

# Biopsihosocijalni i zdravstveni prediktori kvalitete života

---

**Rajski, Kristina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2020**

*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:142:171847>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-04**



*Repository / Repozitorij:*

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



Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Kristina Rajski

**BIOPSIHOSOCIJALNI I ZDRAVSTVENI PREDIKTORI  
KVALITETE ŽIVOTA**

Diplomski rad

Mentorica: prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2020.

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: diplomski studij psihologije

Kristina Rajski

**BIOPSIHOSOCIJALNI I ZDRAVSTVENI PREDIKTORI  
KVALITETE ŽIVOTA**

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana opća psihologija

Mentorica: prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2020.

## IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravila te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 4.9.2020.

*Kristina Rajk, 0122218373*

ime i prezime studenta, JMBAG

## **Biopsihosocijalni i zdravstveni prediktori kvalitete života**

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti ulogu biopsihosocijalnih (dob, spol, indeks tjelesne mase, materijalni status i osobine ličnosti) i zdravstvenih prediktora (zdravstvena ponašanja i samoprocjena fizičkog i psihičkog zdravlja) subjektivne kvalitete života. U istraživanju je sudjelovalo ukupno  $N=357$  sudionika (93 muškog i 264 ženskog spola) od 18 do 77 godina. Sudionici su ispunjavali sociodemografski upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja, Indeks osobne kvalitete života (Personal Wellbeing Index – PWI; International Wellbeing group, 2013), Big Five Inventory (Benet-Martinez i John, 1998), Upitnik zdravstvenog statusa, SF-36 (Ware, Kosinski i Gandek, 2000) i Anketni upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja. Za utvrđivanje odnosa između biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika i subjektivne kvalitete života provedena je korelacijska analiza kojom je utvrđeno da je dob negativno povezana sa subjektivnom kvalitetom života, spol i indeks tjelesne mase nisu povezani, materijalni status je pozitivno povezan sa subjektivnom kvalitetom života; što se tiče osobina ličnosti ekstraverzija, ugodnost i savjesnost su pozitivno povezane, dok je neuroticizam negativno povezan. Što se tiče zdravstvenih čimbenika, sve dimenzije SF-36 upitnika, osim fizičkog funkcioniranja, su u pozitivnoj korelaciji sa subjektivnom kvalitetom života. Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je sljedeće: dob je negativan prediktor subjektivne kvalitete života, materijalni status, ekstraverzija, ugodnost su pozitivni prediktori kvalitete života, dok je otvorenost negativan prediktor. Od zdravstvenih prediktora značajni pozitivni prediktori su mentalno zdravlje i percepcija općeg zdravlja, dok su bolovi značajan negativan prediktor. U radu su komentirani nalazi, ograničenja te su dati prijedlozi za provedbu budućih istraživanja.

*Ključne riječi:* kvaliteta života, biopsihosocijalni prediktori, zdravstveni prediktori

## **Biopsychosocial and health predictors of quality of life**

The aim of the present study was to investigate the relationship between biopsychosocial (age, sex, body mass index, material status and personality traits) and health predictors (health behaviors and self-perceived physical and mental health) and subjective Quality of Life (QOL). The study involved a total of  $N=357$  participants (93 male and 264 female) between ages of 18 to 77. Participants completed Sociodemographic questionnaire designed for purpose of this research, The Personal Wellbeing Index (PWI), Big Five Inventory (Benet-Martinez i John, 1998), Health Status Questionnaire, SF-36 (Ware, Kosinski, & Gandek, 2000) and and Questionnaire to assess health behaviors. Correlation analysis was conducted to explore relationship between biopsychosocial

and health factors and subjective quality of life. Results showed that age is negatively related to subjective quality of life, gender and body mass index are not related, material status is positively related to subjective quality of life, in terms of personality traits extraversion, agreeableness and conscientiousness are positively related, while neuroticism is negatively related. In terms of health factors, all dimensions of the SF-36 questionnaire, except for physical functioning, are positively correlated with subjective quality of life. Results from the hierarchical regression analysis indicate that age is a negative predictor of subjective quality of life, material condition, extraversion, agreeableness are positive predictors of quality of life, while openness is a negative predictor. Of the health predictors, significant positive predictors are mental health and general health perception, while pain is a significant negative predictor. In this research are explained results, limitations and recommendation for future research.

*Keywords:* Quality of life, Biopsychosocial predictors, Health predictors

# SADRŽAJ

UVOD .....	1
Kvaliteta života.....	1
Teorija homeostaze.....	3
Biopsihosocijalni čimbenici .....	4
Zdravstveni čimbenici .....	5
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	8
Cilj .....	8
Problemi.....	8
Hipoteze.....	8
METODA.....	8
Sudionici.....	8
Instrumenti.....	9
Postupak.....	11
REZULTATI.....	12
Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka.....	12
Deskriptivna statistika .....	13
Odnos biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika kvalitete života.....	15
RASPRAVA.....	19
Metodološki nedostaci i praktične implikacije .....	25
ZAKLJUČAK .....	25
LITERATURA.....	27

## UVOD

### Kvaliteta života

Termin kvaliteta života upotrebljava se u različitim strukama, ali također je postao i dio svakodnevnog govora. S obzirom da je jezik odraz važnosti nekog termina, može se zaključiti kako je u posljednjih nekoliko godina prepoznata i shvaćena važnost koncepta kvalitete života kako u znanstvenim krugovima, tako i među laicima. Ne postoji jedna općeprihvaćena definicija kvalitete života. Tako, npr., Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization, 1999, SZO) definira kvalitetu života kao pojedinačevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu. Nadalje, Felce i Perry (1993, prema Vuletić i Misajon, 2011) definiraju kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca.

Robert Cummins (2000) smatra se jednim od pionira u proučavanju kvalitete života. Definira ju multidimenzionalno navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu. Objektivnim komponentama smatra kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja. Subjektivna kvaliteta života je multidimenzionalna i metaanaliza brojnih međunarodnih istraživanja ukazuje na sedam univerzalno važnih domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednica (Best i Cummins, 2000).

Domaći autori Krizmanić i Kolesarić (1989, prema Vuletić i Misajon, 2011) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva. Preduvjeti za kvalitetan život su puno i aktivno sudjelovanje u interakcijskim i komunikacijskim procesima, kao i razmjena u okviru fizičkoga i društvenog okruženja. Definicije kvalitete života variraju u velikom rasponu, no zajednički nazivnik među svim definicijama je činjenica da se u konceptualizaciju uključuju vanjske situacije ili uvjeti koje pojedinac percipira te ih transformira u različite stupnjeve blagostanja (Wish, 1986).

Cummins (1997) navodi tri opće pretpostavke u definiranju kvalitete života:

1. Pojam kvalitete života obuhvaća objektivnu i subjektivnu dimenziju ljudske egzistencije.
2. Objektivnom dimenzijom se smatraju normirane mjere blagostanja.
3. Subjektivnom dimenzijom se smatra mjera opaženog blagostanja (ova dimenzija se često u literaturi naziva subjektivno blagostanje).



S obzirom na navedene definicije može se zaključiti da je ukupna kvaliteta života složen konstrukt koji obuhvaća i objektivnu i subjektivnu kvalitetu života. Provedena su istraživanja o povezanosti objektivne i subjektivne kvalitete života te ona ukazuju na to da postoji slaba povezanost između objektivnih životnih uvjeta i osjećaja zadovoljstva životom te procjene kvalitete života (Cummins, 2000).

Prilikom definiranja i mjerenja osobne kvalitete života, dolazi do uporabe različitih termina koji se koriste kao sinonimi, a nemaju nužno isto značenje niti se odnose na iste pojmove. Neki od termina koji se koriste su zadovoljstvo životom, subjektivna dobrobit, sreća, subjektivna kvaliteta života ili samo kvaliteta života (Vuletić i Misajon, 2011). Sa psihološkog aspekta, zadovoljstvo životom je subjektivni doživljaj kvalitete života. Zadovoljstvo životom je kognitivna komponenta subjektivnog blagostanja (eng., „*subjective well-being*“), a sreća (eng., „*happiness*“) je emotivna komponenta. Istraživanja pokazuju da ove dvije komponente koreliraju od 0,25 do 0,50 (Lucas i Diener, 1996). Nadalje, zadovoljstvo životom se definira kao kognitivna evaluacija cijelog života, odnosno način na koji pojedinac procjenjuje različita područja svog života i svoj život u cijelosti (Andrews i Withey, 1976; Campbell, Converse i Rodgers, 1976; prema Vuletić i Misajon, 2011). U današnjoj perspektivi istraživanja zadovoljstvo životom i sreća su integrirane u multidimenzionalni konstrukt: subjektivno blagostanje, koji obuhvaća dugoročne i kratkoročne afekte. Dugoročni afekt je zadovoljstvo životom, a kratkoročni afekt je sreća (Diener i Rahtz, 2000).

Unatoč tome što ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, znanstvenici se slažu oko dvije osnovne karakteristike: subjektivnost i multidimenzionalnost. Subjektivnost podrazumijeva da se kvaliteta života može razumjeti samo iz perspektive pojedinca, a multidimenzionalnost podrazumijeva postojanje različitih područja života pojedinca. Robert Cummins zastupa stajalište o multidimenzionalnosti konstrukta kvalitete života te navodi da taj konstrukt čine: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnost (Cummins, 1998). Schalock (1996, prema Vuletić, 1999) je napravio presjek istraživanja (Campbell, 1976; Rogers, 1976; Chen, 1988; Cummins, 1995; Borthwick-Duffy; Sanders 1995; Huges, Hwang, Kim, Eisenman, Killian 1995; prema Schalock, 1996) koje se bave dimenzijama kvalitete života te navodi da većina istraživanja izvještava o osam glavnih dimenzija kvalitete života. Glavne dimenzije i neki indikatori prema sumarnim podacima iz literature su: emocionalno blagostanje (sigurnost, sreća, ispunjenost), fizičko blagostanje (zdravlje, zdravstvena zaštita, prehrana, rekreacija, svakodnevne aktivnosti), materijalno blagostanje (financije, socio-ekonomski status, sigurnost, hrana, zaposlenje), međuljudski odnosi (intimnost, ljubav, podrška, prijateljstvo,

obitelj), osobni razvoj (edukacija, vještine, svrhovite aktivnosti, napredak), samoodređenje (autonomija, mogućnost odabira, odlučivanje, osobna kontrola), društveno prihvaćanje (društveni status, uloge, prihvaćenost), ljudska prava (privatnost, privatno vlasništvo, društvene odgovornosti). Ta područja se smatraju univerzalnim što znači da ih svi ljudi uzimaju u obzir pri procjeni vlastitog života. Navedena područja predstavljaju važan izvor informacija jer pružaju mogućnost razumijevanja zašto se razine subjektivne dobrobiti razlikuju među ljudima.

U ovom radu istraživat će se ukupna subjektivna kvaliteta života i njezini prediktori.

### **Teorija homeostaze**

Postoje brojne teorije u objašnjavanju subjektivne kvalitete života, no kao što ne postoji niti općenito prihvaćena definicija, tako ne postoji niti općenito prihvaćena teorija. Jedna od poznatijih teorija ukupne kvalitete života je Teorija homeostaze autora Roberta A. Cumminsa (1995). Cummins i suradnici (1995, 1998) su uočili da ljudi subjektivno zadovoljstvo životom uglavnom opisuju koristeći se pozitivnim dijelom skale. Skala na kojoj su ljudi procjenjivali svoje zadovoljstvo životom ima raspon od nezadovoljan do zadovoljan sam. Postavili su hipotezu da se kvaliteta života održava u homeostazi. Pojam homeostaza predstavlja svojstvo organizma da održava svoje unutarnje uvjete stabilnim i relativno konstantnim npr. održavanje krvnog tlaka ili tjelesne temperature na optimalnoj razini (Cummins, 2000). Slični mehanizam se može primijeniti i po pitanju kvalitete života. U svakodnevnom životu subjektivna procjena kvalitete života je poprilično stabilna te se procjenjuje kao  $\frac{3}{4}$  maksimalne vrijednosti mogućeg raspona od 0 do 100. U slučaju kada dolazi do promjena u okolnim uvjetima ili u nekoj psihološkoj varijabli pojedinca, dolazi i to narušavanja homeostaze. No te promjene u životnim okolnostima samo privremeno narušavaju homeostazu te s vremenom dolazi do povratna nivoa kvalitete života na prethodnu razinu, karakterističnu za pojedinca (Cummins, 2000). Pretpostavlja se postojanje mehanizama za održavanje doživljaja subjektivne kvalitete života na određenoj razini, odnosno na višim pozitivnim vrijednostima. Ovaj model pretpostavlja da je generalno pozitivan pogled na život neophodan za normalno funkcioniranje pojedinca, također postoje čimbenici koji narušavaju kvalitetu života i čimbenici koji doprinose održavanju ili povećavaju ukupnu kvalitetu života. Značajni događaji i teška stanja poput gubitka posla, teških bolesti, smrti bližnjih, privremeno narušavaju homeostazu, no u većini slučajeva kroz određeno vrijeme, samoprocjena kvalitete života se vraća na prethodnu razinu (Vuletić i Misajon, 2011). Pretpostavlja se da ljudi imaju koristi od pozitivnog pogleda na vlastiti život te je taj način pogodan za ostvarivanje osobnih ciljeva (Cummins, 2003). Meta analizom istraživanja iz područja subjektivne kvalitete života utvrđeno je postojanje homeostaze (Cummins, 1998). Rezimirani su rezultati istraživanja iz 47

zemalja. Kako bi se mogli uspoređivati rezultati istraživanja dobivenih na Likertovim skalama različitog tipa se konvertiraju pomoću formule u postotak skalnog maksimuma (%SM). Pokazalo se da većina ljudi procjenjuje osobnu kvalitetu života na nivou 60-80% od maksimuma (Cummins, 1998). Statističkom obradom takvih standardiziranih rezultata Cummins je utvrdio da nivo zadovoljstva životom u uzorcima Zapadnih zemalja iznosi 75 +/- 2,5%SM (Cummins, 2003). Prosječan normativni rezultat uzoraka iz zapadnih društava predviđa se u rasponu od 70 do 80%SM.

### **Biopsihosocijalni čimbenici**

Odnosom kvalitete života i demografskih varijabli - spol, dob, socioekonomski status, bavila su se mnoga istraživanja. Većinom su nalazi nekonzistentni. U većini istraživanja nisu utvrđene spolne razlike u subjektivnoj kvaliteti života, dok je u nekima utvrđena negativna povezanost dobi i kvalitete života (Pastuović, Kolesarić i Krizmanić, 1995; Vuletić, 2004; Martinis, 2005, sve prema Lučev, 2008). U istraživanju provedenom u Brazilu (Campos i suradnici, 2014) utvrđene su spolne razlike u kvaliteti života kada se u obzir uzimala i dob. Utvrđeno je da stariji odrasli (60 godina ili više) koji imaju viši stupanj obrazovanja bolje procjenjuju svoje zdravlje i ne pokazuju depresivne simptome imaju bolju kvalitetu života. Umirovljeni muškarci bolje procjenjuju svoju kvalitetu života u usporedbi s ne-umirovljenim muškarcima. Nadalje, žene koje imaju dobro fizičko i psihosocijalno zdravlje bolje procjenjuju svoju kvalitetu života u odnosu na muškarce koji, također, imaju dobro fizičko i psihosocijalno zdravlje. Kod muškaraca, najbolja procjena kvalitete života je povezana s visokim socioekonomskim statusom i dobrim fizičkim i psihosocijalnim zdravljem. U Hrvatskoj je provedeno istraživanje subjektivne kvalitete života između četiri skupine sudionika grupiranih prema razini materijalnog statusa: korisnici pomoći za održavanje, zaposleni niskog materijalnog statusa, zaposleni srednjeg materijalnog statusa i zaposleni visokog materijalnog statusa. Pronađena je značajnu povezanost materijalnog statusa s procjenom zadovoljstva kvalitetom života. Općenito najmanje zadovoljstvo iskazuju korisnici pomoći za održavanje, osobito u aspektima financijske situacije, nezaposlenosti, tjelesnog i mentalnog zdravlja, gdje se značajno razlikuju u odnosu na ostale sudionike istraživanja (Družić Ljubotina, 2011).

Ličnost također ima veliki utjecaj na kvalitetu života. Crte ličnosti utječu na naše doživljavanje realnosti i specifičnih životnih iskustva (Krizmanić i Kolesarić, 1989). Individualne razlike u doživljavanju kvalitete života jednim dijelom proizlaze iz jedinstvenih crta ličnosti svakog pojedinca. Crte ličnosti koje imaju najviše utjecaja na kvalitetu života i koje su najčešće istraživane su neuroticizam, ekstraverzija i savjesnost (Lucas i suradnici, 2000; Wismeijer i van

Assen, 2008; prema Pocnet i suradnici, 2017). Te tri crte ličnosti su najbolji prediktori mentalnog zdravlja, zadovoljstva životom i pozitivnog afekta (Finch i suradnici, 2012; prema Pocnet i suradnici, 2017). Neuroticizam i ekstraverzija dugoročno (preko 10 godina) predviđaju pozitivan i negativan afekt (Costa i McCrae, 1980). Zajedno utječu na emocionalnu dobrobit koja u konačnici utječe na kvalitetu života (Diener i suradnici, 2003). Neuroticizam je povezan s učestalim i dugotrajnim doživljavanjem negativnog afekta, što u konačnici smanjuje kvalitetu života. Također, osobe koje su visoko na dimenziji neuroticizma doživljavaju više stresa, osjetljivije su i responzivnije na negativne aspekte situacije za razliku od onih koji su emocionalno stabilni (Costa i McCrae, 1980). Osobe koje su visoko na dimenziji ekstraverzije doživljavaju više pozitivnih afekata, provode više vremena u socijalnim interakcijama te doživljavaju više zadovoljstva (Lucas i Baidis, 2004; prema Pocnet i suradnici, 2017). Što se tiče savjesnosti, u istraživanjima je utvrđeno da osobe koje su visoko na razini savjesnosti lakše svladavaju prepreke u životu te su orijentirani na životne situacije koje pogoduju kvaliteti života, također imaju tendenciju postavljanja visokih ciljeva i održavanja visoke razine motivacije (DeNeve i Cooper, 1998, prema Pocnet i suradnici, 2017).

### **Zdravstveni čimbenici**

Zdravlje se u prošlosti definiralo kao stanje odsustva bolesti, no ta definicija nije dovoljno sveobuhvatna te ne ukazuje na sve važne aspekte zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija (2006) je definirala zdravlje kao „stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo kao odsustvo bolesti ili nesposobnosti“. Ova definicija ukazuje na tri važna aspekta zdravlja: fizičko, psihičko i socijalno te ukazuje na jednaku važnost svakog aspekta. Socijalno zdravlje se definira kao stupanj u kojem osoba primjereno funkcionira kao član socijalne zajednice. Socijalno zdravlje se odražava na tjelesno i fizičko zdravlje te osobe (Despot-Lučanin, 2003; prema Vuletić, Ivanković i Davern, 2011). Zdravlje je jedan od čimbenika koji utječu na osobnu kvalitetu života pojedinca te individualni doživljaj zadovoljstva životom i treba biti prepoznat kao jedan od vrijednih pokazatelja zdravlja populacije (Vuletić, 2013). Zdravlje ima višestruki utjecaj na svakodnevno funkcioniranje pojedinca, na radnu sposobnost te na ukupnu kvalitetu života.

Prema teoriji homeostaze Roberta A. Cumminsa (2000) u normalnim životnim uvjetima i u zdravlju, ljudi su sposobni održavati subjektivnu kvalitetu života unutar normativnog raspona koji je za njih adaptivan i funkcionalan. U situacijama kada postoji unutrašnji ili vanjski negativan utjecaj na funkcioniranje pojedinca, dolazi do narušavanja homeostaze, što posljedično dovodi do smanjenja kvalitete života. Kada taj utjecaj nije prejak, aktiviraju se mehanizmi kojima je svrha vratiti kvalitetu života u normalu (Cummins, 1995; Cummins, 2003). Negativne životne situacije

poput akutne bolesti i invaliditeta narušavaju kvalitetu života, no samo u nekim domenama dok ukupna kvaliteta života ostaje ista ili neznatno smanjena, no u svakom slučaju ostaje unutar normativnog raspona u području gornjih pozitivnih vrijednosti. Čak i kada ti događaji i/ili teška stanja naruše homeostazu, kroz određeno vrijeme samoprocjena kvalitete života se vraća na prethodnu razinu. Stanja poput kroničnih jakih bolova dovode do trajnog, značajnog smanjenja samoprocjene kvalitete života (Vuletić, Ivanković i Davern, 2011). Naravno, važno je uzeti u obzir prirodu vanjskog događaja jer različiti vanjski događaji imaju različiti utjecaj na život pojedinca. Osim u smislu fizičkih simptoma i ograničenog funkcioniranja, postoje i posredni učinci poput smanjene radne sposobnosti, izolacije, povećanja ovisnosti o drugima, loših navika. Sve te promjene dovode do promjena u psihičkom stanju pojedinca pa postoji veliki rizik od javljanja depresije, anksioznosti, osjećaja bespomoćnosti, smanjenog samopouzdanja i osjećaja nedostatka kontrole (Vuletić, 2013). Unatoč tome što su provedena brojna međunarodna istraživanja, još uvijek nije do kraja utvrđeno koji mehanizmi održavaju homeostazu. Većina istraživača se slaže da osobine ličnosti i psihičko stanje pojedinca imaju značajnu ulogu u održavanju homeostaze subjektivne kvalitete života (Vuletić, Ivanković i Davern, 2011).

Zdravstvena ponašanja su od velike važnosti zbog toga što utječu na naše zdravlje. Havelka (2009) zdravstveno ponašanje definira kao svako ponašanje koje je na bilo koji način povezano s našim zdravljem. Conner i Norman (1996) definiraju zdravstvena ponašanja kao ponašanja povezana s pokušajima pojedinca da očuva ili poboljša vlastito zdravlje, spriječi potencijalnu pojavu bolesti, izliječi postojeću bolest i spriječi smrt. Teško je zamisliti ponašanje koje nema izravan ili neizravan utjecaj na naše zdravlje. Zdravstveno ponašanje ima nekoliko dimenzija koje uključuju 1. trajanje, 2. učestalost i 3. način djelovanja na zdravlje. Prema trajanju razlikujemo kratkoročno i dugoročno ponašanje, prema učestalosti često i rijetko, a prema načinu djelovanja na zdravlje pozitivno i negativno, s izravnim ili neizravnim utjecajem na zdravlje i s trenutnom ili dugoročnim utjecajem na zdravlje (Havelka, 2009).

Razlikujemo dvije vrste zdravstvenih ponašanja. Pozitivna ili zaštitna (protektivna) zdravstvena ponašanja su sva ona ponašanja koja djeluju na poboljšanje zdravlja, odnosno zaštitu od bolesti (Havelka, 2009). Tri vrste protektivnih ponašanja su u istraživanjima konzistentno povezane s boljim zdravljem i bržim oporavkom od bolesti: fizička aktivnost (Qin, Knol i Corpeleijn, 2010; prema Spring, Moller i Coons, 2012), jedenje voća i povrća (van DMAS, Pivonka, 2000; prema Spring, Moller i Coons, 2012), redovno korištenje prepisanih lijekova (Dragomir, Cote i Roy, 2010; prema Spring, Moller i Coons, 2012). Nasuprot njima, postoje i negativna ili rizična zdravstvena ponašanja koja imaju loš utjecaj na naše zdravlje i povećavaju vjerojatnost pojave bolesti (Havelka, 2009). U istraživanje je pronađeno najmanje pet kategorija

ovakvog ponašanja koji konzistentno koreliraju s povećanom morbidnošću i mortalitetom: prehrana s puno kalorija, masti i soli te prehrana siromašna nutrijentima (Menste, de Koning i Shannon, 2009; prema Spring, Moller i Coons, 2012), niske razine fizičke aktivnosti i visoka razina sjedilačkog načina života (Mokdad, Marks i Stroup, 2004; prema Spring, Moller i Coons, 2012), pušenje cigareta (Suwazono, Dochi i Oiski, 2010; prema Spring, Moller i Coons, 2012), zloupotreba substanci kao što su alkohol, lijekovi, droge (Carlsson, Hammar i Grill, 2005; prema Spring, Moller i Coons, 2012) i upuštanje u nezaštićene i rizične spole odnose (Johnson, Friedman i Zilleruelo, 2005; prema Spring, Moller i Coons, 2012).

Svako zdravstveno ponašanje je pod utjecajem brojnih odrednica. Neke od odrednica su osobine ličnosti, kognitivni, afektivni i motivacijski procesi, znanje, stavovi o zdravlju, percepcija rizika i simptoma, lokus kontrole, samoefikasnost, percepcija dobitka, gubitka od određenog ponašanja i odnosi s drugim ljudima (Bermudez, 1999; prema Kalebić-Maglica, 2010). Pri promatranju odnosa kvalitete života i zdravstvenih ponašanja, može se doći do zaključka da taj odnos nije jednostavan niti direktan. No kroz istraživanja se može primijetiti jedan zajednički obrazac, a to je da protektivna zdravstvena ponašanja imaju pozitivan utjecaj na kvalitetu života, a rizična zdravstvena ponašanja imaju negativan utjecaj na kvalitetu života. Mehanizmi utjecaja još uvijek nisu potpuno razjašnjeni. U idućem odjeljku, prikazani su rezultati nekoliko istraživanja o odnosu kvalitete života i zdravstvenih ponašanja. Što se tiče odnosa svakodnevnog pušenja i kvalitete života, u istraživanju provedenom u Finskoj, utvrđeno je da osobe koje svakodnevno puše imaju nižu opću kvalitetu života i nižu kvalitetu života povezanom sa zdravljem u odnosu na osobe koje ne puše (Heikkinen, Jallinoja, Saarni i Patja, 2007). Još nije razjašnjen mehanizam iza povezanosti pušenja i niže kvalitete života. Nadalje, sličan odnos je pronađen i u istraživanjima povezanosti konzumacije alkohola i kvalitete života. *Binge drinking* se definira kao teška epizoda konzumiranja alkohola u kratkom periodu vremena zbog kojeg dolazi do intoksikacije organizma. Za muškarce to znači više od 5 jedinica alkoholnog pića u periodu od 2 sata, a za žene više od 4 alkoholna pića. Odrasle osobe koje piju više alkoholnih pića imaju nižu kvalitetu života povezanu sa zdravljem u odnosu na osobe koje piju manje alkoholnih pića (Wen i suradnici, 2013). Fizička aktivnost pozitivno utječe na sve aspekte kvalitete života, ne samo fizički dio, nego i na emocionalni i socijalni (Grill i suradnici, 2013), također isti odnos je utvrđen i za kvalitetnu prehranu i brigu o prehrani. Individualizirana prehrana bogata nutrijentima pozitivno utječe na zdravlje i kvalitetu života općenito (Carson i suradnici, 2014). Još jedno istraživanje o odnosu kvalitete života i zdravstvenog ponašanja je provedeno u Iranu (Salehi, Harris, Sebar i Coyne, 2015), a sudionice su bile mlade i zdrave žene. Nalazi ovog istraživanja sugeriraju da protektivna zdravstvena ponašanja poput ne pušenje i redovita fizička aktivnost predviđaju veću kvalitetu

životu. Nalazi ovog istraživanja su iznimno zanimljivi zbog toga što su konzistentni s nalazima ostalih istraživanja bez obzira što se u ovom slučaju radilo o ograničenoj populaciji i potpuno drugačijoj kulturi življenja u odnosu na industrijalizirane zemlje.

## **CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

### **Cilj**

Istražiti ulogu biopsihosocijalnih (dob, spol, indeks tjelesne mase, materijalni status i osobine ličnosti) i zdravstvenih prediktora (zdravstvena ponašanja i samoprocjena fizičkog i psihičkog zdravlja) subjektivne kvalitete života.

### **Problemi**

Problem 1: Ispitati povezanost biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika s procjenom subjektivne kvalitete života.

Problem 2: Ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri određeni biopsihosocijalni i zdravstveni čimbenici subjektivnu kvalitetu života.

### **Hipoteze**

Hipoteza 1: Subjektivna kvaliteta života pozitivno je povezana s ekonomskim statusom, boljom procjenom zdravlja, a negativno je povezana s nekim osobinama ličnosti (neuroticizam), rizičnim zdravstvenim ponašanjima i s dobi.

Hipoteza 2: Očekuje se da će različiti prediktori u različitoj mjeri objašnjavati subjektivnu kvalitetu života. Očekuje se da će psihološki i zdravstveni čimbenici biti bolji prediktori subjektivne kvalitete života u odnosu na biološke i socio-demografske.

## **METODA**

### **Sudionici**

U istraživanju je sudjelovalo 357 sudionika u Republici Hrvatskoj od kojih je 93 (26,1%) muškog spola i 264 (73,9%) ženskog spola. Istraživanje je provedeno na nacionalnoj razini tj. bilo koji državljanin Republike Hrvatske koji je stariji od 18 godina je mogao sudjelovati u istraživanju. Raspon dobio se kretao od 18 do 77 godina ( $M=33,5$ ,  $SD=13,94$ ). U Tablici 1. su prikazana sociodemografska obilježja uzorka.

Tablica 1. Sociodemografska obilježja uzorka ( $N=357$ )

Varijable	Kategorije	N	%
Stupanj završenog obrazovanja	Visoka stručna sprema	102	28,6
	Viša stručna sprema	81	22,7
	Srednja stručna sprema	160	44,8
	Osnovna škola ili manje	14	3,9
Radni status	Student	137	38,4
	Zaposlen	182	51
	Nezaposlen	21	5,9
	U mirovini	17	4,8
Bračni status	U vezi	123	34,5
	U braku	119	33,3
	Slobodan/slobodna	96	26,9
	Rastavljen/rastavljena	19	5,3
Materijalno stanje u odnosu na okolinu u kojoj žive	Mnogo lošije od većine drugih	6	1,7
	Nešto lošije od većine drugih	30	8,4
	Ni bolje, ni lošije od većine drugih (podjednako)	215	60,2
	Nešto bolje od većine drugih	80	22,4
	Mnogo bolje od većine drugih	26	7,3

Kao što je vidljivo iz tablice najviše sudionika ima završenu srednju stručnu sprema, što se tiče radnog statusa većina sudionika je zaposlena. Podjednak broj sudionika je vezi ili u braku. Što se tiče procjene materijalnog statusa u odnosu na okolinu u kojoj žive, najviše sudionika je procijenilo svoj materijalni status podjednako kao i većina drugih.

### Instrumenti

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći instrumenti: sociodemografski upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja, Indeks osobne kvalitete života (Personal Wellbeing Index – PWI; International Wellbeing group, 2013), Big Five Inventory (Benet-Martinez i John, 1998), Upitnik zdravstvenog statusa, SF-36 (Ware, Kosinski i Gandek, 2000) i Anketni upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja konstruiran za potrebe ovog istraživanja.

**Sociodemografski podaci** prikupljeni su upitnikom koji je konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Upitnik sadrži šest čestica koje se odnose na: spol, dob, stupanj završenog obrazovanja, radni status, bračni status, materijalni status. Postavljena su dodatna pitanja o tjelesnoj visini i težu u svrhu izračunavanja indeksa tjelesne mase.

Subjektivna dimenzija kvalitete života mjerena je **Indeksom osobne dobrobiti** (Personal Wellbeing Indeks, International Wellbeing Group, 2013). Ovaj indeks služi za mjerenje subjektivne kvalitete života. Sastoji se od sedam čestica, a svaka čestica ispituje drugu domenu kvalitete života: životni standard, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi, sigurnost, pripadanje



zajednici i buduća sigurnost. Odgovori na ove čestice se daju na skali Likertovog tipa od 0 do 10 pri čemu 0 označava „nimalo nisam zadovoljan“, a 10 „u potpunosti sam zadovoljan“. Rezultati se transformiraju iz originalne skale u formu postotka skalnog maksimuma (%SM) od 0-100 u svrhu uspoređivanja Indeksa osobne dobrobiti s drugim skalama u terminima njihovih aritmetičkih sredina i standardnih devijacija. Svaka od sedam domena se može analizirati kao zasebna varijabla ili se bodovi sa svih domena mogu sumirati kako bi se dobila prosječna ocjena koja predstavlja subjektivnu dobrobit, pri čemu viši rezultat ukazuje na više zadovoljstvo životom i višu subjektivnu dobrobit. U ovom istraživanju se koristio indeks PWI izračunat na temelju sedam domena. Cronbach – alpha koeficijent pouzdanosti upitnika u ovom istraživanju iznosi .86.

**Big Five Inventory** (Benet-Martinez i John, 1998) je upitnik ličnosti te mjeri dimenzije pet-faktorskog modela ličnosti. Pet velikih dimenzija ličnosti su: ekstraverzija, neuroticizam, savjesnost, ugodnost i otvorenost. Upitnik sadrži 44 čestice te sudionici izražavaju stupanj slaganja s tvrdnjama na skali Likertovog tipa od 1 do 5 (1-„uopće se ne slažem s tvrdnjom“, 5-„u potpunosti se slažem“). Rezultati na upitniku izražavaju se kao aritmetičke sredine odgovora na čestice, posebno za svaku crtu ličnosti. Pouzdanost skale ekstraverzije izračunata kao Cronbach alfa na uzorku sudionika ovog istraživanja iznosi .79, ugodnosti .67, savjesnosti .79, neuroticizma .79 i otvorenosti .61 .

**Upitnik zdravstvenog statusa - SF-36** (Ware, Kosinski i Gandek, 2000) daje samoprocjenu fizičkog, psihičkog zdravlja i socijalnog funkcioniranja. Dimenzije fizičkog zdravlja su: fizičko funkcioniranje (10 čestica), ograničenja zbog fizičkih poteškoća (3 čestice), tjelesni bolovi ( 2 čestice) i percepcija općeg zdravlja (5 čestica), dok se psihičko zdravlje sastoji od ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (3 čestice), socijalnog funkcioniranja (2 čestice), psihičkog zdravlja (5 čestica) i energije i vitalnosti (4 čestice). Navedene dimenzije je moguće grupirati u 4 mjere zdravlja: funkcioniranje na ponašajnoj razini, percipirana dobrobit, ograničenja vezana uz socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga te osobnu procjenu ukupnog zdravlja. Rezultat na upitniku se izražava kao standardizirana vrijednost u rasponu od 0 do 100 za svaku pojedinu dimenziju zdravlja, a odgovori na čestice se diferencijalno ponderiraju prema unaprijed utvrđenim pravilima (Maslić-Seršić i Vuletić, 2006; prema Vuletić, 2013). Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti dimenzija SF-36 upitnika izračunatih na uzorku sudionika ovog istraživanja iznosi: .77 za dimenziju socijalno funkcioniranje, .78 za dimenziju energija/vitalnost, .79 za dimenziju opće zdravlje, .83 za dimenziju ograničenje zbog emocionalnih poteškoća. .85 za dimenziju bolovi, .93 za dimenziju fizičko funkcioniranje, .85 za dimenziju ograničenje zbog fizičkog funkcioniranja te .85 za dimenziju psihičko zdravlje.

**Anketni upitnik za procjenu zdravstvenih ponašanja** sastavljen je za potrebe ovog istraživanja, a sastoji se od pet pitanja. Pitanja služe za procjenu broja zdravstvenih rizičnih ponašanja sudionika i pitanja se odnose se na konzumaciju alkohola i cigareta, bavljenje tjelesnom aktivnošću, praćenje prehrambenih navika, učestalosti konzumacije doručka. Za procjenu učestalosti korištenja alkohola korištena je skala od 4 stupnja (1-uopće ne pijem, 2-pijem prigodno, 3-pijem povremeno, 4-pijem redovno). Za procjenu učestalosti korištenja cigareta korišten je skala od 3 stupnja (1-uopće ne pušim, 2-povremeno, 3-svakodnevno). Za procjenu bavljenja tjelesnom aktivnošću korištena je skala od 3 stupnja (uopće ne - nekoliko puta tjedno – svaki dan). Za procjenu ponašanja vezanih uz pravilnu prehranu postavljeno je pitanje o tome vode li računa o vlastitim prehrambenim navikama. Za procjenu učestalosti doručkovanja odgovara se na skali od 3 stupnja (ne, nikada, povremeno i da, svaki dan). Ukupan broj zdravstveno rizičnih ponašanja je dobiven zbrajanjem 5 ponašanja za koja se procjenjuju da njihovo pojavljivanje predstavlja rizik (1. pušenje – povremeno i svakodnevno, 2. konzumiranje alkohola – povremeno i redovno, 3. ne bavljenje tjelesnom aktivnošću, 4. povremeno doručkovanje i ne doručkovanje, 5. ne vođenje računa o vlastitim prehrambenim navikama). Raspon rizičnih ponašanja kretao se od 0 do 5.

### **Postupak**

Istraživanje je provedeno putem interneta i papir-olovka metode. U svrhu prikupljanja podataka putem interneta konstruirana je poveznica s online obrascem i poslana je širokom rasponu sudionika putem različitih internetskih kanala (društvene mreže i mail). Metoda snježne grude koristila se za prikupljanje podataka putem papir-olovke metode. Na početku svakog upitnika napisana je kratka uputa s uvjetima za prisustvovanje u istraživanju, okvirnom trajanju istraživanja, anonimnosti i pojašnjenom načina odgovaranja. Uvjeti za prisustvovanje istraživanju su bili navršeni 18 godina života te da su sudionici stanovnici Republike Hrvatske. Ispunjavanje upitnika trajalo je između 10 i 15 minuta. Po završetku ispunjavanja sudionicima je data e-mail adresa voditelja istraživanja na koju su se mogli obratiti u slučaju da su imali pitanje ili nedoumicu. Također, sudionici su imali mogućnost ostavljanja vlastite e-mail adresa ako su zainteresirani za rezultate istraživanja.

## REZULTATI

### Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka

Prije korištenja parametrijskih statističkih postupaka provjeren je normalitet distribucija rezultata svih upitnika i subskala korištenih u istraživanju. Za provjeru normaliteta distribucije korišten je Kolmogorov – Smirnovljev test. Rezultati ovog testa pokazuju statistički značajna odstupanja od normalne distribucije kod subjektivne kvalitete života, svih subskala BFI upitnika, svih dimenzija SF-36 upitnika, distribucije indeksa tjelesne mase te distribucije zdravstvenih ponašanja. Karakteristika Kolmogorov – Smirnovljeva testa je da je osjetljiv na samo jedan odstupajući rezultat što zatim rezultira odstupanjem distribucije od normalne, a takav slučaj je čest na velikom uzorku (Petz, Kolesarić i Ivanec, 2012). Kao pokazatelj normaliteta distribucija varijabli korišten je indeks asimetričnosti i indeks zakrivljenosti. S obzirom da su svi dobiveni indeksi asimetričnosti manji od 3, a indeksi zakrivljenosti manji od 10, kriterij za korištenje parametrijskih postupaka je zadovoljen (Kline, 2011). U Tablici 2. su prikazane vrijednosti Kolmogorov – Smirnovljeva testa, indeksi asimetričnosti i spljoštenosti za varijable uključene u ovo istraživanje.

Tablica 2. Vrijednosti Kolmogorov – Smirnovljeva testa te indeksi asimetričnosti i spljoštenosti za varijable uključene u ovo istraživanje ( $N=357$ ).

	<i>K-S</i>	Indeks asimetričnosti	Indeks spljoštenosti
<b>Subjektivna kvaliteta života</b>	.100**	-.79	.43
<b>Neuroticizam</b>	.073**	.45	.00
<b>Ekstraverzija</b>	.060**	-.06	-2.45
<b>Otvorenost</b>	.079**	-.21	-.18
<b>Savjesnost</b>	.055**	-.29	-.08
<b>Ugodnost</b>	.061**	-.15	-.10
<b>Fizičko funkcioniranje</b>	.210**	-1.03	-.24
<b>Ograničenje zbog fizičkih poteškoća</b>	.368**	-1.19	-.09
<b>Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća</b>	.344**	-.69	-.82
<b>Socijalno funkcioniranje</b>	.147**	-.51	-.39
<b>Mentalno zdravlje</b>	.088**	-.47	-.12
<b>Vitalnost i energija</b>	.108**	-.29	-.031
<b>Bolovi</b>	.167**	-.73	-.08
<b>Percepcija općeg zdravlja</b>	.113**	-.56	.03
<b>Indeks tjelesne mase</b>	.111**	1.50	3.66
<b>Broj zdravstveno rizičnih ponašanja</b>	.182**	.158	-.67

Napomena. *K-S* = Kolmogorov Smirnovljev test; \*  $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

### Deskriptivna statistika

Nakon testiranja normalnosti distribucija, izračunate su aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimalne i maksimalne vrijednosti rezultata za ukupnu subjektivnu kvalitetu života, subskale BFI upitnika, dimenzije SF-36 upitnika te za zdravstvena ponašanja.

Tablica 3. Deskriptivna statistika za varijable uključene u ovo istraživanje ( $N=357$ ).

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>TR</i>
<b>Subjektivna kvaliteta života (PWI)</b>	71.17	16.307	8.57	100.00	0-100
<b>BFI</b>					
<b>Neuroticizam</b>	2.76	.692	1.13	5.00	1-5
<b>Ekstraverzija</b>	3.44	.667	1.50	5.00	1-5
<b>Otvorenost</b>	3.46	.489	2.00	4.60	1-5
<b>Savjesnost</b>	3.70	.604	1.78	5.00	1-5
<b>Ugodnost</b>	.3.55	.537	1.78	4.78	1-5
<b>SF-36</b>					
<b>Fizičko funkcioniranje</b>	75.39	28.321	.00	100.00	0-100
<b>Ograničenje zbog fizičkih poteškoća</b>	76.47	35.050	.00	100.00	0-100
<b>Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća</b>	69.37	40.466	.00	100.00	0-100
<b>Socijalno funkcioniranje</b>	73.70	21.356	.00	100.00	0-100
<b>Mentalno zdravlje</b>	64.84	16.691	4.00	100.00	0-100
<b>Vitalnost i energija</b>	53.33	17.818	.00	100.00	0-100
<b>Bolovi</b>	65.52	20.239	.00	90.00	0-100
<b>Percepcija općeg zdravlja</b>	67.59	19.605	.00	100.00	0-100
<b>Indeks tjelesne mase</b>	24.42	4.838	16.56	50.50	-
<b>Broj zdravstveno rizičnih ponašanja</b>	2.18	1.108	.00	5.00	1-5

Legenda: *Min* = postignuti minimum, *Maks* = postignuti maksimum, *TR* = Teorijski raspon rezultata

Iz tablice je vidljivo da se prosječni rezultat ukupne subjektivne kvalitete života nalazi među gornjim vrijednostima teorijskog raspona rezultata od 0 do 100%SM. Aritmetičke sredine svih skala osobina ličnosti ukazuju na prosječne procjene sudionika na tim skalama. Skala neuroticizma ukazuje na tendenciju prema nižim procjenama sudionika na toj skali, dok ostale skale pokazuju na tendenciju prema višim procjenama sudionika na tom upitniku. Prosječni rezultati dimenzija SF-36 upitnika nalaze se među gornjim vrijednostima skalnog raspona. Prosječna vrijednosti skale fizičkog funkcioniranja je najviša, a prosječna vrijednost skale vitalnost i energija je najniža u usporedbi s ostalim skalama. Prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase je na gornjoj granici normalnog indeksa tjelesne mase. Prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji (WHO, 1998) kategorija normalnog indeksa tjelesne mase uključuje vrijednosti od 18.5 ili više, a manje od 25, dok kategorija prekomjerne tjelesne težine uključuje vrijednosti 25 ili više, a manje od 30. Prosječna vrijednost skale broja rizičnih zdravstvenih ponašanja ukazuje na to da sudionici u prosjeku iskazuju 2 rizična zdravstvena ponašanja.

### **Odnos biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika kvalitete života**

Kako bi se provjerio odnos biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika i subjektivne kvalitete života provedena je korelacijska analiza. Izračunati koeficijenti korelacije prikazani su u Tablici 4. na sljedećoj stranici.

Tablica 4. Interkorelacije među ispitivanim varijablama (N=357)

Varijable	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
1. Subjektivna kvaliteta života	.05	-.18**	.34**	.37**	.23**	.27**	-.44**	.10	.07	.22**	.26**	.39**	.56**	.47**	.19**	.49**	-.07	-.15**
2. Spol	-	-.15**	-.04	.03	.03	.06	.12**	-.02	.04	-.15**	-.18**	-.11*	-.07	-.15**	-.12*	.02	-.31**	-.06
3. Dob		-	.10	.06	-.01	.08	-.08	-.09	-.19**	-.18**	.18**	-.04	.08	.11*	-.18**	-.26**	.44**	.06
4. Materijalno stanje			-	.14**	.00	.14**	-.11**	.09	-.05	.03	.22**	.17**	.20**	.15**	.04	.13*	.06	-.11*
5. Ekstraverzija				-	.17**	.42**	-.38**	.41**	-.01	.05	.15**	.18**	.40**	.39**	.11*	.27**	.05	-.05
6. Ugodnost						.29**	-.38**	.21**	.05	.06	.07	.09	.19**	.16**	.06	.17**	-.00	-.07
7. Savjesnost							-.36**	.39**	.06	.08	.20**	.29**	.39**	.39**	.09	.20**	-.04	-.18**
8. Neuroticizam								-.17**	-.01	-.17**	-.39**	-.41**	-.68**	-.58**	-.23**	-.40**	-.10	.13*
9. Otvorenost									.14*	.09	-.03	.03	.15**	.15**	.12*	.13*	-.06	-.14*
10. Fizičko funkcioniranje									-	.31**	.01	.19**	.10	.09	.30**	.24**	-.12*	-.06
11. Ograničenje fizičke p.										-	.34**	.43**	.24**	.31**	.57**	.47**	-.07	-.09
12. Ograničenje emoc. p.											-	.52**	.53**	.50**	.25**	.23**	.21**	-.05
13. Socijalno funkcioniranje												-	.59**	.53**	.42**	.48**	.03	-.13*
14. Mentalno zdravlje													-	.73**	.26**	.38**	.11*	-.14**
15. Vitalnost i energija														-	.36**	.44**	.07	-.21**
16. Bolovi															-	.55**	-.12*	-.03
17. Percepcija općeg zdravlja																-	-.19**	-.13*
18. ITM																	-	.16**
19. Broj rizičnih zdravstvenih ponašanja																		-

Legenda: Ograničenje - fizičke p. = Ograničenje zbog fizičkih poteškoća, Ograničenje – emoc. p. = Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća, ITM = Indeks tjelesne mase

\*p<.05, \*\*p<.01

Iz tablice je vidljivo da je biološki čimbenik dob značajno povezan sa subjektivnom kvalitetom života, dok spol i indeks tjelesne mase nisu značajno povezani. Što se tiče socijalnih čimbenika, materijalni status je značajno pozitivno povezan sa subjektivnom kvalitetom života što znači da osobe koje svoj materijalni status procjenjuju boljim, bolje procjenjuju i vlastitu kvalitetu života. Većina psihološki čimbenika, odnosno crta ličnosti su značajno povezani sa subjektivnom kvalitetom života, osim otvorenosti. Povezanost između subjektivne kvalitete života i ekstraverzije, ugodnosti i savjesnosti je pozitivna, dok je povezanost neuroticizma i subjektivne kvalitete života negativna. Također, crte ličnosti međusobno koreliraju. Sve dimenzije SF-36 upitnika, osim dimenzije fizičko funkcioniranje, su značajno povezane sa subjektivnom kvalitetom života. Najviša povezanost je utvrđena između procjena mentalnog zdravlja, vitalnosti i energije i percepcije općeg zdravlja s procjenom subjektivne kvalitete života na način da više procjene mentalnog zdravlja, vitalnosti i energije te percepcije općeg zdravlja povezuju s boljom subjektivnom kvalitetom života. Kao što je vidljivo iz tablice, dimenzije SF-36 upitnika također i međusobno koreliraju, što je i očekivano prema navodima autora upitnika. Broj rizičnih zdravstvenih ponašanja je značajno negativno povezan sa subjektivnom kvalitetom života, što bi značilo da osobe koje imaju veći broj rizičnih zdravstvenih ponašanja, subjektivnu kvalitetu života procjenjuju nižom.

Za provjeru druge hipoteze, korištena je hijerarhijska regresijska analiza. Kriterijska varijabla bila je ukupna subjektivna kvaliteta života. U prvi korak uvedeni su biološki čimbenici spol, dob i indeks tjelesne mase. U drugi korak uveden je socijalni čimbenik materijalno stanje. U treći korak uvedeni su psihološki čimbenici, odnosno crte ličnosti: ekstraverzija, neuroticizam, otvorenost, savjesnost i ugodnost. U posljednji, odnosno četvrti korak uvedeni su zdravstveni čimbenici: dimenzije SF-36 upitnika te zdravstvena ponašanja. Ovaj redosljed odabran je kako bi se vidio zaseban učinak svake vrste čimbenika na ukupnu subjektivnu kvalitetu života. Rezultati su prikazani u tablici 5. Prvo su provjereni podaci o kolinearnosti: toleranciji i faktor povećanja varijance. Vrijednosti tolerancije kretale su se od .299 do .887, a vrijednosti faktora povećanja varijance od 1.127 do 3.345. Na temelju ovih podataka moguće je zaključiti da kolinearnost ne predstavlja problem. Durbin – Watson kriterij iznosi 2.058, stoga je moguće zaključiti da su reziduali u ovom modelu neovisni.

Tablica 5. Doprinos varijabli spol, dob, indeks tjelesne mase, materijalni status, crta ličnosti, dimenzija SF-36 upitnika i zdravstvenih ponašanja u objašnjenju razine subjektivne kvalitete života ( $N=357$ ).



	I. korak	II. korak	III. korak	IV. korak
Prediktori	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
Spol	.024	.032	.037	.033
Dob	<b>-.180*</b>	<b>-.213**</b>	<b>-.251**</b>	<b>-.194**</b>
ITM	.016	.013	-.016	.000
Materijalno stanje		<b>.360**</b>	<b>.301**</b>	<b>.250**</b>
Ekstraverzija			<b>.249**</b>	<b>.158**</b>
Ugodnost			.076	<b>.105*</b>
Savjesnost			.052	-.019
Neuroticizam			<b>-.314**</b>	-.008
Otvorenost			<b>-.136*</b>	<b>-.107*</b>
Fizičko funkcioniranje				-.018
Ograničenje zbog fizičkih poteškoća				.040
Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća				-.063
Socijalno funkcioniranje				-.010
Mentalno zdravlje				<b>.365**</b>
Vitalnost i energija				.084
Bolovi				<b>-.115*</b>
Percepcija općeg zdravlja				<b>.251**</b>
Broj zdravstveno rizičnih ponašanja				-.015
<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b>.032**</b>	<b>.128**</b>	<b>.237**</b>	<b>.125**</b>
<b><math>R^2</math></b>	<b>.032**</b>	<b>.160**</b>	<b>.398**</b>	<b>.523**</b>

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

U prvom koraku regresijske analize dob je značajan negativan prediktor subjektivne kvalitete života, dok spol i indeks tjelesne mase nisu značajni prediktori. Ovaj korak objašnjava 3,2% varijance kriterija.

Uvođenjem materijalnog statusa u drugom koraku, navedena varijabla se pokazala značajnim pozitivnim prediktorom koji objašnjava 12,8% varijance kriterija.

U trećem koraku uvedene su psihološke varijable ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, neuroticizam i otvorenost. Varijabla ekstraverzija se pokazalo kao značajan pozitivan prediktor,

dok su neuroticizam i otvorenost značajni negativni prediktori te zajedno objašnjavaju 23,7% varijance kriterija.

U četvrtom koraku uvedene su dimenzija SF-36 upitnika: fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkog funkcioniranja, bolovi, percepcija općeg zdravlja, ograničenje zbog emocionalnih poteškoća, socijalno funkcioniranje, mentalno zdravlje, vitalnost i energija i broj zdravstveno rizičnih ponašanja. Značajnima u objašnjenju varijance subjektivne kvalitete života su se pokazale varijable mentalno zdravlje, percepcija općeg zdravlja i bol. Mentalno zdravlje i percepcija općeg zdravlja su značajni pozitivni prediktori, dok su bolovi značajan negativan prediktor. Ovaj korak, odnosno varijable samoprocijenjenog zdravlja, ukupno objašnjava 12,5% varijance kriterija. Također, može se primijetiti da je neuroticizam gubi na značaju nakon što su uvedeni zdravstveni čimbenici. Ovaj nalaz sugerira na pojavu efekta medijacije. Pretpostavka je provjerena pomoću Baron i Kenneve metode za ispitivanje medijacije (Baron i Kenny, 1986). Pokazalo se da je varijabla mentalno zdravlje medijator u odnosu neuroticizma i subjektivne kvalitete života. Osim toga, u posljednjem koraku ugodnost je postala statistički značajan pozitivan prediktor, što ukazuje na pojavu efekta supresije. Zasebnim metodama je ispitano pojava efekta supresije te rezultati sugeriraju da su varijable socijalno funkcioniranje, mentalno zdravlje i vitalnost i energija imale efekta supresora u odnosu između ugodnosti i subjektivne kvalitete života.

Ukupno, ovi prediktori objašnjavaju 52,3% varijance subjektivne kvalitete života.

## **RASPRAVA**

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti ulogu biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika subjektivne kvalitete života. Biološki čimbenici su dob, spol i indeks tjelesne mase, socijalni čimbenik je materijalni status, dok su psihološki čimbenici osobine ličnosti odnosno neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost, ugodnost i savjesnost. Pod zdravstvene čimbenike ubrajaju se dimenzije SF-36 upitnika koje predstavljaju samoprocjenu fizičkog i mentalnog zdravlja te u zdravstvene čimbenike još ubrajamo broj rizičnih zdravstvenih ponašanja.

Deskriptivni podaci ovog istraživanja ukazuju da stanovnici Republike Hrvatske obuhvaćeni u ovom uzorku u rasponu godina od 18 do 77 godina procjenjuju osobnu kvalitetu života u prosjeku 71,17% od skalarnog maksimuma. Taj rezultat se svrstava u normativni raspon na svjetskoj razini koji iznosi 60% - 80% skalarnog maksimuma (Cummins, 1998).

Prosječni rezultati na skali neuroticizma su sniženi u usporedni s rezultatima ostalih istraživanja (Lahey, 2009). Pretpostavlja se da je do ovog rezultata došlo zbog specifičnosti uzorka

ovog istraživanja. Analizom sociodemografskih obilježja uzorka je ustanovljeno sljedeće: 34,5% sudionika je u vezi, a 33,3% sudionika u braku. Također, 22,7% sudionika ima višu stručnu spremu, dok 28,6% sudionika ima visoku stručnu spremu, nadalje najveći dio sudionika je izjavio kako je njihov materijalni status ni bolji ni lošiji od većine drugih. Pretpostavlja se da su te karakteristike uzorka (veliki postotak sudionika koji su u romantičnom odnosu i koji imaju završenu višu i visoku stručnu spremu te prosječan materijalni status) doprinijele nižim procjenama sudionika na skali neuroticizma. Lahey (2009) navodi kako su više procjene na skali neuroticizma povezane s lošijim materijalnim statusom, nižom socijalnom podrškom i nižim obrazovanjem.

Hipoteza 1 ovog istraživanja glasila je da je subjektivna kvaliteta života pozitivno povezana s ekonomskim statusom, boljom procjenom zdravlja, a negativno je povezana s nekim osobinama ličnosti kao što je neuroticizam, brojem rizičnih zdravstvenih ponašanja i s dobi. Nakon obrade podataka dobiveni su sljedeći rezultati. Postoji negativna povezanost između dobi i subjektivne kvalitete života, što upućuje na to da ljudi starije životne dobi niže procjenjuju vlastitu kvalitetu života u odnosu na mlađe sudionike. Rezultati su sukladni nalazima ostalih istraživanja (Pastuović, Kolesarić i Krizmanić, 1995; Vuletić, 2004; Martinis, 2005, sve prema Lučev, 2008). Istraživanja ukazuju da kvalitetu života u starijoj životnoj dobi potencijalno snižavaju udružena stanja, a ne biološka dob sama po sebi. Nadalje, što se tiče ostalih bioloških čimbenika nije utvrđena povezanost između subjektivne kvalitete života i spola te subjektivne kvalitete života i indeksa tjelesne mase. Što se tiče spola, u drugim istraživanjima također nije utvrđena povezanost, osim kada su se u obzir uzimali i drugi čimbenici kao što je dob (Campos i suradnici, 2014). Što se tiče socijalnih čimbenika u obzir se uzimao materijalni status te je utvrđena pozitivna povezanost između materijalnog statusa i subjektivne kvalitete života te su rezultati istraživanja sukladni s rezultatima ostalih istraživanja. Družić i Ljubotina (2011) su usporedbom četiri skupine sudionika grupiranih po materijalnom statusu zaključili kako najmanje zadovoljstva iskazuju korisnici pomoći za održavanje (nizak materijalni status).

Rezultati ukazuju na značajnu pozitivno povezanost sljedećih crta ličnosti s subjektivnom kvalitetom života: ekstraverzija, ugodnost i savjesnost, a značajnu negativnu povezanost subjektivne kvalitete života i neuroticizma. Dok otvorenost nije statistički značajno povezana. S obzirom da su prethodna međunarodna istraživanja pokazala da ličnost ima značajan utjecaj na kvalitetu života, rezultati su očekivani i konzistentni s ostalim istraživanjima (Lucas i suradnici, 2000; Wismeijer i van Assen, 2008; prema Pocnet i suradnici, 2017). Neuroticizam i ekstraverzija su dvije crte ličnosti koje su u najvišoj mjeri povezane sa subjektivnom kvalitetom života kako u ovom istraživanju, tako i u ostalim istraživanjima (Diener i suradnici, 2003). Neuroticizam je

negativno povezan, dok je ekstraverzija pozitivno povezana s kvalitetom života, povezanosti ugodnosti i savjesnosti su umjerene i pozitivne. Neuroticizam se još naziva i emocionalna nestabilnost, a odlikuju je sklonost negativnim emocijama poput tuge, straha, ljutnje i napetosti, stoga ne iznenađuje podatak o negativnoj povezanosti sa subjektivnom kvalitetom života. Osobe visoko na ovoj domeni negativnije procjenjuju događaje, odnose te život u cjelini, također imaju poteškoća u međuljudskim odnosima i komunikaciji (DeNeve, 1999). Ekstraverzija je crta ličnosti koju odlikuju doživljavanje pozitivnih afekata, provođenje više vremena u socijalnim interakcijama, doživljavanje i upuštanje u događaje koji izazivaju zadovoljstvo. Nadalje, osobe visoko na razini ekstraverzija iskazuju visoku senzitivnost na nagrade te doživljavanje većeg osjećaja zadovoljstva pri izloženosti nagradama (Lucas i suradnici, 1998; prema Diener, Suh, Lucas i Smith, 1999). Neka istraživanja su pokazala postojanje pozitivne povezanosti ekstraverzije i subjektivne kvalitete života, no nije u potpunosti objašnjeno što je u podlozi te pozitivne povezanosti (Diener, Suh, Lucas i Smith, 1999). Tendencija ljudi koji su visoko na domeni savjesnosti je brzo savladavanje prepreka i pridavanje više pažnje ugodnim životnim situacijama, nalazi istraživanja su također konzistentni po pitanju povezanosti ove crte ličnosti sa subjektivnom kvalitetom života (Lucas i suradnici, 2000; Wismeijer i van Assen, 2008; prema Pocnet i suradnici, 2017). Osobe visoko na dimenziji ugodnosti iskazuju prijateljsko pomaganje, empatiju i brižnost spram drugih osoba, također ih odlikuje neagresivan stil komunikacije, stoga imaju tendenciju i vlastitu kvalitetu života procjenjivati boljom.

Dimenzije SF-36 upitnika su fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkog funkcioniranja, bolovi i percepcija općeg zdravlja te ograničenje zbog emocionalnih poteškoća, socijalno funkcioniranje, mentalno zdravlje, vitalnost i energija. Dimenzije upitnika se mogu sažeti na dvije sumarne dimenzije fizičko i psihičko zdravlje, pri čemu prve četiri navedene dimenzije se svrstavaju u fizičko zdravlje, a zadnje četiri dimenzije se svrstavaju u psihičko zdravlje. U ovom istraživanju, pri analizi rezultata, koristile su se samostalne dimenzije SF-36 upitnika kako bi se dobilo više podataka i bolji uvid o tome kakav je odnos zdravstvenih čimbenika i subjektivne kvalitete života. Sve dimenzije, osim dimenzije fizičko funkcioniranje su statistički značajno povezane sa subjektivnom kvalitetom života. Vrijednosti korelacije su od  $r=.19$  do  $r=.56$ . Dimenzije koje su najviše povezane sa subjektivnom kvalitetom života su mentalno zdravlje ( $r=.56$ ), percepcija općeg zdravlja ( $r=.49$ ) te vitalnost i energija ( $r=.47$ ). Do visoke povezanosti mentalnog zdravlja i subjektivne kvalitete života je došlo zbog djelomičnog preklapanja konstrukata. Sličnost u konstruktima je vidljiva iz samog načina definiranja. Svjetska zdravstvena organizacija (1998) definira mentalno zdravlje kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi sa životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je

sposoban pridonositi svojoj zajednici“, dok kvalitetu života definira kao „pojedinačevu percepciju u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu“. Može se uočiti kako je mentalno zdravlje dio subjektivne kvalitete života jer je u osnovi toga kako će osoba doživljavati i procjenjivati svoj život. U srži ovih konstrukata je procjena situacija i života na temelju kojih pojedinac funkcionira u raznim životnim situacijama (Lombardo i suradnici, 2018). Povezanost broja rizičnih zdravstvenih ponašanja i subjektivne kvalitete života je negativna, što znači da osobe koje iskazuju više rizičnih zdravstvenih ponašanja, niže procjenjuju i vlastitu kvalitetu života ( $r = -.15$ ). Rezultati o povezanosti zdravstvenih čimbenika i subjektivne kvalitete života ne iznenađuju jer su u istraživanju provedenom u Hrvatskoj sudionici stavili zdravlje na prvo mjesto po važnosti za subjektivnu kvalitetu života. Pri opisivanju zdravlja sudionici su činili jasnu distinkciju između psihičkog i fizičkog zdravlja. Slijede tipični opisi zdravlja koje su davali sudionici: „*Zdravlje općenito; da sam fizički zdrav i u dobroj kondiciji i da psihički dobro funkcioniram; zdravo tijelo i zdrav duh; da sam zdrav cijeli život; čovjek treba biti zdrav da bi funkcionirao; potpuno fizičko i umno zdravlje; osnova funkcioniranja je fizičko i mentalno zdravlje, dok ima zdravlja može se sve.*“ (Vuletić i Ivanković, 2011). Nadalje, uvidom u vrijednosti korelacija (Tablica 4.) moguće je zaključiti da dimenzije psihičkog zdravlja imaju veću povezanost sa subjektivnom kvalitetom života u odnosu na dimenzije fizičkog zdravlja i broj rizičnih zdravstvenih ponašanja. Nalazi ovog istraživanja su sukladni s nalazima ostalih istraživanja, odnosno da mentalno zdravlje ima puno veći utjecaj na procjenu kvalitete života u odnosu na fizičko funkcioniranje (Smith, Avis i Assmann, 1999).

Hipoteza 1 ovog istraživanja je potvrđena. Utvrđena je pozitivna povezanost subjektivne kvalitete života s ekonomskim statusom, boljom procjenom zdravlja, a negativna povezanost s nekim osobnima ličnosti kao što je neuroticizam, rizičnim zdravstvenim ponašanjima i s dobi

U hipotezi 2 ovog istraživanja se pretpostavljalo da će različiti prediktori u različitoj mjeri objašnjavati subjektivnu kvalitetu života na način da će psihološki i zdravstveni čimbenici biti bolji prediktori kvalitete života u odnosu na biološke i socio-demografske čimbenike. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza te su dobiveni sljedeći rezultati. Dob je statistički značajan negativan prediktor subjektivne kvalitete života. Materijalni status se pokazao kao pozitivni prediktor što je u skladu s ostalim istraživanjima. Cummins (2000) je utvrdio da poboljšanjem loših životnih uvjeta, raste i subjektivna percepcija kvalitete života, no samo do određene razine. Nakon te razine povezanost se gubi što znači da ukoliko su zadovoljene osnovne životne potrebe, povećanje materijalnog statusa ne utječe toliko na subjektivnu kvalitetu života. Također, utvrđeno je da stanovnici ekonomski razvijenijih europskih zemlja više procjenjuju svoju kvalitetu života u odnosu na siromašnije zemlje (Fahey, Whelan i Maitre, 2005; prema Družić i Ljubotina, 2011).

Što se tiče osobina ličnosti, ekstraverzija i otvorenost su se pokazali kao pozitivni prediktori subjektivne kvalitete života. U trećem koraku neuroticizam je bio statistički značajan negativan prediktor, no uvođenjem zdravstvenih čimbenika, prestao je biti značajan. Dodatnim provjeravama utvrđeno je sljedeće: mentalno zdravlje je medijator između neuroticizma i subjektivne kvalitete života. Također, rezultati sugeriraju da je došlo do efekta supresije jer je uvođenjem zdravstvenih čimbenika, crta ličnosti ugodnost postala statistički značajan pozitivan prediktor u četvrtom koraku, dok u trećem koraku nije bila značajni prediktor. Istraživanja pokazuju da je ličnost jedan od najsnažnijih i najkonzistentnijih prediktora subjektivne kvalitete života (Diener i Lucas, 1999). Crte ličnosti koje su najviše povezane sa kvalitetom života su ekstraverzija i neuroticizam, ti nalazi su teorijski i empirijski potkrepljeni. Ekstraverzija je povezana sa pozitivnim afektom, osjetljivošću na nagrade i pozitivne stimulanse, također više uživaju u socijalnim situacijama. Pretpostavlja se da su ekstroverti sretniji te da na pozitivniji način gledaju većinu situacija, stoga ne iznenađuje činjenica da vlastitu kvalitetu života procjenjuju više (Diener i suradnici, 1984; Moskowitz i Cote, 1995; sve prema Diener i Lucas, 1999). Osobe koje postižu više rezultate na neuroticizmu imaju tendenciju doživljavati više emocija poput anksioznosti, brige, straha, ljutnje, frustracije, samoće te depresivnog raspoloženja (Costa i McCrae, 1992a). Neuroticizam se pokazao kao robustan korelat i prediktor mnogih mentalnih i fizičkih poremećaja, također kao i negativan prediktor subjektivne kvalitete života. U ovom istraživanju se mentalno zdravlje pokazalo kao medijator u odnosu između neuroticizma i subjektivne kvalitete života. Potencijalno se može objasniti na način da neuroticizam u velikoj mjeri povezan s mentalnim zdravljem  $r=-.68$ , neuroticizam utječe na način doživljavanja događaja, način na koji se nosimo sa stresom, doživljavanje emocija i ekspresija emocija, a sve su to jednim dijelom komponente mentalnog zdravlja, stoga mentalno zdravlje i neuroticizam objašnjavaju isti dio varijance subjektivne kvalitete života.

U zadnjem koraku se uvedeni zdravstveni čimbenici od kojih su značajni pozitivni prediktori mentalno zdravlje i percepcija općeg zdravlja, a značajan negativan prediktor su bolovi. Ostale dimenzije SF-36 upitnika i broj rizičnih zdravstvenih ponašanja nisu se pokazale statistički značajnim prediktorima. Rezultati su sukladni s teorijom o odnosu subjektivnih i objektivnih zdravstvenih pokazatelja. Bez obzira na to je li patologija osobe subjektivna (percipirani stres) ili objektivna (stupanj fizičkog oštećenja), odnos sa subjektivnom kvalitetom života nije jednostavno linearan (Cummins, 2000). U narednom odlomku slijedi prikaz odnosa zdravstvenog stanja i subjektivne kvalitete života. Objektivne mjere zdravlja ne čine pouzdan linearan odnos sa subjektivnom percepcijom zdravlja, što znači da osoba može imati objektivnu procjenu zdravlja (od strane liječnika) na visokoj razini, dok je njena subjektivna procjena niža. Fayer i suradnici

(1998, prema Cummins, Lau i Stokes, 2004) su opisali odnos između zdravlja i subjektivne kvalitete života te su opisali način na koji neka zdravstvena patologija utječe na procjenu kvalitete života. Utjecaj fizičkog simptoma na percipirano zdravlje i subjektivnu kvalitetu života ovisi o tome kako ga pojedinac percipira i na koji način procjenjuje utjecaj tog simptoma na zdravlje. U slučaju da osoba fizički simptom ne smatra zabrinjavajućim i prijetećim onda je taj simptom nevažan pri procjeni zdravstvenog statusa. U istraživanjima ovaj utjecaj se provjerava pitanjem o zabrinutosti osobe za taj specifičan simptom. Nadalje, razina zabrinutosti oko potencijalnog utjecaja simptoma na zdravlje može imati utjecaj na pojedinčevu generalnu sliku o zdravlju. Smatra se da je taj utjecaj potencijalan zato što ne mora doći do toga zbog toga što pojedinac nije dovoljno zabrinut ili pojedinac ima ostale pozitivne pretpostavke o svom zdravlju (redovita tjelovježba). Ovakva interakcija između fizičkih simptoma i percepcije tog simptoma upućuje na to da ne postoji linearan odnos između njih. Odnos između percipiranog zdravlja i subjektivne kvalitete života je recipročan što znači da imaju mogući utjecaj jedno na drugo, odnosno kada dođe do smanjenja u jednom području, dolazi do smanjenja u drugom području. Međutim, subjektivna kvaliteta ima mehanizme obrane od utjecaja ostalih domena pomoću mehanizma homeostaze i pomoću kompenzatornog utjecaja ostalih domena. Uzimajući u obzir ovu teoriju, ne iznenađuje činjenica da su percepcija općeg zdravlja i mentalno zdravlje pozitivni prediktori subjektivne kvalitete života.

U ovom istraživanju broj rizičnih zdravstvenih ponašanja se nije pokazao kao značajan prediktor subjektivne kvalitete života. Ovaj nalaz nije u skladu s ostalim istraživanjima, s obzirom da je u nizu drugih istraživanja dokazano da veći broj rizičnih zdravstvenih ponašanja smanjuje subjektivnu kvalitetu života (Salehi, Harris, Sebar i Coyne, 2015). Potencijalan razlog zašto se broj rizičnih ponašanja nije pokazao kao značajan prediktor može biti što u ovom istraživanju se uzimao ukupan broj rizičnih ponašanja, a ne pojedinačno rizično ponašanje. U ostalim istraživanjima se potvrdilo kako različita rizična ponašanja različito utječu na kvalitetu života: pušenje i nedostatak fizičke aktivnosti su glavni prediktori snižene kvalitete života (Salehi, Harris, Sebar i Coyne, 2015). Jedna od preporuka za iduća istraživanja bi bila da se gleda svako pojedinačno zdravstveno ponašanje umjesto da se sumira njihov broj bez da se odredi važnost svakog pojedinog ponašanja. Drugo moguće objašnjenje je to da nije ispitano imaju li sudionici već razvijene neke negativne posljedice po zdravlje zbog navedenih zdravstveno rizičnih ponašanja (simptomi ili dijagnoza kronične bolesti povezane s rizičnim ponašanjem). Obzirom da navedena rizična ponašanja tek nakon duže vremena dovode do primjetnog oštećenja zdravlja, moguće je da ona sama po sebi ne narušavaju kvalitetu života nego tek simptomi bolesti, kada se kronična bolest razvije.

Hipoteza 2 ovog istraživanja je potvrđena. Utvrđeno je da različiti prediktori u različitoj mjeri objašnjavaju subjektivnu kvalitetu života na način da će psihološki i zdravstveni čimbenici bolji prediktori kvalitete života u odnosu na biološke i socio-demografske čimbenike

### **Metodološki nedostaci i praktične implikacije**

Pri generalizaciji rezultata istraživanja, u obzir je potrebno uzeti i potencijalne nedostatke istraživanja. Jedno od najvećih ograničenja ovog istraživanja je uzorak koji je prikupljen metodom snježne grude što znači da se nije moglo kontrolirati tko će pristupiti ispunjavanja upitnika. Pri ispitivanju subjektivne kvalitete života opće populacije bilo bi optimalno kada bi se koristio stratificirani uzorak kako bi se uzorak odražavao postotak pojedinih slojeva (stratuma) populacije. Nadalje, što se tiče uzorka, još jedan od mogućih problema je omjer muškaraca i žena koje su pristupili ispunjavanju upitnika. U ovom uzorku, znatno je veći postotak žena, nego muškaraca, što u populaciji nije slučaj. Svakako bi u narednim istraživanjima trebalo obratiti pozornost na ujednačavanje broja muških i ženskih sudionika te ako postoji mogućnost korištenja stratificiranog uzorka. Također, postoji vjerojatnost da neki sudionici nisu razumjeli sva pitanja iz upitnika te da su odgovarali nasumično, no taj problem je specifičan za online istraživanja te se jedino može prevenirati individualiziranim ispitivanjima koja se provode licem u lice.

Osim nedostataka, ovo istraživanje ima niz praktičnih implikacija. Istraživanje kvalitete života je iznimno važno s obzirom da percepcija kvalitete života ima mnogo utjecaja na život i svakodnevno funkcioniranje pojedinca. Ovim istraživanjem se pokazalo važnost psiholoških čimbenika i zdravstvenih čimbenika (pogotovo mentalnog zdravlja) na procjenu kvalitete života. Također, rezultati istraživanja ukazuju na vrijednost ulaganja u edukaciju javnosti o mentalnom zdravlju, njezi mentalnog zdravlja i ostalih psiholoških čimbenika jer u konačnici oni imaju veći utjecaj na subjektivnu kvalitetu života od ostalih objektivnih čimbenika. Sada, više nego ikada postoji potreba za intervencijama koje bi se usmjerile na njegovanje i osnaživanje psiholoških čimbenika i čimbenika mentalnog zdravlja zbog toga što živimo u vremenu kontinuiranih promjena koje utječu na sve aspekte naših života. Osim toga, ovo istraživanje doprinosi razumijevanju čimbenika koji doprinose kvaliteti života u općoj populaciji

## **ZAKLJUČAK**

Središte ovog rada je istraživanje odnosa biopsihosocijalnih i zdravstvenih čimbenika subjektivne kvalitete života. Rezultati ukazuju na postojanje pozitivne povezanosti subjektivne kvalitete života s materijalnim stanjem, nekim crtama ličnosti (ekstraverzija, ugodnost, savjesnost) i određenih zdravstvenih čimbenika među kojima su najviše povezani sa subjektivnom kvalitetom



života mentalno zdravlje, vitalnost i energija te percepcija općeg zdravlja. Nadalje, pronađena je negativna povezanost subjektivne kvalitete života s dobi, neuroticizmom i određenim zdravstvenim čimbenicima poput broja zdravstveno rizičnih ponašanja. Nadalje, istraživanje je pokazalo da su dob, otvorenost i bolovi značajni negativni prediktori subjektivne kvalitete života, dok su materijalno stanje, ekstraverzija, ugodnost, mentalno zdravlje i percepcija općeg zdravlja značajni pozitivni prediktori subjektivne kvalitete života.

Dobiveni rezultati sugeriraju veći utjecaj psiholoških i zdravstvenih čimbenika na subjektivnu kvalitetu života u odnosu na biološke i socijalne čimbenike. Također, rezultati ovog istraživanja ukazuju na važnost održavanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja i psiholoških čimbenika u svrhu poboljšavanja opće kvalitete života pojedinaca te u konačnici stvaranja sretnijeg i funkcionalnijeg društva u cjelini.

## LITERATURA

Addington-Hall, J. i Kalra, L. (2001). Measuring quality of life. Who should measure quality of life? *BMJ*, 322, 1417-1421.

Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The moderator – mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.

Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750

Campos, A. C. V., Ferreira, E., Vargas, A.M. i Albala, C. (2014) Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 1-11.

Carson, T.L., Hidalgo, B., Ard, J.D. i Affuso, O. (2014). Dietary Interventions and Quality of Life: A Systematic Review of the Literature. *J Nutr Educ Behav*, 46(2): 90-101.

Conner, M. i Norman, P., (1996). Predicting Health Behaviour. *Buckingham, UK: Open University Press*.

Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668–678.

Cummins, R.A., R. Eckersley, J. Pallant, J. van Vugt i Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index, *Social Indicators Research*, 64,159-190.

Cummins, R.A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies*, 1, 133-158.

Cummins, R.A. (2000a). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.

Cummins, R.A. (1998). Quality of life definition and terminology: a discussion document from the International Society for Quality of Life Studies. *International Society for Quality of Life Studies*, 1-43.

Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 35, 179-200.

DeNeve, Kristina M. (1999). »Happy as an Extraverted Clam? The Role of Personality for Subjective Well-Being«, *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 141–144.

- Diener, E., Oishi, S., i Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Diener, E. i Rahtz, D.R. (2000). Advances in quality of life theory and research. *Social indicators research series*, 4.
- Diener, E., Richard, E. M., Lucas, R. E. i Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress, *Psychological Bulletin*, 125(2),276-302.
- Družić Ljubotina, O. (2012). Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), 5-28.
- Gill, D.L., Hammond, C.C., Relfsteck, E.J., Jehu, C.M., Williams, A., Adams, M.M.m Lange, E.H., Becofsky, K., Rodriguez, E. i Shang, Y. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*,46. 28-34.
- Havelka, M. (2009). Zdravstvena psihologija. *Školska knjiga*: Zagreb.
- Heikkinen, H., Jallinoja, P., Saarni, S. I. i Patja, K. (2007). The Impact of smoking on helath-related and overall quality od life: a general population survey in Finland. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(7), 1199-1207.
- International Wellbeing Group (2013). Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Melbourne: *Australian Centre on Quality of Life*, Deakin University.
- John, O. P. & Srivastava, S. (1999). The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. *University of California at Berkeley*.
- Kline, P. (2011). The handbook of psychological testing (2nd ed.). London: Routledge
- Kalebić-Maglica, B. (2010). Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja. *Psihologijske teme*, 19 (1), 71-102.
- Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. *Primijenjena psihologija*, 10, 179-184.
- Lahey, B. B. (2009). Public Health Significance of Neuroticism. *Am Psychol*, 64(4), 241-256.
- Lombardo, P., Jones, W., Wang, L., Shen, X. i Goldner. E. (2018). The fundametal association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Candian national survey. *BMC Public Health*.
- Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 24, 67-68.
- Mikulášková G. i Bavinčák, P. (2015) Self-esteem, extraversion, neuroticism and health as predictors of quality of life. *Human Affairs*, 25, 411-420.

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. & Blane, D. (2006) Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiology Community Health*, 60:357-363.

Pocnet, C., Dupuis, M. Congard, A. i Jopp, D. (2017) Personality and its links to quality of life: Mediating effects of emotion regulation and self-efficacy beliefs. *Motiv Emot.*

Salehi, A., Harris, N., Sebar, B. i Coyne, E. (2015). Self-Perception of Quality of Life and Its Association with Lifestyle Behaviours of Young Iranian Women. *Iran J Public Health*, 44(3), 332-340.

Schalock, R. L. (1996). Quality of life. *Conceptualization and Measurement, American Association of Mental Retardation*, 1.

Smith, K. W., Avis, N. E. i Assmann, S. F. (1999) Distinguishing between quality of life and health status. *Quality of Life Research*, 447-459.

Spring, B., Moller, A. C. i Coons, M.J. (2012). Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health*, 34, i3-i10.

Vuletić, G. (2013). Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, 7, 213-222.

Vuletić, G. (Ur.) (2011). Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.

Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života: Povijesni pregled. U: Vuletić, G. (Ur.) *Kvaliteta života i zdravlje*. (2011). Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku, 2011. str. 9-16.

Vuletić, G., Ivanković, D. i Davern, M. (2011). Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest. U: Vuletić, G. (Ur.) *Kvaliteta života i zdravlje*. (2011). Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku, 2011. str. 118-125.

Vuletić, G. (1999). Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života (Magistarski rad). Medicinski fakultet u Zagrebu, Zagreb.

Ware, J. E., Kosinski, M., Gandek, B. (2000). SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: *QualityMetric Incorporated*.

Wen, X-Y, Kanny, D., Thompson, W.W., Okoro, C.A., Town, M.I. i Balluz, L. (2013) Binge Drinking Intensity and Health-Related Quality of Life Among US Adult Binge Drinkers. *Preventing Chronic Disease*, 9, 1-11.

Wish, N.B. (1986) Are We Really Measuring the Quality of Life? Well-being Has Subjective Dimensions, As Well As Objective Ones, *American Journal of Economics and Sociology*, 45 (1), 93–99.

World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement.

World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28, 551-8.