

Povezanost optimizma i zdravstvenog lokusa kontrole sa zdravstvenim ponašanjima studenata

Međimurec, Anja

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:142:509318>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**POVEZANOST OPTIMIZMA I ZDRAVSTVENOG LOKUSA
KONTROLE SA ZDRAVSTVENIM PONAŠANJIMA
STUDENATA**

Diplomski rad

Anja Međimurec

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

Osijek, 2013.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Zdravstvena ponašanja	1
1.1.1. Vrste zdravstvenih ponašanja	2
1.1.2. Teoretski pristupi objašnjenju zdravstvenog ponašanja.	2
1.2. Optimizam.....	3
1.2.1. Optimizam i zdravstvena ponašanja.	4
1.2.2. Optimizam kao eksplanatorni stil.....	6
1.3. Zdravstveni lokus kontrole.....	6
1.3.1. Zdravstveni lokus kontrole i zdravstvena ponašanja.....	7
2. Cilj, problemi i hipoteze	8
2.1. Cilj istraživanja.....	8
2.2. Problemi	8
2.3. Hipoteze	9
3. Metoda	9
3.1. Instrumenti	9
3.2. Sudionici.....	10
3.3. Postupak	10
4. Rezultati	11
5. Rasprava.....	21
5.1. Praktične implikacije, nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja	27
6. Zaključak.....	28
7. Literatura.....	29

Povezanost optimizma i zdravstvenog lokusa kontrole sa zdravstvenim ponašanjima studenata

Relationship between optimism, health locus of control and students' health behaviors

SAŽETAK

Cilj istraživanja bio je ispitati postoji li povezanost između optimizma, zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja studenata. Nadalje, nastojalo se utvrditi razlikuju li se i po kojim karakteristikama sudionici sa zdravstveno rizičnim ponašanjima od onih s protektivnim ponašanjima. Istraživanje je provedeno na uzorku od 178 studenata triju fakulteta u Osijeku (Ekonomski, Filozofski i Elektrotehnički fakulteta). U istraživanju su korišteni slijedeći instrumenti: Upitnik zdravstvenog lokusa kontrole ZLK-90 za ispitivanju vjerovanja o osobnom zdravlju i faktorima koji na njega utječu u svrhu predviđanja zdravstvenog ponašanja, Revidirani Life Orientation Test (LOT-R) za mjerenje generalnog optimizma i Anketni upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja sastavljen za potrebe ovog istraživanja. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna povezanost između optimizma i samo jednog zdravstvenog ponašanja. Dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost optimizma i broj obroka dnevno - zdravstveno protektivno ponašanje. Što se tiče ostalih zdravstvenih ponašanja pojedinačno, nije utvrđena statistički značajna povezanost s optimizmom. Isto tako, nije utvrđena značajna povezanost optimizma i ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja. Rezultati su pokazali da nijedna dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole nije statistički značajno povezana sa zdravstvenim ponašanjima studenata. Iako rezultati pokazuju da sudionici sa zdravstveno protektivnim ponašanjima postižu viši rezultat na optimizmu od sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima, te razlike nisu statistički značajne. Isto tako, sudionici sa protektivnim ponašanjima postigli su viši rezultat od sudionika s rizičnim ponašanjima na svim dimenzijama zdravstvenog lokusa kontrole, ali ni te razlike nisu statistički značajne.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine whether there is a correlation between optimism, health locus of control and health behavior of students. Furthermore, we tried to determine whether and by what characteristics participants with health risk behaviors are different from those with protective behavior. The study was conducted on a sample of 178 students from three colleges in Osijek (Economics, Philosophy and Electrical Engineering). The study used the following instruments: Questionnaire on health locus of control ZLK-90 to test beliefs about personal health and the factors that affect it in order to predict health behavior, revised Life Orientation Test (LOT-R) to measure the general optimism, and Questionnaire to assess health behaviors made for the purposes of this research. The results showed a statistically significant correlation between optimism and only one health behavior. A statistically significant positive correlation between optimism and number of meals per day was obtained - health protective behavior. As for other health behaviors individually there was no statistically significant correlation with optimism. Likewise, no significant correlation of optimism and overall health risk behaviors was seen. The results showed that none of the dimensions of health locus of control was significantly associated with health behaviors of students. Although the results indicate that people with health protective behaviors achieved a higher score on the optimism than participants with health risk behaviors, these differences were not statistically significant. Also, participants with protective behaviors have achieved a higher score than participants with high-risk behaviors in all dimensions.

Ključne riječi: optimizam, zdravstveni lokus kontrole, zdravstvena ponašanja

Key words: optimism, health locus of control, health behavior

1. Uvod

Zdravstvena ponašanja su od velike važnosti jer utječu na zdravlje. Definišu se kao svako ponašanje koje je na bilo koji način povezano s našim zdravljem (Havelka 2009). Razlikuju se preventivna (protektivna) zdravstvena ponašanja i rizična zdravstvena ponašanja. Preventivna zdravstvena ponašanja su poduzeta kako bi se očuvalo ili poboljšalo zdravlje, odnosno zaštitilo od bolesti. Rizična zdravstvena ponašanja imaju loš utjecaj na zdravlje i povećavaju vjerojatnost pojave bolesti (Havelka, 2009). Postoje mnoge odrednice pomoću kojih se pokušava objasniti zašto se ljudi ponašaju zdravstveno rizično ili protektivno. Neke od važnih odrednica su: osobine ličnosti - stabilni izvori individualnih razlika, ono što predodređuje ili olakšava razvoj i održavanje određenih ponašanja, kognitivni, afektivni i motivacijski procesi - znanje, stavovi o zdravlju, percepcija rizika i simptoma, lokus kontrole, samoeфикаsnost i optimizam, percepcija dobitaka i gubitaka od određenog ponašanja (Bermudez, 1999; prema Kalebić-Maglica, 2010). Od navedenih odrednica optimizam i zdravstveni lokus kontrole pokazali su se kao važni čimbenici u zdravstvenom ponašanju. Optimizam štiti pojedinca od psihološkog stresa (negativnih efekata) koji je povezan s fizičkim zdravljem. Povezan je s više zdravstveno zaštitnog ponašanja kao što su zdrava prehrana, fizička aktivnost, zaštita od negativnih zdravstvenih ishoda (Miles, Scaife, 2003; prema Albery, Munafo, 2008). Što se tiče zdravstvenog lokusa kontrole kao odrednice zdravstvenog ponašanja većina istraživanja pokazuje da je unutarnji lokus uglavnom povezan s pozitivnim, a vanjski s negativnim zdravstvenim ishodima te da visoki internalni lokus kontrole predviđa pozitivne zdravstvene navike, a visoki eksternalni lokus kontrole predviđa zdravstveno štetna ponašanja. Važno je proučavati i istraživati čimbenike koji određuju i utječu na zdravstveno ponašanje.

1.1. Zdravstvena ponašanja

Zdravstveno ponašanje predstavlja oblike ljudskog ponašanja koji su povezani s pokušajima pojedinca da očuva ili poboljša vlastito zdravlje, spriječi pojavu bolesti, izliječi bolest i spriječi smrt (Conner, Norman, 1996). Pomaže ljudima da sačuvaju zdravlje, efikasnije se liječe i bolje prilagođavaju kroničnim bolestima. To je svako ponašanje, koje je na bilo koji način povezano s našim zdravljem (Havelka 2009). Orešković (2001; prema Havelka, 2009) definira zdravstveno ponašanje kao sociologijski, psihologijski i ekonomski pojam kojim izražavamo oblike ljudskog ponašanja koji su potaknuti, motivirani i povezani s pokušajima pojedinca ili zajednice da poboljšaju vlastito zdravlje, preveniraju pojavu bolesti te dijagnosticiraju i/ili izliječe bolest ili spriječe smrt.

Johnston i Johnston (2001; prema Havelka, 2009) navode neke primjere zdravstvenih ponašanja: korištenje zdravstvenih usluga (posjet liječniku, cijepljenje...), slijeđenje zdravstvenih savjeta i uputa, samousmjeravajuća zdravstvena ponašanja (vježbanje, dijeta, pušenje, konzumiranje alkohola...).

Zdravstveno ponašanje ima nekoliko dimenzija koje uključuju 1. trajanje, 2. učestalost i 3. način djelovanja na zdravlje. Prema trajanju može biti kratkoročno i dugoročno, prema učestalosti često i rijetko, a prema načinu utjecaja na zdravlje pozitivno i negativno, s izravnim i neizravnim utjecajem na zdravlje i s trenutnim ili dugoročnim utjecajem na zdravlje (Havelka, 2009).

1.1.1. Vrste zdravstvenih ponašanja.

Razlikuju se preventivna (protektivna) zdravstvena ponašanja i rizična zdravstvena ponašanja. Zdravstvena ponašanja koja djeluju na poboljšanje zdravlja zovemo pozitivnim ili zaštitnim (protektivnim) zdravstvenim ponašanjem. Preventivna zdravstvena ponašanja su poduzeta kako bi se očuvalo ili poboljšalo zdravlje, odnosno zaštitilo od bolesti (Havelka, 2009). Takva ponašanja uključuju tjelovježbu, konzumaciju voća i povrća, redovita kontrola zdravlje, cijepljenja, uzimanje lijekova, pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa, izbjegavanje pušenja, umjerenost u prehrani, korištenje prezervativa u svrhu zaštite od spolno prenosivih bolesti i slično. Rizična zdravstvena ponašanja imaju loš utjecaj na zdravlje i povećavaju vjerojatnost pojave bolesti. Takva ponašanja su primjerice pušenje, pretjerana konzumacija alkohola, neumjerenost u jelu, nesigurni spolni odnosi, zloraba opojnih sredstava (Havelka, 2009).

Brojna su istraživanja ispitivala odnos između zdravstvenih ponašanja i zdravstvenih ishoda. Jedno od prvih takvih istraživanja otkrilo je sedam činitelja životnog stila koji su povezani s prevencijom bolesti i smrtnosti: izbjegavanje pušenja, umjereni konzumacija alkohola, spavanje sedam do osam sati dnevno, redovita tjelesna aktivnost, održavanje normalne tjelesne težine, izbjegavanje „brze“ hrane te redovito doručkovanje. Pušenje, prekomjerna konzumacija alkohola, nezdrava prehrana i izostanak tjelesne aktivnosti značajne su odrednice lošeg zdravstvenog stanja, a mijenjanje navedenih ponašanja trebalo bi dovesti do poboljšanja zdravlja (Abela, Heslin, 1984).

1.1.2. Teoretski pristupi objašnjenju zdravstvenog ponašanja.

Pretpostavlja se da su mnogi uzroci kroničnih bolesti, povezan s ponašanjem, i da se na ponašanje može utjecati i mijenjati ga. Teoretska osnova istraživanja zdravstvenog ponašanja vezana je uz nekoliko glavnih i pojedinačnih teoretskih pristupa zdravstvenom ponašanju.

Tri su temeljne teorije: teorija zdravstvenih uvjerenja, teorija planiranog ponašanja i teorija promjena ponašanja u stadijima.

Teorija zdravstvenih uvjerenja: osnovna pretpostavka ove teorije je vjerojatnost da će se pojedinac pozitivno zdravstveno ponašati i štititi vlastito zdravlje ovisi o njegovim zdravstvenim uvjerenjima, demografskim činiteljima (spol, dob...), savjetima za postupanje danim putem medija, od strane zdravstvenih djelatnika, kroz obrazovanje i simptomima koji ukazuju na prve znakove poremećaja zdravlja (Serafino, 2006; prema Havelka, 2009).

Teorija planiranog ponašanja: nečije ponašanje najbolje se može predvidjeti poznavanjem namjere za određenim ponašanjem koja je određena stavovima pojedinca, socijalnim pritiskom i opažanjem kontrole nad ponašanjem (Serafino, 2006; Havelka, 2009).

Teorija promjena ponašanja u stadijima: ova teorija opisuje stadije promjena i održavanja ponašanja kao složeni proces koji se zbiva postupno, kroz pojedine stadije i ne mora uvijek slijediti logičan slijed. Osnovna je pretpostavka da se određeno zdravstveno ponašanje polako ustaljuje kroz nekoliko različitih stadija (Serafino, 2006; prema Havelka, 2009).

Postoje mnoge odrednice pomoću koji se pokušava objasniti zašto se ljudi ponašaju zdravstveno rizično ili protektivno. Neke od važnih odrednica su: osobine ličnosti - stabilni izvori individualnih razlika, ono što predodređuje ili olakšava razvoj i održavanje određenih ponašanja, kognitivni, afektivni i motivacijski procesi - znanje, stavovi o zdravlju, percepcija rizika i simptoma, lokus kontrole, samoeфикаsnost i optimizam, percepcija dobitaka i gubitaka od određenog ponašanja (Bermudez, 1999; prema Kalebić-Maglica, 2010).

1.2. Optimizam

Optimizam se definira kao relativno stabilna opća tendencija vjerovanja u pozitivne ishode aktivnosti (Scheier, Carver, 1985., 1993). Scheier i Carver (1985) definiraju optimizam kao dio ponašajnog samoregulirajućeg pristupa za razumijevanje cilju usmjerenog ponašanja. Unutar općeg konstrukta može se razlikovati dispozicijski i nerealistični optimizam. Nerealistični se optimizam vezan za zdravlje odnosi na vjerovanje ljudi da u odnosu na prosječne vršnjake imaju manju vjerojatnost da će se u budućnosti razboljeti od raznih bolesti (Smiljić, 2003).

Dispozicijski optimizam je opće očekivanje da će nam se u životu dogoditi više dobrih nego loših stvari (Scheier, Carver, 1992).

U radu će se detaljniji upoznati dispozicijski optimizam.

Optimizam je važan jer opisuje individualne čimbenike koji predviđaju fizičko zdravlje i ponašajne čimbenike. Općenito, optimisti očekuju da su mogući pozitivni ishodi i vjeruju da će im se dogoditi, dok pesimisti najčešće odustaju i životne ishode prepuštaju slučaju (Albery, Munafo, 2008). Smatra se da optimizam olakšava i pomaže pri mnogim prilagodbama u ponašanju i kognitivnim mehanizmima, uključujući učinkovitiju obradu negativnih informacija i korištenje više proceduralnih znanja i vještina prilikom rješavanja problema (Aspinwall, Richter, Hoffman, 2001; prema Steptoe, Wright, 2006). Zbog gore navedenog, optimizam se smatra dobar prediktor zdravstvenih ponašanja.

1.2.1. Optimizam i zdravstvena ponašanja.

Optimizam je povezan s povoljnijim zdravstvenim ishodima i kvalitetom života (Scheier, Carver, 1992, 2003; prema Steptoe, Wright, 2006). Postoje dokazi da je optimizam povezan sa zdravstveno protektivnim ponašanjima, a pesimizam sa zdravstveno rizičnim ponašanjima (Carver, Scheier, Segerstorm, 2010). Istraživanje HIV- negativnih homoseksualnih muškaraca izvijestilo je da su optimisti imali manji broj nepoznatih seksualnih partnera od pesimista (Taylor, 1992; prema Carver, Scheier, Segerstorm, 2010).

Kod optimista i pesimista postoje razlike u suočavanju s problemima (Carver, Scheier, Segerstorm, 2010). Optimistične će osobe češće usvojiti aktivan i direktivan način suočavanja sa situacijom i problemima, dok će pesimisti koristiti strategije izbjegavanja (Albery, Munafo, 2008). U istraživanju Scheiera i suradnika (1989; prema Carver, Scheier, Segerstorm, 2010) pokazane su razlike u stilovima suočavanja pesimista i optimista kod pacijenata za operaciju koronarne arterije. Prije operacije optimisti su više izvještavali o planovima za budućnost i postavljanju ciljeva za oporavak nego pesimisti. Isto tako optimisti su manje usmjereni na negativne aspekte bolesti. Nakon operacije za optimiste je to prošlost, oni su se češće, nego pesimisti, raspitivali o načinu života nakon operacije, što će liječnik tražiti od njih, manje su potiskivali simptome (Scheier, 1989; prema Carver, Scheier, Segerstorm, 2010). Šest mjeseci nakon operacije postojao je pozitivan utjecaj optimizma na kvalitetu života što je neizravan učinak razlika u suočavanju (Scheier, 1989; prema Carver, Scheier, Segerstorm, 2010).

U meta-analizi pronađeno je da optimizam može predvidjeti niz zdravstvenih ishoda. Optimizam je povezan s nižom razinom stresa kod osoba oboljelih od HIV- a (Taylor, 1992; prema Albery i Munafo, 2008).

Kod bolesnika s koronarnim bolestima srca pet godina nakon operacije pronađeno je da optimisti češće nego pesimisti uzimaju vitamine, jedu nemasnu hranu i upisani su u kardiološke ordinacije (Scheier i Carver, 1992; prema Carver, Scheier, Segerstorm, 2010).

Optimisti su više usmjereni na problem, aktivni i koriste direktne stilove suočavanja u nošenju sa zdravstvenim prijetnjama. Optimizam štiti pojedinca od psihološkog stresa (negativnih efekata) koji je povezan s fizičkim zdravljem. Povezan je s više zdravstveno zaštitnog ponašanja kao što su zdrava prehrana, broj obroka dnevno, fizička aktivnost. Optimizam štiti od negativnih zdravstvenih ishoda (Miles, Scaife, 2003; prema Albery, Munafò, 2008).

U prospektivnom istraživanju u kojem se ispitivao učinka optimizma i pesimizma na ishode važnih životnih događaja, dobiveno je da su se optimističniji ljudi ranije vraćali na posao nakon bolesti i da su manje dana bili bolesni nego pesimistični - optimizam može smanjiti pojavu zdravstvenih problema (Kivimäki i sur., 2005; prema Albery, Munafò, 2008). Nedavna istraživanja su pokazala da je pesimizam povezan sa smanjenom tjelesnom aktivnošću kod bolesnika s osteoartritisom (Brenes, Rapp, Rejeski, 2002; prema Steptoe, Wright, 2006).

U istraživanju starijih muškaraca i žena dobiveno je da je pesimizam povezan s niskom samoprocjenom zdravlja i slabijim blagostanjem (psihološkom dobrobiti) (Robinson-Whelen, Kim, MacCallum, Kiecolt-Glaser, 1997; prema Steptoe, Wright, 2006). Optimizam je također povezan i s manje tjelesnih simptoma, s boljom prilagodbom bolesnika s rakom dojke i s bržim oporavkom nakon kardiovaskularnih operacija (Carver, 1993; Scheier, 1999; prema Steptoe, Wright, 2006). Kod bolesnika s ishemijskom bolesti srca manje optimizma povezano je s više simptoma depresije nakon hospitalizacije (Shnek, Irvine, Stewart, Abbey, 2001; prema Carver, Scheier, Segerstorm, 2010).

Steptoe i Wright (2006) u istraživanju optimizma i zdravstvenog ponašanja na starijima osobama s kroničnim bolestima, dobili su da postoji statistički značajna povezanost između optimizma i tri dimenzije zdravstvenog ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola i fizička aktivnost). Postojala je pozitivna povezanost između optimizma i zdravstvenih ponašanja. Optimizam je pozitivno povezan s fizičkom aktivnošću i dobrim fizičkim zdravljem, a negativno s pušenjem, konzumacijom alkohola i lošijom samoprocjenom zdravstvenog stanja (Steptoe, Wright, 2006).

1.2.2. Optimizam kao eksplanatorni stil.

Optimistični pojedinci negativne događaje manje pripisuju internalnim (osobna pogreška), stabilnim (uzrok nekog događaja proizlazi iz vlastite osobnosti), globalnim uzrocima. Oni događaje pripisuju vanjskim i nestabilnim uzrocima i vjeruju da su događaji uzrokovani određenim situacijskim čimbenicima. Pesimisti negativne događaje pripisuju unutarnjim, stabilnim i globalnim uzrocima, imaju pesimističan eksplanatoran stil (Albery, Munafò, 2008).

Ovako koncipiran optimizam crta je ličnosti koju karakteriziraju pozitivna očekivanja osobne budućnosti. Seligman (1998; prema Albery, Munafu, 2008) je koncipirao optimizam kao eksplanatorni stil. Eksplanatorni stil odnosi se na način na koji ljudi objašnjavaju uzroke događaja u svom životu. Kada im se dogodi nešto loše, optimisti uzroke tih loših događaja vide u vanjskim, privremenim i specifičnim faktorima. Za razliku od njih, pesimisti uzroke pronalaze u unutarnjim, trajnim i globalnim uzrocima. Mnoga istraživanja navode da je pesimistični eksplanatorni stil povezan s oslabljenim imunološkim sustavom (Kamen – Siegal, 1991; prema Albery, Munfao, 2008). Dobiveni rezultati su takvi jer pesimisti imaju uvjerenja o vlastitoj bespomoćnosti i smanjeni osjećaj vlastite samoučinkovitosti, što dovodi do razlika u načinu suočavanja. Optimisti će poduzeti sve kako bi smanjili zdravstvene rizike, oni ne ignoriraju prijetnje, već se usredotoče na rizike i suoče s njima. Iskustvom su naučili da je njihov vlastiti trud važan dio u mnogim životnim ishodima pa tako i u zdravstvenim. Optimisti su, više nego pesimisti, uvjereni kako će ih njihovi naponi dovesti do uspjeha, zbog toga oni i brže ulažu napore kad je to potrebno (Carver, Scheier, Segerstorm, 2010).

1.3. Zdravstveni lokus kontrole

Zdravstveni lokus kontrole se odnosi na vjerovanje pojedinca tko ili što ima kontrolu nad njegovim zdravljem, a pretpostavlja se da je jedan od činitelja koji određuju njegovo zdravstveno ponašanje (Krizmanić, Szabo, 1994). Zdravstveni lokus kontrole postao je neizostavni dio teorija o zdravstvenom ponašanju (Sarafino, 2002; prema Grotz, Hapke, Lampert, Baumeister, 2011).

Razlikujemo internalni (unutrašnji) i eksternalni (vanjski) lokus kontrole. Internalni lokus kontrole se odnosi na pripisivanje uzroka ponašanje pretežno unutarnjim činiteljima, osobnim namjerama i odlukama. Osobe s internalnim lokusom kontrole vjeruju da mogu utjecati na događaje i njihove posljedice, vjeruju da vlastitim sposobnostima i trudom mogu utjecati na zdravlje i zdravstvene ishode. Kod eksternalnog lokusa kontrole izvor kontrole je u značajnim drugim osobama ili sreći i sudbini. Osobe s eksternalnim lokusom kontrole događaje pripisuju sreći, višoj sili ili utjecaju drugih ljudi. Zdravstveni lokus kontrole se odnosi na očekivanja kontrole u situacijama povezanim sa zdravljem. Mnoga zdravstvena ponašanja pokazuju povezanost s lokusom kontrole (Mahler, Kulik, 2001; prema Albery, Munfao, 2008).

1.3.1. Zdravstveni lokus kontrole i zdravstvena ponašanja.

Veliki broj dosadašnjih istraživanja pokazuju da lokus kontrole ima značajan utjecaj na različite zdravstvene ishode te da je unutarnji lokus uglavnom povezan s pozitivnim, a vanjski s negativnim zdravstvenim ishodima. Visoki unutarnji lokus kontrole predviđa pozitivne zdravstvene navike, a visoki vanjski lokus kontrole predviđa zdravstveno štetna ponašanja. Općenito internalni zdravstveni lokus kontrole povezan je s dobrim zdravljem i preporučljivim zdravstvenim ponašanjem.

Neki primjeri zdravstvenih ponašanja koji se mogu predvidjeti kombiniranje lokusa kontrole i zdravstvenih vrijednosti (vrijednosti zdravlja): smanjenje pušenja (Caplan, Cowles, 1978), gubitak težine (Saltzer, 1978), i traženje informacija o zdravlju (Wallson, Maides, Wallson, 1976; prema Weiss, Larsen, 1990). Mnoga istraživanja na odraslim osobama pokazala su povezanost između vanjskog lokusa i pušenja (Straits, Sechrest, 1963; James, Woodruff, Werner, 1965; Foss, 1973; prema Weiss, Larsen, 1990). Druga istraživanja su pronašla povezanost između lokusa kontrole i tjelovježbe (Sonstroem, Walker, 1973; O Connell, Price, 1982; Slenker et. al., 1985; prema Helmer, Kramer, Mikolajczyk, 2012).

Nekoliko je istraživanja pokazalo da su pojedinci s internalnim lokusom kontrole, koji visoko vrednuju zdravlje, više uključeni u zdravstveno protektivna ponašanja.

Istraživanje Kaplan i Cowles (1978; prema Steptoe, Wardle, 2001) na ispitanicima, koji su sudjelovali u programu za prestanak pušenja pokazalo da su visoko vrednovanje zdravlja i unutarnji lokus kontrole bili najvažniji za prestanak pušenja. Lau (1982), Abela i Heslin (1984) su pronašli da su studenti s internalnim lokusom kontrole, koji visoko vrednuju zdravlje, više uključeni u protektivna zdravstvena ponašanja. Različita su istraživanja pokazala da je bolje zdravlje, objektivno i subjektivno, povezano s većim internalnim lokusom kontrole, a lošije je zdravlje povezano s višim stupnjem eksternog lokusa kontrole (Bell, 2002; Boyle, Sielski, 1981; Gilhooly, 2007; Jonansson, 2001; prema Jacobs – Lawson, Waddell, 2011).

Smatra se da osobe s vanjskim lokusom kontrole češće i brže podliježu pritisku drugih, dok će osobe s unutarnjim lokusom kontrole zadržati svoj individualni stav (Strickland, 1977; prema Abella, Heslin, 1984). Ljudi, koji vjeruju da mogu kontrolirati svoje zdravlje pokazuju više protektivnih zdravstvenih navika, kada je zdravlje vrlo cijenjeno, u odnosu na druge ciljeve u životu (Abella i Heslin, 1984). Osobe s unutarnjim lokusom kontrole općenito su zdravije i rjeđe obolijevaju od akutnih i kroničnih bolesti, a i onda, kada se razbole bolest im traje kraće, nego kod osoba s vanjskim lokusom (Rosolack, Hampson, 1991).

Mackey (2002; prema Graffeo, Silvestri, 2006) navodi velik broj istraživanja u kojima je potvrđena pozitivna veza između unutarnjeg lokusa kontrole i preventivnih zdravstvenih ponašanja. Pojedinci s unutarnjim lokusom kontrole vjerojatnije će tražiti informacije povezane sa zdravljem, uspješnije prestati pušiti, kontrolirati tjelesnu težinu, ponašati se u skladu s uputama liječnika, ići na preventivno cijepljenje, redovito koristiti sigurnosni pojas u vožnji i voditi računa o higijeni zubi, nego pojedinci vanjskog lokusa kontrole zdravlja. Unutarnji lokus kontrole pozitivno je povezan s HIV zaštitnim ponašanjima (Kelly, 1990; prema Albery, Munfao, 2008), zdravijim izborom hrane (Steptoe, Wardle, 2001; prema Albery, Munfao, 2008), i učestalosti vježbanja (Norman, 1997; prema Albery, Munfao, 2008), dok u manjoj mjeri korelira s nezdravim navikama poput pušenja i konzumacije alkohola. MacArthur i MacArthur (1999; prema Graffeo, Silvestri, 2006) dodaju da je osjećaj unutarnje kontrole povezan s boljim psihičkim zdravljem, boljim procjenama vlastitog zdravlja te manjim rizikom od bolesti srca.

Kada je riječ o odnosu zdravstvenog lokusa kontrole i rizičnih zdravstvenih ponašanja, osobe s vanjskim lokusom kontrole zdravlja, u odnosu na one s unutarnjim lokusom, sklonije su pušenju cigareta (Straits, Sechrest, 1963; James, Woodruff, Werner, 1965; Foss, 1973; prema Steptoe, Wardle, 2001), konzumiranju alkoholnih pića (Naditch, 1975; Apao, Damon, 1982; prema Steptoe, Wardle, 2001) te zlouporabi drugih supstanci (Segal, 1974; prema Weiss, Larsen, 1990). Osobe s vanjskim lokusom kontrole imaju manje zdravstveno protektivnih ponašanja i općenito se manje brinu o svome zdravlju (Evans, 2000; prema Albery, Munfao, 2008). Vjerovanje u utjecaj slučaja pozitivno korelira s rizičnim ponašanjima (pušenje, alkohol), a negativno s tjelovježbom i zdravom prehranom. Dimenzija „Važni drugi“ pozitivno korelira sa zdravom prehranom i smanjenom konzumacijom alkohola, a negativno sa tjelovježbom.

2. Cilj, problemi i hipoteze

2.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati postoji li povezanost između optimizma, zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja studenata.

2.2. Problemi

1. Provjeriti postoji li povezanost između optimizma, zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja studenata.
2. Provjeriti razlikuju li se i po kojim karakteristikama sudionici sa zdravstveno rizičnim ponašanjima od onih s protektivnim ponašanjima.

2.3. Hipoteze

1. Optimizam je pozitivno povezan sa zdravstveno protektivnim ponašanjima, a negativno povezan sa zdravstveno rizičnim ponašanjima.

2. Internalni lokus kontrole je pozitivno povezan sa zdravstveno protektivnim ponašanjima, a negativno povezan sa zdravstveno rizičnim ponašanjima.

Eksternalni lokus kontrole je pozitivno povezan sa zdravstveno rizičnim ponašanjima, a negativno povezan sa zdravstveno protektivnim ponašanjima.

3. Postoji razlika u karakteristikama sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima i onih sa zdravstveno protektivnim ponašanjima.

3. Metoda

3.1. Instrumenti:

1. Upitnik zdravstvenog lokusa kontrole ZLK-90 (Krizmanić, Szabo, 1994). Upitnik ZLK-90 je namijenjen ispitivanju vjerovanja o osobnom zdravlju i faktorima koji na njega utječu u svrhu predviđanja zdravstvenog ponašanja. Ukupno su trideset i dva pitanja podijeljena u četiri ljestvice: I ljestvica koja opisuje vjerovanje bolesnika u unutarnji izvor kontrole, te tri ljestvice koje ispituju vjerovanje bolesnika u vanjski izvor kontrole zdravlja: Evd - važni drugi, Es – slučaj/sudbina i Eo - okolnosti. Svaka ljestvica sadrži po osam pitanja, a uz svako pitanje ponuđena su po četiri odgovora koja upućuju na različit stupanj vjerovanja (4 - u potpunosti vjerujem, 3 - uglavnom vjerujem, 2 - uglavnom ne vjerujem i 1 - uopće ne vjerujem). Sudionik među četiri predložena odgovora bira onaj koji najbolje izražava njegov stupanj vjerovanja u ono na što se pitanje odnosi. Upitnik se može primijeniti individualno ili grupno, a primjena traje oko 15 minuta. Pouzdanost pojedinih skala procijenjena je na osnovi alfa indeksa unutarnje konzistencije i za pojedine skale iznosi: skala I = 0,534, skala Evd = 0,568, skala Es = 0,583, skala Eo = 0,692. Pošto je pouzdanost pojedinih skala dosta niska, može se zaključiti kako je upitnik vrlo upitne pouzdanosti.

2. Revidirani Life Orientation Test (LOT-R) (LOT-R; Scheier, Carver, Bridges, 1994). LOT-R mjeri generalni optimizam i sastoji se od deset čestica, od kojih se druga, peta, šesta i osma čestica ne boduju jer one služe za prikrivanje prave svrhe. Zadatak ispitanika je da na skali od 0-4 (od „u potpunosti netočno“ do „u potpunosti točno“) iskažu svoj stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom. Ukupan rezultat na skali predstavlja sumu bodova pozitivnih čestica i obrnuto kodiranih negativnih čestica.

Provjerom metrijskih karakteristika dobiveno je da je LOT- R objektivan, pouzdan i valjan instrument. Pouzdanost instrumenta procijenjena je na osnovi alfa indeksa unutarnje konzistencije i iznosi $\alpha=0,75$.

3. Anketni upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja sastavljen je za potrebe ovog istraživanja, a sastoji se od deset pitanja. Prvih pet pitanja odnose se na osobne i demografske podatke: spol, dob, studij, i godinu studija sudionika. Ostalih pet pitanja služi za procjenu zdravstvenih ponašanja sudionika (konzumacija alkohola, cigareta, bavljenje tjelesnom aktivnošću, sportom, učestalost doručka). Za procjenu učestalosti korištenja alkohola i cigareta korištena je skala od 4 stupnja (uopće ne – rijetko; koliko na mjesec – povremeno; koliko na tjedan – svakodnevno; koliko na dan). Za procjenu bavljenja tjelesnom aktivnošću korištena je skala od 3 stupnja (uopće ne - nekoliko puta tjedno – svaki dan). Za pitanje bavljenja sportom ponuđena su dva moguća odgovora (da (kojim) i ne). Za procjenu učestalosti doručkovanja odgovara se na skali od 3 stupnja (ne, nikada, povremeno i da, svaki dan). Sudionici su još trebali na skali od 1 do 5 zaokružiti koliko obroka dnevno imaju.

3.2. Sudionici

Istraživanje je provedeno tijekom svibnja 2013. godine. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 178 sudionika, studenata Ekonomskog fakulteta u Osijeku (N=79), Filozofskog fakulteta u Osijeku (N=68) i Elektrotehničkog fakulteta u Osijeku (N=31). Studenti su sa svih fakulteta bili polaznici druge i treće godine preddiplomskog studija. Sudionika muškog spola bilo je 68 (38,2%), a ženskog spola 110 (61,8%), u dobi od 19 do 26 godina (M = 21,37, SD = 1,425).

3.3. Postupak

Istraživanje se provodilo na Filozofskom, Ekonomskom i Elektrotehničkom fakultetu u Osijeku. Istraživanje je provedeno grupno na ranije dogovorenim fakultetima. Studentima je prije provođenja samog istraživanja ukratko bila predstavljena tema i cilj istraživanja te su im pročitane upute o ispunjavanju instrumenata, koje su se nalazile i na instrumentima koje su sudionici ispunjavali. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno te su sudionici u bilo kojem trenu mogli odustati od sudjelovanja (i.e. ispunjavanja upitnika). Sudionici su redom ispunjavali Upitnik zdravstvenog lokusa kontrole ZLK-90, Upitnik optimizma LOT-R te Listu za procjenu zdravstvenih ponašanja. Vrijeme ispunjavanja nije bilo ograničeno, a trajalo je oko 20 minuta. Nakon što su ispunili sva tri upitnika, stavljali su ih na rub stola.

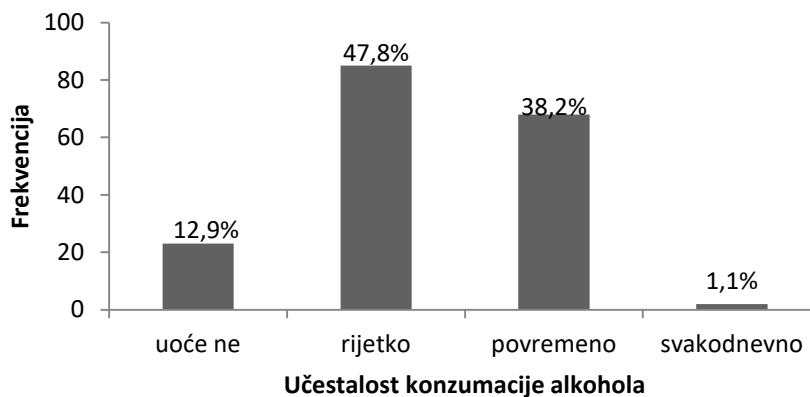
4. Rezultati

Podaci su analizirani programskim paketom za statističku obradu SPSS-om za Windowse, verzija 18.0. Prije provedbe analiza testirana je normalnost distribucije varijabli Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Prvo je napravljena deskriptivna analiza dobivenih rezultata za zdravstvena ponašanja (učestalost konzumacije duhana i alkohola, bavljenja tjelesnom aktivnošću i sportom, broja obroka dnevno, čestinu doručka). Nakon toga je napravljena deskriptivna analiza za tjednu konzumaciju alkohola i cigareta te za ukupno zdravstveno rizično ponašanje koje je dobiveno zbrajanjem 4 ponašanja za koja se procjenjuje da njihovo pojavljivanje predstavlja rizik (1. pušenje – rijetko, povremeno i svakodnevno, 2. konzumiranje alkohola – povremeno i svakodnevno, 3. ne bavljenje tjelesnom aktivnošću, 4. povremeno doručkovanje i ne doručkovanje). Raspon rizičnih ponašanja kretao se od 0 do 4 (pušenje, alkohol, tjelesna aktivnost, doručak). Nakon toga napravljena je deskriptivna analiza rezultata na upitniku optimizma (LOT-R) i pojedinih dimenzija Zdravstvenog lokusa kontrole.

Kako bi se odgovorilo na prvi problem izračunat je Spearmanov koeficijent korelacije između optimizma (LOT-R) i zdravstvenih ponašanja (broj tjedno popijenog pića, popušanih cigareta, bavljenje tjelesnom aktivnošću, broj obroka dnevno i ukupno zdravstveno rizično ponašanje) te između dimenzija Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole i navedenih zdravstvenih ponašanja. Kako bi se ispitalo razlikuju li se i po kojim karakteristikama sudionici sa zdravstveno rizičnim ponašanjima od onih s protektivnim ponašanjima korišten je Mann-Whitney test za nezavisne uzorke. U obradu su uzeti sudionici koji su imali 0 rizičnih ponašanja - koji predstavljaju skupinu sudionika sa zdravstveno protektivnim ponašanjima i sudionici koji imaju 3 i 4 rizična ponašanja - koji predstavljaju skupinu sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima.

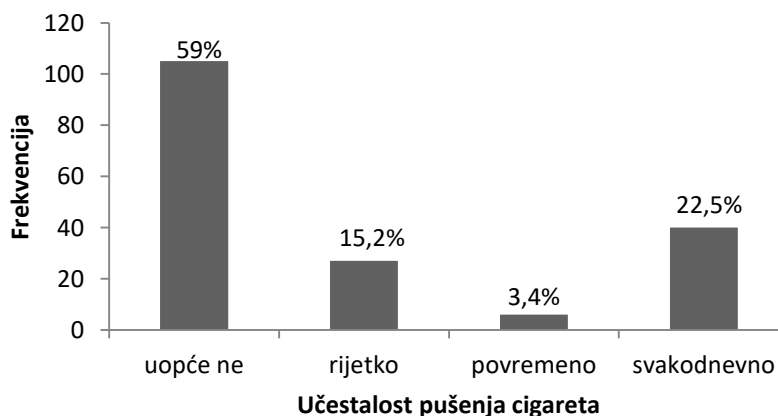
Deskriptivna analiza zdravstvenih ponašanja

Slika 1. Postotak učestalosti pijenja alkoholnih pića za 178 sudionika.



Na temelju slike 1 može se vidjeti da 23 sudionika (12,9%) uopće ne konzumira alkohol, dok samo 2 sudionika (1,1%) svakodnevno konzumiraju alkohol. Povremeno konzumira alkohol 68 sudionika (38,2%), a 85 sudionika (47,8%) konzumira rijetko.

Slika 2. Postotak učestalosti pušenja cigareta za 178 sudionika.



Što se tiče pušenja cigareta iz slike 2 može se vidjeti da 105 sudionika (59%) uopće ne puši, a 40 sudionika (22,5%) puši svakodnevno. Povremeno puši 6 sudionika (3,4%), a 27 sudionika (15,2%) puši rijetko.

Tablica 1. Broj i postotak sudionika s obzirom na bavljenje tjelesnom aktivnošću i sportom te čestinu doručka.

		N	%
Tjelesna aktivnost	Uopće ne	37	20,8
	Nekoliko puta na tjedan	114	64
	Svaki dan	27	15,2
Sport	da	53	29,8
	ne	125	70,2
Doručak	Ne, nikada	13	7,3
	povremeno	86	48,3
	Da, svaki dan	79	44,4

Iz tablice 1 se može vidjeti da se 37 sudionika (20,8%) uopće ne bavi tjelesnom aktivnošću, njih 114 (64%) se bavi nekoliko puta na tjedan, a 27 sudionika (15,2%) se bavi svakodnevno.

Što se tiče bavljenja sportom, 53 sudionika (29,8%) se bavi sportom, a 125 sudionika (70,2%) se ne bavi.

Iz tablice 1 se može vidjeti da 13 sudionika (7,3%) nikada ne doručkuju, dok 86 sudionika (48,3%) doručkuje povremeno, a 79 sudionika (44,4%) doručkuje svaki dan.

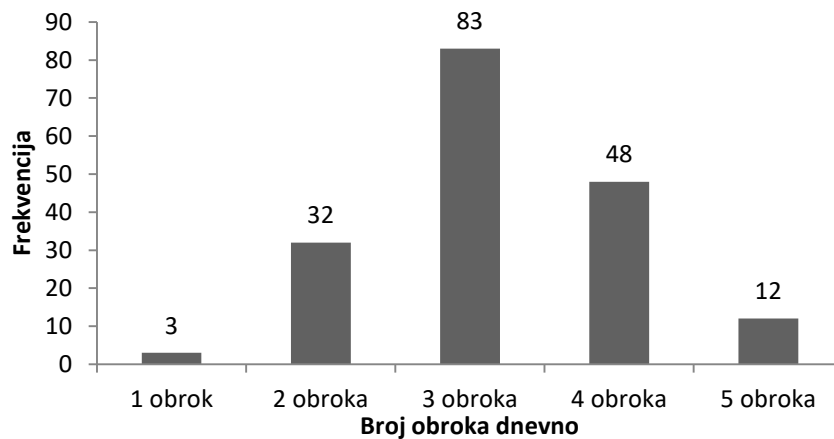
Tablica 2. Minimum, maksimum, medijan i poluinterkvartilna raspršenja za bavljenje tjelesnom aktivnošću kod 178 studenata.

	Minimum	Maksimum	C	25Q	75Q
Tjelesna aktivnost	1	3	2	2	2

Legenda: minimum-ne bavljenje tjelesnom aktivnošću; maksimum-svakodnevno bavljenje tjelesnom aktivnošću

Tablica 2 pokazuje kako se najveći broj sudionika tjelesnom aktivnošću bavi nekoliko puta tjedno (C=2), što znači da se većina sudionika nalazi oko prosjeka (bavi se tjelesnom aktivnošću nekoliko puta tjedno). Raspon odgovora kretao se od 1 – uopće se ne bavim tjelesnom aktivnošću, preko 2 – bavim se nekoliko puta na tjedan, do 3 – bavim se svakodnevno.

Slika 3. Histogram broja obroka dnevno za 178 sudionika



Na slici 3 se vidi da samo 3 sudionika (1,7%) ima jedan obrok dnevno, 32 sudionika (18%) ima po dva obroka dnevno. Najveći broj sudionika, njih 83 (46,6%) ima tri obroka dnevno, dok nešto manji broj sudionika, njih 48 (27%) ima po četiri obroka. Pet obroka dnevno ima samo 12 sudionika (6,7%).

Tablica 3. Minimum, maksimum, medijan i poluinterkvartilna raspršenja za broj obroka dnevno kod 178 studenata.

	Minimum	Maksimum	C	25Q	75Q
Broj obroka dnevno	1	5	3	3	4

Legenda: minimum-najmanji broj obroka dnevno; maksimum-najviše obroka dnevno; C-medijan; 25 Q - 25 kvartil; 75 Q - 75 kvartil

Iz tablice 3 može se vidjeti kako se broj obroka kretao od 1 obroka dnevno pa do 5 obroka dnevno. Rezultati iz tablice 3 pokazuju kako studenti u prosjeku imaju 3 obroka dnevno (centralna vrijednost, C= 3), što je i u skladu s rezultatima iz slike 3 (83 sudionika, 46,6% ima 3 obroka dnevno).

Tablica 4. Minimum, maksimum, aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan i poluinterkvartilna raspršenja za broj cigareta i alkoholnih pića koje studenti tjedno konzumiraju.

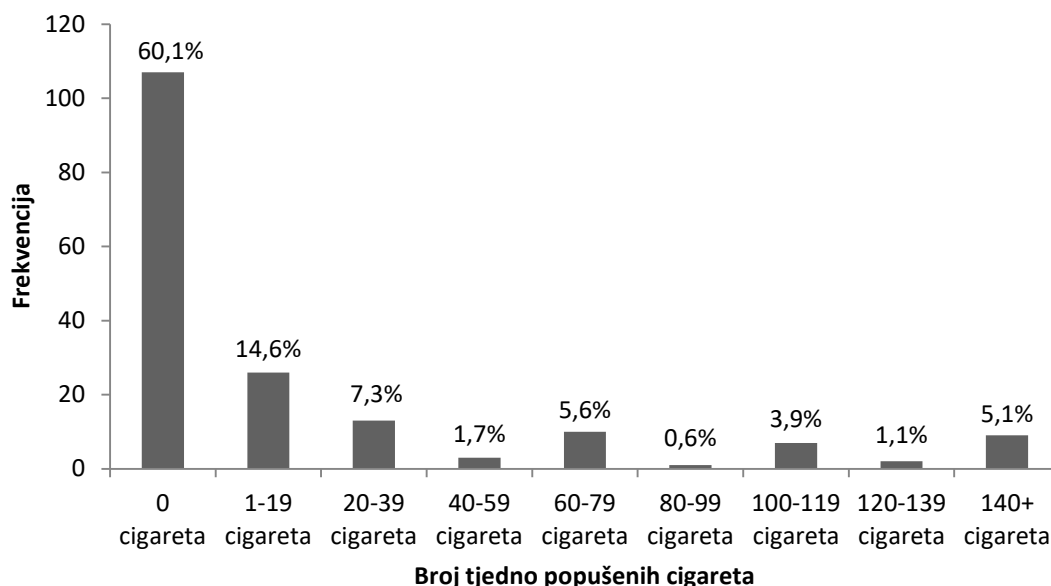
	Minimum	Maksimum	M	SD	C	25Q	75Q
Broj tjedno popušenih cigareta	0	175	20,72	41,744	0	0	20
Broj tjedno popijenih alkoholnih pića	0	20	2,72	3,622	0	1	3

Legenda: minimum-najmanji broj tjedno popušenih cigareta i popijenih alkoholnih pića; maksimum-najveći broj tjedno popušenih cigareta i popijenih alkoholnih pića; M-aritmetička sredina; SD-standardna devijacija; C-medijan; 25 Q - 25 kvartil; 75 Q - 75 kvartil

Rezultati iz tablice 4 pokazuju da studenti u prosjeku tjedno popuše oko 21 cigaretu ($M=20,72$, $SD=41,744$). S obzirom na standardnu devijaciju može se zaključiti da postoje velike individualne razlike u broju tjedno popušenih cigareta. Raspon se kreće od 0 cigareta pa sve do 175 cigareta.

Što se tiče tjeđne konzumacije alkohola među studentima rezultati iz tablice 4 pokazuju kako studenti u prosjeku tjedno popiju oko 3 pića ($M=2,72$, $SD=3,622$). Raspon se kreće od 0 pića do 20 pića.

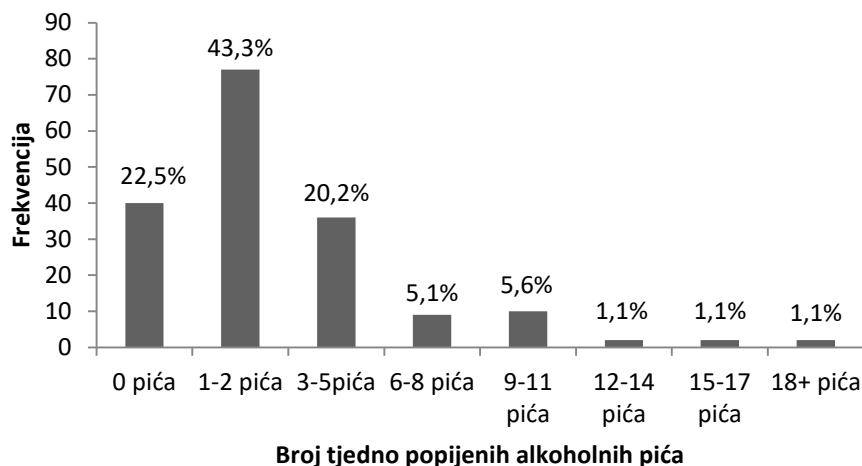
Slika 4. Histogram broja tjedno popušenih cigareta 178 sudionika



Iz slike 4 može se vidjeti da najveći broj sudionika njih, 107 (60,1%) izjavljuje kako tjedno ne popuši nijednu cigaretu, a 9 sudionika (5,1%) popuši 140 i više cigareta tjedno. Postotak pušača smanjuje se proporcionalno broju cigareta. Na slici 4 može se vidjeti pregledniji prikaz učestalosti pušenja cigareta.

Vidljivo je da je distribucija tjedno popušenih cigareta pozitivno asimetrična, što znači da postoji veće gomilanje rezultata na području nižih vrijednosti (na lijevoj strani grafa).

Slika 5. Histogram broj tjedno popijenih alkoholnih pića 178 sudionika.



Na slici 5 može se vidjeti da najveći broj sudionika, njih 77 (43,3%) izjavljuje kako tjedno popije 1 – 2 pića, 40 sudionika (22,5%) izjavljuje kako ne popije niti jedno piće tjedno, dok samo 2 sudionika (1,1%) popije 18 ili više pića. Iz slike 5 se može vidjeti da je distribucija mjesečnog konzumiranja alkohola isto pozitivno asimetrična, što znači da postoji veće gomilanje rezultata na području nižih vrijednosti (na lijevoj strani grafa).

Tablica 5. Broj i postotak rizičnih ponašanja na uzorku 178 sudionika.

	N	%
0 rizičnih ponašanja	33	18,5
1 rizično ponašanje	54	30,3
2 rizična ponašanja	51	28,7
3 rizična ponašanja	34	19,1
4 rizična ponašanja	6	3,4

Tablica 5 pokazuje kako 33 sudionika (18,5%) nema niti jedno rizično ponašanje, 54 sudionika (30,3%) ima 1 rizično ponašanje, 51 sudionik (28,7%) ima 2 rizična ponašanja, 34 sudionika (19,1%) ima 3 rizična ponašanja, dok svega 6 sudionika (3,4%) ima 4 rizična ponašanja.

Najčešće rizično zdravstveno ponašanje je povremeno doručkovanje i ne doručkovanje, zatim slijedi povremena i svakodnevna konzumacija alkohola, nakon toga slijedi rijetko, povremeno i svakodnevno pušenje cigarete te najrjeđe zdravstveno rizično ponašanje je ne bavljenje tjelesnom aktivnošću.

Tablica 6. Minimum, maksimum, medijan i poluinterkvartilna raspršenja za ukupan broj rizičnih ponašanja na uzorku 178 sudionika.

	Minimum	Maksimum	C	25Q	75Q
Ukupan broj rizičnih ponašanja	0	4	2	1	2

Legenda: minimum – najmanji broj rizičnih ponašanja; maksimum – najveći broj rizičnih ponašanja; M - aritmetička sredina; SD - standardan devijacija; C – medijan; 25 Q - 25 kvartil; 75 Q - 75 kvartil

Iz tablice 6 se može vidjeti da studenti prosječno imaju oko 2 rizična ponašanja (centralna vrijednost, C= 2). Raspon rizičnih ponašanja kreće se od 0 do 4 (0 – nepostojanje rizičnog, niti jedno rizično ponašanje, 4 – 4 rizična ponašanja).

Deskriptivna analiza rezultata na upitnicima ZLK-90 i LOT-R

Tablica 7. Minimum, maksimum, aritmetička sredina, standardna devijacija 178 sudionika na pojedinim dimenzijama Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole i ukupnog rezultata na Upitniku optimizma (LOT-R).

Varijabla	Teorijski raspon	Minimum	Maksimum	M	SD
Unutarnji	8-32	16	31	24,07	2,642
Važni drugi	8-32	12	25	19,11	2,549
Slučaj	8-32	12	27	18,93	2,764
Okolnosti	8-32	13	28	20,33	2,738
LOT-R	0-24	3	22	14,04	3,424

Legenda: teorijski raspon - teorijski minimum i maksimum; minimum - najmanji rezultat postignut na upitniku; maksimum – najveći rezultat postignut na upitniku; M - aritmetička sredina; SD - standardan devijacija

Iz tablice 7 može se vidjeti kako su sudionici postizali najviše rezultate na ljestvici kojom se ispituje unutarnji lokus kontrole zdravlja ($M=24,07$, $SD=2,642$), potom na ljestvici Okolnosti ($M=20,33$, $SD=2,738$); ljestvici Važni drugi ($M= 19,11$, $SD=2,549$) te ljestvici Slučaj ($M= 18,93$, $SD= 2,764$).

Raspon rezultata za ljestvicu Unutarnji lokus kontrole zdravlja kretao se od 16 do 31, za ljestvicu Važni drugi od 12 do 25, za ljestvicu Slučaj do 12 do 27 i za ljestvicu Okolnosti od 13 do 28. Iz navedenog se može zaključiti da je na ovom uzorku sudionika dominantno vjerovanje u unutarnji izvor kontrole zdravlja. Što se tiče optimizma prosječni rezultat iznosi ($M=14,04$, $SD=3,424$). Raspon rezultata kretao se od 3 do 22, a mogući je bio od 0 do 24. Može se reći da je ispitani uzorak imao prosječan rezultat na upitniku optimizma (veći rezultat veći optimizam).

Povezanost optimizma (LOT-R) i zdravstvenih ponašanja

Da bi se odgovorilo na prvi istraživački problem, odnosno provjerilo postoji li povezanost između optimizma i zdravstvenih ponašanja studenata izračunati su Spearmanovi koeficijenti korelacije rezultata na upitniku optimizma (LOT-R) i tjedne konzumacije alkohola i pušenje cigareta, bavljenja tjelesnom aktivnošću, broja obroka dnevno te ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 8.

Tablica 8. Spearmanovi koeficijenti korelacije optimizma (ukupan rezultat na upitniku LOT-R) i zdravstvenih ponašanja (alkohol, pušenje, tjelesna aktivnost, broj obroka, ukupno zdravstveno rizično ponašanje).

LOT ukupno	Alkohol na tjedan	Cigareta na tjedan	Tjelesna aktivnost	Broj obroka	Ukupan broj rizika
LOT ukupno	-0,091	0,011	0,083	0,256**	-0,129
Alkohol na tjedan		0,265**	0,127	-0,030	0,485**
Cigarete na tjedan			-0,045	-0,053	0,605**
Tjelesna aktivnost				0,158*	-0,299**
Broj obroka					-0,167**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Iz tablice 8 se može vidjeti da postoji statistički značajna pozitivna povezanost između optimizma i broja obroka dnevno ($r=0,256$, $p < 0,01$). Što se tiče ostalih zdravstvenih ponašanja, može se vidjeti da ne postoji statistički značajna povezanost s optimizmom. Ne postoji statistički značajna povezanost optimizma i ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja. Postoji statistički značajna povezanost između različitih zdravstvenih ponašanja (rizičnih i protektivnih). Postoji statistički značajna pozitivna povezanost između tjedne konzumacije alkohola i pušenja cigareta kod studenata ($r=0,265$, $p < 0,01$).

Isto tako, postoji statistički značajna pozitivna povezanost između tjedne konzumacije alkohola i ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja ($r=0,485$, $p<0,01$). Ukupno zdravstveno rizično ponašanja u značajnoj je pozitivnoj povezanosti i s brojem cigareta na tjedan ($r=0,605$, $p<0,01$). Bavljenje tjelesnom aktivnošću značajno je pozitivno povezano s brojem obroka dnevno ($r=0,158$, $p<0,05$), a značajno negativno povezano s ukupnim zdravstveno rizičnim ponašanjem ($r=-0,299$, $p<0,01$). Broj obroka dnevno značajno je negativno povezano s ukupnim zdravstveno rizičnim ponašanjem ($r= -0,167$, $p<0,01$).

Povezanost između dimenzija ZLK-90 i zdravstvenih ponašanja

U sklopu prvog problema ispituje se i postoji li povezanost između zdravstvenih ponašanja i četiri dimenzije Zdravstvenog lokusa kontrole. Izračunati su Spearmanovi koeficijenti korelacije između rezultata na Upitniku zdravstvenog lokusa kontrole i tjedne konzumacije alkohola i pušenje cigareta, bavljenja tjelesnom aktivnošću, broj obroka dnevno te ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja.

Tablica 9. Spearmanovi koeficijenti korelacije pojedinih dimenzija ZLK (unutarnji lokus kontrole, važni drugi, slučaj, okolnost) i zdravstvenih ponašanja (alkohol, pušenje, tjelesna aktivnost, broj obroka, ukupno zdravstveno rizično ponašanje).

Dimenzije zdravstvenog lokusa kontrole	Alkohol na tjedan	Cigareta na tjedan	Tjelesna aktivnost	Broj obroka	Ukupan broj rizika
Unutarnji	0,083	-0,036	0,065	0,111	-0,097
Važni drugi	-0,017	-0,093	-0,088	-0,090	-0,113
Slučaj	-0,097	0,036	-0,085	- 0,097	-0,001
Okolnosti	-0,036	0,016	-0,052	0,003	0,001

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Iz tablice 9 vidljivo je da nijedna dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole nije statistički značajno povezana sa zdravstvenim ponašanjima studenata.

Razlika u karakteristikama sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima i onih sa zdravstveno protektivnim ponašanjima

Da bi se odgovorilo na drugi istraživački problem, odnosno provjerilo razlikuju li se i po kojim karakteristikama sudionici sa zdravstveno rizičnim ponašanjima od onih sa zdravstveno protektivnim ponašanjima, korišten je Mann-Withney test za nezavisne uzorke.

U obradu su uzeti sudionici koji su imali 0 rizičnih ponašanja (koji predstavljaju skupinu sudionika sa zdravstveno protektivnim ponašanjima) i sudionici koji imaju 3 i 4 rizična ponašanja (koji predstavljaju skupinu sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima).

Tablica 10. Aritmetičke sredine rangova i sume rangova postignutih rezultata na upitnicima optimizma (LOT-R) i pojedinih dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole (unutarnji lokus kontrole, važni drugi, slučaj, okolnost) za sudionike sa zdravstveno rizičnim i zdravstveno protektivnim ponašanjima i rezultati Mann-Whitney testa za nezavisne uzorke.

	Zdravstveno ponašanje	M (r)	Σ (r)	Mann-Whitney U	p
Optimizam	protektivno	41,86	1381,50	499,500	0,073
	rizično	32,99	1319,50		
I skala	protektivno	39,85	1315,00	566,000	0,294
	rizično	34,65	1386,00		
Evd skala	protektivno	40,29	1329,50	551,500	0,226
	rizično	34,29	1371,50		
Es skala	protektivno	37,68	1243,50	637,500	0,802
	rizično	36,44	1457,50		
Eo skala	protektivno	37,59	1240,50	640,500	0,828
	rizično	36,51	1460,50		

Iz tablice 10 se može vidjeti da sudionici sa zdravstveno protektivnim ponašanjima u prosjeku iskazuju viši optimizam od sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima, utvrđena razlika nije se pokazala statistički značajnom. Isto tako na svim dimenzijama zdravstvenog lokusa kontrole sudionici sa protektivnim ponašanjima postigli su viši rezultat od sudionika sa rizičnim ponašanjima no te razliku nisu dovoljno velike da bi bile statistički značajne. U deskriptivne svrhe može se navesti da su najveće razlike dobivene na dimenzijama: Unutarnji lokus kontrole (sudionici s protektivnim ponašanjima; $M(r)= 39,85$, sudionici s rizičnim ponašanjima; $M(r)= 34,65$) i Važni drugi (sudionici s protektivnim ponašanjima; $M(r)= 40,29$, sudionici s rizičnim ponašanjima; $M(r)= 34,29$).

5. Rasprava

Zdravstvena ponašanja

Rezultati istraživanja, koji se odnose na zdravstvena ponašanja, pokazali su da je najveći dio sudionika izvijestio da rijetko konzumira alkohol (47,8% nekoliko puta na mjesec – što ne predstavlja rizik), nešto manji dio konzumira povremeno (38,2% nekoliko puta na tjedan), a samo 1,1% sudionika alkohol konzumira svakodnevno. To se može objasniti time što možda najveći dio sudionika alkohol konzumira prilikom izlaska (vikendom) ili kad je s društvom, što se može vidjeti i iz tjedne konzumacije alkohola, koja pokazuje da najveći dio sudionika tjedno popije 3 pića (možda tijekom vikenda). Takvi rezultati su i očekivani, budući da se radi o mladima koji izlaze i prilikom izlaska većina konzumira alkoholna pića. Što se tiče pušenja cigareta najveći dio sudionika je izvijestio da uopće ne puši cigarete (59%), dosta veliki dio sudionika izjavio je da puši svakodnevno (22,5%). Tjedna konzumacija cigareta pokazuje da iako je najveći broj onih koji ne puše, oni koji puše prosječno popuše oko 21 cigaretu tjedno što i nije tako mala brojka te da 5,1% studenata popuši i više od 140 cigareta (što znači 20 i više na dan). Dobiveni rezultati su dosta zabrinjavajući, unatoč tome što najveći broj ne puši, oni koje puše popuše dosta veliki broj cigareta.

Rezultati su pokazali da se najveći broj sudionika nekoliko puta na tjedan bave nekom vrstom tjelesne aktivnosti (64%). Veći broj sudionika se ne bavi sportom (70,2%). Moguće objašnjenje je da su sudionici upoznati s važnosti bavljenja tjelesnom aktivnošću i nastoje barem nekoliko puta na tjedan baviti nekom tjelesnom aktivnošću, a što se tiče sporta možda nemaju dovoljno vremena kako bi se bavili nekim sportom, budući da su studenti i imaju puno obaveza. Iz rezultata se može vidjeti da sudionici nisu poistovjetili tjelesnu aktivnost sa sportom (jer se većina bavi tjelesnom aktivnošću, a sportom ne). Za učestalost doručka dobiveno je da većina sudionika povremeno doručkuje (48,3%), premda je veliki broj i onih koji svakodnevno doručkuju (44,4%). Najveći broj sudionika ima 3 obroka dnevno (46,6%), a samo 1,7% sudionika ima 1 obrok dnevno. Unatoč tome što veliki broj sudionika svakodnevno doručkuju, dobiveno je da najveći broj sudionika povremeno doručkuju (što predstavlja rizično ponašanje, zato što je doručak najvažniji obrok te ga treba svakodnevno konzumirati), stoga je potrebno još više poticati i educirati o važnosti svakodnevnog doručkovanja i isticanje kako je doručak najvažniji obrok.

Rezultati analize broja tjedno popušanih cigareta pokazali su da studenti u prosjeku tjedno popuše oko 21 cigaretu, ali i da postoje velike interindividualne razlike među sudionicima u količini tjedno popušanih cigareta. Općenito, podaci su pokazali kako se postotak pušača smanjuje proporcionalno broju cigareta.

Rezultati su također pokazali da sudionici u prosjeku tjedno popiju oko 3 alkoholna pića, a dosta veliki broj je izjavio kako ne popije niti jedno piće. Iako na prvi pogled dobivene male brojke od 5,1% studenata koji tjedno puše više od 140 cigareta i 1,1% studenta koji tjedno popiju više od 18 alkoholnih pića djeluju zanemarivo, ne smije se zaboraviti da su u pitanju mladi, studenti za koje se može reći da su već u tim godinama korisnici velikih količina alkohola i duhana. Zaključno o ovome treba ponovno naglasiti da su pušenje i alkohol glavni izbjeglički rizici za zdravlje. Stoga treba strogo provoditi mjere sprječavanja i suzbijanja kako pušenja tako i pijenja alkoholnih pića s posebnim naglaskom na edukacije djece i mladih.

Što se tiče ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja kod sudionika dobiveno je da najveći broj sudionika ima po 1 rizično ponašanje (30,3%) od ukupno 4, samo 3,4% sudionika ima 4 rizična ponašanja, dok 18,5% sudionika nema niti jedno rizično ponašanje. Stoga se može zaključiti kako općenito sudionici nemaju puno zdravstveno rizičnih ponašanja što se može vidjeti i iz velikog broja onih koji ne puše, ne piju ili rijetko piju, redovito doručkuju, bave se tjelesnom aktivnošću te imaju 3 ili više obroka dnevno. Unatoč velikom broju onim koji nemaju rizičnih ponašanja ili imaju po 1 rizično ponašanje, rezultati pokazuju da ima sudionika koji imaju i po 3 ili 4 rizična ponašanja. Isto tako postoje oni koji svakodnevno puše, povremeno doručkuju, ne bave se sportom ni tjelesnom aktivnošću (rizična ponašanja) stoga je važno prevenirati i educirati mlade o štetnosti rizičnih ponašanja i poticati ih na zdravstveno preventivna ponašanja.

Povezanost optimizma, zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja

Rezultati provedenog istraživanja samo su u maloj mjeri (jednom djelu) potvrdili prvu hipotezu. Dobiveno je da je optimizam statistički značajno povezan samo s jednim zdravstvenim ponašanjem. Postoji mala, ali statistički značajna pozitivna povezanost optimizma i broj obroka dnevno - zdravstveno protektivno ponašanje – veći optimizam veći broj obroka ($r=0,256$, $p<0,01$). Što se tiče ostalih zdravstvenih ponašanja pojedinačno, ne postoji statistički značajna povezanost s optimizmom. Dosadašnja istraživanja pokazuju da je optimizam povezan s više zdravstveno protektivnog ponašanja kao što su zdrava prehrana, broj obroka dnevno, tjelesna aktivnost, dobro fizičko zdravlje (Steptoe, Wright, 2006) te da optimizam štiti od negativnih zdravstvenih ishoda (Miles, Scaife, 2003; prema Alberty, Munfao, 2008). Dobiveni rezultati u skladu su s ostalim istraživanjima samo u malo dijelu, jer je u provedenom istraživanju dobivena pozitivna povezanost optimizma samo s brojem obroka dnevno, nije dobivena povezanost optimizma i ostalih zdravstveno protektivnih ponašanja.

Ako se pogleda odvojeno broj tjedno popušenih cigareta i tjedno popijenog pića kao zdravstveno rizična ponašanja, uočavamo da nije dobivena povezanost tih ponašanja s optimizmom (alkohol na tjedan i optimizam, $r = -0,091$, cigarete na tjedan i optimizam, $r = 0,011$). Isto tako nije dobivena povezanost između optimizma i ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja ($r = -0,129$). Dobiveni nalazi nisu u skladu s istraživanjima koja pokazuju da je optimizam negativno povezan s pušenjem i konzumacijom alkohola (Steptoe, Wright, 2006).

Jedan od razloga zašto dobiveni rezultati odstupaju od rezultata dosadašnjih istraživanja može biti taj što je istraživanje Steptoe, Wright (2006) provedeno na starijim osoba s kroničnim bolestima, dok se u ovom istraživanju radilo o studentima za koje se može pretpostaviti da su većinom dobrog zdravlja. Za očekivati je da će studenti, budući da su mlađi biti manje zabrinuti za svoje zdravlje i manje će razmišljati o posljedicama zdravstveno rizičnih ponašanja kao što su pušenje i pijenje alkohola.

Što se tiče povezanosti optimizma i ukupnog broja rizičnih ponašanja, moguće objašnjenje zašto nije dobivena povezanost je prosječno mali broj rizičnih ponašanja. Dobiveno je da većina studenata ima samo 1 rizično ponašanje od ukupno 4, a dosta velik broj nema niti jedno rizično ponašanje. Još jedan od mogućih razloga zašto nije dobivena povezanost između optimizma i zdravstvenih ponašanja može biti to što su dosadašnja istraživanja koja su dobila povezanost većinom provedena na starijim osobama ili osobama s nekim bolestima (kardiovaskularne bolesti, HIV, rak dojke, kronične bolesti), a ovo istraživanje je provedeno na mladim osobama, studentima za koje se pretpostavljalo da su relativno zdravi i da nemaju neke teže bolesti.

Postoji značajna povezanost između zdravstvenih ponašanja međusobno. Dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost između tjedno popijenog alkoholnog pića i tjedno popušenih cigareta ($r = 0,265$, $p < 0,01$), što ukazuje na problem istovremenog konzumiranja različitih opojnih sredstava, u ovom slučaju duhana i alkohola. Dobiveni rezultati u skladu su s istraživanjima koja pokazuju da je sve češći problem među mladima istovremeno uživanje nekoliko vrsta opijata i sredstava ovisnosti (Zweig, Lindberg, McGinley, 2001; Ohene, Ireland, Blum, 2005; Sullivan, Childs, O Connell, 2009). Isto tako postoji statistički značajna pozitivna povezanost između tjedno popijenog alkoholnog pića i ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja ($r = 0,485$, $p < 0,01$). Što se tiče zdravstvenog ponašanja broja tjedno popušenih cigareta postoji statistički značajna pozitivna povezanost s ukupnim zdravstveno rizičnim ponašanjem ($r = 0,605$, $p < 0,01$). Bavljenje tjelesnom aktivnošću je u pozitivnoj značajnoj povezanosti s brojem obroka dnevno koje sudionici imaju ($r = 0,158$, $p < 0,05$) i u negativnoj značajnoj povezanosti s ukupnim zdravstveno rizičnim ponašanjem ($r = -0,299$, $p < 0,01$).

Broj obroka dnevno je u statistički značajnoj negativnoj povezanosti s ukupnim zdravstveno rizičnim ponašanjem ($r=-0,167$, $p<0,01$). Iz svega navedenog može se zaključiti da postoji značajna pozitivna povezanost između rizičnih ponašanja (alkohol, cigarete, ukupno zdravstveno rizično ponašanje), postoji značajna pozitivna povezanost između protektivnih ponašanja (tjelesna aktivnost i broj obroka na dan) te da postoji značajna, ali negativna povezanost između rizičnih i protektivnih zdravstvenih ponašanja (tjelesna aktivnost i ukupno zdravstveno rizično ponašanje, broj obroka dnevno i ukupno zdravstveno rizično ponašanje).

Druga hipoteza nije potvrđena. Rezultati pokazuju da nijedna dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole nije statistički značajno povezana sa zdravstvenim ponašanjima sudionika. Dobiveni nalazi nisu u skladu s dosadašnjim istraživanjima koja pokazuju da postoji pozitivna povezanost internalnog lokusa s pozitivnim, a eksternalnog s negativnim zdravstvenim ishodima te da je internalni lokus povezan sa smanjenjem pušenja (Caplan, Cowles, 1978), gubitkom težine (Saltzer, 1978), i traženje informacija o zdravlju (Wallson, Maides, Wallson, 1976; prema Weiss, Larsen, 1990). Isto tako istraživanja su pokazala pozitivnu povezanost između eksternalnog lokusa kontrole i pušenja (Straits, Sechrest, 1963; James, Woodruff, Werner, 1965; Foss, 1973; prema Weiss, Larsen, 1990), povezanost između internalnog lokusa kontrole i tjelovježbe (Sonstroem i Walker, 1973; O Connell, Price, 1982; Slenker, 1985; prema Helmer, Kramer, Mikolajczyk, 2012) i da su pojedinci s internalnim lokusom kontrole koji visoko vrednuju zdravlje, više uključeni u zdravstveno protektivna ponašanja.

Istraživanje Steptoe i Wardle (2001; prema Albery, Munfao, 2008) je potvrdilo da unutarnji lokus kontrole pozitivno korelira s nekim preventivnim ponašanjima (tjelovježba, zdrava prehrana), dok u manjoj mjeri korelira sa nezdravim navikama poput pušenja i konzumacije alkohola.

Jedan od mogućih razloga zašto nije dobivena pozitivna povezanost između internalnog lokusa kontrole i zdravstveno protektivnih ponašanja je još uvijek nedovoljno visoko vrednovanje zdravlja (sudionici ovog istraživanja zdravlje ne vrednuju visoko). U navedenim istraživanjima povezanost između internalnog lokusa kontrole i zdravstveno protektivnih ponašanja dobivena je među onim sudionicima koji visoko vrednuju zdravlje, ali ne i među onima koji nisko vrednuju zdravlje.

Što se tiče eksternalnog lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja istraživanja su pokazala da osobe s eksternalnim lokusom kontrole zdravlja, u odnosu na one s internalnim lokusom, sklonije su pušenju cigareta (Straits, Sechrest, 1963; James, Woodruff, Werner, 1965; Foss, 1973; Steptoe, Wardle, 2001), konzumiranju alkoholnih pića (Naditch, 1975; Apao, Damon, 1982; prema Steptoe, Wardle, 2001) te zlouporabi drugih supstanci (Segal, 1974; prema Weiss, Larsen, 1990). Osobe s vanjskim lokusom kontrole imaju manje zdravstveno protektivnih ponašanja i općenito se manje brinu o svome zdravlju (Evans, 2000; prema Albery, Munfao, 2008). Iako većina istraživanja potvrđuju takve rezultate, pregledom literature pronađena su i istraživanja koja su dobila drugačije rezultate.

U istraživanju Danachera (1977; prema Weiss, Larsen, 1989) nije dobivena povezanost između zdravstvenog lokusa kontrole i pušenja. Što se tiče konzumacije alkohola i lokusa kontrole na odraslim ispitanicima neka istraživanja ne pokazuju povezanost (Cockerman, Lueschen, Kunz, Speath, 1986; prema Weiss, Larsen, 1990). Isti rezultati dobiveni su i na adolescentima (Peterson, Alen, 1983; Dielman, Leech, Lorenger, Horvath, 1984; prema Weiss, Larsen, 1990). Iz navedenog se može zaključiti da rezultati istraživanja nisu jednoznačni. Gore spomenutim istraživanjima se mogu objasniti dobiveni rezultati provedenog istraživanja.

Treća hipoteza nije potvrđena. Ranije je već navedeno da je optimizam povezan s više zdravstveno protektivnog ponašanja kao što su zdrava prehrana (broj obroka dnevno, tjelesna aktivnost, dobro fizičko zdravlje) te da je negativno povezan s zdravstveno rizičnim ponašanjima (pušenje i konzumacijom alkohola) (Steptoe, Wright, 2006). Polazilo se od pretpostavke kako će sudionici sa zdravstveno protektivnim ponašanjima biti optimističniji od sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima (postojat će razlike između te dvije skupine u optimizmu). Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da određena razlika između skupina postoji, ali se ona nije pokazala značajnom. Sudionici sa zdravstveno protektivnim ponašanjima na upitniku optimizma postigli viši rezultat ($M(r)= 41,86$) od sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima ($M(r)= 32,99$), što upućuje na zaključak da sudionici sa zdravstveno protektivnim ponašanjima su optimističniji od sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima. Dobivene razlike između skupina su dosta male stoga nisu značajne. Takvi rezultati se mogu objasniti malim uzorkom u obje skupine (protektivna, $N= 33$, rizična, $N= 40$). Potreban je veći uzorak u skupinama kako bi se razlike očitovale. Jedno od mogućih objašnjenja zašto nisu dobivene značajne razlike može biti to što sudionici s rizičnim ponašanjima ta ponašanja ne procjenjuju kao rizik te smatraju da takva ponašanja mogu kontrolirati i da im se neće dogoditi ništa loše, što se može vidjeti i iz malih razlika u skupinama.

Zbog malih razlika između skupina može se pretpostaviti da se i rizična skupina procjenjuje visoko na optimizmu (obje skupine su podjednake na optimizmu).

Budući da su istraživanja pokazala da je internalni lokus kontrole povezan sa zdravstveno protektivnim ponašanjima (gubitak težine, traženje informacija o zdravlju, tjelevoježba, zdrava prehrana, više su uključeni u zdravstveno protektivna ponašanja), a eksternalni sa zdravstveno rizičnim ponašanjima (pušenje, konzumiranje alkohola i konzumiranje drugih supstanci) polazilo se od pretpostavke da će postojati razlike u pojedinim dimenzijama lokusa kontrole kod dvije skupine (zdravstveno rizična i zdravstveno preventivna) (Weiss, Larsen, 1990; Steptoe, Wardle, 2001; Alberty, Munfao, 2008; Helmer, Kramer, Mikolajczyk, 2012). Sudionici sa zdravstveno preventivnim ponašanjima imat će viši unutarnji lokus kontrole, dok će sudionici sa zdravstveno rizičnim ponašanjima imat viši vanjski lokus kontrole. Dobiveno je da postoje razlike između skupina na dimenzijama lokusa kontrole, ali te razliku nisu dovoljno velike da bi bile statistički značajne, što je potvrđeno i Mann-Whitney testom čiji rezultati pokazuju da ne postoje statistički značajne razlike između skupinama. Razlike ne idu u smjeru koji se pretpostavlja jer je dobiveno da su sudionici sa protektivnim ponašanjima postigli su viši rezultat od sudionika sa rizičnim ponašanjima na svim dimenzijama zdravstvenog lokusa kontrole. Takvi rezultati nisu u skladu s većinom istraživanja koja pokazuju da osobe s protektivnim ponašanjima imaju viši internalni lokus kontrole, a osobe s rizičnim ponašanjima viši eksternalni lokus kontrole (Weiss, Larsen, 1990; Steptoe, Wardle, 2001; Alberty, Munfao, 2008; Helmer, Kramer, Mikolajczyk, 2012).

Jedno od mogućih objašnjenja dobivenih rezultata je mali uzorak u skupinama, da bi se dobile statistički značajne razlike potrebno je više sudionika u svakoj skupini. Jedan od razloga zašto nije dobivena razlika na unutrašnjem lokusu kontrole u skupinama je da sudionici ovog istraživanja zdravlje ne vrednuju dovoljno visoko.

Istraživanja su pokazala da osobe s protektivnim ponašanjima imaju viši unutarnji lokus kontrole samo ako visoko vrednuju zdravlje. Općenito, svi sudionici su najviši rezultat postigli na dimenziji unutarnjeg lokusa kontrole, neovisno o skupinama (rizična i preventivna). Za pretpostaviti je da bi se dobile veće i značajne razlike na većem uzorku i heterogenijem po pitanju ispitivanih obilježja lokusa kontrole i optimizma.

5.1. Praktične implikacije, nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja

Promatranjem dobivenih rezultata treba uzeti u obzir i neke od nedostataka provedenog istraživanja. Podaci su dobiveni samoprocjenama te postoji mogućnost da su neki sudionici precjenjivali ili podcjenjivali svoje odgovore na upitnicima. To se prvenstveno odnosi na podatke o rizičnim ponašanjima koji su prikupljeni anketnim upitnikom, koji su ispunjavali studenti, i koji su se temeljili na njihovoj iskrenosti. Isto tako, unatoč tome što je istraživanje bilo anonimno, uvijek postoji nedostatak zbog mogućnosti socijalno poželjnog i nasumičnog odgovaranja.

Istraživanje je provedeno na studentima triju fakulteta u Osijeku (Ekonomski, Filozofski i Elektrotehnički fakultet) i uključivalo je studente druge i treće godine preddiplomskog studija. Za buduća istraživanja, kako bi se dobio heterogeniji uzorak, korisno bi bilo uključiti druge fakultete i druge gradove te ostale studijske godine (prvu, treću i petu). Što se tiče veličine uzorka, bilo bi dobro da je broj sudionika bio veći i da je bio veći udio muških sudionika. Veći uzorak sudionika imao bi veću statističku snagu od malog uzorka korištenog u ovom istraživanju i samim tim bi generalizacija rezultata bila veća (Škrliak, 2009). Isto tako ovaj uzorak činili su mladi u dobi od 19 do 26 godina, u toj dobi većina navika je već usvojena i održava se. Stoga bi se buduća istraživanja trebala više provoditi na adolescentima (srednjoškolcima ili možda kraj osnovne škole), jer je veći uspjeh sprječavanja i suzbijanja rizičnih ponašanja u ranijoj dobi. Provođenje istraživanja na adolescentima može dovesti do toga da kao mlade osobe imaju manje rizičnih ponašanja jer se ranije preveniralo. Daljnji nedostaci vezani su uz same psihologijske instrumente. Za procjenu zdravstvenih ponašanja korištena je Anketni upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja koji je sastavljen za potrebe ovog istraživanja. Samo pet pitanja služilo je za procjenu zdravstvenih ponašanja sudionika (alkohol, cigareta, tjelesna aktivnost, sport, doručak i broj obroka). Ovako malim brojem pitanja možda se nije dobio stvarni uvid u zdravstvena ponašanja sudionika. Za buduća istraživanja upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja trebao bi imati više pitanja koja ispituju zdravstveno rizična i protektivna ponašanja. Što se tiče Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole ZLK-90 zbog niske pouzdanost pojedinih skala, pouzdanost upitnika je vrlo upitna, što je isto jedan od nedostataka istraživanja.

Rezultati provedenog istraživanja mogu poslužiti kao uvid kakvo je stanje između zdravstvenih ponašanja, optimizma i zdravstvenog lokusa kontrole te mogu pomoći u izradi programa edukacije za mlade i provođenje budućih istraživanja u ranijoj dobi. Zbog toga što su brojni činitelji (genetski, emocionalni, perceptivno-kognitivni, socijalni) povezani s usvajanjem rizičnih zdravstvenih ponašanja, buduća istraživanja trebaju uzeti u obzir i druge varijable koje bi mogle objasniti individualne razlike u rizičnim zdravstvenim ponašanjima.

6. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati postoji li povezanost između optimizma, zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenih ponašanja na uzorku 178 studenata.

Prvi istraživački problem bio je provjeriti postoji li povezanost između optimizma (LOT-R) i zdravstvenih ponašanja studenata (tjedna konzumacija alkohola i pušenja cigareta, bavljenje tjelesnom aktivnošću, broj obroka dnevno te ukupno zdravstveno rizično ponašanje). Rezultati su samo u maloj mjeri potvrdili prvu hipotezu. Dobiveno je da je optimizam statistički značajno povezan samo s jednim zdravstvenim ponašanjem. Postoji statistički značajna pozitivna povezanost optimizma i broj obroka dnevno - zdravstveno protektivno ponašanje ($r=0,256$, $p<0,01$). Što se tiče ostalih zdravstvenih ponašanja, nije dobivena statistički značajna povezanost s optimizmom. Nije dobivena povezanost između optimizma i ukupnog zdravstveno rizičnog ponašanja ($r=-0,129$). Dobivena je značajna povezanost između zdravstvenih ponašanja međusobno. Značajna pozitivna povezanost između rizičnih ponašanja (tjedno popijeno alkoholno piće i tjedno popušene cigareta, $r=0,265$, $p<0,01$, tjedno popijeno alkoholno piće i ukupno zdravstveno rizično ponašanje, $r=0,485$, $p<0,01$, tjedno popušene cigareta i ukupno zdravstveno rizično ponašanja, $r=0,605$, $p<0,01$). Značajna pozitivna povezanost između protektivnih ponašanja (bavljenje tjelesnom aktivnošću i broj obroka dnevno, $r=0,158$, $p<0,05$ te značajna, ali negativna povezanost između rizičnih i protektivnih zdravstvenih ponašanja (bavljenje tjelesnom aktivnošću i ukupno zdravstveno rizično ponašanje, $r=-0,299$, $p<0,01$, broj obroka i ukupno zdravstveno rizično ponašanje ($r=-0,167$, $p<0,01$).

U sklopu prvog istraživačkog problema ispitivalo se i postoji li povezanost između četiri dimenzije Zdravstvenog okusa kontrole i zdravstvenih ponašanja studenata. Druga hipoteza nije potvrđena. Rezultati pokazuju da nijedna dimenzija zdravstvenog lokusa kontrole nije statistički značajno povezana sa zdravstvenim ponašanjima sudionika.

Drugi istraživački problem bio je provjeriti razlikuju li se i po kojim karakteristikama sudionici sa zdravstveno rizičnim ponašanjima od onih sa zdravstveno protektivnim ponašanjima. Treća hipoteza nije potvrđena. Rezultati pokazuju da sudionici sa zdravstveno protektivnim ponašanjima postižu viši rezultat na optimizmu ($M(r)= 41,86$) od sudionika sa zdravstveno rizičnim ponašanjima ($M(r)= 32,99$). Unatoč tome što postoje razlike između skupina, rezultati na Mann-Whitney testu pokazuju da te razlike nisu statistički značajne. Što se tiče razlika između skupinama na dimenzijama lokusa kontrole sudionici s protektivnim ponašanjima postigli su viši rezultat od sudionika s rizičnim ponašanjima na svim dimenzijama. Iako razlike između skupinama postoje, rezultati Mann-Whitney testa pokazuju da te razlike nisu statistički značajne.

7. Literatura

- Albery, I. P. i Munafo, M. (2008). *Key Concept in Health Psychology*. London: Sage Publications.
- Abella, R. i Heslin, R. (1984). Health, locus of control, values, and the behaviour of family and friends: an integrated approach to understanding preventive health behaviour. *Basic and Applied Social Psychology*, 5 (4), 283-293.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. i Segerstorm, S. C. (2010). Optimism: *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Conner, M. i Norman, P., (1996). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Graffeo, L.C. i Silvestri, L. (2006). Relationship between locus of control and health-related variables. *Education*, 126 (3), 593-596.
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T. i Baumeister, H. (2010). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey: *Psychology, Health & Medicine*, 16, 129-140.
- Havelka, M. (2009). *Zdravstvena psihologija*. Školska knjiga: Zagreb.
- Helmer, S. M., Kramer, A. i Mikolajczyk, R. T. (2012). Health related locus of control and health behaviour among university student sin North Rhine Westphalia, Germany: *Helmer et al. BMC Resarch Notes*, 5:703.
- Jacobs – Lawson, J. M. i Waddell, E. L. (2011). Predictors of Health Locus of Control in Older Adults: *Curr Psychol*, 30, 173-183.
- Kalebić-Maglica, B. (2010). Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja. *Psihologijske teme*, 19 (1), 71-102.
- Krizmanić M. i Szabo, S. (1994). *Priručnik za upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja: ZLK-90*. 2. izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rosolack, T. K. i Hampson, S. E. (1991). A new typology of health behaviours for personality-health predictors: the case of locus of control. *European Journal of Personality*, 5, 151-168.
- Serafino, E.P. (2006). *Health Psychology – Biopsy chosocial Interaction*, John Wiley: New York.
- Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M., i Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-be-ing: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

- Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Smiljić, S. (2003). *Ispitivanje nerealističnog optimizma vezanog za zdravlje kod pušača i nepušača*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Stephoe, A. i Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.
- Stephoe, A., Wright, C., Kunz – Ebrecht, S. R. i Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community – dwelling older people: Associations with healthy ageing: *British Journal of Health Psychology*, 11, 71-84.
- Škrlić, M. (2009). *Ličnost i traženje uzbuđenja kod volonterskih skupina visoke i niske rizičnosti*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Weiss, G. i Larsen, D. L. (1990). Health value, health locus of control and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality*, 18 (1), 121-136.
- Zweig, J. M., Duberstein Lindberg, L. i McGinley K. A. (2001). Adolescent Health Risk Profiles: The Co-Occurrence of Health Risks Among Females and Males. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (6), 707-728.