

Odnos roditeljskog ponašanja, perfekcionizma, samopoštovanja i psihološke dobrobiti adolescenata

Vujica, Petra

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Department of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Hrvatski studiji**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:034021>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI

Petra Vujica

**Odnos roditeljskog ponašanja,
perfekcionizma, samopoštovanja i psihološke
dobrobiti adolescenata**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Petra Vujica

**Odnos roditeljskog ponašanja,
perfekcionizma, samopoštovanja i psihološke
dobrobiti adolescenata**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: doc. dr. sc. Miroslav Rajter

Zagreb, 2019.

Zahvala

Od srca se zahvaljujem svom mentoru doc. dr. sc. Miroslavu Rajteru na pomoći pri izradi ovog diplomskog rada. Boljeg mentora nisam mogla poželjeti.

Također, veliko hvala svim profesorima i djelatnicima Hrvatskih studija koji su svojim radom i zalaganjem doprinijeli stjecanju mog obrazovanja.

Najveća hvala mojoj obitelji na pruženom povjerenju, podršci i razumijevanju. Bez vas ništa od ovog ne bi bilo moguće.

Odnos roditeljskog ponašanja, perfekcionizma, samopoštovanja i psihološke dobrobiti adolescenata

Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos socioekonomskih varijabli, roditeljskog ponašanja, perfekcionizma, samopoštovanja i mentalnog zdravlja adolescenata na uzorku učenika drugih razreda srednje škole. Istraživanje je provedeno na ukupno 398 adolescenata. Percepcija roditeljskog ponašanja ispitana je *Upitnikom roditeljskog ponašanja*, perfekcionizam je ispitivan *Multidimenzionalnom skalom perfekcionizma*, samopoštovanje *Rosenbergovom skalom samopoštovanja*, a mentalno zdravlje *Skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa*.

Dobiveni rezultati ukazuju na to kako adolescenti u najvećoj mjeri izvještavaju o doživljavanju simptoma stresa nakon čega slijede simptomi depresivnosti i anksioznosti, neovisno o njihovoj težini. Gledajući učestalost doživljavanja pojedinih simptoma s obzirom na njihovu težinu, čak 21,1% sudionika izvještava o teškim ili ekstremno teškim simptomima stresa, 23,2% o teškim ili ekstremno teškim simptomima depresivnosti te 24,9% o teškim ili ekstremno teškim simptomima anksioznosti. Također, utvrđeno je kako djevojke doživljavaju više majčine podrške te veću popustljivost oca. S druge strane, mladići doživljavaju više restriktivne kontrole oca. Djevojke također pokazuju izraženije simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa od mladića. Što se tiče perfekcionizma i samopoštovanja, spolne razlike nisu pronađene. Provedenim hijerarhijskim regresijskim analizama utvrđen je statistički značajan doprinos sva četiri bloka varijabli (socioekonomskog statusa, roditeljskog ponašanja, perfekcionizma i samopoštovanja). Ukupno 57,6% varijance depresivnosti, 39,3% varijance anksioznosti te 43,5% varijance stresa objašnjeno je ovim modelom. Najboljim prediktorom depresivnosti pokazali su se samopoštovanje i podrška oca. Što se tiče anksioznosti i stresa, njih su najbolje predviđali negativni perfekcionizam te samopoštovanje.

Ključne riječi: roditeljsko ponašanje, perfekcionizam, samopoštovanje, psihološko zdravlje

Relationship between parental behavior, perfectionism, self-esteem and mental health in adolescents

Abstract

The main goal of this study was to determine the relationship between socioeconomic variables, parental behavior, perfectionism, self-esteem and mental health of second grade high school students. The study was conducted on a total of 398 adolescents. The perception of parental behavior was examined by *Questionnaire of parental behavior*, perfectionism was examined by *Multidimensional Scale of Perfectionism*, self-esteem by *Rosenberg's Self-esteem Scale*, and mental health by *Scale of Depression, Anxiety and Stress*.

The results show that adolescents most often report experiencing stress symptoms followed by symptoms of depression and anxiety. If we take severity of symptoms in consideration, as many as 21.1% of our participants reported severe or extremely severe stress symptoms, 23.2% of severe or extremely severe depression symptoms, and 24.9% of severe or extremely severe anxiety symptoms. Results also indicate that girls experience more maternal support as well as more father permissiveness. On the other hand, young men experience more restrictive father control. Furthermore, according to the results, girls show more symptoms of depression, anxiety and stress than young men. In this study, gender differences in perfectionism and self-esteem have not been found. Hierarchical regression analysis determined a significant contribution of four predicting blocks (socioeconomic status, parental behavior, perfectionism and self-esteem) within the explained variance of mental health. A total of 57.6% of depression variance, 39.3% of anxiety variance and 43.5% of stress variance was explained by predicting blocks mentioned above. The most significant predictors of depression were self-esteem and father support. As far as anxiety and stress are concerned, their most significant predictors were negative perfectionism and self-esteem.

Key words: parental behavior, perfectionism, self-esteem, mental health

Sadržaj

1. UVOD	2
<i>1.1. Teorijski pregled</i>	4
<i>1.1.1. Socioekonomski status</i>	4
<i>1.1.2. Roditeljsko ponašanje</i>	4
<i>1.1.3. Perfekcionizam</i>	6
<i>1.1.4. Samopoštovanje</i>	6
<i>1.1.5. Mentalno zdravlje</i>	7
<i>1.2. Pregled postojećih istraživanja - prevalencije i odnosi među konstruktima</i>	8
2. CILJEVI I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA	12
3. METODA	13
<i>3.1. Sudionici</i>	13
<i>3.2. Mjerni instrumenti</i>	13
<i>3.3. Postupak</i>	16
4. REZULTATI	17
5. RASPRAVA	27
<i>5.1. Ograničenja istraživanja i daljnje implikacije</i>	32
6. ZAKLJUČAK	34
7. LITERATURA	35

1. UVOD

Tjelesno i mentalno zdravlje dvije su neraskidive sastavnice općeg zdravlja. Da je tome tako, u prilog govore brojni dokazi o tome kako narušeno mentalno zdravlje može ozbiljno narušiti ono tjelesno, ali i obrnuto (Silobrčić Radić, 2011). Naime, očekivani životni vijek osobe s nekim oblikom psihičkog poremećaja ili bolesti do 20 je godina kraći od očekivanog životnog vijeka osobe bez psihičkog poremećaja/bolesti, čak i u razvijenim zemljama. Međutim, osim ozbiljnog ugrožavanja tjelesnog zdravlja, psihički poremećaji/bolesti imaju i brojne druge negativne posljedice za osobe koje su njima pogođene. Naime, osobe narušenog psihičkog zdravlja često se susreću s diskriminacijom u različitim sferama svog života, od škole pa do radnog mjesta. Osim diskriminacije, česta su njihova zlostavljanja i zanemarivanja. Također, tu je i jedan od najnegativnijih ishoda mentalnih poremećaja/bolesti, suicid, koji predstavlja gotovo vodeći uzrok smrtnosti mladih suočenih sa psihičkim poteškoćama (Patel, 2014). Zbog svega navedenog, zabrinjava činjenica kako je prevalencija mentalnih poremećaja i oboljenja unutar populacije u stalnom porastu, a prvi se simptomi najčešće javljaju već u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi. Prema trenutnim procjenama, prije navršениh 18 godina, dvoje od deset adolescenata pati od nekog problema mentalnog zdravlja (Silobrčić Radić, 2011). Nošenje s ovako visokom prevalencijom mentalnih poteškoća veliko je ekonomsko opterećenje za društvo. Naime, procjenjuje se kako gotovo 4% bruto nacionalnog dohotka neke zemlje odlazi u svrhe liječenja problema mentalnog zdravlja (Silobrčić Radić, 2011). Međutim, iako su novčani izdaci država veliki, oni ni u kojem slučaju nisu usklađeni sa stvarnim potrebama. Pa tako, čak i u najrazvijenijim zemljama svijeta, do 50% osoba zahvaćenih nekim problemom mentalnog zdravlja ne dobiva potrebnu pomoć dok se u nerazvijenim zemljama ta brojka penje i do 90% (Patel, 2014). Kako bi se donekle uskladio postojeći nesrazmjer između državnih davanja i stvarnih potreba, suvremena se društva okreću pokušajima smanjivanja troškova potrebnih za dijagnosticiranje i liječenje psihičkih poremećaja. Kako bi u tome uspjeli, sve se veći naglasak stavlja na identifikaciju rizičnih čimbenika za razvoj pojedinih poremećaja, osobito u mlađoj dobi. Prepoznavanjem rizičnih čimbenika nastoje se razviti pravovremene i učinkovite intervencije kojima je osnovni cilj smanjiti probleme mentalnog zdravlja adolescenata (Gulin, 2012), ali u konačnici, i smanjiti troškove njihova dijagnosticiranja i liječenja.

Prema Bronfenbrennerovoj bio-ekološkoj teoriji, za zdrav i normalan intelektualni, emocionalni, socijalni i moralni razvoj djeteta, važna je dobra interakcija ekoloških sustava koji čine njegovu okolinu (Brendtro, 2006). Mikrosustav je ekološki sustav koji ima najjači utjecaj

na djetetov napredak budući da njega, u ranom djetinjstvu, čini upravo obitelj djeteta. Nekvalitetan odnos djeteta s osobama koje čine njegov mikrosustav može izrazito negativno djelovati na njegov ukupni razvoj, a samim time i na razvoj problema vezanih uz mentalno zdravlje. Osim samih odnosa unutar obitelji, negativan utjecaj na mentalno zdravlje može imati i loš socioekonomski status skrbnika. Naime, pokazalo se kako loš socioekonomski status, u kombinaciji s nekim predispozicijama djeteta, povećava vjerojatnost javljanja problema mentalnog zdravlja (Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Sljedeći sustav je mezosustav kojeg čine interakcije između mikrosustava. U idealnom slučaju, te su interakcije harmonične te dijete dobiva svu potrebnu podršku. U suprotnom, dijete se izlaže velikim količinama stresa koje ponovo mogu negativno utjecati na njegovo mentalno zdravlje (Brendtro, 2006). Nakon mezosustava slijedi egzozustav kojeg čine pojave s kojima dijete nije u izravnoj interakciji, ali koje imaju utjecaj na njegov razvoj. Pa tako, na primjer, dugo radno vrijeme roditelja i njihova česta izbjivanja iz doma mogu ozbiljno narušiti razvoj privrženosti djeteta roditelju, ali i obrnuto. Posljedice toga ponovo su nepovoljne za ukupni razvoj djeteta. Posljednji sustav, makrosustav, odnosi se na očekivanja, kulturu, zakone i norme (Harkonen, 2005). Važno je naglasiti kako suvremeno društvo ima velika očekivanja od djeteta. Djeci se često nameću idealistička očekivanja te ih se uči kako, za dobivanje odobrenja od strane drugih ili njih samih, moraju zadovoljiti određene standarde. Pritisak da budu uspješniji, pametniji ili jači stalno je prisutan (Anthony i Swinson, 2009) te često rezultira postavljanjem nereálnih i nedostižnih ciljeva. Budući da dijete često nije u mogućnosti ostvariti takve ciljeve, javlja se nezadovoljstvo i stres koji u konačnici mogu narušiti njegovo mentalno zdravlje.

Osim svega navedenog, važno je naglasiti kako su prema bio-ekološkoj teoriji, uz dobru interakciju svih prethodno navedenih ekoloških sustava, za ukupni razvoj djeteta podjednako važne i njegove predispozicije, genetika te njegova uvjerenja o njemu samom i o drugima.

U skladu sa svime ranije navedenim, u ovom će se radu nastojati utvrditi u kakvom je odnosu mentalno zdravlje djeteta s pojedinim dijelovima Bronfenbrennerove bio-ekološke teorije. Točnije, proučavat će se u kakvom su odnosu socioekonomski status obitelji djeteta, ponašanje djetetovih roditelja, perfekcionistička očekivanja od djeteta te samopoštovanje djeteta s njegovim mentalnim zdravljem.

1.1. Teorijski pregled

1.1.1. Socioekonomski status

Iako socioekonomski status (SES) predstavlja jedan od često istraživanih konstrukata u društvenim znanostima, istraživači se nisu uspjeli usuglasiti oko toga što on zapravo predstavlja. Sukladno tome, ovaj se konstrukt u različitim istraživanjima mjeri na različite načine. Velik broj istraživanja kojima je cilj bio ispitati vezu SES-a i mentalnog zdravlja, SES su mjerila preko obiteljskih prihoda, razine obrazovanja ili radnog statusa (Gallo i Mathews, 2003, prema Škrokov 2014). Pokazalo se kako SES ima značajan učinak na ukupno funkcioniranje osobe, pa je tako utvrđeno kako pojedinci višeg SES-a imaju bolje fizičko i mentalno zdravlje od onih nižeg SES-a. Kao objašnjenje navedene povezanosti, autori Lupien, King, Meaney i McEwen (2000, prema Škrokov, 2014) navode kako su pojedinci nižeg SES-a svakodnevno izloženi različitim izvorima stresa povezanim s nedostatkom materijalnih resursa. Pri tome, važno je napomenuti kako nedostatak materijalnih resursa ne samo da negativno utječe na mentalno zdravlje odraslih, već je navedeni negativni utjecaj vidljiv od najranije dobi. Pokazalo se kako slabiji materijalni status obitelji može snažno narušiti bračne odnose roditelje, a onda i odnose roditelja s djetetom. Takvi negativni odnosi i osjećaji unutar obitelji često izazivaju psihološki stres djeteta. Također, materijalne prilike obitelji uvelike određuju važne aspekte djetetova odrastanja kao što su kvaliteta susjedstva ili škole. SES roditelja često je povezan i s njihovim roditeljskim stilom. Naime, financijske poteškoće, koje nerijetko izazivaju napetost i tjeskobu roditelja, posljedično se mogu očitovati u njihovom načinu discipliniranja, kažnjavanja ili iskazivanja topline prema djetetu. Pokazalo se kako u obiteljima slabijeg materijalnog statusa, češće nego u dobrostojećim obiteljima, dolazi do svađa roditelja, zanemarivanja djece te agresivnog discipliniranja. Posljedica toga često je lošija emocionalna i socijalna prilagodba djeteta okolini (Barrera i sur., 2002, prema Škrokov, 2014).

1.1.2. Roditeljsko ponašanje

Roditeljsko ponašanje smatra se jednim do važnijih čimbenika koji određuje hoće li dijete razviti neki problem mentalnog zdravlja (Klarin i Đerđa, 2014). Odgojni postupci roditelja u velikoj mjeri mogu odrediti kako će dijete u budućnosti koristiti i interpretirati svoja iskustva, kako će se odnositi prema drugima te kako će regulirati i iskazivati svoje emocije (Šarić, 2017). Područje istraživanja odnosa roditelja i djeteta vrlo je složeno. To je proces koji je vrlo dinamičan te je, kao takav, pod utjecajem brojnih medijatorskih i moderatorskih varijabli (Klarin i Đerđa, 2014). Istraživanja koja su se u prošlom desetljeću bavila navedenim odnosom

ukazuju na važnost triju dimenzija roditeljskog ponašanja, a to su emocionalnost te bihevioralna i psihološka kontrola (Barber, Stolz i Olsen, 2005).

Emocionalnost je dimenzija koja se odnosi na kvalitetu afektivnog odnosa između djeteta i roditelja. Ona pokriva velik broj specifičnih konstrukata kao što je toplina, srdačnost ili privrženost. Na jednom polu ove dimenzije nalazi se roditeljska toplina i prihvaćanje, dok su na drugom polu neprijateljstvo, hladnoća i odbijanje (Klarin, 2006). Roditelji koji su u odnosu s djetetom topli, najčešće ohrabruju dijete, trude se razumjeti njegovu perspektivu i dati mu svu potrebnu podršku (Šarić, 2017). Prilikom discipliniranja, takvi roditelj objašnjavaju djetetu svoje odluke i postupke te koriste nagrade i pohvale (Klarin, 2006). S druge strane, roditelji koji se nalaze na suprotnom polu ove dimenzije u odnosu s djetetom su hladni, zanemaruju njegove emocionalne potrebe, često ga kažnjavaju, kritiziraju ili ignoriraju (Šarić, 2017). Neprijateljski su raspoloženi prema djetetu te otvoreno pokazuju znakove odbacivanja koji se manifestiraju kroz tjelesnu ili verbalnu agresiju te tjelesno ili psihološko zanemarivanje (Rohner i Rohner, 1980; prema Klarin, 2006). Djeca u obitelji traže sigurnost, stabilnosti i podršku, međutim, takve potrebe ponekad ostaju nezadovoljene. Rezultat toga najčešće su kako eksternalizirane tako i internalizirane poteškoće u njihovom razvoju (Klarin i Đerđa, 2014).

Sljedeća važna dimenzija roditeljskog ponašanja, bihevioralna kontrola, odnosi se na pozitivan oblik roditeljske kontrole. Primjenom bihevioralne kontrole roditelj nastoji utjecati na nepoželjne oblike djetetova ponašanja. Roditelji koji bihevioralno kontroliraju dijete postavljaju jasne granice i pravila ponašanja. Većinu vremena upućeni su u to što dijete radi, kada i gdje. S druge strane, roditelji koji uopće bihevioralno ne kontroliraju djecu ili ih kontroliraju u slabijoj mjeri, postavljaju puno manje pravila te nisu toliko upućeni u aktivnosti svoje djece. Važno je napomenuti kako niti pretjerana niti preslaba bihevioralna kontrola nisu dobre za razvoj djeteta. Naime, izloženost izrazito visokoj bihevioralnoj kontroli roditelja može rezultirati smanjenjem motivacije za postizanje uspjeha, dok niska bihevioralna kontrola često rezultira agresivnim i nedosljednim ponašanjem (Klarin, 2006). Umjerena bihevioralna kontrola smatra se najpoželjnijim oblikom. Ona omogućuje djeci da što bezbolnije nauče strukture i pravila ponašanja kojih se u socijalnim interakcijama trebaju pridržavati. Usvajanjem takvih struktura i pravila ponašanja, djeca se razvijaju u društveno prilagođene i socijalizirane osobe (Macuka, 2008).

Na posljetku, psihološka kontrola predstavlja negativni oblik roditeljske kontrole. Njezinom primjenom roditelji nastoje utjecati na djetetove emocije, misli i doživljaje. Često na dijete vrše psihološki pritisak te ograničavaju njegovo emocionalno doživljavanje (Klarin, 2006). Roditelji

koji izrazito koriste psihološku kontrolu često ne dopuštaju djetetu samostalno rješavanje problema, kod djeteta nastoje izazvati osjećaj krivnje, preplavljaju ga pažnjom ili mu istu uskraćuju (Erceg, 2014). Djeca izložena pretjeranoj psihološkoj kontroli ne razvijaju se u samostalne i autonomne pojedince koji su sigurni u vlastitu individualnost i identitet. Oni najčešće postaju psihološki zavisne osobe koje strahuju od gubitka bliskosti s roditeljima (Vizler, 2004). Međutim, iako psihološka kontrola predstavlja čimbenik rizika u razvoju, njezino potpuno odsustvo može negativno utjecati na djetetov ukupni razvoj.

1.1.3. Perfekcionizam

U samom početku istraživanja područja perfekcionizma, smatralo se kako je on jednodimenzionalni konstrukt koji se odnosi na neadaptivnu osobinu pojedinca, rizičnu za razvoj brojnih psihičkih poremećaja/bolesti. Međutim, suvremena istraživanja sve više ukazuju kako je perfekcionizam ipak višedimenzionalan konstrukt koji se može manifestirati u svom neadaptivnom, ali i u svom adaptivnom obliku (Stoeber i Otto, 2006). Detaljnim pregledom dostupne literature, 1990. godine istraživači Frost, Marten, Lahart i Rosenblate izdvojili su ključna obilježja perfekcionizma. Navode kako su to: osobni standardi, zabrinutost zbog pogrešaka, dvojba u vlastitu izvedbu, organiziranost, roditeljska očekivanja te roditeljska prigovarivanja. Navedeni autori navode kako si osobe izraženog perfekcionizma postavljaju vrlo visoke osobne standarde te veliku pažnju posvećuju urednosti, organiziranosti i preciznosti. Perfekcionista ulažu puno truda u izbjegavanje pogrešaka što često rezultira nesigurnošću prilikom donošenja odluka ili poduzimanja akcija. Također, autori navode kako je jedno od ključnih obilježja razvoja perfekcionizma izloženost djeteta roditeljskom pritisku za savršenom izvedbom koji se manifestira u visokim roditeljskim očekivanjima te roditeljskom kritičizmu. Empirijskim proučavanjem, Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer (1993) dokazali su kako se prethodno navedena obilježja perfekcionizma grupiraju u dvije temeljne dimenzije. Prva se dimenzija odnosi na njegova pozitivna obilježja, a čine ju osobni standardi i organiziranost. Druga dimenzija odnosi se na njegova negativna obilježja, a čine ju zabrinutost zbog vlastite pogreške, dvojba u vlastitu izvedbu, roditeljska očekivanja i roditeljska prigovarivanja.

1.1.4. Samopoštovanje

Tijekom godina, samopoštovanje je postalo jedan od najvažnijih konstrukata u psihološkim istraživanjima, što je rezultiralo razvojem velikog broja modela i mjera istog. U novije se vrijeme na samopoštovanje gleda kao na višedimenzionalni konstrukt koji uključuje različite elemente. Međutim, prema Rosenbergu (1965), koji je jedan od najvažnijih autora na

području istraživanja samopoštovanja i čija je Skala za mjerenje samopoštovanja korištena u gotovo ¼ svih istraživanja ovog područja (Tafarodi i Milne, 2002), samopoštovanje je jednodimenzionalni konstrukt. Rosenberg samopoštovanje definira kao pozitivan ili negativan stav o sebi. Pojedinaac svoje samopoštovanje gradi na temelju usporedbe vlastitih sposobnosti i identiteta sa sposobnostima i identitetom drugih ljudi. Ukoliko zaključi kako su njegove sposobnosti ili identitet smanjene u usporedbi s onima drugih ljudi, njegovo se samopoštovanje snižava. Osim usporedbe, pojedinac svoje samopoštovanje gradi i kroz interakcije s drugim ljudima. Naime, on procjenjuje kako se drugi prema njemu odnose te na temelju toga prosuđuje o vlastitoj vrijednosti. Stoga će negativno mišljenje značajnih drugih o pojedincu vjerojatno rezultirati sniženim samopoštovanjem tog pojedinca (Rosenberg i Perlin, 1978).

Osobe niskog samopoštovanja imaju lošu sliku o sebi te podcjenjuju svoje sposobnosti. S druge strane, osobe visokog samopoštovanja zadovoljne su sobom, smatraju se vrijednim poštovanja, maštovite su te problemima pristupaju na inovativniji i fleksibilniji način (Bezinović, 1988). Važno je napomenuti kako za razvoj samopoštovanja ključnu ulogu imaju rana socijalizacijska iskustva u domu roditelja. Odnos skrbnika i djeteta od iznimne je važnosti. Naime, djeca proučavaju kako se njihovi skrbnici odnose prema njima te temeljem toga donose zaključak o tome jesu li vrijedni ljubavi i poštovanja. Kasnije, taj zaključak generaliziraju na većinu budućih interakcija (Gomez i McLaren, 2007).

1.1.5. Mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* – WHO) mentalno zdravlje definira kao stanje u kojem je pojedinac sposoban ostvariti svoje potencijale, biti produktivan, doprinositi zajednici te uspješno prevladati svakodnevne stresove (WHO, 2014). Pojedinci dobrog mentalnog zdravlja subjektivno su zadovoljni vlastitim životom i odnosima s drugima. Sigurniji su u svoje odluke te su sposobni ostvariti bliske odnose (Sujoldžić, Rudan i De Lucia, 2006). Grupe koje su prepoznate kao posebno ranjive za razvoj mentalnih poteškoća jesu djeca roditelja s mentalnim bolestima, žrtve rata te njihove obitelji, osobe izložene nasilju, starije osobe te adolescenti (Brlas i Pleša, 2013). Što se tiče poteškoća s mentalnim zdravljem kod adolescenata, važno je napomenuti kako one u znatnom dijelu ostaju nedijagnosticirane.

U probleme mentalnog zdravlja neupitno ulaze simptomi depresivnosti i anksioznosti te je do sada razvijen velik broj skala za njihovo mjerenje. Međutim, konstrukcijom jedne od najpoznatijih skala za mjerenje simptoma ovog tipa, DASS-42, te njegove kraće forme, DASS-21, izdvojio se još jedan faktor mentalnog zdravlja, stres (Jovanović, Žuljević i Brdarić, 2011).

Simptomi depresivnosti kod adolescenata najčešće se pripisuju stresu kojem su adolescenti obično izloženi u navedenoj životnoj fazi (Saulaj i sur., 2004). Jednako kao i simptomi depresivnosti, simptomi iz spektra anksioznih poremećaja također se često pripisuju normalnim razvojnim procesima u adolescenciji (Novak i Bašić, 2008). Sukladno navedenom, veliki dio adolescenata s mentalnim poteškoćama ne dobiva adekvatnu stručnu pomoć koja bi potencijalno zaustavila ili usporila daljnji razvoj internaliziranih problema (Patton i sur., 2014). Neuočavanje ili zanemarivanje simptoma mentalnih poteškoća u adolescenciji može imati kobne posljedice, osobito neprepoznavanje depresivnosti budući da su depresija i depresivni poremećaj snažno povezani sa suicidalnim idejama (Saulaj i sur., 2004).

1.2. Pregled postojećih istraživanja - prevalencije i odnosi među konstruktima

Kao što je već ranije navedeno, prevalencija mentalnih oboljenja u stalnom je porastu kako kod odraslih, tako i kod adolescenata (Silobrčić Radić, 2011). Istraživanje Rapee i suradnika (2005, prema Novak i Bašić, 2008) navodi kako adolescenti, od svih simptoma, najčešće izvještavaju o doživljavanju simptoma anksioznosti. Naime, simptomi anksioznosti pokazali su se sastavnim dijelom razdoblja adolescencije te, ukoliko razvoj teče normalno, oni predstavljaju evolucijski odgovor koji adolescente čuva od opasnosti. Međutim, ovisno o njihovom intenzitetu, simptomi anksioznosti mogu biti iznimno neugodni te povećati rizik od razvoja poremećaja iz anksioznog spektra. Istraživanje Vulić-Prtorić (2002) tvrdi kako čak 12% djece i adolescenata iznimno često doživljava neku vrstu strahova koji, nezamijećeni, mogu prerasti u puno ozbiljnije mentalne probleme. Istraživanje Oatley i Jenkins (2003), koje se također bavilo ispitivanjem anksioznosti, ukazuje na to kako se pravi klinički znakovi anksioznosti mogu pronaći kod 2 do 5% adolescenata.

Nadalje, istraživanje Wenear (2003) koje se bavilo ispitivanjem razvojne psihopatologije djece i adolescenata, tvrdi kako je adolescencija razdoblje „oluje i stresa“. Adolescenti se u tom razdoblju suočavaju s velikim oscilacijama u raspoloženju i energiji, u stalnom su konfliktu s drugima, ali i sami sa sobom. Također, jedan od velikih izvora stresa kod adolescenata predstavlja česti nesrazmjer između njihove tjelesne i spolne zrelosti te njihove kognitivne i emocionalne zrelosti. Iz navedenog, može se zaključiti kako su svakodnevne situacije adolescentima višestruko stresnije nego što je to slučaj kod pojedinaca drugih životnih dobi (Swanson, 2007, prema Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012). Pokazalo se kako izloženost velikim količinama stresa značajno uvećava rizik za razvoj mentalnih poteškoća.

Što se tiče depresivnosti, istraživanje Nair, Paul i John (2004) navodi kako 8,3% adolescenata

s područja Sjedinjenih Američkih Država pati od nekog oblika depresivnog poremećaja, od čega njih 4,9% pokazuje simptome velikog depresivnog poremećaja. Međutim, istraživanje Saulaj i suradnika (2004) ukazuje na to kako bi prevalencija depresivnog poremećaja kod adolescenata mogla biti čak i veća od ove ranije spomenute. Njihovi rezultati sugeriraju kako čak jedan od šest adolescenata izvještava o nekim simptomima depresivnog poremećaja. Međutim, istraživači Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković (2004, prema Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012) navode kako postoje velika razilaženja među stručnjacima vezana uz kriterije dijagnosticiranja depresivnosti kod adolescenata, budući da su znakovi depresivnosti u tom razdoblju često „zamaskirani“ problemima u ponašanju.

Proučavanjem prethodno navedene literature o prevalenciji simptoma pojedinih poremećaja, vidljivo je da istraživanja ukazuju na to kako se adolescenti najčešće suočavaju sa simptomima anksioznosti i stresa nakon čega slijede simptomi depresivnosti. Međutim, prethodna istraživanja koja su za mjerenje depresivnosti, anksioznosti i stresa kod adolescenata koristila DASS-21, korišten i u ovom radu, daju nedosljedne rezultate. Pa tako, istraživanje Szabo (2010, prema Jovanović, Žuljević i Brdarić, 2011) sugerira kako DASS-21 kod adolescenata uspješno razlikuje simptome depresivnosti i anksioznosti, dok subskala stesa na tom uzorku nema zadovoljavajuću konstruktnu valjanost. S druge strane, istraživanje Dyck i Bramston (2010, prema Jovanović, Žuljević i Brdarić, 2011) ukazuje kako su korelacije između subskala depresivnosti, anksioznosti i stresa kod adolescenata izrazito visoke zbog čega nisu u mogućnosti uspješno diskriminirati simptome pojedinih poremećaja. Isti autori navode kako depresivnost, anksioznost i stres, mjereni skalom DASS-21 kod adolescenata, predstavljaju opću mjeru psihičke boli.

Što se tiče spolnih razlika u doživljavanju roditeljskog ponašanja, perfekcionizmu, samopoštovanju i mentalnom zdravlju kod adolescenata, istraživanja ukazuju na sljedeće: Ponašanje roditelja prema djetetu u velikom se broju istraživanja pokazalo ovisnim o spolu. Naime, prema istraživanju Macuke (2008), majke iskazuju više prihvaćanja i podrške prema djevojkama, a više dominacije prema mladićima. Djevojke se, od strane oba roditelja, češće obeshrabruju u istraživanju fizičke okoline, a ohrabruju prilikom pokazivanja ovisnosti i sramežljivosti. Također, loše ponašanje i ljutnja djevojaka često nailazi na veću netoleranciju roditelja nego što je to slučaj kod lošeg ponašanja i ljutnje mladića (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan i Slattery, 2000, prema Macuka, 2008). Keresteš (1999, prema Macuka, 2008) navodi kako mladići više od djevojaka doživljavaju bihevioralnu i psihološku kontrolu od strane oba roditelja. S druge strane, istraživanje Macuke (2008) ukazuje kako mladići više doživljavaju psihološku kontrolu roditelja, dok su djevojke izloženije bihevioralnoj kontroli.

Što se tiče perfekcionizma, istraživanje Grbavac i Slišković (2015) ukazuje na to kako si mladići postavljaju više osobne standarde od djevojaka. Nadalje, istraživanje Bradarić (2017) navodi kako postoje spolne razlike vezane uz obilježja pozitivnog perfekcionizma na način da su mu djevojke sklonije. Što se tiče obilježja negativnog perfekcionizma, isti autori ne pronalaze razlike. Jednaki rezultati dobiveni su u istraživanju Kapetanović (2008) koje pronalazi identične spolne razlike vezane uz pozitivni perfekcionizam. S druge strane, istraživanje Gajšek (2013) ne nalazi spolne razlike niti kod obilježja pozitivnog niti kod obilježja negativnog perfekcionizma.

Ispitivanjem spolnih razlika u samopoštovanju adolescenata, istraživanje Bolognini, Plancherel, Bettschart i Halfon (1996) dobiva rezultate koji ukazuju na njihovo postojanje. Naime, autori tvrde kako djevojke imaju značajno niže samopoštovanje od mladića, a jednaki rezultati dobiveni su i u istraživanju Nekić, Uzelec i Jurkin (2016).

Što se tiče spolnih razlika u doživljavanju simptoma depresivnosti, istraživanje Saulaja i suradnika (2004) navodi kako je prevalencija simptoma depresivnog poremećaja u adolescenciji gotovo dvostruko veća kod djevojaka nego kod mladića. Jednake rezultate dobivaju Vulić Prtorić i Sorić (2001), donosno, i oni ukazuju na to da su djevojke u razdoblju adolescencije značajno sklonije depresivnosti od mladića. Nadalje, istraživanje Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley i Allen (1998) navodi kako djevojke dvostruko češće doživljavaju simptome anksioznosti od mladića. Što se tiče stresa, istraživanje Almeida i Kessler (1998) ukazuje kako djevojke doživljavaju više stresa jer su svakodnevno izložene stresnijim situacijama od mladića, a identični rezultati utvrđeni su i u istraživanju Matude (2004).

Kao što je već ranije navedeno, različita istraživanja ukazuju na postojanje različitih rizičnih čimbenika za razvoj mentalnih poteškoća. Pa tako istraživanje Ajduković i Rajter (2014) ističe kako siromaštvo ima nepovoljan medijatorski učinak na razvoj djeteta. Slični rezultati dobiveni su u istraživanju Svibena (2017), koji navodi kako je slabiji socioekonomski status povezan sa svim simptomima mentalnih poteškoća. Istraživanje Dearing (2008, prema Škrokov, 2014) navodi kako su djeca koja odrastaju u obiteljima slabijih materijalnih mogućnosti suočena s nedostatkom razvojno poticajnih resursa, zbog čega se često teško emocionalno i socijalno prilagođavaju svojoj okolini. Isti autori također navode kako su djeca iz siromašnijih obitelji, više od svojih vršnjaka iz dobrostojećih obitelji, svakodnevno izložena većem broju različitih vrsta stresora. Međutim, istraživanje Bradley i Corwyn (2002, prema Škrokov, 2014) navodi kako je socioekonomski status bolji prediktor eksternaliziranih problema nego onih internaliziranih, a ta se veza dodatno učvršćuje s porastom dobi.

Osim socioekonomskog statusa, jednom od ključnih odrednica mentalnog zdravlja

pokazalo se roditeljstvo. Dok kvalitetan roditeljski odgoj predstavlja zaštitni čimbenik u razvoju mentalnih poteškoća, neadekvatni roditeljski postupci mogu ozbiljno narušiti djetetove odnose s vršnjacima, intimne odnose te njegovu cjelokupnu mentalnu sliku (Sroufe, 1995, prema Antolić i Novak, 2016). Istraživanje Kurtović i Marčinko (2010) navodi kako malo roditeljske topline i prihvaćanja te često kritiziranje i psihološka kontrola često rezultiraju depresivnim simptomima kod adolescenata. Isti autori navode kako neprijateljska obiteljska okolina i česti stresni sukobi negativno utječu na emocionalnu dobrobit djeteta. Istraživanje Crook, Raskin i Eliot (1981, prema Kurtović i Marčinko, 2010) koje se bavilo odraslim osobama oboljelim od depresije, utvrdilo je sljedeće: osobe oboljele od depresije, za razliku od zdravih osoba, češće su ponašanje svojih roditelja opisivala kao psihološki kontrolirajuća. Također, navodili su česta odbacivanja, vrijeđanja i manipuliranja od strane roditelja. Iako adolescenti više vremena provode s vršnjacima nego u obiteljskom domu, istraživanje Scheeber i Sorensen (1998, prema Kurtović i Marčinko, 2010) utvrdilo je kako su simptomi depresivnosti dosljednije povezani s obiteljskim odnosima nego s odnosima s vršnjacima.

Sljedeći konstrukt za kojeg je utvrđena negativnu povezanost s mentalnim zdravljem je perfekcionizam, točnije, njegov neadaptivni aspekt. Primjerice, istraživanje Kurtović (2013) ukazuje kako neadaptivna perfekcionistačka ponašanja, kao što su zabrinutost zbog pogreške ili sumnje u vlastitu izvedbu, mogu značajno utjecati na razvoj anksioznosti i/ili depresivnosti kod mladih. Istraživanje Stoeber i Childs (2012, prema Oppenheim, 2014) navodi kako su dimenzije perfekcionizma koje se odnose na zabrinutost zbog pogreške, sumnju u vlastitu izvedbu te zabrinutost zbog tuđih mišljenja povezane s brojnim negativnim ishodima kao što je neuroticizam, psihološka neprilagođenost te mentalne poteškoće. Međutim, isti autori navode kako su pozitivne perfekcionistačke dimenzije kao što su visoki osobni standardi te stremljenje prema savršenoj izvedbi pozitivno povezani sa psihološkom dobrobiti i blagostanjem.

Adolescenti s izraženim negativnim perfekcionizmom svakodnevno su izloženi strahu od neuspjeha zbog čega vrlo rijetko u potpunosti ostvaruju svoje potencijale (Taylor, 2004; prema Oppenheim, 2014). Jednako tako, izrazito su podložna suicidalnim mislima te depresivnim i anksioznim simptomima (Kawamura, Hunt, Frost i DiBartolo, 2001, prema Oppenheim, 2014). Što se tiče samopoštovanja, istraživanje Bolognini, Plancherel, Bettschart i Halfon (1996) navodi kako postoji pozitivna korelacija između samopoštovanja i mentalnog zdravlja adolescenata. Isti autori navode kako se visoko samopoštovanje pokazao zaštitnim čimbenikom mentalnog zdravlja koji povećava ukupno subjektivno zadovoljstvo životom. S druge strane, sniženo samopoštovanje jedan je od ključnih rizičnih čimbenika u razvoju mentalnih poremećaja kao što su depresivnost i anksioznost.

2. CILJEVI I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos socioekonomskih varijabli, roditeljskog ponašanja, perfekcionizma, samopoštovanja i mentalnog zdravlja adolescenata. U svrhu ostvarivanja navedenog cilja te pregledom dostupne literature postavljeni su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

1. Ispitati pojavnost depresivnosti, anksioznosti i stresa kod adolescenata Krapinsko-zagorske županije.

H1: Adolescenti će najčešće izvještavati o simptomima anksioznosti i stresa, dok će nešto rjeđe izvještavati o simptomima depresivnosti.

2. Ispitati razlikuju li se adolescenti po pitanju procjene roditeljskog ponašanja, perfekcionizmu, samopoštovanju i mentalnom zdravlju s obzirom na spol.

H2: Djevojke će više od mladića doživljavati majčinu podršku.

H3: Djevojke će više doživljavati bihevioralnu, a mladići psihološku kontrolu i od strane majke i od strane oca.

H4: Djevojke će više od mladića iskazivati obilježja pozitivnog perfekcionizma.

H5: Djevojke će postizati niže rezultate na mjeri samopoštovanja od mladića.

H6: Djevojke će iskazivati više simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa od mladića.

3. Ispitati pojedinačni i kombinirani doprinos socioekonomskog statusa, roditeljskog ponašanja, perfekcionizma i samopoštovanja u predviđanju mentalnog zdravlja adolescenata Krapinsko-zagorske županije.

H7: Socioekonomski status, roditeljsko ponašanje, perfekcionizam i samopoštovanje bit će značajni prediktori mentalnog zdravlja adolescenata.

3. METODA

3.1. Sudionici

Za potrebe ovog istraživanja korišten je prigodni klaster uzorak učenika 7 srednjih škola s područja Krapinsko-zagorske županije. Testiranje je provedeno u 20 razrednih odjeljenja, drugih razreda srednje škole, od čega 10 strukovnih i 10 gimnazijskih. Razredna odjeljenja odabrana su od strane stručnih suradnika s obzirom na mogućnosti škole. Anketni upitnik ispunila su ukupno 404 učenika, međutim, zbog preskakanja velikog broja pitanja, iz konačne je analize isključeno njih šest. Od ukupnog uzorka, njih 244 bilo je ženskog spola (61,3%), 153 muškog spola (38,4%) te 1 učenik (0,3%) koji je ostao neizjašnjen. Raspon dobi učenika kretao se od 15 do 18 godina ($M=16,16$, $sd=,394$).

U nastavku slijedi popis škola koje su sudjelovale u istraživanju:

- Srednja škola Zlatar
- Srednja škola Krapina
- Srednja škola Zabok
- Gimnazija Antuna Gustava Matoša, Zabok
- Srednja škola Pregrada
- Škola za umjetnost, dizajn, grafiku i odjeću Zabok
- Srednja škola Bedekovčina

3.2. Mjerni instrumenti

U ovom istraživanju učenici su davali svoje odgovore na četiri različite skale:

- *Upitnik roditeljskog ponašanja*
- *Multidimenzionalna skala perfekcionizma*
- *Rosenbergova skala samopoštovanja*
- *Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa*

Uz navedene skale, učenici su ispunjavali upitnik socioekonomskog statusa konstruiran za potrebe ovog istraživanja, a kojim su se nastojali prikupiti podaci o njihovom spolu (0-„*muški*“, 1-„*ženski*“), prosjeku ocjena te materijalnim prilikama njihovih obitelji (1-„*puno bolje od prosjeka*“, 2-„*bolje od prosjeka*“, 3-„*prosječne*“, 4-„*lošije od prosjeka*“, 5-„*puno lošije od prosjeka*“).

Upitnik roditeljskog ponašanja (URP-29; Keresteš, Brković, Kuterovac Jagodić i Greblo, 2012) razvijen je u četiri forme, dvije ispituju dječju procjenu roditeljskog ponašanja, a dvije roditeljsku samoprocjenu. Za potrebe ovog istraživanja korištene su samo one forme Upitnika kojima se ispituje dječja procjena ponašanja roditelja. Sve forme upitnika sastoje se od 29 čestica grupiranih u 7 subskala koje zatim tvore 3 globalne dimenzije. Subskale *Toplina* (4 čestice), *Autonomija* (4 čestice), *Roditeljsko znanje* (4 čestice) te *Induktivno rezoniranje* (5 čestica) tvore globalnu dimenziju *Roditeljska podrška*. Nadalje, subskale *Intruzivnost* (4 čestice) i *Kažnjavanje* (5 čestica) tvore globalnu dimenziju *Restriktivna kontrola* dok subskala *Popustljivost* (3 čestice) sama tvori istoimenu globalnu dimenziju *Popustljivosti*. Čestice su izražene na skali od 1 do 4 prilikom čega vrijednost 1 označava „uopće nije točno“, vrijednost 2 „nije baš točno“, vrijednost 3 „dosta je točno“ dok vrijednost 4 označava „u potpunosti je točno“. Ukupni rezultati na subskalama i globalnim dimenzijama formiraju se kao prosjeci na odgovarajućim česticama prilikom čega viši rezultat ukazuje na veću izraženosti pojedinog oblika ponašanja roditelja.

Unutarnje konzistencije svih subskala i globalnih dimenzija kreću se u rasponu od $\alpha=0,67$ do $\alpha=0,89$.

Dimenzije roditeljskog ponašanja koje se formiraju ovim upitnikom donekle se podudaraju s dimenzijama roditeljskog ponašanja utvrđenim u ranijim istraživanjima koje se odnose na *Emocionalnost*, *Bihevioralnu i Psihološku kontrolu* (Schaefer, 1965; Barber, 1996; prema Keresteš). Globalne dimenzije *Restriktivna kontrola* iz URP-29 u potpunosti se preklapa s dimenzijom *Psihološka kontrola* budući da se obje sastoje od dviju jednakih subskala (*Intruzivnost* i *Kažnjavanje*). Nadalje, globalna dimenzija *Roditeljska podrška* donekle se preklapa s dimenzijom *Emocionalnost*. Naime, dimenziju *Roditeljska podrška* u ovom upitniku čine četiri subskale (*Toplina*, *Autonomija*, *Roditeljsko znanje* i *Induktivno rezoniranje*) dok se *Emocionalnost* u prethodnim istraživanjima sastojala od svega dvije navedene subskale (*Toplina* i *Autonomija*). Preostale dvije subskale *Roditeljske podrške* (*Roditeljsko znanje* i *Induktivno rezoniranje*) u prethodnim su istraživanjima činile dimenziju *Bihevioralne kontrole*. Na posljetku, globalna dimenzija *Popustljivosti* obuhvaća mali dio dimenzije *Bihevioralne kontrole*.

Multidimenzionalna skala perfekcionizma (MPS-F; Frost, Marten, Lahart, Rosenblate, 1990) sastoji se od 35 čestica koje mjere perfekcionizam. Čestice su izražene na skali od 1 do 5 prilikom čega vrijednost 1 označava „u potpunosti se ne slažem“, vrijednost 2 „djelomično se ne slažem“, vrijednost 3 „niti se slažem niti se ne slažem“, vrijednost 4 „djelomično se

slažem“ dok vrijednost 5 označava „*u potpunosti se slažem*“. Grupirane su u šest subskala: *Zabrinutost zbog pogrešaka* (9 čestica), *Organiziranost* (6 čestica), *Roditeljska očekivanja* (5 čestica), *Osobni standardi* (7 čestica), *Dvojba u vlastitu izvedbu* (4 čestice) i *Roditeljska prigovaranja* (4 čestice). Navedene subskale mogu se grupirati u dvije globalne dimenzije. Prva se globalna dimenzija odnosi na pozitivne aspekte perfekcionizma, a čine ju *Osobni standardi* i *Organiziranost*. Druga se globalna dimenzija odnosi na negativne aspekte perfekcionizma, a čine ju *Zabrinutost zbog pogrešaka*, *Roditeljska očekivanja*, *Dvojba u vlastitu izvedbu* te *Roditeljska prigovaranja*. Prije formiranja ukupnih rezultata, jednu je česticu potrebno obrnuto bodovati. Nakon toga, ukupan rezultat za svaku subskalu i globalnu dimenziju formira se kao zbroj procjena na odgovarajućim česticama. Što se tiče ukupnih rezultata na globalnim dimenzijama, kod pozitivnog se perfekcionizma on kreće u rasponu od 13 do 65, dok se kod negativnog perfekcionizma kreće u rasponu od 22 do 110, pri čemu viši rezultat ukazuje na višu izraženost pojedinih karakteristika.

Unutarnje konzistencije prethodno navedenih subskala kreću se u rasponu od $\alpha=0,61$ do $\alpha=0,87$.

Rosenbergova skala samopoštovanja (*Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965*) sastoji se od 10 čestica izraženih na skali od 5 stupnjeva prilikom čega 1 označava „*uopće se ne odnosi na mene*“, vrijednost 2 „*uglavnom se ne odnosi na mene*“, vrijednost 3 „*niti se ne odnosi niti se odnosi na mene*“, vrijednost 4 „*uglavnom se odnosi na mene*“ dok vrijednost 5 označava „*u potpunosti se odnosi na mene*“. Prije formiranja ukupnog rezultata, polovicu je čestica potrebno obrnuto bodovati. Nakon toga, ukupan rezultat formira se zbrajanjem vrijednosti na pojedinim česticama i kreće se u rasponu od 10 do 50, pri čemu veća vrijednost označava veće samopoštovanje.

Unutarnja konzistencija skale je visoka te iznosi $\alpha=0,88$.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (*Depression Anxiety Stress Scales; Lovibond i Lovibond, 1995*) sastoji se od 21 čestice. Svaka čestica izražena je na skali od četiri stupnja, prilikom čega vrijednost 0 označava „*uopće se ne odnosi na mene*“, vrijednost 1 „*ponekad se odnosi na mene*“, vrijednost 2 „*često se odnosi na mene*“, dok vrijednost 3 označava „*u potpunosti ili najčešće se odnosi na mene*“. Zadatak sudionika je zaokružiti vrijednost koja odgovara učestalosti pojave pojedinog simptoma unatrag tjedan dana. Skala se sastoji od 3 subskale: *Depresivnosti* (7 čestica), *Anksioznosti* (7 čestica) i *Stresa* (7 čestica), a ukupan rezultat za svaku subskalu formira se zbrajanjem vrijednosti pripadnih čestica. Dobiveni se

rezultat, u skladu s uputama autora skale, množi s brojem 2 i kreće se u rasponu od 0 do 42, a veći rezultat označava više simptoma mentalnih poremećaja. Težina simptoma pojedinih poremećaja interpretira se u skladu s rasponima prikazanim u Tablici 1.

Unutarnja konzistencija subskala je visoka te iznosi $\alpha=0,94$ za subskalu *Depresivnosti*, $\alpha=0,88$ za subskalu *Anksioznosti* te $\alpha=0,93$ za subskalu *Stresa*.

Tablica 1. *Raspon ukupnog rezultata na pojedinim subskalama DASS-a i njegova interpretacija (Lovibond i Lovibond, 1995)*

Težina	Depresija	Anksioznost	Stres
Normalna	0-9	0-7	0-14
Blaga	10-13	8-9	15-18
Srednja	14-20	10-14	19-25
Teža	21-27	15-19	25-33
Ekstremno teška	28+	20+	34+

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno tijekom svibnja 2019. godine u srednjim školama s područja Krapinsko-zagorske županije. U početnoj su fazi kontaktirani stručni suradnici putem e-mail adresa navedenih na stranicama njihovih škola te su zatražena dopuštenja za provođenjem istraživanja. Nakon odobrenja dobivenih od strane ravnatelja škola, sa stručnim su suradnicima dogovoreni termini testiranja. Razredna odjeljenja u kojima se istraživanje provodilo odabrana su od strane stručnog suradnika škole. Učenici su ankete ispunjavali u vremenu redovne nastave. Prije samog dijeljenja anketnih upitnika, učenici su obaviješteni o predmetu istraživanja. Naglašeno im je kako je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno kao i to da u bilo kojem trenutku mogu odustati od daljnjeg ispunjavanja upitnika. Također, učenici su zamoljeni da rješavanju pristupe samostalno i ozbiljno, da međusobno poštuju privatnost jedni drugih te daju iskrene odgovore. Naglašeno je i to da će se za one učenike koji nakon dobivanja upitnika u ruke krenu s njegovim rješavanjem smatrati da daju svoj informirani pristanak za sudjelovanje. Nakon upute, svim su učenicima podijeljeni upitnici. Za rješavanje im je bilo potrebno oko 25 minuta.

4. REZULTATI

Statističke analize podataka provedene su u programskom paketu SPSS, verzija 21.0 (IMB, 2012). U svrhu testiranja postavljenih hipoteza korištene su sljedeće statističke analize: Jednosmjerna analiza varijance (ANOVA) s ponovljenim mjerenjima, Multivarijatna analiza varijance (MANOVA) te Hijerarhijska regresijska analiza.

U nastavku su prikazani deskriptivni statistici i frekvencije na pojedinim skalama (Tablica 2).

Tablica 2. *Deskriptivni podaci rezultata sudionika*

	N	Min	Max	M	SD	Zakrivljenost	Spljoštenost
Prosjek ocjena na kraju prvog polugodišta	367	2,34	5,00	4,09	,577	-,620	-,253
Materijalne prilike obitelji	396	1	4	2,49	,650	-,592	-,241
Roditeljska podrška majke	396	1,71	4,00	3,20	,489	-,796	,230
Restriktivna kontrola majke	396	1,22	3,44	2,15	,447	,439	-,153
Popustljivost majke	396	1,00	4,00	2,40	,598	,074	-,261
Roditeljska podrška oca	379	1,00	3,94	2,89	,577	-,611	,248
Restriktivna kontrola oca	379	1,00	3,44	1,90	,479	,671	,250
Popustljivost oca	379	1,00	4,00	2,48	,789	,037	-,768
Pozitivni perfekcionizam	398	15	65,00	44,93	8,78	-,312	,051
Negativni perfekcionizam	398	22	105,00	55,11	13,93	,361	,113
Samopoštovanje	391	12	50,00	36,48	8,08	-,461	-,469
DASS Depresivnost	393	,00	42,00	12,53	11,09	,804	-,395
DASS Anksioznost	393	,00	42,00	10,16	10,29	1,07	,156
DASS Stres	393	,00	42,00	15,37	11,15	,519	-,638

Što se tiče podataka vezanih uz SES sudionika, iz Tablice 2. vidljivo je kako je prosjek ocjena sudionika s kraja prvog polugodišta dosta visok te iznosi 4,09 (sd=,487). Nadalje, većina sudionika procijenila je kako su materijalne prilike u njihovim obiteljima prosječne ili bolje od prosjeka (M=2,49, sd=,650). Gledajući varijable koje se odnose na percepciju roditeljskog

ponašanja, vidljivo je kako sudionici procjenjuju visoku podršku (emocionalnost iz prethodnih istraživanja) od strane majke ($M=3,2$, $sd=,489$) te nešto nižu od strane oca ($M=2,89$, $sd=,577$). Što se tiče restriktivne kontrole (ekvivalent psihološke kontrole iz prethodnih istraživanja) sudionici procjenjuju kako ih majke, u prosjeku, rijetko psihološki kontroliraju ($M=2,15$, $sd=,447$) dok očevi to čine još rjeđe ($M=1,90$, $sd=,479$). Popustljivost roditelja (koja se donekle poklapa s bihevioralnom kontrolom iz prethodnih istraživanja) sudionici su procijenili nešto višom kod očeva ($M=2,48$, $sd=,789$) nego kod majki ($M=2,40$, $sd=,598$). Što se tiče perfekcionizma, sudionici su kod sebe procijenili višu izraženost karakteristika vezanih uz pozitivni perfekcionizam ($M=44,93$, $sd=8,78$), dok su izraženost karakteristika vezanih uz negativni perfekcionizam procijenili nešto nižom ($M=55,11$, $sd=13,93$). Gledajući prosječne rezultate na samopoštovanju sudionika, vidljivo je kako njihovi rezultati gravitiraju prema višim vrijednostima ($M=36,48$, $sd=8,08$), što znači da sudionici ovog istraživanja imaju relativno visoko samopoštovanje. Što se tiče subskala DASS-a, tu sudionici postižu umjereno niže rezultate u izraženosti simptoma. Najizraženiji su im simptomi stresa ($M=15,37$, $sd=11,15$) nakon čega slijede simptomi depresivnosti ($M=12,53$, $sd=11,09$) te, na posljepku, simptomi anksioznosti ($M=10,16$, $sd=10,29$)

Da bi se utvrdila raspodjela sudionika po težini simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa, u Tablici 3. prikazane su frekvencije pripadnosti sudionika pojedinim kategorijama.

Tablica 3. Pripadnost sudionika određenoj razini izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa

	Depresivnost		Anksioznost		Stres	
	N	%	N	%	N	%
Normalna	198	50,4	202	50,8	217	54,5
Blaga	41	10,4	33	8,3	43	10,8
Srednja	63	16,0	59	14,8	49	12,3
Teža	34	8,7	21	5,3	48	12,1
Ekstremno teška	57	14,5	78	19,6	36	9,0

Iz Tablice 3 vidljivo je kako većina sudionika pripada skupinama niže izraženosti simptoma na svim subskalama mentalnog zdravlja. Kod subskale depresivnosti, normalne i blage simptome iskazuje 60,8% sudionika, kod anksioznosti njih 59,1%, a kod stresa njih 65,3%. Iako je vidljivo kako većina sudionika gravitira prema nižoj izraženosti simptoma mentalnih poremećaja, zabrinjavajuće je kako čak 21,1% sudionika izvještava o teškim ili ekstremno teškim

simptomima stresa, 23,2% o teškim ili ekstremno teškim simptomima depresivnosti te 24,9% o teškim ili ekstremno teškim simptomima anksioznosti.

Kako bismo provjerili koju su vrstu simptoma, neovisno o njihovoj težini, sudionici najčešće prepoznali kod sebe, provedena je analiza varijance s ponovljenim mjerenjima (Tablica 4).

Tablica 4. *Analiza razlika u izraženosti depresivnosti, anksioznosti i stresa (N=393)*

Br.	Varijabla	M	SD	Razlika (p vrijednost)		
				1	2	3
1	Depresivnost	12,53	11,09	-	<0,001	<0,001
2	Anksioznost	10,16	10,29	<0,001	-	<0,001
3	Stres	15,37	11,15	<0,001	<0,001	-

Rezultati analize pokazali su statistički značajan multivarijatan efekt (Wilks $\lambda=0,627$; $F(2/391)=116,47$; $p<0,001$) te su u Tablici 4. prikazani rezultati testiranja razlika između pojedinih varijabli pri čemu su značajnosti razlika korigirane Bonferronijevom korekcijom. Rezultati analiza pokazuju da su sve razlike statistički značajne te da učenici u najvećoj mjeri iskazuju simptome stresa ($M=15,37$), zatim simptome depresivnosti ($M=12,53$) te na posljedku simptome anksioznosti ($M=10,16$).

Za testiranje spolnih razlika u SES-u, procjeni roditeljskog ponašanja, perfekcionizmu i samopoštovanju, provedena je Multivarijatan analiza varijance (MANOVA). Prije same analize, ispitani su preduvjeti nužni za njezinu provedbu Boxovim i Levenovim testom. Rezultati Boxovog testa ukazuju na zadovoljenu pretpostavku o homogenosti matrice kovarijance (Boxov $M=124,955$, $F=1,136$, $df1=105$, $df2=276590,915$, $p>0,05$). Također, Levenovim je testom utvrđeno kako je zadovoljena pretpostavka o homogenosti varijanci na svim varijablama osim na varijabli koja se odnosi na popustljivosti oca ($F=4,856$, $df1=1$, $df2=338$, $p<0,05$). Međutim, zbog veličine uzorka i ravnomjerne raspodjele s obzirom na spol, pretpostavlja se da daljnja analiza neće biti narušena.

Tablica 5. Deskriptivni podaci i prikaz spolnih razlika u SES-u, percipiranom roditeljskom ponašanju, perfekcionizmu, samopoštovanju i mentalnom zdravlju adolescenata (rezultati MANOVA-e)

	F*	P	Parcijalni η^2	Spol			
				Muški		Ženski	
				M	sd	M	Sd
SES							
Prosjek ocjena	18,167	,000**	,051	3,95	,588	4,21	,522
Materijalne prilike obitelji	1,113	,292	,003	2,41	,720	2,49	,625
Roditeljsko ponašanje							
Roditeljska podrška majke	15,399	,000**	,044	3,08	,431	3,28	,493
Restriktivna kontrola majke	2,190	,140	,006	2,17	,476	2,11	,422
Popustljivost majke	,310	,578	,001	2,37	,596	2,41	,591
Roditeljska podrška oca	2,848	,092	,008	2,84	,520	2,94	,585
Restriktivna kontrola oca	4,903	,027*	,014	1,95	,523	1,83	,441
Popustljivost oca	8,402	,004*	,024	2,34	,725	2,58	,801
Perfekcionizam							
Pozitivni perfekcionizam	,620	,432	,002	44,67	8,83	45,43	8,77
Negativni perfekcionizam	1,916	,185	,005	56,36	13,62	54,26	13,85
Samopoštovanje							
Samopoštovanje	3,206	,074	,009	37,65	7,59	36,11	7,98
Mentalno zdravlje							
DASS Depresivnost	8,559	,004**	,025	10,04	9,78	13,37	10,68
DASS Anksioznost	5,009	,025*	,015	8,35	9,12	10,82	10,44
DASS Stres	15,295	,000**	,043	12,07	10,34	16,72	11,05

Multivarijatni test: Wilks $\lambda = 124,955$; $F = 1,136$; $df_1 = 105,00$; $df_2 = 276590,915$; $p < .05$; parcijalni $\eta^2 = ,997$ Napomena: * $df_1=1$, $df_2=338$

Što se tiče spolnih razlika u SES-u, iz Tablice 5 vidljivo je kako postoje statistički značajne spolne razlike u prosjeku ocjena ($F=18,167$, $p<,01$) i to na način da djevojke ($M=4,21$, $sd=,522$) imaju nešto viši prosjek od mladića ($M=3,95$, $sd=,588$). Nadalje, što se tiče percepcije roditeljskog ponašanja, vidljivo je kako postoje statistički značajne spolne razlike u percepciji podrške dobivene od majke ($F=15,399$, $df_1=1$, $df_2=338$, $p<,01$) i to na način da je djevojke dobivaju više ($M=3,28$, $sd=,493$). Također, utvrđene su statistički značajne razlike u restriktivnoj kontroli oca ($F=4,903$, $df_1=1$, $df_2=338$, $p<,05$) na način da očevi više restriktivno kontroliraju mladiće ($M=1,95$, $sd=,523$) te u percepciji popustljivosti oca ($F=8,402$, $df_1=1$,

df2=338, $p < ,01$) na način da su očevi popustljiviji prema djevojkama ($M=2,58$, $sd=,801$). Statistički značajne spolne razlike pronađene su i u izraženosti simptoma na svim dimenzijama mentalnog zdravlja: depresivnosti ($F=8,559$, $df1=1$, $df2=338$, $p < ,01$), anksioznosti ($F=5,009$, $df1=1$, $df2=338$, $p < ,05$) te stresa ($F=15,295$, $df1=1$, $df2=338$, $p < ,01$) i to na način da su simptomi svih poremećaja izraženiji kod djevojaka (depresivnost: $M=13,37$, $sd=10,68$; anksioznost: $M=10,82$, $sd=10,44$; stres= $16,72$, $sd=11,05$)

Što se tiče perfekcionizma i samopoštovanja, kod sudionika nisu pronađene statistički značajne spolne razlike.

Da bismo izračunali povezanosti prediktorskih varijabli (SES, percepcija roditeljskog ponašanja, perfekcionizam i samopoštovanje) s kriterijskim varijablama (DASS Depresivnost, DASS Anksioznost i DASS Stres) izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije prikazani u Tablici 6.

Tablica 6. Prikaz interkorelacija svih korištenih varijabli.

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1.	,234**	,075	,202**	-,062	,054	,084	-,092	,153**	,061	-,037	-,100*	,174**	,146**	,232**
2.		,061	,141**	-,057	-,089	,060	-,107*	-,056	,234**	-,051	,086	-,087	-,131*	-,068
3.			-,164**	,008	-,080	-,184**	-,018	-,153**	-,136**	,000	-,180**	,142**	,046	,078
4.				-,228**	,193**	,519**	-,038	,183**	,259**	-,273**	,267**	-,230**	-,117*	-,073
5.					-,136**	-,053	,472**	-,003	-,027	,409**	-,270**	,255**	,195**	,191**
6.						,070	-,058	,430**	,085	,018	,039	,033	,051	,106*
7.							,038	,207**	,257**	-,257**	,324**	-,363**	-,252**	-,206**
8.								-,202**	,078	,397**	-,221**	,212**	,207**	,185**
9.									,079	-,066	,144**	-,111*	-,062	-,029
10.										,282**	,103*	-,008	,054	,088
11.											-,544**	,543**	,522**	,521**
12.												-,748**	-,608**	-,603**
13.													,765**	,805**
14.														,801**

Napomena: $p < .01^{**}$; $p < .05^{*}$; 1-spol; 2-prosjek ocjena; 3-materijalne prilike obitelji; 4-roditeljska podrška majke; 5-restruktivna kontrola majke; 6-popustljivost majke; 7-roditeljska podrška oca; 8-restruktivna kontrola oca; 9-popustljivost oca; 10- pozitivni perfekcionizam; 11-negativni perfekcionizam; 12-samopoštovanje; 13-DASS Depresivnost; 14-DASS Anksioznost; 15-DASS Stres

Iz Tablice 6 vidljivo je kako najvišu korelaciju sa svim subskalama mentalnog zdravlja postiže prediktor samopoštovanja. Navedena je korelacija negativna te je najviša s depresivnošću ($r=-,748$, $p<,01$) nakon čega slijedi anksioznost ($r=-,608$, $p<,01$) te, na posljetku, stres ($r=-,603$, $p<,01$). Navedene korelacije ukazuju na to da adolescenti s višim samopoštovanjem iskazuju manje problema mentalnog zdravlja. Nadalje, utvrđene su visoke pozitivne korelacije između negativnog perfekcionizma i svih subskala mentalnog zdravlja. Najviša je povezanost dobivena između negativnog perfekcionizma i depresivnosti ($r=,543$, $p<,01$), zatim negativnog perfekcionizma i anksioznosti ($r=,522$, $p<,01$) te, na posljetku, negativnog perfekcionizma i stresa ($r=,521$, $p<,01$) što znači da adolescenti s izraženijim obilježjima negativnog perfekcionizma iskazuju više simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Sljedeća najviša korelacija dobivena je između subskala mentalnog zdravlja i varijable koja se odnosi na percepciju roditeljskog ponašanja, a to je roditeljska podrška oca. Naime, roditeljska podrška oca u najvišoj je korelaciji s depresivnošću ($r=-,363$, $p<,01$), zatim s anksioznošću ($r=-,252$, $p<,01$) te, na posljetku, sa stresom ($r=-,206$, $p<,01$). Navedene su korelacije negativne što znači da adolescenti koji percipiraju manje podrške oca imaju izraženije simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa. Nadalje, restriktivna kontrola majke, jednako kao i restriktivna kontrola oca, u pozitivnoj je korelaciji sa svim subskalama mentalnog zdravlja, osobito s depresivnošću, što znači da adolescenti koji percipiraju više restriktivne kontrole roditelja imaju izraženije probleme mentalnog zdravlja. Što se tiče varijabli koje se odnose na SES sudionika, utvrđena je statistički značajna pozitivna korelacija spola i stresa ($r=,232$, $p<,01$), depresivnosti ($r=,174$, $p<,01$) te anksioznosti ($r=,146$, $p<,01$) i to na način da djevojke izražavaju više simptoma mentalnih poremećaja. Također, utvrđena je statistički značajna negativna korelacija između prosjeka ocjena i anksioznosti ($r=-,131$, $p<,05$) što znači da adolescenti s nižim prosjekom izvještavaju o prisutnosti većeg broja simptoma anksioznosti. Statistički značajna pozitivna korelacija utvrđena je između obiteljskih prihoda i depresivnosti ($r=,142$, $p<,01$) što znači da adolescenti koji dolaze iz obitelji slabijih materijalnih mogućnosti imaju izraženije simptome depresivnosti.

Sukladno korelacijama utvrđenim u Tablici 6. formiran je raspored ulaska blokova u hijerarhijsku regresijsku analizu na način da su najprije ulazili oni blokovi čije su varijable u manjoj korelaciji s varijablama mentalnog zdravlja. Rezultati navedene analize prikazani su u Tablici 7.

Tablica 7. Standardni koeficijenti doprinosa pojedinih prediktora u objašnjavanju ukupnih varijabiliteta na pojedinim DASS subskalama

Prediktor	Depresivnost				Anksioznost				Stres			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Spol učenika	,178*	,248**	,235**	,132*	,156*	,206**	,194**	,121	,233**	,275**	,263**	,187**
Prosjeak ocjena	-,116	-,078	-,058	-,040	-,155*	-,128	-,118	-,105	-,122	-,095	-,082	-,068
Materijalne prilike obitelji	,091	,025	,045	-,020	,011	-,032	-,008	-,054	,039	,005	,030	-,018
Roditeljska podrška majke		-,026	,039	,031		,015	,076	,071		,054	,119	,113
Restriktivna kontrola majke		,205**	,063	,028		,140	-,006	-,031		,181*	,029	,004
Popustljivost majke		,058	,049	,044		,032	,020	,017		,102	,090	,086
Roditeljska podrška oca		-,305**	-,192**	-,141*		-,223**	-,113	-,076		-,219**	-,103	-,065
Restriktivna kontrola oca		,128	,006	,004		,144	,012	,010		,106	-,030	-,032
Popustljivost oca		-,071	-,074	-,031		-,053	-,056	-,026		-,082	-,086	-,054
Pozitivni perfekcionizam			-,117	,011			-,079	,013			-,092	,002
Negativni perfekcionizam			,498**	,150			,514**	,266**			,537**	,279**
Samopoštovanje				-,601**				-,429**				-,445**
R	,212	,485	,617	,769	,194	,380	,555	,644	,242	,405	,583	,675
R2	,045	,235	,381	,591	,038	,145	,308	,415	,059	,164	,340	,455
Rcor2	,036*	,214**	,360**	,576**	,029*	,121**	,285**	,393**	,050**	,141**	,318**	,435**
P	<,05	<,01	<,01	<,01	<,05	<,01	<,01	<,01	<,01	<,01	<,01	<,01

*-p<,05; **-p<,01; R-koeficijent multiple korelacije R²-koeficijent multiple determinacije; R_{cor}²- korigirani koeficijent multiple determinacije

U Tablici 7 prikazane su tri hijerarhijske regresijske analize. Prva se odnosi na predviđanje simptoma depresivnosti, druga na predviđanje simptoma anksioznosti i treća na predviđanje simptoma stresa. Sve hijerarhijske regresijske analize provedene su u četiri koraka. U prvom koraku u analizu su ulazile varijable socioekonomskog statusa, a u drugom koraku varijable koje se odnose na percepciju roditeljskog ponašanja. U trećem koraku u analizu su uključene varijable koje se odnose na perfekcionizam te, na posljertku, u četvrtom koraku uključeno je samopoštovanje.

Prvom regresijskom analizom, koja se odnosila na utvrđivanje doprinosa pojedinih blokova varijabli u objašnjavanju simptoma depresivnosti utvrđeno je sljedeće: u prvom koraku spol sudionika pokazao se jedinim značajnim prediktorom te je njime objašnjeno 3,6% varijance depresivnosti. U drugom koraku, uz spol, značajnim prediktorima pokazali su se restriktivna kontrola majke te podrška oca čime postotak objašnjene varijance depresivnosti raste na 21,4%. U trećem koraku, uvođenjem varijabli koje se odnose na perfekcionizam, restriktivna kontrola majke prestaje biti značajan prediktor. Uz spol i podršku oca, statistički značajnim postaje negativni perfekcionizam, a ukupni postotak objašnjene varijance povećava se na 36,0%. U posljednjem koraku, uvođenjem samopoštovanja, negativni perfekcionizam prestaje biti značajan prediktor. Značajnim prediktorima ostaju spol i podrška oca, a značajnim postaje i samopoštovanje. Postotak objašnjene varijance nakon ulaska samopoštovanja iznosi 57,6%. Najboljim prediktorom depresivnosti pokazalo se upravo samopoštovanje ($\beta = -.601$, $p < .01$)

Drugom regresijskom analizom, koja se odnosila na utvrđivanje doprinosa pojedinih blokova varijabli u objašnjavanju simptoma anksioznosti utvrđeno je sljedeće: u prvom koraku značajnim prediktorima anksioznosti pokazali su se spol i prosjek ocjena adolescenata te je njima objašnjeno 2,9% varijance simptoma anksioznosti. U drugom koraku, ulaskom varijabli koje se odnose na percepciju roditeljskog ponašanja, prosjek ocjena prestaje biti značajan prediktor, a uz spol, značajnim postaje podrška oca. Nakon ulaska drugog bloka varijabli, postotak objašnjene varijance anksioznosti iznosi 12,1%. Uključivanjem varijabli koje se odnose na perfekcionizam u trećem koraku, podrška oca prestaje biti značajna, a uz spol, značajnim prediktorom postaje negativni perfekcionizam. Nakon ulaska trećeg bloka, postotak objašnjene varijance anksioznosti raste na 28,5%. Na posljertku, u četvrtom koraku u kojem u analizu ulazi samopoštovanje, spol prestaje biti značajni prediktor. Značajnim prediktorom ostaje negativni perfekcionizam, a značajnim postaje i samopoštovanje. Postotak objašnjene varijance anksioznosti, nakon ulaska sva četiri bloka varijabli, iznosi 39,3%. Najboljim

prediktorima anksioznosti pokazali su se upravo negativni perfekcionizam ($\beta=,266$, $p<,01$) te samopoštovanje ($\beta=-,429$, $p<,01$)

Trećom regresijskom analizom, koja se odnosila na utvrđivanje doprinosa pojedinih blokova varijabli u objašnjenju simptoma stresa utvrđeno je sljedeće: u prvom koraku značajnim prediktorom stresa pokazao se jedino spol te je njime objašnjeno 5,0% varijance stresa. Nakon ulaska drugog bloka, uz spol, značajnim prediktorom pokazala se podrška oca, a postotak objašnjene varijance stresa raste na 14,1%. Nakon ulaska trećeg bloka, podrška oca prestaje biti značajan prediktor stresa, a uz spol, značajni prediktor je negativni perfekcionizam. Postotak objašnjene varijance stresa nakon ulaska trećeg bloka varijabli iznosi 31,8%. Na posljertku, ulaskom samopoštovanja u analizu, uz spol i negativni perfekcionizam, značajan prediktor je i samopoštovanje. Ukupan postotak objašnjene varijance stresa nakon ulaska sva četiri bloka iznosi 43,5%. Kao najbolji prediktori stresa pokazali su se ponovo negativni perfekcionizam ($\beta=,279$, $p<,01$) i samopoštovanje ($\beta=-,445$, $p<,01$).

Prema svemu navedenom, vidljivo je kako navedena četiri bloka varijabli najviše doprinose objašnjenju varijance depresivnosti, nakon čega slijedi stres te, na posljertku, anksioznost. Također, utvrđeno je kako, nakon ulaska sva četiri bloka varijabli u analizu, anksioznost i stres najbolje predviđaju jednaki prediktori, a to su negativni perfekcionizam i samopoštovanje. S druge strane, nakon ulaska sva četiri bloka varijabli u predviđanje depresivnosti, negativni perfekcionizam nije značajan prediktor. Umjesto njega, važnim se prediktorom pokazala podrška oca.

5. RASPRAVA

Prvi problem ovog istraživanja odnosio se na opisivanje pojavnosti depresivnosti, anksioznosti i stresa kod adolescenata Krapinsko-zagorske županije. Pregledom postojeće literature postavljena je prva hipoteza (H1) ovog istraživanja o tome kako će adolescenti najčešće izvještavati o doživljavanju simptomima anksioznosti i stresa, a nešto rjeđe o doživljavanju simptoma depresivnosti. Rezultati provedene ANOVA-e s ponovljenim mjerenjima (Tablica 4) donekle potvrđuju postavljenu hipotezu (Wilks $\lambda=0,627$; $F(2/391)=116,47$; $p<0,001$). Naime, sudionici ovog istraživanja u najvećoj su mjeri izvještavali o doživljavanju simptoma stresa ($M=15,35$) čime je potvrđen jedan dio postavljene hipoteze. Nakon simptoma stresa, sudionici su učestalo izvještavali o doživljavanju simptoma depresivnosti ($M=12,53$). Iznenadujuće, o doživljavanju simptoma anksioznosti, sudionici su izvještavali u najmanjoj mjeri ($M=10,16$) čime je opovrgnut dio hipoteze koji se odnosio na to da će sudionici, uz simptome stresa, najčešće navoditi doživljavanje simptoma anksioznosti. Dobivanje podataka koji ukazuju na to da adolescenti najčešće doživljavaju simptome stresa nije iznenadujuće. Poznato je kako se razdoblje adolescencije smatra razdobljem „oluje i stresa“ (Wenear, 2003). Adolescenti se gotovo svakodnevno suočavaju s velikim oscilacijama u raspoloženju i energiji. Također, često su u konfliktu s drugima, ali i sami sa sobom (Wenear, 2003). Navedeni se konflikti često javljaju kao rezultat velikog nesrazmjera između njihovog tjelesnog i spolnog stupnja razvoja te kognitivnog i emocionalnog stupanj razvoja (Swanson, 2007, prema Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012). Također, ne pomaže im niti činjenica kako okolina od njih često očekuje savršenu izvedbu što rezultira time da si oni često postavljaju nedostižne i nerealne ciljeve (Anthony i Swinson, 2009). Prema svemu navedenom, vidljivo je kako stres uistinu čini dio svakodnevice adolescenata (Wenear, 2003). Ono što kod dobivenih rezultata pomalo iznenađuje je činjenica da adolescenti češće izvještavaju o simptomima depresivnosti nego o simptomima anksioznosti. Navedeno nije u skladu s istraživanjem Rapee i suradnika (2005, prema Novak i Bašić, 2008) koje navodi kako su upravo simptomi anksioznosti oni o kojima adolescenti najčešće izvještavaju. Međutim, autori Novak i Bašić (2008) navode kako pouzdanih podataka o prevalenciji pojedinih mentalnih poteškoća, među kojima su anksioznost i depresivnost, kod hrvatskih adolescenata gotovo da i nema. Kao rezultat toga, očekivanja vezana uz prevalencije navedenih simptoma često se mogu pokazati pogrešnima. Zanimljiv je podatak kojeg navode istraživači Dwyer, Nicholson i Battistutta (2006, prema Novak i Bašić, 2008) o tome kako roditelji i nastavnici često teško prepoznaju simptome depresivnosti i anksioznosti kod adolescenata. Također, osim poteškoća s kojima se

susreću roditelji i nastavnici, na poteškoće vezane uz kriterije dijagnosticiranja depresivnosti kod adolescenata nailaze i stručnjaci. Naime, stručnjaci tvrde kako su znakovi depresivnosti u tom razdoblju često „zamaskirani“ problemima u ponašanju (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004, prema Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012). Sukladno svemu navedenom, postoji mogućnost da i sami adolescenti navedene simptome teže prepoznaju.

Treba napomenuti kako se analizom prikazanom u Tablici 4 nastojalo utvrditi jednostavno koje simptome adolescenti najčešće doživljavaju, bez obzira na njihov intenzitet. Raspodjela doživljenih simptoma s obzirom na njihov intenzitet prikazana je u Tablici 3. Iz navedene tablice vidljivo je kako većina sudionika pripada skupinama niže izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Međutim, iako većina sudionika gravitira prema nižim vrijednostima, zabrinjavajući su podaci kako 21,1% adolescenata izvještava o teškim i ekstremno teškim simptomima stresa, 23,2% adolescenata o teškim i ekstremno teškim simptomima depresivnosti te čak 24,9% adolescenata o teškim i ekstremno teškim simptomima anksioznosti. Dobivanje ovako visokih postotaka doživljavanja teških i ekstremno teških simptoma stresa, depresivnosti, a osobito anksioznosti, donekle se može objasniti karakteristikama razdoblja u kojem je istraživanje provedeno. Naime, istraživanje se provodilo svega mjesec dana prije kraja školske godine koje, zbog različitih pritisaka i zahtjeva, predstavlja iznimno burno razdoblje u životima većine adolescenata. Postoji mogućnost kako bi u drugačijim okolnostima, sudionici izvještavali o manjoj zastupljenosti i intenzitetu simptoma mentalnih poremećaja.

Drugi problem ovog istraživanja odnosio se na opisivanje spolnih razlika vezanih uz procjenu roditeljskog ponašanja, perfekcionizma, samopoštovanja te mentalnog zdravlja adolescenata. Pregledom postojeće literature postavljena je druga hipoteza (H2) ovog istraživanja o tome kako će djevojke doživljavati više majčine podrške od mladića. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju postavljenu hipotezu, što je vidljivo u Tablici 5. Dobiveni rezultati u skladu su s istraživanjem Macuke (2008), koja navodi kako majke prema djevojkama iskazuju više prihvaćanja i podrške, dok prema mladićima iskazuju više dominacije.

Što se tiče treće hipoteze (H3) sukladno kojoj se očekuje da će mladići doživljavati više psihološke, a djevojke više bihevioralne kontrole, ona je djelomično potvrđena. Naime, iz Tablice 5 vidljivo je kako je dobivena statistički značajna razlika u restriktivnoj odnosno, psihološkoj kontroli oca i to na način da više psihološki kontroliraju mladiće što je u skladu s istraživanjem Macuke (2008), koja dobiva jednake rezultate. Također, utvrđeno je kako su očevi popustljiviji prema djevojkama u odnosu na mladiće tj., uzimajući u obzir podjelu vrsta

roditeljskog ponašanja iz prethodnih istraživanja, a sukladno kojoj se *Popustljivost* djelomično preklapa s *Biheviornom kontrolom*, očevi manje biheviornalno kontroliraju djevojke. Navedeno je u suprotnosti s postavljenom hipotezom. Međutim, dobivene razlike mogu se donekle pripisati razlikama u korištenom instrumentu. Naime, u našem istraživanju globalnu dimenziju *Biheviornalne kontrole* činila je jedino subskala *Popustljivost* roditelja dok su u prethodnim istraživanjima *Biheviornalnu kontrolu*, uz subskalu *Popustljivosti*, činile još i subskale *Roditeljsko znanje* te *Induktivno rezoniranje*.

Četvrta hipoteza (H4) koja se odnosila na to da će djevojke više od mladića iskazivati obilježja pozitivnog perfekcionizma te peta hipoteza (H5) sukladno kojoj se očekivalo da će djevojke postizati niže rezultate od mladića na mjeri samopoštovanja nisu potvrđene (Tablica 5). Što se tiče perfekcionizma, dobiveni nalazi u skladu su s nalazima istraživanja Gajšek (2013) koje ne nalazi spolne razlike niti kod obilježja pozitivnog niti kod obilježja negativnog perfekcionizma. Međutim, u suprotnosti su s istraživanjima Bradarić (2017) i Kapetanović (2008) koja navode kako postoje spolne razlike vezane uz obilježja pozitivnog perfekcionizma, te da su mu djevojke sklonije od mladića. Dobivene razlike donekle se mogu objasniti razlikama u dobi sudionika ovog i prethodnih istraživanja. Naime, uzorak ovog istraživanja činili su adolescenti dok su uzorke prethodnih istraživanja činili studenti. Također, u istraživanju Kapetanović (2008) koje je, osim na uzorku studenata, provedeno i na uzorku adolescenata, sudionice su bile isključivo učenice gimnazijskih razreda. Naime, pokazalo se kako si gimnazijalci, da bi upisali željeni fakultet, češće od učenika strukovnih škola postavljaju visoke osobne standarde, a koji su jedan od temeljnih obilježja pozitivnog perfekcionizma. S druge strane, sudionice našeg istraživanja nisu bile isključivo gimnazijalke, već i učenice strukovnih školi. Što se tiče samopoštovanja, nalazi ovog istraživanja ukazuju kako se adolescentice ne razlikuju od adolescenata po pitanju samopoštovanja (Tablica 5). Navedeno je u suprotnosti s istraživanjima Bolognini, Plancherel, Bettschart i Halfon (1996) te s istraživanjem Nekić, Uzelec i Jurkin (2016) koja tvrde kako djevojke postižu niže rezultate na mjerama samopoštovanja od mladića. Međutim, važno je napomenuti kako niti jedno od ranije navedenih istraživanja kao mjeru samopoštovanja nije koristilo Rosenbergovu skalu samopoštovanja. Istraživanja (Biščanić, 1995; Filipović, 2002, sve prema Pastor, 2004) koja su koristila spomenutu skalu te njome mjerila globalno samopoštovanje konzistentno izvještavaju o nepostojanju spolnih razlika u samopoštovanju.

Što se tiče šeste hipoteze (H6), sukladno kojoj se očekuje kako će adolescentice iskazivati više simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa od mladića, ona je ovim istraživanjem u potpunosti potvrđena (Tablica 5). Navedeno je u skladu s istraživanjima Vulić,

Prtorić i Sorić (2001) te istraživanjem Saulaja i suradnika (2004) koji navode kao je pojavnost depresivnih simptoma izraženija kod djevojaka nego kod mladića. Također, u skladu je s istraživanjem Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley i Allen (1998) koje navodi kako djevojke češće doživljavaju simptome anksioznosti od mladića te s istraživanjima Almeida i Kessler (1998) i Matud (2004) koja jednaki trend nalaze i kod simptoma stresa. Naime, Matud (2004) navodi kako se djevojke i mladići često ne razlikuju nužno u broju stresnih događaja, već u načinu na koji ih oni doživljavaju. Naime, djevojke su takvim događajima više pogođene. Tome u prilog govori podatak kako su djevojke, izložene jednakim stresorima kao i mladići, daleko osjetljivije na razvoj depresivnih i anksioznih poremećaja. Jedan od razloga tome može biti način na koji se one nose sa stresom. Naime, pokazalo se kako djevojke, još od adolescencije, često i dugotrajno razmišljaju o stresnim situacijama i vlastitim problemima, a rijetko poduzimaju akcije usmjerene na rješavanje istih (Nolen-Hoeksema, 2001).

Prije samog testiranja trećeg postavljanog problema i sedme hipoteze (H7) sukladno kojoj su socioekonomski status, ponašanje roditelja, perfekcionizam i samopoštovanje značajni prediktori mentalnog zdravlja adolescenata, izračunata je matrica korelacija prikazana u Tablici 6. Njome je utvrđeno kako je od svih setova varijabli, SES (spol i materijalne prilike obitelji) u najnižoj korelaciji s mentalnim zdravljem i to na način da je lošija financijska situacija obitelji povezana s narušenim mentalnim zdravljem. Postojanje navedene korelacije u skladu je s prethodnim istraživanjima (Ajduković i Rajter, 2014; Sviben, 2017) koja sugeriraju kako su slabije materijalne prilike negativno povezane s mentalnim zdravljem adolescenata. Naime, istraživanje Barrera i suradnika (2002, prema Škrokov, 2014) navodi kako u obiteljima slabijih materijalnih prilika češće dolazi do svađa roditelja, zanemarivanja djece te češćeg agresivnog discipliniranja djece. Moguće je da ovakav način postupanja roditelja s djecom narušava njihovu emocionalnu i socijalnu prilagodbu okolini te izaziva velike količine stresa.

Nešto više korelacije utvrđene su između seta varijabli koji se odnosio na ponašanja roditelja i mentalnog zdravlja. Značajnom se pokazala korelacija restriktivne kontrole oba roditelja na način da adolescenti izloženi većoj restriktivnoj kontroli roditelja iskazuju više simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Također, utvrđeno je kako adolescenti koji percipiraju manje podrške oca iskazuju više simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Navedeni podaci u skladu su s prethodnim istraživanjem kojeg su provodili autori Kurtović i Marčinko (2010), a prema kojima malo roditeljske topline i prihvaćanja te često kritiziranje i psihološka kontrola često rezultiraju depresivnim simptomima kod adolescenata.

Treća po veličini korelacija utvrđena je između seta varijabli koje se odnose na perfekcionizam i mentalno zdravlje. Dobiveni su rezultati koji ukazuju kako adolescenti s izraženim obilježjima negativnog perfekcionizma češće doživljavaju simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa. Ovakvi rezultati u skladu su s prethodnim istraživanjem autora Kurtović (2013) koje navodi kako obilježja negativnog perfekcionizma mogu biti štetna za mentalno zdravlje. Navedena negativna povezanost može se objasniti time da su adolescenti s izraženim negativnim perfekcionizmom izloženi stalnom strahu od neuspjeha, stalno sumnjaju u vlastitu izvedbu te rijetko ostvaruju svoje potencijale (Taylor, 2004; prema Oppenheim, 2014).

Na posljepku, najviše korelacije utvrđene su između varijabli mentalnog zdravlja i samopoštovanja i to na način da adolescenti višeg samopoštovanja izvještavaju o manje simptoma mentalnih poremećaja. Navedeni rezultati u skladu su s istraživanjem Bolognini, Plancherel, Bettschart i Halfon (1996) koje tvrdi kako je visoko samopoštovanje jedan od najboljih zaštitnih čimbenika mentalnog zdravlja.

Temeljem navedenih korelacija, formiran je raspored ulaska pojedinih blokova u hijerarhijsku regresijsku analizu prikazanu u Tablici 7. Utvrđeno je kako se, prilikom predviđanja ukupnih rezultata na svakoj subskali DASS-a zasebno, ulaskom svakog novog bloka varijabli, statistički značajno povećavao postotak objašnjene varijance i depresivnosti i anksioznosti i stresa. Dobivanjem ovakvih rezultata potvrđena je H7 ovog istraživanja. U sve tri regresijske analize, nakon ulaska zadnjeg bloka varijabli, samopoštovanje se pokazalo najboljim prediktorom ($\beta_D = -.601$, $\beta_A = -.429$, $\beta_S = -.445$) što je i u skladu s očekivanjem. Naime, kao što je već ranije spomenuto, visoko samopoštovanje smatra se jednim od najboljih zaštitnih čimbenika mentalnog zdravlja (Bolognini, Plancherel, Bettschart i Halfon, 1996). Pokazalo se kako osobe višeg samopoštovanja češće imaju dobru socijalnu podršku te su sigurniji u sebe i svoje sposobnosti. Sve to čini ih otpornijima na razvoj poteškoća vezanih uz mentalno zdravlje. Iako se samopoštovanje pokazalo značajnim prediktorom svih simptoma mentalnih poremećaja ispitivanih u ovom istraživanju, zanimljivo je kako je njegova prediktivna snaga kod depresivnosti daleko veća od one koju ima kod anksioznosti i stresa. Nadalje, negativni perfekcionizam pokazao se značajnim prediktorom anksioznosti i stresa ($\beta_A = .226$, $\beta_S = .279$), ali ne i depresivnosti. Naime, pojedinci s izraženim karakteristikama negativnog perfekcionizma često puno pažnje posvećuju tome što drugi misle o njima te su uvjereni kako drugi stalno promatraju njihovu izvedbu. Stalno sumnjaju u svoje sposobnosti, neodlučni su u poduzimanju akcija te često ne ispunjavaju svoje potencijale u potpunosti zbog čega su svakodnevno izloženi velikim količinama straha i stresa. Što se tiče depresivnosti, kao što je već spomenuto, negativni

perfekcionizam nije se pokazao značajnim prediktorom. Umjesto njega, kao značajan prediktor pokazala se roditeljska podrška oca ($\beta_D = -.144$). Istraživanje Flouri i Buchanan (2003) navodi zanimljiv podatak kako su se ranija istraživanja većinom usmjeravaju na ispitivanje odnosa majke i djeteta, dok se za oca smatralo kako je njegova uloga periferna. Međutim, novija istraživanja ukazuju na važnu ulogu oca u životu djeteta. Naime Lewis (1986, prema Flouri i Buchanan, 2003) navodi kako očevi češće od majki potiču svoju djecu da budu samostalna i kompetentna. Djeca čiji su očevi uključeni u njihov odgoj bolje su prilagođena okolini te su psihički otpornija na razvoj mentalnih poremećaja. Istraživanje Crockett, Eggebeen, i Hawkings, (1993, prema Flouri i Buchanan, 2003) navodi kako očevi imaju važnu ulogu u djetetovom životu zbog financijske podrške koju mu pružaju, a koja utječe na važne aspekte njegova razvoja kao što su kvaliteta škola, obilježja naselja i društva u kojem dijete obitava i slično. Međutim, isti autori navode kako je uloga oca iznimno značajna za adaptivni razvoj djeteta čak i kada se kontrolira djelovanje financijske podrške.

5.1. Ograničenja istraživanja i daljnje implikacije

Provedeno istraživanje ima nekoliko ograničenja. Naime, podaci ovog istraživanja prikupljeni su na prigodnom klaster uzorku učenika drugih razreda srednjih škola. Škole u kojima je istraživanje provedeno odabrane su prigodnim putem, a razredi unutar njih odabrani su od strane stručnih suradnika pojedinih škola s obzirom na mogućnosti nastavnika. Također, jedan od nedostataka je i taj da su sudionici ankete ispunjavali grupno. Naime, uz sav trud autorice istraživanja i stručnih suradnika pojedinih škola, nije se moglo izbjeći poneko komentiranje pitanja i odgovora među sudionicima. Moguće je da su sudionici, zbog straha da će njihov susjed iz klupe vidjeti njihove odgovore te stvoriti predrasude o njima, odgovarali onako kako su smatrali da je to socijalno prikladno i poželjno. Sljedeće ograničenje ovog istraživanja odnosi se na vrijeme provedbe istraživanja. Naime, istraživanje je provedeno u svibnju, svega mjesec dana prije kraj školske godine. Zbog različitih pritisaka i zahtjeva koje škola i roditelji postavljaju adolescentima u tom razdoblju, za većinu njih je ono iznimno burno i nestabilno. Prema tome, postoji mogućnost da je visoka izraženost teških i ekstremno teških simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa rezultat upravo toga. Na posljetku, dobivene su visoke korelacije među subskalama depresivnosti, anksioznosti i stresa koje sugeriraju na to da korišteni instrument navedene subskale ne razlikuje dovoljno dobro.

Za buduća istraživanja preporučuje se korištenja drugih mjera depresivnosti, anksioznosti i stresa kako bi se postiglo njihovo bolje razlikovanje. Također, preporučuje se da se istraživanje

provodi ranije u godini kako bi se izbjegao potencijalni negativni efekt kraja školske godine. Bilo bi dobro kada bi se sudionicima, prilikom odgovaranja na ovako osjetljiva i osobna pitanja, omogućila veća razina privatnosti te se na taj način potaknula njihova veća iskrenost. Isto tako, bilo bi zanimljivo vidjeti kakve rezultate na ovim mjerama postižu učenici prvih razreda srednje škole, koji se tek privikavaju na novu okolinu, te maturanti, koji poznatu okolinu napuštaju.

Kao što je već ranije spomenuto, prevalencija mentalnih oboljenja u stalnom je porastu (Silobrčić Radić, 2011), a troškovi potrebni za njihovo liječenje su ogromni. Upravo zbog toga važno je identificirati rizične čimbenike razvoja mentalnih poremećaja kako bi se moglo pravovremeno i učinkovito intervenirati i prije njihova razvoja. Ovim je istraživanjem utvrđeno kao roditelji, posebno otac, imaju veliku ulogu u zaštiti/narušavanju mentalnog zdravlja svoje djece. Sukladno navedenom, vidljiva je potreba za organizacijom predavanja za roditelje kojima bi se naglasilo koliko je, za normalan razvoj djeteta, potrebna njihova podrška te kako bi se roditelje podučilo kvalitetnijim roditeljskim vještinama. Također, kao još jedan od rizičnih čimbenika razvoja mentalnih poteškoća pokazao se negativni perfekcionizam zbog čega se preporučuje veći angažman stručnjaka u osvještavanju štetnosti nerealno visokih očekivanja koje roditelji i nastavnici postavljaju pred adolescenta. Kao najbolji zaštitni čimbenik mentalnog zdravlja pokazalo se visoko samopoštovanje. Sukladno tome preporučuje se učestalo provođenje radionica vezanih uz razvijanje i jačanje samopoštovanja među adolescentima, kao i onih koje naglašavaju važnost pružanja međusobne podrške i poštovanja.

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos socioekonomskih varijabli, roditeljskog ponašanja, perfekcionizma, samopoštovanja i mentalnog zdravlja adolescenata na uzorku učenika drugih razreda nekoliko srednjih škola u Krapinsko-zagorskoj županiji. Istraživanje je provedeno na ukupno 398 adolescenata. Socioekonomski status ispitan je upitnikom konstruiranim za potrebe ovog istraživanja, a percepcija roditeljskog ponašanja ispitana je *Upitnikom roditeljskog ponašanja*. Nadalje, perfekcionizam je ispitan *Multidimenzionalnom skalom perfekcionizma*, samopoštovanje *Rosenbergovom skalom samopoštovanja*, a mentalno zdravlje *Skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa*.

Dobiveni rezultati ukazuju na to kako adolescenti u najvećoj mjeri izvještavaju o doživljavanju simptoma stresa nakon čega slijede simptomi depresivnosti i anksioznosti, neovisno o njihovoj težini. Ako gledamo učestalost doživljavanja pojedinih simptoma s obzirom na njihovu težinu, čak 21,1% sudionika izvještava o teškim ili ekstremno teškim simptomima stresa, 23,2% o teškim ili ekstremno teškim simptomima depresivnosti te 24,9% o teškim ili ekstremno teškim simptomima anksioznosti.

Također, utvrđeno je kako djevojke doživljavaju više majčine podrške te veću popustljivost (manju bihevioralnu kontrolu) oca. S druge strane, mladići doživljavaju više restriktivne kontrole (psihološke kontrole) oca. Djevojke također pokazuju izraženije simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa od mladića. Što se tiče perfekcionizma i samopoštovanja, spolne razlike nisu pronađene.

Provedenim regresijskim analizama objašnjeno je ukupno 57,6% varijance depresivnosti, 39,3% varijance anksioznosti te 43,5% varijance stresa. Najboljim prediktorom depresivnosti pokazali su se samopoštovanje i podrška oca. Što se tiče anksioznosti i stresa, njih su najbolje predviđali negativni perfekcionizam te samopoštovanje.

Sukladno svemu navedenom, očita je potreba za provođenjem različitih radionica i edukacija vezanih uz navedene teme kako bi se postigla pravovremena i kvalitetna prevencija mentalnih oboljenja.

7. LITERATURA

- Ajdković, M i Rajter, M. (2016). Obiteljski ekonomski stres kao čimbenik rizika za nasilne odgojne postupke i psihosocijalnu dobrobit djece. *Ljetopis socijalnog rada*, 4(58), 161–338.
- Anthony, M. i Swinson, R. (2009). *When Perfect Isn't Good Enough: Strategies for Coping with Perfectionism*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Antolić, B. i Novak, M. (2016). Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. *Psihološke teme*, 25(2), 317-339.
- Barber, B.K., Stolz, H.E. i Olsen, J.A. (2005). Parental support, behavioral control, and psychological control: Assessing relevance across time, method, and culture. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(4), 1-147.
- Bezinović, P. (1988). *Percepcija osobne kompetentnosti kao dimenzija samopoimanja*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W. i Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. *Journal of adolescence*, 19(3), 233-245.
- Bradarić, A. (2017). *Odnos perfekcionizma, suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma*. Neobjavljena doktorska disertacija. Osijek: Filozofski fakultet.
- Brendtro, L. K. (2006). The vision of Urie Bronfenbrenner: Adults who are crazy about kids. *Reclaiming children and youth*, 15(3), 162-166.
- Brlas, S. i Pleša, M. (2013). Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: Proaktivna skrb psihologa o mentalnom zdravlju psihički bolesnih odraslih osoba. Pribavljeno 26. 06. 2019. s adrese http://www.zzjzvpz.hr/hr/sadrzaj/djelatnost/1/publikacije/psihologija_u_zastiti_MZ.pdf.
- Družić Ljubotina, O. i Ljubotina, D. (2014). Odnos siromaštva i nekih aspekata psihološke dobrobiti. *Socijalna psihijatrija*, 42(2), 86-101.
- Erceg, M. (2014). *Uloga obrazovnih aspiracija i očekivanja te ponašanja roditelja u objašnjenju perfekcionizma njihove djece*. Neobjavljeni diplomski rad. Zadar: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Flouri, E. i Buchanan, A. (2003). The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of adolescence*, 26(1), 63-78.
- 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(1), 119-126.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. i Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Gajšek, V. (2013). *Odnos perfekcionizma i problema spavanja kod studenata*. Neobjavljena doktorska disertacija. Osijek: Filozofski fakultet.
- Gomez, R. i McLaren, S. (2007). The inter-relations of mother and father attachment, self-esteem and aggression during late adolescence. *School of Behavioural and Social Sciences and Humanities*, 33(1), 160-169.

- Grbavac, M. i Slišković, A. (2015). Povezanosti obrazovnih očekivanja i ponašanja roditelja s različitim dimenzijama perfekcionizma njihove djece. *Klinička psihologija*, 8(2), 111-124.
- Gulin, M. (2012.) Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih i psihološka intervencija. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. *Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok*, 124-136.
- Härkönen, U. (2005). The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. *children*, 44, 45-64.
- Jenkins, J. M. i Oatley, K. (2003). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Jovanović, V., Žuljević, D. i Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21)-struktura negativnog afekta kod adolescenata. *Engrami*, 33(2), 19-28.
- Kapetanović, A. (2008). *Samopoštovanje i perfekcionizam kod srednjoškolki i studentica*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu: roditelji, vršnjaci, učitelji-kontekst razvoja djeteta*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Klarin, M. i Đerđa, V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis Socijalnog*. 21(2), 243-262.
- Kozjak Mikić, Z., Jokić Begić, N. i Bunjevac, T. (2012). Zdravstvene teškoće i izvori zabrinutosti adolescenata tijekom prilagodbe na srednju školu. *Psihologijske teme*, 21(2), 317-336.
- Kurtović, A. (2013). Odnos perfekcionizma i socijalne podrške s anksioznošću i depresivnošću kod studenata. *Medica Jadertina*, 43(4), 189-200.
- Kurtović, A. Marčinko, I. (2010). Odnos odgojnog stila roditelja sa strategijama suočavanja i depresivnošću kod adolescenata. *Klinička psihologija*, 3(1-2), 19-43.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. i Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 109-117.
- Lovibond, S. H. i Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Macuka, I. (2008). Uloga dječje percepcije roditeljskoga ponašanja u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema. *Društvena istraživanja*, (6), 1179-1202.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Nair, M. K. C., Paul, M. K. i John, R. (2004). Prevalence of depression among adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*, 71(6), 523-524.
- Nekić, M., Uzelac, E. i Jurkin, M. (2016). Uloga samopoštovanja i vršnjačkog pritiska u objašnjenju usamljenosti adolescenata. *Acta Iadertina*, 13(1), 41-63.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, 10(5), 173-176.

- Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.
- Oppenheim, A. (2014). *Perfekcionizam i anksiozna osjetljivost kao rizični faktori za pojavu depresivnih smetnji kod djece i mlađih adolescenata*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Pastor, I. (2004). *Samopoštovanje djece s obzirom na spol, dob i mjesto stanovanja*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Patel, V. (2014). Why mental health matters to global health. *Transcultural psychiatry*, 51(6), 777-789.
- Patton G.C., Coffey C, Romaniuk H., Mackinnon A., Carlin J.B., Degenhardt L., Olsson C.A. i Moran P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 383(9926), 1404–1411.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. i Pearlin, L.I. (1978). Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of Sociology*, 84(1), 53-77.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W. i Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158(8), 760-765.
- Silobrčić-Radić, M. (2011). Mentalno zdravlje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 7(28).
- Stoeber, J. i Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
- Sujoldžić, A., Rudan, V. i De Lucia, A. (2006). *Adolescencija i mentalno zdravlje*. Zagreb: Institut za antropologiju.
- Sviben, F. (2017). *Rizični i zaštitni faktori mentalnog zdravlja kod adolescenata*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Hrvatski studiji.
- Svjetska zdravstvena organizacija (2014). Mental health: a state of well-being. Pribavljeno 26. 06. 2019. s adrese http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
- Šarić, M. (2017). *Uloga osjetljivosti na potkrepljenje i percipiranog roditeljskog ponašanja u pojavi proaktivne i reaktivne agresije kod adolescenata*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Škrokov, L. (2014). Uloga socioekonomskog statusa obitelji u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema i školskog uspjeha kod mlađih adolescenata. *Neobjavljeni diplomski rad. Zadar: Filozofski fakultet*.
- Tafarodi, R.W. i Milne, A.B. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70(4), 443-484.
- Vizler, J. (2004). *Povezanost percepcije roditeljskog ponašanja i sramežljivosti i asertivnosti školske djece*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5(2), 271-293.

- Vulić-Prtorić, A. i Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina*, 31(3-4), 115- 140.
- Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.