

Odnos između osjećaja koherentnosti, dimenzija petofaktorskog modela ličnosti i subjektivnih zdravstvenih ishoda

Igor Kardum, Jasna Hudek-Knežević, Ana Kola
Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju

Na uzorku od 822 odrasla ispitanika ispitan je stupanj preklapanja osjećaja koherentnosti s dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti, te mogućnost da se na temelju njega predvide tri mjere subjektivnih zdravstvenih ishoda – čestina respiratornih i nerespiratornih simptoma te opća zabrinutost za zdravlje, ali nakon kontrole efekata demografskih i zdravstvenih varijabli (kronične bolesti, spol, dob i obrazovanje), te nakon kontrole efekata dimenzija petofaktorskog modela ličnosti. Nadalje, ispitana je i medijacijska uloga osjećaja koherentnosti, odnosno u kojoj mjeri on posreduje efekte crta petofaktorskog modela ličnosti na subjektivne zdravstvene ishode.

Dobiveni rezultati pokazuju da se osjećaj koherentnosti umjereno preklapa s pojedinim kombinacijama dimenzija petofaktorskog modela, odnosno da on u određenoj mjeri sadrži i neke dodatne aspekte funkcioniranja koji nisu zastupljeni u petofaktorskom modelu. To potvrđuju i rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza, koji pokazuju da nakon kontrole efekata demografskih i zdravstvenih varijabli te dimenzija petofaktorskog modela ličnosti ukupan rezultat na upitniku osjećaja koherentnosti dodatno značajno doprinosi prognozi svih triju mjera subjektivnih zdravstvenih ishoda. Istovrsne analize, u koje su umjesto ukupnog rezultata na upitniku osjećaja koherentnosti uključene sve tri njegove komponente, pokazuju da smislenost dodatno značajno doprinosi prognozi čestine nerespiratornih simptoma i opće zabrinutosti za zdravlje, a razumljivost čestine respiratornih simptoma.

Nadalje, dobiveni rezultati pokazuju da osjećaj koherentnosti značajno posreduje efekte ekstraverzije, savjesnosti, neuroticizma i otvorenosti na sve tri skupine subjektivnih zdravstvenih ishoda, te da od dimenzija petofaktorskog modela samo neuroticizam ima izravan efekt na sva tri ishoda. Dobiveni su rezultati komentirani u kontekstu prethodnih nalaza vezanih uz efekte osjećaja koherentnosti na zdravstvene ishode, te s obzirom na moguću ulogu osjećaja koherentnosti kao karakteristične adaptacije u okviru petofaktorske teorije sustava ličnosti (McCrae i Costa, 1999).

Ključne riječi: osjećaj koherentnosti, petofaktorski model ličnosti, tjelesni simptomi, zabrinutost za zdravlje, kronične bolesti

UVOD

Do sedamdesetih je godina prošlog stoljeća dominantna paradigma u području istraživanja stresa bio biomedicinski model, čija je osnovna karakteristika orijentacija na patogenezu, tj. na

Svu korespondenciju koja se odnosi na ovaj članak adresirati na Igor Kardum, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Trg Ivana Klobučarića 1, 51000 Rijeka
E-mail: kardum@ffri.hr

porijeklo bolesti. Istraživanja izvedena u okviru ovog modela primarno se bave rizičnim faktorima koji su uzroci oboljenja. Tijekom sedamdesetih se godina počinje razvijati alternativni pristup koji je primarno naglašavao faktore koji ljudima omogućavaju očuvanje zdravlja, a ne toliko faktore koji uzrokuju bolest. Kao suprotnost patogenoj orijentaciji, ovaj je pristup nazvan salutogeni, a jedan od njegovih prvih i najznačajnijih zagovornika bio je Antonovsky (1987, 1990, 1991).

Osnovna pretpostavka salutogenog modela je da su svi sustavi, pa tako i ljudi, u određenoj mjeri

vođeni i neravnotežom, odnosno da imaju potencijal i za kaos i entropiju, kao i za ponovno uspostavljanje ravnoteže i reda. Salutogeni model usmjeren je upravo na faktore koji smanjuju entropiju i omogućavaju ponovno uspostavljanje ravnoteže. Nadalje, salutogeni model odbacuje dihotomiju zdrava osoba-bolesna osoba, koja proizlazi iz patogenog modela i, umjesto toga, predlaže kontinuum zdravlje-bolest. Stresni podražaji vide se neizbježnim dijelom ljudskog iskustva. Svi se ljudi tijekom svoga života suočavaju s brojnim stresnim događajima, od svakodnevnih do složenih, kao što je npr. odlazak u mirovinu. Međutim, usprkos djelovanju stresnih podražaja neki ljudi ostaju zdravi, a neki oboljevaju. Zbog toga nije pravo pitanje jesu li stresori loši za zdravlje, nego za koga su i unutar kojih uvjeta oni korisni, neutralni ili štetni. Ishodi stresnih događaja ovise o tome kako se pojedinac s njima nosi. Ako osoba dobro upravlja stresnim događajima, njihovi ishodi mogu biti pozitivni ili neutralni i on će na kontinuumu zdravlje-bolest biti bliži zdravlju. U suprotnom slučaju, stresni će podražaji imati negativan efekt i pojedinac će biti bliži bolesti (Antonovsky, 1990).

U okviru salutogenog modela kojeg je razvio Antonovsky (1990; 1991) središnje mjesto zauzima konstrukt osjećaja koherentnosti (sense of coherence). Antonovsky (1990) ga definira kao opću orijentaciju koja odražava u kojoj je mjeri kod pojedinca prisutan prožimajući, trajan, ali istovremeno i dinamični osjećaj sigurnosti da su podražaji iz njegove unutarnje i vanjske okoline strukturirani, predvidljivi i objašnjivi, da na raspolaganju ima resurse koji mogu zadovoljiti zahtjeve koji proizlaze iz tih podražaja, te da se ti zahtjevi doživljavaju kao izazovi kojima se vrijedi baviti. Ove tri međusobno povezane komponente Antonovsky (1990) naziva razumljivost, sposobnost upravljanja i smislenost. Osoba sa snažnim osjećajem koherentnosti pri susretu sa stresnim događajem ima osjećaj da razumije prirodu problema, da može upravljati poteškoćama koje pred nju postavlja taj događaj, te da se je tim događajem vrijedno baviti. Nasuprot njoj, osoba sa slabim osjećajem koherentnosti pri susretu sa stresnim događajem je zbunjena, nesigurna u vlastite resurse za suočavanje i sklona bijegu iz takve situacije. Pretpostavlja se da snažniji osjećaj koherentnosti pojedincu omogućava da u stresnoj situaciji aktivira efikasne mehanizme

suočavanja, čime se na kontinuumu više približava zdravlju, dok nizak osjećaj koherentnosti onemogućava mobiliziranje prikladnih resursa što dovodi do slabijeg upravljanja stresnim događajima, a time i do veće vjerojatnosti za javljanje zdravstvenih problema (Antonovsky, 1990).

Ove tri komponente osjećaja koherentnosti reprezentiraju različite psihološke karakteristike. Razumljivost je kognitivna komponenta jer se ona odnosi na stupanj u kojem pojedinac životne događaje percipira kao jasne, konzistentne i strukturirane. Sposobnost upravljanja je ponašajna komponenta jer uključuje spremnost za kontrolu i utjecaj nad događajima, dok je smislenost motivacijsko-emocionalna komponenta koja se odnosi na uvjerenje pojedinca da život ima smisla, odnosno da su događaji u njegovom životu izazovni i vrijedni emocionalnog ulaganja (Antonovsky, 1991; Frankenhoff, 1998).

Istraživanja povezanosti osjećaja koherentnosti i objektivnih pokazatelja zdravstvenog statusa za sada su rijetka, a dobiveni rezultati nedosljedni. Andersen i Berg (2001; Berg i Andersen, 2001) su na uzorku ovisnika našli znatno povišeni mortalitet u periodu od pet godina kod osoba s niskim osjećajem koherentnosti, pri čemu je on posebno visok kod muških osoba koje prijevremeno prekidaju liječenje. Na odraslim nedijabetičarima izloženim kroničnom stresu osjećaj koherentnosti povezan je sa smanjenom razinom glukoze u krvi (Zhang i suradnici, 2001). Međutim, Lundman i Norberg (1993) ne nalaze povezanost između osjećaja koherentnosti i razine glukoze u krvi kod pacijenata s dijabetesom tipa 1, a Sandén-Eriksson (2000) navodi da je kod pacijenata s dijabetesom tipa 2 subjektivna procjena zdravlja povezana i s višom razinom osjećaja koherentnosti i s nižom razinom glukoze, ali nije dobivena povezanost između osjećaja koherentnosti i razine glukoze. Kod žena u dobi od 50 do 59 godina nizak osjećaj koherentnosti povezan je s višom razinom dislipidemije (nizak HDL kolesterol, visoki trigliceridi) (Svartvik i suradnici, 2000). Dislipidemija je često povezana s poremećenom osjetljivošću na inzulin (Reaven, 1988), što govori da bi djelovanje osjećaja koherentnosti na neuroendokrinu regulaciju u stresnim situacijama moglo biti potencijalno važno i za metabolizam inzulina. Od ostalih objektivnih pokazatelja zdravlja, istraživanja pokazuju da je

nizak osjećaj koherentnosti povezan s osjetljivošću za infekcije (Persson, Hallberg i Ohlsson, 1997), te s višom razinom stresnih hormona kortizola i prolaktina (Söderfeldt i suradnici, 2000). Također, nizak je osjećaj koherentnosti povezan s većom incidencijom kardiovaskularnih bolesti kod muškaraca srednje dobi na rukovodećim položajima, ali ne i kod ostalih djelatnika (Poppius i suradnici, 1999), što je u skladu s nalazima koji pokazuju da nizak osjećaj koherentnosti posreduje efekte hostilnosti na zdravstvene probleme (Kivimaki i suradnici, 2002). Međutim, postoje i nalazi koji govore da je visok osjećaj koherentnosti povezan s nekim rizičnim faktorima za razvoj kardiovaskularnih oboljenja, kao što su npr. povećana tjelesna težina i povišeni krvni tlak (Svartvik i suradnici, 2000).

Veći broj istraživanja pokazuje da je osjećaj koherentnosti povezan sa subjektivnim tjelesnim simptomima. Niži je osjećaj koherentnosti povezan s većim brojem subjektivnih zdravstvenih problema kod zdravih ispitanika srednjih godina (Kalimo i Vuori, 1990; Larsson i Kallenberg, 1996) i kod starijih ispitanika (Rennemark i Hagberg, 1999), a veći broj psihosomatskih simptoma imaju i djeca čije majke imaju niži osjećaj koherentnosti (Berntsson i Gustafsson, 2000). Njegova je povezanost sa subjektivnim procjenama tjelesnog zdravlja nezavisna od generaliziranih resursa otpornosti, kao što su obrazovanje, stupanj socijalne integracije i korištenje slobodnog vremena (Suominen i suradnici, 1999).

Na paraliziranim je osobama viši osjećaj koherentnosti povezan s boljim zdravstvenim statusom, nižom anksioznošću i nižim osjećajem ovisnosti te boljim prihvaćanjem bolesti (Rena, Moshe i Abraham, 1996). Nadalje, osjećaj koherentnosti pozitivno je povezan s većim zadovoljstvom životom, kvalitetom života i subjektivnom procjenom zdravlja na ispitanicima s fibromijalgijom (Soderberg, Lundman i Norberg, 1997), kardiovaskularnim oboljenjima (Guldvog, 1999; Motzer i Stewart, 1996), sistemskim lupusom (Powell, 2001), perifernim vestibularnim poremećajem (Mendel, Bergenius i Langius, 2001), nakon operativnih zahvata (Forsberg, Bjorvell i Cedermark, 1996) te kod osoba s različitim vrstama poteškoća (npr. poteškoće s učenjem, pažnjom, vidom, sluhom) (Lustig i suradnici, 2000).

Niži je osjećaj koherentnosti povezan s manjim doživljajem boli u grudima godinu dana nakon ugradnje prenosnica na koronarnim arterijama (Karlsson, Berglin i Larsson, 2000), boli uzrokovanoj žučnim kamencima (Svebak i suradnici, 2000) te boli uzrokovanoj muskuloskeletnim poteškoćama (Larsson i Kallenberg, 1996). Također, niži je osjećaj koherentnosti povezan s većim sagorijevanja na poslu (Levert, Lucas i Ortlepp, 2000) i većim brojem izostanaka s posla, pogotovo kod žena (Kivimaki i suradnici, 1997). Žene s nižim osjećajem koherentnosti češće posjećuju liječnika zbog kroničnih tegoba, čak i kada nije moguće dijagnosticirati nikakve objektivne znakove bolesti (Svartvik i suradnici, 2000).

Neka su novija istraživanja pokušala ispitati i vrijednost pojedinih komponenata osjećaja koherentnosti u predviđanju različitih subjektivnih zdravstvenih ishoda. Kada se radi o životnom zadovoljstvu, veći broj istraživanja na različitim uzorcima ispitanika govori o središnjem značaju dimenzije smislenosti (Carstens i Spangenberg, 1997; Flannery i suradnici, 1994; Lustig i suradnici, 2000). Ova je dimenzija važna jer pojedinca motivira na aktiviranje resursa i traženje rješenja. Čak i kada netko ima izražene komponente razumljivosti i sposobnosti upravljanja, niska smislenost može dovesti do odustajanja u traganju za rješenjem. Obrnuto, pojedinci koji su visoko na dimenziji smislenosti nastojat će pronaći resurse (sposobnost upravljanja) i povećati svoje razumijevanje situacije (razumljivost) (Antonovsky, 1987). Međutim, čini se da u nekim situacijama i druge dvije dimenzije mogu imati primarnu ulogu. Tuomi, Seitsamo i Huuhtanen (1999) nalaze da visoka sposobnost upravljanja najbolje prevenira probleme s leđima, dok Strang i Strang (2001) navode da na uzorku ispitanika s tumorom mozga najznačajniju ulogu u učinkovitom suočavanju ima dimenzija razumljivosti. Ona se kod bolesnika često manifestira kao traganje za informacijama, a naročito je važna onda kada osoba ništa ne može učiniti, nego prihvatiti situaciju takvu kakva jest.

Dakle, može se zaključiti da dosadašnja istraživanja uglavnom potvrđuju povezanost osjećaja koherentnosti s psihološkim zdravljem, dok su dokazi o njegovim efektima na tjelesno zdravlje za sada nedostatni.

Međutim, treba napomenuti da dosadašnja istraživanja pokazuju da je osjećaj

koherentnosti visoko povezan s drugim konstruktima, kao što su čvrstoća ličnosti, samoeфикаsnost, lokus kontrole i naučena bespomoćnost (Smith i Meyer, 1997). Osim toga, čini se da je on jako zasićen neuroticizmom/negativnom afektivnošću, posebno s anksioznošću, te u nešto manjoj mjeri s ekstraverzijom/pozitivnom afektivnošću (Strümpfer, Gouws i Viviers, 1998). Nadalje, efekti osjećaja koherentnosti na percepciju tjelesnih simptoma znatno se smanjuju ako se kontrolira efekt neuroticizma (Korotkov, 1993). Zbog svega toga, neki autori smatraju da je osjećaj koherentnosti suvišan konstrukt (npr. Carmel i Bernstein, 1989). S druge strane, neka istraživanja pokazuju da osjećaj koherentnosti zahvaća i ponešto drugačije aspekte ličnosti od onih obuhvaćenih dimenzijama petofaktorskog modela, te da on, i povrhu njih, dodatno doprinosi predikciji zdravstvenih ishoda (npr. Ebert, Tucker i Roth, 2002). Međutim, većina je tih istraživanja izvedena na uzorcima mladih osoba (studenata), što ima određenih ograničenja. Prije svega, osjećaj koherentnosti najviše se razvija tijekom djetinjstva i adolescencije, a stabilizira se nakon tridesete godine života, kada kod većine ljudi više nema velikih promjena u kvaliteti iskustava koja bi mogla pozitivno ili negativno djelovati na njegov daljnji razvoj (Antonovsky, 1991). Osim toga, kod mladih su osoba u znatno manjoj mjeri prisutna oboljenja koja su važan izvor različitih subjektivnih tjelesnih simptoma. Prvi je cilj ovoga istraživanja ispitati stupanj povezanosti osjećaja koherentnosti s dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti na velikom uzorku odraslih ispitanika. Na temelju se dosadašnjih istraživanja može očekivati da se osjećaj koherentnosti dijelom preklapa s tim dimenzijama, a posebno s neuroticizmom, te u nešto manjoj mjeri s ekstraverzijom. Međutim, može se pretpostaviti da osjećaj koherentnosti ima zadovoljavajuću diskriminativnu valjanost u odnosu na dimenzije petofaktorskog modela ličnosti.

Nadalje, da bi provjerili diskriminativnu i prediktivnu valjanost osjećaja koherentnosti, ispitano je mogu li se na osnovi njega predvidjeti tri mjere subjektivnih zdravstvenih ishoda – čestina respiratornih i nerespiratornih simptoma i opća zabrinutost za zdravlje, i to nakon kontrole efekata demografskih i zdravstvenih varijabli (kronične bolesti, spol,

dob i obrazovanje) i dimenzija petofaktorskog modela ličnosti.

Ako je osjećaj koherentnosti redundantan konstrukt, njegov doprinos predviđanju subjektivnih zdravstvenih ishoda trebao bi biti minimalan ili nikakav, a ako nije, to bi moglo govoriti o njegovoj posredničkoj ulozi u odnosu crta ličnosti i zdravstvenih ishoda. Naime, teorija osjećaja koherentnosti pretpostavlja da je on više situacijski uvjetovan nego crte ličnosti, te da on nije niti crta niti tip ličnosti, nego dispozicijska orijentacija (Antonovsky, 1990). U terminima petofaktorske teorije ličnosti (McCrae i Costa, 1999), takva konceptualizacija osjećaja koherentnosti slična je tzv. karakterističnim adaptacijama, preko kojih crte ličnosti djeluju na ishodne varijable. Zbog toga je treći cilj ovoga istraživanja ispitati medijacijsku ulogu osjećaja koherentnosti, odnosno posreduje li i u kojoj mjeri efekte crta petofaktorskog modela ličnosti na subjektivne procjene zdravlja.

METODA

Ispitanici

U ispitivanju je sudjelovalo ukupno 822 ispitanika, od čega 438 (53.3%) ženskog i 384 (46.7%) muškog spola. Dob ispitanika bila je u rasponu od 19 do 84 godine ($M=38.58$; $SD=12.45$). Većina ispitanika (62.7%) imala je srednju stručnu spremu, onih s nezavršenom i završenom osnovnom školom bilo je 12.7%, a s višom i visokom stručnom spremom 24.6%. U vrijeme je ispitivanja najveći dio ispitanika bio zaposlen (66.4%), a s obzirom na bračno stanje većina je bila oženjenih/udatih (62.8%).

Instrumentarij

Za mjerenje crta petofaktorskog modela ličnosti korišten je BFI (Big Five Inventory; Benet-Martinez i John, 1998). On se sastoji od 44 čestice, a konstruiran je za efikasno i brzo mjerenje dimenzija petofaktorskog modela kada ne postoji potreba za diferenciranim mjerenjem pojedinih faceta. Ispitanici se procjenjuju na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (1 – uopće se ne slažem; 5 – u potpunosti se slažem). Usprkos svojoj jednostavnosti i kratkoći, BFI sadržajno dobro pokriva svih pet dimenzija i ima zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike. Čestice unutar pojedinih

dimenzija pokrivaju različite facete, odnosno uže komponente pojedinih faktora. Na američkim i kanadskim uzorcima ispitanika koeficijenti unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) obično se kreću od 0.75 do 0.90, s prosjekom većim od 0.80. Test-retest pouzdanosti u razmaku od 3 mjeseca iznose od 0.80 do 0.90, s prosjekom od 0.85 (Benet-Martinez i John, 1998). Što se tiče konvergentne valjanosti, BFI skale koreliraju visoko s ostalim mjerama petofaktorskog modela, kao što su NEO-PI (prosjeak je 0.75) i Goldbergove skale (prosjeak je 0.80). Procjene drugih korištenjem ovog upitnika također govore o njegovoj valjanosti. U prosjeku, samoprocjene na ovom upitniku koreliraju 0.47 s procjenama dviju drugih osoba na uzorku studenata i 0.61 s procjenama pet članova obitelji i vršnjacima na uzorku odraslih (Benet-Martinez i John, 1998).

Struktura je ovog upitnika na hrvatskom jeziku provjerena korištenjem konfirmatorne faktorske analize, a dobiveni rezultati potvrđuju izvornu strukturu upitnika (vidi opširnije Kardum, Gračanin i Hudek-Knežević, u tisku). Pouzdanosti unutarnje konzistencije (Cronbach-alpha) na uzorku ispitanika ovog istraživanja iznose 0.73 za ekstraverziju, 0.69 za ugodnost, 0.78 za savjesnost, 0.80 za neuroticizam i 0.78 za otvorenost. Korelacije među dimenzijama kreću se od 0.11 ($p < 0.001$) do 0.46 ($p < 0.001$). Osjećaj koherentnosti mjeran je Upitnikom životne orijentacije (The Orientation to Life

Questionnaire, Antonovsky, 1987) koji se sastoji od 29 čestica. Izvorni su upitnik nezavisno prevela dva prevoditelja, koja su kasnije usporedila svoje prijevode i konsenzusom odlučila o najboljem prijevodu pojedinih čestica. Taj je prijevod izvorni govornik engleskog jezika ponovo preveo na engleski jezik. Cijeli je postupak ponavljen dok se nije postiglo slaganje za sve čestice. Komponentu razumljivosti mjeri 11 čestica (npr. Koliko ste često bili iznenađeni ponašanjem ljudi za koje ste mislili da ih dobro poznajete?), sposobnost upravljanja 10 čestica (npr. Koliko često imate osjećaj da niste sigurni da možete kontrolirati događaje u svom životu?), a smislenost 8 čestica (npr. Koliko vam se često čini da u stvarima koje svakodnevno činite ima malo smisla?). Ispitanici su se procjenjivali na bipolarnim skalama procjene od 7 stupnjeva. Pouzdanost unutarnje konzistencije cijelog upitnika kreće se od 0.82. do 0.95, a test-retest pouzdanost od 0.92 nakon jednog tjedna do 0.54 nakon dvije godine (Antonovsky, 1993; Schnyder i suradnici, 2000).

Korištenjem konfirmatorne faktorske analize najprije je provjerena struktura upitnika na uzorku ispitanika ovoga istraživanja. Provjerene su pretpostavke o jednofaktorskoj i trofaktorskoj strukturi, a dobiveni indeksi slaganja prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Indeksi slaganja za jednofaktorsku i trofaktorsku strukturu Upitnika životne orijentacije

INDEKSI SLAGANJA	JEDNOFAKTORSKA STRUKTURA	TROFAKTORSKA STRUKTURA	REFERENTNE VRIJEDNOSTI
Hi-kvadrat; stupnjevi slobode; p	849.16; 354; $p < 0.001$	750.39; 340; $p < 0.001$	Neznačajan hi-kvadrat
Comparative Fit Index (CFI)	0.93	0.94	≥ 0.90
Goodness of Fit Index (GFI)	0.93	0.94	≥ 0.85
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.91	0.92	≥ 0.80
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.044	0.038	≤ 0.06
Root Mean Square Residual (RMR)	0.12	0.091	≤ 0.10

Osim hi-kvadrata, dobiveni indeksi slaganja pružaju zadovoljavajuću potvrdu i jednofaktorske i trofaktorske strukture Upitnika

životne orijentacije. Čak su i omjeri između hi-kvadrata i broja stupnjeva slobode prihvatljivi (2.40 za jednofaktorsko i 2.21 za trofaktorsko

rješenje). Međutim, da bi se dobilo prihvatljivo trofaktorsko rješenje, bilo je potrebno predvidjeti i nekoliko sekundarnih opterećenja, uglavnom na faktoru smislenosti za čestice koje se odnose na sposobnosti upravljanja. Osim toga, faktori trofaktorske strukture su međusobno visoko pozitivno povezani. Korelacija razumljivosti sa sposobnošću upravljanja iznosi 0.67 ($p < 0.001$), a sa smislenošću 0.54 ($p < 0.001$), dok je korelacija između sposobnosti upravljanja i smislenosti 0.62 ($p < 0.001$).

Treba napomenuti da je u gotovo svim dosadašnjim istraživanjima, u kojima je upotrebljavan ovaj upitnik, uglavnom korišten samo njegov ukupan rezultat, dok se rezultati na njegovim trima komponentama korišteni vrlo rijetko. Također, prethodne provjere strukture ovoga upitnika uglavnom ne potvrđuju predviđenu trofaktorsku strukturu (Antonovsky, 1993; Flannery i Flannery, 1990). Antonovsky (1993) smatra da su u normalnim uvjetima psihološke kvalitete reprezentirane pojedinim komponentama osjećaja koherentnosti snažno međusobno povezane. Na primjer, osoba koja može adekvatno procijeniti problem također je sposobna koristiti to znanje u poduzimanju mjera za njegovo rješavanje, a isto tako i naći više smisla u tome što čini. Zbog toga Antonovsky (1993) preporučuje da se u istraživačke svrhe koristi samo ukupan rezultat, a ne pojedinačni rezultati na trima komponentama osjećaja koherentnosti. Budući da rezultati dobiveni ovim istraživanjem ukazuju i na prikladnost trofaktorske strukture, za potrebe su ovoga istraživanja korišteni i rezultati na pojedinim komponentama osjećaja koherentnosti, kao i ukupan rezultat dobiven na cijelom upitniku.

Pouzdanosti unutarnje konzistencije na uzorku ispitanika ovog istraživanja iznose 0.74 za razumljivost, 0.75 za sposobnost upravljanja i 0.78 za smislenost, dok za cijeli upitnik iznosi 0.88. Ispitanici muškog spola postižu značajno više rezultate na svim trima komponentama osjećaja koherentnosti i na cijelom upitniku. S dobi ispitanika u malim ali značajnim korelacijama su razumljivost (0.13; $p < 0.001$), smislenost (0.07; $p < 0.05$) i ukupan rezultat na cijelom upitniku (0.08; $p < 0.05$). Sa stupnjem obrazovanja razumljivost i sposobnost upravljanja povezane su 0.21 ($p < 0.001$), smislenost 0.22 ($p < 0.001$), a ukupan rezultat 0.25 ($p < 0.001$).

Percepcija subjektivnih tjelesnih simptoma mjerena je upitnikom koji je već prethodno korišten na hrvatskom jeziku (Hudek-Knežević, Kardum i Lesić, 1999; Kardum, Hudek-Knežević i Kalebić, 2004), a koji je nastao na osnovi Pennebakerovog inventara limbičke iscrpljenosti (PILL, Pennebaker, 1982). Upitnik mjeri čestinu različitih tjelesnih simptoma i senzacija, a sastoji se od 40 čestica, od čega se 28 odnosi na respiratorne, a 12 na nerespiratorne simptome. U prethodnom su istraživanju podjelu na respiratorne i nerespiratorne simptome nezavisno učinila dva liječnika i ona se u potpunosti poklapala s podjelama koje navode drugi istraživači (npr. Lyons i Chamberlain, 1994). Respiratorni simptomi uključuju širok raspon simptoma koji se odnose na poremećaj autonomnog funkcioniranja poput ostajanja bez daha, ubrzanog kucanja srca, vrtoglavice itd., te simptome usko vezane uz respiratorne infekcije, kao npr. začepljen nos, grlobolja i curenje iz nosa. Nerespiratorni simptomi uključuju različite lokomotorne (npr. natečeni zglobovi, grčevi u nogama), probavne (npr. loša probava, žgaravica) i dermatološke simptome (npr. osjetljivosti kože, akne ili prištevi na licu). Ispitanici su čestinu doživljenih simptoma procjenjivali na skali od 5 stupnjeva (0 – nikad; 5 – vrlo često, jednom do nekoliko puta tjedno). Pouzdanost unutarnje konzistencije skale respiratornih simptoma iznosi 0.90, a nerespiratornih 0.77. Korelacija između ove dvije skale iznosi 0.77 ($p < 0.001$).

Opća zabrinutost za zdravlje mjerena je sa šest čestica koje su preuzete iz skale zdravstvenih briga MMPI-2 upitnika. Skala zdravstvenih briga jedna je od 15 tzv. ljestvica sadržaja, a uz čestice koje se odnose na zabrinutost za zdravlje sadrži i 30 čestica koje se odnose na tjelesne simptome u različitim tjelesnim sustavima (Hathaway i McKinley, 1999). S obzirom da su tjelesni simptomi u ovom istraživanju detaljnije mjereni Pennebakerovim inventarom limbičke iscrpljenosti, iz skale zdravstvenih briga korišteno je samo šest čestica koje se odnose na opću zabrinutost za zdravlje (npr. Rijetko se brinem zbog svog zdravlja). Struktura je ovih čestica ispitana faktorskom analizom na zajedničke faktore, a dobiveni rezultati najviše govore u prilog jednofaktorskoj strukturi. Osobe s višim rezultatom na ovoj skali češće se osjećaju slabima i iscrpljenima, češće su zabrinute zbog svog zdravlja i u lošijoj su

tjelesnoj kondiciji. Pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) ovako skraćene skale na ovom uzorku ispitanika iznosi 0.62. Opća zabrinutost za zdravlje povezana je s čestinom doživljavanja respiratornih simptoma 0.39 ($p < 0.001$) i 0.31 ($p < 0.001$) s čestinom doživljavanja nerespiratornih simptoma.

Uz podatke dobivene opisanim upitnicima, od ispitanika su prikupljeni i sociodemografski i zdravstveni podaci. U ovom je istraživanju uz spol, dob i obrazovanje korišten i podatak o tome ima li ispitanik neku kroničnu bolest ili nema. Od ukupnog broja ispitanika njih 126 (15.3%) je imalo barem jednu kroničnu bolest.

Postupak

Ispitivanje je bilo anonimno, provedeno dijelom u skupinama do 20 ispitanika, a dijelom individualno. Ispitivači su bili studenti psihologije. Prije početka ispitivanja ispitanici su ukratko obaviješteni o istraživanju u kojem sudjeluju, te o načinu ispunjavanja upitnika.

Ispitanici su mogli odbiti sudjelovanje ili odustati tijekom ispitivanja. Cjelokupno je ispitivanje trajalo oko 45 minuta.

REZULTATI

Povezanost dimenzija petofaktorskog modela s osjećajem koherentnosti

Najprije su izračunati bivarijantni koeficijenti korelacije dimenzija petofaktorskog modela ličnosti s trima komponentama osjećaja koherentnosti i s ukupnim rezultatom na upitniku osjećaja koherentnosti. Također, odnos između dimenzija petofaktorskog modela i osjećaja koherentnosti ispitan je pomoću regresijskih analiza, pri čemu su dimenzije petofaktorskog modela korištene kao nezavisne, a pojedine komponente i ukupan rezultat na upitniku osjećaja koherentnosti kao zavisne varijable. Dobiveni su rezultati prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Povezanost dimenzija petofaktorskog modela s trima komponentama osjećaja koherentnosti i s ukupnim rezultatom na upitniku osjećaja koherentnosti

OSJEĆAJ KOHERENTNOSTI	E	U	S	N	O	R
Razumljivost	0.32***	0.23***	0.37***	-0.55***	0.16***	0.58***
Sposobnost upravljanja	0.33***	0.24***	0.25***	-0.50***	0.25***	0.54***
Smislenost	0.35***	0.26***	0.29***	-0.38***	0.36***	0.51***
Osjećaj koherentnosti- ukupan rezultat	0.38***	0.28***	0.36***	-0.56***	0.29***	0.61***

*** $p < 0.001$; E–ekstraverzija, U–ugodnost, S–savjesnost, N–neuroticizam, O–otvorenost; R–koeficijent multiple korelacije; **zatomnjeni** su značajni prediktori

Sve tri komponente osjećaja koherentnosti, kao i ukupan rezultat na upitniku osjećaja koherentnosti, značajno su povezane sa svim dimenzijama petofaktorskog modela. Od dimenzija petofaktorskog modela s osjećajem koherentnosti najviše je povezan neuroticizam, a najmanje otvorenost i ugodnost. Ekstraverzija i neuroticizam značajni su prediktori svih triju komponenata osjećaja koherentnosti, dok je ugodnost značajan prediktor samo smislenosti, a savjesnost samo razumljivosti. Veličina dobivenih povezanosti govori da se osjećaj koherentnosti umjereno preklapa s pojedinim

kombinacijama dimenzija petofaktorskog modela, ali i da on u određenoj mjeri sadrži neke dodatne aspekte funkcioniranja koji nisu zastupljeni u petofaktorskom modelu.

Povezanost dimenzija petofaktorskog modela i osjećaja koherentnosti sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje

U Tablici 3 prikazani su koeficijenti povezanosti dimenzija petofaktorskog modela i osjećaja koherentnosti sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje.

Tablica 3. Povezanost dimenzija petofaktorskog modela i osjećaja koherentnosti sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje

PETOFAKTORSKI MODEL I OSJEĆAJ KOHERENTNOSTI	RESPIRATORNI SIMPTOMI	NERESPIRATORNI SIMPTOMI	OPĆA ZABRINUTOST ZA ZDRAVLJE
Ekstraverzija	-0.13***	-0.10**	-0.20***
Ugodnost	-0.10**	-0.10**	-0.07
Savjesnost	-0.17***	-0.14***	-0.17***
Neuroticizam	0.35***	0.26***	0.32***
Otvorenost	-0.02	-0.06	-0.17***
Razumljivost	-0.38***	-0.28***	-0.38***
Sposobnost upravljanja	-0.30***	-0.26***	-0.27***
Smislenost	-0.25***	-0.25***	-0.26***
Osjećaj koherentnosti - ukupan rezultat	-0.37***	-0.30***	-0.32***

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$

Kao što je i očekivano, od dimenzija petofaktorskog modela sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje najviše je povezan neuroticizam, a najmanje ugodnost i otvorenost. Također, sve komponente osjećaja koherentnosti, kao i ukupan rezultat na upitniku osjećaja koherentnosti, značajno su povezani sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje, a veličina tih povezanosti na razini je one koju ostvaruje dimenzija neuroticizma.

Odnos dimenzija petofaktorskog modela i osjećaja koherentnosti sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje ispitan je i hijerarhijskim regresijskim analizama. Subjektivni tjelesni simptomi i opća zabrinutost za zdravlje povezani su sa spolom ispitanika, njihovim obrazovanjem, dobi i prisustvom kroničnih bolesti. Zbog toga su ove varijable uvrštene u prvi korak regresijske analize. U drugi su korak uvrštene dimenzije petofaktorskog modela, a u treći tri komponente osjećaja koherentnosti. Dobiveni su rezultati prikazani u Tablici 4.

Kao što se vidi iz Tablice 4, prisutnost kroničnih bolesti, ženski spol i niže obrazovanje značajno predviđaju respiratorne simptome u prvom koraku. Dimenzije petofaktorskog modela u drugom koraku značajno povećavaju koeficijent multiple korelacije, pri čemu su značajni prediktori respiratornih simptoma neuroticizam i otvorenost. Otvorenost nije značajno povezana s respiratornim simptomima (Tablica 3), a naknadnim je analizama ustanovljeno da je njegov značajan efekt na respiratorne simptome posljedica supresorskog djelovanja neuroticizma i obrazovanja, s kojim je otvorenost značajno povezana (0.18; $p < 0.001$). Nakon kontrole efekata varijabli uključenih u prvi i drugi korak, komponente osjećaja koherentnosti dodatno povećavaju koeficijent multiple korelacije, pri čemu je značajan prediktor samo razumljivost. Vrlo su slični rezultati dobiveni i za nerespiratorne simptome, samo što je u drugom koraku značajan prediktor samo dimenzija neuroticizma, dok je od komponenata osjećaja koherentnosti njihov značajan prediktor smislenost. Opću zabrinutost za zdravlje u prvom koraku značajno predviđaju prisutnost

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize sa subjektivnim tjelesnim simptomima i općom zabrinutošću za zdravlje kao zavisnim varijablama

RESPIRATORNI SIMPTOMI					
PREDIKTORI	R	R ²	F- PROMJENA	UKUPNI F	BETA
1. korak	0.35	0.12		28.43***	
Kronične bolesti					0.18***
Spol					-0.16***
Obrazovanje					-0.09**
2. korak	0.46	0.22	19.32***	24.79***	
Neuroticizam					0.18***
Otvorenost					0.09*
3. korak	0.50	0.25	11.70***	22.25***	
Razumljivost					-0.17***
NERESPIRATORNI SIMPTOMI					
PREDIKTORI	R	R ²	F- PROMJENA	UKUPNI F	BETA
1. korak	0.33	0.11		24.42***	
Spol					-0.20***
Kronične bolesti					0.16***
Obrazovanje					-0.08*
2. korak	0.39	0.15	8.99***	16.38***	
Neuroticizam					0.09*
3. korak	0.42	0.18	7.72***	14.52***	
Smislenost					-0.10*
OPĆA ZABRINUTOST ZA ZDRAVLJE					
PREDIKTORI	R	R ²	F- PROMJENA	UKUPNI F	BETA
1. korak	0.26	0.07		14.28***	
Kronične bolesti					0.16***
Dob					0.09**
2. korak	0.40	0.16	19.30***	17.78***	
Neuroticizam					0.19***
3. korak	0.43	0.18	6.43***	15.21***	
Smislenost					-0.10*

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; prikazani su samo značajni prediktori

kronične bolesti i starija dob, u drugom neuroticizam, a u trećoj smislenost.

Slični se rezultati dobivaju i ako se u trećem koraku umjesto pojedinih komponenata osjećaja koherentnosti uključi ukupan rezultat na upitniku osjećaja koherentnosti. Pri predikciji respiratornih simptoma osjećaj koherentnosti također značajno povećava koeficijent multiple korelacije i nakon kontrole efekata prediktorskih varijabli uključenih u prvom i drugom koraku (F -promjena=32.12; $p<0.001$) i statistički značajno predviđa učestalost ovih simptoma ($Beta=-0.23$; $p<0.001$). Isto vrijedi i za nerespiratorne simptome (F -promjena=22.52; $p<0.001$; $Beta=-0.20$; $p<0.001$) i opću zabrinutost za zdravlje (F -promjena=18.11; $p<0.001$; $Beta=-0.18$; $p<0.001$).

Medijacijski efekti osjećaja koherentnosti

Medijacijski je efekt osjećaja koherentnosti ispitan pomoću analize traga. U ovom je istraživanju analiza traga korištena u eksploratorne svrhe, a ne za testiranje nekog unaprijed predviđenoga teorijskog modela. Da bi se olakšala interpretabilnost i usporedba s rezultatima prikazanim u Tablicama 2 i 3, izvedene su tri analize, po jedna za svaku zavisnu varijablu. U sve su tri analize ispitan izravni efekti dimenzija petofaktorskog modela i osjećaja koherentnosti na zavisnu varijablu, te neizravni, medijacijski efekti dimenzija petofaktorskog modela preko osjećaja koherentnosti. Kao mjera osjećaja koherentnosti u ovim je analizama korišten ukupan rezultat na osjećaju koherentnosti.

Dobiveni rezultati pokazuju da kada se kao zavisna varijabla koriste respiratorni simptomi, tada osjećaj koherentnosti značajno posreduje efekte ekstraverzije, savjesnosti, neuroticizma i otvorenosti. Tako npr. od ukupnog efekta neuroticizma na respiratorne simptome (0.36) 0.12 otpada na njegov neizravan efekt, preko osjećaja koherentnosti. Zanimljivo je da ekstraverzija i savjesnost nemaju značajne izravne efekte na respiratorne simptome, nego samo neizravne. Slični su rezultati dobiveni i za nerespiratorne simptome, kod kojih osjećaj koherentnosti također značajno posreduje efekte ekstraverzije, savjesnosti, neuroticizma i otvorenosti. Od ukupnog efekta neuroticizma (0.24), 0.11 je njegov neizravan efekt, a ekstraverzija, savjesnost i otvorenost nemaju

značajne izravne efekte. Kada se kao zavisna varijabla uključi opća zabrinutost za zdravlje, osjećaj koherentnosti također značajno posreduje efekte ekstraverzije, savjesnosti, neuroticizma i otvorenosti, pri čemu izravni efekti ekstraverzije, savjesnosti i otvorenosti nisu značajni.

RASPRAVA

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da su sve dimenzije petofaktorskog modela ličnosti značajno povezane sa svim komponentama, kao i s ukupnim rezultatom na upitniku osjećaja koherentnosti (Tablica 2). Regresijske analize pokazuju da su pojedine komponente i ukupan osjećaj koherentnosti umjereno povezane s različitim kombinacijama dimenzija petofaktorskog modela, što govori o djelomičnom preklapanju konstrukta koherentnosti s dimenzijama petofaktorskog modela, ali ne i o njihovoj potpunoj redundantnosti (Tablica 2). Dakle, u terminima petofaktorskog modela može se reći da komponente osjećaja koherentnosti nisu zasićene nekom dominantnom crtom niti su njihova jednoznačna kombinacija, nego složena kombinacija različitih crta ličnosti.

Kao što je i očekivano, od dimenzija petofaktorskog modela ličnosti sa svim je trima grupama ispitivanih zdravstvenih ishoda najviše povezan neuroticizam. Nadalje, sve tri komponente osjećaja koherentnosti, kao i ukupan rezultat na ovom upitniku u značajnim su negativnim korelacijama sa svim trima grupama subjektivnih zdravstvenih ishoda (Tablica 3).

Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza (Tablica 4), pokazuju da u prvom koraku percepciju čestine respiratornih i nerespiratornih tjelesnih simptoma značajno predviđaju ženski spol, niže obrazovanje i postojanje neke kronične bolesti, dok opću zabrinutost za zdravlje predviđa viša starosna dob i postojanje kroničnih bolesti. Ovakvi su rezultati očekivani jer i druga istraživanja često pokazuju da žene percipiraju veći broj tjelesnih simptoma i češće ih doživljavaju nego muškarci (Gijsbers van Wijk i Kolk, 1997; Kroenke i Spitzer, 1998; Verbrugge, 1980), te da je socioekonomski status, čiji je jedan od najtočnijih pokazatelja obrazovanje, negativno povezan s izvještavanjem o tjelesnim simptomima (Kroenke i Price, 1993), iako rezultati koji

uzimaju u obzir samo stupanj obrazovanja ne daju uvijek potpuno dosljedne rezultate (npr. Hannan, Anderson, Pincus i Felson, 1992). Nadalje, istraživanja pokazuju da osobe s različitim kroničnim bolestima, kao što su karcinom prostate, dojke ili reumatoridni artritis, percipiraju više tjelesnih simptoma (Balderson i Towell, 2003; Pincus, Griffith, Pearce i Isenberg, 1996), što nije u potpunosti uzrokovano objektivnim tjelesnim promjenama vezanim uz specifičnu bolest i/ili intenzitetom bolnog podražaja, već i nekim situacijskim i socijalno-psihološkim faktorima (Cioffi, 1991; Gijsbers van Wijk i Kolk, 1996). Tako npr. neka prospektivna istraživanja pokazuju da su kronične bolesti jedan od najsnažnijih prediktora depresije (npr. Cavanaugh i sur., 1983; Prince, Harwood, Thomas i Mann, 1998), koja dovodi i do povećane zabrinutosti za zdravlje. Istraživanja također potvrđuju da je starosna dob pozitivno povezana s više tjelesnih simptoma i većim brojem bolesti (House i sur., 1994; Rowe i Kahn, 1987), pa u skladu time dolazi i do povećane brige za zdravlje.

Nakon kontrole demografskih i zdravstvenih varijabli, u drugom koraku hijerarhijskih regresijskih analiza (Tablica 4), neuroticizam jedini značajno pozitivno predviđa sva tri subjektivna zdravstvena ishoda.

Nakon što su izlučeni efekti demografskih i zdravstvenih varijabli, te efekti dimenzija petofaktorskog modela, smislenost značajno negativno predviđa čestinu javljanja nerespiratornih simptoma i opću zabrinutost za zdravlje, a razumljivost čestinu javljanja respiratornih simptoma (Tablica 4). Ovi rezultati upućuju na moguću različitu važnost pojedinih komponenti osjećaja koherentnosti za predviđanje specifičnih komponenti subjektivno procijenjenog zdravlja i u skladu su s rezultatima nekih drugih istraživanja koja također pokazuju da svaka od komponenata osjećaja koherentnosti predviđa različite ishode mentalnog zdravlja (npr. Petrie i Brook, 1992). Iako su komponente osjećaja koherentnosti kako u ovom, tako i u drugim istraživanjima (npr. Antonovsky, 1987; Hittner, 2000) u relativno visokim korelacijama, rezultati dobiveni ovim istraživanjem govore o opravdanosti korištenja i trofaktorske strukture upitnika, barem kada se radi o subjektivnim zdravstvenim ishodima, jer bi ona u usporedbi s jednofaktorskom strukturom trebala omogućiti detaljniji uvid u mehanizme djelovanja ovoga

konstrukta na različite ishode. Tako se npr. navodi da je komponenta smislenosti, koja u ovom istraživanju predviđa opću zabrinutost za zdravlje i nerespiratorne simptome, povezana s emocijama i motivacijom, kao i to da ima središnje značenje za zadovoljstvo životom (Carstens i Spangenberg, 1997; Flannery, Perry, Penk i Flannery, 1994; Lustig, Rosenthal, Strauser i Haynes, 2000), pa bi se na temelju toga moglo i očekivati da je negativno povezana sa općom zabrinutošću za zdravlje. Teže je, međutim, na temelju ovakve konceptualizacije i operacionalizacije smislenosti pretpostaviti mehanizam njezina djelovanja na nerespiratorne simptome.

S druge se strane razumljivost, koja u ovom istraživanju predviđa respiratorne simptome, smatra najvažnijom i uglavnom kognitivnom komponentom osjećaja koherentnosti (Antonovsky, 1987). Ona se manifestira kao traganje za informacijama, a naročito je važna kada osoba ništa ne može učiniti da bi promijenila situaciju, nego je treba prihvatiti takvu kakva jest. I u ovom je slučaju teško pretpostaviti mehanizam djelovanja ove komponente osjećaja koherentnosti na respiratorne simptome.

Dakle, iako i ovo i neka druga istraživanja (npr. Petrie i Brook, 1992) nalaze da različite komponente osjećaja koherentnosti mogu predvidjeti različite zdravstvene ishode, nedostatnost funkcionalne diferencijacije komponenata ovoga konstrukta i na teorijskoj i na operacionalnoj razini znatno otežava istraživanja mogućih mehanizama njihova različitog djelovanja na zdravstvene ishode. U skladu s tim, i Antonovsky (1993) smatra da je jedan od najvećih problema vezan uz mjere osjećaja koherentnosti njihovo odstupanje od teorijski predviđene trofaktorske strukture, pa su tako u normalnim uvjetima psihološke kvalitete reprezentirane pojedinim komponentama osjećaja koherentnosti snažno međusobno povezane. Zbog toga Antonovsky (1993) preporučuje korištenje samo ukupnog rezultata, a ne pojedinačnih rezultata na trima komponentama osjećaja koherentnosti. Tomu u prilog idu i rezultati ovoga istraživanja koji pokazuju da kada se u treći korak svih triju hijerarhijskih regresijskih analiza umjesto tri komponente osjećaja koherentnosti uključi ukupan rezultat, tada značajni prediktori iz prva dva koraka svih triju analiza ostaju isti, dok u trećem koraku ukupan rezultat značajno

negativno predviđa sve tri mjere subjektivnih zdravstvenih ishoda s beta ponderima većim nego kod pojedinih komponenti.

Posebno treba naglasiti da su ukupan osjećaj koherentnosti, kao i njegove komponente smislenost i razumljivost, značajni prediktori tjelesnih simptoma i opće zabrinutosti za zdravlje i nakon kontrole efekata nekih važnih demografskih i zdravstvenih varijabli, te dimenzija petofaktorskog modela, a naročito neuroticizma (Tablica 4). Iako je njihov doprinos relativno mali (2-3%), on je dobiven u vrlo restriktivnim uvjetima, uz kontrolu demografskih i zdravstvenih varijabli, te crta ličnosti. Naime, brojna istraživanja efekata ličnosti na različite varijable zdravstvenih ishoda pokazuju da već samo nakon kontrole efekata neuroticizma doprinos drugih varijabli ličnosti izvan petofaktorskog modela više uopće nije statistički značajan (Korotkov i Hannah, 2004; Smith i Spiro, 2002). Ako se u ovom istraživanju ne kontroliraju efekti demografskih i zdravstvenih varijabli te crta ličnosti, onda se doprinos osjećaja koherentnosti kreće od 9.4% do 14.8%.

Dakle, rezultati ovoga istraživanja ukazuju na to da osjećaj koherentnosti doprinosi objašnjenju tjelesnih simptoma i opće zabrinutosti za zdravlje, te da ga je potrebno i dalje ispitivati, barem kada je u pitanju subjektivna procjena zdravlja.

Analize traga, kojima su ispitani izravni i neizravni efekti dimenzija petofaktorskog modela ličnosti i osjećaja koherentnosti, te medijacijska uloga osjećaja koherentnosti na subjektivne zdravstvene ishode, pokazuju da osjećaj koherentnosti značajno posreduje efekte ekstraverzije, savjesnosti, neuroticizma i otvorenosti na sve tri skupine subjektivnih zdravstvenih ishoda, te da od dimenzija petofaktorskog modela samo neuroticizam ima izravan efekt na sva tri ishoda.

Polazeći od petofaktorske teorije sustava ličnosti (McCrae i Costa, 1999), razlikuju se tzv. temeljne tendencije ili apstraktni psihološki potencijali, koje čine dimenzije petofaktorskog modela, i karakteristične adaptacije, odnosno konkretne manifestacije temeljnih tendencija, koje čine navike, stavovi, vještine, uloge i socijalni odnosi. Temeljne dimenzije su dublje psihološke karakteristike koje nisu izravno dostupne opažanju, već se o njima zaključuje na osnovi ponašanja i doživljavanja, dok karakteristične adaptacije odražavaju relativno

trajne karakteristike osobe koje joj pomažu u prilagodbi na promjenjivu socijalnu okolinu (McCrae i Costa, 1999). U skladu s time, temeljne tendencije imaju mnogo općenitije efekte na različite ishodne varijable, dok karakteristične adaptacije imaju efekte na specifične ishode. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem pokazuju da bi osjećaj koherentnosti mogao funkcionirati kao jedna od karakterističnih adaptacija putem koje dimenzije petofaktorskoga modela posreduju svoje efekte na subjektivne zdravstvene ishode. Dobivene rezultate treba promatrati i u kontekstu nekih ograničenja ovoga istraživanja, prije svega njegove transverzalne prirode, kao i korištenje samo subjektivnih mjera zdravlja, usprkos tome što istraživanja pokazuju da samoprocjene zdravlja, a posebno tjelesnih simptoma, predviđaju mortalitet, te su stoga one valjane mjere zdravlja (Carlson, 1998).

LITERATURA

- Andersen, S., Berg, J.E. (2001). The use of sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research and Theory*, 9, 239-251.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. U: H.S. Friedman (ur.), *Personality and disease* (str. 155-177). New York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. U: C.L. Cooper., R. Payne (ur.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (str. 67-104). Chichester: Wiley.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, 36, 725-733.
- Balderson, N., Towell, T. (2003). The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British Journal of Health Psychology*, 8, 125-134.
- Benet-Martinez, V., John, O.P. (1998). *Los cinco grandes* across cultures and

- ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750.
- Berg, J.E., Andersen, S. (2001). Mortality 5 years after detoxification and counseling as indicated by psychometric tests. *Substance Abuse*, 22, 1-10.
- Berntsson, L.T., Gustafsson, J.E. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 283-293.
- Carlson, P. (1998). Self-perceived health in East and West Europe: Another European health divide. *Social Science and Medicine*, 46, 1355-1366.
- Carmel, S., Bernstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 65, 221-222.
- Carstens, J., Spangenberg, J. (1997). Major depression: A breakdown in sense of coherence? *Psychological Reports*, 80, 1211-1220.
- Cavanaugh, S., Clarc, D.C., Gibbons, R.D. (1983). Diagnosing depression in hospitalized medically ill. *Psychosomatics*, 24, 809-815.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive – perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.
- Ebert, S.A., Tucker, D.C., Roth, D.L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 363-375.
- Flannery, R.B., Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 415-420.
- Flannery, R., Perry, C., Penk, W., Flannery, G. (1994). Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575-577.
- Forsberg, C., Bjorvell, H., Cedermark, B. (1996). Well-being and its relation to coping ability in patients with colorectal and gastric cancer before and after surgery. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10, 35-44.
- Frankenhoff, C. (1998). Antonovsky's sense of coherence concept: An instrument for primary prevention in social work services. *International Social Work*, 41, 511-522.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M.M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and Individual Differences*, 20, 55-70.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45, 231-246.
- Guldvog, B. (1999). Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 233-240.
- Hannan, M.T., Anderson, J.J., Pincus, T., Felson, D.T. (1992). Educational attainment and osteoarthritis: Differential associations with radiographic changes and symptom reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 139-147.
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1999). Minnesota multifazični inventar ličnosti - 2. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hittner, J.B. (2000) Novel methods for analysing multifaceted personality scales: Sense of coherence and depression as an example. *Journal of Psychology*, 134, 199-209.
- House, J.S., Lepkowski, J.M., Kinney, A.M., Mero, R.P., Kessler, R.C., Herzog Regula, A. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 213-234.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I., Lesić, R. (1999). Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne simptome. *Društvena istraživanja*, 8, 543-561.
- Kalimo, R., Vuori, J. (1990). Work and sense of coherence: Resources for competence and life satisfaction. *Behavioral Medicine*, 16, 76-89.
- Kardum, I., Gračanin, A., Hudek-Knežević, J. (u tisku). Crte ličnosti i religioznost kao

- prediktori socioseksualnosti kod žena i muškaraca. *Društvena istraživanja*.
- Kardum, I., Hudek-Knežević, J., Kalebić, B. (2004). Povezanost Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole s tjelesnim simptomima. *Društvena istraživanja*, 13, 989-1010.
- Karlsson, I., Berglin, E., Larsson, P.A. (2000). Sense of coherence: Quality of life before and after coronary artery bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1383-1392.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Nurmi, J.E., Feldt, T., Keltikangas-Jarvinen, L. (2002). Sense of coherence as a mediator between hostility and health: Seven-year prospective study on female employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 239-247.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T., Pentti, J. (1997). Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *Journal of Applied Psychology*, 82, 858-972.
- Korotkov, D.L. (1993). An assessment of the (short form) Sense of Coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14, 575-583.
- Korotkov, D., Hannah, T.E. (2004). The five-factor model of personality: Strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 187-199.
- Kroenke, K., Price, R.K. (1993). Symptoms in the community: Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 82, 1296-1304.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-155.
- Larsson, G., Kallenberg, K. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nationwide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6, 175-180.
- Levert, T., Lucas, M., Ortlepp, K. (2000). Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a sense of coherence. *South African Journal of Psychology*, 30, 36-43.
- Lundman, B., Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective health in people with insulin-dependent diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 381-386.
- Lustig, D.C., Rosenthal, D.A., Strauser, D.R., Haynes, K. (2000). The relationship between sense of coherence and adjustment in persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 134-141.
- Lyons, A., Chamberlain, K. (1994). The effects of minor events, optimism and self-esteem on health. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 559-570.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (1999). A five-factor theory of personality. U: L.A. Pervin, O.P. John (ur.), *Handbook of personality: Theory and research* (str. 102-138). New York: Guilford.
- Mendel, B., Bergenius, J., Langius, A. (2001). The sense of coherence: A tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, 26, 19-24.
- Motzer, S., Stewart, B. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research in Nursing and Health*, 19, 287-298.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Persson, L., Hallberg, I.R., Ohlsson, O. (1997). Survivors of acute leukaemia and highly malignant lymphoma: Retrospective views of daily life problems during treatment and when in remission. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 68-78.
- Petrie, K., Brook, R. (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 293-300.
- Pincus, T., Griffith, J., Pearce, S., Isenberg, D. (1996). Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 35, 879-883.

- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R., Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science and Medicine*, 49, 109-120.
- Powell, M. (2001). The relationship of sense of coherence and learned resourcefulness to functional health status in woman with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care and Research*, 45, 26.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Thomas, A., Mann, A.H. (1998). A prospective population based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late life depression. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.
- Reaven, G.M. (1988). Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*, 37, 1595-1607.
- Rena, E., Moshe, S., Abraham, O. (1996). Couples' adjustment to one partner's disability: The relationship between sense of coherence and adjustment. *Social Sciences and Medicine*, 43, 163-171.
- Rennemark, M., Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging and Mental Health*, 3, 79-87.
- Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Sandén-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1393-1397.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.
- Smith, T.L., Meyers, L.S. (1997). The sense of coherence: Its relationship to personality, stress and health measures. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 513-526.
- Smith, T.W., Spiro, A. (2002). Personality, health, and aging: Prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality*, 36, 363-394.
- Soderberg, S., Lundman, B., Norberg, A. (1997). Living with fibromyalgia: Sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life. *Research in Nursing and Health*, 20, 495-503.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Ohlson, C.G., Theorell, T., Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work and Stress*, 14, 1-15.
- Strang, S., Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15, 127-134.
- Strümpfer, D.J.W., Gouws, J.F., Viviers, M.R. (1998). Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12, 457-480.
- Suominen, S., Blomberg, H., Helenius, H., Koskenvuo, M. (1999). Sense of coherence and health: Does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychology and Health*, 14, 937-948.
- Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Scherstén, B., Nilsson, P.M. (2000). Dyslipidaemia and impaired well-being in middle-aged women reporting low Sense of Coherence: The women's health in the Lund area (WHLA) study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 177-182.
- Svebak, S., Søndena, K., Hausken, T., Søreide, O., Hammar, A., Berstad, A. (2000). The significance of personality in pain from gallbladder stones. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 7, 759-764.
- Tuomi, K., Seitsamo, J., Huuhtanen, P. (1999). Stress management, aging, and disease. *Experimental Aging Research*, 25, 353-358.
- Verbrugge, L.M. (1980). Sex differences in complaints and diagnoses. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 327-355.
- Zhang, J., Vitaliano, P.P., Lutgendorf, S.K., Scanlan, J.M., Savage, M.V. (2001). Sense of coherence buffers relationships of chronic stress with fasting glucose levels. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 33-55.

The relationship between sense of coherence, five-factor personality traits and subjective health outcomes

Igor Kardum, Jasna Hudek-Knežević, Ana Kola
University of Rijeka, Faculty of Arts and Sciences, Department of Psychology

In a sample of 822 adult participants the degree of overlap of the sense of coherence with five factor personality traits was examined, as well as the predictive value of the sense of coherence on the three measures of health outcomes – the frequency of respiratory, the frequency of non-respiratory symptoms and general concern about health, after controlling for the effects of some demographic and health variables (chronic diseases, gender, age and education) and five-factor personality traits. Furthermore, the mediating role of the sense of coherence, that is the degree to which it mediates the effects of the five-factor personality traits on subjective health outcomes was examined.

The results show that the sense of coherence shows a moderate overlap with some combinations of the five-factor personality traits, which means that, to a certain degree, the sense of coherence includes some additional aspects of functioning which are not represented in the five-factor model. The results of hierarchical regression analyses also confirm that after the effects of demographic and health variables, as well as the five-factor personality traits had been controlled for, the overall score on the sense of coherence questionnaire incrementally predicts all three measures of subjective health outcomes. The analyses in which, instead of the overall score of the sense of coherence questionnaire, all three of its components were included, show that meaningfulness incrementally predicts the frequency of non-respiratory symptoms and concern about health, while comprehensiveness incrementally predicts the frequency of respiratory symptoms.

Furthermore, the results obtained show that sense of coherence significantly mediates the effects of extraversion, conscientiousness, neuroticism and openness on all three groups of subjective health outcomes, as well as that from the five-factor personality dimension only neuroticism exerts a direct effect on all three outcomes.

The results are discussed in the context of previous analyses connected with the effects of sense of coherence on health outcomes, and concerning the possible role of the sense of coherence as characteristic adaptation within the frame of five-factor theory of personality (McCrae & Costa, 1999).

Key words: sense of coherence, five-factor personality traits, physical symptoms, concern about health, chronic disease