Odnos perfekcionizma, suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma

Bradarić, Andrea

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:342223

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

ODNOS PERFEKCIONIZMA, SUOČAVANJA SA STRESOM I TJELESNIH SIMPTOMA

Diplomski rad

Andrea Bradarić

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Sumentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2016.

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij psihologije

Andrea Bradarić

ODNOS PERFEKCIONIZMA, SUOČAVANJA SA STRESOM I TJELESNIH SIMPTOMA

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Sumentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2016.

Sadržaj

Uvod....1

Perfekcionizam....2

Perfekcionizam i tjelesni simptomi....3

Strategije suočavanja sa stresom....4

Suočavanje sa stresom i tjelesni simptomi....5

Suočavanje sa stresom i perfekcionizam....6

Cilj istraživanja....7

Metoda....8

Sudionici....8

Instrumenti....8

Postupak....9

Rezultati....10

Rasprava....17

Korelacije između ispitivanih varijabli....17

Izravan doprinos pozitivnog i negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima....20

Neizravan doprinos negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima putem suočavanja usmjerenim na emocije....21

Spolne razlike u pozitivnom i negativnom perfekcionizmu....22

Nedostaci i implikacije budućih istraživanja....23

Zaključak....24

Literatura....25

Odnos perfekcionizma, suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos perfekcionizma, načina suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma studenata. U istraživanju je sudjelovalo 359 studenata. Perfekcionizam je ispitan Ljestvicom pozitivnog i negativnog perfekcionizma (Terry-Short i sur, 1995), strategije suočavanja sa stresom ispitane su Upitnikom suočavanja sa stresnim situacijama (Endler i Parker, 1990), dok su tjelesni simptomi ispitani Upitnikom tjelesnih simptoma (Eriksen i sur, 1999). Rezultati hijerarhijske regresijske analize pokazali su da samo negativni perfekcionizam izravno doprinosi tjelesnim simptomima. Kod provjere neizravnog doprinosa negativnog perfekcionizma kriteriju, pokazalo se kako suočavanje usmjereno na emocije ima ulogu medijatora u ovom odnosu. Točnije, visoki negativni perfekcionizam preko visokog suočavanja usmjerenog na emocije doprinosi većem stupnju tjelesnih simptoma. Osim toga, utvrđene su i spolne razlike kod pozitivnog perfekcionizma, gdje se pokazalo da studentice imaju veći pozitivni perfekcionizam u odnosu na studente. Zaključak izveden iz provedenog istraživanja je da negativan perfekcionizam ima izravan doprinos tjelesnim simptomima studenata, da je odnos negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma posredovan suočavanjem usmjerenim na emocije te da su studentice više od studenata pozitivni perfekcionisti.

Ključne riječi: perfekcionizam, strategije suočavanja sa stresom, tjelesni simptomi, medijator, spol

The relationship between perfectionism, coping with stress and physical symptoms

The aim of this study was to examine the relationship between perfectionism, coping with stress and physical symptoms. The study was conducted on a sample of 359 students. Perfectionism was tested with Positive and Negative Perfectionism Scale (Terry-Short and assoc., 1995), coping skills with Coping Inventory for Stressful Situations (Endler i Parker, 1990), while physical symptoms were tested with Subjective Health Complaints (Eriksen and assoc., 1999). The results of the hierarchical regression analysis showed that only negative perfectionism directly contributes to physical symptoms. When testing the indirect effect of negative perfectionism to somatic symptoms, it was shown that emotion-focused coping strategy has the role of mediator of this relationship. Specifically, the high negative perfectionism through high emotion-focused coping strategy contributes to a greater degree of physical symptoms. Furthermore, the results showed gender differences in positive perfectionism, where female students have greater positive perfectionism than male students. The conclusion of this study is that negative perfectionism has a direct effect on the physical symptoms in students, that the relationship of negative perfectionism and physical symptoms is mediated by emotion-focused coping strategy and that female students are more positive perfectionists than male students.

Key words: perfectionism, coping strategies, physical symptoms, mediator, gender

Uvod

Tijekom proteklih desetljeća stres je postao popularna tema u stručnim krugovima te je postalo nemoguće pretraživati literaturu a da se pritom ne naiđe na pojam stresa. Postoji nekoliko teorija ili modela stresa pri čemu svaki od njih drugačije definira stres. Kod *podražajnog modela* stres se pretežito opisuje u terminima značajki podražaja iz okoline, dok *reakcijskim modelom* stres se uglavnom opisuje u terminima čovjekova odgovora na prijetnje iz okoline. Danas se stres najčešće definira kao odnos između pojedinca i okoline koji osoba procjenjuje vrlo zahtjevnim ili kao odnos koji nadilazi njene mogućnosti i ugrožava njenu dobrobit. To je treći, *kognitivni model* stresa koji je usmjeren na procese interakcije, odnosno transakcije između osobe i njezine okoline u stresnim situacijama (Lacković-Grgin, 2000). Prema tom modelu hoće li određeni odnos biti stresan ili ne primarno ovisi o kognitivnoj procjeni osobe, odnosno u kojoj mjeri osoba procjenjuje događaj ugrožavajućim. To je od važnosti jer nam omogućuje tumačenje individualnih razlika među ljudima u smislu različitih načina na koji mogu reagirati na isti događaj (Lazarus i Folkman, 2004).

Važnu ulogu u tome kako doživljavamo stresne situacije ima ličnost. Jedan od aspekata ličnosti za koji se zna da ima značajne efekte na procese stresa je perfekcionizam. Upravo zbog svog nerealističnog pristupa životu, perfekcionisti su izloženi većem broju stresnih događaja te doživljavaju veći stupanj stresa od osoba s manjim stupnjem perfekcionizma (Flett i Hewitt, 2002). Samim tim, posljedice perfekcionizma mogu biti negativne po tjelesno zdravlje pojedinca. Ipak, uzimajući u obzir da perfekcionizam posjeduje i pozitivni i negativni aspekt, pokazuje se kako utjecaj perfekcionizma na zdravlje pojedinca može biti različit. Također, imajući u vidu da perfekcionizam kao osobina ličnosti djeluje na zdravlje, pretpostavka je kako njegov utjecaj na zdravlje može biti ne samo izravan, već i neizravan. Stoga, u svjetlu manjka istraživanja na ovim odnosima, posebno na studentima za koje se pokazuje da imaju visoko zastupljene perfekcionističke tendencije (Chang i Rand, 2000), ovaj rad je posvećen ispitivanju odnosa perfekcionizma i tjelesnih simptoma među studentskom populacijom.

Perfekcionizam

Perfekcionizam se opisuje kao težnja za nepogrešivošću u svim aspektima života i načinima suočavanja sa stresom. Tradicionalno je konceptualiziran kao jednodimenzionalni konstrukt, nepoželjna osobina, koja se negativno manifestira na kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom planu. U posljednjih dvadesetak godina zanimanje istraživača za proučavanje perfekcionizma naglo je poraslo te se perfekcionizam počinje smatrati složenijim konstruktom, odnosno višedimenzionalnom osobinom (Flett i Hewitt, 2002). Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990) navode da perfekcionizam ima nekoliko dimenzija. To su *visoki osobni standardi, sumnja u kvalitetu vlastite izvedbe, zabrinutost oko pogrešaka u izvedbi*, pretjerano *naglašavanje preciznosti, reda i organizacije* te *očekivanja i procjene od strane roditelja.* S druge strane, Hewitt i Flett (1991) razlikuju tri osnovne dimenzije perfekcionizma: *perfekcionizam usmjeren na sebe, perfekcionizam usmjeren na druge* i *socijalno očekivani perfekcionizam.* Slaney, Ashby i Trippi (1995) odrednicama perfekcionizma smatraju *visoke standarde* i *red*, no kasnije uvode i treću dimenziju *diskrepancu*, koja se odnosi na negativan aspekt perfekcionizma (Stoeber i Otto, 2006). S razvojem shvaćanja o njegovoj multidimenzionalnoj prirodi, došlo je do promjena u konceptualizaciji perfekcionizma. Prema dominantnom, suvremenom shvaćanju perfekcionizam je višedimenzionalna osobina koja posjeduje *pozitivan* (adaptivan) i *negativan* (maladaptivan) aspekt (Stoeber i Otto, 2006). Slično tome, Hamachek (1978) je razlikovao *normalni* i *neurotski* perfekcionizam.

Slade i Owens (1998) navode objašnjenje za dva suprotna aspekta perfekcionizma u obliku dvoprocesnog modela temeljenog na Skinnerovoj bihevioralnoj teoriji potkrepljenja. Prema tom modelu i pozitivni i negativni perfekcionisti teže istome, no motivacija za to ponašanje je različita. Pozitivni perfekcionizam je povezan s pozitivnim potkrepljenjem, dok je negativni perfekcionizam povezan s negativnim potkrepljenjem. Osobe koje postižu visok rezultat na skali pozitivnog perfekcionizma pokreće želja da budu što bliže idealnom ja, dok osobe koje postižu visok rezultat na skali negativnog perfekcionizma motivirane su nastojanjem da se što više odmaknu od neprihvatljivog ili nepoželjnog ja. Pregled literature pokazuje da su pozitivni perfekcionisti oni koji teže ostvarenju visokih, ali i realnih i dostižnih ciljeva. Takve osobe uživaju u svojim uspjesima te osjećaju sreću i zadovoljstvo nakon postignutog cilja (Hamachek, 1978). Pozitivni perfekcionisti ne procjenjuju osobnu vrijednost ovisno o ishodu aktivnosti, pa zbog toga neuspjeh ne smatraju pokazateljem svoje neadekvatnosti, već pokazateljem potrebe da povećaju zalaganje ili/i promjene strategiju rada (Slade i Owens,

1998). Pokazalo se da osobe koje postižu visoke rezultate na skali pozitivnog perfekcionizma zadatku pristupaju opušteno te ga nastoje izvršiti pažljivo, ispravno i na vrijeme. Također, oni prihvaćaju vlastite pogreške i ne teže rigidno zacrtanom cilju, već se trude ostvariti što bolji uradak, tako što prilagođavaju kriterije uspjeha određenoj situaciji, ali i vlastitim mogućnostima (Flett i Hewitt, 2002). Suprotno, negativni perfekcionisti imaju težnju za ostvarenjem nerealno visokih, nedostižnih ciljeva, čija nedostižnost osigurava opravdanje za njihov potencijalni neuspjeh. Svoju osobnu vrijednosti procjenjuju na temelju postignuća te rigidno ustraju na ostvarenju zacrtanih ciljeva (Shafran i Mansell, 2001). Razmišljaju u terminima „sve ili ništa". Kada ne postignu savršenu izvedbu i dožive neuspjeh, tada to tumače kao i vlastiti neuspjeh. Skloni su podizanju kriterija i pokretanju začaranog kruga neadaptivnog perfekcionizma, zbog toga uspjeh u njima rijetko izaziva pozitivne emocije (Mor, Day, Flett i Hewitt, 1995).

Perfekcionizam i tjelesni simptomi

U procesu zdravlja, uloga ličnosti prepoznata je još u različitim predznanstvenim koncepcijama. U istraživanjima koja su se bavila odnosom između ličnosti i različitih zdravstvenih ishoda, dobiveno je da doprinos ličnosti zdravstvenim ishodima može biti izravan i neizravan (Jerram i Coleman, 1999). Kao predmet istraživanja, odnos perfekcionizma i tjelesnih simptoma, nije često ispitivan. Tjelesni simptomi predstavljaju vrlo važan subjektivni pokazatelj, odnosno indikator zdravlja. Havelka (1998) navodi da su tjelesni simptomi potaknuti jakim fiziološkim promjenama koje se zbivaju pod utjecajem stresa. Iskustvo doživljavanja tjelesnih simptoma vrlo je raširena pojava. Rezultati niza istraživanja, provedenih na različitim uzorcima američke populacije, upućuju da je velik postotak ispitanika svjestan svojih unutarnjih promjena i da zbog istih često traže pomoć (Pennebaker, 1982). Tjelesni simptomi manifestiraju se u rasponu od jednog ili više simptoma slabijeg intenziteta, pa sve do većeg broja vrlo intenzivnih simptoma koji ometaju svakodnevno funkcioniranje osobe (Lazarus i Folkman, 2004). U istraživanju u kojem se od ispitanika tražilo da procjene pate li od simptoma poput glavobolje, vrtoglavice, lupanja srca i sl., 78% ispitanika je odgovorilo da osjećaju barem jedan od navedenih simptoma. Osim toga, naveli su i da ih određeni simptomi ometaju u izvođenju njihovih uobičajenih aktivnosti (Pennebaker, 1982). Prema Davidson i Neale (1999) pojedinac će osjećati tjelesne simptome stresa u području organskog sustava koji najjače reagira na stres, što objašnjava pojavu razlika između ljudi s obzirom na tjelesne simptome. Istraživanja koja su ispitivala odnos perfekcionizma i tjelesnog zdravlja, pokazala

su da postoji direktna poveznica. U tim istraživanjima, visoki perfekcionizam doprinosi nizu somatskih problema, kao što su migrene, kronična bol, glavobolja i astma (Molnar-Sirianni, 2006). Nekoliko istraživanja utvrdilo je kako upravo osobe sa astmom pokazuju simptome kao što je zavisnost, poniznost, osjetljivost, anksioznost, cjepidlačenje, opsesivnost te perfekcionizam (Davidson i Neale, 1999). Istraživanja navode da je kod žena perfekcionizam izraženiji nego kod muškarca te da kod njih distanciranje i samookrivljavanje dovodi do većeg broja tjelesnih simptoma (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Što se tiče pozitivnog i negativnog perfekcionizma, rezultati istraživanja navode da određena povezanost postoji. Nalazi upućuju da pozitivni perfekcionisti imaju bolje zdravlje te izvještavaju o manjem broju tjelesnih simptoma, dok negativni perfekcionisti imaju lošije zdravlje, odnosno veći broj tjelesnih simptoma (Molnar-Sirianni, 2010).

Strategije suočavanje sa stresom

Još jedan od čimbenika koji se pokazao značajnim za ishode stresa su i strategije suočavanja. Samo suočavanje predstavlja akciju kojom se sukob koji se dogodio između osobe i okoline nastoji savladati, reducirati ili tolerirati. Regulacija neugodnih emocija i rješavanje problema koji stvara stres su bitne funkcije suočavanja (Lacković-Grgin, 2000). Hudek-Knežević i Kardum (2006) definiraju suočavanje sa stresom kao odgovor na stresnu situaciju koji pomaže uspostavljanju psihosocijalne prilagodbe. Suočavanje se samo po sebi ne procjenjuje kao dobro ili loše. Sami procesi suočavanja su voljne, a ne reaktivne prirode. Svjesne odluke o korištenju tehnika suočavanja donose ljudi i to uzimajući u obzir zahtjeve aktualne stresne situacije, kao i opsege i mogućnosti korištenja vlastitih resursa (Amirkhan i Auyeung, 2007). Kada govorimo o tim strategijama, najčešće se navode dva temeljna načina suočavanja. Prvi je instrumentalno, konfrontacijsko, suočavanje usmjeravanjem pozornosti prema stresnom podražaju, odnosno *problemu usmjereno suočavanje*. Njegova funkcija je promjena stresne situacije. Često je usmjereno na definiciju problema, pronalažnje alternativnih načina, vaganje alternativa s obzirom na njihovu cijenu i korist te odabir neke od njih i djelovanje (Lazarus i Folkman, 2004). Drugo, *suočavanje usmjereno na emocije* ili palijativno suočavanje za cilj ima smanjenje emocionalne napetosti. Carver, Scheier i Weintraub (1989) ovoj podjeli dodaju još i *suočavanje putem izbjegavanja*, koje obuhvaća kognitivno ili ponašajno izbjegavanje i negiranje postojanja problema. Istraživanja koja su se bavila suočavanjem sa stresnim situacijama navode da je suočavanje usmjereno na emocije više pod

utjecajem faktora ličnosti, dok je suočavanje usmjereno na problem, pa i u nekoj mjeri izbjegavanje više pod utjecajem socijalizacije, odnosno da je situacijski uvjetovano (Lacković-Grgin, 2000).

Suočavanje sa stresom i tjelesni simptomi

Stresni doživljaji i načini suočavanja sa stresom mogu dovesti do neposrednih, ali i odgođenih ishoda, koji uključuju između ostalog i tjelesno zdravlje. Prema istraživanjma procjenjuje se da je 70-90 % današnjih bolesti povezano upravo sa stresom. Postoji slaganje da su posljedice stresa na zdravlje velike te da treba raditi na efikasnijim strategijama suočavanja u stresnim situacijama (Barat, 2010). Naime, strategije suočavanja sa stresom, kada su zdravstveni ishodi u pitanju, imaju puno važniju ulogu od percepcije stresa, stupnja kontrole ili utjecaja okolinskih faktora (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Istraživanja pokazuju da su različite strategije suočavanja sa stresom različito povezane sa zdravstvenim ishodima (Šimunović, 1998). Osobe koje koriste neefikasne strategije suočavanja teže se nose sa životnim situacijama. Kratkoročne posljedice takvog suočavanja su negativne emocije i/ili određene tjelesne smetnje u obliku psihosomatskih simptoma (Kozjak Mikić i Perinović, 2008). Rezultati istraživanja, provedeni na uzorku mladih Japanaca, navode da emocijama usmjereno suočavanje i dezangažman pridonose fizičkim simptomima. Odnosno, oni djeluju kao pojačivači stresa u odnosu stres-simptomi bolesti (Nakano, 1991). Slične rezultate dobili su i u ranijim istraživanjima, gdje se pokazalo da aktivni oblici suočavanja, poput rješavanja problema, za razliku od strategija putem izbjegavanja i izražavanja emocija, pridonose boljoj prilagodbi i manjem broju psihosomatskih simptoma. Uspoređujući efekte spomenutih strategija suočavanja, najčešće se suočavanje usmjereno na problem ističe po svojim pozitivnim efektima kada je riječ o broju i intenzitetu tjelesnih simptoma. Suprotno tome, suočavanje putem izbjegavanja najčešće je povezano s većim brojem tjelesnih simptoma. Dugotrajno korištenje ove strategije može dovesti do odgođenih negativnih zdravstvenih ishoda (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić (2011) su u svom istraživanju, provedenom na djeci i adolescentima, s druge strane utvrdili povezanost između različitih oblika suočavanja i tjelesnih problema, no te su povezanosti bile drugačije za dječake i djevojčice. Kod dječaka je povezanost bila najizraženija između strategije izbjegavanja i psihosomatskih simptoma, dok kod djevojčica između strategije suočavanja usmjerene na emocije i psihosomatskih simptoma.

Suočavanje sa stresom i perfekcionizam

Velik broj istraživanja jasno pokazuje kako su osobine ličnosti značajno povezane s načinima suočavanja sa stresom. Objašnjenja za tu povezanost su da osobine ličnosti djeluju na intrapsihičke, ali i na interpersonalne resurse, pa samim tim i na dostupne načine suočavanja sa stresom (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Ukoliko se u obzir uzme da su osobine ličnosti stabilne u vremenu pretpostavka je da se uz različite osobine ličnosti vežu različite strategije suočavanja (Lazarus i Folkman, 2004). Što se perfekcionizma i strategija suočavanja sa stresom tiče, istraživanja navode da negativni perfekcionisti više koriste maladaptivne i izbjegavajuće strategije suočavanja kada se pokušavaju nositi sa stresnim okolonostima (Dunkley, Zuroff i Blankstein, 2003), dok pozitivni perfekcionisti više koriste adaptivne strategije suočavanja sa stresom (Flett i Hewitt, 2002). Hudek-Knežević i Kardum (2006) navode kako je, prema iskazima ispitanika, suočavanje usmjereno na problem više korišteno u situacijama u kojima su ispitanici imali viši stupanj kontrole, a suočavanje usmjereno na emocije u situacijama kada su imali niži stupanj kontrole. Negativni perfekcionisti pretjerano su samokritični te su prilikom izvedbe napeti, anksiozni i usmjereni na izbjegavanje pogrešaka, što često rezultira odgađanjem ili odustajanjem od aktivnosti (Antony i Swinson, 1998). Pozitivan perfekcionizam povezan je sa adaptivnim metodama suočavanja, koje obilježava aktivno traganje za rješavanjem određenog problema (Greblo, 2012). Suprotno, negativna dimenzija perfekcionizma češće uz sebe veže suočavanje usmjereno na emocije (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams i Winkworth, 2000).

Uzimajući u obzir spomenuta istraživanja u ovom ispitivanju je postavljen sljedeći cilj i njemu bliski problemi i hipoteze.

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je utvrđivanje odnosa perfekcionizma, načina suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma.

Problemi

1. Ispitati izravan doprinos perfekcionizma tjelesnim simptomima.

2. Istražiti neizravan doprinos perfekcionizma tjelesnim simptomima putem strategija suočavanja sa stresom.

3. Ispitati spolne razlike u perfekcionizmu.

Hipoteze

1. Očekuje se da će visoki perfekcionizam izravno doprinijeti visokom stupnju tjelesnih simptoma, s tim da će:

a) Visoki pozitivni perfekcionizam doprinijeti niskoj zastupljenosti tjelesnih simptoma.

b) Visoki negativni perfekcionizam doprinijeti visokoj zastupljenosti tjelesnih simptoma.

2. Očekuje se neizravna povezanost perfekcionizma i tjelesnih simptoma putem suočavanja sa stresom. Pretpostavlja se da će:

a) Visoki pozitivni perfekcionizam preko visokog suočavanja usmjerenog na problem doprinijeti niskom stupnju tjelesnih simptoma.

b) Visoki negativni perfekcionizam preko visokog suočavanja usmjerenog na emocije i visokog suočavanja putem izbjegavanja doprinijeti visokom stupnju tjelesnih simptoma.

3. Očekuju se razlike u perfekcionizmu s obzirom na spol. Pretpostavka je kako žene u odnosu na muškarce imaju izraženiji pozitivni, ali i negativni perfekcionizam.

Metoda

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 359 studenata sa Filozofskog i Građevinskog fakulteta u Osijeku. Uzorak je bio prigodan te se do sudionika došlo putem dogovora s fakultetima. U obradu su uključeni rezultati 218 (60.7%) studenata Filozofskog fakulteta u Osijeku, te rezultati 141 (39.3%) studenata Građevinskog fakulteta u Osijeku, s različitih studijskih smjerova i godina. U uzorku je ukupno 112 sudionika (31.2%) prve godine preddiplomskog studija, 42 sudionika (11.7%) druge godine preddiplomskog studija, 87 sudionika (24.2%) treće godine preddiplomskog studija, 88 sudionika (24.5%) prve godine diplomskog studija i 30 sudionika (8.4%) druge godine diplomskog studija. Uzorak čine 164 sudionika muškog (45.7%) te 195 ženskog spola (54.3%). Raspon dobi sudionika kretao se od 18 do 41 godina, s prosječnom dobi *M*=21.67 godina (*SD*=2.401). S obzirom na socioekonomski status, 36 (10.0%) sudionika izjasnilo se da je ispodprosječnog statusa, 300 (83.6%) sudionika je prosječnog, a 23 (6.4%) sudionika je iznadprosječnog socioekonomskog statusa. Prosječna ocjena studenata u uzorku iznosi M=3.54.

Instrumenti

Upitnik sociodemografskih podataka obuhvaćao je pitanja o spolu, dobi, fakultetu, godini studija, akademskom uspjehu te socioekonomskom statusu.

Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama (Coping Inventory for Stressful Situations - CISS, Endler i Parker, 1990) sadrži 48 čestica koje su grupirane u tri subskale (po 16 tvrdnji), kojima se ispituje tri vrste strategija suočavanja sa stresom: a) suočavanje usmjereno na problem, b) suočavanje usmjereno na emocije i c) suočavanje putem izbjegavanja. Zadatak ispitanika je da procijeni u kojoj mjeri koristi određeno ponašanje u susretu sa stresnom situacijom birajući odgovor na skali od pet stupnjeva (1 – uopće ne do 5 – u potpunosti da). Upitnik je preveden na hrvatski jezik i već ranije korišten i u istraživanju Grgin, Sorić i Kale (1994) te Lacković-Grgin i Sorić (1997), gdje je i potvrđena originalna faktorska struktura. U tim ranijim istraživanjima, Cronbach alpha za subskalu Suočavanje usmjereno na problem iznosi 0.60, za subskalu Suočavanje usmjereno na emocije 0.61 i 0.71 za subskalu Suočavanje putem izbjegavanja. U ovom istraživanju unutarnja pouzdanost za subskalu Suočavanje

usmjereno na problem iznosi 0.86, za subskalu Suočavanje usmjereno na emocije 0.86 te za subskalu Suočavanjem putem izbjegavanja 0.85.

Ljestvica pozitivnog i negativnog perfekcionizma (Positive and Negative Perfectionism Scale - PNPS, Terry-Short i sur, 1995) sadrži 40 čestica, pri čemu 20 mjeri pozitivan, a 20 negativan perfekcionizam. Zbrajanjem procjena dobivamo dva rezultata i to za: a) pozitivan perfekcionizam i b) negativan perfekcionizam, pri čemu viši rezultat na obje subskale označava veću zastupljenost navedene dimenzije perfekcionizma. Zadatak sudionika je odrediti svoj stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom na ljestvici od pet stupnjeva (1 znači "uopće se ne slažem", a 5 "u potpunosti se slažem"). Upitnik je preveden i primijenjen u istraživanju Kapetanović (2008), gdje je dobivena zadovoljavajuća unutarnja konzistencija. Cronbach alpha za ljestvicu negativnog perfekcionizma je iznosio 0.90, a za ljestvicu pozitivnog 0.79, što je u skladu s onim što su dobili autori ove skale. Na uzorku ovog istraživanja, unutarnja pouzdanost za skalu pozitivnog perfekcionizma iznosi 0.88, dok za skalu negativnog perfekcionizma iznosi 0.89.

Upitnik tjelesnih simptoma (Subjective Health Complaints - SHC, Eriksen i sur, 1999) sastoji se od 29 čestica kojima sudionici procjenjuju intenzitet javljanja tjelesnih simptoma u posljednjih 30 dana. Upitnikom se ispituje pet grupa simptoma: a) muskuloskeletni simptomi (npr. bol u ramenima), b) pseudoneurološki simptomi (npr. srčane aritmije, umor), c) gastrointestinalni simptomi (npr. mučnina u želucu), d) simptomi alergije (npr. astma) i e) gripe (npr. kašalj). Format odgovora je ljestvica Likertova tipa od 5 stupnjeva (0 - uopće ne, 4 - jako). Rezultat na upitniku moguće je izraziti kao ukupne tjelesne simptome, ali i pojedinačne skupine simptoma, no u ovom istraživanju koristiti će se samo kompozitna mjera. Upitnik je preveden i primijenjen u istraživanju Krapić, Ćoso i Sušanj (2006). Pouzdanost cjelokupne skale je zadovoljavajuća i iznosi 0.90. U ovom istraživanju dobivena unutarnja pouzdanost cjelokupne skale iznosi 0.92.

Postupak

Nakon odobravanja provedbe istraživanja na ranije spomenutim fakultetima Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku, slučajnim su odabirom izabrana njihova odijeljenja. Istraživanje je bilo grupno na razini svakog odjeljenja. Prije početka samog istraživanja sudionicima je pročitana opća uputa, u kojoj je pojašnjen cilj istraživanja i postupak mjerenja. Rečeno im je da

će se dobiveni podaci analizirati na grupnoj razini i koristiti isključivo u znanstvene svrhe. Reklo im se i to da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno i anonimno te da imaju pravo odustati u bilo kojem trenutku. Zatim im je objašnjeno kako ispunjavati upitnike. Bili su upozoreni da obrate pozornost na uputu svakog upitnika prije nego ga počnu rješavati te ukoliko im nešto nije jasno da se obrate ekperimentatoru za pomoć. Predviđeno vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika bilo je 15 minuta.

Rezultati

Kako bi se provjerilo distribuiraju li se rezultati navedenih upitnika prema normalnoj raspodjeli proveo se Kolmogorov-Smirnovljev test. Prema vrijednostima Kolmogorov-Smirnovljevog testa, distribucije gotovo svih varijabli, osim varijabli pozitivan i negativan perfekcionizam, ne odstupaju značajno od normalne distribucije. Field (2013) navodi da zbog toga što Kolmogorov-Smirnovljev test kod velikih uzoraka može biti značajan već i kod malih odstupanja od normalnosti, u obzir su uzete dodatne mjere. Za navedene distribucije dodatno su promatrani indeks spljoštenosti i indeks asimetričnosti. Kline (1998) navodi da kada su indeks asimetričnosti <3 i indeks spljoštenosti <10, tada je opravdano koristiti parametrijske postupke i na rezultatima koji se ne distribuiraju normalno. Uzimajući u obzir da naši rezultati zadovoljavaju navedene kriterije u daljnjoj obradi korišteni su parametrijski testovi.

Na početku obrade rezultata izračunati su deskriptivni podaci ispitanih varijabli. Deskriptivna analiza dobivenih podataka prikazana je u tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivni podaci ispitivanih varijabli (N=359)

	M	*SD*	T_{min}	T_{max}	P_{min}	P_{max}

Suočavanje usmjereno na problem	56.80	8.120	16	80	20	80
Suočavanje usmjereno na emocije	48.25	10.120	16	80	16	74
Suočavanje putem izbjegavanja	47.46	10.528	16	80	21	72
Pozitivan perfekcionizam	71.62	11.197	20	100	29	99
Negativan perfekcionizam	56.98	12.872	20	100	23	93
Tjelesni simptomi	27.51	19.206	0	116	0	93

Legenda: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; T_{min} – teorijski minimum; T_{max} – teorijski maksimum; P_{min} – postignuti minimum; P_{max} – postignuti maksimum

Prema navedenim podacima može se vidjeti da od svih strategija suočavanja sa stresom, većina sudionika koristi suočavanje usmjereno na problem. Važno je napomenuti da je na skali suočavanja usmjerenog na problem ostvaren teorijski maksimum, što upućuje da u uzorku postoje ispitanici koji u velikom mjeri usmjeravaju pozornost prema stresnom podražaju, s ciljem promjene stresne situacije. Što se strategija suočavanja usmjerenog na emocije i izbjegavanja tiče, kod većine sudionika su prosječno izražene. U uzorku postoje sudionici koji su na subskali suočavanje usmjereno na emocije postigli teorijski minimum, što znači da u susretu sa stresnim situacijama rijetko koriste strategiju smanjenja emocionalne napetosti. Nadalje, pozitivan perfekcionizam kod sudionika je izraženiji nego negativan, što je u skladu rezultata istraživanja Lauri Korajlija (2004), dobivenih na hrvatskom uzorku sudionika. Dakle, naši sudionici više teže ostvarenju visokih, ali i realnih i dostižnih ciljeva, nego ostvarenju nerealno visokih i nedostižnih ciljeva. Što se tiče tjelesnih simptoma, sudionici u prosjeku izvještavaju o manjem broju tjelesnih simptoma. Pri tome je važno naglasiti da u uzorku postoje sudionici koji su postigli teorijski minimum, što znači da uopće ne izvještavaju o prisutnosti tjelesnih simptoma.

U svrhu ispitivanja povezanosti između svih korištenih varijabli izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije. Rezultati su prikazani u tablici 2.

Tablica 2. Korelacijska matrica testiranih varijabli

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1.Spol	-										
2.Dob	-.128*	-									
3.Godina studija	-.210**	.649**	-								
4.Prosjek ocijena	.232**	-.207**	-.111*	-							
5.Socioekonomski status	-.068	.094	.202**	-.056	-						
6.Suočavanje usmjereno na problem	.020	-.002	.061	.134*	.089	-					
7.Suočavanje usmjereno na emocije	.216**	-.071	-.123*	.045	.021	.063	-				
8.Suočavanje putem izbjegavanja	.094	-.006	-.009	-.187**	.106*	.109*	.251**	-			
9.Pozitivan perfekcionizam	.165**	-.105*	.000	.201**	.086	.554**	.273**	.118*	-		
10.Negativan perfekcionizam	.056	-.071	-.037	.016	.073	.053	.585**	.153**	.282**	-	
11.Tjelesni simptomi	.336**	-.144**	-.211**	.053	-.067	-.086	.430**	.094	.088	.287**	-

Legenda: *p< .05; **p< .01

Pregledom izračunatih koeficijenata korelacije između ispitanih sociodemografskih varijabli i tjelesnih simptoma vidljivo je da je varijabla spol nisko pozitivno povezana s kriterijem te da je ta povezanost veća za žene nego za muškarace. Rezultati su u skladu s istraživanjem Kroenke (2003) i Mladina (2009) koji navode da upravo žene izvještavaju o većem broju i intenzitetu tjelesnih simptoma u odnosu na muškarace. Petak i Brajša-Žganec (2014) navode da su žene sklonije psihosomatskim tegobama jer je za ženski spol prihvatljivije da psihički distres izražavaju kroz tjelesne kanale. Nadalje, varijable dob i godina studija su nisko i negativno povezane s kriterijem. S obzirom na dobivene odnose pokazalo se kako stariji sudionici u uzorku, odnosno studenti koji se nalaze na višoj godini studija izvešćuju o manjem broju tjelesnih simptoma.

Negativan perfekcionizam je nisko i pozitivno povezan s tjelesnim simptomima. Dakle, pokazalo se kako negativni perfekcionisti, koji teže ostvarenje nerealno visokih i nedostižnih ciljeva te koji svoju osobnu vrijednosti procjenjuju na temelju postignuća i rigidno ustraju na ostvarenju zacrtanih ciljeva, izvještavaju o većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma (glavobolja,

prehlada, mučnina u želucu i sl.). Suprotno, za pozitivan perfekcionizam nije nađena povezanost sa tjelesnim simptomima.

Što se tiče povezanosti perfekcionizma sa strategijama suočavanja, s pozitivnim perfekcionizmom umjereno je pozitivno povezana strategija suočavanja usmjerena na problem. I negativan i pozitivan perfekcionizam su povezani sa suočavanjem usmjerenim na emocije. Negativan perfekcionizam je umjereno i pozitivno povezan sa suočavanjem usmjerenim na emocije, dok je pozitivan perfekcionizam nisko i pozitivno povezan. Dobiveni rezultati upućuju da se i negativni i pozitivni perfekcionisti koriste strategijom suočavanja usmjerenom na emocije, s tim da ovaj način češće koriste oni skloni negativnom perfekcionizmu. Strategija putem izbjegavanja je nisko pozitivno povezana s negativnim i pozitivnim perfekcionizmom. Dakle, što su osobe slonije negativnom ili pozitivnom perfekcionizmu to češće pribjegavaju strategiji putem izbjegavanja, s tim da je kod negativnih perfekcionista ta tendencija više izražena.

Što se tiče povezanosti strategija suočavanja sa tjelesnim simptomima, jedina prisutna povezanost kriterija je sa strategijom suočavanja usmjerenom na emocije, koja je niska i pozitivna. Taj nam podatak govori da osobe koje često koriste strategiju suočavanja usmjerenu na emocije izvještavaju o većem broju tjelesnih simptoma.

Da bi se odgovorilo na prvi problem istraživanja, provjeren je doprinos pozitivnog i negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima putem hijerarhijske regresijske analize. Budući da je provjerom korelacija među svim korištenim varijablama utvrđeno da nekoliko sociodemografskih varijabli (spol, dob i godina studija) značajno korelira s kriterijem, one su također uključene u ovu analizu. U prvom koraku analize uvršene su sociodemografske varijable, dok je u drugom koraku analize uvršten pozitivan i negativan perfekcionizam.

Kod provjere doprinosa pozitivnog i negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima dobiveni rezultati su prikazani u tablici 3.

Tablica 3. Rezultati regresijske analize kod ispitivanja izravne povezanosti pozitivnog i negativnog perfekcionizma s tjelesnim simptomima

Model	Prediktor	Kriterij	R^2	ΔR^2	ΔF	β

1.korak	Spol	Tjelesni simptomi	.134		18.325*	.306*
	Dob					-.016
	Godina studija					-.137*
2.korak	Spol	Tjelesni simptomi	.206	.072	18.278*	.298*
	Dob					-.001
	Godina studija					-.138*
	Pozitivan Perfekcionizam					-.039
	Negativan perfekcionizam					.276*

Legenda: $p<0.05$; R^2 – ukupni doprinos objašnjenoj varijanci; ΔR^2 – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenoj varijanci; ΔF – vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β – vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta

Iz dobivenih rezultata vidljivo je da sociodemografske varijable objašnjavaju 13.4% varijance kriterija tjelesnih simptoma, dok pozitivni i negativni perfekcionizam objašnjava dodatnih 7.2% varijance kriterija. Prema vrijednostima standardiziranih β koeficijenata može se vidjeti kako su spol, godina studija i negativni perfekcionizam jedini značajni prediktori tjelesnim simptomima. Dakle, doprinos negativnog perfekcionizma zastupljenosti tjelesnih simptoma se pokazao značajnim, odnosno pokazalo se da visoki negativni perfekcionizam doprinosi većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma. Doprinos pozitivnog perfekcionizma zastupljenosti tjelesnih simptoma pokazao se neznačajnim.

U ovom se istraživanju provjeravalo i postojanje neizravnog doprinosa tjelesnim simptomima. Drugim riječima, provjeravalo se jesu li strategije suočavanja (suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje putem izbjegavanja), medijator između pozitivnog/negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma. U tu svrhu koristili smo najčešće korištenu metodu za ispitivanje medijacijskih odnosa koju su razvili Baron i Kenny (1986). Ovaj se postupak sastoji od četiri regresijske analize, koje predstavljaju četiri uvjeta koja moraju biti zadovoljena kako bi se potvrdio medijacijski odnos. U prvom koraku prediktor mora značajno predviđati kriterij, u drugom koraku prediktor mora značajno predviđati medijator, u trećem koraku medijator mora značajno predviđati kriterij i u četvrtom

koraku prediktor i medijator omogućuju predviđanje kriterija, s tim da uključivanjem medijatora u zadnji korak analize, efekt prediktora treba biti smanjen. O potpunoj se medijaciji radi ako kod četvrtog uvjeta prediktor značajno ne predviđa kriterij, no ako je efekt prediktora smanjen, ali još uvijek značajan, riječ je o djelomičnoj medijaciji.

Kako je jedan od preduvjeta provođenja medijacije prema Baron i Kenny (1986) značajni doprinos prediktora objašnjenju varijance kriterija, u ovom istraživanju nije provjeravan neizravan odnos pozitivnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma, budući da se u ranijim analizama provjere izravnog doprinosa pokazalo kako doprinos pozitivnog perfekcionizma kriteriju nije značajan. Na temelju nezadovoljenog prvog kriterija postupka Barona i Kennyja (1986) zaključilo se kako pozitivan perfekcionizam ne doprinosi tjelesnim simptomima neizravno.

Nadalje, provjerom neizravnog doprinosa negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima pokazalo se kako su svi kriteriji Baron i Kennyevog (1986) postupka zadovoljeni samo u slučaju provjere suočavanja usmjerenog na emocije kao medijatora odnosa negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma. Dobiveni rezultati zadnjeg koraka tog postupka prikazani su u tablici 4.

Tablica 4. Rezultati zadnjeg koraka postupka provjere suočavanja usmjerenog na emocije u ulozi medijatora odnosa negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma

Model	Prediktor	Kriterij	R^2	ΔR^2	ΔF	β
1.korak	Negativan perfekcionizam	Tjelesni simptomi	.082		32.096*	.287*
2.korak	Negativan perfekcionizam	Tjelesni simptomi	.187	.104	45.677*	.054
	Suočavanje usmjereno na emocije					.398*

Legenda: $p<0.05$; R^2 – ukupni doprinos objašnjenoj varijanci; ΔR^2 – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenoj varijanci; ΔF – vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β – vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta

Iz dobivenih se rezultata može vidjeti kako je strategija suočavanja usmjerena na emocije potvrđena u ulozi medijatora odnosa negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma.

S obzirom da je uvođenjem medijatora u zadnji korak analize doprinos negativnog perfekcionizma postao neznačajan može se zaključiti kako se radi o potpunoj medijaciji. Dakle, ovim se rezultatom pokazalo kako visoki negativni perfekcionizam preko visokog suočavanja usmjerenog na emocije doprinosi većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma.

Nadalje, kod provjere spolnih razlika po pitanju pozitivnog i negativnog perfekcionizma koristio se t-test za nezavisne uzorke. U tablici 5 nalaze se rezultati provjere spolnih razlika kod pozitivnog i negativnog perfekcionizma.

Tablica 5. Rezultati ispitivanja spolnih razlika vezanih uz pozitivni i negativni perfekcionizam (M=164, Ž =195)

Varijabla	Spol	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
Pozitivan perfekcionizam	Muškarci	69.60	10.465	-3.17	357	0.002
	Žene	73.31	11.534			
Negativan perfekcionizam	Muškarci	56.19	12.877	-1.06	357	0.291
	Žene	57.64	12.865			

Legenda: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t* – t-test; *df* – stupnjevi slobode; *p* – vjerovatnost

Iz dobivenih rezultata vidljivo je da postoje značajne razlike u pozitivnom perfekcionizmu s obzirom na spol, u smjeru da su žene u odnosu na muškarce, u većem stupnju pozitivni perfekcionisti. Kod negativnog perfekcionizma nije dobivena statistička značajnost, što upućuje da se muškarci i žene ne razlikuju s obzirom na zastupljenost negativnog perfekcionizma.

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos perfekcionizma, načina suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma. Osim toga, ispitane su spolne razlike prisutne kod pozitivnog i negativnog perfekcionizma.

Korelacije između ispitivanih varijabli

U ovom istraživanju dobivena je niska i pozitivna povezanost spola sa tjelesnim simptomima. Rezultati upućuju da su žene sklonije izvještavati o većem stupnju tjelesnih simptoma u odnosu na muškarce. Slične nalaze navode i istraživanja prije nas, pri čemu se navodi kako žene izvješćuju o većem broju i intenzitetu tjelesnih simptoma od muškaraca i to u svim dobnim skupinama (Korak, 2013). Postoje dva razloga za utvrđene korelacije. Jedno objašnjenje je da se kod žena od puberteta pa nadalje primjećuje povišena razina percipiranog stresa, psihosomatskih i emocionalnih teškoća, što se objašnjava hormonalnim razlozima. Dakle, hormonalna aktivnost kod žena je promjenjivija nego kod muškaraca, što može uzrokovati veću ranjivost te samim time i veći stupanj tjelesnih simptoma (Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012). Drugo objašnjenje je da utjecaji socijalizacije i rodnih uloga doprinose većoj osjetljivosti žena na stres. Naime, društveno je prihvatljivije da žene, nego muškarci, otvoreno govore o slabostima, pa tako i somatskim simptomima (Kroenke, 2003). Također, nisko i negativno sa tjelesnim simptomima povezana je i sociodemografska varijabla dob, što nam govori o tome da što su osobe starije to izvještavaju o manjem stupnju tjelesnih simptoma. Kada se promatraju utvrđeni odnosi dobiveni po pitanju spola i dobi s tjelesnim simptomima možemo zaključiti da su vrlo slični prehodnim nalazima. Korak (2013), recimo, navodi da je kod žena u razdoblju od 19 do 30 godine veće javljanje tjelesnih simptoma, nego u kasnijim godinama života, dok je kod muškaraca prisutno suprotno. Osim toga, niska negativna povezanost sa tjelesnim simptomima dobivena je za godine studija. Navodi se da akademska prilagodba, koja često izaziva stres kod studenata, ima tendenciju opadanja s prelaskom na višu godinu studija, što upućuje na smanjenje tjelesnih simtoma (Vrhovski, Fratrić-Kunac, Ražić, 2012). Osim toga, Feinstein, Sabates, Anderson, Sorhaindo i Hammond (2006) navode da osobe koje imaju više godina školovanja izvještavaju o boljem zdravlju.

Nadalje, dobivena je niska i pozitivna povezanost negativnog perfekcionizma s tjelesnim simptomima. Takvi su rezultati bili očekivani, s obzirom da upravo negativan

perfekcionizam, zbog svojih karakteristika, ima negativne efekte na tjelesno zdravlje (Martin, Flett, Hewitt, Krames i Szanto, 1996). Suprotno očekivanjima, pozitivan perfekcionizam nije povezan sa tjelesnim simptomima. Molnar-Sirianni (2010) u svojim istraživanjima ističe nedosljednost rezultata pri ispitivanju odnosa pozitivnog perfekcionizma sa tjelesnim zdravljem. Stoeber i Yang (2015) navode da pozitivan perfekcionizam pokazuje neočekivane rezultate kada se mjeri skalom pozitivnog i negativnog perfekcionizma. Greblo (2012) navodi da metodološki nedostaci Ljestvice pozitivnog i negativnog perfekcionizma mogu utjecati na rezultate, jer ljestvica sadrži čestice koje se odnose na činitelje za koje se smatra da su povezani s razvojem perfekcionizma. Dakle, ljestvica ne mjeri perfekcionizam u skladu sa dvoprocesnom teorijom, što se pokazalo osobito problematično za čestice kojima se mjeri pozitivan perfekcionizam (Stoeber i Yang, 2015).

Proučavanjem skale pozitivnog perfekcionizma i suočavanja usmjerenog na problem dobivena je umjerena i pozitivna povezanost. Takav je obrazac u skladu sa očekivanjima jer postoje neki raniji nalazi koji navode da osobe visokog pozitivnog perfekcionizma u stresnim okolnostima razvijaju visoki interes za problem te imaju izrazitu želju da ga uspiju riješiti (Deniz, 2006). Osim toga, pokazalo se kako organizacijske značajke pozitivnih perfekcionista su takve da oni planiraju i pristupaju aktivnostima i situacijama na aktivan način, što je karakteristično za suočavanje usmjereno na problem (Ram, 2005). Zatim, negativan perfekcionizam je u odnosu na pozitivan u većoj mjeri povezan sa suočavanjem usmjerenim na emocije te je ta povezanost umjerena i pozitivna. Drugim riječima, u suočavanju sa stresnim situacijama studenti koji na skali negativnog perfekcionizma postižu veće rezultate češće odabiru strategiju usmjerenu na smanjenje emocionalne napetosti. Također, strategija putem izbjegavanja je u većoj mjeri povezana s negativnim, nego s pozitivnim perfekcionizmom. Drugim riječima, studenti koji na skali negativnog perfekcionizma postižu veće rezultate češće odabiru strategiju izbjegavanja, odnosno češće odvraćaju pažnju od izvora stresa ili nereagiraju na stresor. Navedeni rezultati su u skladu sa istraživanjima koja navode da negativni perfekcionisti generalno više koriste maladaptivne strategije suočavanja tijekom suočavanja sa stresnim situacijama, u odnosu na pozitivne perfekcioniste, koji u okviru istih okolnosti pribjegavaju adaptivnim strategijama suočavanja sa stresom (Ram, 2005).

Što se tiče povezanosti tjelesnih simptoma i strategija suočavanja, povezanost je jedino vidljiva za strategiju suočavanja usmjerenu na emocije. Povezanost strategije suočavanja usmjerene na emocije i tjelesnih simptoma je niska i pozitivna. Dobiveni rezultati su u skladu s prethodnim istraživanjima, koja navode da je suočavanje usmjereno na emocije povezano sa

negativnim aspektima zdravlja i to depresijom, anksioznošću te percepcijom tjelesnih simptoma (Kalebić-Maglica, 2007). Drugim riječima, studenti koji koriste kao strategiju suočavanje usmjereno na emocije, izvještavaju o većem broju tjelesnih simptoma, pa samim time imaju i lošije zdravlje. Na kraju, za suočavanje usmjereno na problem i izbjegavanje nije dobivena značajna povezanost sa kriterijem. Slične rezultate su dobili i u prethodnim istraživanjima na ovim prostorima (Hudek-Knežević, Kardum i Kalebić-Maglica, 2005). Navedene rezultate moguće je objasniti pristupom koji suočavanje smatra preferiranim stilom. Naime, u okviru ovog pristupa stilovi suočavanja se shvaćaju kao stilovi, dispozicije ili preferencije kojima se osoba najčešće koristi i koje ostaju relativno stabilne kroz vrijeme i okolnosti. Pokazalo se da su različiti stilovi ili strategije suočavanja povezani sa različitim crtama ličnosti. O tome koja će strategija suočavanja biti korištena u nekoj specifičnoj situaciji ovisi o crtama ličnosti u preferiranom stilu suočavanja, kao i zahtjevima specifične stresne situacije (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Lazarus (1990) u svom istraživanju navodi da su problemu usmjereni načini suočavanja međusituacijski visokovarijabilni, dok su suočavanja usmjerena na emocije stabilnija. Drugim riječima, suočavanje usmjereno na emocije je više pod utjecajem faktora ličnosti, dok je suočavanje usmjereno na problem u većoj mjeri određeno situacijskim faktorima (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Slične rezultate u svom istraživanju dobivaju Kardum, Hudek-Knežević i Martinac (1998), gdje se pokazalo da tijekom razredbenog ispita dolazi do značajnih promjena u korištenju načina suočavanja usmjerenog na problem i suočavanja izbjegavanjem, dok strategija suočavanja usmjerena na emocije ostaje stabilna (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Postoji mogućnost da su u ovom istraživanju strategije, suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje putem izbjegavanja, bile pod utjecajem specifične situacije, s obzirom da je istraživanje provedeno pred kraj akademske godine kada su studenti imali ispite, što ukazuje na potrebu detaljnijeg ispitivanja navedenih odnosa.

Izravan doprinos pozitivnog i negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima

Iako je najveći broj istraživanja kojim se ispitivao izravan doprinos perfekcionizma zdravlju pokazao kako je on značajno povezan sa različitim bolestima i somatskim problemima,

kao što su migrene (Burns, 1980), glavobolje (Stoout, 1984), kronična bol (Van Houfrnhove, 1986) i astma (Morris, 1961), u ovom istraživanju su dobiveni nešto drugačiji rezultati.

Dobiveni rezultati za negativan perfekcionizam su u skladu s prethodnim istraživanjima koja govore o povezanosti negativnog perfekcionizma s tjelesnim simptomima (Molnar-Sirianni, 2010). Rezultate je moguće objasniti modelima moderiranja stresa koji govore da probleme sa zdravljem imaju one osobe koje se često ili pretjerano uzbuđuju (Dankić, 2013). Prema tim modelima stres narušava zdravlje aktiviranjem simpatičkog i neuroendokrinog sustava, što može rezultirati nizom fizioloških reakcija te disregulacijom imunosnog sustava (Segerstrom i Miller, 2004). Bolger i Zuckerman (1995) navode da ličnost sudjeluje u različitim fazama procesa stresa, odnosno utječe na samo izlaganje pojedinca stresu, ali i na njegovu reaktivnost na stres. Prema tome, jasno je kako su osobe sa izraženim perfekcionizmom upravo zbog svog nerealističnog pristupa životu izložene većem broju stresnih događaja (Flett i Hewitt, 2002). Nadalje, za jasnije razumijevanje dobivenih rezultata važno je i u kojoj mjeri osoba procjenjuje događaj ugrožavajućim. Razlikujemo primarnu i sekundarnu procjenu. Primarna se odnosi na percepciju zahtjevnosti i važnosti događaja te procjenu njihove pozitivnosti odnosno negativnosti, tj. stupnja stresnosti. Dok se sekundarna procjena sastoji od procjene prikladnih mogućnosti suočavanja sa zahtjevima stresne situacije, procjene socijalnih, materijalnih i osobnih resursa te procjene kontrole u specifičnoj stresnoj situaciji (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Dakle, moguće je da negativni perfekcionisti, različite situacije procjenjuju stresnijima, ugrožavajućima i prezahtjevnima u usporedbi sa svojim resursima, pa doživljavaju veći stupanj stresa. Prema modelima moderiranja stresa te osobe imaju lošije zdravlje, pa zato izvještavaju o većem broju tjelesnih simptoma. Ostvareni rezultat je očekivan budući da takvi pojedinci imaju visoka očekivanja, težu prilagodbu te neuspjeh pripisuju vlastitim sposobnostima (Lee, 2007; Hewitt i Flett, 1993).

Pozitivan perfekcionizam u ovom istraživanju se nije pokazao povezan sa tjelesnim simptomima. Moguća objašnjenja mogu se pronaći u teoriji stresa, karakteristikama pozitivnih perfekcionista te u karakteristikama korištenih mjera. Prema transakcijskom modelu stresa hoće li neki odnos biti stresan ovisi o tome u kojoj mjeri osoba procjenjuje događaj ugrožavajućim. Stoga, moguće je da pozitivni perfekcionisti zbog svojih karakteristika primarno procjenjuju događaje manje stresnim, pa se efekti ne mogu vidjeti direktno kao efekti kod negativnih perfekcionista (Lee, 2007). Dakle, studenti koji uživaju u svojim uspjesima, osjećaju sreću i zadovoljstvo nakon postignutog cilja te oni koji zadatku pristupaju opušteno i nastoje ga izvršiti pažljivo, ispravno i na vrijeme, ne izvještavaju o zastupljenosti tjelesnih simptoma. Također,

moguće je da su metodološki nedostaci korištene ljestvice utjecali na dobivene rezultate. Novija istraživanja koja su se bavila ispitivanjem perfekcionizma navode da rezultati dobiveni za pozitivne aspekte perfekcionizma nisu konzistentni. Također, Egan, Piek, Dyck i Kane (2011) navode da skala za ispitivanje pozitivnog i negativnog perfekcionizma nije dobra mjera jer pozitivan perfekcionizam često pokazuje neočekivane rezultate. Naime, pokazalo se kako ona ne mjeri perfekcionizam u skladu sa dvoprocesnom teorijom te da se većina čestica odnosi na činitelje za koje se smatra da su povezani s razvojem perfekcionizma (Stoeber i Yang, 2015).

Neizravan doprinos negativnog perfekcionizma tjelesnim simptomima putem suočavanja usmjerenim na emocije

Ovim smo istraživanjem provjeravali neizravne odnose pozitivnog i negativnog perfekcionizma sa tjelesnim simptomima putem strategija suočavanja sa stresom (suočavanja usmjerenog na problem, suočavanja usmjerenog na emocije i suočavanja putem izbjegavanja), odnosno jesu li strategija suočavanja sa stresom medijator odnosa perfekcionizma i tjelesnih simptoma.

U ovom se istraživanju jedino suočavanje usmjereno na emocije pokazalo medijatorom odnosa negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma. Pritom se radilo o potpunoj medijaciji. Rezultati su u skladu sa prethodnim istraživanjima koja navode da suočavanje može bit medijator između osobina ličnosti i subjektivnih mjera tjelesnih simptoma (Fry, 1995; Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Moguća objašnjenja dobivenih rezultata možemo pronaći u transakcijskoj teoriji stresa, a i u karakteristikama negativnog perfekcionizma. Bolger i Zuckerman (1995) navode da ličnost sudjeluje u različitim fazama procesa stresa te da svoju ulogu ima i u izboru nečijeg načina suočavanja sa stresom, kao i u učinkovitosti odabrane strategije suočavanja. Negativni perfekcionisti, zbog prisutne napetosti, anksioznosti, sklonosti podizanja kriterija i nezadovoljstva s postignutim rezultatom, rijetko doživljavaju pozitivne emocije, situacije procjenjuju stresnijima i skloniji su odabiru neefikasnih strategija suočavanja (Antony i Swinson, 1998). Jednom od tih neadaptivnih strategija suočavanja smatra se i suočavanje usmjereno na emocije zbog svoje povezanosti s lošijim pokazateljima prilagodbe na stres, kao što su psihosomatski simptomi i anksioznost (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Da bi se u potpunosti razumjele neizravne povezanosti perfekcionizma i tjelesnih simptoma putem suočavanja sa stresom potrebno je razumjeti i to da efekti suočavanja na

adaptacijske ishode mogu biti neposredni (npr.afekti i fiziološke promjene) i odgođeni (opća dobrobit, tjelesno zdravlje i socijalno funkcioniranje) (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Kako strategija suočavanja usmjerena na emocije djeluje kao pojačivač stresa (Nakano, 1991), kratkoročna primjena ove strategije može dovesti do tjelesnih smetnji u obliku fizioloških promjena, dok primjena ove strategije kroz duže vremensko razdoblje pridonosi javljanju tjelesnih simptoma i narušenog tjelesnog zdravlja.

Spolne razlike u pozitivnom i negativnom perfekcionizmu

U ovom smo istraživanju htjeli provjeriti i spolne razlike u pozitivnom i negativnom perfekcionizmu. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti kako kod pozitivnog perfekcionizma spolne razlike postoje, pri čemu studentice imaju veći pozitivni perfekcionizam u odnosu na studente. Kod negativnog perfekcionizma nisu utvrđene razlike. Identični rezultati za pozitivan perfekcionizam dobiveni su u prethodnim istraživanjima (Lotar, 2005; Caglar, Bilgili, Karaca, Ayaz i Aşçi, 2010). Moguća objašnjenja vežu se uz socioekonomske uloge koje su žene i muškarci imali kroz povijest. Žene su, uz rađanje, bile zadužene za odgajanje djece i vođenje domaćinstva, dok su muškarci bili zaduženi za uzdržavanje obitelji. Takva podjela dužnosti nekada je bila nužna za preživljavanje zajednice. Stoga, bilo je potrebno da se kod pripadnika zajednice razviju određene osobine koje im omogućuju uspješno obavljanje tih dužnosti. Iz toga razloga, žene su odgajane da budu savjesnije, brižljivije i poslušne, a muškarci samopouzdani, dominantni i da teže ka postignuću (Papalia i Olds, 1992). Osim toga, pokazalo se da preko spolne uloge, kao jedinice socijalizacije, društvo utječe na formiranje ličnosti pojedinca (Smiljanić, 1985). Stoga je moguće da su studentice zbog toga što su odgajane da budu savjesnije, u ovom istraživanju imale veći pozitivni perfekcionizam od studenata. One u skladu sa karakteristikama pozitivnog perfekcionizma zadatku pristupaju opušteno, pažljivo, ispravno i na vrijeme, a uspjeh kod njih izaziva zadovoljstvo.

Suprotno očekivanjima, rezultati istraživanja pokazuju da kod negativnog perfekcionizma nema razlika s obzirom na spol. Ako se uzme u obzir da je istraživanje provedeno pred kraj akademske godine, u razdoblju koje je izrazito stresno za studente, moguće da je negativan perfekcionizam kod muškog spola bio izraženiji nego inače te zbog toga razlike nisu bile vidljive kao u prethodnim istraživanjima (Kalebić-Maglica, 2007). Dakle, studenti i studentice u ovom istraživanju se ne razlikuju u negativnom perfekcionizmu te u skladu sa

karakteristikama negativnog perfekcionizma imaju visoka očekivanja, često su nezadovoljni postignutim rezultatom, a kod neuspjeha su samokritični. Vjerovatnije je za studente da neuspjeh pripisuju nedovoljnom trudu, slaboj sreći ili teškom zadatku, a studentice nedostatku sposobnosti (Petrigrew, 1979).

Nedostaci i implikacije budućih istraživanja

Provedeno istraživanje ima određeni broj ograničenja. Prvenstveno uzorak u ovom istraživanju je prigodan. Sudionici istraživanja su studenti, koji ne mogu predstavljati opću populaciju, jer su u većoj mjeri zdravi i prilagođeni, što se može vidjeti iz visokog pozitivnog i niskog negativnog perfekcionizma ovog uzorka. Sama činjenica da su studenti znači da posjeduju visoke ciljeve i teže njihovom ostvarenju. S obzirom na navedeno, rezultati ovog istraživanja ne mogu se generalizirati na opću populaciju. Nadalje, korištene mjere u ovom istraživanju su samoprocjenske i pod utjecajem socijalnih očekivanja, tako da postoji mogućnost da su se sudionici nastojali pokazati u pozitivnijem svjetlu zbog nedovoljnog uvida u vlastite osobine. Provedeno istraživanje je korelacijsko istraživanje, stoga ne možemo donositi zaključke o uzročno-posljedičnim odnosima, no dobivene povezanosti mogu upućivati na nepovoljne utjecaje perfekcionizma na tjelesno zdravlje.

U budućim istraživanjima bilo bi zanimljivo podatke prikupiti i na drugim dobnim i obrazovnim skupinama te dobivene rezultate usporediti. Osim toga, bilo bi korisno uz samoprocjene prikupiti i procjene bliskih osoba sudionika jer bi se tada mogle uočiti eventualne razlike u tome kako pojedinac vidi sebe te kako ga vide njegovi bližnji. Budući da se u istraživanjima pokazalo da Ljestvica pozitivnog i negativnog perfekcionizma ne operacionalizira na adekvatan način pozitivni perfekcionizam, bilo bi dobro koristiti neki drugi upitnik za mjerenje pozitivnog i negativnog perfekcionizma.

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrđivanje odnosa perfekcionizma, načina suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma. U sklopu prvog problema ispitan je izravan doprinos pozitivnog i negativnog perfekcionizma objašnjenju tjelesnih simptoma studenata. Rezultati ukazuju kako

pozitivan perfekcionizam ne doprinosi izravno tjelesnim simptomima. Međutim, visoki negativan perfekcionizam izravno doprinosi visokoj zastupljenosti tjelesnih simptoma te objašnjava ukupno 7% varijance tog kriterija. Pokazalo se i to kako perfekcionizam neizravno doprinosi tjelesnim simptomima. Utvrđeno je da je suočavanje usmjereno na emocije medijator odnosa negativnog perfekcionizma i tjelesnih simptoma, pri čemu je dobivena potpuna medijacija. Iz dobivenih se rezultata može zaključiti da visoki negativni perfekcionizam isključivo preko visokog suočavanja usmjerenog na emocije doprinosi visokom stupnju tjelesnih simptoma. Na kraju, utvrđene su i spolne razlike po pitanju pozitivnog perfekcionizma, u smjeru da su studentice u većoj mjeri pozitivni perfekcionisti. S druge strane, spolne razlike nisu utvrđene po pitanju negativnog perfekcionizma.

Literatura

Amirkhan, J., i Auyeung, B. (2007). Coping with stress across the lifespan: Absolute vs. relative change in strategy. *Journal of Applied Developmental Psychology, 28,* 298-317.

Antony, M.M., i Swinson, R.P. (1998). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Barat T. (2010). *Stres-najveći ubojica današnjeg čovjeka: Jeste li jači od stresa?:* Priručnik za upravljanje stresom. Zagreb: Vlast.nakl.

Baron, R. M., i Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–1182.

Bolger, N., i Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 890-902.

Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34–51.

Caglar, E., Bilgili, N., Karaca, N., Ayaz, S., i Aşçi, F.H. (2010). The psychological characteristics and health related behavior of adolescents: The possible roles of social physique anxiety and gender. *Spanish Journal of Psychology, 13*, 741-750.

Carver, C.S., Scheier, M.F., i Weintraub, J.K. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.

Chang, E. C., i Rand, K. L. (2000). Perfectionism as a predictor of subsequent adjustment: Evidence for a specific diathesis-stress mechanism among college students. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 129-137.

Dankić, K. (2013). Konceptualizacija odnosa između ličnosti i zdravstvenih ishoda. *Psihologijske teme, 22*(3), 383-404.

Davidson G.C., i Neale J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Deniz, M. E. (2006). The relationships among coping with stress, life satisfaction, decision-making styles and decision self-esteem: An investigation with turkish university students. *Social Behavior And Personality*, *34*(9), 1161-1170.

Dunkley D.M., Zuroff, D.C., i Blankstein K.R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 234-252.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., i Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 437-453.

Egan, S. J., Piek, J., Dyck, M., i Kane, R. (2011). The reliability and validity of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Clinical Psychologist*, *15*, 121-132.

Endler, N. S., i Parker. J.D.A (1990). Multdimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.

Eriksen, H.R., Ihlebaek, C., i Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints. *Scand J Public Health, 27*(1), 63-72.

Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T.M., Sorhaindo, A., i Hammond, C. (2006). What are the effects of education on health? *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4th Edition).* London: Sage publications.

Flett, G.L., i Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism. Theory, Research and Treatment.* Washington DC: APA.

Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., i Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468.

Fry, P. S. (1995). Perfectionism, humor, and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, *121*, 211-245.

Greblo, Z. (2012). Što se skriva iza pojma perfekcionizam?Povijest proučavanja i pregled različitih konceptuaplizacija perfekcionizma. *Psihologijske teme*, *21* (1), 195-212.

Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology, 15*, 27-33.

Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Hewitt, P. L., i Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 58-65.

Hewitt, P. L., i Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 456-470.

Hudek-Knežević, J., i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje.* Jastrebarsko: Naklad Slap.

Hudek-Knežević, J., Kardum, I., i Kalebić-Maglica, B. (2005). The sources of stress and coping styles as mediators and moderators of the relationship between personality traits and physical symptoms. *Review od Psychology, 12*(2), 91-101.

Jerram, K. L., i Coleman, P. G. (1999). The big five personality traits and reporting of health problems and health behaviour in old age. *British Journal of Health Psychology*, *4*, 181–192.

Kalebić-Maglica, B. (2007). Uloga izražavanja emocija i suočavanja sa stresom vezanim uz školu u percepciji raspoloženja i tjelesnih simptoma adolescenata. *Psihologijske teme,* 16 (1), 1-26.

Kardum, I., Hudek-Knežević, J., i Martinac, T. (1998). Odnos između strategija suočavanja i raspoloženja tijekom stresne transakcije. *Društvena istraživanja*, *7*, 4-5, 559-579.

Kline, R.B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, New York: The Guilford Press.

Korak, D. (2013). *Upitnik tjelesnih reakcija-Faktorska struktura, dobne i rodne razlike.* Magistarski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Kroenke, K. (2003). The Interface Between Physical and Psychological Symptoms. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, *5*, 11–18.

Kozjak Mikić, Z., Jokić Begić, N., i Bunjevac, T. (2012). Zdravstvene teškoće i izvori zabrinutosti tijekom prilagodbe na srednju školu. *Psihologijske teme, 21*(2), 317-336.

Kozjak Mikić, Z., i Perinović, E. (2008). Suočavanje i psihosomatski simptomi u adolescenciji. *Suvremena psihologija*, *11*(1), 41-53.

Lacković-Grgin K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklad Slap

Lauri Korajlija, A. (2004). *Povezanost perfekcionizma i atribucijskog stila s depresivnošću i anksioznošću*. Magistarski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Lazarus, R. S., i Folkman, S. (2004). Stres, procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, *1*, 3–13.

Lee, L. (2007). *Dimension of perfectionism and life stress: Predicting symptoms of psychopatlology*. Doktorski rad. Queen University Kingston, Ontario, Canada.

Lotar, M. (2005). *Povezanost samoopterećivanja s pozitivnim i negativnim perfekcionizmom.* Magistarski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Martin, T. R., Flett, G. L., Hewitt, P. L., Krames, L., i Szanto, G. (1996). Personality correlates of depression and health symptoms: A test of a self-regulation model. *Journal of Research in Personality, 31*, 264–277.

Mladina, I. (2009). *Primjena metode crteža u ispitivanju fizioloških manifestacija stresa.* Magistarski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Molnar-Sirianni, D. (2010). *The light and dark sides of perfekcionism.* Doktorski rad. Brock University, Canada.

Molnar-Sirianni, D.(2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality, 40*,482-500.

Mor, S., Day, H.I., Flett, G.L., i Hewitt, P.L. (1995). Perfectionism, control, and components of performance anxiety in professional performers. *Cognitive Therapy and Research, 19,* 207-225.

Morris, R. P. (1961). Effect of the mother on goal-setting behaviour of the asthmatic child. *Annals of Allergy, 19,*44–54.

Nakano, K. (1991). Coping Strategies and Psychological Symptoms in a Japanese sample. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 346-350.

Papalia, D.E., i Olds, S. W. (1992). *Human Development*. McGraw Hill.

Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms.* New York: Springer-Verlag.

Petak, A. i Brajša-Žganec, A. (2014). The Somatization Symptoms among Grammar School Students. *Croatian Journal of Education, 16*(4), 1119-1146.

Pettigrew, T. F. (1979). The ultimate attribution error: Extending Allport's cognitive analysis of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin, 5*, 461-476.

Ram, A. (2005). *The Relationship of Positive and Negative Perfekcionism to Academic Achievement, Achievement Motivation and Well-Being in Tertiary Students*.University of Canterbury.

Segerstrom, S.C., i Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analityc study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin, 130*, 601-630.

Shafran, R., i Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review, 21*(6), 879-906.

Slade, P. D., i Owens, R. G.(1998.). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification, 22* (3), 372-391.

Slaney, R.B., Ashby, J.S., i Trippi, J. (1995). Perfectionism: Its measurements and career relevance. *Journal of Career Assessment, 3*, 279-297.

Smiljanić, V. (1985). Razvoj polnog identiteta. *Psihologija*, *8*, 5-17.

Stoeber, J., i Yang, H. (2015). Physical appearance perfectionism explains variance in eating disorder symptoms above general perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *86*, 303-307.

Stoeber, J., i Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 295-319.

Stout, M. A. (1984). A cognitive-behavioral study of self-reported stress factors in migraine headache. *Psychopathology*, *17*, 290–296.

Šimunović, V. (1998). Suočavanje adolescenata i odraslih sa svakodnevnim stresnim situacijama. *Društvena istraživanja.* Zagreb, *35*(3), 317-338.

Terry-Short, L.A., Owens, R.G., Slade, P.D. i Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences, 18*(5), 663-668.

Van Houdenhove, B. (1986). Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *45*, 195–200.

Vrhovski, I., Fratrić Kunac, S., i Razić, M. (2012). Akademska i socijalna prilagodba na studij na primjeru studenata privatnog visokog učilišta. *Praktični menadžment, 3*(4), 33-40.

Vulić-Prtorić, A., i Cifrek-Kolarić M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.