može odvijati u toku emocionalnog procesa, od selekcije i modifikacije situacije, preko usmeravanja pažnje i kognitivne promene, do modulacije odgovora (Gross, 1998, 2015). Emocionalna pismenost u ovom okviru uključuje ne samo posedovanje strategija (npr. kognitivna reinterpretacija, emocionalna supresija), nego i metaregulacionu sposobnost da osoba prepozna kada je strategija neefikasna, da proceni gubitke i koristi u konkretnom kontekstu i da adaptivno menja pristup situaciji. Time emocionalna pismenost postaje blisko povezana sa širim konceptom samoregulacije i izvršnim funkcijama, jer izbor i implementacija strategija često zavise od kognitivnih resursa, radne memorije, inhibicije i fleksibilnosti. U školskom i zdravstvenom kontekstu to znači da emocionalna pismenost nije samo resurs koji omogućava osobi da se oseća bolje, već i da održi usmerenost na zadatak, podnese frustraciju, oporavi se od neuspeha, izađe na kraj sa izgaranjem i nastavim angažman, što direktno utiče na uspešnost u poslu.

Savremene konstrukcionistačke perspektive dodatno pomeraju fokus sa ideje emocija kao krajnjih entiteta koji se jednostavno detektuju, ka ideji emocija kao iskustava koja se delom konstrušu kroz kategorizaciju i konceptualizaciju, pri čemu je jezik ključan alat diferencijacije

i refleksije (Barrett, 2017). Iz ove perspektive, emocionalna pismenost je snažno povezana sa emocionalnom diferencijacijom, odnosno sposobnošću da se razlikuju fina i srodna emocionalna stanja (npr. razočaranje, tuga, krivica), što olakšava precizniji izbor regulacionih strategija i adaptivnije socijalno ponašanje. Veza između jezika i emocionalnog razvoja dobija snažnu empirijsku podršku u radovima koji pokazuju da emocionalni i mentalistički govor u svakodnevnim interakcijama (npr. roditelj-dete, nastavnik-učenik, lekar-pacijent) doprinosi socioemocionalnom učenju, jer omogućava mapiranje unutrašnjih stanja na pojmove, uzroke i posledice, i internalizaciju okvira za razumevanje emocija u socijalnim situacijama (Bell et al., 2024). Ovakvi nalazi su važni i za operacionalizaciju emocionalne pismenosti, jer sugerišu da indikatori ne moraju biti samo upitnici i testovi, već i lingvističko-diskurzivne mere koje mogu imati veću ekološku validnost u obrazovnom i kliničkom okruženju.

U primenjenoj obrazovnoj psihologiji emocionalna pismenost se često ugrađuje u širi okvir socijalno-emocionalnog učenja (SEL), gde se naglašava razvoj samosvesti, samoupravljanja, socijalne svesti, veština odnosa i odgovornog donošenja odluka (CASEL, 2020). Međutim, u analizi sadržaja i fokusa SEL programa u srednjem detinjstvu uočava se da najveći broj intervencija zapravo cilja komponente emocionalnog razumevanja i regulacije, kao i upotrebu emocija u socijalnom odlučivanju, što su upravo temeljni elementi emocionalne pismenosti (O'Grady, 2024). Ovo sugerise da emocionalna pismenost može biti shvaćena kao bazni konstrukt ili temeljni mehanizam kroz koji šire SEL kompetencije postaju operacionalno ostvarive. Dodatno, argument da emocionalna pismenost treba da bude kurikularni princip, a ne izolovan program, sve češće se javlja u savremenim radovima koji zagovaraju paradigmu rezilijentnog učenja umesto isključivo performansno orijentisanog obrazovanja (Jaya et al., 2025). U tom okviru emocionalna pismenost se posmatra kao sistemski resurs škole, jer ona menja način na koji se postavljaju očekivanja, kako se vrednuju ishodi, kako se tretira greška i neuspeh, i kako se oblikuju odnosi, što je posebno relevantno za razvoj akademskih emocija i dugoročnu školsku adaptaciju.

Empirijska operacionalizacija emocionalne pismenosti nužno otvara metodološka pitanja o merenju. U praksi, značajan deo istraživanja oslanja se na mere samoprocene percipirane emocionalne inteligencije ili metaraspoloženja, kao što je Skala meta-raspoloženja (Trait Meta-Mood Scale - TMMS-24), koja obuhvata dimenzije emocionalne pažnje, jasnoće i regulacije (Salovey et al., 1995). Savremene validacione studije nastavljaju da ispituju strukturu i kriterijumsku validnost TMMS-24 u različitim kulturama i populacijama. Na primer, istraživanje iz Perua pruža nove dokaze o pouzdanosti i validnosti skale kod univerzitetskih studenata i povezuje dimenzije TMMS-24 sa relevantnim psihološkim

ishodima i osobinama (Fernández-Berrocal et al., 2025). Paralelno, emocionalna inteligencija kao osobina se često meri instrumentima poput Upitnika crte emocionalne inteligencije (Trait Emotional Intelligence Questionnaire – TEIQue), pri čemu je za validna poređenja grupa ključno pitanje mernog invarijantnog funkcionisanja. Studije koje testiraju invarijantnost konstrukta emocionalne inteligencije kao crte kroz različite populacije i sociodemografske kategorije ukazuju da su psihometrijske provere neophodne pre interpretacije razlika između grupa (Pérez-Díaz et al., 2022). Ovi nalazi imaju direktnu implikaciju za emocionalnu pismenost, jer ako se pismenost operacionalizuje indikatorima samoprocene, potrebno je eksplicitno tretirati mogućnost kulturnih i lingvističkih razlika u razumevanju emocionalnih termina, normama izražavanja i stilovima samoprezentacije, kao i zajedničku varijansu.

Istovremeno, oslanjanje isključivo na samoprocene nosi rizik konceptualne redukcije emocionalne pismenosti na doživljaj kompetentnosti, umesto na stvarnu sposobnost ili ponašajnu manifestaciju. Zato je teorijski i metodološki utemeljeno zagovarati multimetodski pristup koji se sastoji iz procene postignuća na „emocionalnim“ zadacima (npr. prepoznavanje emocija, razumevanje emocionalnih scenarija), procene drugih (roditelji, nastavnici, vršnjaci, kolege), bihevioralnih mera u prirodnim interakcijama, kao i lingvističkih i emocionalnih indikatora jezika (Bell et al., 2024). U obrazovnim i kliničkim istraživanjima dodatni argument za multimetodski pristup je ekološka validnost, jer emocionalna pismenost treba da se manifestuje u realnim školskim i kliničkim situacijama, u interpersonalnim konfliktima i u saradničkim zadacima. Na nivou mehanizama, emocionalna pismenost bi trebalo da doprinosi adaptaciji kroz precizniju emocionalnu procenu (*Šta osećam?* i *Zašto?*), kroz selekciju adekvatnih regulacionih strategija (Gross, 1998, 2015) i kroz upotrebu emocionalnih informacija u socijalnom odlučivanju (O’Grady, 2024). Dodatno, konstrukcionista perspektiva implicira to da razvoj emocionalne pismenosti zavisi od razvoja emocionalnih koncepata i jezičke dostupnosti emocionalnih kategorija, što objašnjava zašto emocionalni govor predstavlja važan prediktor socioemocionalnog učenja (Bell et al., 2024). Razvoj emocionalne pismenosti je rezultat interakcije individualnih predispozicija i socijalnog okruženja. Temperament i emocionalna reaktivnost postavljaju početne granice i sklonosti, ali socijalizacija emocija oblikuje obrasce razumevanja i regulacije (Denham, 1998; Saarni, 1999).

Kritički deo konceptualizacije emocionalne pismenosti odnosi se na problem preklapanja i normativnosti. Prvo, emocionalna pismenost se konceptualno preseca sa emocionalnom inteligencijom, emocionalnom kompetentnošću i SEL kompetencijama, pa je u naučnom radu nužna eksplicitna definicija i precizno mapiranje dimenzija koje ulaze u konstrukt. Drugo, za razliku od striktno deskriptivnih konstrukata, emocionalna pismenost

često sadrži implicitnu normativnu komponentu: podrazumeva se da je cilj „bolje“ upravljanje emocijama i „odgovornije“ ponašanje. Savremena istraživanja koji emocionalnu pismenost stavljaju u centar kurikuluma upravo naglašavaju odgovornost, otpornost i prosocijalnost kao krajnje ciljeve (Jaya et al., 2025), što je važno, ali istovremeno zahteva metodološki oprez, jer normativni ciljevi ne smeju zameniti empirijsku operacionalizaciju, a posebno je važno razlikovati adaptivnu regulaciju od rigidne kontrole ili supresije, kao i prosocijalnu upotrebu emocionalnih veština od instrumentalne manipulacije. Treće, kulturne i jezičke razlike mogu menjati način na koji se emocije konceptualizuju i izražavaju, pa konstrukcionista perspektiva i nalazi o ulozi emocionalnog jezika impliciraju da se emocionalna pismenost mora proučavati i meriti uz eksplicitno uvažavanje lingvističkog i kulturnog konteksta (Barrett, 2017; Bell et al., 2024). Empirijski primer u tom pravcu je potreba za rigoroznim proverama mernog invarijantnog funkcionisanja u istraživanjima emocionalne pismenosti kao crte, jer bez toga razlike između grupa mogu biti artefakt merjenja, a ne realna razlika u konstrukt (Pérez-Díaz et al., 2022).

Zaključno gledano, emocionalna pismenost kao psihološki konstrukt ima integrativni status, jer ona objedinjuje perspektivu emocionalne pismenosti kao sposobnosti, dispozicionu perspektivu emocionalne pismenosti, razvojno-psihološke modele emocionalne kompetentnosti, procesne modele regulacije emocija i konstrukcionista uvide o ulozi jezika i konceptualizacije. Empirijski, istraživanja ukazuju na potrebu da se emocionalna pismenost meri i tumači u skladu sa savremenim psihometrijskim standardima, uz multimetodsku operacionalizaciju i proveru kulturno-jezičkih uslova merjenja (Fernández-Berrocal et al., 2025; Pérez-Díaz et al., 2022). U tom okviru, emocionalna pismenost nije samo skup „mekih veština“ (*soft skills*), već teorijski utemeljen konstrukt koji nudi objašnjenje individualnih razlika u adaptaciji i u interpersonalnom funkcionisanju, kao i osnovu za dizajn praksi koje sistemski podržavaju razvoj komunikaciju i profesionalno funkcionisanje (Savina, 2025).

Emocionalna pismenost u obrazovnoj i kliničkoj profesiji

Emocionalna pismenost u profesionalnim ulogama (posebno u obrazovanju i medicini) može se teorijski najstabilnije postaviti kao integrativni konstrukt koji obuhvata emocionalnu svest i jasnoću, diferencijaciju afektivnih stanja, repertoar i fleksibilnost strategija regulacije, kao i interpersonalnu primenu emocija u komunikaciji i donošenju odluka (Gross, 1998, 2015; Mayer et al., 2008; Saarni, 1999). U oba domena emocije nisu „nusprodukt“, već funkcionalni signali i regulatorni resursi koji utiču na pažnju, procenu relevantnosti, ponašanje pod stresom i kvalitet odnosa, pa se emocionalna pismenost može razumeti kao meta-kompetencija koja

povezuje stručnu ekspertizu sa adaptivnim profesionalnim funkcionisanjem (Gross, 1998, 2015; Mayer et al., 2008; Pekrun, 2006, 2024). Ovakvo pozicioniranje zahteva da emocionalna pismenost bude mapirana kroz teorije regulacije emocija i kompetencije, a ne samo kroz popularne „*soft skills*” interpretacije, jer istraživanja pokazuju da obrasci regulacije (npr. ruminacija, izbegavanje, rigidno potiskivanje) imaju pouzdane veze sa distresom i psihopatološkim ishodima, dok adaptivniji obrasci tipično prate bolju dobrobit i funkcionisanje (Aldao et al., 2010; Gross, 2015; Petrova & Gross, 2023).

U obrazovnim profesijama emocionalna pismenost dobija specifičnu strukturu zato što je nastava istovremeno kognitivni i socioemocionalni posao. Nastavnik mora da upravlja sopstvenim emocijama, da prepoznaje emocije učenika i da održava učioničku klimu koja podržava učenje, disciplinu i odnos poverenja (Jennings & Greenberg, 2009; Sutton & Wheatley, 2003; Chen, 2021). Klasične pregledne studije (npr. Sutton & Wheatley, 2003) i kasnije sinteze različitih nalaza istraživanja ukazuju na to da su nastavničke emocije široko rasprostranjene i funkcionalno povezane sa upravljanjem odeljenjem, motivacijom i profesionalnom adaptacijom, dok noviji pregledi naglašavaju da se polje pomera ka preciznijim konceptualnim modelima i merenju nastavničkih emocija i njihovih posledica (; Becker et al., 2015; Chen, 2021; Sutton & Wheatley, 2003). U tom smislu, emocionalna pismenost nastavnika nije samo „biti empatičan”, već sposobnost da se emocionalni signali pravilno interpretiraju (npr. razlika između frustracije i stida kod učenika), da se odabere adekvatna strategija regulacije (npr. preusmeravanje pažnje, kognitivna reinterpretacija i slično) i da se reakcije usklade sa pedagoškim ciljevima i etikom odnosa (Gross, 1998, 2015; Jennings & Greenberg, 2009; Pekrun, 2006).

Jedan od najuticajnijih teorijskih okvira koji eksplicitno povezuje emocionalnu pismenost nastavnika sa ishodima u učionici jeste Model prosocijalne učionice, u kojem se nastavnikova socioemocionalna kompetentnost i dobrobit vide kao preduslovi kvaliteta upravljanja razredom, podržavajućih odnosa i efikasne implementacije SEL praksi, što zatim utiče na klimu odeljenja i ishode učenika (Jennings & Greenberg, 2009). Taj okvir je u skladu sa razvojnim naglaskom na emocionalnu kompetentnost kao kontekstualno učenje i socijalizaciju emocija, posebno u institucionalnim okruženjima kao što je škola (Jennings & Greenberg, 2009; Saarni, 1999). Savremeni konceptualni radovi dodatno specifikuju nastavničku emocionalnu kompetentnost u obliku skupa profesionalno relevantnih kompetencija (npr. prepoznavanje i upravljanje sopstvenim emocijama, upravljanje emocijama učenika, korišćenje emocija za instrukciju i odnose), uz argument da ovakav okvir olakšava

dizajn obuka i jasnije merenje „šta tačno razvijamo” kada govorimo o emocionalnoj pismenosti nastavnika (Savina et al., 2025).

Empirijski, rast literature o nastavničkim emocijama i regulaciji emocija poslednjih godina omogućava preciznije zaključke o vezama sa dobrobiti i radnim ishodima. Sistematski pregled koji sintetiše 165 studija (1998–2025) pokazuje da su nastavničke strategije regulacije emocija povezane sa nastavničkom dobrobiti, profesionalnim razvojem i indikatorima učenickog angažmana i klime u učionici, pri čemu se adaptivnije strategije tipično vezuju za povoljnije ishode (Xu et al., 2025). Ovakvi nalazi su kompatibilni sa teorijskim pretpostavkama Grossovog modela da strategije mogu delovati u različitim fazama emocionalnog procesa i da je fleksibilnost (a ne „jedna najbolja strategija”) ključna za adaptaciju u dinamičnim situacijama kakve su nastavne interakcije (Gross, 1998, 2015). Dodatno, radovi koji se fokusiraju na nastavničke emocije pokazuju da su specifične emocije nastavnika (npr. uživanje, bes, anksioznost) merljive i povezane sa nastavnim ponašanjem i kvalitetom nastave, što osnažuje ideju da emocionalna pismenost treba da bude operacionalizovana i na nivou diferenciranih emocija, a ne samo opšteg „stresa” (Burić, 2023; Frenzel, 2014; Frenzel et al., 2016).

Kada se emocionalna pismenost nastavnika posmatra kroz prizmu intervencija i profesionalnog razvoja, najjača evidencija dolazi iz programa koji direktno ciljaju regulaciju emocija, refleksiju i otpornost. Randomizovano kontrolisano ispitivanje CARE programa (Cultivating Awareness and Resilience in Education) pokazuje da je moguće dizajnirati profesionalni razvoj koji cilja stres i učioničko funkcionisanje nastavnika, uz merljive efekte na relevantne ishode (Jennings et al., 2013). Ovaj nalaz je u skladu sa širim argumentom da emocionalna pismenost u obrazovanju nije „dodatni modul”, već deo profesionalne kompetencije koja podržava kvalitet učionice i održivost nastavničke karijere, što dodatno konceptualno razrađuju savremeni modeli nastavničke emocionalne kompetentnosti (Jennings & Greenberg, 2009; Savina et al., 2025).

U medicinskim profesijama emocionalna pismenost ima sličan mehanizam (emocionalna svest + regulacija + interpersonalna primena), ali drugačiji set „okidača” poput velikih uloga, neizvesnosti, etičkih dilema, izloženosti patnji i potreba za delotvornom komunikacijom u kratkom vremenu. Zbog toga se emocionalna pismenost u medicini često razmatra kroz emocionalnu inteligenciju, kliničku empatiju, komunikacione veštine, moralni distres i profesionalnu dobrobit, pri čemu sistematski pregledi pokazuju rast interesovanja i za trening emocionalne pismenosti u medicinskom obrazovanju i za veze emocionalne pismenosti sa profesionalnim ishodima (Hojat, 2023; Maity et al., 2025; Nembhard et al., 2022).

Sistematski pregled intervencija usmerenih na emocionalnu pismenost u medicinskom obrazovanju sugerise da su multifazni, longitudinalno-integrisani pristupi (sa vezbom, refleksijom, mentorstvom i debriefingom) obećavajući u pogledu dobrobiti, komunikacije i profesionalnog razvoja (Maity et al., 2025).

Klinička empatija je posebno važna komponenta profesionalne emocionalne pismenosti, jer predstavlja „relacioni kanal” kroz koji se emocionalne informacije pacijenta prevode u kvalitetniju komunikaciju i potencijalno bolje ishode. Empirijski nalazi povezuju višu empatiju lekara sa indikatorima kliničkih ishoda kod pacijenata (npr. onih koji boluju od dijabetesa), što argumentuje da empatija nije samo etička vrednost već i potencijalno relevantna za ishode lečenja (Hojat et al., 2011). Šire sinteze o empatiji u zdravstvenoj zaštiti mapiraju prediktore i ishode empatije, kao i efekte intervencija, ukazujući na to da je empatija multidimenzionalna i da je njen odnos sa ishodima posredovan komunikacijom i poverenjem (Hojat, 2023; Nembhard et al., 2022; Surchat & Mackillop, 2022). Ovi nalazi su komplementarni sa pogledom da emocionalna pismenost obuhvata ne samo intrapersonalnu regulaciju, već i interpersonalne kompetencije (validacija emocija, strukturisanje razgovora, regulacija konflikta) koje su ključne u razgovorima o riziku i lošim vestima.

Domen profesionalne dobrobiti u medicini snažno je povezan sa emocionalnom pismenošću kroz regulaciju emocija, emocionalni rad i organizacione uslove rada. Klasični i relevantni meta-analitički empirijski korpus istraživanja o intervencijama za smanjenje lekarskog izgaranja na radu pokazuju da i individualne i organizacione intervencije mogu dovesti do klinički smislenih smanjenja izgaranja, uz naglašavanje da fokus samo na individualne strategije nije dovoljan (West et al., 2016). Komplementarno, drugi istraživači (npr. Shanafelt & Noseworthy, 2017) eksplicitno opisuju organizacione strategije za promovisanje angažovanosti i smanjenje izgaranja na radu, čime se emocionalna pismenost smešta i na sistemski nivo (kultura, liderstvo, timovi), a ne samo u „ličnu otpornost” pojedinca (Shanafelt & Noseworthy, 2017). Teorijski, to je kompatibilno sa modelima emocionalnog rada i regulacije u organizacionom kontekstu, gde se pokazuje da zahtevi posla često uključuju upravljanje emocionalnim izrazom, a strategije (*surface VS deep acting*) i organizaciona podrška utiču na distres i iscrpljenost (Grandey, 2000).

U kliničkom radu postoji i specifičan fenomen koji vrlo direktno demonstrira zašto emocionalna pismenost mora biti razmatrana kao profesionalno-sistemska tema, a to je „*second victim*” iskustvo, odnosno sekundarna viktimizacija, nakon neželjenog događaja ili greške. Termin se povezuje sa radom Vaa (Wu, 2000) i kasnijim konceptualnim i empirijskim radovima koji opisuju psihološke i profesionalne posledice po zdravstvene radnike (Quillivan

et al., 2016; Scott et al., 2009). Skot i saradnici (Scott et al., 2009) kvalitativno opisuju faze oporavka i tipična pitanja sekundarne viktimizacije, što je važno jer pokazuje da emocionalna obrada greške (stid, krivica, intruzivne misli i slično) direktno utiče na funkcionisanje, a time i na bezbednost pacijenata i kulturu organizacije (Scott et al., 2009). Studije i pregledi koji povezuju kulturu bezbednosti pacijenata sa distresom sekundarno viktimizovanih medicinskih radnika ukazuju na to da podržavajuća kultura i organizaciona podrška mogu ublažiti distress i profesionalne posledice, što je direktna analogija školskom principu „greška kao lekcija, a ne kao pretnja”, samo sa većim ulozima i drugačijim protokolima (Quillivan et al., 2016).

Moralni distres i moralna povreda predstavljaju dodatni sloj profesionalne emocionalne pismenosti u medicini, jer emocije često nastaju iz konflikta između profesionalnih vrednosti i sistemskih ograničenja (npr. resursi, protokoli, hijerarhije). Meta-analitički nalazi pokazuju pouzdanu povezanost moralnog distresa i emocionalne iscrpljenosti u zdravstvenim profesijama, čime se dodatno potkrepljuje teza da emocionalna pismenost mora uključiti prepoznavanje i regulaciju moralno-afektivnih stanja, a ne samo „opšti stres” (Orgambídez et al., 2025). Pregledi i empirijski radovi u intenzivnoj nezi dodatno mapiraju kako organizacioni, relacioni i situacioni faktori doprinose izgaranju i moralnom distresu, što ponovo vraća fokus na interakciju individualnih regulacionih resursa i konteksta (Chai et al., 2025; Salas-Bergüés et al., 2024).

Ujedinjujući obrazovni i medicinski domen, najkorisniji „zajednički imenitelj” ostaje procesna teorija regulacije emocija, jer u oba domena profesionalac mora da održi delotvornost u odnosu na ciljeve, ali i relacionu i etičku odgovornost, pri čemu strategije regulacije mogu delovati pre emocije (*antecedent-focused*) ili nakon njenog nastanka (*response-focused*), uz centralnu ulogu fleksibilnosti i situacione adekvatnosti (Gross, 1998, 2015; Petrova & Gross, 2023). U obrazovanju se to vidi kroz veze nastavničke regulacije emocija sa klimom učionice, angažmanom i kvalitetom nastave (Burić, 2023; Xu et al., 2025), dok se u medicini vidi kroz veze između regulacije emocija, empatije, komunikacije i profesionalne dobrobiti (Nembhard et al., 2022; Shanafelt & Noseworthy, 2017; West et al., 2016). Ovakav integrativni okvir istovremeno opravdava zašto emocionalna pismenost treba da bude deo profesionalnog obrazovanja (nastavničkog i medicinskog) i zašto je u praksi neodvojiva od organizacione kulture (školske i bolničke), jer se emocionalno funkcionisanje stalno „proizvodi” u interakciji osobe i sistema (Jennings & Greenberg, 2009; Quillivan et al., 2016; Shanafelt & Noseworthy, 2017).

RELACIJE EMOCIONALNE PISMENOSTI I STAVOVA PREMA SUICIDU

Jednostavne relacije

Relacije emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu predstavljaju konceptualno i praktično važno istraživačko polje, jer povezuju intrapersonalne procese razumevanja i regulacije emocija sa socijalno-kognitivnim evaluacijama suicida (npr. moralizovanje, stigmatizacija, atribucije krivice i „slabosti”) i spremnošću na profesionalnu intervenciju u kriznim situacijama. Stavovi prema suicidu nisu neutralne reprezentacije, već psihološke dispozicije koje utiču na to da li će profesionalac prepoznati rizik, kako će interpretirati suicidalne komunikacije i koliko će se osećati kompetentno i motivisano da reaguje. Zbog toga se u savremenoj suicidologiji stavovi često posmatraju kao posredni ishod i/ili mehanizam promena u obukama za prevenciju suicida, kao i kao indikator potencijalnih barijera u praksi (Ramberg et al., 2021; Torok et al., 2019; Wyman et al., 2008). Istovremeno, emocionalna pismenost teorijski objašnjava zbog čega stavovi mogu poprimati rigidne i moralizujuće forme. Kada su emocionalno razumevanje i regulacija oslabljeni, veća je verovatnoća da se u susretu sa suicidalnošću aktiviraju defanzivne strategije (izbegavanje, potiskivanje, ruminacija) i pojednostavljene atribucije (npr. manipulacija, „slab karakter”), što može povećati stigmatu i smanjiti spremnost na pomoć (Aldao et al., 2010; Batterham et al., 2013; Gross, 1998, 2015). Empirijski nalazi dodatno ukazuju na to da su emocionalne kompetencije povezane sa suicidalnim ishodima. Sistematski pregled odnosa emocionalne inteligencije i suicidalnog ponašanja sugerise da viši nivo emocionalnih veština može imati protektivnu ulogu i da bi emocionalne veštine trebalo razmatrati u prevenciji suicida (Domínguez-García & Fernández-Berrocal, 2018), dok se na adolescentskim uzorcima pokazuje da adaptivne strategije kognitivne regulacije mogu posredovati vezu između emocionalne inteligencije i suicidalne ideacije (Quintana-Orts et al., 2020). Paralelno, pregled literature o aleksitimiji, kao indikatoru slabije emocionalne svesti i verbalizacije emocija, pokazuje konzistentne veze sa suicidalnošću u različitim kliničkim i opštim populacijama, što dodatno potkrepljuje ideju da emocionalna pismenost može predstavljati relevantnu psihološku osnovu i za stavove i za ponašanja u vezi sa suicidom (npr. Hemming et al., 2019).

U medicinskim profesijama stavovi prema suicidu imaju direktne posledice po kvalitet procene rizika, komunikaciju, upućivanje i kontinuitet brige, pri čemu emocionalna pismenost može delovati kao ključna meta-kompetencija u kontaktu sa pacijentom, neizvesnošću i moralno opterećujućim situacijama (Ramberg et al., 2021). U praksi, negativni ili stigmatizujući stavovi mogu povećati distancu, smanjiti empatijsku dostupnost i voditi ka izbegavanju razgovora o

suicidu, što je posebno rizično u kontekstima gde su propuštene prilike za detekciju česte (Senf et al., 2022). Istraživanja eksplicitno pokazuju da su profesionalni stavovi relevantni i da variraju po obuci i kontekstu rada. Tako, na primer, studija među medicinskim sestrama je pokazala da je viši nivo emocionalne inteligencije i veća izloženost treningu iz mentalnog zdravlja povezana sa pozitivnijim stavovima prema pacijentima sa suicidalnim ponašanjem, uz zaključak da su emocionalne veštine važne za kvalitet nege (Carmona-Navarro et al., 2012). U psihoonkologiji i somatskim službama, gde se suicidalnost često javlja u kontekstu teške bolesti i demoralizacije, empirijski se naglašava da stavovi i uverenja profesionalaca mogu oblikovati pristup pacijentu i doživljaj legitimnosti suicidalnih iskaza, zbog čega mapiranje stavova postaje deo šireg razumevanja barijera u kliničkoj praksi (Senf et al., 2022). Stavovi prema suicidu i prevenciji suicida treba da se mere diferencirano, jer upravo te komponente predviđaju nameru i ponašanje u prevenciji (Ramberg et al., 2021), dok mere stigme (npr. *Stigma of Suicide Scale*) omogućavaju hvatanje moralizujućih i stereotipnih atribucija koje su kritične za razumevanje odnosa emocionalne pismenosti i profesionalnog odgovora (Batterham et al., 2013).

U obrazovnim profesijama relacija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu dobija specifičnu težinu zato što su škole prva linija institucija za rano prepoznavanje distresa, a nastavnici često predstavljaju prve odrasle osobe koje uočavaju promene u ponašanju adolescenata (Torok et al., 2019; Wyman et al., 2008). Stavovi nastavnika prema suicidu i prevenciji suicida utiču na to da li će suicidalne signale interpretirati kao ozbiljan rizik ili kao traženje pažnje, koliko će se osećati ovlašćenim da interveniše i da li će uključiti školsku mrežu podrške, što se u savremenim modelima „*gatekeeper*” kompetencija eksplicitno navodi kao komponenta koja zajedno sa znanjem i samoeфикасношću predviđa nameru i ponašanje (Ko et al., 2025). Empirijski podaci iz različitih obrazovnih sistema ukazuju na to da negativni stavovi prema prevenciji suicida među nastavnicima nisu retkost i da koegzistiraju sa nedostatkom znanja, što predstavlja jasnu barijeru implementaciji preventivnih aktivnosti (npr. Borah et al., 2025). Upravo zato su „*gatekeeper*” treninzi razvijani kao standardna preventivna strategija. Randomizovane evaluacije u školskim sistemima pokazuju da obuke mogu menjati ključne posredne ishode poput znanja, stavova, samoeфикаsnosti, komunikacionih namera, iako je prelazak sa ishoda emocionalne pismenosti na stabilne promene ponašanja i dalje metodološki izazovan (Torok et al., 2019; Wyman et al., 2008). Uvođenje emocionalne pismenosti u ovaj okvir daje dodatno objašnjenje. Naime, škole nisu samo mesta prenosa znanja, već i socioemocionalni ekosistemi, pa nastavnikova sposobnost da prepozna i reguliše emocije (sopstvene i učeničke) može biti preduslov za to da se razgovor o suicidu vodi bez stigme,

defanzivnosti ili eskalacije konflikta, čime se stavovi vezuju za spremnost na intervenciju (Gross, 2015; Ramberg et al., 2021).

Relacije emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu u profesionalnim populacijama (posebno u obrazovanju i medicini) najbolje je objasniti kroz integrativnu pretpostavku da se stavovi ne formiraju i ne ispoljavaju u vakuumu, već u interakciji emocionalno-regulatornih kapaciteta, socijalno-kognitivnih interpretacija i normi profesije. Emocionalna pismenost, shvaćena kao sposobnost precizne emocionalne svesti i jasnoće, diferencijacije afektivnih stanja, metakognitivne refleksije i fleksibilne regulacije, pruža mehanističko objašnjenje zašto isti sadržaj (suicidalnost) kod različitih profesionalaca može aktivirati ili empatičnu, problemski orijentisanu reakciju ili pak defanzivno moralizovanje, distanciranje i stigmatizaciju (Aldao et al., 2010; Rogante et al., 2024). Istovremeno, suicidologija i istraživanja stigme ukazuju da su stavovi prema suicidu i suicidalnim osobama višedimenzionalni, te da su merne tradicije heterogene, sa varijabilnim psihometrijskim kvalitetom i preklapanjem sa drugim psihološkim konstruktima (Batterham et al., 2013; Díaz et al., 2025; Kodaka et al., 2011; Ramberg et al., 2021). Upravo zato je teorijski korisno postaviti emocionalnu pismenost kao distalni resurs koji utiče na to kako profesionalac emocionalno obrađuje susret sa suicidnošću, interpretira nameru i značenje suicidalnog ponašanja i koje normative i profesionalne skripte aktivira u proceni, komunikaciji i intervenciji, pri čemu se očekuje da su ključni posrednici emocionalna regulacija, empatija i stigma (Batterham et al., 2013; Rogante et al., 2024).

U medicinskim profesijama stavovi prema suicidu imaju neposredne implikacije za kliničku procenu, komunikaciju i upućivanje, jer veliki deo kontakata sa suicidalnim osobama odvija se izvan specijalističke psihijatrije, gde propuštene prilike za direktno ispitivanje suicidalnih misli i planova predstavljaju realan rizik. Globalne smernice i implementacioni okviri naglašavaju ulogu zdravstvenih radnika i medicinskih profesionalaca u prepoznavanju rizika i ranoj intervenciji, uz eksplicitno insistiranje na kompetencijama komunikacije, procene i povezivanja sa adekvatnim resursima (Kashiwagi et al., 2025; WHO, 2000a, 2000b, 2021). U tom kontekstu, emocionalna pismenost može se shvatiti kao meta-kompetencija koja omogućava da kliničar ostane afektivno prisutan u razgovoru o suicidu bez izbegavanja i bez preterane reaktivnosti (npr. šok, ljutnja, moralna osuda), te da koristi regulaciju emocija kao podršku profesionalnom rasuđivanju i odnosu poverenja (Aldao et al., 2010; Rogante et al., 2024). Empirijski, sve veći broj studija pokazuje da negativni ili stigmatizujući stavovi zdravstvenih radnika mogu biti povezani sa slabijim standardom nege i manjom spremnošću na aktivno ispitivanje rizika, pri čemu se kao važni korelati izdvajaju nedostatak obuke i nisku

svest o suicidu, ali i emocionalne i etičke dimenzije profesionalnog funkcionisanja (Jandial & Gupta, 2024; Kashiwagi et al., 2025; Tabari et al., 2025). Nalazi na nivou pojedinačnih profesija dodatno podupiru vezu emocionalnih kapaciteta i stavova. Kod medicinskih sestara je pokazano da obuka može povećati samopercepciju kompetentnosti i pozitivniji pristup proceni suicida i upućivanju, odnosno smanjiti barijere koje imaju afektivnu i kognitivnu komponentu (Sela et al., 2024), dok su raniji nalazi sugerisali da viša emocionalna inteligencija može biti povezana sa funkcionalnijim stavovima prema suicidalnom ponašanju (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012). Na mehanističkom nivou, veza emocionalne pismenosti i stavova ka suicidu dodatno se osnažuje literaturom koja povezuje emocionalnu disregulaciju i suicidni rizik. Sistematski pregledi ukazuju na to da su teškoće regulacije emocija i maladaptivne strategije povezane sa suicidnom ideacijom i ponašanjem, što implicira da profesionalne procene i interpretacije suicidnosti mogu biti obojene upravo sopstvenim regulacionim kapacitetima i tolerancijom distresa (Aldao et al., 2010; Gupta et al., 2024; Rogante et al., 2024). Takođe, noviji metaanalitički dokazi sugerišu da emocionalna inteligencija može imati protektivnu ulogu u odnosu na suicidna ponašanja, iako uz oprez zbog heterogenosti studija i mera, što je relevantno za razumevanje zašto su emocionalne kompetencije kandidati za preventivne i edukativne intervencije u populacijama pod rizikom (Darvishi et al., 2025; Domínguez-García & Fernández-Berrocal, 2018; Quintana-Orts et al., 2020).

U obrazovnim profesijama, relacija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu dobija poseban značaj. U modelima prevencije suicida u školama, stavovi (npr. prema preventabilnosti, odgovornosti, legitimnosti traženja pomoći) deluju zajedno sa znanjem, percepiranom spremnošću i samoeфикасношću u predviđanju namere i ponašanja intervencije, što objašnjava zašto su „gatekeeper” obuke toliko centralna strategija u ovom domenu (Liu et al., 2025; Torok et al., 2019; Wyman et al., 2008). Empirijska istraživanja kod nastavnika pokazuju da negativni stavovi prema prevenciji suicida mogu biti veoma rasprostranjeni i da koegzistiraju sa nedostatkom znanja, što predstavlja direktnu barijeru za aktivno gatekeeper ponašanje (Borah et al., 2025). Istovremeno, meta-analitička evidencija iz randomizovanih kontrolisanih studija potvrđuje da „gatekeeper” treninzi u proseku poboljšavaju znanje i samoeфикасnost, a pregledi mehanizama promene ukazuju da su upravo stavovi i stigma među ciljnim, promenljivim ishodima koji mogu posredovati prelazak ka realnom ponašanju u praksi (Liu et al., 2025; Torok et al., 2019; Wyman et al., 2008). Savremene sinteze dodatno naglašavaju da su web-bazirani i hibridni modeli (npr. simulacije, vežbe, zajednice prakse) veoma relevantni, jer omogućavaju održavanje efekata, što je posebno važno u školskim

sistemima sa ograničenim resursima (Ferlatte et al., 2026; Liu et al., 2025). U takvom okviru, emocionalna pismenost nastavnika je konceptualno značajna, jer u realnim školskim situacijama nije važno samo „*znati šta treba uraditi*“, već tolerisati sopstvenu anksioznost i ambivalenciju, prepoznati emocionalnu dinamiku učenika (stid, bes, beznađe), voditi razgovor bez stigmatizacije i odlučno premostiti barijeru „*ne želim da pogrešim*“, što povezuje intrapersonalnu regulaciju sa interpersonalnim profesionalnim ponašanjem (Jennings & Greenberg, 2009; Sutton & Wheatley, 2003).

U oba profesionalna domena, emocionalna pismenost je tesno povezana sa stigmatizacijom. Stigma prema suicidu je operacionalizovana kroz dimenzije poput atribucija slabosti, sebičnosti ili manipulativnosti, a dokazano je da stigma i emocionalna pismenost nisu nezavisne. Nivoi znanja o suicidu, prethodna izloženost i obrazovni inputi u vezi su sa razlikama u stigmatizujućim uverenjima i spremnosti za pomoć (Batterham et al., 2013; Callear et al., 2022; Pierantonelli et al., 2024). Sistematski pregledi skala i psihometrijskih tradicija naglašavaju da se stavovi prema suicidu, stigma i pismenost često mešaju, ali da upravo diferencijacija ovih domena omogućava precizniju interpretaciju. Osoba može imati relativno dobru „pismenost“ a ipak zadržavati moralizujuće stavove, ili obrnuto, imati manje znanja, ali biti manje stigmatizujuća zbog normi profesije i relacije orijentacije (Díaz et al., 2025; Kodaka et al., 2011; Ramberg et al., 2021). U medicini, studije pokazuju da i među lekarima i među sestrama mogu koegzistirati visoka pismenost i negativni stavovi, ili niska pismenost i relativno pozitivniji stavovi, što implicira da stavovi nisu jednostavna funkcija znanja, već i afektivno-moralnih interpretacija i profesionalnih skripti (Jandial & Gupta, 2024; Tabari et al., 2025). U obrazovanju važi slična logika. Nastavnik može znati osnovne informacije o suicidu, ali ako je emocionalno opterećen, bez podrške sistema i sa visokim strahom od odgovornosti, može razvijati izbegavajuće ili rigidne stavove prema intervenciji, što se reflektuje u negativnim stavovima prema prevenciji uprkos deklarativno pozitivnim gatekeeper namerama (Borah et al., 2025; Liu et al., 2025). Otuda se u savremenim pregledima „*gatekeeper*“ treninga naglašava potreba za komponentama koje ciljaju redukciju stigme, vežbe komunikacije, refleksiju i održavanje efekata kroz savremenije pristupe, umesto oslanjanja na jednokratno predavanje (Ferlatte et al., 2026; Liu et al., 2025; Torok et al., 2019).

Ključni teorijski doprinos emocionalne pismenosti je mogućnost da se izgradi objašnjenje kako se stavovi prema suicidu generišu u situacijama profesionalnog susreta sa patnjom i rizikom. Procesni modeli regulacije emocija predviđaju da profesionalci, u zavisnosti od svog repertoara strategija i fleksibilnosti, mogu birati izbegavanje (ne pitati direktno), potiskivanje (držati distancu), ruminaciju (nakon kontakta), ili kognitivnu promenu

(strukturisati razgovor i plan pomoći), pri čemu se ove strategije zatim prelivaju u stabilnije kognitivne stavove i normative (Aldao et al., 2010; Rogante et al., 2024). U medicini, dodatni sloj čine moralni i organizacioni stresori (odgovornost, posledice, sistemska ograničenja), koji mogu voditi depersonalizaciji i cinizmu kao defanzivnim stilovima, pa je emocionalna pismenost relevantna i kao zaštitni resurs profesionalne održivosti i kvaliteta odnosa sa pacijentom (Quillivan et al., 2016; Shanafelt & Noseworthy, 2017; West et al., 2016). U obrazovanju, analogni mehanizmi se pojavljuju kroz učionički stres, izloženost konfliktima i procenama, te kroz odgovornost za učenike, što utiče na nastavničke emocije i regulaciju, a posredno na njihove interpretacije ponašanja učenika, uključujući i suicidalne signale (Jennings & Greenberg, 2009; Sutton & Wheatley, 2003; Xu et al., 2025). Time se dobija jasan argument zašto je u proučavanju stavova prema suicidu kod nastavnika i zdravstvenih radnika opravdano uključiti emocionalnu pismenost. Ona ne objašnjava samo „*da li neko zna*“, već „*kako emocionalno i moralno procesuirati*“, a upravo to često određuje da li će stavovi biti podržavajući i preventivno orijentisani ili stigmatizujući i izbegavajući (Batterham et al., 2013; Kashiwagi et al., 2025; Ramberg et al., 2021;).

Na kraju, savremena literatura sve jasnije sugeriše da su stavovi prema suicidu promenljivi, ali da promene zavise od toga da li obuka cilja samo znanje ili i afektivno-relacione kompetencije. Randomizovani i longitudinalni dokazi u školama pokazuju da programi prevencije mogu menjati ključne posredne ishode, uz izazov održavanja efekata kroz vreme (Ferlatte et al., 2026; Liu et al., 2025; Wyman et al., 2008). U zdravstvenim sistemima, studije sugerišu da trening i iskustvo mogu poboljšati procenu i reakciju na suicidalni rizik, ali da stigma i negativne atribucije ostaju barijere ukoliko se ne adresiraju eksplicitno kroz refleksiju i veštine komunikacije (Kashiwagi et al., 2025; Sela et al., 2024; Tabari et al., 2025). Zato je teorijski i praktično utemeljeno da se relacije emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu posmatraju kao deo šireg preventivnog lanca. Konkretno, emocionalna pismenost olakšava empatijsku, regulisanu i neskandaloznu komunikaciju o suicidu, smanjuje sklonost stigmatizaciji i moralizovanju, i povećava spremnost na profesionalnu intervenciju, posebno u profesijama gde su škole i zdravstvene ustanove ključne tačke ranog prepoznavanja i premošćavanja ka pomoći (Darvishi et al., 2025; Ramberg et al., 2021; Torok et al., 2019).

Moderatorski efekti sociodemografskih varijabli: kako oblikuju relacije između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu?

Pol

Pol, odnosno rodno uslovljene norme emocionalnog izražavanja, predstavlja teorijski plauzibilnu moderatorsku varijablu u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, jer menja i input (kako se emocije opažaju i regulišu) i output (kako se suicid interpretira, moralno evaluira i komunikacijski adresira) u profesionalnom susretu sa suicidnalnošću. U vezi sa emocionalnom pismenošću, brojni nalazi ukazuju na to da žene u proseku postižu prednost u različitim aspektima emocionalne inteligencije i tačnosti dekodiranja afektivnih signala, dok se kod muškaraca češće registruju više samoprocene određenih emocionalnih kompetencija ili drugačiji profili metaemocionalnih uverenja, što već na nivou merenja sugerše da se ista emocionalna pismenost može operacionalizovati i doživljavati rodno diferencirano (npr. Cabello et al., 2016; Fischer et al., 2018; Joseph & Newman, 2010; Petrides & Furnham, 2000). Paralelno, literatura o rodnim razlikama u regulaciji emocija sugerše da žene češće koriste širi repertoar strategija, ali i da su sklonije ruminaciji, posebno od adolescencije, dok se muškarci u proseku češće oslanjaju na potiskivanje u određenim kontekstima, a ove razlike su važne jer ruminacija i rigidne strategije regulacije imaju pouzdane veze sa distresom i psihopatološkim ishodom, što može povećati verovatnoću defanzivnih i stigmatizujućih interpretacija suicidnosti u profesionalnoj praksi (Aldao et al., 2010; McRae et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 2012; Johnson & Whisman, 2013). Kada se govori o stavovima prema suicidu i prevenciji, rodne razlike se javljaju i u opštoj populaciji i u profesionalnim uzorcima, mada smer i veličina efekata zavise od kulture, uzrasta i primenjenih instrumenta procene. Tako postoje nalazi o rodno diferenciranim procenama preventabilnosti, impulsivnosti u pokušaju i spremnosti na intervenciju, ali i o tome da je stigmatizacija suicida u nekim uzorcima izraženija kod muškaraca, posebno u adolescentnom periodu, dok se u odraslim uzorcima veza roda i stigme često pokazuje slabijom ili kontekstualno uslovljenom (Pereira et al., 2019; Poreddi et al., 2016). Dodatno, rodno diferencirani obrasci stavova predstavljaju važan mehanizam u celokupnom ponašanju, jer meta-analitički nalazi ukazuju na to da muškarci u proseku imaju negativnije stavove prema traženju profesionalne psihološke pomoći, što je praktično veoma relevantno jer stavovi prema suicidu i prema prevenciji suicida često koegzistiraju sa spremnošću da se potraži/ponudi pomoć i sa stigmatizujućim uverenjima (Nam et al., 2010; O'Donnell et al., 2025). Otuda se pol može razumeti kao moderator koji menja prevođenje emocionalne pismenosti u stavove.

Na primer, ista visina emocionalne jasnoće može kod žena češće voditi ka manje moralizujućim atribucijama i većoj preventivnoj orijentaciji, dok kod muškaraca efekat može biti oslabljen normama samodovoljnosti, strahom od greške prilikom pomoći i višom društvenom cenom emocionalne otvorenosti, što potencijalno održava distancu i rigidnije stavove čak i pri adekvatnim emocionalnim kapacitetima (Nam et al., 2010; Nolen-Hoeksema, 2012; O'Donnell et al., 2025).

U medicinskim profesijama, pol kao moderator dobija dodatnu složenost, jer se stavovi prema suicidalnim osobama formiraju u uslovima visokog uloga, moralnog pritiska i organizacionih ograničenja, a rodne norme se prepliću sa profesionalnim narativima i realnim izlaganjem suicidalnim slučajevima. Empirijski radovi ukazuju da se među medicinskim sestrama i lekarima mogu naći rodno uslovljene razlike u specifičnim dimenzijama stavova, što implicira da pol može menjati koji aspekti emocionalne pismenosti su funkcionalno relevantni za stavove (npr. Anderson et al., 2000). U savremenim kliničkim uzorcima dodatno se naglašava koegzistencija razumevanja suicida i stigmatizujućih stavova kod medicinskog osoblja, uz varijacije po profesiji i demografiji, što otvara prostor da pol moderira odnos između emocionalne pismenosti i stigme/stavova. Na primer, viša emocionalna pismenost može imati jaču anti-stigma i pro-preventivnu povezanost u grupama koje su socijalizovane ka emocionalnoj ekspresiji i relacijskom radu, dok se u grupama sa jačim normama distanciranja efekat može supresovati, odnosno prigušiti (Eilers et al., 2021; Tabari et al., 2025). Važan argument zašto je ova moderatorska perspektiva relevantna u medicini jeste i činjenica da su rodno diferencirani rizici i opterećenja unutar profesije realni, pa emocionalna pismenost može imati različit zaštitni kapacitet u zavisnosti od pola i konteksta rada (Zimmermann et al., 2024).

U obrazovnim profesijama, gde je rad snažno orijentisan na relacije i gde su škole istovremeno mesto ranog prepoznavanja distresa i gatekeeper intervencija, pol može moderirati odnos emocionalne pismenosti i stavova kroz dva kanala: 1) različite nivoe i profile emocionalnih kompetencija/strategija regulacije koje nastavnik donosi u interakciju, i 2) različite stavove prema prevenciji i traženju pomoći, što utiče na interpretaciju suicidalnih signala i na spremnost da se inicira razgovor i uključe službe (Borah et al., 2025; Liu et al., 2025;). Iako *gatekeeper* literatura često izveštava o tome da su grupe balansirane po polu ili da pol nije primarni prediktor promene posle obuke, šira evidencija o rodnim razlikama u stavovima sugerise da je pol i dalje kandidat moderatora na nivou mehanizama. Naime, ista obuka i sličan porast znanja mogu različito uticati na promenu stavova kod muškaraca i žena, upravo zbog razlika u normama emocionalne ekspresije, toleranciji ranjivosti i očekivanjima profesionalne uloge (Liu et al., 2025; Nam et al., 2010; Pereira et al., 2019). Zbog toga je u

metodološkom modeliranju istraživanja opravdano testirati pol kao moderator u relaciji emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, uz pretpostavku da se moderatorski efekat može ispoljiti selektivno, odnosno jače u dimenzijama stigme, moralnih atribucija i preventivne orijentacije nego u drugim aspektima pismenosti, te različito u medicinskom i obrazovnom kontekstu zbog različitih profesionalnih normi, zadataka i posledica greške.

Nivo obrazovanja

U razmatranju odnosa između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, nivo obrazovanja se može posmatrati kao važna moderatorska varijabla, budući da obrazovanje ne predstavlja samo indikator formalnog školovanja, već i širi okvir socijalizacije, izloženosti naučnim objašnjenjima ljudskog ponašanja, razvoja apstraktnog mišljenja i usvajanja kompleksnijih interpretativnih modela mentalnog zdravlja. U tom smislu, opravdano je pretpostaviti da veza između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu neće biti jednaka kod osoba različitog obrazovnog nivoa, već da će se njen intenzitet i smer menjati u zavisnosti od količine znanja, kritičkog mišljenja i iskustva koje formalno obrazovanje omogućava. Nalazi Lanoja i saradnika (Lannoy et al., 2022) posebno su značajni u tom kontekstu, jer ukazuju da obrazovno postignuće može imati zaštitni efekat u odnosu na suicidalni pokušaj, i to nezavisno od same kognitivne performanse, što govori u prilog tome da obrazovanje ima širi razvojni i psihosocijalni značaj, a ne samo funkciju pokazatelja intelektualnih sposobnosti.

Polazeći od toga, može se očekivati da emocionalna pismenost doprinosi formiranju manje stigmatizujućih, manje osuđujućih i psihološki diferenciranih stavova prema suicidu. Osobe koje uspješnije prepoznaju, razumeju i regulišu emocije, kao i one koje lakše uočavaju emocionalna stanja drugih ljudi, verovatnije će suicidalno ponašanje posmatrati kao izraz intenzivne psihološke patnje, interpersonalne krize i potrebe za pomoći, a ne kao moralni nedostatak, slabost karaktera ili jednostavan izraz lične volje. Ovakvo tumačenje ima uporište i u jednom sistematskom pregledu literature (Domínguez-García & Fernández-Berrocal, 2018), koji pokazuje da je viši nivo emocionalne inteligencije dosledno povezan sa manjim suicidalnim rizikom i manjom verovatnoćom suicidalnog ponašanja, pri čemu autori zaključuju da emocionalne kompetencije imaju protektivnu ulogu i da ih treba uključivati u programe prevencije suicida. Iako ti nalazi ne govore direktno o stavovima prema suicidu, oni pružaju snažan teorijski osnov za pretpostavku da emocionalna pismenost može biti povezana sa konstruktivnijim, humanijim i manje stigmatizujućim pogledima na suicid.

Međutim, sama emocionalna pismenost verovatno nije dovoljna da u svim socijalnim grupama proizvede iste obrasce stavova. Upravo tu na značaju dobija nivo obrazovanja. Obrazovanje može delovati kao kognitivni i kulturni filter kroz koji se emocionalne kompetencije prevode u stavove prema suicidu. Drugim rečima, osoba može imati razvijenu emocionalnu osetljivost, ali bez odgovarajućeg znanja o mentalnom zdravlju, suicidalnom riziku, kriznim stanjima i mogućnostima pomoći, ta emocionalna osetljivost ne mora nužno voditi ka adekvatnijim stavovima. Nasuprot tome, kod obrazovanih pojedinaca emocionalna pismenost može biti potpomognuta bogatijim pojmovnim aparatom, boljim razumevanjem multifaktorske etiologije suicida i manjom sklonošću ka pojednostavljenim moralnim objašnjenjima. Zbog toga je teorijski opravdano pretpostaviti da viši nivo obrazovanja može pojačati pozitivnu vezu između emocionalne pismenosti i konstruktivnih stavova prema suicidu. Takvo stanovište nalazi indirektnu empirijsku podršku u radovima koji pokazuju da edukacija o suicidu menja način na koji pojedinci razumeju suicidalno ponašanje. Ko i saradnici (Ko et al., 2021) utvrdili su da su policijski službenici koji su imali iskustvo edukacije o prevenciji suicida iskazivali pozitivnije stavove prema suicidu i suicidalnoj prevenciji nego oni bez takvog iskustva. Preciznije, edukovani ispitanici su češće prihvatili stav da je suicid moguće prepoznati, da suicidalne ideje mogu biti prolazne i da suicidalno ponašanje treba razumeti kao signal za pomoć. Ovaj nalaz je važan jer pokazuje da znanje i edukativna izloženost ne menjaju samo informisanost, već i evaluativni odnos prema suicidu. Ako formalno ili neformalno obrazovanje može doprineti pozitivnijim stavovima, onda je logično pretpostaviti da viši nivo obrazovanja može pojačati efekat emocionalne pismenosti na takve stavove, jer emocionalna kompetentnost tada dobija adekvatan interpretativni okvir.

S druge strane, moguće je pretpostaviti i drugačiji obrazac moderatorskog delovanja. Naime, nivo obrazovanja može ublažiti značaj emocionalne pismenosti ako se pokaže da obrazovani pojedinci, zahvaljujući većoj suicidalnoj pismenosti i većoj izloženosti stručnim objašnjenjima suicida, već poseduju manje stigmatizujuće stavove nezavisno od svojih emocionalnih kompetencija. U tom slučaju emocionalna pismenost bi mogla imati snažniji efekat upravo kod niže obrazovanih grupa, gde formalno znanje o suicidu, psihološkoj patnji i mogućnostima pomoći može biti skromnije. Ovakva mogućnost podržana je nalazima Pjerantonelija i saradnika (Pierantonelli et al., 2024), koji pokazuju da je niža suicidalna pismenost povezana sa višim nivoom stigme prema suicidu. Njihovi rezultati sugerišu da znanje o suicidu nije samo informativna varijabla, već i važan činilac u smanjenju stigmatizujućih i pojednostavljenih stavova. To otvara prostor za pretpostavku da emocionalna pismenost u grupama sa nižim obrazovanjem može imati kompenzatornu funkciju, odnosno da

kroz veću empatiju, bolju emocionalnu diferencijaciju i veću senzitivnost prema patnji drugih delimično ublaži nedostatak formalnog znanja.

Upravo zbog toga moderatorska uloga obrazovanja ne treba da se tumači uniformno. Ona može delovati u oba smera, zavisno od šireg socijalnog i profesionalnog konteksta ispitanika. Kod visokoobrazovanih osoba emocionalna pismenost može snažnije dolaziti do izražaja zato što obrazovanje obezbeđuje konceptualne resurse za razumevanje suicida kao kompleksnog biopsihosocijalnog fenomena. Kod niže obrazovanih osoba emocionalna pismenost može imati veću kompenzatornu vrednost, jer u odsustvu formalnog znanja upravo emocionalna osetljivost može predstavljati glavni izvor manje osuđujućih i manje rigidnih stavova. U oba slučaja obrazovni nivo menja način na koji se emocionalna pismenost „prevodi“ u evaluativni odnos prema suicidu.

Dodatni razlog za uvođenje obrazovanja kao moderatora leži u činjenici da odnos između obrazovanja i emocionalne pismenosti nije jednostavan ni jednoznačan. Postoje nalazi koji sugerišu da emocionalna inteligencija može biti u vezi sa obrazovnim ishodima i većom verovatnoćom uključivanja u više nivoa školovanja, ali istovremeno nije opravdano pretpostaviti da više obrazovanje automatski znači i višu emocionalnu pismenost. Zbog toga obrazovni nivo u ovom modelu nije najadekvatnije tumačiti kao prostu zamenu za emocionalne kompetencije, već pre kao kontekstualnu varijablu koja menja snagu i smisao njihovog delovanja na stavove prema suicidu. Upravo to moderatorsko tumačenje deluje teorijski preciznije od pretpostavke da su obrazovanje i emocionalna pismenost funkcionalno ekvivalentni konstrukti.

Na teorijskom planu, moguće je izdvojiti nekoliko mehanizama preko kojih nivo obrazovanja može moderirati odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Prvi mehanizam odnosi se na razumevanje uzročnosti. Više obrazovanje je često povezano sa manjom sklonošću ka simplifikovanim i moralizatorskim objašnjenjima ponašanja, pa emocionalno pismene osobe sa višim nivoom obrazovanja mogu lakše integrisati emocionalno razumevanje sa znanjem o socijalnim, psihijatrijskim i kriznim determinantama suicida. Drugi mehanizam tiče se stigme. Kako rezultati Pjerantonelija i saradnika (Pierantonelli et al., 2024) pokazuju da je niža suicidna pismenost povezana sa većom stigmom, može se pretpostaviti da obrazovanje smanjuje verovatnoću stigmatizujućeg tumačenja suicida, a da emocionalna pismenost taj efekat dodatno produbljuje kroz empatiju i emocionalnu senzitivnost. Treći mehanizam tiče se spremnosti za pomoć i prevenciju. Nalazi Koa i saradnika (Ko et al., 2021) ukazuju na to da edukacija povećava verovanje u preventabilnost suicida i u mogućnost prepoznavanja rizika, što znači da obrazovni kontekst može učiniti da emocionalna pismenost

ne ostane samo na nivou saosećanja, već da se prevede i u praktično relevantne stavove prema intervenciji i podršci.

Ako se ovaj odnos posmatra iz perspektive operacionalizacije stavova prema suicidu, moderatorska uloga obrazovanja postaje još uočljivija. Stavovi prema suicidu nisu jedinstven konstrukt, već obuhvataju više dimenzija, uključujući moralno prihvatanje ili odbacivanje suicida, percepciju suicida kao racionalnog ili iracionalnog čina, uverenja o njegovoj preventabilnosti, spremnost na pomaganje i stepen stigmatizacije osoba sa suicidalnim mislima ili ponašanjem. Moguće je da nivo obrazovanja ne moderira odnos emocionalne pismenosti sa svim ovim dimenzijama podjednako. Na primer, emocionalna pismenost može imati jaču vezu sa dimenzijama empatije, razumevanja i podrške, dok obrazovanje može snažnije uticati na stavove o preventabilnosti, profesionalnoj odgovornosti i uzročnim objašnjenjima suicida. U tom smislu, moderatorski efekat obrazovanja može biti parcijalan i specifičan za pojedine komponente stavova prema suicidu, što je važno imati u vidu i pri interpretaciji rezultata.

Istraživački je zato sasvim opravdano pretpostaviti da nivo obrazovanja moderira relaciju između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Ako se pokaže da je povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim stavovima prema suicidu jača kod visokoobrazovanih ispitanika, takav nalaz bi se mogao tumačiti time da formalno obrazovanje osnažuje kapacitet pojedinca da emocionalno razumevanje integriše sa znanjem o mentalnom zdravlju i suicidalnoj prevenciji. Ako se, međutim, pokaže da je ta povezanost jača kod niže obrazovanih ispitanika, to bi sugerisalo da emocionalna pismenost ima kompenzatornu funkciju u uslovima skromnijeg formalnog znanja i niže suicidalne pismenosti. U oba slučaja, moderatorski efekat bio bi teorijski smislen i praktično značajan, jer bi ukazivao da se formiranje stavova prema suicidu ne može objasniti ni isključivo emocionalnim kompetencijama ni isključivo nivoom obrazovanja, već njihovom interakcijom. Nalazi više autora (Domínguez-García & Fernández-Berrocal, 2018, Ko et al., 2021, Lannoy et al., 2022, Pierantonelli et al., 2024) zajedno pružaju dovoljno osnova da se ova pretpostavka smatra empirijski i teorijski opravdanom.

Zanimanje – kontekst zdravstvenih i obrazovnih radnika

Zanimanje se može smatrati važnom moderatorskom varijablom u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, jer profesionalni kontekst oblikuje kako način razumevanja suicidalnog ponašanja, tako i očekivanja u vezi sa reagovanjem na suicidalni rizik. Profesionalna uloga ne određuje samo stepen izloženosti osobama u krizi, već i vrstu

odgovornosti, nivo stručne obuke i obrasce profesionalne socijalizacije, zbog čega je opravdano pretpostaviti da emocionalna pismenost neće imati identičan značaj kod medicinskih i prosvetnih radnika. Takva pretpostavka oslanja se na širu literaturu koja pokazuje da se stavovi prema suicidu i suicidalnoj prevenciji sistematski razlikuju među profesionalnim grupama, kao i da su znanje, prethodna obuka i osećaj kompetentnosti važni prediktori tih stavova (npr. Draper et al., 2015; Jandial et al., 2024; Ko et al., 2021).

Dakle, način na koji se emocionalna pismenost prevodi u stavove prema suicidu verovatno zavisi od profesionalnog konteksta. Kod medicinskih radnika emocionalna pismenost funkcioniše u okviru formalizovanog sistema odgovornosti za procenu rizika, kliničko odlučivanje, kriznu intervenciju i upućivanje na lečenje. Zbog toga su stavovi medicinskih radnika prema suicidu često povezani ne samo sa ličnim vrednostima i empatijom, već i sa prethodnim profesionalnim iskustvom, obukom i opaženom kompetentnošću za rad sa suicidalnim pacijentima. Brunero i saradnici (Brunero et al., 2008) pokazali su da trening iz prevencije suicida može unaprediti stavove zdravstvenih profesionalaca prema suicidalnoj prevenciji, dok su Draper i saradnici (Draper et al., 2015) utvrdili da se stavovi prema suicidalnoj prevenciji razlikuju među profesionalnim grupama unutar zdravstvenog sistema, pri čemu su profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja iskazivali pozitivnije i kompetentnije stavove od drugih grupa zdravstvenih radnika. To ukazuje da u medicinskom kontekstu emocionalna pismenost ne deluje izolovano, već u sprezi sa profesionalnim znanjem i kliničkom praksom.

Dodatnu podršku ovakvom tumačenju pružaju i studije koje pokazuju da ni unutar medicinskog sektora ne postoji jedinstven obrazac stavova prema suicidu. Određeni autori (npr. Jandial et al., 2024) ukazuju na to da su suicidalna pismenost i stavovi prema suicidu važni za kvalitet nege osoba sa suicidalnim ponašanjem, pri čemu se i lekari i medicinske sestre razlikuju u razumevanju suicida i spremnosti za reagovanje. Slično tome, Senf i saradnici (Senf et al., 2020) pokazuju da se medicinske sestre i lekari psihijatrijskog usmerenja razlikuju u stavovima prema suicidalnim pacijentima i prema samom suicidalnom ponašanju, pri čemu su sestrinske profesije u pojedinim dimenzijama pokazivale više razumevanja i prihvatanja. Ovi nalazi sugerišu da emocionalna pismenost kod medicinskih radnika može imati različite funkcije. Kod nekih profesija ona može biti snažnije povezana sa empatijom i interpersonalnim pristupom, a kod drugih sa sposobnošću da se kliničko znanje primeni bez preterane emocionalne distance ili moralizovanja (Jandial et al., 2024; Senf et al., 2020).

Profesionalni kontekst prosvetnih radnika razlikuje se od medicinskog upravo po tome što obrazovni radnici, iako često prvi primećuju promene u ponašanju mladih, uglavnom nemaju kliničku obuku za procenu suicidalnog rizika. Zbog toga se kod njih stavovi prema

suicidu i spremnost za reagovanje verovatno u većoj meri oslanjaju na emocionalnu senzitivnost, empatiju, pismenost u oblasti mentalnog zdravlja i osećaj profesionalne odgovornosti nego na formalne kliničke protokole. Jamaguči i saradnici (Yamaguchi et al., 2020) pokazali su da nastavnici u velikoj meri smatraju da je podrška mentalnom zdravlju učenika deo njihove profesionalne uloge, ali da istovremeno pokazuju ograničeno znanje o suicidalnosti i relativnu nesigurnost kada je reč o direktnom razgovoru sa učenicima o suicidalnim mislima. Slično tome, pojedini autori (npr. Manjula et al., 2024) pokazali su na to da programi pismenosti u oblasti mentalnog zdravlja za nastavnike poboljšavaju znanje i pomažuća ponašanja u vezi sa depresijom i suicidalnošću adolescenata, dok Davico i saradnici (Davico et al., 2024) izveštavaju da *gatekeeper* trening kod nastavnika unapređuje samoprocenu znanja i samoeфикаsnost za reagovanje na adolescentnu suicidalnost.

Upravo zbog tih razlika zanimanje se može posmatrati kao moderator odnosa između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Kod prosvetnih radnika emocionalna pismenost može imati izraženiji značaj zato što u profesiji sa manjim stepenom kliničke obuke upravo empatija, emocionalna senzitivnost i sposobnost prepoznavanja patnje mogu predstavljati glavni oslonac za formiranje nestigmatizujućih i podržavajućih stavova. U prilog toj pretpostavci govore nalazi Graciana i saradnika (Graziano et al., 2025), prema kojima su kod nastavnika veća *gatekeeper* samoeфикаsnost i spremnost na reagovanje povezane sa većim znanjem, većim empatičkim kapacitetom, većom kolaborativnom samoeфикасношću i spremnošću da se stave u tuđu poziciju. Drugim rečima, u prosvetnom kontekstu emocionalni i interpersonalni kapaciteti mogu imati neposredniji efekat na spremnost za odgovorno reagovanje u situacijama suicidalnog rizika (Graziano et al., 2025).

S druge strane, postoji i snažan teorijski argument da bi veza između emocionalne pismenosti i pozitivnijih stavova prema suicidu mogla biti izraženija upravo kod medicinskih radnika. U njihovom slučaju emocionalna pismenost dobija posebno značenje zato što je ugrađena u svakodnevni kontakt sa pacijentima u krizi, u profesionalne odluke koje imaju neposredne bezbednosne posledice i u situacije koje zahtevaju istovremeno stručnost i interpersonalnu senzitivnost. Ako medicinski radnik poseduje visoko razvijene emocionalne kompetencije, veća je verovatnoća da će svoje stručno znanje koristiti na manje distanciran i manje osuđujući način, uz veće razumevanje subjektivne patnje osobe sa suicidalnim mislima. U prilog ovome govore nalazi da su kod zdravstvenih radnika pozitivniji stavovi prema suicidalnoj prevenciji povezani sa prethodnom edukacijom, opaženom kompetentnošću i profesionalnom ulogom (Brunero et al., 2008; Draper et al., 2015; Ko et al., 2021).

Posebno je važno to što obuka menja stavove u obe profesionalne grupe, ali verovatno različitim mehanizmima. Kod medicinskih radnika edukacija o suicidu povećava osećaj profesionalne kompetentnosti, smanjuje nesigurnost u radu sa suicidalnim pacijentima i jača uverenje da je suicidalna prevencija deo profesionalne odgovornosti (Brunero et al., 2008; Ko et al., 2021). Kod prosvetnih radnika obuka smanjuje mitove o suicidu, povećava spremnost da se sa mladima direktno razgovara o suicidalnim mislima i podiže samoeфикаsnost za upućivanje učenika na stručnu pomoć (Davico et al., 2024; Manjula et al., 2024; Yamaguchi et al., 2020). Iz toga proizlazi da zanimanje može menjati samu putanju kojom emocionalna pismenost utiče na stavove prema suicidu, odnosno u medicinskom kontekstu pre svega preko kliničke kompetentnosti i kvaliteta kontakta sa pacijentom, a u prosvetnom preko *gatekeeper* uloge, empatije i spremnosti za rano prepoznavanje rizika.

Treba naglasiti i da profesionalna izloženost suicidalnosti sama po sebi ne mora automatski voditi pozitivnijim stavovima. U medicinskom kontekstu učestali kontakti sa suicidalnim pacijentima mogu doprineti većoj kompetentnosti i razumevanju, ali mogu voditi i emocionalnom zamoru, defanzivnosti ili rigidnijim profesionalnim reakcijama ukoliko nije praćen adekvatnom edukacijom i supervizijom, što je u skladu sa razlikama koje su između profesionalnih grupa registrovali pojedini istraživači (Draper et al., 2015, Senf et al., 2020). Slično tome, kod prosvetnih radnika osećaj odgovornosti za učenike ne mora biti dovoljan za adekvatan odgovor ako nastavnik nema znanje, institucionalnu podršku i emocionalne resurse za direktno suočavanje sa suicidalnošću, što potvrđuju nalazi Jamagučija i saradnika (Yamaguchi et al., 2020) o oklevanju nastavnika da sa učenicima direktno razgovaraju o suicidalnim mislima.

Na teorijskom nivou, moderatorska uloga zanimanja može se objasniti razlikom između dve profesionalne logike. Medicinski radnici funkcionišu u logici procene, dijagnostike, odgovornosti za akutnu bezbednost i kliničke intervencije, dok prosvetni radnici funkcionišu u logici kontinuiranog odnosa, opažanja promena u ponašanju, podrške i upućivanja. U medicinskom kontekstu emocionalna pismenost može doprineti tome da stručna procena ne bude hladno tehnička, već relacijski osetljiva i manje stigmatizujuća. U prosvetnom kontekstu emocionalna pismenost može doprineti tome da nastavnik uopšte prepozna znakove patnje, ne minimizira ih i reaguje bez izbegavanja teme. Zbog toga isti nivo emocionalne pismenosti može imati različite implikacije za stavove prema suicidu u zavisnosti od profesionalne grupe, što teorijski opravdava tretiranje zanimanja kao moderatorske varijable (Draper et al., 2015; Graziano et al., 2025; Jandial et al., 2024).

Stoga je opravdano pretpostaviti da zanimanje moderira relaciju između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Ako se pokaže da je povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim stavovima prema suicidu snažnija kod prosvetnih radnika, takav nalaz mogao bi se tumačiti kompenzatornom funkcijom emocionalne pismenosti u profesiji koja ima važnu preventivnu ulogu, ali manje formalne kliničke obuke. Ako se, pak, pokaže da je ta povezanost jača kod medicinskih radnika, to bi se moglo objasniti time da emocionalna pismenost u kliničkom okruženju omogućava humaniju i manje distanciranu primenu stručnog znanja u radu sa osobama u krizi. U oba slučaja moderatorski efekat zanimanja bio bi teorijski konzistentan sa dostupnom literaturom, koja dosledno pokazuje da se stavovi prema suicidu razlikuju među profesionalnim grupama i da su obuka, znanje, opažena kompetentnost i interpersonalne kompetencije važni činioci tih stavova (Brunero et al., 2008; Davico et al., 2024; Draper et al., 2015; Graziano et al., 2025; Ko et al., 2021; Manjula et al., 2024).

Starost

Starost, takođe, predstavlja važnu razvojnu i sociodemografsku varijablu koja može menjati prirodu odnosa između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Takva pretpostavka polazi od toga da ni emocionalna pismenost ni stavovi prema suicidu nisu statične pojave, već konstrukti koji se dinamički oblikuju kroz razvojne procese, životno iskustvo, generacijske norme, kulturne narative o mentalnom zdravlju i kumulativnu izloženost gubitku, bolesti, stresu i socijalnim očekivanjima. Zbog toga je opravdano pretpostaviti da isti nivo emocionalne pismenosti neće imati isto značenje kod mladih, sredovečnih i starijih osoba, niti će na isti način biti povezan sa manje stigmatizujućim, manje osuđujućim ili preventivno konstruktivnijim stavovima prema suicidu. Nalazi studija o stavovima prema suicidu dosledno pokazuju da postoje starosne razlike u načinu na koji ljudi procenjuju prihvatljivost, uzroke i preventabilnost suicida, iako smer tih razlika nije uvek jednoznačan među kulturama i uzorcima (Na et al., 2018; Pereira & Cardoso, 2019; Segal et al., 2004).

Istraživanja ukazuju na to da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu verovatno nije uniforman kroz životni vek. Jedan od razloga za to jeste činjenica da se emocionalna inteligencija i srodne emocionalne kompetencije razvijaju i menjaju sa godinama. Čen i saradnici (Chen et al., 2016) su ukazali na to da je starost pozitivno povezana sa emocionalnom inteligencijom i da emocionalna inteligencija delimično posreduje odnos između starosti i subjektivne dobrobiti, što sugerise da starije osobe, u proseku, mogu posedovati razvijenije emocionalne resurse za razumevanje i regulaciju afekta nego mlađe

odrasle osobe. Slično tome, novija istraživanja (npr. Aragundi-Moncada et al., 2025) pokazuju da se ukupna emocionalna inteligencija ne mora nužno linearno razlikovati među starosnim grupama, ali da starije grupe postižu više rezultate na dimenzijama emocionalne jasnoće i emocionalne reparacije, dok mlađe grupe pokazuju više emocionalne pažnje. Ovi nalazi su važni zato što ukazuju da starost ne utiče samo na stepen emocionalne pismenosti, već i na njenu strukturu i funkcionalni profil. Upravo zato je moguće da ista emocionalna kompetencija u različitim životnim dobima vodi ka različitim stavovima prema suicidu.

Kada je reč o samim stavovima prema suicidu, literatura pokazuje da se oni menjaju sa starošću, ali ne nužno u jednom pravcu. Segal i saradnici (Segal et al., 2004) ustanovili su da su stariji odrasli u odnosu na mlađe na više dimenzija SOQ-a iskazivali veću prihvatljivost suicida, češće ga povezivali sa nedostatkom religioznosti, percipirali ga kao „normalniji” i kao ireverzibilni čin. Autori su zaključili da mlađi i stariji odrasli dele niz različitih predstava o suicidu, što ukazuje na to da starost može menjati evaluativni okvir kroz koji se suicid tumači. Nasuprot tome, Na i saradnici (Na et al., 2018) na opštem populacionom uzorku nalaze da starije osobe imaju negativnije stavove prema suicidu nego mlađe, odnosno manje povoljne ili manje prihvatajuće stavove. Ove nekonzistentnosti idu u prilog moderatorskoj hipotezi da starost očigledno menja odnos prema suicidu, ali smer i priroda tog uticaja verovatno zavise od kulturnog konteksta, operacionalizacije stavova i karakteristika uzorka.

Dodatnu složenost uvodi nalaz da starost nije povezana samo sa opštim stavovima, već i sa stigmom prema suicidu. Pereira i Kardoso (Pereira & Cardoso, 2019) pokazali su da odrasli ispitanici imaju više stigmatizujućih stavova prema suicidu nego adolescenti, pri čemu je ovaj efekat bio naročito izražen kod žena. Ovaj nalaz ukazuje da razvojno starije grupe ne moraju nužno imati tolerantnije ili sofisticiranije stavove prema suicidu, uprkos većem životnom iskustvu. Paralelno s tim, drugi autori (Batterham et al., 2013) na australijskom uzorku pokazuju da su mlađi odrasli imali višu pismenost u vezi sa suicidalnošću, dok je niža pismenost bila povezana sa većom stigmom prema suicidu. To sugerise da starost može menjati odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu upravo preko znanja, stigme i kulturnih uverenja. Naime, kod nekih starijih grupa veće životno iskustvo može doprineti empatiji i razumevanju patnje, ali kod drugih generacijska socijalizacija može istovremeno održavati rigidnije, moralizatorske ili stigmatizujuće predstave o suicidu.

Na toj osnovi može se formulisati prvi mogući obrazac moderacije. Naime, starost može pojačavati pozitivan efekat emocionalne pismenosti na stavove prema suicidu. Ovakva pretpostavka polazi od toga da starije osobe često raspolažu većim životnim iskustvom u suočavanju sa gubitkom, bolešću, krizom i interpersonalnom složenošću, a kada je to iskustvo

praćeno višom emocionalnom pismenošću, ono može rezultirati dubljim razumevanjem psihološke patnje i manjom sklonošću da se suicid posmatra jednodimenzionalno. U tom scenariju emocionalna pismenost kod starijih osoba ne bi bila samo intrapsihički resurs, već i sredstvo interpretacije složenih ljudskih situacija, što bi pogodovalo manje osuđujućim stavovima. Ovakva interpretacija je u skladu sa nalazima da neke komponente emocionalne inteligencije, naročito emocionalna jasnoća i regulacija, mogu biti izraženije u starijem dobu (Aragundi-Moncada et al., 2025; Chen et al., 2016).

Drugi, jednako verovatan obrazac moderacije jeste da starost ublažava efekat emocionalne pismenosti na stavove prema suicidu, zato što starije generacije mogu biti snažnije oblikovane tradicionalnim normama o samokontroli, privatnosti, moralnosti i stigmi mentalnih poremećaja. U tom slučaju, iako starija osoba može posedovati razvijene emocionalne kapacitete, njihov uticaj na stavove prema suicidu može biti ograničen stabilnijim generacijskim uverenjima i kulturnim skriptama. Upravo nalazi Pereire i Kardosa (Pereira & Cardoso, 2019) o većoj stigmi kod odraslih, kao i nalazi Baterhama i saradnika (Batterham et al., 2013) o tome da su mlađi odrasli pokazivali višu pismenost u kontekstu suicida, idu u prilog mogućnosti da kod mlađih osoba emocionalna pismenost lakše prelazi u otvorenije, manje stigmatizujuće i više preventivne stavove prema suicidu. U mlađim generacijama emocionalna pismenost može biti snažnije povezana sa savremenijim diskursima o mentalnom zdravlju, traženju pomoći i psihološkoj ranjivosti, pa njena veza sa stavovima prema suicidu može biti direktnija, odnosno snažnija.

Takvu mogućnost dodatno podržavaju nalazi na adolescentnim uzorcima. Pojedini autori (Calea et al., 2024) pokazali su da je u adolescentnom uzorku pismenost u kontekstu suicida bila viša kod starijih adolescenata nego kod mlađih, što govori da i unutar relativno uskog uzrasnog raspona razvoj donosi promene u znanju i stavovima prema suicidu. Iako je reč o adolescentskoj populaciji, ovaj nalaz je važan jer sugeriše da razvojne razlike već rano menjaju način na koji se suicid razume i evaluira. Drugim rečima, starost je relevantna ne samo kao demografski indikator, već kao marker razvojne pozicije u kojoj se ukrštaju emocionalni kapaciteti, znanje, stigma i socijalne norme.

Za istraživanje je posebno važno to što starost može menjati i funkcionalno značenje emocionalne pismenosti. Kod mlađih osoba emocionalna pismenost može biti snažnije povezana sa empatijom, otvorenošću za razgovor o mentalnom zdravlju i manjim oslanjanjem na tradicionalne moralne okvire. Kod starijih osoba emocionalna pismenost može biti tesno povezana sa emocionalnom regulacijom, prihvatanjem kompleksnosti i tolerancijom prema ambivalentnosti, ali njen efekat na stavove prema suicidu može biti delimično ograničen

generacijskim obrascima stigme ili normalizacije suicida u određenim okolnostima. Pojedini autori (npr. Segal et al., 2004) upravo pokazuju da stariji ispitanici na nekim dimenzijama vide suicid kao „normalniji“, dok Na i saradnici (Na et al., 2018) nalaze manje povoljne stavove u starijim grupama, što sugeriše da starost ne deluje jednosmerno, već modifikuje koje dimenzije stava prema suicidu dolaze do izražaja.

Na teorijskom planu, moderatorska uloga starosti može se objasniti integracijom teorijskih postulata razvojne psihologije, socijalne psihologije stavova i pismenosti u kontekstu suicida. Starost utiče na emocionalnu pismenost preko sazrevanja emocionalne regulacije i kumulativnog iskustva, ali istovremeno utiče i na stavove prema suicidu preko generacijski specifičnih normi, religioznosti, društvene stigme i različite izloženosti javnim diskursima o mentalnom zdravlju. Kada se te dve putanje ukrste, nastaje osnov za moderatorski efekat, odnosno emocionalna pismenost neće imati isti domet u oblikovanju stavova prema suicidu kod osoba koje pripadaju različitim generacijskim kohortama. Zato je metodološki i teorijski opravdano očekivati interakciju starosti i emocionalne pismenosti, a ne samo njihove nezavisne glavne efekte. Ovakvo tumačenje dodatno podržava i činjenica da je u drugim oblastima mentalnog zdravlja pokazano da starost menja odnos emocionalne inteligencije sa indikatorima blagostanja i psihopatologije, što potvrđuje da razvojni kontekst može menjati funkcionalne efekte emocionalnih kompetencija (Chen et al., 2016).

U interpretaciji nalaza treba imati u vidu da moderatorski efekat starosti može biti različit u zavisnosti od toga kako su operacionalizovani stavovi prema suicidu. Ukoliko su u fokusu dimenzije stigme, moralne osude i socijalne distance, moguće je da će mlađe osobe sa višom emocionalnom pismošću pokazivati izraženije nestigmatizujuće stavove, jer su istovremeno socijalizovane u savremenijem diskursu o mentalnom zdravlju. Ukoliko su u fokusu dimenzije razumevanja psihološke patnje, prihvatanja kompleksnosti uzroka i percepcije egzistencijalnih aspekata suicida, moguće je da će emocionalna pismenost snažnije dolaziti do izražaja kod starijih osoba. Drugim rečima, starost može moderirati ne samo jačinu, već i sadržaj veze između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu.

Ako se pokaže da je povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim i manje stigmatizujućim stavovima prema suicidu snažnija kod mlađih ispitanika, takav nalaz bi se mogao tumačiti time da emocionalna pismenost u mlađim generacijama lakše dolazi do izražaja u okviru savremenijih normi o mentalnom zdravlju i otvorenosti prema psihološkoj ranjivosti. Ako se, međutim, pokaže da je ta povezanost jača kod starijih ispitanika, to bi moglo značiti da emocionalna pismenost u kasnijim životnim dobima dobija dodatnu dubinu kroz životno iskustvo, emocionalnu regulaciju i veću toleranciju prema kompleksnosti ljudske

patnje. U oba slučaja moderatorski efekat bio bi teorijski konzistentan sa dostupnom literaturom (npr. Caele et al., 2024; Batterham et al., 2013; Na et al., 2018; Pereira & Cardoso, 2019; Segal et al., 2004), koja pokazuje da se i emocionalna pismenost i stavovi prema suicidu menjaju sa starošću, ali ne nužno linearno ni uniformno kroz populaciju

Radni staž i novčana primanja

Razmatranje dužine radnog staža i zarade kao moderatora u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu polazi od pretpostavke da emocionalna pismenost ne deluje nezavisno od profesionalnog i socioekonomskog konteksta, već da se njen odnos sa stavovima prema suicidu oblikuje u interakciji sa iskustvom rada, organizacionim zahtevima, materijalnom sigurnošću i percipiranom društvenom pozicijom. Dužina radnog staža može se posmatrati kao moderator zato što profesionalno iskustvo predstavlja složen razvojni okvir u kome se istovremeno akumuliraju znanje, rutina, samopouzdanje, praktična kompetentnost, ali i potencijalna emocionalna zasićenost, desenzitizacija ili defanzivnost. U tom smislu nije opravdano pretpostaviti da će emocionalna pismenost imati identičan značaj kod osoba na početku karijere i kod onih sa dugogodišnjim radnim iskustvom. Kod iskusnijih zaposlenih emocionalna pismenost može biti osnažena većim brojem susreta sa kriznim situacijama i razvijenijim profesionalnim repertoarom ponašanja, pa se može očekivati da kod njih emocionalne kompetencije lakše prelaze u stabilnije, manje osuđujuće i profesionalno zrelije stavove prema suicidu. Istovremeno, duži staž može voditi i profesionalnoj rigidnosti, emocionalnom udaljavanju ili sagorevanju, zbog čega odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu ne mora nužno jačati sa iskustvom, već može biti oslabljen upravo kod onih koji su duže izloženi profesionalnim stresorima (npr. Awwad et al., 2020; Boukouvalas et al., 2020).

Empirijsku podršku ovakvom moderatorskom modelu pruža istraživanje sprovedeno među medicinskim sestrama, u kojem je pokazano da su profesionalci bez iskustva ili treninga iz mentalnog zdravlja i suicida imali manje samopouzdanja i negativnije stavove prema osobama sa suicidalnim ponašanjem, dok su oni sa prethodnim iskustvom u mentalnom zdravlju ispoljavali više samopouzdanja i manje negativne stavove (Vedana et al., 2017). Ovaj nalaz ukazuje da iskustvo rada u relevantnom profesionalnom kontekstu menja način na koji se emocionalna i profesionalna kompetentnost ispoljavaju u odnosu prema suicidnosti. Slično tome, sistematski pregled literature (Boukouvalas et al., 2020) pokazuje da su znanje o suicidu, stavovi prema suicidu i samopouzdanje u radu sa osobama u riziku međusobno povezani, pri

čemu među važne faktore spadaju trening, prethodno iskustvo i tip profesionalne uloge. Takvi nalazi podržavaju pretpostavku da radni staž može pojačati pozitivan efekat emocionalne pismenosti onda kada iskustvo prati učenje i profesionalna sigurnost, ali i da taj efekat može biti oslabljen kada iskustvo postane praćeno rutinizacijom ili emocionalnim iscrpljenjem.

Mogućnost da duži radni staž ne mora nužno značiti i snažnije socioemocionalne kapacitete dodatno potkrepljuju nalazi Avada i saradnika (Awwad et al., 2020), koji su ukazali na to da su godine iskustva kod glavnih radiologa bile povezane sa razlikama u emocionalnoj inteligenciji i liderstvu, pri čemu je veće radno iskustvo bilo povezano sa padom pojedinih faktora emocionalne inteligencije i liderskih dimenzija. Iako se radi o specifičnom profesionalnom uzorku, ovaj nalaz je teorijski značajan jer upozorava da profesionalno iskustvo ne mora automatski voditi jačanju emocionalnih kompetencija, već da u određenim uslovima može pratiti slabljenje interpersonalne senzitivnosti. U kontekstu odnosa emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, to znači da se kod zaposlenih sa dužim stažom ne mora unapred očekivati snažnija povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim stavovima, već da je podjednako moguće da će ta veza biti slabija zbog profesionalnog zamora ili defanzivnog stila reagovanja (Awwad et al., 2020).

Na osnovu toga mogu se formulisati dve teorijski održive pretpostavke. Prva je da će dužina radnog staža pojačavati pozitivnu vezu između emocionalne pismenosti i manje stigmatizujućih stavova prema suicidu, jer iskustvo omogućava integraciju emocionalnog razumevanja sa praktičnim znanjem i profesionalnom sigurnošću (Boukouvalas et al., 2020; Vedana et al., 2017). Druga je da će dužina radnog staža ublažavati tu vezu, tako da će emocionalna pismenost snažnije doprinositi pozitivnim stavovima kod manje iskusnih zaposlenih, kod kojih još nije došlo do rutinizacije i emocionalnog distanciranja (Awwad et al., 2020). U oba slučaja radni staž se pokazuje kao teorijski opravdan moderator, a ne samo kao tehnička kontrolna varijabla, iako su izneti nalazi istraživanja nekonzistentni po pitanju uloge dužine radnog staža.

Zarada se, s druge strane, može posmatrati kao indikator socioekonomskog položaja, materijalne sigurnosti, društvenog statusa i subjektivnog osećaja kontrole nad životnim okolnostima. Zbog toga je opravdano pretpostaviti da zarada može menjati način na koji emocionalna pismenost utiče na stavove prema suicidu. Šira literatura o suicidalnosti pokazuje da je niži prihod povezan sa višim rizikom suicidalnih misli i pokušaja. Agerbo (2001) je pokazao snažnu povezanost niskog prihoda i suicidnog rizika, dok su drugi autori (npr. Wetherall et al., 2015) ukazali na to da je nizak prihod stabilan faktor rizika za suicidalne misli i pokušaje. Slično tome, Sueki (2019) pokazuje da se verovatnoća suicidalne ideacije smanjuje

sa rastom prihoda domaćinstva. Iako se ovi nalazi ne odnose neposredno na stavove prema suicidu, oni sugerišu da socioekonomski položaj menja odnos pojedinca prema psihološkoj patnji, beznađu i traženju pomoći, pa je time razumno pretpostaviti da menja i način na koji emocionalna pismenost oblikuje stavove prema suicidu.

Teorijsku osnovu za moderatorsku ulogu zarade dodatno pruža literatura o socioekonomskom statusu i emocionalnom funkcionisanju. Mankus i saradnici (Mankus et al., 2016) pokazuju da su sociodemografske karakteristike važan izvor individualnih razlika u emocionalnoj svesnosti, dok Mensted (Manstead, 2018) ističe da niži društveni slojevi češće razvijaju veću osetljivost na socijalni kontekst i veću zavisnost od interpersonalne koordinacije. Takođe, pojedini autori (Schmalor & Heine, 2021) ukazuju na to da je u delu ranijih istraživanja viši socioekonomski status povezivan sa nižom emocionalnom inteligencijom, jer osobe višeg statusa mogu biti manje zavisne od drugih i samim tim manje motivisane da obrađuju emocionalne signale iz okruženja. U tom smislu materijalni položaj može menjati ne samo intenzitet, već i profil emocionalne pismenosti, što podržava ideju da zarada može modifikovati vezu između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu.

Dodatno, nalazi pokazuju da emocionalna inteligencija može biti povezana i sa samim ekonomskim uspehom. U istraživanju Sančez-Gomeza i saradnika (Sánchez-Gómez et al., 2021) viši ukupni skorovi emocionalne inteligencije, a naročito emocionalne reparacije, bili su povezani sa višom zaradom i nakon kontrole starosti, pola, socijalne klase, obrazovanja i radnog iskustva. Slično tome, određeni autori (npr. Urquijo et al., 2019) pokazali su doprinos emocionalne inteligencije ekstrinzičnoj i intrinzičnoj karijernoj uspešnosti. Takvi rezultati ukazuju da zarada i emocionalna pismenost nisu nužno nezavisne dimenzije, već da se delom mogu razvijati u međusobno povezanom profesionalnom procesu. Upravo zbog toga zarada može imati moderatorsku ulogu, jer emocionalna pismenost se verovatno ne ispoljava isto kod osoba koje raspolažu većom materijalnom sigurnošću i kod onih koje funkcionišu u uslovima ekonomske ranjivosti.

Posebno je važan nalaz prema kome su osobe iz viših socioekonomskih sredina u australijskom uzorku pokazivale višu stigmu prema suicidu i nižu suicidnu pismenost nego osobe iz nižih socioekonomskih sredina (Money et al., 2021). Ovaj rezultat je teorijski značajan jer pokazuje da viši socioekonomski status ne mora automatski voditi otvorenijim i informisanijim stavovima prema suicidu. Naprotiv, moguće je da viši status u nekim društvenim kontekstima ide zajedno sa većim insistiranjem na samokontroli, uspehu i individualnoj odgovornosti, što može povećati distancu prema suicidalnosti i slabiti nestigmatizujući potencijal emocionalne pismenosti. U tom scenariju viša zarada mogla bi

ublažavati pozitivnu vezu između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu (Money et al., 2021). Istovremeno, moguće je i suprotno tumačenje. Niža zarada i materijalna nesigurnost mogu stvarati hronični stres, osećaj ugroženosti i stalnu egzistencijalnu opterećenost, što može ograničiti kapacitet da se emocionalna pismenost izrazi kroz refleksivne, otvorene i podržavajuće stavove prema suicidu. U tom slučaju emocionalna pismenost mogla bi snažnije dolaziti do izražaja kod osoba sa višim prihodima, jer materijalna sigurnost omogućava veći psihološki prostor za empatiju, razumevanje i toleranciju prema složenosti psihološke patnje (Agerbo, 2001; Wetherall et al., 2015). Zato i kod zarade postoje dve teorijski uverljive moderatorske mogućnosti. Prva je da viša zarada pojačava efekat emocionalne pismenosti jer obezbeđuje veću sigurnost i resurse, a druga je da ga pojačava niža zarada jer u ranjivijim grupama emocionalna pismenost ima snažniju kompenzatornu i humanizujuću funkciju.

Posmatrani zajedno, radni staž i zarada ne predstavljaju samo sociodemografske ili profesionalne pokazatelje, već markere šire profesionalne pozicioniranosti i životnih uslova. Radni staž označava akumulaciju iskustva, profesionalne socijalizacije i potencijalnog zamora, dok zarada označava materijalnu sigurnost, status i socijalni položaj. Zbog toga je teorijski opravdano očekivati da oba faktora menjaju odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, ali ne nužno u istom smeru. Kod osoba sa dužim stažom emocionalna pismenost može biti osnažena iskustvom ili oslabljena rutinom, dok kod osoba sa višom zaradom može biti olakšano njeno ispoljavanje kroz refleksivne stavove ili, alternativno, umanjena njena povezanost sa nestigmatizujućim pristupom usled statusne distance i normi samokontrole (Boukouvalas et al., 2020; Money et al., 2021). Zbog te višeznačnosti, tretiranje dužine radnog staža i zarade kao moderatora predstavlja teorijski precizniji pristup od njihovog svodenja na proste kovarijate.

U skladu sa tim, može se pretpostaviti da dužina radnog staža i zarada moderiraju relaciju između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Ukoliko se pokaže da je povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim stavovima prema suicidu snažnija kod osoba sa dužim stažom, takav nalaz mogao bi se tumačiti iskustvenim osnaživanjem emocionalnih kompetencija (Vedana et al., 2017). Ukoliko se pokaže da je ta povezanost jača kod osoba sa kraćim stažom, to bi moglo ukazivati na to da profesionalno iskustvo vremenom slabi neposredni uticaj emocionalne pismenosti usled rutinizacije i emocionalnog zamora (Awwad et al., 2020). Analogno tome, snažnija povezanost kod osoba sa višom zaradom mogla bi se tumačiti efektom materijalne sigurnosti, dok bi snažnija povezanost kod osoba sa nižom zaradom mogla ukazivati na kompenzatornu ulogu emocionalne pismenosti u uslovima veće socioekonomske ranjivosti (Money et al., 2021; Wetherall et al., 2015). U oba slučaja

moderatorski model ostaje teorijski i empirijski opravdan, uz potrebu da se nalazi tumače u svetlu profesionalnog konteksta, organizacionih uslova i šireg socioekonomskog okruženja.

Partnerski status

Bračni, odnosno partnerski status, može se posmatrati kao važna moderatorska varijabla u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, jer predstavlja jedan od ključnih pokazatelja socijalne integracije, dostupnosti emocionalne podrške, interpersonalne bliskosti i stabilnosti svakodnevnog života. U klasičnim i savremenim pristupima suicidalnosti partnerska povezanost se uglavnom razume kao zaštitni socijalni resurs, dok se odsustvo partnera, razvod, separacija ili gubitak partnera dovode u vezu sa većim psihološkim opterećenjem i višim suicidalnim rizikom. Meta-analitički i populacioni nalazi pokazuju da je brak u proseku povezan sa nižim rizikom od suicida, dok su razvedene, razdvojene i usamljene osobe koje nikada nisu bile u braku češće izloženi povećanom riziku, pri čemu se efekti razlikuju prema polu, starosti i kulturnom kontekstu (Chen et al., 2024; Kyung-Sook et al., 2018). Ovakvi nalazi ne odnose se neposredno na stavove prema suicidu, ali jasno sugerišu da partnerski status menja širi socijalno-emocionalni kontekst u kojem pojedinac razume psihološku patnju, beznade i mogućnost pomoći.

Bračni/partnerski status može moderirati ovu relaciju zato što menja način na koji se emocionalna pismenost razvija, koristi i dobija socijalno značenje. Partnerski odnosi predstavljaju važno polje emocionalne razmene, pregovaranja, regulacije konflikta, empatije i uzajamne podrške. Zbog toga se može pretpostaviti da osobe koje su u stabilnoj partnerskoj vezi imaju više prilika da emocionalne kompetencije svakodnevno aktiviraju i učvršćuju, što može pojačati vezu između emocionalne pismenosti i konstruktivnijih stavova prema suicidu. U prilog tome govore nalazi da je emocionalna inteligencija pozitivno povezana sa kvalitetom romantičnih odnosa i partnerskim zadovoljstvom, pri čemu rezultati jedne meta-analize (Jardine et al., 2022) potvrđuje stabilnu povezanost emocionalne inteligencije i zadovoljstva vezom. Dodatno, istraživanja emocionalne inteligencije u kontekstu partnerskih odnosa pokazuju da razvijenije emocionalne kompetencije olakšavaju relacijsko funkcionisanje, intimnost i uzajamno razumevanje, što znači da partnerski status može predstavljati kontekst u kome emocionalna pismenost postaje snažnije integrisana u opšti stil socijalne procene i reagovanja (Jardine et al., 2022).

S druge strane, partnerski status nije samo pokazatelj prisustva ili odsustva veze, već i pokazatelj socijalne pozicioniranosti, usamljenosti, gubitka i relacione stabilnosti. Istraživanja

pokazuju da su stabilne bračne istorije povezane sa višim blagostanjem i boljim zdravljem, dok su samački status, nestabilne partnerske istorije i razvod povezani sa nepovoljnijim ishodima, naročito kod osoba sa manje resursa (Mäki et al., 2025). Takođe, istraživanja statusa veze i blagostanja pokazuju da je partnerski status povezan sa višim životnim zadovoljstvom i manjim depresivnim simptomima, pri čemu deo tog efekta ide preko subjektivnog zadovoljstva sopstvenim relacijskim statusom (Adamczyk & Segrin, 2017). Ovi nalazi su važni jer sugerišu da emocionalna pismenost može imati drugačije efekte u zavisnosti od toga da li pojedinac funkcioniše u kontekstu partnerske podrške ili u kontekstu usamljenosti, gubitka ili relacione nestabilnosti.

Na toj osnovi može se formulisati prvi mogući obrazac moderacije. Bračni/partnerski status može pojačavati pozitivnu vezu između emocionalne pismenosti i manje stigmatizujućih stavova prema suicidu kod osoba koje su u stabilnoj vezi ili braku. U ovom scenariju emocionalna pismenost ne deluje izolovano, već je osnažena iskustvom emocionalne bliskosti, uzajamne regulacije emocija i socijalne podrške. Osobe koje su u stabilnom partnerskom odnosu mogu biti sklonije relacijskom razumevanju psihološke patnje i manje sklone rigidnim individualističkim objašnjenjima suicida, upravo zato što se njihova emocionalna kompetentnost ostvaruje u svakodnevnoj razmeni sa značajnom drugom osobom. Takvo tumačenje je usklađeno sa literaturom koja partnersku integraciju razume kao zaštitni socijalni faktor u oblasti suicidalnosti (Chen et al., 2024; Kyung-Sook et al., 2018).

Međutim, podjednako je uverljiva i pretpostavka da će emocionalna pismenost imati snažniji efekat upravo kod osoba koje nisu u partnerskoj vezi, koje su razvedene, razdvojene ili udovci/udovice. U tim grupama emocionalna pismenost može imati kompenzatornu funkciju, jer u odsustvu stabilne emocionalne podrške upravo sposobnost samorazumevanja, regulacije emocija i empatijskog uvida može biti važan resurs za manje osuđujuće i manje stigmatizujuće stavove prema suicidu. Drugim rečima, kada nedostaje interpersonalni oslonac, individualne emocionalne kompetencije mogu postati važnije za način na koji pojedinac razume patnju, krizu i ranjivost drugih ljudi. Ovakvo tumačenje dobija dodatnu težinu iz nalaza da razvod, separacija i gubitak partnera predstavljaju važne rizične okolnosti u odnosu na suicidnost, što sugeriše da partnerski status menja emocionalni i egzistencijalni okvir u kojem se formiraju stavovi o suicidu (Kyung-Sook et al., 2018; Liu et al., 2021).

Za moderatorsku hipotezu posebno je važna i literatura o stigmati. Noviji radovi pokazuju da je stigma povezana sa suicidnim rizikom, slabijim mentalnim zdravljem i manjom spremnošću na traženje pomoći (Wyllie et al., 2025). Ako se uzme u obzir da partnerski status može menjati stepen socijalne uključenosti i očekivane podrške, onda je verovatno da menja i

to koliko emocionalna pismenost može da amortizuje stigmatizujuće stavove prema suicidu. Na primer, kod osoba u partnerskoj vezi emocionalna pismenost može biti podržana konkretnim iskustvom uzajamnog razumevanja i prihvatanja, dok kod osoba koje žive bez partnera emocionalna pismenost može biti ograničena usamljenosti, većim osećajem socijalne distance ili iskustvom relacije povređenosti. Istovremeno, upravo kod tih osoba emocionalna pismenost može imati snažniju kompenzatornu vrednost, jer predstavlja važan unutrašnji resurs tamo gde je spoljašnja podrška slabija.

Treba naglasiti da bračni/partnerski status ne treba tumačiti mehanički, kao puku dihotomiju „ima partnera/nema partnera“. Istraživanja ukazuju da nisu sve veze podjednako zaštitne i da kvalitet odnosa može biti važniji od samog formalnog statusa. U tom smislu, formalni brak bez emocionalne bliskosti ili veza visokog konflikta ne mora pružati isti kontekst kao stabilan i podržavajući odnos. Ipak, čak i kada se meri samo formalni status, on ostaje važan marker socijalne integracije i relacije pozicioniranosti, zbog čega se može očekivati da menja način na koji emocionalna pismenost utiče na stavove prema suicidu. Literatura o odnosu statusa veze i blagostanja upravo pokazuje da je efekat partnerskog statusa delimično posredovan subjektivnim zadovoljstvom tim statusom, što dodatno potvrđuje da je reč o psihološki sadržajnoj, a ne samo demografskoj varijabli (Adamczyk & Segrin, 2017).

U teorijskom smislu, moderatorska uloga bračnog/partnerskog statusa može se objasniti integracijom tri mehanizma. Prvi je mehanizam socijalne podrške. Naime, partner može predstavljati izvor emocionalne validacije, zajedničke regulacije stresa i smanjenja usamljenosti, čime se emocionalna pismenost lakše prevodi u tolerantnije i manje stigmatizujuće stavove. Drugi je mehanizam relacije socijalizacije, odnosno dugotrajni partnerski odnosi zahtevaju kontinuirano čitanje emocionalnih signala, empatiju i pregovaranje, pa mogu učvršćivati funkcionalne aspekte emocionalne pismenosti. Treći je kompenzatorni mehanizam, jer kod osoba bez partnera emocionalna pismenost može imati veću autonomnu vrednost, jer delimično nadoknađuje odsustvo svakodnevne emocionalne podrške. Zbog toga se može očekivati da bračni/partnerski status ne deluje samo kao nezavisni prediktor stavova prema suicidu, već kao varijabla koja menja snagu i moguće smer delovanja emocionalne pismenosti na te stavove. Ovakvo tumačenje je u skladu i sa širim nalazima da je partnerski status povezan sa razlikama u blagostanju, zdravlju i suicidnosti (Kyung-Sook et al., 2018; Mäki et al., 2025).

U skladu sa tim, opravdano je postaviti hipotezu da bračni/partnerski status moderira relaciju između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Ukoliko se pokaže da je povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim, manje stigmatizujućim stavovima prema

suicidu jača kod osoba koje su u braku ili stabilnoj vezi, takav nalaz mogao bi se tumačiti kroz osnažujući efekat socijalne integracije i relacione podrške. Ukoliko se, međutim, pokaže da je ta povezanost jača kod osoba koje nisu u vezi, koje su razvedene ili udove, to bi moglo ukazivati na kompenzatornu funkciju emocionalne pismenosti u uslovima smanjene interpersonalne podrške ili veće relacione vulnerabilnosti. U oba slučaja moderatorski model ostaje teorijski opravdan, jer dostupna literatura pokazuje da su i partnerski status i emocionalni kapaciteti relevantni za razumevanje načina na koji pojedinci procenjuju suicidalnost, patnju i mogućnost pomoći (Domínguez-García & Fernández-Berrocal, 2018; Jardine et al., 2022; Kyung-Sook et al., 2018; Mäki et al., 2025).

Religioznost

Religioznost oblikuje moralne norme, interpretativne okvire za razumevanje patnje, odnose prema životu i smrti, kao i obrasce socijalne integracije i pomoći-traženja. U literaturi o suicidalnosti religioznost se često razmatra kao zaštitni faktor, ali se istovremeno pokazuje da njen efekat nije jednoznačan i da zavisi od toga da li deluje kroz socijalnu podršku, religijske zabrane, religijsko suočavanje, stigmatu ili nivo znanja o suicidu. Eskin (2020) pokazuje da je religioznost u velikom kroskuturnom uzorku mladih bila negativno povezana sa prihvatljivošću suicida i sa suicidalnom ideacijom, pri čemu je deo tog efekta išao upravo preko stavova prema suicidu. Slično tome, sistematski pregled literature (Lawrence & Oquendo, 2016) pokazuje da religijska pripadnost ne mora dosledno štititi od suicidalne ideacije, ali jeste povezana sa manjim rizikom od pokušaja suicida, što dodatno potvrđuje da religioznost deluje kroz složene psihološke i socijalne mehanizme, a ne linearno.

Religioznost može moderirati ovu relaciju zato što menja način na koji se emocionalna pismenost interpretira i koristi u proceni suicidalnog ponašanja. U religijskim kontekstima koji snažno normativno osuđuju suicid, emocionalna pismenost ne mora nužno voditi tolerantnijim ili manje stigmatizujućim stavovima, jer njeno delovanje može biti ograničeno snažnim moralnim i doktrinarnim okvirima. Upravo to sugerišu nalazi pojedinih autora (Fekih-Romdhane et al., 2023), koji pokazuju da je viša religioznost u uzorku odraslih bila direktno povezana sa višim nivoom stigme prema suicidu, dok je istovremeno bila povezana sa nižom suicidalnom pismošću. Njihovi rezultati su posebno važni jer pokazuju da suicidalna pismenost delimično posreduje odnos između religioznosti i stigme, što znači da religioznost može pojačavati stigmatizujuće stavove upravo onda kada je praćena slabijim znanjem o suicidu. Sličan obrazac registruju i Pierantoneli i saradnici (Pierantonelli et al., 2024), koji pokazuju da

su snažnija religiozna/spiritualna uverenja povezana sa nižom suicidalnom pismenošću i višom stigmom prema suicidu.

Istovremeno, religioznost ne mora delovati isključivo kroz stigmatu i zabranu, već i kroz emocionalnu regulaciju, smisao i socijalnu podršku. Sistematski pregled Brandão i saradnika (Brandão et al., 2025) pokazuje male do umerene povezanosti između religije i različitih aspekata emocionalne regulacije, dok drugi autori (npr. Ghafoor et al., 2021) navode da religijska uverenja mogu doprineti boljem socijalnom funkcionisanju i procesima emocionalne regulacije preko samokontrole i veće emocionalne svesnosti. Ovakvi nalazi su važni jer sugerišu da religioznost može obezbediti kontekst u kome emocionalna pismenost dobija dodatno značenje kroz duhovnu refleksiju, religijsko suočavanje i iskustvo zajednice. U tom scenariju religioznost bi mogla pojačavati pozitivnu vezu između emocionalne pismenosti i manje osuđujućih stavova prema suicidu, naročito kada je povezana sa religijskim oblicima podrške, saosećanja i smisla, a ne prvenstveno sa kaznenim i rigidnim moralnim interpretacijama.

Za moderatorsku hipotezu posebno je relevantna i literatura koja povezuje religioznost sa emocionalnom inteligencijom. Paek (2006) nalazi da je intrinzična religiozna orijentacija pozitivno povezana sa percipiranom emocionalnom inteligencijom, naročito sa emocionalnim razumevanjem, empatijom i perspective-taking, dok pojedini istraživači (npr. Łowicki & Zajenkowski, 2017) pokazuju da je opšta religioznost pozitivno povezana sa sposobnosnom emocionalnom inteligencijom, iako nije značajno povezana sa emocionalnom inteligencijom kao crtom. Ovi nalazi ukazuju da religioznost i emocionalna pismenost nisu nužno nezavisni konstrukti, već da se mogu dodirivati u domenima emocionalnog razumevanja, samorefleksije i interpersonalne osetljivosti. Međutim, isti autori (Łowicki & Zajenkowski, 2017) ističu i da su ekstrinzična religiozna orijentacija i negativno religijsko suočavanje povezani sa nižim nivoom emocionalnih kompetencija, što znači da vrsta religioznosti može biti presudna za smer i kvalitet njenog moderatorskog delovanja.

Na toj osnovi može se formulisati prvi obrazac moderacije. Dakle, religioznost može pojačavati pozitivnu vezu između emocionalne pismenosti i manje stigmatizujućih stavova prema suicidu. U ovom scenariju emocionalna pismenost bi u religioznom kontekstu bila podržana religijskim vrednostima saosećanja, brige za bližnjeg, altruizma i smislene interpretacije patnje. Osobe koje su istovremeno religiozne i emocionalno pismene mogle bi biti sklonije da suicidalnost razumeju kao znak duboke krize koja zahteva pomoć, a ne isključivo kao greh ili moralni prekršaj. Ovo je posebno verovatno u onim religijskim oblicima gde

religioznost funkcioniše kroz zajednicu, podršku, emocionalnu regulaciju i religijsko suočavanje koje umanjuje izolaciju i beznađe (Brandão et al., 2025; Ghafoor et al., 2021).

Drugi, podjednako teorijski uverljiv obrazac jeste da religioznost ublažava ili čak menja smer veze između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. U visoko religioznim sredinama emocionalna pismenost može imati manji uticaj na stavove prema suicidu ukoliko su ti stavovi već snažno određeni doktrinarnim normama i moralnim zabranama. U tom slučaju i emocionalno pismene osobe mogu zadržavati negativnije ili rigidnije stavove prema suicidu, jer njihovo emocionalno razumevanje biva filtrirano kroz religijski normativni okvir. Nalazi Eskin (2004) o razlikama između religijskog i sekularnog obrazovanja među adolescentima u Turskoj govore u prilog tome da religijski kontekst menja i suicidalnu ideaciju i stavove prema suicidu, dok istovremeno pokazuje da efekti religioznosti u suicidalnom procesu deluju upravo preko stavova prema suicidu, naročito preko manje prihvatljivosti suicida. U tom smislu religioznost može oslabiti direktan doprinos emocionalne pismenosti manje osuđujućim stavovima, jer normativna religijska zabrana postaje dominantan mehanizam procene suicida.

Važno je naglasiti da religioznost u ovom modelu ne treba svoditi isključivo na zaštitni faktor. Iako je u velikom broju studija povezana sa manjim suicidalnim ponašanjem, to ne znači da je automatski povezana i sa manje stigmatizujućim stavovima prema suicidu. Naprotiv, pojedini autori (npr. Fekih-Romdhane et al., 2023; Pierantonelli et al., 2024) pokazuju da veća religioznost može ići zajedno sa nižom pismenošću u kontekstu suicida i većom stigmom, što je od posebnog značaja za razumevanje stavova prema suicidu. Ovakvi nalazi ukazuju da religioznost može istovremeno imati zaštitnu funkciju u odnosu na suicidalno ponašanje i restriktivnu, stigmatizujuću funkciju u odnosu na razumevanje osoba koje se suočavaju sa suicidalnošću. Upravo zbog te dvosmislenosti religioznost je teorijski snažan kandidat za moderatorsku varijablu, jer može i pojačavati i slabiti uticaj emocionalne pismenosti, u zavisnosti od toga da li u konkretnom kontekstu dominiraju saosećanje, zajedništvo i smisao ili zabrana, osuda i neznanje.

Na teorijskom planu, moderatorska uloga religioznosti može se objasniti integracijom najmanje tri mehanizma. Prvi je moralno-normativni mehanizam, prema kojem religioznost oblikuje osnovne procene prihvatljivosti suicida i granice moralnog razumevanja. Drugi je mehanizam socijalne integracije, prema kojem religijska zajednica može obezbediti pripadnost, podršku i zajedničke obrasce suočavanja, čime menja način na koji emocionalna pismenost deluje u proceni suicidalnosti. Treći je kognitivno-informacioni mehanizam, prema kojem religioznost može biti povezana sa nižom suicidalnom pismenošću i većom stigmom, pa time ograničavati nestigmatizujući potencijal emocionalne pismenosti (Fekih-Romdhane et al.,

2023; Pierantonelli et al., 2024). Zbog toga se može očekivati da religioznost ne deluje samo kao nezavisni prediktor stavova prema suicidu, već kao varijabla koja menja snagu i moguće smer delovanja emocionalne pismenosti na te stavove.

U skladu sa tim, opravdano je pretpostaviti da religioznost moderira relaciju između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Ukoliko se pokaže da je povezanost emocionalne pismenosti sa pozitivnijim, manje stigmatizujućim stavovima prema suicidu jača kod manje religioznih ispitanika, takav nalaz mogao bi se tumačiti time da u uslovima slabijeg normativnog religijskog pritiska emocionalna pismenost slobodnije dolazi do izražaja kroz empatiju, razumevanje i psihološki složenije tumačenje suicidnosti. Ukoliko se, međutim, pokaže da je ta povezanost jača kod religioznijih ispitanika, to bi moglo ukazivati da religioznost u datom uzorku funkcioniše prvenstveno kroz saosećanje, socijalnu podršku i religijsko suočavanje, čime osnažuje humani potencijal emocionalne pismenosti. U oba slučaja moderatorski model ostaje teorijski opravdan, jer dostupna literatura pokazuje da su i religioznost i emocionalna pismenost relevantni za način na koji pojedinci razumeju suicid, patnju, stigmatu i mogućnost pomoći, ali da religioznost taj odnos može usmeravati u različitim pravcima.

II EMPIRIJSKI DEO

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Predmet istraživanja

Predmet ovog istraživanja jesu stavovi o suicidu kod zdravstvenih i prosvetnih radnika različitog stepena obrazovanja (medicinske sestre-tehničari, lekari, učitelji, nastavnici, profesori), kao i njihova povezanost sa nivoom emocionalne pismenosti i sa određenim sociodemografskim karakteristikama.

Problem i ciljevi istraživanja

Imajući u vidu teorijski deo disertacije, problem ovog istraživanja se može okarakterisati kao utvrđivanje povezanosti između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, imajući u vidu sociodemografske karakteristike zdravstvenih i prosvetnih radnika na teritoriji Republike Srbije. Cilj istraživanja predstavlja ispitivanje relacija između različitih komponenti emocionalne pismenosti i sociodemografskih karakteristika, s jedne strane, i stavova prema suicidu kod zdravstvenih i prosvetnih radnika u Srbiji, s druge strane. Dodatni cilj ispitivanja odnosi se na utvrđivanje sociodemografskih karakteristika koje mogu da

moderiraju relacije između komponenti emocionalne pismenosti i različitih formi stavova prema suicidu kod zdravstvenih i prosvetnih radnika u Srbiji.

Zadaci istraživanja

1. Utvrditi dominantne forme stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
2. Utvrditi pouzdanost faktora TMSS-24 skale emocionalne pismenosti.
3. Utvrditi polne razlike u različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
4. Utvrditi razlike u odnosu na stepen obrazovanja u različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
5. Utvrditi razlike u odnosu na profesiju (prosvetni radnik/zdravstveni radnik) u različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
6. Utvrditi relacije starosti sa različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
7. Utvrditi relacije dužine radnog staža sa različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
8. Utvrditi relacije prosečnih primanja sa različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
9. Utvrditi relacije partnerskog statusa sa različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
10. Utvrditi relacije religioznosti sa različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
11. Utvrditi proste relacije komponenti emocionalne pismenosti i različitih formi stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
12. Utvrditi doprinose komponenti emocionalne pismenosti različitim formama stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.
13. Utvrditi moderatorske uloge sociodemografskih varijabli (pol, starost, stepen obrazovanja, zanimanje, radni staž, prosečna primanja, partnerskog statusa, religioznosti) u relacijama između komponenti emocionalne pismenosti i različitih formi stavova prema suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.

Hipoteze istraživanja

1. Glavna hipoteza

Postoji povezanost između stavova o suicidu i stepena emocionalne pismenosti u smislu da će kod ispitanika sa većim stepenom emocionalne pismenosti biti prisutni adekvatniji stavovi o suicidu (manje predrasuda ili manje neadekvatnih uverenja)

2. Pomoćne hipoteze

1. Struktura upitnika SOQ će odgovarati barem jednoj od faktorskih struktura iz prethodnih istraživanja, odnosno izdvojiće se 5, 8 ili 15 faktora na ovom upitniku.
2. Struktura upitnika TMSS-24 će odgovarati trofaktorskom rešenju koje je izolovano u prethodnim istraživanjima, odgovarajućih koeficijenata pouzdanosti.
3. S obzirom na veću prevalencu suicida kod muškaraca, pretpostavlja se da će žene iskazati adekvatnije i funkcionalnije stavove prema suicidu.
4. Zdravstveni radnici će, zbog prirode posla, iskazati veći stepen ispoljavanja funkcionalnijih i adekvatnijih stavova u poređenju sa prosvetnim radnicima.
5. Osobe sa višim stepenom obrazovanja će iskazati adekvatnije i funkcionalnije stavove prema suicidu od osoba sa nižim stepenom obrazovanja, kako u grupi prosvetnih radnika, tako i u grupi zdravstvenih radnika.
6. S obzirom na to da je prevalenca suicida prisutnija u grupi sredovečnih ljudi, pretpostavlja se da će sa starošću opadati nivo funkcionalnih i adekvatnih stavova o suicidu, kako u grupi prosvetnih radnika, tako i u grupi zdravstvenih radnika.
7. S obzirom na to da je prevalenca suicida prisutnija u grupi sredovečnih ljudi, pretpostavlja se da će sa većim radnim stažom opadati nivo funkcionalnih i adekvatnih stavova o suicidu, kako u grupi prosvetnih radnika, tako i u grupi zdravstvenih radnika.
8. S obzirom na to da su loša materijalna primanja i nemaština značajni faktori za suicid, pretpostavlja se da će veća finansijska mesečna primanja biti protektivan faktor za funkcionalne i adekvatne stavove o suicidu, kako u grupi prosvetnih radnika, tako i u grupi zdravstvenih radnika.
9. S obzirom na to da su ljudi u partnerskim odnosima manje skloni suicidalnim rizicima, pretpostavlja se da će ljudi koji se nalaze u partnerskim odnosima imati funkcionalnije i adekvatnije stavove o suicidu.
10. Religiozniji ljudi će imati adekvatnije i funkcionalnije stavove o suicidu, usled toga što je suicid osuđen kao čin od strane različitih religija.

11. Pretpostavlja se da će komponente emocionalne pismenosti biti u značajnim pozitivnim relacijama sa adekvatnim i funkcionalnim stavovima o suicidu, a u negativnim sa stavovima koji se mogu okarakterisati kao neadekvatni i nefunkcionalni, kako u grupi prosvetnih radnika, tako i u grupi zdravstvenih radnika.
12. Pretpostavlja se da će komponente emocionalne pismenosti značajno i pozitivno doprineti adekvatnim i funkcionalnim stavovima o suicidu, a negativno stavovima koji se mogu okarakterisati kao neadekvatni i nefunkcionalni, kako u grupi prosvetnih radnika, tako i u grupi zdravstvenih radnika.
13. Pretpostavlja se da će sociodemografske karakteristike uzorka imati značajnu moderatorsku ulogu u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, u smeru da će veza biti značajnija i jača kod žena, zdravstvenih radnika, mlađih ljudi, sa manje radnog staža, sa manjim primanjima, koji imaju partnera i više su okrenuti religiji.

Uzorak i procedura

U istraživanju je učestvovalo 515 odraslih ispitanika, prosečne starosti 47.97 godina ($SD = 7.84$). U pitanju su prosvetni i zdravstveni radnici sa teritorije Republike Srbije koji su zaposleni u školama, medicinskim centrima, bolnicama i na fakultetima. Od ukupnog broja ispitanika 36.5% je bilo muškog pola, a značajno više (63.5%) ženskog pola ($\chi(1) = 35.51, p < .01$). Zdravstveni radnici su činili 46.6% uzorka, a prosvetni radnici 53.4%, odnosno uzorak je bio ujednačen prema vrsti delatnosti koju obavlja ($\chi(1) = 2.38, p = .12$). Prosečna zarada koju su ispitanici navodili je 1393.29€ ($SD = 361.69$ €). Preostali sociodemografski podaci su prikazani u Tabeli 2.

Tabela 2. Sociodemografski podaci o uzorku

Varijabla		N (%)
Obrazovanje	SSS	121 (23.5)
	VSS	207 (40.2)
	Magistratura/doktorat	187 (36.3)
Profesija	Lekar/ka	142 (27.6)
	Medicinska sestra-tehničar	98 (19.0)
	Učitelj/ica	94 (18.3)
	Nastavnik/ca	107 (20.8)
	Profesor/ka	74 (14.4)
Radni staž	Do 2 godine	0 (0)
	Od 2 do 5 godina	33 (6.4)
	Od 5 do 10 godina	0 (0)
	Od 10 do 15 godina	38 (7.4)
	Preko 15 godina	444 (86.2)
Materijalni status	Uopšte nisam zadovoljan/na	0 (0)
	Umereno zadovoljan/na	58 (11.3)
	Zadovoljan/na	457 (88.7)
Religioznost	Uveren/a sam da Bog ne postoji	18 (3.5)
	Nisam siguran/na da li Bog postoji	0 (0)
	Uveren/a sam da Bog postoji	497 (95.5)
Partnerski status	U vezi	436 (84.7)
	U braku	67 (13.0)
	Nije u vezi	12 (2.3)
	Razveden/a	0 (0)

Nivo obrazovanja u uzorku nije ravnomerno raspodeljen ($\chi^2(2) = 23.60, p < .01$), već je značajno više ispitanika sa višim stepenima obrazovanja (VSS i magistratura/doktorat). Profesionalna struktura uzorka takođe nije bila ravnomerna, već lekari značajno dominiraju u uzorku ($\chi^2(4) = 24.12, p < .01$). Takođe, dominantno su zastupljeni ispitanici koji imaju radni staž duži od 15 godina ($\chi^2(2) = 648.12, p < .01$) i oni koji su zadovoljni svojim materijalnim statusom ($\chi^2(1) = 309.13, p < .01$). Naposljetku, potrebno je spomenuti da je značajna proporcija uzorka sačinjena od ispitanika koji su uvereni da Bog postoji ($\chi^2(1) = 445.52, p < .01$) i od ispitanika koji se nalaze u partnerskoj relaciji ($\chi^2(2) = 619.34, p < .01$).

Ispitivanje je obavljeno u periodu januar-jun, tokom 2025. godine na području Republike Srbije. Baterija upitnika je distribuirana delom putem Google forms platforme, a delom putem papir-olovka metoda. Svi ispitanici su potpisali informisanu saglasnost u vezi sa učestvovanjem u istraživanju, koja je sadržala osnovne informacije o cilju i razlozima

ispitivanja, anonimnosti prikupljenih podataka, kao i o nepostojanju posledica ukoliko se ispitanik povuče iz ispitivanja u nekom trenutku. Ispitanici nisu dobijali nikakvu nadoknadu za učestvovanje u istraživanju, a pristanak za učestvovanje je bio dobrovoljan.

Instrumenti

U istraživanju je korišćena baterija instrumenata koja se sastoji iz tri dela:

- 1. Upitnik o sociodemografskim karakteristikama.** U ovom delu baterije prikupljeni su podaci o sociodemografskim karakteristikama uzorka, odnosno podaci o polu, starosti, zaposlenju, nivou obrazovanja, prosečnim primanjima, dužini radnog staža, partnerskom statusu i religioznosti. Ovaj deo se sastoji od niza otvorenih i zatvorenih pitanja u vezi sa sociodemografskim karakteristikama ispitanog uzorka.
- 2. Upitnik stavova o suicidu (Suicide Opinion Questionnaire: SOQ; Domino et al., 1982).** Ovaj upitnik se sastoji od 100 tvrdnji koje reprezentuju stavove o suicidu. Preliminarno razvijen 1980. godine, dve godine kasnije dobio je punu pažnju u istraživanjima, usled psihometrijske validacije Domina i saradnika (Domino et al., 1982). Na svaki od 100 ajtema (npr. *Većina samoubistava je izazvana konfliktom sa partnerom*), ispitanici treba da odgovore u kojoj meri se slažu sa iznetom tvrdnjom (od 1 – uopšte se ne slažem, do 5 – u potpunosti se slažem). U kliničkoj i istraživačkoj praksi, ovaj instrument se koristi u različitim formama: kao instrument sa 15 faktora koji meri stavove prema suicidu (Domino et al., 1982; Swain & Domino, 1985), kao instrument sa 5 faktora namenjen proceni stavova prema suicidu (Rogers & DeShon, 1995) i kao instrument sa 8 faktora namenjenih istoj proceni (Domino et al., 1988). Na srpskom govornom području ovaj instrument i dalje nije psihometrijski proveren, te će utvrđivanje dimenzionalnosti i pouzdanosti skala prvi put biti provereni u ovom istraživanju. U dosadašnjim istraživanjima, ovaj instrument, kao i njegove supskale, imali su zadovoljavajuće nivoe Krombahovog alfa-koeficijenta.
- 3. Skala meta-raspoloženja kao crte (Trait-Meta Mood Scale: TMMS; Salovey et al., 1995).** Ova skala se sastoji iz 24 tvrdnje koje mere svesnost o emocijama, odnosno emocionalnu pismenost. U dosadašnjim istraživanjima se skala pokazala kao trofaktorska sa faktorima: Emocionalna pažnja (npr. *U velikoj meri obraćam pažnju na svoja osećanja*), Jasnoća emocija (npr. *Obično sam veoma svestan/na onoga što osećam*) i Popravljanje raspoloženja (npr. *Kad sam ljut/a, pokušavam da promenim stanje uma*). Na srpskom govornom području ovaj instrument i dalje nije psihometrijski

proveren, te će utvrđivanje dimenzionalnosti i pouzdanosti skala prvi put biti provereni u ovom istraživanju. U dosadašnjim istraživanjima, ovaj instrument, kao i njegove supskale, imali su zadovoljavajuće nivoe alfa-koeficijenta.

Statistička obrada podataka

Svi podaci biće obrađeni u statističkom programu SPSS v21. Nakon prikaza faktorskih analiza upitnika SOQ i skale TMSS-24, biće prikazani osnovni deskriptivni pokazatelji njihovih skala, kako u kontekstu zdravstvenih radnika, tako i u kontekstu prosvetnih radnika. Poređenje zdravstvenih i prosvetnih radnika biće izvršeno putem t-testa za nezavisne uzorke. Isti test koristiće se pri poređenju muškog i ženskog pola, ljudi koji žive u nekoj vrsti partnerske zajednice i ljudi koji su sami ili razvedeni, kao i pri poređenju ljudi srednje i visoke stručne spreme. Pirsonov koeficijent korelacije biće korišćen prilikom utvrđivanja relacija stavova o suicidu sa starošću i materijalnim primanjima, dok će Spirmanov koeficijent korelacije biti korišćen prilikom utvrđivanja relacija stavova o suicidu sa radnim stažom ispitanika, odnosom prema religiji i zadovoljstva materijalnim statusom. Pirsonov koeficijent korelacije će biti korišćen i u kontekstu ispitivanja relacija dimenzija emocionalne pismenosti i stavova o suicidu, dok će višestruka regresiona analiza biti korišćena kako bi se dobio uvid u doprinos dimenzija emocionalne pismenosti stavovima o suicidu. Analizom moderacije biće utvrđeni moderatorski odnosi sociodemografskih varijabli (koje se u prethodnim analizama pokažu kao značajne determinante stavova o suicidu) u relaciji između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova o suicidu.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Faktorske analize korišćenih skala

Kako bi se stekao uvid u latentnu strukturu korišćenih psiholoških mernih instrumenata, korišćena je faktorska analiza, sa kosom rotacijom (promax), usled pretpostavke o međusobnoj povezanosti stavova o samoubistvu. Kao kriterijum za ekstrakciju broja faktora korišćena je paralelna analiza.

Upitnik stavova o suicidu

Isprva, svi ajtemi su bili uključeni u proces faktorske analize, ali je određen broj ajtema pokazao visoke međusobne korelacije ($r > .85$), kao i prefitovane parcijalne korelacije sa glavnim komponentama (>1). Usled multikolinearnosti ajtema, nulte varijanse pojedinih ajtema i prefitovanosti u kontekstu zasićenosti glavnih komponenti, ajtem analizom je

pristupljeno skraćivanju upitnika, kako bi se dobile zadovoljavajuće vrednosti doprinosa ajtema koji bi ostali zadržani u konačnoj verziji skale. U konačnoj verziji (Tabela 3), analizom glavnih komponenti upitnika SOQ, utvrđeno je da se izdvajaju 4 glavne komponente, odnosno faktora, kojima se mogu opisati stavovi prema suicidu kod prosvetnih i zdravstvenih radnika u Srbiji.

Tabela 3. Faktorska struktura Upitnika stavova o suicidu na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika

Ajtem	F1	F2	F3	F4
Stopa samoubistava je veća kod manjina (Romi na primer), u odnosu na većinsko stanovništvo.	-0.99		0.47	
Tokom poslednjih 10 godina, broj samoubistava je kod nas znatno porastao.	0.98		-0.46	
Poslovni čovek uhapšen zbog pronevere ili druge ilegalne radnje, treba da se suoči sa kaznom kao čovek, a ne da traži izlaz u samoubistvu.	0.98			
Samoubistvo je u suprotnosti sa „Božijim zakonima“ i zakonima prirode.	0.96			
Osobe koje pokušavaju samoubistvo na javnim mestima (mostovi ili visoke zgrade) u većoj meri žele da privuku pažnju na sebe.	0.96			
Herojska samoubistva (na primer, vojnik koji se baca na bombu), treba posmatrati drugačije u odnosu na ostala samoubistva (na primer, skakanje sa mosta).	0.95	-0.50		
Oni koji izvrše samoubistvo su kukavice koje ne mogu da se suoče sa izazovima života.	0.95	-0.50		
Velika većina pokušaja samoubistava se završava smrću.	0.95			
U mojoj porodici je bilo osoba koje su razmišljale da sebe povrede na neki način.	0.95			
Ljudi koji nose veliki rizik od samoubistva se mogu lako prepoznati.	0.95			
Samoubistvo je normalno ponašanje.	0.95			
Ukoliko bi društvo tolerisalo otvoreno ispoljavanje osećanja poput besa ili stida, stopa samoubistava bi se smanjila.	-0.95			
Centri sa prevenciju samoubistava se mešaju u pravo osobe da sebi oduzme život.	0.95			
Većina učestalosti samoubistava je rezultat nedovoljnog uticaja religije.	0.95			
Sa evolutivnog gledišta, samoubistvo je prirodni put kojim se eliminišu duševno nedovoljno jake osobe.	0.95			

Stopa samoubistva je veća kod nacionalnih manjina.	0.93		
Japanske pilote „kamikaze“, koji su umirali obrušavajući svoje avione na brodove, ne bi trebalo smatrati žrtvama samoubistava.	-0.90		
Većina osoba koje pokušaju samoubistvo su usamljene i depresivne.	0.89		
Ljudima koji izvršavaju samoubistvo nedostaju prava verska uverenja.	0.89		
Pokušaj samoubistva je u osnovi „molba za pomoć“.	0.89		
Samoubistvo se odigrava bez prethodne najave.	-0.89		
Mnoge osobe koje su žrtve fatalnih saobraćajnih nesreća su, zapravo, želele da umru.	0.89		
Način odigravanja samoubistva je odraz toga da li je taj čin bio nagao/impulsivan ili unapred isplaniran.	0.89		
Realna stopa samoubistva je kod nas znatno viša nego što to pokazuje zvanična statistika.	0.87		
Potištene osobe će verovatnije pri izvršiti samoubistvo.	0.87		
Osećanje očaja koje se ogleda u samoubilačkom aktu je u suprotnosti sa učenjima većine religija.	-0.86		
Bilo bi me sramota ako bi član moje porodice izvršio samoubistvo.	0.85	0.47	
Oni koji pokušaju da izvrše samoubistvo, obično tim činom pokušavaju da pridobiju sažaljenje drugih ljudi.	0.84	0.44	
Najčešća poruka u oproštajnom pismu samoubice je usamljenost.	-0.84	-0.47	
Osoba koja je pokušala da se ubije nije odgovorna za svoje postupke.	0.84		-0.60
Osobe koje izvrše samoubistvo iz patriotskih razloga čine to ne zbog hrabrosti, nego zato što uživaju u rizičnom ponašanju.	0.84		-0.40
Srodnici samoubice obično nisu imali pojma o onome što se događa.	0.83		
Većina samoubistava je rezultat želje samoubice da se nekome osveti.	0.83		
Skoro svako je, sa vremena na vreme, pomišljao na samoubistvo.	0.83		
Poboljšanje koje se javlja nakon samoubilačke krize je dokaz da je samoubilački rizik prošao.	0.78		
Osoba čiji je roditelj izvršio samoubistvo je pod većim rizikom da izvrši samoubistvo.	0.77		
Ljudi koji pokušaju samoubistvo su, kao grupa, manje religiozni.	0.77		-0.47
Većina ljudi koji izvrše samoubistvo ne veruje u zagrobni život.	-0.76		
Ivana Ivić, 48 godina, je upravo izvršila samoubistvo. Pretpostavlja se da je o tome razmišljala već nekoliko godina.	-0.76	0.52	
Nekoga ko razmišlja o samoubistvu retko od toga može odvratiti samo prijateljski razgovor.	-0.75		0.65

Ako neko želi da se ubije, to je njegova stvar i mi ne trebamo da se mešamo.	0.71	-0.64	-0.57
Ljudi koji „pogreše“ pri pokušaju samoubistva, nisu ni želeli da umru.	0.65	0.55	
Samoubistva među mladim ljudima, na primer studentima, su posebno zagonetna jer oni imaju razlog da žive.	0.64		
Ljudi koji pokušavaju da se ubiju, su labilnog karaktera.	0.48		
Samoubistva se događaju samo u civilizovanim društvima.	-0.42	0.90	
Većina samoubistava je izazvana konfliktom sa pratnerom.		0.89	
Kod onih ljudi koji pokušavaju samoubistvo, obično se prethodno javlja misao da je život postao bezvredan.	0.89	-0.40	
Osobe koje se bave rizičnim sportovima, kao što su trke automobila, podsvesno žele da umru.		-0.87	
Većina pokušaja samoubistava su nagle, impulsivne prirode.		-0.87	
Socijalni činioci, kao što su buka i prenaseljenost, mogu uticati da osoba postane sklona samoubistvu.	0.54	-0.86	
Generalno gledano, samoubistvo je zao čin i ne treba ga tolerisati.		-0.82	
Pasivno samoubistvo, kao što je gutanje velike količine lekova, je prihvatljivije nego samoubistvo vatrenim oružjem.		0.82	
Kada jedna osoba postane sklona samoubistvu, ona to ostaje zauvek.		0.81	
Ljudima obolelim od neizlečivih bolesti je potrebno omogućiti da izvrše samoubistvo na dostojanstven način.		0.80	
Ljude koji su izvršili samoubistvo ne treba sahranjivati na istim mestima kao one ljude koji su umrli prirodnom smrću.	-0.55	0.80	
Veliki procenat žrtava samoubistva je iz rasturenih porodica.		-0.76	-0.43
Postoje situacije u kojima je samoubistvo jedino racionalno rešenje.	0.72	-0.76	
Stope samoubistva su različite od zemlje do zemlje.		-0.74	0.50
Neki ljudi izvršavaju samoubistvo kao vid samokažnjavanja.		0.67	-0.49 0.49
Dugogodišnja autodestrukcija, na primer alkoholizam, može predstavljati nesvesni pokušaj samoubistva.		-0.66	
Oni koji prete samoubistvom, retko to učine.		-0.66	-0.57
Većina ljudi koja pokušava samoubistvo, ne uspeva u tome.	0.59	0.65	
Ljude treba sprečiti da izvrše samoubistvo jer većina njih tada ne razmišlja racionalno.	0.50	-0.54	
Oko 75% onih koji uspešno izvrše samoubistvo su već, barem jednom, pokušali da se ubiju.			0.99
Samoubistvo je vrlo ozbiljan moralni prestup.			0.92

Većina ljudi koji pokušavaju da se ubiju, zapravo, ne žele da umru.	0.91	
Ponekad je samoubistvo jedini izlaz iz životnih problema.	0.43	0.81
Deca iz većih porodica (troje i više dece), kada odrastu imaju manju šansu da izvrše samoubistvo nego oni koji su jedinci.	0.43	0.81
Osobe koje pokušavaju samoubistvo su po prirodi manje prilagodljive nego one osobe koje to nisu činile.	0.43	0.81
Oni koji pokušavaju samoubistvo se, u stvari, razračunavaju sa nekim.	0.40	0.77
Zatvorenici koji u zatvoru pokušaju samoubistvo, samo imaju želju da poboljšaju uslove svog boravka u zatvoru.	0.53	0.75
Ljudi bez porodičnih veza će verovatnije, pre nego ostali, pokušati da izvrše samoubistvo.		0.74
Mogućnost za izvršenje samoubistva je veća kod starijih ljudi (preko 60 godina) nego kod mlađih ljudi (20 do 30 godina).		-0.67 -0.59
Kada osoba jednom preživi pokušaj samoubistva, minimalna je verovatnoća da će to opet pokušati.	-0.42	0.51 0.57
U vreme rata samoubistvo zarobljenog vojnika je herojski čin.		-0.97
Samoubistvo je jasan dokaz da je čovek u osnovi agresivne i destruktivne prirode.		0.82
Samoubistvo se češće susreće kod izrazito bogatih i veoma siromašnih ljudi.	0.54	0.65
Većina žrtava samoubistva su starije osobe koje nisu imale mnogo razloga za život.	-0.47	-0.64

Napomena. Iz tabele su izostavljeni koeficijenti manji od 0.40.

Prvi faktor odražava normativno-stereotipne, rigidne i često stigmatizujuće predstave o samoubistvu i osobama koje ga izvršavaju. Perspektiva indikatora koji su okupljeni oko ovog faktora je pretežno etička i socijalna, ali više u pravcu procene i kontrole, nego razumevanja i empatije prema osobama koje su suicidalne ili prema osobama koje su izvršile suicid. Ovaj faktor je široko definisan putem 44 ajtema kao *Kulturalno-ideološke predrasude o suicidu*, ima izuzetnu pouzdanost ($\alpha = .98$) i opisuje 51.98% varijanse upitnika SOQ.

Drugi faktor ima drugačiju prirodu u odnosu na prethodni, jer kombinuje psihološke, socijalne i vrednosne aspekte stavova prema suicidu, ali u ambivalentnom obliku prema suicidalnim osobama. Ovaj faktor objedinjuje interpretaciju samoubistva kao kompleksnog ponašanja determinisanog kulturološkim, socijalnim i psihološkim uslovima, uz istovremeno prisustvo normativno-etičkih vrednosti i ambivalentnih uverenja. Za razliku od prethodnog faktora koji je više jednostrano moralistički i stigmatizujući, ovaj faktor izražava raznovrsnost

stavova: od razumevanja i empatije do kontrole i opreza. Ovaj faktor je definisan putem 19 ajtema i nazvan *Ambivalentni psihosocijalni stavovi prema suicidu*, ima izuzetnu pouzdanost ($\alpha = .93$) i opisuje 21.25% varijanse upitnika SOQ.

Treći faktor je sadržinski koherentan i jasno izdvojen. Ima izražen fokus na lične motive, nameru i uslove povezane sa suicidalnim ponašanjem. Ovaj faktor predstavlja model razumevanja lične motivacije za samoubistvom, pri čemu samoubilačko ponašanje nije nužno posledica želje za smrću, već izraz emocionalne i socijalne disfunkcije, interpersonalnih problema, diskutabilnih vrednosti i neprilagođenosti. U isto vreme, prisutan je jedan blagi normativni okvir (moralni prestup), što sugerise ambivalentnu poziciju: razumevanje, ali i delimično osuđivanje motivacije za suicidom. Ovaj faktor je definisan putem 11 ajtema i nazvan *Lično-vrednosni stavovi prema suicidu*, ima izuzetnu pouzdanost ($\alpha = .95$) i opisuje 13.30% varijanse upitnika SOQ.

Poslednji faktor je opisan samo kroz 4 ajtema. Ova grupa ajtema je manja po broju od preostale tri grupe ajtema, ali veoma jasno tematski fokusirana, odnosno osvetljava šire ideološke i antropološke pretpostavke o samoubistvu, sa elementima egzistencijalne, evolutivne i društvene interpretacije. U njemu se samoubistvo ne tretira samo kao individualni čin, već kao fenomen koji reflektuje dublje aspekte ljudske prirode, društvene pozicije i moralnih vrednosti. Ovaj faktor je nazvan *Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu* i, usled manjeg broja ajtema, ima nešto manju pouzdanost od preostala tri faktora ($\alpha = .78$) i opisuje 5.23% varijanse upitnika SOQ.

Generalno posmatrano, skraćena verzija SOQ upitnika ima 78 ajtema, opisana je kroz 4 faktora, zadovoljavajuće pouzdanosti, koji ukupno objašnjavaju 91.76% varijanse SOQ-a. Time se može zaključiti da **prva hipoteza nije potvrđena**, odnosno na domaćem uzorku se izdvajaju značajno različite dimenzije SOQ upitnika u odnosu na inostrane uzorke.

Skala meta-raspoloženja kao crte

U preliminarnoj fazi analize, svi ajtemi iz upitnika TMMS-24 bili su uključeni u postupak faktorske analize. Međutim, određeni broj ajtema ispoljio je visoke međusobne korelacije ($r > .85$), kao i neuobičajeno visoke parcijalne korelacije sa glavnim komponentama (vrednosti veće od 1), što je ukazivalo na prisustvo multikolinearnosti i prekomerne saturacije pojedinih faktora određenim ajtemima. Takođe, identifikovane su nulte varijanse kod pojedinih stavki, što je dodatno uticalo na stabilnost modela. Zbog navedenih metodoloških indikacija, sprovedena je ajtem analiza u cilju redukcije skale i eliminacije redundantnih stavki. Na osnovu analize glavnih komponenti za preostale ajteme, izdvojena su tri latentna faktora (Tabela 4).

Tabela 4. Faktorska struktura Skale meta-raspoloženja kao crte na uzorku prosvetnih i zdravstvenih radnika

	Faktor		
	1	2	3
Obično imam optimističan pogled na svet, iako se ponekad osećam tužno.	.98		
Kada sam tužan/na, razmišljam o svim životnim zadovoljstvima.	.95		
Često sam svestan/na svojih osećanja u različitim situacijama.	.94		
Kada sam ljut/a, pokušavam da promenim stanje uma.	-.92		
Uspevam da razumem svoja osećanja.	.80		
Ponekad mogu reći koje emocije doživljavam.	.78		
Obično sam veoma svestan/na onoga što osećam.	.73		
U velikoj meri obraćam pažnju na svoja osećanja.	.70		
Skoro uvek znam kako se osećam.	.53		-.50
Mislim da moje emocije i stanje duha zaslužuju da im obraćam pažnju.	.51	.46	
Obično znam šta osećam prema ljudima	.53	-.97	
Ako previše razmišljam o stvarima i na kraju ih komplikujem, pokušavam da se smirim.		-.83	
Trudim se da imam pozitivne misli čak i kada se osećam loše.		.83	
Obično mogu da definišem svoja osećanja.		.61	
Obično provodim vreme razmišljajući o svojim emocijama.			.97
Stalno razmišljam o svom duševnom stanju.			.67
Zabrinut sam zbog dobrog raspoloženja.	-.46		.58
Veoma obraćam pažnju na to kako se osećam.			.51
Često razmišljam o svojim osećanjima.			.47
Dozvoljavam svojim osećanjima da utiču na moje misli.			.40

Napomena. Iz tabele su izostavljeni koeficijenti manji od 0.40.

Analizom glavnih komponenti sa Promax rotacijom identifikovana su tri faktora koji objašnjavaju strukturu emocionalne pismenosti kod prosvetnih i zdravstvenih radnika. Prvi faktor obuhvata stavke koje se odnose na jasnoću emocija, introspektivnu svest i sposobnost prepoznavanja, razumevanja i kognitivne obrade sopstvenih emocionalnih stanja. Učesnici koji postižu visoke rezultate na ovom faktoru izražavaju visok stepen emocionalne jasnoće i sposobnost da identifikuju i verbalizuju svoja osećanja u različitim situacijama. Stoga je prvi faktor nazvan *Emocionalna jasnoća i razumevanje*, objašnjava 46.53% varijanse ove skale, opisan je putem 10 ajtema i ima zadovoljavajuć koeficijent pouzdanosti ($\alpha = .94$) Drugi faktor obuhvata sklonost ka intenzivnoj introspekciji, emocionalnoj refleksiji i ruminaciji, odnosno tendenciju da se emocijama pridaje prekomerna pažnja kroz stalno analiziranje emocionalnih

stanja. Iako ova dimenzija može doprineti emocionalnom uvidu, ona također može ukazivati na emocionalnu preopterećenost i zabrinutost, naročito kada su prisutni ajtemi sa negativnim formulacijama, poput zabrinutosti zbog pozitivnog raspoloženja ili otežanog emocionalnog distanciranja. Stoga je ovaj faktor nazvan *Emocionalna ruminacija i refleksija*, opisan je putem 4 ajtema i pokazuje zadovoljavajuć koeficijent pouzdanosti po tipu interne konzistencije ($\alpha = .85$). Ovaj faktor objašnjava 15.57% varijanse skale TIMSS-24. Treći faktor reflektuje sposobnost emocionalne regulacije i preusmeravanja pažnje sa negativnih emocionalnih stanja, uključujući i težnju da se održi pozitivna perspektiva i očuva psihološka ravnoteža uprkos prisustvu neprijatnih emocija. Ovaj faktor ukazuje na funkcionalne strategije regulacije emocija koje uključuju aktivno kognitivno preoblikovanje i smanjenje emocionalnog intenziteta. Stoga je ovaj faktor nazvan *Emocionalna pažnja i introspekcija*, opisan je putem 6 ajtema i ima nešto nižu, ali i dalje zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha = .66$). On objašnjava 9.16% varijanse ove skale. Sva tri faktora zajedno opisuju različite, ali međusobno povezane aspekte emocionalne pismenosti u skladu sa modelom emocionalne inteligencije Saloveya i Mayera, odnosno TMMS pristupom koji podrazumeva emocionalnu pažnju, jasnoću i regulaciju kao ključne dimenzije, ali ne potvrđuju originalno predloženu faktorsku strukturu.

Generalno posmatrano, skraćena verzija TMSS skale ima 20 ajtema, opisana je kroz 3 faktora, zadovoljavajuće pouzdanosti, koji ukupno objašnjavaju 71.26% varijanse celokupnog prostora merenja. Time je **druga hipoteza samo delimično potvrđena**, jer uprkos tome što se na domaćem uzorku izdvajaju tri dimenzije na TMSS, one su donekle različite od faktorske strukture originalne skale.

Analiza deskriptivnih pokazatelja

Preliminarna analiza podataka obuhvatala je analizu deskriptivnih pokazatelja na varijablama dobijenim faktorskom analizom (Tabela 5). Od koeficijenata su prikazani aritmetička sredina kao mera centralne tendencije, standardna devijacija kao mera varijabilnosti, kao i skjunis i kurtozis, odnosno mere zakošenosti i spljoštenosti distribucija mera.

Tabela 5. Deskriptivni pokazatelji korišćenih skala

Varijabla	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	3.84	.24	-2.52	4.72
Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	2.94	.04	-1.01	13.21
Lično-vrednosni stavovi o suicidu	3.51	.23	-5.28	29.62
Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	2.06	.19	3.46	12.31
Emocionalna jasnoća i razumevanje	3.36	.20	3.24	10.26
Emocionalna ruminacija i refleksija	4.00	.06	-2.03	49.35
Emocionalna pažnja i introspekcija	3.59	.37	-2.01	3.83

Napomena. *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *Sk* – koeficijent zakošenosti, *Ku* – koeficijent spljoštenosti.

Kao najizraženiji stavovi o suicidu izdvajaju se kulturno-ideološke predstave, a slede ih lično-vrednosni stavovi o suicidu i ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu, dok su egzistencijalno-ideološki stavovi najmanje izraženi. Nešto izbalansiraniya izraženost se javlja kada se govori o emocionalnoj pismenosti. Emocionalna ruminacija i refleksija su najizraženiji, dok je slede emocionalna pažnja i introspekcija, te emocionalna jasnoća i razumevanje emocija. Uvidom u rezultate deskriptivne analize, zaključuje se da se varijable ne distribuiraju prema normalnoj raspodeli u odnosu na kriterijume koji važe u društvenim naukama. Vrednosti koeficijenata zakošenosti i/ili spljoštenosti distribucije značajno odudaraju od opsega $-3 < \dots < 3$ (Tabachnick & Fidell, 2021). Imajući u vidu to, nadalje su korišćene neparametrijske statističke analize u cilju dokazivanja/opovrgavanja preostalih hipoteza.

Polne razlike u stavovima o suicidu

Korišćenjem Mann-Whitney-U testa ispitane su polne razlike na dimenzijama upitnika stavova o suicidu (Tabela 6). Kao mera centralne tendencije korišćen je medijan, odnosno Mean rank mera, s obzirom na to da se podaci u ovom slučaju nisu distribuirali po normalnoj raspodeli.

Tabela 6. Polne razlike na dimenzijama upitnika SOQ

Varijabla	Muškarci	Žene	MWU	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	273.7	230.7	26500.5	<.01
Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	278.6	222.1	23989.5	<.01
Lično-vrednosni stavovi o suicidu	247.1	276.9	27176.5	<.01
Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	249.1	273.6	27810.5	<.01

Napomena. MWU – vrednost testa. p – nivo značajnosti.

Uvidom u tabelu, može se zaključiti da se na sve četiri dimenzije upitnika SOQ koji je adaptiran na srpski jezik mogu ustanoviti polne razlike. Uvidom u srednje rangove, zaključuje se da muškarci ispoljavaju izraženije stavove o suicidu kroz kulturološko-ideološke predrasude, kao i kroz ambivalenciju. S druge strane, žene su postigle više skorove na dimenzijama da je suicid više stvar ličnih vrednosti i egzistencijalne ideologije u odnosu na muškarce. Rezultati ovog istraživanja su **potvrdili treću hipotezu**, s obzirom na to da su muškarci više bili skloni promatranju suicida kroz prizmu stereotipa i ambivalentnih osećanja kao disfunkcionalnih formi stavova, dok su žene više bile usmerene ka sagledavanju suicidalnosti iz aspekta ličnih vrednosti i egzistencijalne ideologije.

Razlike u stavovima prema suicidu u odnosu na profesiju

Korišćenjem Mann-Whitney-U testa ispitane su i razlike na dimenzijama upitnika stavova o suicidu i u odnosu na profesiju, odnosno u odnosu na to da li su prosvetni ili zdravstveni radnik (Tabela 7). Kao mera centralne tendencije korišćen je medijan, odnosno Mean rank mera, s obzirom na to da se podaci u ovom slučaju nisu distribuirali po normalnoj raspodeli.

Tabela 7. Razlike na dimenzijama upitnika SOQ u odnosu na profesiju

Varijabla	Prosvetni radnici	Zdravstveni radnici	MWU	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	290.2	229.9	25273.5	<.01
Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	275.9	242.4	28697.5	<.01
Lično-vrednosni stavovi o suicidu	250.4	264.6	31176.0	<.01
Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	225.3	286.5	25157.0	<.01

Napomena. MWU – vrednost testa. p – nivo značajnosti.

Uvidom u rezultate, zaključuje se da prosvetni radnici ispoljavaju snažnije stavove o suicidu kroz kulturološko-ideološke predrasude, kao i kroz ambivalenciju. S druge strane, zdravstveni radnici su postigli više skorove na dimenzijama da je suicid više stvar ličnih vrednosti i egzistencijalne ideologije u odnosu na muškarce. Rezultati ovog istraživanja su **potvrdili četvrtu hipotezu**, s obzirom na to da su prosvetni radnici više bili skloni promatranju suicida kroz prizmu stereotipa i ambivalentnih osećanja kao disfunkcionalnih formi stavova, dok su zdravstveni radnici, usled prirode posla, više bili usmereni ka sagledavanju suicidalnosti iz aspekta ličnih vrednosti i egzistencijalne ideologije, kao funkcionalnijih formi stavova prema suicidu.

Relacije stavova o suicidu sa stepenom obrazovanja, starošću, mesečnim primanjima i dužinom radnog staža

Kako bi se ustanovile relacije stavova o suicidu sa stepenom obrazovanja, mesečnim primanjima, starošću i dužinom radnog staža, korišćen je Spirmanov koeficijent korelacije (ρ), a nalazi su prikazani u Tabeli 8.

Tabela 8. Relacije stavova o suicidu sa starošću, dužinom radnog staža, primanjima i nivoom obrazovanja kod prosvetnih i zdravstvenih radnika

	Prosvetni radnici				Zdravstveni radnici			
	Starost	Radni staž	Nivo obrazovanja	Mesečna primanja	Starost	Radni staž	Nivo obrazovanja	Mesečna primanja
K-I	-.04	.09	-.05	-.09	-.15*	.15*	.22**	-.28**
A-P	-.14*	-.14*	.13*	-.31**	-.36**	-.40**	.17**	-.10
L-V	-.01	.06	-.13*	-.38**	.08	.39**	-.03	-.12*
E-I	-.08	.11	-.03	-.09	-.01	-.23**	-.12*	-.33**

Napomena. * $p < .05$, ** $p < .01$.

U prosvetnoj grupi povezanosti sociodemografskih karakteristika sa stavovima o suicidu bile su uglavnom slabe i bez jasnog obrasca: kulturno-ideološke predrasude i egzistencijalno-ideološki stavovi nisu bili značajno povezani ni sa starošću, ni sa radnim stažom, ni sa nivoom obrazovanja, dok su ambivalentni psihosocijalni stavovi pokazali skroman, ali statistički značajan trend. Tačnije, sa porastom starosti i radnog staža ovi stavovi su manje izraženi, a sa višim nivoom obrazovanja nešto izraženiji. Uz to, lično-vrednosni stavovi su bili blago niži kod ispitanika sa višim nivoom obrazovanja, dok veze sa starošću i stažom nisu dostigle statističku značajnost. Nasuprot tome, u grupi zdravstvenih radnika obrazac je bio izraženiji: kulturno-ideološke predrasude su bile nešto manje izražene kod starijih, a nešto izraženije kod onih sa dužim stažom i višim nivoom obrazovanja; ambivalentni psihosocijalni stavovi su bili primetno niži kod starijih i iskusnijih radnika, dok su bili nešto viši kod ispitanika sa višim obrazovanjem; lično-vrednosni stavovi su bili izraženiji kod zdravstvenih radnika sa dužim stažom, dok su egzistencijalno-ideološki stavovi bili niži kod ispitanika sa dužim stažom i višim nivoom obrazovanja, pri čemu starost nije pokazala značajnu povezanost sa ovom dimenzijom. Na osnovu korelacija sa primanjima, obrazac se razlikuje između prosvetnih i zdravstvenih radnika. U grupi prosvetnih radnika, primanja su bila značajno i negativno povezana sa ambivalentnim psihosocijalnim stavovima i sa lično-vrednosnim stavovima, što ukazuje da viša primanja prate niži skor na ovim dimenzijama (pri čemu je veza sa lično-vrednosnim stavovima izraženija). Nasuprot tome, veza primanja sa kulturno-ideološkim predrasudama i sa egzistencijalno-ideološkim stavovima nije bila statistički značajna, pa se na osnovu ovih podataka ne može govoriti o stabilnoj povezanosti

finansijskog statusa sa tim aspektima stavova o suicidu u prosveti. U grupi zdravstvenih radnika, primanja su bila značajno i negativno povezana sa kulturno-ideološkim predrasudama, kao i sa egzistencijalno-ideološkim stavovima, uz to da je veza sa egzistencijalno-ideološkom dimenzijom jača. Dodatno, primanja su pokazala slabu, ali značajnu negativnu povezanost sa lično-vrednosnim stavovima, dok sa ambivalentnim psihosocijalnim stavovima nije registrovana statistički značajna veza. Sumirano, viša primanja su u zdravstvu sistematski povezana sa nižim skorovima na većem broju dimenzija stavova o suicidu nego u prosveti, pri čemu se najkonzistentniji odnosi vide za kulturno-ideološke predrasude i egzistencijalno-ideološke stavove.

Peta hipoteza, prema kojoj će osobe sa višim stepenom obrazovanja iskazivati adekvatnije i funkcionalnije stavove prema suicidu u obe profesionalne grupe, **nije potvrđena** na osnovu prikazanih korelacija. Kod prosvetnih radnika viši nivo obrazovanja nije bio povezan sa nižim kulturno-ideološkim predrasudama niti sa egzistencijalno-ideološkim stavovima, dok je istovremeno bio povezan sa nešto izraženijim ambivalentnim psihosocijalnim stavovima i sa blago nižim lično-vrednosnim stavovima. U grupi zdravstvenih radnika obrazovanje je bilo povezano sa izraženijim kulturno-ideološkim predrasudama i većom ambivalencijom, dok je jedino egzistencijalno-ideološka dimenzija pokazivala tendenciju opadanja sa višim obrazovanjem; ukupno gledano, obrazac odnosa nije konzistentan sa očekivanjem da obrazovanje “unapređuje” funkcionalnost stavova.

Šesta hipoteza, kojom se pretpostavlja da će sa starošću opadati nivo funkcionalnih i adekvatnih stavova o suicidu u obe grupe, može se oceniti kao **opovrgnuta**. U obe profesionalne grupe starost je bila povezana sa nižim nivoom ambivalentnih psihosocijalnih stavova, a u grupi zdravstvenih radnika i sa nešto nižim kulturno-ideološkim predrasudama. Pod uobičajenim tumačenjem da su ambivalencija i predrasude indikatori manje funkcionalnih stavova, ovi nalazi ukazuju da se sa porastom starosti stavovi u proseku pomeraju u funkcionalnijem smeru, što je suprotno postavljenoj hipotezi.

Sedma hipoteza, prema kojoj će sa većim radnim stažom opadati nivo funkcionalnih i adekvatnih stavova o suicidu u obe grupe, je samo delimično potvrđena kao opšti zaključak, jer je obrazac rezultata mešovit i zavisi od dimenzije i profesionalne grupe. Kod prosvetnih radnika duži staž je pratio porast ambivalentnih psihosocijalnih stavova, što je u skladu sa hipotezom, ali kod ostalih dimenzija nije bilo jasnih i stabilnih veza. Nasuprot tome, kod zdravstvenih radnika duži staž je bio povezan sa nižom ambivalencijom (suprotno hipotezi), ali istovremeno i sa izraženijim kulturno-ideološkim predrasudama (u skladu sa hipotezom), uz dodatne veze sa lično-vrednosnim i egzistencijalno-ideološkim stavovima koje ne formiraju

jedinstven trend “pogoršavanja” sa stažom. Zbog te nekonzistentnosti, hipoteza se može tretirati kao **delimično podržana** samo u pojedinim segmentima, ali ne i potvrđena u celini.

Na osnovu prikazanih korelacija, **osma hipoteza je delimično potvrđena**, ali ne konzistentno u obe grupe i na svim dimenzijama. U grupi prosvetnih radnika viša primanja su bila povezana sa nižim skorovima na ambivalentnim psihosocijalnim stavovima i na lično-vrednosnim stavovima, dok veza sa kulturno-ideološkim predrasudama i egzistencijalno-ideološkim stavovima nije bila statistički značajna. To znači da se „protektivni” efekat primanja u prosveti vidi samo na delu stavovnih dimenzija, a ne kao opšti obrazac kroz sve aspekte stavova. U grupi zdravstvenih radnika obrazac je u većoj meri u skladu sa hipotezom: viša primanja su bila povezana sa nižim kulturno-ideološkim predrasudama, nižim egzistencijalno-ideološkim stavovima i nešto nižim lično-vrednosnim stavovima, dok odnos sa ambivalentnim psihosocijalnim stavovima nije bio značajan. Dakle, u zdravstvu se efekat primanja javlja na više dimenzija, ali i dalje nije univerzalan.

Razlike u stavovima prema suicidu u odnosu na partnerski status i religioznost

Kako bi se ispitale razlike u stavovima prema suicidu u odnosu na partnerski status, primenjen je Mann-Whitney-U test. Ispitanici su klasifikovani u dve grupe: oni koji imaju partnera (u braku/u vezi) i oni koji nemaju partnera (samci i udovci/udovice). Rezultati su prikazani u Tabeli 9.

Tabela 9. Razlike na dimenzijama upitnika SOQ u odnosu na partnerski status

Varijabla	Ima partnera	Nema partnera	MWU	p
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	263.2	42.0	426.0	<.01
Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	252.0	508.0	18.0	<.01
Lično-vrednosni stavovi o suicidu	264.0	7.0	6.0	<.01
Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	252.0	509.0	6.0	<.01

Napomena. MWU – vrednost testa. p – nivo značajnosti.

Rezultati Mann–Whitney U testa ukazuju na statistički značajne razlike u svim ispitivanim dimenzijama SOQ u odnosu na partnerski status. U poređenju grupa, ispitanici koji imaju partnera ostvaruju viši rang na dimenzijama kulturno-ideoloških predrasuda i lično-

vrednosnih stavova, dok ispitanici bez partnera ostvaruju znatno viši rang na dimenzijama ambivalentnih psihosocijalnih i egzistencijalno-ideoloških stavova. Drugim rečima, partnerski status je povezan sa različitim profilom stavova prema suicidu: prisustvo partnera prati veća izraženost kulturno-ideoloških i lično-vrednosnih aspekata, dok odsustvo partnera prati veća izraženost ambivalentnih i egzistencijalno-ideoloških aspekata, pri čemu su sve razlike visoko statistički značajne. **Deveta hipoteza** da će osobe koje su u partnerskom odnosu imati funkcionalnije i adekvatnije stavove o suicidu može se smatrati samo **delimično potvrđenom** na onovu dobijenih rezultata. Iako su utvrđene statistički značajne razlike između ispitanika sa partnerom i bez partnera na svim dimenzijama SOQ, smerovi razlika nisu jednoznačno „povoljniji” za grupu koja ima partnera. Konkretno, ispitanici bez partnera ostvaruju više rangove na ambivalentnim psihosocijalnim i egzistencijalno-ideološkim stavovima, što bi se moglo tumačiti kao manje funkcionalan profil u toj grupi. Međutim, ispitanici koji imaju partnera ostvaruju više rangove na kulturno-ideološkim predrasudama, a takođe i na lično-vrednosnim stavovima, što ukazuje da partnerski status nije povezan sa globalno adekvatnijim stavovima na svim aspektima merenja, već sa različitim, mešovitim profilom stavova. Zbog ovako nekonzistentnog obrasca, nalaze je opravdano interpretirati kao delimičnu i dimenzijski specifičnu podršku pretpostavci o potencijalno zaštitnoj ulozi partnerskog statusa, ali ne i kao potvrdu hipoteze u njenom opštem obliku.

Kako bi se ispitale razlike u stavovima prema suicidu u odnosu na religioznost, primenjen je Mann-Whitney-U test. Ispitanici su klasifikovani u dve grupe: oni koji veruju da Bog postoji i oni koji u to ne veruju. Rezultati su prikazani u Tabeli 10.

Tabela 10. Razlike na dimenzijama upitnika SOQ u odnosu na religioznost

Varijabla	Veruje u	Ne veruje u	MWU	p
	Boga	Boga		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	265.22	58.58	883.5	<.01
Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	262.07	145.56	2449.0	<.01
Lično-vrednosni stavovi o suicidu	249.01	506.36	2.5	<.01
Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	249.05	462.64	249.5	<.01

Napomena. MWU – vrednost testa. *p* – nivo značajnosti.

Rezultati Mann–Whitney U testa ukazuju na statistički značajne razlike između ispitanika koji veruju u Boga i onih koji ne veruju u Boga na svim dimenzijama SOQ. Ispitanici koji veruju u Boga ostvaruju više rangove na dimenzijama kulturno-ideoloških predrasuda i ambivalentnih psihosocijalnih stavova, što sugerise da su ovi aspekti stavova o suicidu izraženiji u religioznoj grupi. Nasuprot tome, ispitanici koji ne veruju u Boga ostvaruju znatno više rangove na dimenzijama lično-vrednosnih i egzistencijalno-ideoloških stavova, što ukazuje da su ove dimenzije izraženije kod nereligioznih ispitanika. Ukratko, religioznost je povezana sa različitim profilom stavova prema suicidu: verovanje u Boga prati veću izraženost kulturno-ideoloških predrasuda i ambivalentnih psihosocijalnih stavova, dok odsustvo verovanja prati veću izraženost lično-vrednosnih i egzistencijalno-ideoloških stavova. Na osnovu prikazanih rezultata, **deseta hipoteza nije potvrđena**, jer razlike po religioznosti nisu jednoznačno u smeru funkcionalnijih stavova kod religioznijih ispitanika. Iako se grupe značajno razlikuju na svim dimenzijama, ispitanici koji veruju u Boga imaju više rangove na kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim psihosocijalnim stavovima, dok ispitanici koji ne veruju u Boga imaju više rangove na lično-vrednosnim i egzistencijalno-ideološkim stavovima. Ako dimenzije „predrasude” i „ambivalencija” konceptualno predstavljaju manje funkcionalne ili manje informisane/konzistentne stavove, tada viši skorovi religioznih na tim dimenzijama ne idu u prilog hipotezi. Istovremeno, činjenica da nereligiozni postižu više rangove na lično-vrednosnoj i egzistencijalno-ideološkoj dimenziji pokazuje da religioznost nije povezana sa globalno „povoljnijim” profilom na svim aspektima stavova, već sa drugačijim, mešovitim obrascem.

Relacije stavova prema suicidu sa komponentama emocionalne pismenosti

U cilju ispitivanja prostih relacija stavova prema suicidu i komponenti emocionalne pismenosti sprovedena je korelaciona analiza (Tabela 11). Usled odstupanja varijabli od normalne raspodele, korišćen je Spirmanov koeficijent korelacije.

Tabela 11. Korelacije između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

	Emocionalna jasnoća	Emocionalna ruminacija i refleksija	Emocionalna pažnja i introspekcija
Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	-.70**	-.20**	.45**
Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	-.26**	-.37**	.27**
Lično-vrednosni stavovi o suicidu	.08	.46**	.06
Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	.76**	.27**	-.48**

Napomena. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Kulturno-ideološke predrasude o suicidu pokazuju snažnu negativnu povezanost sa emocionalnom jasnoćom, što sugerise da osobe koje imaju jasnije i bolje diferencisano razumevanje sopstvenih emocija u manjoj meri ispoljavaju kulturno-ideološke predrasude o suicidu. Istovremeno, ova dimenzija je slabo negativno povezana sa emocionalnom ruminacijom/refleksijom, dok je umereno pozitivno povezana sa emocionalnom pažnjom i introspekcijom. Dakle, veća usmerenost na emocije (pažnja/introspekcija) ide uz izraženi predrasude, ali se predrasude smanjuju kada je ta usmerenost praćena većom jasnoćom emocija. Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu negativno su povezani i sa emocionalnom jasnoćom i sa ruminacijom/refleksijom, a pozitivno sa emocionalnom pažnjom i introspekcijom. To upućuje da izraženi emocionalna pažnja može biti povezana sa većom ambivalencijom u psihosocijalnim stavovima o suicidu, dok veća jasnoća emocija i izraženi refleksivna obrada (u smislu ove skale) prate niži nivo ambivalentnih stavova. Lično-vrednosni stavovi o suicidu nisu povezani sa emocionalnom jasnoćom, niti sa emocionalnom pažnjom i introspekcijom, ali jesu umereno pozitivno povezani sa emocionalnom ruminacijom/refleksijom. Ovo sugerise da je ova dimenzija stavova specifično povezana sa tendencijom da se o emocijama intenzivno promišlja/“preživa”, dok se ne može zaključiti da je direktno vezana za opštu jasnoću emocija ili za puku pažnju prema emocijama. Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu pokazuju vrlo snažnu pozitivnu povezanost sa

emocionalnom jasnoćom, što znači da viši nivo emocionalne jasnoće ide uz izraženije egzistencijalno-ideološke stavove. Ova dimenzija je slabo pozitivno povezana sa ruminacijom/refleksijom, dok je umereno negativno povezana sa emocionalnom pažnjom i introspekcijom. Drugim rečima, osobe sa većom emocionalnom jasnoćom (i u manjoj meri refleksijom/ruminacijom) češće iskazuju egzistencijalno-ideološki profil stavova, dok je veća emocionalna pažnja/introspekcija povezana sa nižim nivoom ovih stavova. Sumarno, obrazac korelacija sugerise diferencijalne veze: emocionalna jasnoća deluje kao najjači korelat, ali u suprotnim smerovima za različite dimenzije stavova (negativno sa kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim psihosocijalnim stavovima, a pozitivno sa egzistencijalno-ideološkim stavovima). Emocionalna pažnja/introspekcija je dosledno pozitivno povezana sa kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim psihosocijalnim stavovima, a negativno sa egzistencijalno-ideološkim stavovima, dok je ruminacija/refleksija najuže vezana za lično-vrednosne stavove (pozitivno) i umereno za egzistencijalno-ideološke (pozitivno), uz negativne veze sa kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim psihosocijalnim stavovima. Ukupno posmatrano, rezultati pružaju **delimičnu podršku jedanaestoj hipotezi** prvenstveno kroz ulogu emocionalne jasnoće, dok smer i konzistentnost relacija za pažnju/introspekciju i ruminaciju/refleksiju ukazuju da emocionalna pismenost nije jedinstveno i uniformno povezana sa (ne)funkcionalnošću stavova o suicidu, već da različite komponente imaju različite, ponekad i suprotne obrasce povezanosti.

Utvrđivanje doprinosa komponenti emocionalne pismenosti stavovima o suicidu

U cilju utvrđivanja doprinosa emocionalne pismenosti stavovima o suicidu (Tabela 12), korišćena je višestruka regresiona analiza, posebno na grupama prosvetnih i zdravstvenih radnika.

Kao pokazatelji su korišćeni standardizovani regresioni koeficijenti (β), koji ukazuju na parcijalni doprinos svakog prediktora u objašnjenju kriterijumske varijable, zatim vrednosti t-testa za procenu značajnosti pojedinačnih prediktora, vrednosti F-testa za procenu značajnosti celokupnog regresionog modela, kao i koeficijent multiple determinacije (R^2), koji pokazuje procenat varijanse kriterijumske varijable objašnjen skupom uključenih prediktora.

Tabela 12. Doprinosi emocionalne pismenosti stavovima o suicidu

Prosvetni radnici	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu		Lično-vrednosni stavovi o suicidu		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	
	β	t	β	t	β	t	β	t
Emocionalna jasnoća	-.02	-0.30	-.04	-0.74	.01	0.26	.01	0.08
Emocionalna reuminacija/refleksija	.16	2.45*	-.17	-2.69**	.48	8.33**	-.01	-0.08
Emocionalna pažnja/introspekcija	-.06	-0.94	-.06	-0.944	.02	0.46	-.01	-0.12
Značajnost regresionog modela	$F = 2.17$		$F = 3.56$		$F = 20.04$		$F = 0.01$	
	$R^2 = .03$		$R^2 = .04$		$R^2 = .24$		$R^2 = .00$	
	$p = .09$		$p = .02$		$p = .00$		$p = .99$	
Zdravstveni radnici	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu		Lično-vrednosni stavovi o suicidu		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	
	β	t	β	t	β	t	β	t
Emocionalna jasnoća	-.37	-13.85**	.40	7.12**	-.77	-16.05**	.96	37.63**
Emocionalna reuminacija/refleksija	.11	4.32**	-.40	-7.30**	.48	10.37**	-.29	-11.70**
Emocionalna pažnja/introspekcija	.77	30.77**	.41	7.79**	-.08	-1.86	-.14	-6.08**
Značajnost regresionog modela	$F = 474.43$		$F = 42.12$		$F = 92.49$		$F = 552.84$	
	$R^2 = .84$		$R^2 = .32$		$R^2 = .41$		$R^2 = .86$	
	$p = .00$		$p = .00$		$p = .00$		$p = .00$	

Napomena. β - parcijalni doprinos prediktora; t - vrednost t-esta; F - vrednost F-testa; R^2 – koeficijent multiple determinacije, p – nivo značajnosti. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Kod prosvetnih radnika, regresioni modeli su uglavnom pokazali ograničenu prediktivnu vrednost komponenti emocionalne pismenosti za stavove o suicidu. Model za kulturno-ideološke predrasude nije dostigao značajnost, iako je emocionalna ruminacija/refleksija imala mali, ali značajan pozitivan doprinos, dok emocionalna jasnoća i emocionalna pažnja/introspekcija nisu bile značajne. Model za ambivalentne psihosocijalne stavove bio je značajan (4% objašnjene varijanse), pri čemu je ruminacija/refleksija bila jedini

značajan prediktor u negativnom smeru. Model za lično-vrednosne stavove bio je visoko značajan (24% objašnjene varijanse) i pokazao da je ruminacija/refleksija snažan pozitivan prediktor, dok druga dva prediktora nisu značajna. Nasuprot tome, model za egzistencijalno-ideološke stavove nije bio značajan.

Kod zdravstvenih radnika, svi modeli su bili statistički značajni i substantivno jači, uz visoku objašnjenu varijansu. Za kulturno-ideološke predrasude (84% objašnjene varijanse) značajni su bili negativan doprinos emocionalne jasnoće i pozitivni doprinosi ruminacije/refleksije i naročito emocionalne pažnje/introspekcije. Za ambivalentne psihosocijalne stavove (32% objašnjene varijanse) emocionalna jasnoća i pažnja/introspekcija bile su pozitivni, a ruminacija/refleksija negativan prediktor. Za lično-vrednosne stavove (41% objašnjene varijanse) emocionalna jasnoća je bila snažan negativan, a ruminacija/refleksija snažan pozitivan prediktor, dok pažnja/introspekcija nije bila značajna. Konačno, za egzistencijalno-ideološke stavove (86% objašnjene varijanse) emocionalna jasnoća je bila izrazito snažan pozitivan prediktor, dok su ruminacija/refleksija i pažnja/introspekcija imale negativan doprinos. Ukupno, nalazi ukazuju da su veze emocionalne pismenosti i stavova o suicidu znatno izraženije i sistematičnije kod zdravstvenih nego kod prosvetnih radnika, pri čemu se kod prosvetnih radnika kao ključni (i praktično jedini) prediktor izdvojila ruminacija/refleksija, dok se kod zdravstvenih radnika uočava kompleksniji i snažniji obrazac doprinosa sva tri aspekta emocionalne pismenosti.

Zaključno, rezultati ukazuju da odnos emocionalne pismenosti i stavova o suicidu zavisi od profesije i specifične dimenzije stavova, pa se ne može potvrditi generalna pretpostavka o uniformno pozitivnim vezama sa funkcionalnim i negativnim vezama sa nefunkcionalnim stavovima, već samo konstatovati da je **dvanaesta hipoteza samo delimično potvrđena.**

Ispitivanje moderatorskog efekta sociodemografskih karakteristika u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Kako bi se ispitale moderatorske uloge sociodemografskih varijabli u relaciji između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, korišćen je makro PROCESS u SPSS-u (Hayes, 2021). Prikaz rezultata u nastavku će biti naveden po moderatorskim varijablama.

Pol

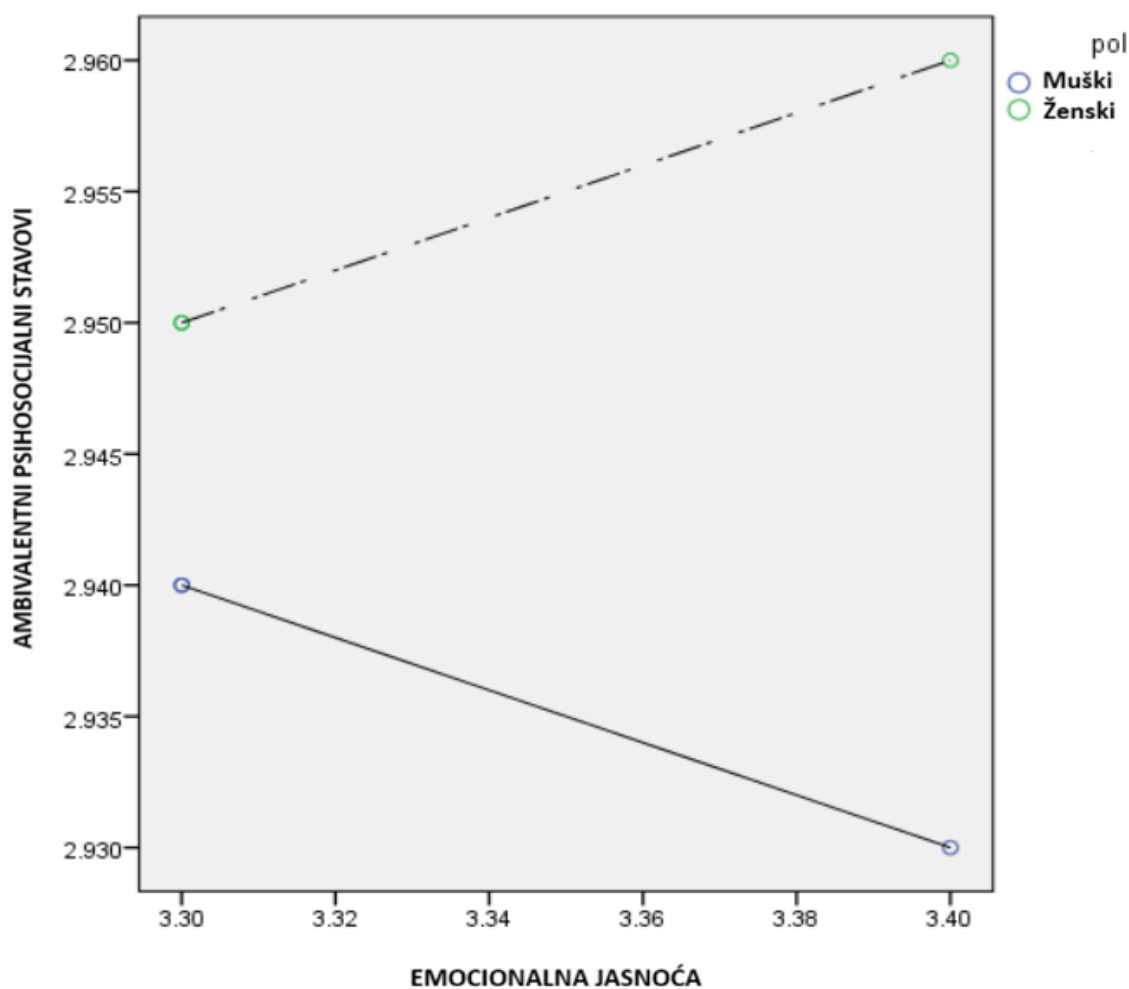
U Tabeli 13 prikazani su rezultati moderacione analize u kontekstu pola kao moderatorske varijable između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu.

Tabela 13. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 0.09, \Delta R^2 = .00, p = .77$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 209.96, \Delta R^2 = .27, p = .00$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1021.53, \Delta R^2 = .46, p = .00$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 59.92, \Delta R^2 = .03, p = .00$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Pol	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 0.02, \Delta R^2 = .00, p = .99$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 0.14, \Delta R^2 = .00, p = .94$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 0.77, \Delta R^2 = .01, p = .90$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 0.09, \Delta R^2 = .01, p = .96$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 8.10, \Delta R^2 = .01, p = .00$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 1.83, \Delta R^2 = .00, p = .18$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 25.13, \Delta R^2 = .05, p = .00$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 0.15, \Delta R^2 = .00, p = .70$

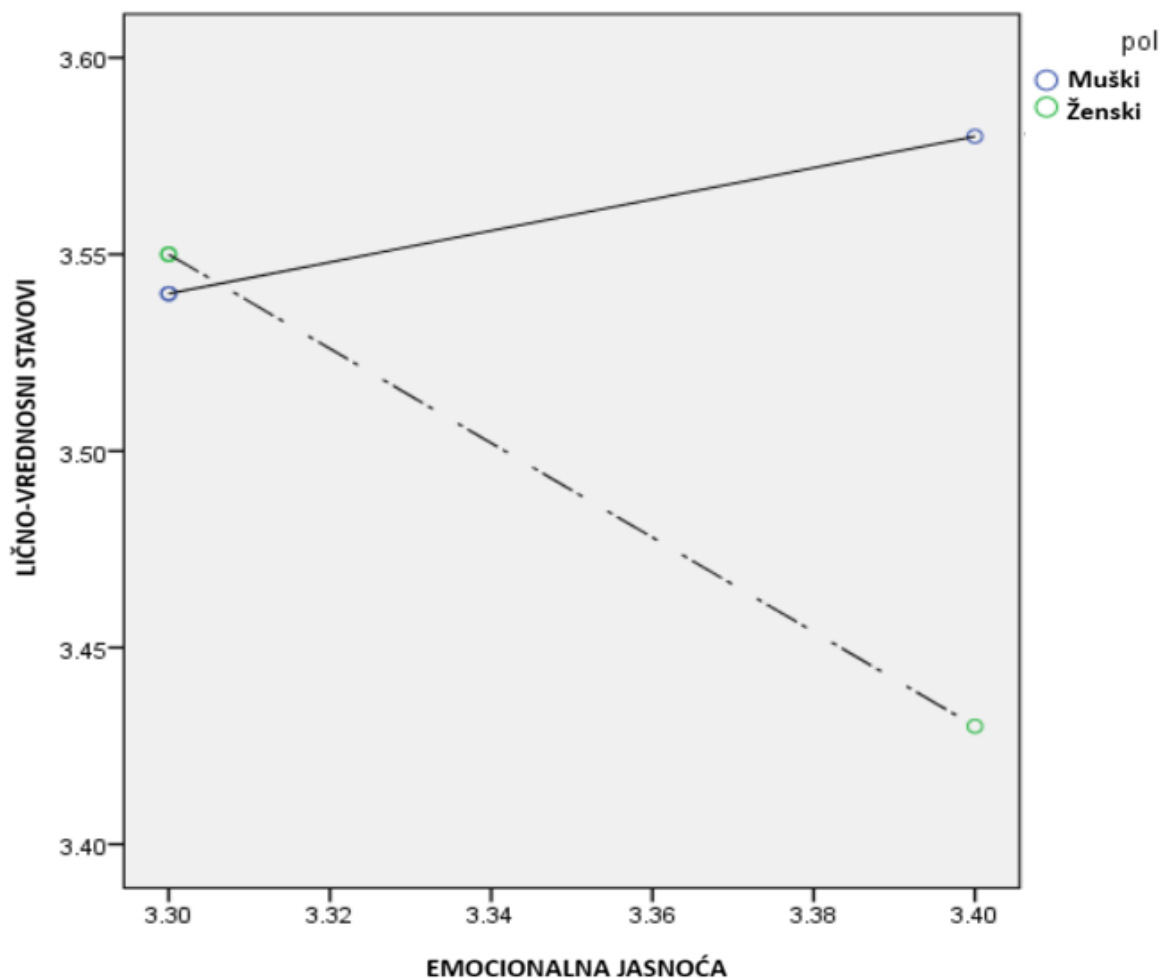
Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

Pol je imao značajnu moderatorsku ulogu u nekoliko slučajeva. Prvi primer je u odnosu između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova. Efekat je bio značajan i negativan za muškarce ($-.14, t = -10.10, p < .01$), a značajan i pozitivan za žene ($.11, t = 10.56, p < .01$). Dakle, sa povećanjem emocionalne jasnoće kod muškaraca se smanjuju ambivalentni psihosocijalni stavovi prema suicidu, dok kod žena rastu. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 1.



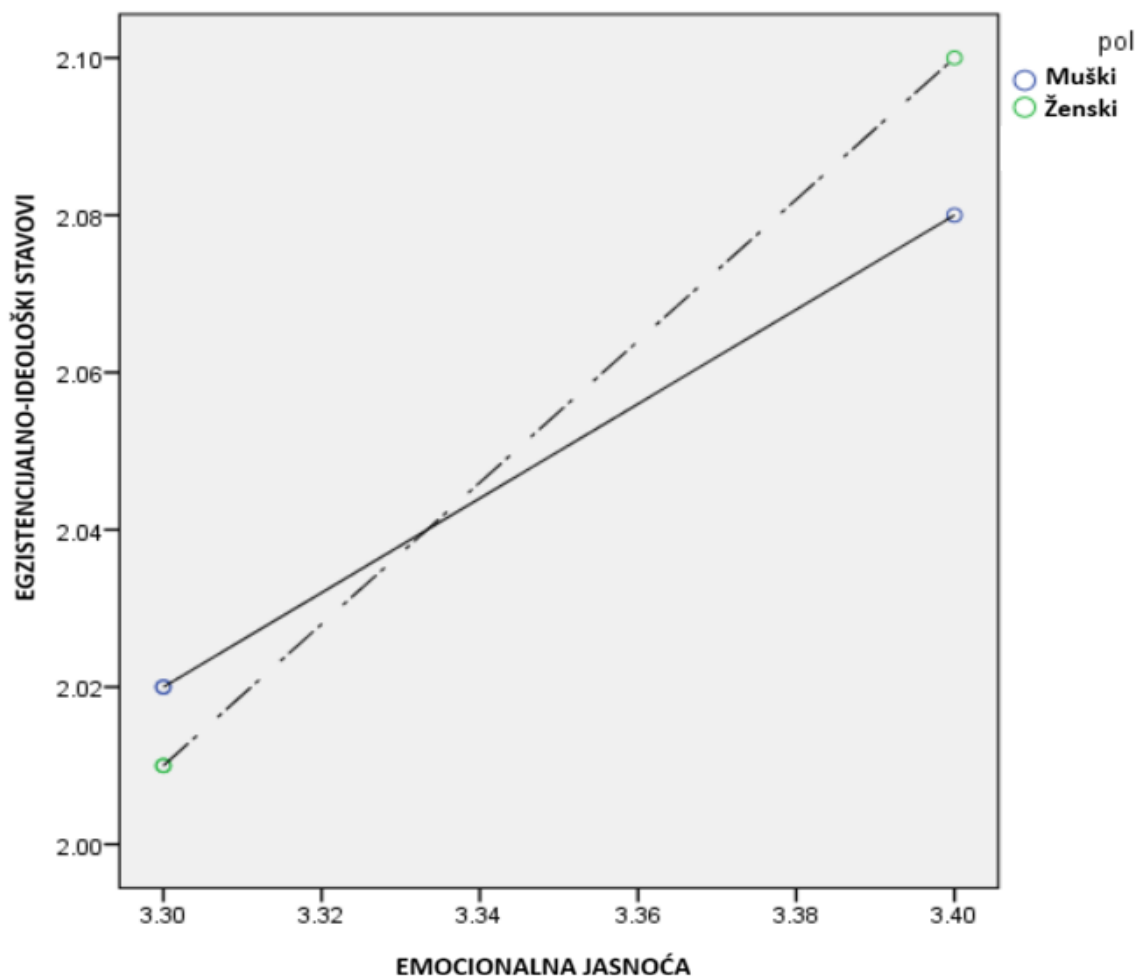
Grafik 1. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu

Pol je takođe imao značajnu moderatorsku u odnosu između emocionalne jasnoće i lično-vrednosnih stavova. Efekat je bio značajan i negativan za žene ($-1.21, t = -39.34, p < .01$), a značajan i pozitivan za muškarce ($.41, t = 10.23, p < .01$). Dakle, sa povećanjem emocionalne jasnoće kod muškaraca se povećavaju lično-vrednosni stavovi prema suicidu, dok se kod žena smanjuju. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 2.



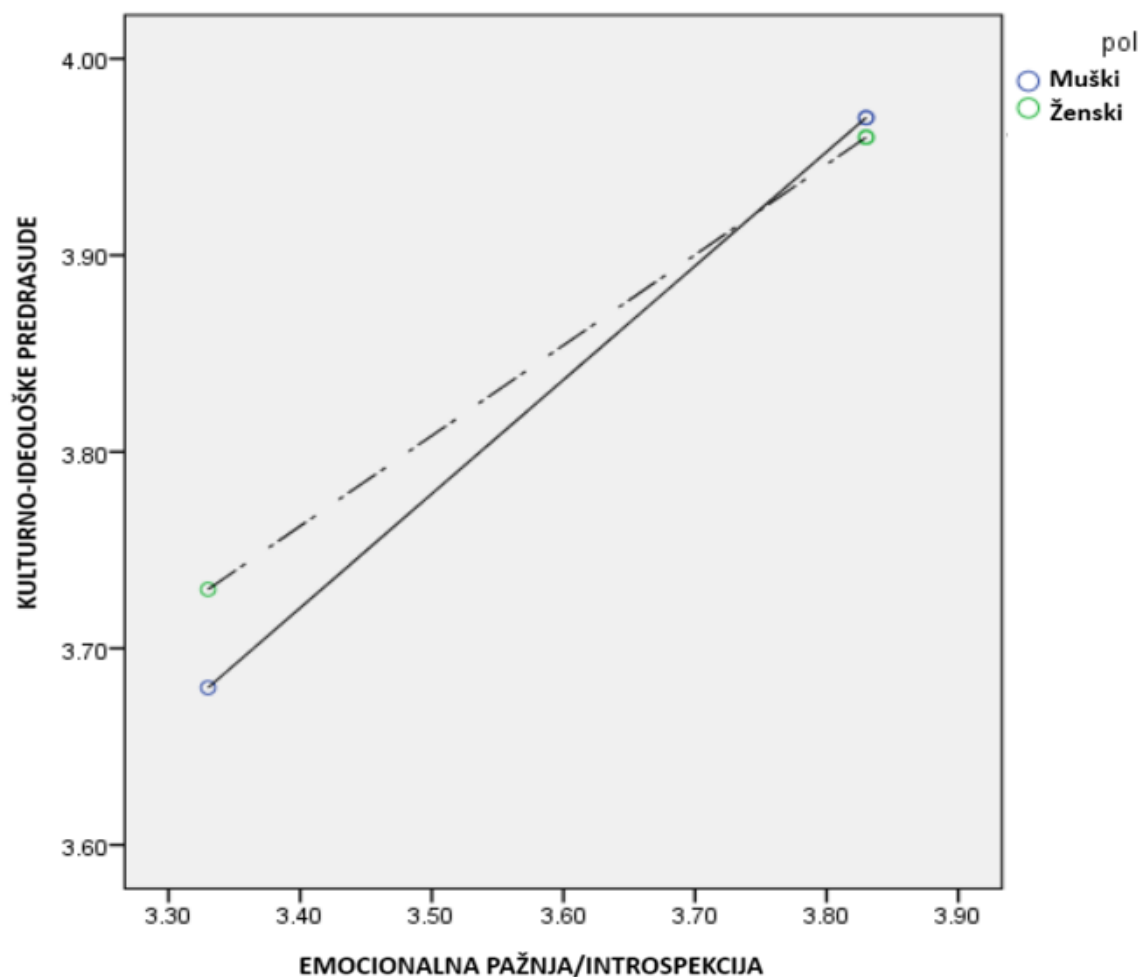
Grafik 2. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne jasnoće i lično-vrednosnih stavova prema suicidu

Kada se govori o emocionalnoj jasnoći, pol je takođe imao značajnu moderatorsku u odnosu sa egzistencijalno-ideološkim stavovima. Efekat je bio značajan i pozitivan i za žene ($.94, t = 34.89, p < .01$), i za muškarce ($.59, t = 16.82, p < .01$). Dakle, sa povećanjem emocionalne jasnoće i kod muškaraca i kod žena se povećavaju egzistencijalno-ideološki stavovi prema suicidu, s tim da se efekat pokazao snažnijim kod žena. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 3.



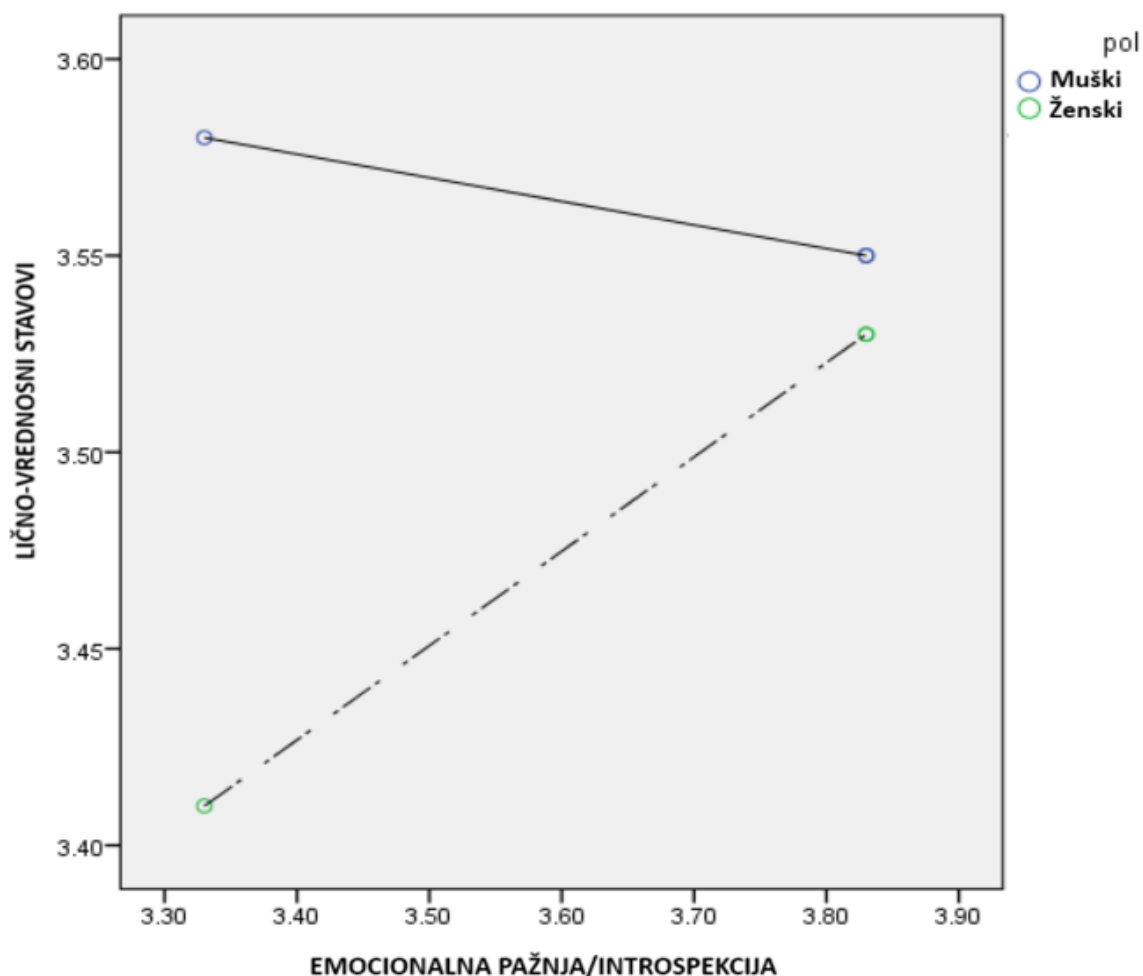
Grafik 3. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne jasnoće i egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu

Kada se govori o emocionalnoj pažnji/introspekciji, pol je takođe imao značajnu moderatorsku u odnosu sa kulturno-ideološkim predrasudama prema suicidu. Efekat je bio značajan i pozitivan i za žene ($.46, t = 16.8, p < .01$), i za muškarce ($.56, t = 25.32, p < .01$). Dakle, sa povećanjem emocionalne introspekcije i kod muškaraca i kod žena se povećavaju kulturno-ideološke predrasude prema suicidu, s tim da se efekat pokazao snažnijim kod muškaraca. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 4.



Grafik 4. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne introspekcije/pažnje i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu

Naposletku, pol je imao značajnu moderatorsku ulogu i u relacijama između emocionalne introspekcije/pažnje i lično-vrednosnih stavova prema suicidu. Efekat je bio značajan i pozitivan i za žene (.23, $t = 5.36$, $p < .01$), dok kod muškaraca ovaj efekat nije ustanovljen kao značajan (-.05, $t = -1.34$, $p = .18$). Dakle, sa povećanjem emocionalne introspekcije kod žena se povećavaju lično-vrednosni stavovi prema suicidu. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 5.



Grafik 5. Moderatorska uloga pola u relaciji između emocionalne introspekcije/pažnje i lično-vrednosnih stavova prema suicidu

Starost

Kako bi se ispitala moderatorska uloga starosti u relaciji između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova o suicidu, starost kao varijabla je kategorizovana putem medijan split-metode. Uzorak je podeljen na sva dela: oni koji su mlađi od 50 godina (50.3%) i oni koji imaju 50 ili više godina (49.7%). U Tabeli 14 prikazani su rezultati moderacione analize u kontekstu starosti kao moderatorske varijable između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Starost ispitanika se pokazala kao značajan moderator u nekoliko slučajeva.

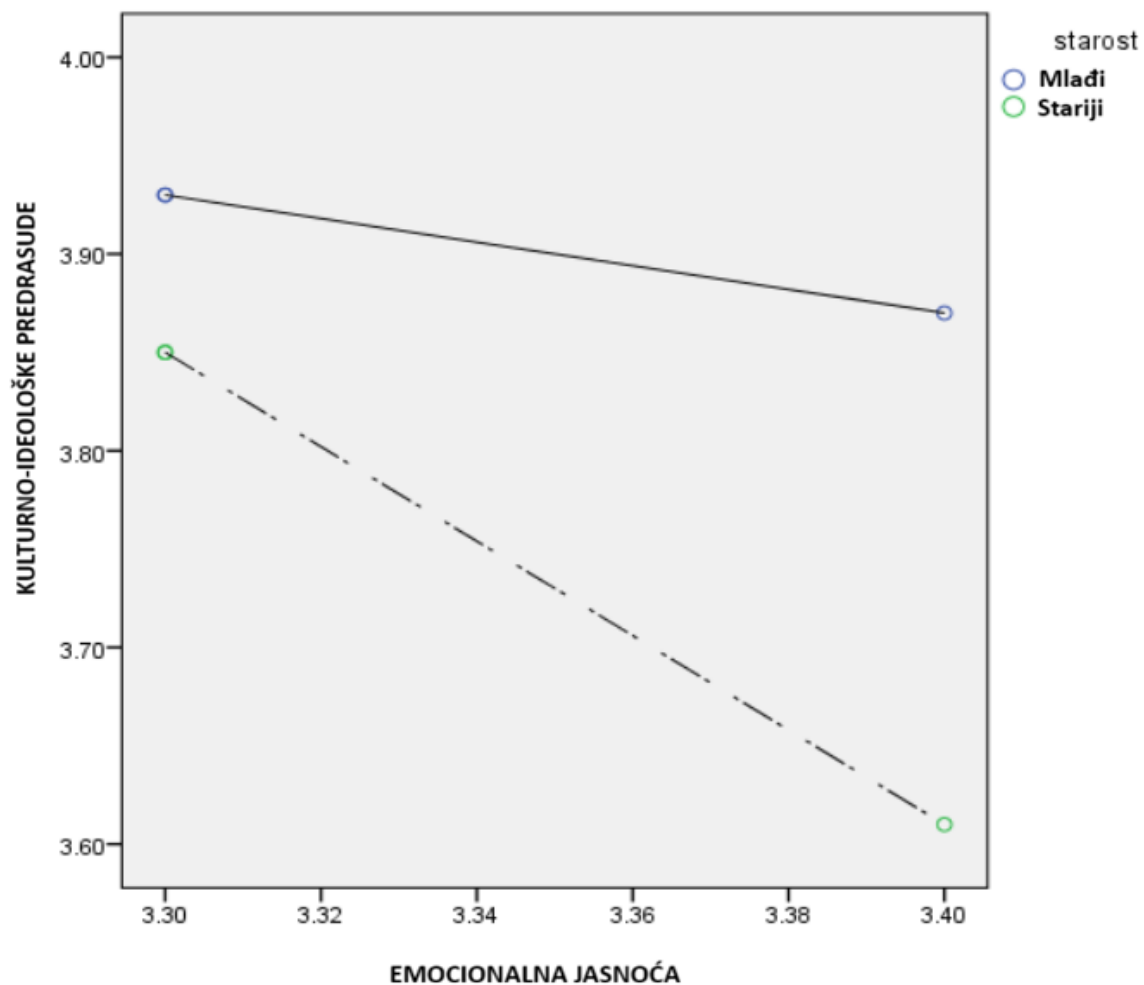
Tabela 14. Starost kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 112.17, \Delta R^2 = .12, p = .00$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.60, \Delta R^2 = .00, p = .19$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 2.95, \Delta R^2 = .01, p = .09$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 3.12, \Delta R^2 = .00, p = .08$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Starost	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.34, \Delta R^2 = .00, p = .13$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 3.40, \Delta R^2 = .01, p = .07$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.23, \Delta R^2 = .00, p = .27$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 1.94, \Delta R^2 = .00, p = .16$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 4.25, \Delta R^2 = .02, p = .04$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 0.12, \Delta R^2 = .00, p = .73$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 3.32, \Delta R^2 = .01, p = .08$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 23.52, \Delta R^2 = .04, p = .00$

Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

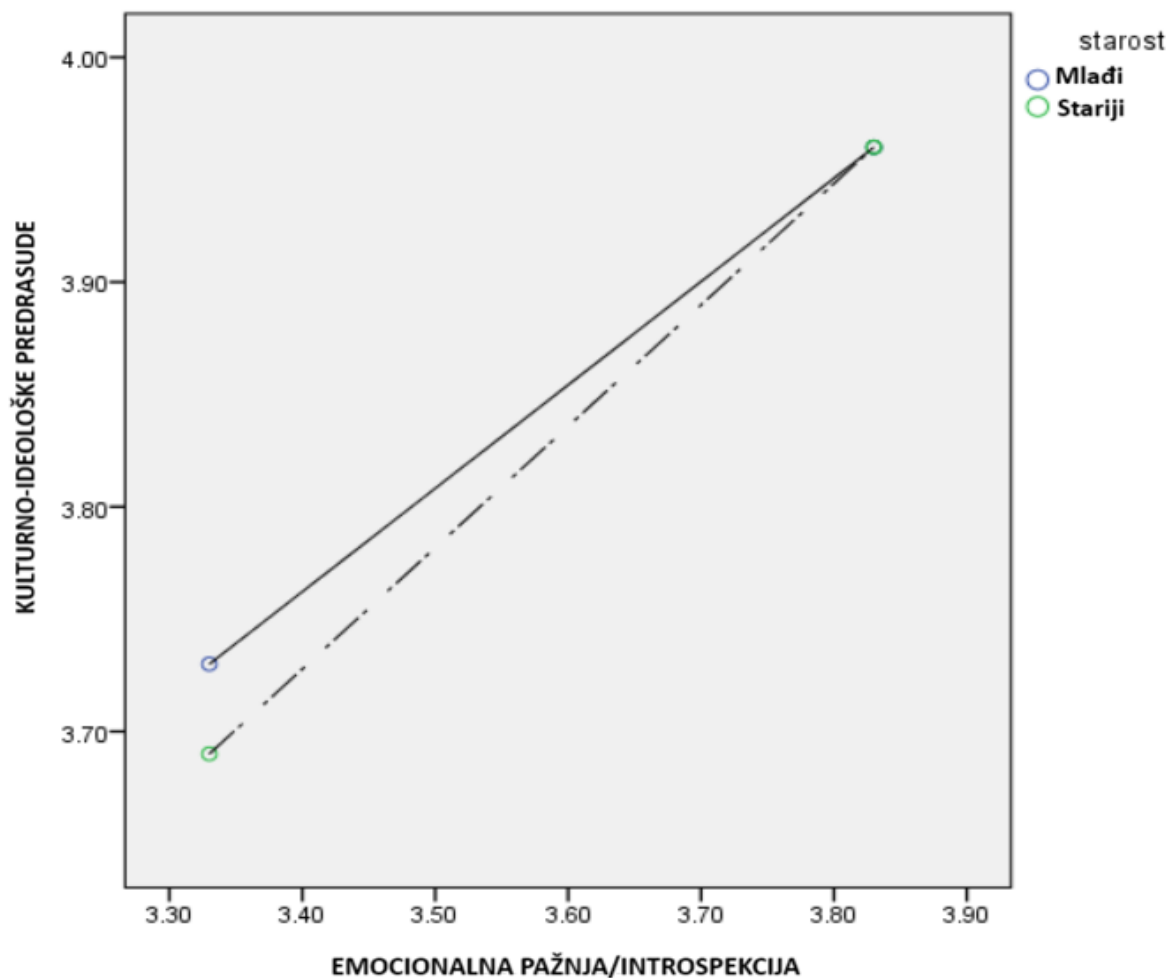
Prvi primer je u odnosu između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova. Efekat je bio značajan i negativan za mlađe ispitanike ($-.62, t = -15.08, p < .01$), kao i za starije ($-2.46, t = -14.55, p < .01$). Dakle, sa povećanjem emocionalne jasnoće i kod mlađih

i kod starijih ispitanika se smanjuju ambivalentni psihosocijalni stavovi prema suicidu, a efekat je snažniji kod starijih ispitanika. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 6.



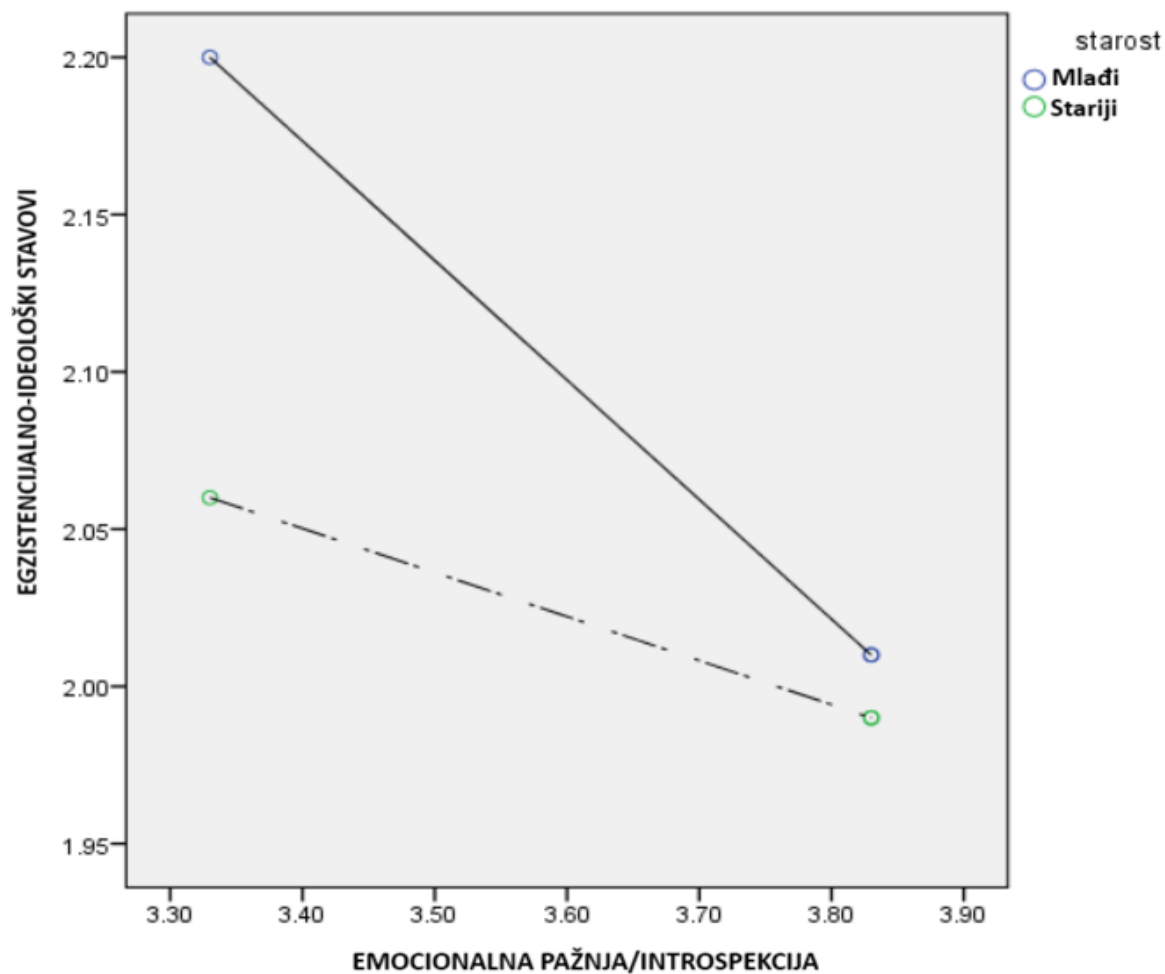
Grafik 6. Moderatorska uloga starosti u relaciji između emocionalne jasnoće i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu

Efekat starosti je bio značajan i pozitivan za mlađe ispitanike ($.46, t = 12.23, p < .01$), kao i za starije ($.54, t = 28.41, p < .01$) u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu. Dakle, sa povećanjem emocionalne pažnje/introspekcije kod starijih i kod mlađih ispitanika se povećavaju kulturno-ideološke predrasude prema suicidu, a efekat je snažniji kod starijih ispitanika. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 7.



Grafik 7. Moderatorska uloga starosti u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu

Poslednja značajna moderatorska uloga starosti očitovala se u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i egzistencijalno-ideoloških stavova o suicidu. Efekat starosti je bio značajan i negativan za mlađe ispitanike ($-0.40, t = -8.75, p < .01$), kao i za starije ($-0.15, t = -6.45, p < .01$). Dakle, sa povećanjem emocionalne pažnje/introspekcije kod starijih i kod mlađih ispitanika se smanjuje ispoljavanje egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu, a efekat je snažniji kod mlađih ispitanika. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 8.



Grafik 8. Moderatorska uloga starosti u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu

Profesija

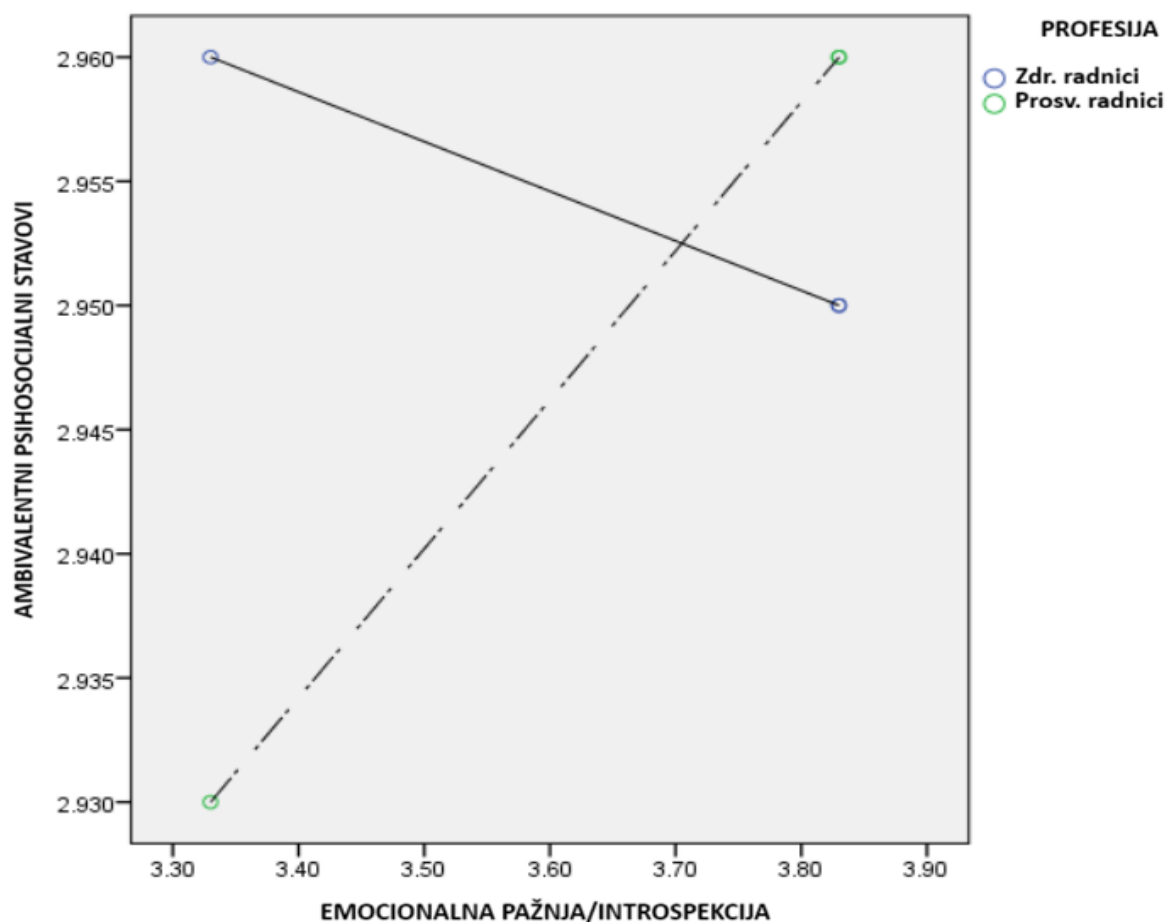
U Tabeli 15 prikazani su rezultati moderacione analize u kontekstu profesije (prosvetni/zdravstveni radnici) kao moderatorske varijable između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Profesija ispitanika se pokazala kao značajan moderator, ali samo u jednom slučaju, tj. u slučaju između emocionalne pažnje/introspekcije i ambivalentnih psihosocijalnih stavova o suicidu.

Tabela 15. Profesija kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 3.07, \Delta R^2 = .01, p = .09$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.99, \Delta R^2 = .00, p = .12$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 2.09, \Delta R^2 = .00, p = .25$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 1.12, \Delta R^2 = .00, p = .52$
		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.14, \Delta R^2 = .00, p = .20$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.40, \Delta R^2 = .01, p = .10$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Profesija	Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 2.23, \Delta R^2 = .00, p = .18$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 1.99, \Delta R^2 = .00, p = .16$
		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 3.25, \Delta R^2 = .00, p = .08$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 14.49, \Delta R^2 = .02, p = .00$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.47, \Delta R^2 = .00, p = .45$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 3.02, \Delta R^2 = .01, p = .08$

Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

Efekat je bio neznačajan za zdravstvene ($-.04, t = -0.84, p = .40$), a značajan i pozitivan za prosvetne ($.05, t = 7.90, p < .01$) radnike. Dakle, sa povećanjem emocionalne pažnje/introspekcije kod prosvetnih radnika se povećavaju ambivalentni psihosocijalni stavovi prema suicidu, dok se kod zdravstvenih stavovi ne menjaju. Grafički je moderacija prikazana na Grafikonu 9.



Grafik 9. Moderatorska uloga profesije u relaciji između emocionalne pažnje/introspekcije i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu

Radni staž

U Tabeli 16 prikazani su rezultati moderacione analize u kontekstu radnog staž kao moderatorske varijable između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Radni staž ispitanika se nije pokazala kao značajan moderator u navedenim relacijama, te se ne može smatrati značajnim moderatorom.

Tabela 16. Radni staž kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.44, \Delta R^2 = .00, p = .13$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.56, \Delta R^2 = .01, p = .12$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.11, \Delta R^2 = .00, p = .35$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 2.41, \Delta R^2 = .00, p = .13$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Radni staž	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 3.17, \Delta R^2 = .01, p = .09$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.00, \Delta R^2 = .00, p = .28$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 2.29, \Delta R^2 = .00, p = .21$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 1.19, \Delta R^2 = .00, p = .33$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.25, \Delta R^2 = .00, p = .08$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.49, \Delta R^2 = .01, p = .11$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.93, \Delta R^2 = .00, p = .30$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 2.12, \Delta R^2 = .00, p = .015$

Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

Zarada

Mesečna zarada ispitanika se, takođe, nije pokazala kao značajan moderator u navedenim relacijama, te se ne može smatrati značajnim moderatorom (Tabela 17). Mesečna zarada je oformljena u odnosu na prosečnu zaradu uzorka ($x \leq 1200 \text{ €} / 1200 \text{ €} < x$)

Tabela 17. Zarada kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 1.77, \Delta R^2 = .00, p = .38$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 1.56, \Delta R^2 = .01, p = .40$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.81, \Delta R^2 = .00, p = .35$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 2.01, \Delta R^2 = .00, p = .31$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Zarada	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 1.17, \Delta R^2 = .01, p = .44$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.10, \Delta R^2 = .00, p = .29$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.21, \Delta R^2 = .00, p = .40$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 2.19, \Delta R^2 = .00, p = .28$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 0.25, \Delta R^2 = .00, p = .90$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 1.90, \Delta R^2 = .00, p = .37$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.93, \Delta R^2 = .00, p = .30$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 3.12, \Delta R^2 = .01, p = .08$

Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

Religioznost

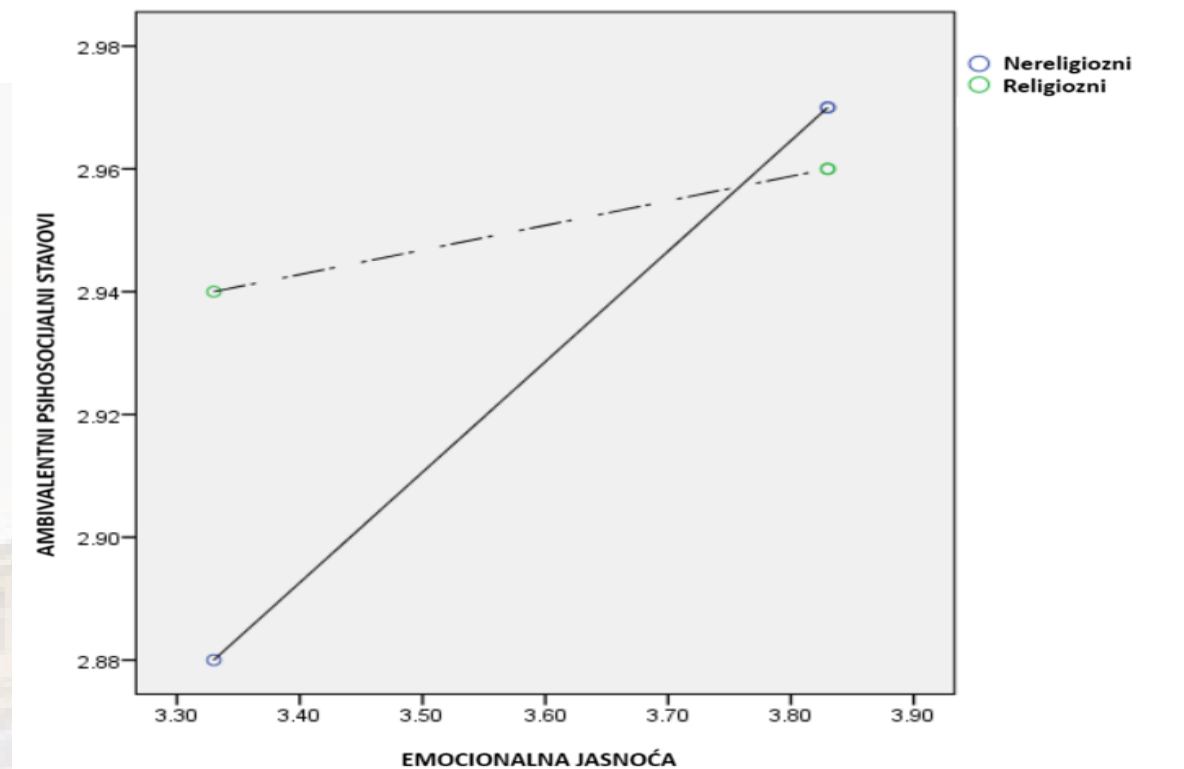
U Tabeli 18 prikazani su rezultati moderacione analize u kontekstu religioznosti kao moderatorske varijable između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Religioznost ispitanika se pokazala kao značajan moderator u navedenim relacijama.

Tabela 18. Religioznost kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 1.59, \Delta R^2 = .00, p = .21$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 117.74, \Delta R^2 = .16, p = .00$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 143.44, \Delta R^2 = .07, p = .00$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 145.33, \Delta R^2 = .08, p = .00$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Religioznost	Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.22, \Delta R^2 = .00, p = .27$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.17, \Delta R^2 = .00, p = .29$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 1.21, \Delta R^2 = .00, p = .40$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 2.56, \Delta R^2 = .00, p = .23$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.25, \Delta R^2 = .00, p = .27$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 3.11, \Delta R^2 = .00, p = .08$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 2.14, \Delta R^2 = .00, p = .30$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 3.01, \Delta R^2 = .01, p = .09$

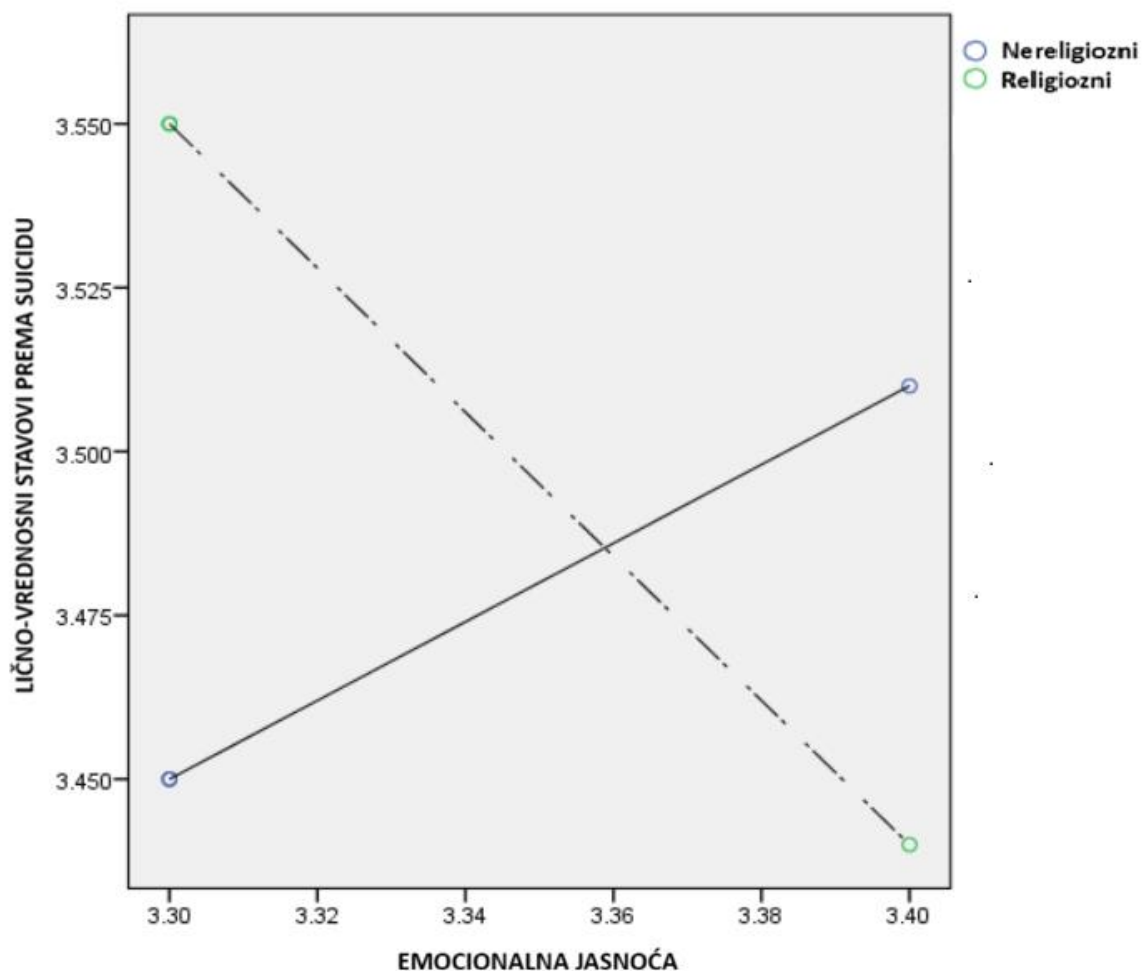
Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

Prvi značajan moderatorski efekat detektuje se u relaciji emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova o suicidu. Kod obe grupe ispitanika sa povećanjem emocionalne jasnoće raste i ova vrsta stavova, pri čemu je taj trend snažniji kod nereligioznih ljudi ($.44, t = 9.13, p < .01$) u odnosu na religiozne ($.10, t = 2.98, p < .01$). Grafički je ova moderacija prikazana na Grafikonu 10.



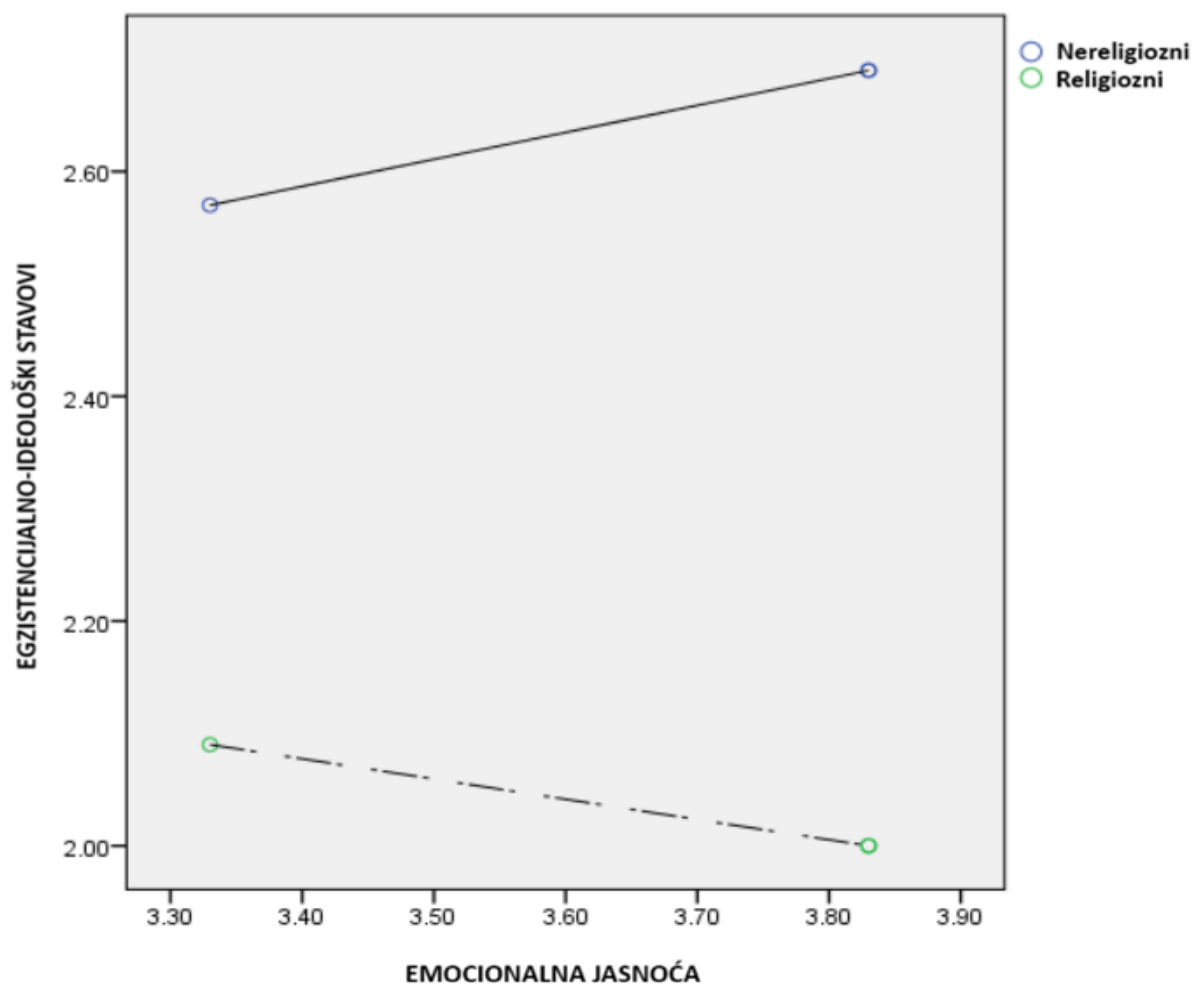
Grafik 10. Moderatorska uloga religioznosti u relaciji između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu

Drugi značajan moderatorski efekat religioznosti se može uočiti između emocionalne jasnoće i lično-vrednosnih stavova prema suicidu. Kod nereligioznih ljudi ($.59, t = 4.12, p < .01$) sa rastom emocionalne jasnoće rastu i lično-vrednosni stavovi prema suicidu, dok je kod religioznih obrnuto ($-1.16, t = -37.79, p < .01$). Grafički je ova moderacija prikazana na Grafikonu 11.



Grafik 11. Moderatorska uloga religioznosti u relaciji između emocionalne jasnoće i lično-vrednosnih stavova prema suicidu

Kada se govori o emocionalnoj jasnoći, religioznost je ostvarila značajan moderatorski efekat i u kontekstu egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu. Kod nereligioznih ljudi ($.85, t = 35.09, p < .01$) sa rastom emocionalne jasnoće rastu i egzistencijalno-ideološki stavovi prema suicidu, dok je kod religioznih obrnuto ($-.54, t = -4.78, p < .01$). Grafički je ova moderacija prikazana na Grafikonu 12.



Grafik 12. Moderatorska uloga religioznosti u relaciji između emocionalne jasnoće i egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu

Partnerski status

U Tabeli 19 prikazani su rezultati moderacione analize u kontekstu partnerskog statusa kao moderatorske varijable između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Partnerski status ispitanika se nije pokazao kao značajan moderator u navedenim relacijama, te se ne može smatrati značajnim moderatorom.

Tabela 19. Partnerski status kao moderator u relaciji između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu

Prediktor	Moderator	Kriterijum	Interakcija moderatora i prediktora
Emocionalna jasnoća		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 0.99, \Delta R^2 = .00, p = .32$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 0.80, \Delta R^2 = .00, p = .37$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 0.39, \Delta R^2 = .00, p = .53$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 3.01, \Delta R^2 = .01, p = .09$
		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.72, \Delta R^2 = .00, p = .24$
		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 2.27, \Delta R^2 = .00, p = .29$
Emocionalna reuminacija/refleksija	Partnerski status	Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 2.00, \Delta R^2 = .00, p = .44$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 2.56, \Delta R^2 = .00, p = .23$
		Kulturno-ideološke predrasude o suicidu	$F = 2.05, \Delta R^2 = .00, p = .15$
Emocionalna pažnja/introspekcija		Ambivalentni psihosocijalni stavovi o suicidu	$F = 0.21, \Delta R^2 = .00, p = .65$
		Lično-vrednosni stavovi o suicidu	$F = 0.01, \Delta R^2 = .00, p = .94$
		Egzistencijalno-ideološki stavovi o suicidu	$F = 0.23, \Delta R^2 = .01, p = .63$

Napomena. F – vrednost F-testa, ΔR^2 – promena koeficijenta multiple determinacije; p – nivo značajnosti interakcije između moderatora i prediktora.

III DISKUSIJA

Diskusija latentne strukture upitnika SOQ

Dobijeni rezultati ukazuju na to da se struktura stavova prema suicidu u ovom istraživanju značajno razlikuje od originalne faktorske strukture SOQ upitnika, što sugerise da su stavovi prema suicidu u velikoj meri uslovljeni sociokulturnim kontekstom. Ovakav nalaz je u skladu sa klasičnim i savremenim istraživanjima koja ukazuju na to da su percepcije suicidalnog ponašanja snažno oblikovane kulturnim normama, religijskim uverenjima i društvenim vrednostima (Durkheim, 1897/1951; Maris et al., 2000; Wasserman, 2001), čime se dodatno potvrđuje ograničena univerzalnost postojećih modela i potreba za njihovim kontekstualnim prilagođavanjem.

Dominacija prvog faktora, definisanog kao kulturalno-ideološke predrasude o suicidu, može se dodatno interpretirati kroz prizmu Durkheimove teorije socijalne integracije i regulacije, prema kojoj društva sa snažnim normativnim okvirima teže moralizaciji i sankcionisanju devijantnog ponašanja, uključujući suicid (Durkheim, 1897/1951), ali i kroz teoriju stigme (Goffman, 1963), kao i model socijalne atribucije koji naglašava da se ponašanja percipirana kao kontrolabilna češće moralno osuđuju (Weiner, 1995). U tom smislu, ukoliko se suicid implicitno interpretira kao rezultat ličnog izbora ili slabosti, dolazi do snažnije stigmatizacije i socijalne distance, što je u skladu i sa savremenim modelima barijera u traženju pomoći koji ukazuju da stigma predstavlja jedan od ključnih faktora koji otežavaju pristup mentalnozdravstvenim uslugama (Clement et al., 2015; Corrigan, 2004). Drugi faktor, koji reflektuje ambivalentne psihosocijalne stavove, može se interpretirati kroz teoriju kognitivne disonance (Festinger, 1957), gde pojedinci istovremeno održavaju kontradiktorna uverenja, odnosno kroz razumevanje psihološke patnje i normativnu distancu prema suicidalnim osobama, ali i kroz savremene modele stigme koji ukazuju na koegzistenciju empatije i socijalne distance (Link & Phelan, 2001; Thornicroft et al., 2007), pri čemu povećanje znanja ne mora nužno dovesti do smanjenja stigme, već može rezultirati kompleksnijim, ali i dalje ambivalentnim stavovima. Treći faktor, koji se odnosi na lično-vrednosne stavove prema suicidu, ukazuje na individualizovano razumevanje suicidalnog ponašanja i može se teorijski utemeljiti kroz interpersonalnu teoriju suicida (Joiner, 2005) i teoriju psihološke boli (Shneidman, 1993), gde se suicid posmatra kao posledica percipiranog nepripadanja, osećaja beskorisnosti i intenzivne emocionalne patnje, ali prisustvo normativne komponente u okviru ovog faktora sugerise i delovanje dualnih procesa socijalne kognicije, gde racionalno razumevanje i implicitne moralne procene koegzistiraju (Kahneman, 2011). Četvrti faktor,

egzistencijalno-ideološki stavovi, može se povezati sa egzistencijalnim pristupima koji suicid posmatraju kao pitanje smisla, slobode i apsurd (Camus, 1942/1955), ali i sa savremenim narativnim i identitetskim pristupima koji suicid smeštaju u širi kontekst ljudskog iskustva (Baumeister, 1990), pri čemu njegova manja zastupljenost može ukazivati na to da su ovakve refleksivne interpretacije ređe u odnosu na dominantne normativne i psihološke okvire. Dodatno, visoka pouzdanost prvih faktora može se interpretirati i kroz teoriju socijalnih reprezentacija (Moscovici, 1984), prema kojoj društveno deljena uverenja imaju tendenciju stabilnosti i homogenosti, što ukazuje da izdvojeni faktori ne odražavaju samo individualne stavove, već i šire kolektivne obrasce mišljenja.

Ukupno posmatrano, rezultati ukazuju na hijerarhijsku organizaciju stavova prema suicidu, u kojoj dominantni stigmatizujući diskurs koegzistira sa ambivalentnim i individualizovanim interpretacijama, dok egzistencijalni pristupi ostaju marginalni, što se može interpretirati kao indikator društva u kojem su tradicionalni i savremeni modeli razumevanja suicida u koegzistenciji, ali ne i u potpunoj integraciji, čime odstupanje od originalne faktorske strukture SOQ upitnika ne predstavlja metodološki nedostatak, već važan empirijski nalaz koji ukazuje na potrebu za kulturno osetljivim pristupom u psihometrijskom istraživanju i razvoju instrumenata.

Diskusija latentne strukture TMSS-24 skale

Dobijeni rezultati ukazuju na to da struktura emocionalne pismenosti u ovom istraživanju delimično odstupa od originalne faktorske strukture TMMS skale, što sugeriše da se manifestacije emocionalne inteligencije razlikuju u zavisnosti od profesionalnog i sociokulturnog konteksta. Ovakav nalaz je u skladu sa pretpostavkama da emocionalna inteligencija, iako teorijski univerzalna, u empirijskoj operacionalizaciji pokazuje varijabilnost uslovljenu specifičnostima uzorka i konteksta primene (Mayer et al., 2008; Salovey & Mayer, 1990). U tom smislu, struktura izdvojenih faktora može se dodatno razumeti kroz specifične emocionalne zahteve profesija uključenih u istraživanje, budući da i zdravstveni i prosvetni radnici funkcionišu u kontekstima koji podrazumevaju intenzivan interpersonalni rad, regulaciju emocija i stalno donošenje odluka u situacijama emocionalne kompleksnosti.

Prvi faktor, koji reflektuje emocionalnu jasnoću i razumevanje, može se povezati sa sposobnošću emocionalne diferencijacije i introspektivne svesti, koje su ključne za efikasno profesionalno funkcionisanje u obe grupe. Kod zdravstvenih radnika, ova dimenzija je povezana sa tačnijim prepoznavanjem emocionalnih stanja pacijenata i donošenjem adekvatnih kliničkih odluka, dok kod prosvetnih radnika doprinosi boljem razumevanju emocionalnih

potreba učenika i kvalitetnijoj pedagoškoj interakciji, što je u skladu sa nalazima koji ukazuju da emocionalna jasnoća doprinosi profesionalnoj efikasnosti i interpersonalnoj kompetentnosti (Brackett et al., 2010). Dominantna uloga ovog faktora može ukazivati na to da su kognitivni aspekti emocionalne pismenosti posebno razvijeni kod profesionalaca čiji rad podrazumeva kontinuiranu emocionalnu procenu i interpretaciju. Drugi faktor, koji obuhvata emocionalnu ruminaciju i refleksiju, može se dodatno interpretirati kroz specifične stresore i emocionalne zahteve ovih profesija. Naime, zdravstveni radnici su često izloženi situacijama visokog emocionalnog intenziteta, uključujući suočavanje sa patnjom, bolešću i smrću, dok prosvetni radnici rade u kontekstima koji uključuju emocionalno zahtevne interakcije sa učenicima, roditeljima i kolegama. U takvim uslovima, povećana introspektivna pažnja može lako preći u ruminaciju, što je u skladu sa teorijama koje ukazuju da prekomerna fokusiranost na sopstvena emocionalna stanja može doprineti emocionalnom zamoru i sagorevanju (Maslach et al., 2001; Nolen-Hoeksema, 2000). Ovaj faktor se može posmatrati i kroz prizmu emocionalnog rada, gde kontinuirano upravljanje sopstvenim emocijama u profesionalnom kontekstu može dovesti do povećane unutrašnje preokupacije i refleksije (Brotheridge & Grandey, 2002). Stoga, iako refleksivna komponenta može doprineti emocionalnom uvidu, njena izraženost u ovom uzorku može ukazivati i na potencijalne rizike za emocionalno preopterećenje. Treći faktor, koji reflektuje emocionalnu regulaciju, posebno je relevantan za profesionalne kontekste zdravstvenih i prosvetnih radnika, budući da obe grupe zahtevaju visok nivo sposobnosti upravljanja emocijama u svakodnevnom radu. Ovaj faktor se može interpretirati kroz procesni model regulacije emocija (Gross, 1998), pri čemu strategije poput kognitivnog preoblikovanja i usmeravanja pažnje predstavljaju ključne mehanizme očuvanja psihološke stabilnosti. Kod zdravstvenih radnika, efikasna regulacija emocija je neophodna za održavanje profesionalne distance i donošenje racionalnih odluka u stresnim situacijama, dok kod prosvetnih radnika doprinosi upravljanju razrednom dinamikom i prevenciji konflikata. Činjenica da ovaj faktor ima nešto nižu pouzdanost i objašnjava manji deo varijanse može ukazivati na veću heterogenost regulacionih strategija u ovim profesijama, što je u skladu sa nalazima koji sugerišu da regulacija emocija zavisi od konteksta i individualnih razlika (Gross & John, 2003).

Ukupno posmatrano, izdvojena faktorska struktura može se interpretirati kao odraz specifičnih profesionalnih zahteva koji oblikuju emocionalnu pismenost, pri čemu se jasno izdvajaju tri međusobno povezana, ali funkcionalno različita aspekta: kognitivno razumevanje emocija, introspektivna preokupacija i regulacija emocionalnih stanja. Ovakav nalaz je u skladu sa savremenim pristupima koji emocionalnu inteligenciju posmatraju kao dinamičan i kontekstualno uslovljen konstrukt (Barrett, 2006; Mayer et al., 2008;), ali i sa istraživanjima

koja ukazuju da profesionalni kontekst može modifikovati način na koji se emocionalne kompetencije organizuju i manifestuju. Delimično odstupanje od originalne strukture TMMS skale stoga ne predstavlja metodološki nedostatak, već važan empirijski nalaz koji ukazuje na potrebu za razvojem instrumenata koji reflektuju specifičnosti profesionalnih grupa, posebno onih koje su izložene visokim emocionalnim zahtevima.

Polne razlike u stavovima prema suicidu

Dobijeni nalazi ukazuju na postojanje značajnih polnih razlika na svim izdvojenim dimenzijama stavova prema suicidu, što sugerise da muškarci i žene suicidalnost interpretiraju kroz različite kognitivne, emocionalne i vrednosne okvire.

Činjenica da muškarci postižu više skorove na dimenzijama kulturalno-ideoloških predrasuda i ambivalentnih psihosocijalnih stavova može se tumačiti u svetlu tradicionalnih rodni normi i socijalizacijskih obrazaca koji kod muškaraca češće podstiču emocionalnu distancu, rigidnije moralne procene i veću sklonost ka normativnom vrednovanju ponašanja koje odstupa od društveno poželjnog modela samokontrole i psihološke snage. Ovakav nalaz je u skladu sa teorijskim pristupima koji naglašavaju da su stavovi prema suicidu u velikoj meri oblikovani društvenim normama, moralnim interpretacijama i kulturno posredovanim predstavama o slabosti, odgovornosti i ličnoj kontroli (Durkheim, 1897/1951; Goffman, 1963; Lester, 1992). Iz te perspektive, izraženije stereotipne i ambivalentne procene kod muškaraca mogu odražavati veći stepen usvajanja tradicionalnih normi maskuliniteta, u kojima se suicid ne posmatra prvenstveno kao izraz psihološke patnje, već kao ponašanje koje izaziva istovremeno osudu, nelagodu i emocionalnu rezervisanost. Ovakvo tumačenje dodatno je u skladu sa savremenim modelima stigme, koji pokazuju da društvene grupe koje su više usmerene na kontrolu, odgovornost i normativnu procenu češće razvijaju stigmatizujuće ili ambivalentne stavove prema mentalnim poremećajima i suicidalnom ponašanju (Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2001). Nasuprot tome, više skorove žena na dimenzijama lično-vrednosnih i egzistencijalno-ideoloških stavova moguće je interpretirati kroz veću sklonost ka interpersonalnom, refleksivnom i značenjskom pristupu emocionalno složenim fenomenima. Naime, žene se u brojnim istraživanjima češće opisuju kao socijalizovane ka većoj emocionalnoj osetljivosti, empatiji i razumevanju unutrašnjih stanja drugih, što može doprineti manje stereotipnom, a više individualizovanom i egzistencijalno usmerenom sagledavanju suicida (Gilligan, 1982; Joiner, 2005; Rogers & Joiner, 2017). U tom smislu, veća usmerenost žena ka ličnim vrednostima i egzistencijalnim aspektima suicida može ukazivati na tendenciju da se suicidalnost razume ne samo kao društveno devijantno ponašanje, već i kao izraz

unutrašnjeg konflikta, emocionalne patnje, gubitka smisla ili narušene životne perspektive. Ovakav obrazac može se povezati i sa egzistencijalnim i psihodinamskim pristupima suicidu, koji naglašavaju unutrašnje motive, subjektivno iskustvo beznađa i pitanje smisla kao važne elemente u razumevanju suicidalnog ponašanja (Frankl, 1984; Menninger, 1938; Shneidman, 1993).

Dobijeni rezultati stoga sugerišu da polne razlike u stavovima prema suicidu ne odražavaju samo razliku u stepenu prihvatanja ili osude suicida, već i razliku u samoj logici interpretacije ovog fenomena: dok muškarci češće pristupaju suicidu kroz prizmu socijalne norme, stereotipa i ambivalentne procene, žene ga češće sagledavaju kroz prizmu subjektivnog iskustva, vrednosnih dilema i egzistencijalnog značenja. Ovakav nalaz je značajan i sa praktičnog stanovišta, jer ukazuje da programi edukacije i destigmatizacije suicida možda ne bi trebalo da budu rodno neutralni, već da uvažavaju različite obrasce razumevanja i vrednovanja suicidalnosti kod muškaraca i žena.

Profesija kao faktor razlika u stavovima prema suicidu

Dobijeni rezultati ukazuju na postojanje sistematskih razlika između prosvetnih i zdravstvenih radnika u načinu na koji konceptualizuju i vrednuju suicid, što se može tumačiti kroz prizmu profesionalne socijalizacije, ali i u okviru dominantnih teorijskih modela stavova prema suicidu.

Nalaz da prosvetni radnici ispoljavaju izraženije kulturalno-ideološke predrasude i ambivalentne stavove može se interpretirati u okviru Durkheimove perspektive, prema kojoj društvene institucije koje imaju snažnu normativnu funkciju teže moralizaciji i regulaciji devijantnih ponašanja, uključujući suicid (Durkheim, 1897/1951), pri čemu obrazovni sistem kao ključni agens socijalizacije posebno podstiče internalizaciju društvenih normi i vrednosti. U tom kontekstu, suicid se češće posmatra kao odstupanje od poželjnih obrazaca ponašanja, što može doprineti rigidnijim i delimično stigmatizujućim interpretacijama, ali i ambivalentnim reakcijama koje reflektuju istovremeno razumevanje i normativnu distancu. Ovakav obrazac dodatno je u skladu sa teorijama stigme i atribucije, koje ukazuju da ponašanja koja se percipiraju kao podložna ličnoj kontroli češće izazivaju moralnu osudu i stereotipizaciju (Corrigan, 2004; Goffman, 1963; Weiner, 1995), kao i sa modelom socijalnih reprezentacija koji naglašava da profesionalne grupe razvijaju specifične, deljene obrasce interpretacije kompleksnih društvenih fenomena (Moscovici, 1984). Empirijski nalazi u savremenim istraživanjima dodatno potvrđuju da prosvetni radnici često zauzimaju ulogu „gatekeepera“, pri čemu njihovi stavovi prema suicidu obuhvataju kombinaciju zabrinutosti, odgovornosti i

normativne procene, ali i nedovoljno diferencirano razumevanje suicidalnog ponašanja (Borah et al., 2025; Graziano et al., 2026).

Nasuprot tome, viši skorovi zdravstvenih radnika na dimenzijama lično-vrednosnih i egzistencijalno-ideoloških stavova mogu se razumeti kroz savremene psihološke i kliničke modele suicida, koji naglašavaju subjektivno iskustvo psihološke boli, interpersonalnih odnosa i gubitka smisla kao ključne determinante suicidalnog ponašanja (Joiner, 2005; Shneidman, 1993). Profesionalni kontekst zdravstvenih radnika, koji podrazumeva kontinuiran kontakt sa osobama u stanju krize, bolesti i psihološke patnje, verovatno doprinosi razvoju refleksivnijeg, manje stigmatizujućeg i više individualizovanog pristupa suicidu. Ovakav obrazac potvrđuju i novija istraživanja koja pokazuju da zdravstveni radnici, iako nisu imuni na stigmatizujuće stavove, u većoj meri integrišu biopsihosocijalne modele i iskazuju veći stepen razumevanja kompleksnosti suicidalnog ponašanja (Bahamón et al., 2024; Jandial et al., 2024; Tabari et al., 2025). Ove razlike mogu se dodatno interpretirati kroz koncept emocionalnog rada, prema kojem profesije koje uključuju brigu, podršku i intervenciju zahtevaju viši nivo empatije, regulacije emocija i kognitivne obrade emocionalnih informacija, što oblikuje i način interpretacije suicida (Brotheridge & Grandey, 2002), kao i kroz modele dualne obrade koji sugerišu da iskustvo i ekspertiza pomeraju interpretaciju sa intuitivnih, normativnih procena ka refleksivnijim i analitičkim oblicima razumevanja (Kahneman, 2011).

Ukupno posmatrano, dobijeni nalazi potvrđuju četvrtu hipotezu i ukazuju na to da stavovi prema suicidu nisu samo individualni kognitivni konstrukt, već i refleksija profesionalnog identiteta, institucionalnih uloga i svakodnevnih iskustava, pri čemu obrazovni kontekst podstiče održavanje normativno-stereotipnih i ambivalentnih interpretacija, dok zdravstveni kontekst favorizuje individualizovaniji, empatičniji i egzistencijalno usmeren pristup. Ovakav nalaz ima važne implikacije za razvoj diferenciranih programa edukacije i prevencije suicida, koji bi trebalo da budu prilagođeni specifičnostima profesionalnih grupa, uz poseban fokus na smanjenje stigme u obrazovnom sektoru i dalje unapređenje refleksivnih i kliničkih kompetencija u zdravstvenom kontekstu.

Stepen obrazovanja, starost, mesečna primanja i dužina radnog staža kao faktori stavova prema suicidu

Peta hipoteza, prema kojoj će viši stepen obrazovanja biti povezan sa adekvatnijim i funkcionalnijim stavovima prema suicidu u obe profesionalne grupe, nije potvrđena, a upravo je ovakav nalaz teorijski veoma zanimljiv. Intuitivno bi se moglo očekivati da obrazovanje

doprinosi većem razumevanju suicidalnog ponašanja, manjoj stigmatizaciji i složenijoj interpretaciji fenomena, ali rezultati pokazuju da veći nivo formalnog obrazovanja sam po sebi ne vodi nužno funkcionalnijim stavovima. U grupi prosvetnih radnika obrazovanje nije bilo povezano sa nižim kulturno-ideološkim predrasudama, niti sa nižim egzistencijalno-ideološkim stavovima, dok je bilo povezano sa nešto izraženijom ambivalencijom i blago nižim lično-vrednosnim stavovima; u grupi zdravstvenih radnika obrazovanje je čak bilo povezano sa izraženijim kulturno-ideološkim predrasudama i većom ambivalencijom, dok je samo egzistencijalno-ideološka dimenzija pokazivala tendenciju opadanja. Ovakav obrazac je u skladu sa stavom da formalno obrazovanje ne mora automatski menjati duboko ukorenjene socijalne reprezentacije suicida, koje se formiraju kroz širi kulturni, religijski i profesionalni kontekst, a ne samo kroz akademsko usavršavanje. Moscovici je još ranije ukazivao da su socijalne reprezentacije relativno stabilni i kolektivno deljeni sistemi značenja, pa zato obrazovanje može povećati količinu znanja bez nužnog preoblikovanja vrednosnih i moralnih procena (Moscovici, 1984). Slično tome, teorija atribucije sugerise da povećanje znanja ne mora voditi većoj empatiji, već može čak pojačati tendenciju racionalizacije i pripisivanja individualne odgovornosti, posebno kada je reč o ponašanjima koja se kulturno doživljavaju kao podložna ličnoj kontroli (Weiner, 1995). U okviru stigmatizacijskih modela, to znači da visokoobrazovani pojedinci mogu razviti sofisticiranije, ali ne nužno manje osuđujuće stavove prema suicidu. Savremena istraživanja dodatno podržavaju ovakvu interpretaciju: noviji radovi pokazuju da sama formalna edukacija nije dovoljna za smanjenje stigme, već su za promenu stavova važniji specifična edukacija o suicidu, iskustvo kontakta sa suicidalnim osobama i razvoj pismenosti o suicidu (Bahamón et al., 2024; Díaz et al., 2025; Tabari et al., 2025;). Drugim rečima, razlika između „obrazovanosti“ i „suicidološke pismenosti“ ovde postaje ključna. Ovi nalazi zato sugerisu da obrazovanje ne treba posmatrati kao linearan protektivni faktor, već kao varijablu čiji efekat zavisi od sadržaja obrazovanja, profesionalne kulture i dominantnih interpretativnih okvira unutar kojih pojedinci razumeju suicid.

Šesta hipoteza, kojom se pretpostavljalo da će sa starošću opadati nivo funkcionalnih i adekvatnih stavova o suicidu u obe grupe, nije potvrđena, već su nalazi pokazali suprotan smer: u obe profesionalne grupe starost je bila povezana sa nižim nivoom ambivalentnih psihosocijalnih stavova, a u grupi zdravstvenih radnika i sa nižim kulturno-ideološkim predrasudama. Ovakav obrazac ukazuje da stariji ispitanici, naročito u zdravstvu, suicid sagledavaju manje kroz prizmu stereotipa i ambivalencije, a više kroz diferenciranje i verovatno profesionalno zrelije interpretacije. To se može objasniti teorijama iskustvenog učenja i ekspertskog prosuđivanja, prema kojima ponovljeno suočavanje sa složenim životnim

i profesionalnim situacijama doprinosi smanjenju rigidnih procena i jačanju refleksivnijeg pristupa (Kahneman, 2011). U kontekstu stavova prema suicidu, to znači da stariji profesionalci mogu manje reagovati iz normativne ili afektivne neodređenosti, a više iz perspektive profesionalnog iskustva i veće tolerancije na kompleksnost fenomena. Ovakvo tumačenje usklađeno je i sa savremenim nalazima da je mlađi uzrast češće povezan sa višom stigmatizacijom suicida i nižom suicidološkom pismenošću, dok stariji ispitanici u proseku pokazuju manje stigmatizujuće stavove, naročito kada imaju veći profesionalni ili životni kontakt sa mentalnozdravstvenim problemima (Calea et al., 2024; Jafari et al., 2025). Ujedno, ovakav nalaz dovodi u pitanje stereotipno očekivanje da stariji profesionalci nužno zadržavaju rigidnije ili konzervativnije stavove. Naprotiv, u ovom istraživanju starost izgleda deluje više kao indikator akumuliranog iskustva nego kao izvor pojačane normativnosti. Posebno je važno to što je ovaj efekat izraženiji u zdravstvenoj grupi, gde profesionalni kontakt sa krizom, bolešću i psihološkom patnjom verovatno dodatno utiče na smanjenje pojednostavljenih i moralizujućih interpretacija suicida. Time se dobija nalaz koji je teorijski bliži kliničkim i biopsihosocijalnim modelima suicida nego tradicionalnim moralističkim pristupima.

Sedma hipoteza, prema kojoj će sa većim radnim stažom opadati nivo funkcionalnih i adekvatnih stavova o suicidu, potvrđena je samo delimično, jer je obrazac rezultata bio mešoviti i jasno zavisao i od dimenzije stavova i od profesionalne grupe. Kod prosvetnih radnika duži staž bio je povezan sa porastom ambivalentnih psihosocijalnih stavova, što jeste u skladu sa hipotezom, ali kod ostalih dimenzija nisu zabeležene stabilne veze. Nasuprot tome, kod zdravstvenih radnika duži staž bio je povezan sa nižom ambivalencijom, što je suprotno hipotezi, ali i sa izraženijim kulturno-ideološkim predrasudama, dok su lično-vrednosni i egzistencijalno-ideološki stavovi davali dodatno složen i neujednačen obrazac. Ovakvi nalazi sugerišu da radni staž nema jedinstveno značenje, već da njegov efekat zavisi od prirode profesionalnog iskustva. U prosveti, duži staž može značiti dugotrajnije izlaganje institucionalnim pritiscima, disciplinskoj odgovornosti i normativno obojenim ulogama, što može održavati ili čak pojačavati ambivalentne stavove prema suicidu. U tom smislu, obrazovni kontekst kao sistem socijalne kontrole i vrednosne regulacije može doprinositi opstajanju mešavine zabrinutosti, distance i neizvesnosti u odnosu prema suicidalnosti. Nasuprot tome, u zdravstvu duži staž može istovremeno voditi i profesionalnoj desenzitizaciji i većoj kliničkoj sofisticiranosti: s jedne strane smanjuje ambivalentnost jer profesionalci postaju sigurniji u razumevanje i reagovanje, a s druge strane ne mora nužno ukloniti sve normativne ili kulturne predrasude, posebno ako su one duboko ukorenjene u širem društvenom diskursu. Ovakav dvostruki efekat dobro se uklapa u koncept emocionalnog rada i

profesionalne socijalizacije, prema kojem duga izloženost emocionalno zahtevnim situacijama može istovremeno povećavati funkcionalnu kompetenciju, ali i stabilizovati određene odbrambene ili normativne obrasce interpretacije (Brotheridge & Grandey, 2002). Novija istraživanja među zdravstvenim profesionalcima takođe pokazuju da iskustvo i klinički kontakt mogu biti povezani sa pozitivnijim stavovima i manjom stigmom, ali da ti efekti nisu uniformni i zavise od vrste profesionalne uloge, obuke i radnog okruženja (Arslan et al., 2025; Jandial et al., 2024; Kashiwagi et al., 2025). S druge strane, istraživanja u školskom kontekstu pokazuju da nastavnici često imaju pozitivnu gatekeeper ulogu, ali istovremeno nedovoljno znanja i negativne ili ambivalentne stavove prema suicidu, pri čemu radno iskustvo više utiče na ponašanje i samopouzdanje nego nužno na samu strukturu stavova (Borah et al., 2025; Graziano et al., 2026). Zbog toga je opravdano zaključiti da radni staž ne vodi jednostavnom „pogoršanju“ ili „popravljanju“ stavova, već njihovoj profesionalno specifičnoj reorganizaciji.

Osma hipoteza, prema kojoj će viša primanja biti povezana sa adekvatnijim i funkcionalnijim stavovima prema suicidu, delimično je potvrđena, ali sa jasnim razlikama između dve profesionalne grupe. Kod prosvetnih radnika viša primanja bila su povezana sa nižim skorovima na ambivalentnim psihosocijalnim i lično-vrednosnim stavovima, dok veze sa kulturno-ideološkim predrasudama i egzistencijalno-ideološkim stavovima nisu bile značajne. U grupi zdravstvenih radnika obrazac je bio sistematičniji: viša primanja su bila povezana sa nižim kulturno-ideološkim predrasudama, nižim egzistencijalno-ideološkim stavovima i nešto nižim lično-vrednosnim stavovima, dok veza sa ambivalentnim psihosocijalnim stavovima nije bila značajna. Ovakav nalaz može se tumačiti kroz širi model socioekonomskog stresa i profesionalnog statusa. Viša primanja verovatno ne deluju direktno na stavove prema suicidu, već posredno, preko boljeg profesionalnog položaja, većeg osećaja kontrole, manjeg hroničnog stresa i potencijalno boljeg pristupa edukaciji i resursima mentalnog zdravlja. U okruženjima u kojima je profesionalna iscrpljenost visoka, materijalna sigurnost može smanjivati potrebu za rigidnim, defanzivnim ili normativnim interpretacijama tuđeg suicidalnog ponašanja. To je naročito verovatno u zdravstvu, gde veća primanja mogu pratiti viši profesionalni status, veće iskustvo i veću uključenost u formalne obuke, pa je razumljivo što se upravo tu vidi konzistentniji „protektivni“ obrazac. Savremena literatura podržava ovakav oprezan zaključak: viši prihod i bolji socioekonomski položaj često su povezani sa pozitivnijim stavovima prema traženju pomoći, višom pismenošću o suicidu i nižom stigmom, ali ti efekti nisu univerzalni niti isti u svim grupama (O'Donnell et al., 2025; Rafatie et al., 2025;). Istovremeno, važno je naglasiti da prihod ne menja nužno dubinske ideološke i kulturne slojeve stavova, što objašnjava zašto u prosveti nije bilo značajnih veza sa

svim dimenzijama. Drugim rečima, materijalni status može olakšati funkcionalnije profesionalno funkcionisanje, ali ne mora automatski transformisati kolektivne reprezentacije suicida koje su oblikovane profesijom i kulturom. To je u skladu i sa savremenim pregledima koji ukazuju da su stavovi prema suicidu višedimenzionalni i da različite dimenzije reaguju na različite prediktore, pa se ne može očekivati univerzalni efekat jedne sociodemografske varijable na ceo stavovni prostor (Díaz et al., 2025).

Posmatrane zajedno, hipoteze 5-8 pokazuju da stavovi prema suicidu nisu jednostavno određeni obrazovanjem, starošću, radnim stažom ili primanjima kao sociodemografskim varijablama, već da se formiraju na preseku individualnih karakteristika, profesionalne socijalizacije i dominantnih kulturnih narativa. U tom smislu, rezultati ovog istraživanja više podržavaju integrativne i kontekstualne modele stavova prema suicidu nego linearne razvojne pretpostavke. Najvažnija implikacija nalaza jeste da promena stavova prema suicidu verovatno ne može biti postignuta samo opštim obrazovanjem ili dužim profesionalnim iskustvom, već zahteva ciljanu edukaciju o suicidu, redukciju stigme i profesionalno specifične intervencije koje uzimaju u obzir razlike između obrazovnog i zdravstvenog sektora.

Partnerski status kao faktor stavova prema suicidu

Dobijeni rezultati ukazuju da je partnerski status značajno povezan sa diferenciranim obrascima stavova prema suicidu, ali ne u jednostavnom smislu „zaštitnog“ faktora koji uniformno vodi funkcionalnijim stavovima, već kroz kompleksan i dimenzijski specifičan profil. Nalaz da ispitanici koji imaju partnera postižu više skorove na kulturno-ideološkim predrasudama i lično-vrednosnim stavovima može se interpretirati u okviru Durkheimove teorije socijalne integracije, prema kojoj veća uključenost u bliske interpersonalne odnose, poput partnerskih, povećava vezanost za društvene norme, vrednosti i moralne okvire (Durkheim, 1897/1951). U tom smislu, osobe koje su u partnerskom odnosu mogu snažnije internalizovati društvene i moralne standarde, što se u kontekstu suicida može manifestovati kroz izraženije normativno-vrednosne procene, uključujući i elemente predrasuda. Ovaj nalaz je dodatno u skladu sa teorijama socijalnih normi i stigme, koje ukazuju da veća socijalna integracija može biti povezana sa većim oslanjanjem na kolektivne moralne okvire i potencijalno većom sklonošću ka evaluativnim i normativnim interpretacijama devijantnog ponašanja (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001). Drugim rečima, partnerski odnos može delovati kao kontekst u kome se jačaju društveno prihvaćene interpretacije suicida, uključujući i one koje imaju stigmatizujući ili moralizujući karakter. S druge strane, viši skorovi ispitanika

bez partnera na dimenzijama ambivalentnih psihosocijalnih i egzistencijalno-ideoloških stavova mogu se tumačiti kroz smanjenu socijalnu integraciju i veću usmerenost ka individualnom, refleksivnom i egzistencijalnom promišljanju suicida. U skladu sa Durkheimovim konceptom egoističkog suicida, niži nivo socijalne povezanosti može biti povezan sa većom introspekcijom i većim fokusom na lične, psihološke i egzistencijalne aspekte života, što se u ovom slučaju reflektuje kroz izraženije ambivalentne i egzistencijalne stavove prema suicidu (Durkheim, 1897/1951). Ovakav obrazac može se dodatno interpretirati u okviru savremenih psiholoških teorija suicida koje naglašavaju subjektivno iskustvo psihološke boli, interpersonalne izolacije i gubitka smisla kao ključne determinante suicidalnog ponašanja (Joiner, 2005; Shneidman, 1993). Osobe bez partnera mogu biti sklonije sagledavanju suicida kao kompleksnog i višedimenzionalnog fenomena, što povećava ambivalenciju i otvorenost za egzistencijalna tumačenja, ali istovremeno može biti povezano i sa manjkom jasnih normativnih okvira i većom kognitivnom neodređenošću u proceni. Ovakvi nalazi mogu se dodatno razumeti kroz teoriju socijalne podrške, prema kojoj prisustvo bliskih odnosa deluje protektivno na mentalno zdravlje, ali ne nužno i na strukturu stavova prema suicidu (Cohen & Wills, 1985). Iako partnerski odnos može smanjivati lični rizik od suicidalnosti, on ne mora nužno doprineti razvoju manje stigmatizujućih ili kompleksnijih stavova, već može učvrstiti postojeće kulturne i vrednosne obrasce. Takođe, iz perspektive teorije socijalne reprezentacije, partnerski status može uticati na to kojim diskursima je pojedinac izložen i koje interpretativne okvire koristi, ali ne nužno u pravcu njihove „kvalitativne“ superiornosti (Moscovici, 1984). Savremena istraživanja dodatno potvrđuju da socijalna povezanost i interpersonalni odnosi imaju ambivalentan odnos sa stavovima prema suicidu: dok su povezani sa većom spremnošću za pružanje pomoći i manjim ličnim rizikom, oni ne garantuju niže nivoe stigmatizacije ili veću suicidološku pismenost (Batterham et al., 2013; Calex et al., 2024).

Ukupno posmatrano, dobijeni nalazi ukazuju da partnerski status ne deluje kao univerzalni protektivni faktor u formiranju „funkcionalnijih“ stavova prema suicidu, već da je povezan sa različitim konfiguracijama stavova koje reflektuju balans između socijalne integracije i individualne refleksije. Ovi rezultati podržavaju savremene integrativne modele koji naglašavaju da su stavovi prema suicidu višedimenzionalni i da različiti aspekti stavova mogu imati različite determinante i funkcije, te da ih nije moguće svesti na jedinstvenu dimenziju „adekvatnosti“ ili „funkcionalnosti“. Stoga je opravdano zaključiti da deveta hipoteza dobija samo delimičnu podršku.

Religioznost kao faktor stavova prema suicidu

Dobijeni rezultati ukazuju da je religioznost značajno povezana sa diferenciranim profilom stavova prema suicidu, ali ne u pravcu jednoznačno funkcionalnijih ili adekvatnijih stavova, već kroz kompleksan obrazac koji odražava istovremeno prisustvo normativno-stigmatizujućih i refleksivno-vrednosnih komponenti. Nalaz da ispitanici koji veruju u Boga postižu više skorove na dimenzijama kulturno-ideoloških predrasuda i ambivalentnih psihosocijalnih stavova može se interpretirati u okviru klasičnih socioloških i savremenih psiholoških teorija religioznosti, prema kojima religijski sistemi često nude jasne moralne okvire i normativne sudove o životu i smrti, uključujući i negativnu evaluaciju suicida (Durkheim, 1897/1951; Stack, 2000). U mnogim religijskim tradicijama suicid se tumači kao moralno neprihvatljivo ponašanje, što može doprineti formiranju rigidnijih i delimično stigmatizujućih stavova. Ovakav nalaz je u skladu i sa teorijama stigme, koje naglašavaju da ponašanja koja odstupaju od dominantnih moralnih normi češće izazivaju negativne stereotipe i socijalnu distancu (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001), ali i sa teorijom atribucije, prema kojoj se suicid u normativnim sistemima može češće interpretirati kao rezultat ličnih izbora ili moralnih slabosti (Weiner, 1995). Istovremeno, izraženija ambivalencija kod religioznih ispitanika može odražavati unutrašnji konflikt između moralne osude suicida i religijskih vrednosti koje naglašavaju saosećanje, pomoć i brigu za druge, što dovodi do koegzistencije suprotstavljenih kognitivnih i emocionalnih reakcija prema suicidalnim osobama.

Nasuprot tome, viši skorovi nereligioznih ispitanika na dimenzijama lično-vrednosnih i egzistencijalno-ideoloških stavova mogu se interpretirati kroz veću usmerenost ka individualizovanom, refleksivnom i egzistencijalnom razumevanju suicida. U odsustvu čvrstih religijskih normativnih okvira, pojedinci mogu biti skloniji sagledavanju suicida kao kompleksnog fenomena povezanog sa subjektivnim iskustvom, psihološkom boli i pitanjima smisla, što je u skladu sa savremenim psihološkim i egzistencijalnim teorijama suicida (Frankl, 1984; Joiner, 2005; Shneidman, 1993). Ovakav nalaz se može povezati i sa sekularizacijskim perspektivama, koje ukazuju da u savremenim društvima dolazi do pomeranja od kolektivnih moralnih normi ka individualnim interpretacijama i ličnim vrednostima u razumevanju kompleksnih fenomena (Taylor, 2007). U tom smislu, nereligiozni ispitanici mogu razvijati manje normativne, ali potencijalno kompleksnije i analitičnije stavove prema suicidu, koji uključuju veći stepen razumevanja unutrašnjih i egzistencijalnih aspekata ponašanja.

Važno je naglasiti da dobijeni nalazi dovode u pitanje pojednostavljenu pretpostavku o religioznosti kao jednoznačno protektivnom faktoru u domenu stavova prema suicidu. Iako

brojna istraživanja ukazuju da religioznost može biti povezana sa nižim nivoima suicidalnog ponašanja i većom socijalnom integracijom (Stack, 2000; VanderWeele et al., 2016), ona istovremeno može biti povezana sa većim nivoima stigmatizacije i moralizacije suicida (Lawrence et al., 2016; Wu et al., 2019). Drugim rečima, religioznost može imati dualnu ulogu: protektivnu na nivou ponašanja, ali ambivalentnu ili čak nepovoljnu na nivou stavova. Ovaj nalaz je u skladu sa savremenim modelima koji naglašavaju višedimenzionalnost stavova prema suicidu i ukazuju da različite dimenzije (npr. stigma, razumevanje, moralna evaluacija, egzistencijalna refleksija) mogu imati različite determinante i ne moraju se kretati u istom smeru (Batterham et al., 2013; Calex et al., 2024).

Generalno gledano, rezultati ovog istraživanja ukazuju da religioznost ne vodi uniformno funkcionalnijim stavovima prema suicidu, već oblikuje specifičan profil koji uključuje jaču normativnu i stigmatizujuću komponentu, ali i potencijalnu unutrašnju ambivalenciju, dok nereligioznost favorizuje individualizovaniji i egzistencijalno usmeren pristup. Zbog toga se deseta hipoteza ne može potvrditi u njenom opštem obliku, već se nalazi mogu interpretirati kao dimenzijski specifična i teorijski konzistentna diferencijacija u načinu razumevanja suicida između religioznih i nereligioznih ispitanika.

Relacije stavova prema suicidu sa komponentama emocionalne pismenosti

Dobijeni rezultati ukazuju da je emocionalna pismenost složeno i diferencijalno povezana sa različitim dimenzijama stavova prema suicidu, čime se potvrđuje da ovaj konstrukt ne deluje uniformno protektivno, već kroz specifične mehanizme koji zavise od vrste emocionalne kompetencije i načina njene integracije u kognitivnu obradu socijalno i moralno kompleksnih fenomena. Posebno se izdvaja emocionalna jasnoća kao najkonzistentniji i najsnažniji korelat, pri čemu njena negativna povezanost sa kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim psihosocijalnim stavovima sugerise da sposobnost preciznog prepoznavanja i diferenciranja sopstvenih emocionalnih stanja smanjuje oslanjanje na pojednostavljene, normativne i stigmatizujuće interpretacije suicida. Ovakav nalaz je u skladu sa modelom emocionalne inteligencije Saloveja i Majera, koji naglašava da emocionalna jasnoća omogućava integraciju emocionalnih i kognitivnih informacija, čime se smanjuje potreba za heurističkim i stereotipnim procenama (Mayer et al., 2008; Salovey & Mayer, 1990;). U tom smislu, osobe koje bolje razumeju sopstvene emocije verovatno su sposobnije da prepoznaju kompleksnost psihološke patnje i višedimenzionalnost suicidalnog ponašanja, što je u skladu i sa savremenim modelima stigme koji ukazuju da povećano razumevanje i emocionalna

diferencijacija dovode do smanjenja stereotipa i socijalne distance (Corrigan, 2004). Istovremeno, snažna pozitivna povezanost emocionalne jasnoće sa egzistencijalno-ideološkim stavovima ukazuje da ova sposobnost ne vodi samo redukciji stigme, već i razvoju dubljih, refleksivnih i filozofski utemeljenih interpretacija suicida. Ovakav obrazac može se objasniti kroz egzistencijalne i psihodinamske pristupe, koji naglašavaju da sposobnost razumevanja unutrašnjih emocionalnih stanja predstavlja osnovu za promišljanje pitanja smisla, identiteta i egzistencije (Frankl, 1984; Shneidman, 1993), čime se suicid sagledava kao kompleksan fenomen povezan sa subjektivnim iskustvom, a ne isključivo kao devijantno ili moralno neprihvatljivo ponašanje.

Nasuprot tome, nalaz da emocionalna pažnja i introspekcija pokazuju pozitivan odnos sa kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim stavovima, a negativan sa egzistencijalno-ideološkim stavovima, ukazuje da sama usmerenost na emocije ne predstavlja nužno adaptivnu karakteristiku. Ovaj obrazac je u potpunosti konzistentan sa TMMS pristupom, koji jasno razlikuje emocionalnu pažnju od emocionalne jasnoće i regulacije, naglašavajući da visoka emocionalna pažnja bez adekvatne jasnoće može dovesti do emocionalne preplavljenosti, konfuzije i povećane kognitivne nesigurnosti (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Salovey et al., 1995). U kontekstu stavova prema suicidu, to znači da osobe koje su intenzivno usmerene na sopstvena emocionalna iskustva, ali nemaju razvijenu sposobnost njihove interpretacije, mogu biti sklonije ambivalentnim i nekonzistentnim stavovima, kao i oslanjanju na društveno dostupne stereotipe i normativne obrasce. Ovakav nalaz može se dodatno objasniti kroz modele dualne obrade, prema kojima emocionalna aktivacija bez adekvatne kognitivne kontrole vodi intuitivnim, često stereotipnim procenama (Kahneman, 2011), kao i kroz teorije emocionalne disonance, koje ukazuju da nedovoljno integrisana emocionalna iskustva mogu dovesti do unutrašnjih konflikata i ambivalentnih stavova prema kompleksnim fenomenima poput suicida.

Posebno složen obrazac uočen je kod emocionalne ruminacije/refleksije, koja pokazuje pozitivnu povezanost sa lično-vrednosnim i egzistencijalno-ideološkim stavovima, ali negativnu sa kulturno-ideološkim predrasudama i ambivalentnim stavovima. Iako se ruminacija tradicionalno povezuje sa maladaptivnim ishodima, posebno u kontekstu depresije i anksioznosti (Nolen-Hoeksema, 2000), savremeni pristupi ukazuju da nije svaka forma repetitivnog mišljenja disfunkcionalna, već da postoji razlika između rigidne, pasivne ruminacije i refleksivne, analitičke obrade emocionalnih sadržaja (Watkins, 2008). U tom smislu, rezultati ovog istraživanja sugerišu da dimenzija koja je ovde operacionalizovana kao ruminacija/refleksija verovatno obuhvata i elemente konstruktivne introspekcije, što

omogućava dublje promišljanje ličnih vrednosti i egzistencijalnih pitanja povezanih sa suicidom. Ovakav nalaz je teorijski značajan jer ukazuje da refleksivna obrada emocija može doprineti razvoju individualizovanijih i manje stereotipnih stavova, ali ne nužno i većoj jasnoći ili stabilnosti u proceni, što objašnjava njenu diferencijalnu povezanost sa različitim dimenzijama stavova.

Ukupno posmatrano, obrazac rezultata snažno podržava višedimenzionalne modele emocionalne inteligencije i ukazuje da različite komponente emocionalne pismenosti imaju različite psihološke funkcije u formiranju stavova prema suicidu. Emocionalna jasnoća deluje kao ključni protektivni faktor koji smanjuje stigmatizujuće i ambivalentne interpretacije, dok istovremeno omogućava razvoj kompleksnijih i egzistencijalno utemeljenih stavova. Nasuprot tome, emocionalna pažnja bez jasnoće može imati čak i negativne efekte, jer povećava emocionalnu reaktivnost i kognitivnu nesigurnost, dok refleksivna komponenta ruminacije može imati ambivalentnu, ali potencijalno adaptivnu ulogu u produbljivanju razumevanja fenomena. Ovi nalazi imaju važne implikacije za razumevanje odnosa između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, jer ukazuju da intervencije usmerene na unapređenje emocionalne inteligencije ne bi trebalo da se fokusiraju isključivo na povećanje emocionalne pažnje ili introspekcije, već pre svega na razvoj emocionalne jasnoće i regulacije. Time se jedanaesta hipoteza može smatrati delimično potvrđenom, pri čemu je njena potvrda najizraženija u domenu emocionalne jasnoće, dok ostale komponente emocionalne pismenosti pokazuju kompleksne, kontekstualno zavisne i ponekad suprotne obrasce povezanosti, što dodatno potvrđuje da je odnos između emocionalnih kompetencija i stavova prema suicidu višeslojan i teorijski značajan.

Doprinos komponenti emocionalne pismenosti stavovima o suicidu

Dobijeni nalazi ukazuju da je odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu snažno uslovljen profesionalnim kontekstom, pri čemu se jasno diferenciraju obrasci kod prosvetnih i zdravstvenih radnika, što pruža važan doprinos razumevanju kako se emocionalne kompetencije operacionalizuju u različitim socijalnim ulogama. Ograničena prediktivna vrednost emocionalne pismenosti kod prosvetnih radnika može se interpretirati u okviru teorija profesionalne socijalizacije i institucionalnih normi, prema kojima su stavovi u obrazovnom kontekstu u većoj meri oblikovani normativnim očekivanjima, pravilima i implicitnim pedagoškim uverenjima nego individualnim emocionalnim kapacitetima (Moscovici, 1984). U tom smislu, relativno slabi efekti emocionalne jasnoće i

pažnje/introspekcije sugerišu da emocionalne kompetencije kod prosvetnih radnika nemaju centralnu ulogu u formiranju stavova prema suicidu, već da su ti stavovi pre svega ukorenjeni u kulturno-ideološkim narativima i obrazovnim normama koje favorizuju kontrolu, regulaciju i moralnu evaluaciju ponašanja. Činjenica da se kao jedini konzistentan prediktor izdvojila ruminacija/refleksija može se tumačiti kroz njenu povezanost sa kognitivnom elaboracijom i ličnim promišljanjem, što omogućava odstupanje od rigidnih normativnih okvira i razvoj individualizovanih interpretacija suicida. Ovakav nalaz je u skladu sa diferenciranim modelima ruminacije koji ukazuju da reflektivna komponenta može imati adaptivnu ulogu u složenim socijalnim prosuđivanjima (Watkins, 2008), ali istovremeno i sa nalazima da nedostatak emocionalne jasnoće ograničava transformaciju emocionalnih uvida u koherentne i stabilne stavove (Salovey et al., 1995).

Nasuprot tome, znatno snažniji i sistematičniji efekti emocionalne pismenosti kod zdravstvenih radnika ukazuju da u ovom profesionalnom kontekstu emocionalne kompetencije predstavljaju ključni mehanizam u formiranju stavova prema suicidu. Ovakav obrazac može se objasniti kroz biopsihosocijalne i kliničke modele suicida, koji naglašavaju da razumevanje suicidalnog ponašanja zahteva integraciju emocionalnih, kognitivnih i interpersonalnih faktora (Joiner, 2005; Shneidman, 1993). Zdravstveni radnici su, usled prirode posla, kontinuirano izloženi emocionalno intenzivnim situacijama, što dovodi do razvoja sofisticiranijih emocionalnih kompetencija i njihove direktne primene u profesionalnom prosuđivanju. Posebno je značajna uloga emocionalne jasnoće, koja se pokazala kao snažan negativan prediktor kulturno-ideoloških predrasuda i lično-vrednosnih stavova, ali i kao izrazito snažan pozitivan prediktor egzistencijalno-ideoloških stavova. Ovakav obrazac ukazuje da emocionalna jasnoća omogućava prelazak sa normativno-stereotipnih interpretacija ka dubljem, reflektivnom i klinički informisanom razumevanju suicida, što je u skladu sa modelima emocionalne inteligencije koji naglašavaju njenu ulogu u regulaciji socijalnog prosuđivanja i smanjenju pristrasnosti (Mayer et al., 2008). Istovremeno, snažni efekti emocionalne pažnje/introspekcije, naročito u pozitivnom smeru kod manje funkcionalnih stavova, sugerišu da povećana emocionalna reaktivnost bez adekvatne regulacije može doprineti intenzivnijem, ali ne nužno i adaptivnijem doživljaju suicida, što je u skladu sa nalazima da emocionalna pažnja bez jasnoće može voditi emocionalnoj preplavljenosti i kognitivnoj nesigurnosti (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005). Dodatno, diferencijalna uloga ruminacije/refleksije u obe profesionalne grupe ukazuje na njenu ambivalentnu prirodu. Kod zdravstvenih radnika ona se pojavljuje kao snažan pozitivan prediktor lično-vrednosnih stavova i negativan prediktor ambivalentnih stavova, što sugerise da reflektivna obrada

emocija doprinosi strukturisanijem i manje konfuZnom razumevanju suicida. Ovo je u skladu sa savremenim pristupima koji razlikuju maladaptivnu ruminaciju od konstruktivne refleksije, pri čemu potonja omogućava dublju integraciju emocionalnih i kognitivnih sadržaja (Watkins, 2008). Kod prosvetnih radnika, međutim, ruminacija ostaje dominantan, ali relativno izolovan prediktor, što može ukazivati na to da refleksivni procesi nisu podržani širim sistemom emocionalnih kompetencija, te samim tim imaju ograničen domet u oblikovanju stavova.

Dakle, rezultati snažno podržavaju tezu da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu nije univerzalan, već kontekstualno zavisian i moderiran profesionalnim iskustvom i ulogom. Ovakav nalaz je u skladu sa teorijama socijalnih reprezentacija i profesionalne kognicije, koje naglašavaju da različite profesionalne grupe razvijaju specifične obrasce interpretacije kompleksnih fenomena u skladu sa zahtevima svoje prakse (Moscovici, 1984). Takođe, nalazi se mogu interpretirati kroz modele dualne obrade, prema kojima ekspertiza i iskustvo (karakteristični za zdravstvene radnike) omogućavaju prelazak sa intuitivnih i normativnih procena ka analitičkim i refleksivnim oblicima prosuđivanja (Kahneman, 2011). U tom smislu, emocionalna pismenost kod zdravstvenih radnika postaje operativni alat za razumevanje suicida, dok kod prosvetnih radnika ostaje periferni faktor u odnosu na dominantne normativne okvire. Zaključno, dvanaesta hipoteza može se smatrati delimično potvrđenom, jer iako postoji povezanost između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, ona nije uniformna niti jednoznačna, već zavisi od profesionalnog konteksta i specifične dimenzije stavova. Ovi nalazi imaju značajne praktične implikacije, jer ukazuju da intervencije usmerene na unapređenje stavova prema suicidu treba diferencirati u odnosu na profesionalnu grupu, pri čemu bi kod prosvetnih radnika fokus trebalo staviti na razvoj emocionalne jasnoće i smanjenje normativnih predrasuda, dok bi kod zdravstvenih radnika naglasak mogao biti na balansiranju emocionalne pažnje i regulacije kako bi se smanjila potencijalna emocionalna preplavljenost i unapredila profesionalna procena.

Moderatorska uloga pola

Dobijeni nalazi ukazuju da pol predstavlja značajan moderator odnosa između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, pri čemu se uočavaju dosledno različiti obrasci kod muškaraca i žena koji se mogu interpretirati u okviru teorija rodniH razlika u emocionalnoj obradi, socijalizaciji i percepciji suicidalnog ponašanja. Suprotni smerovi efekata emocionalne jasnoće na ambivalentne psihosocijalne stavove – negativni kod muškaraca i pozitivni kod žena – sugerišu da ista emocionalna kompetencija može imati

različite funkcionalne implikacije u zavisnosti od rodno specifičnih obrazaca interpretacije emocija. U skladu sa teorijama rodne socijalizacije, muškarci su češće socijalizovani ka emocionalnoj restrikciji i instrumentalnom pristupu emocijama, te povećanje emocionalne jasnoće kod njih može dovesti do smanjenja konfuzije i ambivalencije u proceni suicida, odnosno ka jasnijem i konzistentnijem vrednosnom okviru (Addis & Mahalik, 2003). Nasuprot tome, kod žena koje su socijalizovane ka većoj emocionalnoj ekspresivnosti i relacijskoj orijentaciji, povećana emocionalna jasnoća može dodatno pojačati kompleksnost i nijansiranost interpretacija, što se manifestuje kroz viši nivo ambivalentnih stavova. Ovakav nalaz je u skladu sa savremenim modelima emocionalne obrade koji ukazuju da žene češće integriraju više izvora informacija i perspektiva u socijalnim procenama, što može rezultirati većom ambivalencijom u odnosu na moralno i emocionalno kompleksne fenomene poput suicida (Nolen-Hoeksema, 2012).

Dalje, nalaz da emocionalna jasnoća ima pozitivan efekat na lično-vrednosne stavove kod muškaraca, a negativan kod žena, dodatno potvrđuje da emocionalna kompetencija funkcioniše u interakciji sa rodnim normama i identitetima. Kod muškaraca, povećana emocionalna jasnoća može omogućiti veći kontakt sa ličnim vrednostima i unutrašnjim iskustvom, što vodi individualizovanijem razumevanju suicida, u skladu sa teorijama koje naglašavaju da razvoj emocionalnih veština kod muškaraca može imati posebno izražen efekat upravo zbog njihove početno niže emocionalne ekspresivnosti (Levant et al., 2009). Kod žena, međutim, visoka emocionalna jasnoća može biti već integrisana u postojeće obrasce funkcionisanja, te dodatno povećanje jasnoće ne vodi ka većoj individualizaciji stavova, već potencijalno ka njihovoj stabilizaciji i redukciji lično-vrednosnih interpretacija u korist šire socijalne i relacijske perspektive.

Kada je reč o egzistencijalno-ideološkim stavovima, nalaz da emocionalna jasnoća ima pozitivan efekat kod oba pola, ali snažniji kod žena, ukazuje da ova dimenzija emocionalne pismenosti univerzalno doprinosi dubljem, refleksivnom razumevanju suicida, ali da žene u većoj meri internalizuju i elaboriraju takve interpretacije. Ovakav obrazac može se povezati sa teorijama koje naglašavaju veću sklonost žena ka introspektivnom i egzistencijalnom promišljanju, kao i veću uključenost u emocionalno značenje interpersonalnih iskustava (Cross & Madson, 1997). Takođe, u okviru Interpersonalne teorije suicida, koja naglašava ulogu percipirane pripadnosti i interpersonalnih odnosa (Joiner, 2005), žene mogu biti senzitivnije na egzistencijalne dimenzije suicida upravo zbog veće relacijske orijentacije, što može objasniti snažniji efekat emocionalne jasnoće u ovoj grupi.

Nalazi koji se odnose na emocionalnu pažnju i introspekciju dodatno osvetljavaju kompleksnost rodni razlika. Pozitivna povezanost emocionalne pažnje sa kulturno-ideološkim predrasudama kod oba pola, uz snažniji efekat kod muškaraca, sugeriraju da povećana usmerenost na emocije bez adekvatne regulacije može pojačati oslanjanje na društveno dostupne stereotipe, što je u skladu sa modelima dualne obrade (Kahneman, 2011). Kod muškaraca, koji su generalno manje naviknuti na kontinuiranu introspekciju, povećana emocionalna pažnja može dovesti do veće kognitivne nesigurnosti i oslanjanja na normativne interpretacije, dok kod žena ova veza postoji, ali je slabija zbog već razvijenijih emocionalnih kompetencija. Istovremeno, nalaz da emocionalna pažnja/introspekcija predviđa ličnovrednosne stavove samo kod žena ukazuje da kod njih ova dimenzija može imati adaptivniju funkciju, omogućavajući povezivanje emocionalnih iskustava sa ličnim vrednostima i značenjima, što je u skladu sa nalazima da žene češće koriste introspektivne strategije u obradi emocionalnih sadržaja (Tamres et al., 2002).

Ukupno posmatrano, rezultati potvrđuju da pol predstavlja ključni moderirajući faktor u odnosu između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, pri čemu isti emocionalni procesi mogu imati različite psihološke implikacije u zavisnosti od rodno specifičnih obrazaca socijalizacije, emocionalne regulacije i kognitivne obrade. Ovakav nalaz je u skladu sa savremenim integrativnim pristupima koji naglašavaju da rodne razlike u suicidu ne proizlaze samo iz razlika u prevalenciji ili ponašanju, već i iz razlika u percepciji, interpretaciji i emocionalnoj obradi suicidalnog fenomena (Canetto & Sakinofsky, 1998; Schrijvers et al., 2012). Time se dobijeni rezultati mogu interpretirati kao snažna podrška tezi da emocionalna pismenost ne deluje izolovano, već u interakciji sa rodnim identitetom i socijalnim kontekstom, što ima važne implikacije za razvoj rodno senzitivnih intervencija u oblasti prevencije suicida i edukacije o mentalnom zdravlju.

Moderatorska uloga starosti

Dobijeni nalazi ukazuju da starost predstavlja značajan moderator odnosa između pojedinih komponenti emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, pri čemu se efekti ne menjaju samo po jačini već i po razvojnoj logici kojom se može objasniti način na koji mlađi i stariji ispitanici emocionalno obrađuju ovako složen fenomen. Nalaz da emocionalna jasnoća i kod mlađih i kod starijih ispitanika doprinosi smanjenju ambivalentnih psihosocijalnih stavova, ali snažnije kod starijih, može se ubedljivo interpretirati u okviru teorije socioemocionalne selektivnosti, prema kojoj sa starenjem dolazi do sve veće usmerenosti na emocionalno značajne ciljeve, bolje organizacije emocionalnog iskustva i efikasnije regulacije

afekta. Ova teorijska perspektiva polazi od toga da stariji odrasli, zbog promene vremenske perspektive, daju veći prioritet emocionalnoj smislenosti i regulaciji, a manji informativnim i ekspanzivnim ciljevima, što doprinosi većoj emocionalnoj diferencijaciji i većoj stabilnosti socijalnih procena (Carstensen, 1992, 1999; Löckenhoff & Carstensen, 2004). U tom svetlu, nije iznenađujuće što emocionalna jasnoća kod starijih snažnije redukuje ambivalentnost prema suicidu: kada osoba bolje razume sopstvena emocionalna stanja, a pritom raspolaže i većim životnim iskustvom, manja je verovatnoća da će suicid procenjivati kroz kontradiktorne, neodređene ili emocionalno difuzne psihosocijalne okvire. Savremena istraživanja o regulaciji emocija dodatno podržavaju ovakav obrazac, pokazujući da stariji odrasli češće koriste adaptivne strategije poput prihvatanja i pozitivne reinterpretacije, dok njihova regulacija emocionalnih odgovora u proseku postaje stabilnija i funkcionalnija nego kod mlađih grupa (Mikkelsen et al., 2021; Whitmoyer et al., 2024). U kontekstu stavova prema suicidu, to znači da emocionalna jasnoća kod starijih ne deluje samo kao intrapsihička sposobnost, već kao resurs koji omogućava jasnije i manje ambivalentno socijalno prosuđivanje. Ovaj nalaz je u skladu i sa savremenim istraživanjima o suicidnoj stigmi, koja pokazuje da viši nivoi razumevanja mentalnog zdravlja i suicida mogu doprineti smanjenju ambivalentnih i stigmatizujućih stavova, iako ti odnosi nisu uvek linearni i zavise od konteksta i populacije.

Drugi nalaz, prema kojem emocionalna pažnja/introspekcija i kod mlađih i kod starijih ispitanika doprinosi porastu kulturno-ideoloških predrasuda prema suicidu, pri čemu je efekat snažniji kod starijih, posebno je teorijski zanimljiv zato što pokazuje da povećana usmerenost na emocije sama po sebi nije nužno protektivna. Ovakav obrazac je veoma kompatibilan sa TMMS pristupom i širim modelima emocionalne inteligencije, koji jasno razlikuju pažnju prema emocijama od njihove jasnoće i regulacije. Kada je emocionalna pažnja visoka, ali nije praćena proporcionalno razvijenom jasnoćom i regulacijom, osoba može biti sklonija pojačanoj emocionalnoj reaktivnosti, unutrašnjem preplavlivanju i oslanjanju na kulturno dostupne interpretativne šeme. U tom smislu, pojačana introspekcija može paradoksalno voditi jačanju normativno-stereotipnih i ideološki obojenih stavova prema suicidu, umesto njihovom prevazilaženju. Kod starijih ispitanika jačina tog efekta može se objasniti činjenicom da emocionalno relevantne teme u kasnijoj odraslosti dobijaju veću egzistencijalnu težinu, ali i da se interpretiraju kroz dugotrajno formirane kulturne i moralne obrasce. Drugim rečima, stariji ispitanici mogu biti emocionalno osetljiviji na temu suicida, ali upravo zato i skloniji da je uklapaju u već stabilizovane normativne okvire. Ovakvo tumačenje može se povezati i sa teorijama socijalnih reprezentacija, prema kojima se društveno deljena značenja kompleksnih pojava, kao što je suicid, održavaju kroz kolektivne obrasce mišljenja koji su posebno stabilni

u starijim kohortama. Savremena literatura o suicidalnoj stigmati i pismenosti u oblasti mentalnog zdravlja takođe ukazuje da veća emocionalna uključenost ili lična relevantnost teme ne moraju automatski voditi nižoj stigmati, već da odsustvo preciznog znanja i strukturisanog razumevanja može održavati ili čak pojačavati predrasude.

Treći nalaz, prema kojem emocionalna pažnja/introspekcija i kod mlađih i kod starijih ispitanika smanjuje izraženost egzistencijalno-ideoloških stavova prema suicidu, ali snažnije kod mlađih, dodatno potvrđuje da emocionalna pažnja nije isto što i emocionalna refleksivnost u dubljem smislu. Kod mlađih ispitanika povećana pažnja prema emocijama može biti povezana sa jačom emocionalnom pobuđenošću, ali i sa manjom sposobnošću da se ta emocionalna aktivacija prevede u koherentno egzistencijalno promišljanje. Mlađi odrasli su češće izloženi intenzivnijim afektivnim oscilacijama, većoj socijalnoj uporedivosti i manje stabilnim obrascima identiteta, pa se povećana introspekcija kod njih može završavati na nivou emocionalne zaokupljenosti, bez prelaska u dublje filozofsko ili egzistencijalno razumevanje suicida. Kod starijih je taj negativan efekat i dalje prisutan, ali slabiji, što može značiti da veće životno iskustvo i razvijeniji kapaciteti regulacije delimično amortizuju negativne posledice pojačane introspekcije. Ovakav obrazac je u skladu sa razvojnim istraživanjima koja pokazuju da stariji odrasli, i pored izvesnih promena u percepciji emocionalnih stimulusa, često zadržavaju ili čak unapređuju funkcionalne aspekte emocionalne regulacije i ciljno usmerenog suočavanja sa emocionalno relevantnim sadržajima. Istovremeno, savremeni radovi o suicidu u starijoj odrasloj dobi naglašavaju da je za adekvatno razumevanje suicidalnosti u ovoj populaciji neophodno prevazići pojednostavljene stereotipe i razviti specifičnu senzitivnost za egzistencijalne, interpersonalne i razvojne aspekte kasne životne dobi. To dodatno podržava tumačenje da sama emocionalna pažnja ne garantuje dublje razumevanje suicida, već da za razvoj egzistencijalno-ideoloških stavova važniju ulogu verovatno imaju emocionalna jasnoća, refleksivna integracija i razvojna zrelost.

Dobijeni nalazi sugerišu da starost ne menja samo intenzitet povezanosti između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, već i psihološko značenje pojedinih emocionalnih procesa. Emocionalna jasnoća se pokazuje kao konzistentno protektivna komponenta u obe starosne grupe, ali sa izraženijim efektom kod starijih, što je u skladu sa razvojnim teorijama koje naglašavaju veću emocionalnu selektivnost, stabilnost i regulacionu efikasnost u kasnijoj odraslosti. Nasuprot tome, emocionalna pažnja/introspekcija pokazuje ambivalentniju i manje adaptivnu ulogu, jer je povezana sa rastom kulturno-ideoloških predrasuda i opadanjem egzistencijalno-ideoloških stavova, pri čemu su efekti diferencirano raspoređeni po starosnim grupama. Ovakav obrazac podržava savremene višedimenzionalne

modele emocionalne inteligencije, koji naglašavaju da komponente emocionalne pismenosti ne treba tretirati kao funkcionalno ekvivalentne, kao i razvojne modele koji pokazuju da ista emocionalna karakteristika može imati različite posledice u različitim životnim dobima. U kontekstu doktorata, ovi nalazi su važni jer pokazuju da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu ne može biti objašnjen bez razvojne perspektive: starost očigledno deluje kao moderator koji usmerava da li će emocionalne kompetencije voditi većoj jasnoći i refleksivnosti ili, naprotiv, pojačanom oslanjanju na kulturne stereotipe i afektivnu opterećenost. To ujedno znači da edukativne i preventivne intervencije usmerene na unapređenje stavova prema suicidu treba razvojno diferencirati, pri čemu bi kod mlađih ispitanika akcenat trebalo staviti na transformaciju emocionalne pažnje u emocionalnu jasnoću, dok bi kod starijih bilo posebno važno raditi na dekonstrukciji kulturno-ideoloških obrazaca koji mogu opstajati i uz relativno visoku emocionalnu angažovanost.

Moderatorska uloga profesije

Dobijeni nalaz da sa povećanjem emocionalne pažnje/introspekcije kod prosvetnih radnika se povećavaju se i ambivalentni psihosocijalni stavovi prema suicidu, dok se kod zdravstvenih stavovi ne menjaju, ukazuje da profesija ima značajnu moderatorsku ulogu u odnosu između emocionalne pažnje/introspekcije i ambivalentnih psihosocijalnih stavova prema suicidu, pri čemu se uočava jasan divergentan obrazac između prosvetnih i zdravstvenih radnika. Konkretno, kod prosvetnih radnika povećana emocionalna pažnja/introspekcija povezana je sa višim nivoom ambivalentnih psihosocijalnih stavova, dok kod zdravstvenih radnika takva povezanost nije utvrđena. Ovaj obrazac može se interpretirati u okviru višedimenzionalnih modela emocionalne inteligencije, koji naglašavaju da emocionalna pažnja, kao komponenta emocionalne pismenosti, ne predstavlja nužno adaptivnu sposobnost ukoliko nije praćena emocionalnom jasnoćom i regulacijom (Mayer et al., 2008; Salovey et al., 1995). U tom smislu, povećana usmerenost na emocije može dovesti do pojačane emocionalne reaktivnosti i kognitivne nesigurnosti, što pogoduje formiranju ambivalentnih, odnosno nekonzistentnih i kolebljivih stavova prema kompleksnim fenomenima poput suicida. Kod prosvetnih radnika ovakav efekat može biti dodatno pojačan specifičnostima profesionalnog konteksta, koji podrazumeva snažnu normativnu i vaspitnu funkciju. U skladu sa teorijama profesionalne socijalizacije i socijalnih reprezentacija, obrazovni sistem podstiče internalizaciju društvenih normi i vrednosti, te se suicid često posmatra kroz prizmu moralne evaluacije i društvene kontrole (Moscovici, 1984). U takvom okviru, povećana emocionalna

introspekcija može pojačati unutrašnji konflikt između empatijskog razumevanja suicidalnog ponašanja i potrebe da se ono vrednuje u skladu sa normativnim i pedagoškim standardima. Ova tenzija između razumevanja i osude može se manifestovati upravo kroz ambivalentne psihosocijalne stavove. Dodatno, modeli dualne obrade sugerišu da u situacijama emocionalne aktivacije bez adekvatne kognitivne strukture dolazi do oslanjanja na heuristike i društveno dostupne interpretacije, što može dodatno pojačati ambivalenciju (Kahneman, 2011). Nasuprot tome, odsustvo značajne povezanosti kod zdravstvenih radnika ukazuje da emocionalna pažnja/introspekcija u ovom kontekstu ne dovodi do povećanja ambivalentnosti, što se može objasniti kroz kliničke i biopsihosocijalne modele razumevanja suicida. Zdravstveni radnici su, zbog prirode posla, kontinuirano izloženi emocionalno zahtevnim situacijama i imaju razvijenije profesionalne okvire za interpretaciju psihološke patnje, što omogućava integraciju emocionalnih iskustava u koherentnije i stabilnije stavove (Joiner, 2005; Shneidman, 1993). U tom smislu, emocionalna pažnja kod njih verovatno funkcioniše u okviru šireg sistema emocionalnih i kognitivnih kompetencija, čime se ublažava njen potencijalno destabilizujući efekat. Takođe, koncept emocionalnog rada sugeriše da profesije koje uključuju brigu o drugima razvijaju specifične strategije regulacije emocija, što omogućava efikasnije upravljanje emocionalnom uključenosti i smanjenje ambivalentnosti u proceni kompleksnih situacija (Brotheridge & Grandey, 2002).

Ukupno posmatrano, dobijeni nalaz potvrđuje da emocionalna pažnja/introspekcija nema univerzalno adaptivnu funkciju u odnosu na stavove prema suicidu, već da njen efekat zavisi od profesionalnog konteksta i stepena integracije sa drugim komponentama emocionalne pismenosti. Dok kod prosvetnih radnika povećana introspekcija može doprineti većoj ambivalentnosti usled konflikta između emocionalnog razumevanja i normativnih očekivanja, kod zdravstvenih radnika ona ne dovodi do takvog efekta, verovatno zahvaljujući razvijenijim profesionalnim i kliničkim okvirima interpretacije. Ovi nalazi dodatno podržavaju tezu da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu nije linearan, već kontekstualno uslovljen, što ima važne implikacije za razvoj diferenciranih edukativnih i preventivnih programa u različitim profesionalnim grupama.

Radni staž i zarada: izostajanje moderatorskih efekata

Dobijeni nalazi ukazuju da radni staž i mesečna zarada nisu imali značajnu moderatorsku ulogu u odnosu između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, što sugeriše da ove sociodemografske varijable ne doprinose diferencijalnom

oblikovanju posmatranih relacija. Iako su očekivanja mogla ići u smeru da veće profesionalno iskustvo ili viši socioekonomski status utiču na način na koji se emocionalne kompetencije reflektuju u stavovima prema suicidu, rezultati ovog istraživanja ukazuju na relativnu stabilnost ovih odnosa nezavisno od radnog staža i prihoda. Ovakav nalaz može se interpretirati u okviru teorijskih pristupa koji naglašavaju da su stavovi prema suicidu prvenstveno oblikovani širim sociokulturnim, vrednosnim i profesionalnim kontekstima, kao i individualnim psihološkim karakteristikama, dok kvantitativni indikatori iskustva i materijalnog statusa imaju ograničen uticaj na njihove strukturalne odnose.

U pogledu radnog staža, odsustvo moderatorskog efekta može ukazivati na to da sama dužina profesionalnog iskustva ne podrazumeva nužno razvoj sofisticiranijih emocionalnih kompetencija ili promena u načinu interpretacije suicida. Iako bi se moglo pretpostaviti da duži staž doprinosi većem iskustvu u radu sa ljudima i emocionalno zahtevnim situacijama, savremena istraživanja ukazuju da profesionalno iskustvo nije linearno povezano sa razvojem emocionalne inteligencije, već da ključnu ulogu imaju kvalitet iskustva, refleksivna praksa i dodatna edukacija (Brackett et al., 2011; Mayer et al., 2008). Drugim rečima, bez sistematskog razvoja emocionalnih veština, duži radni staž može dovesti do rutinizacije i oslanjanja na postojeće obrasce mišljenja, a ne nužno do njihove transformacije. U tom smislu, odnosi između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu ostaju relativno stabilni kroz različite nivoe profesionalnog iskustva, što objašnjava odsustvo moderatorskog efekta. Slično tome, odsustvo efekta mesečne zarade kao indikatora socioekonomskog statusa može se razumeti kroz nalaze koji ukazuju da ekonomski resursi imaju ograničen direktan uticaj na stavove prema mentalnom zdravlju i suicidu, posebno kada su u pitanju specifične profesionalne grupe. Iako niži socioekonomski status može biti povezan sa većim rizikom za suicidalno ponašanje na populacionom nivou, stavovi prema suicidu i njihova povezanost sa emocionalnim kompetencijama ne zavise nužno od finansijskog položaja pojedinca, već od obrazovanja, profesionalne uloge i dostupnosti relevantnog znanja (Batterham et al., 2013; WHO, 2014). U ovom istraživanju, moguće je da su ispitanici relativno homogeni u pogledu profesionalnog/obrazovnog konteksta, što dodatno smanjuje varijabilitet u efektima zarade kao moderatorske varijable. Ovi nalazi su u skladu i sa savremenim modelima emocionalne inteligencije, koji emocionalne kompetencije posmatraju kao relativno stabilne individualne karakteristike koje nisu direktno determinisane demografskim faktorima poput prihoda ili dužine staža, već su više povezane sa ličnim iskustvom, učenjem i socijalnim okruženjem (Mayer et al., 2008; Salovey & Mayer, 1990). Takođe, iz perspektive modela dualne obrade, može se pretpostaviti da faktori poput staža i zarade ne utiču direktno na način na koji se

emocionalne informacije obrađuju u kontekstu procene suicida, već da su za to važniji kognitivni i emocionalni resursi pojedinca (Kahneman, 2011).

Zaključno gledano, odsustvo značajnih moderatorskih efekata radnog staža i mesečne zarade ukazuje da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu pokazuje određeni stepen robusnosti u odnosu na ove sociodemografske varijable. Ovaj nalaz je teorijski značajan jer sugerije da se razlike u stavovima prema suicidu ne mogu objasniti jednostavnim indikatorima profesionalnog iskustva ili materijalnog statusa, već zahtevaju razmatranje složenijih psiholoških i kontekstualnih faktora. Ujedno, rezultati imaju i praktične implikacije, jer ukazuju da intervencije usmerene na unapređenje emocionalne pismenosti i smanjenje nefunkcionalnih stavova prema suicidu treba fokusirati na razvoj konkretnih emocionalnih i kognitivnih kompetencija, a ne na pretpostavku da će se takve promene spontano javiti sa povećanjem dužine radnog staža ili finansijskih prihoda.

Moderatorska uloga religioznosti

Dobijeni nalazi ukazuju da religioznost predstavlja snažan moderator odnosa između emocionalne jasnoće i različitih dimenzija stavova prema suicidu, pri čemu se uočavaju sistematski različiti obrasci između religioznih i nereligioznih ispitanika. Ovakav obrazac sugerije da emocionalna jasnoća ne deluje univerzalno u formiranju stavova prema suicidu, već da njen efekat zavisi od vrednosnog i ideološkog okvira u kojem se emocionalna iskustva interpretiraju. U tom smislu, religioznost može funkcionisati kao kognitivno-normativni filter koji usmerava način na koji se emocionalna saznanja integrišu u stavove.

U relaciji između emocionalne jasnoće i ambivalentnih psihosocijalnih stavova, nalaz da kod obe grupe postoji pozitivan odnos, ali izraženiji kod nereligioznih ispitanika, može se interpretirati kroz odsustvo čvrstog normativnog okvira kod nereligioznih pojedinaca. U skladu sa teorijama sekularizacije i individualizacije, nereligiozni ispitanici češće formiraju stavove na osnovu ličnih iskustava i refleksije, bez oslanjanja na unapred definisane moralne ili religijske norme (Berger, 1967; Taylor, 2007). U takvom kontekstu, povećana emocionalna jasnoća može dovesti do dubljeg razumevanja kompleksnosti suicidalnog ponašanja, ali i do istovremenog uvažavanja različitih, često kontradiktornih perspektiva, što se manifestuje kroz ambivalentne psihosocijalne stavove. Nasuprot tome, kod religioznih ispitanika, iako je efekat takođe pozitivan, njegova manja izraženost može se objasniti stabilnijim i normativno strukturisanim okvirom interpretacije suicida, koji ograničava prostor za ambivalenciju. Ovakav nalaz je u skladu sa teorijama socijalnih reprezentacija, prema kojima religijski sistemi

obezbeđuju koherentne i društveno deljene interpretacije moralno kompleksnih fenomena (Moscovici, 1984).

Drugi nalaz, koji pokazuje suprotan smer efekta emocionalne jasnoće na lično-vrednosne stavove kod religioznih i nereligioznih ispitanika, dodatno potvrđuje ključnu ulogu religioznosti kao interpretativnog okvira. Kod nereligioznih ispitanika, povećanje emocionalne jasnoće vodi jačanju lično-vrednosnih stavova, što ukazuje na proces individualizacije i subjektivizacije moralnog prosuđivanja, u skladu sa savremenim psihološkim i egzistencijalnim pristupima koji naglašavaju ulogu ličnih značenja i iskustava u razumevanju suicida (Joiner, 2005; Shneidman, 1993). Nasuprot tome, kod religioznih ispitanika povećana emocionalna jasnoća dovodi do smanjenja lično-vrednosnih stavova, što se može objasniti dominacijom eksterno definisanih moralnih normi koje potiču iz religijskog sistema. Religijske doktrine često pružaju jasne i nedvosmislene stavove prema suicidu, najčešće u formi moralne zabrane, čime se smanjuje prostor za individualnu reinterpretaciju i lično vrednosno promišljanje (Koenig, 2009; Stack, 2000). U tom smislu, emocionalna jasnoća kod religioznih ispitanika ne vodi ka većoj individualizaciji stavova, već ka njihovom usklađivanju sa već postojećim normativnim okvirima.

Sličan obrazac uočen je i u relaciji između emocionalne jasnoće i egzistencijalno-ideoloških stavova, gde se kod nereligioznih ispitanika uočava snažan pozitivan efekat, a kod religioznih negativan. Ovaj nalaz može se interpretirati kroz egzistencijalne teorije, koje naglašavaju da u odsustvu religijskog sistema pojedinci češće razvijaju lične filozofske i egzistencijalne okvire za razumevanje života i smrti (Frankl, 1984; Yalom, 1980). Kod nereligioznih ispitanika, emocionalna jasnoća omogućava dublju refleksiju o pitanjima smisla, slobode i ljudske egzistencije, što se manifestuje kroz izraženije egzistencijalno-ideološke stavove prema suicidu. Nasuprot tome, kod religioznih ispitanika egzistencijalna pitanja su već u velikoj meri strukturisana kroz religijski narativ, koji pruža unapred definisane odgovore na pitanja života, smrti i smisla, čime se smanjuje potreba za dodatnim individualnim egzistencijalnim promišljanjem. Ovakav nalaz je u skladu i sa Durkheimovom tezom o zaštitnoj ulozi religije, koja kroz normativnu integraciju smanjuje individualnu interpretativnu neizvesnost u odnosu na suicid (Durkheim, 1897/1951).

Ukupno posmatrano, rezultati ukazuju da religioznost ne utiče samo na nivo stavova prema suicidu, već i na način na koji se emocionalne kompetencije prevode u te stavove. Dok kod nereligioznih ispitanika emocionalna jasnoća podstiče kompleksnije, individualizovanije i egzistencijalno usmerenije interpretacije suicida, kod religioznih ispitanika ona je ograničena i usmerena postojećim normativnim i vrednosnim sistemima. Ovakav obrazac potvrđuje da

odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu nije linearan niti univerzalan, već zavisi od šireg ideološkog i kulturnog konteksta u kojem se emocionalna iskustva interpretiraju. Time se dodatno potvrđuje značaj integracije psiholoških i sociokulturnih pristupa u istraživanju stavova prema suicidu, kao i potreba za razvojem teorijskih modela koji uzimaju u obzir interakciju individualnih i kontekstualnih faktora.

Partnerski status kao moderatorska varijabla – nepostojanje efekata

Dobijeni nalazi ukazuju da partnerski status nije imao značajnu moderatorsku ulogu u odnosu između dimenzija emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, što sugerise da prisustvo ili odsustvo partnerskog odnosa ne utiče na način na koji se emocionalne kompetencije prevode u stavove o ovom fenomenu. Iako se u literaturi često naglašava zaštitna uloga partnerskih i bliskih odnosa u kontekstu suicidalnog ponašanja, pre svega kroz povećanje socijalne podrške i osećaja pripadnosti (Joiner, 2005; Stack, 2000), rezultati ovog istraživanja ukazuju da ova varijabla nema diferencijalni efekat na relacije između emocionalne pismenosti i kognitivno-vrednosnih interpretacija suicida. Drugim rečima, iako partnerski status može biti relevantan za razumevanje samog suicidalnog rizika, on se ne pokazuje kao faktor koji menja način na koji emocionalne sposobnosti utiču na formiranje stavova prema suicidu.

Ovakav nalaz može se interpretirati u okviru teorijskih pristupa koji prave razliku između strukturnih i funkcionalnih aspekata socijalnih odnosa. Naime, sama činjenica da osoba ima partnera ne podrazumeva nužno viši kvalitet odnosa, emocionalnu bliskost ili adekvatnu podršku, koji su ključni mehanizmi kroz koje socijalni odnosi utiču na psihološke procese (Cohen & Wills, 1985). U tom smislu, partnerski status kao binarna kategorija (ima/nema partnera) može biti previše gruba mera da bi registrovala suptilne razlike u emocionalnoj obradi i stavovima prema suicidu. Savremena istraživanja ukazuju da su za razumevanje odnosa između socijalnih veza i mentalnog zdravlja relevantniji indikatori poput kvaliteta odnosa, percipirane podrške i zadovoljstva odnosom, nego sama strukturalna prisutnost partnera (Umberson & Karas Montez, 2010).

Dalje, iz perspektive modela emocionalne inteligencije, može se pretpostaviti da emocionalne kompetencije funkcionišu kao relativno autonomni individualni resursi, koji nisu direktno zavisni od socijalno-demografskih karakteristika poput partnerskog statusa (Mayer et al., 2008; Salovey & Mayer, 1990;). To znači da sposobnosti poput emocionalne jasnoće, pažnje ili refleksije deluju na formiranje stavova prema suicidu kroz interne kognitivno-afektivne procese, koji nisu nužno modifikovani prisustvom partnerskog odnosa. Takođe, iz

ugla teorije socijalnih reprezentacija, stavovi prema suicidu formiraju se kroz šire kulturne i društvene diskurse, koji prevazilaze individualne relacione kontekste (Moscovici, 1984), što dodatno objašnjava odsustvo moderatorskog efekta.

Važno je istaći i da odsustvo značajnog efekta ne implicira nepostojanje bilo kakve veze između partnerskog statusa i stavova prema suicidu, već ukazuje da ova varijabla ne utiče na snagu ili smer relacija između emocionalne pismenosti i tih stavova. Drugim rečima, emocionalna pismenost pokazuje relativno stabilan obrazac povezanosti sa dimenzijama stavova prema suicidu nezavisno od toga da li su ispitanici u partnerskom odnosu ili ne. Ovakav nalaz doprinosi preciznijem razumevanju uloge socijalnih faktora, jer sugerise da se njihov uticaj ne manifestuje nužno kroz moderaciju, već potencijalno kroz direktne efekte ili posredne mehanizme koji nisu obuhvaćeni ovim modelom.

Generalno gledano, odsustvo moderatorskog efekta partnerskog statusa ukazuje da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu pokazuje određeni stepen robusnosti u odnosu na ovu sociodemografsku varijablu. Ovaj nalaz ima teorijski značaj jer potvrđuje da su za razumevanje ovih relacija važniji individualni emocionalni i kognitivni procesi, kao i širi sociokulturni kontekst, nego sama strukturalna prisutnost bliskih odnosa. Ujedno, nalazi sugerisu da buduća istraživanja treba da uključe finije mere interpersonalnih odnosa, poput kvaliteta partnerskog odnosa i percipirane socijalne podrške, kako bi se preciznije ispitala njihova potencijalna uloga u formiranju stavova prema suicidu.



ZAVRŠNA RAZMATRANJA I ZAKLJUČAK

Dobijeni rezultati ukazuju da su stavovi prema suicidu kompleksan, višedimenzionalan konstrukt koji se formira kroz interakciju emocionalnih kompetencija i sociokulturnog konteksta, pri čemu se jasno uočava da emocionalna pismenost ne deluje uniformno, već diferencijalno u odnosu na specifične dimenzije stavova i karakteristike ispitanika. U tom smislu, nalazi ovog istraživanja pružaju snažnu empirijsku podršku savremenim integrativnim modelima koji naglašavaju da razumevanje suicida zahteva istovremeno razmatranje individualnih psiholoških procesa i šireg društvenog okvira (Durkheim, 1897/1951; Joiner, 2005; Shneidman, 1993).

Pre svega, rezultati faktorske analize ukazuju da struktura stavova prema suicidu na domaćem uzorku odstupa od originalne strukture SOQ upitnika, što potvrđuje tezu o ograničenoj univerzalnosti psihometrijskih modela i snažnom uticaju sociokulturnog konteksta na formiranje stavova. Dominacija faktora kulturno-ideoloških predrasuda dodatno naglašava ulogu normativnih i stigmatizujućih interpretacija suicida, što je u skladu sa teorijama stigme i socijalnih reprezentacija koje ukazuju da društvo kroz moralne i kulturne obrasce oblikuje percepciju devijantnih ponašanja (Corrigan, 2004; Goffman, 1963; Moscovici, 1984). Istovremeno, prisustvo ambivalentnih i egzistencijalno-ideoloških dimenzija ukazuje da

stavovi prema suicidu nisu jednodimenzionalni, već uključuju koegzistenciju razumevanja, osude i refleksivnog promišljanja, što je u skladu sa savremenim psihološkim i egzistencijalnim pristupima.

Kada je reč o emocionalnoj pismenosti, rezultati ukazuju da različite njene komponente imaju različite i često suprotne efekte. Emocionalna jasnoća se pokazala kao najkonzistentniji i najznačajniji prediktor, pri čemu doprinosi smanjenju ambivalentnih i stigmatizujućih stavova, ali i razvoju egzistencijalno refleksivnih interpretacija suicida. Ovakav obrazac je u skladu sa modelom emocionalne inteligencije Saloveja i Mejera, koji naglašava da sposobnost razumevanja emocija omogućava sofisticiraniju kognitivnu obradu socijalnih fenomena (Mayer et al., 2008; Salovey & Mayer, 1990). Nasuprot tome, emocionalna pažnja/introspekcija pokazuje ambivalentnu i često nepovoljnu ulogu, jer je povezana sa povećanjem ambivalentnih i predrasudnih stavova, što potvrđuje da sama emocionalna uključenost bez jasnoće i regulacije može dovesti do konfuzije i oslanjanja na stereotipe. Ruminacija/refleksija se pokazuje kao kompleksna dimenzija, koja u određenim kontekstima doprinosi dubljem razumevanju, ali i individualizaciji stavova, što je u skladu sa savremenim diferenciranim pristupima ovom konstrukt (Watkins, 2008).

Posebno značajan doprinos ovog istraživanja ogleda se u identifikaciji moderatorskih efekata, koji jasno ukazuju da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu nije univerzalan, već kontekstualno uslovljen. Pol se pokazao kao važan moderator, pri čemu su efekti emocionalne jasnoće i pažnje različiti kod muškaraca i žena, što se može objasniti teorijama rodne socijalizacije i razlikama u emocionalnoj obradi (Addis & Mahalik, 2003; Nolen-Hoeksema, 2012). Starost je takođe imala značajnu ulogu, pri čemu se kod starijih ispitanika uočava stabilniji i funkcionalniji obrazac povezanosti, što je u skladu sa teorijom socioemocionalne selektivnosti (Carstensen, 1999). Profesija se pokazala kao jedan od najsnažnijih moderatora, jer su kod zdravstvenih radnika veze između emocionalne pismenosti i stavova znatno jače i sistematičnije, što ukazuje na važnost profesionalnog iskustva i kliničkog konteksta u razumevanju suicida. Nasuprot tome, kod prosvetnih radnika emocionalne kompetencije imaju ograničeniji domet, što sugerise dominantnu ulogu normativnih obrazaca i institucionalnih očekivanja.

Religioznost se izdvojila kao posebno snažan moderator, pri čemu su efekti emocionalne jasnoće dijametralno suprotni kod religioznih i nereligioznih ispitanika. Ovakav nalaz potvrđuje da religijski sistemi funkcionišu kao snažan interpretativni okvir koji usmerava način na koji se emocionalna iskustva prevode u stavove, što je u skladu sa sociološkim i egzistencijalnim teorijama religije (Berger, 1967; Durkheim, 1897/1951). Kod nereligioznih

ispitanika emocionalna jasnoća podstiče individualizaciju i egzistencijalnu refleksiju, dok kod religioznih dovodi do usklađivanja sa normativnim vrednostima. Nasuprot tome, pojedine varijable poput radnog staža, mesečne zarade i partnerskog statusa nisu se pokazale kao značajni moderatori, što ukazuje da strukturalne sociodemografske karakteristike imaju ograničen uticaj na ove odnose. Ovaj nalaz sugerise da su za razumevanje stavova prema suicidu važniji kvalitativni aspekti iskustva i interpretacije nego kvantitativni indikatori poput dužine staža ili ekonomskog statusa.

Kao generalni zaključak može se reći da rezultati ovog istraživanja potvrđuju da emocionalna pismenost predstavlja važan, ali ne i samodovoljan faktor u formiranju stavova prema suicidu, te da njeni efekti zavise od šireg konteksta u kojem se emocionalna iskustva interpretiraju. Ovakav nalaz ima značajne teorijske implikacije, jer ukazuje na potrebu integracije psiholoških, socioloških i kulturoloških pristupa u proučavanju suicida, ali i praktične implikacije za razvoj edukativnih i preventivnih programa koji bi trebalo da budu diferencirani u odnosu na specifičnosti ciljne populacije. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da su stavovi prema suicidu kompleksan i višedimenzionalan fenomen, koji je oblikovan interakcijom emocionalnih kompetencija i sociokulturnih faktora. Emocionalna pismenost, posebno emocionalna jasnoća, pokazala se kao značajan prediktor stavova prema suicidu, ali njeni efekti nisu jednoznačni, već zavise od specifične dimenzije stavova i konteksta u kojem se ispoljavaju. Nalazi su pokazali da emocionalna jasnoća doprinosi smanjenju ambivalentnih i stigmatizujućih stavova, ali i razvoju refleksivnijih, egzistencijalno usmerenih interpretacija suicida, dok emocionalna pažnja bez adekvatne jasnoće može imati suprotan efekat. Dodatno, utvrđeno je da ključne sociodemografske varijable poput pola, starosti, profesije i religioznosti značajno modifikuju ove odnose, dok radni staž, zarada i partnerski status nemaju takav efekat. Poseban doprinos istraživanja ogleda se u potvrdi da odnos između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu nije univerzalan, već kontekstualno uslovljen i teorijski složen. Ovi nalazi naglašavaju potrebu za razvojem diferenciranih pristupa u prevenciji suicida, koji će uzeti u obzir ne samo nivo emocionalnih kompetencija, već i širi društveni kontekst pojedinca.

Zaključno, može se istaći da emocionalna pismenost predstavlja važan resurs u razumevanju stavova prema suicidu, ali samo u interakciji sa drugim psihološkim i sociokulturnim faktorima, čime se otvara prostor za dalja istraživanja koja će preciznije razjasniti ove složene odnose i doprineti razvoju integrisanih teorijskih modela.

Ograničenja istraživanja i preporuke za buduće studije

Iako rezultati ovog istraživanja pružaju značajan doprinos razumevanju odnosa između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu, neophodno je razmotriti i određena metodološka i teorijska ograničenja koja mogu uticati na interpretaciju nalaza.

Najpre, istraživanje je sprovedeno na uzorku specifičnih profesionalnih grupa (prosvetni i zdravstveni radnici), što ograničava mogućnost generalizacije rezultata na širu populaciju. Iako je ovakav uzorak omogućio uvid u profesionalno specifične obrasce, buduća istraživanja bi trebalo da uključe heterogenije uzorke, uključujući opštu populaciju, kao i različite profesionalne i kulturne kontekste, kako bi se ispitala univerzalnost i stabilnost dobijenih nalaza. Drugo, korišćen je presečni (cross-sectional) dizajn, što onemogućava donošenje zaključaka o uzročno-posledničnim odnosima između emocionalne pismenosti i stavova prema suicidu. Iako su identifikovane značajne povezanosti i moderatorski efekti, nije moguće utvrditi smer uticaja, odnosno da li emocionalne kompetencije oblikuju stavove ili obrnuto. Buduća istraživanja bi trebalo da koriste longitudinalne i eksperimentalne dizajne kako bi se preciznije ispitala dinamika ovih odnosa. Zatim, svi podaci prikupljeni su putem samoprocenskih instrumenata, što može dovesti do pristrasnosti socijalne poželjnosti, posebno imajući u vidu osetljivost teme suicida. Ispitanici mogu biti skloni davanju društveno prihvatljivih odgovora, što može uticati na validnost rezultata. U budućim istraživanjima preporučuje se kombinovanje različitih metoda prikupljanja podataka, uključujući implicitne mere, eksperimentalne paradigme ili kvalitativne pristupe, kako bi se dobila dublja i validnija slika stavova. Nadalje, iako je istraživanje obuhvatilo više sociodemografskih varijabli kao potencijalne moderatore, pojedine važne varijable nisu uključene. Konkretno, nisu analizirani faktori poput ličnog iskustva sa suicidom, nivoa edukacije o mentalnom zdravlju, niti specifičnih profesionalnih treninga u oblasti prevencije suicida. Ove varijable mogu imati značajnu ulogu u formiranju stavova i njihovoj povezanosti sa emocionalnom pismenošću, te bi njihovo uključivanje moglo doprineti potpunijem razumevanju fenomena. Iako su korišćeni validirani instrumenti, rezultati faktorske analize ukazuju na odstupanja u strukturi upitnika SOQ u odnosu na originalne modele, što otvara pitanje kulturne specifičnosti i psihometrijske ekvivalentnosti instrumenta. Ovo ukazuje na potrebu za daljim validacionim studijama, uključujući testiranje faktorske strukture na različitim uzorcima, kao i ispitivanje mernih invarijantnosti u odnosu na pol, starost i druge relevantne varijable.

U pogledu daljih studija, rezultati otvaraju više važnih pravaca. Pre svega, preporučuje se razvoj i testiranje integrativnih modela koji uključuju emocionalnu pismenost, sociokulturne faktore i profesionalni kontekst u jedinstven teorijski okvir. Posebno bi bilo značajno ispitati medijacione mehanizme, na primer da li emocionalna pismenost utiče na stavove prema suicidu

posredno preko stigme, empatije ili pismenosti u oblasti mentalnog zdravlja. Buduća istraživanja bi mogla detaljnije ispitati ulogu pojedinačnih komponenti emocionalne pismenosti, posebno razliku između emocionalne pažnje i jasnoće, s obzirom na nalaze koji ukazuju na njihovu divergentnu funkciju. Eksperimenti koji bi manipulacijom emocionalnih stanja ili informacija o suicidu mogli pružiti dublji uvid u uzročne mehanizme ovih odnosa. Takođe, preporučuje se uključivanje kvalitativnih metoda, poput intervjua ili fokus grupa, kako bi se bolje razumela značenja koja ispitanici pridaju suicidu, posebno u kontekstu religioznosti i profesionalnog identiteta. Ovaj pristup mogao bi dopuniti kvantitativne nalaze i omogućiti dublju interpretaciju kompleksnih obrazaca koji su uočeni u ovom istraživanju. Na kraju, istraživanja bi trebalo da budu usmerena i na razvoj i evaluaciju intervencija usmerene na unapređenje emocionalne pismenosti i smanjenje disfunkcionalnih stavova prema suicidu. Poseban akcenat treba staviti na programe prilagođene specifičnim grupama poput prosvetnih i zdravstvenih radnika, imajući u vidu da rezultati ukazuju na značajne razlike u obrascima povezanosti između emocionalnih kompetencija i stavova.

LITERATURA

- Adamczyk, K., & Segrin, C. (2015). Direct and indirect effects of young adults' relationship status on life satisfaction through loneliness and perceived social support. *Psychologica Belgica*, 55(4),
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1),
- Agerbo, E. (2001). High income, employment, postgraduate education, and marriage: A suicidal cocktail among psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 58(10),
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2),
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2),
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), *A handbook of social psychology* (pp. 798–844). Clark University Press.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2023). *Suicide*. Preuzeto 3.3.2026. sa: <https://www.apa.org/topics/suicide>
- Améry, J. (1999). *On suicide: A discourse on voluntary death* (J. D. Barlow, Trans.). Indiana University Press.
- Anderson, M., Standen, P. J., & Noon, J. P. (2000). Nurses' and doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1),
- Aragundi-Moncada, J. G., Moreira-Cedeño, M. J., Morán-Peñañiel, E. I., & Ibarra-Sáenz, C. N. (2025). The relationship between age and emotional intelligence in postgraduate students. *Frontiers in Education*, 10, Article 1558339.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M., & Sommers, S. R. (2019). *Social psychology* (10th ed.). Pearson.
- Arslan, A. B., et al. (2025). Exploring healthcare professionals' attitudes towards suicide attempters and associated factors. *Archives of Psychiatric Nursing*. Advance online publication.

- Arslan, A. B., et al. (2025). Exploring healthcare professionals' attitudes towards patients who attempted suicide. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* (abstract source).
- Assmann, J. (2005). *Death and salvation in ancient Egypt*. Cornell University Press.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2022). *Suicide and self-harm monitoring*. <https://www.aihw.gov.au/suicide-self-harm-monitoring>
- Awwad, D. A., Baird, M., & Long, D. (2020). Examining the relationship between emotional intelligence, leadership attributes and workplace experience of Australian chief radiographers. *Radiography*, 26(4),
- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., & Herazo, E. (2024). Attitudinal beliefs about suicidal behavior and attitudes toward suicide attempts in healthcare professionals. *Healthcare*, 12(21), 2169.
- Barbagli, M. (2015). *Farewell to the world: A history of suicide*. Polity Press.
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1),
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15(6),
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4),
- Batty, G. D., Deary, I. J., & Gottfredson, L. S. (2007). Premorbid (early life) IQ and later mortality risk: Systematic review. *Annals of Epidemiology*, 17(4),
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*, 36(2),
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1),
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3),
- Beck, A. T., Brown, G. K., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1985). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142(5),
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1985). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

- Becker, E. S., Goetz, T., Morger, V., & Ranellucci, J. (2015). Antecedents of teachers' emotions in the classroom: An appraisal-based approach. *Frontiers in Psychology*, 6, 1670.
- Bell, C., et al. (2024). The importance of emotion and mental state language for children's social and emotional learning. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 56, 101332.
- Berger, P. L. (1967). *The sacred canopy: Elements of a sociological theory of religion*. Anchor Books.
- Biro, M. (2013). *Psihologija samoubistva: Klinička i teorijska razmatranja*. Novi Sad: Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju.
- Biro, M., & Kapamadžija, A. (1976). *Psihosocijalni faktori suicidalnosti*. Beograd: Vojnoizdavački zavod.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527–562.
- Blomqvist, S., Virtanen, M., LaMontagne, A. D., & Hanson, L. L. M. (2022). Perceived job insecurity and risk of suicide and suicide attempts: a study of men and women in the Swedish working population. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 48(4), 293.
- Bohner, G., & Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62, 1-42.
- Borah, K., et al. (2025). Knowledge, attitude and gatekeeper behaviour towards suicide prevention among pre-university teachers. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 34, 100497.
- Borah, K., Jose, T. T., Nagaraj, A. K. M., Lakshmi, V. R., & Moxham, L. (2025). *Knowledge, attitude and gatekeeper behaviour towards suicide prevention among pre-university college teachers: A cross-sectional descriptive survey*. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 35, 102125.
- Boukouvalas, E., El-Den, S., Murphy, A. L., Salvador-Carulla, L., O'Reilly, C. L., & O'Connor, N. (2020). Exploring health care professionals' knowledge of, attitudes towards, and confidence in caring for people at risk of suicide: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 24(S2), 1-10.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.)*. Basic Books.
- Boyd, K. A. (2012). Opinions toward suicide: Cross-national evaluation of cultural and religious effects. *Social Science Research*, 41(2), 251–265.

- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2010). Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(1),
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C(1),.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., & Schweers, J. (1994). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5),
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180–206.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60(1),
- Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals’ attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7),
- Burić, I. (2023). *Teacher emotions are linked with teaching quality: Cross-sectional and longitudinal evidence*. Learning and Instruction.
- Cabello, R., Sorrel, M. A., Fernández-Pinto, I., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2016). Age and gender differences in ability emotional intelligence in adults: A cross-sectional study. *Developmental Psychology*.
- Calear, A. L., Batterham, P. J., Trias, A., & Christensen, H. (2024). Evaluating suicide attitudes and suicide literacy in an adolescent sample, and identifying correlates of these constructs. *Disability and Rehabilitation*, 46(13),
- Camus, A. (1955). *The myth of Sisyphus* (J. O’Brien, Trans.). Vintage. (Original work published 1942)
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1),
- Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: Influence of emotional intelligence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6),
- Carstensen, L. L. (1992). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. *Nebraska Symposium on Motivation*, 40, 209–254.

- Carstensen, L. L. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3),
- CASEL. (2020). CASEL's SEL framework: What are the core competence areas and where are they promoted? Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Suicide data and statistics*. Preuzeto 1.3.2026. sa: <https://www.cdc.gov/suicide/facts>
- Chai, F., et al. (2025). The relationship between moral distress and occupational burnout: The mediating role of social support and psychological resilience (ICU nurses). *Frontiers in Public Health*.
- Chen, J. (2021). Review of research on teacher emotion during 1985–2019: A descriptive quantitative analysis of knowledge production trends. *Frontiers in Psychology*, 12, 623590.
- Chen, J., Yip, P. S. F., Wong, P. W. C., & Law, Y. W. (2024). Patterns in suicide by marital status in Hong Kong, 2002–2020: Is marriage still a protective factor against suicide? *Journal of Affective Disorders*, 350,
- Chen, Y., Peng, Y., & Fang, P. (2016). Emotional intelligence mediates the relationship between age and subjective well-being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(2),
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1),
- Clum, G. A. (1987). *Suicide and attempted suicide: Risk factors, intervention, and prevention*. Guilford Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2),
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2),
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7),
- Cranney, S. (2025). The relationship between marital status and risk for suicidal ideation, plans, and attempts. [Journal information as indexed in PubMed record].
- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122(1),

- Cross, W. F., Matthieu, M. M., Cerel, J., & Knox, K. L. (2011). Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1),
- Davico, C., Graziano, F., Rossi Ghiglione, A., Amianto, F., Begotti, T., Calandri, E., Copetto, G., Di Franco, F., Lonardelli, E., Marcotulli, D., Olcuire, L., Ricci, F., & Vitiello, B. (2024). Preventing adolescent suicide: Feasibility and preliminary outcome evaluation of a theatre-based gatekeeper training for teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1631.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4),
- Denham, S. A. (1998). Emotional development in young children. Guilford Press.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2),
- Díaz, M., Pina, D., Díez-Gómez, A., Cascales-Martínez, A., López López, R., & Puente-López, E. (2025). Attitudes towards suicide: A systematic review of evaluation instruments in different settings. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 17(2),
- Dimitrijević, A. (2018). *Psihodinamska psihijatrija: Teorija i praksa*. Beograd: Clio.
- Domínguez-García, E., & Fernández-Berrocal, P. (2018). The association between emotional intelligence and suicidal behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 2380.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2),
- Draper, B. M., Krysinska, K., De Leo, D., & Snowden, J. (2014). Health care professional attitudes toward interventions to prevent suicide. *Suicidology Online*, 5,
- Durkheim, E. (1951). Suicide: A study in sociology (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Free Press. (Original work published 1897)
- Durkheim, E. (1951). Suicide: A study in sociology. Free Press. (Original work published 1897)
- Durkheim, E. (2002). *Sociologija i društvo: Samoubistvo*. Zavod za udžbenike. (Original work published 1897)

- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1),
- Dutheil, F., et al. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(1), e0226361.
- Džamonja Ignjatović, T. (1993). *Psihodinamski aspekti suicidalnosti*. Beograd: Medicinska knjiga.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Eilers, J. J., Kaduszkiewicz, H., van den Bussche, H., & Hansen, S. (2021). Comparison of stigmatization of suicidal people by medical professionals and students and the general population: An experimental vignette study. *Healthcare*, 9(7), 896.
- Erić, M. (2011). *Psihodinamska psihoterapija i strukturalna teorija*. Beograd: Medicinski fakultet.
- Eskin, M., Kujan, O., Voracek, M., Shaheen, A., Carta, M. G., Sun, J. M., ... & Tsuno, K. (2016). Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scandinavian journal of psychology*, 57(6),
- Esquirol, J. E. D. (1838). *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris: J.-B. Baillière.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39(5),.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp. 75–109). Academic Press.
- Fernández-Berrocal, P., et al. (2025). Psychometric properties of the TMMS-24 emotional intelligence scale in Peruvian university students. *Frontiers in Psychology*, 16, 1611923.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fischer, A. H., Kret, M. E., & Broekens, J. (2018). *Gender differences in emotion perception and self-reported emotional intelligence: A test of the emotional sensitivity hypothesis*. PLOS ONE.
- Fonagy, P., & Lemma, A. (2016). *Contemporary developments in psychoanalytic theory: The impact on clinical practice*. Routledge.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Frankl, V. E. (1984). *Človekova potraga za smislom*. Paideia.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2),
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., ... & Rummel-Kluge, C. (2021). A cross-national study on stigma and disclosure of suicidal ideation in 8 European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(5),
- Freud, S. (1957). *Mourning and melancholia*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 237–258). Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Freud, S. (1961). *Beyond the pleasure principle* (J. Strachey, Trans.). W. W. Norton & Company. (Original work published 1920)
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5),
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4),
- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1),
- Graziano, F., Davico, C., Giordano, I., Calandri, E., Amianto, F., Ricci, F., Marcotulli, D., Copetto, G., Di Franco, F., Lonardelli, E., Begotti, T., & Vitiello, B. (2026). Teachers as gatekeepers in adolescent suicide prevention: The role of suicide-related knowledge, empathy, and collaborative self-efficacy. *Behavioral Sciences*, 16(3), 409.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1),

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3),
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1),
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2),
- Gunn, J. F., & Lester, D. (2014). *Suicide in men: How men differ from women in expressing their distress*. Charles C Thomas Publisher.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... & Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1),
- Hamilton, E., & Klimes-Dougan, B. (2015). Gender differences in suicide prevention responses: Implications for adolescents based on an illustrative review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3),
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1,
- Haugen, J. S., et al. (2022). Teachers as youth suicide prevention gatekeepers: An examination of suicide prevention training and exposure to students at risk of suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Hawgood, J., et al. (2021). Gatekeeper training and minimum standards of competency. *Crisis*.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672),
- Heine, S. J. (2016). *Cultural psychology* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: An overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 203.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3),
- Hojat, M., Maio, V., Pohl, C. A., & Gonnella, J. S. (2023). Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discover Health Systems*, 2(1), 8.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic medicine*, 86(3),

- Hume, D. (1993). On suicide. Penguin Books. (Original work published 1783)
- Institut za mentalno zdravlje. (2020). *Istraživanje suicida i depresije u Srbiji*. Beograd: IMZ.
- Jafari, A., Azami-Aghdash, S., Ghojzadeh, M., & Naghavi-Behzad, M. (2025). The status of suicide literacy and suicide stigma. *BMC Psychiatry*, 25, Article 786.
- Jain, L., et al. (2024). Suicide in healthcare workers: An umbrella review of prevalence, causes, and preventive strategies. *Cureus*, 16(8), e67924.
- Jandial, R., Subramanian, K., Kumar, S., Subramanian, E., & Balasundaram, S. (2024). Literacy and attitude toward suicide among doctors and nurses: A cross-sectional comparative study. *Cureus*, 16(7), e64032.
- Jandial, R., Varghese, A., & Ragesh, G. (2024). Suicide literacy and attitude toward suicide among doctors and nurses. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 46(4), 351–358.
- Jardine, B. B., Vannier, S. A., & Voyer, D. (2022). Emotional intelligence and romantic relationship satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 197, 111713.
- Jaya, P. J., Antony, R. V., Joseph, J., George, A., & Jacob, G. (2025). Emotional literacy as curriculum: A new paradigm for resilient classrooms. *Frontiers in Education*, 10, 1610746.
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*.
- Jennings, P. A., Frank, J. L., Snowberg, K. E., Coccia, M. A., & Greenberg, M. T. (2013). Improving classroom learning environments by cultivating awareness and resilience in education (CARE): Results of a randomized controlled trial. *School Psychology Quarterly*, 28(4),
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and individual differences*, 55(4),
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2008). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8),
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(4),
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*.

- Jović, D., & Nikolić, M. (2015). Religijska uverenja i suicidalno ponašanje: zaštita ili prepreka? *Psihološka istraživanja*, 18(1),
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Kashiwagi, T., Narita, K., Tsuyama, Y., Yonemoto, N., Ishibashi, R., & Kawanishi, C. (2025). Attitudes of medical professionals towards high-risk suicidal patients. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1654240.
- Kaszniak, A. W., & Menchola, M. (2012). Behavioral neuroscience of emotion in aging. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 10,
- Kim, S. M., Oh, J. W., Son, N. H., & Lee, S. (2025). Association Between Employment Status and Suicidal Ideation in Korean Adults. *Psychiatry Investigation*, 22(12), 1398.
- Kingi-Uluave, D., et al. (2025). A review of systematic reviews: Gatekeeper training for suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Klein, M. (1997). Envy and gratitude and other works 1946–1963. *Vintage*. (Original works published 1946)
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2016). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6),
- Ko, J., Kim, J., & colleagues. (2025). Gatekeeper competencies for suicide prevention among Korean social work students: A path model of the relationship between education and gatekeeper intention. *Frontiers in Public Health*, 13, 1630381.
- Ko, Y., Youn, H. C., Lee, S. I., Lee, J., Lee, A., & Kim, S.-G. (2021). The effect of suicide prevention education on attitudes toward suicide in police officers. *Psychiatry Investigation*, 18(11),
- Kodaka, M., Poštuvan, V., Inagaki, M., & Yamada, M. (2011). A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5),
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5),
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254–261.
- Krosnick, J. A., & Petty, R. E. (1995). *Attitude strength: An overview*. In R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp. 1–24). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kumar, M. B., & Tjepkema, M. (2019). Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011–2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment

Cohort (CanCHEC). *Statistics Canada*. Preuzeto 29.3.2026. sa:
<https://www150.statcan.gc.ca>

- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., & Sangjin, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine*, 197,
- Lannoy, S., Dykxhoorn, J., Zammit, S., Ohlsson, H., Halldner, L., Almqvist, C., Larsson, H., Lewis, G., D'Onofrio, B. M., Class, Q. A., & Fernández de la Cruz, L. (2022). The causal effect of education and cognitive performance on risk for suicide attempt: A combined instrumental variable and co-relative approach in a Swedish national cohort. *Journal of Affective Disorders*, 305,
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1),
- Lee, H., Rhee, S. J., Kim, M. J., Park, C. H. K., Yang, J. H., Son, K., ... & Ahn, Y. M. (2023). Shifting attitudes toward suicide over time: A latent profile analysis using the Korea National Suicide Survey. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1124318.
- Lester, D. (1992). *Why people kill themselves: A 1990s summary of research findings on suicidal behavior*. Charles Press.
- Lester, D. (2014). *Suicide and homicide in different social settings*. Nova Science Publishers.
- Levant, R. F., Hall, R. J., & Rankin, T. J. (2009). Male role norms inventory–short form (MRNI-SF): Development, confirmatory factor analytic investigation of structure, and measurement invariance across gender. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 5
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2010). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology*, 51(2),
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27,
- Liu, H., Zheng, C., Cao, Y., Zeng, F., Chen, H., & Gao, W. (2025). Gatekeeper training for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*, 25, 1206.
- Liu, M. (2002). Suicide and culture in traditional China. *Journal of Asian Studies*, 61(4),
- Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72(6),

- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6),
- Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2004). Personality pathways to impulsive behavior and their relations to deviance: Results from three samples. *Journal of Quantitative Criminology*, 20(4),
- Maio, G. R., & Haddock, G. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change*. SAGE.
- Maity, S., De Filippis, S. M., Aldanese, A., et al. (2025). Enhancing emotional intelligence in medical education: A systematic review of interventions. *Frontiers in Medicine*, 12, 1587090.
- Mäki, M., Hägglund, A. E., & Tanskanen, A. O. (2025). Stable marital histories predict happiness and health across educational groups. *European Journal of Population*, 41, Article 35.
- Mancini, G., Özal, Z., Biolcati, R., Trombini, E., & Petrides, K. V. (2024). Trait emotional intelligence and adolescent psychological well-being: a systematic review. *International Journal of Adolescence and Youth*, 29(1), 2292057.
- Manjula, M., Roopesh, B. N., Bhaskarapillai, B., & Mendon, G. B. (2023). Mental health literacy on youth depression and suicides for teachers and its impact on knowledge, attitudes and help facilitation: A preliminary study. *Industrial Psychiatry Journal*, 32(2),
- Mankus, A. M., Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2016). Sources of variation in emotional awareness: Age, gender, and socioeconomic status. *Personality and Individual Differences*, 89
- Mann, J. J., Brent, D. A., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: A focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24(5),
- Manstead, A. S. R. (2018). The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 57(2),
- Maples, J. L., Pate, A. R., & Scott, D. A. (2020). School counselors' training and self-efficacy in suicide prevention. *Professional School Counseling*, 24(1),
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.
- Mars, B., Burrows, S., Hjelmeland, H., & Gunnell, D. (2014). Suicidal behaviour across the African continent: A review of the literature. *BMC Public Health*, 14, 606.

- Martínez, I., & García, J. F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2),
- Masaryk, T. G. (1970). *Suicide and the meaning of civilization* (B. Kovrig, Trans.). University of Chicago Press. (Original work published 1881)
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52,
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59,
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6),
- McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J. D., & Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*.
- Melhem, N. M., Porta, G., Oquendo, M. A., Zelazny, J., Burke, A., & Brent, D. A. (2022). Training primary care physicians to prevent suicide among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(2),
- Melhem, N. M., Walker, M., Moritz, G., & Brent, D. A. (2007). Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(5),
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace & Company.
- Mikkelsen, M. B., O'Toole, M. S., & Mennin, D. S. (2021). Age-group differences in instructed emotion regulation: A systematic review and meta-analysis. *Emotion Review*, 13(4),
- Minois, G. (2001). *History of suicide: Voluntary death in Western culture* (L. G. Cochrane, Trans.). Johns Hopkins University Press.
- Mishra, N. (2016). Sallekhana: Religious suicide or ethical death? *International Journal of Jain Studies*, 12(1),
- Moscovici, S. (1984). *The phenomenon of social representations*. In R. M. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge University Press.
- Na, K. S., Kwon, J. H., Kim, H., Lee, H. J., Hong, J. P., Yoon, H. K., Jung, H. Y., & Cho, S. J. (2018). Association between age and attitudes toward suicide. *Psychiatry Research*, 266,

- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*.
- National Institute of Mental Health. (1973). *Center for the Studies of Suicide Prevention*. Washington, DC.
- Ndeti, D. M., Khasakhala, L., Mutiso, V., & Mbwaiyo, A. W. (2010). Suicidality and depression among adult patients admitted in general medical facilities in Kenya. *Annals of General Psychiatry*, 9, 7.
- Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health services research*, 58(2), 250-263.
- Niederkrotenthaler, T., Heim, E., & Gould, M. (2020). The role of media in suicide prevention. *BMJ*, 371, m4294. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4294>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. (2013). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3),
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*,
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1),
- O'Donnell, S., Richardson, N., & McGrath, A. (2025). Suicide literacy, suicide stigma, and help-seeking attitudes among men in a university setting in Ireland. *Health Promotion International*, 40(1), daae209.
- O'Grady, A. M. (2024). Promoting emotion understanding in middle childhood: A systematic review of school-based SEL programs. *Social and Emotional Learning: Research, Practice, and Policy*.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*.

- Olson, J. M., & Zanna, M. P. (1993). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 44,
- Opalić, P. (1990). *Suicidologija*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Orgambídez, A., et al. (2025). Moral distress and emotional exhaustion in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 13(4),
- Ovuga, E., Boardman, J., & Wasserman, D. (2005). Undergraduate student mental health at Makerere University, Uganda. *World Psychiatry*, 4(1),
- Park, S., Lee, Y., & Kim, J. (2018). Association of suicide rates with social and environmental factors in South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 51(5),
- Pekrun, R. (2006). The control-value theory of achievement emotions: Assumptions, corollaries, and implications for educational research and practice. *Educational Psychology Review*, 18(4),
- Pekrun, R. (2024). Control-value theory: From achievement emotion to a general theory of human emotions. *Educational Psychology Review*, 36(3),
- Pereira, A. A. G., & Cardoso, F. M. S. (2019). Stigmatising attitudes towards suicide by gender and age. *CES Psicología*, 12(1),
- Pérez-Díaz, P. A., Manrique-Millones, D., García-Gómez, M., Vásquez-Suyo, M. I., Millones-Rivalles, R., Fernández-Ríos, N., Pérez-González, J.-C., & Petrides, K. V. (2022). Invariance of the trait emotional intelligence construct across clinical populations and sociodemographic variables. *Frontiers in Psychology*, 13, 796057.
- Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. Saklofske, & J. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications* (pp. 85–101). Springer.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). *Gender differences in measured and self-estimated trait emotional intelligence*. Sex Roles.
- Petrova, K., & Gross, J. J. (2023). The future of emotion regulation research: Broadening our focus. *Journal (PMC)*.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. Springer.
- Pierantonelli, M., Pineda, P., Vázquez, F. L., Blanco, V., López-Durán, A., Sánchez-Álvarez, N., García, J., Freire, C., & López-Castedo, A. (2024). Levels and predictors of suicide literacy and suicide stigma in Spanish-speaking individuals. *Brain and Behavior*, 14(11), e70125.

- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., & Aguilar, P. A. (2019). Suicide and self-harm in the digital age. *The Lancet Psychiatry*, 6(3),
- Pisani, A. R., Wyman, P. A., & Petrova, M. (2011). School-based suicide prevention: Content, process, and the role of trusted adults. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(3),
- Platon. (2005). Fedon (V. Jeremić, Prev.). BIGZ. (Original work ~380 BCE)
- Plavšić, M., Ristić, S., & Kostić, M. (2012). Suicid i društvo u tranziciji: Sociološki pristupi. *Teme*, 36(3),
- Plavšić, M., Savić, D., & Ilić, I. (2012). Suicid i socijalna isključenost: izazovi savremenog društva. *Teme*, 36(1),
- Poreddi, V., et al. (2016). Gender differences related to attitudes toward suicide and suicidal behavior. [Journal/venue as indexed in PubMed].
- Pybus, K., Pickett, K. E., Lloyd, C., & Wilkinson, R. (2023). The socioeconomic context of stigma: examining the relationship between economic conditions and attitudes towards people with mental illness across European countries. *Frontiers in Epidemiology*, 3, 1076188.
- Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. (2016). Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Journal of Patient Safety*.
- Quintana-Orts, C., Rey, L., & Extremera, N. (2020). Untangling the emotional intelligence–suicidal ideation connection: The role of cognitive emotion regulation strategies in adolescents. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10),
- Radulović, D. (1990). *Psihijatrija: suicidologija i viktimologija*. Novi Sad: Medicinski fakultet.
- Rafatie, A. G., et al. (2025). *The role of suicide literacy and suicide stigma in shaping attitudes toward seeking professional psychological help among emergency nurses*. Research Square [Preprint].
- Ramberg, I.-L., Hökby, S., Karlsson, L., & Hadlaczky, G. (2021). Measuring attitudes toward suicide prevention among occupational staff frequently exposed to suicidal individuals: Psychometric evaluation and validation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4001.
- Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTs) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1),

- Republički zavod za statistiku. (2021). Statistika samoubistava u Republici Srbiji. <https://publikacije.stat.gov.rs>
- Republički zavod za statistiku. (2023). Statistički godišnjak Republike Srbije 2023. Beograd: RZS. <https://publikacije.stat.gov.rs>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2),
- Ringel, E. (1953). The presuicidal syndrome. *Journal of Individual Psychology*, 9(1),
- Ritzer, G. (2012). *Sociological theory (8th ed.)*. McGraw-Hill.
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Gender differences in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 56,
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford Press.
- Sadek, J., et al. (2024). A narrative review: Suicide and suicidal behaviour in older adults. *Psychogeriatrics*, 24(4),
- Salas-Bergüés, V., et al. (2024). Development of burnout and moral distress among critical care nurses: A review. *Journal (ScienceDirect)*.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3),
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale*. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125–154). American Psychological Association.
- Samuelsson, M., Åsberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(3),
- Sanchez-Gomez, M., Bresó, E., & Giorgi, G. (2021). Could emotional intelligence ability predict salary? A cross-sectional study in a multioccupational sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1322.
- Savina, E., Fulton, C., & Beaton, C. (2025). Teacher emotional competence: A conceptual model. *Educational Psychology Review*, 37, 40.
- Schlichthorst, M., King, K., Turnure, J., Sukunesan, S., Phelps, A., & Pirkis, J. (2020). Influencing the influencers: Evaluating the effectiveness of suicide prevention training for the media. *Health Communication*, 35(12),

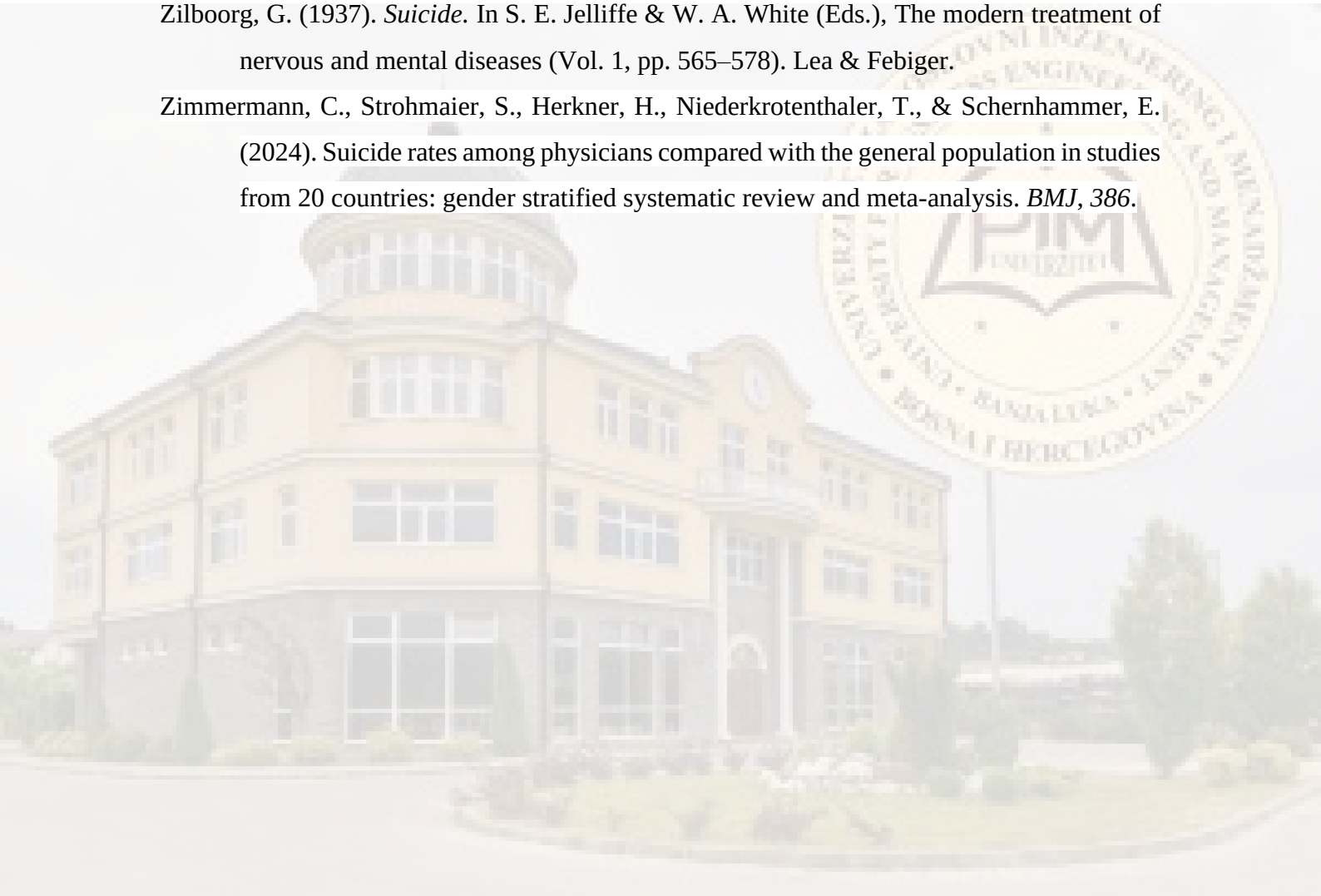
- Schmalor, A., & Heine, S. J. (2022). Subjective economic inequality decreases emotional intelligence, especially for people of high socioeconomic status. *Social Psychological and Personality Science*, 13(2),
- Schotte, D. E. (1982). Problem-solving deficits in suicidal patients: Trait vulnerability or symptom manifestation? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3),
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 19–26.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*.
- Segal, D. L., Mincic, M. S., Coolidge, F. L., & O’Riley, A. (2004). Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies*, 28(7),
- Segal, D. L., Needham, T. N., & Coolidge, F. L. (2004). Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies*, 28(8),
- Senf, B., Fettel, J., Henningsen, P., & colleagues. (2022). Attitudes and opinions towards suicidality in professionals working with oncology patients: Results from an online survey. *PLOS ONE*, 17(1), e0261635.
- Senf, B., Maiwurm, P., & Fettel, J. (2022). Attitudes and opinions towards suicidality in professionals working with oncology patients: Results from an online survey. *Supportive Care in Cancer*, 30(2),
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1),
- Sheftall, A. H., Schoppe-Sullivan, S. J., Bridge, J. A., & Templeton, A. R. (2013). The role of attachment in the association between childhood maltreatment and suicide ideation and attempts. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7),
- Shenge, J. S., Mutswanga, P., & Nyoni, C. (2021). Suicide in Zimbabwe: Exploring the perspectives of mental health professionals. *African Journal of Social Work*, 11(1),
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Rowman & Littlefield.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240.
- Stack, S. (1998). Gender, marriage, and suicide acceptability: A comparative analysis. *Sex Roles*, 38,

- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2),
- Sueki, H. (2019). Relationship between annual household income and suicidal ideation: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 24(1),
- Surchat, C., & Mackillop, L. (2022). Impact of physician empathy on patient outcomes. *British Journal of General Practice*.
- Sutton, R. E., & Wheatley, K. F. (2003). Teachers' emotions and teaching: A review of the literature and directions for future research. *Educational Psychology Review*, 15,
- Tabari, H. O., Marznaki, Z. H., Moudi, S., Kashi, M. A., Fendereski, A., Kalal, N., ... & Manouchehri, A. (2025). Suicide Literacy and Stigmatising Attitude Among Poisoning Wards Nurses and Physicians Towards Patients With Suicide Attempts: A Cross-Sectional Study. *Nursing Open*, 12(5), e70182.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1),
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32(1),
- Taylor, C. (2007). *A secular age*. Harvard University Press.
- Teshome, M., Hailesilassie, H., & Asfaw, S. (2020). Prevalence and factors associated with suicidal ideation among adolescents in Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(5), e0232346.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3),
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33(4),
- Torok, M., Caele, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of Adolescence*, 73,
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024),
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S54–S66.
- Urquijo, I., Extremera, N., & Azanza, G. (2019). The contribution of emotional intelligence to career success: Beyond personality traits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4809. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234809>

- van Heeringen, K. (Ed.). (2012). *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. John Wiley & Sons.
- van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1(1),
- van Hooff, A. J. L. (1990). *From autothanasia to suicide: Self-killing in classical antiquity*. Routledge.
- VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry*, 73(8),
- Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Zanetti, A. C. G., Miaso, A. I., Borges, T. L., & Dos Santos, M. A. (2017). Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10),
- Volarov, M., & Popov, S. (2020). Digitalni znaci upozorenja na suicid kod adolescenata: Prikaz slučajeva iz Srbije. *Psihologija*, 53(2),
- Wagner, B. M., Cole, R. E., & Schwartzman, N. M. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among adolescents: Risks and resilience. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(5),
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: An unnecessary death*. Martin Dunitz.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2),
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, 21(4),
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. Guilford Press.
- Weiss, G. (2010). Voluntary death and religious tolerance in Jainism. *Numen*, 57(4–5),
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057),
- Wetherall, K., Daly, M., Robb, K. A., Wood, A. M., & O'Connor, R. C. (2015). Explaining the income and suicidality relationship: Income rank is more strongly associated with suicidal thoughts and attempts than income. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6),

- Whitmoyer, P., Newkirk, S. G., Gard, T., & Shallcross, A. J. (2024). Age differences in emotion regulation strategy use, variability, and responsiveness to negative affect. *Psychology and Aging, 39*(2),
- Williams, K., & Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry, 13*(1),
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review, 107*(1),
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Preuzeto 21.3.2026. sa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva: WHO. Preuzeto 21.3.2026. sa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Wu, A., Wang, J. Y., & Jia, C. X. (2019). Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS ONE, 14*(10), e0222510.
- Wyllie, J. M., Robb, K. A., Belkadi, N., & O'Connor, R. C. (2025). Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: Scoping review. *BJPsych Open, 11*(2), e59.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Peña, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1),
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., ... & Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health, 100*(9),
- Xu, G., Haratyan, F., & Tian, H. (2025). A 2025 systematic review of teacher emotion regulation and well-being: Implications for student engagement, learning outcomes, and professional development in EFL contexts. *Frontiers in Psychology*.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yamaguchi, S., Foo, J. C., & Sasaki, T. (2023). A survey of suicide literacy in Japanese school teachers. *Scientific Reports, 13*(1), 23047.
- Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet, 379*(9834), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60521-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60521-2)

- Yoon, J., et al. (2024). Change in employment status and its causal effect on suicidal ideation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- Yur'yev, A., et al. (2012). Employment status influences suicide mortality in Europe. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7),
- Zilboorg, G. (1937). *Suicide*. In S. E. Jelliffe & W. A. White (Eds.), *The modern treatment of nervous and mental diseases* (Vol. 1, pp. 565–578). Lea & Febiger.
- Zimmermann, C., Strohmaier, S., Herkner, H., Niederkrotenthaler, T., & Schernhammer, E. (2024). Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 386.



PRILOZI

PRILOG 1. Istraživački upitnik

Poštovani/a,

Pred vama se nalazi upitnik kojim nastojimo da procenimo aspekte emocionalne inteligencije. Upitnik je anoniman i rezultati će biti upotrebljeni u svrhu pisanja doktorske disertacije. SOQ je upitnik koji ispituje Vaše stavove o suicidu, pa u skladu sa navedenim ne postoje tačni i netačni odgovori. TMMS-24 upitnik je specifičan instrument za analizu emocionalnih iskustava. Sadrži tri izuzetno važne dimenzije za intrapersonalnu emocionalnu kompetenciju: emocionalna pažnja (percepcija emocija), jasnoća u vezi sa osećanjima (unutrašnje razumevanje osećanja) i emocionalna reparacija (regulacija emocija),

Veoma je značajno da iskažete Vaše mišljenje, koje veoma cenimo. Molimo Vas da pored svake tvrdnje zaokružite broj, čime iskazujete stepen slaganja/neslaganja sa tvrdnjom.

Značenje je sledeće:

1. Uopšte se ne slažem
2. Uglavnom se ne slažem
3. Nisam siguran/a
4. Uglavnom se slažem
5. U potpunosti se slažem

Hvala Vam na učešću.

Opšta demografska pitanja:

1. Vaš pol je?
 - Muški
 - Ženski
2. Vaš stepen obrazovanja je?
 - SSS
 - VSS
 - Master ili doktorat

3. Vaša profesija je?

- Lekar/ lekarka
- Medicinska sestra-tehničar
- Učiteljica/ učitelj
- Nastavnik/ nastavnica
- Profesor/ profesorka

4. Koliko imate godina (upisati broj godina):

5. Koliko dugo ste u radnom odnosu?

- Do 2 godine
- Od 2 – 5 godina
- Od 5-10 godina
- Od 10 – 15 godina
- Preko 15 godina radnog staža

6. 6. Kolika su prosečna mesečna primanja Vašeg domaćinstva? (upisati u vrednosti EU): _____

7. Koliki je stepen zadovoljstva Vašim materijalnim sttusom?

- Uopšte nisam zadovoljan/na
- Umereno zadovoljan/ na
- Zadovoljan/ na

8. Kako biste opisali svoj odnos prema religiji:

- Uveren/ na sam da Bog postoji
- Nisam siguran/ na da Bog postoji ili ne
- Uveren/ na sam da Bog ne postoji

9. Koji je Vaš trenutni ljubavni sttus?

- U vezi
- U braku
- Nisam u ljubavnoj vezi
- Razveden/ na
- Ostalo



TMMS-24 upitnik (verzija Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24))

Redni broj	Tdvrdnja	Stepen slaganja				
		1	2	3	4	5
1.	U velikoj meri obraćam pažnju na svoja osećanja.	1	2	3	4	5
2.	Obično sam veoma svestan/na onoga što osećam.	1	2	3	4	5
3.	Obično provodim vreme razmišljajući o svojim emocijama.	1	2	3	4	5
4.	Mislim da moje emocije i stanje duha zaslužuju da im obraćam pažnju.	1	2	3	4	5
5.	Dozvoljavam svojim osećanjima da utiču na moje misli.	1	2	3	4	5
6.	Stalno razmišljam o svom duševnom stanju.	1	2	3	4	5
7.	Često razmišljam o svojim osećanjima.	1	2	3	4	5
8.	Veoma obraćam pažnju na to kako se osećam.	1	2	3	4	5
9.	Moja osećanja su mi jasna.	1	2	3	4	5
10.	Obično mogu da definišem svoja osećanja.	1	2	3	4	5
11.	Skoro uvek znam kako se osećam.	1	2	3	4	5
12.	Obično znam šta osećam prema ljudima	1	2	3	4	5
13.	Često sam svestan/na svojih osećanja u različitim situacijama.	1	2	3	4	5
14.	Uvek mogu da kažem kako se osećam.	1	2	3	4	5
15.	Ponekad mogu reći koje emocije doživljavam.	1	2	3	4	5
16.	Uspevam da razumem svoja osećanja.	1	2	3	4	5
17.	Obično imam optimističan pogled na svet, iako se ponekad osećam tužno.	1	2	3	4	5
18.	Čak i kada sam tužan/na, pokušavam da razmišljam o prijatnim stvarima.	1	2	3	4	5
19.	Kada sam tužan/na, razmišljam o svim životnim zadovoljstvima.	1	2	3	4	5
20.	Trudim se da imam pozitivne misli čak i kada se osećam loše.	1	2	3	4	5
21.	Ako previše razmišljam o stvarima i na kraju ih komplikujem, pokušavam da se smirim.	1	2	3	4	5
22.	Zabrinut sam zbog dobrog raspoloženja.	1	2	3	4	5
23.	Imam puno energije kada se osećam srećno.	1	2	3	4	5
24.	Kada sam ljut/a, pokušavam da promenim stanje uma.	1	2	3	4	5

Upitnik o stavovima prema suicidu (Suicide Opinion Questionnaire – SOQ)

R.broj	Tvrdnja	Odgovori				
1.	Većina osoba koje pokušaju samoubistvo su usamljene i depresivne.	1	2	3	4	5
2.	Skoro svako je, sa vremena na vreme, pomišljao na samoubistvo.	1	2	3	4	5
3.	Stopa samoubistva je veća kod nacionalnih manjina.	1	2	3	4	5
4.	Realna stopa samoubistva je kod nas znatno viša nego što to pokazuje zvanična statistika.	1	2	3	4	5
5.	Centri sa prevenciju samoubistava se mešaju u pravo osobe da sebi oduzme život.	1	2	3	4	5
6.	Većina samoubistava je izazvana konfliktom sa pratnerom.	1	2	3	4	5
7.	Većina učestalosti samoubistava je rezultat nedovoljnog uticaja religije.	1	2	3	4	5
8.	Mnoga oproštajna pisma samoubica otkrivaju znatan bes prema svetu.	1	2	3	4	5
9.	Bilo bi me sramota ako bi član moje porodice izvršio samoubistvo.	1	2	3	4	5
10.	Većina pokušaja samoubistava su nagle, impulsivne prirode.	1	2	3	4	5
11.	Većina samoubistava je rezultat želje samoubice da se nekome osveti.	1	2	3	4	5
12.	U našoj zemlji je samoubistvo vatrenim oružjem najčešći metod.	1	2	3	4	5
13.	Ljudima obolelim od neizlečivih bolesti je potrebno omogućiti da izvrše samoubistvo na dostojanstven način.	1	2	3	4	5
14.	Oni koji prete samoubistvom, retko to učine.	1	2	3	4	5
15.	Samoubistvo se češće susreće kod izrazito bogatih i veoma siromašnih ljudi.	1	2	3	4	5
16.	Osobe koje izvrše samoubistvo iz patriotskih razloga čine to ne zbog hrabrosti, nego zato što uživaju u rizičnom ponašanju.	1	2	3	4	5
17.	Samoubistvo je vodeći uzrok smrti u našoj zemlji.	1	2	3	4	5
18.	Samoubistvo je prihvatljiv način okončanja neizlečive bolesti.	1	2	3	4	5
19.	Ljudi koji izvrše samoubistvo su, najčešće, duševno bolesni.	1	2	3	4	5
20.	Neki ljudi izvršavaju samoubistvo kao vid samokažnjavanja.	1	2	3	4	5
21.	Osećanje očaja koje se ogleda u samoubilačkom aktu je u suprotnosti sa učenjima većine religija.	1	2	3	4	5
22.	Stope samoubistva su različite od zemlje do zemlje.	1	2	3	4	5
23.	Žao mi je onih ljudi koji izvrše samoubistvo.	1	2	3	4	5
24.	Ivana Ivić, 48 godina, je upravo izvršila samoubistvo. Pretpostavlja se da je o tome razmišljala već nekoliko godina.	1	2	3	4	5
25.	Japanske pilote „kamikaze“, koji su umirali obrušavajući svoje avione na brodove, ne bi trebalo smatrati žrtvama samoubistava.	1	2	3	4	5
26.	Kulturalne razlike u vaspitanju dece verovatno nemaju veze sa stopom samoubistava.	1	2	3	4	5
27.	Samoubistvo je jasan dokaz da je čovek u osnovi agresivne i destruktivne prirode.	1	2	3	4	5
28.	Tokom poslednjih 10 godina, broj samoubistava je kod nas znatno porastao.	1	2	3	4	5
29.	Većina ljudi koji pokušavaju da se ubiju, zapravo, ne žele da umru.	1	2	3	4	5
30.	Samoubistvo se odigrava bez prethodne najave.	1	2	3	4	5
31.	Poslovni čovek uhapšen zbog pronevere ili druge ilegalne radnje, treba da se suoči sa kaznom kao čovek, a ne da traži izlaz u samoubistvu.	1	2	3	4	5
32.	Većina žrtava samoubistva su starije osobe koje nisu imale mnogo razloga za život.	1	2	3	4	5
33.	Osoba koja je pokušala da se ubije nije odgovorna za svoje postupke.	1	2	3	4	5

34.	Oko 75% onih koji uspešno izvrše samoubistvo su već, barem jednom, pokušali da se ubiju.	1	2	3	4	5
35.	Nekoga ko razmišlja o samoubistvo retko od toga može odvratiti samo prijateljski razgovor.	1	2	3	4	5
36.	Ljudi koji pokušavaju da se ubiju, su labilnog karaktera.	1	2	3	4	5
37.	Način odigravanja samoubistva je odraz toga da li je taj čin bio nagao/imuplsivan ili unapred isplaniran.	1	2	3	4	5
38.	Socijalni činioci, kao što su buka i prenaseljenost, mogu uticati da osoba postane sklona samoubistvu.	1	2	3	4	5
39.	Veliki procenat žrtava samoubistva je iz rasturenih porodica.	1	2	3	4	5
40.	Veoma česta poruka u opraštajućim pismima samoubica je neuzvrćena ljubav.	1	2	3	4	5
41.	Ljudi koji se samospaljuju, da bi skrenuli pažnju na neko političko ili versko pitanje, su društveno neuravnoteženi.	1	2	3	4	5
42.	Mogućnost za izvršenje samoubistva je veća kod starijih ljudi (preko 60 godina) nego kod mlađih ljudi (20 do 30 godina).	1	2	3	4	5
43.	Većina ljudi koji izvrše samoubistvo ne veruje u zagrobni život.	1	2	3	4	5
44.	U vreme rata samoubistvo zarobljenog vojnika je herojski čin.	1	2	3	4	5
45.	Oni koji pokušavaju samoubistvo se, u stvari, razračunavaju sa nekim.	1	2	3	4	5
46.	Kada jedna osoba postane sklona samoubistvu, ona to ostaje zauvek.	1	2	3	4	5
47.	Postoje situacije u kojima je samoubistvo jedino racionalno rešenje.	1	2	3	4	5
48.	Ljude treba sprečiti da izvrše samoubistvo jer većina njih tada ne razmišlja racionalno.	1	2	3	4	5
49.	Stopa samoubistava je veća kod manjina (Romi na primer), u odnosu na većinsko stanovništvo.	1	2	3	4	5
50.	Pobošljanje koje se javlja nakon samoubilačke krize je dokaz da je samoubilački rizik prošao.	1	2	3	4	5
51.	Osobe koje se bave rizičnim sportovima, kao što su trke automobila, podsvesno žele da umru.	1	2	3	4	5
52.	Zatvorenici koji u zatvoru pokušaju samoubistvo, samo imaju želju da poboljšaju uslove svog boravka u zatvoru.	1	2	3	4	5
53.	Samoubistva među mladim ljudima, na primer studentima, su posebno zagonetna jer oni imaju razlog da žive.	1	2	3	4	5
54.	Kada osoba jednom preživi pokušaj samoubistva, minimalna je verovatnoća da će to opet pokušati.	1	2	3	4	5
55.	Generalno gledano, samoubistvo je zao čin i ne treba ga tolerisati.	1	2	3	4	5
56.	Osobe koje pokušaju samoubistvo i prežive bi trebalo poslati na tretman pomoću kojeg bi razumeli svoje unutrašnje motive.	1	2	3	4	5
57.	Samoubistvo je normalno ponašanje.	1	2	3	4	5
58.	Mnoge osobe koje su žrtve fatalnih saobraćajnih nesreća su, zapravo, želele da umru.	1	2	3	4	5
59.	Ukoliko bi društvo tolerisalo otvoreno ispoljavanje osećanja poput besa ili stida, stopa samoubistava bi se smanjila.	1	2	3	4	5
60.	Sa evolutivnog gledišta, samoubistvo je prirodni put kojim se eliminišu duševno nedovoljno jake osobe.	1	2	3	4	5
61.	Osobe koje pokušavaju samoubistvo na javnim mestima (mostovi ili visoke zgrade) u većoj meri žele da privuku pažnju na sebe.	1	2	3	4	5
62.	Osoba čiji je roditelj izvršio samoubistvo je pod većim rizikom da izvrši samoubistvo.	1	2	3	4	5

63.	Spoljašnji činioci, kao što je, na primer, nedostatak novca, su najčešći uzroci pokušaja samoubistva.	1	2	3	4	5
64.	Stope samoubistava su dobar pokazatelj stabilnosti jedne zemlje (što je više samoubistava, to je dokaz da zemlja ima više problema).	1	2	3	4	5
65.	Ponekad je samoubistvo jedini izlaz iz životnih problema.	1	2	3	4	5
66.	Samoubistvo je vrlo ozbiljan moralni prestup.	1	2	3	4	5
67.	Neke osobe su izvršile samoubistvo da bi sačuvale svoju čast. One su više žrtve kulturalnih vrednosti nego poremećenih sopstvenih stavova.	1	2	3	4	5
68.	Ako neko želi da se ubije, to je njegova stvar i mi ne trebamo da se mešamo.	1	2	3	4	5
69.	Pokušaj samoubistva je u osnovi „molba za pomoć“.	1	2	3	4	5
70.	Gojazne osobe će pre izvršiti samoubistvo nego osobe normalne telesne težine.	1	2	3	4	5
71.	Herojska samoubistva (na primer, vojnik koji se baca na bombu), treba posmatrati drugačije u odnosu na ostala samoubistva (na primer, skakanje sa mosta).	1	2	3	4	5
72.	Najčešća poruka u oprostajnom pismu samoubice je usamljenost.	1	2	3	4	5
73.	Srodnici samoubice obično nisu imali pojma o onome što se događa.	1	2	3	4	5
74.	Dugogodišnja autodestrukcija, na primer alkoholizam, može predstavljati nesvesni pokušaj samoubistva.	1	2	3	4	5
75.	Kod onih ljudi koji pokušavaju samoubistvo, obično se prethodno javlja misao da je život postao bezvredan.	1	2	3	4	5
76.	Samoubistvo je u suprotnosti sa „Božijim zakonima“ i zakonima prirode.	1	2	3	4	5
77.	Trebale bi da postoje „klinke za samoubistvo“ u kojima bi osobe koje žele da umru to učinile na bezbolan i dostojanstven način.	1	2	3	4	5
78.	Oni koji pokušaju da izvrše samoubistvo, obično tim činom pokušavaju da pridobiju sažaljenje drugih ljudi.	1	2	3	4	5
79.	Ljudima koji izvršavaju samoubistvo nedostaju prava verska uverenja.	1	2	3	4	5
80.	Ljudi bez porodičnih veza će verovatnije, pre nego ostali, pokušati da izvrše samoubistvo.	1	2	3	4	5
81.	Ljudi koji „pogreše“ pri pokušaju samoubistva, nisu ni želeli da umru.	1	2	3	4	5
82.	Pasivno samoubistvo, kao što je gutanje velike količine lekova, je prihvatljivije nego samoubistvo vatrenim oružjem.	1	2	3	4	5
83.	Postoji mogućnost da svako od nas postane samoubica.	1	2	3	4	5
84.	Samoubistva se događaju samo u civilizovanim društvima.	1	2	3	4	5
85.	Ljude koji su izvršili samoubistvo ne treba sahranjivati na istim mestima kao one ljude koji su umrli prirodnom smrću.	1	2	3	4	5
86.	Većina ljudi koji izvrše samoubistvo, ne veruje u Boga.	1	2	3	4	5
87.	Djeca iz većih porodica (troje i više dece), kada odrastu imaju manju šansu da izvrše samoubistvo nego oni koji su jedinci.	1	2	3	4	5
88.	Osobe koje pokušavaju samoubistvo su po prirodi manje prilagodljive nego one osobe koje to nisu činile.	1	2	3	4	5
89.	Velika većina pokušaja samoubistava se završava smrću.	1	2	3	4	5
90.	Za neke ljude je bolje da su mrtvi.	1	2	3	4	5
91.	Ljudi koji pokušaju samoubistvo su, kao grupa, manje religiozni.	1	2	3	4	5
92.	Ljudi koji pokušaju samoubistvo, generalno gledano, u djetinjstvu su imali neadekvatne odnose u porodici.	1	2	3	4	5
93.	Ljudi nemaju pravo da sami sebi oduzimaju život.	1	2	3	4	5
94.	Većina ljudi koja pokušava samoubistvo, ne uspeva u tome.	1	2	3	4	5

95.	Oni koji izvrše samoubistvo su kukavice koje ne mogu da se suoče sa izazovima života.	1	2	3	4	5
96.	Potištene osobe će verovatnije pri izvršiti samoubistvo.	1	2	3	4	5
97.	Samoubistvo je danas dosta češće nego što je to bilo u prošlosti.	1	2	3	4	5
98.	Ljudi koji nose veliki rizik od samoubistva se mogu lako prepoznati.	1	2	3	4	5
99.	U mojoj porodici je bilo osoba koje su razmišljale da sebe povrede na neki način.	1	2	3	4	5
100.	Dogodile su se neke situacije u kojima sam pomislio/la da podignem ruku na sebe.	1	2	3	4	5
101.	Sebe smatram religioznom osobom.	1	2	3	4	5

