

Samostigma med strokovnjaki na področju duševnega zdravja v Sloveniji – izsledki pilotne študije

Saška Roškar¹, Anja Podlesek², Domen Kralj³, Karl Andriessen⁴, Karolina Krysinska⁴ in Matej Vinko¹

¹Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, Slovenija

²Oddelek za psihologijo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Slovenija

³Območna enota Celje, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, Slovenija

⁴Centre for Mental Health, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Avstralija

Povzetek: Stigma, javna ali samostigma, zaviralno vpliva na iskanje pomoči v primeru duševne stiske. Lahko je prisotna med aktivno epizodo duševne bolezni ali pa jo posameznik predvideva, če bi se duševna bolezen razvila (predvidena stigma). Pomembna in ranljiva skupina za razvoj duševnih bolezni, ki je žal velikokrat spregledana, so strokovnjaki na področju duševnega zdravja. Na vzorcu strokovnjakov iz Slovenije ($N = 93$), ki se pri svojem delu srečujejo z vsebinami duševnega zdravja, smo raziskovali, kako se osebne izkušnje s težavami v duševnem zdravju in samomorilnim vedenjem povezujejo z različnimi vrstami predvidene samostigme (samostigme duševnih bolezni in iskanja pomoči). V preteklosti je 49 % udeležencev imelo težave na področju duševnega zdravja ali se je z njimi soočalo v času raziskave (56 % je poiskalo pomoč); 16 % udeležencev je v preteklosti imelo samomorilne misli ali se je z njimi soočalo v času raziskave (20 % jih je poiskalo pomoč). Spol ni bil opazno povezan z nobeno vrsto predvidene stigme. Starost je nizko negativno korelirala z izkušnjo težav v duševnem zdravju in predvideno samostigmo duševnih težav. Udeleženci z osebnimi izkušnjami duševnih težav so izkazovali več predvidene samostigme duševnih težav kot udeleženci, ki teh izkušenj nimajo. S samostigmo duševnih težav je bila nizko povezana tudi samostigma iskanja pomoči. Na osnovi rezultatov zaključujemo, da so pri strokovnjakih za duševno zdravje lastne izkušnje težav v duševnem zdravju povezane z višjo samostigmo duševnega zdravja, ta pa z višjo samostigmo iskanja pomoči. Zato bi bile tudi pri njih potrebne specifične intervencije, usmerjene v destigmatizacijo duševnih težav in iskanja pomoči, predvsem pa nadaljnje raziskave na tem področju.

Ključne besede: samostigma, duševno zdravje, strokovnjaki, iskanje pomoči

Self-stigma among mental health professionals in Slovenia – results of a pilot study

Saška Roškar¹, Anja Podlesek², Domen Kralj³, Karl Andriessen⁴, Karolina Krysinska⁴ in Matej Vinko¹

¹National Institute of Public Health, Ljubljana, Slovenia

²Department of Psychology, Faculty of Arts, University of Ljubljana, Slovenia

³Regional unit Celje, National Institute of Public Health, Ljubljana, Slovenia

⁴Centre for Mental Health, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Australia

Abstract: Public and self-stigma substantially hinder seeking of help during times of psychological distress. Stigma can occur during mental illness or be anticipated when mental illness is not yet present. An important and vulnerable group, but one that is often neglected, are professionals working in mental health field. Using a sample of mental health professionals from Slovenia ($N = 93$), we focused on the relationship between personal experiences of mental disorders and suicidal behavior and different types of anticipated self-stigma (mental illness and help-seeking self-stigma). About half of the participants (49%) had past or current experience of mental illness, and 56% of them sought help. One sixth of participants (16%) reported having had suicidal ideation in the past or currently, but only 20% sought help for this. Gender was not significantly related to any type of stigma. Age was negatively correlated with personal experience of mental illness and anticipated self-stigma of mental illness. Individuals with personal experiences of mental illness showed higher self-stigma of mental illness than individuals without such experiences. Self-stigma of mental illness correlated slightly with self-stigma in help-seeking. Based on the results we conclude that in mental health professionals, experiences with one's own mental health issues are related to higher self-stigma of mental illness and this is related to higher self-stigma in help-seeking. Hence, specific interventions should be developed to destigmatize mental illness among professionals and promote help-seeking in this group. Further research is warranted.

Keywords: self-stigma, mental health, experts, help seeking

*Naslov/Address: dr. Saška Roškar, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, e-mail: saska.roskar@nijz.si



Članek je licenciran pod pogoji Creative Commons Priznanje avtorstva-Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca (CC BY-SA licenca). The article is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA license).

Po podatkih OECD (2018) se je v letu 2016 z duševnimi težavami soočalo približno 17,3 % prebivalcev Evropske unije (vsak šesti prebivalec). V Sloveniji je bil ta odstotek 15,7. Vrzal zdravljenja in vrzel iskanja pomoči kljub učinkovitim farmakološkimi in psihoterapevtskim pristopom za obravnavo duševnih težav ostajata visoki (Wainberg idr., 2017). Med pomembnimi dejavniki, ki ovirajo iskanje pomoči, so negativna stališča do strokovnih oblik pomoči in stigma (Andrade idr., 2014; Reynders idr., 2014; Roškar idr., 2017). Stigma se lahko pojavlja v različnih oblikah.

Javna stigma se nanaša na dojemanje mnenja in stališča javnosti do duševnih bolezni, v primeru samostigme pa gre za ponotranjeno javno stigmo, torej za mnenja in stališča, ki jih ima posameznik, ki se sooča z duševno boleznijo, o sebi in svoji referenčni skupini (Corrigan, 2004; Latalova idr., 2014). Samostigma je povezana z umikanjem od socialnih stikov ter zavračanjem pomoči in zdravljenja (Vogel idr., 2007) in se sestoji iz dveh neodvisnih, a med seboj povezanih konstruktov – samostigme duševnih motenj in samostigme iskanja pomoči (Latalova idr., 2014; Tucker idr., 2013).

Stigmo lahko posameznik doživlja med aktualno epizodo duševne bolezni, lahko pa jo tudi predvideva. Posamezniki z bolj izraženo predvideno stigmo menijo, da bi bili deležni diskriminacije in predsodkov, če bi zboleli za duševno boleznijo in bi drugi to izvedeli, in se v taki situaciji v večji meri kot tisti brez takih prepričanj izognejo iskanju pomoči in uporabi strokovnih virov (Earnshaw idr., 2012; Quinn in Chaudoir, 2009). Doll in sodelavci (2021) so ugotavljali, da je bila predvidena stigma dejavnik, ki je v primeru duševnih težav najbolj zaviral iskanje pomoči. Rezultati študij glede odnosa med starostjo, spolom in različnimi vrstami stigmatizacije niso enoznačni. Medtem ko nekateri avtorji poročajo o bolj izraženi stigmi med starejšimi osebami (Mackenzie idr., 2019), druge študije niso našle povezave med starostjo in stigmo (Livingston in Boyd, 2010). Nekonsistentne rezultate so dale tudi raziskave, ki so preučevale povezanost med spolom in stigmo, saj so nekatere poročale o tem, da sta javna stigma in samostigma bolj izraženi pri moških (Topkaya, 2014), druge pa o tem, da to velja za ženske (Stewart, 2008).

Pomembna, a žal velikokrat spregledana ciljna skupina so strokovnjaki na področju duševnega zdravja. Strokovnjaki so velikokrat sami vir stigmatizirajočih stališč do oseb z duševnimi težavami (Hinshaw, 2008; Oliveira idr., 2020), hkrati pa so tudi sami bolj ranljivi za izgorelost, duševne težave in samomorilnost (Van Orden idr., 2010; Volpe idr., 2014). Po navedbah nekaterih študij naj bi bile prav predhodne osebne izkušnje z duševnimi težavami motivacija za vstop v formalno izobraževanje iz vsebin duševnega zdravja (Zamir idr., 2022). V raziskavah, ki so jih opravili med psihologi, so odkrili, da jih je 42 % vsaj enkrat v življenju imelo anksiozno motnjo (Tay idr., 2018), 61 % depresivno motnjo, 29 % samomorilne misli, 4 % pa so poskusili narediti samomor (Gilroy idr., 2002; Pope in Tabachnick, 1994). Zuckerman idr. (2023) navajajo, da so dejavniki, ki vplivajo na povečano tveganje za samomorilnost pri psihologih, podobni tistim, ki sicer veljajo za splošno javnost – družinska anamneza samomorilnosti, prisotnost travmatičnih izkušenj, pretekla izkušnja depresivne epizode ali anksioznih motenj itd. – presenetljivo pa je povezanost med samomorilnostjo, depresijo in tesnobo močnejša v primerih višje psihološke

odpornosti. Povečano tveganje za samomor so ugotavljali tudi za zdravniški poklic (Bright in Krahn, 2011; Frank idr., 2000; Lindeman idr., 1996; Schernhammer in Colditz, 2004; Zuckerman idr., 2023).

Ker je vloga strokovnjakov pomagati drugim, velikokrat razvijejo visoka in nerealistična pričakovanja do sebe, kar lahko vodi do zanikanja lastnih duševnih težav, občutkov sramu in odlašanja z iskanjem pomoči (Good idr., 2009; Wallace, 2010). Motivacija za nerazkrivanje osebnih težav z duševnim zdravjem je strah pred tem, da bi jih javnost dojemala kot manj kompetentne, in zavedanje, da so stanovski kolegi sami vir stigmatizirajočih stališč (Oliveira idr., 2020). Zato ne preseneča, da se strokovnjaki lažje razkrijejo v svojih neformalnih kot formalnih krogih (Zamir idr., 2022). Hkrati so ugotavljali tudi, da strokovnjaki odlašajo s tem, da bi pristopili do kolega, za katerega se jim zdi, da se sooča z duševnimi stiskami (Kleespies idr., 2011; Waugh idr., 2017).

Ker strokovnjaki, ki pri svojem delu prihajajo v stik z vsebinami duševnega zdravja, kljub svojemu znanju niso imuni na duševne motnje, in ker hkrati predstavljajo specifično ciljno skupino, je pomembno dobro poznavanje dejavnikov, ki pospešujejo oziroma zavirajo iskanje pomoči pri tej populaciji. Roškar idr. (2022) so raziskali različne vrste stigmatizacije in njihov vpliv na iskanje pomoči pri suicidologih iz različnih držav. Ugotovili so, da so predhodne izkušnje z duševno boleznijo napovedovale predvideno samostigmo duševne bolezni (tj. prepričanje posameznika, da bi se počutil manjvrednega, če bi imel tako bolezen) in ta naprej samostigmo iskanja pomoči (tj. prepričanje, da bi se počutil manjvrednega, če bi za to bolezen iskal pomoč). Nadalje so ugotavljali, da so izkušnje s samomorilnim vedenjem napovedovale predvideno javno stigmo takega vedenja (tj. prepričanje, da bi drugi tako vedenje obsojali), brez večjega vpliva na samostigmo iskanja pomoči.

Namen pričujoče študije je bil proučiti odnos med samostigmo duševne bolezni in samostigmo iskanja pomoči na vzorcu slovenskih strokovnjakov, ki pri svojem delu prihajajo v stik z vsebinami duševnega zdravja. Zanimal nas je odnos med starostjo, spolom, preteklimi ali aktualnimi duševnimi težavami, osebnimi izkušnjami s samomorilnostjo, številom dejavnih let na področju duševnega zdravja in različnimi vrstami samostigme znotraj omenjene strokovne skupine.

Metoda

Postopek

Študijo je odobrila Komisija RS za medicinsko etiko (št. odločbe 0120-609/2019/5). K sodelovanju smo povabili strokovnjake, ki pri svojem delu prihajajo v stik z vsebinami duševnega zdravja. Povezavo na spletni vprašalnik, ki je bil aktiven od 1. 7. 2020 do 1. 10. 2020, so svojim članom posredovala naslednja strokovna združenja: Društvo psihologov Slovenije, Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, Slovensko združenje za preprečevanje samomora, Slovensko zdravniško društvo – Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo – Združenje psihiatrov in Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo.

Udeleženci

Na povezavo do spletnega vprašalnika je kliknilo 281 posameznikov, 130 se jih je odločilo za začetek izpolnjevanja, od tega jih je 37 vprašalnik izpolnilo le delno. V celoti je vprašalnik izpolnilo 93 udeležencev (73 žensk, 20 moških). Vzorec je bil sestavljen iz zdravnikov specialistov psihiatrije (27 %), psihologov (24 %), specializantov psihiatrije (15 %), kliničnih psihologov (10 %), specializantov pedopsihiatrije (9 %), zdravnikov specialistov pedopsihiatrije (5 %) in strokovnjakov drugih specialnosti (10 %).

Pripomočki

Na vstopni strani spletnega vprašalnika je bil opisan namen raziskave, pogoji sodelovanja (prostovoljno, z možnostjo prenehanja kadarkoli) in vsebina raziskave. Z nadaljevanjem na naslednjo stran so sodelujoči potrdili, da informirano pristajajo na sodelovanje in se strinjajo z uporabo njihovih podatkov v raziskovalne namene.

Od sodelujočih smo zbrali sociodemografske podatke (starost, spol, poklic, število aktivnih let na področju duševnega zdravja) ter pretekle in aktualne osebne izkušnje z duševnimi težavami in samomorilnostjo. Kar zadeva spol, smo udeležencem dali na izbiro tri možnosti, in sicer (i) moški, (ii) ženska, (iii) drugo, ne moremo pa z gotovostjo sklepati, da označeni spol hkrati odraža tudi njihovo spolno identiteto. Da bi zagotovili minimalno intervencijo sodelujočim, ki so bili v času izpolnjevanja vprašalnika v duševni stiski, je bilo na začetku in ponovno ob koncu vprašalnika navedeno sporočilo: »V primeru, da občutite stisko ali so vas katera vprašanja vznemirila, vam predlagamo, da se o tem pogovorite s kom od bližnjih (družinski član, prijatelj, kolega) ali se po potrebi obrnete na strokovno pomoč. Ta je na voljo pri osebnem zdravniku, v dežurni ambulanti najbližjega Zdravstvenega doma ali na katerem od telefonov za pomoč v duševni stiski (Klic v duševni stiski – 01 520 99 00, vsak dan med 19h in 7h; Samarijan – 116 123, 24h na dan).«

Za merjenje predvidene samostigme duševnih bolezni in iskanja pomoči smo uporabili dva vprašalnika: Vprašalnik samostigme duševnih bolezni (The Self-Stigma of Mental Illness – SSOMI; Tucker idr., 2013) in Vprašalnik samostigme iskanja pomoči (The Self-Stigma of Seeking Help – SSOSH; Vogel idr., 2009). Avtorji navajajo, da oba vprašalnika merita samostigmo v primeru dejanske duševne bolezni, a glede na to, da so vprašanja postavljena v obliki »če bi« (npr.: Če bi imel duševno bolezen, bi se počutil, kot da nisem dovolj dober; Če bi obiskal terapevta zaradi svojih težav, bi se počutil, kot da nisem dovolj dober.), smo vprašalnika obravnavali kot meri predvidene samostigme. Obe lestvici vsebujeta 10 postavk, ki jih udeleženci ocenjujejo na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam; 5 – popolnoma se strinjam).

Za SSOMI smo ugotovili, da je pri pripravljanju ankete v lka prišlo do napake v zapisu prve postavke, zato smo to postavko izločili iz nadaljnjih analiz. S konfirmatorno faktorško analizo ostalih postavk, ki smo jo s statističnim programom R (različico 2022.12.0) in paketom *lavaan* (Rosseel, 2012) z uporabo MLM cenilke izvedli na vzorcu vseh udeležencev, ki so v celoti izpolnili ta vprašalnik ($N =$

103), smo ob upoštevanju kriterijev Huja in Bentlerja (1999) ugotovili slabo prileganje enofaktorski rešitvi (Tabela A v prilogi, model 1.1), vendar paralelna analiza in metodi optimalnih koordinat ter faktorškega pospeška niso nakazale večfaktorske strukture. Prileganje modela bi se izboljšalo (Tabela A v prilogi, model 1.2), če bi dopustili koreliranje rezidualnih napak postavke 4 (*Moje samospoštovanje bi se zmanjšalo, če bi imel duševno bolezen*) in 6 (*Če bi imel duševno bolezen, bi se počutil manjvrednega*), kar bi bilo vsebinsko smiselno. Odločili smo se, da ostanemo pri izračunu skupnega dosežka SSOMI v obliki povprečnega odgovora na vse postavke, razen prve (pri tem smo odgovore na postavke 2, 5, 7 in 9 vrednotili obrnjeno). Cronbachov koeficient alfa je za SSOMI znašal 0,85, medianska korelacija pa 0,40.

Konfirmatorna faktorška analiza SSOSH, ki smo jo z uporabo MLM cenilke izvedli na vzorcu vseh udeležencev, ki so v celoti izpolnili ta vprašalnik ($N = 101$), je ob upoštevanju kriterijev Huja in Bentlerja (1999) pokazala dobro prileganje enofaktorskega modela podatkom (Tabela A v prilogi, model 2.1). Prileganje bi se še nekoliko izboljšalo (Tabela A v prilogi, model 2.2) z izključitvijo postavke 2 (*Moja samozavest ne bi bila ogrožena, če bi poiskal strokovno pomoč*), ki je bila s faktorjem nizko nasičena ($\lambda = -0,21$; absolutne vrednosti nasičenosti so bile pri vseh ostalih postavkah višje od 0,47). Prav tako bi se zvišala Cronbachov koeficient alfa (z 0,85 na 0,88) in medianska korelacija (z 0,45 na 0,49), zato smo se odločili za izračun skupnega dosežka na SSOSH s povprečenjem odgovorov pri vseh postavkah, razen postavki 2 (pri tem smo odgovore na postavke 5, 7 in 9 vrednotili obrnjeno).

Rezultati

V tabeli 1 so prikazane opisne statistike za sociodemografske spremenljivke in dosežki na uporabljenih testih za udeležence, za katere smo zbrali podatke na vseh preučevanih spremenljivkah, in primerjalno za udeležence, ki so anketo nehali izpolnjevati, preden so prišli do njenega konca. Vidimo lahko, da med udeleženci, ki so anketo izpolnili do konca, in tistimi, ki so jo nehali reševati, preden so odgovorili na vsa vprašanja, ni bilo večjih, statistično značilnih razlik na preučevanih spremenljivkah. Tisti, ki so anketo predčasno zaključili, so izražali nekoliko višjo samostigmo duševnih težav in iskanja pomoči kot tisti, ki so jo izpolnili do konca, vendar razlike med skupinama zaradi majhnega števila oseb, ki so anketo predčasno zaključile (zaključile so jo za tem, ko so izpolnile vprašalnika SSOMI in SSOSH), niso dosegle statistične značilnosti.

Skoraj polovica udeležencev, ki so anketo izpolnili v celoti (49 %), je poročala, da so kadarkoli v življenju že imeli duševne težave ali se z njimi trenutno spopadajo, skoraj šestina udeležencev pa je poročala, da so kadarkoli v življenju imeli samomorilne misli ali pa so samomor poskušali narediti (tabela 1). Od 46 (49 %) udeležencev, ki so kadarkoli v življenju imeli duševne težave, jih je 25 (56 %) poiskalo strokovno pomoč. Od 15 (16 %) udeležencev, ki so kadarkoli v življenju imeli samomorilne misli, jih je manj kot pet poiskalo pomoč. Vidimo torej lahko, da so se težave v duševnem zdravju in prisotnost samomorilnega vedenja

Tabela 1

Opisna statistika za preučevane spremenljivke v preučevanem vzorcu in primerjava tega vzorca z udeleženci, ki ankete niso izpolnili do konca

Spremenljivka	Sodelovali do konca (n = 93)				Predčasno nehali izpolnjevati (n = 37)					Rezultat statističnega testa za primerjavo skupin ^b
	M (p)	SD	γ_1	γ_2	n ^a	M (p)	SD	γ_1	γ_2	
Ženski spol	,78	--	--	--	37	,76	--	--	--	p = ,82
Težave v duševnem zdravju ^c	,49	--	--	--	∇	∇	--	--	--	p = 1,00
Izkušnja samomorilnega vedenja ^c	,16	--	--	--	∇	∇	--	--	--	p = ,17
Starost	43,06	14,37	0,89	0,10	37	43,78	15,44	1,28	1,54	W = 1691,5, p = ,88
Leta aktivnosti ^d	13,52	12,06	0,90	-0,45	37	13,46	12,19	0,86	-0,39	W = 1742,5, p = ,91
SSOMI	3,17	0,63	-0,15	-0,35	10	3,43	0,35	-0,52	-1,54	W = 329,0, p = ,13
SSOSH	1,90	0,62	1,09	1,54	8	2,06	0,72	0,52	-1,44	W = 339,5, p = ,69

Opombe. SSOMI = dosežek na Vprašalniku samostigme duševnih težav. SSOSH = dosežek na Vprašalniku samostigme iskanja pomoči. γ_1 = koeficient asimetričnosti frekvenčne porazdelitve. γ_2 = koeficient sploščenosti frekvenčne porazdelitve

^aŠtevilo oseb, ki so odgovorile na vprašanje/vse postavke posameznega vprašalnika. ^bZa nominalne spremenljivke (v prvih treh vrsticah) smo uporabili Fisherjev eksaktni test, za intervalne (v zadnjih štirih vrsticah tabele) pa Wilcoxonov test vsote rangov. ^cDelež udeležencev s preteklimi ali trenutnimi težavami v duševnem zdravju. ^dDelež udeležencev z osebno izkušnjo samomorilnega vedenja. ^eLeta aktivnosti na področju duševnega zdravja. ∇ frekvenca je bila manjša od 5, zato vrednosti ne navajamo zaradi zaščite udeležencev.

Tabela 2

Primerjava vrednosti spremenljivk pri ženskah in moških

Spremenljivka	Ženske (n = 73)		Moški (n = 20)		Rezultat Wilcoxonovega testa vsote rangov		
	M	SD	M	SD	W	p	r
SSOMI	3,17	0,64	3,15	0,63	735,5	,96	,01
SSOSH	1,88	0,60	2,00	0,68	783,5	,62	,05
Starost	42,70	14,41	44,40	14,51	798,5	,52	,07
Leta aktivnosti	12,53	11,66	17,10	13,09	874,5	,18	,14

Opombe. Glej opombe k tabeli 2. r = mera velikosti učinka.

pojavnosti tudi med strokovnjaki v našem vzorcu in da jih je razmeroma malo poiskalo pomoč.

Spola se nista statistično značilno razlikovala v izraženosti preučevanih vrst stigmat (tabela 2). Odstotek oseb z izkušnjami težav v duševnem zdravju je bil pri obeh spolih podoben (pri moških 55, pri ženskah 48; Fisherjev eksaktni test: p = ,62), prav tako odstotek oseb z izkušnjami samomorilnega vedenja (pri moških 15, pri ženskah 17; Fisherjev eksaktni test: p = 1,00).

V tabeli 3 so prikazani Spearmanovi koeficienti korelacije med različnimi intervalnimi spremenljivkami. Vidimo, da je starost nizko negativno korelirala s predvideno samostigmo duševnih težav (SSOMI). Višjo samostigmo duševnih težav so torej izražali mlajši udeleženci. Starost je bila povezana tudi z izkušnjo težav v duševnem zdravju (tabela 4). Udeleženci, ki so poročali o izkušnjah težav v duševnem zdravju, so bili v povprečju mlajši od udeležencev brez takih izkušenj.

Kot je razvidno iz tabele 3, je samostigma duševnih težav (SSOMI) nizko pozitivno korelirala s samostigmo iskanja pomoči (SSOSH). Pri udeležencih z izkušnjami s težavami v duševnem zdravju sta bili obe vrsti samostigme bolj izraženi kot pri udeležencih brez takih izkušenj (tabela 4), vendar je le razlika v dosežku na SSOMI dosegla statistično značilnost.

Razprava

V pričujoči študiji nas je na vzorcu strokovnjakov, dejavnih na področju duševnega zdravja, zanimala povezanost med izbranimi sociodemografskimi podatki, preteklimi osebnimi izkušnjami z duševnimi težavami in samostigmo duševnih težav ter iskanja pomoči. Po nam znanih podatkih gre za prvo tovrstno študijo v Sloveniji.

Med spoloma nismo ugotovili pomembnih razlik v izraženosti samostigme duševnih težav in samostigme iskanja pomoči, kar se razlikuje od navedb drugih avtorjev, ki so ugotavljali bolj izraženo stigo bodisi pri moških (Topkaya, 2014) bodisi pri ženskah (Stewart, 2008). Prav tako v naši raziskavi nismo ugotavljali razlik med spoloma v pojavnosti osebnih izkušenj z duševnimi težavami ali samomorilnim vedenjem. Tudi naše ugotovitve o povezanosti starosti in samostigme se ne skladajo povsem z ugotovitvami drugih avtorjev, saj je bila v našem vzorcu samostigma duševnih težav bolj izražena pri mlajših udeležencih, medtem ko so drugi ugotavljali bolj izraženo stigo pri starejših (Mackenzie idr., 2019) ali pa razlik niso našli (Livingston in Boyd, 2010).

Tabela 3

Spearmanovi koeficienti korelacije med preučevanimi spremenljivkami (N = 91)

Spremenljivka	1	2	3
1 – SSOMI			
2 – SSOSH	,25*		
3 – Starost	–,24*	,15	
4 – Leta aktivnosti	–,23*	,17	,92***

Opombe. SSOMI = dosežek na vprašalniku samostigme duševnih težav. SSOSH = dosežek na vprašalniku samostigme iskanja pomoči. Leta aktivnosti = leta aktivnosti na področju duševnega zdravja.

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

Na našem vzorcu smo našli podobne povprečne dosežke na lestvicah SSOMI in SSOSH kot v študiji S. Roškar in sodelavcev (2022), a nižje vrednosti kot v drugih študijah (npr. Tucker idr., 2013). Razlog za nižje rezultate v naši študiji je lahko ta, da so v tujih študijah večinoma vključili posameznike s preteklimi duševnimi težavami, v našem vzorcu pa so bili tako posamezniki brez predhodnih težav v duševnem zdravju kot tudi posamezniki s predhodnimi težavami. Slednji so v našem vzorcu v primerjavi z osebami brez takih težav dosegali višje dosežke na SSOMI. Zdi se torej, da imajo posamezniki z osebno izkušnjo težav v duševnem zdravju višjo samostigmo duševnih težav. Pri tem zaključku moramo upoštevati, da bi razlika v dosežku lahko odražala tudi različne perspektive udeležencev med odgovarjanjem. Posamezniki z dejansko izkušnjo so lahko, čeprav so odgovarjali, kako bi bilo, če bi imeli težave v duševnem zdravju, odgovarjali iz perspektive že obstoječe lastne izkušnje, medtem ko so ostali posamezniki odgovarjali iz perspektive predvidevanja. Pri zaključevanju o izraženosti merjenih konstruktov je potrebna rezerviranost tudi zato, ker sta bili skupini majhni in bi bilo treba vzorca v obeh raziskavah povečati ter najprej tudi preveriti mersko invariantnost angleške in slovenske različice uporabljenih instrumentov pri osebah z izkušnjami težav v duševnem zdravju in brez njih.

Prevalenca različnih duševnih motenj in samomorilnosti (ideacije in poskusa) sta bila na vključenem vzorcu nekoliko nižja kot v drugih študijah, v katere so bili vključeni strokovnjaki (npr. Gilroy idr., 2002; Pope in Tabachnick,

1994; Tay idr., 2018). Rezultati o prevalenci duševnih težav (približno polovica udeležencev v našem vzorcu) in samomorilnosti (skoraj šestina udeležencev v našem vzorcu) potrjujejo navedbo Gooda in sodelavcev (2009), da strokovnjaki kljub svojemu znanju niso imuni na duševne stiske. Nekaj manj kot polovica udeležencev v našem vzorcu, ki so imeli duševne stiske, ni poiskala strokovne pomoči. To je lahko povezano s tem, da duševna stiska ni bila tako izrazita, da bi zahtevala strokovno intervencijo, lahko pa je to povezano tudi z nesprejemanjem oziroma nepriznavanjem lastne duševne stiske, kar je lahko odraz stigmatizirajočih stališč. V preteklih raziskavah (Carpiniello in Pinna, 2017) so namreč ugotavljali, da posamezniki, ki imajo duševne motnje, ponotranjijo javno stigmo in razvijejo samostigmo, ki vključuje občutke nekompetentnosti in sramu. V naši študiji smo ugotovili, da se predhodne duševne težave povezujejo s (predvideno) samostigmo duševnih težav (kar lahko temelji na dejanskih izkušnjah, ki so jih imeli posamezniki z duševnimi težavami) in tudi s samostigmo iskanja pomoči. To se ujema z ugotovitvami drugih avtorjev (Doll idr., 2021), da je predvidena stigma glavni zaviralni dejavnik iskanja pomoči. Strokovnjake lahko pri razkrivanju in iskanju pomoči zavira občutek sramu, strahu pred tem, da bi jih obsojali ali da bi razkritje duševnih težav negativno vplivalo na njihovo poklicno in strokovno pot, ker bi jih drugi zaznavali kot manj kompetentne (Tay idr., 2018; Zamir idr., 2022). To lahko pomeni začetek začaranega kroga: strokovnjaki si želijo ohraniti nezlomljivo podobo o sebi (pred sabo, pred javnostjo in pred kolegi) in se zato izogibajo iskanju pomoči in zdravljenju. Odlašanje z iskanjem pomoči pa lahko ima pogubne posledice za duševno zdravje, v skrajnem primeru se stiska lahko zaplete do samomorilnosti. Poleg omenjene samostigme lahko iskanje pomoči pri strokovnjakih ovira tudi pomanjkanje časovnih in finančnih resursov, pa tudi težave pri identifikaciji primernega terapevta (Bearse idr., 2013). Slednje bi bil glede na majhnost slovenskega prostora lahko velik problem. Pomemben razlog, da se strokovnjaki težje razkrijejo, leži tudi v tem, da velik del stigmatizirajočih stališč prihaja ravno iz vrst strokovnjakov (Hinshaw, 2008). Bolj kot posameznik verjame oziroma pričakuje, da drugi stigmatizirajo iskanje pomoči, večja je verjetnost, da bo razvil samostigmo (Lannin idr., 2015). Center in sodelavci (2003) navajajo, da zdravstveni strokovnjaki (denimo družinski zdravniki) svoje duševne težave velikokrat

Tabela 4

Primerjava oseb z izkušnjami težav v duševnem zdravju in brez njih

Spremenljivka	Izkušnje težav v duševnem zdravju ($n = 46$)		Brez izkušenj težav v duševnem zdravju ($n = 47$)		Rezultat Wilcoxonovega testa vsote rangov		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
SSOMI	3,39	0,53	2,95	0,65	629,5	< ,001	,36
SSOSH	2,01	0,69	1,80	0,53	898,5	,16	,15
Starost	39,33	13,32	46,72	14,56	1422,5	,009	,27
Leta aktivnosti	11,59	11,86	15,40	12,08	1290,0	,11	,17

Opombe. Glej opombe k tabeli 2. *r* = mera velikosti učinka.

obravnavajo s samozdravljenjem (z recepti, ki jih izdajo sami) in se šele potem, ko presodijo, da je to potrebno (npr. če težave ne minejo), zatečejo k iskanju pomoči. V primeru duševnih težav med strokovnjaki lahko obe vključeni strani – torej posameznik, ki je v stiski, kot tudi posameznik, ki mu pomoč nudi – podcenjujeta resnost težav (v ozadju je prepričanje, da strokovnjaki že vse sami vedo) in zaradi tega ocena duševnega stanja ni tako temeljita, kot bi bila sicer (Bright in Krahn, 2011). Pomembno je, da se strokovnjake z duševnimi težavami obravnava z enako mero resnosti in temeljitosti kot nestrokovnjake ali mogoče celo bolj, glede na to, da študije potrjujejo, kakšne težave imajo strokovnjaki pri iskanju pomoči in razkrivanju.

Pričujoča študija ima nekaj pomembnih pomanjkljivosti, ki bi jih bilo potrebno v prihodnje nasloviti. Med pomanjkljivostmi je zagotovo majhen vzorec. V prihodnje bi bilo dobro prirejene pripomočke validirati na večjih vzorcih. Rezultati imajo zaradi majhnega vzorca nizko statistično moč. Prav tako nekaj pomanjkljivosti izvira iz vzorčenja samega, saj je šlo za priložnostni vzorec. Le sklepamo lahko o tem, kakšno je duševno zdravje med strokovnjaki, ki se niso odločili za sodelovanje. Relativno majhna odzivnost na vabilo za sodelovanje v anketi (32 % tistih, ki so na anketo kliknili) lahko zrcali nesprejemajoč odnos do problematike duševnih težav med strokovnjaki, hkrati pa odstotek strokovnjakov, ki so že imeli težave z lastnim duševnim zdravjem, lahko zrcali nasprotno, da so za izpolnjevanje ankete v večji meri bili motivirani tisti, ki jih tematika osebno zanima. Ugotovili smo, da so imeli udeleženci, ki so predčasno zaključili z reševanjem ankete, v primerjavi z udeleženci, ki so anketo izpolnili v celoti, nekoliko višje vrednosti na vprašalnikih SSOMI in SSOSH, torej nekoliko višji samostigmi duševnih težav in iskanja pomoči. Dodaten razlog za majhno odzivnost je lahko tudi v tem, da je bila anketa aktivna kmalu po pojavu pandemije covid-19, ko so se sočasno povečale tudi duševne stiske med prebivalstvom, kar je pomenilo večjo delovno obremenitev za strokovnjake, ki delajo v praksi, in posledično manj časa za druge aktivnosti. Nekaj pomanjkljivosti študije izvira tudi iz nejasne opredelitve, kaj točno uporabljeni merski pripomočki merijo. Po mnenjih njihovih avtorjev naj bi merili konstrukte samostigme duševnih težav, samomorilnega vedenja in iskanja pomoči, vendar pa smo z natančno vsebinsko analizo postavk ugotovili, da je bolj verjetno, da merijo *predvideno* samostigmo duševnih težav in iskanja pomoči ter *predvideno* javno in osebno stigmo samomorilnosti. Prihodnje študije bi se zato morale usmerjati tudi v dodatno preverjanje konstruktne veljavnosti uporabljenih vprašalnikov. Prihodnje študije bi se morale nadalje usmeriti v preučevanje vloge različnih dejavnikov pri napovedovanju različnih vrst stigme med strokovnjaki na področju duševnega zdravja. Zanimivo bi bilo predvsem dodatno preučiti povezavo med različnimi vrstami stigme in številom let aktivnosti na področju duševnega zdravja, da bi ugotovili, ali višja stopnja znanja in izkušenj vpliva na višja pričakovanja do samega sebe ali obratno, torej da se s stopnjo znanja in izkušnjami povečuje tudi pripravljenost na razkritje lastnih duševnih težav. Čeprav nas v naši študiji ni zanimalo, kakšna je stopnja izraženosti stigme znotraj strokovnih krogov v primerjavi s splošno populacijo, je odsotnost

primerjalne skupine, npr. splošne javnosti ali strokovnjakov, ki niso dejavni na področju duševnega zdravja, tudi ena izmed pomanjkljivosti. Tako ne moremo vedeti, ali so določene vrste (samo)stigme in njihove značilnosti mogoče bolj izražene med strokovnjaki kot med denimo splošno javnostjo. Podobno velja za primerjavo prevalence duševnih težav. Vzorec, ki smo ga oblikovali, nam ne omogoča, da bi ugotovili, ali so duševne težave med strokovnjaki enako, bolj ali manj prisotne kot v splošni populaciji. Omogoča pa nam, da sklepamo o povezanosti različnih vrst samostigme pri strokovnjakih in tudi o nekaterih dejavnikih (npr. starosti, izkušnjah lastnih težav v duševnem zdravju), ki so s samostigmo povezani.

Pričujoča študija je prva tovrstna študija v Sloveniji, zato upamo, da je kljub omenjenim pomanjkljivostim osvetlila pomembnost omenjene tematike in pomen odpiranja razprav o tovrstnih vsebinah med strokovnjaki. Slednji so, tako kot vsaka druga skupina posameznikov, ranljivi za duševne težave in suicidalnost. Izsledki naše študije nakazujejo na to, da bi bilo treba vsebine, ki smo jih odprli, dodatno raziskati. Boljše razumevanje omenjenih vsebin bi lahko služilo kot temelj za oblikovanje intervencij, usmerjenih v zmanjševanje samostigme med strokovnjaki, ki je glavni zaviralni dejavnik iskanja pomoči. Poleg tega bi bilo treba že v študijske programe za izobraževanje poklicnih skupin, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja, vključiti vsebine destigmatizacije, predvsem pa senzibilizirati bodoče strokovnjake za lastno ranljivost.

Reference

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W. in Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 150–157. <https://doi.org/10.1037/a0031182>
- Bright, R. P. in Krahn, L. (2011). Depression and suicide among physicians. *Current Psychiatry*, 10(4), 16–30.
- Carpiniello, B. in Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8, članek 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P. A., Michels, R., Miles, S. H., Proujansky, R., Reynolds, C. F., 3rd in Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*, 289(23), 3161–3166. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3161>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

- Doll, C. M., Michel, C., Rosen, M., Osman, N., Schimmelmann, B. G. in Schultze-Lutter, F. (2021). Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: A 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry*, 21, članek 432. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03435-4>
- Earnshaw, V. A., Quinn, D. M. in Park, C. L. (2012). Anticipated stigma and quality of life among people living with chronic illnesses. *Chronic Illness*, 8, 79–88. <https://doi.org/10.1177/1742395311429393>
- Frank, E., Biola, H. in Burnett, C. A. (2000). Mortality rates and causes among U.S. physicians. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(3), 155–159. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00201-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00201-4)
- Gilroy, P., Carroll, L. in Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402–407. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.4.402>
- Good, G. E., Khairallah, T. in Mintz, L. B. (2009). Wellness and impairment: Moving beyond noble us and troubled them. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(1), 21–23. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01139.x>
- Hinshaw, S. P. (2008). *Breaking the silence: Mental health professionals disclose their personal and family experiences of mental illness*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195320268.001.0001>
- Hu, L. T. in Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kleespies, P. M., Van Orden, A. K., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., Hillbrand, M. in Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 244–251. <https://doi.org/10.1037/a0022805>
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E. in Tucker, J. R. (2015). Predicting self-esteem and intentions to seek counseling: The internalized stigma model. *The Counseling Psychologist*, 43(1), 64–93. <https://doi.org/10.1177/0011000014541550>
- Latalova, K., Kamaradova, D. in Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1399–1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Lindeman, S., Läärä, E., Hakko, H. in Lönnqvist, J. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry*, 168(3), 274–279. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.3.274>
- Livingston, J. D. in Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Mackenzie, C. S., Visperas, A., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L. in Nurmi, M. A. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health*, 4(2), 233–241. <https://doi.org/10.1037/sah0000138>
- OECD. (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Oliveira, A. M., Machado, D., Fonseca, J. B., Palha, F., Silva Moreira, P., Sousa, N., Cerqueira, J. J. in Morgado, P. (2020). Stigmatizing attitudes toward patients with psychiatric disorders among medical students and professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 11, članek 326. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00326>
- Pope, K. in Tabachnick, B. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247–258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Quinn, D. M. in Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 634–651. <https://doi.org/10.1037/a0015815>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G. in Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Rossee, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Roškar, S., Bračič, M. F., Kolar, U., Lekič, K., Juričič, N. K., Grum, A. T., Dobnik, B., Poštuvan, V. in Vatovec, M. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 614–621. <https://doi.org/10.1177/0020764017724819>
- Roškar, S., Kralj, D., Andriessen, K., Kryzinska, K., Vinko, M. in Podlesek, A. (2022). Anticipated self and public stigma in suicide prevention professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 13, članek 931245. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.931245>
- Schernhammer, E. S. in Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295–2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Stewart, V. (2008). *Perceived social support, suicidal ideation, stigma, and help seeking behaviors among college students* (Publication No. 3357205) [doktorska disertacija, Marywood University]. Proquest Dissertations & Theses Global.
- Tay, S., Alcock, K. in Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1545–1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>

- Topkaya, N. (2014). Gender, self-stigma, and public stigma in predicting attitudes toward psychological help-seeking. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(2), 480–487. <https://doi.org/10.12738/estp.2014.2.1799>
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G. in Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. in Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vogel, D. L., Wade, N. G. in Ascherman, P. L. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 301–308. <https://doi.org/10.1037/a0014903>
- Vogel, D. L., Wade, N. G. in Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V. in Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 774–781. <https://doi.org/10.1111/jpm.12137>
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J. E., Oquendo, M. A. in Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and opportunities in global mental health: A research-to-practice perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5), članek 28. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
- Wallace, E. J. (2010). Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16(1), 3–18. <https://doi.org/10.1177/1363459310371080>
- Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S. in Henderson, C. (2017). Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: A qualitative study. *Journal of Mental Health*, 26(5), 457–463. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322184>
- Zamir, A., Tickle, A. in Sabin-Farrell, R. (2022). A systematic review of the evidence relating to disclosure of psychological distress by mental health professionals within the workplace. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9), 1712–1738. <https://doi.org/10.1002/jclp.23339>
- Zuckerman, S., Owen, R. L., Jr. in White, J. M. (2023). What predicts suicidality among psychologists? An examination of risk and resilience. *Death Studies*, 47(2), 192–203. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2042753>

Prispelo/Received: 8. 12. 2022

Sprejeto/Accepted: 1. 9. 2023

Priloga

Tabela A

Rezultati konfirmatornih faktorjskih analiz uporabljenih pripomočkov

Model	Opis modela	N	Robustni χ^2	df	p	Robustni CFI	Robustni TLI	Robustna RMSEA	90-% IZ za RMSEA	SRMR
1.1	SSOMI - vse postavke (razen prve) nasičene z enim faktorjem	103	54,24	27	,001	,907	,876	,106	,064–,147	,073
1.2	SSOMI – enako kot model 1, z dodanimi korelacijami med rezidualnimi napakami postavk 4 in 6	103	36,00	26	,092	,966	,953	,065	,000–,113	,067
2.1	SSOSH – vse postavke nasičene z enim faktorjem	101	49,16	35	,057	,959	,947	,063	,000–,101	,058
2.2	SSOSH – enako kot model 1, vendar brez postavke 2	101	34,28	27	,158	,978	,970	,054	,000–,104	,050