https://doi.org/10.63356/stes.hum.2026.007 УДК 159.942.2:316.472.4

BOLEST KAO TEST PRAVDE: ODGOVORNOST I EMPATIJA PREMA OBOLJELIMA OD MALIGNIH BOLESTI

Autor: DRAGIŠA MILOVANOVIĆ, Zorana Prnjić
e-mail: dragisamilovanovic04@gmail.com
Mentor: doc. dr Dijana Đurić
Filozofski fakultet
Univerzitet u Banjoj Luci

Uvod: Vjerovanje u pravedan svijet odražava potrebu za doživljajem svijeta kao uređenog i pravednog. Imanentna pravda odnosi se na tendenciju da se bolest posmatra kao posljedica prethodnog ponašanja pojedinca, dok ultimativna pravda podrazumijeva vjerovanje u konačno ostvarenje pravde. Ova uvjerenja mogu oblikovati procjene oboljelih od karcinoma.

Cilj: Cilj ovog istraživanja jeste ispitati povezanost vjerovanja u imanentnu pravdu sa percipiranom odgovornošću za nastanak bolesti, kao i povezanost ultimativne pravde sa afektivnom empatijom prema oboljelim osobama. Takođe, cilj je ispitati postoje li razlike u izraženosti vjerovanja u imanentnu i ultimativnu pravdu s obzirom na pol ispitanika.

Materijal i metode: U istraživanju su učestvovala 144 punoljetna ispitanika sa teritorije Bosne i Hercegovine i Srbije. Ispitanici su putem online forme popunjavali upitnik koji je sadržavao demografske i individualne karakteristike, Skalu vjerovanja u pravedan svijet, vinjete o muškarcima i ženama oboljelim od akutne mijeloidne leukemije i adenokarcinoma debelog crijeva, te procjene percipirane odgovornosti i afektivne empatije.

Rezultati: Vjerovanje u imanentnu pravdu bilo je pozitivno povezano sa percipiranom odgovornošću prema svim kategorijama oboljelih. Ultimativna pravda bila je pozitivno povezana sa afektivnom empatijom prema ženama oboljelim od obje vrste bolesti, dok takve povezanosti nisu utvrđene prema muškarcima. Utvrđena je statistički značajna interakcija tipa pravde i pola ispitanika, pri čemu su muškarci u prosjeku imali viši skor na imanentnoj, a žene na ultimativnoj pravdi.

Zaključak: Nalazi ukazuju na značaj vjerovanja u pravedan svijet u oblikovanju procjena odgovornosti i afektivne empatije prema oboljelim osobama. Posebno se izdvajaju imanentna pravda u odnosu na pripisivanje odgovornosti i ultimativna pravda u odnosu na empatiju prema ženama, čime se naglašava značaj atribucijskih procesa u razumijevanju odnosa prema oboljelima.

Ključne riječi: vjerovanje u pravedan svijet; imanentna pravda; ultimativna pravda; odgovornost; empatija; karcinom

UVOD

Obolijevanje predstavlja složeno iskustvo koje, pored neposrednih zdravstvenih posljedica, može značajno uticati na psihološko funkcionisanje pojedinca i njegove odnose sa društvenom sredinom. Odnos društva prema oboljeloj osobi nije određen isključivo vrstom bolesti, već i načinom na koji se percipiraju njeni uzroci, mogućnost pojedinca da utiče na ponašanja koja se mogu dovesti u vezu sa nastankom bolesti, kao i njegove životne navike. Način na koji se oboljela osoba percipira i stepen odgovornosti koji joj se pripisuje mogu biti povezani i sa emocionalnim reakcijama prema njoj,

uključujući afektivnu empatiju i saosjećanje. Potreba za objašnjenjem patnje posebno dolazi do izražaja u situacijama koje predstavljaju prijetnju uvjerenju da je svijet uređen i pravedan. Suočavanje sa nepravdom može izazvati nelagodu jer narušava očekivanje da je svijet predvidljiv i da su životni ishodi na određeni način povezani sa postupcima pojedinca, odnosno da dobra djela bivaju nagrađena, a loša kažnjena. Religijske, filozofske i psihološke perspektive nude različita objašnjenja načina na koji ljudi razumiju odnos između postupaka pojedinca i posljedica koje ga zadese. U psihologiji se ovom pitanju posebno posvećuje koncept vjerovanja u pravedan svijet (*Belief in a Just World*), koji se temelji na pretpostavci da ljudi imaju potrebu vjerovati da je svijet u osnovi uređen tako da ljudi dobijaju ono što zaslužuju (Lerner, 1980). Istorijski gledano, bolest je u različitim društvenim i religijskim kontekstima često tumačena kao posljedica moralnog prestupa ili kazna za učinjena loša djela. Na taj način bolest je mogla biti uklopljena u logiku pravednog svijeta, prema kojoj loši postupci dovode do negativnih posljedica (Sontag, 2012). Na ovakve procjene mogu uticati i individualne karakteristike oboljele osobe, među kojima se izdvaja pol. Prethodna istraživanja ukazuju na to da odnos prema oboljelima može zavisiti od pola i kulturnog konteksta, iako nalazi o prirodi i dosljednosti ovih razlika nisu jednoznačni (Tickle-Degnen et al., 2011). Slična nedosljednost prisutna je i u nalazima o ulozi vjerovanja u pravedan svijet u oblikovanju percepcije oboljelih osoba, što ukazuje na potrebu za daljim ispitivanjem faktora koji mogu oblikovati odnos prema oboljelima.

Vjerovanje u pravedan svijet

Najjednostavnije rečeno, vjerovanje u pravedan svijet (*Belief in a Just World*) predstavlja ideju da se u svijetu u kome živimo dobre stvari dešavaju dobrim ljudima, dok se loše stvari dešavaju lošim ljudima, iako ne postoji naučno potvrđen sistem zakona koji bi ovo vjerovanje regulisao (Lerner & Miller, 1978; Lerner, 1980; Furnham, 2003). Furnham (2003) navodi da vjerovanje u pravedan svijet ima funkciju psihološkog bafera koji štiti od ružne realnosti, ali i daje osjećaj kontrole nad vlastitom sudbinom. Takođe, postoji potreba da osoba svijet u kome živi vidi kao stabilan i predvidljiv, gdje su nedopustive nepravilnosti kao što su nepravedan tretman dobrih ili loših ponašanja. Za potrebe ovog istraživanja, vjerovanje u pravedan svijet biće posmatran u kontekstu bolesti i uzroka bolesti. U okviru ovog konstrukta, negativni i pozitivni ishodi mogu se tumačiti kao posljedice prethodnog ponašanja pojedinca. Maes (1998) u psihologiji operacionalizuje konstrukte imanentne i ultimativne pravde koji pružaju dalji uvid u način na koji ljudi posmatraju pravdu i nepravdu.

Podskala imanentne pravde odnosi se na tendenciju da se bolest posmatra kao posljedica prethodnog ponašanja pojedinca, pri čemu se smatra da ona odražava određenu pravednu povezanost između onoga što je osoba činila i ishoda koji ju je zadesio. U tom smislu, ona predstavlja opštije uvjerenje o odnosu između ponašanja pojedinca i životnih ishoda, a ne neposrednu procjenu odgovornosti za konkretan događaj. Međutim, takvo uvjerenje potrebno je razlikovati od percipirane odgovornosti za nastanak bolesti, koja se odnosi na konkretnu procjenu stepena u kojem je određena osoba svojim postupcima mogla doprinijeti nastanku vlastitog zdravstvenog stanja. Prema tome, imanentna pravda predstavlja širi sistem uvjerenja koji može usmjeravati atribucije odgovornosti, dok percipirana odgovornost predstavlja procjenu koja se odnosi na konkretnu osobu i situaciju. Njihova konceptualna povezanost ne podrazumijeva nužno i njihovu istovjetnost. U prilog ovoj razlici govore i nalazi istraživanja Maesa (1998), prema kojima je vjerovanje u imanentnu pravdu bilo povezano sa tendencijom pripisivanja odgovornosti oboljelim osobama, ali je predstavljalo zaseban konstrukt koji je bio povezan i sa drugim kognitivnim i evaluativnim reakcijama prema oboljelima.

Podskala ultimativne pravde odnosi se na vjerovanje da će, čak i kada nepravda ne

može biti neposredno ispravljena, ona prije ili kasnije biti nadoknađena ili kompenzovana, čime će pravda u konačnici ipak biti zadovoljena (Maes, 1998; Maes & Schmitt, 1999). Za razliku od imanentne pravde, ovakav način razumijevanja negativnih životnih ishoda ne podrazumijeva da je osoba koja trpi nepravdu odgovorna za ono što joj se dogodilo. Prema Ćubela Adorić & Jurkin (2010), ovakvo uvjerenje može biti povezano sa pozitivnijom evaluacijom osoba koje su doživjele nepravdu, kao i sa prosocijalnim reakcijama, poput saosjećanja i spremnosti na pomaganje. Jedno od mogućih objašnjenja ovakvog odnosa jeste da vjerovanje u buduću kompenzaciju omogućava pojedincu da prihvati postojanje trenutne nepravde bez potrebe da je opravdava pripisivanjem krivice osobi koja je njome pogođena. Na taj način smanjuje se potreba za negativnim vrednovanjem žrtve, čime se može ostaviti više prostora za emocionalno reagovanje na njenu patnju. Sličan obrazac opisuju Harvey i Callan (2014), koji su pokazali da posmatrači češće pribjegavaju ultimativnom rezonovanju o pravdi kada procjenjuju osobe koje doživljavaju kao dobre, a čija nesreća onda nije zaslužena, dok se kod osoba koje se doživljavaju kao loše češće javlja imanentno rezonovanje. Budući da je u scenarijima ovog istraživanja naglašeno da uzrok bolesti nije poznat, oboljele osobe teško je opaziti kao osobe koje su svoju bolest zaslužile. Ukoliko vjerovanje u ultimativnu pravdu omogućava da se nepravda prizna bez okrivljavanja žrtve (Maes, 1998), opravdano je pretpostaviti da bi ono moglo biti povezano sa višim nivoom afektivne empatije prema oboljelim osobama, iako Harvey i Callan (2014) empatiju nisu direktno ispitivali.

Percipirana odgovornost

Percipirana odgovornost za nastanak bolesti odnosi se na procjenu pojedinca o tome u kojoj mjeri se zdravstveno stanje oboljelog smatra posljedicom njegovih vlastitih postupaka, ponašanja, životnih odluka i navika, odnosno drugih faktora koji se percipiraju da su pod njegovom kontrolom. Ljudi imaju prirodnu tendenciju da uočavaju pravilnosti i traže uzročno-posljedične veze, zbog čega i zdravstvena stanja često nastoje objasniti kroz određene uzroke i ponašanja. Način na koji se oboljela osoba doživljava i tretira može zavisiti od atribucija koje se formiraju o uzroku njenog zdravstvenog stanja. U zavisnosti od atribucione perspektive, reakcije prema oboljeloj osobi mogu se kretati od sažaljenja, empatije i spremnosti na pružanje pomoći do negativnijih emocionalnih i ponašajnih reakcija. Dok percepcija bolesti kao nekontrolabilne može podstaći sažaljenje, empatiju i prosocijalno ponašanje, pripisivanje veće odgovornosti za nastanak bolesti može biti praćeno osjećajem bijesa, straha i željom za izbjegavanjem oboljelog, čime se stvaraju uslovi za stigmatizaciju (Dijker & Koomen, 2003).

Afektivna empatija

Afektivna empatija se, prema Cassels i saradnicima (2010), odnosi na emocionalne reakcije osobe na emocije ili situacije druge osobe. U kontekstu bolesti, afektivna empatija može imati važnu ulogu u oblikovanju odnosa prema oboljeloj osobi jer omogućava emocionalno reagovanje na stanje i iskustvo druge osobe te može podstaći suosjećanje, spremnost na pružanje pomoći i podršku. U svrhu ovog istraživanja, razmatraće se značaj afektivne empatije u razumijevanju i odnosu prema osobama oboljelim od malignih bolesti. Dosadašnja istraživanja ukazuju na to da empatija predstavlja važnu komponentu kvalitetnog odnosa prema oboljelim osobama, posebno u kontekstu zdravstvene zaštite. Empatijsko reagovanje može doprinijeti kvalitetnijoj komunikaciji između pacijenta i zdravstvenih radnika, većem povjerenju i boljem razumijevanju potreba i iskustava oboljele osobe, što se dalje može odraziti i na povoljnije ishode tretmana (Derksen et al., 2013; Hojat, 2016).

Pregled dosadašnjih istraživanja

Dosadašnja istraživanja pružaju osnovu za razumijevanje odnosa između vjerovanja u pravedan svijet i reakcija prema osobama koje se suočavaju sa nepovoljnim životnim okolnostima. Posebno su značajni nalazi Maesa (1992, 1998) i Ćubela Adorić i Jurkin (2010), koji su u kontekstu obolijevanja od karcinoma ukazali na različite obrasce povezanosti imanentne i ultimativne pravde sa procjenama oboljelih osoba. Ipak, ovi nalazi prvenstveno se odnose na opštije evaluacije i atribucije odgovornosti, dok je povezanost ovih oblika vjerovanja sa konkretnim emocionalnim reakcijama, poput afektivne empatije, manje istražena. Novija istraživanja u ovoj oblasti uglavnom su bila usmjerena na imanentnu pravdu i procjenu zasluženosti bolesti, kao što je slučaj u istraživanju Murakamija i saradnika (2022), dok su ultimativna pravda i emocionalne reakcije prema oboljelima rjeđe razmatrane. Također, prethodna istraživanja polnih razlika u percepciji bolesti ukazuju na značaj pola u oblikovanju procjena oboljelih, ali ne pružaju jednoznačne zaključke o njegovoj ulozi (Murray & McMillan, 1993; Tickle-Degnen et al., 2011). Polazeći od navedenog, istraživački problem ovog rada odnosi se na ispitivanje povezanosti vjerovanja u imanentnu pravdu sa percipiranom odgovornošću za nastanak bolesti, kao i vjerovanja u ultimativnu pravdu sa afektivnom empatijom prema oboljelima od malignih bolesti, uz dodatno razmatranje pola hipotetički oboljele osobe. Pored toga, ispituju se razlike u izraženosti ova dva oblika vjerovanja u pravedan svijet s obzirom na pol ispitanika. Na ovaj način istraživanje nastoji dopuniti postojeća saznanja istovremenim razmatranjem kognitivnih i emocionalnih reakcija prema oboljelima, kao i individualnih i situacionih karakteristika koje mogu biti povezane sa tim reakcijama.

Hipoteze istraživanja

Cilj ovog istraživanja jeste ispitati povezanost vjerovanja u imanentnu pravdu sa percipiranom odgovornošću za nastanak bolesti, kao i povezanost ultimativne pravde sa afektivnom empatijom prema oboljelim osobama. Također, cilj je ispitati razlike u izraženosti vjerovanja u imanentnu i ultimativnu pravdu s obzirom na pol ispitanika. Prva hipoteza pretpostavlja da će izraženije vjerovanje u imanentnu pravdu biti pozitivno povezano sa percipiranom odgovornošću za nastanak bolesti kod svih kategorija oboljelih. Ovakva pretpostavka proizlazi iz same prirode konstrukta imanentne pravde, prema kojem se negativni događaji koji zadese pojedinca posmatraju kao direktna posljedica njegovog prethodnog ponašanja, naročito ukoliko se ono procjenjuje kao moralno nepoželjno. U tom kontekstu, bolest se može tumačiti kao posljedica vlastitih postupaka pojedinca, čime se povećava stepen odgovornosti koji mu se pripisuje za njegovo zdravstveno stanje. Iz navedenog razloga, vjerovanje u imanentnu pravdu konceptualno je povezano s tendencijom ka pripisivanju odgovornosti pojedincu za negativne ishode koji ga zadese (Maes & Schmitt, 1999). Druga hipoteza nalaže da će viši skorovi na skali ultimativne pravde pozitivno korelirati sa afektivnom empatijom izraženom prema oboljelim osobama predstavljenim u svim scenarijima bolesti. Ova hipoteza zasnovana je na pretpostavci da ultimativna pravda pruža oslobođenje trenutnog osjećaja nepravednosti, gdje takvo uvjerenje može ublažiti doživljaj nepravde i omogućiti pojedincu da, uprkos negativnom ishodu koji je zadesio oboljelu osobu, zadrži prostor za empatičko reagovanje prema njoj. Drugim riječima, visoki skorovi na dimenziji ultimativne pravde nalažu da bolesna osoba zaslužuje buduću kompenzaciju, što otvara put afektivnoj empatiji (Maes & Schmitt, 1999; Harvey & Callan, 2014). Treća hipoteza nalaže da će postojati interakcija pola ispitanika i tipa pravde, pri čemu će muškarci iskazivati više rezultate na skali imanentne pravde, a žene više rezultate na skali ultimativne pravde. U prethodnim istraživanjima pronađene su polne razlike u konstruktu vjerovanja u pravedan svijet, gdje su muškarci iskazivali

nešto viši stepen vjerovanja (O'Connor et al., 1996). Nadalje, Murakami i saradnici (2022) pronašli su dokaze koji govore u korist da muškarci imaju nešto izraženije sklonosti ka imanentnoj pravdi, dok ultimativna pravda nije ušla u obim tih istraživanja.

MATERIJAL I METODE

Uzorak

U ovom istraživanju uzorak ispitanika je bio prigodan, sačinjen od punoljetnih osoba sa teritorije Bosne i Hercegovine i Srbije. U istraživanju učestvovalo je ukupno 144 ispitanika (*n = 144*), od čega je 77,78% ispitanika izjasnilo pripadnost ženskom polu. Starosnom strukturom dominirao je uzrast ispitanika od 18 do 24 godine (75,69%), dok su ostale kategorije bile od 25 do 34 godine sa 15,97% ispitanika; od 35 do 45 godina sa 5,56% ispitanika i kategorija ispitanika starijih od 45 godina sa 2,78%. S obzirom na kategoričku prirodu podataka, ne mogu se prikazati mjere prosjeka i prosječnog odstupanja za demografske podatke (Tabela br. 4, Tabela br. 5).

Mjerni instrumenti

Demografski podaci

Prvi dio upitnika sastojao se od osnovnih demografskih podataka o ispitanicima (starost, pol, zemlja porijekla, stepen obrazovanja) te podataka relevantnih za istraživanje poput ličnog iskustva sa malignom bolesti ili iskustva bliske osobe, kao i statusa pušača.

Scenariji bolesti

Za potrebe ovog istraživanja konstruisane su četiri kratke vinjete koje opisuju zdravstveno stanje hipotetički oboljele osobe, pri čemu su obuhvaćene dvije vrste bolesti: akutna mijeloidna leukemija i adenokarcinom debelog crijeva. Za svaku od navedenih bolesti konstruisana su po dva scenarija. Svi scenariji bili su ujednačeni u pogledu dužine, sadržaja i forme. Pol pacijenta predstavljao je sistematski variranu karakteristiku, dok su dob, zanimanje, trajanje bolesti, dijagnostički proces i terapijske karakteristike unutar parova scenarija bili zadržani konstantnim (Prilog br. 1).

Skale vjerovanja u pravedan svijet

Za procjenu vjerovanja u pravedan svijet korištene su *Skale vjerovanja u pravedan svijet* (Maes, 1992; Maes, 1998), koje su preveli i prilagodili Ćubela Adorić i Jurkin (2010). Instrument se sastoji od dvije podskale, odnosno Skale imanentne pravde i Skale ultimativne pravde (Prilog br. 4). Stepen slaganja ispitanika s pojedinačnim tvrdnjama procjenjivan je na petostepenoj Likertovoj skali, pri čemu je vrijednost 1 označavala „uopšte se ne slažem", dok je vrijednost 5 označavala „u potpunosti se slažem". Za svaku podskalu izračunat je konačni skor kao prosječna vrijednost odgovora na pripadajućim tvrdnjama, pri čemu su skorovi formirani zasebno za imanentnu i ultimativnu pravdu (Prilog br. 4). Provjerene su mjere interne konzistentnosti za obe subskale, za skalu imanentna pravda $\alpha = .80$ $(\omega = .81)$, a za Skalu ultimativne pravde $\alpha = .75$ $(\omega = .76)$ (Tabela br. 7)

Percipirana odgovornost

Percipirana odgovornost za nastanak bolesti ispitivana je putem pet tvrdnji konstruisanih za potrebe ovog istraživanja, od čega je četvrta tvrdnja bila obrnuto kodirana

prije izračunavanja prosječnog skora. Tvrdnje su nastale na osnovu koncepta pripisivanja odgovornosti i prethodnih istraživanja kontrolabilnosti bolesti (Prilog br. 2). Ispitanici su stepen slaganja sa navedenim tvrdnjama procjenjivali na petostepenoj Likertovoj skali, pri čemu je 1 označavalo „uopšte se ne slažem", a 5 „u potpunosti se slažem". Viši prosječni skor na skali ukazivao je na viši stepen percipirane odgovornosti za nastanak bolesti.

Koeficijenti interne konzistentnostii, koji se odnose na percipirane odgovornosti za pojedinačne scenarije kretali su se od $\alpha = .86$ do $\alpha = .88$ ($\omega = .87–.88$; Tabela br. 7), što ukazuje na dobru pouzdanost skale. S obzirom na to da je riječ o novokonstruisanoj mjeri, dobijeni koeficijent interne konzistentnosti predstavlja preliminarni pokazatelj pouzdanosti.

Afektivna empatija

Za potrebe ovog istraživanja adaptirane su stavke podskale *Empathic Concern* iz instrumenta *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), čiji je autor Mark H. Davis (Davis, 1980). S obzirom na to da je cilj istraživanja bio ispitati emocionalnu reakciju ispitanika prema konkretnoj osobi opisanoj u scenariju, originalne tvrdnje podskale prilagođene su tako da se odnose na oboljelu osobu predstavljenu u scenariju (Prilog br. 3). Skala se sastoji od sedam tvrdnji kojima se procjenjuju suosjećanje, zabrinutost i emocionalna uključenost prema oboljeloj osobi, od čega su tvrdnje 2, 4 i 5 bile obrnuto kodirane prije izračunavanja prosječnog skora. Ispitanici su stepen u kojem se pojedina tvrdnja odnosi na njih procjenjivali na petostepenoj Likertovoj skali, pri čemu je 1 označavalo „uopšte me ne opisuje dobro", a 5 „potpuno me opisuje". Viši prosječni skorovi ukazivali su na viši nivo afektivne empatije prema oboljeloj osobi. Koeficijenti interne konzistentnosti skala afektivne empatije za pojedinačne scenarije kretali su se od $\alpha = .87$ do $\alpha = .92$ ($\omega = .87–.91$; Tabela br. 7), navedeni koeficijenti svjedoče dobroj internoj valjanosti skale.

Procedura

Podaci za istraživanje prikupljeni su putem Google Forms platforme, dok su ispitanici regrutovani putem društvenih mreža. Nakon početnog informisanja i pristanka na učešće, ispitanici su popunjavali odjeljak sa demografskim i relevantnim podacima za istraživanje. Potom, ispitanicima su predstavljeni scenariji koji opisuju osobe oboljele od adenokarcinoma debelog crijeva i akutne mijeloidne leukemije. Ispitanici su pročitali svaki predstavljeni scenario, nakon čega su procjenjivali percipiranu odgovornost za nastanak bolesti i nivo afektivne empatije prema opisanoj osobi. Redoslijed prikazivanja scenarija bio je randomizovan kako bi se umanjio mogući uticaj redoslijeda na odgovore ispitanika.

Statistička analiza

Za obradu podataka i testiranje postavljenih hipoteza korišten je statistički program JASP. Nivo statističke značajnosti određen je na $p < 0,05$. Prije sprovođenja glavnih analiza, obrnuto formulisane stavke su rekodirane, a kompozitni skorovi izračunati u skladu sa uputstvima za primjenu korištenih instrumenata. Izuzetak predstavlja analiza prikazana u Tabeli br. 7, u kojoj su korišteni pojedinačni ajtemi radi procjene interne konzistentnosti skala. Pouzdanost, odnosno interna konzistentnost instrumenata, procijenjena je pomoću Cronbachovog alfa koeficijenta i McDonaldovog omega koeficijenta. S obzirom na odstupanja distribucija od normalne raspodjele, za ispitivanje povezanosti među varijablama korišten je Spearmanov koeficijent korelacije ranga. Prva i druga hipoteza testirane su izračunavanjem korelacija između odgovarajućih varijabli. Kako bi se ispitalo da li se utvrđene korelacije razlikuju u zavisnosti od pola oboljele osobe, primijenjen je

Steigerov *Z*-test za poređenje zavisnih korelacija (Steiger, 1980). Treća hipoteza testirana je primjenom analize varijanse za ponovljena mjerenja (*Repeated Measures ANOVA*). U ovoj analizi tip pravde predstavljao je unutarispitanički faktor sa dva nivoa (imanentna i ultimativna pravda), dok je pol ispitanika predstavljao međuispitanički faktor. Homogenost varijansi provjerena je Leveneovim testom.

Etika

Učesnici su prije popunjavanja upitnika bili informisani o svrsi istraživanja, dobrovoljnosti učešća i anonimnosti podataka, uz mogućnost odustajanja od učešća u bilo kojem trenutku bez posljedica. Prikupljeni podaci korišteni su isključivo u istraživačke svrhe.

REZULTATI

Za obradu podataka korišten je statistički softver JASP, dok je pri analizi korelacija korišten Spearmanov koeficijent korelacije (ρ) zbog odstupanja od normalne distribucije. Rezultati korelacione analize između vjerovanja u imanentnu pravdu i percipirane odgovornosti za nastanak bolesti pokazali su statistički značajne pozitivne povezanosti za sve ispitivane kategorije oboljelih. Imanentna pravda pokazala je umjerenu pozitivnu povezanost sa percipiranom odgovornošću prema ženama oboljelim od karcinoma debelog crijeva ($\rho = ,52, p < ,001$), kao i slabu pozitivnu povezanost prema muškarcima oboljelim od iste bolesti ($\rho = ,30, p < ,001$). Nadalje, utvrđene su umjerene, statistički značajne, pozitivne povezanosti između imanentne pravde i percipirane odgovornosti prema muškarcima oboljelim od leukemije ($\rho = ,45, p < ,001$) i umjereno pozitivne korelacije prema ženama oboljelim od leukemije ($\rho = ,47, p < ,001$) (Tabela br. 1). Kada je riječ o povezanosti vjerovanja u ultimativnu pravdu i afektivne empatije prema oboljelim osobama, rezultati su pokazali da je ultimativna pravda statistički značajno pozitivno povezana sa afektivnom empatijom prema ženama oboljelim od karcinoma debelog crijeva ($\rho = ,20, p = ,019$), kao i sa afektivnom empatijom prema ženama oboljelim od leukemije ($\rho = ,20, p = ,018$), iako je u oba slučaja korelacija bila slaba. Međutim, povezanost između ultimativne pravde i afektivne empatije prema muškarcima oboljelim od karcinoma debelog crijeva nije dostigla statističku značajnost ($\rho = ,15, p = ,067$), kao ni povezanost sa afektivnom empatijom prema muškarcima oboljelim od leukemije ($\rho = ,12, p = ,167$) (Tabela 2). Steigerov Z test pokazao je značajno jaču povezanost imanentne pravde i percipirane odgovornosti kod vinjete karcinoma debelog crijeva oboljele žene ($Z = 2,69, p = ,007$) (Tabela 1). U drugim scenarijima ovakve razlike nisu bile statistički značajne (Tabela 1, Tabela 2). Nadalje, ANOVA za ponovljena mjerenja pokazala je statistički značajan glavni efekat tipa pravde ($F = 298,12, p < ,001, \eta^2 = ,43$), što ukazuje na statistički značajnu razliku između prosječnih rezultata na skalama imanentne i ultimativne pravde. Takođe je utvrđena statistički značajna interakcija tipa pravde i pola ($F = 28,78, p < ,001, \eta^2 = ,04$) pri čemu je veličina efekta bila mala (Tabela br. 3). Nalazi sugerišu da su u prosjeku, na ovom uzorku, muškarci postizali više prosječne skorove na dimenziji imanentne pravde, dok su žene postizale više prosječne skorove na dimenziji ultimativne pravde. (Grafikon br. 1). Ovi nalazi dalje su potkovani Welchovim t-testom za nezavisne uzorke (Tabela br. 6) koji je pokazao da su muškarci u prosjeku imali značajno više rezultate na skali imanentne pravde ($M=2,04$) nego žene ($M=1,51$) ($t= -3,92, p < ,001, d = -0,85$). Leveneov test varijanse pokazao da muškaraci i žene značajno odstupaju na skali imanentne pravde ($F(1, 142) = 11,03, p = ,001$), a ne odstupaju na skali ultimativne pravde ($F(1, 142) = 1,43, p = ,234$). Statistički značajnim se pokazao i prosječni skor žena na skali ultimativne pravde (3,31) u odnosu na prosječan rezultat muškaraca na istoj skali (2,99) ($t= 2,70, p = ,01,$

d = 0,50). Dodatno ispitivane varijable nisu ostvarile statistički značajne povezanosti sa varijablama obuhvaćenim istraživanjem.

DISKUSIJA

Prva hipoteza ovog istraživanja odnosila se na pretpostavku o pozitivnoj povezanosti između percipirane odgovornosti za nastanak bolesti i vjerovanja u imanentnu pravdu (Maes, 1992; Maes, 1998). Dobijeni rezultati podržali su prvu hipotezu, budući da je imanentna pravda pokazala značajnu pozitivnu povezanost sa percipiranom odgovornošću u svim kombinacijama pola oboljele osobe i vrste bolesti, što je komplementarno ranijim nalazima da veća pripisana odgovornost može biti praćena negativnim emocionalnim odgovorom (Dijker & Koomen, 2003). Ovakav obrazac nalaza može se razumjeti u kontekstu prirode konstrukta imanentne pravde. Ukoliko se životni ishodi posmatraju kao direktna posljedica prethodnog ponašanja pojedinca, vjerovatnije je da će osobe sa izraženijim vjerovanjem u imanentnu pravdu i pojavu bolesti tumačiti kroz prizmu lične odgovornosti oboljelog, jer takvo objašnjenje može biti u skladu sa njihovim uvjerenjem o pravednosti svijeta (Lerner & Miller, 1978; Furnham, 2003). Istovremeno, nalazi se nadovezuju na Lernerovu (1980) pretpostavku o potrebi pojedinca da svijet doživljava kao pravedan, gdje se pozitivno i negativno ponašanje povezuju sa odgovarajućim posljedicama. S obzirom na to da je ova povezanost bila prisutna u svim kombinacijama pola oboljele osobe i vrste bolesti, rezultati ukazuju na dosljednu povezanost vjerovanja u imanentnu pravdu sa načinom na koji se oboljelima pripisuje odgovornost za nastanak bolesti. Pri tome, za scenario sa karcinomom debelog crijeva ova veza bila je značajno jača kada se radilo o oboljeloj ženi, dok kod leukemije ta razlika nije uočena. Ovakav nalaz je u skladu sa ranijim istraživanjima koja su ukazala na postojanje polnih razlika u pripisivanju uzročnosti i kontrolabilnosti bolesti (Murray & McMillan, 1993).

Druga hipoteza odnosila se na pretpostavku da će izraženije vjerovanje u ultimativnu pravdu biti povezano sa višim nivoom afektivne empatije prema oboljelim osobama u svim scenarijima. Dobijeni rezultati pružaju samo djelimičnu podršku ovoj pretpostavci. Značajna pozitivna povezanost između ultimativne pravde i afektivne empatije utvrđena je u scenarijima u kojima je oboljela osoba bila ženskog pola, dok takva povezanost nije postigla statističku značajnost u scenarijima sa oboljelim osobama muškog pola. Dobijeni obrazac ostavlja mogućnost da se jačina korelacija razlikuje između scenarija. Međutim, statistička značajnost korelacije u jednom scenariju, uz njenu neznačajnost u drugom, sama po sebi ne znači da se te dvije korelacije međusobno statistički značajno razlikuju. Poređenje korelacija nije pronašlo značajne razlike ni u scenariju sa leukemijom ni u scenariju sa karcinomom debelog crijeva. Stoga, treba biti pažljiv u tvrdnji da su ultimativna pravda i afektivna empatija specifično povezane u scenarijima sa oboljelim ženama. Ranija istraživanja ukazuju na mogućnost da vjerovanje u ultimativnu pravdu može biti povezano sa pozitivnijim emocionalnim odnosom prema osobama koje se doživljavaju kao žrtve nepovoljnih okolnosti (Maes & Schmitt, 1999; Harvey & Callan, 2014). Ovo je posebno važno u kontekstu zdravstvene zaštite jer empatijsko reagovanje doprinosi kvalitetnijoj komunikaciji, većem povjerenju i boljem razumijevanju oboljele osobe i njenih potreba (Derksen et al., 2013; Hojat, 2016). U tom kontekstu, jedno moguće objašnjenje dobijenog obrasca jeste uloga polnih i rodnih normi i očekivanja karakterističnih za određeni kulturni kontekst, prema kojima se žene češće percipiraju kao ranjivije i kao osobe kojima je potrebna veća zaštita (Tickle-Degnen et al., 2011). Ukoliko se žene percipiraju kao ranjivije i u većoj potrebi za zaštitom, vjerovanje da će „pravda na kraju biti zadovoljena" može biti povezano sa izraženijom saosjećajnošću i zaštitničkim odnosom prema oboljelim osobama ženskog pola. Ipak, ovakvo tumačenje

treba posmatrati oprezno, budući da istraživanje nije direktno ispitivalo polne i rodne norme niti mehanizme koji bi mogli objasniti utvrđeni obrazac.

Treća hipoteza odnosila se na razlike u izraženosti vjerovanja u imanentnu i ultimativnu pravdu s obzirom na pol ispitanika. Razlike povezane sa polom utvrđene su u više istraživanja, ali nalazi o dosljednosti i smjeru tih razlika nisu jednoznačni (Khan et al., 2015; Karim et al., 2007; Pascucci et al., 2017; Davies et al., 2016; Erkal et al., 2024). Dobijeni rezultati ukazuju na to da su muškarci u prosjeku iskazivali izraženije vjerovanje u imanentnu pravdu, dok je kod žena bilo izraženije vjerovanje u ultimativnu pravdu. Pored toga, utvrđena je statistički značajna razlika između prosječnih skorova na ove dvije dimenzije, pri čemu su ispitanici u cjelini postizali više skorove na ultimativnoj nego na imanentnoj pravdi. Ove nalaze, međutim, treba tumačiti oprezno, jer oni ne ukazuju na to da su muškarci ili žene pravedniji jedni od drugih, već na razlike u izraženosti različitih oblika vjerovanja u pravdu. Nalaz o imanentnoj pravdi u skladu je sa rezultatima Murakamija i saradnika (2022), koji su utvrdili izraženije vjerovanje muškaraca u ovaj oblik pravde, dok se izraženije opšte vjerovanje muškaraca u pravedan svijet navodi i u istraživanju O'Connora i saradnika (1996). Iako je interakcija između pola ispitanika i tipa pravde bila statistički značajna, njena veličina efekta bila je mala, što ukazuje na to da ove dvije varijable zajedno objašnjavaju relativno mali dio varijabiliteta rezultata. Pri interpretaciji dobijenih nalaza potrebno je uzeti u obzir nekoliko metodoloških ograničenja. Prije svega, neuravnotežen odnos polova u uzorku, u kojem su muškarci činili 22% ispitanika, može ograničiti mogućnost uopštavanja dobijenih rezultata. Utvrđene razlike ukazuju na to da su se muškarci i žene razlikovali u izraženosti dva specifična oblika vjerovanja u pravedan svijet, odnosno u uvjerenjima o povezanosti ponašanja pojedinca i životnih ishoda, kao i o mogućnosti da nepravda bude ispravljena u budućnosti. Ove razlike ne treba tumačiti kao pokazatelj stepena pravednosti ili moralnosti ispitanika, već kao razlike u njihovim uvjerenjima o prirodi i ostvarivanju pravde.

Takođe, prilikom razmatranja povezanosti između vjerovanja u imanentnu pravdu i percipirane odgovornosti potrebno je uzeti u obzir moguće sadržinsko preklapanje ovih dimenzija. Naime, pojedine tvrdnje iz Skale imanentne pravde i Skale percipirane odgovornosti dovode u vezu nastanak bolesti s ponašanjem oboljele osobe. Ipak, ove dimenzije razlikuju se prema nivou opštosti: vjerovanje u imanentnu pravdu odnosi se na opštije uvjerenje pojedinca o povezanosti ponašanja i bolesti, dok se percipirana odgovornost odnosi na procjenu odgovornosti konkretne osobe u određenoj situaciji. Pored toga, u svim scenarijima naglašeno je da uzrok bolesti nije poznat, zbog čega se pripisivanje odgovornosti oboljeloj osobi može razumjeti kao moguća posljedica opštijih uvjerenja o odnosu ponašanja i bolesti, a ne nužno kao ponovno mjerenje istog sadržaja.

Konačno, imajući u vidu rezultate korelacionih analiza, povezanosti čije su p-vrijednosti bliske konvencionalnom nivou statističke značajnosti potrebno je tumačiti oprezno, bez donošenja čvrstih zaključaka o postojanju odnosa između ispitivanih varijabli.

ZAKLJUČCI

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između imanentne i ultimativne pravde, percipirane odgovornosti za nastanak bolesti i afektivne empatije prema oboljelima, uz razmatranje pola oboljelog i pola ispitanika. Rezultati su pokazali dosljednu i statistički značajnu povezanost između percipirane odgovornosti i imanentne pravde u svim ispitanim kombinacijama pola oboljelog i vrste maligne bolesti. S druge strane, utvrđene su male, ali statistički značajne pozitivne povezanosti između ultimativne pravde i afektivne empatije, pri čemu je povezanost postigla dostigla statističku značajnost u scenarijima koji su prikazivali pacijente ženskog pola. Nadalje, utvrđena je statistički

značajna interakcija između tipa pravde i pola ispitanika, pri čemu su muškarci postizali više skorove na dimenziji imanentne pravde, dok su žene imale više skorove na dimenziji ultimativne pravde. Ovi nalazi ukazuju na to da se razlike između muškaraca i žena ispoljavaju različito u zavisnosti od dimenzije vjerovanja u pravedan svijet koja se posmatra. U cjelini, rezultati sugerišu da na procjene odgovornosti i afektivno reagovanje prema oboljelima, pored karakteristika zdravstvenog stanja, mogu uticati i individualne karakteristike ispitanika. Dobijeni nalazi mogu se tumačiti u okviru Weinerove teorije atribucije, prema kojoj procjena odgovornosti za određeni ishod ima važne posljedice po emocionalne reakcije prema osobi, kao i u okviru koncepta vjerovanja u pravedan svijet (Lerner, 1980; Maes & Schmitt, 1999; Weiner, 1985). Međutim, potrebno je uzeti u obzir određena metodološka ograničenja. Uzorak je bio prigodan i relativno mali, neujednačen s obzirom na uzrast i polnu pripadnost što ograničava mogućnost generalizacije na širu populaciju, kao i korištenje samo dva tipa maligne bolesti. Takođe, korištene metode u ovom radu ne dopuštaju donošenje suda o kauzalnim odnosima između varijabli nego samo o korelacijskim odnosima, a više zasebnih korelacionih analiza povećava mogućnost pojavljivanja greške tipa I. Buduća istraživanja trebalo bi da uključe veće i demografski uravnoteženije uzorke, kao i da detaljnije ispitaju ulogu pola oboljele osobe i ispitanika u odnosu između različitih oblika vjerovanja u pravdu i emocionalnog reagovanja prema oboljelima. Pored toga, bilo bi poželjno uključivanje mjere socijalne poželjnosti ili indirektnije metode procjene stavova.

LITERATURA

Cassels, T. G., Chan, S., & Chung, W. (2010). The role of culture in affective empathy: Cultural and bicultural differences. *Journal of Cognition and Culture, 10*(3–4), 309–326. https://doi.org/10.1163/156853710X531203

Davies, E. B., Wardlaw, J., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2016). An experimental study exploring the impact of vignette gender on the quality of university students' mental health first aid for peers with symptoms of depression. *BMC public health*, *16*(1), 187. https://doi.org/10.1186/s12889-016-2887-2

Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *The British Journal of General Practice, 63*(606), e76–e84. https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814

Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology, 25*(1), 51–68. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2501_4

Erkal, N., Gangadharan, L., & Koh, B. H. (2024). Gender Differences in Attribution of Others' Outcomes. *Available at SSRN 4924485*. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4924485

Furnham, A. (2003). Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and individual differences*, *34*(5), 795-817. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00072-7

Harvey, A. J., & Callan, M. J. (2014). Getting "just deserts" or seeing the "silver lining": The relation between judgments of immanent and ultimate justice. *PloS one*, *9*(7), e101803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101803

Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care* (Vol. 80). Springer.

Karim, F., Chowdhury, A. M. R., Islam, A., & Weiss, M. G. (2007). Stigma, Gender, and their Impact on Patients with Tuberculosis in Rural Bangladesh. *Anthropology & Medicine*, *14*(2), 139–151. https://doi.org/10.1080/13648470701381440

Khan, N., Kausar, R., Khalid, A., & Farooq, A. (2015). Gender differences among discrimination & stigma experienced by depressive patients in Pakistan. *Pakistan journal of medical sciences*, *31*(6), 1432. https://doi.org/10.12669/pjms.316.8454

Lerner, M. J. (1980). The belief in a just world. In *The belief in a just world: A fundamental delusion* (pp. 9-30). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0448-5_2

Lerner, M. J., & Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin, 85*(5), 1030–1051. https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.5.1030

Maes, J. (1992). Konstruktion und Analyse eines mehrdimensionalen Gerechte-Welt-Fragebogens.

Berichte aus der Arbeitsgruppe" Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral"; 064. https://doi.org/10.23668/psycharchives.9128
Maes, J. (1998). Immanent Justice and Ultimate Justice. In: Montada, L., Lerner, M.J. (eds) Responses to Victimizations and Belief in a Just World. Critical Issues in Social Justice. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6418-5_2
Maes, J., & Schmitt, M. (1999). More on ultimate and immanent justice: Results from the research project "Justice as a problem within reunified Germany". *Social Justice Research*, *12*(2), 65-78. https://doi.org/10.1023/A:1022039624976
Murakami, M., Hiraishi, K., Yamagata, M., Nakanishi, D., & Miura, A. (2022). Belief in just deserts regarding individuals infected with COVID-19 in Japan and its associations with demographic factors and infection-related and socio-psychological characteristics: a cross-sectional study. *PeerJ*, *10*, e14545. https://doi.org/10.7717/peerj.14545
Murray, M., & McMillan, C. L. (1993). Gender differences in perceptions of cancer. *Journal of Cancer Education*, *8*(1), 53-62. https://doi.org/10.1080/08858199309528208
O'Connor, W. E., Morrison, T. G., McLeod, L. D., & Anderson, D. (1996). A meta-analytic review of the relationship between gender and belief in a just world. *Journal of Social Behavior and Personality*, *11*(1), 141-148.
Pascucci, M., La Montagna, M., Di Sabatino, D., Stella, E., Nicastro, R., Grandinetti, P., ... & Bellomo, A. (2017). Stigma and attitudes towards mental illness: Gender differences in a sample of Italian medical students. *European Psychiatry*, *41*(S1), S739-S739. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1359
Sontag, S. (2012). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Farrar, Straus and Giroux.
Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin, 87*(2), 245–251. https://doi.org/10.1037/0033-2909.87.2.245
Tickle-Degnen, L., Zebrowitz, L. A., & Ma, H. I. (2011). Culture, gender and health care stigma: Practitioners' response to facial masking experienced by people with Parkinson's disease. *Social Science & Medicine*, *73*(1), 95-102. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.008
Ćubela Adorić, V., & Jurkin, M. (2010). Skala imanentne i ultimativne pravde. U I. Tucak Junaković, V. Ćubela Adorić, Z. Penezić, & A. Proroković (Ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* (Sv. 5, str. 12–23). Sveučilište u Zadru.
Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 548–573. https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548

PRILOZI

Prilog br. 1
Scenariji za karcinom debelog crijeva

Ženski pol:

Jana ima 57 godina i radi kao administrativna radnica u opštinskom uredu u svom gradu. Prije dva mjeseca dijagnostikovan joj je agresivan oblik adenokarcinoma debelog crijeva. Nakon iscrpnih analiza, onkološki konzilijum predložio je terapiju koja uključuje citostatike, zračenje i operativni zahvat. Sama dijagnoza ju je iznenadila i Jana nema ideju šta je moglo dovesti do njenog zdravstvenog stanja. Dijagnoza je teško pala njoj i njenoj porodici.

Muški pol:

Luka ima 57 godina i radi kao administrativni radnik u opštinskom uredu u svom gradu. Prije dva mjeseca dijagnostikovan mu je agresivan oblik adenokarcinoma debelog crijeva. Nakon iscrpnih analiza, onkološki konzilijum predložio je terapiju koja uključuje citostatike, zračenje i operativni zahvat. Sama dijagnoza ga je iznenadila i Luka nema ideju šta je moglo dovesti do njegovog zdravstvenog stanja. Dijagnoza je teško pala njemu i njegovoj porodici.

Scenariji za leukemiju

Ženski pol:

Tijana ima 34 godine i prije nego što se razboljela radila je kao farmaceutkinja. Prije šest mjeseci dijagnostikovana joj je akutna mijeloidna leukemija (AML). Nakon što je prošla sve dijagnostičke procedure, doktori nisu uspjeli utvrditi šta je dovelo do njene bolesti. Tijanin vjerenik je uz nju, ali se oboje teško nose sa bolešću koja zahtijeva iscrpne terapije poput hemoterapije, radioterapije i transplantacije matičnih ćelija.

Muški pol:

Marko ima 34 godine i prije nego što se razbolio radio je kao farmaceut. Prije šest mjeseci dijagnostikovana mu je akutna mijeloidna leukemija (AML). Nakon što je prošao sve dijagnostičke procedure, doktori nisu uspjeli utvrditi šta je dovelo do njegove bolesti. Markova vjerenica je uz njega, ali se oboje teško nose sa bolešću koja zahtijeva iscrpne terapije poput hemoterapije, radioterapije i transplantacije matičnih ćelija.

Prilog br. 2
Skala percipirane odgovornosti

1. Smatram da je navedena osoba odgovorna za nastanak svoje bolesti.
2. Smatram da je navedena osoba svojim ponašanjem doprinijela nastanku bolesti.
3. Navedena osoba je mogla učiniti više kako bi spriječila nastanak svoje bolesti.
4. Smatram da navedena osoba nije mogla učiniti ništa kako bi spriječila nastanak svoje bolesti. (R)
5. Nastanak bolesti bio je pod kontrolom navedene osobe.

Prilog br. 3
Adaptirana podskala IRI

1. Osjećam potrebu da budem nježan/nježna i da se suosjećam sa osobom u priči.
2. Ne osjećam mnogo sažaljenja prema osobi opisanoj u priči zbog problema kroz koje prolazi. (R)
3. Osjećam potrebu da pomognem osobi opisanoj u priči.
4. Situacija osobe opisane u priči me ne pogađa mnogo. (R)
5. Ne osjećam mnogo sažaljenja prema osobi opisanoj u priči. (R)
6. Emotivno me pogađaju situacije kao što je ova.
7. Opisao/la bih sebe kao prilično nježnu i saosjećajnu osobu prema osobi iz priče.

Prilog br. 4
Skala imanentne pravde

1. Rijetke bolesti obično su kazna za neuredan način života.
2. Gotovo se niko ozbiljno ne razboli a da to nije zaslužio.
3. Ljudi koji se razbole mogu samo sebe kriviti za svoju patnju.
4. Dobri ljudi se vrlo rijetko ozbiljno razbole.
5. Bolesti obično slijede nakon neprimjerenog načina života

Skala ultimativne pravde

1. I osobe koje nisu imale sreće u životu mogu očekivati da će se na kraju nešto dobro dogoditi.
2. I u najvećoj nevolji čovjek ne smije gubiti vjeru da će na kraju pravda prevladati.
3. Dugoročno gledano, nepravda nanijeta bolešću kasnije se ispravi na najbolji mogući način.
4. Nakon ozbiljnih bolesti uvijek se nešto lijepo dogodi.

Tabela br. 1 Povezanost vjerovanja u imanentnu pravdu i percipirane odgovornosti za nastanak bolesti

Varijable		**IMANENTNA PRAVDA**
1. IMANENTNA PRAVDA	Spearman's rho	—
	p	—
2. Odgovornost KDC – žena	Spearman's rho	0.52
	p	< .001
3. Odgovornost leukemija – muškarac	Spearman's rho	0.45
	p	< .001
4. Odgovornost za KDC – muškarac	Spearman's rho	0.30
	p	< .001
5. Odgovornost leukemija – žena	Spearman's rho	0.47
	p	< .001
Razlika korelacija (žena vs. muškarac)		
KDC	Steigerov Z	2.69
	p	0.007
Leukemija	Steigerov Z	0.5
	p	0.619

**Napomena* – KDC = Karcinom debelog crijeva

Tabela br. 2 Povezanost vjerovanja u ultimativnu pravdu i empatije prema oboljelim osobama

Varijable		ULTIMATIVNA PRAVDA
1. ULTIMATIVNA PRAVDA	Spearman's rho	—
	p	—
2. Empatija KDC – žena	Spearman's rho	0.20
	p	0.019
3. Empatija leukemija – muškarac	Spearman's rho	0.12
	p	0.167
4. Empatija za KDC – muškarac	Spearman's rho	0.15
	p	0.067
5. Empatija leukemija – žena	Spearman's rho	0.20
	p	0.018
Razlika korelacija (žena vs. muškarac)		
KDC	Steigerov Z	1.1
	p	0.271
Leukemija	Steigerov Z	1.83
	p	0.067
*Napomena – KDC = Karcinom debelog crijeva		

Tabela br. 3 Rezultati ANOVA-e za ponovljena mjerenja tipa pravde i pola ispitanika

Izvor varijanse	Suma kvadrata	df	MS	F	p	η^2
Tip pravde	93.72	1.00	93.72	298.12	< .001	0.43
Tip pravde x Pol ispitanika	9.05	1.00	9.05	28.78	< .001	0.04
Reziduali	44.64	142.00	0.31			

Leveneov test jednakosti varijanse

	F	df1	df2	p
IMANENTNA PRAVDA	11.029	1	142	0.001
ULTIMATIVNA PRAVDA	1.43	1	142	0.234

Tabela br. 4 Deskriptivna statistika za varijable pol, uzrast i stepen obrazovanja

Varijabla	**Kategorije**	**Frekvencija**	**%**
Pol	Žensko	112	77.78
	Muško	32	22.22
	Ukupno	144	100
Uzrast	18–24 godine	109	75.69
	25–34 godine	23	15.97
	35–44 godine	8	5.56
	45 + godina	4	2.78
	Ukupno	144	100
Najviši završeni stepen obrazovanja	Doktorske studije	1	0.69
	Fakultet (osnovne studije)	43	29.86
	Master studije	7	4.86
	Viša škola	2	1.39
	Završena osnovna škola	5	3.47
	Završena srednja škola	86	59.72
	Ukupno	144	100

Tabela br. 5 Deskriptivna statistika za varijable status konzumiranja cigareta, lično iskustvo sa karcinomom i iskustvo bliske osobe sa karcinomom, zemlja porijekla

Varijabla	Kategorije	Frekvencija	%
Status konzumiranja cigareta	Bivši pušač	12	8.33
	Nikada nisam pušio/la	78	54.17
	Povremeni pušač	28	19.44
	Svakodnevni pušač	26	18.06
	Ukupno	144	100
Lično iskustvo sa karcinomom	Ne	144	100
	Ukupno	144	100
Porodično/prijateljsko iskustvo sa karcinomom	Da	92	63.89
	Ne	52	36.11
	Ukupno	144	100
Zemlja porijekla	Bosna i Hercegovina	135	93.75
	Srbija	9	6.25
	Ukupno	144	100

Tabela br. 6 Rezultati Welchovog t-testa za nezavisne uzorke: razlike između muškaraca i žena u izraženosti skorova na imanentnoj i ultimativnoj pravdi

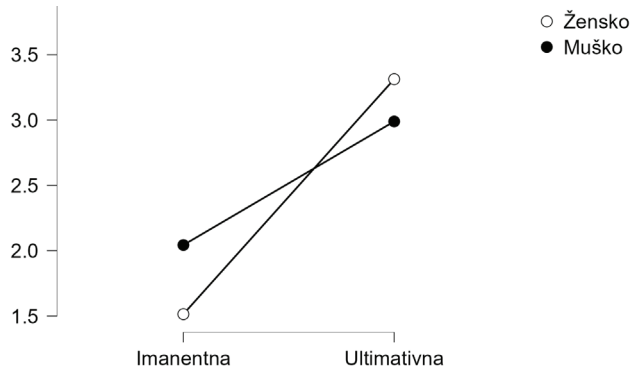
Welchov t-test za nezavisne uzorke

Skala	Muškarci M	Žene M	t	df	p	Cohen's d
IMANENTNA PRAVDA	2.04	1.51	-3.92	40.30	< .001	-0.85
ULTIMATIVNA PRAVDA	2.99	3.31	2.70	66.23	0.01	0.50

Tabela br. 7 Tabela sa pokazateljima pouzdanosti korištenih skala

Skala	Broj stavki	n	α	95% CI lower bound α	95% CI upper bound α	ω	95% CI lower bound ω	95% CI upper bound ω
Imanentna pravda	5	144	0.8	0.74	0.85	0.81	0.72	0.86
Ultimativna pravda	4	144	0.75	0.68	0.81	0.76	0.68	0.82
Odgovornost: KDC, žena	5	144	0.86	0.82	0.89	0.87	0.82	0.9
Odgovornost: KDC, muškarac	5	144	0.88	0.84	0.91	0.88	0.84	0.91
Odgovornost: leukemija, žena	5	144	0.88	0.84	0.91	0.88	0.83	0.92
Odgovornost: leukemija, muškarac	5	144	0.87	0.84	0.9	0.88	0.83	0.91
Empatija: KDC, žena	7	144	0.89	0.86	0.91	0.89	0.84	0.92
Empatija: KDC, muškarac	7	144	0.91	0.89	0.93	0.91	0.87	0.94
Empatija: leukemija, žena	7	144	0.92	0.89	0.93	0.91	0.86	0.94
Empatija: leukemija, muškarac	7	144	0.87	0.84	0.9	0.87	0.81	0.92

**Napomena* – KDC = Karcinom debelog crijeva



Grafikon br. 1 Prosječni nivoi vjerovanja u imanentnu i ultimativnu pravdu prema polu ispitanika

ILLNESS AS A TEST OF JUSTICE: RESPONSIBILITY AND EMPATHY TOWARD THOSE SUFFERING FROM MALIGNANT DISEASES

Author: DRAGIŠA MILOVANOVIĆ, Zorana Prnjić
E-mail: dragisamilovanovic04@gmail.com
Mentor: Assist. Prof. Dijana Đurić, PhD
Faculty of Philosophy, University of Banja Luka

Introduction: Belief in a just world reflects the need to perceive the world as orderly and fair. Immanent justice refers to the tendency to view illness as a consequence of an individual's prior behaviour, whereas ultimate justice involves the belief that justice will eventually prevail. These beliefs may shape evaluations of people with cancer.

Aim: To examine the relationship between belief in immanent justice and perceived responsibility for illness onset, and between belief in ultimate justice and affective empathy towards patients. A further aim was to examine gender differences in belief in immanent and ultimate justice.

Material and Methods: The study included 144 adult participants from Bosnia and Herzegovina and Serbia. Participants completed an online questionnaire covering demographic and individual characteristics, the Belief in a Just World Scale, vignettes describing men and women with acute myeloid leukaemia and colorectal adenocarcinoma, and ratings of perceived responsibility and affective empathy.

Results: Belief in immanent justice was positively associated with perceived responsibility across all patient categories. Belief in ultimate justice was positively associated with affective empathy towards women with either illness, but not towards men. A significant interaction between justice type and participant gender was found: men scored higher on immanent justice, while women scored higher on ultimate justice.

Conclusion: The findings highlight the role of belief in a just world in shaping judgements of responsibility and affective empathy towards patients. Immanent justice stands out in attributing responsibility, and ultimate justice in empathy towards women, underscoring the importance of attributional processes in understanding attitudes towards people who are ill.

Keywords: belief in a just world, immanent justice, ultimate justice, responsibility, empathy, cancer