

Povezanost zdravstvenog lokusa kontrole i preventivnog zdravstvenog ponašanja žena

Ilić, Veronika

Master's thesis / Diplomski rad

2013

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:045096>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-15**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

POVEZANOST ZDRAVSTVENOG LOKUSA KONTROLE I
PREVENTIVNOG ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA ŽENA

Diplomski rad

Veronika Ilić

Mentor: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2013.

SADRŽAJ

UVOD.....	4
Preventivna zdravstvena ponašanja.....	4
Teorije zdravstvenog ponašanja.....	6
Zdravstveni lokus kontrole.....	7
Istraživanja zdravstvenog lokusa kontrole.....	10
Preventivni pregledi žena.....	11
CILJ ISTRAŽIVANJA.....	14
Problemi.....	14
Hipoteze.....	14
METODA.....	15
Sudionici.....	15
Mjerni instrumenti.....	15
Postupak.....	16
REZULTATI.....	17
Normalitet distribucija.....	17
Sociodemografsko-zdravstveni podaci sudionika.....	17
Percipirani izvor kontrole zdravlja.....	18
Razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na obavljanje preventivnih pregleda.....	19
Povezanost zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja i sociodemografskih karakteristika.....	21
Predikcija preventivnih zdravstvenih pregleda grudi i Papa testa temeljem dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole i nekih sociodemografskih varijabli.....	22
RASPRAVA.....	24
Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja.....	30
ZAKLJUČAK.....	32
LITERATURA.....	33

POVEZANOST ZDRAVSTVENOG LOKUSA KONTROLE I PREVENTIVNOG ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA ŽENA

(RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL AND PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR OF WOMEN)

Veronika Ilić

Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja žena i nekih sociodemografskih karakteristika, usmjeravajući se na dva oblika preventivnih ponašanja: pregled grudi i Papa test. Kako bi se ispitao zdravstveni lokus kontrole sudionica korišten je Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90). Također su prikupljeni podaci o sociodemografskim karakteristikama te zdravstvenim ponašanjima. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da nema razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na redoviti odlazak na preventivni pregled grudi, dok je razlika pronađena za papa test u smjeru veće ekternalnosti zdravstvenog lokusa kontrole žena koje ne idu redovito na pregled. Ispitivanja povezanosti između zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih pregleda grudi i Papa testa te sociodemografskih varijabli pokazuju značajnu povezanost ovih varijabli. Nije pronađen značajan doprinos zdravstvenog lokusa kontrole u predviđanju redovitih odlazaka na preventivne preglede grudi i Papa testa, dok je doprinos sociodemografskih varijabli potvrđen tek u manjoj mjeri u predviđanju redovitog odlaska na Papa test, i to samo za materijalni status.

Ključne riječi: zdravstveni lokus kontrole, preventivna zdravstvena ponašanja, Papa test, pregled grudi, sociodemografske varijable

Summary

The aim of this research was to examine the relationship between dimensions of health locus of control, preventive health behaviors of women and some socio-demographic characteristics, focusing on two types of preventive behavior: breast examination and cervical smears. In order to examine the health locus of control it was used a Perceived health locus of control questionnaire (ZLK-90). It was also collected data for socio-demographic characteristics and health behaviors of the participants. Results of this research showed no difference in the health locus of control due to the regular check-ups for breast examination, while the difference was found for cervical smear showing greater externality of health locus of control for women who do not go regularly on check-ups. The correlation between health locus of control, breast examination, cervical smear and sociodemographic variables showed a significant correlation between these variables to some extent. It was not found a significant contribution of health locus of control in predicting breast examinations and cervical smear, while the contribution of demographic variables was confirmed only to a minor extent in predicting regular check-ups for cervical smears, only for socioeconomic status.

Keywords: health locus of control, preventive health behaviors, cervical smears, breast examination, sociodemographic variables

UVOD

Preventivna zdravstvena ponašanja

Faktori koji utječu na zdravstveno stanje ljudi vrlo su složeni. U suvremenom pristupu zdravlju i bolesti pretpostavlja se da je zdravlje uvjetovano složenim međudnosom bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Model koji zahvaća ove različite skupine čimbenika u objašnjavanju zdravstvenog stanja pojedinca zove se biopsihosocijalni model. Unutar ovog modela, osobito je često istraživani odnos zdravstvenog stanja i zdravstvenog ponašanja osobe u povezanosti sa gore navedenim čimbenicima, a istraživanja pokazuju kako je zdravstveno stanje ljudi usko povezano sa zdravstvenim ponašanjima (Engel, 1977; prema Havelka, 2002).

Brojna istraživanja pokušala su razjasniti utjecaj pojedinih čimbenika na zdravstveno ponašanje te time doprinijeti boljem razumijevanju i većim mogućnostima promjena zdravstvenog ponašanja. Kako bi u tome bili uspješni, potrebno je prvo definirati zdravstveno ponašanje te koje sve aspekte ono obuhvaća. Općenito govoreći, zdravstveno ponašanje definiramo kao svako ponašanje koje je na bilo koji način, povezano sa našim zdravljem (Havelka, 2002). Nadalje, zdravstveno ponašanje možemo definirati kao sve akcije koje poduzima zdrava osoba kako bi sačuvala ili poboljšala svoje zdravlje, spriječila nastanak bolesti ili ih na vrijeme otkrila (Petz i sur., 2005); dok najobuhvatniju definiciju navode Johnston i Johnston (2001) opisujući zdravstveno ponašanje kao svako ponašanje ili aktivnost koju osoba poduzima da bi očuvala, poboljšala ili zadržala svoje zdravlje, učinkovitije se liječila te se prilagodila kroničnim bolestima. Razlikujemo tri aspekta zdravstvenog ponašanja, a to su: 1) svako ponašanje koje zdrava osoba poduzima u svrhu prevencije ili ranog otkrivanja bolesti; 2) svaka aktivnost koju osoba koja se osjeća bolesnom poduzima da bi utvrdila kakvo joj je zdravstveno stanje i pronašla odgovarajuću pomoć; 3) svako ponašanje bolesnika koje za svrhu ima ozdravljenje ili prilagodbu na kroničnu bolest (Johnston i Johnston, 2001).

Zdravstvena ponašanja koja dovode do održavanja i poboljšavanja zdravlja zovemo pozitivnim ili zaštitnim zdravstvenim ponašanjima. Suprotno tome, neka zdravstvena ponašanja imaju loš utjecaj na zdravlje pa ih zovemo negativna ili rizična zdravstvena ponašanja (Havelka, 2002). Pozitivna zdravstvena ponašanja primjerice uključuju pravilnu ishranu, bavljenje sportom, odsustvo štetnih navika (npr. pušenja, alkoholizma), higijenske navike, preventivne akcije u vidu cijepljenja, redovitih liječničkih pregleda, slijedenje zdravstvenih savjeta i uputa i sl. Povećani interes za zdravstvena ponašanja javlja se upravo zbog saznanja da je veliki dio vodećih uzroka smrtnosti povezan sa zdravstvenim ponašanjem, ali i zbog spoznaje da se zdravstveno ponašanje

može mijenjati (Johnston i Johnston, 2001). Istraživanja pokazuju da je većina kroničnih nezaraznih bolesti (vodećih uzroka smrtnosti) povezano sa zdravstvenim ponašanjem (WHO, 2005), a čak oko 75% svih smrti od raka mogu se objasniti kroz tu povezanost (33% s načinom prehrane, 30% s konzumiranjem duhana, 7% sa seksualnim ponašanjem, 3% s alkoholom) (Doll i Peto, 1981). Nadalje, rezultati različitih istraživanja pokazuju da se glavni uzroci mortaliteta mogu umanjiti promjenom određenih zdravstvenih ponašanja ili životnog stila osobe (npr. prestanak pušenja, tjelovježba, odlaskom na redovite preventivne preglede i sl.) (Bermudez, 1999; Frosch, Dierker, Rose i Waldinger, 2009; Levy, Bales, Lam i Nikolayev, 2006; prema Kalebić Maglica, 2010) te time imati pozitivan učinak na kvalitetu života, odgađajući pojavu kroničnih bolesti i produžetak životnog vijeka osobe (Conner i Norman, 2005). S druge strane, postotak oboljelih osoba koje se ne pridržavaju savjeta i preporuka za liječenje izuzetno je velik što ukazuje na ograničenost pristupa usmjerenog na “uvjeravanje” ili “davanje savjeta”. Sve ovo ukazuje na potrebu za uključivanjem psiholoških spoznaja, metoda i tehnika u zdravstvenom radu kako bi se povećala efikasnost, čime područje zdravstvene psihologije dobiva na značaju (Havelka, 2002).

Na zdravstveno ponašanje utječu brojni čimbenici koje možemo svrstati u: *biološke čimbenike* (nasljedne osobine, spol, dob); *psihološke čimbenike* (crte ličnosti, sposobnosti, emocije, motivacija, stavovi, vjerovanja i dr.); *socio-kulturološke čimbenike* (društvene norme, sustav moralnih vrijednosti, nacionalna pripadnost, socioekonomski status, religijska pripadnost, stupanj gospodarske razvijenosti, dostupnost i razvijenost zdravstvene službe, sustavi zdravstvenog osiguranja i dr.); te *fizička okolina* (urbani ili ruralni okoliš, klimatske karakteristike, zagađenost okoliša i dr.) (Havelka, 2002). Ipak, najveći broj istraživanja usmjeren je na proučavanje psiholoških faktora u predviđanju zdravstvenog ponašanja, prvenstveno *perceptivno-kognitivnih* (znanje, opći stavovi o zdravlju, percepcija rizika i simptoma, percepcija ozbiljnosti bolesti, osjećaj kontrole: lokus kontrole i samoefikasnost i dr.) (Leventhal; 1985; prema Ayers i sur., 2007). Ono o čemu treba voditi računa, kako u istraživanjima tako i u praksi, je da pojedini od ovih čimbenika nikad na zdravstveno ponašanje ne djeluju samostalno i nepovezano, već su u uzajamnoj međuovisnosti, pa je zato vrlo teško predviđati, a posebice mijenjati pojedinu vrstu zdravstvenog ponašanja. Stoga, u predviđanju zdravstvenih ponašanja (kao npr. odlazak na preventivne preglede), osim bioloških i psiholoških odrednica, potrebno je uključiti i određene sociodemografske karakteristike. Istraživanja pokazuju da nas one mogu uputiti na zdravstveno korisne ili zdravstveno štetne psihološke procese. Primjerice, demografske varijable kao što su dob, spol, socioekonomski i etnički status, pokazuju značajnu

povezanost u izvedbi zdravstvenih ponašanja. U pravilu, mlađi, bogatiji, bolje obrazovani pojedinci, sa nižim razinama stresa te visokom razinom socijalne podrške će u većoj mjeri sudjelovati u zdravstveno poželjnom ponašanju (Taylor, 1991; prema Adler i Matthews, 1994). Ipak, sociodemografske varijable kao što su dob, socioekonomski status i razina obrazovanja, iako važne, u zdravstvenoj psihologiji uglavnom su još uvijek prilično zanemarene (Revenson, 1990; prema Kalebić Maglica, 2010).

Teorije zdravstvenog ponašanja

Kako bi se moglo što bolje predvidjeti, objasniti ili pokušati mijenjati zdravstveno ponašanje, razvijen je veći broj psihosocijalnih teorija i modela. U literaturi se najčešće spominju dvije glavne skupine modela. To su socijalno-kognitivni modeli (model uvjerenja vezanih uz zdravlje, teorija motivacije za zaštitom, teorija razložne akcije, teorija planiranog ponašanja) i modeli faza (model procesa usvajanja mjera opreza i transteorijski model promjene ponašanja) (Kalebić Maglica, 2010). Socijalno-kognitivni modeli koriste slične koncepte kao i modeli faza, međutim, navedeni se modeli razlikuju s obzirom na to kako organiziraju koncepte. Prema modelima faza promjena ponašanja uključuje kretanje kroz odvojene i kvalitativno različite faze, što nije slučaj za socijalno-kognitivne modele. Kod socijalno-kognitivnog pristupa, naglašava se važnost i međuovisnost osobnih i socijalnih odrednica ponašanja. Osnovna je pretpostavka ovog pristupa da će interakcija između socijalnog konteksta u kojem živimo i naših spoznajnih procesa uvjetovati i našu spremnost za promjenama ponašanja (Bandura, 1986; prema Kalebić Maglica, 2010). U istraživanju zdravstvenih ponašanja, najčešće istraživani su upravo socijalno-kognitivni modeli (Rutter i Quine, 2002; Conner i Norman, 2005; prema Ajers i sur., 2007), a kao najznačajniji prediktori zdravstvenog ponašanja pokazali su se: ponašajne namjere, očekivani ishodi ili stavovi, samoučinkovitost, vještine, ograničenja okoline, socijalne norme te emocije (Fishbein i sur., 2001; prema Ajers i sur., 2007).

Problem spomenutih modela u praksi je u tome što za svaki model postoje dokazi o značajnoj vjerojatnosti uspješne primjene, ali niti za jedan ne postoji jamstvo uspješnosti. Nadalje, osnovni problem s kojima se suočavaju svi oni koji žele otkriti kako uspješno promijeniti loše zdravstveno ponašanje i potaknuti protektivna zdravstvena ponašanja te tako poboljšati zdravlje ljudi, je problem neproporcionalnog odnosa između namjere za promjenama određenog ponašanja i stvarnih promjena ponašanja. Ipak, istraživanja daju zadovoljavajuću potporu zdravstvenim modelima u objašnjavanju namjere i zaštitnih zdravstvenih ponašanja, a navedeni modeli mogu se uspješno primijeniti na niz zdravstvenih ponašanja, npr. na preventivne

programe, slijedenje liječničkih uputa, programe mršavljenja i sl. (Ajzen, 1985; Bermudez, 1999; Janz, Champion i Strecher, 2002; prema Kalebić Maglica, 2010). Stoga možemo reći da modeli zdravstvenih ponašanja mogu poslužiti kao temelj u osmišljavanju preventivnih i promotivnih zdravstvenih programa, međutim, treba imati na umu da ni sami istraživači nisu složni oko mišljenja koji je teorijski okvir ili model najbolji te koje bi sve konstrukte trebalo obuhvatiti u istraživanju za predviđanje zdravstvenog ponašanja (Ajers i sur., 2007). Koji će od navedenih modela ili određene varijable iz modela istraživači uključiti u svoja istraživanja je stvar procjene istraživača, no pritom svakako treba voditi računa o prednostima i nedostacima pojedinih modela.

Zdravstveni lokus kontrole

Zdravstveni psiholozi već dugo vremena pokušavaju objasniti i razumjeti zašto pojedinac sudjeluje ili ne uspijeva sudjelovati u aktivnostima koje unapređuju njihovo zdravlje, ili pak ugrožavaju njihov zdravstveni status. Od svih vrlo kompleksnih psiholoških determinanti zdravstvenog ponašanja, najviše pažnje privukla su zdravstvena vjerovanja pojedinca, a osobito su proučavane kognicije koje se odnose na kontrolu nad vlastitim zdravljem te se *osobna kontrola* sve više prepoznaje kao središnji koncept u razumijevanju povezanosti između stresnih životnih iskustava, ponašanja i zdravlja (Wallston, 1989; prema Baum, Revenson i Singer, 2001).

Thomson (1981; prema Baum, Revenson i Singer, 2001) definira *osobnu kontrolu* kao vjerovanje osobe da ona sama odlučuje o svom ponašanju. Nadalje, *percipiran izvor kontrole* (što se obično koristi kao sinonim za osobnu kontrolu) je definiran kao vjerovanje osobe da ona sama određuje svoje unutrašnje stanje i ponašanje, utječe na vlastitu okolinu te donosi željene ishode (Wallston, Smith i Dobbins, 1987; prema prema Baum, Revenson i Singer, 2001). Većina autora pristupa konceptu percipiranog izvora kontrole kao skupu vjerovanja ili spoznaja koji utječu na stupanj u kojem ljudi misle da mogu utjecati na situaciju, bilo promjenom te situacije, promjenom njezinog značaja, ili pak regulacijom vlastitog ponašanja ili emocionalne reakcije. Istraživanja pokazuju da ljudi koji imaju osjećaj kontrole nad svojim životom te imaju mogućnost donošenja vlastite odluke po pitanju važnih aspekata u svom životu su zdraviji, i psihički i fizički, u odnosu na osobe koje imaju doživljaj da nemaju kontrolu nad svojim životom (Peterson i sur., 1988; Taylor, 1983; Taylor i Brown, 1988; prema Ajers, i sur., 2007). Stoga, bez obzira na dob, ljude je potrebno motivirati da sami uvježbavaju i stječu osobnu kontrolu (Schulz i Heckhausen, 1996; prema Ajers, i sur., 2007).

Budući da je percepcija kontrole nad vlastitim zdravljem (bez obzira da li su te percepcije točne ili ne) prepoznata kao ključna determinanta, kako za zdravstvena ponašanja tako i za zdravlje općenito (hoćemo li biti zdravi ili ne), sve se više počinje istraživati, a u radovima o povezanosti doživljaja osobne kontrole i zdravlja, obično se za mjeru osobne kontrole koriste vjerovanja o lokusu kontrole (Rodin i Salovey, 1992; prema Baum, Revenson i Singer, 2001).

Retrospektivno gledano, većina istraživanja koja su povezivala percipiranu kontrolu i zdravlje proizašlo je iz Rotterovog (1966; prema Baum, Revenson i Singer, 2001) konstrukta lokusa kontrole, jednog generalnog očekivanja unutar njegove teorije socijalnog učenja (Rotter, 1954, 1982; Rotter, Chance i Phares, 1972; prema Baum, Revenson i Singer, 2001). Naime, Rotter smatra da se ljudi razlikuju po sklonosti da događaje u svom životu percipiraju kao posljedice vlastitih akcija, odnosno kao posljedice nekih vanjskih faktora koji su izvan njihove kontrole. Drugim riječima, ljudi se razlikuju u stupnju u kojem vjeruju da imaju kontrolu nad vlastitim životom. Nadalje, autor smatra da je za razumijevanje ponašanja važno poznavati ne samo objektivnu prirodu situacije u kojoj se ponašanje događa, već i način na koji osoba tu situaciju percipira. Dakle, ono što možemo pretpostaviti je da ljudi, osim što se razlikuju po iskustvu, različito percipiraju veze između podražaja i potkrepljenja, ali i sličnosti među situacijama: dvije različite situacije jedna će osoba percipirati sličnima, dok druga neće, što će imati za posljedicu različitu generalizaciju. Kao rezultat toga neke će osobe svoje uspjehe i neuspjehe pretežno pripisivati vanjskim (eksternalnim), nekontrolabilnim faktorima kao što su npr. sreća, slučaj, sudbina ili moćni drugi, dok će druge pretežno pripisivati unutrašnjim (internalnim), kontrolabilnim faktorima kao što su vlastita ponašanja, odluke i namjere. Takva će se vjerovanja zatim odražavati na procjene subjektivne vjerojatnosti uspjeha i neuspjeha u cijelom nizu situacija, što će rezultirati i različitim ponašanjem u tim situacijama. Prema Rotteru, lokus kontrole je dihotomna varijabla (eksternalni nasuprot internalni), prema kojoj osobe s visokim internalnim lokusom kontrole imaju generalizirano očekivanje da potkrepljenja ili ishodi u velikoj mjeri ovise o njihovim vlastitim naporima. Te su osobe uvjerenе u vlastitu sposobnost kontrole nad svojim životnim događajima, što znači da će se osobe s internalnim lokusom kontrole aktivnije suočavati s novim situacijama budući da smatraju da svojim ponašanjem mogu utjecati na ishod. Drugi ekstrem čine osobe s visokim eksternalnim lokusom koje imaju generalizirano očekivanje da potkrepljenja ili ishodi u velikoj mjeri ovise o sreći, sudbini, slučajnosti i ostalim eksternalnim faktorima. Te se osobe osjećaju relativno bespomoćno u pogledu vlastitih životnih događaja jer vjeruju da oni nisu pod njihovom kontrolom, ali i teže će mijenjati svoje ponašanje budući da ne vjeruju da njime mogu utjecati na vjerojatnost željenog

ishoda. Internalni lokus kontrole obično se izjednačava sa visoko percipiranom kontrolom, dok eksternalni lokus kontrole se izjednačava sa nedostatkom kontrole.

Prvi instrument razvijen za mjerenje vjerovanja o lokusu kontrole je *Rotterova I - E skala* (1966; prema Sutton, Baum i Johnston, 2005), koja je prvenstveno usmjerena na pronalaženje razlike u vjerovanje u internalnu kontrolu nasuprot eksternalne kontrole. Skala I - E vrlo je brzo ušla u široku primjenu, u znanstvene i praktične svrhe kao individualna mjera u psihologiji, a Rotterova skala primjenjivana je na različite fenomene iz područja psihologije, a tako i na zdravlje. Međutim, osim što je ustanovljeno postojanje različitih vrsta eksternalnih vjerovanja, istraživanja su pokazala da vjerovanja o kontroli variraju ovisno o situaciji. Tako netko može imati internalan lokus kad je u pitanju karijera, a eksternalan kad je u pitanju privatni život (npr. emocionalne veze). Da bi se doskočilo niskoj prediktivnoj valjanosti globalne mjere lokusa kontrole, konstruiran je čitav niz situaciono specifičnih skala koje pokrivaju različite domene života kao što su npr. međuljudski odnosi, zdravlje, akademsko postignuće, posao, brak i dr.

Walston je 1973. godine postao zainteresiran za primjenu konstrukta lokusa kontrole u različitim domenama zdravlja pa razvija *Skalu zdravstvenog lokusa kontrole* (HLC; Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan i Maides, 1976; prema Baum, Revenson i Singer, 2001) te je u početku i ta skala bila smatrana unidimenzionalnom (kao i Rotterova skala). Ova skala bolje je predviđala zdravstvena ponašanja nego originalna *Rotterova I-E skala*, osobito kod onih osoba koje su bile dobrog zdravstvenog stanja. Međutim, nakon utvrđivanja multidimenzionalnosti skale I - E faktorskom analizom, konstrukt je dobio neke nove značajke. Levenson (1973; 1974; prema Baum, Revenson i Singer, 2001) je ukazala na to da su eksternalnost i internalnost dvije različite dimenzije (a ne suprotni polovi iste dimenzije), ali isto tako, navodi da je i dimenzija eksternalnosti također multidimenzionalna te razvija tri skale, I, P i C (P- značajni drugi; C- slučaj, sudbina; te I skala- internalnost). Daljnja istraživanja internalnosti - eksternalnosti potvrdila su pretpostavku o višedimenzionalnosti i od strane Wallstona. U svrhu mjerenja tog konstrukta te nastojanju da se poboljša predviđanje zdravstvenih ponašanja pojedinca konstruirano je više skala od kojih je najpoznatija i najčešće upotrebljavana *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLC; Wallston i sur., 1976; 1978; prema Krizmanić i Szabo, 1994). Ova skala namijenjena je za mjerenje percipiranog izvora kontrole zdravlja, a korištena je u preko 1000 studija u SAD-u i drugim zemljama. Osim Wallstonove skale za mjerenje percipiranog izvora kontrole koristi se još i skala koju su konstruirali Lau i Ware (1981; prema Krizmanić i Szabo, 1994), dok na našem području, primjenjuje se skala koju su konstruirali

Krizmanić i Szabo (1990; prema Krizmanić i Szabo, 1994). Navedene skale pokazale su određene, ne visoke korelacije sa zdravstvenim ponašanjem pojedinca u različitim situacijama.

Istraživanja zdravstvenog lokusa kontrole

Postoji velik interes za istraživanje odnosa između lokusa kontrole, zdravstvenih ponašanja, stavova te ishoda. Posljednjih desetljeća, veliki broj istraživanja povezivao je internalni lokus kontrole sa pozitivnim zdravstvenim vjerovanjima te zdravstvenim ponašanjima. Ipak, istraživanja nisu uvijek uspjela potvrditi ovu povezanost, no i dalje je široko prihvaćeno mišljenje da je zdravstveni lokus kontrole u značajnoj povezanosti s različitim oblicima zdravstvenog ponašanja te zdravstvenim ishodima (Ogden, 2007).

Provjeravanje Rotterovih hipoteza je pokazalo da su osobe s izraženim vjerovanjem u internalni lokus kontrole aktivnije u nastojanju da postignu kontrolu nad svojom okolinom, otpornije na socijalne utjecaje, općenito bolje prilagođene i manje anksiozne od osoba koje vjeruju u vanjski izvor kontrole (Phares, 1976; prema Krizmanić i Szabo, 1994). Nadalje, istraživanja u području psihološkog zdravlja pokazala su da je ekternalnost povezana s depresijom i anksioznošću (Lefcourt, 1976; Shatz, 2000; Hahn, 2000; prema Ogden, 2007), nižim samopoštovanjem, lošijom prilagodbom (Long, 1986; Lu & Wu, 1998; Day, 1999; Foltz, 2000; prema Ogden, 2007), poremećajima u prehrani (Williams, Chamove i Millar, 1990; prema Ogden, 2007), većom agresivnošću (Oesterman, 1999; prema Ogden, 2007), antisocijalnim ponašanjem kod adolescenata (Lengua, 2000; prema Ogden, 2007) te općenito nižom subjektivnom dobrobiti (Klonowicz, 2001; prema Ogden, 2007). S druge strane, internalni lokus kontrole značajno je povezan sa znanjem i traženjem informacija o bolesti (Seeman i Evans, 1962; prema Ogden, 2007), sposobnosti da prestanemo pušiti (Coan, 1973; prema Ogden, 2007), uspješnim provođenjem programa mršavljenja (Balch i Ross, 1975; prema Ogden, 2007), redovitim odlascima na zdravstvene preglede (Lewis, Morisky i Flynn, 1978; prema Ogden, 2007), učinkovitim korištenjem kontracepcije (MacDonald, 1970; prema Ogden, 2007), odlascima na preventivno cijepljenje (Dabbs i Kirscht, 1997; prema Ogden, 2007) te odlascima na redovite preglede kod zubara (Williams, 1972b; prema Ogden, 2007). Rezultati ovih istraživanja ukazuju nam na važnost lokusa kontrole za zdravlje što rezultira potrebom za razumijevanjem samog koncepta te kako nastaju zdravstvena vjerovanja o lokusu kontrole.

Istraživanja koja su se bavila proučavanjem determinanti koje utječu na nastanak vjerovanja u internalni lokus kontrole su pokazala da je internalni lokus kontrole povezan sa odgojnim stilom roditelja, i to autoritarnim roditeljima, koji pokazuju skrb i brigu za dijete, koji su topli u svom

odgojnom stilu, ali isto tako cijene i disciplinu (Rotter, 1975). Čini se da ovaj odgojni stil pruža najbolji primjer kako voditi računa o svom zdravlju od najranije dobi čime se kod djece potkrepljuju pozitivna vjerovanja, uključujući i zdravstvena. Nadalje, istraživanja djece školske dobi pokazala su da su zdravstvena vjerovanja također i pod utjecajem vršnjaka, nastavnika te medija, no, najveći utjecaj ima socio-ekonomski status. Istraživanja pokazuju da djeca iz obitelji prosječnog socioekonskog statusa češće imaju razvijen internalni lokus kontrole, u odnosu na djecu nižeg socioekonskog statusa te da je nastanak pozitivnih zdravstvenih navika u ranoj dobi učestaliji kod djece s visokim SES-om (Phares, 1976).

Prošla iskustva s bolesti i zdravljem također utječu na vjerovanja o lokusu kontrole. Primjerice, žene koje su u djetinjstvu imale brojna iskustava s bolesti te nesrećama, više su razvile eksternalni lokus kontrole nad svojim zdravljem (Tolar, 1978; prema Ogden, 2007), a slični nalazi o većoj eksternalnosti pronađeni su i za osobe koje boluju od epilepsije (osobito ako su ti napadi bili učestali te nekontrolabilni). Ipak, veća kontrola bolesti i mogućnost predviđanja napada više je povezana s razvojem internalnog lokusa kontrole (DeVellis, Wallston i Wallston, 1980). Osim toga, i samo promatranje teških bolesnika (osobito ako se radi o članovima obitelji ili bliskim osobama) također može utjecati na razvoj eksternalnog lokusa kontrole te da zdravstvena skrb i briga o sebi ne mogu puno pridonijeti zdravstvenom statusu osobe (Nisbett i Borgida, 1978).

Istraživanja preventivnih zdravstvenih ponašanja uglavnom potvrđuju da osobe koje imaju izražen internalni lokus kontrole te imaju povjerenja u zdravstveno osoblje (pridržavanje liječničkih uputa i dr.) će u pravilu najviše pokazivati prikladno zdravstveno ponašanje u zdravlju i bolesti te se bolje brinuti o sebi (Krizmanić i Szabo; 1994). Stoga, kako bi bolje osmislili aktivno uključivanje osoba u preventivne programe potrebno je ispitati koje su to determinate značajne za poticanje ovakvih poželjnih ponašanja, što je i primarni cilj ovog istraživanja. U cilju boljeg razumijevanja faktora značajnih za redovit odaziv na preventivne preglede, u ovom istraživanju, usmjerili smo se na populaciju žena te dva tipa preventivnih pregleda značajnih za očuvanje njihovog zdravlja: pregled grudi i Papa test.

Preventivni pregledi žena

Preventivni pregledi u zdravstvenoj zaštiti žena od velikog su značaja u očuvanju i unapređenju njihovog zdravlja. Žene čine oko polovicu cijele populacije u svijetu, a kao posebna skupina, češće obolijevaju od određenih vrsta zloćudnih bolesti i to prvenstveno raka dojke (26%), debelog crijeva (14%), tijela maternice (6%) te bronha i pluća (6%) (Ministarstvo zdravstva i

socijalne skrbi, 2011). Upravo zbog toga, populacija žena zahvaćena je preventivnim zdravstvenim programima u sklopu primarne zdravstvene zaštite kako bi se smanjila incidencija i mortalitet od raka (prvenstveno screening grlića maternice te screening grudi).

U Hrvatskoj je objavljen novi Nacionalni plan ranog otkrivanja raka vrata maternice i raka dojke (HZZJ, 2013) kojim se planiraju organizirani programi probira za populaciju žena. Osim ovakvih preventivnih programa, zdravstvena zaštita žena provodi se i kroz primarnu ginekološku praksu koji također imaju smjernice za praćenje zdravstvenih promjena žena, a naglasak je na redovitim kontinuiranim pregledima pacijentica, u prosjeku jednom godišnje. Prosječno, svaka žena posjeti ginekologa jednom u dvije i pol godine, što nije dovoljno redovito ako se uzme činjenica da bi svaka zdrava žena trebala posjetiti ginekologa barem jedan puta godišnje, uz ostale žene koje doista imaju određenu dijagnozu te preglede treba obavljati i češće.

Rak dojke danas je najčešći tumor u žena i jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u svijetu. Sukladno tome, prema podacima iz Registra za rak pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, rak dojke je i kod nas najčešći tip raka u žena. U Hrvatskoj od karcinoma dojke godišnje obolijeva oko 2,400 žena, a sama bolest vodeći je uzrok smrtnosti u ženskoj populaciji te godišnje odnosi oko 900 života (HZZJ, 2013).

Točni uzroci i mehanizmi nastanka same bolesti još uvijek se ne znaju u cijelosti. Poznati su jedino neki rizični čimbenici, primjerice: starija dob, rana pojava mjesečnice, rana menopauza, kasni prvi porođaj, mali broj rođene djece, hormoni, prehrana s mnogo masnoća, alkoholizam pušenje, pretilost, tjelesna neaktivnost, zračenje, stres, obiteljska anamneza raka (osobito majka i sestra) i dr. Budući da se na neke čimbenike ne može utjecati, jako je važno rano otkrivanje bolesti, a dijagnosticiranje karcinoma u početnom stadiju jamči izlječenje kod više od 90% žena. Vijeće Europe 2003. godine preporučilo je da se rano otkrivanje malignih bolesti provodi u okviru organiziranih programa ranog otkrivanja bolesti. Stoga je u zemljama gdje se već duže provode takvi programi (npr. Finska, Velika Britanija i Nizozemska), došlo do pada smrtnosti unatoč općem trendu porasta incidencije tog karcinoma (HZZJ, 2013).

U ranom otkrivanju raka dojke važne su tri preventivne mjere, i to: *samopregled dojki, klinički pregled dojki te mamografija*. Samopregled dojki je elementarna mjera u prevenciji raka dojke te je žene potrebno educirati kako ispravno, u vlastitom domu, obaviti ovaj pregled te koliko često, dok klinički pregled i mamografiju obavlja liječnik redovito za svakog pacijenta prema zadanim smjernicama. Iako postoje i druge, navedene preventivne mjere su najučinkovitije mjere za rano

otkrivane raka dojke, a najbolje rezultate daju ako ih se koristi redovito prema preporukama, i to kombinirano.

Kada govorimo o raku grlića maternice, posljednjih godina došlo je do porasta pobolijevanja, posebno kod mladih žena. Istraživanja pokazuju da je rak vrata maternice drugi najčešći oblik raka kod žena do 45-te godine i treći vodeći uzrok smrti od karcinoma (odmah iza dojke i pluća) kod žena diljem svijeta. Svake se godine dijagnosticira gotovo 500.000 novih slučajeva invazivnog raka vrata maternice, a više od 250.000 žena svake godine umire od ove bolesti. Prema podacima Registra za rak Republike Hrvatske u 2010. godini u Hrvatskoj su od invazivnog raka vrata maternice oboljele 323 žene, a neinvazivni rak otkriven je u još 702 žene. Glavni razlozi ovako velike incidencije same bolesti leže u širenju spolno prenosivih bolesti, prvenstveno infekcije humanim papiloma virusom (HPV). Virus uzrokuje promjene u stanicama epitela vrata maternice koje mogu završiti razvojem karcinoma, a osnovna metoda probira za rano otkrivanje bolesti je Papa-test. Glavni cilj probira za rak vrata maternice je pronaći promjene stanica vrata maternice u ranom stadiju kada se promjene lako odstranjuju, tako da ne dođe do razvoja bolesti budući da je liječenje uznapredovalog vrata maternice puno teže i manje uspješno, a organiziranim probirom za ovaj pregled pružamo najbolju zaštitu. Obuhvatni program probira populacije žena koje se podvrgavaju Papa-testu doveo je do značajnog smanjenja pojave invazivnog karcinoma vrata maternice, pa je u razvijenim zemljama s dobrim programom došlo do smanjenja smrtnosti i do 70%. U Hrvatskoj se godišnje napravi velik broj Papa-testova, no zbog nedostatka organiziranog programa ranog otkrivanja, mnogim se ženama Papa-test nepotrebno ponavlja, dok druge nikada ne pristupaju pregledu te od raka vrata maternice još uvijek umire više od 100 žena godišnje (HZZJ, 2013).

Istraživanja pokazuju da rano otkrivanje raka dojke te raka grlića maternice može značajno smanjiti stopu mortaliteta oboljelih od ovih bolesti, stoga bi glavni cilj programa probira trebao biti upravo rano otkrivanje bolesti, prije pojave simptoma bolesti. Ipak, istraživanja pokazuju da čak i nakon što su žene pozvane da dođu na preventivne preglede te nakon što ih se potiče na zdrave stilove života i samopreglede dojki, mnoge žene se i dalje ne pridržavaju ovih preporuka i ne ustraju u preventivnom zdravstvenom ponašanju. Broj oboljelih i umrlih žena ukazuje na potrebu jačanja programa kako primarne tako i sekundarne prevencije, pri čemu edukacija o načinima prevencije raka vrata maternice i raka dojke predstavlja jednu od prioritarnih javnozdravstvenih akcija (HZZJ, 2013).

Redoviti odlazak na preventivne preglede, kao oblik pozitivnog zdravstvenog ponašanja u svojoj osnovi vrlo je složeno ponašanje te ovisi o brojnim biološkim, psihološkim, ali i socijalnim čimbenicima, stoga je potreban cjelovit pristup kako bi se postigli što bolji rezultati javnozdravstvenih preventivnih programa čime bi se u konačnici ostvario i primarni cilj, a to je opće poboljšanje zdravstvenog stanja žena.

CILJ ISTRAŽIVANJA

U ovom istraživanju temeljni je cilj, na uzorku žena, provjeriti povezanost između zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnog zdravstvenog ponašanja te njihovih sociodemografskih varijabli.

Problemi

1. Ispitati zdravstveni lokus kontrole žena i utvrditi postoje li razlike među njima obzirom na poduzimanje preventivnih zdravstvenih ponašanja (obavljanje preventivnih pregleda).
2. Ispitati postoji li povezanost između dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja žena i nekih sociodemografskih karakteristika.
3. Ispitati kakav je doprinos zdravstvenog lokusa kontrole i nekih sociodemografskih varijabli u predviđanju preventivnih zdravstvenih ponašanja žena.

Hipoteze

H1. Postoje razlike u zdravstvenom lokusu kontrole žena obzirom na poduzimanje preventivnih zdravstvenih ponašanja (obavljanje preventivnih pregleda).

Žene koje redovito odlaze na preventivne zdravstvene preglede (pregled grudi i Papa test) će imati izraženiji internalni lokus kontrole (sebi pripisuju odgovornost za svoje zdravlje) te će imati više povjerenja u liječnike i medicinsko osoblje (dimenzija „važni drugi“), a manje će vjerovati da su ekstrenalni čimbenici odlučujući za njihovo zdravlje (sudbina, slučaj, ...).

H2. Postoji povezanost između zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja i sociodemografskih karakteristika.

Na temelju dosadašnjih istraživanja moglo bi se očekivati da su preventivna zdravstvena ponašanja žena pozitivno povezana sa dimenzijom internalnog lokusa kontrole (skala I) te dimenzijom „važni drugi“ (skala Evd), te negativno povezana sa dimenzijama „slučaj, sudbina“

(skala Es) i „okolnosti“ (skala Eo). Internalni zdravstveni lokus kontrole te preventivna zdravstvena ponašanja (obavljanje preventivnih pregleda) pozitivno su povezani sa višim stupnjem obrazovanja te višim socioekonomskim statusom. Za ostale sociodemografske varijable nema određenih očekivanja budući da su rezultati dosadašnjih istraživanja bili nejednoznačni.

H3. Pojedine dimenzije zdravstvenog lokusa kontrole i neke sociodemografske varijable pokazat će se značajnim prediktorima preventivnog zdravstvenog ponašanja žena.

METODA

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 170 sudionica, raspona dobi od 25 do 64 godine starosti, s prosječnom dobi $M = 40,06$ ($SD = 11,052$).

Mjerni instrumenti

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći mjerni instrumenti:

1. Sociodemografsko-zdravstveni upitnik

Upitnik je konstruiran za potrebe ovog istraživanja, a sadrži pitanja o nekim osobnim podacima sudionika (dob, mjesto življenja, stupanj obrazovanja, radni status, procjenu materijalnog statusa) te pitanja vezana uz zdravstvena ponašanja (odlazak na preventivni pregled grudi i Papa test).

2. Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90; Krizmanić i Szabo, 1994)

Upitnik je namijenjen za ispitivanje vjerovanja o osobnom zdravlju tj. percipiranog izvora kontrole zdravlja te faktora koji na njega utječu, u svrhu predviđanja zdravstvenog ponašanja. Upitnik je prilagođen našoj populaciji i sadrži četiri skale. Tri skale ispituju vjerovanja pojedinca o vanjskim čimbenicima koji utječu na zdravlje a to su: 1) utjecaj za pojedinca važnih drugih osoba (Evd skala); 2) djelovanje slučaja, sudbine, Boga (Es skala); te 3) utjecaj okolnosti (Eo skala). Četvrta skala ispituje vjerovanja o osobnim (internalnim) čimbenicima o kojima ovisi zdravlje pojedinca (I skala). Upitnik sadrži 32 pitanja (svaka skala po osam pitanja). Uz svako pitanje predložena su 4 odgovora koja upućuju na različit stupanj vjerovanja pri čemu odgovor „uopće ne vjerujem“ nosi 1 bod, odgovor „uglavnom ne vjerujem“ 2 boda, „uglavnom vjerujem“ 3 boda, dok odgovor „u potpunosti vjerujem“ nosi 4 boda. Svaka skala boduje se posebno te se i

konačan rezultat tako interpretira tj. kao izraženost unutarnjih čimbenika (I skala) i vanjskih čimbenika (Skala Evd, Skala Eo, Skala Es). Ocjenjivanje odgovora je objektivno i kvantitativno. Autori skale provjerili su pouzdanost ZLK-90 upitnika na osnovu alfa indeksa unutarnje konzistencije za svaku pojedinu skalu, te su dobiveni sljedeći indeksi pouzdanosti: I skala = 0,543; Evd skala = 0,568; Es skala = 0,583 te Eo skala = 0,692. Autori navode da umjereno visoke ili umjereno niske vrijednosti alfa indeksa mogu biti posljedica relativno malog broja ispitanika ($N = 141$), relativno malog broja pitanja u pojedinačnim skalama (8 pitanja) ili obojeg. Nadalje, umjereno visoke ili umjereno niske vrijednosti alfa indeksa u skladu su s višestrukom faktorskom strukturom pojedinačnih skala (kako bi se česticama zahvatilo što više unutarnjih i vanjskih čimbenika za koje pojedinac vjeruje da utječe na njegovo zdravlje) te autori skale ističu preporuku o kvalitativnoj analizi upitnika (Krizmanić i Szabo, 1994). U ovom istraživanju pouzdanost pojedinih skala (Cronbach alfa koeficijenti unutarnje konzistencije) iznosi: I skala = 0,656; Skala Evd = 0,541; Skala Es = 0,639; Skala Eo = 0,669.

Postupak

Za ovo istraživanje podaci su prikupljeni tijekom kolovoza, rujna i listopada 2012. godine. Ispitivanje je provedeno individualno, u prostorijama Udruge žena „Sloga“ iz Ernestinova tijekom zajedničkih okupljanja na radionicama i s drugim udrugama žena u Slavoniji te u čekaonici ginekološke ambulante primarne zdravstvene zaštite u sklopu Doma zdravlja Osijek. Na samom početku, sudionice su zamoljene za sudjelovanje u istraživanju te ih je istraživač kratko upoznao s ciljem istraživanja, objasnio da se istraživanje provodi za potrebe diplomskog rada te da je ono dragovoljno i anonimno. Pritom je sudionicama naglašeno da u svakom trenutku mogu odustati od istraživanja ako se za tim ukaže potreba. Nakon toga, svakoj sudionici pročitana je ista uputa za ispunjavanje instrumenata, a tek tada sudionice bi krenule sa ispunjavanjem. Sve sudionice ispunjavale su upitnike istim redoslijedom i to prvo *Sociodemografsko-zdravstveni upitnik*, a zatim *Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90)*. Ispunjavanje upitnika u prosjeku je trajalo 15 minuta po sudionici. Svi podaci prikupljeni ovim istraživanjem koristit će se isključivo u svrhu ovoga istraživanja.

REZULTATI

Normalitet distribucija

Prije početka analize podataka provjeren je normalitet distribucija na upitniku ZLK-90 za sve četiri skale. U tu svrhu korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test normaliteta distribucije. Budući da se Kolmogorov-Smirnovljev Z za distribucije rezultata nisu pokazali statistički značajnim (Z_I skala = 1,103, $p(0,175) > 0,05$; Z_{Evd} skala = 1,240, $p(0,092) > 0,05$; Z_{Es} skala = 1,129; $p(0,156) > 0,05$; Z_{Eo} skala = 0,933, $p(0,348) > 0,05$), zadovoljeni su uvjeti za korištenje parametrijskih postupaka obrade podataka. U skladu s tim, u svrhu provjere hipoteza koristit će se t -test za velike nezavisne uzorke, Pearsonov koeficijent korelacije i regresijska analiza.

Sociodemografsko-zdravstveni podaci sudionika

Tablica 1. Broj i postotak sudionika za sociodemografsko-zdravstvene varijable
($N= 170$)

Varijabla		<i>N</i>	%
Mjesto boravka	Grad	102	60
	Selo	68	40
Radni status	Zaposlena	114	67,1
	Nezaposlena	56	32,9
Materijalni status	puno ispod prosjeka	11	6,5
	Nešto ispod prosjeka	25	14,7
	Prosječan	108	63,5
	Nešto iznad prosjeka	25	14,7
	Puno iznad prosjeka	1	0,6
Stupanj obrazovanja	Osnovna škola ili manje (OŠ)	10	5,9
	Srednja stručna sprema (SSS)	95	55,8
	Viša stručna sprema (VŠS)	21	12,4
	Visoka školska sprema (VSS)	44	25,9
Preventivan pregled (grudi)	Redoviti	54	31,8
	Neredoviti	116	68,2
Preventivan pregled (Papa test)	Redoviti	103	60,6
	Neredoviti	67	39,4

U istraživanju je sudjelovalo 170 sudionika ženskog spola, raspona dobi od 25 do 64 godine, s prosječnom dobi $M = 40,06$ godina ($SD = 11,052$). Kao što je vidljivo u tablici 1, 60% sudionika

živi u gradu, dok 40% sudionika živi na selu. 67,1% sudionika je zaposleno, a 32,9% sudionika je nezaposleno. Po pitanju materijalnog statusa, najveći broj sudionika se izjasnilo kao prosječnog materijalnog statusa (63,5%), dok se 14,7% izjasnilo kao nešto iznad te nešto ispod prosjeka. Prema stupnju obrazovanja, najveći broj sudionika završilo je srednju školu 52,3%. Nadalje, sudionici su podijeljeni u dvije skupine s obzirom na redovitost/neredovitost odlaska na preventivne preglede i to posebno za pregled grudi i posebno za Papa test. Od navedenog uzorka, 31,8% sudionika ide redovito na preventivne preglede grudi, dok 68,2% sudionika ne ide redovito na ovaj tip preventivnog pregleda. S druge strane, 60,6% sudionika ide redovito na Papa-test, dok svega 39,4% ne ide redovito.

Percipirani izvor kontrole zdravlja

U tablici 2 prikazani su osnovni statistički pokazatelji (aritmetička sredina, standardna devijacija, centralna vrijednost, minimum i maksimum) za zdravstveni lokus kontrole svih sudionika obzirom na pojedine skale.

Tablica 2. Deskriptivna statistika rezultata za četiri skale upitnika zdravstvenog lokusa kontrole svih sudionika ($N = 170$)

<i>Skala</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
I skala	24,81	2,825	17	31
Skala Evd	19,75	2,754	12	27
Skala Es	16,74	3,394	8	26
Skala Eo	20,69	3,432	12	29

Legenda: *Skala*- skale na upitniku ZLK-90, *M*-aritmetička sredina, *SD*-standardna devijacija, *Min*-najmanji postignut rezultat, *Max*-najveći postignut rezultat

Usporedbom prosječnih rezultata na skalama upitnika zdravstvenog lokusa kontrole, uočava se da naš uzorak žena ima najviše izražen internalni lokus kontrole ($M = 24,81$; $SD = 2,825$) te je u ovoj skali ujedno postignut i najmanji raspon rezultata (od 17 do 31) i najveći rezultat ($Max = 31$), koji je samo za jedan bod manji od maksimalno mogućeg (teorijski raspon rezultata za sve skale kreće se od 8 do 32 boda). Što se tiče eksternalnog lokusa kontrole, žene u prosjeku pridaju podjednaku važnost utjecaja „važnih drugih osoba“ ($M = 19,75$; $SD = 2,754$) i „okolnosti“ ($M = 20,69$; $SD = 3,432$) po pitanju zdravlja, a najmanje vjeruju u utjecaj čimbenika poput slučaja i sudbine ($M = 16,74$; $SD = 3,394$). Osim toga, u Skali Es postignut i najmanji rezultat ($Min = 8$;

ujedno i najmanji mogući rezultat) te najveći raspon rezultata (od 8 do 26) što ukazuje na velike individualne razlike.

Razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na obavljanje preventivnih pregleda

Kako bi provjerali prvu hipotezu testirane su razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na dvije vrste preventivnih pregleda: preventivan pregled grudi i Papa test.

a) Preventivan pregled grudi

Kako bi provjerali razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na obavljanje preventivnog pregleda grudi, usporedili smo procjene sudionica koji su redovito obavljale ovaj pregled u odnosu na one koje su to činile neredovito. Rezultati su prikazani u tablici 3.

Tablica 3. Usporedba zdravstvenog lokusa kontrole žena obzirom na obavljanje preventivnog pregleda grudi

Skale	Redoviti pregledi			Neredoviti pregledi			<i>t</i> -test	<i>ss</i>	<i>p</i>
	<i>N1</i>	<i>M1</i>	<i>SD1</i>	<i>N2</i>	<i>M2</i>	<i>SD2</i>			
I skala	54	25,15	2,688	116	24,65	2,884	0,87	168	0,38
Skala Evd	54	19,54	2,337	116	19,84	2,933	-0,68	168	0,50
Skala Es	54	16,39	2,955	116	16,90	3,581	-0,91	168	0,37
Skala Eo	54	21,26	3,275	116	20,43	3,485	1,47	168	0,14

Legenda: *Skale*- skale na upitniku ZLK-90; redoviti pregledi- *N1*, *M1* i *SD1* žena koje su redovito odlazile na pregled grudi; neredoviti pregledi- *N2*, *M2* i *SD2* žena koje su neredovito odlazile na pregled grudi; *t*- *t* test; *ss*- stupnjevi slobode, *p*- značajnost

Iz tablice 3 vidljivo je da nije potvrđena statistički značajna razlika niti na jednoj skali Upitnika za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja između ispitanica koje su redovito odlazile na preventivne preglede grudi u odnosu na one koje su to činile neredovito. Ove dvije skupine žena imaju slična vjerovanja o zdravstvenom lokusu kontrole, čime prva hipoteza, za preventivan pregled grudi, nije potvrđena. Ipak, iako razlike u lokusu kontrole nisu značajne, gledajući prosječne vrijednosti uočava se da žene koje idu redovito na preventivan pregled grudi imaju nešto izraženiji internalni lokus kontrole ($M_{1/I\text{Skala}} = 25,15$; $SD_{1/I\text{Skala}} = 2,688$) od onih koji ne idu redovito ($M_{2/I\text{Skala}} = 24,65$; $SD_{2/I\text{Skala}} = 2,884$), ali isto tako slabije vjeruju u čimbenike poput slučaja, sudbine ($M_{\text{redoviti}/\text{SkalaEs}} = 16,39$; $SD_{\text{redoviti}/\text{SkalaEs}} = 2,955$; $M_{\text{neredoviti}/\text{SkalaEs}} = 16,90$, $SD_{\text{neredoviti}/\text{SkalaEs}} = 3,581$) te utjecaja važnih drugih na zdravlje ($M_{\text{redoviti}/\text{SkalaVd}} = 19,54$, $SD_{\text{redoviti}/\text{SkalaVd}} = 2,337$; $M_{\text{neredoviti}/\text{SkalaVd}} = 19,84$, $SD_{\text{neredoviti}/\text{SkalaVd}} = 2,933$), što je u skladu s očekivanjima. Obje skupine sudionika procjenjuju okolinske faktore nešto značajnijim za

zdravlje od očekivanog ($M_{redoviti/SkalaEo} = 21,26$, $SD_{redoviti/Skala Eo} = 3,275$; $M_{neredoviti/Skala Eo} = 20,43$, $SD_{neredoviti/Skala Eo} = 3,485$).

b) preventivan pregled Papa test

Kako bi provjerili razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na obavljanje preventivnog pregleda Papa test usporedili smo procjene ispitanica koje su redovito obavljale ovaj oblik pregleda u odnosu na one koje su to činile neredovito.

Tablica 4. Usporedba zdravstvenog lokusa kontrole žena obzirom na obavljanje preventivnog pregleda Papa test

Skale	Redoviti pregledi			Neredoviti pregledi			<i>t</i> -test	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>N1</i>	<i>M1</i>	<i>SD1</i>	<i>N2</i>	<i>M2</i>	<i>SD2</i>			
I skala	103	25,20	2,677	67	24,19	2,955	1,91	168	0,06
Skala Evd	103	19,68	2,319	67	19,85	3,331	-0,40	168	0,69
Skala Es	103	15,88	3,231	67	18,04	3,240	-4,26	168	0,00**
Skala Eo	103	20,07	3,141	67	21,66	3,654	-3,02	168	0,00**

**Statistička značajnost uz rizik manji od 1% ($p < 0,01$)

Legenda: *Skale*- skale na upitniku ZLK-90; redoviti pregledi- *N1*, *M1* i *SD1* žena koje su redovito odlazile na Papa test; neredoviti pregledi- *N2*, *M2* i *SD2* žena koje su neredovito odlazile na Papa test; *t*- *t* test; *ss*- stupnjevi slobode, *p*- značajnost

Kao što je vidljivo iz tablice 4, za preventivan pregled Papa test je dobivena statistički značajna razlika na razini manjoj od 1% u percipiranom izvoru kontrole zdravlja za dvije skale: Skale slučaj, sudbina ($t(168) = -4,26$; $p < 0,01$) i Skale okolnosti ($t(168) = -3,02$; $p < 0,01$) između sudionica koje su redovito odlazile na Papa test u odnosu na one koje su to činile neredovito. Sudionice koje idu neredovito na Papa test se značajno razlikuju u eksternalnom zdravstvenom lokusu kontrole, odnosno u većoj mjeri vjeruju da je njihovo zdravlje pod utjecajem slučajnih ili sudbinskih faktora ($M_{2/SkalaEs} = 18,04$; $SD_{2/Skala Es} = 3,240$), te okolinskih faktora ($M_{2/Skala Eo} = 21,66$; $SD_{2/SkalaEo} = 3,654$), u odnosu na žene koje idu redovito. Iako se prema hipotezi očekivala značajna razlika i u internalnom lokusu kontrole, ova razlika nije potvrđena. Ipak, iz prosječnih vrijednosti I Skale vidljivo je da je internalni lokus kontrole veći kod žena koje redovito odlaze na preglede ($M_{1/I skala} = 25,20$; $SD_{1/I skala} = 2,677$) u odnosu na žene koje odlaze neredovito ($M_{2/I skala} = 24,19$; $SD_{2/I skala} = 2,955$).

Zaključno možemo reći da je prva hipoteza (za dva tipa pregleda) djelomično potvrđena, i to za preventivan pregled Papa test, dok za pregled grudi nije potvrđena značajna razlika u lokusu kontrole za ove dvije skupine žena (redoviti/neredoviti).

Povezanost zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja i sociodemografskih karakteristika

Kako bi provjerili povezanost zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja i sociodemografskih karakteristika izračunali smo Pearsonov koeficijent korelacije (point-biserijalni koeficijent korelacije za dihotomne varijable- preventivni pregledi izraženi kao 1- redoviti i 2- neredoviti) između skala zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih pregleda (pregleda grudi i Papa testa) te razine obrazovanja, materijalnog statusa i dobi ispitanika. Rezultati su navedeni u tablici 5.

Tablica 5. Interkorelacije skala zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih pregleda- pregleda grudi i Papa testa, te razine obrazovanja, materijalnog statusa i dobi za cjelokupni uzorak ($N= 170$)

	Pregl. grudi	Papa test	I skala	Skala Evd	Skala Es	Skala Eo	Obrazovanje	Mat. status	Dob
Pregled grudi	-	0,27**	-0,07	0,05	0,07	-0,11	-0,17*	-0,16	-0,29**
Papa test		-	-0,15	0,03	0,31**	0,23**	-0,30**	-0,29**	0,06
I skala			-	0,18*	-0,25**	-0,00	0,18*	0,02	-0,05
Skala Evd				-	0,22**	0,20*	-0,10	-0,06	-0,02
Skala Es					-	0,40**	-0,41**	-0,18*	0,20**
Skala Eo						-	-0,12	-0,09	0,18*
Obrazovanje							-	0,35**	-0,29**
Materijalni status								-	-0,06
Dob									-

** Statistička značajnost uz rizik manji od 1% ($p < 0,01$)

* Statistička značajnost uz rizik manji od 5% ($p < 0,05$)

Iz tablice 5 možemo uočiti da je postavljena hipoteza djelomično potvrđena, a dobivene značajne korelacije kreću se uglavnom oko vrlo slabe povezanosti sve do umjerene povezanosti između varijabli lokusa kontrole, preventivnih pregleda te sociodemografskih varijabli. Najveća povezanost (i to negativna) pronađena je između skale slučaj, sudbina i obrazovanja ($r = -0,41$; $p < 0,01$) što sugerira da žene višeg stupnja obrazovanja manje vjeruju da je njihovo zdravlje

posljedica slučaja, sudbine. Isto tako, žene koje svoje zdravlje više pripisuju čimbenicima poput slučaja, sudbine također više vjeruju da će njihovo zdravlje u znatnoj mjeri ovisiti i o okolinskim čimbenicima ($r = 0,40$; $p < 0,01$) što je karakteristično za ekstermalno percipirani izvor zdravlja. Ovi nalazi u skladu su s očekivanjima.

Za preventivan pregled grudi nije pronađena statistička značajna povezanost niti s jednom skalom ZLK-90 upitnika, dok je pronađena statistički značajna povezanost sa sociodemografskim varijablama. Naime, obrazovanije žene ($r_{pb} = -0,17$; $p < 0,05$), višeg materijalnog statusa ($r_{pb} = -0,16$; $p < 0,05$) idu redovitije na preglede u odnosu na žene lošijeg materijalnog statusa i obrazovanja. Pronađena je i statistički značajna povezanost sa dobi ($r_{pb} = -0,17$; $p < 0,01$), odnosno starije žene idu redovitije na pregled grudi.

Za preventivan pregled Papa test pronađena je statistička značajna povezanost i sa ZLK-90 upitnikom i sa sociodemografskim varijablama. Žene koje ne idu redovito na Papa test imaju izraženiji ekstermalni zdravstveni lokus kontrole ($r_{pbSkalaEs} = 0,31$; $p < 0,01$, $r_{pbSkalaEo} = 0,23$; $p < 0,01$) u odnosu na žene koje idu redovito. Iako nije potvrđena statistički značajna povezanost između internalnog lokusa kontrole i redovitog odlaska na Papa test, iz rezultata u tablici 5 možemo uočiti pozitivnu povezanost između ove dvije varijable ($r_{pb} = -0,15$; $p > 0,05$). Nadalje, po pitanju sociodemografskih varijabli, obrazovaniji ($r_{pb} = -0,30$; $p < 0,01$) i boljeg materijalnog statusa ($r_{pb} = -0,29$; $p < 0,01$) redovitije idu na pregled Papa test.

Internalni lokus kontrole je statistički značajno povezan sa stupnjem obrazovanja ($r = 0,18$; $p < 0,05$), dok sa pregledom grudi i Papa testom nisu dobivene značajne korelacije iako postoji povezanost u očekivanom smjeru, tj. žene izraženijeg internalnog lokusa kontrole češće idu na preventivne preglede grudi ($r = -0,07$; $p > 0,05$) i Papa test ($r = -0,15$; $p > 0,05$).

Predikcija preventivnih zdravstvenih pregleda grudi i Papa testa temeljem dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole i nekih sociodemografskih varijabli

Kako bi provjerili treću hipotezu te utvrdili kakav je doprinos zdravstvenog lokusa kontrole i sociodemografskih varijabli u predikciji odlaska na redoviti pregled grudi te na Papa test koristili smo binarnu logističku regresiju pri čemu su prediktorske varijable bile skale zdravstvenog lokusa kontrole, stupanj obrazovanja, materijalni status i dob, a kriterijska varijabla, dihotomna varijabla redovitog/neredovitog obavljanja preventivnih pregleda:

a) Preventivni pregled grudi

U tablicama 6 i 7 prikazani su rezultati binarne regresijske analize za preventivan pregled grudi.

Tablica 6. Rezultati binarne regresijske analize

Pseud R ² (Nagelkerke)	Hi kvadrat test	ss	p
0,094	11,76	7	0,07

Tablica 7. Nestandardizirani Beta ponderi korištenih nezavisnih varijabli

Prediktorske varijable	Nestandardizirani Beta ponderi	Waldov test značajnosti	ss	p
I skala	0,97	0,34	1	0,56
Skala Evd	1,06	0,79	1	0,37
Skala Es	1,02	0,12	1	0,73
Skala Eo	0,90	3,89	1	0,05
Obrazovanje	0,76	1,84	1	0,18
Materijalni status	0,68	2,12	1	0,15
Dob	1,04	2,74	1	0,43

Iz tablice 7 vidljivo je da po pitanju preventivnog pregleda grudi, nije potvrđena statistički značajna prediktivna vrijednost postavljenog modela, odnosno niti za jednu od korištenih prediktorskih varijabli nije potvrđen statistički značajan doprinos u predikciji redovitog odlaska na pregled grudi.

b) Preventivni pregled Papa test

Rezultati binarne regresijske analize za preventivni pregled Papa test su navedeni u tablicama 8 i 9. Kako je vidljivo iz tablice 9, potvrđen je statistički značajan doprinos modela objašnjenju zavisne varijable, odnosno predikciji redovitog odlaska na Papa test (Pseudo R² = 0,256; ss = 7; p < 0,05). Jedina prediktorska varijabla koja je potvrđena kao statistički značajan prediktor je materijalni status (nestandardizirani beta ponder = 0,49; ss = 1; p < 0,05), odnosno potvrđeno je kako će žene višeg materijalnog statusa redovitije odlaziti na ovaj tip preventivnog pregleda.

Tablica 8. Rezultati binarne regresijske analize

Pseud R ² (Nagelkerke)	Hi kvadrat test	ss	p
0,256	35,64	7	0,00

Tablica 9. Nestandardizirani beta ponderi korištenih prediktorskih varijabli

Prediktorske varijable	Nestandardizirani Beta ponderi	Waldov test značajnosti	ss	p
I skala	0,94	0,88	1	0,35
Skala Evd	0,96	0,79	1	0,55
Skala Es	1,13	0,12	1	0,08
Skala Eo	1,10	3,89	1	0,10
Obrazovanje	0,68	1,84	1	0,08
Materijalni status	0,49	2,12	1	0,01*
Dob	0,51	2,08	1	0,07

* Statistička značajnost uz rizik manji od 5% ($p < 0,05$)

Uvidom u rezultate iz tablica 7 i 9 možemo reći da je postavljena hipoteza za oba tipa preventivnih pregleda potvrđena tek u manjoj mjeri, i to samo za preventivan pregled Papa test.

RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih ponašanja te sociodemografskih varijabli kod žena. Kako bi se odgovorilo na ova pitanja prikupljeni su podaci o zdravstvenom lokusu kontrole te podaci značajni za preventivan pregled grudi i Papa test.

Kako bi ispitali zdravstveni lokus kontrole žena, izračunate su prosječne vrijednosti rezultata za pojedine skale ZLK-90 upitnika. Iz rezultata u tablici 2 možemo vidjeti da naš uzorak žena ($N = 170$) ima u prosjeku izraženiji internalni zdravstveni lokus kontrole ($M_{I\ Skala} = 24,81$; $SD_{I\ Skala} = 2,825$), dok je eksternalni lokus kontrole nešto slabije izražen. Žene najslabije vjeruju u utjecaj eksternalnih faktora poput slučaja ili sudbine ($M_{Skala\ Es} = 16,74$; $SD_{Skala\ Es} = 3,394$) na njihovo zdravlje, dok za faktore okoline ($M_{Skala\ Eo} = 20,69$; $SD_{Skala\ Eo} = 3,432$) te utjecaja važnih drugih ($M_{Skala\ Evd} = 19,75$; $SD_{Skala\ Evd} = 2,754$) izražavaju podjednaku umjerenu važnost. Slične podatke na našoj populaciji dobili su Krizmanić i Szabo (1994) na uzorku od $N = 141$ zdravih odraslih osoba (muškaraca i žena), pri čemu nisu pronađene razlike u zdravstvenom lokusu kontrole s obzirom na spol, tako da je moguće cjelokupan uzorak usporediti s našim uzorkom. Krizmanić i Szabo (1994) navode kako veća izraženost internalnog lokusa kontrole u odnosu na eksternalni, u njihovom istraživanju, može biti posljedica uglavnom visokoobrazovane populacije (uzorak su

činili većim dijelom studenti te višeobrazovani, dok je samo dvije osobe imalo završenu osnovnu školu). Sličan slučaj je s našim uzorkom gdje se samo oko 6% ($n = 10$) sudionika izjasnilo da je završilo osnovnu školu ili manje (tablica 1).

Provjerom prve hipoteze ovog istraživanja nastojalo se utvrditi postoje li statistički značajne razlike u zdravstvenom lokusu kontrole žena obzirom na obavljanje dvije vrste preventivnih pregleda: pregleda grudi te Papa testa.

Iz tablice 3 možemo uočiti da za preventivan pregled grudi prva hipoteza nije potvrđena, odnosno nema razlike u zdravstvenom lokusu kontrole između ispitanica koje su redovito odlazile na preventivne preglede grudi u odnosu na one koje su to činile neredovito (nije pronađena statistička značajna razlika niti za jednu skalu ZLK-90 upitnika). Ovi nalazi nisu u skladu s očekivanjima, budući da istraživanja preventivnih zdravstvenih ponašanja uglavnom potvrđuju da osobe koje aktivno brinu o svom zdravlju u pravilu imaju izraženiji internalni lokus kontrole, ali isto tako uvažavaju mišljenje liječnika i medicinskog osoblja (Brown, 1999; Krizmanić i Szabo, 1994). U našem slučaju, obje skupine imaju izraženiji internalni lokus kontrole ($M_{Skala\ I/redoviti} = 25,20$; $SD_{Skala\ I/redoviti} = 2,677$; $M_{skala\ I/neredoviti} = 24,19$; $SD_{skala\ I/neredoviti} = 2,955$) premda većina sudinica ne ide redovito na ovaj tip pregleda ($N_{neredoviti} = 116$). Dobiveni rezultati mogu ukazivati na loše odabrane mjere za procjenu preventivnog ponašanja odlaska na pregled grudi. Naime, preventivan liječnički pregled grudi kompleksna je mjera koja obuhvaća više preventivnih postupaka (klinički pregled grudi, ultrazvuk grudi i mamografiju), a činjenica je da se u sklopu primarne zdravstvene zaštite žena uglavnom dobiva poziv samo za mamografiju (što je indikativno samo za žene u dobi od 38 godina pa nadalje) dok se smjernice za klinički pregled grudi uglavnom zanemaruju (osim ako postoje indikacije za pregled, npr. obiteljska anamneza raka), iako postoji preporuka zdravstva da se ovaj tip pregleda provodi jednom godišnje od 20-te godine pa do kraja života. Čini se kako je, u ovom istraživanju, mjerom za pregled grudi obuhvaćan najvećim dijelom samo mamografski pregled te skupina žena u rasponu dobi od 38 do 64 godine, budući da se klinički pregled uglavnom rijetko u praksi provodi. Stoga, možemo reći kako preventivan pregled grudi u ranijoj dobi (do 38. godine) ne ovisi samo o pacijentu, već i o praksi odabranog liječnika primarne ginekološke zdravstvene zaštite. Ovo nam ukazuje na potrebu budućih istraživanja za boljom kontrolom mjera preventivnog pregleda grudi te varijable dobi kako bi dobili bolji uvid u zdravstveni lokus kontrole obzirom na odaziv na preventivan pregled grudi (npr. usmjeravanjem na specifičan pregled, tj. posebno na mamografiju te posebno na klinički pregled). Isto tako, ukazano je i na propust u zdravstvenoj zaštiti tj. na nedostatak rutinskih pregleda grudi i u ranijoj dobi. Nadalje,

moгуće objašnjenje statističke neznačajnosti dobivenih rezultata može proizlaziti iz neujednačenost veličine subuzorka žena koje idu redovito na preglede grudi ($n = 54$) u odnosu na one koje ne idu redovito ($n = 116$) (vidi tablicu 3). U literaturi također možemo pronaći neka objašnjenja slabog odaziva na preventivne preglede. Primjerice, slabiji odaziv žena na preventivan pregled grudi može biti posljedica straha od otkrivanja da su možda potencijalno ozbiljno bolesne (što je osobito indikativno u slučaju obiteljske anamneze raka) (Zakowski i sur., 1997). Neka moguća objašnjenja mehanizama u pozadini ponudio je Festinger davnih pedesetih godina 20. stoljeća govoreći o kognitivnoj disonanci. Naime, novija istraživanja upućuju na razloge slične Festingerovima zbog čega ljudi nastavljaju s nepoželjnim ponašanjima unatoč tome što znaju kakve su moguće negativne posljedice takvih ponašanja. Kao prvo, moguće je da pojedinci izbjegavaju razmišljati o rizicima povezanim s takvim ponašanjem te ustrajno potiskuju mogućnost obolijevanja, i kao drugo, uvjeravaju sami sebe da se i drugi ljudi ponašaju slično ustrajući u zanemarivanju svog zdravlja, npr. ne odlaze redovito na preventivne preglede (Gerrard i sur., 1996; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Osim navedenog, odaziv na preventivne preglede je pod utjecajem brojnih drugih faktora, npr. demografskih, organizacijskih, ponašanja zdravstvenih djelatnika, informiranosti i sl. (McLean, 1984; Mann i sur., 1988; Martau i Johnston, 1990; prema Ajers i sur. 2007), što je također moglo utjecati na rezultate. U svakom slučaju, trebalo bi ispitati još jednu važnu mjeru značajnu za rano otkrivanje raka dojke koja nije obuhvaćena ovim istraživanjem, a to je smopregled grudi. Samopregled grudi, kao elementarna mjera u ranom otkrivanju raka dojke, je pod direktnom kontrolom same osobe (kao npr. i kontrola tjelesne težine) te ne ovisi toliko o okolinskim faktorima kao što je to slučaj sa zdravstvenim pregledima grudi, te bi utjecaj lokusa kontrole u ovoj situaciji možda imao veću ulogu u objašnjenju varijance željenog zdravstvenog ponašanja.

Za preventivan pregled Papa test prva hipoteza je djelomično potvrđena, odnosno, pronađena je statistički značajna razlika u percipiranom izvoru kontrole zdravlja za Skalu slučaj, sudbina ($t(168) = -4,26; p < 0,01$) i Skalu okolnosti ($t(168) = -3,02; p < 0,01$) između sudionica koje su redovito odlazile na Papa test u odnosu na one koje su to činile neredovito. Značajna razlika u internalnom lokusu kontrole nije pronađena, premda usporedbom prosječnih vrijednosti rezultata na I skali (tablica 4) možemo uočiti željeni trend tj. internalni lokus kontrole veći je kod žena koje redovito odlaze na preglede ($M_1 = 25,20; SD_1 = 2,677$) u odnosu na žene koje odlaze neredovito ($M_2 = 24,19, SD_2 = 2,955$). Dobiveni rezultati mogu biti posljedica nedovoljne diskriminativnosti samog uzorka. Naime, naš cjelokupan uzorak žena ima izraženiji internalni lokus kontrole po pitanju zdravlja s najmanjim rasponom rezultata (tablica 2) u toj skali te se

uglavnom radi o dobro obrazovanoj populaciji, prosječnog ili nešto boljeg materijalnog statusa (tablica 1), što je moglo utjecati na dobivene neznčajne razlike u internalnom lokusu kontrole sudionica s obzirom na Papa test. Osim toga, potrebno je naglasiti da Papa test kao i pregled grudi ne ovisi isključivo o pojedincu, nego i o nekim situacijskim faktorima, npr. slobodnom vremenu, dostupnosti zdravstvene usluge, procjenom dobiti od zdravstvenog pregleda i sl. (Martau 1993; prema Adler i Matthews, 1994). To bi bilo u skladu sa pronađenim značajnim razlikama upravo na eksternalnim skalama lokusa kontrole, odnosno žene koje ne idu redovito na Papa test, bez obzira što imaju slična vjerovanja o vlastitoj odgovornosti za svoje zdravlje, zbog vjerovanja u jači utjecaj eksternalnih faktora imaju više poteškoća u kontroli upravo tih situacijskih faktora. Stoga, redovito aktivno uključivanje na preventivne preglede može biti teško te nije rijetkost da u literaturi susrećemo nejednoznačne rezultate po pitanju značajnosti lokusa kontrole za redovite odazive na preventivne preglede za karcinom dojke i grlić maternice (Bish i sur., 2000; Murray i McMillan, 1993; prema Adler i Matthews, 1994). Ovi rezultati mogli bi upućivati na potrebu za boljom organizacijom preventivnih pregleda kako bi bila što bolje prilagođena potrebama samog pacijenta pružajući kvalitetnu i svima lako dostupnu zdravstvenu zaštitu. Osim toga, moguće je i specifično oblikovati informacije (kako u direktnoj komunikaciji liječnik-pacijent, tako i kroz informiranje putem letaka, preventivnih kampanja i sl.) kojima bi se potaklo što više ljudi na redovito obavljanje pregleda, primjerice isticanjem jednostavnosti i bezbolnosti samog pregleda, informiranjem o cjelokupnom postupku i trajanju pregleda, brzom dobivanju rezultata od strane liječnika, slanjem poziva s osobnim imenom i sl. (Holt i sur., 2000; Taylor i sur. 2006; Ogden, 2007).

Kako bi provjerili drugu hipotezu, ispitana je povezanost između dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja i nekih sociodemografskih karakteristika. Prema istraživanjima o povezanosti između zdravstvenog lokusa kontrole i preventivnih zdravstvenih ponašanja uglavnom očekujemo da osobe koje imaju izražen internalni lokus kontrole te imaju povjerenja u zdravstveno osoblje (pridržavanje liječničkih uputa i dr.) u pravilu će najviše pokazivati prikladno zdravstveno ponašanje u zdravlju i bolesti (Krizmanić i Szabo, 1994). Isto tako, sociodemografske varijable kao što su dob, spol, socioekonomski status, obrazovanje, pokazuju značajnu povezanost u izvedbi zdravstvenih ponašanja te ih je potrebno uključiti u istraživanja zdravstvenih ponašanja (Taylor, 1991; prema Adler i Matthews, 1994). U ovom istraživanju, iz rezultata u tablici 5, vidljivo je da su ovi nalazi potvrđeni djelomično budući da za preventivan pregled grudi nije pronađena statistička značajna povezanost niti s jednom skalom ZLK-90 upitnika, dok je za Papa test pronađena statistička značajna povezanost za dvije

skale ZLK-90 upitnika. Možemo zaključiti da što je više naglašen eksternalni lokus kontrole kod žena, one će u manjoj mjeri odlaziti redovito na Papa test (r_{pb} Skala Es = 0,31; $p < 0,01$; r_{pb} SkalaEo = 0,23 $p < 0,01$). Ove implikacije mogu biti značajne za osmišljavanje nacionalne strategije u kojoj će se voditi računa kojim informacijama privući žene na odaziv, isticanjem važnosti osobne uloge u odazivu na pregled te osiguravanje što kvalitetnije organizacije samog pregleda gdje će se izbjeći duga čekanja te smanjiti neugoda od samog pregleda (Taylor i sur. 2006; Ogden, 2007). Iako nije potvrđena statistički značajna povezanost između internalnog lokusa kontrole i redovitog odlaska na Papa test (tablica 5), može se ipak uočiti pozitivna povezanost između ove dvije varijable ($r_{pb} = -0,15$; $p > 0,05$). Ovakav rezultat nije iznenađujući s obzirom na naš uzorak, što možemo potkrijepiti i novijim istraživanjima na ovom području koji svoj fokus premještaju na marginalne skupine žena sa lošijim odazivom na preglede. Naime, rezultati tih istraživanja ukazuju na veću eksternalnost lokusa kontrole, lošiji socioekonomski status, niži stupanj obrazovanja, te izraženija fatalistička vjerovanja one skupine žena koje ne idu redovito na preglede (McLean i sur., 1984; prema Hardey, 1998). Osim toga, veću povezanost između lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja mogli bi očekivati kod starije populacije nešto lošijeg zdravlja, budući da pitanje zdravlja kod zdravih osoba može biti manje važno (Lau, 1982). Što se tiče sociodemografskih varijabli, pronađena je statistički značajna povezanost varijabli i sa odlascima na preventivne preglede (pregled grudi i Papa test) i sa zdravstvenim lokusom kontrole. Iz tablice 5 vidljivo je da obrazovanije žene (r_{pb} -pregled grudi = -0,17; $p < 0,05$; r_{pb} -papa test = -0,30; $p < 0,01$) višeg materijalnog statusa (r_{pb} -pregled grudi = -0,16; $p < 0,05$; r_{pb} -papa test = -0,29; $p < 0,01$) idu redovitije na preglede u odnosu na žene lošijeg materijalnog statusa i obrazovanja. Pronađena je i statistički značajna povezanost između odaziva na preventivan pregled grudi i dobi (r_{pb} pregled grudi = -0,290, $p < 0,01$). Dobiveni nalazi u skladu su s istraživanjima (Owens i sur., 1987; prema Ogden, 2007). Isto tako, u skladu s ranijim nalazima, stupanj obrazovanja je statistički značajno povezan sa internalnim lokusom kontrole ($r = 0,18$; $p < 0,05$). Ipak, za internalni lokus kontrole nije pronađena je statistički značajna povezanost sa pregledom grudi i Papa testom. Ovi rezultati potvrđuju važnost uključivanja sociodemografskih varijabli u istraživanja na području zdravstvene psihologije.

Ovim istraživanjem također se želio ispitati doprinos zdravstvenog lokusa kontrole i nekih sociodemografskih varijabli (dobi, obrazovanja, materijalnog statusa) u predviđanju preventivnih zdravstvenih ponašanja žena: Papa testa i pregleda grudi. Naime, Murray i McMillan (1993; prema Hardey, 1998) su, u cilju predviđanja preventivnih zdravstvenih ponašanja žena, ispitali tri modela zdravstvenog ponašanja, a među njima i mjere zdravstvenog lokusa kontrole i to za

samopregled grudi i Papa test čime je utvrđen određeni, manji značaj lokusa kontrole u predikciji ova dva tipa preventivnih ponašanja (osobito po pitanju vjerovanja u slučaj, sudbinu te utjecaj značajnih drugih). U ovom istraživanju, rezultati binarne logističke analize ukazuju da nije potvrđen statistički značajan doprinos za zdravstveni lokus kontrole u predviđanju redovitog odlaska na oba tipa preventivnih pregleda niti na jednoj skali. Što se tiče sociodemografskih varijabli, jedino je materijalni status (Nestandardizirani beta ponder (1) = 0,49; $p < 0,05$) potvrđen kao statistički značajan prediktor redovitog odlaska na preventivan pregled i to samo za Papa test, dok za pregled grudi nije potvrđen statistički značajan doprinos. To nas dovodi do zaključka da se zdravstveni lokus kontrole nije pokazao kao značajan prediktor preventivnih pregleda grudi i Papa testa, dok sociodemografske varijable pokazuju tek manji doprinos u objašnjavanju varijance specifičnih pregleda. Objašnjenje dobivenih rezultata možemo pronaći u istraživanjima koja su također pokazala da je zdravstveni lokus kontrole relativno slab prediktor zdravstvenih ponašanja, objašnjavajući samo mali udio varijance u zdravstvenom ponašanju (Wallston, 1992; Norman i Bennett, 1994; prema Adler i Matthews, 1994). Stoga, sve je manje istraživanja koja se bave utvrđivanjem prediktivne uloge zdravstvenog lokusa kontrole u zdravstvenom ponašanju, a sve veća usmjerenost na razvoj novih skala lokusa kontrole, situaciono specifičnih, koje su se pokazale kao puno bolji prediktori ciljanog ponašanja (kao npr. skala zdravstvenog lokusa kontrole za predviđanje prehrambenih ponašanja kod provođenja djeteta; Saltzer, 1982; prema Pokrajac-Bulian, 2011). Zaključno možemo reći da i Papa test i pregled grudi podrazumijevaju vrlo kompleksna zdravstvena ponašanja koja su pod utjecajem brojnih faktora. Marteau (1993; prema Ogden, 2007) navodi tri aspekta koja treba uzeti u obzir u planiranju odaziva na preventivne preglede, a to su: osobni faktori (demografski faktori, zdravstvena vjerovanja, emocionalni faktori i okolinski faktori), faktori zdravstvene skrbi (dostupnost zdravstvene usluge, zdravstveno osoblje, pristup pacijentu, informiranje) te organizacijski faktori (oblik poziva na pregled, organizacija pregleda, informiranje i mediji). Tek cjelovitim pristupom u osmišljavanju nacionalnih preventivnih programa doći će do značajnih promjena zdravstvenih ponašanja pojedinca, ali i cijelog društva.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da uzimajući u obzir samo mjeru lokusa kontrole, ne možemo spoznati kakve su stvarne ponašajne (bihevioralne) namjere neke osobe, odnosno osjeća li se osoba uopće sposobno izvesti neko ponašanje, čime se ukazuje na određena ograničenja konstrukta lokusa kontrole u predviđanju preventivnih ponašanja. Isto tako, osjećaj da smo odgovorni za svoje ponašanje nije u potpunosti isto što i imati stvarnu kontrolu nad tim ishodom. Stoga, K. A. Wallstone (1992; prema Baum, Revenson i Singer, 2001) ističe da fokus

ne bi nužno trebao biti na lokusu kontrole, već pravi izazov za zdravstvene psihologe treba biti u traženju najprikladnijih mjera doživljaja kontrole te razvoj analitičkih strategija pomoću kojih dolazimo do boljih uvida u interakcije unutar primjenjivanih metoda, ali i sa drugim konstruktima. Primjerice, mjere samoučinkovitosti pokazale su se kao puno bolji prediktor zdravstvenog ponašanja nego mjere zdravstvenog lokusa kontrole (Bandura, 1997; O'Leary, 1992; Schwarzer, 1992; prema Wallston, 1992). Osim toga, potrebno je ispitati i motivaciju osobe za promjenom ponašanja, očekivane ishode, stavove prema zdravlju i sl. Ipak, treba voditi računa da pojedini od ovih čimbenika nikad na zdravstveno ponašanje ne djeluju samostalno i nepovezano, već su u uzajamnoj međuovisnosti pa je zato vrlo teško predviđati, a posebice mijenjati pojedinu vrstu zdravstvenog ponašanja.

Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja

Jedan od glavnih nedostataka ovog istraživanja proizlazi iz nedostatka samog upitnika ZLK-90. Naime, skale u upitniku nemaju unutarnju konzistenciju klasičnih upitnika (npr. neuroticizam) budući da se željelo zahvatiti što više vanjskih i unutarnjih čimbenika za koje osoba vjeruje da djeluju na njezino zdravlje. Stoga, autori preporučuju kvalitativnu analizu podataka za svakog sudionika što u ovom istraživanju nije slučaj (Krizmanić i Szabo, 1994). Naime, podaci na ZLK-90 upitniku analizirani su samo kvantitativno, uzimajući u obzir samo prosječne vrijednosti rezultata na pojedinim skalama, čime je dobivena gruba slika zdravstvenog lokusa kontrole za ispitivane skupine bez uvida u specifičnosti.

Što se tiče uzorka na kojem je provedeno istraživanje, bilo bi dobro da je obuhvaćen veći broj sudionika, što različitijih po svojim sociodemografskim obilježjima, budući da su se ove mjere pokazale značajnim kako za zdravstveni lokus kontrole tako i za preventivna ponašanja. Također, postojanje različitog broja sudionika po skupinama moglo je utjecati na rezultate provedenih statističkih analiza. Naime, kada broj sudionika po skupinama nije jednak, smanjuje se robustnost statističkih postupaka te oni postaju znatno manje otporni na odstupanja od normalne distribucije i homogenosti varijanci (Kolesarić, 2006).

Osim toga, nedostatak predstavlja i korištenje upitničkih mjera. Na upitniku ZLK-90, zdravstveni lokus kontrole procjenjuje se mjerama samoprocjene, što ne mora biti stvarna slika zdravstvenog lokusa kontrole. Naime, mjere samoprocjene podložne su davanju socijalno poželjnih odgovora te ovise o sposobnosti osobe da samu sebe procijeni (Krizmanić i Szabo, 1994). Na Sociodemografsko-zdravstvenom upitniku također su korištene neobjektivne mjere samoiskaza, pa su sudionici također mogli davati socijalno poželjne odgovore. Isto tako,

potrebno je bolje odrediti mjere za procjenu obavljanja preventivnih pregleda, prvenstveno pregleda grudi.

Kako bi se dobio što kvalitetniji uvid u značajne prediktore preventivnih ponašanja, potrebno je uključiti što veći broj psihosocijalnih mjera. Stoga, implikacije za buduća istraživanja se odnose prvenstveno na uvođenje još nekih psiholoških varijabli u istraživanju preventivnih ponašanja, kao npr. samoučinkovitosti, stresa, emocija, motivacije i sl. Osim toga, potrebno je detaljnije ispitati ulogu sociodemografskih varijabli u zdravstvenim ponašanjima. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2012) navodi upravo psihosocijalne faktore kao ključne u postizanju dobrih rezultata na području zdravlja i društvenih aktivnosti vezanih uz zdravlje, a ako želimo napraviti društvene promjene po pitanju zdravlja i prevencije, aktivnosti koje poduzimamo moraju biti utemeljene na razumijevanju kulture, tradicije, vjerovanja te uzorku obiteljske strukture. Tek tako oblikovane društvene aktivnosti, omogućit će uspjeh u ostvarivanju postavljenih zdravstvenih ciljeva.

Što se tiče konstrukta zdravstvenog lokus kontrole, potrebno je razvijati nove i naprednije metode mjerenja, kako bi otkrili i druge važne dimenzije lokusa kontrole (pr. utjecaj okoline ili više sile na naše zdravstveno stanje). Nadalje, potrebno je uvesti i proširiti postojeće kvalitativne mjere, ali isto tako postoji preporuka za kombiniranje kvalitativnih i kvantitativnih mjera (Wallstone, 1992; prema Baum, Revenson i Singer, 2001). Svakako je potrebno detaljno ispitati faktore značajne za preventivne preglede te osmisliti specifične mjere lokusa kontrole u tim situacijama.

Poželjno je longitudinalno ispitati odazive žena na preventivne preglede grudi i Papa test te značajne varijable u predikciji ovih ponašanja kako bi se utvrdile promjene tijekom vremena, kao i faktore koji utječu na te promjene.

ZAKLJUČAK

Provedenim istraživanjem ispitana je razlika u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na obavljanje preventivnog pregleda grudi i Papa testa, te je utvrđeno da nema razlike u zdravstvenom lokusu kontrole obzirom na preventivan pregled grudi, dok je za Papa test pronađena statistički značajna razlika za Skalu Eo i Skalu Es čime je prva hipoteza potvrđena u manjoj mjeri.

Također, ispitana je i povezanost zdravstvenog lokusa kontrole, preventivnih zdravstvenih ponašanja i sociodemografskih karakteristika, čime je utvrđeno postojanje statističke značajne povezanosti između ovih varijabli u manjoj mjeri. Istraživanje pokazuje da obrazovaniji i boljeg materijalnog statusa češće idu na preventivne preglede, te slabije vjeruju u faktore slučaja ili sudbine po pitanju zdravlja. Osim toga, obrazovanije žene imaju naglašeniji internalni lokus kontrole, dok starije žene redovitije idu na pregled grudi u odnosu na mlađe. Žene koje idu na Papa test redovitije, imaju slabije izražen eksternalni lokus kontrole tj. manje vjeruju u čimbenike slučaja, sudbine te okolinske faktore po pitanju zdravlja.

Naposljetku, ovim istraživanjem ispitan je doprinos zdravstvenog lokusa kontrole i nekih sociodemografskih varijabli (dobi, obrazovanja, materijalnog statusa) u predviđanju preventivnih zdravstvenih ponašanja žena: Papa testa i pregleda grudi, a od svih testiranih varijabli jedino se materijalni status pokazao značajnim prediktorom odlaska na preventivni pregled i to samo za Papa test. To nas dovodi do zaključka da se zdravstveni lokus kontrole nije pokazao značajnim prediktorom preventivnih pregleda grudi i Papa testa, dok sociodemografske varijable pokazuju tek manji doprinos u objašnjavanju varijance specifičnih pregleda.

Ovim istraživanjem ukazana je važnost uključivanja sociodemografskih varijabli na području zdravstvene psihologije.

LITERATURA

- Adler, N. i Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well?. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-59.
- Ajers, S. i sur. (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. New York: Cambridge University Press.
- Baum, E., Revenson, T. A. i Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum associates, Inc.
- Brown, K. M. (1999). *Health Locus of Control Overview*.
http://www.med.usf.edu/~kmbrown/Locus_of_Control_Overview.htm
- Conner, M. i Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cogniton Models: Second edition*. New York: Open University Press.
- Corr, P. J. i Matthews, G. (2009). *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- DeVellis, R. F., DeVellis, B. E., Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1980). Epilepsy and learned helplessness. *Basic and Applied Social Psychology*, 1, 241-254.
- Doll, R. i Peto, R. (1981). The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *Journal of National Cancer Institute*, 66 (6), 1191-308.
- Hardey, M. (1998). *The Social Context of Health*. Buckingham: Open University Press.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija (2. Izdanje)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Holt, C. L., Clark, E. M., Kreuter, M. W. i Scharff, D. P. (2000). Does locus of control moderate the effects of tailored health education materials? *Health education research, Theory and Practice*, 15 (4), 393-403.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Zagreb, 2013.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice. Zagreb, 2013.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Zagreb, 2011.
- Johnston, D. W. i Johnston, M. (2001). *Health Psychology*. Amsterdam: Elsevier.
- Kalebić Maglica, B. (2010). Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja. *Psihologijske teme*, 19, 1, 71-102.
- Kolesarić, V. (2006). *Analiza varijance u psihologijskim istraživanjima*. Osijek: Filozofski fakultet.
- Krizmanić, M. i Szabo, S. (1994). *Priručnik za Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja ZLK-90: 2. Izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Lau, R. R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (2), 322-334.
- Ministrastvo zdravstva i socijalne skrbi (2011). *Strateški plan razvoja javnog zdravstva za razdoblje 2011. – 2015*. Zagreb.
- Nisbett, R. & Borgida, E. (1975). Attribution and the psychology of prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 932-943.
- Ogden, J.(2007). *Health Psychology* (4th editon). Berkshire: Open University Press.
- Petz i sur. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Phares, E. J. (1976). *Locus of control in personality*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Pokrajac-Bulian, A. (2011). *Modeli promjene zdravstvenih ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Sutton, S., Baum, A. i Johnston, M. (2005). *The Sage Handbook of Health Psychology*. London: SAGE Publications.
- Wallston, K. A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health education research, Theory and Practice*, 6 (2), 251-252.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Healthl. *Cognitive therapy and research*, 16 (2), 183-199.
- World Health Organization (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization.
- World Health Report (2005). *Chronic diseases and health promotion / Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.
- Zakowski, S. i sur. (1997). Predictors of intrusive thoughts and avoidance in women with family histories of breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 362-369.

