

## Povezanost obilježja informacija o zdravlju s demografskim karakteristikama studenata sestrinstva

### The relationship between the features of information about health with the demographic characteristics among students of nursing diploma degree

Ivana Maričić Lučić<sup>1</sup>, Joško Sindik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Opća bolnica Dubrovnik, Dr. Roka Mišetića 2, 20 000 Dubrovnik, Hrvatska

<sup>1</sup>General Hospital Dubrovnik, Dr. Roka Mišetića 2, 20 000 Dubrovnik, Croatia

<sup>2</sup>Institut za antropologiju, Ljudevita Gaja 32, 10 000 Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Institute for Anthropological Research, Ljudevita Gaja 32, 10 000 Zagreb, Croatia

#### Sažetak

**Cilj:** Cilj istraživanja bio je utvrditi koje se strategije procjene vjerodostojnosti najčešće koriste u zdravstvenom informiranju medicinskih sestara u medijima, te hoće li dob, spol ili godine starosti biti povezani s korištenjem pojedinih strategija.

**Metode:** Ispitan je namjerni uzorak od 75 studenata preddiplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu u Dubrovniku.

**Rezultati:** Utvrđeno je postojanje razlika u zastupljenosti različitih strategija provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima. Međutim, ne postoje statistički znatne spolne razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, uz iznimku rukovođenja posljednjom informacijom, kojom se češće koriste muškarci. Ne postoje razlike u strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na bračno stanje, kao i u odnosu na godinu studija sestrinstva. Napokon, pokazalo se da nema statistički znatnih povezanica između uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, te strategija vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima, s varijablama: broj djece, dob, radni staž.

**Ključne riječi:** mediji • provjera • studenti sestrinstva • zdravstvene informacije

**Kratki naslov:** informacije o zdravlju i demografske karakteristike studenata sestrinstva

#### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to determine which strategies the nurses most commonly use for the assessment of the credibility of the health information in the media, as well as whether age, gender are associated with the use of certain strategies.

**Method:** The study involved an intentional sample of 75 undergraduate students of Nursing at the University of Dubrovnik.

**Results:** The results revealed no differences in the prevalence of various strategies for verifying the authenticity of the information received about the health from the media. However, there are no significant gender differences in the performance assessment of health information in the media, except for accepting the latest received information, which is strategy more often used by men. There are no differences in strategies for verifying the authenticity of the information received about the health of the media, in relation to the marital status, as well as in relation to the year of nursing study. Finally, it was shown that there is no statistically significant correlation between the performance assessment of health information in the media, and the strategy of the authenticity of the information received about the health of the media, with the variables: number of children, age, and length of service.

**Keywords:** media • check • nursing students • informations about health

**Running head:** health information and demographic characteristics of nursing students

Received November 15<sup>th</sup> 2015;

Accepted November 22<sup>nd</sup> 2015;

**Autor za korespondenciju/Corresponding author:** Joško Sindik, PhD, Assistant Professor, Institute for Anthropological Research, Ljudevita Gaja 32, 10000 Zagreb, Croatia • Phone: +385-1-55 35 122 • Fax: +385-1-55 35 105 • E-mail: josko.sindik@inantra.hr

#### Uvod/Introduction

Mediji su danas možda najvažniji izvor informacija općenito pa tako i onih zdravstvene tematike, upravo zbog svoje sveprisutnosti i pristupačnosti. Široki spektar dostupnih medija, danas je neizostavan dio cjeline prosvjećivanja populacije i načina kojim se podiže svijest o zdravlju i zdravom načinu života svih dobni skupina [1]. Zdravstveni djelatnici aktivni su sudionici u ovim naporima kroz sve razine zdravstvene zaštite, u omogućavanju lakšeg shvaćanja pruženih

informacija svojim stečenim iskustvima u struci te kontinuiranim proširivanjem vlastitih znanja, ali i praćenjem novih dostignuća i spoznaja u svojoj domeni rada [2]. No, kako bi se dosegla zadovoljavajuća razina zdravstvenog obrazovanja populacije te kontinuiranost zdravstvenog odgoja u svim životnim dobima pojedinca, sama dostupnost i količina pruženih informacija iz različitih izvora nije dovoljna. Sam pojedinac nerijetko ne može procijeniti vjerodostoj-

nost pojedinih vrsta informacija iz mnoštva izvora, upravo zbog njihove kontradiktornosti. Za potrebe pravilnog postupanja s informacijama o zdravlju koje daju mediji, važno je pokušati pronaći pravi način procjene vjerodostojnosti dobivenih informacija. Pretpostavljamo da se upravo u ovom aspektu mogu uočiti određene razlike pri usporedbi korištenih strategija, između zdravstvenih djelatnika i opće populacije. Da bismo mogli razmotriti potencijalni smjer utjecaja medijske globalizacije na zdravstveni odgoj i obrazovanje, ponajprije se treba usredotočiti na ključne dijelove koji definiraju polazišne točke, ono što povezuje medijsku globalizaciju, medije sa zdravstvenim odgojem i obrazovanjem te ih objedinjuje u jedinstven proces, usmjeren ka unapređenju zdravlja populacije. Dakle, treba razmotriti koje su odrednice tog procesa, koji su danas dominantni izvori zdravstvenog informiranja te kolika je vjerodostojnost dobivenih informacija iz tih izvora.

## Medijska globalizacija

Medijska globalizacija nedvojbeno djeluje na cijelo društvo, pa tako i na opću kvalitetu zdravstvenog informiranja [1]. S pojavom Interneta, pristup informacijama postao je još i lakši, pa se taj medij u kratkom vremenu, počeo sve češće koristiti za stjecanje općih i specifičnih informacija i znanja iz područja zdravstva, počevši od informacija o zdravoj prehrani, smjernicama za zdrav način života, kao i o novim dostignućima u medicini (novi pristupi liječenju bolesti, novi lijekovi itd.), koje više nisu ograničene mjestom stanovanja pojedinca, čak ni državom – već su dostupne globalno [3]. Uz internet, tu su još i mnogobrojna izdanja literature, letaka, novinskih članaka, različite TV emisije o zdravlju i sl., koji također doprinose stjecanju znanja iz područja zdravstva. Pojam globalizacije može se shvatiti i definirati na različite, katkad i kontradiktorne načine. Globalizacija je proces gospodarskog, političkog, socijalnog i kulturnog djelovanja na svjetskom nivou, proces koji na globalnoj razini mijenja ustaljene političke, gospodarske, socijalne i kulturne odnose. Isto tako, globalizacija podrazumijeva jedinstven ekonomski prostor, iz čega proizlazi činjenica da bi ekonomska kriza u bilo kojem području imala planetarne implikacije. Bitna determinanta globalizacije je tehnološki razvoj koji omogućuje prostorno i vremensko smanjivanje svijeta [4], s implikacijama na kvalitativni i kvantitativni razvoj u smjeru globalne ekonomije, globalne zajednice, globalnih medija i dr. Globalizaciju je kao proces nemoguće izbjeći, s obzirom na visoku razinu svjetske gospodarske konkurentnosti te, među ostalim, i suvremenog razvoja visoko sofisticirane tehnologije, posebno informatičke, što svijet pretvara u globalno selo [3]. Globalizaciju zasigurno pospješuju i nove, moderne tehnologije, osobito one informacijske, homogenizirajući različite oblike globalnog reguliranja kao što su, primjerice, kretanje kapitala, valuta, trgovina i sl. Ipak, sam je ishod procesa globalizacije neizvjestan, a ovisit će o svima nama [3].

Mediji kao jedna od najvažnijih institucija suvremenog društva, imaju funkciju informiranja stanovništva o događajima, ali i obrazovanje, socijalizaciju, reklamu i zabavu, znanstveno i kulturno prosvjeđivanje. Sami po sebi nisu instrument društvenog urušavanja ni progresu, ali je njihova

pozitivna ili negativna uloga u navedenim procesima uvijek uvjetovana karakterom socijalnih sila i ciljevima za koje se upotrebljavaju mediji kao sredstvo društvenog utjecaja [1]. Mediji su samo jedan od instrumenata i dopunskih faktora utjecaja na društvene promjene, koji djeluju u skladu sa zadacima i potrebama društveno-povijesne situacije. Oni utječu na sva polja društva i doprinose stvaranju masovne kulture, evolucijom društvenog saznanja te formiranjem javnog mnijenja. Suvremeni je medijski razvojni smjer globalizacija, a globalni mediji doživljavaju ekspanziju potkraj devedesetih godina 20. stoljeća [1]. Novi mediji definiraju se kao komunikacijske tehnologije koje osiguravaju interaktivnost između korisnika (međusobno) te korisnika i informacija koje oni dobivaju. Svojom pojavom pridonijeli su stvaranju novih karakteristika medijske kulture i prostora: nestabilnost, promjenjivost, mobilnost i otvorenost. U modernom se svijetu s modela „jedan mnogima“ prešlo na model „mnogi mnogima“, pri čemu svaki pojedinac može stvarati vlastita medijska izdanja u različitim oblicima: tekst, audio, video i sl. [1]. Iako medijski subjekti imaju neograničen pristup informacijama, oni „ne znaju ništa što bi htjeli znati“ [1]. Upravo iz tog razloga, novi mediji ne zamjenjuju stare u potpunosti, ali ih značajno dopunjuju pa je interaktivnost postala ključni faktor ideologije novih medija, a rezultirala je iz nevjerojatno brzog rasta dostupnosti interneta, digitalizacije medija i medijske konvergencije, tj. različitih medijskih aspekata i sadržaja [1]. Kada se mogućnosti medija stave u službu zdravlja i razvijanja svijesti o zdravlju, kako pojedinca tako i populacije u globalu, dolazi se do pojma zdravstvenog obrazovanja.

## Zdravstveno obrazovanje i odgoj

Zdravstveno obrazovanje ima zadatak pripremiti ljude za stresnu situaciju, a uključuje upotrebu različitih vrsta medija, kako bi se formirao određeni stav prema zdravlju i/ili bolesti. Ovo je trajan i kontinuiran proces kojim se obuhvaćaju sve dobne skupine unutar populacije te je integriran u svakodnevni rad svih razina zdravstvene zaštite, kao sastavni dio rada zdravstvenih djelatnika. Približavanjem i olakšavanjem pristupa informacijama iz područja zdravstva podiže se svijest populacije i razvoj zdravstvenog odgoja [2].

Zdravstveni odgoj ima funkcije: povezivanje medicine i njezinih verificiranih činjenica s ostalim kulturnim i socijalnim ostvarenjima te racionalizaciju znanja ljudi u pitanjima brige za zdravlje i pretvorbu znanja u zdravstvena uvjerenja [5]. Zdravstveni odgoj provodi se različitim oblicima informiranja populacije, kojim se nastoji obavijestiti ili upozoriti na neki zdravstveni problem. Obavješćivanje i upozoravanje priprema je čovjeka na opasnost koja mu prijete, pa djelotvorno informiranje ima dvojaku ulogu: uvjerljiva komunikacija, tj. preporuka za akciju [4]; upozoravanje na stvarne događaje koji se mogu opaziti, preuzimanje odgovornosti nad sobom [3]. Loše upozoravanje je ono koje ima šokantnu neočekivanost, pa čak i traumatsku neugodnost poruke. Imajući ovo u vidu, potrebno je dobro odmjeriti način kojim će se prenijeti željena obavijest, odnosno, odabrati adekvatan pristup za postizanje željenog cilja - usvajanja obavijesti ili upozorenja, što uvelike ovisi o dobnoj skupini populacije kojoj se želi pristupiti [3].

Učinkovitost *uvjeravanja* (*persuazije*) ovisi o: sudovima o vjerodostojnosti (moralnoj valjanosti) tvorca poruke; atraktivnosti tvorca poruke (poznatost, fizički izgled); prirodi i sadržaju komunikacije (načela: ponavljanje, obrazlaganje, pozitivno izvještavanje, preciznost); redosljedu (strukturni) obavijesti (od poznatog prema nepoznatom, od jednostavnog prema složenom, od dobrih k lošim vijestima, od osobnog prema općem); raspoloživom vremenu od obavijesti do akcije; povezanosti poruke s trenutnim emocijama primatelja [5]. Nadalje, kvaliteta zdravstvenog obrazovanja i odgoja uvelike će ovisiti o izvorima znanja o zdravlju na kojima se bazira formulirana informacija. Izvore znanja o zdravlju, kao samoj srži informacija o zdravstvenim temama, općenito možemo podijeliti u tri skupine, a to su:

profesionalna znanja (temelje se na spoznajama do kojih se došlo kroz znanstveno-stručna istraživanja iz područja struke, a koja doprinose unapređenju iste); laička znanja: receptno znanje, pučko znanje, zdrav razum (proizlaze iz spoznaja o zdravlju i/ili bolesti, do kojih se došlo osobnim zapažanjem pojedinca, te spoznaje pojedinca koje su prenesene „s koljena na koljeno“ unutar nekog područja ili populacije, npr. „narodni lijekovi“); iskustvena znanja (temelje se na spoznajama do kojih se došlo kroz suočavanja s potresnim događajima) [2]. Uz spomenute, ne zaboravimo ni na posebnu vrstu individualnih ili kolektivnih vjerovanja kojima se nastoji protumačiti uzroke vlastitog stanja, namjera, ponašanja i prijetećih situacija u svakodnevnom životu, a koja nazivamo atribucije ili pripisivanja [2]. Njih dovodimo u vezu s lokusom kontrole, tj. vjerovanjem koji su faktori uzročnici nekog događaja [6].

## Lokus kontrole i lokus zdravstvene kontrole

Naziv lokusa kontrole razvio je Rotter [7], u sklopu teorije socijalnog učenja koja je integrirala biheviorističke S-R (stimulus-reakcija) teorije potkrijepljen s kognitivnom teorijom polja. On je podjednaku važnost dao varijablama koje se odnose na individualne razlike i na situacijske parametre [8]. Postavke teorije tumače da je vjerojatnost pojavljivanja nekoga ponašanja u funkciji očekivanja pojedinca kako će upravo takvo ponašanje dovesti do nagrade, odnosno, da će njime postići željeni ishod. Postoje tri klase varijabli koje determiniraju potencijalno ponašanje: očekivanje da će vlastito ponašanje dovesti do nagrade, vrijednost nagrade i priroda situacije na koju se prognoza odnosi [7]. Relativno dosljedne individualne razlike u ovoj teoriji definirane su konceptom o očekivanju unutrašnjeg naspram izvanjskog mjesta kontrole potkrepljenja, odnosno lokusom kontrole. Kad govori o procesu učenja, Rotter drži da ljudi koji vjeruju u internalnu kontrolu lakše mijenjaju svoje ponašanje, neovisno o tome je li to ponašanje bilo potkrijepljeno pozitivno ili negativno, od ljudi koji vjeruju u eksternalnu, vanjsku kontrolu [7]. Međutim, da bi se promjene u ponašanju uopće mogle dogoditi, potkrepa mora imati vrijednost za osobu, tako za osobe s iskustvom internalnog mjesta kontrole vrijednost nagrade ima veće značenje. Takve osobe vjeruju kako, mijenjajući svoje ponašanje, mogu pojačavati ili smanjivati utjecaj nagrade. S druge strane, osobe s eksternalnim lokusom kontrole teže mijenjaju svoje ponašanje, između ostalog i zato što ne vjeruje kako mijenjajući svoje

ponašanje može utjecati na ishode [6]. Rotter je, u skladu s tim, pretpostavio da je lokus kontrole važna varijabla u shvaćanju procesa učenja i da znatno utječe na ponašanje u mnogim drugim situacijama [7].

Lokus zdravstvene kontrole sustav je vjerovanja o tome tko su, odnosno, što su oni čimbenici koji određuju kvalitetu nečijeg trenutnog ili budućeg zdravlja [9]. Lokus kontrole stječe se u ranom djetinjstvu roditeljskim odgojem, a ovisi i o stupnju obrazovanja (obrazovaniji imaju naglašeniji unutarnji lokus kontrole). Naravno, u kolikoj će mjeri pojedinac preuzeti odgovornost za vlastito zdravlje, ovisit će o ujednačenosti između tri glavne osovine, koje čine lokus zdravstvene kontrole [9]: vjeri u osobne unutarnje snage (osobnim ponašanjem može se kontrolirati zdravlje i ishod svih bolesti); vjeri u snage drugih osoba («netko drugi», zdravstveni autoriteti, članovi obitelji, prijatelji, mogu značajno utjecati na zdravlje); vjeri u slučajne snage (sudbina, sreća, nadnaravno kao odgovorno za zdravlje). Ovo posebno dolazi do izražaja u situacijama neizvjesnosti, te ima utjecaj na psihoneuroimunološki sustav subjekata: lakše je zbrinjavanje onih s unutrašnjom kontrolom jer oni ne mijenjaju odnos s drugima kad obole [9].

## Izvori znanja o zdravlju

Izvori znanja u zdravstvenom obrazovanju mogu biti: verbalni, tekstualni, auditivni, audiovizualni, vizualni, dok je za učvršćivanje zdravstvenih spoznaja bitno uspostaviti lanac: rad – uvježbavanje – praksa. Dakle, bitan je aktivan odnos primatelja prema izvorima znanja [5]. Da bi izvor znanja bio vjerodostojan, dostupna informacija mora ispunjavati neke kriterije: podupire solidarnost, bori se protiv praznovjerja, širi spoznaju da medicina nije svemoguća ni nepogrešiva. Izvori znanja slični su i mogućnostima prenošenja zdravstveno-popularnih sadržaja, koji mogu biti: verbalni, tiskani, vizualna sredstva, auditivna sredstva, audiovizualna sredstva [5]. Zdravstveno-popularni sadržaji korisni su izvori znanja, ali moraju biti jasni, razgovijetni, jednostavni, razumljivi te je važno da je pošiljalac poruke stručno i pedagoški osposobljen za prenošenje znanja. U pogledu izvora zdravstvenih spoznaja, za razvijanje poželjnog zdravstvenog ponašanja, treba imati na umu tri ključne informacije: nije dovoljno samo pravilno oblikovati informaciju; samo znanje nije dovoljno za promjenu ponašanja; od emocija, strah je najmanje pogodan za motivaciju pojedinca na promjene u svijesti i ponašanju [5]. Istraživanja su pokazala da kombinacija više izvora daje najbolje rezultate. Da bi uistinu bili obrazovni i odgojni, zdravstveno-popularni sadržaji trebali bi imati svojstva: u odnosu na **tvorca poruke** (uvažavanje jezika i iskustava onoga kome je poruka namijenjena, dužina teksta odgovara namjeri poruke, zanimljivost, uvažavanje želja primaoca, osiguranje suglasnosti s društveno-ekonomskom situacijom, davanje odgovora na suvremena pitanja medicine); prema **sadržaju** (razumljivost, orijentaciju na praksu, temelj suvremene spoznaje, adekvatno vizualno oblikovanje, osnove interesa ljudi, orijentaciju na unaprjeđenje zdravlja, više nego na tijek bolesti); prema **primanju informacije** (kodiranost za pravilnu transformaciju informacije u ponašanje; istinitost uz pozitivno javno mišljenje o zdravstvenim institucijama, izazivanje emocija i motivaciju na samoaktivnost [2][5].

## Medijska globalizacija i zdravstveno informiranje

U obilju informacija koje mediji pružaju, dosta je onih kontradiktornih, pa ljudinu uvijek kadri procijeniti (barem korištenjem informacija masovnih medija), koja je od informacija zapravo točna (Sindik, 2009). U takvim slučajevima svaki pojedinac poseže za nekim oblikom procjene tih podataka, koristeći se tehnikama koje su se tome pojedincu pokazale kao najučinkovitije, a tehnika ili strategija ima nekoliko: kombiniranje više različitih izvora informacija (internetske medicinske stranice, medicinske enciklopedije, znanstveni radovi, itd.), procjena najvjerodostojnijeg izvora informacija, pogađanjem po slučaju, intuitivno, rukovodeći se prvom ili posljednjom informacijom. Za koju će se strategiju odlučiti, ovisit će uglavnom o starosnoj dobi pojedinca te stečenom iskustvu u kombiniranju određenih izvora informacija (npr. pojedinac koji je ranije u procjeni vjerodostojnosti određene informacije, do „prave“ došao kombiniranjem informacija iz enciklopedija i znanstvenih radova, pri slijedećoj će procjeni radije ponovo posegnuti prvo za ovom, „provjerenom metodom“, nego se oslanjati na, recimo, vlastitu intuiciju).

### Prethodna istraživanja

Kako bi se dobio uvid u strategije procjene vjerodostojnosti dobivenih zdravstvenih informacija, za usporedbu su uzeti dijelovi istraživanja na manjem broju ispitanika opće populacije [10]. Rezultati tog istraživanja pokazali su da u procjenjivanju točnosti informacija, ispitanici najčešće posežu za racionalnim i realističnim strategijama, s internim lokusom kontrole (dakle, koje sami mogu kontrolirati). To su kombinacije više izvora informacija istodobno, odnosno, procjene najvjerodostojnijeg izvora, prije nego pogađanje po slučaju, intuitivno, rukovodeći se prvom ili posljednjom informacijom [10]. Međutim, postoje određene razlike između prosječne populacije i zdravstvenih djelatnika. Zdravstveni djelatnici imaju, naime, puno veća znanja o zdravlju, stečena već i svojim srednjoškolskim obrazovanjem, što im već u startu daje određenu prednost. Naravno, zbog samog radnog mjesta, gotovo svakodnevno se susreću s određenim zdravstvenim stanjima te na taj način stječu praktične vještine, koje im olakšavaju da prvenstveno na temelju „vlastitog iskustva“ lakše procjene točnost informacija. Osim predznanja i iskustva, zdravstveni djelatnici u principu puno lakše, ali i puno brže dolaze do vjerodostojnijih informacija, što im omogućuje da lakše „odvagnu“ informacije koje dobiju iz medija a olakšava im i kombiniranje informacija dobivenih iz različitih medija. Drugim riječima, zdravstveni djelatnici općenito odabiru vjerodostojnije izvore znanja o zdravlju, u odnosu na nezdravstveno osoblje, i smatraju da ih bolje znaju „filtrirati“ [11].

Ovim istraživanjem, provedenim primjenom ankete za sve studente studija *Sestrinstvo* u Dubrovniku, smatralo se korisnim utvrditi koje se strategije procjene vjerodostojnosti najčešće koriste prilikom zdravstvenog informiranja, obrazovanja i proširenja, tj. nadogradnje znanja među studentima studija *sestrinstva* kao dijelom skupine zdravstvenih djelatnika, te koliko će ona odstupati od strategija kojima

se služi opća populacija. U dostupnoj literaturi nismo, naime, pronašli istraživanja koja su bila usmjerena na ovu populaciju. Na kraju, zanimalo nas je hoće li ovo istraživanje pokazati povezanost demografskih obilježja sa strategijama utvrđivanja vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju, tj. hoće li dob, spol i/ili godine starosti biti povezani s korištenjem navedenih strategija. Na temelju uvida u literaturu i na temelju naših spoznaja, izgleda da se kod zdravstvenih djelatnika u nas do sada nije provodilo istraživanje o strategijama provjere vjerodostojnosti dobivanja informacija o zdravlju. Najčešće se podrazumijeva da zdravstveni djelatnici, zbog veze s medicinskom profesijom, lako mogu doći do „pravih informacija“. Slična istraživanja jesu provedena na općoj (neselektioniranoj) populaciji, što nam daje mogućnost za usporedbu dobivenih rezultata i uočavanje eventualnih razlika. Istraživanje koje smo koristili kao referentno provedeno je primjenom istog upitnika. Cilj nam je bio ispitati studente studija *sestrinstva* te dobiti uvid u strategije kojima zdravstveni djelatnici – ispitanici, procjenjuju valjanost medijski prezentiranih informacija o zdravlju.

**Ciljevi** ovog istraživanja bili su izvedeni iz općeg cilja istraživanja, s pripadnim hipotezama:

1. Utvrditi razlike u čestini zastupljenosti strategija provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju. (Pretpostavljamo kako će različite strategije provjere vjerodostojnosti zdravstvenih informacija o zdravlju u medijima biti u različitoj mjeri zastupljene te da će biti i statistički značajno različito zastupljene. Pretpostavku temeljimo na pretpostavci da zdravstveni djelatnici posjeduju vrijedno predznanje o zdravstvenim pitanjima i lakše će baratati dobivenim informacijama. Samim time, oslanjati će se, vjerojatno, i na realnije strategije vrednovanja točnosti informacija.)
2. Utvrditi razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju te u čestini zastupljenosti strategija provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na spol. (Pretpostavljamo kako razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, te u strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na spol, neće biti. Ovu pretpostavku temeljimo na mišljenju kako spol ispitanika ne bi trebao imati utjecaja na uspješnost procjene jer su strategije jednake za sve, a svaki pojedinca odlučuje kojom će se strategijom koristiti, dok sam spol ne bi trebao imati utjecaja na to.)
3. Utvrditi razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju, te u čestini zastupljenosti strategija provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na bračno stanje. (Pretpostavljamo kako neće biti razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju te u strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na bračno stanje. Pretpostavljamo da život u bračnoj zajednici vjerojatno nema utjecaja na uspješnost procjene i na strategije procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju jer bračno stanje samo po sebi vjerojatno ne mijenja temeljno postojeće predznanje o zdravlju, nego se ono, vjerojatnije, u većoj mjeri nadograđuje i proširuje životnim i radnim iskustvom.)

4. Utvrditi razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju, te u učestalosti i zastupljenosti strategija provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na godinu studija sestinstva. (Pretpostavljamo kako razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima te u strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima, u odnosu na godinu studija, također neće biti statistički značajne, jer ni godinu studija sestinstva, vjerojatno, ne možemo smatrati dovoljno važnom odrednicom koja bi mogla utjecati na bolju mogućnost procjene informacija o zdravlju kod pojedinca (u smislu statističke značajnosti razlika), premda možda može samo donekle olakšati procjenu vjerodostojnosti i omogućiti širu mogućnost kombiniranja informacija o zdravlju prezentiranu u medijima.)
5. Utvrditi povezanost između uspješnosti procjene informacija o zdravlju, te čestine zastupljenosti pojedinih strategija provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima, s varijablama: broj vlastite djece, dob, radni staž. (Pretpostavljamo kako bismo trebali pronaći poveznicu između uspješnosti procjene informacija o zdravlju, te u čestini primjene pojedinih strategija provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima, s varijablama dob i radni staž. S druge strane, ne očekujemo povezanost broja vlastite djece i varijabli vezanih uz informacije o zdravlju, jer procjenjujemo da broj djece neće imati utjecaja na sposobnost procjene i primjenu strategija vjerodostojnosti informacija o zdravlju. Ovu pretpostavku temeljimo na mogućnosti da osobe s godinama života i dužim radnim iskustvom u zdravstvu postupno stječu mogućnost bolje procjene informacija o zdravlju, za razliku od mlađih osoba, koje takvo iskustvo još nemaju.)

## Materijali i metode/Material and methods

### Ispitanici

Ispitanike je činio namjerni uzorak od 75 ispitanika, od kojih je bilo 74-ero srednjoškolski i 1 visokoobrazovan ispitanik, koji su pristali sudjelovati u istraživanju. Anketa je ispunjavana tijekom nastave studija. Prosječna dob ispitanika bila je između 19 i 50 godina, a od ukupno 75 ispitanika, 14 ih je bilo muškog (19 %), a 61 ženskog spola (81 %). Prema bračnom stanju, 34 ispitanika (45%) bila su statusa neoženjen/neudana, 32 (43%) u braku, dok je 9 (12%) bilo rastavljenih. Od ukupnog broja ispitanika, njih 36 (49%) nema djecu, 14 ispitanika (19%) ima jedno dijete, 18 ispitanika (24%) ima dvoje djece, dok 6 ispitanika (8%) ima 3 djece.

### Varijable

U znanosti varijabla općenito znači svaku pojavu ili proces koja je, definirana u svakodnevnim terminima, moguće kvantitativno izraziti te opažati i/ili mjeriti. Ona mora imati bar dvije različite vrijednosti. Varijable u ovom istraživanju, koje je zbog malog broja i namjernog uzorka ispitanika, ograničene mogućnosti generalizacije, izvedene su iz čestica upitnika, koji su ispitanici ispunili tijekom predavanja na studiju sestinstva Sveučilišta u Dubrovniku. U nastavku navodimo sadržaj upitnika (PRILOG 1).

Nezavisne varijable u ovom istraživanju bile su demografske: spol (M, Ž), stručna sprema (NSS; SSS; VŠS; VSS; MR/DR), bračno stanje (neoženjen/neudana; u braku; rastavljen/a; udovac/ica), broj vlastite djece (NE; uz odgovor DA ispitanici su upisivali broj djece), kronološka dob, broj godina radnog staža, godina studija sestinstva (1-3).

Zavisne varijable u ovom istraživanju bili su odgovori na pitanja:

- U kolikoj mjeri možete sami uspješno procijeniti koje su informacije o zdravlju (primjerice o svinjskoj gripi) točne, a koje nisu? (Ljestvica procjene: u potpunosti=3; djelomično, otprilike u 50 % slučajeva= 2; nimalo, ne znam kome vjerovati=1)
- Kojom se strategijom koristite da biste utvrdili vjerodostojnost dobivenih informacija o zdravlju? (kombiniram više izvora informacija; oslanjam se na intuiciju; procjenjujem koji je najvjerodostojniji izvor; pogađam po slučaju; rukovodim se prvom informacijom; rukovodim se posljednjom informacijom.)

Ljestvica procjene za svaku od strategija bila je Likertova tipa, u rasponu od 1 (vrlo malo ili nimalo) do 5 (puno ili u potpunosti), gdje je 3 neutralna procjena.

### Statističke analize

Analiza podataka provedena je primjenom statističkog paketa SPSS 20.0. U analizi podataka koristilo se ponajprije aritmetičke sredine i standardna raspršenja kao mjere deskriptivne statistike, izračunom prosječnih vrijednosti za čestinu zastupljenosti pojedine strategije provjere vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima, ali i kontinuiranih demografskih varijabli: dob, radni staž, broj djece. Za preostale varijable korištene su samo frekvencije (mjere učestalosti). Spearmanov koeficijent korelacije koristio se kao mjera povezanosti između čestine korištenja pojedine strategije provjere vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima te radnog staža, dobi i broja djece.

Friedmanov test korišten je za usporedbu aritmetičkih sredina više zavisnih uzoraka ispitanika (dakle, kada se kod istih ispitanika uspoređuju razlike u čestini zastupljenosti pojedine strategije provjere vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima). U slučaju statistički značajnog Friedmanovog testa, Wilcoxonovim testom ekvivalentnih parova provjereno je među kojim su parovima aritmetičkih sredina (medijana) razlike statistički značajne. T-test korišten je za testiranje razlika u čestini zastupljenosti pojedine strategije provjere vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima u odnosu na spol. ANOVA (analiza varijance) korištena je za testiranje razlika između više nezavisnih uzoraka, dakle, u čestini zastupljenosti pojedine strategije provjere vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima u odnosu na pojedine demografske varijable (vrste bračnog stanja, godinu studija sestinstva).

### Rezultati/Results

Iz tablice 1 vidljivo je da zdravstveni djelatnici rabe u različitoj mjeri različite vrste strategija provjere informacija o zdravlju u medijima.

**TABLICA [1]** Razlike u čestini korištenja strategija provjere informacija o zdravlju u medijima

Vrste strategija	Aritmetička sredina	Standardno raspršenje	$\chi^2$ -test	Značajnost
Kombiniram više izvora informacija	2,79	,46	201,343	p < 0,001
Oslanjam se na intuiciju	1,95	,60		
Procjenjujem koji je najvjerodostojniji izvor	2,56	,64		
Pogađam	1,40	,57		
Rukovodim se prvom informacijom	1,47	,62		
Rukovodim se posljednjom informacijom	1,45	,60		

U tablici 1. vidljivo je da se ispitanici statistički značajno razlikuju (uz  $p < 0,01$ , prema rezultatima Friedmanova testa), tj. u različitoj mjeri upotrebljavaju različite strategije za provjeru vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima. Najčešće se služe kombinacijom više izvora informacija istovremeno, odnosno procjenom najvjerodostojnijeg izvora (najveće vrijednosti aritmetičkih sredina), prije nego pogađanjem po slučaju (najniže vrijednosti aritmetičkih sredina). Sasvim rijetko, ispitanici se rukovode prvom ili posljednjom informacijom koju su dobili, ili pak pogađanjem po slučaju. Većina razlika u zastupljenosti pojedinih strategija je statistički značajna, osim međusobnih razlika u čestini korištenja tri posljednje strategije: pogađam po slučaju, rukovodim se prvom informacijom te rukovodim se posljednjom informacijom (uz  $p > 0,20$ , prema Wilcoxonovu testu ekvivalentnih parova).

U daljnjoj obradi rezultata, u sljedećim tablicama, uz strategije provjere vjerodostojnosti zdravstvenih informacija u medijima, razmatrani su i odgovori na pitanja o uspješnosti ispitanika da sami procjene točnost informacija o zdravlju u medijima. Provjereno je hoće li se ispitanici razlikovati u odnosu na odabrana demografska obilježja, ili su utvrđene povezanosti s tim obilježjima.

Iz tablice 2 (rezultati t-testa za nezavisne uzorke) vidljivo je da u većini slučajeva nema statistički značajnih spolnih razlika u strategijama provjere informacija o zdravlju u medijima. Ispitanici oba spola podjednako uspješno sami mogu procijeniti točnost informacija o zdravlju. Pronađena je samo jedna statistički značajna spolna razlika (uz  $p < 0,01$ ): kod rukovođenja posljednjom informacijom, muškarci se više koriste ovom strategijom od žena.

**TABLICA [2]** Razlike u strategijama provjere zdravstvenih informacija o zdravlju u medijima s obzirom na spol

Zavisne varijable	Spol	Aritmetička sredina	Standardno raspršenje	t-test	Značajnost (p)
Razina uspješnosti samostalne procjene točnosti informacija o zdravlju	muškarci	1,00	,39	-3,391	>,20
	Žene	1,05	,56		
Kombiniram više izvora informacija	muškarci	2,64	,63	-1,089	>,20
	Žene	2,83	,41		
Oslanjam se na intuiciju	muškarci	1,92	,61	-2,209	>,20
	Žene	1,96	,60		
Procjenjujem koji je najvjerodostojniji izvor	muškarci	2,35	,63	-1,326	>,20
	Žene	2,60	,63		
Pogađam	muškarci	1,35	,49	-3,345	>,20
	Žene	1,40	,58		
Rukovodim se prvom informacijom	muškarci	1,57	,64	-5,591	>,20
	Žene	1,45	,62		
Rukovodim se posljednjom informacijom	muškarci	1,78	,57	2,380	<,01
	Žene	1,37	,58		

Iz tablice 3 (rezultati analize varijance ANOVA) vidljivo je da, s obzirom na bračno stanje, nema statistički značajnih razlika među ispitanicima u strategijama provjere vjerodostojnosti zdravstvenih informacija u medijima niti u uspješnosti ispitanika da sami procjene točnost informacija o zdravlju u medijima.

Kako je iz tablice 4 evidentno (rezultati analize varijance ANOVA), osim jednog slučaja, nema statistički znatnih razlika među ispitanicima s obzirom na godinu studija, pa dobiveni rezultati podržavaju pretpostavku o nepostojanju razlika među ispitanicima u strategijama procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima te uspješ-

**TABLICA [3]** Razlike u strategijama provjere informacija o zdravlju u medijima s obzirom na bračno stanje

Zavisna varijabla	Bračno stanje	Aritmetička sredina	Standardno raspršenje	F-test (ANOVA)	Značajnost (p)
Razina uspješnosti samostalne procjene točnosti informacija o zdravlju	neoženjen	1,00	,55	,274	>,20
	Brak	1,09	,46		
	Rastava	1,00	,70		
Kombiniram više izvora informacija	neoženjen	2,82	,45	1,446	>,20
	Brak	2,84	,36		
	Rastava	2,55	,72		
Oslanjam se na intuiciju	neoženjen	1,94	,64	,036	>,20
	Brak	1,96	,53		
	Rastava	2,00	,75		
Procjenjujem koji je najvjerođostojniji izvor	neoženjen	2,47	,66	1,917	>,10
	Brak	2,71	,52		
	Rastava	2,33	,86		
Pogađam	neoženjen	1,52	,61	2,267	>,10
	Brak	1,34	,54		
	Rastava	1,111	,33		
Rukovodim se prvom informacijom	neoženjen	1,50	,61	,036	>,20
	Brak	1,46	,62		
	Rastava	1,44	,72		
Rukovodim se posljednjom informacijom	neoženjen	1,50	,61	,778	>,20
	Brak	1,46	,62		
	Rastava	1,22	,44		

**TABLICA [4]** Razlike u strategijama provjere informacija o zdravlju u medijima s obzirom na godinu studija

Zavisna varijabla	Godina studija	Aritmetička sredina	Standardno raspršenje	F-test	Značajnost (p)
Razina uspješnosti samostalne procjene točnosti informacija o zdravlju	1	,95	,56	,603	>,20
	2	1,03	,57		
	3	1,13	,45		
Kombiniram više izvora informacija	1	2,70	,46	1,164	>,20
	2	2,78	,56		
	3	2,91	,28		
Oslanjam se na intuiciju	1	1,87	,61	,780	>,20
	2	2,07	,66		
	3	1,90	,52		
Procjenjujem koji je najvjerođostojniji izvor	1	2,58	,58	,558	>,20
	2	2,46	,74		
	3	2,65	,57		
Pogađam po slučaju	1	1,58	,65	4,362	<,02
	2	1,46	,57		
	3	1,13	,34		
Rukovodim se prvom informacijom	1	1,58	,71	,924	>,20
	2	1,35	,55		
	3	1,52	,59		
Rukovodim se posljednjom informacijom	1	1,62	,64	2,885	>,05
	2	1,25	,44		
	3	1,52	,66		

**Tablica [5]** Povezanosti između demografskih varijabli i strategija procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju te uspješnosti procjene točnosti informacija o zdravlju

Varijable	broj djece	dob	duljina staža
Razina uspješnosti samostalne procjene točnosti informacija o zdravlju	,158	,279**	,240*
Kombiniram više izvora informacija	,036	,060	,101
Oslanjam se na intuiciju	,037	,073	,118
Procjenjujem koji je najvjerodostojniji izvor	,152	,138	,153
Pogađam	-,196	-,085	-,097
Rukovodim se prvom informacijom	,056	-,110	-,172
Rukovodim se posljednjom informacijom	-,030	-,076	-,114

\*\* korelacija značajna uz  $p < .01$

\* korelacija značajna uz  $p < .05$

nosti procjene točnosti informacija o zdravlju u medijima. Scheffeovim postupkom, pronađena je samo jedna statistički značajna razlika (uz  $p < 0,01$ ), kod strategije pogađanja po slučaju (uz  $p < 0,02$ ), gdje se pokazalo da po slučaju najčešće pogađaju studenti prve, a najrjeđe treće godine studija sestrinstva.

U tablici 5 (Spearmanov koeficijent rang-korelacije) prikazani su rezultati koji ukazuju na povezanost između demografskih varijabli i strategija procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima te uspješnosti procjene točnosti informacija o zdravlju u medijima. Pokazalo se da su niske, ali statistički značajne i pozitivne povezanosti pronađene jedino između varijabli kronološka dob (uz  $p < 0,01$ ) te duljina radnog staža s razinom uspješnosti samostalne procjene točnosti informacija o zdravlju.

## Rasprava/Discussion

Glavni rezultati istraživanja uglavnom podupiru početna polazišta, odnosno hipoteze. Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u čestini zastupljenosti pojedinih strategija provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima kod svih studenata zajedno. Ne postoje statistički značajne spolne razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju, te u strategijama provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima (uz iznimku strategije rukovođenja posljednjom informacijom, koju češće koriste muškarci). Nema statistički značajnih razlika u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, te u strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na bračno stanje. Ne postoje niti statistički značajne razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima (uz izuzetak statistički značajno češćeg pogađanja po slučaju kod studenata prve godine sestrinstva u odnosu na ostale), te u strategijama provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na godinu studija sestrinstva. Također, pokazalo se (uz izuzetke pozitivne povezanosti razine uspješnosti samostalne procjene točnosti informacija o zdravlju i dobi te duljine radnog staža) da nema statistički značajnih povezanosti između uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, te strategija vjerodostojnosti dobivenih infor-

macija o zdravlju u medijima s varijablama: broj djece, dob, radni staž.

U procjenjivanju, koje su informacije o zdravlju u medijima točne, ispitanici najčešće posežu za racionalnim i realističnim strategijama s internim lokusom kontrole (dakle, koje pojedinci sami mogu kontrolirati, na koje mogu sami utjecati). To su najčešće kombinacije više izvora informacija istovremeno, odnosno procjenom najvjerodostojnijeg izvora (najveće vrijednosti aritmetičkih sredina), prije nego li pogađanjem po slučaju, intuitivno, rukovodeći se prvom ili posljednjom informacijom (najniže vrijednosti aritmetičkih sredina). Intuicija je osrednje česta strategija, koja se, međutim, vrlo vjerojatno može svesti na „predracionalnu“ procjenu najvjerodostojnijeg izvora. Ovakav izbor dominantnih strategija može se smatrati očekivanim, s obzirom da je riječ o obrazovanom i relativno iskusnom zdravstvenom osoblju kao ispitanicima.

Usporedimo li rezultate ovog istraživanja s istraživanjem na općoj (neselekcioniranoj) populaciji, gdje je ispitanike sačinjavao prigodni uzorak od 37 više i visoko obrazovanih ispitanika [10], ne uočavaju se razlike u trendu dobivenih rezultata. Dakle, vjerojatno je da se strategije „ljudi iz struke“ (zdravstvenih djelatnika) bitno ne razlikuju od strategija „laika“. Što se tiče učestalosti uporabe pojedinih strategija provjere vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima, navedeno je istraživanje također pokazalo da se pojedinci podjednako često služe jednakim strategijama, neovisno o tome rade li u zdravstvu ili ne [10]. I oni u većini slučajeva kombiniraju više izvora informacija istovremeno i služe se procjenom najvjerodostojnijeg izvora, a rijetko su zastupljene strategije tipa pogađanja po slučaju, oslanjanja na intuiciju, rukovođenja prvom ili posljednjom informacijom. Prema prosječnim vrijednostima rezultata iz oba istraživanja, možemo stoga zaključiti da se strategije procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju u principu ne razlikuju, bilo da je riječ o zdravstvenom osoblju ili općoj (neselekcioniranoj) populaciji [10]. Međutim, prosječni rezultati medicinskih sestara su nešto viši kod strategija koje su procijenjene kao najvjerodostojnije, kao i kod najmanje vjerodostojnih strategija (Sindik, 2009). Naime, kod opće populacije strategije utvrđivanja vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju bile su sljedeće (u zagradama



su aritmetičke sredine): kombiniram više izvora informacija (2,69), oslanjam se na intuiciju (2,08), procjenjujem koji je najvjerodostojniji izvor (2,53), pogađam po slučaju (1,25), rukovodim se prvom informacijom (1,31), rukovodim se posljednjom informacijom (1,33).

Što se demografskih obilježja tiče, nepostojanje statistički značajne razlike u procjeni vjerodostojnosti informacija o zdravlju iz medija te strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na spol ispitanika, bilo je očekivano i na temelju prethodnog istraživanja [11] i na temelju praktičnih iskustava. Jedina statistički značajna razlika (rukovodim se posljednjom informacijom), gdje muškarci postižu statistički značajno veće rezultate, može biti uvjetovana relativnom mladošću ispitanika te malim udjelom muške populacije u uzorku. Moguće je da bi se, ravnomjernijim odnosom muško-ženskih ispitanika u uzorku, i ova razlika pokazala statistički neznačajnom. S druge strane, zbog čega se muškarci više rukovode posljednjom informacijom, mogao bi biti predmet dijela jednog novog istraživanja. Dakle, za konkretniji zaključak, potrebno je provesti opsežnije istraživanje, možda s dopunjenim upitnikom, koje bi obuhvatilo veći broj ispitanika, i ujednačeniji omjer sastava ispitanika po spolu. Naime, omjer ispitanika u ovom istraživanju po spolu bio je: 14 muškaraca (19%) prema 61 ženi (81%).

Nepostojanje razlike u uspješnosti procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima, te u dominantnim strategijama vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u odnosu na bračno stanje ispitanika, bilo je i očekivano. Iz praktičnog iskustva, možda se moglo očekivati da bi bračno stanje indirektno moglo utjecati na višak ili manjak vremena koje ispitanici mogu provesti „filtrirajući“ bitne i točne zdravstvene informacije, čime bi i strategije provjere njihove vjerodostojnosti bile različite. Međutim, utvrđeno je da takve tendencije (barem prema ovom istraživanju) nema.

U odnosu na godinu studija, utvrđeno je da, kao ni u prethodnim istraživanjima [10] [11], u principu nema razlike u uspješnosti procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima, te u dominantnim strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima. Jedina statistički značajna razlika (pogađanje) možda ukazuje na mogućnost da ispitanici s viših godina studija ipak nešto češće koriste gore navedene racionalne i realistične strategije. Statistički značajnu razliku u odnosu na čestinu korištenja strategije pogađanja po slučaju, hipotetski dovodimo u vezu sa činjenicom kako studij sestrinstva upisuju i osobe iz drugih srednjih škola koje nemaju veze sa zdravstvom, što je možda dijelom moglo utjecati na ovakve rezultate.

Utvrđena je i povezanost uspješnosti procjene vjerodostojnosti informacija o zdravlju u medijima te u dominantnim strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju s varijablama: dob, radni staž, broj vlastite djece. Od svih varijabli, nisku i pozitivnu statistički značajnu povezanost pronašli smo između kronološke dobi i duljine radnog iskustva te uspješnosti procjene točnosti informacija o zdravlju u medijima. Vjerojatno je da stariji i iskusniji zdravstveni djelatnici s većim stupnjem uvjerenja mogu tvrditi o vlastitoj uspješnosti procjene vjerodostojnosti pre-

zentiranih informacija o zdravlju, koje dobivaju putem medija [11].

Glavna ograničenja istraživanja su: mali broj ispitanika, prigodni uzorak te spolni omjer ispitanika (puno veći broj žena). Također, korišteni instrumentarij bio je možda previše jednostavan za doznavanje informacija koje su nas zanimala. Prednost istraživanja svakako je u obuhvaćanju relativno važnih pitanja vezanih uz zdravstveno informiranje i procjenu dobivenih informacija, ali i dobivanje uvida u moguće postojeće razlike u pogledu na pojedine demografske značajke (spol, bračno stanje, godina studija, dob, staž, broj djece). Nadalje, prednost se vidi i u činjenici kako se ova kva vrsta istraživanja rijetko provodi, pogotovo na području Dubrovnika i okružja, pa bi ovo istraživanje moglo biti smjernica za buduća istraživanja na ovom teritoriju.

U budućim istraživanjima isti ili dopunjeni upitnik mogao bi se primijeniti na puno većem, slučajnom uzorku (sličnog ili heterogenijeg spolnog i dobnog sastava), te eventualno isto istraživanje provesti na više različitih lokacija, kako bi se usporedbom rezultata moglo uočiti postojanje i drugih razlika (s obzirom na socijalnu sredinu i sl.) kojima bismo mogli doći do konkretnijih zaključaka. S druge strane, mogli su se dobiti puno jednoznačniji rezultati da su se istraživači koristili konkretnim podacima iz medija (npr. slučaj svinjske gripe i slično). Nadalje, za mogućnost generalizacije kvalitetniju usporedbu dobilo bi se ispitivanjem reprezentativnog uzorka zdravstvenih djelatnika uspoređenog s reprezentativnim uzorkom prosječne (opće) populacije u Hrvatskoj, ili pak u Dubrovniku. Iz svih navedenih razloga, cjelokupni rezultat istraživanja, može poslužiti samo kao smjernica za daljnja istraživanja.

## Zaključak/Conclusion

Potvrđene su sve postavljene hipoteze, osim posljednje. Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u zastupljenosti različitih strategija provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima, pa se podržava prva hipoteza. Pokazalo se da ne postoje statistički značajne spolne razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, te u strategijama provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima, izuzev u slučaju rukovođenja posljednjom informacijom, kojom se češće koriste muškarci. Stoga se podržava u principu i drugu hipotezu. Nema statistički značajnih razlika u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima, te strategijama provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na bračno stanje, pa se podržava i treća hipoteza. Ne postoje niti statistički značajne razlike u uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima (uz jedan izuzetak), ni u strategijama provjere dobivenih informacija o zdravlju u medijima u odnosu na godinu studija sestrinstva, pa se i četvrta hipoteza generalno podržava. Uz dvije iznimke, nema statistički značajnih povezanosti između uspješnosti procjene informacija o zdravlju u medijima te strategija provjere vjerodostojnosti dobivenih informacija o zdravlju u medijima s varijablama: broj djece, dob, radni staž. S obzirom da je povezanost između kronološke dobi i radnog staža pronađena samo za jednu varijablu, u principu se odbacuje peta hipoteza.

## Literatura/References

- [1] Drašković V. Globalizacija u ogledalu medija. *Medijski dijalozi*, 2009;2:119-27.
- [2] Barath A. *Kultura, odgoj i zdravlje*, Zagreb: Visoka medicinska škola – katedra za zdravstvenu psihologiju; 1995.
- [3] Rkman I. Globalizacija. *Studentska misao*, 2000;1:40-51.
- [4] Domišljanović M. Globalizacija i mogućnost izbora. *Diskrepancija*. 2000;2. Skinuto 25.12.2009. s: <http://diskrepancija.org/casopis/2br/>
- [5] Varoščić M. *Izvori znanja u stjecanju zdravstvene kulture*, Rijeka: Izdavački centar Rijeka; 1991.
- [6] Sindik J, Rončević T. *Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2014.
- [7] Rotter J. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975;43(1):56-67.
- [8] Knezović Z. Hijerarhijska faktorska analiza i neke metrijske karakteristike Rotterove skale unutrašnjeg naprama izvanjskom mjestu kontrole potkrepljenja. *Revija za psihologiju*, 1981;11:35-43.
- [9] Wallston KA & Wallston BS. Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. *Social Psychology of Health and Illness*: Hillsdale, NJ; 1982, str. 65-95. 1982.
- [10] Sindik J. Efekti medijske globalizacije na opću kvalitetu zdravstvenog informiranja. *Medijski dijalozi*, 2010;6(3):207-20.
- [11] Grčić M, Zoranić S, Sindik J. Stavovi zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja o medijima i zdravlju. *Sestrinski glasnik*, 2014;19(3):211-19.