

Povezanost perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja

Tomšek, Helena

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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:142:082626>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-09**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij psihologije

**POVEZANOST PERFEKCIONIZMA, DOŽIVLJAJA STRESA I
MENTALNOG ZDRAVLJA**

Diplomski rad

Helena Tomšek

Mentor: prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2020

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij psihologije

**POVEZANOST PERFEKCIONIZMA, DOŽIVLJAJA STRESA I
MENTALNOG ZDRAVLJA**

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana zdravstvena i klinička psihologija

Helena Tomšek

Mentor: prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2020

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 17. rujna 2020.

 , 0122220576

ime i prezime studenta, JMBAG

Sadržaj

Uvod	1
Perfekcionizam	1
Mentalno zdravlje	3
Doživljaj stresa	6
Istraživanja povezanosti perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja	8
Metoda.....	10
Sudionici.....	10
Instrumenti.....	11
Postupak.....	12
Rezultati	13
Rasprava	19
Nedostaci i ograničenja istraživanja	25
Doprinos i implikacije	26
Zaključak.....	26
Literatura	27

Povezanost perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja. Uzorak je činilo 555 ispitanika u dobi od 18 do 60 godina. U svrhu ispitivanja navedenih varijabli, u ovom istraživanju korištena je Revidirana skala težnje perfekcionizmu (*Almost Perfect Scale – R*; Slaney i sur., 2001), Kratki inventar percipiranog stresa (*Brief Inventory of Perceived Stress*; Lehman i sur., 2012) i Hrvatska verzija upitnika za mentalno zdravlje (*Mental Health Continuum Short Form*; Vuletić i sur., 2018). Dobiveni rezultati ukazuju na pozitivnu povezanost adaptivnog perfekcionizma (skale Visoki standardi i Urednost) s mentalnim zdravljem, na negativnu povezanost neadaptivnog perfekcionizma (skala Diskrepanca) s mentalnim zdravljem, zatim negativnu povezanost doživljaja stresa s mentalnim zdravljem, pozitivnu povezanost doživljaja stresa i skale Diskrepanca dok se adaptivni perfekcionizam i doživljaj stresa nisu pokazali značajno povezanima. Provedbom hijerarhijske regresijske analize uočeno je kako je značajan pozitivni prediktor mentalnog zdravlja skala Visoki standardi, a negativni prediktori su skala Diskrepanca i doživljaj stresa. Dodatno, uočen je djelomični medijacijski efekt skale Diskrepanca na odnos doživljaja stresa i mentalnog zdravlja. Unatoč postojanju pojedinih ograničenja ovo istraživanje doprinosi boljem razumijevanju ispitivanih konstrukata, a na temelju utvrđenih prediktora mentalnog zdravlja, moguće je kreirati brojne programe primarne i sekundarne prevencije npr. u organizacijama i školama.

Ključne riječi: pozitivno mentalno zdravlje, adaptivni perfekcionizam, neadaptivni perfekcionizam, doživljaj stresa, medijacijski efekt, rana i srednja odrasla dob

The relationship between perfectionism, perceived stress and mental health

The aim of the current study was to examine the relationship between adaptive and non-adaptive perfectionism, perceived stress and mental health. The sample consisted of 555 participants aged between 18 and 60 years. The Almost Perfect Scale – R (Slaney et al., 2001), Brief Inventory of Perceived Stress (Lehman et al., 2012) and the Croatian version of the Mental health continuum (Vuletić et al., 2018) were used to collect data. The results of the study indicate a positive correlation between adaptive perfectionism (High Standards scale and Order scale) and mental health, a negative correlation between non-adaptive perfectionism (Discrepancy scale) and mental health, a negative correlation between the perceived stress and mental health, positive correlation between the perceived stress and Discrepancy scale and non-significant correlation between adaptive perfectionism and perceived stress. Hierarchical regression analyses revealed that the High Standards scale is a significant positive predictor of mental health and the negative predictors are the Discrepancy scale and the perception of stress. In addition, the partial mediation effect of the Discrepancy Scale on the relationship between the perception of stress and mental health was determined. Despite the existence of certain limitations, this research has contributed to a better understanding of the examined constructs, and, based on the identified predictors of mental health, it is possible to create numerous primary and secondary preventions programs in organizations and school.

Keywords: positive mental health, adaptive perfectionism, non-adaptive perfectionism, perceived stress, mediation effect, early and middle adulthood

Uvod

Perfekcionizam

Smatra se da je postavljanje ciljeva malo iznad naših mogućnosti bitno za naš razvoj i napredak, no što ako su ti ciljevi konstantno previsoki te osoba doživljava velike frustracije pokušavajući ih ostvariti? U posljednje vrijeme primjećuje se porast zanimanja istraživača za konstrukt perfekcionizma što se može i vidjeti po brojnim istraživanjima u kojima je ispitivana povezanost navedenog konstrukta s brojnim drugim varijablama. Prilikom pregleda ili provođenja istraživanja na temu perfekcionizma važno je upoznati se s počecima i načinima definiranja istog jer se definicije razlikuju ovisno o konceptualizaciji te o tome ovise rezultati i interpretacije istih (Sirois i Molnar, 2016).

Frost i sur. (1990b) definirali su perfekcionizam kao težnju ka postavljanju izrazito visokih i nerealističnih standarda koja je praćena čestim mislima o tome i kritičkom samoevaluacijom. No, s druge strane perfekcionizam se može definirati i kao pozitivna crta ličnosti koja može dovesti do brojnih pozitivnih ishoda koje će biti navedene kasnije u tekstu. Slaney i sur (2001) navode da perfekcionizam ima snažne implikacije za savjetovanje, no te implikacije su neizvjesne jer ne postoji jasna i jedinstvena definicija perfekcionizma. Kako bi se što bolje shvatile funkcionalne razlike između adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma, Slade i Owens (1998) su predložili dvoprocesni model. Prema tom modelu zajednička stavka ovim vrstama perfekcionizma jest težnja za ostvarivanjem visokih standarda, a ono po čemu se razlikuju jest to što je adaptivni perfekcionizam povezan s pozitivnim potkrepljenjem te su misli i ponašanja usmjereni ka ostvarivanju istih, a s druge strane, neadaptivni perfekcionizam je povezan s negativnim potkrepljenjem te su njihove perfekcionistačke težnje povezane sa strahom od neuspjeha. Drugim riječima, osobe visoko na adaptivnom perfekcionizmu su motivirane željom da se približe svom idealnom ja, dok su osobe visoko na neadaptivnom perfekcionizmu motivirane težnjom da se što više odmaknu od svog neželjenog ja.

Prvo spominjanje perfekcionizma javlja se za vrijeme razdoblja psihodinamskih teorija (Sirois i Molnar, 2016). Horney (1950) je definirao perfekcionizam kao tiraniju moranja te je smatrao da se perfekcionizam odnosi na visoko neurotičnu crtu ličnosti bez ikakvih pozitivnih aspekata. Negativno gledište na perfekcionizam potrajalo je sve do kraja 20. stoljeća kada je Hamachek (1978) u svom radu iznio mišljenje kako je perfekcionizam multidimenzionalni konstrukt. On je smatrao da se perfekcionizam može podijeliti na normalni (u kojem pojedinci uživaju u postizanju svojih ciljeva) i neurotični (u kojem pojedinci pate zbog svojih težnji). Nakon toga, uslijedilo je dosta radova i novih spoznaja

pomoću kojih su istraživači pokušavali što točnije definirati perfekcionizam te razviti mjerne instrumente.

Jedan od tri najpoznatija upitnika koja su nastala na temelju spomenutoga modela o perfekcionizmu je Multidimenzionalna skala perfekcionizma (MPS-F) koju su konstruirali Frost i sur. (1990b). Upitnik se sastoji od šest dimenzija, a to su Pretjerano visoki osobni standardi, Organiziranost, Zabrinutost zbog pogreški, Nedoumice u vezi postupka/akcije, Roditeljski kriticizam i Visoka očekivanja roditelja. No, kako se upitnik počeo primjenjivati, različiti autori su mu pronalazili nedostatke. Jedan od nedostataka je nestabilnost faktorske strukture npr. Purdon i sur. (1999) su u svome radu dobivali tri faktora, a na sličan problem naišao je i Stoeber (1998) kada nije uspio replicirati originalnu faktorsku strukturu već je dobivao četiri glavna faktora. Također se navodi kako neke dimenzije više predstavljaju korelate perfekcionizma te da skale Visoka očekivanja roditelja i Roditeljski kriticizam više objašnjavaju etiologiju, a ne sam perfekcionizam. Nakon toga Hewitt i Flett (1991) iznose svoju teoriju o tome kako perfekcionizam uključuje interpersonalne i intrapersonalne aspekte. Oni su konstruirali Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (MPS-H) koja sadržava tri dimenzije, a to su Sebi usmjeren perfekcionizam koji podrazumijeva postavljanje visokih standarda i kritičku samoevaluaciju, Drugima usmjeren perfekcionizam koji podrazumijeva tendenciju da se drugima postavljaju visoki standardi i Socijalno pripisan perfekcionizam koji podrazumijeva potrebu da se ispune standardi za koje mislimo da nam je okolina nametnula (Flett i Hewitt, 2002). Pošto su prethodni upitnici većinom zahvaćali neadaptivni perfekcionizam, Slaney i Johnson (1992) su konstruirali Skalu težnje perfekcionizmu (APS) pokušavajući obuhvatiti i suprotnu stranu spomenutog konstrukta. Navedeni upitnik nije obuhvatio u potpunosti adaptivan perfekcionizam zbog ograničene literature, no povećanjem broja istraživanja i znanja o navedenom konstrukt, konstruirana je Revidirana skala težnje perfekcionizmu (APS-R) kojom su zahvatili adaptivni i neadaptivni perfekcionizam (Slaney i sur., 2001) te će se taj upitnik koristiti u ovom radu.

Važno pitanje koje se postavilo je bilo je li perfekcionizam urođena ili stečena osobina? Na to pitanje su pokušali dati odgovor Woodside i suradnici (2002) koji su proveli istraživanje na uzorku djece i njihovih roditelja. Uzorak se podijelio u dvije grupe, u prvoj grupi su bila djeca koja su imala poremećaj prehrane i njihovi roditelji, a druga grupa je bila kontrolna. Istraživači su dobili rezultate koji ukazuju da su majke djece koja su imala poremećaj prehrane postigle više rezultate na mjerama perfekcionizma u odnosu na majke iz kontrolne skupine. S obzirom da je perfekcionizam značajan prediktor poremećaja prehrane, zaključeno je kako je moguće da su izrazito perfekcionistačne majke dio perfekcionizma

prenijele i na svoju djecu koja su potom razvila poremećaj prehrane, no to je bilo samo jedno od nekoliko mogućih objašnjenja.

U svrhu dobivanja što potpunije slike perfekcionizma provedena su brojna istraživanja u kojima se provjeravao odnos perfekcionizma s brojnim drugim varijablama. Flett i sur. (1995) su u svom istraživanju dobili značajnu povezanost između autoritarnog roditeljskog stila i perfekcionizma. Chang i Sanna (2001) su potvrdili hipotezu o povezanosti perfekcionizma koji su mjerili Multidimenzionalnom skalom perfekcionizma (MPS-H) i depresivnih simptoma. Osim povezanosti s depresijom, perfekcionizam se pokazao dobrim prediktorom poremećaja prehrane, posebice anoreksije i bulimije nervose (Franco-Paredes i sur., 2004). Iako su brojna istraživanja potvrđivala povezanost perfekcionizma s različitom patologijom, početkom pozitivne psihologije počeo se istraživati pozitivan utjecaj perfekcionizma na zdravlje i dobrobit (Sirois i Molnar, 2016). Smatra se kako postavljanje visokih standarda i težnja za ostvarivanjem istih predstavljaju adaptivnu stranu perfekcionizma, no kako navode Rice i sur. (2016) visoke standarde ne treba poistovjetiti s adaptivnim perfekcionizmom već treba uzeti u obzir i razinu samokriticizma i drugih varijabla prilagobe. Mills i Blankstein (2000) su u svom istraživanju dobili pozitivnu povezanost perfekcionizma i samopoštovanja dok su Klibert i sur. (2005) dobili pozitivnu povezanost perfekcionizma i motivacije za postignućem.

Mentalno zdravlje

Sve veća medijska prisutnost teme mentalnog zdravlja govori o važnosti ovog konstrukta. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je zdravlje kao stanje mentalnog, tjelesnog i socijalnog blagostanja (WHO, 2001). Nadalje, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji mentalno zdravlje uključuje subjektivnu dobrobit, percipiranu samoefikasnost, autonomiju, kompetenciju, međugeneracijsku ovisnost i samoaktualizaciju vlastitih emocionalnih i intelektualnih potencijala. Drugim riječima mentalno zdravlje može se definirati kao stanje dobrobiti u kojem osoba ostvaruje svoje potencijale, može se suočavati sa svakodnevnim stresom, produktivno živjeti i doprinostiti zajednici u kojoj živi. Iako se navodi kako je teško definirati mentalno zdravlje, konačni zaključak bio je kako je ono više od same odsutnosti mentalnih bolesti (WHO, 2001). Također, valja naglasiti da je povezanost mentalnog i fizičkog zdravlja kompleksna, odnosno mentalno zdravlje utječe na fizičko zdravlje i obrnuto (Vuletić i sur., 2018).

U prošlosti se smatralo da su mentalno zdravlje i bolest suprotni krajevi istog kontinuuma. Prema tom shvaćanju smatralo se, da ako se samo preveniraju mentalne bolesti,

da će ljudi biti mentalno zdravi i stoga su organizirani brojni programi prevencije mentalnih bolesti s ciljem povećanja mentalno zdravih osoba, no to se nije pokazalo učinkovitim (Keyes, 2007). Temeljni zaključak bio je da se na temelju odsutnosti simptoma neke mentalne bolesti ne može zaključivati o mentalnom zdravlju osobe (Mitchell i sur., 2011). Odnosno, za osobu koja nema nikakvih simptoma mentalnih bolesti se ne može reći sa sigurnošću da je mentalno zdrava. Na temelju novog shvaćanja kako mentalno zdravlje i mentalne bolesti ne predstavljaju krajeve istog kontinuuma, zaključeno je da je za točan uvid nečijeg mentalnog zdravlja važno razumjeti i bolest i dobrobit osobe (Mitchell i sur., 2011).

Uz pojam mentalno zdravlje sve se više javljao konstrukt dobrobiti koji je bio u sjeni istraživanja psihopatologije. Zbog toga je Američko psihološko društvo 1998. godine oformilo novo područje psihologije pod nazivom *Pozitivna psihologija* čija je zadaća bila pružiti što više novih saznanja o dobrobiti te o optimalnom ljudskom funkcioniranju (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000; Snyder i Lopez, 2002). Ryan i Deci (2001) su definirali dobrobit kao konstrukt koji se veže uz optimalno iskustvo i funkcioniranje čovjeka. Prema Mitchell i sur. (2011) postoje dva konceptualna pristupa u definiranju i mjerenju konstrukta dobrobiti. Prvi je hedonistički i prema tom pristupu najveća važnost se pridaje subjektivnom iskustvu sreće ili užitka te se stoga dobrobit prema tom pristupu naziva subjektivna dobrobit. Ono što određuje subjektivnu dobrobit jest kako osoba evaluira svoj život te kako integrira kognitivne i afektivne komponente (Diener, 1984; Snyder i Lopez, 2002). Prema ovom pristupu radi se o omjeru ugone i neugode, a visoku razinu subjektivne dobrobiti, odnosno dobar život podrazumijeva više ugone u odnosu na neugodu na području mentalnog i tjelesnog funkcioniranja (Haybron, 2008). Drugi pristup je eudemonijski i prema njemu dobrobit određuje stupanj čovjekova funkcioniranja i naglašava se osobni rast i razvoj (Ryan i Deci, 2001), a Ryff (1989) je dobrobit prema ovom pristupu nazvao psihološkom dobrobiti. Ova podjela dobrobiti na hedonistički i eudemonijski se dugo vremena odražavala na istraživanja, no počelo se uočavati kako ta dva pristupa nisu toliko međusobno isključiva.

Jedan od integriranih modela jest model kontinuuma mentalnog zdravlja (Mitchell i sur. 2011). Generalno ovaj model sadržava prethodno navedenu hedonističku i eudemonijsku dobrobit, odnosno subjektivnu i psihološku, te je dodan i treći faktor. Prvi faktor nosi naziv emocionalna dobrobit te podrazumijeva pozitivan afekt i zadovoljstvo životom. Drugi faktor je nazvan psihološka dobrobit i sastoji se od prihvaćanja samoga/same sebe, osobnog rasta, postojanja svrhe života, autonomije itd. Treći faktor je nazvan socijalna dobrobit te se taj faktor sastoji od socijalnog prihvaćanja, doprinosa, kohezije, integracije i aktualizacije. Na temelju modela koji je iznio, Keyes je i razvio mjerni instrument za ispitivanje mentalnog

zdravlja te ga nazvao Kontinuum mentalnog zdravlja. Najnovija verzija jest Kratka verzija kontinuuma mentalnog zdravlja koja sadržava 14 čestica (Keyes, 2005; Keyes i sur., 2008). Vuletić i sur. (2018) su prevele upitnik na hrvatski te ga validirale na uzorku studenata. Pokazalo se kako upitnik ima dobre psihometrijske karakteristike te će se koristiti u ovom istraživanju.

Visoka razina dobrobiti kod čovjeka povezana je s većom radnom produktivnošću, socijalnom podrškom, boljim društvenim životom, osjećajem ispunjenosti i živosti te boljim fizičkim zdravljem. Osim s navedenim, visoka razina dobrobiti se povezuje s kreativnošću, prosocijalnim ponašanjem, samopouzdanjem i spremnošću za suočavanje (Lyubomirsky i sur., 2005). Na temelju navedenog može se zaključiti kako viša razina dobrobiti uvelike doprinosi ljudskom funkcioniranju i kvaliteti života, no nešto manje je poznato kako niže razine dobrobiti utječu na čovjeka. U istraživanju je Keyes (2007) došao do zaključaka kako sudionici s nižom razinom dobrobiti bez mentalnih bolesti izvještavaju o istoj razini disfunkcionalnosti u svakodnevnom funkcioniranju kao i oni s jednakom razinom dobrobiti, ali s mentalnim bolestima. Ovaj nalaz ukazuje da dobrobit igra važnu ulogu u svakodnevnom životu ljudi te bi se naglasak trebao staviti podjednako i na mentalne bolesti, ali i na dobrobit. Fink (2014) je u svom istraživanju potvrdio kako je individualni angažman studenata na fakultetu značajan prediktor mentalnog zdravlja. Nadalje, pokazalo se kako su suportivna klima na fakultetu, profesionalno samopouzdanje i osjećaj pripadnosti također prediktivni za mentalno zdravlje. Prediktori koji su bili značajni za niže razine mentalnog zdravlja bile su posljedice konzumiranja alkohola te homoseksualna i biseksualna orijentacija (Fink, 2014). Nadalje, Herrman i sur. (2005) navode kako postoji pozitivna povezanost mentalnog zdravlja s obrazovnim postignućem i razvojem društvenih mreža te negativna povezanost mentalnog zdravlja sa štetnim i rizičnim ponašanjima kao što su stupanj kriminaliteta te štete nastale korištenjem alkohola i droge.

Na području istraživanja povezanosti mentalnog zdravlja s dobi, najviše se izučavala emocionalna dobrobit. Naime, smatra se kako je pozitivan afekt nešto niži kod starijih, no Westerhof (2001) je, kada je usporedio zadovoljstvo životom sudionika od 40 do 54 te onih od 70 do 85 godina, došao do zaključka kako su stariji sudionici zadovoljniji životom čak i kada su se razlike u životnim okolnostima uzele u obzir. U radu Ryffa i Essex (1991) istraživano je kako su neki aspekti psihološke dobrobiti povezane s dobi. Konkretnije, samoprihvatanje i dobri odnosi s drugima nisu povezani s dobi, no pokazalo se kako stariji u odnosu na mlade postižu više rezultate na autonomiji i upravljanju okolinom, ali doživljavaju manje osobnog rasta i svrhe u životu. Nadalje, vezano za socijalnu dobrobit, pokazalo se da

stariji postižu više rezultate na skalama socijalnog prihvaćanja i integracije u odnosu na mlađe, ali i postižu niže rezultate na skalama socijalne koherentnosti i socijalnog doprinosa (Keyes, 1998; Keyes i Shapiro, 2004). U radu Westerhofa i Keyesa (2009) se istraživala povezanost dobi s mentalnim zdravljem te je provedeno istraživanje na uzorku sudionika u starosti od 18 do 87 godina. Pokazalo se kako postoji pozitivna povezanost dobi s emocionalnom dobrobiti, te negativna povezanost dobi sa psihološkom dobrobiti dok su na socijalnoj dobrobiti sve dobne skupine postigle sličan rezultat. Istraživači su navedeni nalaz objasnili razlikom u životnim okolnostima u odrastanju. Ono što su uočili te što je dodatno potvrdilo model o postojanju mentalnog zdravlja i bolesti kao odvojenih konstrukata jest da su se prediktori mentalnog zdravlja (ženski spol i doseljenik) razlikovali od prediktora mentalnih bolesti (vjenčani, zaposleni te s većim brojem bolesti).

Vezano za prevalenciju pozitivnog mentalnog zdravlja, valja napomenuti kako se za manje od pola populacije može zaključiti da su u potpunosti mentalno zdravi (Westerhof i Keyes, 2009) te je zbog toga važno upoznati se s konceptom mentalnog zdravlja i istraživanjima prediktora navedenog konstrukta u svrhu proširivanja dosadašnjih spoznaja te poticanja i unaprjeđenja pozitivnog mentalnog zdravlja.

Doživljaj stresa

Doživljaj stresa može se definirati kao dinamičan multidimenzionalan koncept na koji mogu utjecati razni aspekti kao što su kulturološki i društveni (Moore i Cooper, 1996). Ubrzan način života, tehnološke i društvene promjene, sve veći izazovi i zahtjevi koje suvremen život stavlja pred nas znaju predstavljati popriličan izvor stresa. Stres se može definirati na više načina pa tako jedna od definicija je da je to osjećaj da smo pod intelektualnim ili emocionalnim pritiskom (Marshall i sur., 2008), a može se definirati i kao odgovor ljudskog tijela na povećanu količinu zahtjeva koji se svakodnevno javljaju (Gonmei i Devendiran, 2017).

Prema ranijim istraživanjima stresa smatralo se kako su sami događaji uzročnici raznih patologija i drugih negativnih ishoda. Za razliku od tih ekoloških modela, danas je prihvaćeniji onaj psihološki. Naime, hoćemo li percipirati stres ili ne ovisi o nama samima, točnije o našim procjenama. Proces doživljaja stresa najbolje opisuje model Lazarusa i Folkmana (1984). Prema njima, ključno je kako će osoba evaluirati neki događaj. Kroz tu evaluaciju osoba čini dvije procjene, a to su primarna u kojoj osoba procjenjuje je li neki događaj: (a) prijeteći, (b) pozitivan ili negativan ili (c) joj nije bitan te sekundarna u kojoj osoba procjenjuje svoje resurse za suočavanje sa stresom (Folkman i Lazarus, 1985).

Percipirani stres se najčešće u istraživanjima mjeri Skalom percipiranog stresa (PSS). Navodeći ukratko povijest razvoja Skale, Chiu i sur. (2016) navode kako su Skalu prvotno konstruirali Cohen i sur. 1983. godine. Ta skala se sastojala od 14 čestica te je imala jednofaktorsku strukturu. Daljnjim ispitivanjem psihometrijskih karakteristika navedenog upitnika na velikom uzorku, Cohen i sur. su 1988. godine došli do zaključka kako se izbacivanjem nekolicine čestica postižu bolje psihometrijske karakteristike te je nastala PSS-10 verzija upitnika koja sadržava deset čestica. Navedena verzija ima dvofaktorsku strukturu, jedan faktor se odnosi na percipirani distress, odnosno kada procjenjujemo da je neki događaj nepredvidljiv te da nad njim nemamo kontrolu, a drugi faktor se odnosi na samouvjerenost u vezi postojanja adekvatnih strategija suočavanja (Golden-Kreutz i sur., 2004). Iako je dvofaktorska struktura potvrđena u drugim istraživanjima, neki istraživači (npr. Mimura i Griffiths, 2008) smatraju da je ta struktura više odraz semantičkih, a ne konceptualnih razlika.

Nešto drugačiji pristup su zauzeli Levenstein i sur. (1993) koji su pokušali česticama obuhvatiti kognitivne, emocionalne i simptomatske posljedice stresnih događaja te je nastao Upitnik percipiranog stresa (PSQ). Levenstein i sur. (1993) su u svom istraživanju dobili strukturu od sedam faktora, a Rönnlund i sur. (2015) su u svom istraživanju na uzorku odrasle populacije Švedana dobili pet faktora na temelju 21 odabrane čestice te su dobivene faktore nazvali Zahtjevi, Zabrinutost, Manjak uživanja, Konflikt i Umor. Kao što se može zaključiti postoje nekonzistentna faktorska rješenja za navedeni upitnik te su potrebna dodatna istraživanja i provjere.

Zbog različitih pristupa u istraživanju ovog konstrukta, ostalo je nejasno koje su to konačne dimenzije u pozadini percipiranog stresa. Kako bi pokušali odgovoriti na to pitanje, konstruiran je novi Kratki inventar percipiranog stresa koji sadržava dio čestica iz Skale percipiranog stresa te nekoliko iz Upitnika percipiranog stresa (Lehman i sur., 2012). Naposljetku, upitnik sadržava devet čestica te ima visoku pouzdanost i valjanost. Upravo zbog dobrih psihometrijskih karakteristika i malog broja čestica, ovaj Inventar će se koristiti u ovom istraživanju.

Doživljaj stresa se često istražuje na populaciji studenata te se pokazalo u istraživanju Kumari i Mishra (2014) kako studenti pokazuju višu razinu stresa u odnosu na opću populaciju. Radeef i sur. (2014) navode kako su najveći izvori stresa kod studenata akademski i osobni faktori, nisko samopoštovanje te niža razina motivacije za učenje. Vezano za spolne razlike u doživljaju stresa, rezultati nisu konzistentni. Akande i sur. (2014) su u svom istraživanju dobili da studentice percipiraju više razine stresa dok je u istraživanju Gonmeija i Devendirna (2017) dobiveno da nema razlike među spolovima. Nadalje, Osmanovic-

Thunström i sur. (2015) su u svom istraživanju došli do zaključka kako stariji ljudi doživljavaju značajno višu razinu percipiranog stresa nego mlađi te da krivulja doživljaja stresa linearno raste s dobi. Feizi i sur. (2012) su u svom istraživanju na uzorku opće populacije u Iranu dobili neke značajne prediktore percipiranog stresa. Pokazalo se kako su ljudi s višim stupnjem obrazovanja, oni koji su fizički aktivniji i koji imaju više prihode percipiraju niže razine stresa. Na temelju tih rezultata autori zagovaraju kreiranje intervencija koje će promicati društvenu i financijsku jednakost među ljudima, mogućnost poboljšanja i rada na socijalnim vještinama te zdraviji stil života. Oni smatraju kako bi od takvih intervencija najviše koristi imale žene i niže educirane osobe. James i Bovbjerg (2001) su napravili istraživanje na uzorku zaposlenih žena te ih je zanimalo postoji li povezanost percipiranog stresa s povišenim krvnim tlakom. Rezultati su pokazali kako žene koje su doživjele stres na poslu imaju tijekom cijelog dana viši krvi tlak u odnosu na žene koje su stres doživjele kod kuće.

Na temelju navedenih istraživanja može se zaključiti kako su stresom pogođene sve populacije te da postoji mnogo faktora koji čine osobe podložnijima percepciji više razine stresa, a i posljedice su brojne.

Istraživanja povezanosti perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja

Brojna dosadašnja istraživanja iz područja zdravstvene psihologije ukazuju na negativnu povezanost doživljaja stresa i psihičkog stanja pojedinca. Stres se odražava i na fizičko i na mentalno zdravlje (Havelka, 2002). Biopsihosocijalni model zdravlja implicira da je zdravlje općenito (pa tako i mentalno zdravlje) multifaktorski determinirano. Unutar svake skupine, postoje brojni potencijalni čimbenici pa se tako unutar psiholoških istražuju različita obilježja samih pojedinaca i njihov potencijalni efekt na mentalno zdravlje. Ovo istraživanje usmjereno je na utvrđivanje povezanosti mentalnog zdravlja, perfekcionizma i doživljaja stresa te na ispitivanje jesu li i u kojoj mjeri perfekcionizam i doživljaj stresa mogući prediktori mentalnog zdravlja.

Postavljanje nerealističnih ciljeva je jedno od glavnih karakteristika perfekcionizma te pojedinci koji su visoko na skali perfekcionizma, upravo zbog nemogućnosti dostizanja postavljenih ciljeva, doživljavaju stres na svakodnevnoj razini. Craiovan (2014) je u svom istraživanju potvrdio hipotezu o pozitivnoj povezanosti doživljaja stresa, perfekcionizma i *burnouta*. Drugim riječima, pojedinci visoko na perfekcionizmu su doživljavali više razine stresa u odnosu na ostale te su samim time bili i izloženiji *burnoutu*. Nadalje, istraživači su u svojim istraživanjima dobili značajnu povezanost adaptivnog perfekcionizma s nižom

razinom stresa (Stoltz i Ashby, 2007), s većim mentalnim zdravljem (Slaney i sur. 2001), sa samopoštovanjem (Ashby i Rice, 2002), a Wang i sur. (2009) su dobili povezanost s većim zadovoljstvom životom i nižom razinom depresije. Za razliku od navedenog, neadaptivni perfekcionizam je povezan s depresijom (Frost i sur., 1990a), anksioznosti (Flett i Hewitt, 2002) i manjim zadovoljstvom životom (Ashby i sur., 2006). U istraživanju Shafique i sur. (2017) nije dobivena povezanost adaptivnog perfekcionizma s doživljajem stresa, no pokazalo se da je maladaptivni perfekcionizam povezan s doživljajem stresa, a prema njihovom nalazu, tu povezanost objašnjava strah od negativne evaluacije.

U istraživanju Lee i sur. (2016) dobiveno je kako postoji značajna pozitivna povezanost doživljaja stresa i zadovoljstva životom u situacijama kada osoba procjeni da ima mogućnost kontrole nad situacijom i adekvatne resurse. S obzirom da je zadovoljstvo životom jedna od odrednica mentalnog zdravlja za pretpostaviti je kako percepcija kontrole određuje povezanost varijabli doživljaj stresa i mentalnog zdravlja. Padoa i sur. (2018) su na uzorku majki željeli ispitati kako korištenje društvenih mreža utječe na vezu perfekcionizma i mentalnog zdravlja. Za mjerenje perfekcionizma koristili su subskale Sebi usmjeren perfekcionizam i Socijalno pripisan perfekcionizam iz Hewittove Multidimenzionalne skale perfekcionizma, a mentalno zdravlje su mjerili prisutnošću, odnosno odsutnošću, anksioznih i depresivnih simptoma. Pokazalo se kako skala Socijalnog uspoređivanja doprinosi pojavi anksioznih i depresivnih simptoma kod obje vrste perfekcionizma, a samo za skalu Socijalno pripisani perfekcionizam se pokazalo kako vrijeme provedeno na društvenoj mreži doprinosi simptomima. Generalno, majke koje su visoko na skalama perfekcionizma pokazuju slabiju prilagodbu na roditeljstvo, višu razinu anksioznosti i nižu samoefikasnost (Gelabert i sur., 2012; Lee i sur., 2012). U istraživanju provedenom na uzorku studenata (Geranmayepour i Besharat, 2010), potvrđena je pozitivna povezanost adaptivnog perfekcionizma i mentalnog zdravlja, negativna povezanost između neadaptivnog perfekcionizma i psihološke dobrobiti te pozitivna povezanost između negativnog perfekcionizma i psihološkog distresa. Zaključak ovog istraživanja jest kako i adaptivni i neadaptivni perfekcionizam mogu poslužiti kao prediktori promjena u varijabli mentalnog zdravlja.

Cilj, problemi i hipoteze

Cilj

Cilj istraživanja jest ispitati odnos perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja te mogućnost predviđanja mentalnog zdravlja na temelju perfekcionizma i doživljaja stresa.

Problemi

P1. Ispitati postoji li povezanost i koji je smjer povezanosti perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja

P2. Ispitati mogućnost predviđanja mentalnog zdravlja na temelju perfekcionizma i doživljaja stresa.

Hipoteze

H1a. Postoji pozitivna povezanost adaptivnog perfekcionizma (skale Visoki standardi i Urednost) s mentalnim zdravljem.

H1b. Postoji negativna povezanost neadaptivnog perfekcionizma (skala Diskrepanca) s mentalnim zdravljem.

H1c. Postoji pozitivna povezanost doživljaja stresa s neadaptivnim perfekcionizmom (skala Diskrepanca)

H1d. Ne postoji statistički značajna povezanost adaptivnog perfekcionizma (skale Visoki standardi i Urednost) s doživljajem stresa.

H1e. Postoji negativna povezanost doživljaja stresa s mentalnim zdravljem.

H2. Očekuje se da će značajni pozitivni prediktori mentalnog zdravlja biti adaptivni perfekcionizam (skale Visoki standardi i Urednost), a negativni prediktori neadaptivni perfekcionizam (skala Diskrepanca) i doživljaj stresa.

Metoda

Sudionici

U ovom istraživanju sudjelovalo je 555 sudionika od toga $N=111$ (20%) muškog spola, a $N=444$ (80%) ženskog. Raspon godina je od 18 do 60, a aritmetička sredina iznosi $M=30.68$ ($SD=11.300$) godina. Broj ispitanika mlađe odrasle dobi (od 18 do 40) je $N=431$ što čini 77.66% od ukupnog uzorka, a ostatak su sudionici srednje odrasle dobi. Varijabla radni status kodirana je u dihotomnu varijablu (s primanjima i bez primanja) te je 40.5% sudionika bez ikakvih primanja (nezaposleni) dok preostalih 59.5% ima primanja (zaposleni na puno/nepuno radno vrijeme, honorarno, studentski posao, u mirovini). Vezano za obrazovanje samo završenu osnovnu školu ima $N=13$ (2.3%) sudionika, srednju školu $N=239$ (43.1%), višu stručnu spremu $N=134$ (24.1%), visoku stručnu spremu $N=153$ (27.6%), a doktora znanosti je $N=16$ (2.9%).

Instrumenti

Upitnik o sociodemografskim podacima konstruiran je kako bi se od sudionika dobili podatci o spolu, dobi, stupnju obrazovanja te zaposlenosti.

Percipirani stres ispitan je Kratkim inventarom percipiranog stresa (engl. *Brief Inventory of Perceived Stress - BIPS*; Lehman, Burns, Gagen, i Mohr, 2012). Navedeni upitnik nastao je uključivanjem čestica iz prijašnjih instrumenata, točnije, Upitnika doživljaja stresa (PSQ; Levenstein i sur., 1993) i Skale doživljaja stresa (PSS; Cohen i sur., 1983). Nakon provedenih analiza, zadržano je devet čestica na koje sudionik odgovara tako da procijeni svoj stupanj slaganja na skali od 0 do 4 (0 – nikad, a 4 – vrlo često). Primjeri čestica: „Koliko ste često bili u žurbi?“, „Koliko često ste se osjećali kao da imate sve pod kontrolom?“. Upitnik se sastoji od tri subskale: Nedostatak vremena ($\alpha = .819$), Nedostatak kontrole ($\alpha = .796$) i Konflikt i nametanje ($\alpha = .733$). Pouzdanost cijelog upitnika iznosi $\alpha = .869$. Upitnik ima dobru konstruktu valjanost isto kao i konvergentnu koja se mjerila pomoću povezanosti rezultata ovog upitnika s anksioznim i depresivnim simptomima (Lehman i sur., 2012). Rezultat se formira na temelju zbroja svih čestica ili prema subskalama gdje veći rezultat znači veći percipirani stres. Za Upitnik je dobivena suglasnost autora za prijevod i korištenje. Upitnik je preveden na hrvatski jezik dvostruko slijepom metodom. Izračunati koeficijenti pouzdanosti upitnika u ovom istraživanju iznose $\alpha = .78$ za cijeli upitnik, za skalu Nedostatak vremena $\alpha = .75$, za skalu Konflikt i nametanje $\alpha = .64$ i konačno za skalu Nedostatak kontrole $\alpha = .60$. Za razliku od dobivenih vrijednosti u radu Lehman i sur. (2012), vrijednosti koeficijenata pouzdanosti su niže, posebno za skalu Nedostatak kontrole. S obzirom na navedeno u analizi će se koristiti samo ukupni rezultat na ovom upitniku.

Za ispitivanje pozitivnog mentalnog zdravlja primijenjena je Hrvatska verzija upitnika za mentalno zdravlje (MHC-SF) (Vuletić i sur., 2018). Upitnik se sastoji od od tri subskale – Emocionalna dobrobit ($\alpha = .87$), Socijalna dobrobit ($\alpha = .84$) i Psihološka dobrobit ($\alpha = .88$). Pouzdanost cijelog upitnika iznosi $\alpha = .91$. Odgovori se bilježe na skali Likertovog tipa od 0 do 5 (gdje 0 označava Nikad, a 5 označava Svaki dan). Primjeri čestica: „U protekla tri mjeseca koliko često ste se osjećali... sretno; zadovoljni životom; slobodnima da izrazite svoje mišljenje i ideje?“ Zbroj svih čestica predstavlja ukupni rezultat gdje viši rezultat ukazuje na bolje mentalno zdravlje (Keyes, 2006). Rezultat se može koristiti kao mjera izraženosti pozitivnog mentalnog zdravlja, ali i kao dijagnostička kategorija (Vuletić i sur., 2018). U ovom istraživanju dobiveni su visoki koeficijenti pouzdanosti pa tako pouzdanost cijelog upitnika iznosi $\alpha = .94$, skale Emocionalne dobrobiti $\alpha = .89$ i skale Psihološke dobrobiti $\alpha = .90$ i skale Socijalne dobrobiti $\alpha = .86$.

Za mjerenje perfekcionizma korištena je Revidirana skala težnje perfekcionizmu (*Almost Perfect Scale – R*; Slaney i sur., 2001), upitnik koji se sastoji od 23 čestice koje su raspoređene na tri subskale: Visoki standardi (sedam čestica; $\alpha = .85$), Urednost (četiri čestice; $\alpha = .82$) i Diskrepanca (12 čestica; $\alpha = .91$). Odgovori se bilježe na skali Likertovog tipa od 1 (nikad) do 5 (uvijek). Neke od čestice glase „Ja sam osoba koja voli red.“; „Rijetko se osjećam da je ono što sam napravio/la dovoljno dobro.“. U radu se navodi kako prve dvije skale mjere adaptivni perfekcionizam i odnose se na pozitivno vrednovanje organiziranosti, reda, discipline te na postojanje visokih očekivanja, ali bez osuđivanja sebe, dok je subskala Diskrepanca indikativna za neadaptivni perfekcionizam i odnosi se na negativne aspekte perfekcionizma kao što je pretjerana briga oko pogreški (Vandiver i Worrell, 2002). Viši rezultat na subskalama ukazuje na izraženiji perfekcionizam. Prevedeni upitnik korišten je u radu Idžanović (2016) te je preuzet od autorice. Dobiveni koeficijenti pouzdanosti su visoki te iznose za skalu Visoki standardi $\alpha = .82$, Urednost $\alpha = .90$ i za Diskrepancu $\alpha = .94$.

Postupak

Nakon dobivene suglasnosti Etičkog povjerenstva Odsjeka za psihologiju te Etičkog povjerenstva Filozofskog fakulteta u Osijeku započeto je prikupljanje podataka. Istraživanje se provodilo putem interneta. Izrađen je Google forms obrazac te se dijeljenjem linka slao set upitnika. Set upitnika sadržavao je Upitnik o sociodemografskim varijablama, Revidiranu skalu težnje perfekcionizmu (APS-R), Hrvatsku verziju upitnika za mentalno zdravlje (MHC-SF), Kratki inventar percipiranog stresa (BIPS), Ljestvicu opće samoefikasnosti (GSE), Opću formu upitnika procjene zadovoljstva vezom (Generic Form of RAS) te Upitnik procjene zadovoljstva vezom (RAS). Podatci su prikupljeni unutar projekta *Individualni i interpersonalni korelati mentalnog zdravlja*, te su za potrebu ovog diplomskog rada uzeti rezultati upitnika sociodemografskih varijabli, APS-R, BIPS i MHC-SF upitnika. Uzorak se prikupljao metodom snježne grude, odnosno link se dijelio na društvenim mrežama i slao mailom kako bi se obuhvatio što veći raspon sudionika po dobi i spolu. Na početnoj stranici je pisalo da je istraživanje anonimno, da se podatci analiziraju na grupnoj razini i koriste u znanstveno-istraživačke svrhe te da mogu odustati od ispunjavanja u bilo kojem trenutku. Prije svakog upitnika pisala je uputa, a na kraju zahvale te kontakt ukoliko sudionike zanimaju rezultati ili imaju neke nejasnoće i slično. Ispunjavanje upitnika trajalo je približno 15 minuta.

Rezultati

Kako bi se u analizi mogli primijeniti predviđeni parametrijski statistički postupci prvo se provjerilo distribuiraju li se dobiveni podaci prema normalnoj raspodjeli. U tu svrhu korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test normaliteta distribucije. Test je rađen za sve skale i subskale te je u svim slučajevima bio statistički značajan ($p < .05$), odnosno dobivene distribucije su se razlikovale od normalne. U tom slučaju trebalo bi primijeniti neparametrijske statističke postupke, no s obzirom na nedostatak navedenog testa odnosno na njegovu tendenciju da i mala odstupanja od normalne distribucije u velikim uzorcima proglašuju značajnim (Field, 2009), dodatno su analizirani indeksi spljoštenosti i asimetričnosti. Najveći indeks asimetričnosti iznosi -0.93 za subskalu Urednost koja je dio upitnika Revidirane skale težnje perfekcionizmu (APS-R), a najveći indeks spljoštenosti iznosi -0.76 za subskalu Diskrepanca koja je također dio upitnika Težnje perfekcionizmu (APS-R). Obzirom na to da Kline (2010) navodi kako je opravdano koristiti parametrijske postupke kada je indeks asimetričnosti < 3 i kada je indeks spljoštenosti < 10 , može se zaključiti da je opravdano nastaviti primjenjivati parametrijske postupke jer dobiveni indeksi ne prelaze granične vrijednosti.

Na početku analize podataka u Tablici 1 prikazani su deskriptivni podatci varijabli ispitanih u ovom istraživanju.

Tablica 1

Deskriptivni podatci ispitanih varijabli (N=555)

	Postignuti raspon	Teorijski raspon	<i>M</i>	<i>SD</i>
Percip. stres (BIPS) uk. rez.	6 – 35	0 – 36	20.86	5.047
Mentalno zdravlje uk. rez.	1 – 70	0 – 70	44.38	14.219
Emocionalna dobrobit MZ	1 – 15	0 – 15	10.15	3.336
Socijalna dobrobit MZ	0 – 25	0 – 25	13.47	5.740
Psihološka dobrobit MZ	0 – 30	0 – 30	20.77	6.580
Visoki standardi (Perfekcionizam, APS-R)	14 – 49	7 – 49	37.76	7.117
Urednost (Perfekc. ,APS-R)	4 - 28	4 – 28	22.41	4.780
Diskrepanca (Perfekc., APS- R)	12 – 84	12 – 84	43.41	17.058

Pregledom aritmetičke sredine i teorijskog raspona može se vidjeti kako sudionici na upitniku Percepcije stresa (BIPS) postižu rezultate koji su bliži maksimumu što znači da doživljavaju stres često. Rezultati na upitniku Mentalnog zdravlja su većinom srednjih skalnih vrijednosti i nešto bliže maksimumu te se može zaključiti kako kod sudionika prevladava pozitivno mentalno zdravlje, a najniže rezultate postižu na subskali Socijalna dobrobit što znači da pozitivna iskustva i emocije vezane uz društvenu pripadnost i društvo općenito doživljaju ponekad. Aritmetičke vrijednosti Visoki standardi i Urednost su bliže teorijskom maksimumu što ukazuje da je na ovom uzorku izražen adaptivni perfekcionizam. Aritmetička sredina skale Diskrepance, koju se povezuje s neadaptivnim perfekcionizom, više naginje teorijskom minimumu tako da je neadaptivni perfekcionizam nešto manje istaknut u odnosu na adaptivni. U svrhu ispitivanja prve skupine hipoteza izračunata je korelacija između ispitanih varijabli, a izračun je prikazan u Tablici 2. Također, u odnosima ispitivanih varijabli kontroliranje sociodemografskih varijabli nije imalo značajniju ulogu, odnosno razine značajnosti su ostale jednake stoga nije prikazana matrica parcijalnih korelacija.

H1a. Postoji statistički značajna pozitivna povezanost adaptivnog perfekcionizma (skale Visoki standardi i Urednost) s mentalnim zdravljem.

Uvidom u tablicu može se uočiti kako postoji statistički značajna povezanost između navedenih varijabli, no može se vidjeti da se radi o niskim razinama povezanosti. Također postoji statistička značajna povezanost između pojedinih subskala upitnika Mentalno zdravlje (Psihološka, Socijalna i Emocionalna dobrobit) sa skalama Visoki standardi i Urednost (adaptivni perfekcionizam). Prva hipoteza je potvrđena.

H1b. Postoji statistički značajna negativna povezanost neadaptivnog perfekcionizma (Skala Diskrepanca) s mentalnim zdravljem

Uvidom u tablicu može se uočiti kako postoji statistički značajna umjerena negativna povezanost neadaptivnog perfekcionizma s pozitivnim mentalnim zdravljem čime je hipoteza potvrđena.

H1c. Postoji statistički značajna pozitivna povezanost doživljaja stresa s neadaptivnim perfekcionizmom (skala Diskrepanca)

Prema dobivenim podacima može se zaključiti kako je hipoteza potvrđena jer između navedenih varijabli postoji umjerena statistički značajna pozitivna korelacija.

H1d. Ne postoji statistički značajna povezanost adaptivnog perfekcionizma (skale Visoki standardi i Urednost) s doživljajem stresa (BIPS)

Pregledom dobivenih korelacija može se zaključiti da je hipoteza potvrđena.

H1e. Postoji statistički značajna negativna povezanost doživljaja stresa s mentalnim zdravljem

Predzadnja hipoteza glasi kako postoji negativna povezanost doživljaja stresa s mentalnim zdravljem te se prema dobivenim podacima može zaključiti kako između navedenih varijabli postoji niska negativna statistički značajna povezanost te je hipoteza potvrđena.

Tablica 2*Interkorelacijska matrica*

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Dob	.10*	.39**	.48**	-.11**	-.15**	-.07	-.13**	-.02	-.05	-.00	-.02
2. Spol	1	.01	-.02	.17**	.00	.05	.08	-.09*	-.06	-.10*	-.08
3. Obrazovanje		1	.36**	-.16**	.02	-.05	-.20**	.06	.05	.07	.04
4. Primanja			1	-.05	.01	-.03	-.07	.07	.07	.08*	.04
5. BIPS_UK				1	.07	-.06	.51**	-.31**	-.27**	-.23**	-.34**
6. APS_Visoki_stan dardi					1	.58**	.23**	.20**	.17**	.13**	.24**
7. APS_Urednost						1	.07	.19**	.19**	.12**	.21**
8. APS_Diskrepanca							1	-.39**	-.33**	-.31**	-.40**
9. MZ_UK								1	.86**	.91**	.93**
10. MZ_Emocionalna									1	.70**	.75**
11. MZ_Socijalna										1	.73**
12. MZ_Psihološka											1

*Napomena *p < .05, **p < .01*

H2. Pozitivni značajni prediktori mentalnog zdravlja bit će adaptivni perfekcionizam (skale Visoki standard i Urednost), a negativni prediktori neadaptivni perfekcionizam (skala Diskrepanca) i doživljaj stresa (BIPS)

U svrhu ispitivanja ove hipoteze napravljena je hijerarhijska regresijska analiza. Kriterij predstavlja ukupni rezultat na upitniku Mentalno zdravlje. Prediktori su bili grupirani u tri bloka. U prvom su bile varijable dob, spol, obrazovanje i primanja s tim da je skala primanja formirana kao dihotomna varijabla s kategorijama a) ima primanja (zaposlen/a na puno/nepuno radno vrijeme, honorarno, studentski posao, u mirovini) i b) nema primanja (nezaposlen/a). U drugom bloku se nalazi ukupni rezultat na upitniku doživljaja stresa (BIPS), u trećem su stavljene skale upitnika perfekcionizma (APS-R) odnosno skale Diskrepanca, Visoki standardi i Urednost. Prije tumačenja rezultata provjereni su neki od preduvjeta za izvođenje regresijske. Naime, uvjet je da prediktori ne bi smjeli visoko korelirati te se mora provjeriti iznos *Tolerancije* koji ne smije biti ispod 0.1. Navedeni uvjet je zadovoljen jer su svi iznosi *Tolerancije* iznad navedenog kriterija i kreću se u rasponu od 0.60 do 0.99. Nadalje, provjeren je iznos Durbin Watsona, opcije koja testira pretpostavku o nezavisnosti pogreške mjerenja. Iznos navedenog izračuna mora biti između jedan i tri i tada su podatci spremni za analizu, a uvidom u rezultate vidljivo je da Durbin Watson iznosi 1.98. Nakon zadovoljenih preduvjeta napravljena je hijerarhijska regresijska analiza čiji se rezultati mogu vidjeti u Tablici 3.

Tablica 3

Rezultati hijerarhijske regresijske analize s ukupnim rezultatom Mentalnog zdravlja kao kriterija

Prediktor	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>	β
1. Korak	.14	.02	.02	2.61	
Dob					-.08
Spol					-.08
Obrazovanje					.06
Primanja					.08
2. Korak	.33	.11	.09	13.41	
Dob					-.11*
Spol					-.03
Obrazovanje					.02
Primanja					.10*
BIPS (UK)					-.31**
3. Korak	.51	.26	.16	24.42	
Dob					-.06
Spol					-.03
Obrazovanje					-.05
Primanja					.08

BIPS (UK)	-.13**
Visoki standardi	.26**
Urednost	.06
Diskrepanca	-.40**

*Napomena: * $p < .05$; ** $p < .01$*

U prvi blok uvrštene su sociodemografske varijable od kojih nijedna nije statistički značajan prediktor te prvi blok objašnjava 1.9% varijance mentalnog zdravlja. Nadalje, dodavanjem ukupnog rezultata na upitniku doživljaja stresa (BIPS) drugi blok objašnjava 11% varijance. Od prediktora su postali značajni dob i primanja ($p < .05$) te doživljaj stresa ($p < .01$). Konačno, dodavanjem subskala perfekcionizma, model objašnjava ukupno 26% varijance mentalnog zdravlja, a statistički značajni prediktori su ukupan rezultat na upitniku doživljaja stresa (BIPS), od perfekcionizma skala Visoki standardi i skala Diskrepanca ($p < .01$). Uvidom u standardizirani beta koeficijent prediktora doživljaj stresa (BIPS) uočeno je kako se dodavanjem skala perfekcionizma on smanjio, no i dalje je bio statistički značajan što ukazuje na potencijalnu djelomičnu medijaciju.

Nadalje, kako bi se pobliže ispitaio uočen djelomični medijacijski efekt napravljene su dodatne regresijske analize te je korišten Hayesov PROCESS (v3.3). Prema Baronu i Kennyju, (1986) moraju biti zadovoljena četiri uvjeta za provedbu medijacijske analize. Prema prvom uvjetu prediktor (doživljaj stresa – BIPS) mora biti značajno povezan s potencijalnim medijatorom (skala Diskrepanca). Zatim, prediktor i medijator moraju biti povezani s kriterijem te utjecaj prediktora na kriterij mora biti manji kada se kontrolira medijator. Navedena analiza se provodi kroz tri regresijske analize. U ovom slučaju u prvoj provedenoj regresijskoj analizi prediktor je Doživljaj stresa, a kriterijska varijabla je bila skala Diskrepanca (mogući medijator; standardizirana beta iznosi $\beta = .51$). Zatim u drugoj regresijskoj analizi prediktor je bio Doživljaj stresa, a kriterij Mentalno zdravlje. Naposljetku se provodi treća multivarijatna regresijska analiza u kojoj su prediktori Doživljaj stresa i skala Diskrepanca, a kriterij je Mentalno zdravlje. Svi uvjeti su zadovoljeni te se uočilo smanjenje beta pondera prediktora (BIPS) kada se dodala skala Diskrepanca u odnosu na drugu provedenu regresijsku analizu kada je Doživljaj stresa bio jedini prediktor Mentalnog zdravlja.

Nakon toga medijacijski efekt je provjeren i korištenjem Hayesovog PROCESSA. U analizu je stavljen prediktor Doživljaj stresa, kriterij Mentalno zdravlje i medijator skala Diskrepanca. Indirektni efekt Doživljaja stresa preko skale Diskrepanca na Mentalno zdravlje iznosi $e(i) = -.45$ (interval pouzdanosti jest od $-.61$ do $-.30$) s obzirom da navedeni interval ne zahvaća nulu to znači da je ovaj indirektni efekt statistički značajan ($p < .05$).

Dijeljenjem koeficijenta indirektnog efekta s ukupnim efektom te množenjem sa sto, dobiveno je kako udio efekta doživljaja stresa na mentalno zdravlje koje djeluje indirektno preko skale Diskrepance iznosi 50.9%. Drugim riječima u objašnjenju povezanosti stresa i mentalnog zdravlja, 49.1% se može pripisati direktnom efektu stresa na mentalno zdravlje, a 50.9% indirektnom efektu stresa preko neadaptivnog perfekcionizma.

Tablica 4

Rezultati Hayesove analize direktnog i indirektnog efekta ispitivanih varijabli na mentalno zdravlje

Vrsta efekta	Iznos efekta	<i>t</i>	<i>p</i>	Interval pouzdanosti
Ukupni efekt doživljaja stresa na mentalno zdravlje	-.87	-7.68	.00	-1.10, -.06
Izravni efekt doživljaja stresa na mentalno zdravlje	-.43	-3.38	.00	-.68, -.18
Neizravni efekt(i) doživljaja stresa na mentalno zdravlje: skala Diskrepanca	-.45			-.61, -.30

Na temelju rezultata hipoteza je djelomično potvrđena, odnosno pokazalo se kako od perfekcionizma, skala Urednosti nije statistički značajan prediktor mentalnog zdravlja dok su se pretpostavke za ostale prediktore, skale Diskrepanca i Visoki standardi, te doživljaj stresa pokazale točnima. Uz navedeno, uočena je djelomična medijacija. Konačno može se zaključiti da što osoba ima niže rezultate na doživljaju stresa i na neadaptivnom perfekcionizmu, a više rezultate na adaptivnom perfekcionizmu, to će biti boljeg mentalnog zdravlja.

Rasprava

Postavljeni cilj u ovom istraživanju bio je ispitati odnos perfekcionizma, doživljaja stresa i mentalnog zdravlja te mogućnost predviđanja mentalnog zdravlja na temelju perfekcionizma i doživljaja stresa. Pretpostavke su glasile kako postoji pozitivna statistički značajna povezanost adaptivnog perfekcionizma odnosno skala Visoki standardi i Urednost s mentalnim zdravljem, zatim negativna povezanost neadaptivnog perfekcionizma odnosno skale Diskrepanca s mentalnim zdravljem. Nadalje, pretpostavljalo se kako postoji pozitivna

povezanost doživljaja stresa sa skalom Diskrepanca te negativna povezanost doživljaja stresa s mentalnim zdravljem. Očekivalo se kako će značajni pozitivni prediktor mentalnog zdravlja biti adaptivni perfekcionizam, a negativni neadaptivni perfekcionizam i doživljaj stresa.

U ovom istraživanju potvrđena je prva postavljena hipoteza odnosno utvrđeno je kako postoji statistički značajna povezanost adaptivnog perfekcionizma s mentalnim zdravljem. Iako se u počecima istraživanja perfekcionizma o njemu raspravljalo kao o isključivo negativnoj osobini koja ima loš utjecaj na zdravlje (npr. Hewit i Flett, 1991), danas se sve više pažnje pridaje pozitivnoj strani perfekcionizma te se istražuje njegov pozitivan utjecaj na zdravlje. Slaney i sur. (2001) su u svom istraživanju dobili značajnu pozitivnu povezanost adaptivnog perfekcionizma s mentalnim zdravljem. Taj nalaz je u skladu s dobivenim u ovom istraživanju. Različiti autori koji su potvrdili ovu hipotezu u svojim istraživanjima smatraju kako pozitivni perfekcionizam omogućava osobi da bude realna, svjesna svojih ograničenja i fleksibilna i upravo zbog toga te osobe mogu uživati u svojim naporima i trudu (Frost i sur., 1993; Hamachek, 1978; Slaney i Ashby, 1996). Diener (2000) navodi kako je težnja ka ciljevima pozitivno povezana sa zadovoljstvom životom, no s druge strane Emmons (1986) navodi kako ova povezanost ovisi o prilagodljivosti pojedinca. U istraživanju Gilman i sur. (2005) na uzorku američkih i hrvatskih školaraca zaključeno je kako adaptivni perfekcionista (koristili su samo skalu Visoki standardi) iskazuju više zadovoljstva u odnosu na neadaptivne perfekcionista i neperfekcionista. Nadalje, u jednom istraživanju dobiveno je kako i adaptivni i neadaptivni perfekcionista doživljavaju više razine zadovoljstva životom od neperfekcionista (Gilman i Ashby, 2003). Jedan o mogućih razloga takvog rezultata jest da postavljanje visokih standarda doprinosi razini vlastite vrijednosti te da to služi kao vrsta samozaštite pomoću koje se nadilazi stres u situacijama kada se postavljeni standardi ne ispune. Ono što se pokazalo zanimljivim u istraživanju Gilman i sur. (2005) jesu razlike između Amerikanca i Hrvata, odnosno, pokazalo se kako je skala Visoki standardi prediktor za školsko zadovoljstvo u obje grupe, no vezano za predikciju zadovoljstva sobom, uočeno je kako su visoki standardi samo prediktor kod američkih školaraca dok u uzorku hrvatskih nisu. Također, dobiveno je kako su samo u američkom uzorku visoki standardi prediktori obiteljskog zadovoljstva. Autori navode kako je moguće da su ove razlike među uzorcima odraz korištenja različitih strategija suočavanja jer su prethodna istraživanja pokazala da Hrvati koriste češće maladaptivne strategije suočavanja u odnosu na Amerikance (Hudek – Knežević i sur., 1999). Nalazi još jednog istraživanja provedenog na uzorku srednjoškolaca ukazuju da što se nečiji standardi povise to će se razina depresije sniziti, a samopoštovanje porasti (Accordino i sur., 2000). Ovaj nalaz se može pojasniti time kako je postavljanje

visokih standarda povezano s radnim navikama, težnjom i visokim postignućem (Blatt, 1995). Zaključno, nalaz ovog istraživanja je u skladu s prijašnjim, osobe koje postižu više rezultate na skalama adaptivnog perfekcionizma su mentalno zdravije i zadovoljnije životom, a moguće objašnjenje jest da posjeduju korisne radne navike, da su svjesni svojih ograničenja i a kroz postavljanje visokih standarda doprinose percepciji vlastite vrijednosti.

Vežano za temu perfekcionizma i mentalnog zdravlja, najviše istraživanja se usmjerilo na povezanost neadaptivnog perfekcionizma s mentalnim zdravljem. Tomu je tako jer se tek nedavno uzelo u obzir postojanje adaptivnog perfekcionizma, a slično je i s mentalnim zdravljem za koje se pokazalo da ne predstavlja suprotni kraj mentalnim bolestima na istom kontinuumu. Dobivena povezanost u ovom istraživanju neadaptivnog perfekcionizma i mentalnog zdravlja je samo potvrda rezultata u prošlim istraživanjima. Prema Hewittu i suradnicima (1996) stres i perfekcionizam mogu biti povezani na dva načina. Jedan je da perfekcionističko ponašanje (rigidnost, usredotočenost na negativno) stvara stres, a drugo je da samo perfekcionističko ponašanje povećava averzivnost reakcija na stres. Oni su u svom radu mjerili perfekcionizam upitnikom koji obuhvaća neadaptivni perfekcionizam i gledali su njegovu povezanost s depresivnim simptomima. Navode kako neadaptivni perfekcionizam dovodi do negativnih ishoda jer izjednačavaju savršenu izvedbu s vlastitom vrijednošću, pri čemu se sve postignuto ispod razine savršenstva tumači kao neuspjeh i pokazatelj bezvrijednosti. Neka od istraživanja koja su dobivala povezanost neadaptivnog perfekcionizma s nepoželjnim psihičkim i tjelesnim poremećajima su Chang i Sanna (2001) koji su dobili povezanost perfekcionizma i depresivnih simptomima, Franco-Paredes i sur. (2004) koji izvještavaju o dobivenoj povezanosti perfekcionizma s poremećajima prehrane te White i Schweitzer (2000) koji su dobili povezanost sa sindromom kroničnog umora. Nadalje, Gilman i sur. (2005) su na uzorku američkih i hrvatskih školaraca dobili negativnu povezanost neadaptivnog perfekcionizma (skala Diskrepanca) sa zadovoljstvom samim sobom. Također su pronašli da je u hrvatskom uzorku neadaptivni perfekcionizam prediktor globalnog nezadovoljstva dok u američkom nije. Ovaj nalaz ukazuje da postoje moguće kulturalne razlike u utjecaju neadaptivnog perfekcionizma te autori pretpostavljaju da strategije suočavanja igraju ulogu u tome kako će se neadaptivni perfekcionizam odraziti na osobu, u njihovom slučaju na zadovoljstvo. Shafran i sur. (2002) navode model pomoću kojeg objašnjavaju mehanizme neadaptivnog perfekcionizma. Oni smatraju da je srž takvog perfekcionizma pretjerana težnja te oslanjanje na nerealne standarde prilikom samoevalucije. Značajke neadaptivnog perfekcionizma su samonametnuti disfunkcionalni standardi, neprekidna nastojanja te posljedice koje se javljaju zbog neprekidnog nastojanja ka

ispunjavanju postavljenih standarda. Nadalje, autori navode sljedeće mehanizme neadaptivnog perfekcionizma, a to su samokritičnost u slučaju neuspjeha, prisutnost kognitivnih pristranosti, izostanak pozitivnih emocija u slučaju uspjeha, rigidnost te strah od neuspjeha i izbjegavanje situacija u kojima je moguće doživjeti neuspjeh. U istraživanju Frosta i sur. (1990a) osobe s izraženim neadaptivnim perfekcionizmom imaju poteškoće u pronalaženju smisla i zadovoljstva u životu jer zbog pretjerano visokih i nerealnih standarda rijetko kad doživljavaju zadovoljstvo sobom ili svojom izvedbom. Shafran i Mansell (2001) su došli do zaključka da čak i kada osobe visoko na neadaptivnom perfekcionizmu dožive uspjeh, oni tada dolaze do zaključka da im prethodno postavljeni standardi nisu dovoljno visoki te ih tada pooštavaju što dovodi do začaranog kruga i negativnih ishoda. S obzirom na karakteristike neadaptivnog perfekcionizma koje su prethodno navedene, nije teško uvidjeti zbog čega postoji ova negativna povezanost neadaptivnog perfekcionizma i pozitivnog mentalnog zdravlja. Stalno nezadovoljstvo i samokritičnost dovode osobu u začaran krug iz kojeg osoba zbog pretjerane rigidnosti i negativnosti ne vidi izlaz što se u konačnici očituje u posljedicama na zdravlje.

U svrhu odgovora na pitanje što razlikuje adaptivne od neadaptivnih perfekcionista provedena su brojna istraživanja. Pokazalo se, kako je već navedeno, da adaptivni perfekcionista postavljaju realnije standarde i to im služi kao zaštita prilikom suočavanja s neuspjehom te imaju usvojene adaptivne oblike ponašanja (Frost i sur., 1993; Hamachek, 1978; Slaney i Ashby, 1996), dok neadaptivni perfekcionista za početak ne postavljaju realne standarde te su izrazito zaokupirani težanjama da ih ostvare što dovodi do negativnih ishoda. Zatim, za osobe s izraženim adaptivnim perfekcionizmom karakteristično je da doživljavaju pozitivne emocije koje proizlaze iz napora da nešto ostvare (Schweitzer i Hamilton, 2002) te su usmjereni na ono što su ostvarili dok se, prema DiBartolu i sur. (2008), za maladaptivni perfekcionizam veže kritička samoevaluacija, a adaptivni perfekcionizam opisuju kao nagon ili motivaciju za osobna postignuća.

U ovom istraživanju potvrđena je pozitivna korelacija neadaptivnog perfekcionizma s doživljajem stresa. Navedeni nalaz dobiven je i u drugim istraživanjima (npr. Shafran i sur., 2010; Shafique i sur., 2017). Povećana razina stresa, posebno u populaciji studenata, i s njim povezane psihičke poteškoće često ne budu prepoznate na vrijeme te mogu utjecati na karijeru i život općenito (Radeef i sur., 2014). Shafran i sur. (2010) navode kako je perfekcionizam osobina koja je povezana s visokim razinama stresa i *burnoutom*. Craiovan (2014) je na uzorku zdravstvenih djelatnika potvrdio navedenu povezanost. Prema njemu, zdravstveni djelatnici koji imaju visoko postavljene ciljeve imaju veću vjerojatnost doživjeti životne

situacije stresnijima nego ostali te tako razviti simptome *burnouta*, a također postoji mogućnost razvoja anksioznosti i depresije. Shafique i sur. (2017) su pokušali objasniti povezanost adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma s doživljajem stresa. Ono što su oni utvrdili jest kako strah od negativne evaluacije doprinosi doživljaju stresa, no samo u slučaju neadaptivnog perfekcionizma. U istraživanju Kunga i Chana (2014) istraživala se povezanost adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma s reakcijama na stres, odnosno s energičnosti i napetosti. Dobiveno je kako je adaptivni perfekcionizam povezan s višom razinom energičnosti i manjom razinom napetosti dok je neadaptivni obrnuto povezan s navedenim varijablama. Autori ukazuju na to kako se može pretpostaviti da adaptivni i neadaptivni perfekcionizam različito djeluju na reakcije stresa te da se to može iskoristiti u organizacijama u smislu da se potiče adaptivni perfekcionizam npr. usmjeravanjem na postignuća, a ublažava neadaptivni kroz manje usmjeravanje pažnje na nedostatke.

Ovdje valja spomenuti i hipotezu ovog istraživanja kako nema povezanosti doživljaja stresa s adaptivnim perfekcionizmom. U istraživanju Shafique i sur. (2017) nije pronađena statistički značajna korelacija adaptivnog perfekcionizma niti s doživljajem stresa niti sa strahom od negativne evaluacije. Oni navode kako je moguće da nema povezanosti straha od negativne evaluacije i doživljaja stresa sa adaptivnim perfekcionizmom jer te osobe ne ovise o odobravanju drugih za razliku od maladaptivnih perfekcionista.

Hipoteza o negativnoj povezanosti doživljaja stresa s pozitivnim mentalnim zdravljem je također potvrđena. Zbog suvremenog načina života i njegove ubrzane dinamike, ljudi često doživljavaju emocionalnu napetost, umor te su preopterećeni. Sve navedeno ostavlja utjecaj i na zdravlje, kako na psihičko tako i na fizičko. Većina istraživanja na ovu temu se bavila povezanosti doživljaja stresa s negativnim mentalnim zdravljem, odnosno sa psihopatologijom, no valja istaknuti neka istraživanja koja su se usmjerila na istraživanje neovisnosti dobrobiti, odnosno pozitivnog mentalnog zdravlja, od psihopatologije (Keyes, 2007; Lamers i sur., 2015 i Trompeter i sur. 2016). U istraživanjima prethodno navedenih autora dobiveno je kako dobrobit djeluje kao zaštitni faktor od psihopatologije kroz npr. dobre odnose s drugima i autonomiju. Stres ne mora nužno dovesti do psihopatoloških simptoma, no jest ograničavajući čimbenik za razvoj pozitivnog mentalnog zdravlja. Strizhitskaya i sur. (2019) su u svom istraživanju dobili kako doživljeni stres smanjuje emocionalnu stabilnost koja pak djeluje na psihološku dobrobit. Percipirani stres čini nas osjetljivijima na negativne događaje, manje adaptivnima te dovodi do nezrelih reakcija i nepromišljenih odluka. Uzevši sve navedeno u obzir da se zaključiti kako preko raznih aspekata ljudskog funkcioniranja, stres može utjecati na zdravlje. Iako psihopatologija i mentalno zdravlje nisu suprotni krajevi

istog kontinuuma, pokazalo se kako smanjenje psihopatoloških simptoma dovodi do povećanja dobrobiti i obrnuto (Grant i sur. 2013; Lamers i sur. 2015) što ukazuje na opravdanost investiranja u poboljšanje mentalnog zdravlja. Wersebe i sur. (2018) su dobili kako je povećanje psihološke fleksibilnosti povezano sa smanjenjem doživljaja stresa i povećanjem psihološke dobrobiti tijekom *self-help* intervencija. Nadalje, Schönfeld i sur. (2016) su na uzorku njemačke, kineske i ruske populacije studenata dobili kako postoji povezanost doživljaja stresa s pozitivnim i negativnim mentalnim zdravljem te su potvrdili hipotezu o postojanju djelomične medijacije samoefikasnosti na povezanost stresa i mentalnog zdravlja s tim da je veći efekt bio kada je kriterij bilo pozitivno mentalno zdravlje. Kao što se može primijetiti odnos stresa i mentalnog zdravlja je široko istraživano te se istraživači, dodavanjem dodatnih varijabli, žele proučiti koji je mehanizam u podlozi navedene povezanosti.

Posljednja hipoteza odnosila se na predviđanje mentalnog zdravlja. U ovom istraživanju pokazalo se kako su značajni prediktori pozitivnog mentalnog zdravlja doživljaj stresa, skala Visoki standardi za koju se smatra da predstavlja adaptivni perfekcionizam i skala Diskrepanca koja predstavlja neadaptivni perfekcionizam. Najznačajniji prediktor je skala Diskrepanca, zatim Visoki standardi i tek onda doživljaj stresa. Geranmayepour i Besharat, (2010) su u svom istraživanju ispitivali prediktore mentalnog zdravlja te su njihovi rezultati u skladu s dobivenim u ovom istraživanju, odnosno na temelju adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma mogu se predviđati promjene u mentalnom zdravlju.

Ono što je naknadno uočeno jest da je skala Diskrepanca djelomični medijator u odnosu doživljaja stresa i mentalno zdravlje. U svom istraživanju Chang (2000) se odlučio provjeriti medijacijski efekt stresa na odnos perfekcionizma i psiholoških ishoda. On je dobio da je stres potpuni medijator odnosa perfekcionizma i pozitivnih psiholoških ishoda dok je djelomični medijator na negativne psihološke ishode. Za razliku od prethodnog modela u kojem je stres bio medijator, u ovom istraživanju postavljen je model u kojem je stres prediktor mentalnog zdravlja, a perfekcionizam medijator. Ovako postavljeni model omogućava bolje razumijevanje već mnogo puta dobivene negativne povezanosti stresa i mentalnog zdravlja. Dobiveno je kako je perfekcionizam djelomični medijator te kada je on prisutan u analizi, doživljaj stresa postane manje izražen prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja. Drugim riječima osim direktnog efekta stresa na mentalno zdravlje, postoji i indirektni efekt preko neadaptivnog perfekcionizma. Jedno moguće objašnjenje jest da doživljeni stres pojačava usmjerenost osobe na neostvarene postavljene standarde i na nesavršene izvedbe (neadaptivni perfekcionizam) što se u konačnici dodatno negativno

odražava na mentalno zdravlje. Još jedno moguće objašnjenje polazi od toga da je neadaptivni perfekcionizam negativno povezan sa samopoštovanjem (Slaney i sur., 2001). Drugim riječima može se pretpostaviti da osobe koje su visoko na skali Diskrepanca imaju niže samopoštovanje koje je pak negativno povezano s pozitivnim mentalnim zdravljem (Du i sur., 2017). Na temelju takvih odnosa može se zaključiti kako je indirektni efekt stresa na mentalno zdravlje veći od direktnog jer zahvaća kritičku samoevaluaciju i nisko samopoštovanje. Nadalje, prema dvoprocesnom modelu, neadaptivni perfekcionizam povezan je s izbjegavanjem neželjenog ja (Slade i Owens, 1998). Uzevši to u obzir, doživljaj stresa u kombinaciji s neadaptivnim perfekcionizmom više predviđa mentalno zdravlje jer je perfekcionizam na neki način povezan sa slikom o sebi i osobnim zadovoljstvom što ostavlja veće posljedice na mentalno zdravlje nego doživljaj (svakodnevnog) stresa samostalno. Ovaj nalaz ima praktične implikacije jer ukazuje da, osim što se stres odražava na mentalno zdravlje, određene psihičke osobine same osobe (kao što je to npr. neadaptivni perfekcionizam) dodatno negativno utječu na mentalno zdravlje. Stoga je u intervencijama uz uzimanje u obzir doživljaja stresa, bitno razmotriti i konstrukt perfekcionizma.

Nedostaci i ograničenja istraživanja

Jedno od mogućih ograničenja je oslanjanje na samoprocjenu kod mjerenja doživljaja stresa i perfekcionizma, iako se u slučaju ovog istraživanja ne smatra da navedeno bitno utječe na rezultate u smislu neiskrenih odgovora sudionika. U nekim budućim istraživanjima mogu se uključiti i drugi načini ispitivanja navedenih varijabli kao što su biološke mjere, pisanje izvještaja ili opažanje ponašanja. Također, pokazalo se da dosta sudionika prilikom ispunjavanja upitnika o perfekcionizmu bira samo gornji raspon odgovora što za posledicu ima ograničen raspon i asimetričnu distribuciju odgovora (Rice i Richardson, 2014). Vezano za usporedbu rezultata s drugim istraživanjima, teško naći radove s kojim bi se ovo istraživanje u potpunosti dalo usporediti jer su korišteni različiti upitnici perfekcionizma i mentalnog zdravlja što zahtijeva dodatnu pažnju prilikom uspoređivanja rezultata. Ističe se kako se većinom mentalno zdravlje mjerilo razinom prisutnosti depresivnih i anksioznih simptoma što se pak razlikuje od koncepcije mentalnog zdravlja navedenog u ovom istraživanju, no zbog povezanosti psihopatologije i mentalnog zdravlja usporedba je bila donekle opravdana (Franken i sur., 2018). Također, u dosta istraživanja su se koristili stariji upitnici perfekcionizma koji su zahvaćali neadaptivni perfekcionizam te se i to moralo uzeti u obzir prilikom interpretacije i usporedbe. Važno je napomenuti kako se radi o korelacijskom istraživanju te bi se za dobivanje uzročno-posljedičnih odnosa trebalo napraviti

eksperimentalno istraživanje. Vezano za instrumente korištene u ovom istraživanju, valja napomenuti da je nedostatak niža pouzdanost Kratkog inventara doživljenog stresa (BIPS). Kako bi se povećala opravdanost generalizacije u budućim istraživanjima bilo bi dobro povećati udio osoba starijih od 40 te posebno udio muških sudionika. Također, bilo bi dobro uvesti nove varijable kao npr. strategije suočavanja, samoefikasnost i slično kako bi se konstruirao model koji bi objasnio više varijance mentalnog zdravlja.

Doprinos i implikacije

Jedan od doprinosa jest korištenje novijeg upitnika za doživljaj stresa, a to je Kratki inventar doživljenog stresa (BIPS) za čiji je prijevod i korištenje dobivena dozvola od strane autora. Također, u većini istraživanja koja se spominju ovom radu mentalno zdravlje se mjerilo odsutnošću anksioznih i depresivnih simptoma te je ovo istraživanje jedno od rijetkih u kojem se mjerilo pozitivno mentalno zdravlje. Nadalje, uočeno je kako je neadaptivni perfekcionizam medijator u odnosu doživljaja stresa i mentalnog zdravlja. Postojanje medijatorskog efekta olakšava razumijevanje povezanosti varijabli te kako navode Agler i DeBoeck (2017) omogućava ispitivanje različitih perspektiva vezano za postavljanje modela. Većina istraživanja navedenih i u ovom radu su rađena na uzorku studenata te je prednost ovog istraživanja što obuhvaća sudionike iz opće odrasle populacije od 18 do 60 te se tako dobiveni podatci mogu opravdanije generalizirati. Glavni doprinos jest što su utvrđena tri značajna prediktora mentalnog zdravlja pomoću kojih se mogu kreirati intervencijski programi te je ovo prvo istraživanje s ovako postavljenim modelom na uzorku odraslih ljudi hrvatskog govornog područja. Također, uz ovu prednost veže se i implikacija za buduća istraživanja na ovu temu. S obzirom na utvrđene kulturološke razlike u istraživanju Gilman i sur. (2005), bilo bi korisno ovo istraživanje napraviti i na stranom uzorku te pokušati identificirati varijable koje bi, uz strategije suočavanja, pomogle pri objašnjenju potencijalnih razlika kao što su uočene između američkih i hrvatskih srednjoškolaca. Također, s obzirom na ograničenje vezano za korištenje samoprocjena za perfekcionizam, implikacija za buduća istraživanja bi bila da se koriste druge metode dobivanja rezultata kao npr. informativna izvješća (Connelly i Ones, 2010) ili implicitne mjere za procjenu perfekcionizma (De Cuyper i sur., 2013)

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost doživljaja stresa, adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma te pozitivnog mentalnog zdravlja te je provjeren doprinos

navedenih varijabli pri objašnjenju varijance mentalnog zdravlja. Nalazi ukazuju kako postoji statistički značajna negativna povezanost doživljaja stresa s pozitivnim mentalnim zdravljem. Utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti adaptivnog perfekcionizma (skale Visoki standardi i Urednost) s mentalnim zdravljem te postojanje statistički značajne negativne povezanosti neadaptivnog perfekcionizma (skala Diskrepanca) s mentalnim zdravljem. Zatim između skala adaptivnog perfekcionizma i doživljaja stresa ne postoji statistički značajna korelacija dok je skala Diskrepanca pozitivno povezana s navedenim konstruktom. Osim navedenog, utvrđeno je kako je adaptivni perfekcionizam (samo skala Visoki standardi) pozitivan značajan prediktor mentalnog zdravlja te da su neadaptivni perfekcionizam (skala Diskrepanca) i doživljaj stresa značajni negativni prediktori. Ujedno, otkriven je i djelomični medijacijski efekt skale Diskrepanca na odnos doživljaja stresa i mentalnog zdravlja. Ovi nalazi omogućavaju kreiranje intervencija koje za cilj imaju povećanje mentalnog zdravlja kao npr. identificiranje osoba koje imaju izražen neadaptivni perfekcionizam te rad na njihovim kognicijama (npr. smanjenje samokritičizma i usredotočenosti na nedostatke), zatim poticanje adaptivnog perfekcionizma i što realnije procjene stresa.

Literatura

- Accordino, D. B., Accordino, M. P. i Slaney, R. B. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*, 37(6), 535–545. <https://doi.org/10.1002/1520>
- Agler, R. i De Boeck, P. (2017). On the Interpretation and Use of Mediation: Multiple Perspectives on Mediation Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8(1984). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01984>
- Akande, J. A., Olowonirejuaro, A. O. i Okwara-Kalu, C. E. (2014). A Study of Level and Sources of Stress among Secondary School Students. *IOSR Journal of Research & Method in Education*, 4(5), 32-36. <https://doi.org/10.9790/7388-04513236>
- Ashby, J. S. i Rice, K. G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling & Development*, 80(2), 197–203. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00183.x>.
- Ashby, J. Rice, K. i Martin, J. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development*, 84, 148–156. <https://doi.org/10.1002/-j.1556-6678.2006.tb00390.x>

- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist*, 50, 1003–1020.
- Chang, E. C. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 18–26. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.18>
- Chang, E. C. i Sanna, L. J. (2001). Negative attributional style as a moderator of the link between perfectionism and depressive symptoms: Preliminary evidence for an integrative model. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 490–495. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.490>
- Chiu, Y.-H., Lu, F., Lin, J.-H., Nien, C. L., Hsu, Y. W. i Liu, H. Y. (2016). Psychometric properties of the Perceived Stress Scale (PSS): Measurement invariance between athletes and non-athletes and construct validity. *PeerJ*, 4. <https://doi.org/10.7717/peerj.2790>
- Cohen, S., Kamarck, T. i Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Connelly, B. S. i Ones, D. S. (2010). Another perspective on personality: Meta-analytic integration of observers' accuracy and predictive validity. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1092-1122. <https://doi.org/10.1037/a0021212>
- Craiovan, P. M. (2014). Correlations between Perfectionism, Stress, Psychopathological Symptoms and Burnout in the Medical Field. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 529–533. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.304>
- De Cuyper, K., Pieters, G., Claes, L., Vandromme, H. i Hermans, D. (2013). Indirect measurement of perfectionism: Construct and predictive validity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 844-858. <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.8.844>
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y. i Frost, R. O. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research*, 32, 401–417. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9157-7>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43.

- Du, H., King, R. B. i Chi, P. (2017). Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. *PLOS ONE*, 12(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183958>
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058–1068.
- Feizi, A., Aliyari, R. i Roohafza, H. (2012). Association of Perceived Stress with Stressful Life Events, Lifestyle and Sociodemographic Factors: A Large-Scale Community-Based Study Using Logistic Quantile Regression. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2012, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2012/151865>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (Third edition)*. SAGE Publications
- Fink, J. E. (2014). Flourishing: Exploring Predictors of Mental Health Within the College Environment. *Journal of American College Health*, 62(6), 380–388. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.917647>
- Flett, G. L. i Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L. i Singer, A. (1995). Perfectionism and parental authority styles. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 51(1), 50–60.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. i Mosher, S. W. (1995). Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Current Psychology*, 14, 112-137.
- Folkman, S. i Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. i Álvarez-Rayón, G. (2004). Perfectionism and eating disorders: a review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 61–70. <https://doi.org/10.1002/erv.605>
- Franken, K., Lamers, S. M. A., Ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T. i Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1002/jclp.22659>
- Frost, R. O., Benton, N. i Dowrick, P. W. (1990a). Self-evaluations, videotape and dysphoria. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 367–374. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.3.367>

- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. i Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *14*, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. i Rosenblate, R. (1990b). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449-468.
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navines, R., Gratacos, M., Valder, M. i Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *136*, 17-25.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>
- Geranmayepour, S. i Besharat, M. A. (2010). Perfectionism and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *5*, 643-647.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.158>
- Gilman, R., i Ashby, J. S. (2003). Multidimensional perfectionism in a sample of middle school students: An exploratory investigation. *Psychology in the Schools* *40*(6), 677-689. <https://doi.org/10.1002/pits.10125>
- Gilman, R., Ashby, J. S., Sverko, D., Florell, D. i Varjas, K. (2005). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual Differences*, *39*(1), 155-166.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.014>
- Golden-Kreutz, D. M., Browne, M. W., Frierson, G. M. i Andersen, B. L. (2004). Assessing stress in cancer patients: A second-order factor analysis for the Perceived Stress Scale, *Assessment*, *11*(3), 216-223.
- Gonmei, J. i Devendiran, C. (2017). Perceived stress and psychosocial factors of stress among Youth. *International Journal of Academic Research and Development*, *2*(6), 766-770.
- Grant, F., Guille, C. i Sen, S. (2013). Well-Being and the Risk of Depression under Stress. *PLoS ONE*, *8*(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067395>
- Hamachek, D. E. (1978). *Encounters with the self*. Holt, Rinehart and Winston.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Naklada slap.
- Haybron, D. M. (2008). Happiness, the self and human flourishing. *Utilitas*, *20*(1), 21-49.
- Herrman H., Saxena, S. i Moodie, R. (2005). Introduction. U H. Herrman, S. Saxena, R. Moodie (ur.) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization* (str. 12-15). World Health Organization.
- 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*, 456-470.

- Hewitt, P. L., Flett, G. L. i Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276–280. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.2.276>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. Norton.
- Hudek-Knezevic, J., Kardum, I. i Vukmirovic, Z. (1999). The structure of coping styles: A comparative study of Croatian sample. *European Journal of Personality*, 13, 149–161.
- Idžanović, A. (2016). *Odnos perfekcionizma, samoefikasnosti i akademske prokrastinacije* (Diplomski rad, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku). FFOS repozitorij. <https://repozitorij.ffos.hr/islandora/object/ffos%3A726>
- James, G. D. i Bovbjerg, D. H. (2001). Age and perceived stress independently influence daily blood pressure levels and variation among women employed in wage jobs. *American Journal of Human Biology*, 13(2), 268–274. [https://doi.org/10.1002/1520-6300\(200102/03\)13:2<268::aid-ajhb1038>3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/1520-6300(200102/03)13:2<268::aid-ajhb1038>3.0.co;2-z)
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes C. L. M. (2006). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Journal of Adolescent and Family Health*, 4, 3-11.
- Keyes C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. L. M. i Shapiro, A. D (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. U O. G. Brim, C. D. Ryff i R. C. Kessler (ur.), *How healthy are we: A national study of well-being at midlife* (str. 350–373). University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., i van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Klibert J. J., Langhinrichsen-Rohling J. i Saito M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46, 141–156. <https://doi.org/10.1353/csd.2005.0017>
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.

- Kumari, M. i Mishra, S. (2014). Mental stress of college students across gender. *Advance Research Journal Of Social Science (ARJSS)*, 5(2), 180-183.
<https://doi.org/10.15740/has/arjss/5.2/180-183>
- Kung, C. S. J. i Chan, C. K. Y. (2014). Differential roles of positive and negative perfectionism in predicting occupational eustress and distress. *Personality and Individual Differences*, 58, 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.011>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W. i Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553–560. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156>
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Lee, J., Kim, E. Y. i Wachholtz, A. (2016). The effect of perceived stress on life satisfaction : The mediating effect of self-efficacy. *Chongsonyonghak Yongu*, 23(10), 29–47.
<https://doi.org/10.21509/KJYS.2016.10.23.10.29>
- Lee, M. A., Schoppe-Sullivan, S. J., i Kamp Dush, C. M. (2012). Parenting perfectionism and parental adjustment. *Personality and Individual Differences*, 52, 454–457.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.047>
- Lehman, K. A., Burns, M. N., Gagen, E. C. i Mohr, D. C. (2012). Development of the Brief Inventory of Perceived Stress. *Journal of Clinical Psychology* (6), 631-644.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21843>
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C. i Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- Lyubomirsky, S., King, L. i Diener, E. (2005.) The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Marshall, L. L., Allison, A., Nykamp, D. i Lanke, S. (2008). Perceived Stress and Quality of Life Among Doctor of Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(6), 1-8. <https://doi.org/10.5688/aj7206137>
- Mills, J. S. i Blankstein, K. R.(2000). Perfectionism, intrinsic vs extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1191–1204.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00003-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00003-9)

- Mimura, C. i Griffiths, P. (2008). Japanese version of the Perceived Stress Scale: Cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMC Psychiatry*, 8(1), 85-92. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-85>
- Mitchell, J., Vella-Broderick, D., i Klein, B. (2011). Positive psychology and the internet: A mental health opportunity. *Journal of Applied Psychology*, 6, 30-41. <https://doi.org/10.7790/ejap.v6i2.230>
- Moore, K. A. i Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82–89.
- Osmanovic-Thunström, A., Mossello, E., Åkerstedt, T., Fratiglioni, L. i Wang, H. X. (2015). Do levels of perceived stress increase with increasing age after age 65? A population-based study. *Age Ageing*, 44(5), 828–834. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv078>
- Padoa, T., Berle, D., i Roberts, L. (2018). Comparative Social Media Use and the Mental Health of Mothers With High Levels of Perfectionism. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(7), 514–535. <https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.7.514>
- Purdon, C., Antony, M. i Swinson, R. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional perfectionism scale in a clinical anxiety disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1271–1286.
- Radeef, A. S., Faisal, G. G., Ali, S. M. i Ismail, M. K. H. M. (2014). Source of stressors and emotional disturbances among undergraduate science students in Malaysia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 3(2), 401-410.
- Rice, K. G., Richardson, C. M. E. (2014). Classification challenges in perfectionism. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 641-648.
- Rice, K. G., Richardson, C. M. E. i Ray, M. E. (2016). Perfectionism in Academic Settings. U F. M. Sirois i D. S. Molnar (ur.) *Perfectionism, Health, and Well-Being*. (str. 245-264). Springer.
- Rönnlund, M., Vestergren, P., Stenling, A., Nilsson, L.-G., Bergdahl, M. i Bergdahl, J. (2015). Dimensionality of stress experiences: Factorial structure of the Perceived Stress Questionnaire (PSQ) in a population-based Swedish sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(5), 592–598. <https://doi.org/10.1111/sjop.12214>
- Ryan, R. M., i Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

- Ryff, C. D. i Essex, M. J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 10, 144–171.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C. i Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>
- Schweitzer, R., i Hamilton, T. (2002). Perfectionism and Mental Health in Australian University Students: Is There a Relationship? *Journal of College Student Development*, 43(5), 684–695.
- Seligman, M. E. P., i Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shafique, N., Gul, S. i Raseed, S. (2017). Perfectionism and perceived stress: The role of fear of negative evaluation. *International Journal of Mental Health*, 46(4), 312–326. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345046>
- Shafran, R., Cooper, Z. i Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Shafran, R. i Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Sirois, F. M. i Molnar, D. S. (2016). Conceptualizations of Perfectionism, Health, and Well-Being: An Introductory Overview. U F. M. Sirois i D. S. Molnar (ur.) *Perfectionism, Health, and Well-Being*. (str. 1-25). Springer.
- Slade, P. D. i Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372-390.
- Slaney, R. B. i Ashby, J. S. (1996). Perfectionists: Study of a Criterion Group. *Journal of Counseling & Development*, 74(4), 393–398. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1996.tb01885.x>
- Slaney, R. B. i Johnson, D. G. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Unpublished manuscript. Pennsylvania State University, State College.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. i Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130–145. <https://doi.org/10.1037/t02161-000>

- Snyder, C. R. i Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Stoeber, J. (1998). The Frost multidimensional perfectionism scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481–491.
- Stoltz, K. i Ashby, J. S. (2007). Perfectionism and lifestyle: Personality differences among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and non-perfectionists. *Journal of Individual Psychology*, 63, 414–423.
- Strizhitskaya, O., Petrash, M., Savenysheva, S., Murtazina, I. i Golovey, L. (2019). Perceived Stress And Psychological Well-Being: The Role Of The Emotional Stability. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.02.02.18>
- Trompetter, H. R., de Kleine, E. i Bohlmeijer, E. T. (2016). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468.
- Vandiver, B. J. i Worrell, F. C. (2002). The Reliability and Validity of Scores on the Almost Perfect Scale–Revised With Academically Talented Middle School Students. *Journal of Secondary Gifted Education*, 13(3), 108–119. <https://doi.org/10.4219/jsge-2002-372>
- Vuletić, G., Erdeši, J. i Nikić, Lj. B. (2018). Faktorska struktura i validacija hrvatske verzije upitnika mentalnoga zdravlja MHC-SF. *Medica Jadertina*, 48 (3), 113-124.
- Wang, K. T., Yuen, M. i Slaney, R. B. (2009). Perfectionism, depression, and life satisfaction: A study of high school students in Hong Kong. *The Counseling Psychologist*, 37, 249–274. <https://doi.org/10.1177/0011000008315975>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., i Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Westerhof, G. J. (2001). Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte [Well-being in the second half of life]. U F. Dittmann-Kohli, C. Bode, i G. J. Westerhof (Eds.), *Die zweite Lebenshälfte—Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey* (str. 79–128). Kohlhammer.

- Westerhof, G. J. i Keyes, C. L. M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110–119
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- White, C. i Schweitzer, R. (2000). The role of personality development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 515–524.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Basic documents*. 43th Edition. World Health Organization.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K. i Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 290–299.
<https://doi.org/10.1002/eat.10032>