

ТИЈАНА Љ. ЖИВКОВИЋ¹
ДРАГАНА З. СТАНОЈЕВИЋ²
ОЛИВЕРА Б. РАДОВИЋ³

УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ СА ПРИВРЕМЕНИМ СЕДИШТЕМ
У КОСОВСКОЈ МИТРОВИЦИ, ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА ЗА ПСИХОЛОГИЈУ

ЗДРАВСТВЕНА УВЕРЕЊА ПРЕМА КОВИДУ 19: ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРОЦЕНУ И ИЗРАЖЕНОСТ УВЕРЕЊА

САЖЕТАК. Ковид 19 је нова и релативно непозната болест чији је узрочник вирус. Већ на почетку ширења ове болести, уочено је да она може имати озбиљне последице по појединце, а да њено лако и брзо ширење у популацији оптерећује здравствени систем и читаво друштво. Од стране надлежних препоручене су мере које се тичу честог прања руку, коришћења дезинфекционих средстава, маски и одржавања удаљености од најмање 1,5 метра при контакту са другима. Ипак, било је очигледно да се велики број људи не придржава тих мера и препорука. Зашто је то тако могли бисмо сазнати уколико бисмо проценили здравствена уверења у односу на ковид 19 у светлу Модела здравствених уверења (Rosenstock, 1966). Услед недостатка инструмената за процену здравствених уверења у односу на ковид 19, одлучили смо да први циљ овог рада буде конструкција Скале здравствених уверења у односу на ковид 19. Анализа главних компоненти је издвојила четири фактора који одговарају оригиналном Моделу здравствених уверења. Добијене супскале имају задовољавајућу интерну конзистентност, изражену Кронбаховим α коефицијентом. Други циљ је био испитати ниво изражености здравствених уверења, операционализованих путем супскала Скале

¹ zivkovic.tijana96@gmail.com

² dragana.stanojevic@pr.ac.rs

³ olivera.radovic@pr.ac.rs

Рад је примљен 12. децембра 2020, а прихваћен за објављивање на састанку Редакције Зборника одржаном 24. марта 2021.

здравствених уверења у односу на ковид 19. Дискутовани су добијени резултати, ограничења и предлози за будућа истраживања.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: здравствена уверења; ковид 19; скала.

УВОД

Крајем 2019. године, читава планета, а убрзо и Србија, сусрела се са неочекиваном инфективном болешћу, проузрокованом вирусом SARS-CoV-2. Нов узрочник болести, са непредвидивим током и исходом, пореметио је устаљене друштвене обрасце широм света, а убрзо је проглашена и пандемија (World Health Organization, 2020). Криза у области здравља проширила се и на друге домене функционисања човечанства. Ове промене су довеле и до високог нивоа стреса, повезаног са страхом, анксиозношћу и опаженом претњом (Nikčević & Spada, 2020). У нашој земљи формиран су кризни штабови, како на националном тако и на нивоу локалних заједница. На основу претходних сазнања, из искуства са сличним епидемијама, као и кроз размену информација са научницима широм света, осмишљене су мере и препоруке, чија је примена била усмерена на превенцију инфекције. Неке од њих биле су:

- 1) темељно прање и дезинфекција руку;
- 2) одржавање хигијене простора;
- 3) ношење маске и заштитних рукавица;
- 4) избегавање социјалних контаката и већих окупљања;
- 5) одржавање физичке дистанце при контакту од 1,5 до 2 метра;
- 6) школовање и рад од куће, итд.

Придржавање препоручених мера заштите наглашавано је у медијима као основни услов спречавање ширења инфекције и једини начин да се очува функционисање здравственог система и сачувају здравље и животи људи. Упркос томе, на телевизији и социјалним мрежама, као и у свакодневном животу, могли смо видети бројне слике људи који те мере не поштују. Свакодневни апели као да нису допирали до људи који су пунили паркове и баште угоститељских објеката, окупљали се на кућним забавама, нису носили маске у затвореном простору и сл. Морамо се запитати: зашто је то тако? Одакле потиче понашање које није у складу са препорукама, ограничењима и забранама које постављају медицински стручњаци, државна и локална власт? Претпоста-

вљамо да нема једнозначног одговора, већ да су детерминанте таквог понашања вишеструке.

У оквиру здравствене психологије, сви препоручени облици понашања могу се подвести под појам *здравствено понашање*. Здравствено понашање, које се понекад зове и *понашање у вези са здрављем* обухвата „све активности које врши појединац, а које утичу на здравље или смртност“ (Short & Mollborn, 2015, стр. 78). Прецизније, здравствено понашање се односи на „очигледне обрасце понашања, активности и навика, које су повезане са очувањем, обнављањем или унапређењем здравља“ (Gochman, 1997, стр. 3). С обзиром на то да је ковид 19 болест изазвана од стране недовољно познатог узрочника и да препоручене мере нису уобичајени облици здравственог понашања, може се претпоставити да поштовање тих мера захтева значајну промену досадашњег социјалног понашања и хигијенских навика (тзв. хируршко прање руку у трајању од најмање 20 секунди, дезинфекција руку и контактних површина хемијским средствима итд.).

У литератури се може наћи неколико теорија здравствених понашања и њихове промене (за преглед видети: Havelka & Havelka Meštrović, 2013). У овом раду, ослонићемо се на Модел здравствених уверења (Health Belief Model – НВМ; Rosenstock, 1966), који је настао у другој половини XX века и нашао широку примену (Богдановић, 2019), како у здравственој психологији тако и у другим сродним дисциплинама. Овај модел доживео је неколико измена и допуна, али су у свима задржани његови кључни концепти: опажена угроженост/подложност оболевању, опажена озбиљност болести, опажена корист од промене понашања и опажене препреке за предузимање активности (Green & Murphy, 2014). Опажена подложност оболевању се односи на то колико особа перципира да је у ризику да оболи од одређене болести. Опажена озбиљност болести тиче се процене тежине телесних, психичких и социјалних последица које евентуална болест може имати. Последња два аспекта подразумевају да свака особа прави анализу користи од опаженог понашања, као и анализу могућих препрека које стоје на путу до промене понашања.

Сагледан у светлу пандемије ковид 19, Модел здравствених уверења би се могао конципирати као скуп уверења у односу на:

- 1) опажену подложност оболевања од ковида 19, односно ризик да се оболи од те болести;
- 2) опажену озбиљност болести ковид 19;

- 3) опажену корист од промене понашања у правцу поштовања препоручених мера заштите;
- 4) опажене препреке у поштовању тих мера.

Оваква примена Модела здравствених уверења омогућава нам да сагледамо како људи доживљавају саму пандемију, да ли се осећају подложним да оболе и да ли ту болест доживљавају као озбиљну, угрожавајућу болест или само као уобичајену респираторну инфекцију изазвану вирусом из породице коронавируса. Такође, овај модел нам омогућава и да сагледамо у којој мери су људи спремни на промену свог уобичајеног здравственог понашања, да ли од примене нових и несвакидашњих облика понашања они очекују неку добит у погледу свог здравственог стања и да ли препреке на том путу доживљавају као тешко савладиве и озбиљне. Овим се можемо приближити и одговору на питање: зашто значајан број становника Србије не поштује утврђене и препоручене мере заштите? Да ли поруке које добијају нису довољно убедљиве да доведу до промене у њиховом систему уверења?

ПРОЦЕНА ПСИХОЛОШКИХ АСПЕКТА КОВИДА 19

Иако је ковид 19 нова и још увек недовољно позната болест, различите научне области и дисциплине настоје да дају свој допринос успешној борби против ње. Психолози улажу напоре да боље разумеју све важне психосоцијалне аспекте те борбе, као и да допринесу развоју различитих начина процене њихове изражености, деловања, посредовања и сл.

Иако је од проглашења пандемије у тренутку писања рада протекло мање од годину дана, објављен је велики број истраживања и развијен читав сет различитих скала, упитника и инвентара за процену психолошких аспеката ковида 19. Прва објављена истраживања потичу са територије Кине, земље која је прва била погођена пандемијом. Она сведоче о томе да је сваки четврти припадник опште популације, у склопу одговора на ковид 19, доживео стрес у распону од умереног до озбиљног, као и пратеће симптоме анксиозности (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie et al., 2020; Wang, Pan, Wan, Tan, Xu et al., 2020). Сличне резултате добили су Елингтон и сарадници (Allington, Duffy, Meyer, Moxham-Hall, Murkin et al., 2020) у Великој Британији. Они су нашли да се, код њихових испитаника, стопа анксиозности, поремећаја спавања и злоупотребе супстанци повећала за око 50%.

Када је реч о инструментима за процену психолошких аспеката суочавања са пандемијом ковида 19, међу првима је конструисана једнодимензионална Скала страха од ковида 19 (The Fear of COVID-19 Scale; Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths et al., 2020). Убрзо су Ли и сарадници (Lee, 2020a; Lee, 2020b; Lee, Jobe, Mathis, Gibbons, 2020; Lee, Mathis, Jobe, Pappalardo, 2020) развили Скалу анксиозности од коронавируса (Coronavirus Anxiety Scale – CAS), која се показала као валидан и користан инструмент за истраживања и практичан рад (Nikčević & Spada, 2020). Како би се сагледали шири аспекти анксиозности у време пандемије, недавно је развијена и Скала синдрома анксиозности према ковиду 19 (Nikčević & Spada, 2020). Конвеј и сарадници (Conway III, Woodard, Zubrod, 2020) развили су Упитник опажене претње од коронавируса (The Perceived Coronavirus Threat Questionnaire – PCTQ), како би процењивали мисли у односу на могућу претњу и забринутост у погледу ковида 19. У литератури се може наћи и упитник ковид скале стреса (CSS; Taylor, Landry, Paluszek, Fergus, McKay et al., 2020), као и Скала пост – ковид 19 функционалног статуса (The Post-COVID-19 Functional Status scale; Klok, Boon, Barco, Endres, Geelhoed et al., 2020).

Трагајући за инструментом којим се може процењивати здравствено понашање у односу на пандемију ковид 19, а у склопу Модела здравствених уверења, вршена је претрага на сервису PubMed, који нуди отворене информације о научним истраживањима тренутне пандемије, и уопште на Гугл оператеру. Пронађен је само један научни чланак (Costa, 2020) који одговара задатим кључним речима (модел здравствених уверења, ковид 19, скала). Међутим, подаци о ајтемима инструмента, направљеном за потребе поменутог истраживања, нису доступни, а сама скала је конструисана у форми рацио скале са одговорима датим у виду вербалног описа. Осим поменутог, није пронађено ниједно друго истраживање нити скала Ликертовог типа који повезују Модел здравствених уверења и актуелну пандемију.

МЕТОД

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА Основни циљ овог истраживања био је да се развије скала којом се могу сагледати здравствена уверења у вези са ковидом 19, у светлу Модела здравствених уверења (Rosenstock, 1966). Поред тога, циљ је био и испитати израженост различитих уверења у погледу ковида 19 на узорку одраслих испитаника у Републици

Србији и евентуалне разлике у њиховој изражености зависно од неких социодемографских варијабли.

УЗОРАК И ПОСТУПАК

Овим истраживањем обухваћено је 420 испитаника, просечног узраста $M = 31,65$ година ($SD = 12,72$). Две трећине (76%) испитаника је било женског пола. Петина испитаника је било са села (21,7%), а четири петине из града. Око 38% је имало средњу стручну спрему, 60% високу, а преосталих 2% постдипломске студије. Већина испитаника (89%) била је просечног материјалног стања, 7% је проценило да је њихов материјални статус изнад, а 4% испод просека. Узорком је обухваћено 41% запослених, 20% незапослених, 36% студената и 3% пензионера. Када је о брачном статусу реч, 33% испитаника је у браку, 62% је неожењених/неудатих, 4% разведених и 1% удовица/удоваца. Близу 32% је изјавило да живи са брачним партнером, 47% са родитељима, 5,5% са емотивним партнером, 2,5% са децом, а 13% живе сами. Од укупног броја испитаника 12,5% изјавило је да болује од неке хроничне болести.

Сет упитника испитаници су попуњавали путем интернета. На самом почетку објашњени су сврха и циљ истраживања и прибављена је сагласност за учешће у истраживању. Испитивање је било анонимно, а подаци су прикупљани у периоду од априла до септембра 2020. године.

КОНСТРУКЦИЈА СКАЛЕ

На основу Модела здравствених уверења (Rosenstock, 1966, према: Богдановић, 2019) направљено је неколико скала за процену здравственог понашања оболелих од различитих соматских болести. Да бисмо применили тај модел за процену здравственог понашања у односу на ковид 19, прегледали смо неке од скала које су се најчешће користиле у истраживањима. Почели смо од скале коју је конструисала Чемпион још 1984. године (NBMS; Champion, 1984), а која је доживела и своју ревизију (Champion, 1993). Како је ова скала намењена процени здравствених уверења о канцеру дојке, тај модел није био сасвим адекватан нашим потребама, те је потрага усмерена у правцу уверења о инфективним болестима, које су много сличније ковиду 19. У овој области, пронађена је само Скала здравствених уверења о АИДС-у (Zagumny & Brady, 1998). Прегледом њених ајтема утврђено је да се по аналогији са овом скалом може осмислити скала којом би се могла процењивати здравствена уверења о ковиду 19. Скала здравствених уверења о АИДС-у се састоји из четири скупске:

опажена осетљивост на болест, опажена озбиљност болести, очекивана корист од превентивног понашања и очекиване баријере у спровођењу превентивног понашања. Ове четири супскеале су спецификоване у односу на ковид 19 и формулисали смо ајтеме за следеће четири супскеале: опажену подложност оболевању од ковида 19, односно ризик да се оболи од те болести; опажену озбиљност болести ковид 19; опажену корист од промене понашања у правцу поштовања препоручених мера заштите; опажене препреке у поштовању тих мера. Приликом формулисања ставки држали смо се критеријума *fejs-валидности*. Већина ајтема будуће Скале здравствених уверења о ковиду 19 формулисана је по угледу на ајтеме из Скале здравствених уверења о АИДС-у (Zagumny & Brady, 1998). Ајтеми нове скале дати су у Табели 1.

СУПСКАЛА	ПРИМЕРИ АЈТЕМА
ОПАЖЕНА ПОДЛОЖНОСТ ОБОЛЕВАЊУ ОД КОВИДА 19	Мислим да су велике шансе да могу добити ковид 19. Бојим се да имам ковид 19. Верујем да могу бити изложен инфекцији вирусом корона уколико проводим време са великим бројем људи. Верујем да могу да добијем ковид 19 чак и сам у контакту само са једном особом.
ОПАЖЕНА ОЗБИЉНОСТ БОЛЕСТИ КОВИД 19	Ковид 19 проузрокује смрт. Више бих волео да имам неку другу болест са потенцијалним леталним исходом него ковид 19. Пре бих преминуо од насилне смрти (пуцњем из пиштоља, пушке, саобраћајне несреће) него од ковид 19. Ковид 19 је најгора болест коју човек може да добије.
ОПАЖЕНА КОРИСТ ОД ПРЕВЕНТИВНОГ ПОНАШАЊА	Верујем да су шансе за добијање ковида 19 значајно смањене уколико се придржавамо прописаних хигијенских мера. Мислим да је добро учинити сва заштитна средства у борби против ковида 19 (маске, рукавице, средства за дезинфекцију) лако доступнима. Верујем да шансе за добијање ковида 19 могу бити смањене уколико држимо социјалну дистанцу од других људи. Уколико заштитна средства нису лако доступна, добро би било не напуштати свој дом, све док се она не прибаве.

ТАБЕЛА 1: АЈТЕМИ СКАЛЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УВЕРЕЊА О КОВИДУ 19

ОПАЖЕНЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРЕВЕНТИВНОМ ПОНАШАЊУ	Коришћење заштитних средстава представља понижење за људе у мојој околини. Срамота ме је да стално купујем заштитна средства (нпр. маске и алкохол). Није ми пријатно да користим заштитна средства као што су маске. Имам осећај кривице ако држим дистанцу од блиских особа и избегавам да ми приђу и да ме додирују.
--	--

ТАБЕЛА 1: АЈТЕМИ СКАЛЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УВЕРЕЊА О КОВИДУ 19

Скала се састојала од шеснаест ставки, по четири за сваку суп-скалу. Понуђени распон одговора био је од 1 – „уопште се не слажем“ до 5 – „у потпуности се слажем“.

РЕЗУЛТАТИ

При анализи добијених резултата најпре се приступило сагледавању резултата факторске анализе. Кајзер-Мајер-Олкин тест адекватности узорка, као и Бартлетов тест сферичности показали су да се над добијеним резултатима може вршити поступак факторске анализе.

Анализом главних компоненти добијено је да се ајтеми могу груписати у пет компоненти, а Scree Plot дијаграм је указивао да је једнако прихватљиво и решење са четири фактора. Након ротације, уочено је да се пету компоненту засићује само једна ставка. Када је поновљен поступак факторске анализе са задатим бројем од четири фактора добијено је следеће решење:

- 1) фактор *Опажена подложност одлевању од ковида 19* засићују ставке број 1, 2, 3 и 4;
- 2) фактор *Опажена озбиљност болести ковид 19* засићују ставке број 5, 6, 7 и 8;
- 3) фактор *Опажена корист од превентивног понашања* засићују ставке број 9, 10, 11 и 12;
- 4) фактор *Опажене препреке у превентивном понашању* засићују ставке број 13, 14 и 15;
- 5) ставка 16 није припала ниједном добијеном фактору.

Након анализе главних компоненти, задржано је 15 ставки, тако да прва три фактора засићују по четири, а последњи фактор три ставке. Задржане ставке су имале засићења у распону од 0,54

до 0,82. Њихове ајтем – тотал корелације кретале су се од 0,31 до 0,56.

Након сагледавања резултата факторске анализе, приступили смо анализи интерне конзистентности супскала и параметара нормалности расподеле. Подаци су приказани у Табели 2.

СУПСКАЛЕ	α	СКЈУНИС	КУРТОЗИС	КОЛМОГОРОВ-СМИРНОВ ТЕСТ
ОПАЖЕНА ПОДЛОЖНОСТ ОБОЛЕВАЊУ ОД КОВИДА 19	.70	-0,92	-0,397	0,144**
ОПАЖЕНА ОЗБИЉНОСТ БОЛЕСТИ КОВИД 19	.67	0,892	0,068	0,184**
ОПАЖЕНА КОРИСТ ОД ПРЕВЕНТИВНОГ ПОНАШАЊА	.79	-1,180	1,124	0,144**
ОПАЖЕНЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРЕВЕНТИВНОМ ПОНАШАЊУ	.63	1,328	1,603	0,223**

ТАБЕЛА 2: ИНТЕРНЕ КОНЗИСТЕНТНОСТ СУПСКАЛА И НОРМАЛНОСТИ РАСПОДЕЛЕ

** $p < .00$

На основу података из Табеле 2. можемо закључити да све суб-скале Скале здравствених уверења према ковиду 19 значајно одступају од нормалне расподеле.

ИЗРАЖЕНОСТ ЗДРАВСТВЕНИХ УВЕРЕЊА ПРЕМА КОВИДУ 19

Након спроведене факторске анализе новог инструмента и тестирања нормалности његових супскала, приступили смо израчунавању нивоа изражености здравствених уверења према ковиду 19 на узорку одраслих. У Табели 3. су приказани дескриптивни статистички показатељи.

СУПСКАЛЕ	МОГУЋИ РАСПОН	ДОБИЈЕН И РАСПОН	ДОБИЈЕНА М (ТЕОРИЈСКА М)	СТАНДАРДНА ДЕВИЈАЦИЈА (SD)
ОПАЖЕНА ПОДЛОЖНОСТ ОБОЛЕВАЊУ ОД КОВИДА 19	4-20	4-19	9,82 (11,5)	2,98

ТАБЕЛА 3: ДЕСКРИПТИВНИ ПОКАЗАТЕЉИ СУПСКАЛА СКАЛЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УВЕРЕЊА ПРЕМА КОВИДУ 19

ОПАЖЕНА ОЗБИЉНОСТ БОЛЕСТИ КОВИД 19	4-20	4-20	5,42 (12)	2,52
ОПАЖЕНА КОРИСТ ОД ПРЕВЕНТИВНОГ ПОНАШАЊА	4-20	4-20	16,83 (12)	2,99
ОПАЖЕНЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРЕВЕНТИВНОМ ПОНАШАЊУ	3-15	3-15	4,87 (9)	2,25

ТАБЕЛА 3: ДЕСКРИПТИВНИ ПОКАЗАТЕЉИ СУПСКАЛА СКАЛЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УВЕРЕЊА ПРЕМА КОВИДУ 19

У претходној табели можемо уочити да је просечна вредност скорова на опаженој подложности оболевању од болести блиска теоријској просечној вредности. Осетно испод теоријских просечних вредности налазе се добијене просечне вредности скорова на супскалама Опажена озбиљност болести ковид 19 и Опажене препреке у превентивном понашању. С друге стране, добијени просечан скор на супскали Опажена корист од превентивног понашања је знатно виши од теоријске просечне вредности и креће се у рангу највиших могућих скорова.

Када смо тестирали значајност разлика у скоровима на супскалама у односу на пол испитаника, добили смо да жене опажају значајно више користи од превентивног понашања, а мушкарци значајно више баријера за његово спровођење. У Табели 4. приказани су само резултати за супскале код којих су добијене значајне разлике.

СУПСКАЛЕ	ПОЛ	MEAN RANK	Z
ОПАЖЕНА КОРИСТ ОД ПРЕВЕНТИВНОГ ПОНАШАЊА	Мушки	177.97	-3,085**
	Женски	220.53	
ОПАЖЕНЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРЕВЕНТИВНОМ ПОНАШАЊУ	Мушки	249.24	-3,796**
	Женски	198.55	

ТАБЕЛА 4: MANN-WHITNEY U ТЕСТ РАЗЛИКА У ОДНОСУ НА ПОЛ ИСПИТАНИКА

** $p < .00$

У Табели 5. приказани су резултати тестирања значајности разлика у степену опажене подложности оболевању од ковида 19 у односу на брачни статус испитаника. Испитаници који имају брачног партнера опажају да су подложнији ковиду 19 у односу на испитанике који немају брачног друга. Ради прегледности,

нису приказани резултати за супскеале код који нису добијене значајне разлике.

СУПСКАЛЕ	У БРАКУ	MEAN RANK	Z
ОПАЖЕНА ПОДЛОЖНОСТ ОБОЛЕВАЊУ ОД КОВИД – 19	Да	230,64	-2,332*
	Не	201.53	

ТАБЕЛА 5: MANN-WHITNEY U ТЕСТ РАЗЛИКА У ОДНОСУ НА БРАЧНИ СТАТУС ИСПИТАНИКА

**p< .0

На крају, испитали смо и да ли се израженост здравствених уверења у односу на ковид 19 значајно разликује зависно од тога да ли су испитаници тренутно оптерећени и неком хроничном болешћу или нису. Резултати показују да особе које болују од неке хроничне болести сматрају да су подложнији оболевању од ковида 19, односно да су угроженији у односу на оне који немају хроничних болести. Међутим, особе оптерећене неком хроничном болешћу истовремено опажају више препрека за спровођење превентивних мера. Подаци су приказани у Табели 6.

СУПСКАЛЕ	ХРОНИЧН А БОЛЕСТ	MEAN RANK	Z
ОПАЖЕНА ПОДЛОЖНОСТ ОБОЛЕВАЊУ ОД КОВИДА 19	Да	255.40	-2,866**
	Не	204.15	
ОПАЖЕНЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРЕВЕНТИВНОМ ПОНАШАЊУ	Да	249.68	-2,599**
	Не	204.96	

ТАБЕЛА 6: MANN-WHITNEY U ТЕСТ РАЗЛИКА У ОДНОСУ НА ОПТЕРЕЂЕНОСТ ИСПИТАНИКА НЕКОМ ХРОНИЧНОМ БОЛЕШЋУ

**p< .00

На супскалама Скале здравствених уверења према ковиду 19 нису добијене значајне разлике у односу на образовни ниво, место боравка (село/град) и радни статус испитаника.

ДИСКУСИЈА

Основни циљ овог истраживања био је конструкција скале којом ће се процењивати здравствена уверења према ковиду 19, у светлу Модела здравствених уверења (Rosenstock, 1966). Скала

здравствених уверења према ковиду 19 показала је задовољавајуће психометријске карактеристике. Факторска анализа је показала да се могу издвојити четири главне компоненте које одговарају типовима уверења, обухваћених Моделом здравствених уверења (Rosenstock, 1966). Тако су добијене четири супске: *Опажена подложност оболевању од ковида 19* (4 ставке), *Опажена озбиљност болести ковид 19* (4 ставке), *Опажена корист од превентивног понашања* (4 ставке) и *Опажене препреке у превентивном понашању* (3 ставке). Оваква структура скале одговара и другим сличним скалама (НВМС, Champion, 1984; АНБС, Zagumny & Brady, 1998), направљеним на основу Модела здравствених уверења (Rosenstock, 1966).

Добијене просечне вредности скорова на опаженој подложности према ковиду 19 показују да наши испитаници не сматрају себе ни изразито подложним ни заштићеним од оболевања од ове болести. С друге стране, очигледно је да наши испитаници ковид 19 не сматрају довољно озбиљном болешћу упркос свакодневним упозорењима у медијима од стране лекара да је болест непредвидива, а да су њене последице озбиљне, дугорочне, чак и да је смртност много виша у односу на друге вирусне болести. Опажене препреке у превентивном понашању су релативно ниско изражене, а скорови на супскали Опажена корист од превентивног понашања крећу се у рангу највиших могућих скорова. Када ове резултате сумирамо, могли бисмо очекивати да наши испитаници примењују превентивне мере, јер су уверени да им оне користе у спречавању инфекције, а да препреке за њихово спровођење нису опажене у значајном степену. Међутим, остаје нејасно зашто се ова болест не сматра довољно озбиљном. Једна могућност јесте да су обавештења која су пласирана у медијима у почетку била двосмислена, те да су се кретала од описивања ковида 19 као уобичајене респираторне инфекције, па до озбиљне болести са тешким последицама. Друго објашњење можемо тражити у оквиру нашег узорка. Наиме, старост нашег просечног испитаника била је 31 година, а чак две трећине испитаника су чиниле жене. Почетне информације о ковиду 19, пласиране путем медија, биле су да ова болест озбиљно погађа старије људе и, махом, мушког пола. Когнитивна процена претње (Lazarus i Folkman, 1984) од ове болести резултирала би закључком да највећи број наших испитаника није уверен да је озбиљно угрожен од ковида 19.

Жене су опајале значајно више користи од превентивног понашања, а мушкарци значајно више препрека. Како нисмо пронашли слична истраживања, ове наше податке смо упоредили са подацима истраживања о практиковању превентивних понашања, у светлу Модела здравствених уверења (Shahnazi, Ahmadi-Livani, Pahlavanzadeh, Rajabi, Hamrah, Charkaziet, 2020). У том истраживању добијено је да жене имају више скорове на скали превентивног понашања у односу на мушкарце. Оптерећеност испитаника неком хроничном болешћу се показала значајном за две супскале: Опажену подложност да се оболи од ковида 19 и Опажене препреке у спровођењу превентивног понашања. Особе које болују од неке хроничне болести сматрају да су осетљивије на болест ковид 19, односно да су подложније овој болести у односу на оне који немају хроничних болести. Слични резултати су добијени у једном истраживању у Бразилу (Costa, 2020). Међутим, особе оптерећене неком хроничном болешћу истовремено опајају више препрека за спровођење превентивних мера. И ови резултати су слични истраживању из Бразила (Costa, 2020). Оба резултата имају логична објашњења. Наиме, иако подложност самој зарази није повезана са чињеницом да неко већ има озбиљну хроничну болест, сасвим је очекивано да особе које болују од ове болести више страхују од оболевања од ковида 19, па тиме и озбиљније доживљавају информације да се сви могу заразити, тј. да нема особе која је заштићена од инфекције. Ипак, особе оптерећене неком хроничном болешћу често нису у могућности да превентивно понашање практикују без баријера (нпр. оболелим од астме није препоручљиво да носе маске; особама са хипертензијом и дијабетесом се препоручује обавезна дневна физичка активност, а то није увек могуће ако се поштују мере превенције од ковида 19). Када је реч о вишој опаженој подложности оболевању од ковида 19 код особа које су у браку у односу на оне који нису, можемо претпоставити неколико фактора који доводе до тога: смањена могућност изолације, двострука могућност заразе (да се особа сама зарази или да јој пренесе партнер), већа социјална интеракција због различитих потреба и слично.

Ово истраживање има своја ограничења. Најзначајније је то да нисмо могли темељно испитати валидност инструмента због недостатка сличних скала. Друго важно ограничење јесте то што су узорак, већином, чиниле жене. Треће важно ограничење тиче се просечног узраста испитаника; овим истраживањем обухваћен је само мали број старијих лица која су најугроженија током

ове пандемије. Ипак, сматрамо да су увремењеност и новина конструисане скале довољни да укажу на потребу да се она користи, макар као први корак у развоју неких будућих скала са сличном наменом.

Препоруке за будућа истраживања су такве да би требало да она одговоре на наведена ограничења овог истраживања: да буду усмерена ка темељној провери валидности, ка различитим типовима узорака, али и ка проучавању како предиктора ових здравствених уверења тако и саме вредности ових уверења за предикцију неких облика здравственог понашања, квалитета живота, придржавања лекарских упутстава итд.

ЗАКЉУЧАК На основу добијених резултата можемо закључити да је Скала здравствених уверења према ковиду 19 инструмент одговарајуће факторске структуре и унутрашње конзистентности, те да се може користити за процену уверења испитаника према овој болести у складу са Моделом здравствених уверења.

ЛИТЕРАТУРА Богдановић, С. Р. (2019). *Психолошки чиниоци здравственог понашања младих* (одбрањена докторска дисертација). Универзитет у Београду, Филозофски факултет, Одељење за психологију, Београд.

Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8

Allington, D., Duffy, B., Meyer, C., Moxham-Hall, V., Murkin, G., Rubin, J., Strang, L., Wessely, S. (2020). The Accepting, the Suffering and the Resisting: the different reactions to life under lockdown. *Kings' College London Policy Institute*. <https://www.kcl.ac.uk/policy-institute/assets/Coronavirus-in-the-UK-cluster-analysis.pdf> [Google Scholar]

Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*, 6, 73–85.

Champion, V. L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42, 138–143.

Conway III, L. G., Woodard, S. R., & Zubrod, A. (2020). Social psychological measurements of COVID-19: Coronavirus perceived threat, government response, impacts, and experiences questionnaires. doi: 10.31234/osf.io/z2x9aDe.

Costa, M. F. (2020). Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Revista de Saúde Pública*, 54, 47.

- Gochman, D. S. (Ed.). (1997). *Handbook of health behavior research (vols 1-4)*. New York, NY: Plenum.
- Green, E. C., & Murphy, E. (2014). Health Belief Model. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 766-769.
- Havelka, M. & Havelka Meštrović, A. (2013). *Zdravstvena psihologija – Biopsihosocijalne odrednice zdravlja*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
- Klok, F. A., Boon, G. J. A. M., Barco, S., Endres, M., Geelhoed, J. J. M., Knauss, S., Rezek, S. A., Spruit, M. A., Vehreschild, J., Siegerink, B. (2020). The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *European Respiratory Journal*, 56 (1), Online first. doi: 10.1183/13993003.01494-2020
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, S. A. (2020a). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44 (7), 393-401. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481.
- Lee, S. A. (2020b). How much „Thinking“ about COVID-19 is clinically dysfunctional?. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 97-98. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.067.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102-268. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102268.
- Lee, S. A., Mathis, A. A., Jobe, M. C., & Pappalardo, E. A. (2020). Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry research*, 290, 113112. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113112.
- Nikčević, A. V. & Spada, M. M. (2020). The COVID-19 anxiety syndrome scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry research*, 292, 113-322. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113322>
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Shahnazi, H., Ahmadi-Livani, M., Pahlavanzadeh, B. Rajabi, A., Hamrah, M. Sh., Charkaziet, A. (2020). Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. *Infectious Diseases of Poverty*, 9 (157). <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00776-2>
- Short, S. E. & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current opinion in psychology*, 5, 78-84.

Taylor, S., Landry, C., Paluszek, M., Fergus, T. A., McKay, D., Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102–232. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33 (2). doi: 10.1136/gpsych-2020-100213.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 17–29. doi: 10.3390/ijerph17051729.

World Health Organization, 2020, March 11. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11*, приступљено 11. 3. 2020. на <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.

Zagumny, M. J. & Brady, D. B. (1998). Development of the AIDS Health Belief Scale (AHBS). *AIDS Education and Prevention*, 10 (2), 173–179.

TIJANA LJ. ŽIVKOVIĆ

DRAGANA Z. STANOJEVIĆ

OLIVERA B. RADOVIĆ

UNIVERSITY OF PRIŠTINA IN KOSOVSKA MITROVICA

FACULTY OF PHILOSOPHY

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

SUMMARY

HEALTH BELIEFS ABOUT COVID-19: INSTRUMENT FOR ASSESSMENT AND EXPRESSION OF BELIEFS

The main goal of this research was to construct a scale to assess health beliefs about COVID-19, in the light of the Health Beliefs Model (Rosenstock, 1966). The study included 420 subjects, mean age $M = 31.65$ years ($SD = 12.72$). Two-thirds (76%) of the respondents were female. The respondents filled in a set of questionnaires via the Internet. At the very beginning, the purpose and goal of the research were explained and the consent for participation in the research was obtained. The survey was anonymous, while the data were collected from April to September, 2020.

The COVID-19 Health Belief Scale showed satisfactory psychometric characteristics. Factor analysis has shown that four main components can be distinguished, which correspond to the types of beliefs

included in the Health Beliefs Model (Rosenstock, 1966). Thus, four subscales were obtained: Perceived susceptibility to COVID-19 (four items), Perceived severity of COVID-19 (four items), Perceived benefit of preventive behaviour (four items), and Observed barriers to preventive behaviour (three items). This scale structure corresponds to other similar scales (HBMS, Champion, 1984; AHBS, Zagumny & Brady, 1998), based on the Health Beliefs Model (Rosenstock, 1966).

The obtained average values of scores on the observed susceptibility to COVID-19 show that our respondents do not consider themselves either extremely susceptible or protected from contracting this disease. On the other hand, it is obvious that our respondents do not consider COVID-19 to be a serious enough disease, despite daily warnings that the disease is unpredictable and its consequences are serious, long - term, and even more frequent than of other viral diseases. The observed barriers to preventive behaviour are relatively low, as are the scores on the subscale. The observed benefits of preventive behaviour range from the highest possible scores. When we summarize these results, we can conclude that our respondents apply preventive measures, because they are convinced that they are useful in preventing infection, and that obstacles to their implementation have not been observed to a significant extent. However, it remains unclear why this disease is not considered serious enough. One possibility is that the information placed in the media was initially ambiguous, ranging from describing COVID-19 as a common respiratory infection to a serious illness with severe consequences. We can look for another explanation within our sample. Namely, the age of our average respondent was 31, and as many as two thirds of the respondents were women. Initial information about COVID-19, placed through the media, was that this disease seriously affects older people and, for the most part, males.

Women perceived significantly more benefits from preventive behaviour, and men significantly more barriers. Respondents' burden of a chronic disease proved to be significant for two subscales: Perceived susceptibility to COVID-19 and Observed barriers to the implementation of preventive behaviour. People suffering from a chronic disease believe that they are more susceptible to the COVID-19 infection, i.e. that they are more susceptible to this disease compared to those who do not have chronic diseases. However, people burdened with a chronic disease notice several obstacles to the implementation of preventive measures at the same time. When it comes to the higher observed susceptibility to COVID-19 in

married people compared to those who are not, we can assume several factors that lead to this: reduced possibility of isolation, double possibility of infection, greater social interaction due to different needs, and the like.

This research has its limitations. Most importantly, we could not thoroughly examine the validity of the instrument, due to the lack of similar scales. Another important limitation is that the sample was mostly made up of women. The third important limitation concerns the average age of the respondents; this study covered only a small number of the elderly, who are most at risk during this pandemic. Nevertheless, we believe that the timeliness and novelty of the constructed scale are sufficient to indicate the need to use it, at least as a first step in the development of some future scales with a similar purpose.

Recommendations for future research are such that they should respond to the stated limitations of this research; to be directed towards a thorough validation, towards different types of samples, but also towards studying both the predictors of these health beliefs and the value of these beliefs for predicting some forms of health behaviour, quality of life, adherence to medical instructions, etc.

KEYWORDS: health beliefs; COVID-19; scale.



Овај чланак је објављен и дистрибуира се под лиценцом Creative Commons Ауторство-Некомерцијално Међународна 4.0 (CC BY-NC 4.0 | <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

This paper is published and distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International 4.0 licence (CC BY-NC 4.0 | <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).