

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

PREVOD IN PRIREDBA MULTIDIMENZIONALNE
LESTVICE LOKUSA KONTROLE NA PODROČJU
ZDRAVJA V SLOVENSKI JEZIK

HANA SKRT

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Prevod in priredba Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na
področju zdravja v slovenski jezik**

(Translation And Adaptation of Multidimensional Health Locus of Control Scale in
Slovenian Language)

Ime in priimek: Hana Skrt

Študijski program: Uporabna psihologija, 2. stopnja

Mentor: doc. dr. Vita Poštuvan

Koper, junij 2019

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Hana SKRT

Naslov magistrskega dela: Prevod in priredba multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja v slovenski jezik

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 81

Število tabel: 35

Število referenc: 90

Mentor: doc. dr. Vita Poštuvan

UDK: 61(043.2)

Ključne besede: lokus kontrole, notranji in zunanji lokus kontrole, samoučinkovitost, vrednotenje zdravja, fizična aktivnost, uravnotežena prehrana.

Izvleček

Lokus kontrole na področju zdravja je skupaj z nekaterimi drugimi konstrukti pomemben napovednik zdravstvenega vedenja. Vprašalnik so leta 1978 razvili Wallston, Wallston in DeVillis. Kljub njegovi razširjenosti v slovenščino še ni bil preveden. Glavni namen magistrskega dela je bil prevesti in preurediti multidimenzionalno lestvico kontrole v slovenščino ter ugotoviti njeno veljavnost in zanesljivost. V raziskavi je sodelovalo 427 anketirancev. Zanesljivost smo preverjali s koeficientom Cronbach alfa, konstruktno veljavnost pa prek povezanosti konstruktov, ki naj bi med seboj pozitivno korelirali. Rezultati raziskave so pokazali, da je prevedena lestvica zanesljiva in veljavna, bi pa bilo v prihodnje koristno, če bi lestvico na podlagi dobljenih rezultatov še nekoliko izboljšali ter še povečali njeno zanesljivost in veljavnost.

Key words documentation

Name and SURNAME: Hana SKRT

Title of the thesis: Translation And Adaptation of Multidimensional Health Locus of control Scale in Slovenian Language

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 81

Number of tables: 35

Number of references: 90

Mentor: doc. dr. Vita Poštuvan

UDK: 61(043.2)

Keywords: locus of control, internal and external locus of control, self-efficacy, health value, physical activity, nutrition

Abstract: Health locus of control is one of the most important constructs in health psychology that determinates person's health behaviour. The questionnaire that measures it was developed in 1978 by Wallston, Wallston and DeVillis. Although it was translated in many languages there is no Slovenian translation up to now. To that end, the main purpose of our thesis was to translate and adapt the original Multidimensional Health Locus of Control Scale and discover its validity and reliability. A sample of 427 people participated in our research. Reliability was measured by Cronbach alfa coefficient. On the other hand construct validity was measured by the connection of constructs that should positively correlate. The results showed that the Slovenian translation and adaptation of Multidimensional Health Locus of Control Scale is valid and reliable, although in the future the scale should be improved in order to increase its psychometric properties even more.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Viti Poštuvan za pomoč in koristne nasvete pri pisanju magistrske naloge.

Zahvala gre seveda tudi moji družini in prijateljem, ki so mi v času študija stali ob strani ter me spodbujali.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	ZDRAVJE	2
1.1.1	Biomedicinski model.....	2
1.1.2	Biopsihosocialni model	2
1.1.3	Definicija zdravja Svetovne zdravstvene organizacije	3
1.2	VEDENJA POVEZANA Z ZDRAVJEM.....	3
1.2.1	Vedenja, ki koristijo zdravju	4
1.3	VEDENJA, KI KORISTIJO ZDRAVJU IN ZAZNAVA KONTROLE.....	8
1.4	TEORIJA SOCIALNEGA UČENJA	9
1.4.1	. Rotterjeva teorija socialnega učenja	10
1.5	LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA.....	11
1.5.1	Merjenje lokusa kontrole na področju zdravja	12
1.5.2	Veljavnost in zanesljivost Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole.....	13
1.5.3	Izvor prepričanj o lokusu kontrole na področju zdravja.....	14
1.6	LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA, ZDRAVA PREHRANA IN FIZIČNA AKTIVNOST.....	15
1.7	LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA IN SAMO-UČINKOVITOST	15
1.8	LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA IN VREDNOTENJE ZDRAVJA	16
I.	NAMEN IN CILJI.....	17
II.	HIPOTEZE	18
2	METODA	19
2.1	VZOREC	19
2.2	PRIPOMOČKI	19
2.2.1	Demografski podatki	19
2.2.2	Prevedena Multidimenzionalna lestvica lokusa kontrole na področju zdravja (Wallston, Wallston in DeVillis, 1978).....	19
2.2.3	Rokeachova anketa vrednot (ang. Rokeach Value Survey, 1973).....	19
2.2.4	Vprašalnik splošne samoučinkovitosti (Jerusalem in Schwarzer, 1992, prevedla Marta Licardo 2007).....	20
2.2.5	Vprašanja o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoteženi prehrani	20
2.3	POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV.....	20
2.4	OBDELAVA PODATKOV	21
3	REZULTATI.....	22
3.1	OPISNA STATISTIKA.....	22
3.1.1	Spol.....	22

3.1.2 Stopnja izobrazbe	22
3.1.3 Delovni status	23
3.1.4 Starostne skupine	24
3.1.5 Deskriptivna statistika prevedene Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole	25
3.1.6 Deskriptivna statistika lestvice samoučinkovitosti	28
3.1.7 Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice terminalnih vrednot	30
3.1.8 Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice instrumentalnih vrednot	32
3.1.9 Deskriptivna statistika vprašalnika o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoveženosti prehrane	33
3.2 ANALIZA ZANESLJIVOSTI	39
3.2.1 Zanesljivost notranjega lokusa kontrole	39
3.2.2 Zanesljivost zunanjega lokusa kontrole-dimenzije usode/naključja	40
3.2.3 Zanesljivost zunanjega lokusa kontrole-dimenzije pomembnih drugih	41
3.2.4 Zanesljivost zunanjega lokusa kontrole (obe dimenziji)	41
3.3 INFERENČNA STATISTIKA	43
3.3.1 Korelacijske analize	43
3.3.2 Regresijske analize	48
4 RAZPRAVA	53
4.1 DESKRIPTIVNI PODATKI	53
4.1.1 Udeleženci	53
4.1.2 Deskriptivni podatki multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja	53
4.1.3 Deskriptivni podatki lestvice samoučinkovitosti	55
4.1.4 Deskriptivni podatki Rokeachove lestvice vrednot	55
4.1.5 Deskriptivni podatki vprašalnika o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoveženi prehrani	56
4.2 ANALIZA HIPOTEZ	57
4.2.1 Lokus kontrole in fizična aktivnost	57
4.2.2 Lokus kontrole in uravnovežena prehrana	58
4.2.3 Korelacija med notranjim lokusom kontrole in samoučinkovitostjo	59
4.2.4 Analiza vprašalnika	60
4.2.5 Moderatorski vpliv vrednotenja zdravja in samoučinkovitosti	62
5 SKLEPI	64
6 VIRI	66

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1 Spol.....	22
Tabela 2 Izobrazba udeležencev	23
Tabela 3 Delovni status	23
Tabela 4 Starostne skupine	24
Tabela 5 Deskriptivna statistika prevedene multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja... ..	25
Tabela 6 Frekvenčna statistika strinjajočih in ne-strinjajočih se odgovorov na postavke Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole.....	27
Tabela 7 Deskriptivna statistika lestvice samoučinkovitosti	28
Tabela 8 Frekvenčna statistika neresničnih in resničnih odgovorov na lestvico samoučinkovitosti.....	29
Tabela 9 Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice terminalnih vrednot	30
Tabela 10 Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice instrumentalnih vrednot	32
Tabela 11 Deskriptivna statistika vprašalnika o prehrani in fizični aktivnosti.....	34
Tabela 12 Frekvenčna statistika pogostosti upoštevanja smernic o zdravi prehrani in fizični aktivnosti... ..	38
Tabela 13 Analiza zanesljivosti postavk notranjega lokusa kontrole.....	39
Tabela 14 Analiza zanesljivosti postavk notranjega lokusa kontrole v primeru odstranitve postavke.....	39
Tabela 15 Analiza zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole – dimenzija usode/naključja	40
Tabela 16 Analiza zanesljivosti postavk zunanjega lokusa kontrole (usoda/naključje) v primeru odstranitve postavke.....	40
Tabela 17 Analiza zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole – dimenzija pomembnih drugih.....	41
Tabela 18 Analiza zanesljivosti postavk zunanjega lokusa kontrole (pomembni drugi) v primeru odstranitve postavk	41
Tabela 19 Analiza zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole	42
Tabela 20 Analiza zanesljivosti postavk zunanjega lokusa kontrole v primeru odstranitve postavke.....	42
Tabela 21 Spearmanova rho korelacija med postavkami dimenzije notranjega lokusa kontrole.....	43
Tabela 22 Spearmanova rho korelacija med postavkami zunanjega lokusa kontrole (dimenzija usode/naključja).....	44
Tabela 23 Spearmanova rho korelacija med postavkami zunanjega lokusa kontrole (dimenzija pomembni drugi)	44

Tabela 24 Spearmanova rho korelacija med dimenzijami.....	45
Tabela 25 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo... ..	45
Tabela 26 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo (vse tri dimenzije).....	46
Tabela 27 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in zdravo prehrano... ..	46
Tabela 28 Spearmanov koeficient korelacije med zdravim prehranjevanjem in lokusom kontrole (vse tri dimenzije).....	47
Tabela 29 Spearmanov koeficient korelacije med notranjim lokusom kontrole in samoučinkovitostjo... ..	48
Tabela 30 Regresijski model napovedovanja zdravega prehranjevanja... ..	48
Tabela 31 Regresijski model napovedovanja fizične aktivnosti.....	49
Tabela 32 Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja... ..	49
Tabela33 Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva samoučinkovitosti.....	50
Tabela 34 Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja	51
Tabela 35 Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja... ..	51

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija kot najpogostejša tveganja, ki lahko vodijo v smrt, navaja visok krvni tlak (13 %), kajenje (9 %), visok krvni sladkor (6 %), fizično neaktivnost (6 %) in preveliko telesno težo (5 %). Ta tveganja vodijo v kronične nenalezljive bolezni, ki so v svetu vodilni zdravstveni problem in močno prizadenejo zdravje prebivalcev. Projekcije za leto 2030 predvidevajo, da bodo kronične nenalezljive bolezni postale glavni zdravstveni problem tudi v manj razvitih državah, ob predpostavki, da se današnje razmere ne bodo spremenile (Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar, po Svetovna zdravstvena organizacija, 2002). Tveganja za prevladujoče bolezni, kot so rak, srčna obolenja, obolenja dihal in diabetes, lahko vsak posameznik zniža sam pri sebi z zdravim načinom življenja (Morrison in Bennet, 2016). Dokazano je namreč, da je kar 50 % smrti posledica bolezni, ki nastanejo zaradi našega nezdravega življenjskega sloga (Ogden, 2007). Da bi se ljudje pogosteje posluževali zdravih življenjskih navad, bi zdrav življenjski slog morali sprejeti kot svojo dolžnost in se načrtno izogibati tistim vedenjem, ki so zdravju škodljiva in nevarna (Kurt, 2015). Kljub znanim posledicam nezdravega načina življenja še vedno veliko ljudi posega po hitri hrani in je fizično neaktivnih. Tudi v Sloveniji se srečujemo s problemom prevelike telesne mase in debelosti, ki sta posledici fizične neaktivnosti in slabe prehrane (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015). Naraščanje čezmerne mase in debelosti je resen problem med odraslimi v Republiki Sloveniji. V letu 2012 je imelo telesno maso, večjo od priporočene, 42 % žensk in 66,6 % moških (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015). Primarni cilj zdravstvene psihologije je tako pridobiti boljši vpogled in boljše razumevanje dejavnikov, ki vedenje napovedujejo in ga vzdržujejo. Le tako bomo lahko razvili ustrezne intervencije in zmanjšali rizične dejavnike, ki vodijo v bolezenska stanja (Morrison in Bennett, 2016). Eden izmed najbolj proučevanih konstruktov znotraj zdravstvene psihologije, ki vpliva na zdravstveno vedenje posameznika, je lokus kontrole na področju zdravja. Skupaj z nekaterimi drugimi konstrukti je pomemben napovednik zdravstvenega vedenja (Abusabha in Achterberg, 1997). Vprašalnik, ki ga preverja, so leta 1978 razvili Wallston, Wallston in DeVellis. Ta je bil preveden v različne jezike, vendar v Sloveniji raziskave, ki bi uporabila preveden vprašalnik lokusa kontrole na področju zdravja, še ni.

1.1 ZDRAVJE

Zdravje je temeljni vir razvoja vsake družbe, saj zagotavlja in omogoča kakovostno življenje vsakega posameznika ter vpliva na vsa področja družbenega življenja (Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012, 2007). Je ena izmed pomembnejših vrednot v družbi današnjega časa, vendar se je velikokrat zavemo prepozno, šele ob nastopu bolezni (Povše, 2010). Za svoje zdravje je v prvi vrsti odgovoren vsak posameznik, ki s svojimi vedenji zdravje krepi in ohranja ali ga zanemarja. Za zdravje posameznikov pa je odgovorna tudi država, ki v sodelovanju z različnimi strokami in znanostmi skrbi za ustvarjanje pogojev, v katerih lahko ljudje skrbimo za zdrav življenjski slog. Poleg tega država za zdravje skrbi tudi prek preventivnih ukrepov, strategij in programov promocije zdravja (Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012, 2007). Za to je potrebno razumevanje posameznika in njegovega življenjskega sloga oziroma vedenja, ki je povezano z zdravjem. Življenjski slog ima namreč velik vpliv na pojav različnih bolezni sodobnega časa, pri čemer se moramo zavedati, da zdravje ni nekaj samoumevnega, temveč se moremo zanj potruditi in ga krepiti (Povše, 2010).

1.1.1 Biomedicinski model

V preteklem stoletju je bil v zahodnih državah najpomembnejši model zdravja in bolezni biomedicinski model, kjer je bilo zdravje opredeljeno kot odsotnost bolezni (Morrison in Bennett, 2016). Biomedicinski model človekovo bolezen razlaga kot posledico organske patologije. Vse bolezenske pojave naj bi se tako dalo razložiti z odkloni v telesnih procesih, ki so posledica poškodb, bakterijskih in virusnih vnetij ali biokemičnih neravnovesij. Razumevanje povezav med vzrokom bolezni in njeno posledico je po biomedicinskem modelu dovolj za uspešno zdravljenje bolezni: če torej odkriješ vzrok bolezni, ki je organskega izvora, in ga medicinsko zdraviš, se bo pacientu zdravje povrnilo (Morrison in Bennett, 2016). Poudarek je na bolnikovem telesu, pri tem pa človekove psihološke in socialne determinante na bolezenske pojave nimajo posebnega vpliva (Lewis, 2011). Takšen pristop k zdravju in bolezni je bil več kot zadovoljiv ob koncu devetnajstega in na začetku dvajsetega stoletja, ko so bile na pohodu akutne infekcijske bolezni. Potrebe po preoblikovanju modela so se pojavile, ko so prevladujoče akutne infekcijske bolezni, ki so bile največkrat vzrok smrti, zamenjale nove, nenalezljive kronične bolezni, ki so bile posledica različnih dejavnikov, med drugimi tudi psiholoških in socialnih (Havelka, Lučanin in Lučanin, 2009).

1.1.2 Biopsihosocialni model

Nov pogled na zdravje in bolezen je vodil do razvoja novega, biopsihosocialnega modela (Morrison in Bennett, 2016). Center biopsihosocialnega modela ni bolezen, temveč bolan posameznik (Havelka, Lučanin in Lučanin, 2009). Model tako predstavlja razširitev razumevanja zdravja in vanj vključuje tako fiziološke vzroke kot tudi psihološke in socialne vidike bolezni. Prav tako poudarja povezavo med telesom in umom ter ju ne obravnava kot ločeni entiteti, saj oba dela vzajemno vplivata na zdravstveno stanje. Model je holističen in vključuje vse nivoje razlag, od mikro (biokemične spremembe v telesu) do makro sprememb (kultura, v kateri živimo) (Engel, 1981). Zaradi tega nudi kompleksnejši in potencialno celovitejši pogled na posameznikovo doživljanje bolezni ter je tako apliciran tudi v zdravstveni psihologiji (Morrison In Bennett, 2016).

1.1.3 Definicija zdravja Svetovne zdravstvene organizacije

Med sodobnimi definicijami zdravja je najbolj znana opredelitev Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1948 (Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar, 2009). Ta se sklada z biopsihosocialnim modelom zdravja. V njem je zdravje opredeljeno kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja ter ne le kot stanje brez bolezni in poškodb (Svetovna zdravstvena organizacija, 2003). Definicija je holistična ter vključuje tri glavne in med seboj prepletene komponente, ki vplivajo na zdravje (Amzat in Razum, 2014). V njej je zdravje razumljeno kot blaginja oziroma kot osebna in družbena vrednota, odvisna od ustreznih socialnih, ekonomskih in drugih pogojev ter od sposobnosti ljubiti, delati in ustvarjati (Povše, 2010). Je torej osnovna človekova pravica in doseganje najvišjega nivoja zdravja je najpomembnejši svetovni cilj, katerega realizacija zahteva sodelovanje različnih sektorjev v državi. Zdravje ni le primarni cilj našega življenja, temveč je tudi vir vsakdanjega življenja. Ljudem namreč omogoča, da živijo produktivno življenje tako v osebnem, socialnem kot ekonomskem smislu (Baum, 2007, po Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar, 2009).

1.2 VEDENJA POVEZANA Z ZDRAVJEM

Sprememba vedenj, povezanih z zdravjem, je naše največje upanje za zmanjšanje kronično nenalezljivih bolezni ter posledično smrti po svetu. (Orleans, 2008)

Poskus razumevanja, zakaj nekateri posamezniki bolj skrbijo za svoje zdravje od drugih, je tema, s katero se ukvarja veliko zdravstvenih psihologov (Rodin in Salovey, 1989, po Wallston, 1992). Interes za proučevanje vedenj, ki imajo posledice na našem zdravju, je osnovan na dveh predpostavkah: prva je, da je pomemben delež smrti, ki nastanejo zaradi vodilnih dejavnikov tveganja, posledica vedenja posameznika, druga pa, da se to vedenje lahko spremeni (Conner in Norman, 1996, po Conner, 2002).

Vedenja, povezana z zdravjem, so bila definirana na različne načine. Kasl in Cobb (1996) sta vedenja, povezana z zdravjem, opredelila kot aktivnosti, ki jih načeloma izvajajo razmeroma zdravi ljudje z namenom ohranjanja zdravja oziroma da bi svoje zdravstveno stanje še dodatno izboljšali. Omenjena definicija je nastala pod vplivom biomedicinskega modela, ki predvideva, da ljudje uporabljajo vedenja, ki zdravju koristijo (npr. telovadbo), zgolj zaradi tega zmanjšanja verjetnosti, da zbolijo (Kasl in Cobb, 1996, po Morrison in Bennett, 2016).

Harris in Guten (1979) sta vedenja, povezana z zdravjem, opredelila nekoliko drugače. Definirala sta jih kot vedenja, ki jih posameznik izvaja, ne glede na njegov zdravstveni status, z namenom, da ohranja ali izboljša svoje zdravje. Po tej definiciji pod vedenja, povezana z zdravjem, spadajo tudi vedenja, ki jih izvajajo »nezdravi« ljudje. Na primer oseba z obolenjem srca lahko spremeni svojo prehrano in s tem prepreči njeno napredovanje. Lahko pa prehrano spremeni tudi zdrava oseba z namenom, da zmanjša možnosti, da v prihodnje za srčno boleznijo sploh zboli (Harris in Guten, 1979, po Morrison in Bennett, 2016).

Gochman je definicijo vedenj, povezanih z zdravjem, še razširil. Definira jih kot atribucije posameznika, kot so prepričanja, pričakovanja, motivi, vrednote in drugi kognitivni elementi posameznika. Med vedenja, povezana z zdravjem, prav tako spadajo osebne značilnosti (afekti in čustvena stanja) ter druga vedenja in navade, ki so povezane z ohranjanjem, uravnavanjem in izboljšanjem zdravstvenega stanja (Gochman, 1997, po Shabaraya, Romate in Bhogle, 2011). To, da posameznik razvije pozitiven odnos do zdravja in se začne posluževati zdravju koristnih vedenj, je torej odvisno od njegovih prepričanj in kognitivnih atribucij, pa tudi od socialnih vplivov, ki nanj delujejo (Shabaraya, Romate in Bhogle, 2011).

Vedenja, ki so povezana s človekovim zdravjem, je nadalje opredelil Matarazzo. Razdelil jih je na navade, ki zdravju škodujejo (angl. behavioral pathogenes), in na vedenja, ki zdravje ščitijo (angl. behavioral immunogens) (Matarazzo, 1984, po Ogden, 2007). Med zdravju škodljiva vedenja prištevamo vedenja, kot so kajenje, prekomerno uživanje alkohola in prehrana z visoko vsebnostjo mlečnih maščob, v nasprotju s tem pa med vedenja, ki zdravju koristijo in nas ščitijo, prištevamo fizično aktivnost, zdravo prehrano in uporabo kontracepcije med spolnimi odnosi (Tripathi, Asthana in Asthana, 2016).

Kljub različnim definicijam so vedenja, povezana z zdravjem, na splošno opredeljena kot vedenja, ki se dotikajo posameznikovega zdravstvenega stanja, ne glede na trenutno zdravstveno stanje in motivacijo (Morisson in Bennett, 2016).

1.2.1 Vedenja, ki koristijo zdravju

Vedenja, ki koristijo/spodbujajo zdravje, so definirana kot samoiniciativne akcije, ki posamezniku pomagajo pri vzdrževanju in izboljšanju nivoja njegovega zdravstvenega stanja (Walker, Sechrist in Pender, 1987, po Cohen in Azaiza, 2007). Po Panderjevem modelu vedenja, ki promovira zdravje (angl. »health promotion model«), naj bi taka vedenja vključevala fizično aktivnost, prehrano, obvladovaje stresa, zdravstveno odgovornost, medosebno podporo in samoaktualizacijo (Walker, Sechrist in Pender, 1987 po Shaheen idr., 2014).

Med pomembnejšimi varovalnimi dejavniki, ki ščitijo zdravje in zmanjšujejo tveganje za nastanek bolezni, sta predvsem zdrava prehrana in fizična aktivnost (Svetovna zdravstvena organizacija, 2003). Moderne prehranjevalne navade in nizka stopnja telesne aktivnosti sta tveganji, ki sta prisotni že skoraj v vseh državah in se prenašata iz populacije na populacijo kot infekcijske bolezni (Svetovna zdravstvena organizacija, 2003).

1.2.1.1 Zdravje in zdrava prehrana

Zdrava prehrana ima pri promociji in vzdrževanju dobrega zdravja posameznika vodilno vlogo, in sicer skozi celotno življenjsko obdobje (Svetovna zdravstvena organizacija, 2003). Zdrava in uravnotežena prehrana namreč omogoča optimalni psihofizični razvoj, krepí intelektualne sposobnosti in vitalnost ter poveča splošno odpornost in tudi delovno storilnost (Pokorn, 2005, po Zupančič in Hoyer, 2006).

Pojmi, kot so zdrava prehrana, zdravo prehranjevanje, uravnorežena prehrana in priporočena prehrana, se nanašajo na priporočila o fizioloških potrebah organizma po energiji, ki jo potrebuje (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010, 2005). Zdrava prehrana, kot jo priporoča Svetovna zdravstvena organizacija, je mešana hrana, ki zadošča zahtevam za varno, varovalno in uravnoreženo prehranjevanje (Pokorn, 2001, po Koch in Kostanjevec, 2007).

Hrana, ki je varna, ne vsebuje dejavnikov tveganja, tako bioloških, kemijskih kot fizikalnih, ki bi lahko z zaužitjem ogrozili zdravje ljudi. Pojem varovalna hrana zajema tista živila, ki imajo v svoji naravni sestavi tako razmerje hranil, ki zdravje ljudi varuje in krepi, pojem uravnorežene prehrane pa določajo normativi in referenčne vrednosti, ki določajo vnos posameznih hranilnih snovi ter so določeni glede na starost, spol, telesno dejavnost in druga stanja (Koch in Kostanjevec, 2007). Pod zdravo prehrano spada tudi znanje o ritmu prehranjevanja z namenom, da bi se izognili raznim boleznim, ki jih povzroča nezdrava prehrana (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010, 2005).

Smernice prehranjevanja so v Sloveniji prilagojene vzorcem prehranjevanja v našem prostoru, temeljijo pa na priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije. Sestavljene so iz dvanajstih konkretnih priporočil, ki vodijo do zdravega prehranjevanja in se nanašajo na pripravo hrane, uživanje zadostne količine tekočine, število in pogostost obrokov tekom dneva ter na primerne količine nekaterih skupin živil, ki jih Slovenci zaužijemo v premajhnih, druge pa v prevelikih količinah (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015).

Smernice navajajo, da bi morala biti pestra in kakovostna hrana dostopna vsem skupinam ljudi, ne glede na starost, socialni status in ekonomski položaj (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2015–2015, 2015). Zaskrbljujoče pa je, da rezultati študij ugotavljajo, da le omogočen dostop do zdrave prehrane ni zadosten pogoj, da bodo ljudje po njej posegali in se posledično tudi uravnoreženo prehranjevali. V študiji, ki jo je izvedel Moore s sodelavci, so ugotovili, da stojnice s sadjem, ki so jih postavili v osnovne šole, niso povečale njihovega uživanja med otroki (Moore idr., 2001 po Morrison in Bennett, 2016). Prav tako znanje o tem, da je zdrava prehrana pomembna, in znanje o tem, kako naj bi zdrav jedilnik izgledal, ne jamčita, da se bodo ljudje zanjo tudi v resnici odločali. Pri tem pomembno vlogo odigrata tudi širši socialno-kognitivni dejavniki (Morrison in Bennet, 2016).

Zdrava prehrana med slovensko populacijo

V drugi polovici dvajsetega stoletja je prišlo do velikih sprememb na področju prehranske industrije, kar je vplivalo tudi na način prehranjevanja ljudi. Tradicionalno lokalno pridelane izdelke je zamenjala industrijsko pridelana hrana z veliko maščobe, predvsem živalske, ki je zdravju v velikih količinah lahko škodljiva (Svetovna zdravstvena organizacija, 2003).

Rezultati študij so pokazali, da je nezdrav način prehranjevanja resen problem tudi v Sloveniji. Slaba prehrana med slovensko populacijo pomembno prispeva k povečevanju obolevnosti zaradi različnih bolezni, kot so rak, povišan krvni tlak, debelost, sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni in druge bolezni sodobnega časa (Hočevar Grom, 2009). Zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so posledica nezdrave prehrane, v Sloveniji umre več kot 70 % ljudi (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015).

Zadnje raziskave so pokazale, da je v Sloveniji nezdravo prehranjevanje prisotno v vseh starostnih populacijah. Število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega Slovenca ne ustrežata smernicam in energijska vrednost povprečnega obroka je nad dovoljeno. Prav tako zaužijemo preveč maščob, sploh nasičenih, ki povzročajo bolezni srca in žilja. V naši prehrani je premalo sadja, zelenjave in vlaknin, ki so pomembni varovalni dejavniki pred kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Koch, 1997, po Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar, 2009). Nekatere raziskave sicer kažejo, da ljudje, predvsem iz višjih socialno-ekonomskih slojev, pogosteje izbirajo kakovostnejšo hrano in so o zdravi prehrani bolj ozaveščeni, kar naj bi bila posledica številnih javnozdravstvenih dejavnosti. Tudi uživanja sadja in zelenjave je nekoliko več kot včasih, vendar pa problem nezdravega prehranjevanja kljub temu ostaja (Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar, 2009).

Ameriško dietetično društvo navaja, da bi morali posamezniki za optimalno zdravje prilagoditi vzorce prehranjevanja glede na svojo starost, spol in fizično aktivnost. Društvo prav tako navaja, da med populacijo obstajajo kritične skupine posameznikov, ki so še nekoliko bolj podvržene slabšim prehranjevalnim navadam (American Dietetic Association, 2004, po Manwa, 2013). Allan in Gillespie (2001) med kritičnimi skupinami navajata nosečnice, otroke, najstnike, mlade odrasle in starostnike. Tudi Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar (2009) navajata, da je med slovensko populacijo treba nameniti večjo pozornost določenim skupinam, in sicer: moškim, mlajšim odraslim, tistim z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim statusom. Pri njih je bilo namreč ugotovljeno, da imajo najslabše prehranjevalne navade. Med ranljive skupine spadajo tako tudi študenti, kar je večinoma posledica prehoda iz najstniških let v obdobje mlade odraslosti. Prav tako pa je to posledica spremembe okolja, saj se veliko mladih zaradi študija odseli od doma. Pri tem se spremeni tudi njihov dotedanji stil življenja, ki se lahko kaže tudi v slabših prehranjevalnih navadah (Manwa, 2013). Študije so pokazale, da se nezdrav življenjski slog med obdobjem študija poveča, kar predstavlja težavo na področju zdravstva (Ansari idr., 2011). Zaskrbljujoče je, da se veliko nezdravih vzorcev oziroma vedenj, ki se jih pridobi prav v obdobju mlade odraslosti, pogosto nadaljuje tudi v kasnejša življenjska obdobja (Al-Abad, Al-Dubai, Aljunid, Ganasegeran in Qureshi, 2012, po Stapleton in Smith, 2013).

1.2.1.1 Zdravje in fizična aktivnost

Poleg prehrane je pri preprečevanju bolezni pomembna tudi redna fizična aktivnost (Bortz, 1982; Hagberg, 1994, po Bandura, 1997). Fizična aktivnost je definirana kot gibanje telesa, ki je posledica krčenja skeletnih mišic in ki poveča porabo energije (Svetovna zdravstvena organizacija, 2013). Izraz tako označuje širok spekter človeškega gibanja, in sicer od tekmovalnih športov do vsakodnevne fizične aktivnosti (Miles, 2007). Redna fizična aktivnost je povezana s fiziološkimi in psihološkimi izboljšavami. Ohranja normalno telesno težo, zmanjšuje nevarnost srčno-žilnih bolezni, ugodno deluje na krvni tlak in maščobe, odpravlja stres ter povečuje sposobnosti telesa (Furlan idr., po Zupančič in Hoyer, 2006). Poleg tega je redna fizična aktivnost povezana tudi z izboljšanjem počutja pri osebah z depresijo (Carek, Laibstain in Carek, 2011), z zmanjšanjem anksioznosti in z izboljšanjem samopodobe (Hausenblas in Fallon, 2006). Fizično neaktivni življenjski slog je dokazano eden izmed tveganih dejavnikov pri vseh starostnih, socialno-ekonomskih in etničnih skupinah (Van Der Horst, Paw, Twisk in Van Mechelen, 2007, po Minhas, 2013).

Najbolj priporočljivo je vsakodnevno telesno gibanje, ne glede na vrsto aktivnosti. Opazne zdravilne učinke zagotavlja že fizična aktivnost, ki traja vsaj pol ure in jo izvajamo vsaj 3–5-krat na teden. Po intenzivnosti fizično aktivnost razvrščamo na blago, zmerno in intenzivno telesno dejavnost, in sicer glede na to, kolikšen delež svojega največjega srčnega utripa dosežemo. Pri blagi fizični dejavnosti oseba dosega do 50 odstotkov svojega največjega možnega srčnega utripa in pri tem porabi manj kot 3,5 kalorije v minuti. Sem spadajo aktivnosti, kot so sprehodi, počasna hoja in lažja gospodinjska opravila. Pri zmerni telesni dejavnosti oseba dosega 50–70 odstotkov svojega največjega srčnega utripa in porabi 3,5–7 kalorij na minuto. Takšna intenziteta vadbe naj bi bila najkoristnejša, vendar le, če jo redno izvajamo. Takšne oblike aktivnosti so ples, plavanje, kolesarjenje ipd. Pri intenzivni obliki aktivnosti pa oseba dosega nad 70 odstotkov svojega največjega srčnega utripa in pri tem porabi več kot 7 kalorij v minuti. Med take aktivnosti spadajo tek, hitro plavanje, tekmovalni ples (Bulc, 2010).

Obstajajo smernice, ki določajo priporočljivo dolžino vadbe ter se razlikujejo za zmerno in intenzivno telesno aktivnost. Zmerno intenzivno (aerobno) vadbo naj bi tako izvajali vsaj 150 minut na teden, visoko intenzivno pa vsaj 75 minut na teden. Smernice prav tako narekujejo, da bi poleg aerobne vadbe vsaj dvakrat na teden izvajati tudi vaje za krepitev mišic (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015)

Fizična aktivnost med slovensko populacijo

Telesno gibanje je ena izmed človekovih potreb, kar je jasno videti pri otrocih, ki so večino časa v takšnem in drugačnem gibanju. Vendar pa nas socializacija in moderna družba kasneje v življenju omejujeta, včasih do te mere, da postanejo nekateri odrasli popolnoma neaktivni (Tušak in Blatnik, 2016). Zaskrbljujoči podatki o nezadostni fizični aktivnosti so, tako kot pri nezdravi prehrani, prisotni v vseh generacijah (Jurak in drugi, 2014, po Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015). Raziskava je pokazala, da slovenski otroci v veliki meri dosegajo priporočila

Svetovne zdravstvene organizacije (2010) po zmerni do visoki telesni dejavnosti, kljub temu pa beležimo pomembne negativne medgeneracijske spremembe v njihovi telesni pripravljenosti (Strel in drugi, 2003, po Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015). Nekoliko bolj zaskrbljujoče stanje je predvsem pri mladostnikih, kjer je delež telesno dejavnih nizek in s starostjo, zlasti z vstopom v adolescenco, upada (Zurc, 2011, po Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015).

Študija Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Republike Slovenije je pokazala, da se stanje glede telesne aktivnosti izboljšuje. Delež odraslih, ki dosegajo priporočila za telesno dejavnost Svetovne zdravstvene organizacije, se je namreč od leta 2001 do leta 2012 povečal (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje, 2015–2025, 2015). Čeprav je med odraslimi Slovenci po podatkih, ki zajemajo celotno telesno dejavnost (hoja do delovnega mesta, domača opravila itd.), visok delež zadostno telesno dejavnih, pa to kljub temu ni dovolj. Upoštevajoč zmernejšo in intenzivnejšo telesno dejavnost namreč delež ljudi, ki jo izvajajo, upade (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015).

1.3 VEDENJA, KI KORISTIJO ZDRAVJU IN ZAZNAVA KONTROLE

Na področju zdravstvene psihologije literatura ločuje med vedenji, ki zdravju koristijo, in vedenji, ki zdravju škodujejo. Zdravstveni psihologi se trudijo izolirati tiste dejavnike, ki vplivajo na zgoraj omenjena vedenja, z namenom, da bi lahko ustrezno oblikovali preventivne programe in optimizirali zdravje ljudi. Med številnimi dejavniki, ki so bili povezani s tem, ali se oseba poslužuje vedenj, ki zdravju koristijo, ali ne, je posameznikova zaznava kontrole (Wallston, Strudler Wallston, Smith in Dobbins, 1987).

Zaznava kontrole se lahko nanaša na vedenje samo ali pa na posledico tega vedenja. Kot primer vzemimo posameznika, ki mora iti na redni letni pregled k zdravniku. Zaznava kontrole se v tem primeru lahko nanaša na posameznikovo prepričanje, da se lahko sam odloči, ali bo na pregled šel ali ne, kdaj bo šel na pregled in h kateremu zdravniku bo šel. Lahko pa je zaznava kontrole povezana z namenom, torej zakaj se posameznik odloči iti na pregled. V tem primeru gre za to, da oseba verjame, da lahko s takim pregledom izboljša ali ohrani svoje zdravstveno stanje. Ne glede na to, na kateri primer se zaznava kontrole nanaša, je dejstvo to, da bolj kot bo posameznik prepričan v svojo kontrolo, bolj bo verjetno, da bo na pregled k zdravniku tudi šel (Lau, 1988).

Želja posameznika po kontroli okolja in dogodkov v njegovem življenju je splošen človeški motiv. Posameznikov občutek nadzora nad lastnim notranjim psihološkim okoljem (kognicijo, čustvi, mislimi) in svojim vedenjem je povezan z dobrim počutjem (Shapiro in drugi, 1996, po Roddenberry, 2007). Zaznava kontrole igra ključno vlogo pri več različnih teorijah osebnosti in tudi v socialni psihologiji. Ker je želja po kontroli tako splošen motiv v naših življenjih, je pritegnila pozornost številnih raziskovalcev (Lau, 1988). Največ raziskav je proučevalo prav povezavo med zaznavo kontrole in vedenji, povezanimi z zdravjem, ter je bilo osnovanih na teoriji socialnega učenja. Prav predstavnika omenjene teorije, Julian Rotter in Albert Bandura, sta izoblikovala glavna psihološka konstrukta, ki sta pri zaznavi

kontrole zelo pomembna. To sta lokus kontrole in samoučinkovitost (Wallston, Strudler Wallston, Smith in Dobbins, 1987).

1.4 TEORIJA SOCIALNEGA UČENJA

Koncept lokusa kontrole je uvedel Julian Rotter, katerega delo je temeljilo predvsem na delu Alberta Bandure, ki je osnoval teorijo socialnega učenja (Halpert in Hill, 2011). Pojem izhaja iz latinščine in pomeni lokacijo. Lokus kontrole se torej nanaša na vprašanje, kdo ali kaj nadzoruje dogodke v našem življenju (Neal, Weeks, DeBattista, 2014).

Teorija socialnega učenja je teorija o človekovem vedenju in predstavlja svoj pogled na to, kako razumeti naše obnašanje in njegove glavne komponente. Združuje principe učenja s principi, ki izhajajo iz spoznanj na področju kognitivne psihologije, in skuša razložiti, kako se socialne in osebne značilnosti posameznika razvijejo na podlagi socialnega konteksta, v katerem se pojavlja učenje (Hilgard in Bower, 1975, po Maisto, Carey in Bradizza, 1999).

Teoretiki socialnega učenja so opazili, da se kompleksnost človeškega vedenja enostavno ne more razložiti le prek tradicionalnih behaviorističnih vedenj. Najbolj znan predstavnik teorije socialnega učenja je Alfred Bandura, ki se je strinjal s Skinnerjem, da se osebnost razvije prek učenja. Nasprotoval pa je njegovemu striktnemu behaviorističnemu pogledu, saj je bil mnenja, da samo okoljski vplivi niso dovolj za izoblikovanje osebnosti (Bandura, 1971). Ljudje smo v svojem okolju namreč aktivni in ne pasivni ter s svojim delovanjem nanj vplivamo, ta pa vpliva na nas nazaj (Kelland, 2015). Delovanje posameznika je tako razložil s triadno recipročno vzročnostjo. V tem modelu recipročne vzročnosti se vedenje, osebni (biološki, kognitivni, čustveni, motivacijski) in okoljski dejavniki med seboj prepletajo ter drug na drugega vplivajo (Bandura, 1989). Recipročni determinizem pa ne pomeni, da imajo omenjene determinante tudi enako moč vplivanja na človeško delovanje, čeprav vplivajo ena na drugo. Njihova moč vplivanja se spreminja, in sicer na podlagi različnih aktivnosti in situacij. Določa jo stopnja kontrole, ki jo posameznik zaznava med soočanjem z različnimi situacijami (Fesel Martinčević, 2004).

Bandura je bil prvi med njimi, ki je spoznal, da se ljudje veliko stvari naučimo prek opazovanja obnašanja drugih ter prek kazni ali nagrad, ki njihovem vedenju sledijo. Teorija socialnega učenja namreč ne zavrača vpliva, ki ga imata podkrepitev in kazen. Poudarja pa, da imata lahko pri posamezniku enak vpliv, ne glede na to, ali jo ta doživi neposredno ali pa posredno prek opazovanja drugih (Kelland, 2015). Učenje tako velikokrat poteka v socialnem okolju. Z opazovanjem ljudi okoli nas ljudje pridobimo znanje o družbenih pravilih, prepričanjih, različnih vedenjih in strategijah. Prav tako se prek opazovanja modelov naučimo, katera vedenja nam koristijo in katera so primerna, ter se naučimo posledic, ki sledijo določenim vedenjem (Kelland, 2015).

1.4.1 Rotterjeva teorija socialnega učenja

Čeprav je Bandura najbolj znan predstavnik teorije socialnega učenja, pa gre veliko zaslug za oblikovanje omenjene teorije tudi Julianu Rotterju, ki se je strinjal z Banduro, da se človekovega vedenja ne da razložiti le prek behaviorističnih teorij (Kelland, 2015). Tako kot Bandura je verjel, da ima okolje, v katerem ljudje živimo, na nas velik vpliv. Razširil je Bandurovo idejo o recipročnem determinizmu in razvil pojem lokusa kontrole, s katerim je želel pojasniti, kako posamezniki zaznavajo svoj odnos z okoljem.

Rotterjeva teorija socialnega učenja predstavlja integracijo teorij učenja in teorij osebnosti. Njegovo delo je bilo na začetku predvsem usmerjeno v razumevanje osebnosti in vedenja, da bi lahko klinični psihologi bolje pomagali svojim klientom (Kelland, 2015). Verjel je, da osebnost nastaja skozi leta ter se oblikuje prek naših pričakovanj in odzivov na ta pričakovanja. Prav konstrukt pričakovanja je namreč glavni člen teorij socialnega učenja in Rotter je bil prvi, ki je poudaril pomen zgoraj omenjenih konstruktov v povezavi s človekovim delovanjem (Palenzula, 1987). Na podlagi spoznanj iz teorije socialnega učenja Rotter (1966) navaja, da je verjetnost, da se bo neko vedenje pojavilo v določeni situaciji, odvisno od pričakovanj posameznika, da bo to vedenje zanj prineslo želen izid, in od tega, kako pomemben je ta izid za posameznika. Ta odnos se lahko zapiše tudi s simboli, in sicer: $BP = E$ in RV , pri čemer BP predstavlja potencial vedenja, E pričakovanje posameznika, RV pa vrednost podkrepitve (Rotter, 1996).

Potencial vedenja se nanaša na verjetnost, da se bo posameznik vedel na točno določen način v primerjavi z drugimi vedenji, ki bi jih lahko izvedel. Pričakovanje je posameznikovo prepričanje, da bo po določenem vedenju kot posledica sledila točno določena podkrepitev. Vrednost podkrepitve pa se nanaša na to, koliko je za posameznika vreden izid vedenja v primerjavi z drugimi možnimi izidi. Podkrepitev je torej definirana kot vrednost določenega izida, ki je lahko zdravstveno stanje, zunanji izgled, odobravanje drugih, zaslužek ali katerikoli drugi izidi (Rosenstock, Strecher in Becker, 1988).

1.4.1.1 Rotterjev konstrukt lokusa kontrole

Eno izmed najbolj znanih splošnih pričakovanj glede na neko vedenje in najbrž eden izmed Rotterjevih najbolj znanih konceptov je lokus kontrole (Kelland, 2015).

Zaradi konstantne interakcije z okoljem se naučimo prepoznavati povezave med našim vedenjem in posledicami, ki vedenju sledijo. To vodi do tega, da vedenjem začnemo pripisovati vzroke in učinke oziroma posledice. Glede na to, kako močno se oseba nanaša na namige iz okolja, je Rotter osnoval koncept lokusa kontrole. Na podlagi tega je posameznike razdelil na tiste, ki imajo izražen notranji lokus kontrole, in tiste z zunanjim lokusom kontrole. Osebe z notranjim lokusom odgovornost za dogodke pripisujejo lastnim dejanjem in so mnenja, da njihova dejanja vplivajo na rezultate. Na drugi strani pa osebe z zunanjim lokusom kontrole odgovornost za stvari in dogodke, ki se jim dogajajo, pripisujejo dejavnikom zunaj njih. Lokus kontrole je torej izraz, ki se nanaša na stopnjo, do katere oseba pričakuje, da je rezultat njenega vedenja posledica njega samega, oziroma na stopnjo do katere oseba pričakuje, da je rezultat njenega vedenja posledica sreče, usode ali pa drugih ljudi (Rotter, 1966).

Rotter je verjel, da se prepričanja o kontroli izoblikujejo na podlagi predhodnih izkušenj in podkrepitev. Ljudje, ki so v preteklosti doživeli pozitivne izide svojih vedenj, bodo torej imeli bolj notranji lokus kontrole (Lau, 1982).

Lokus kontrole naj bi se razvil na podlagi dveh primarnih virov, in sicer družine ter razvoja zavedanja o predvidljivosti dogodkov (Lecfourt, 1976, po Kelland, 2015). Vloga družine pri razvoju lokusa kontrole je kompleksna in se razlikuje glede na vzgojo matere ali očeta. Najzanesljivejši vir pa je, da so imeli posamezniki z notranjim lokusom kontrole matere, ki so jih že zgodaj navajale na doseganje samostojnosti, vendar so to naredile na otroku prijazen način. Zavedanje o predvidljivosti dogodkov se nanaša na razumevanje instrumentalnosti, torej razumevanje tega, da je naše vedenje povezano z določenimi izidi. Da otrok namensko ponovi neko vedenje, mora biti sposoben spoznanja, da je to vedenje v preteklosti rezultiralo v želenem izidu in da je bilo njegovo delovanje tisto, ki je do tega izida vodilo (Lecfourt, 1976, po Kelland, 2015).

Študije so prav tako pokazale, da imajo otroci iz družin srednjega razreda večkrat notranji lokus kontrole kot otroci iz družin iz nižjega družbenega razreda, kar je bilo razloženo s tem, da so prvi imeli na razpolago več možnih okrepitev vedenja (Lau, 1982).

1.4.1.2 Lestvica lokusa kontrole

Leta 1966 je Rotter razvil vprašalnik, ki je meril lokus kontrole, ter ga poimenoval lestvica internalnosti in eksternalnosti (angl. Internality- Externality Scale). Rotterjeva lestvica ni bila namenjena merjenju lokusa kontrole na specifičnih področjih, temveč temu, da bi raziskal prepričanja ljudi o kontroli nad vedenjem in dogodki, ki jo imajo na različnih področjih – merjenje splošnega lokusa kontrole (Luszczynska in Schwarzer, 2005). Čeprav sta bila notranji in zunanji lokus kontrole sprva videna kot nasprotna konca kontinuuma, so empirični dokazi potrdili, da sta omenjeni prepričanja neodvisni drugo od drugega. Posameznik lahko namreč istočasno za različna vedenja in dogodke oblikuje različna prepričanja o kontroli (Wallston in Wallston, 1982, po Luszczynska in Schwarzer, 2005). Tako lahko oseba srčni infarkt pripiše hkrati notranjim dejavnikom, kot sta kajenje in debelost, ter zunanjim dejavnikom, kot je stres iz okolja. Iz tega je mogoče sklepati, da lahko dimenziji notranjosti in zunanosti lokusa kontrole še naprej razdelimo (Luszczynska in Schwarzer, 2005). Hanna Levenson je tako leta 1974 razvila lestvico, ki je vsebovala ne le dve, temveč tri dimenzije, in sicer dimenzijo notranjega lokusa kontrole, dimenzijo usode/naključja in dimenzijo pomembnih drugih. Spremenjena lestvica je nastala na podlagi prepričanja, da se osebe, ki verjamejo v pomembne druge, obnašajo drugače kot osebe, ki verjamejo v vlogo usode oziroma naključja (Levenson, 1981).

1.5 LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA

Zaradi domnevanja, da se splošna prepričanja o lokusu kontrole razlikujejo od prepričanj o lokusu kontrole, ki se nanašajo na zdravstvena vedenja, je prišlo do izoblikovanja specifičnega konstrukta, ki so ga poimenovali lokus kontrole na področju zdravja (angl.

health locus of control). Konstrukt lokusa kontrole se je tako uveljavil tudi na področju zdravja in zdravstvene psihologije, kjer predstavlja mero, do katere oseba svoje zdravje pripisuje lastnim dejanjem ali pa okoljskim spremenljivkam in pomembnim drugim (Wallston, Wallston in DeVellis, 1978). Wallston je menil, da Rotterjeva lestvica internalnosti – eksternalnosti ni najprimernejši instrument za merjenje lokusa kontrole, saj naj bi merila preveč splošna prepričanja o kontroli. Rotterjev konstrukt lokusa kontrole je namreč viden kot stabilna osebna lastnost, ki ni odvisna od situacije. Na drugi strani pa je Wallstonov konstrukt lokusa kontrole na področju zdravja odvisen tako od situacije kot od doživljanja te situacije in se lahko pri posamezniku spreminja (Wallston, Wallston, Kaplan, in Maides, 1976).

1.5.1 Merjenje lokusa kontrole na področju zdravja

Lokus kontrole na področju zdravja je bil originalno viden kot enodimenzionalni konstrukt. Meril je, ali posameznik svoje zdravje vidi kot nekaj, za kar je sam odgovoren (ima notranji lokus kontrole), ali vzroke za svoje zdravstveno stanje vidi v zunanjih dejavnikih (ima zunanji lokus kontrole). Lestvica je bila sestavljena iz enajstih postavk, izmed katerih jih je pet predstavljalo notranji lokus kontrole, šest pa zunanjega. Po Rotterjevem zgledu se je lestvica vrednotila na način, da je visok rezultat kazal na zunanjo usmerjenost posameznika glede njegovega zdravja, medtem ko je nizek rezultat kazal na notranjo usmerjenost (Wallston, 1992). Rezultati prvotnih študij so nato pokazali, da je bolje, če se konstrukt razdeli na tri dimenzije (Moshki, Ghofranipour, Hajizadeh in Azadfallah, 2007). Po zgledu Hanne Levenson so Kenneth Wallston in sodelavci razvili multidimenzionalno lestvico lokusa kontrole na področju zdravja (angl. Multidimensional Health Locus of Control Scale MHLC). Gre za specifičen vprašalnik, ki se nanaša na prepričanja o zdravju. Sestavljen je iz treh postavk, ki merijo tri med seboj neodvisne dimenzije (Wallston, Wallston in DeVellis, 1978):

- dimenzijo notranjega lokusa kontrole (angl. internal locus of control),
- dimenzijo usode/naključja (angl. chance locus of control),
- dimenzijo pomembnih drugih (angl. powerful others locus of control).

Dimenzija pomembnih drugih in dimenzija usode/naključja se nanašata na zunanje dele zaznane kontrole ter pri posamezniku povzročata, da verjame, da je njegovo zdravstveno stanje odvisno od drugih ljudi ali pa od usode oziroma naključja (Kassioanos, Symeou in Ioannou, 2016).

Za merjenje lokusa kontrole na področju zdravja med splošno populacijo sta bili zaradi različnih administracijskih namenov, kot so pred- in postintervencijske študije, izoblikovani dve različici: A in B (Hublely in Wagner, 2004). Ti naj bi bili med seboj enakovredni in se izmenično uporabljali. Katero različico uporabiti, je tako odvisno od posameznega raziskovalca (Kassianos, Symeou in Ioannou, 2016). Vendar pa so nekatere študije prišle do rezultatov, da različici kljub vsemu nista paralelni in da ju raziskovalci ne bi smeli izmenično uporabljati (Hublely in Wagner, 2004; Ross, Ross, Short in Cataldo, 2015).

Poleg različic A in B obstaja tudi različica C, ki pa za razliko od omenjenih preverja prepričanja posameznika o tem, kaj kontrolira njegovo bolezen in ne zdravje (Wallston, 2005).

1.5.2 Veljavnost in zanesljivost Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole

Različica A multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja, ki je bila uporabljena v magistrskem delu, je sestavljena iz 18 postavk, na katere oseba odgovarja s pomočjo šeststopenjske lestvice, kjer 1 pomeni popolnoma se ne strinjam in 6 popolnoma se strinjam. Meri tri dimenzije, in sicer: dimenzijo notranjega lokusa kontrole, dimenzijo naključja/usode in dimenzijo pomembnih drugih. Študije zanesljivosti kažejo, da je lestvica zanesljiva; koeficient Cronbach alfa se giblje v rangju med 0,60 in 0,75.

Po Wallstonu veljavnost lestvice temelji na naslednjih štirih argumentih:

1. Vsaka izmed postavk multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole pomembno korelira z enakovredno dimenzijo na lestvici lokusa kontrole Hanne Levenson, ki prav tako vključuje dimenziji usode/naključja in pomembnih drugih ter dimenzijo notranjega lokusa kontrole, na podlagi katere je bila lestvica osnovana. Na primer korelacija med dimenzijo notranjega lokusa kontrole multidimenzionalne lestvice in dimenzijo notranjega lokusa kontrole Levensonove je znašala 0,57, medtem ko je korelacija z dimenzijo pomembnih drugih in dimenzijo usode/naključja znašala znatno manj (-1,2 z dimenzijo pomembnih drugih in -1,4 z dimenzijo usode/naključja). Wallston je mnenja, da bi lahko to bil dokaz za kriterijsko veljavnost.
2. Dimenziji notranjega lokusa kontrole in pomembnih drugih med seboj nista korelirali ($r = 0,12$), medtem ko sta bili dimenziji pomembnih drugih in usode/naključja med seboj le šibko pozitivno povezani ($r = 0,20$). Dimenziji notranjega lokusa kontrole in dimenzija usode/naključja pa sta bili šibko negativno povezani ($r = -0,29$), kar podpira konstruktno veljavnost – da so si dimenzije med seboj ortogonalne.
3. Tako dimenzija notranjega lokusa kontrole kot dimenzija pomembnih drugih nista bili visoko povezani z meritvami, ki so merile socialno zaželene odgovore, kar nakazuje diskriminantno veljavnost.
4. Dimenzija notranjega lokusa kontrole je bila pozitivno povezana ($r = 0,40$), dimenzija usode/naključja pa negativno povezana ($r = -0,28$) s samooceno zdravstvenega stanja anketirancev. To kaže na konstruktno veljavnost omenjenih dimenzij (Wallston, 2005).

Lestvica je veljavna, čeprav so dokazi, ki to podpirajo, le zmerni. Avtor navaja, da je odvisna od različnih spremenljivk, kot je primernost statistične analize, ki smo jo uporabili, in od konteksta, znotraj katerega želimo veljavnost preveriti (Wallston, 2005).

Multidimenzionalna lestvica lokusa kontrole na področju zdravja je dandanes eden izmed najbolj uporabljenih instrumentov v zdravstveni psihologiji, kjer je bila velikokrat

uporabljena za napovedovanje zdravstvenega vedenja (Wallston, 2005). Teorija lokusa kontrole na področju zdravja predpostavlja, da je visok notranji lokus kontrole povezan z zdravim načinom življenja oziroma z vedenji, ki varujejo naše zdravje. V nasprotju s tem pa naj bi visok rezultat pri dimenziji usode/naključja pomenil povišano verjetnost, da se posameznik poslužuje vedenj, ki škodijo njegovemu zdravju, saj je zdravje videno kot neodvisno od vedenj, ki promovirajo zdravje. Visok rezultat pri dimenziji pomembnih drugih je povezan z upoštevanjem nasvetov, vendar taki posamezniki potrebujejo več navodil za zdravo življenje s strani avtoritet. Tako je povezava te dimenzije z vedenji, ki koristijo zdravju, nekoliko bolj dvoumna (Helmer, Krämer in Mikolajczyk, 2012). Čeprav je veliko nasprotujočih si ugotovitev, pa naj bi posamezniki, ki so bolj zunanje orientirani, izkazovali več vedenj, ki so zdravju škodljiva, medtem ko se posamezniki z višjim notranjim lokusom kontrole pogosteje poslužujejo vedenj, ki njihovo zdravje krepijo (Schneider in Busch, 1998, v Rotsztein, 2003).

1.5.1 Izvor prepričanj o lokusu kontrole na področju zdravja

Nekaj študij se je osredotočilo na raziskovanje izvora prepričanj, ki so povezana prav z lokusom kontrole na področju zdravja. Tolar je odkril, da imajo ženske, ki so v otroštvu imele veliko izkušenj z boleznimi in nesrečami, večkrat zunanji lokus kontrole v povezavi z vedenji, ki se dotikajo njihovega zdravstvenega statusa. Vendar pa omenjena povezave niso odkrili pri moški populaciji. DeVellis, DeVellis, Wallston in Wallston (1980) so v študiji na epileptičnih pacientih odkrili, da so lahko tisti z notranjim lokusom bolje napovedovali in kontrolirali svoje napade. Pri tem so prav tako odkrili, da se zgodnji pojav napadov, ki trajajo veliko let, povezuje s porastom zunanjega lokusa kontrole (naključja in pomembni drugi). Vse kaže na to, da pretekle izkušnje z boleznijo oziroma zdravjem vplivajo na prepričanja o kontroli nad našim zdravjem. Najverjetneje je, da bodo imeli dolgo trajajoči boji z boleznijo močnejši vpliv kot kratko soočenje z njo. Prav tako naj bi osebne izkušnje z boleznijo imele večji vpliv na lokus kontrole kot izkušnje, kjer so za boleznijo trpeli nam dragi ljudje. Na prepričanja o kontroli nad zdravjem imajo vpliv tudi izkušnje v daljni preteklosti in nedavne izkušnje z boleznijo. Zavedati se moramo, da so vse izkušnje posameznika pomembne pri oblikovanju lokusa kontrole (DeVellis, DeVellis, Wallston, and Wallston, 1980, po Lau, 1982).

Druga možna determinanta, ki vpliva na razvoj prepričanj o kontroli nad svojim zdravjem, so tudi predhodne izkušnje z nego oziroma s skrbjo zase. Dobe zdravstvene navade, ki so nas jih naučili starši, lahko namreč vplivajo tudi na kasnejša prepričanja o kontroliranju zdravja. Pod take navade spadajo dejanja, ki vključujejo lastno nego, kot je ščetkanje zob, telovadbo, dovolj spanja in zdravo prehranjevanje. Druge zdravstvene navade pa vključujejo koriščenje zdravstva, in sicer redno obiskovanje zdravnika in jemanje preventivnih zdravil. Oba tipa zdravstvenih navad naj bi se povezovala z bolj izraženim notranjim lokusom kontrole (Lau, 1982).

1.6 LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA, ZDRAVA PREHRANA IN FIZIČNA AKTIVNOST

Študije, ki so proučevale povezavo med lokusom kontrole na področju zdravja in fizično aktivnostjo, so neenotne. Nekatere so potrdile pozitivno povezanost med notranjim lokusom kontrole in pogostejšo fizično aktivnostjo ter negativno povezanost med zunanjim lokusom kontrole in manj pogostejšim udeleževanjem v fizičnih aktivnostih (Slenker, Price in O'Connell, 1985; Sandhu in Shafiq, 2015; Cohen in Azaiza, 2007; Cobb-Clark, Kassenboehmer in Schurer, 2012). Obstajajo pa tudi študije, ki povežave med dimenzijami lokusa kontrole in fizično aktivnostjo niso našle (Callaghan, 1998; 1997, v Cohen in Azaiza, 2007). Nekonsistentni rezultati bi lahko bili posledica premajhnih vzorcev ali pa vzorcev, sestavljenih iz anketirancev različnih starosti in etničnih pripadnosti (Cohen in Azaiza, 2007). Tudi študije, ki so proučevale lokus kontrole in zdravo prehranjevanje, so prišle do neenotnih zaključkov. Pozitivno povezavo med notranjim lokusom kontrole in bolj zdravim prehranjevanjem sta v svoji študiji ugotovila Cohen in Azaiza (2007), medtem ko nekatere študije povežave niso našle oziroma je bila ta šibka (Norman, 1995).

Stephoe in Wardle (2001) sta v svojem članku zaključila, da je redna fizična aktivnost včasih, vendar ne vedno, pozitivno povezana z notranjim lokusom kontrole ter negativno z zunanjim lokusom oziroma z dimenzijama pomembnih drugih in naključja/usode. Prav tako sta ugotovila, da so tudi študije med lokusom kontrole in zdravim prehrano neenotne (Stephoe in Wardle, 2001, v Cobb-Clark, Kassenboehmer in Schurer, 2012). Lokus kontrole na področju zdravja naj bi bil tudi slab napovednik preventivnih vedenj. V svoji študiji je Norman s kolegi prišel do rezultatov, ki so pokazali, da je lokus kontrole uspel razložiti le 3 % variance preventivnih vedenj, med katerimi sta bili tudi fizična aktivnost in zdrava prehrana (Norman idr., 1998, v Grotz, Hapke, Lampert in Baumeister, 2011).

1.7 LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA IN SAMO-UČINKOVITOST

Nekonsistentni rezultati na področju lokusa kontrole na področju zdravja so privedli do tega, da so nekateri raziskovalci začeli poudarjati potrebo po bolj specifičnih konstruktih zaznavanja kontrole. Čeprav je lokus kontrole na področju zdravja do neke mere specifičen, pa se vseeno nanaša na veliko vedenj, ki so povezana z zdravjem (kajenje, telovadba, prehrana, dieta itd.). Lokus kontrole na področju zdravja naj bi tako predstavljal bolj splošna prepričanja o zdravju (Norman, 1994), medtem ko je samoučinkovitost bolj specifičen konstrukt.

Konstrukt samoučinkovitosti je izoblikoval Albert Bandura in izhaja iz njegove socialnokognitivne teorije (Zlatanovič, 2015). Samoučinkovitost se nanaša na posameznikovo subjektivno oceno, da je sposoben izpeljati določeno vedenje (ali več vedenj) v določeni situaciji (Bandura, 1977). Po Banduri je občutek samoučinkovitosti glavi dejavnik, ki določa uspeh ali neuspeh v življenju ljudi. Posamezniki z visoko stopnjo samoučinkovitosti izbirajo naloge, ki jim prinašajo večji izziv. Postavljajo si višje cilje in se jih striktno držijo. V akcijo gredo premišljeno in s prej oblikovanim načrtom. V doseganje svojih ciljev investirajo več kot posamezniki z nižjo samoučinkovitostjo, prav tako pri nekem dejanju vztrajajo dalj časa. Samoučinkovitost torej predstavlja prepričanje

v lastno sposobnost upravljanja vseh vrst problemov oziroma težav, ki se pojavijo. To nakazuje stabilnost notranje atribucije, ki se nanaša na uspešno izvedbo dejanj, ki se jih lotimo. Samoučinkovitost je potemtakem unikatni teoretični konstrukt, ki se razlikuje od sorodnih konstruktov samopodobe, lokusa kontrole ali koncepta o zaznavanju svojih sposobnosti. Samopodoba ima pridih čustvenosti (npr. ponosen sem nase), lokus kontrole se nanaša na to, ali odgovornost za dogodke pripišemo notranjim ali zunanjim dogodkom, medtem ko se koncept zaznavanja svojih sposobnosti nanaša na sodbo o svojih sposobnostih (npr. dober sem pri matematiki), vendar brez sklicevanja na kakršnokoli nadaljnje vedenje, ki bi temu sledilo. Le samoučinkovitost (npr. prepričan sem, da lahko preneham s kajenjem, čeprav bo moj partner kadil še naprej) je konstrukt, ki je po naravi operativen in se nanaša tudi na prihodnost. Samoučinkovitost je torej opredeljena kot sposobnostno naravnana, usmerjena v prihodnost in povezana z izvršitvijo nekega dejanja (Bandura, 1997).

Čeprav lokus kontrole in samoučinkovitost merita različne vidike zaznane kontrole (Wallston, Wallston, Smith in Dobbins, 1987), se oba konstrukta pozitivno povezujeata z izvajanjem zdravju koristnih vedenj in lahko skupaj z upoštevanjem vrednotenja zdravja uspešno napovedujeta zdravstvena vedenja (Abusabha in Achterberg, 1997). Wallston navaja, da se lokus kontrole in samoučinkovitost lahko ločita po tem, da se prvi nanaša na kontrolo nad izidom, medtem ko se drugi nanaša na kontrolo nad vedenjem (Wallston, Wallston, Smith in Dobbins, 1987).

Wallston lokus kontrole vidi kot moderatorsko spremenljivko in je v to enačbo vpeljal tudi vrednotenje zdravja in samoučinkovitost. Nadalje pojasnjuje, da če predvidevamo, da je zdravje visoko cenjena vrednota, bosta notranji lokus kontrole in samoučinkovitost med seboj sodelovala na tak način, da bosta napovedovala vedenja, povezana z zdravjem. Samoučinkovitost je torej tudi pomembna spremenljivka, ki skupaj z notranjim lokusom kontrole in visokim vrednotenjem zdravja do neke mere vpliva na vedenja, povezana z zdravjem, vendar pa Wallston navaja, da za posameznika, ki je motiviran za zdravje, vendar ne verjame, da je njegovo zdravstveno stanje pod lastnim nadzorom, obstaja velika verjetnost, da se ne bo posluževal koristnih zdravstvenih vedenj, čeprav bi jih bil sposoben izvesti (Norman, 1994).

18 LOKUS KONTROLE NA PODROČJU ZDRAVJA IN VREDNOTENJE ZDRAVJA

Ker je del človekovega vedenja pod zavestno usmeritvijo, je delovanje ljudi velikokrat usmerjeno k doseganju tistih stvari v življenju, ki jih cenijo. Ko je posameznik soočen z izbiro med dvema konfliktnima ciljema, se bo odločil za tistega, ki zanj predstavlja večjo vrednoto. Čeprav človeško vedenje ni v celoti pod zavestno kontrolo in je veliko našega vedenja posledica navad (Langer, 1978, po Lau, Hartman in Ware, 1986), pa lahko kljub temu veliko odtenkov posameznikovega vedenja razložimo prav s pomočjo njegovih vrednot (Rokeach, 1973, po Lau, Hartman in Ware, 1986).

Nekonsistentni rezultati na področju lokusa kontrole, povezanega z zdravstvenimi vedenji, so vodili do kritik omenjenega konstrukta. Številni raziskovalci opozarjajo, da je veliko študij, ki je proučevalo lokus kontrole na področju zdravja, pomanjkljivih, saj vanje ni bilo vključeno vrednotenje zdravja anketirancev (Norman, 1994). Raziskovalci na področju

zdravstva so namreč velikokrat brez preverjanja domnevali, da vsi ljudje svoje zdravje cenijo enako močno in enako visoko. V primeru življenjsko nevarne bolezni je to varna in logična predpostavka, ki pa je na drugih zdravstvenih področjih, kot je preventiva, kjer človek še ne boleha za nevarno boleznijo, pod vprašajem (Kasl in Cobb, 1966; Lau, Hartman in Ware, 1986). Da bi raziskali to možnost, sta Ware in Young (1979) pod drobnogled vzela pet raziskav, ki so se nanašale na prepričanje odraslih prebivalcev Amerike o njihovih prepričanjih oziroma o njihovem dojemanju zdravja. Udeleženci, ki so bili v povprečju dobrega zdravja, so morali izpolniti Rokaechov vprašalnik terminalnih vrednot, kjer so morali razvrstiti vrednote, med katerimi je bilo tudi zdravje, od najmanj do najbolj pomembne. Čeprav je bilo v večini primerov zdravje najvišje ovrednoteno, pa kljub temu 20–30 odstotkov anketirancev zdravja ni uvrstilo med pet najpomembnejših vrednot. V nasprotju z literaturo, kjer naj bi bilo vrednotenje zdravja med ljudmi enako visoko ocenjeno, pa med relativno zdravimi ljudmi ni bilo tako (Lau, Hartman in Ware, 1986).

Lokus kontrole na področju zdravja je tako še bolj relevanten v povezavi z vrednotenjem zdravja. Ljudje namreč pogosteje pazijo na svoje zdravje, če jim to predstavlja pomembno vrednoto, ne glede na zaznavo kontrole (Bennet, Norman, Moore in Murphy, 1997). Tudi teorija socialnega učenja predpostavlja, da je vedenje funkcija tako prepričanja v določen izid (npr. lokus kontrole) kot vrednosti, ki jo pripišemo izidu tega vedenja (npr. vrednotenje zdravja) (Norman, Bennet, Smith in Murphy, 1997). Wallston je predpostavil, da lokus kontrole na področju zdravja sam po sebi ni zadosten za napovedovanje preventivnih vedenj, temveč bi se ga moralo obravnavati skupaj z vrednotenjem zdravja (Wallston, 1991, v Cheng, Cheng in Lo, 2016). Tako naj bi notranji lokus kontrole posameznika napovedoval zdravju koristna vedenja le, če ta oseba zdravje smatra kot pomembno vrednoto v njenem življenju. Vrednotenje zdravja deluje kot moderator povezave med lokusom kontrole na področju zdravja in zdravju koristnimi vedenji (Norman, 1994). Wallston, Maides in Wallston so v svoji študiji testirali zgoraj omenjeno hipotezo. Izkazalo se je, da so osebe z visokim krvnim tlakom, ki so imele notranji lokus kontrole in ki so svoje zdravje višje cenile, večkrat posegle po informacijskih brošurah od oseb, ki so zdravje cenile manj in so tudi imele notranji lokus kontrole (Wallston, Maides in Wallston, 1976, v Lau, Hartman in Ware, 1986).

I. NAMEN IN CILJI

Glavni cilj magistrskega dela je prevesti in prirediti vprašalnik multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja ter ugotoviti njegovo zanesljivost in veljavnost na slovenski populaciji. Namen magistrskega dela je prispevati k razumevanju povezanosti med lokusom kontrole posameznika na področju zdravja in izvajanjem zdravju koristnih vedenj, kjer se bomo osredotočili na pogostost fizične aktivnosti in na uravnoteženo prehrano. Prav tako bomo preverili napovedno vrednost konstrukta lokusa kontrole na področju zdravja v povezavi z vrednotenjem zdravja in samoučinkovitostjo.

II. HIPOTEZE

Za cilj magistrskega dela smo si zadali ugotoviti zanesljivost in veljavnost v slovenščino prirejene lestvice lokusa kontrole na področju zdravja, zato smo hipoteze oblikovali na način, ki bo ti dve lastnosti preverjal. Ustrezen vprašalnik mora namreč biti veljaven in zanesljiv. Prvih pet hipotez bo preverjalo konstruktivno veljavnost testa. Šesta hipoteza bo preverjala zanesljivost, sedma pa napovedno vrednost konstrukta lokusa kontrole na področju zdravja.

H1: Posamezniki z notranjim lokusom kontrole se bodo pogosteje ukvarjali s fizično aktivnostjo od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija naključja).

H2: Posamezniki z notranjim lokusom kontrole se bodo pogosteje ukvarjali s fizično aktivnostjo od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija pomembnih drugih).

H3: Posamezniki z notranjim lokusom kontrole bodo bolj pazili na prehrano od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija naključja).

H4: Posamezniki z notranjim lokusom kontrole bodo bolj pazili na prehrano od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija pomembnih drugih).

H5: Notranji lokus kontrole bo pozitivno koreliral s samoučinkovitostjo.

H6: Slovenska priredba lestvice bo imela primerljiv koeficient zanesljivosti kot originalna angleška lestvica.

H7: Notranji lokus kontrole bo ob višjem vrednotenju zdravja in višji samoučinkovitosti bolj napovedoval fizično aktivnost in zdravo prehranjevanje.

2 METODA

2.1 VZOREC

V anketi je sodelovalo 435 anketirancev, od tega smo jih 7 izločili, saj so anketo oddali popolnoma prazno ali pa skoraj v celoti prazno. Od 427 anketirancev je bilo 291 žensk (68, 1 %) in 130 moških (30,4 %). Največ anketiranih je bilo starih od 18 do 25 let (46,6 %), najmanj pa nad 51 let (9,2 %). Največji del anketiranih je imel dokončano srednjo strokovno ali srednjo splošno šolo (35 %). Anketirani so bili v največji meri študenti (32,9 %) in zaposleni v podjetju, javnem sektorju, neprofitnem sektorju ali samozaposleni (45,7 %).

2.2 PRIPOMOČKI

2.2.1 Demografski podatki

Anketirance smo v tem sklopu povprašali po starosti, spolu, stopnji izobrazbe in delovnem statusu. Poleg demografskih podatkov smo nato uporabili še v nadaljevanju navedene vprašalnike.

2.2.2 Prevedena Multidimenzionalna lestvica lokusa kontrole na področju zdravja (Wallston, Wallston in DeVillis, 1978)

Lestvica je sestavljena iz 18 postavk, na katere oseba odgovarja s pomočjo šeststopenjske lestvice, kjer 1 pomeni popolnoma se ne strinjam in 6 popolnoma se strinjam. Meri tri dimenzije, in sicer: dimenzijo notranjega lokusa kontrole, dimenzijo naključja/usode in dimenzijo pomembnih drugih. Študije zanesljivosti originalne lestvice kažejo, da je lestvica zanesljiva; koeficient Cronbach alfa se giblje v rangu med 0,60 in 0,75. Lestvica je veljavna, čeprav so dokazi, ki to podpirajo, le zmerni. Wallston navaja, da je lestvica odvisna od različnih spremenljivk, kot so primernost statistične analize, ki smo jo uporabili, in od konteksta, znotraj katerega želimo veljavnost preveriti (Wallston, 2005).

2.2.3 Rokeachova anketa vrednot (ang. Rokeach Value Survey, 1973)

Lestvica je sestavljena iz dveh sklopov. Prvi sklop ocenjuje terminalne vrednote, drugi pa instrumentalne. V vsakem delu je po abecednem redu naštetih 18 vrednot, ki jih mora anketiranec razvrstiti od najmanj do najpomembnejše vrednote zanj. Študije zanesljivosti so prišle do zaključka, da ima Rokeachova lestvica sprejemljivo stopnjo zanesljivosti. Pri terminalnih vrednotah se ta giba med 0,69 in 0,86, pri instrumentalnih pa med 0,61 in 0,72 (Feather, 1972; Kamakura in Mazzon, 1991; Rokeach, 1968, po Strader, 1993).

2.2.4 Vprašalnik splošne samoučinkovitosti (Jerusalem in Schwarzer, 1992, prevedla Marta Licardo 2007)

Originalno nemško lestvico sta leta 1981 razvila Matthias Jerusalem in Ralf Schwarzer. Imela je 20 postavk, vendar sta jo kasneje skrajšala na 10 postavk. V slovenski jezik jo je prevedla Marta Licardo in je prosto dostopna na spletu. Meri širok in stabilen občutek osebne kompetentnosti za učinkovito ravnanje v različnih situacijah ter se ocenjuje s pomočjo štiristopenjske lestvice (1 – nikakor ne drži, 4 – popolnoma drži). Vse postavke so pozitivne smeri, torej višja ocena pomeni višjo splošno samoučinkovitost (Mohorič Plemelj, 2016). Lestvica je bila uporabljena v številnih raziskavah, kjer se zanesljivost giblje med 0,75 in 0,90 (Schwarzer in Jerusalem, 1993, po Mohorič Plemelj, 2016). V raziskavi, ki jo je izvedla Mohorič Plemelj (2016), je koeficient Cronbach alfa znašal 0,81. Lestvica prav tako dosega visoko stopnjo konvergentne in diskriminantne veljavnosti (Juárez in Contreras, 2008).

2.2.5 Vprašanja o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoteženi prehrani

Vprašanja o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoteženi prehrani slonijo na prehranskih in gibalnih smernicah, ki jih priporoča Svetovna zdravstvena organizacija in so tudi zapisane v slovenskem nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje. Vprašanj, ki se navezujejo na zdravo prehrano, je osem, medtem ko so vprašanja, ki se navezujejo na fizično aktivnost, štiri. Na vprašanje se odgovarja s 4-stopenjsko lestvico, kjer oseba obkroži, v kolikšni meri trditev zanjo velja (nikoli, včasih, pogosto, vedno).

2.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV

Multidimenzionalno lestvico lokusa kontrole na področju zdravja smo sprva prevedli v slovenski jezik. Prevedli smo različico A lestvice. Čeprav so postavke iz različice A, ki preverjajo isto dimenzijo, v različici B res zelo podobne (npr. »If I get sick, it is my own behavior which determines how soon I get well again«, in »If I become sick, I have the power to make myself well again«), smo se po natančnejši primerjavi odločili, da bomo priredili različico A, saj so se nam postavke zdele nekoliko bolj razumljive za anketirance. Na primer sedma postavka v različici A se glasi: »My family has a lot to do with me becoming sick or staying healthy«. V različici B pa je sedma postavka naslednja: »Other people play a big part in whether I stay healthy or become sick«. V različici A je nekoliko bolj točno določeno, kdo so ti drugi ljudje (družina). Po končanem prevodu smo naredili vzvratni prevod v angleščino in različico primerjali z angleškim originalom. Prevedeno lestvico smo nato skupaj z lestvico osebnih vrednot, vprašalnikom splošne samoučinkovitosti ter vprašanji o fizični aktivnosti in prehrani razdelili med anketirance prek spletne ankete Ika. Zbiranje podatkov je trajalo v času 6. 9.–6. 12. 2018. Po zaključenem zbiranju podatkov smo jih statistično obdelali v programu SPSS.

2.4 OBDELAVA PODATKOV

Za ugotavljanje zanesljivosti v slovenščino prevedene multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja smo uporabili koeficient Cronbach alfa, ki ocenjuje zanesljivost z vidika notranje skladnosti. Konstruktivno veljavnost testa smo preverili s pomočjo merjenja samoučinkovitosti, ki bi morala biti pozitivno povezana z notranjim lokusom kontrole. Veljavnost bi se prav tako morala izkazovala prek povezanosti notranjega lokusa kontrole z večjim izvajanjem preventivnih vedenj (fizične aktivnosti in zdrave prehrane). Za ugotavljanje napovedne vrednosti lokusa kontrole na področju zdravja smo uporabili multiplo linearno regresijo, v katero smo poleg lokusa kontrole vključili še vrednotenje zdravja in samoučinkovitost.

3 REZULTATI

3.1 OPISNA STATISTIKA

V prvi fazi smo izvedli deskriptivno statistiko za spol anketirancev, stopnjo izobrazbe, delovni status in starost. Deskriptivno statistiko smo prav tako izvedli za vsak vprašalnik, ki smo ga uporabili v raziskavi, kjer smo preverjali povprečje odgovorov pri postavkah, mediano, modus, minimum in maksimum ter porazdeljenost podatkov. Kolmogorov-Smirnov test je v vseh primerih pokazal nenormalnost porazdelitve ($p > 0,05$), zato smo v nadaljnjem testiranju izbrali neparametrične teste.

3.1.1 Spol

Na začetku vprašalnika smo anketirance sprva povprašali po spolu. V magistrskem delu nas sicer niso zanimale razlike med moškimi in ženskami, vendar smo z vključitvijo vprašanja želeli preveriti, kateri spol je v večji meri odgovarjal na našo anketo.

Tabela 1
Spol udeležencev

		f	f (%)
Veljavni	Moški	130	30,9
	Ženski	291	69,1
	Skupaj	421	100,0
Manjkajoči		6	1,4
Skupaj		427	

Tabela 1 prikazuje strukturo anketirancev glede na spol. V raziskavi je sodelovalo več žensk kot moških, in sicer 291 (69,1 %) žensk in 130 (30,9 %) moških. Na vprašanje o spolu 6 oseb ni odgovorilo.

3.1.2 Stopnja izobrazbe

Za lažjo predstavo o tem, kdo so bili udeleženci naše raziskave, smo v sklop demografskih vprašanj vnesli tudi vprašanje o stopnji izobrazbe in prišli do naslednjih ugotovitev:

Tabela 2
Izobrazba udeležencev

		f	f (%)
Veljavni	Brez izobrazbe	2	0,5
	Osnovnošolska	22	5,2
	Nižja ali srednja poklicna	20	4,7
	Srednja strokovna, srednja splošna	148	35,0
	Višješolska izobrazba	23	5,4
	Visokošolska 1. stopnje ipd.	118	27,9
	Visokošolska 2. stopnje ipd.	85	20,1
	Visokošolska 3. stopnje ipd.	5	1,2
	Skupaj	423	100,0
Manjkajoči		4	0,9
Skupaj		427	

Tabela 2 prikazuje strukturo anketirancev glede na izobrazbo. Največji del anketiranih (35,0 %) je imel dokončano srednjo strokovno ali splošno šolo/gimnazijo in visokošolsko 1., 2. ali 3. stopnje izobrazbe (49,2 %). Najmanj je bilo anketiranih brez izobrazbe (0,5 %).

3.1.3 Delovni status

Poleg spola in stopnje izobrazbe smo želeli videti tudi delovni status naših udeležencev, ki je bil naslednji:

Tabela 3
Delovni status

		f	f (%)
Veljavni	dijak	49	11,5
	študent	140	32,9
	samozaposlen	16	3,8
	zaposlen v javnem sektorju (uprava, šolstvo, zdravstvo, sociala, kultura...)	77	18,1
	zaposlen v neprofitnem sektorju (društva, združenja ...)	8	1,9
	zaposlen v podjetju	93	21,9
	gospodinja	3	0,7
	pomoč družinskemu članu v družinskem podjetju ali na kmetiji	2	0,5
	upokojenec	5	1,2
	brezposeln	23	5,4
	na porodniškem dopustu	5	1,2
	na starševskem dopustu ali dopustu za nego	2	0,5

	otroka		
	Drugo:	2	0,5
	Skupaj	425	100,0
Manjkajoči		2	0,5
Skupaj		427	

Tabela 3 prikazuje strukturo anketirancev glede na delovni status. Anketirani so bili v največji meri študenti (32,9 %) in zaposleni v podjetju, javnem sektorju, neprofitnem sektorju ali samozaposleni (45,7 %), sledijo jim dijaki (11,5 %) in drugi (9,9 %).

3.1.4 Starostne skupine

Zadnja spremenljivka v sklopu demografskih vprašanj je bila starost anketirancev. Zaradi velikega števila anketirancev smo starost razdelili na posamezne starostne skupine. Čeprav demografskih spremenljivk nismo upoštevali pri napovedovanju vpliva lokusa kontrole na izvajanje zdravju koristnih vedenj, smo dobili vsaj približen vpogled v strukturo naših anketirancev.

Tabela 4
Starostne skupine

		f	f (%)
Veljavni	Od 13 do 25 let	197	46,6
	Od 26 do 35 let	144	34,0
	Od 36 do 50 let	43	10,2
	51 let in več	39	9,2
	Skupaj	423	100,0
Manjkajoči	Ni odgovoril	4	0,9
Skupaj		427	

Tabela 4 prikazuje strukturo udeležencev glede na starostne skupine. 46,6 % oz. največ anketiranih je bilo starih od 18 do 25 let, 34,0 % od 26 do 35 let, 10,2 % od 36 do 50 let ter 9,2 % nad 51 let.

3.1.5 Deskriptivna statistika prevedene Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole

Deskriptivno statistiko prevedene multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole sestavljajo število odgovorov na določeno postavko, manjkajoči odgovori na postavke, povprečje, mediana, modus, standardni odklon, minimum, maksimum in Kolmogorov-Smirnov test ter frekvenčna statistika strinjajočih se in nestrinjajočih se odgovorov na postavke. Iz tabel 5 in 6 je razvidna struktura odgovarjanja na posamezne postavke naših anketirancev.

Tabela 5

Deskriptivna statistika prevedene Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole

	Št. enot Ve	Ma	P	M	Mo	St. od	Min	Max.	K-Z	Sig.
Postavka 1 (notranji lokus)	352	75	4,19	4,00	4	1,136	1	6	0,242	0,000
Postavka 2 (dimenzija naključja)	346	81	2,91	3,00	2	1,289	1	6	0,185	0,000
Postavka 3 (dimenzija pomembnih drugih)	344	83	2,35	2,00	2	1,325	1	6	0,250	0,000
Postavka 4 (dimenzija naključja)	341	86	3,15	3,00	2	1,295	1	6	0,168	0,000
Postavka 5 (dimenzija pomembnih drugih)	342	85	1,97	2,00	1	1,084	1	6	0,258	0,000
Postavka 6 (notranji lokus)	340	87	4,55	5,00	5	1,025	1	6	0,268	0,000
Postavka 7 (dimenzija pomembnih drugih)	342	85	2,28	2,00	1	1,284	1	6	0,235	0,000
Postavka 8 (notranji lokus kontrole)	342	85	3,71	4,00	4	1,421	1	6	0,141	0,000
Postavka 9 (dimenzija naključja)	341	86	2,86	3,00	2	1,420	1	6	0,195	0,000

Postavka 10 (dimenzija pomembnih drugih)	343	84	2,24	2,00	1	1,180	1	6	0,222	0,000
Postavka 11 (dimenzija naključja)	343	84	2,57	2,00	1	1,333	1	6	0,195	0,000
Postavka 12 (notranji lokus)	339	88	4,85	5,00	5	0,928	1	6	0,305	0,000
Postavka 13 (notranji lokus)	340	87	4,41	5,00	5	1,048	1	6	0,260	0,000
Postavka 14 (dimenzija pomembnih drugih)	343	84	3,36	4,00	4	1,220	1	6	0,204	0,000
Postavka 15 (dimenzija naključja)	341	86	2,61	2,00	2	1,347	1	6	0,218	0,000
Postavka 16 (dimenzija naključja)	343	84	2,72	3,00	1	1,474	1	6	0,184	0,000
Postavka 17 (notranji lokus)	339	88	4,54	5,00	5	1,003	1	6	0,258	0,000
Postavka 18 (dimenzija pomembnih drugih)	342	85	1,81	2,00	1	0,974	1	6	0,267	0,000

Opombe: Ve= veljavni, Ma= manjkajoči, P=povprečje, M=mediana, Mo= modus, Std. Od.=standardni odklon, Min=minimum, Max=maksimum, K-Z= Kolmogorov-Smirnov test

Tabela 5 prikazuje strukturo odgovorov na postavke prevedene multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja. Anketirani so se, povprečno gledano, v največji meri strinjali s trditvami, ki se nanašajo na postavke notranjega lokusa kontrole, in sicer največ s postavko »glavne stvari, ki vplivajo na njihovo zdravstveno stanje, njihova dejanja oziroma to, kar naredijo sami zase« ($\bar{x} = 4,85$, $\sigma = 0,928$). Najmanj pa so se, povprečno gledano, strinjali s trditvami zunanjega lokusa kontrole obeh dimenzij, in sicer najmanj s trditvami dimenzije pomembnih drugih, in sicer s trditvijo: »Okrevanje po bolezni je odvisno predvsem od dobre skrbi, ki so je deležni s strani zdravnikov, medicinskih sester, prijateljev ali družine« ($\bar{x} = 3,36$, $\sigma = 1,220$).

Tabela 6
 Frekvenčna statistika strinjajočih in ne-strinjajočih se odgovorov na postavke Multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole

		f	f (%)
P1 (notranji lokus)	Se ne strinjam	69	19,6
	Se strinjam	283	80,4
P2 (dimenzija usode/naključja)	Se ne strinjam	240	69,4
	Se strinjam	106	30,6
P3 (dimenzija pomembnih drugih)	Se ne strinjam	272	79,1
	Se strinjam	72	20,9
P4 (dimenzija usode/naključja)	Se ne strinjam	208	61,0
	Se strinjam	133	39,9
P5 (dimenzija pomembnih dr.)	Se ne strinjam	306	89,5
	Se strinjam	36	10,5
P6 (notranji lokus)	Se ne strinjam	37	10,9
	Se strinjam	303	89,1
P7 (dimenzija pomembnih drugih)	Se ne strinjam	263	76,9
	Se strinjam	79	23,1
P8 (notranji lokus)	Se ne strinjam	151	44,2
	Se strinjam	191	55,8
P9 (dimenzija usode/naključja)	Se ne strinjam	220	64,5
	Se strinjam	121	35,5
P10 (dimenzija pomembnih dr.)	Se ne strinjam	284	82,8
	Se strinjam	59	17,2
P11 (dimenzija usode/naključja)	Se ne strinjam	253	73,8
	Se strinjam	90	26,2
P12 (notranji lokus)	Se ne strinjam	27	8,0
	Se strinjam	312	92,0
P13 (notranji lokus)	Se ne strinjam	53	15,6
	Se strinjam	287	84,4
P14 (dimenzija pomembnih dr.)	Se ne strinjam	170	49,6
	Se strinjam	173	50,4
P15 (dimenzija usode/naključja)	Se ne strinjam	249	73,0
	Se strinjam	92	27,0
P16 (dimenzija usode/naključja)	Se ne strinjam	234	68,2
	Se strinjam	109	31,8
P17 (notranji lokus)	Se ne strinjam	41	12,1
	Se strinjam	298	87,9
P18 (dimenzija pomembnih dr.)	Se ne strinjam	321	93,9
	Se strinjam	21	6,1

Tabela 6 prikazuje, v kolikšni meri so se udeleženci strinjali oziroma se niso strinjali s posameznimi postavkami. V ta namen smo oblikovali dve kategoriji. V prvo kategorijo spadajo nikalni odgovori na 6-stopenjski Likertovi lestvici, in sicer popolnoma se ne strinjam, večinoma se strinjam in nekoliko se ne strinjam. V drugo kategorijo pa spadajo trdilni odgovori 6-stopenjske Likertove lestvice, in sicer nekoliko se strinjam, večinoma se strinjam in popolnoma se strinjam. Anketirani so se med postavkami notranjega lokusa

kontrole v večini odločali za odgovore nekoliko se strinjam, večinoma se strinjam ali pa popolnoma se strinjam. V okviru postavk, ki so preverjale zunanji lokus, in sicer dimenzijo usode/naključja, je večina anketirancev odgovarjala znotraj kategorije negativnih odgovorov 2 torej se s postavkami večkrat niso strinjali kot pa so se, prav tako so v sklopu negativnih odgovorov večkrat odgovarjali tudi v sklopu dimenzije pomembnih drugih

3.1.6 Deskriptivna statistika lestvice samoučinkovitosti

Poleg multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole smo znotraj ankete uporabili tudi vprašalnik samoučinkovitosti. Zanimalo nas namreč je, ali bo notranji lokus kontrole ob višjem vrednotenju zdravja in višji samoučinkovitosti bolje napovedoval fizično aktivnost in zdravo prehranjevanje. Kot pri multivariabilni lestvici lokusa kontrole smo tudi pri lestvici samoučinkovitosti prikazali deskriptivno statistiko (tabela 7) ter frekvenčno statistiko resničnih in neresničnih odgovorov na postavke (tabela 8).

Tabela 7
 Deskriptivna statistika lestvice samoučinkovitosti

	Št. enot		P	M	Mo	St. od	Min	Max	K-Z	Sig.
	Ve	Ma								
Postavka 1	333	94	3,25	3,00	3	0,640	1	4	0,324	0,000
Postavka 2	331	96	2,96	3,00	3	0,648	1	4	0,354	0,000
Postavka 3	329	98	2,90	3,00	3	0,686	1	4	0,352	0,000
Postavka 4	329	98	2,98	3,00	3	0,707	1	4	0,321	0,000
Postavka 5	328	99	3,05	3,00	3	0,744	1	4	0,289	0,000
Postavka 6	326	101	3,30	3,00	3	0,681	1	4	0,267	0,000
Postavka 7	326	101	2,91	3,00	3	0,793	1	4	0,288	0,000
Postavka 8	327	100	3,09	3,00	3	0,678	1	4	0,302	0,000
Postavka 9	324	103	3,10	3,00	3	0,653	1	4	0,311	0,000
Postavka 10	326	101	2,66	3,00	3	0,714	1	4	0,307	0,000

Opombe: Ve= veljavni, Ma= manjkajoči, P=povprečje, M=mediana, Mo= modus, Std. Od.=standardni odklon, Min=minimum, Max=maksimum, K-Z= Kolmogorov-Smirnov test

Tabela 7 prikazuje strukturo odgovorov na postavke lestvice splošne samoučinkovitosti. Za anketirane, povprečno gledano, v največji meri velja, da lahko razrešijo večino problemov, če si za to dovolj prizadevajo ($\bar{x} = 3,30$, $\sigma = 0,681$), in da vedno uspejo rešiti težave, če se dovolj potrudijo ($\bar{x} = 3,25$, $\sigma = 0,640$). Najmanj pa, povprečno gledano, za anketirane velja trditev, da karkoli jim pride na poti, obvladajo brez večjih naporov ($\bar{x} = 2,66$, $\sigma = 0,714$).

Tabela 8
Frekvenčna statistika neresničnih in resničnih odgovorov na lestvico samoučinkovitosti

	f	f (%)
P1 Neresnično/komaj resnično	27	8,1
Delno resnično/resnično	306	91,9
P2 Neresnično/komaj resnično	58	17,5
Delno resnično/resnično	273	82,5
P3 Neresnično/komaj resnično	70	21,3
Delno resnično/resnično	259	78,7
P4 Neresnično/komaj resnično	64	19,5
Delno resnično/resnično	265	80,5
P5 Neresnično/komaj resnično	60	18,3
Delno resnično/resnično	268	81,7
P6 Neresnično/komaj resnično	29	8,9
Delno resnično/resnično	297	91,1
P7 Neresnično/komaj resnično	84	25,8
Delno resnično/resnično	242	74,2
P8 Neresnično/komaj resnično	47	14,4
Delno resnično/resnično	280	85,6
P9 Neresnično/komaj resnično	44	13,6
Delno resnično/resnično	280	86,4
P10 Neresnično/komaj resnično	124	38,0
Delno resnično/resnično	202	62,2

Tabela 8 prikazuje, v kolikšni meri so trditve oziroma postavke lestvice samoučinkovitosti za udeležence držale. Kot pri multidimenzionalni lestvici lokusa kontrole smo tudi tukaj 4-stopenjsko lestvico razdelili na dve kategoriji, in sicer v prvo kategorijo spadata odgovora neresnično in komaj resnično, v drugo kategorijo pa delno resnično in resnično. Iz odgovorov na postavke lestvice samoučinkovitosti razberemo, da so udeleženci pri vseh postavkah v večji meri izbirali odgovore v smeri večje učinkovitosti in so tako izbirali odgovore delno resnično ali resnično.

3.1.7 Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice terminalnih vrednot

Vprašalnik o vrednotah smo vključili v magistrsko delo zato, da smo lahko ugotovili, kako visoko na seznamu vrednot je pri naših udeležencih zdravje. V ta namen smo uporabili Rokeachovo lestvico vrednot, ki je razdeljena na dva dela: prvi sklop meri terminalne vrednote, drugi pa instrumentalne vrednote. Pri obeh sklopih smo naredili deskriptivno statistiko, ki je prikazana v tabelah 9 in 10.

Tabela 9

Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice terminalnih vrednot

	Št. enot		P	M	Mo	St. od	Min	Ma	K-Z	Sig.
	Ve	Ma								
Udobno življenje (uspešno življenje)	233	194	9,33	9,00	15	4,547	1	18	0,088	0,000
Enakost (enake priložnosti za vse)	234	193	10,00	10,00	13	4,511	1	18	0,109	0,000
Vznemirljivo/razburljivo življenje (aktivno/pestro življenje)	231	196	12,04	13,00	12 ^a	4,034	1	18	0,120	0,000
Varnost družine (skrb za družinske člane in ljubljene osebe)	236	191	4,70	3,00	2	4,169	1	18	0,200	0,000
Svoboda (neodvisnost in svoboda odločanja)	234	193	6,40	6,00	3	3,868	1	18	0,119	0,000
Zdravje (psihično in fizično dobro počutje)	238	189	3,23	2,00	1	3,239	1	16	0,241	0,000

Notranja harmonija (odsotnost notranjih konfliktov)	235	192	7,02	6,00	2	4,412	1	17	0,127	0,000
Zrela ljubezen (spolna in duhovna intimnost)	232	195	6,99	6,00	3	3,901	1	17	0,124	0,000
Nacionalna varnost (varnost pred napadi)	233	194	12,12	13,00	12 ^a	4,102	1	18	0,115	0,000
Užitek (prijetno in sproščeno življenje)	233	194	10,12	10,00	10	3,755	1	18	0,087	0,000
Odrešenje (odrešitev; večno življenje)	232	195	15,74	17,00	18	3,368	1	18	0,258	0,000
Samospoštovanje (samozavest)	232	195	6,63	6,00	6	3,541	1	16	0,099	0,000
Občutek izpolnjenosti (trajen prispevek k nečemu v življenju)	232	195	9,81	10,00	12	4,295	1	18	0,102	0,000
Družbena prepoznavnost (spoštovanje in občudovanje)	232	195	14,28	16,00	16	3,684	3	18	0,208	0,000
Tesno/pravo prijateljstvo (bližnji prijateljski odnosi)	234	193	7,62	7,00	8	3,991	1	18	0,108	0,000
Modrost (zelo razumevanje življenja)	232	195	9,54	10,00	6	4,179	1	18	0,087	0,000

Mir na svetu (svet brez vojn in konfliktov)	233	194	10,64	11,00	14 ^a	4,727	1	18	0,110	0,000
Estetskost (lepota narave in umetnosti)	229	198	14,39	16,00	17	3,567	2	18	0,176	0,000

Opomba: Ve= veljavni, Ma= manjkajoči, P=povprečje, M=mediana, Mo= modus, Std. Od.=standardni odklon, Min=minimum, Max=maksimum, K-Z= Kolmogorov-Smirnov test

Tabela 9 prikazuje strukturo odgovorov v prvem sklopu Rokeachove lestvice vrednot. Udeleženci so navedena stanja morali razvrstiti po vrsti, od zanje najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (18). Povprečno gledano so izmed vseh 18 stanj največjo pomembnost pripisali zdravju – psihičnemu in fizičnemu dobremu počutju ($\bar{x} = 3,23$, $\sigma = 3,239$, Mo = 1), povprečno najmanjšo pomembnost pa enakosti – enakim priložnostim za vse ($\bar{x} = 10,00$, $\sigma = 4,511$, Mo = 13).

3.1.8 Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice instrumentalnih vrednot

Tabela 10

Deskriptivna statistika Rokeachove lestvice instrumentalnih vrednot

	Št. enot	P	M	Mo	St. od	Min	Max	K-Z	Sig.	
	Ve	Ma								
Ambicioznost (biti delaven)	229	198	9,86	10,00	13	5,148	1	18	0,071	0,000
Razgledanost (imeti odprt um)	230	197	6,52	6,00	3	4,541	1	18	0,109	0,000
Sposobnost (biti kompetenten in učinkovit)	230	197	7,97	7,00	3 ^a	4,698	1	18	0,131	0,000
Higieničnost (biti urejen)	229	198	10,74	12,00	14	5,208	1	18	0,201	0,000
Pogum (postaviti se zase/za svoja prepričanja)	230	197	8,77	9,00	5	4,976	1	18	0,116	0,000
Odpušcanje (biti pripravljen oprostiti drugim)	229	198	10,94	12,00	13	5,008	1	18	0,126	0,000
Pomoč drugim (delati za dobro drugih)	229	198	8,28	8,00	9	4,853	1	18	0,129	0,000
Iskrenost (biti)	230	197	5,83	5,00	1	4,491	1	18	0,111	0,000

odkrit z drugimi)											
Domiselnost (biti drzen in kreativen)	228	199	11,89	12,00	15 ^a	4,416	1	18	0,112	0,000	
Neodvisnost (zanesti se nase/bit samozadosten)	230	197	8,21	8,00	1	5,111	1	18	0,089	0,000	
Intelektualnost (biti inteligen in reflektiven)	227	200	9,46	10,00	11	4,634	1	18	0,252	0,000	
Logičnost (biti dosleden in racionalen)	228	199	11,74	13,00	16	4,553	1	18	0,096	0,000	
Ljubeznivost (biti ljubeč in nežen)	229	198	7,40	6,00	1	4,780	1	18	0,100	0,000	
Vdanost (biti zvest prijatelj ali skupini)	229	198	10,12	10,00	16	4,958	1	18	0,203	0,000	
Poslušnost (biti skrben, ubogljiv in spoštljiv)	230	197	13,72	15,00	18	4,622	1	18	0,113	0,000	
Vljudnost (biti olikan)	230	197	10,89	11,00	15	4,759	1	18	0,081	0,000	
Odgovornost (biti zanesljiv)	229	198	7,51	7,00	8	4,560	1	18	0,112	0,000	
Samokontroliranost (biti samodiscipliniran)	228	199	10,77	11,00	10	4,829	1	18	0,177	0,000	

Opombe: Ve= veljavni, Ma= manjkajoči, P=povprečje, M=mediana, Mo= modus, Std. Od.=standardni odklon, Min=minimum, Max=maksimum, K-Z= Kolmogorov-Smirnov test

Tabela 10 prikazuje strukturo odgovorov v drugem sklopu Rokeachove lestvice vrednot. Anketirani so navedena dejanja oziroma lastnosti morali razvrstiti po vrsti, od zanje najpomembnejšega (1) do najmanj pomembnega (18). Povprečno gledano so izmed vseh 18 lastnosti največjo pomembnost pripisali iskrenosti – biti odkrit z drugimi ($\bar{x} = 5,83$, $\sigma = 4,491$, $Mo = 1$), najmanj pa poslušnosti biti skrben, ubogljiv in spoštljiv ($\bar{x} = 13,72$, $\sigma = 4,622$, $Mo = 18$).

3.1.9 Deskriptivna statistika vprašalnika o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoveženosti prehrane

Vprašalnik o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoveženosti prehrane smo v magistrsko delo vključili zato, ker nas je zanimal vpliv lokusa kontrole na izvajanje omenjenih vedenj. Kot za druge vprašalnike smo izdelali deskriptivno statistiko (tabela 11) ter frekvenčno statistiko pogostosti upoštevanja smernic o fizični aktivnosti in prehrani (tabela 12).

Tabela 11
 Deskriptivna statistika vprašalnika o prehrani in fizični aktivnosti

	Št. enot		P	M	Mo	St. od	Min	Max	K-Z	Sig.
	Ve	Ma								
Svetovna zdravstvena organizacija priporoča vključenost zelenjave v najmanj treh dnevni obrokih. Sam se tega priporočila držim.	245	182	2,33	2,00	2	0,849	1	4	0,230	0,000
	244	183	2,40	2,00	2	0,867	1	4	0,238	0,000
Svetovna zdravstvena organizacija priporoča vključenost sadja v najmanj dveh dnevno obrokih. Sam se tega priporočila držim.										
Smernice priporočajo brezmesni dan vsaj 2-krat tedensko. Sam se tega držim.	245	182	2,51	2,00	2	1,093	1	4	0,215	0,000
Dnevno naj bi zaužili od tri do pet obrokov.	244	183	2,79	3,00	3	0,949	1	4	0,215	0,000

Smernice priporočajo, da naj bi ogljikovi hidrati pokrili od 50 do 75 % dnevnih energijskih potreb, maščobe od 15 do 30% in beljakovine od 10 do 15 % dnevnih energijskih potreb. Sam se tega držim.	241	186	2,32	2,00	2	0,758	1	4	0,252	0,000
Priporočen vnos soli pri odraslem je do 5g/dan, kar predstavlja eno čajno žličko, vključno s soljo v živilih. Sam se tega držim.	244	183	2,37	2,00	2	0,923	1	4	0,211	0,000
Priporočen dnevni vnos dodanega sladkorja je 6 čajnih žličk (25 g) za ženske in 9 (37 g) za moške. Sam se tega držim.	244	183	2,68	3,00	3	0,928	1	4	0,235	0,000

Priporoĉeno je, da namesto izdelkov iz bele moke izberemo izdelke iz polnovredne moke. Zame je znaĉilno, da bele izdelke nadomestim s polnovrednimi.	245	182	2,39	2,00	3	0,919	1	4	0,220	0,000
Priporoĉeno je, da namesto polnomastnih izdelkov posegamo po izdelkih z niŹjo vsebnostjo maščob. Zame je to znaĉilno.	242	185	2,25	2,00	2	0,896	1	4	0,223	0,000
Priporoĉeno je zmerno pitje alkohola. Ena enota alkoholne pijaĉe vsebuje 10 g alkohola in predstavlja 1 deciliter (dl) vina, 2,5 dl piva ali 0,3 dl Źgane pijaĉe. Meje manj tveganega pitja alkohola so opredeljene za moške ne veĉ kot dve enoti alkohola.	244	183	3,11	3,00	4	0,927	1	4	0,241	0,000
Za osebe od 18. do 65. leta je priporoĉeno, da izvajajo	242	185	2,68	3,00	2	0,966	1	4	0,227	0,000

zmerno intenzivno aerobno vadbo vsaj 150 minut na teden. Sam se tega držim.											
Za osebe od 18. do 65. leta je priporočeno, da izvajajo višje intenzivno aerobno vadbo vsaj 75 minut na teden. Sam se tega držim.	244	183	2,35	2,00	2	0,946	1	4	0,259	0,000	
Smernice navajajo, da bi morali 2-krat na teden izvajati vaje, ki krepijo mišice. Zame to velja.	245	182	2,42	2,00	2	0,983	1	4	0,257	0,000	
Smernice navajajo, da bi morale osebe and 18 let aerobno vadbo (zmerno) izvajati vsaj 10 minut v enem kosu. Zame to velja.	244	183	2,60	2,00	2	0,978	1	4	0,251	0,000	

Opombe: Ve= veljavni, Ma= manjkajoči, P=povprečje, M=mediana, Mo= modus, Std. Od.=standardni odklon, Min=minimum, Max=maksimum, K-Z= Kolmogorov-Smirnov test

Tabela 11 prikazuje strukturo odgovorov na vprašanja o fizični aktivnosti in zdravi prehrani. Za anketirane, povprečno gledano, v največji meri (deloma) velja, da se držijo priporočenega zmernega pitja alkohola ($\bar{x} = 3,11$, $\sigma = 0,927$), najmanj pa se udeleženci držijo desete smernice o izvajanju višje intenzivne vadbe vsaj 75 min na teden ($\bar{x} = 2,35$, $\sigma = 0,946$).

Tabela 12

Frekvenčna statistika pogostosti upoštevanja smernic o zdravi prehrani in fizični aktivnosti

		f	f(%)
Vključenost zelenjave v najmanj treh obrokih	Nikoli/včasih	142	58
	Pogosto/vedno	103	42
Vključenost sadja v najmanj dveh obrokih dnevno	Nikoli/včasih	123	48,4
	Pogosto/vedno	113	56,1
Brezmesni dan vsaj 2 krat tedensko	Nikoli/včasih	132	53,5
	Pogosto/vedno	113	46,1
Dnevno naj bi zaužili od tri do pet obrokov	Nikoli/včasih	91	37,3
	Pogosto/vedno	153	62,7
Pravilno razmerje mikrohranil	Nikoli/včasih	142	58,9
	Pogosto/vedno	99	41,1
Priporočen vnos soli	Nikoli/včasih	135	55,3
	Pogosto/vedno	109	44,7
Priporočen dnevni vnos dodanega sladkorja	Nikoli/včasih	98	40,2
	Pogosto/vedno	146	59,8
Uporaba izdelkov iz polnovredne moke	Nikoli/včasih	130	53,1
	Pogosto/vedno	115	46,9
Uporaba manj mastnih izdelkov	Nikoli/včasih	149	61,6
	Pogosto/vedno	93	38,4
Zmerno pitje alkohola	Nikoli/včasih	56	23
	Pogosto/vedno	188	77
Zmerno intenzivna aerobna vadba 150 minut na teden	Nikoli/včasih	124	50,6
	Pogosto/vedno	121	49,4
Višje intenzivna vadba 75 minut na teden	Nikoli/včasih	151	61,9
	Pogosto/vedno	93	38,1
Vaje za mišice 2-krat tedensko	Nikoli/včasih	145	59,2
	Pogosto/vedno	100	40,8
Izvajanje aerobne vadbe 10 minut v kosu	Nikoli/včasih	127	52
	Pogosto/vedno	117	48

Tabela 12 prikazuje frekvenčno porazdelitev odgovorov anketirancev na posamezna vprašanja o fizični aktivnosti in prehrani. Tudi tukaj smo 4-stopenjsko lestvico razdelili v dve kategoriji. Prva kategorija vsebuje odgovora nikoli in včasih, druga kategorija pa odgovora pogosto in vedno. V sklopu vprašalnika o pogostosti fizične aktivnosti in uravnotežene prehrane so udeleženci po večini nekoliko več izbirali odgovore znotraj prve kategorije – večkrat so torej obkrožali odgovora nikoli in včasih.

3.2 ANALIZA ZANESLJIVOSTI

3.2.1 Zanesljivost notranjega lokusa kontrole

Zanesljivost multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja smo preverjali s koeficientom Cronbach alfa, ki meri notranjo konsistentnost. Vrednosti tega koeficienta se gibljejo na intervalu od 0 do 1. V splošnem višje vrednosti pomenijo boljšo zanesljivost konstrukta. V programu SPSS smo še dodatno izračunali, kako bi se zanesljivost zvišala, če bi posamezno postavko odstranili iz lestvice. Oba izračuna smo sprva izvedli na postavkah notranjega lokusa kontrole (tabeli 13 in 14).

Tabela 13

Analiza zanesljivosti postavk notranjega lokusa kontrole

Cronbach alfa	Št. spremenljivk
0,647	6

Tabela 13 prikazuje analizo zanesljivosti za postavke, ki merijo notranji lokus kontrole. Vrednost koeficienta Cronbach alfa je 0,647.

Tabela 14

Analiza zanesljivosti postavk notranjega lokusa kontrole v primeru odstranitve postavke

	Cronbach alfa, če postavko odstranimo
P1	0,660
P2	0,607
P3	0,656
P4	0,556
P5	0,559
P6	0,582

Tabela 14 prikazuje, kako bi se spremenila vrednost koeficienta Cronbach alfa, če bi odstranili posamezne spremenljivke, ki merijo notranji lokus kontrole. Razvidno je, da bi zanesljivost narasla, če bi odstranili prvo in tretjo postavko. Zanesljivost bi se zvišala iz 0,647 na 0,660, če bi odstranili prvo postavko. Če pa bi odstranili tretjo postavko, bi zanesljivost zrasla iz 0,647 na 0,656.

3.2.2 Zanesljivost zunanjega lokusa kontrole-dimenzije usode/naključja

Zanesljivost s pomočjo koeficienta Cronbach alfa smo ugotavljali tudi za postavke, ki merijo zunanji lokus kontrole, in sicer za dimenzijo usode/naključja (tabela 15). Prav tako smo za omenjene postavke izračunali, kako bi se zanesljivost zvišala, če bi katero izmed njih odstranili iz lestvice (tabela 16).

Tabela 15

Analiza zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole – dimenzija usode/naključja

Cronbach alfa	Št. spremenljivk
0,631	6

Tabela 15 prikazuje analizo zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole, in sicer za dimenzije usode/naključja. Združen sklop z merskimi indikatorji, ki merijo dimenzijo usode/naključja zunanjega lokusa kontrole, je meril proučevan pojav s šibko zanesljivostjo oziroma vrednostjo koeficienta Cronbach alfa 0,631.

Tabela 16

Analiza zanesljivosti postavk zunanjega lokusa kontrole (usoda/naključje) v primeru odstranitve postavke

	Cronbach alfa, če postavko odstranimo
P1	0,650
P2	0,611
P3	0,590
P4	0,558
P5	0,560
P6	0,538

Tabela 16 prikazuje, kako bi se spremenila vrednost koeficienta Cronbach alfa, če bi odstranili posamezne spremenljivke, ki merijo zunanji lokus kontrole, in sicer dimenzijo usode/naključja. Iz podatkov lahko razberemo, da bi bila zanesljivost nekoliko višja, če bi odstranili prvo postavko. V tem primeru bi se zanesljivost povišala iz 0,631 na 0,650.

3.2.3 Zanesljivost zunanjega lokusa kontrole-dimenzije pomembnih drugih

Kot za dimenzijo usode/naključja smo tudi postavkam, ki merijo dimenzijo pomembnih drugih, izmerili zanesljivost s pomočjo koeficienta Cronbach alfa, kar je razvidno iz tabele 17. Prav tako smo izračunali, ali bi se v primeru odstranitve kakšne izmed postavk zanesljivost povečala (tabela 18).

Tabela 17

Analiza zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole – dimenzija pomembnih drugih

Cronbach alfa	Št. spremenljivk
0,716	6

Tabela 17 prikazuje analizo zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole, in sicer dimenzije pomembnih drugih, kjer koeficient Cronbach alfa znašal 0,716.

Tabela 18

Analiza zanesljivosti postavk zunanjega lokusa kontrole (pomembni drugi) v primeru odstranitve postavke

	Cronbach alfa, če postavko odstranimo
P1	0,689
P2	0,657
P3	0,723
P4	0,656
P5	0,684
P6	0,658

Tabela 18 prikazuje, kako bi se spremenila vrednost koeficienta Cronbach alfa, če bi odstranili posamezne spremenljivke, ki merijo zunanji lokus kontrole, in sicer dimenzijo pomembnih drugih. Iz podatkov lahko razberemo, da bi bila zanesljivost nekoliko višja, če bi odstranili tretjo postavko. V tem primeru bi se zanesljivost povišala iz 0,716 na 0,723.

3.2.4 Zanesljivost zunanjega lokusa kontrole (obe dimenziji)

Da bi še natančneje izračunali zanesljivost lestvice, smo zanesljivost preverili tudi za obe dimenziji zunanjega lokusa kontrole skupaj (tabela 19). Prav tako smo za obe dimenziji

skupaj izračunali, kaj bi se zgodilo z zanesljivostjo, če bi katero izmed postavk odstranili (tabela 20).

Tabela 19
Analiza zanesljivosti za postavke zunanjega lokusa kontrole

Cronbach alfa	Št. spremenljivk
0,737	12

Združen sklop z merskimi indikatorji, ki merijo zunanji lokus kontrole, je meril proučevan pojav s šibko zanesljivostjo oziroma vrednostjo koeficienta Cronbach alfa 0,737.

Tabela 20
Analiza zanesljivosti postavk zunanjega lokusa kontrole v primeru odstranitve postavke

	Cronbach alfa, če postavko odstranimo
P1	0,742
P2	0,740
P3	0,716
P4	0,711
P5	0,713
P6	0,709
P7	0,716
P8	0,710
P9	0,733
P10	0,710
P11	0,716
P12	0,711

Tabela 20 prikazuje, kako bi se spremenila vrednost koeficienta Cronbach alfa, če bi odstranili posamezne spremenljivke, ki merijo zunanji lokus kontrole (obe dimenziji). Iz podatkov lahko razberemo, da bi bila zanesljivost nekoliko višja, če bi odstranili prvo in drugo postavko. Ob odstranitvi prve postavke bi zanesljivost zrasla iz 0,737 na 0,742. Če bi odstranili drugo postavko, pa bi se zanesljivost povišala iz 0,737 na 0,740.

3.3 INFERENČNA STATISTIKA

3.3.1 Korelacijske analize

Korelacije med postavkami nam lahko dajo koristne informacije o tem, ali merijo isti konstrukt. Višja in pozitivnejša kot je korelacija, z večjo verjetnostjo lahko trdimo, da postavke res merijo isti proučevani konstrukt. V našem primeru smo tako izračunali korelacije med postavkami, ki merijo notranji lokus, kar smo prikazali v tabeli 21. Posebej smo nato izračunali še korelacije med postavkami zunanjšega lokusa kontrole – dimenzije usode/naključja (tabela 22) in korelacije med postavkami zunanjšega lokusa kontrole – dimenzija pomembnih drugih (tabela 23). V zadnjem koraku smo izračunali še korelacije med posameznimi dimenzijami lestvice, kar je razvidno iz tabele 24. V magistrskem delu smo poleg zanesljivosti vprašalnika želeli tudi ugotoviti, ali notranji lokus kontrole vpliva na to, da se posamezniki več ukvarjajo s fizično aktivnostjo in se bolj uravnoteženo prehranjujejo. Tako smo korelacijsko analizo izvedli tudi za ugotavljanje povezav med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo ter med lokusom kontrole in uravnoteženo prehrano, kar je prikazano v tabelah 25, 26, 27 in 28. Korelacijsko analizo smo uporabili tudi za ugotavljanje korelacij med notranjim lokusom kontrole in samoučinkovitostjo, kar je razvidno iz tabele 29, s čimer smo želeli dokazati konstruktno veljavnost testa.

3.3.1.1 Spearmanova rho korelacija med postavkami notranjšega lokusa kontrole

Tabela 21

Spearmanova rho korelacija med postavkami dimenzije notranjšega lokusa kontrole

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
P1	1,00					
P2	0,118	1,00				
P3	0,092	0,236	1,00			
P4	0,226	0,387	0,253	1,00		
P5	0,206	0,323	0,188	0,459	1,00	
P6	0,159	0,306	0,196	0,388	0,558	1,00

Statistično pomembne korelacije pri $p < 0,05$ so napisane poševno, pri $p < 0,01$ pa so odebeljene.

Tabela 21 prikazuje korelacije med postavkami notranjšega lokusa kontrole. Iz podatkov lahko razberemo, da postavke notranjšega lokusa kontrole med seboj pozitivno korelirajo bodisi pri statistični pomembnosti 0,05 bodisi pri 0,01. Le korelacija med prvo in tretjo postavko ni statistično pomembna.

3.3.1.2 Spearmanova rho korelacija med postavkami zunanjšega lokusa kontrole (dimenzija usode/naključja)

Tabela 22
Spearmanova rho korelacija med postavkami zunanjega lokusa kontrole (dimenzija usode/naključja)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
P1	1,00					
P2	0,170	1,00				
P3	-0,038	0,145	1,00			
P4	0,090	0,152	0,470	1,00		
P5	0,274	0,245	0,191	0,257	1,00	
P6	0,141	0,251	0,352	0,378	0,373	1,00

Tabela 22 prikazuje korelacije med postavkami zunanjega lokusa kontrole – dimenzija usode/naključja. Iz podatkov lahko razberemo, da postavke med seboj pozitivno korelirajo bodisi pri statistični pomembnosti 0,05 bodisi pri 0,01, le korelacija med prvo in tretjo postavko je rahlo negativna, vendar pa ni statistično pomembna.

3.3.1.3 Spearmanova rho korelacija med postavkami zunanjega lokusa kontrole (dimenzija pomembnih drugih)

Tabela 23
Spearmanova rho korelacija med postavkami zunanjega lokusa kontrole (dimenzija pomembnih drugih)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
P1	1,00					
P2	0,420	1,00				
P3	0,126	0,259	1,00			
P4	0,368	0,408	0,215	1,00		
P5	0,333	0,234	0,199	0,351	1,00	
P6	0,356	0,469	0,248	0,388	0,319	1,00

Statistično pomembne korelacije pri $p < 0,05$ so napisane poševno, pri $p < 0,01$ pa so odebeljene.

Tabela prikazuje korelacije med postavkami zunanjega lokusa kontrole – dimenzija pomembnih drugih. Iz podatkov lahko razberemo, da postavke med seboj pozitivno korelirajo bodisi pri statistični pomembnosti 0,05 bodisi pri 0,01.

3.3.1.4 Spearmanova rho korelacija med dimenzijami lokusa kontrole

Tabela 24

Spearmanova rho korelacija med dimenzijami

	Notranji lokus kontrole	Zunanji lokus kontrole	Zunanji lokus-dimenzija usode/naključja	Zunanji lokus kontrole-dimenzija pomembnih drugih
Notranji lokus kontrole	1,00			
Zunanji lokus kontrole	-0,215	1,00		
Zunanji lokus-dimenzija usode/naključja	-0,174	0,837	1,00	
Zunanji lokus kontrole-dimenzija pomembnih drugih	-0,189	0,793	0,354	1,00

Statistično pomembne korelacije pri $p < 0,05$ so napisane poševno, pri $p < 0,01$ pa so odebeljene

Tabela prikazuje korelacije med posameznimi dimenzijami lokusa kontrole. Med notranjim in zunanjim lokusom kontrole tako obstaja statistično pomembna negativna korelacija, prav tako med notranjim lokusom kontrole in obema dimenzijama zunanjega lokusa. Pozitivne korelacije, ki so prav tako statistično pomembne, pa obstajajo med obema dimenzijama zunanjega lokusa kontrole.

3.3.1.5 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo

Tabela 25

Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo

		Notranji lokus kontrole	Zunanji lokus kontrole
Fizična aktivnost	Vrednost korelacijskega koeficienta	0,135*	-0,186**
	p (dvostranska)	0,043	0,005
	Št. enot	226	229

Tabela 25 prikazuje Spearmanov koeficient korelacije med notranjim in zunanjim lokusom kontrole. Razvidno je, da obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost ($p = 0,043 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo fizično aktivnost posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole.

3.3.1.6 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo (vse tri dimenzije)

Tabela 26

Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in fizično aktivnostjo (vse tri dimenzije)

		Notranji lokus kontrole	Zunanji lokus kontrole – dimenzija usode/naključja	Zunanji lokus – dimenzija pomembnih drugih
Fizična aktivnost	Vrednost korelacijskega koeficienta	0,135*	-0,186**	0,143*
	p (dvostranska)	0,043	0,005	0,029
	Št. enot	226	229	233

Tabela 26 prikazuje korelacije med fizično aktivnostjo anketirancev in lokusom kontrole, in sicer z vsemi tremi dimenzijami. Kot lahko razberemo iz Spearmanovega koeficienta korelacije, obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med spremenljivkami, ki merijo fizično aktivnost posameznika, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole, natančneje dimenzije usode/naključja ($p = 0,004 < 0,05$) in dimenzije pomembnih drugih ($p = 0,029 < 0,05$).

3.3.1.7 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in zdravo prehrano

Tabela 27

Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in zdravo prehrano

		Notranji lokus kontrole	Zunanji lokus kontrole
Zdravo prehranjevanje	Vrednost korelacijskega koeficienta	0,133*	-0,103

p (dvostranska)	0,048	0,125
Št. enot	221	224

Kot lahko razberemo iz Spearmanovega koeficienta korelacije, obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost ($p = 0,048 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole

3.3.1.8 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in zdravo prehrano (vse tri dimenzije)

Tabela 28

Spearmanov koeficient korelacije med zdravim prehranjevanjem in lokusom kontrole (vse tri dimenzije)

	Notranji lokus kontrole	Zunanji lokus - dimenzija usode / naključja	Zunanji lokus - dimenzija pomembnih drugih
Vrednost korelacijskega koeficienta	0,133*	-0,135*	-0,042
Zdravo prehranjevanje	p (dvostranska)	0,048	0,042
	Št. enot	221	226
			228

Tabela 28 prikazuje korelacije med zdravim prehranjevanjem in lokusom kontrole, in sicer z vsemi tremi dimenzijami. Kot lahko razberemo iz Spearmanovega koeficienta korelacije, obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje posameznika, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole, natančneje dimenzije usode/naključja ($p = 0,042 < 0,05$).

3.3.1.9 Spearmanov koeficient korelacije med lokusom kontrole in samoučinkovitostjo

Tabela 29
Spearmanov koeficient korelacije med notranjim lokusom kontrole in samoučinkovitostjo

	Notranji lokus kontrole
Vrednost korelacijskega koeficienta	0,311**
Samoučinkovitost	
p (dvostranska)	0,000
Št. enot	302

Tabela 29 prikazuje korelacijo med notranjim lokusom kontrole in samoučinkovitostjo. Kot lahko razberemo iz Spearmanovega koeficienta korelacije, obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost ($p = 0,000 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo samoučinkovitost posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole.

3.3.2 Regresijska analize

Z regresijsko analizo preverjamo, kakšen bi bil vpliv ene ali več spremenljivk na spremenljivko, če nanjo ne bi vplivalo nič drugega. Sprva smo izvedli dva regresijska modela (tabeli 30 in 31), kjer smo preverili, kakšen vpliv ima notranji lokus kontrole na uravnoteženo prehrano in fizično aktivnost. Ker pa nas je zanimalo tudi to, ali bo notranji lokus kontrole ob višjem vrednotenju zdravja in višji samoučinkovitosti bolje napovedoval fizično aktivnost in zdravo prehranjevanje, smo zatem izračunali še mediatorski vpliv vrednotenja zdravja in samoučinkovitosti, kar je razvidno iz tabel 32, 33, 34 in 35.

3.3.2.1 Napovedovanje zdravega prehranjevanja

Tabela 30
Regresijski model napovedovanja zdravega prehranjevanja

Zdravo prehranjevanje ($R_{adj.}^2 = 0,011$, $p < 0,067$)				
Neodvisne spremenljivke (Konstanta)	b	SE	β	p
Notranji lokus kontrole	2,013	0,231		0,000
	0,096	0,052	0,124	0,067

Opombe: b=regresijski koeficient, SE=standardna napaka, β =beta p=statistična pomembnost

Tabela 30 prikazuje regresijski model, iz katerega lahko razberemo, da notranji lokus kontrole ne vpliva statistično značilno na zdravo prehranjevanje. Vrednost p je sicer zelo na meji ($0,067 > 0,05$)

3.3.2.2 Napovedovanje fizične aktivnosti

Tabela 31

Regresijski model napovedovanja fizične aktivnosti

Fizična aktivnost ($R_{adj.}^2 = 0,008$, $p < 0,099$)				
Neodvisne spremenljivke (Konstanta)	b	SE	β	p
Notranji lokus kontrole	0,140	0,085	0,110	0,099

Opombe: b=regresijski koeficient, SE=standardna napaka, β =beta p=statistična pomembnost

V regresijskem modelu notranji lokus ne vpliva statistično pomembno na fizično aktivnost. Anketirani z višjim notranjim lokusom kontrole niso statistično značilno ($p > 0,05$) več fizično aktivni.

3.3.2.3 Mediatorski vpliv vrednotenja zdravja in samoučinkovitosti

Za preučevanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja in samoučinkovitosti smo prav tako izvedli multiplo regresijo. V prvem koraku smo preverili statistično pomembnost korelacij med odvisno spremenljivko in prvim prediktorjem. V drugem koraku preverjamo mediatorski vpliv. Za določitev mediatorske vloge je potrebno, da signifikanca prvega prediktorja postane nesignifikantna, medtem ko mora mediatorska ohraniti signifikantno mero.

Fizična aktivnost

Tabela 32

Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja

	b	SE	β	p
KORAK 1 (Konstanta)	1,923	0,375		0,000

Notranji lokus kontrole	0,140	0,085	0,110	0,099
KORAK 2				
(Konstanta)	1,825	0,388		0,000
Notranji lokus kontrole	0,180	0,086	0,141	0,038
Vrednotenje zdravja	-0,030	0,018	-0,112	0,099

Opomba: b=regresijski koeficient, SE=standardna napaka, β =beta p=statistična pomembnost

Tabela 32 prikazuje rezultate multiple regresije, kjer kot mediator nastopa vrednotenje zdravja. Neodvisna spremenljivka je notranji lokus kontrole, odvisna spremenljivka pa fizična aktivnost. Iz tabele je razvidno, da že v prvem koraku, kjer smo preverili pomembnost korelacij med odvisno spremenljivko in prvim prediktorjem, ni statistično pomembne povezave, kar nam je onemogočilo izvedbo drugega koraka. Vrednotenje zdravja torej ni mediator med notranjim lokusom kontrole in fizično aktivnostjo.

Tabela 33

Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva samoučinkovitosti

	b	SE	β	p
KORAK 1				
(Konstanta)	1,923	0,375		0,000
Notranji lokus kontrole	0,140	0,085	0,110	0,099
KORAK 2				
(Konstanta)	1,391	0,445		0,000
Notranji lokus kontrole	0,053	0,094	0,042	0,571
Samoučinkovitost	0,302	0,134	0,165	0,025

Opomba: b= regresijski koeficient, SE=,standardna napaka β =beta , p=statistična pomembnost

Tabela 33 prikazuje rezultate multiple regresije, kjer kot mediator nastopa samoučinkovitost. Neodvisna spremenljivka je notranji lokus kontrole, odvisna spremenljivka pa fizična aktivnost. Iz tabele je razvidno, da tudi v tem primeru že v prvem koraku med odvisno in neodvisno spremenljivko ni statistično pomembne povezave, kar nam je onemogočilo drugi korak. Tudi samoučinkovitost ni mediator med notranjim lokusom kontrole in fizično aktivnostjo.

Zdravo prehranjevanje

Tabela 34

Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja

	b	SE	β	p
KORAK 1				
(Konstanta)	2,013	0,231		0,000
Notranji lokus kontrole	0,096	0,052	0,124	0,067
KORAK 2				
(Konstanta)	2,071	0,240		0,000
Notranji lokus kontrole	0,097	0,053	0,124	0,070
Vrednotenje zdravja	-0,015	0,011	-0,094	0,168

Opombe: b= regresijski koeficient, SE= standardna napaka, β =beta p=statistična pomembnost

Tabela 34 prikazuje rezultate multiple regresije, kjer kot mediator nastopa vrednotenje zdravja. Neodvisna spremenljivka je notranji lokus kontrole, odvisna spremenljivka pa zdravo prehranjevanje. Tudi tukaj smo analizo končali že po prvem koraku, saj ni bilo statistično pomembne povezave med prediktorjem in odvisno spremenljivko. Vrednotenje zdravja torej ni mediator niti med notranjim lokusom in prehrano.

Tabela 35

Rezultati multiple regresije za določanje mediatorskega vpliva vrednotenja zdravja

	b	SE	β	p
KORAK 1				
(Konstanta)	2,013	0,231		0,000
Notranji lokus kontrole	0,096	0,052	0,124	0,067
KORAK 2				
(Konstanta)	1,811	0,273		0,000

Notranji lokus kontrole	0,066	0,058	0,085	0,251
Samoučinkovitost	0,107	0,082	0,096	0,197

Opomba: b=regresijski koeficient, SE=standardna napaka, β =beta, p=statistična pomembnost

Tabela 35 prikazuje rezultate multiple regresije, kjer kot mediator nastopa samoučinkovitost. Neodvisna spremenljivka je notranji lokus kontrole, odvisna spremenljivka pa zdravo prehranjevanje. Iz tabele je razvidno, da že v prvem koraku, kjer smo preverili pomembnost korelacij med odvisno spremenljivko in prvim prediktorjem, ni statistično pomembne povezave, kar nam je onemogočilo izvedbo drugega koraka. Samoučinkovitost ni mediator med notranjim lokusom in prehrano.

4 RAZPRAVA

Namen magistrskega dela je bil prevesti multidimenzionalno lestvico lokusa kontrole na področju zdravja v slovenščino ter ugotoviti njegovo zanesljivost in veljavnost na slovenski populaciji.

4.1 DESKRIPTIVNI PODATKI

4.1.1 Udeleženci

Udeležence naše raziskave so v večini sestavljale predstavnice ženskega spola. Glede na podatke Statističnega urada Republike Slovenije je v Sloveniji več žensk kot moških, kar bi lahko razložilo razliko v naših rezultatih. Največ udeležencev je bilo starih od 18 do 25 let, najmanj pa je bilo tistih nad 51 let, kar bi bila lahko posledica načina objave ankete. Le ta je bila namreč objavljena na družabnem omrežju Facebook, kjer so dejavne večinoma mlajše osebe. Kljub temu je bilo kar 39 anketirancev starejših od 51 let. Glede izobrazbe so podatki prav tako skladni s podatki Statističnega urada Republike Slovenije (2018), kjer je dokumentirano, da ima največji delež slovencev dokončano srednjo strokovno ali srednjo splošno izobrazbo, kar se je pokazalo tudi v naših podatkih. Največji del udeležencev je namreč imel dokončano srednjo strokovno ali splošno šolo/gimnazijo in visokošolsko izobrazbo 1., 2. ali 3. stopnje. Glede na delovni status pa so v največji meri na anketo odgovarjali študenti. Ker je bila raziskava izvedena v okviru magistrskega dela, in objavljena na družabnem omrežju Facebook, smo to tudi pričakovali

4.1.2 Deskriptivni podatki multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja

V sklopu prevedenega vprašalnika multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole so se udeleženci med postavkami notranjega lokusa kontrole v večini odločali za odgovore nekoliko se strinjam, večinoma se strinjam ali pa popolnoma se strinjam. Najbolj so se strinjali s postavko: »Glavna stvar, ki vpliva na moje zdravstveno stanje, so moja dejanja oziroma to, kar sam naredim zase«, kjer je kar 92 % udeležencev odgovorilo v kategoriji strinjajočih se odgovorov in le 8 % v sklopu nestrinjajočih se odgovorov. Najmanjša razlika je bila pri postavki »Ko zbolim, sem za to kriv sam in nihče drug«, kjer je 44,2 % udeležencev odgovorilo s popolnoma se ne strinjam, večinoma se strinjam ali nekoliko se ne strinjam, 55 % udeležencev pa je odgovorilo z nekoliko se strinjam, večinoma se strinjam ali popolnoma se strinjam. Razlika v odgovorih anketirancev na omenjeni postavki notranjega lokusa kontrole bi lahko izhajala iz vsebine. Na primer postavka »Ko zbolim,

sem za to kriv sam in nihče drug« morda zveni nekoliko deterministično in ni prostora za naključja. Čeprav smo mnenja, da smo za bolezen v večji meri krivi sami, ker se nismo dovolj pazili, ni vedno tako in včasih res zbolimo, čeprav izvajamo vse možne preventivne ukrepe.

V okviru postavk, ki so preverjale zunanji lokus, in sicer dimenzijo usode/naključja, je večina udeležencev odgovarjala znotraj kategorije negativnih odgovorov – torej se s postavkami večkrat niso strinjali kot pa so se. Najbolj se niso strinjali s postavko: »Moje dobro zdravje je predvsem posledica sreče«, kjer je kar 73 % udeležencev odgovorilo s popolnoma se ne strinjam, večinoma se ne strinjam ali nekoliko se ne strinjam, 26 % pa spada v okvir strinjajočih se odgovorov. Najmanjša razlika med kategorijama se opazi pri postavki »Večina stvari, ki načnejo moje zdravje, se zgodijo po čistem naključju«, kjer je 61 % udeležencev odgovorilo v sklopu nikalne kategorije in 39 % v sklopu pritrdilne kategorije. Čeprav se udeleženci s postavkami dimenzije usode/naključja večinoma niso strinjali, obstajajo razlike med postavkami v povprečnih odgovorih. Ta bi bila lahko posledica vsebinskega razumevanja postavk oziroma bi lahko izhajala iz razumevanja besed, ki jih sestavljajo. V postavki »Moje dobro zdravje je predvsem posledica sreče«, se nahaja beseda sreča, medtem ko se v postavki »Večina stvari, ki načnejo moje zdravje, se zgodi po čistem naključju«, nahaja beseda naključje. V SSKJ je beseda sreča opredeljena tudi kot naključje, okoliščine, ki vplivajo na ugoden izid, potek česa. Vidimo torej, da imata besedi sreča in naključje podoben pomen, vendar pri ljudeh vzbudita drugačno konotacijo.

V okviru postavk, ki so preverjale zunanji lokus, in sicer dimenzijo pomembnih drugih, je večina udeležencev odgovarjala znotraj kategorije negativnih odgovorov, le pri postavki »Moje okrevanje po bolezni je odvisno predvsem od dobre skrbi, ki sem je deležen s strani ljudi okoli mene« je bilo obratno. Na to postavko je namreč nikalno odgovorilo 49,6 % anketirancev, pritrdilno pa nekoliko več, in sicer 50,4 %. Omenjena postavka prav tako predstavlja najmanjšo razliko med kategorijama, medtem ko je največjo razliko opaziti pri postavki: »Za svoje zdravje lahko naredim le to, kar mi reče moj zdravnik«. V okviru kategorije nikalnih odgovorov je odgovorilo kar 93,9 % udeležencev, v okviru pritrdilnih pa le 6,1 % udeležencev. Iz rezultatov je razvidno, da udeleženci večinoma niso mnenja, da je njihovo dobro zdravje odvisno od ljudi okoli njih. Družina in drugi pomembni ljudje lahko nekoliko vplivajo šele pri okrevanju, ko je bolezen že v poteku in preventiva ne pride več v poštev – več udeležencev je odgovorilo v sklopu strinjajočih se odgovorov. Ostale postavke se nanašajo na stanje pred boleznijo, ko še obstaja možnost, da z lastnimi preventivnimi dejanji preprečimo razvoj bolezni. Prav tako se je treba zavedati, da so udeleženci lahko imeli v mislih okrevanje po različno težkih boleznih. Okrevanje po resnejših in zahtevnejših boleznih je velikokrat res bolj odvisno od ljudi okoli nas, predvsem zdravnikov. Okrevanje je tako velikokrat proces, ki vsebuje optimizem pacienta ter podporo njegove družine, zdravstvenih delavcev in socialnih storitev (Jacob, 2015).

Iz tabele 5 lahko razberemo, da so se udeleženci v povprečju večinoma najbolj strinjali s postavkami notranjega lokusa kontrole, kar nakazuje, da imajo udeleženci naše raziskave večinoma izražen notranji lokus kontrole in so prepričani, da je zdravje odvisno od njih samih oziroma od tega, kaj zanj naredijo. Najmanj pa so se strinjali s postavkami zunanjega lokusa kontrole, in sicer z dimenzijo pomembnih drugih. Bolj so prepričani, da je zdravje odvisno od sreče oziroma naključij kot pa od tega, da ključ do zdravja leži v rokah zdravniškega osebja oziroma oseb, ki so ti blizu in ti lahko nudijo pomoč med okrevanjem.

4.1.3 Deskriptivni podatki lestvice samoučinkovitosti

Iz odgovorov na postavke lestvice samoučinkovitosti je razvidno, da so udeleženci pri vseh postavkah v večji meri izbirali odgovore v smeri večje učinkovitosti in so torej izbirali odgovore delno resnično ali resnično. Postavka, ki je na lestvici samoučinkovitosti za udeležence držala v največji meri, se glasi »Vedno uspem rešiti težave, če se le dovolj potrudim«. Pri omenjeni postavki je namreč kar 91,9 % anketirancev izbralo odgovor delno resnično ali resnično, le 8,1 % udeležencev pa je izbral odgovor neresnično ali komaj resnično. Najmanj neopredeljeni so bili udeleženci pri deseti postavki: »Karkoli mi pride na proti, obvladam brez večjih naporov«, kjer je 38 % udeležencev izbralo odgovor iz prve kategorije (neresnično ali komaj resnično) in 62 % udeležencev iz druge (delno resnično ali resnično).

Iz tabele 7 vidimo, da so se udeleženci naše raziskave v večji meri strinjali z vsemi desetimi postavkami, ki merijo splošno samoučinkovitost, kar nakazuje, da so prepričani v svojo sposobnost učinkovitega soočanja s težavami. Povprečni odgovori na posamezne postavke so podobni rezultatom, ki sta jih dobila Frelc in Vidmar (2001) v svoji preliminarni raziskavi merskih značilnosti lestvice samoučinkovitosti, ki sta jo izvedela na vzorcu 120 študentov. Kot naši udeleženci so se tudi študenti v omenjeni raziskavi v največji meri strinjali prav s postavko »Vedno uspem rešiti težave, če se le dovolj potrudim«.

4.1.3 Deskriptivni podatki Rokeachove lestvice vrednot

Rokeachova lestvica vrednot je razdeljena na dva dela: v prvem sklopu so udeleženci po pomembnosti razvrščali terminalne vrednote, v drugem pa instrumentalne. V obeh sklopih so torej morali vrednote razvrstiti po vrsti, od zanje najpomembnejših (1) do najmanj pomembnih (18). V prvem sklopu so, povprečno gledano, izmed vseh 18 stanj največjo pomembnost pripisali zdravju – psihičnemu in fizičnemu dobremu počutju, najmanj pomembna pa se jim je zdela vrednota enakost – enake priložnosti za vse. V drugem sklopu so, povprečno gledano, izmed vseh 18 lastnosti največjo pomembnost pripisali iskrenosti – biti odkrit z drugimi. Za, povprečno gledano, najmanj pomembno lastnost pa so izbrali poslušnost – biti skrben, ubogljiv in spoštljiv.

Čeprav različni avtorji vrednote kvalificirajo na drugačen način in tako obstaja veliko število različnih instrumentov, ki merijo vrednote, je zdravje ena izmed tistih vrednot, ki se znajdejo na vrhu pomembnosti skoraj vsake raziskave, tudi pri naši. Musek (2003) navaja, da je zdravje na prvem mestu med desetimi nacionalnimi vrednotami. V svojem diplomskem delu je Maroltova (2008) prišla do zaključka, da so ne glede na različnost generacij in kljub spremembam, ki se dogajajo v družbi, družina, zdravje, prijatelji in znanci, prosti čas in delo med prvimi petimi vrednotami, ki so državljanom Slovenije najpomembnejše. Kakovost posameznikovega življenja je namreč zelo povezana z njegovim zdravstvenim stanjem. Človekovo življenje opredeljuje kot vrednoto samo po sebi, ki mu omogoča, da je lahko v življenju dejaven, da uresničuje in dosega zastavljene cilje. V nasprotnem primeru, torej ob odsotnosti zdravja in prisotnosti bolezni, to pomeni onemogočanje uresničevanje navedenega (Hanžek in Turnšek, 1997).

V drugem sklopu so udeleženci po pomembnosti razvrstili instrumentalne vrednote. Rokeach instrumentalne vrednote opredeli kot preferenčne oblike obnašanja, ki nam pomagajo pri doseganju terminalnih vrednot (Rokeach, 1968, po Strader, 1993). Te vrednote torej niso same po sebi cilj, so pa pokazatelj vedenja ljudi na poti do določenega cilja oziroma terminalne vrednote. Udeleženci naše raziskave so največjo pomembnost pripisali temu, da si iskren oziroma odkrit z drugimi ljudmi okoli sebe, najmanjšo pomembnost pa so pripisali temu, da si poslušen, saj ima to nekoliko negativen prizvok. V SSKJ je poslušnost namreč definirana kot ubogljivost oziroma pokorščina, kar pa se ljudem v nekaterih primerih morda zdi preveč konformistično, v smislu, da se kot oseba velikokrat podrejaš drugim, ki so močnejši od tebe, oziroma da delaš nekaj, kar je proti tvoji volji. Čeprav poslušnost ni nujno negativni fenomen, pa izraz namiguje na neodvisnost in submisijo (Bocchiaro in Zamperini, 2011). Moramo pa se zavedati razlike med deklarirano in dejavno vrednoto. To, da nam na primer zdravje predstavlja pomembno vrednoto, še ni pogoj, da bomo v skladu z njo tudi dejansko ravnali (Musek, 2000, po Blejc, 2005).

4.1.3 Deskriptivni podatki vprašalnika o pogostosti fizične aktivnosti in uravnoteženi prehrani

V sklopu vprašalnika o pogostosti fizične aktivnosti in uravnotežene prehrane so udeleženci po večini nekoliko več izbirali odgovore znotraj prve kategorije; večkrat so torej obkrožali odgovora nikoli in včasih, zato sklepamo, da se priporočil o fizični aktivnosti in uravnoteženi prehrani ne držijo v tako veliki meri. Le pri tretjem, šestem in devetem vprašanju je bilo več odgovorov znotraj druge kategorije, torej odgovorov pogosto in vedno. Iz tega sklepamo, da se omenjenih postavk (3–5 obrokov na dan, priporočen vnos sladkorja, zmerno pitje alkohola in izvajanje zmerno intenzivne aerobne vadbe 150 minut na teden) udeleženci držijo nekoliko bolj kot drugih. Izmed omenjenih postavk se udeleženci še najbolj držijo smernice o zmernem pitju alkohola, kjer je le 23 % anketirancev obkrožilo odgovora iz prve kategorije (nikoli, včasih), kar 77 % pa jih je na vprašanje odgovorilo, da se postavke držijo pogosto ali vedno. Najmanj so se držali smernice o uporabi manj mastnih izdelkov, kjer je 61 % anketirancev odgovorilo z nikoli ali včasih in 38 % anketirancev s pogosto ali vedno. Najmanjša razlika med kategorijama je opazna pri vprašanju 12 – izvajanje aerobne vadbe 10 minut v kosu, kjer je 52 % anketirancev odgovorilo znotraj prve kategorije (nikoli ali včasih), 48 pa jih je obkrožilo odgovor pogosto ali vedno. Polovica anketirancev se torej omenjene postavke večinoma drži, polovica pa malo manj.

Za anketirance, povprečno gledano, v največji meri (deloma) velja, da se držijo priporočenega zmernega pitja alkohola. Naslednje postavke, ki se jih najbolj držijo, so priporočilo o dnevnem zaužitju 3–5 obrokov dnevno, priporočen dnevni vnos dodanega sladkorja – 6 čajnih žličk, priporočilo za osebe od 18. do 65. leta o zmerni ali intenzivni aerobni vadbi vsaj do 150 minut na teden in tako naprej. V najmanjši meri pa drži, da namesto polnomastnih izdelkov posegajo po izdelkih z nižjo vsebnostjo maščob, da se držijo smernic o ogljikovih hidratih in dnevnih energijskih potrebah, maščobah, priporočil Svetovne zdravstvene organizacije za vključenost zelenjave v najmanj treh dnevnih obrokih, priporočil za osebe od 18. do 65. leta o višji intenzivni aerobni vadbi vsaj do 75 minut na teden, priporočenih vnosov soli pri odraslem in tako naprej.

Udeleženci raziskave se, sklepajoč po podatkih, ne držijo najbolj striktno smernic, ki se nanašajo na uravnoteženost zdrave prehrane in pogostost fizične aktivnosti, kar se sklada z ugotovitvami drugih raziskav, ki prav tako navajajo, da se osebe premalo gibajo in slabo prehranjujejo (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015). Čeprav je največ anketirancev raziskave kot najpomembnejšo vrednoto izpostavilo prav zdravje, je na vprašalnik o pogostosti fizične aktivnosti in prehrane večji del anketirancev odgovarjal z nikalnimi odgovori in se tako priporočil držijo v manjši meri. Najbolj se držijo postavke o zmernem pitju alkohola. Ker večina ljudi po alkoholu posega med vikendom, se jim morda zdi, da če alkohol uživajo le takrat, pa čeprav v večjih količinah, to še vedno velja za zmerno konzumiranje alkoholnih pijač. Po drugi strani pa je raziskava Z zdravjem povezan življenjski slog, ki je trajala med letoma 2001 in 2008, opazila trend zmanjševanja uživanja alkohola, predvsem več je oseb, ki abstininirajo, in manj čezmernih pivcev, medtem ko delež manj tveganih oziroma zmernih pivcev ostaja enak (Lovrečič in Lovrečič, 2014). Več anketirancev kot manj se prav tako drži postavke o zaužitju od treh do petih obrokov na dan, čeprav raziskave kažejo, da veliko Slovencev še vedno uživa le dva obroka ali manj (Ribič, Maučec Zakotnik, Kranjc in Šerona, 2012). Pogosto oziroma vedno pazijo tudi na količino dodanega sladkorja in se držijo priporočila o izvajanju zmerno intenzivne aerobne vaje 150 minut na teden. Za razliko od drugih oblik fizične aktivnosti je ta najbrž najpogostejša, saj je lažja od intenzivne oblike (ni prezahtevna) in enostavnejša od treninga za mišice, zato se zanjo odloči največ ljudi. Drugih postavk pa se večji del anketirancev drži v manjši meri; najmanj se držijo postavke o uporabi manj mastnih izdelkov. Raziskave v sklopu Z zdravjem povezanega sloga so prav tako pokazale, da Slovenci še vedno jedo veliko maščob, predvsem tistih, ki so za zdravje škodljive (Ribič, Maučec Zakotnik, Kranjc in Šerona, 2012).

4.1 ANALIZA HIPOTEZ

4.2.1 Lokus kontrole in fizična aktivnost

Prva in druga hipoteza v magistrskem delu se glasita: »Posamezniki z notranjim lokusom kontrole, se bodo pogosteje ukvarjali s fizično aktivnostjo od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija naključja)« in »Posamezniki z notranjim lokusom kontrole se bodo pogosteje ukvarjali z fizično aktivnostjo od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija pomembnih drugih)«.

Teorija lokusa kontrole na področju zdravja namreč predpostavlja, da je visok notranji lokus kontrole povezan z zdravim načinom življenja oziroma z vedenji, ki varujejo naše zdravje, medtem ko je zunanji lokus kontrole povezan z manjšim izvajanjem omenjenih vedenj (Helmer, Krämer in Mikolajczyk, 2012). Raziskave, ki so proučevale povezanost lokusa kontrole s fizično aktivnostjo, so sicer nekoliko neenotne (Cohen in Azaiza, 2007), vendar jih je veliko prišlo do podobnih zaključkov kot v naši raziskavi.

Kot lahko razberemo iz analize povezanosti oziroma Spearmanovega koeficienta korelacije iz tabele 24, obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost ($p = 0,043 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo fizično aktivnost posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole. Torej se z večanjem notranjega lokusa kontrole, povečuje tudi fizična aktivnost posameznika. Prav tako pa ravno obratno obstaja tudi statistično značilna negativna šibka povezanost ($p = 0,005 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo fizično aktivnost, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole (obe dimenziji naključja in pomembnih drugih združeni skupaj). Z večanjem zunanjega lokusa kontrole se znižuje fizična aktivnost posameznika. Če dimenziji usode/naključja in pomembnih drugih obravnavamo posebej (tabela 25), vidimo, da obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med spremenljivkami, ki merijo fizično aktivnost posameznika, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole, natančneje dimenzije usode/naključja ($p = 0,004 < 0,05$) in dimenzije pomembnih drugih ($p = 0,029 < 0,05$). Z večanjem dimenzije naključja in pomembnih drugih se zmanjšuje fizična aktivnost posameznika.

Osebe, ki imajo bolj izražen notranji lokus kontrole, se bolj držijo priporočil o pogostosti fizične aktivnosti in tako pogosteje kot osebe z notranjim lokusom kontrole obeh dimenzij izvajajo zmerno intenzivno aerobno vadbo vsaj 150 min na teden, izvajajo višje intenzivno aerobno vadbo vsaj 75 minut na teden, dvakrat na teden izvajajo vaje, ki krepijo mišice, ter izvajajo aerobno aktivnost vsaj 10 minut v enem kosu. V skladu s teorijo je to logičen sklep, saj bodo osebe z notranjim lokusom kontrole imele razvitejši občutek, da morajo za svoje zdravje same poskrbeti, fizična aktivnost pa k dobremu zdravju bistveno prispeva. Sicer so Norman, Bennett, Smith in Murphy (1997) v svoji študiji, kjer so na populaciji odraslih ljudi proučevali povezanost lokusa kontrole na področju zdravja z izvajanjem priložnostne fizične aktivnosti, prav tako ugotovili pozitivno povezanost med fizično aktivnostjo in notranjim lokusom kontrole ter negativno povezanost med zunanjim lokusom kontrole (obe dimenziji) in fizično aktivnostjo, kar se sklada tudi z našimi rezultati in prvima dvema hipotezama, ki ju posledično lahko potrdimo.

4.2.1 Lokus kontrole in uravnotežena prehrana

Tretja in četrta hipoteza se glasita: »Posamezniki z notranjim lokusom kontrole bodo bolj pazili na prehrano od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija naključja)« in »Posamezniki z notranjim lokusom kontrole bodo bolj pazili na prehrano od posameznikov z zunanjim lokusom kontrole (dimenzija pomembnih drugih)«.

Kot na področju lokusa kontrole in fizične aktivnosti so tudi študije, ki proučujejo povezanost lokusa kontrole na področju zdravja s prehrano neenotne (Cohen in Azaiza, 2007). V našem primeru lahko iz Spearmanovega koeficienta korelacije iz tabele 26 razberemo, da obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost ($p = 0,048 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole. Torej se z večanjem notranjega lokusa kontrole povečuje tudi zdrava prehrana posameznika. Obratno se sicer nakazuje tudi negativna šibka povezanost med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole (dimenziji naključja in pomembnih drugih združeni skupaj).

Vendar pa ta negativna šibka povezanost ni statistično značilna ($p = 0,125 > 0,05$). Ko smo dimenziji usode/naključja in pomembnih drugih obravnavali posebej (tabela 27), smo ugotovili, da obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje posameznika, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole, natančneje dimenzije usode/naključja ($p = 0,042 < 0,05$). Z večanjem dimenzije naključja se zmanjšuje zdravo prehranjevanje posameznika. Sicer se nakazuje tudi negativna šibka povezanost med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole dimenzije pomembnih drugih, vendar pa ta negativna šibka povezanost ni statistično značilna ($p = 0,532 > 0,05$).

Bennet, Moore, Smith, Murphy in Smith (1994) so v svoji raziskavi prišli do podobnih rezultatov, kjer so uspeli dokazati statistično pomembno pozitivno korelacijo med notranjim lokusom kontrole in bolj uravnoteženo prehrano. Prav tako so pomembno pozitivno korelacijo našli med zunanjim lokusom kontrole – dimenzijo usode/naključja in med izbiro manj zdravih živil, medtem ko je dimenzija pomembnih drugih prinesla mešane rezultate. Iz podatkov lahko sklepamo, da se osebe z notranjim lokusom kontrole v večji meri držijo priporočil, ki se nanašajo na zdravo prehranjevanje, od oseb z zunanjim lokusom kontrole. Prepričanje o tem, da si kot oseba sam odgovoren za svoje zdravstveno stanje, vodi do bolj uravnotežene prehrane in posledično vpliva na zmanjšanje tveganja za nastanek raznih bolezni, ki so posledica nezdrave hrane. Čeprav negativna povezava med uravnoteženo prehrano in zunanjim lokusom kontrole – dimenzijo pomembnih drugih ni bila statistično pomembna, še vedno lahko sklepamo, da obe dimenziji zunanjega lokusa kontrole vodita do tega, da se osebe prehranskih priporočil ne držijo v tako veliki meri kot osebe z notranjim lokusom kontrole. Na podlagi rezultatov lahko tudi drugi dve hipotezi potrdimo.

4.2.1 Korelacija med notranjim lokusom kontrole in samoučinkovitostjo

Peta hipoteza se glasi: »Notranji lokus kontrole bo pozitivno koreliral s samoučinkovitostjo.« Z njo smo, kot pri prvih štirih hipotezah, preverjali konstruktno veljavnost prevedene lestvice. Določena lestvica ali vprašalnik je namreč konstruktno veljavna, če uspemo dokazati povezavo med konstruktom, ki ga merimo v omenjeni lestvici, in podobnim konstruktom, za katerega pričakujemo, da bi morala pozitivno korelirati. V našem primeru sta to notranji lokus kontrole in samoučinkovitost. Čeprav se lokus kontrole nanaša na generalizirana pričakovanja posameznika o tem, ali je njegovo zdravje odvisno od njega samega ali zunanjih dejavnikov, samoučinkovitost pa na prepričanja posameznika o njegovi sposobnosti, da izvede določena dejanja, ki vodijo do dobrega zdravja (Strecher, DeVillis, Becker in Rosenstock, 1986), sta konstrukta med seboj povezana (Machado, Telles, Costa-Silva in Baretto, 2015). Raziskave so namreč prav tako pokazale, da sta tako notranji lokus kontrole kot samoučinkovitost pozitivno povezana z izvajanjem zdravju koristnih vedenj (Abusabha in Achterberg, 1997). Ker sta konstrukta med seboj podobna, vendar ne identična, smo pričakovali, da bosta med seboj korelirala, vendar ta povezanost ne bo previsoka. Kot lahko razberemo iz Spearmanovega koeficienta korelacije iz tabele 28, obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost ($p = 0,000 < 0,05$) med spremenljivkami, ki merijo samoučinkovitost posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole. Torej se z večanjem notranjega lokusa kontrole povečuje

tudi samoučinkovitost posameznika. Osebe, ki so prepričane, da je zdravje odvisno od njih samih, so tudi bolj prepričane v svojo sposobnost, da izvedejo določeno dejanje, ki vodi do izboljšanja zdravstvenega stanja. Na osnovi rezultatov, ki nakazujejo pozitivno povezanost med notranjim lokusom kontrole in samučinkovitostjo, lahko zastavljeno hipotezo potrdimo.

4.2.2 Analiza vprašalnika

4.2.1.1 Zanesljivost

Šesta hipoteza se glasi: »Slovenska priredba lestvice bo imela primerljiv koeficient zanesljivosti kot originalna angleška lestvica.« Z njo smo preverjali zanesljivost prevedene multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole.

Iz tabele 13 je razvidno, da koeficient zanesljivosti za postavke notranjega lokusa kontrole znaša 0,671, medtem ko za postavke zunanjega lokusa kontrole zanesljivost znaša 0,737, kar nakazuje šibko zanesljivost (tabela 19). Kljub temu lahko na podlagi literature vidimo, da je rezultat primerljiv z rezultati drugih študij, ki so merile zanesljivost originalne lestvice. V splošnem se koeficient zanesljivosti namreč giblje v rangi med 0,60 in 0,75 (Wallston, 2005), kar se sklada z našim rezultatom.

V sklopu postavk, ki merijo konstrukt notranjega lokusa kontrole, bi se morali osredotočiti predvsem na postavki »Ko zbolim, je moje vedenje tisto, ki določa, kako hitro se bom pozdravil« ($r = 0,660$) in »Ko zbolim, sem za to kriv sam in nihče drug« ($r = 0,656$), saj bi se v tem primeru zanesljivost nekoliko povečala. Razlog je lahko v prevodu postavk, saj se lahko zgodi, da se v prevedeni postavki izgubi prvotni pomen, ki ga je ta imela v originalnem jeziku. Proces prevajanja je namreč odvisen od mnogih jezikovnih značilnosti, kot so slovnica, kontekst in kultura, ki so v različnih jezikih drugačni (Khalifa, 2015). Postavki bi tako morali poskusiti preoblikovati ali pa ju odstraniti, saj morda kljub spremembi ne merita konstrukta notranjega lokusa kontrole v takšni meri kot druge postavke.

Zanesljivost vprašalnika bi bila prav tako nekoliko višja, če bi odstranili prvo postavko: »Če sem tik pred tem, da bom zbolel, bom zbolel, ne glede na to, kaj naredim« ($r = 0,742$) in drugo postavko: »Najboljši način, da se izognem bolezni, je ta, da redno hodim na preglede k svojemu zdravniku« ($r = 0,740$), ki merita zunanji lokus kontrole, in sicer obe dimenziji skupaj. Tudi tukaj bi bilo morda dobro, da bi postavki poskušali preurediti in nato še enkrat testirati zanesljivost ali pa ju odstranili iz vprašalnika.

V magistrskem delu smo posebej preverili še zanesljivost postavk obeh dimenzij notranjega lokusa kontrole in ugotovili, da imajo postavke, ki merijo dimenzijo pomembnih drugih, nekoliko večjo zanesljivost od postavk dimenzije usode/naključja (dimenzija pomembnih drugih – 0,716, dimenzija usode/naključja – 0,716). Podatki ločenih analiz dimenzij zunanjega lokusa kontrole so tako pokazali, da bi se v sklopu dimenzije pomembnih drugih morali osredotočiti še na postavko »Moja družina ima veliko vlogo pri tem, ali bom v določenem trenutku zbolel ali ne«, saj se zanesljivost poveča iz 0,716 na 0,723. Kot v prejšnjih primerih bi morali tudi to postavko poskusiti preoblikovati ali jo enostavno izpustiti iz lestvice.

4.2.1.1 Korelacije med postavkami

Če postavke merijo isti konstrukt, je pričakovano, da bodo korelacije med njimi relativno visoke. Iz tabele 21, ki prikazuje korelacije med postavkami notranjega lokusa kontrole, je razvidno, da se korelacije med postavkami gibljejo med 0,092 in 0,558, torej od neznatne do zmerne povezanosti. Najnižja korelacija je bila med prvo postavko: »Ko zbolim, je moje vedenje tisto, ki določa, kako hitro se bom pozdravil« in tretjo postavko: »Ko zbolim, sem za to kriv sam in nihče drug«. Nekoliko višja, a še vedno zelo nizka je bila korelacija med prav tako prvo postavko: »Ko zbolim, je moje vedenje tisto, ki določa, kako hitro se bom pozdravil« in drugo postavko: »Sam kontroliram svoje zdravje«. Iz tabele je razvidno, da se najnižje korelacije pojavljajo predvsem takrat, ko je v igri prva postavka, kar bi torej lahko nakazovalo, da ne meri istega konstrukta, v našem primeru notranjega lokusa kontrole, kot druge postavke. V sklopu izračunov za zanesljivost prevedene lestvice smo prav tako ugotovili, da bi zanesljivost omenjene lestvice bila nekoliko večja, če bi odstranili prvo postavko, ki meri notranji lokus kontrole, kar bi lahko bila posledica neustreznega prevoda.

Korelacije med postavkami, ki merijo zunanji lokus kontrole – dimenzijo usode/naključja, so pozitivne (tabela 22), le korelacija med prvo in tretjo postavko je rahlo negativna ($r = -0,038$), a ni statistično pomembna. Najvišja korelacija je med tretjo postavko: »Sreča igra pomembno vlogo pri tem, kako hitro bom okreval po bolezni« in četrto: »Moje dobro zdravje je predvsem posledica sreče«. Najnižje pa korelirata postavki: »Če sem tik pred tem, da bom zbolel, bom zbolel, ne glede na to, kaj naredim« in »Moje dobro zdravje je predvsem posledica sreče«. Če se ozremo nazaj, kjer smo preverjali zanesljivost vprašalnika, ugotovimo, da bi bila zanesljivost lestvice višja, če bi odstranili postavko: »Če sem tik pred tem, da bom zbolel, bom zbolel, ne glede na to, kaj naredim«, pri kateri smo sedaj izračunali dve najnižji korelaciji. To nakazuje, da morda omenjena postavka ne meri konstrukta zunanjega lokusa kontrole, in sicer dimenzije usode/naključja.

Pri dimenziji pomembnih drugih pa vse postavke med seboj korelirajo pozitivno (tabela 23). Najvišja korelacija obstaja med postavkama: »Vsakič, ko se ne počutim dobro, bi se moral takoj posvetovati z zdravnikom« in: »Moje okrevanje po bolezni je odvisno predvsem od dobre skrbi, ki sem je deležen s strani ljudi okoli mene«. Najnižja korelacija obstaja med postavkama: »Najboljši način, da se izognem bolezni, je ta, da redno hodim na preglede k svojemu zdravniku« in »Moja družina ima veliko vlogo pri tem, ali bom v določenem trenutku zbolel ali ne«. Za ti postavki smo tudi ugotovili, da bi bila zanesljivost lestvice večja, če bi ju odstranili, kar nakazuje, da morda ne merita zunanjega lokusa kontrole – dimenzije pomembnih drugih v taki meri kot druge spremenljivke istega sklopa.

Korelacijsko analizo smo naredili tudi med posameznimi dimenzijami lokusa kontrole. Glede na literaturo bi se moral notranji lokus kontrole zmerno in negativno povezovati z dimenzijo zunanjega lokusa kontrole, in sicer dimenzijo usode/naključja, ter ortogonalno povezovati z dimenzijo pomembnih drugih (Wallston, Wallston in DeVillis, 1978). Iz tabele 24 je razvidno, da je bil v naši študiji korelacijski koeficient med dimenzijo pomembnih drugih in dimenzijo usode/naključja pozitiven in statistično pomemben, med notranjim lokusom kontrole in obema dimenzijama zunanjega lokusa kontrole pa negativen in prav tako statistično pomemben. Razlike gre spet lahko pripisati prevodu, saj smo videli, da nekatere postavke med seboj nizko korelirajo in bi se ob njihovi odstranitvi zanesljivost lestvice zvišala.

Kljub temu pa je zanesljivost celotne lestvice še vedno zadovoljiva in primerljiva z zanesljivostjo, ki so jo dobile druge raziskave. Na podlagi tega lahko zaključimo, da je vprašalnik zmerno zanesljiv, bi ga pa bilo pred naslednjo aplikacijo smiselno še enkrat pregledati in morda nekoliko popraviti postavke, katerih odsotnost bi zanesljivost dvignile. Ker obstajata dve različici multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole in ker nekatere študije kažejo, da lestvici kljub vsemu nista enakovredni (Ross in drugi, 2015, po Kassioanos, Symeou in Iannou, 2016), bi bilo prav tako smiselno prevesti še različico B omenjene lestvice in ugotoviti, ali so njene psihometrične lastnosti boljše od različice A, ki smo jo uporabili v naši raziskavi.

4.2.1 Moderatorski vpliv vrednotenja zdravja in samoučinkovitosti

Sedma hipoteza se glasi: »Notranji lokus kontrole bo ob višjem vrednotenju zdravja in višji samoučinkovitosti bolje napovedoval fizično aktivnost in zdravo prehranjevanje.«

Iz tabel 30 in 31 je razvidno, da je notranji lokus kontrole le šibek napovednik izvajanja fizične aktivnosti in zdrave oziroma uravnotežene prehrane. Pogostost fizične aktivnosti pojasni s 6,7 %, uravnoteženo prehrano pa z 9,9 %. Dobljeni rezultati se tako skladajo z ugotovitvami številnih raziskav, ki so prišle do zaključka da je lokus kontrole šibek napovednik izvajanja vedenj, povezanih z zdravjem (Norman idr. 1998, v Grotz, Hapke, Lampert in Baumeister, 2011; Grotz, Hapke, Lampert in Baumeister, 2011). Taki rezultati so morda povezani z dejstvom, da so prepričanja o lokusu kontrole le eden izmed vidikov, ki so pomembni pri napovedovanju vedenj, ki koristijo zdravju, oziroma da ta prepričanja delujejo v povezavi z drugimi konstrukti (Baumeister in Bengel, 2007, po Grotz, Hapke, Lampert in Baumeister, 2011). Čez leta se je namreč oblikovalo veliko različnih modelov zdravja, ki ne vsebujejo le ene napovedne spremenljivke, temveč navajajo, da je zdravje odvisno od velikega števila prepletenih dejavnikov. Lokus kontrole je tako le eden izmed konstruktov, izpeljan iz socialne teorije učenja, ki naj bi poleg drugih dejavnikov vplival na vedenja posameznikov, ki so povezana z zdravjem. Model prepričanja v zdravje, ki je eden izmed najbolj znanih modelov zdravja, kot dejavnike, ki vodijo v vedenja, povezana z zdravjem, na primer navaja zaznano občutljivost za neko bolezen, zaznano resnost te bolezni, zaznane pozitivne posledice, če se nekega preventivnega vedenja lotimo, in ovire, ki se pri tem pojavijo, namige za akcijo ter samoučinkovitost. Modelu se prav tako pogosto dodaja še dejavnik vrednosti zdravja, ki ga ima ta za posameznika (Armitage in Connor, 2000). Na drugi strani pa teorija načrtovanega vedenja poudarja naslednje dejavnike: stališča do vedenja, subjektivno normo, zaznano kontrolo in vedenjsko nameru, ki skupaj vplivajo na vedenje. Kot je razvidno iz zapisanega, je lokus kontrole le eden izmed številnih dejavnikov, ki lahko pri posamezniku igrajo vlogo pri izvajanju ali neizvajanju določenega vedenja. Tudi avtor multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja priznava, da je lokus kontrole le ena izmed številnih variabel znotraj vzročne verige in da lahko drugi modeli bolje razložijo varianco v vedenjih, povezanih z zdravjem (Wallston 1991, po Bennet, Moore, Smith, Murphy in Smith, 1994).

Lokus kontrole na področju zdravja je v literaturi največkrat povezan z vrednotenjem zdravja in samoučinkovitostjo. Ta namreč navaja, da ljudje, ki višje cenijo svoje zdravje, izvajajo več preventivnih vedenj oziroma vedenj, ki izboljšujejo njihovo zdravje (Wallston, 2005). Prav tako kot vrednotenje zdravja naj bi bil mediator med lokusom kontrole in izvajanjem vedenj, ki koristijo zdravju, tudi konstrukt samoučinkovitosti

(Wallston, 2005). Na podlagi tega smo se odločili, da preverimo še mediatorski vpliv omenjenih konstruktov. Mediacija predstavlja ugotavljanje, kako neka tretja spremenljivka vpliva na povezavo med drugima dvema spremenljivkama. Čeprav se proces morda zdi enostaven, ni tako. Ugotavljanje mediatorske povezave je zelo težko, saj obstaja veliko drugih predpostavk, s katerimi lahko razložimo vpliv neke spremenljivke na povezavo med drugimi, ki pa ni nujno mediatorski vpliv (MacKinnon, Fairchild in Fritz, 2007).

V raziskavi smo ugotovili, da vrednotenje zdravja in samoučinkovitost ne igrata vloge mediatorja med notranjim lokusom kontrole in fizično aktivnostjo ter zdravo prehrano, zato sedme hipoteze ne moremo potrditi. Rezultati so lahko posledica že omenjenega ogromnega števila dejavnikov, ki bi lahko vplivali na izvajanje fizične aktivnosti in uživanje bolj zdrave prehrane. Morda bi morali v povezavi z lokusom kontrole testirati druge dejavnike, ki bi lahko prinesli drugačne rezultate. Kot že omenjeno, obstaja razlika med deklarirano in dejavno vrednoto, ki jo moramo upoštevati pri interpretaciji (Musek, 2000, po Blejc, 2005). Čeprav je posameznik pri razvrščanju vrednot zdravje postavil na prvo mesto, to še ne pomeni, da bo v skladu z njo tudi ravnal. Torej se bo kljub temu, da zdravju pripisuje veliko pomembnost, še vedno slabo prehranjeval ali pa manj fizično udeleževal, kar lahko vpliva na dobljene rezultate. V magistrskem delu smo uporabili lestvico splošne samoučinkovitosti. Splošna samoučinkovitost meri širši in stabilen občutek posameznika o njegovi sposobnosti soočenja z različnimi stresnimi situacijami. Gre za prepričanje o svoji samoučinkovitosti na različnih življenjskih področjih. V nasprotju s splošno samoučinkovitostjo pa se specifična samoučinkovitost nanaša na točno določeno vedenje. Tako je lahko posameznik prepričan o svoji sposobnosti, da je kos temu, da redno izvaja fizično aktivnost, medtem ko je nekoliko manj prepričan v svojo samoučinkovitost glede zdravega prehranjevanja (Mohorič, 2016). Za področje prehrane in fizične aktivnosti so tako že bile razvite lestvice samoučinkovitosti, ki se nanašajo na vedenja, povezana z omenjenima konstruktoma (Schwarzer in Renner, 2005). Čeprav veliko raziskovalcev trdi, da je splošna učinkovitost boljši napovedovalec izida dejavnosti kot specifična ter da sta med seboj povezani in delujeta na komplementaren način, bi lahko uporaba vprašalnikov specifične samoučinkovitosti prinesla drugačne rezultate (Grau, Salanova, Peiro, 2001).

5 SKLEPI

Namen magistrskega dela je bil prevesti in prirediti multidimenzionalno lestvico lokusa kontrole na področju zdravja ter ugotoviti njene psihometrične značilnosti. V okviru raziskave smo oblikovali sedem hipotez, ki smo jih statistično preverili. Rezultati, ki smo jih dobili, se večinoma skladajo s predhodno literaturo. Najpomembnejše vidike raziskave je mogoče strniti tako:

- 1) Med notranjim lokusom kontrole in pogostejšim ukvarjanjem s fizično aktivnostjo obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost. Prav tako obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med spremenljivkami, ki merijo fizično aktivnost, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole (obe dimenziji). Iz prvih dveh ugotovitev je tako možno sklepati, da se osebe z notranjim lokusom kontrole več fizično udeležujejo, kar se sklada s predhodno literaturo.
- 2) Med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje posameznika, in spremenljivkami, ki merijo notranji lokus kontrole, obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost. Med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje in zunanji lokus kontrole, in sicer dimenzijo usode, obstaja šibka negativna povezanost. Šibka negativna povezanost se nakazuje tudi med spremenljivkami, ki merijo zdravo prehranjevanje, in spremenljivkami, ki merijo zunanji lokus kontrole, in sicer dimenzijo pomembnih drugih, vendar pa ta šibka negativna povezanost ni statistično značilna. Kljub temu lahko zaključimo, da se osebe z notranjim lokusom kontrole bolj uravnoteženo prehranjujejo od oseb z zunanjim lokusom kontrole, predvsem od tistih z dimenzijo usode/naključja.
- 3) Notranji lokus kontrole pozitivno korelira s konstruktom samoučinkovitosti, kar nakazuje konstruktno veljavnost prevedene lestvice. Konstruktno veljavnost smo preverjali tudi prek ugotavljanja povezanosti med dimenzijami lokusa kontrole in izvajanjem fizične aktivnosti ter uravnoteženo prehrano. Rezultati tudi tukaj potrjujejo, da je lestvica konstruktno veljavna.
- 4) Ocene zanesljivosti prevedene lestvice so primerljive z zanesljivostjo originalne lestvice.
- 6) Čeprav je veliko raziskav potrdilo, da notranji lokus kontrole ob višjem vrednotenju zdravja in višji samoučinkovitosti bolje napoveduje fizično aktivnost in zdravo prehranjevanje, v naši raziskavi tega nismo mogli potrditi.

Raziskava predstavlja pomemben prispevek na področju zdravstvene psihologije, kjer je cilj pridobiti boljši vpogled in boljše razumevanje dejavnikov, ki vedenje napovedujejo in ga vzdržujejo. Eden izmed takšnih konstruktov je tudi lokus kontrole na področju zdravja, ki je po svetu že precej raziskan, v Sloveniji pa lestvica, ki ga preverja, do sedaj še ni bila prevedena in njene psihometrične značilnosti še niso bile testirane. Največji prispevek pričujočega magistrskega dela je torej v prevodu in priredbi multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole na področju zdravja, ki jo lahko uporabimo za ugotavljanje lokusa kontrole posameznika in tako boljše razumemo njegova dejanja, povezana z zdravjem. V raziskavi smo prav tako zajeli veliko število anketirancev in s tem ugotovili stanje Slovencev na področju lokusa kontrole, samoučinkovitosti in vrednot. Prav tako smo pridobili vpogled v

čas, ki ga Slovenci namenijo fizični aktivnosti, in v to, kako se držijo smernic glede uravnotežene prehrane. Podatke, ki smo jih pridobili, lahko uporabimo za primerjavo v nadaljnjih raziskavah o lokusu kontrole na področju zdravja v Sloveniji. Čeprav smo uspeli dokazati veljavnost in zanesljivost multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole, bi bilo pred uporabo lestvice smiselno še enkrat pregledati in morda nekoliko popraviti postavke, katerih odsotnost bi zanesljivost dvignile. Ker obstajata dve različici multidimenzionalne lestvice lokusa kontrole in ker nekatere študije kažejo, da lestvici kljub vsemu nista enakovredni, bi bilo smiselno prevesti še različico B omenjene lestvice in ugotoviti, ali so njene psihometrične lastnosti boljše od različice A, ki smo jo uporabili v naši raziskavi.

6 VIRI

Abushaba, R. in Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition-and health-related behavior. *Journal of American Dietetic Association*, 97 (10), 1122–1132.

Allen, L. H. in Gillespie, S. R. (2001). *What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions*. Manila: Asian Development Bank.

Amzat, J. in Razum, O. (2014). Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. V *Medical Sociology in Africa*. Switzerland: Springer International Publishing.

Ansari, W. E., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S ... Mabhala, A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Cent Eur J Public Health*, 19 (4), 197–204.

Armitage, C. J. in Connor, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15 (2), 173–189.

Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory. V R. Vasta (ur.), *Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development* (str. 1–60). Greenwich, CT: JAI Press. Pridobljeno
12. 8. 2018 s <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989ACD.pdf>

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Worth Publishers.

Bennet, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S. in Smith, C. (1994). Health Locus Of Control And Value For Health As Predictors Of Dietary Behaviour. *Psychology and Health*, 10 (1), 41–54.

Bennet, P., Norman, P., Moore, L. in Murphy, S. (1997). Health Locus of Control and Value for Health in Smokers and Nonsmokers. *Health Psychology*, 16 (2), 179–182.

Blejc, U. (2005). Monografija revije Zdravje (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Bocchiaro, P. in Zamperini, A. (2011). Conformity, Obedience, Disobedience: The Power of the Situation. V Rossi Gina (ur.), *Psychology - Selected Papers*, 276–294. Reka: InTech Europ.

Bulc, M. (2010). *V skrbi za vaše zdravje. Telesna dejavnost za zdravje*. Novo mesto: Krka, d. o. o. Pridobljeno s https://www.krka.biz/media/doc/si/vsvz/2012/3487_2010-10640_tesna_dejavnost_za_zdravje_booklet_si_internet.pdf

Carek, P. J., Laibstain, S. E. in Carek, S. M. (2011). Exercise For The Treatment of Depression And Anxiety. *Int'l. J. Psychiatry in medicine*, 41 (1), 15–28.

Cheng, C., Cheung, M. W.-L. in Lo, B. C. Y. (2016). Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of Moderators. *Health Psychology Review*, 10 (4), 460–477.

Cobb-Clark, D. A., Kassenboehmer, S. C. in Schurer, S. (2012). *Healthy Habits: The Connection between Diet, Exercise, and Locus of Control* (IZA Discussion Paper No. 6789). Pridobljeno iz: The Institute for the Study of Labor: <http://ftp.iza.org/dp6789.pdf>

Cohen, M. in Azaiza, F. (2007). Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. *Ethnicity & Disease*, 17, 636–642.

Conner, M. T. (2002). Health Behavior. Pridobljeno 13. 11. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/266862660_Health_Behaviors

Engel, G. L. (1981). The Clinical Application of The Biopsychosocial Model. *The Journal of Medicine Philosophy*, 6, 101–123.

Fesel Martinčević, M. (2004). Samoučinkovitost v kontekstu organizacijske psihologije. *Psihološka obzorja*, 13 (3), 77–106.

Frelec, Š in Vidmar, G. (2001). Preliminarna študija merskih značilnosti Lestvice samoučinkovitosti. *Psihološka obzorja*, 10 (1), 9–25.

Gabrijelčič Blenkuš, M. in Kuhar, D. (2009). Prehranjevalne navade in prehranski status - pregled stanja v Sloveniji in svetu. V Gabrijelčič Blenkuš, M. (ur.), *Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja* (str. 9–25). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Grau, R., Salanova, M. in Peiro, J. M. (2001). Moderator Effects of Self Efficacy on Occupational Stress. *Psychology in Spain*, 5 (1), 63–74.

Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T. in Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health and Medicine*, 16 (2), 129–140.

Halpert, R. in Hill, R. (2011). *The Locus of Control Construct's Various Means of Measurement: A researcher's guide to some of the more commonly used Locus of Control scales*. Beach Haven, NJ: Will to Power Press.

Hanžek, M in Turnšek, N. (1997). Življenjski slog in umrljivost v evropskih državah. *Družboslovne razprave*, 13 (24/25), 118-132.

Havelka, M., Lučanin, J. D. in Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium Antropologicum*, 33 (1), 303–310.

Hausenblas, H. E. in Fallon, E. (2006). Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 21 (1), 33–47.

Helmer, S. M., Krämer, A. in Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-Related Locus Of Control And Health Behaviour Among University Students In North Rhine Westphalia, Germany. *Bmc Research Notes*, 5 (703).

Hočevar Grom, A. (2009). Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. V Gabrijelčič Blenkuš, M. (ur.), *Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. [Predgovor] Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Huble, A. M. in Wagner, S. (2004). Using Alternate Forms of The Multidimensional Health Locus of Control Scale: Caveat Emptor. *Social Indicator Research*, 65 (2), 167–186.

Jacob, K. S. (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian J Psychol Med.*, 37 (2), 117–119.

Juárez, F. in Contreras, F. (2008). Psychometric Properties of the General Self-Efficacy Scale in a Colombian Sample. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2), 6–12.

Kassianos, A. P., Symeou, M. in Ioannou, M. (2016). The health locus of control concept: Factorial Structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Health Psychology Open*, 3 (2), 1–10.

Kelland, M. (2015). *Personality Theory in a Cultural Context*. Pridobljeno 3. 2. 2019 s <http://cnx.org/content/col11901/1.1/>.

Khalifa, E. M. (2015). Problems In Translating English and Arabic Languages' Structure: A Case Study of Efl Saudi Students In Shaqra University. *European Journal of English Language and Literature Studies*, 3 (4), 22–34.

Koch, V. in Kostanjevec, S. (2007). Prehranska priporočila, prehranski pojmi in zdravo prehranjevanje. V Posvetovanje Varna in zdrava hrana na mizi potrošnika, 115–124. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Kurt, A. S. (2015). The Relationship between Healthy Lifestyle Behaviors and Health Locus of Control among Nursing and Midwifery Students. *American Journal of Nursing Research*, 3 (2), 36–40.

Lau, R. R. (1982). Origins of Health Locus of Control Beliefs. *Journal of Personality And Social Psychology*, 42 (2), 322–334.

Lau, R. R. (1988). Beliefs About Control And Health Behavior. V Gochman, D. S. (ur.), *Health Behavior. Emerging Research Perspectives* (str. 43–60). New York: Plenum Press.

Lau, R. R., Hartman, K. A. in Ware, J. E. (1986). Health As a Value: Methodological and Theoretical Considerations. *Health Psychology*, 5 (1), 25–43.

Levenson, H. (1981). Differentiating Among Internality, Powerful Others and Chance. V Lefcourt, H. B. (ur.), *Research With The Locus Of Control Construct. Volume 1. Assessment Methods* (str. 15–59). New York: Academic Press.

Lewis, S. (2011). Conceptual Models of the Human Organism: Towards a New Biomedical Understanding of the Individual. V Olsztyńska, S. O in Komorowska, M. A. (ur.), *Biomedical Engineering, Trends, Research and Technologies* (str. 4–22). Rijeka: InTech.

Ribič, C. H., Maučec Zakotnik, J., Kranjc, M. in Šerona, A. (2012). Prehranjevanje. V Maučec Zakotnik, J., Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A. in Zaletel Kragelj, L. (ur.), *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008* (str. 33–49). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Lovrečič, M. in Lovrečič, B. (2014). Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavlja velik zdravstveni problem. V Zorko, M., Hočevar, T., Tančič Grum, A., Kerstin Petrič, V., Radoš Krnel, S., Lovrečič M. in Lovrečič, B. (ur.), *Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko* (str. 38–45). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Luszczynska, A. in Schwarzer, R. (2005). Multidimensional Health Locus of Control: Comments on the Construct and its Measurement. *Journal of Health Psychology*, 10 (5), 633–642.

MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. in Fritz, M. S. (2007). Mediation Analysis. *Annual review of Psychology*, 58, 593–614.

Machado, L. A. C., Telles, R. W., Costa-Silva, L. in Baretto, S. M. (2015). Psychometric properties of Multidimensional Health Locus of Control - A and General Self-Efficacy Scale in civil servants: ELSA-Brasil Musculoskeletal Study (ELSA-Brasil MSK). *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20 (5), 451–460.

Maisto, S. A., Carey, K. B. in Bradizza, C. M. (1999). Social Learning Theory. V Leonard, K. E in Blane, H. T. (ur.), *Psychological Theories of Drinking And Alcoholism. Second Edition*. New York: The Guilford Press.

Manwa, L. (2013). University Students' Dietary Patterns: A Case of a University in Zimbabwe. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*, 4 (1), 191–197.

Marolt, M. (2008). Delo kot vrednota mlade generacije (Diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 32, 314–363.

Minhas, M. T. (2013). Interaction of physical activity, diet, health locus of control and quality of life among finnish university students (Magistrsko delo). Pridobljeno 22. 8. 2018 s <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/42275/URN-NBN-fi-jyu-201310032413.pdf?sequence=4>

Ministrstvo za zdravje (2005). Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010. Uradni list RS, št. 39/2005. Pridobljeno 12. 11. 2018 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Resolucija_o_nacionalnem_programu_prehr_pol.pdf

Ministrstvo za zdravje (2007). Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Pridobljeno 12. 11. 2018 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Nacionalni_program_telesna_dejavnost_slo.pdf

Ministrstvo za zdravje (2015). Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025. Uradni list RS, št. 58/2015. Pridobljeno 12. 11. 2018 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/resolucija_preh_gib/ReNPPTDZ_resolucija_o_prehrani_in_gibanju_150715.pdf

Mohorič Plemelj, A. (2016). Samoučinkovitost in izgorelost delovnih terapevtov v Sloveniji (Magistrsko delo). Pridobljeno 17. 7. 2016 s http://pefprints.pef.uni-lj.si/3583/1/Alenka_Plemelj_Mohori%C4%8D_Magistrsko_delo__Ljubljana_Z_2016-1.pdf

Morrison, V. in Bennett, P. (2016). *Introduction to Health Psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.

Musek, J. (2003). Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Educy, inštitut za psihologijo osebnosti.

Neal, M., Weeks, G. in DeBattista, J. (2014). Locus of Control: A Construct That Warrants More Consideration in the Practice of Couple Therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 22 (2), 141–147.

Moskhi, M., Ghofranipour, F., Hajizadeh, E. in Azadfallah, P. (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*, 7(295), 1–6.

Norman, P. (1994). Health Locus of Control and Health Behaviour: An Investigation into The Role of Health Value and Behaviour-Specific Efficacy Beliefs. *Personality and Individual Differences*, 18 (2), 213–218.

Norman, P. (1995). Health locus of control and health behaviour: An investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 18 (2), 213–218.

Norman, P., Bennet, P. Smith, C. in Murphy, S. (1997). Health Locus of Control and Leisure-Time Exercise. *Personality and Individual Differences*, 23 (5), 769–774.

Ogden, J. (2007). *Health Psychology. A Textbook* (4. ed.). New York: Open University Press.

Orleans, C. T. (2008). Foreword. V Glanz, K., Rimer, B. K. in Viswanath, K. (ur.), *Health Behavior And Health Education*. Theory, Research And Practice. (4. izd.). San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Imprint.

Palenzula, D. L. (1986). The Expectancy Construct Within The Social Learning Theories of Rotter and Bandura: A Reply to Kirsch's Approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2 (4), 437–452.

Povše, M. (2010). *Delovanje za zdravo družino*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.

Roddenberry, A. C. (2007). Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students (doktorska disertacija). Prodobljeno 22. 8. 2018 s http://etd.fcla.edu/CF/CFE0001831/Roddenberry_Angela_C_200712_PhD.pdf.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. in Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory And Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15 (2), 175–183.

Ross, T. P., Ross, L. T., Short, S. D. in Cataldo, S. (2015). The Multidimensional Health Locus of Control Scale: Psychometric Properties And Form Equivalence. *Psychological Reports*, 116 (3), 889–913.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1).

Rotsztein, M. A. (2003). Problem Internet use and locus of control among college students: Preliminary findings. Poster presented at The 35th Annual Conference of the New England Educational Research Organization *Portsmouth, New Hampshire: New England Educational Research Education*.

Schwarzer, R. in Renner, B. (2005). Health-specific self-efficacy scales. 7–10. Pridobljeno s <http://userpage.fu-berlin.de/~health/healself.pdf>

Shabaraya, G., Romate, J. in Bhogle, S. (2011). Relationship between Adolescents' Health Beliefs and Health Behavior. *Int. J. Med. Public health*, 1 (3), 55–61.

Shaheen, A. M., Nassar, O. S., Amre, H. M. in Hamdan-Mansour, A. M. (2015). Factors Affecting Health-Promoting Behaviors of University Students in Jordan. *Health*, 7 (1), 1–8.

Shandu, D. in Shafiq, H. (2015). To Study Physical Activity and Locus of Control Among Adolescents. *Indian Journal of Educational Studies : An Interdisciplinary Journal*, 2 (1), 115–121.

Slenker, S. E., Price, P. in O'Connell, J. (1985). Health locus of control of joggers and nonexercisers. *Perceptual and Motor Skills*, 61 (1).

Stapleton, P. B. in Smith, H. (2013). Health locus of control, self-awareness, and integrative eating styles in university students. *The International Journal of Healing and Caring*, 13 (2), 1–23.

Strader, R. J. (1993). The Personal Values Of Principals And The Effectiveness Of Their Schools (doktorska disertacija). Pridobljeno 17. 7. 2018 s <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1015.5830&rep=rep1&type=pdf>

Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H. in Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13 (1), 73–92.

Tripathi, M., Asthana, H. S. in Asthana, A. K. (2016). Health Locus of Control and Health Behaviours in Lung Cancer Patients. *The International Journal of Indian Psychology*, 3 (11), 20–30.

Tušak, M. in Blatnik, P. (2016). Telesna dejavnost in duševno zdravje. V Strel, J., Strel, J. in Farkaš - Lainščak, J. (ur.), *Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje: vloga osnovnega zdravstva in lokalne skupnosti pri zagotavljanju ustrezne telesne zmogljivosti po vrhniškem modelu* (str. 127–136). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

Wallston, A. W. (2005). The Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Journal of Health Psychology*, 10 (4), 623–631.

Wallston, K. A., Wallston, B. S. in DeVellis, R. (1978). Development of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160–170.

Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S. in Dobbins, C. J. (1987). Perceived Control and Health. *Current Psychological Research & Reviews*, 6 (1), 5–25.

Wallston, B. A., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. in Maides, S. A. (1976). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4), 580–585.

World Health Organization (2003). Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases. Pridobljeno 10. 2. 2017 s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf.

Zlatanovič, L. (2015). Self-efficacy and health behaviour: some implications for medical anthropology. *Journal of the Anthropological Society of Serbia*, 75, 17–25.

Zupančič, A. in Hoyer, S. (2006). Prehranjevalne navade študentov. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, 157–163.