

Zadovoljstvo životom i zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa

Karlović, Stefanie

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:730171>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-15**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Jednopedmetni preddiplomski sveučilišni studij psihologije

Stefanie Karlović

Zadovoljstvo životom i zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih
od dijabetesa

Završni rad

Zadar, 2016.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Jednopedmetni preddiplomski sveučilišni studij psihologije

Zadovoljstvo životom i zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih od
dijabetesa

Završni rad

Student/ica:

Stefanie Karlović

Mentor/ica:

Dr. sc. Jelena Ombla

Zadar, 2016.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Stefanie Karlović**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Zadovoljstvo životom i zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 4. srpnja 2016.

Sadržaj

Sažetak	1
Abstract	2
1. Uvod.....	3
2. Diabetes mellitus (šećerna bolest).....	3
Fiziološka osnova bolesti	4
Dijabetes tipa 1	4
Dijabetes tipa 2.....	4
Komplikacije šećerne bolesti	5
Liječenje dijabetesa.....	6
3. Zadovoljstvo životom.....	7
4. Lokus kontrole	10
5. Cilj rada.....	11
6. Problemi	11
7. Hipoteze	11
8. Metoda.....	12
9. Rezultati	15
10. Rasprava.....	18
11. Zaključak.....	22
12. Literatura	23
13. Prilog.....	25

Sažetak

Diabetes mellitus je kronična bolest tijekom koje dolazi do povećane razine šećera u krvi zbog neadekvatnog izlučivanja i/ili djelovanja inzulina. U posljednje vrijeme je zabilježen ozbiljan porast broja oboljelih od dijabetesa te se predviđa daljnji rast. S obzirom na prirodu bolesti koja zahtijeva svakodnevnu brigu i predanost oboljele osobe cilj je ovog istraživanja bio utvrditi odnos zadovoljstva životom i zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 129 osoba oboljelih od dijabetesa tipa 1 i tipa 2. Od mjernih instrumenata su korištene *Skala zadovoljstva životom* te *Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK – 90)*. Rezultati su pokazali da su osobe oboljele od dijabetesa koje su zadovoljnije životom sklonije vjerovati da je tijekom bolesti pod njihovom kontrolom, a ne pod utjecajem vanjskih, nekontrolabilnih faktora. S druge strane, osobe koje su manje zadovoljne životom vjeruju da je tijekom njihove bolesti određen utjecajima sudbine ili vanjskih okolnosti. Utvrđeno je također, da dijabetičari koji su manje zadovoljniji vlastitim zdravstvenim stanjem pripisuju uzroke svoje bolesti vanjskim nekontrolabilnim faktorima. Žene više vjeruju da je tijekom njihove bolesti pod utjecajem vanjskih, nekontrolabilnih faktora, u odnosu na muškarce. Muškarci i žene te dijabetičari različitog angažmana oko terapije su jednako zadovoljni životom.

Ključne riječi: diabetes mellitus, zadovoljstvo životom, zdravstveni lokus kontrole

Life satisfaction and health locus of control in diabetes mellitus patients

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease followed by high blood sugar caused by inadequately excreted and/or inadequate action of insulin. Lately, there has been a great increase of people suffering from diabetes and a further increase is foreseen. Due to the nature of the disease which requires everyday care and commitment the aim of this study was to examine the relationship of life satisfaction and health locus of control in diabetes mellitus patients. The study was conducted on 129 patients suffering from type 1 and type 2 diabetes mellitus. The following measuring instruments were used: *Life satisfaction scale* and *Questionnaire for testing of perceived sources of health control* (ZLK – 90). The results have shown that people with diabetes who are more satisfied with their lives tend to believe that the course of disease is under their control and not affected by external, uncontrollable factors. On the other hand, people less satisfied with their lives believe that the course of disease is determined by chance or external factors. Also, people with diabetes who are less satisfied with their health attribute the causes of the disease to external, uncontrollable factors. Women tend to believe more that the course of disease is influenced by external and uncontrollable factors. Men and women and also people with different engagement in therapy, are equally satisfied with their life.

Key words: diabetes mellitus, life satisfaction, health locus of control

1. Uvod

Posljednjih je godina zabilježen znatan porast kroničnih bolesti u cijelom svijetu. Osim porasta broja oboljelih, zabrinjavajuća je i činjenica da je 68% smrti uzrokovano upravo kroničnim bolestima. Iako starenje populacije pridonosi porastu prevalencije kroničnih bolesti, do znatnog porasta broja oboljelih dolazi u svim dobnim skupinama. Najistaknutije su kardiovaskularne bolesti, respiratorna oboljenja, zloćudne bolesti i dijabetes (Kralj, Biloš, Ćorić, Radić i Šekerija, 2015).

Istraživanja pokazuju da od dijabetesa u Republici Hrvatskoj boluje oko 9% odraslih stanovnika, odnosno oko 295 000 osoba. Od tih 295 000, 42% oboljelih nema dijagnosticiran dijabetes. Vrlo je zabrinjavajuć trenutni broj oboljelih osoba, ali isto tako i činjenica da taj broj ima izrazitu tendenciju rasta. Naime procjenjuje se da će broj oboljelih s 285 milijuna u 2010. godini narasti na 438 milijuna u 2030. godini (Strnad, Vorko Jović i Rudan, 2010).

2. Diabetes mellitus (šećerna bolest)

Diabetes mellitus je kronična bolest koju obilježava neadekvatno izlučivanje i/ili djelovanje inzulina što rezultira povišenom koncentracijom glukoze u krvi (Vrca Botica i Pavlič-Renar, 2012). Povišena razina glukoze u krvi se naziva hiperglikemija te uzrokuje nastanak oštećenja na brojnim organskim sustavima (Kokić, 2009).

Dijabetes je multifaktorska bolest koja može nastati pod utjecajem genetskih čimbenika, no pogotovo kod osoba koje boluju od dijabetesa tipa 2, vanjski čimbenici mogu igrati važnu ulogu u razvoju ove bolesti (Hummer, Vannatta i Thompson, 2011). Manjak tjelesne aktivnosti, prekomjerna tjelesna težina te povišen kalorijski unos najvažniji su rizični čimbenici.

Klasični simptomi povećane razine glukoze u krvi su poliurija (pojačano mokrenje), polidipsija (pojačana žeđ) te gubitak tjelesne težine. Ukoliko pacijent pokazuje navedene simptome, dijagnosticiranje je jednostavno te je dovoljno izmjeriti glikemiju natašte (Kokić, 2009). Upravo rano postavljanje dijagnoze je od kritične važnosti jer tijekom perioda kada bolest još nije otkrivena dolazi do početka razvoja ozbiljnih komplikacija. Razdoblje prije razvoja dijabetesa se naziva predijabetes te je svojstven svim tipovima ove bolesti.

Fiziološka osnova bolesti

Diabetes mellitus nastaje kao rezultat nedostatka inzulina ili rezistencije tkiva na inzulin. Inzulin je hormon koji se sastoji od dva peptidna lanca, a luči se iz beta-stanica Langerhansovih otoka gušterače (pankreas). Langerhansovi otoci su egzokrino tkivo na površini gušterače koji osim inzulina luče i druge hormone, kao što je glukagon. Glukagon je također vrlo važan u održavanju glikemije, s obzirom da djeluje na povišenje razine glukoze kada je razina preniska (Morović-Verglas, 2008)

Primarna uloga inzulina je kontrola homeostaze šećera u krvi na način da transportira glukozu u stanice. S obzirom da glukoza ne može ući u stanicu bez inzulina, ukoliko inzulin nije prisutan, količina glukoze u krvi se nastavlja povećavati. Inzulin pospješuje transport glukoze na način da djeluje na staničnu membranu. Kada stanična membrana propusti glukozu u stanicu, ona se pohranjuje ili pretvara u energiju (Rang, Dale, Ritter i Moore, 2006).

Dijabetes tipa 1

Dijabetes tipa 1 se mnogo godina nazivao i „mladenačkim dijabetesom“ s obzirom da pogađa mlađu populaciju. Oboljeli od ove vrste bolesti su uglavnom djeca ili mlađe osobe čija je tjelesna težina u skladu s visinom (Vrca Botica i Pavlić-Renar, 2012). S obzirom da kod ovog tipa dijabetesa dolazi do autoimunog razaranja beta-stanica Langerhansovih otoka, oboljelim osobama se sve više smanjuje dotok vlastitog inzulina, zbog čega im egzogeni inzulin postaje nužan za normalno funkcioniranje (Morović-Verglas, 2008). Istraživanja pokazuju da se uspješnom kontrolom glikemije, koja se postiže pravilnim i višekratnim unosom inzulina, može usporiti razvoj komplikacija povezanih sa šećernom bolesti (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Od dijabetesa tipa 1 boluje samo 7% svih oboljelih od dijabetesa.

Dijabetes tipa 2

Od dijabetesa tipa 2 boluje više od 90% svih oboljelih. To su uglavnom osobe prekomjerne tjelesne težine koje žive sjedilačkim načinom života. Iako je većina oboljelih srednje ili starije životne dobi, može pogoditi i djecu te adolescente prekomjerne težine. Smatra se da je sve veći porast broja oboljelih povezan s konzumacijom veoma zaslađene i masne hrane, sve većim dnevnim unosom kalorija te smanjenjem tjelesne aktivnosti. Neravnoteža između unosa i potrošnje energije u populaciji rezultira sve većim povećanjem tjelesne težine što u isto vrijeme potiče epidemiju dijabetesa (Vrca Botica i Pavlić-Renar, 2012). Liječenje ove

vrste bolesti započinje obično dijetom i tjelovježbom, nakon čega se provjerava učinkovitost takvog načina održavanja glikemije. Ukoliko se to ne pokaže uspješnim slijedi farmakoterapija te često u kasnijim stadijima i inzulin s obzirom na progresivnu prirodu bolesti (Kokić, 2009). Povišena koncentracija glukoze kod ovog tipa bolesti može nastati iz dva razloga: rezistencija tkiva na djelovanje inzulina ili smanjena produkcija inzulina. Iako i kod tipa 1 postoje nasljedna komponenta, kod dijabetesa tipa 2 je ta komponenta izrazito izražena. Rezistencija tkiva na inzulin i smanjena produkcija inzulina se vjerojatno nasljeđuju, no životni stil značajno utječe na razvoj bolesti. Često se simptomi ove bolesti ne zamijete u samom početku, no zato se već pri dijagnozi mogu otkriti komplikacije povezane s neodržavanjem razine glukoze u normalnim granicama (Morović-Verglas, 2008).

Komplikacije šećerne bolesti

Komplikacije koje mogu nastati tijekom šećerne bolesti se dijele na akutne i kronične.

1. Akutne komplikacije

U akutne komplikacije se ubrajaju hiperglikemijska dijabetička ketoacidoza (DKA), neketotički hiperosmolarni sindrom (NHS) te hipoglikemija.

Ketoacidoza je stanje tijekom kojeg dolazi do stvaranju ketona iz slobodnih masnih kiselina. Ketoacidoza može biti prvi simptom još neotkrivene šećerne bolesti, ali se često javlja kod osoba kojima je već dijagnosticirana bolest i već koriste inzulin.

Neketotički hiperosmolarni sindrom se češće javlja kod osoba oboljelih od dijabetesa tipa 2, a radi se o ekstremnoj hiperglikemiji zajedno s dehidracijom.

Hipoglikemija je najčešća akutna komplikacija koju označava koncentracija glukoze manja od 3mmol/L. Može nastati iz više razloga kao što su neusklađenost lijekova, količine unešene hrane i tjelesne aktivnosti ili zbog interakcije lijekova. S obzirom da oboljeli često doživljavaju blaže hipoglikemije koje reguliraju nešto slađom hranom ili ugljikohidratnim obrokom, nužno je da budu dobro educirani o prevenciji hipoglikemije, ali također kako djelovati ukoliko se dogodi (Morović-Verglas, 2008).

2. Kronične komplikacije

Kronične komplikacije se javljaju radi dugog trajanja bolesti te su rezultat viška glukoze i njenih metabolita. Dije se na makrovaskularne i mikrovaskularne komplikacije.

Makrovaskularne komplikacije se odnose na oštećenja perifernih krvnih žila te velikih krvnih žila srca i mozga.

U mikrovaskularne komplikacije se ubrajaju retinopatija, nefropatija, neuropatija i dijabetičko stopalo.

Retinopatija je promjena na kapilarama mrežnice zbog čega postaju propusne i promijene oblik. S obzirom da može voditi sljepoći nužno je kontinuirano provjeravanje očne pozadine.

Dijabetička neuropatija je najčešća komplikacija povezana sa šećernom bolesti koja se očituje kao oštećenje perifernog živčanog sustava. Trajanje šećerne bolesti te njezina regulacija značajno utječu na razvoj ove komplikacije.

Dijabetička nefropatija je oštećenje bubrega koje nastaje kod 20 do 40% oboljelih od dijabetesa.

Dijabetičko stopalo je komplikacija kod koje dolazi do promjena na stopalu osobe oboljele od dijabetesa, koje je pod rizikom od razvoja infekcija i dubokih oštećenja tkiva. (Vrca Botica i Pavlić-Renar, 2012).

Liječenje dijabetesa

Rano otkrivanje dijabetesa je vrlo važno, no isto tako je važna svakodnevna predanost i aktivno sudjelovanje bolesnika u kontroli i liječenju bolesti. Ovisno o vrsti dijabetesa i uspješnosti kontrole glukoze postoje različiti načini liječenja.

Dijetoterapija - vrlo važna stavka borbe s dijabetesom je prilagodba prehrambenih navika. Svrha zdrave prehrane je postizanje i održavanje adekvatne razine glukoze u krvi, urednog krvnog tlaka, profila lipida i lipoproteina koji smanjuje opasnost od krvožilnih bolesti. Dnevni unos hrane se izračunava za svaku osobu posebno, prema indeksu tjelesne mase.

Tjelovježba - utjecaj tjelovježbe na dijabetes se dugo proučavao. Još davno je zaključeno da se povećanom tjelesnom aktivnošću smanjuje razina glukoze u krvi oboljelih te da se smanjuje potreba za inzulinom. Tjelovježba se smatra poželjnim dodatkom terapiji kod svih vrsta dijabetesa, no svakako treba obratiti pozornost na potrebe i mogućnosti svake oboljele osobe. Kod osoba oboljelih od tipa 1 se redovitim tjelovježbom povećava inzulinska osjetljivost što rezultira manjom potrebom za egzogenim inzulinom, koji im je nužan. Kod oboljelih od tipa 2 su učinci vježbanja također značajni, ali i višestruki. Redovito vježbanje utječe na regulaciju razine glukoze, utječe na prevenciju nastanka krvožilnih

bolesti te ima blagotvoran učinak na psihičko stanje. Osim toga dolazi do preraspodjele ili potencijalnog smanjenja masnog tkiva, što konačno rezultira boljim iskorištavanjem glukoze (Vrca Botica i Pavlič-Renar, 2012).

Lijekovi - Medikamenti koji se koriste u liječenju dijabetesa mogu se podijeliti na inzulinske i neinzulinske lijekove. U neinzulinske lijekove spadaju oralni lijekovi, koji ne snižavaju razinu glukoze direktnim djelovanjem, kao što to čini inzulin, nego potiču tijelo oboljele osobe da učinkovitije regulira razinu šećera (Vrca Botica i Pavlič-Renar, 2012).

Inzulinski lijekovi mogu se podijeliti s obzirom na vremensko trajanje djelovanja na inzulin kratkog djelovanja, inzulin produljenog djelovanja i predmiješani inzulin. Uglavnom ga koriste osoba oboljele od tipa 1, ali se također koristi i kod osoba oboljelih od tipa 2, kada se druge terapije ne pokažu uspješnima (Vrca Botica i Pavlič-Renar, 2012).

Inzulin je potrebno unositi u tijelo putem injekcija pod kožu s obzirom da bi se u probavnom traktu razgradio te zbog toga ne bi došlo do apsorpcije (Rang i sur., 2006). Posebna varijanta je unos putem inzulinske pumpe, koja se naziva i CSII (continuous subcutaneous insulin infusion). Inzulinske pumpe omogućavaju trajno potkožno unošenje inzulina u promjenjivim dozama putem tanke cjevčice koja se spaja s kanilom postavljenom pod kožu, najčešće u predjelu trbuha. Prva pumpa je konstruirana sredinom prošlog stoljeća te je bila izrazito velika. Napretkom tehnologije počele su se proizvoditi sve manje i lakše upotrebljive pumpe. Danas su pumpe veličine mobitela te se drže u specijalnoj zaštitnoj vrećici. Pumpa ima spremnik koji može pohraniti inzulin potreban za 2-3 dana koji se onda ritmično prazni (Vrca Botica i Pavlič-Renar, 2012). Istraživanja pokazuju blagotvoran učinak uporabe inzulinske pumpe u odnosu na višestruke injekcije tijekom dana. Rezultati pokazuju da osobe koje koriste pumpu postižu bolju kontrolu glikemije te izvještavaju o većoj kvaliteti života u odnosu na osobe koje koriste injekcije (Ortiz i sur, 2010).

3. Zadovoljstvo životom

Zdravlje je faktor koji je izrazito povezan sa subjektivnom dobrobiti, pogotovo kada su u pitanju kronične bolesti koje utječu na svakodnevno funkcioniranje (Diener i Seligman, 2004). Pavot i Diener (1993) navode kako postoje dva aspekta subjektivne dobrobiti: afektivna i kognitivna komponenta. Afektivna se komponenta dijeli na ugodne i neugodne afekte, dok se kognitivna komponenta odnosi na zadovoljstvo životom. Zadovoljstvo životom bi prema tome bilo dio šireg koncepta subjektivne dobrobiti, a odnosilo bi se na proces evaluacije u kojem pojedinac određuje zadovoljstvo na osnovi vlastitih kriterija.

Pretpostavlja se da u tijeku procjene vlastitog zadovoljstva životom, osoba uspoređuje vlastite životne okolnosti s onime što smatra zadovoljavajućim uvjetima. Zadovoljstvo životom je veće što je poklapanje idealnih i realnih okolnosti veće.

No, neki autori izjednačavaju zadovoljstvo životom sa subjektivnom dobrobiti, odnosno koriste se kao sinonimi, a u literaturi se često nalaze i nazivi „kvaliteta života“, „well-being“ „zadovoljstvo“ itd. Teorije zadovoljstva životom su raznolike te mnogobrojne. Teorija krajnjih točaka se odnosi na procjenu zadovoljstva životom s obzirom na zadovoljenje osnovnih potreba. Odnosno ukoliko osobi nisu zadovoljene potrebe, osoba će se osjećati nezadovoljnom. Teorija ugone i bola se odnosi na zadovoljstvo kao rezultat prestanka deprivacije, odnosno smatra se da su ljudi predodređeni osjetiti zadovoljstvo kada zadovolje neku potrebu. Prema teoriji aktiviteta sama aktivnost može dovesti do zadovoljstva, ukoliko se radi o zanimljivoj aktivnosti koja nije niti preteška niti prelagana. U tom slučaju nije nužno postizanje nekog cilja kako bi se osjetilo zadovoljstvo. Asocijacionističke teorije pretpostavljaju postojanje mreže asocijacija i sposobnosti prema kojima osoba reagira na sličan način. Prema teorijama procjene se zadovoljstvo životom održava na osnovi usporedbe s drugim osobama (Penezić, 2006).

Također se razvijaju i evolucijske teorije o važnosti subjektivne dobrobiti. Fredrickson (1998, prema Diener i Ryan, 2009) razvija „teoriju proširenja i izgradnje“ u kojoj navodi da pozitivne emocije imaju također adaptivnu funkciju. Naime, postoji vrlo jasna evolucijska vrijednost negativnih emocija o kojoj se mnogo pisalo, no prema ovoj teoriji pozitivne emocije također pridonose evoluciji vrste. Odnosno, visoka subjektivna dobrobit omogućava pojedincu da istražuje okruženje, postavlja nove ciljeve i na taj način ostvaruje osobne resurse.

No u pogledu zadovoljstva životom su razvijeni i različiti modeli. Postoji debata između „Top-down“ i „Bottom-up“ modela. Naime, prema autorima „Bottom-up“ modela, pozitivna i negativna iskustva se zbrajaju te na taj način osoba formira uvid u vlastitu subjektivnu procjenu zadovoljstva životom. Suprotno, prema autorima „Top-down“ modela, vrlo važnu ulogu igra način na koji osoba percipira događaje oko sebe. Prema tome će osobe različito percipirati i evaluirati događaje, ovisno o tome evaluiraju li inače stvari pretežito pozitivno ili negativno (Diener i Ryan, 2009).

Strine, Chapman, Balluz, Moriarty i Mokdad, (2008) navode da je zadovoljstvo životom povezano s različitim sociodemografskim karakteristikama te da su takvi rezultati dobiveni i u ranijim istraživanjima. Naime, pokazalo se da su bračni i radni status, rasa i obrazovanje

povezani sa zadovoljstvo životom. Također navode, kako su osobe mlađe i srednje odrasle dobi izvještavale o nižim razina zadovoljstva životom u odnosu na starije osobe te su žene tendirale nešto nižim procjenama u odnosu na muškarce.

Postoje mnoge studije koje se bave povezanošću subjektivne dobrobiti i zdravlja. Chida i Steptoe (2008) su proveli meta-analizu istraživanja koja su se bavila povezanošću pozitivne subjektivne dobrobiti i mortaliteta. Rezultati su pokazali nižu stopu mortaliteta kod osoba koje su dobrobit procjenjivale višom, u populaciji koja je bolovala od neke bolesti, ali i u populaciji koja je bila zdrava.

Koivumaa-Honkanen i suradnici (2000, prema Strine i sur., 2008) navode da je zadovoljstvo životom povezano s različitim prediktorima zdravlja kao što su pozitivno zdravstveno ponašanje i socijalna potpora.

Osim istraživanja zadovoljstva života u odnosu na opće zdravlje, provedena su istraživanja usmjerena na povezanost zadovoljstva životom u relaciji s određenim bolestima, npr. kroničnim kao što je dijabetes. Rubin i Peyrot (1999) ističu važnost istraživanja koncepta zadovoljstva životom radi mogućih efekata na zdravstvene ishode. Navode kako dijabetičari svakodnevno osjete teret svoje bolesti jer im je nužna dobra kontrola glikemije koja se postiže organizacijom i svakodnevnom predanošću. Upravo svakodnevno uzimanje terapije kako bi se nadomjestio neefikasan rad gušterače može utjecati na percipiranu kvalitetu života. Važan utjecaj terapije pokazuju i istraživanja koja ukazuju na to da promjena terapije, na način da se mora koristiti složeniji oblik kontrole glikemije, znatno utječe na zadovoljstvo životom oboljele osobe. Jacobson, de Groot i Samson (1994) su proveli istraživanje na osobama oboljelim od dijabetesa tipa 2. Zaključili su da povećavanjem angažmana oko terapije pada percipirana kvaliteta života oboljele osobe. Promjena angažmana se očitovala u promjeni terapije s tjelovježbe na oralne lijekove te u konačnici na primjenu inzulina.

U istraživanjima je također utvrđeno da postoji razlika u zadovoljstvu životom s obzirom na spol oboljele osobe. Naime, žene oboljele od dijabetesa procjenjuju subjektivnu dobrobit nižom, u odnosu na muškarce. Također izvještavaju o više briga i manjim sposobnostima nošenja s bolešću (Undén i sur., 2008).

4. Lokus kontrole

Rotter uvodi koncept lokusa kontrole kroz svoju teoriju socijalnog učenja. Definirao je dvije dimenzije, unutarnji i vanjski lokus kontrole. Osobe unutarnjeg lokusa kontrole vjeruju da je ishod neke situacije pod njihovim utjecajem, dok osobe vanjskog lokusa kontrole vjeruju da je ishod pod utjecajem vanjskih faktora kao što je sreća (Hummer i sur., 2011).

Wallston i suradnici (1978, prema Hummer i sur., 2011) primjenjuju koncept lokusa kontrole na zdravstveno ponašanje te ga dijele na tri dimenzije, internalnost, važni drugi i slučaj. Osobe internalnog zdravstvenog lokusa kontrole vjeruje da je zdravlje produkt njihova ponašanja, dok osobe koje imaju zdravstveni lokus kontrole koji se bazira na slučaju, vjeruju da je za njihovo zdravstveno stanje odgovorna sreća, sudbina ili slučaj. One osobe čiji se zdravstveni lokus kontrole bazira na važnim drugima smatraju da su za njihovo zdravlje odgovorni doktori, zdravstveni radnici, članovi obitelji i druge važne osobe. U istraživanju odnosa zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenog ponašanja Grotz i suradnici (2011) navode da su muškarci imali značajno više rezultate na dimenzijama internalnosti i važni drugi, u odnosu na žene. Dok su stariji ispitanici imali više rezultate na dimenzijama važni drugi i sudbina u odnosu na mlađe ispitanike, što bi moglo biti povezano s više zdravstvenih tegoba povezanih sa starijom dobi na koje ne mogu značajno utjecati, zbog čega postaju ovisni o zdravstvenom sustavu. Istraživanja zdravstvenog lokusa kontrole također mogu dati uvid u zdravstveno ponašanje. Naime, istraživanja pokazuju da je visok rezultat na dimenziji sudbine povezan s poprilično nezdravim ponašanjem: manje tjelesne aktivnosti, manje informiranja o zdravlju itd. (Grotz i sur., 2011).

Zdravstveni se lokus kontrole mnogo istraživao u relaciji s uspješnošću upravljanja glikemijom, kod osoba oboljelih od dijabetesa. Rezultati tih istraživanja su nekonzistentni te je nedostatak mali uzorak te različite mjere zdravstvenog lokusa kontrole (Hummer i sur., 2011). No, neka istraživanja ukazuju na bolju kontrolu glikemije osoba koje vjeruju da je upravljanje i razvoj bolesti pod njihovom kontrolom (Stenström i sur., 1998). Peyrot i Rubin (1994, prema Rubin i Peyrot 1999) su utvrdili da ispitanici internalnog zdravstvenog lokusa kontrole izvještavaju o manje depresije i anksioznosti od ispitanika drugih orijentacija lokusa kontrole. Suprotno, ispitanici zdravstvenog lokusa kontrole koji se bazira na slučaju izvještavaju o više anksioznosti i depresije.

5. Cilj rada

S obzirom na dosadašnja istraživanja kojima nisu posve jasno utvrđene prikazane relacije, ovim se istraživanjem pokušao utvrditi odnos zadovoljstva životom i zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa.

6. Problemi

1. Postoji li razlika u zadovoljstvu životom s obzirom na
 - a. spol?
 - b. angažman oko uzimanja terapije kod osoba oboljelih od dijabetesa?
2. Postoji li razlika u zdravstvenom lokusu kontrole s obzirom na spol?
3. Postoji li povezanost zdravstvenog lokusa kontrole i subjektivne procjene zdravstvenog stanja?
4. Postoji li povezanost zadovoljstva životom i zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa?

7. Hipoteze

1.
 - a) S obzirom da je ranijim istraživanjima utvrđeno da žene oboljele od dijabetesa procjenjuju kvalitetu vlastitog života nižom u odnosu na oboljele muškarce, može se pretpostaviti da će žene biti manje zadovoljne svojim životom.
 - b) Utvrđeno je da su osobe kojima je terapija inzulinska pumpa, odnosno ne moraju više puta dnevno unositi inzulin putem injekcije, značajno zadovoljnije kvalitetom života od osoba koje moraju koristiti injekcije. Iz navedenog se razloga može pretpostaviti postojati razlike u zadovoljstvu životom s obzirom na angažman oko uzimanja terapije, odnosno da će pojedinci koji ne koriste injekcije pri regulaciji vlastitog dijabetesa iskazati ujedno i više zadovoljstvo životom.
2. Istraživanja lokusa kontrole su pokazala da žene često osjećaju nižu razinu kontrole nego muškarci, drugim riječima imaju jači eksternalni lokus kontrole, iz tog se razloga može pretpostaviti da će i žene oboljele od dijabetesa događaje pripisivati okolinskim, a muškarci internalnim čimbenicima.
3. S obzirom da osobe koje vjeruju da je njihovo vlastito ponašanje uzrok bolesti te ne vjeruju u sreću i slučajnost, značajno bolje reguliraju razinu glukoze nego osobe drugih

uvjerenja, može se pretpostaviti pozitivna povezanost internalnog lokusa kontrole i procjene zdravstvenog stanja tj. negativna povezanost eksternalnog lokusa kontrole i procjene zdravstvenog stanja.

4. S obzirom da je utvrđena pozitivna povezanost internalnog zdravstvenog lokusa kontrole i procjene kvalitete života, može se pretpostavljati povezanost i na uzorku osoba oboljelih od dijabetesa.

8. Metoda

Sudionici

Istraživanje je provedeno na 129 osoba oboljelih od dijabetesa. 86 osoba boluje od dijabetesa tipa 1, a 43 od dijabetesa tipa 2. Uzorak se sastojao od 80 žena te 49 muškaraca. Dob ispitanika se kretala od 18 do 84 godine, pri čemu je medijan 35 godina (SD=18,20) (Tablica 1). 77 ispitanika kao terapiju koristi inzulin u obliku injekcija, dok 52-oje koristi druge načine regulacije razine glukoze, kao što su tablete, dijeta, tjelovježba ili inzulinska pumpa. Većina ispitanika opisuje svoj materijalni status kao prosječan (N=104) te je najviše osoba završilo srednju školu (N=65), a slijede visoko obrazovane osobe (N=33), osobe sa završenom višom školom (N=19), osobe sa završenim poslijediplomskim studijem (N=7), završenom osnovnom školom (N=4) te nezavršenom osnovnom školom (N=1). 65 ispitanika je u radnom odnosu dok su 64 osobe radno neaktivne, dakle umirovljene, nezaposlene ili studiraju.

Tablica 1 Sastav uzorka prema spolu i tipu dijabetesa

Spol	Tip dijabetesa	Broj ispitanika	Aritmetička sredina dobi	Minimaln a dob	Maksimaln a dob
Ž	1	56	31,09	19	53
M	1	30	28,23	18	46
Ž	2	24	59,00	20	84
M	2	19	60,05	29	73

Mjerni instrumenti

U istraživanju korišten je upitnik koji se odnosio na neke opće karakteristike ispitanika, Skala zadovoljstva životom (Penezić, 2002) te Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (Krizmanić i Szabo, 1992).

Upitnik općih karakteristika ispitanika koji je sadržavao pitanja o spolu, dobi, stupnju obrazovanja, procjeni materijalnog statusa, radnog i bračnog statusa te o tipu dijabetesa, dobi kada je ispitanik obolio od dijabetesa, obliku i količini terapije te jednočestičnu procjenu zadovoljstva vlastitim zdravstvenim statusom.

Skala zadovoljstva životom (Penezić, 2002) se sastoji od 20 čestica, od kojih se 17 odnosi na procjene globalnog zadovoljstva, a 3 na procjene situacijskog zadovoljstva. Zadatak ispitanika je zaokružiti broj na skali od 5 stupnjeva ovisno o tome koliko se slažu s navedenom tvrdnjom. Rezultat se formira kao linearna kombinacija svih procjena, pri čemu viši rezultat odražava veće zadovoljstvo životom. Skala ima jednofaktorsku strukturu te pouzdanost između .84 i .95 ovisno o dobi ispitanika u uzorku.

Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK – 90) se sastoji od četiri skale te ukupno 32 pitanja (svaka skala 8). Tri skale ispituju pojedinčeve procjene o vanjskim čimbenicima koji mogu utjecati na zdravlje, a obuhvaća vjerovanja o utjecaju važnih drugih (Evd skala), djelovanje slučaja, sudbine, Boga (Es skala) te utjecaj okolnosti (Eo skala). Četvrta skala ispituje internalne čimbenike koji mogu utjecati na pojedinčevo zdravlje (Ei skala). Zadatak ispitanika je zaokružiti jedan od četiri predložena odgovora koji odražavaju različit stupanj vjerovanja u navedenu tvrdnju. Ovisno o stupnju vjerovanja se dodjeljuje od 1 do 4 boda, a rezultat se formira za svaku skalu posebno kao linearna kombinacija bodova. Pouzdanost ovog upitnika varira između pojedinih skala. Pouzdanost za skalu internog izvora kontrole iznosi .543, za skalu važni drugi .568, skalu slučaja, sudbine, Boga .583 te skalu okolnosti .692. Autorice navode kako vrijednosti alfa indeksa mogu biti rezultat relativno malog uzorka, relativno malog broja pitanja unutar skala ili oboje.

Postupak

Istraživanje je provedeno u razdoblju od prosinca 2015. do ožujka 2016. godine. S obzirom da su u istraživanju sudjelovale osobe različitih životnih dobi izrađena je Internetska verzija te klasična forma upitnika (papir olovka). Ispitanici koji su upitnik popunjavali na klasičan način su regrutirani tehnikom snježne grude te se nekim sudionicima pristupilo u suradnji s

dijabetičkim udrugama (Zagrebačko dijabetičko društvo, VG dijabetičar i Zadarska dijabetička udruga). Internetska verzija je objavljena u dogovoru sa Zagrebačkim dijabetičkim društvom koje je pozvalo osobe oboljele od dijabetesa da ispune upitnik. Sudjelovanje je bilo dobrovoljno te potpuno anonimno, a ispunjavanje je trajalo oko 15 minuta, dok je nekim starijim osobama trebalo više vremena. Gotovo svi ispitanici su upitnik rješavali individualno, osim u par slučajeva kada je istraživač pomogao čitajući pitanja i označavajući odgovore ispitanika. Isključeni su neupotrebljivi rezultati, kojih je bilo vrlo malo. Takvi rezultati su prikupljeni klasičnom formom upitnika s obzirom da Internetska verzija osigurava potpuno rješavanje upitnika.

9. Rezultati

Tablica 2 Prikaz deskriptivnih parametara rezultata zadovoljstva životom te rezultati na skalama Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole na uzorku osoba oboljelih od dijabetesa

	M	Sd	Minimum	Maksimum
Zadovoljstvo životom	69,42	16,00	25	98
Internalnost	24,72	3,12	17	32
Važni drugi	18,40	2,93	10	25
Sudbina	16,49	3,59	8	25
Okolnosti	20,48	3,58	11	30

Kako bi se ispitala razlika u zadovoljstvu života između muškaraca i žena, proveo se t-test za nezavisne skupine.

Tablica 3 Rezultat t-testa kojim se testiralo postojanje razlike u zadovoljstvu životom s obzirom na spol osoba oboljelih od dijabetesa

	M žene	M muškarci	t-vrijednost	df	p	N žene	N muškarci
Zadovoljstvo životom	69,24	70,16	-0,32	127	0,751	80	49

Nakon provedbe statističke analize utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu života osoba oboljelih od dijabetesa različitog spola.

Nadalje, kako bi se provjerilo postoji li razlika u zadovoljstvu životom osoba oboljelih od dijabetesa s obzirom na angažman oko uzimanja terapije proveden je također t-test za nezavisne skupine. Prije statističke analize su ispitanici grupirani u dvije skupine. U skupinu manjeg angažmana su svrstani ispitanici čija je terapija obuhvaćala tjelovježbu, dijetu, tablete, inzulinsku pumpu ili kombinaciju navedenih terapija. U skupinu ispitanika većeg angažmana su svrstani ispitanici koji su kao terapiju koristili inzulin koji se više puta dnevno unosio u obliku injekcija.

Tablica 4 Rezultat t-testa kojim se testiralo postojanje razlike u zadovoljstvu životom s obzirom na angažman oko uzimanja terapije

	M veći angažman	M manji angažman	t-vrijednost	df	p
Zadovoljstvo životom	70,05	68,90	0,40	127	0,691

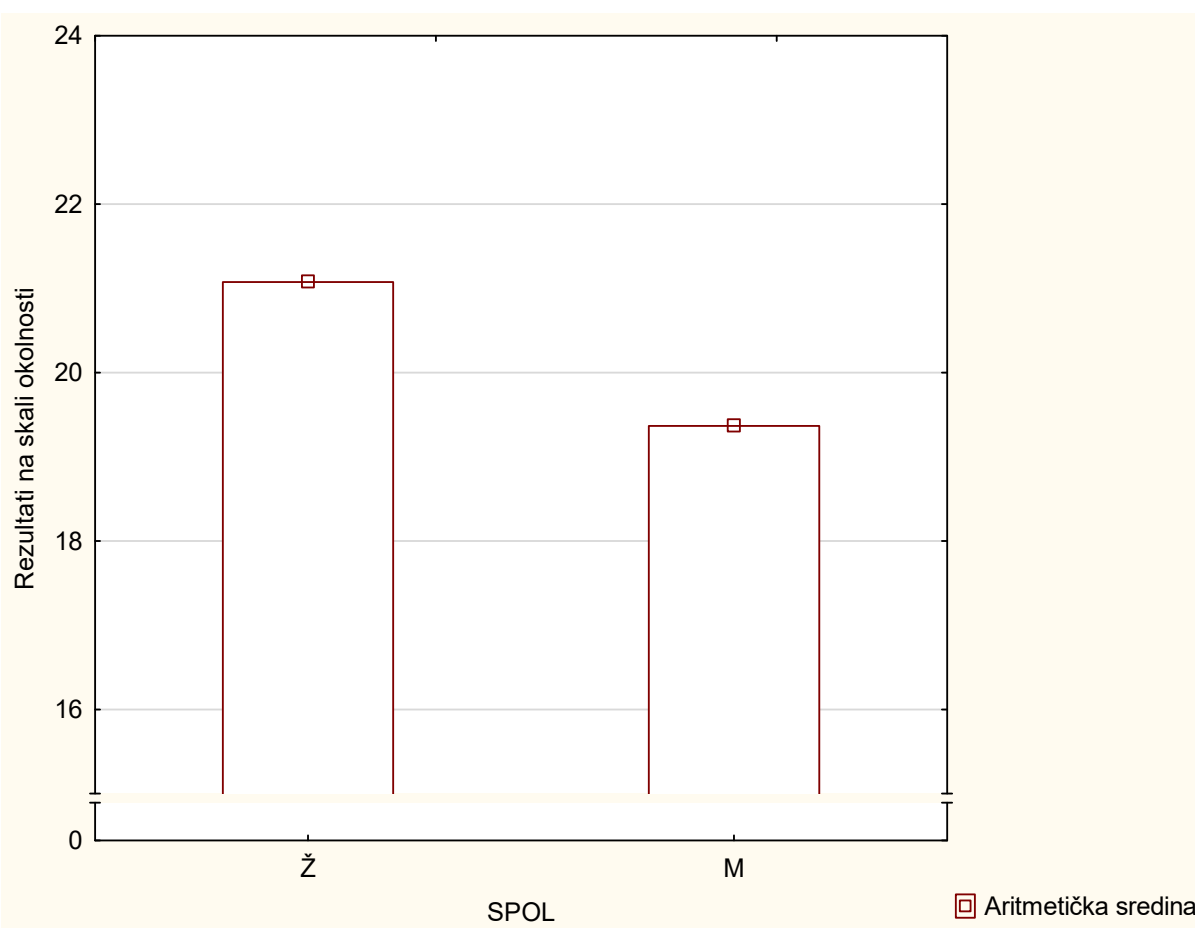
Statističkom analizom je utvrđeno da ne postoji razlika u zadovoljstvu životom osoba koje se više i osoba koje se manje angažiraju oko uzimanja terapije.

Kako bi se utvrdilo postoji li razlika u zdravstvenom lokusu kontrole između dijabetičarki i dijabetičara, proveden je t-test za nezavisne uzorke, na svim skalama Upitnika za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja.

Tablica 5 Rezultati t-testova kojima se testiralo postojanje razlika u zdravstvenom lokusu kontrole s obzirom na spol oboljelih osoba

	M žene	M muškarci	t-vrijednost	df	p
Internalnost	24,86	24,47	0,72	127	0,474
Važni drugi	18,30	18,61	-0,59	127	0,558
Sudbina	16,88	15,86	1,58	127	0,117
Okolnosti	21,08	19,37	2,66	127	0,009

Statističkom analizom je utvrđeno da ne postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena oboljelih od dijabetesa na skalama internalnosti, važni drugi te skali sudbine. No, utvrđena je statistički značajna razlika na skali okolnosti ($t=2,66$; $p<0.01$). Žene oboljele od dijabetesa postižu viši rezultat na skali okolnosti u odnosu na muškarce oboljele od dijabetesa.



Slika 1 Prikaz rezultata na skali okolnosti s obzirom na spol ispitanika

Kako bi se utvrdila povezanost rezultata na skalama Upitnika za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja i subjektivne procjene zdravstvenog stanja osoba oboljelih od dijabetesa, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije.

Tablica 6 Prikaz Pearsonovih koeficijenata korelacije između procjena zdravlja ispitanika i rezultata na skalama upitnika zdravstvenog lokusa kontrole (internalnost, važni drugi, sudbina i okolina) kod osoba oboljelih od dijabetesa

	Procjena zdravlja
Internalnost	.167
Važni drugi	-.002
Sudbina	-.282
Okolnosti	-.331

Utvrđena je statistički značajna umjereno niska negativna povezanost skale sudbine i subjektivnog zdravstvenog stanja te skale okolnosti i subjektivnog zdravstvenog stanja. Vjerovanje da je uzrok bolesti vezan uz faktore sudbine i nekontrolabilne okolinske faktore povezano je s lošijom subjektivnom procjenom vlastitog zdravstvenog stanja. Nije utvrđena povezanost subjektivne procjene zdravlja s rezultatima na skalama internalnosti i važni drugi.

U svrhu utvrđivanja povezanosti zadovoljstva životom i zdravstvenog lokusa kontrole, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije.

Tablica 7 Prikaz Pearsonovih koeficijenata korelacije između zadovoljstva životom i rezultata na skalama Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole (internalnost, važni drugi, sudbina i okolina) kod osoba oboljelih od dijabetesa

	Zadovoljstvo životom
Internalnost	.249
Važni drugi	.028
Sudbina	-.294
Okolnosti	-.352

Statističkom analizom je utvrđena značajna niska pozitivna povezanost rezultata na skali internalnosti i rezultata na skali zadovoljstva životom. Vjerovanje da je zdravstveno stanje pod kontrolom nekih osobnih čimbenika tj. pojedinca povezano je s višim procjenama zadovoljstva životom. Također je utvrđena umjereno niska negativna povezanost rezultata na skali zadovoljstva životom i rezultata na skalama sudbine i okolnosti. Dakle, vjerovanje da je zdravstveno stanje pod utjecajem sudbine ili vanjskih čimbenika je povezano s nižim procjenama zadovoljstva životom.

10. Rasprava

Dijabetes je specifična bolest čija uspješna kontrola zahtijeva veliku predanost i promjenu životnog stila. Svrstava se u kronične bolesti te većina oboljelih teret ove bolesti nosi cijeli život. S obzirom da se radi o vrlo kompleksnoj bolesti sa značajnim utjecajem na svakodnevicu oboljelih, cilj ovog istraživanja je bio utvrditi odnos zadovoljstva životom i zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa. Konstrukt zadovoljstva životom je posljednjih godina mnogo istraživao u relaciji s različitim varijablama. Strine i suradnici (2008) navode da je zadovoljstvo životom povezano s mnogim faktorima. Faktor koji se vrlo često ispituje u različitim istraživanjima je spol. S obzirom na rezultate istraživanja koja su ukazivala na male, ali statistički značajne razlike između muškaraca i žena, pretpostavilo se da će i u ovom istraživanju žene izvijestiti o nižem zadovoljstvu životom u odnosu na muške ispitanike. Provedbom analize podataka utvrđeno je da ne postoji razlika između spolova. Nepostojanje razlike može biti rezultat malog uzorka. S obzirom da se u istraživanjima uglavnom izvještava o malim razlikama, ukoliko bi postojala mogućnost ispitivanja većeg broja dijabetičara možda bi bila utvrđena razlika s obzirom na spol. No, Diener i Diener (2009) u svom kroskulturalnom istraživanju također nisu utvrdili razliku između spolova te Diener i Ryan (2009) u pregledu o subjektivnoj dobrobiti navode da uglavnom ne postoji razlika između muškaraca i žena. Iako su neka istraživanja na populaciji osoba oboljelih od dijabetesa utvrdila razlike između muškaraca i žena (Undén i sur., 2008), brojna istraživanja na općoj populaciji ne pokazuju takav trend.

Također se ispitala razlika između dijabetičara koji se moraju više angažirati oko terapije i dijabetičara koji se manje angažiraju. Pretpostavljalo se da će o nižem zadovoljstvu životom izvijestiti osobe većeg angažmana, s obzirom da je dijabetes specifična bolest te u slučaju osoba koje su ovisne o inzulinu zahtijeva čestu kontrolu glikemije, potkožno davanje injekcija itd. No, provedbom statističke analize nisu utvrđene razlike. Ovakvi rezultati mogu ukazivati na jednaku prilagodbu oboljelih osoba, koje su neovisno o složenosti tretmana prihvatili taj način života koji svakodnevno primjenjuju.

Drugi se problem odnosio na ispitivanje razlike u zdravstvenom lokusu kontrole s obzirom na spol. Očekivalo se da će muškarci više vjerovati u vlastitu mogućnost kontrole svoje bolesti, dok će žene vjerovati u okolinske faktore kao uzroke vlastitog zdravstvenog stanja. Iako nije utvrđena razlika u internalnosti, utvrđeno je da žene više vjeruju u utjecaj vanjskih faktora na tijek njihove bolesti, u odnosu na muškarce.

Vjerovanje u utjecaj okolinskih čimbenika se smatra svojstvenim ženama radi različitih socijalizacijskih čimbenika koji utječu na razvoj muškaraca i žena. Kroz socijalizacijski proces se žene uglavnom potiče da budu poslušne i tolerantne, dok se muškarce uči nezavisnosti i asertivnosti. Također, ukoliko se osvrnemo na ne tako davnu prošlost možemo vidjeti kako žene uglavnom nisu mogle preuzimati kontrolu, nego su radile prema naredbama muževa ili očeva. Na taj je način eksternalnost mogla postati svojstvena ženama s obzirom na socijalizaciju prema takvoj spolnoj ulozi. Također bi značajna mogla biti i neravnopravnost u različitim područjima života, kao što je veća nezaposlenost žena sa srednjom, višom i visokom školom u odnosu na muškarce istih kvalifikacija (Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2015), te različita raspodjela kućanskih i obiteljskih obveza. Ovakvi trendovi, neovisno o različitoj socijalizaciji, čine žene ovisnijima o svojoj okolini, u odnosu na muškarce.

U istraživanju Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam i Tonekaboni (2010) muškarci i žene se nisu razlikovali u percepciji utjecaja važnih osoba na tijek bolesti, što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. Iako skala važni drugi pripada eksternalnoj orijentaciji zdravstvenog lokusa kontrole, ne začuđuje što nije utvrđena razlika između muškaraca i žena. Skala važni drugi obuhvaća pitanja koja se odnose na vjerovanje u zdravstveno osoblje, alternativne oblike medicine, važnost obitelji i prijatelja te druge izvore informacija poput novina. Važnost liječnika i zdravstvenog osoblja je izrazito velika, pogotovo kod kroničnih oboljenja. Dijabetes je bolest koja zahtijeva višestruke posjete doktoru, ali utječe i na okolinu osobe, pa tako i na obitelj i prijatelje. S obzirom da pripadamo kulturi koja vrednuje zajedništvo, ali i s obzirom na prirodu bolesti koja zahtijeva periodičan odlazak liječniku, ne čudi da i dijabetičari i dijabetičarke postižu jednak rezultat na skali koja se odnosi na vjerovanje u druge važne osobe.

Također se očekivalo da će žene više vjerovati u utjecaj sudbine ili slučajnih događaja, no utvrđeno je da se muškarci i žene ne razlikuju u percepciji djelovanja takvih događaja na njihovo zdravstveno stanje. Iako je u drugim istraživanjima utvrđeno da žene tendiraju vjerovati u utjecaj vanjskih faktora koje pripisuju djelovanju sudbine ili slučajnog događaja, ponovo bi priroda same bolesti mogla biti objašnjenje neutvrđivanja razlike u ovom istraživanju. Naime, iako se radi o kroničnoj bolesti, osobe oboljele od dijabetesa svojim djelovanjem mogu značajno djelovati na tijek i ozbiljnost ove bolesti. Budući da se dijabetičari svakodnevno susreću s reguliranjem glikemije koje je pod njihovim utjecajem, moguće je da osjećaju kako je kontrola donekle u njihovim rukama, a ne pod utjecajem

slučaja ili više sile. Naravno da postoje trenuci kada osoba vrlo teško regulira razinu glukoze, bilo to radi stresa ili nekih hormonalnih promjena, no uglavnom se obrazac kontrole razine glukoze temelji na odabiru hrane, provjeravanju glikemije te ukoliko koriste lijekove, uzimanje tablete ili odgovarajući broj jedinica inzulina.

Unutar ovog problema se ispitala i razlika u internalnosti između muških i ženskih ispitanika. Iako ranija istraživanja uglavnom ukazuju na veću internalnost dijabetičara muškog spola, u ovom istraživanju razlika nije utvrđena. Razlog bi mogao ležati u činjenici da se muški i ženski ispitanici ne razlikuju značajno u trajanju svoje bolesti (V. Prilog, Tablica 1). Iako ne postoji mnogo istraživanja koja se bave promjenama zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od kroničnih bolesti, neki autori navode potencijalnu važnost promjene lokusa kontrole radi bolje prilagodbe na kroničnu bolest (Cvengros, Christensen i Lawton, 2005). Moguće je da razlika između muškaraca i žena ne postoji s obzirom da su se za vrijeme trajanja bolesti, osobe i jednog i drugog spola trebale konfrontirati s trajnošću svoje bolesti i prihvatiti činjenicu da će sami morati regulirati razinu glikemije u krvi te uz pomoć liječnika i tijekom cijele bolesti.

Treći je problem bio utvrditi povezanost zdravstvenog lokusa kontrole i subjektivne procjene zdravstvenog stanja. Objektivne mjere zdravstvenog stanja nisu mogle biti uključene u istraživanje radi složenosti skupljanja takvih podataka. Despot Lučanin (2003) navodi kako je objektivno mjerenje zdravstvenog stanja izrazito rijetko radi skupoće takvih postupaka, no adolescenti i odrasli mogu poprilično uspješno procijeniti svoje zdravlje. Iz tog bi razloga subjektivna procjena zdravlja trebala biti zadovoljavajuća mjera za svrhu ovog istraživanja. Utvrđeno je da osobe oboljele od dijabetesa koje su zadovoljnije vlastitim zdravstvenim stanjem, manje su sklone pripisati uzroke takvog stanja okolinskim, nekontrolabilnim faktorima. Suprotno, osobe zdravstvenog lokusa kontrole koji se temelji na okolnostima vjeruju da njihovo zdravstveno stanje nije pod utjecajem njihova ponašanja nego pod utjecajem vanjskih događaja. Osobe takvog zdravstvenog lokusa kontrole vjerojatno lošije održavaju stabilnu razinu glikemije, što im može predstavljati problem u svakodnevnom funkcioniranju, ali i dugoročno u pogledu općeg zdravstvenog stanja. S druge strane, osobe čiji se zdravstveni lokus kontrole bazira na slučaju i sudbini smatraju kako je njihovo zdravlje „u rukama“ neke više sile ili jednostavno slučajnih događaja na koje ne mogu utjecati. Istraživanja koja se bave povezanošću zdravstvenog ponašanja i lokusa kontrole su utvrdila kako osobe takvog lokusa kontrole, pokazuju nezdravije obrasce ponašanja (Grotz i sur., 2011) te manju sklonost pridržavanju terapije u odnosu na osobe drugih orijentacija

lokusa kontrole (Morowatisharifabad i sur., 2010). Osobe takve orijentacije lokusa kontrole vjeruju da će im se desiti ono što se mora desiti te iz tog razloga imaju manju potrebu ulaganja napora u kontrolu situacije. Negativna povezanost sa subjektivnom procjenom zdravstvenog stanja je bila očekivana s obzirom da je takvo djelovanje izrazito nepovoljno, pogotovo kod kroničnih bolesti koje zahtijevaju svakodnevnu predanost terapiji.

Iako se očekivalo da će osobe koje vjeruju u vlastitu mogućnost kontrole bolesti izvještavati o većem zadovoljstvu svojim zdravljem, takav obrazac nije utvrđen. Moguće je da povezanost nije utvrđena radi načina na koji je postavljeno pitanje. Naime, ispitanike se tražilo da navedu kako procjenjuju svoje zdravlje, te su se broježane vrijednosti odnosile na zadovoljstvo (Kako biste od 1 do 5 procijenili svoje zdravlje? Pri čemu 1 označava da ste izrazito nezadovoljni, 3 niti zadovoljni niti nezadovoljni, a 5 izrazito zadovoljni). Dakle, unatoč tome osjećaju li osobe veću ili manju kontrolu nad zdravstvenim ishodima, samo postojanje bolesti može uvjetovati različite procjene zadovoljstva. No, također bi sama priroda bolesti mogla biti razlog neutvrđivanja povezanosti. S obzirom da se radi o kroničnoj bolesti, iako osobe internalnog lokusa kontrole vjeruju da mogu utjecati na svoje zdravstveno stanje te bolje kontroliraju glikemiju, ti su učinci kratkotrajni. Dugoročno gledano, kronična bolest je trajna, pa visoka internalnost ne podrazumijeva nužno i zadovoljstvo zdravljem.

Također nije utvrđena povezanost rezultata na skali važni drugi te samoprocjene zdravlja. Razlog nepovezanosti bi mogao biti činjenica da vjerovanje u utjecaj drugih osoba nije povezano sa zdravstvenim ponašanjima kao druge skale. Osobe koje smatraju da je ishod njihova zdravlja u rukama sudbine ili slučajnih događaja smatraju kako ne mogu sami utjecati na svoje zdravlje te zbog toga ne paze na zdravstveno ponašanje. Vjerovanje u liječničko osoblje, obitelj pa čak i informacijama iz različitih izvora ne bi trebalo utjecati na percipiranu kontrolu osobe ili osjećaj bespomoćnosti, a isto tako niti na zdravstveno ponašanje. Iz navedenog razloga vjerovanje važnim drugima nije indikativno za subjektivnu procjenu zdravlja s obzirom da ne utječe na percipiranu kontrolu osobe.

Posljednji se problem odnosio na povezanost zadovoljstva životom i zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa. Utvrđeno je da su osobe oboljele od dijabetesa koje su zadovoljnije životom sklonije vjerovati da je tijekom bolesti pod njihovom kontrolom, odnosno osobe koje su manje zadovoljne životom vjeruju da je tijekom njihove bolesti određen utjecajima sudbine ili vanjskih okolnosti. Ovakvi rezultati su relativno u skladu s očekivanjima. Hong i Giannakopoulos (1994) navode kako istraživanja opetovano ukazuju na povezanost internalnog lokusa kontrole i zadovoljstva životom te su i sami potvrdili taj

trend. Osjećaj kontrole osobama daje sigurnost da će neovisno o okolnostima, svojim ponašanjem moći utjecati na ishode. Osobe koje smatraju da nemaju kontrolu, osjećaju se bespomoćno te može doći do anksioznosti. Dijabetes je bolest u kojoj liječenje prvenstveno ovisi o bolesniku i njegovoj mogućnosti regulacije glikemije. Ukoliko osoba smatra da ne može utjecati na bolest, može se javiti strah od visoke ili niske razine glukoze koje mogu imati ozbiljne ishode, što bi svakako moglo biti povezano sa zadovoljstvom životom. Osjećaj da osoba u svakom trenutku može utjecati na glikemiju, npr. odabirom hrane ili lijekovima te da će takvo djelovanje biti uspješno bi trebalo djelovati blagotvorno na pojedinca. Također je očekivano da će o nižem zadovoljstvu životom izvještavati osobe koje vjeruju u utjecaj sudbine na tijek njihove bolesti, s obzirom da se, poput pojedinaca koji vjeruju u utjecaj okolinskih faktora, mogu osjećati bespomoćno, jer očekuju da ishodi liječenja nisu pod njihovom kontrolom.

Od ispitivanih varijabli, jedino vjerovanje da važne osobe imaju utjecaj na zdravstveno stanje nije povezano sa zadovoljstvom životom. Iako skala važni drugi spada u eksternalne skale lokusa kontrole, vjerovanje važnim osobama ne bi trebalo nužno značiti smanjeno vjerovanje u vlastitu mogućnost djelovanja kao što je to kod osoba koje postižu viši rezultat na skalama okolnosti i sudbine. Vjerovanje liječničkom osoblju, obitelji, prijateljima te medijskim izvorima ne uzrokuje osjećaj bespomoćnosti, kao što bi to osjećaj podložnosti vanjskim utjecajima mogao činiti.

Nedostatak ovog istraživanja je uzorak, koji nije bio ujednačen po spolu niti vrsti dijabetesa. Također se nekim starijim ispitanicima upitnik čitao, čime je narušena njihova privatnost te je potencijalno narušena i istinitost odgovaranja. Svakako bi u budućnosti trebalo zahvatiti veći broj osoba oboljelih od dijabetesa te različitih sociodemografskih karakteristika.

11. Zaključak

Na osnovi provedenog istraživanja utvrđeno je sljedeće:

1.a. Ne postoji razlika u zadovoljstvu životom s obzirom na spol, kod osoba oboljelih od dijabetesa

b. Ne postoji razlika u zadovoljstvu životom s obzirom na angažman oko terapije, kod osoba oboljelih od dijabetesa.

2. Žene više vjeruju u okolinske faktore kao uzroke vlastitog zdravstvenog stanja, u odnosu na muškarce. Muškarci i žene ne razlikuju se u internalnom lokusu kontrole, kao ni u aspektima eksternalnog lokusa kontrole koji se tiču pripisivanja uzroka zdravstvenog stanja važnim osobama i sudbini.

3. Osobe oboljele od dijabetesa koje su zadovoljnije vlastitim zdravstvenim stanjem, manje su sklone pripisati uzroke takvog stanja okolinskim, nekontrolabilnim faktorima. Nije utvrđena povezanost s rezultatima na skalama internalnosti i važni drugi.

4. Osobe oboljele od dijabetesa koje su zadovoljnije životom sklonije su vjerovati da je tijekom bolesti pod njihovom kontrolom, odnosno manje su skloni pripisati uzroke svog zdravstvenog stanja vanjskim, nekontrolabilnim faktorima. Nije utvrđena povezanost zadovoljstva životom i rezultata na skali važni drugi.

12.Literatura

Chida, Y., i Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*.70(7), 741-756.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications

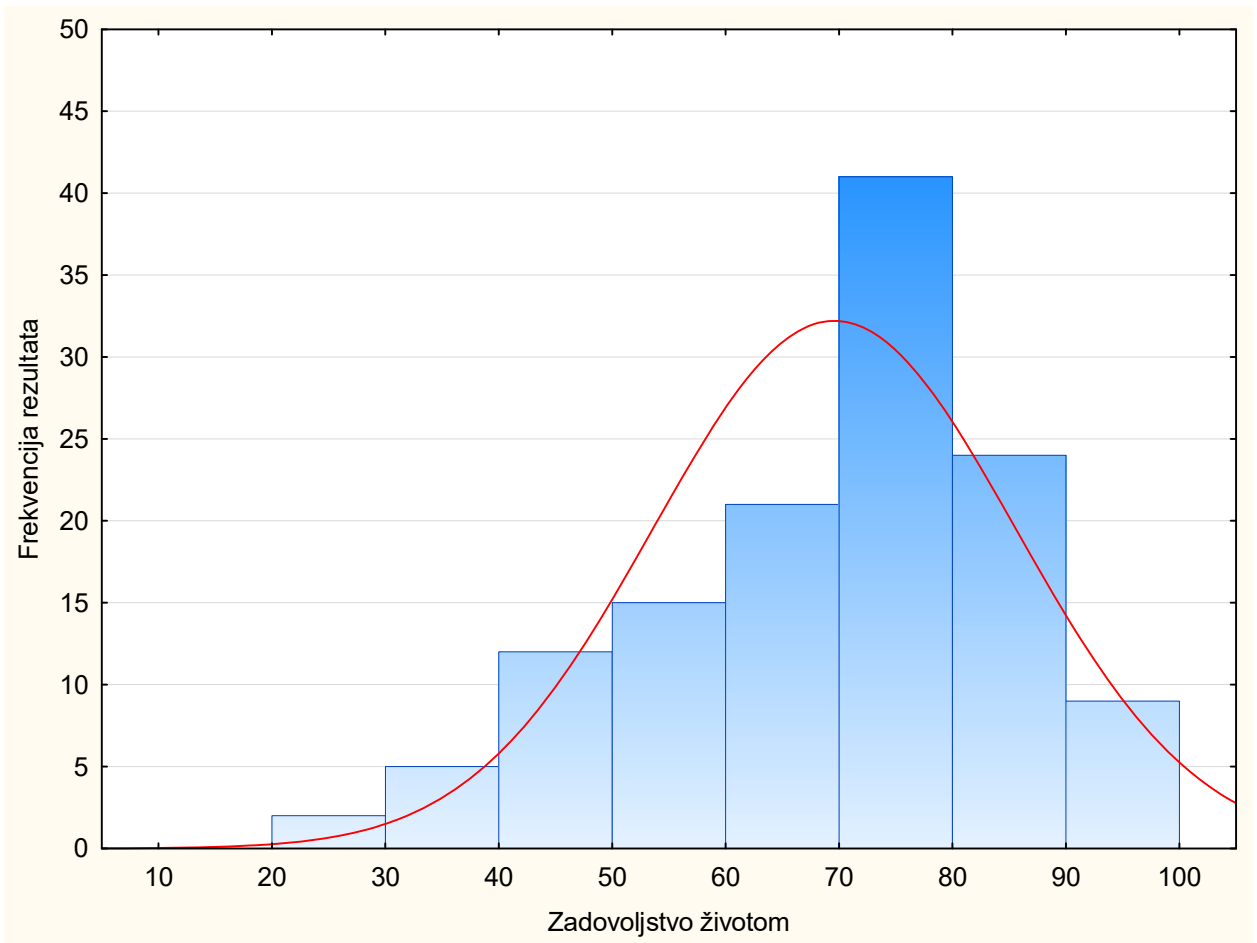
- in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329(14), 977-986.
- Diener, E., i Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., i Seligman, M. E. (2004). Beyond money toward an economy of well being. *Psychological science in the public interest*, 5(1), 1-31.
- Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (2015). Žene i muškarci u Hrvatskoj 2015, preuzeto 20.06.2016. s http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/menandwomen/men_and_women_2015.pdf
- Đelmiš, J., Ivanišević, M. i Metelko, Ž. (2009). *Dijabetes u žena*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 129-140.
- Hummer, K., Vannatta, J., i Thompson, D. (2011). Locus of control and metabolic control of diabetes a meta-analysis. *The Diabetes Educator*, 37(1), 104-110.
- Jacobson, A. M., De Groot, M., & Samson, J. A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes care*, 17(4), 267-274.
- Kokić, S. (2009). Dijagnostika i liječenje šećerne bolesti tipa 2. *Medix*, 15(80/81), 90-98.
- Kralj, V., Biloš, I. B., Ćorić, T., Radić, M. S., i Škerija, M. (2015). Chronic noncommunicable diseases Burden of disease in the population of Croatia. *Stroke*, 21, 10-7.
- Morović-Vergles. J. (2008). *Interna medicina*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ortiz, M.T.A., Díaz, F.F.C., Romero, A.M., Ruiz de Adana Navas, M.S., Domínguez-López, M., Gonzalo-Marín, M., Guerrero, M.J.T., Hernández, S.V., González-Romero, S., Rojo-Martínez, G. i Escofet, F.J., (2010). Impact of intensive therapy with continuous subcutaneous insulin infusion on quality of life in patients with type 1 diabetes. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 15(1), 1-19.
- Pavot, W. i Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicator Research*, 28, 1-20.
- Pavot, W., i Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164-172.

- Penezić, Z. (2006). Zadovoljstvo životom u adolescentskoj i odrasloj dobi. *Društvena istraživanja*, 4-5(84-85), 643-669.
- Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, J. M., i Moore, P. K. (2006). *Farmakologija*. Zagreb: GoldenMarketing-Tehnička knjiga.
- Rubin, R. R., i Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15(3), 205-218.
- Stenström, U., Wikby, A., Andersson, P. O., i Rydén, O. (1998). Relationship between locus of control beliefs and metabolic control in insulin-dependent diabetes mellitus. *British Journal of Health Psychology*, 3(1), 15-25.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., i Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *Journal of community health*, 33(1), 40-50.
- Undén, A. L., Elofsson, S., Andréasson, A., Hillered, E., Eriksson, I., i Brismar, K. (2008). Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender medicine*, 5(2), 162-180.
- Vorko-Jović, A., Strnad, M., i Rudan, I. (2010). *Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Vrca Botica, M. i Pavlić-Renar, I. (2012). *Šećerna bolest u odraslih*. Zagreb: Školska knjiga.

13. Prilog

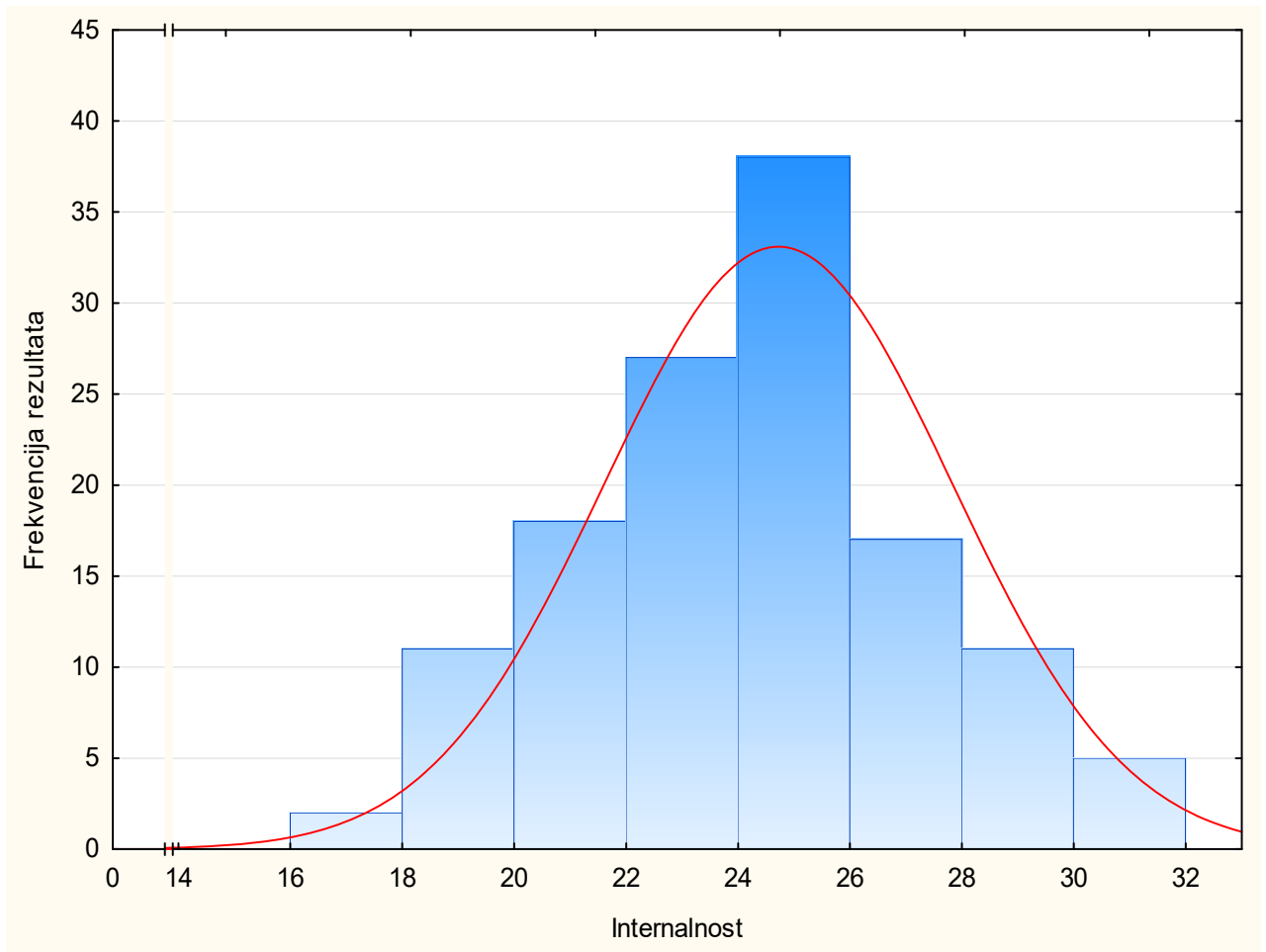
Tablica 1. Rezultat t-testa kojim se testiralo postojanje razlike u trajanju dijabetesa s obzirom na spol ispitanika

	M žene	M muškarci	t- vrijednost	df	p	N žene	N muškarci
Trajanje bolesti	13,64	11,05	1,56	127	0,121	80	49



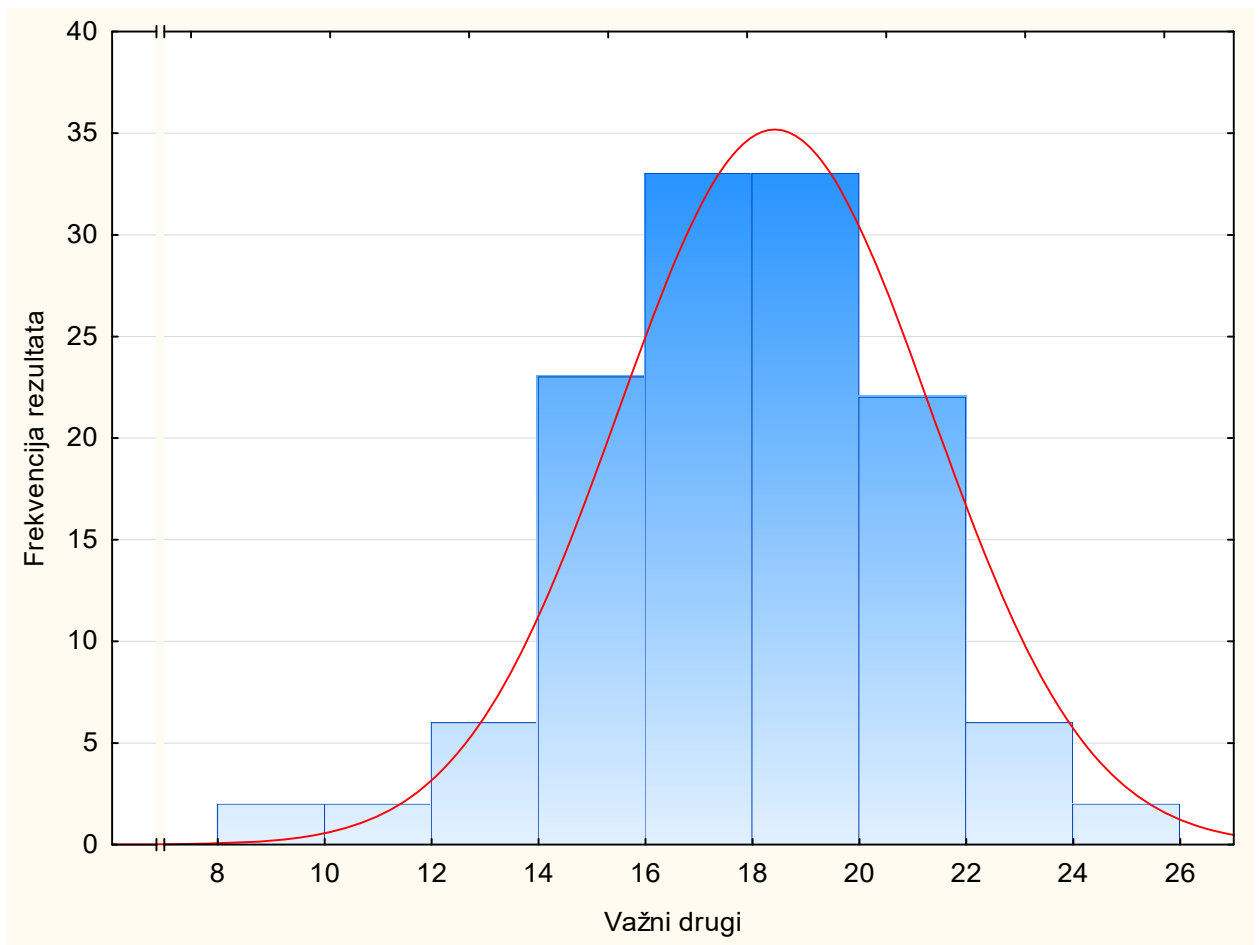
K-S $d=,11941$, $p<.10$

Slika 1 Distribucija rezultata na skali zadovoljstva životom



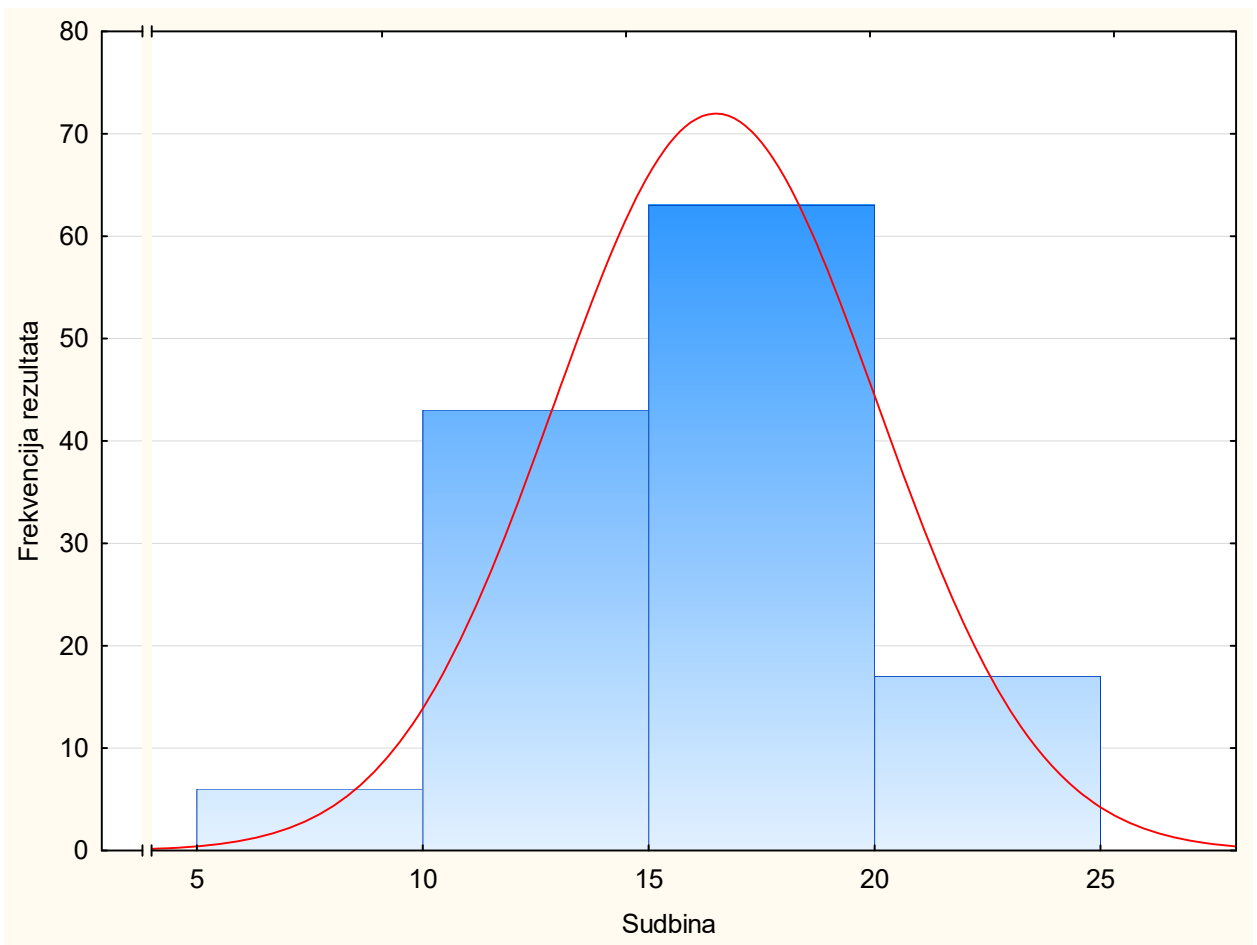
K-S $d=,08614$, $p> .20$

Slika 2 Distribucija rezultata na skali internalnosti



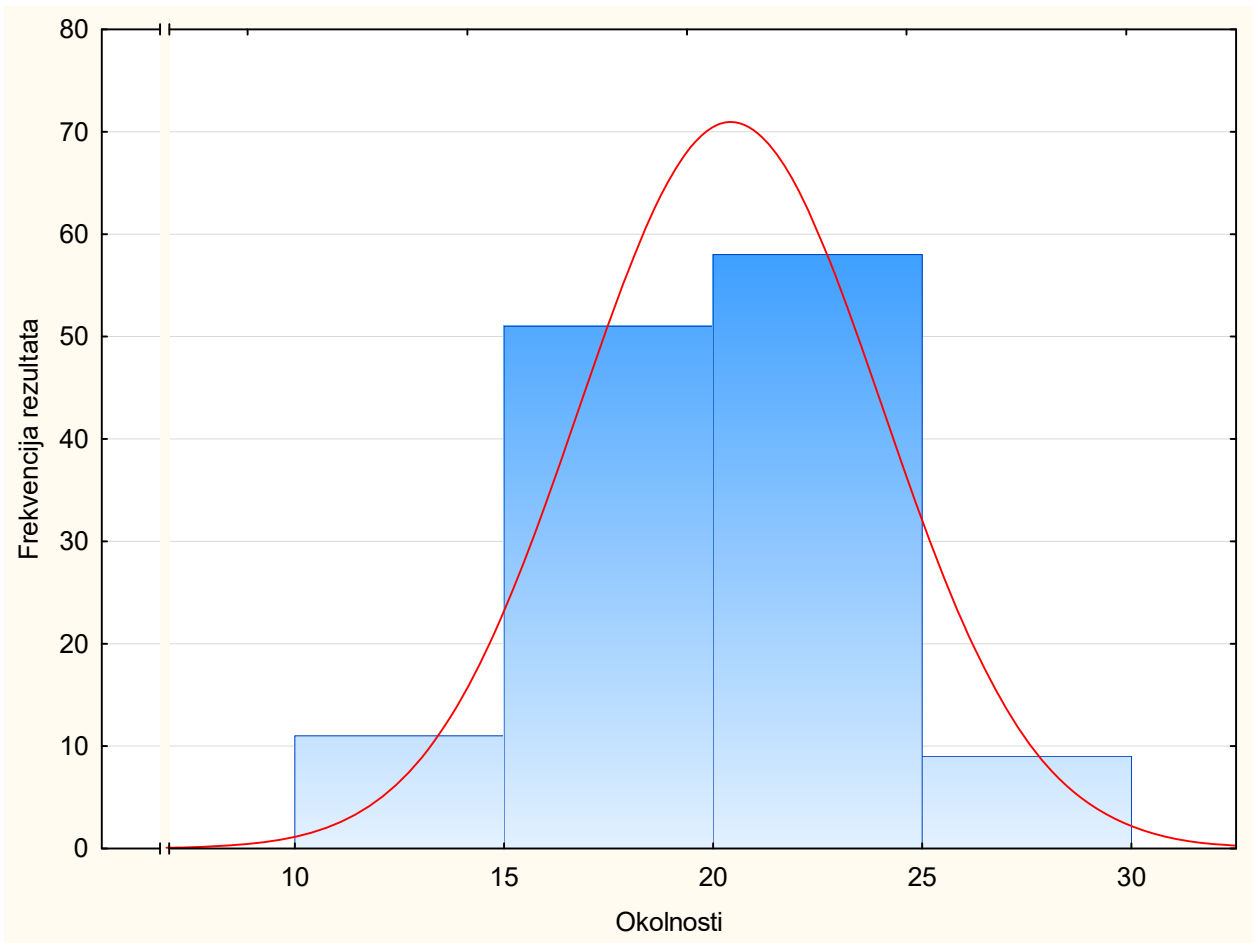
K-S $d=,10095$, $p<.15$

Slika 3 Distribucija rezultata na skali važni drugi



K-S $d=,08279$, $p> .20$

Slika 4 Distribucija rezultata na skali sudbine



K-S $d=,08392$, $p> .20$

Slika 5 Distribucija rezultata na skali okolnosti