Odnos perfekcionizma, nesanice i anksioznosti kod studenata

Mrkonjić, Irena

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:552904

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Image not found or type unknown

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

Image not found or type unknown

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Preddiplomski sveučilišni studij psihologije (jednopredmetni)

Irena Mrkonjić

Odnos perfekcionizma, nesanice i anksioznosti kod studenata

Završni rad

Zadar, 2017.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Preddiplomski sveučilišni studij psihologije (jednopredmetni)

Odnos perfekcionizma, nesanice i anksioznosti kod studenata

Završni rad

Student/ica:
Irena Mrkonjić

Mentor/ica:
Izv. prof. dr. sc. Nataša Šimić

Zadar, 2017.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Irena Mrkonjić,** ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Odnos perfekcionizma, nesanice i anksioznosti kod studenata** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 21. rujan 2017.

Sadržaj

Sažetak 1

Summary 2

1.Uvod 3

1.1. Definicje i teoriski okviri perfekcionizma 3

1.2. Anksioznost 6

1.3. Nesanica 8

1.4. Odnos perfekcionizma i nesanice 10

1.5. Odnos perfekcionizma i anksioznosti 12

2. Cilj 13

3. Problemi i hipoteze 14

4.Metodologija 15

4.1.Sudionici 15

4.2. Mjerni instrumenti 16

4.3. Postupak 19

5. Rezultati 19

6. Rasprava 22

7. Zaključak 29

8. Literatura 30

9. Prilozi 34

Odnos perfekcionizma, nesanice i anksioznosti kod studenata

Sažetak

Perfekcionizam se može definirati kao postavljanje i ustrajanje u pretjerano visokim, a često i nerealističnim ciljevima, popraćeno učestalim mislima o tome kako osoba mora uspjeti u izvršenju tih ciljeva, uz istovremeno kritiziranje i negativnu evaluaciju samoga sebe (Frost i sur., 1990). Mnoga istraživanja ukazuju na povezanost perfekcionizma sa različitim psihopatološkim simptomima i poremećajima, a među njih spadaju i nesanica (Lundh i sur., 1994) te anksioznost (Wheeler i sur. 2011). Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između perfekcionizma, anksioznosti i nesanice kod studenata. Istraživanje je provedeno na uzorku od 137 studenata. U ovome istraživanju primjenjena je *Multidimnzionalna skala perfekcionizma* od Frosta i sur. (1990*) (MPS-F)* koja se sastoji od 6 subskala: *zabrinutnost zbog pogrešaka, dvojba u vlastite aktivnosti, osobni standardi, roditeljska prigovaranja, roditeljska očekivanja* i *organiziranost*. Rezultati istraživanja ukazuju na to da postoji umjerena pozitivna povezanost ukupnog rezultata na *Multidimenzionaloj skali perfekcionizma* kao i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka*, *dvojba u vlastite aktivnosti* s nesanicom. Također, postoji i niska pozitivna povezanost rezultata na subskali *roditeljska prigovaranja* i nesanice. Nadalje, utvrđena je i niska negativna povezanost rezultata na subskali *organiziranost* i nesanice. Ne postoji povezanost između rezultata na subskalama *osobni standardi* i *roditeljska očekivanja* i nesanice. Kada je riječ o povezanosti između perfekcionizma i anksioznosti iz rezultata istraživanja vidljivo je da postoji umjerena pozitivna povezanost ukupnog rezultata na skali *MPS-F* kao i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojbi u vlastite aktivnosti* s anksioznosti. Ne postoji povezanost rezultata na subskala *roditeljska prigovaranja, osobni standardi, roditeljska očekivanja* i *organiziranost* s anksioznosti. Rezultati istraživanja pokazuju da postoji umjerena pozitivna povezanost između anksioznosti i nesanice. Na kraju rada raspravljeni su određeni nedostaci kao i implikacije ovog istraživanja.

Ključne riječi: perfekcionizam, nesanica, anksioznost

Relationship between perfectionism, insomnia and anxiety in students

Summary

Perfectionism can be defined as setting and commitment in excessively high, often unrealistic goals, accompanied by frequent thoughts on how a person must succeed in accomplishing these goals while at the same time criticizing and negative self-evaluation. (Frost et al., 1990). Many studies point to the correlation of perfectionism with various psychopathological symptoms and disorders, including insomnia (Lundh et al., 1994) and anxiety (Wheeler et al., 2011). The goal of this study was to examine the correlation between perfectionism, anxiety and insomnia on sample of 137 students. In this study it was used *Multidimensional perfectionism scale* of Frost et al. (1990) *(MPS-F)* that is consist of six subsacels: *concerns over mistakes, doubts about actions, personal standards, parental citicism, parental expectations* and *organization*. The results of the study indicate that there is a moderate positive correlation of the overall result on the *Multidimensional scale of perfectionism* as well as the results on subscales *concerns over mistakes, doubts about actions* with insomnia. There is also a low positive correlation between results on subscale *parental criticism* and insomnia. Furthermore, low negative correlation between results on subscale *organization* and insomnia is determined. There is no corelation between results on subscales *parental expectations* and *personal standards* with insomnia. The results of the study indicate that there is a moderate positive correlation between the overall result on the *MPS-F* scale and the results on subscales *concerns over mistakes* and *doubts about actions* with anxiety. There is no correlation between results on subscales *parental criticism, personal standards, parental expectations,* and *organization* with anxiety. The results of the study indicate that there is a moderate positive correlation between anxiety and insomnia. Certain defects as well as the implications have been discussed in this research.

Key words: perfectionism, insomnia, anxiety

1.Uvod

1.1. Definicje i teorijski okviri perfekcionizma

Perfekcionizam je konstrukt koji se u znanstvenoj literaturi proučava se već dugi niz godina i tijekom tog perioda pojavio se veliki broj teorijskih pravaca kao i emirijskih dokaza koji definiraju i opisuju ovaj konstrukt na dosta različit način. Generalno govoreći, perfekcionizam se može definirati kao postavljanje i ustrajanje u pretjerano visokim, a često i nerealističnim ciljevima, popraćeno učestalim mislima o tome kako osoba mora uspjeti u izvršenju tih ciljeva, uz istovremeno kritiziranje i negativnu evaluaciju samoga sebe (Frost, Marten, Lahart i Rosentable, 1990). Kao što je već rečeno, postoji određena diskrepanca u definiranju, konceptualizaciji i pristupu ovom konstruktu koja najviše proizlazi iz toga što se različitom konceptualizacijom perfekcionizma dobivaju podosta različiti emirijski podaci koji idu u prilog različitim teorijama. Pregledom literature o perfekcionizmu vidljivo je da se najveća rasprava vodila o tome da li se perfekcionizam treba smatrati jednodimenzionalnim ili višedimenzionalnim konstruktom. U početku, postojalo je generalno slaganje o tome da je perfekcionizam jednodimenzionalan konstrukt patogene prirode, a perfekcionisti pojedinci koji kompulzivno ustraju u previsokim ciljevima, ne da bi težili boljem, već kaznili sami sebe zbog straha od neuspjeha koji proizlazi iz njihovog niskog samopouzdanja (Hewitt, Flett, Besser, Sherry i McGee, 2003). Raniji radovi o perfekcionizmu isticali su da perfekcionisti pokazuju nemogućnost doživljaja sreće i zadovoljstva čak i onda kada dostignu svoje ciljeve (Hewitt, Mittelstaedt i Wollert, 1989). Hamachek je prvi autor koji dovodi u pitanje jednodimenzionalnu strukturu perfekcionizma, umjesto koje predlaže multidimenzionalnu, čije različite dimenzije imaju različite efekte, uključujući one negativne, ali i pozitivne. Postulirao je dva različita tipa perfekcionizma: *normalni* i *neurotični*. Normalni perfekcionisti su oni koji imaju realna očekivanja zadovoljstva koji proizlazi iz njihova truda u nečemu i dopuštaju si određena odstupanja od onog što situacija točno nalaže, dok neurotični perfekcionisti nikada nisu zadovoljni svojim uratkom, čak i kada daju sve od sebe te nisu nikada dovljno dobri, barem ne u 'svojim očima'. Većina suvremenih istraživanja nastavlja se upravo na Hamachekov rad, usvajajući mutidimenzionalnu strukturu perfekcionizma,

potkrepljujući je s brojnim empirijskim nalazima te ukazujući na to da različite dimenzije perfekcionizma imaju različite funkcionalne posljedice (Sirois i Molnar, 2015). No ipak, prihvaćanje multidimenzionalne strukture perfekcionizma nije dovelo do većeg slaganja, već samo produbilo raspravu o prirodi perfekcionizma i o tome koje su to dimenzije koje najbolje opisuju temeljne aspekte perfekcionizma te su se izgradile različite teorije s različitim brojem sržnih dimenzija ovoga konstrukta. Tri su primarna modela koja dominiraju u ovom području. Frost i sur. (1990) kao ključna obilježja perfekcionizma, gledanog kao višedimenzionalni konstrukt, navode pretjerano visoke osobne standarde, pretjeranu zabrinutost oko pogrešaka u izvedbi, sumnju u kvalitetu vlastite izvedbe, pretjerano naglašavanje preciznosti, reda i organizacije te ističu ulogu i očekivanja od strane roditelja. Uz to naglašava se i negativna samoevaluacija kod osoba s izraženim perfekcionizmom te pretjerana samokritičnost koja ih čini sklonima razvoju psihičkih poremećaja (Zubčić i Prtorić, 2008). U skladu s tim Frost i sur. (1990) razvijaju *Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (MPS-F)* koja uključuje 35 čestica raspoređenih u 6 subskala: *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojba u vlastite aktivnosti, osobni standardi, roditeljska očekivanja, roditeljska prigovaranja i organiziranost*. Iako se ova skala i dalje široko primjenjuje u istraživanjima, i na kliničkim i nekliničkim uzorcima, dobila je svoje i empirijske i konceptualne prigovore. Stabilnost faktorske strukture *MPS-F* dovodi se u pitanje te je nije moguće uvijek potvrditi. Naime, u nekim istraživanjima dobivaju se tri ili četiri dimenzije (Stöber, 1998). Drugi model koji također dominira u ovom području je onaj od Hewitta i Fletta (1991). Ovi autori naglašavaju postojanje i interpersonalne uz intrapersonalnu komponentu, koja ima važnost prilikom svakodnevnog prilagođavanja poteškoćama te je postojanje osobnog i socijalnog perfekcionizma konzistentno i analogno privatnom naspram javnog aspekta selfa (Hewitt i Flett,1991). Prema ovom modelu tri su osnovne dimenzije perfekcionizma: *sebi usmjeren perfekcionizam*, *drugima usmjeren perfekcionizam* i *socijalno pripisan perfekcionizam.* Primarna razlika između ovih dimenzija nije ponašajni obrazac sam za sebe, već objekt na kojeg je perfekcionističko ponašanje usmjereno (sebi ili drugima), te kome je atribuiran ili pripisan (*socijalno pripisan perfekcionizam*). *Sebi usmjeren perfekcionizam* odnosi se na postavljanje jako visokih osobih ciljeva, popraćenih sa strogim nadgledanjem i upravljanjem te evaluacijom osobnog ponašanja u izvršenju tih ciljeva. *Drugima usmjeren perfekcionizam* odnosi se na tendenciju posjedovanja neizmjerno visokih standarda za druge ljude. *Socijalno pripisan perfekcionizam* očituje se u želji da se postignu ciljevi za koje se percipira da su nametnuti od strane važnih i

utjecajnih ljudi te osjećaj da važni drugi imaju nerealistična očekivanja i stvaraju veliki pritisak za postizanjem savršenstva (Hewitt i Flett, 1991). Od upravo opisanih dimenzija konstruirali su *Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (MPS- HF)* koja je našla svoju široku primjenu i čija je struktura u mnogim istraživanjima bila potvrđena, međutim kao i ostale zaživjela je određene kritike. Shafran, Cooper i Fairburn (2002) navode kako samo *sebi usmjeren perfekcionizam* procjenjuje konstrukt perfekcionizma u skladu sa tradicionalnim definicijama, dok ostale dvije komponente ne. Međutim, autori skale upućuju na dokaze koji ukazuju na to da je svaka dimenzija *MPS-HF* različito povezana s brojnim ishodima kao što je psihopatologija te da imaju svoje važne kliničke implikacije (Sirois i Molnar, 2015). Blankstein i Dunkle (2002) sumiraju rezultate istraživanja koja ukazuju na to koje su dimenzije *MPS-F* i *MPS-HF* povezane s negativnim ishodima te se stoga mogu smatrati maladaptivnim a koje su manje povezane s negativnim ishodom i više su adaptivne. Kao maladaptivne dimenzije izdvajaju *socijalno pripisani perfekcionizam* (*MPS-HF*), *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojbu u vlastite aktivnosti, roditeljska očekivanja* i *roditeljska prigovaranja* (*MPS-F).* Kao adaptivne dimenzije izdvajaju *sebi usmjeren perfekcionizam (MPS-HF)* i *osobne standarde (MPS-F).* Posljednja skala koja ujedinjuje i pozitivne i negativne značajke perfekcionizma, posebno s obzirom na njihove implikacije za terapiju je tzv. *Gotovo savršena revidirana skala (Almost Perfect Scale-Revised, APS-R)* (Rice, Ashby i Slaney, 2007). Prema ovome modelu perfekcionizam se sastoji od tri dimenzije: *visoki standardi, red i diskrepanca*. *Visoki standardi* procjenjuju pojedinčeva očekivanja s obzirom na vlastitu izvedbu i uključuju određene elemente *osobnih standarda* iz *MSP-F* i neke značajke *sebi-usmjerenog perfekcionizma* iz *MSP-HF*. *Red* procjenjuje preferencije za redom i organizacijom, ali pokazalo se da nema tako ključnu ulogu za središnje aspekte perfekcionizma. *Diskrepanca* mjeri stupanj vlastite negativne evaluacije u pogledu percipirane sposobnosti za ispunjenje postavljenih ciljeva te je ona dominantni pokazatelj maladaptivnog perfekcionizma. Istraživanja potvrđuju psihometrijska svojstva *APS-R,* ukazujući na zadovoljavajuću pouzdanost, kao i pozitivnu povezanost *visokih standarda* i *reda,* dok je povezanost *visokih standarda* i *diskrepance* nekonzistenta upućujući na to da *APS-R* mjeri i pozitivne i negativne aspekte perfekcionizma (Rice, Ashby i Slaney, 2007). Kao i dosadašnji, tako i ovaj model ima svoje kritike. Naime, neke dimenzije iz ovog modela ne uklapaju se u dosadašnje mjere perfekcionizma *(MPS-F i MPS-HF*) što otežava usporedbu različitih studija. Flett i Hewitt (2002, prema Sirois i Molnar, 2015) dovode u pitanje konstruktnu valjanost dimenzije

diskrepanca, ističući kako ona nije sržni dio perfekcionizma, već zaseban, ali s perfekcionizmom povezan konstrukt. Iako su svi od navedenih i opisanih modela široko korišteni u istraživanjima perfekcionizma, dvije su dimenzije najvažnije i najkorištenije, a to su *perfekcionistička nastojanja* i *perfekcionistička zabrinutost*. To su najčešće korišteni nazivi, iako se u određenoj literaturi mogu pronaći i pod nešto drugačijim (Slade i Owens, 1998). Faktorska analiza potvrđuje ova dva faktora višeg reda te istraživanja ukazuju na njihovu povezanost sa zdravljem i blagostanjem, psihopatologijom i brojnim drugim tjelesnim i psihičkim stanjima (Shafran i Mansell, 2001, prema Sirois i Molnar, 2015).

1.2. Anksioznost

Anksioznost je jedan od najbolje dokumentiranih psiholoških fenomena. Ovaj pojam nerijetko je nejasan zbog svoje raznovrsnosti u značenju i upotrebi u svakodnevnom životu. Generalno govoreći, anksioznost je subjektivni doživljaj napetosti, strahovanja, nervoze i zabrinutosti popraćenih s pobuđenošću autonomnog živčanog sustava (Spielberg, 1966). Tradicionalno, anksioznost se razlikuje kao crta, situacijska anksioznost te anksioznost kao stanje. Iako ne postoji jasna razgraničenost između ovih kategorija, grubo se mogu razlikovati na kontinuumu od stabilnosti do prolaznosti, gdje je crta anksioznosti povezana s generalno stabilnom predispozicijom za nervozu osobe u širokom rasponu situacija na jednom kraju, i povremenog prolaznog emocionalnog stanja na drugom. Situacijska anksioznost pada negdje na sredinu kontinuuma te tako ukazujući na vjerojatnost doživljaja anksioznosti u pojedinačnim situacijama (Zheng, 2008). Uz razlikovanje anksioznosti kao crte i stanja vrlo je važno razlikovanje, posebno za liječnike u praksi, normalne od patološke anksioznosti. Normalna anksioznost je onaj osjećaj uznemirenosti kojeg svaka osoba povremeno iskusi i ne utječe trajno na njeno svakodnevno funkcioniranje. Normalna anksioznost ima motivacijsku i adaptivnu funkciju, potiče promišljanje, planiranje i oprez, i sprječava ponovna izlaganja neugodnim i bolnim situacijama. Ovakva anksioznost pod kontrolom je pojedinca. Patološka anksioznost pojavljuje se kad se pacijent žali na učestali osjećaj anksioznosti koji je ozbiljniji i snažniji od onog na kojeg se pacijent može priviknuti i tolerirati te se najčešće obraća liječniku za pomoć. Nadalje, kao i mnoge druge emocije, anksioznost je prisutna kod brojnih zdravstvenih stanja kao što su depresivna stanja, fobični napadaji gdje je usmjerena direktno

prema objektu ili situaciji i gdje se radi o iracionalnom strahu, kod šizofrenih osoba i mnogih drugih oboljenja (Lader, 1972). Interakcijski model anksioznosti pretpostavlja multidimenzionalnost anksioznosti kao crte i kao stanja. Što je crta anksioznosti više izražena, to je osoba ranjivija na djelovanje svakodnevnih problema, što se odražava na sve većem broju i tjelesnih i psihičkih simptoma. Kada je riječ o crti anksioznosti razlikuju se četiri dimenzije: socijalna evaluacija, fizička opasnost, nove i nejasne situacije i svakodnevne situacije (Endler, Edwards, Vitelli i Parker, 1989). Uz ovaj model Endler razvija i *Multidemnzionalnu skalu anksioznosti (Endler Multidimensional Anxiety Scales – EMAS)* koja se sastoje od tri subskale: *EMAS-S* za procjenu stanja anksioznosti, *EMAS-T* za procjenu crte anksioznosti i *EMAS-P* za procjenu percepcije vrste i jačine prijetnje izazvane specifičnom situacijom (Endler, Magnusson, Ekehammar i Okada, 1976). Uključujući i ovaj model, anksioznost se kao psihološki konstrukt pojavljuje u velikom broju teorijskih razmatranja i istraživanja sve od tradicionalnog psihoanalitičkog pa do suvremenih gledišta te ima svoje specifično značenje u zavisnosti općeg teorijskog modela pojedinih autora. Ovom prilikom ograničit ćemo se na *Spielbergerov model anksioznosti* koji je korišten u brojnim teorijskim razmatranjima i istraživanjima kao i u ovome istraživanju. U skladu sa Spielbergerovim teorijskim postavkama, kao što je već rečeno anksioznost se procenjuje kao crta i kao stanje. U prvom slučaju, riječ je o općoj anksioznosti (kako se osoba generalno osjeća), a u drugom o situacijskoj anksioznosti (kako se osoba osjeća, baš sada, u datome trenutku). U skladu s tim Spielberger konstruira inventar anksioznosti (*State-Trait Anxiety Inventory*- STAI) koji se sastoji od dvije odvojene skale samoprocjene dva različita koncepta anksioznosti: situacijske i opće anksioznosti. Obje skale sadrže po 20 čestica čiji ukupan rezultat može varirati od 20 do 80, te je ovaj instrument jedan od najkorištenijih kako u psihologiji tako i u brojnim drugima područjima poput medicine, stomatologije, sociologije, na području obrazovanja, te je preveden na više od 30 jezika (Anđelković, 2008).

Anksiozni poremećaji predstavljaju jedan od najkompleksnijih psiholoških fenomena koji se manifestiraju kroz čitav spektar najrazličitijih promjena. U DSM-IV klasifikacijskom sustavu (APA, 1996, prema Vulić-Prtorić, 2006) opisano je osam glavnih kategorija ili poremećaja anksioznosti koji se mogu javiti u djetinjstvu, adolescenciji ili odrasloj dobi a to su: panični poremećaj i agorafobija, separacijska anksioznost, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj. Bez obzira na to o kojem je anksioznom poremećaju

riječ, simptomi se manifestiraju na četiri glavna područja. Jedan od njih je *tjelesni* gdje se bilježe kardiovaskularne, respiratorne, gastrointestinalne i druge promjene koje nastaju uslijed aktivacije autonomnog živčanog sustava koji dovodi tijelo u pripravno stanje za obranu. Zatim postoji *emocionalni* koji se odnosi na subjektivni doživljaj koji je popraćen tjelesnim promjenama, te *kognitivni* za kojeg je karakteristična intelektulana konfuzija, anticipacija nesreće i zabrinutost, a posljednji je *bihevioralni*- gdje se prepoznaju tri glavna obrasca ponašanja: izbjegavanje, sterotipna ponašanja i slabija koordinacija. U okviru anksioznosti važno je spomenuti i pojam anksiozne osjetljivosti koja se opisuje kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da ti simptomi i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Dugo vremena predmetom istraživanja bilo je pitanje povezanosti odnosno razlike anksiozne osjetljivosti i anksioznosti kao crte ličnosti, a rezultati različitih istraživanja pokazuju da iako postoji korelacija između između ova dva konstrukta, ona je niska te je na te konstrukte moguće gledati kao odvojene (Reiss,1997).

1.3. Nesanica

Epidemiolozi su objavili veliki broj radova na temu nesanice temeljenih na podacima iz raznolikih reprezentativnih uzoraka kako bi odgovorili na pitanja: tko ima veći rizik za razvoj nesanice, koliko je učestala, u kojima uvjetima se javlja te da li ima svoju genetsku komponentu. Sve je to s ciljem prevencije nastanka i bržeg liječenja simptoma, jer nesanica uvelike utječe na čovjekovo svakodnevno funkcioniranje. Tijekom godina, mijenjao se koncept nesanice kako se razvijalo znanje o ovom konstruktu. *Američki institut za medicinu* je 1979. definirao nesanicu kao 'nezadovoljavajući san', dok je 1990. *Internacionalna klasifikacija za poremećaja* sna nesanicu definirala kao (Ohayon, 2002). Standardizirane definicije gotovo svakodnevno žaljenje za nedovoljnim snom ili nedovoljnom odmorenošću nakon dužeg perioda spavanja nesanice ostale su rijetko korištene. Većina studija fokusira se na tri vrste simptoma nesanice: poteškoće prilikom pokušaja da osoba zaspe, poremećen san i rano buđenje ujutro (Ohayon, 2002). Chevalier i sur. (1999) navode kako nesanica dovodi do brojnih dnevnih smetnji kao što je pospanost, iritabilnosti, depresivno ili anksiozno raspoloženje, obraćanje drugima za pomoć, nemogućnost koncentracije za kvalitetno

obavljanje svakodnevnih poslova i sličnih simptoma. U većini studija rasprostranjenost simptoma anksioznosti popraćenih s ovim dnevnim smetnjama bila je oko 20 do 35%. U novije vrijeme studije nesanice razlikuju se i po tome da li se ispituje nezadovoljstvo kvalitetom sna ili kvantitetom sna (Husby i Linjagerde, 1990, prema Ohayon, 2002). DSM-5 kriterij za kroničnu nesanicu uključuje žaljenje u vezi nesanice (problemi prilikom pokušaja da se zaspe ili održavanja sna, prerano buđenje i nedostatak sna) popraćeno s dnevnim poteškoćama, najmanje tri noći u tjednu minimalno tri mjeseca (Taylor, Bramoweth, Grieser, Tatum, i Roane, 2013.) Kada se radi o spolu, žene češće izvještavaju o postojanju simptoma nesanice, njenih dnevnih posljedica i nezadovoljstvu samim snom (Olson, 1996). Kada se radi o dobi, većina studija ukazuje na porast simptoma nesanice s godinama, a u dobi od 65 godina gotovo 50% populacije izvještava o postojanju simptoma nesanice. Međutim kada se radi o dnevnim posljedicama tog nespavanja i samog nezadovoljstva snom rezultati nisu konzistentni. Također istraživanja ukazuju i na vezu bračnog statusa i pojave nesanice gdje osobe koje su rastavljene, udovci ili su samci više pate od nesanice, no ova veza se češće pronalazi kod žena (Ohayon, 2002). Nesanica je značajan problem i u studentskoj populaciji. Istraživanja ukazuju na to da studenti koji pokazuju simptome nesanice (iako ne zadovoljavaju sve dijagnostičke kriterije za kroničnu nesanicu) imaju duže vrijeme reakcije, niže ocjene, više su pospani tijekom dana, pokazuju veći umor i zabrinutost, imaju više pritužbi na mentalno zdravlje i veću vjerojatnost nesreća u prometu (Taylor i sur., 2011, prema Taylor i sur., 2013). U istraživanju kojeg su proveli Taylor i sur. (2013) dobiveno je da 9.5% studenata zadovoljava kriterij (prema, DSM-5) za kroničnu nesanicu a čak 27% posto od njih ima ozbiljnih učestalih trajnih simptoma nesanice. Grupa studenata koja je patila od nesanice značajno se razlikovala od ostatka uzorka po lošijem snu na svima dimenzijama i mjerama; izvještavala je o povećanim razinama depresivnosti, anksioznosti, stresa, umora i nižim razinama kvalitete života. Značajan dio tih studenata imao je i dijagnosticiranu kliničku depresiju i anksioznost. Međutim, nije bilo razlike u dnevnoj pospanosti i akademskom uspjehu u odnosu na grupu koja ne pati od kronične nesanice. Autori navode da i u brojnim drugim istraživanjima razlike u pospanosti nema, a neznačajnu razliku u akademskom uspjehu objašnjavaju time da ljudi koji pate od nesanice su najčešće više perfekcionisti (Vincent i sur., 2000, prema Taylor i sur., 2013), te ulažu više truda da bi se suočili sa kognitivnim zadatcima kako bi kompenzirali negativne efekte lošeg sna. Buysse i sur. (2008) u svojoj studiji ukazuju na to da nesanica predviđa velike depresivne episode i da velike

depresivne epizode predviđaju buduću nesanicu. I brojne druge studije ukazuju na povezanost nesanice i depresivnosti kao i anksioznosti, gdje osobe koje izvještavaju o simptomima nesanice postižu i više rezultate na skalama depresivnosti i anksioznosti od onih koji se ne žale na simptome nesanice (Taylor i sur., 2005). Anksioznost je često uparena sa nesanicom, te su ova dva konstrukta u kompleksnome odnosu. Naime, problemi sa spavanjem su često uključeni u definicije i dijagnostičke kriterije za anksiozne poremećaje. Iako anksioznost može dovesti do problema sa spavanjem, također je poznato da deprivacija sna može dovesti do simptoma anksioznosti (Bourdet i Goldenberg, 1994).

1.4. Odnos perfekcionizma i nesanice

Kao što je već i rečeno, mnoga istraživanja ukazuju na povezanost konstrukta perfekcionizma s različitim psihopatološkim simptomima i poremećajima, a među njih spada i nesanica. Ovom temom među prvima se počinju baviti Lungh, Broman, Hetta i Saboonchi (1994) koji su radeći s pacijentima koji boluju od kronične nesanice uočili da ti pacijenti često imaju visoke osobne standarde, snažan osjećaj dužnosti te izražene perfekcionističke stavove. To ih je iskustvo potaknulo da konstruiraju hipotezu kako osobe koje pate od nesanice imaju prekomjerno izražene perfekcionističke težnje, te da taj perfekcionizam služi kao predispondirajući faktor za razvoj nesanice. Kao moguće objašnjenje autori navode da prolazne epizode nesanice, koje se događaju zahvaljujući negativnim životnim događajima i drugim izvorima stresa koji su uobičajeni u svakodnevnom životu, uzrokuju određene negativne dnevne posljedice kao što su umor, negativno raspoloženje, te žaljenje oko lošije izvedbe svakodnevnih obveza. Nadalje, može se očekivati da su pojedinci s izraženijim perfekcionističkim stavovima možda više zabrinuti oko tih negativnih posljedica privremene nesanice. Naime, moguće je da ti visoki osobni standardi, snažan osjećaj dužnosti i pretjerana zabrinutost oko pogrešaka pojačavaju negativan doživljaj tih dnevnih posljedica nesanice i vode do toga da osoba postaje previše zabrinuta oko sna. Nadalje, ta pretjerana zabrinutost oko sna vodi do začaranoga kruga gdje negativna očekivanja u vezi sa snom i zabrinutost i

frustracija zbog poteškoća oko spavanja, koji su učestali kod osoba koji imaju problema sa nesanicom, vode do kognitivnog i emocionalnog uzbuđenja koji onda održavaju i produbljuju pojedinčev problem s nesanicom. Drugim riječima, za razvoj kronične nesanice iz one privremene, koju svi ponekad iskusimo, perfekcionistički stavovi imaju krucijalnu ulogu.

Ono što slijedi iz ove hipoteze jest da ljudi koji pate od kronične nesanice imaju veće zahtjeve prilikom izvršenja različitih zadataka i više su kritični prema svojoj izvedbi nego drugi prema svojoj, čak i kada objektivno ne postoji razlika u izvedbama te su skloni podcjenjivati svoj uspjeh (Broman, Lundh, Aleman i Hetta, 1992). Jedno moguće objašnjenje jest da osobe koje pate od nesanice imaju više osobne standarde od onih koji nemaju problema s nesanicom te, iako im je izvedba bila jednako dobra kao i kod drugih, veća je diskrepanca između između njihovih osobnih standarda i izvedbe što vodi nezadovoljstvu. Drugo moguće objašnjenje je to da su osobe koje pate od nesanice uložile više truda od ostalih, kako bi nadomjestili umor, te je njihovo nezadovljstvo zapravo refleksija povećanog napora.

Sažeto rečeno, prema upravo pretpostavljenim hipotezama, zabrinutost za štetne posljedice nedovoljnog sna, možda u kombinaciji s visokim osobnim standardima za spavanjem i dnevnim funkcioniranjem, može pridonijeti razvoju začaranoga kruga nesanice, i voditi transformaciji trenutne nesanice u kroničnu. U skladu s upravo navedenim, u istraživanju Lungha i sur. (1994) dobivena je pozitivna povezanost rezultata na subskalama (MPS-F) *zabrinutost zbog pogrešaka*, *dvojba u vlasitite aktivnosti i osobni standardi* s nesanicom u skupini osoba koje ne pate od kronične nesanice. U skupini koja pati od kronične nesanice rezultati na ovim subskalama bili su značajno viši od onih u skupini koja ne pati od kronične nesanice kao što je i očekivano. Ovi rezultati iako ne ukazuju na kauzalni odnos perfekcionizma i nesanice, u skladu su sa pretpostavljenom hipotezom o perfekcionizmu kao predispondirajućem faktoru za razvoj nesanice. Naravno istraživači navode i mogućnost da nesanica dovodi do razvoja perfekcionizma, ili da su i perfekcionizam i nesanica rezultat nekog trećeg faktora. Rezultate slične ovima u svom istraživanju dobivaju i Vincent i Walker (2000) gdje su osobe koje su patile od nesanice imale više rezultate na subskalama *dvojba u vlastite aktivnosti, zabrinutost zbog pogrešaka, i roditeljska prigovaranja* u usporedbi s kontrolnom skupinom. Rezultati na subskali *osobni standardi* u ovom istraživanju nisu bili veći kod skupine koja pati od nesanice u odnosu na ostale, a kao moguće objašnjenje

istraživači navode mali uzorak. Osnovno objašnjenje koje nude Vincent i Walker (2000) s obzirom na svoje rezultate je to da su pojedinci koji sumnjaju u svoje aktivnosti zabrinuti zbog pogrešaka i dobivaju više kritike od strane roditelja i važnih drugih, doživljavaju veću pobuđenost prije odlaska na spavanje te im to stvara probleme da zaspu. Nadalje, navode i mogućnost da, budući da oni koji pate od nesanice počinju očekivati puno od svoje vlastite izvedbe i kritični su prema sebi (Lungh i sur, 1994), s vremenom razviju trajne perfekcionističke stavove, odnosno da nesanica možda vodi razvoju perfekcionizma. Također, sukladno dosad iznesenom, u istraživanju Azevedo i sur. (2009) dobivena je povezanost nesanice i ukupnog rezultata na perfekcionizmu, kao i nesanice i reultata na subskali *socijalno pripisani perfekcionizam* (za cijeli uzorak i za muške i ženske studente odvojeno) te nesanice i rezultata na subskali *sebi usmjeren perfekcionizam* samo za ženski dio uzorka, dok nije dobivena povezanost nesanice i rezultata na subskali *drugima usmjeren perfekcionizam*. Naime, budući da postoje pozitivne korelacije između dimenzija MPS-HF i MPS-F skala, gdje *socijalno pripisani perfekcionizam* donekle odgovara dimenzijama *roditeljskih očekivanja*, *roditeljskih prigovaranja i zabrinutosti zbog pogrešaka*, a *sebi usmjereni perfekcionizam osobnim standardima* (Frost, Heimberg, Mattia i Neubauer, 1993) ovi rezlutati donekle su u skladu su s dosad iznesenim.

1.5. Odnos perfekcionizma i anksioznosti

Brojna istraživanja dosad bavila su se proučavanjem odnosa između perfekcionizma i anksioznosti. Ono na što ukazuju rezultati jest da perfekcionizam predstavlja rizični faktor za razvoj anksioznosti (Blankstein i Dunkley, 2002; Blankstein i Hillis Lumley, 2008; prema Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe i Bieling, 2011). I na klinčkim i nekliničkim uzorcima istraživanja su pronašla povezanost rezultata na maladaptivnim dimenzijama perfekcionizma (za provjeru koje su to maladaptivne dimenzije vidjeti gore u tekstu, Blanksein i Dunkley, 2002) i anksioznosti (Shafran i Mansell, 2001, prema Wheeler i sur, 2011). Wheeler i sur. (2011) u svome istraživanju dobivaju umjerene povezanosti između rezultata na maladaptivnim dimenzijama perfekcionizma i anksioznosti. Konzistentno s dotadašnjim rezultatima, utvrdili su pozitivnu povezanost anksioznosti s rezultatima na subskalama *socijalno pripisani perfekcionizam, zabrinutnost zbog pogrešaka i dvojba u vlastite aktivnosti,*

roditeljska prigovaranja i *roditeljska očekivanja*. O'Connor, Rasmussen i Hawton (2010) u svome istraživanju dobili su da je subskala *sebi orijentiran perfekcionizam-kritički* (u istraživanju je subskala sadržavala četiri čestice, te je više maladaptivna, npr*: Razljutim se kada učinim pogrešku*) u interakciji s akutnim životnim stresom bila značajan prediktor anksioznosti. Arthur i Hayward (1997, prema Hewitt i sur., 2002) u svome istraživanju dobili su pozitivnu povezanost anksioznosti i rezultata na subskali *socijalno pripisani perfekcionizam*. U svome istraživanju Hewitt i sur. (2002) dobivaju pozitivnu povezanost rezultata na subskalama *socijalno pripisan perfekcionizam i sebi usmjeren perfekcionizam* s anksioznosti na uzorku adolescenata. *Sebi usmjeren perfekcionizam*, u interakciji sa socijalnim stresom, bio je značajan prediktor anksioznosti. Također, u studiji Gnilka, Ashby i Noble (2012) koja je ispitivala odnos između adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma, anksioznosi i sposobnosti suočavanja na uzorku studenata, dobiveno je da su sudionici sa adaptivnim perfekcionizmom imali najniže razine anksioznosti, zatim neperfekcionisti, a sudionici sa izraženim maladaptivnim perfekcionizmom imalu su najviše razine anksioznosti. Nedjelotvorno suočavanje imalo je posrednu ulogu u odnosu između maladaptivnog perfekcionizma i anksioznosti. Frost i sur. (1990) također su pronašli povezanost anksioznosti i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojba u vlastite aktivnosti*. Kawamura, Hunt, Frost i DiBartolo (2001) također pronalaze pozitivnu povezanost između maladaptivnih dimenzija perfekcionizma i simptoma anksioznosti.

2. Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između različitih dimenzija perfekcionizma, nesanice i anksioznosti na prigodnom uzorku studenata. Naime, poznato je da razdoblje studiranja kod većine studenata uključuje prilagodbu na nove situacije, nove životne uvjete, nove vještine, profesionalne i private odnose, kao i još mnogo noviteta. Sve ovo može učini to

razdoblje teškim i pogodnim za razvoj brojnih psiholoških i drugih poteškoća. Naime, u dobi od 24 godine najveća je prevalencija psihičkih poremećaja koji se pojavljuju po prvi put, te se za studente pokazuje da imaju više psihičkih poteškoća od opće populacije iste dobi (Hunt i Eisenberg, 2010). Pokazalo se da studenti doživljavaju i više anksioznosti, depresivnosti i straha od neuspjeha (Hunt i Eisenberg, 2010). Poznato je i to da znatan broj studenata često ima problema s nesanicom (Taylor i sur., 2013). Također, razdoblje studiranja obilježeno je postavljanjem visokih ciljeva i stvaranja visokih obrazovnih aspiracija, te su studenti često zabrinuti oko svog uspjeha i ispravnosti načina na koji uče, odnosno za očekivati je da imaju izražene perfekcionističke stavove. S obzirom na sve navedeno, studentska populacija čini se prigodnom za ispitivanje povezanosti između perfekcionizma, anksioznosti i nesanice.

3. Problemi i hipoteze

Problemi

1. Ispitati da li postoje povezanosti između pojedinih dimenzija perfekcionizma i nesanice.
2. Ispitati postoje li povezanosti između pojedinih dimenzija perfekcionizma i anksioznosti.
3. Ispitati postoji li povezanosti nesanice i anksioznosti.

Hipoteze

1. U skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja (Lungh i sur., 1994; Vincent i Walker, 2000; Azevedo i sur., 2009; Frost i sur., 1993) može se očekivati pozitivna povezanost između ukupnog rezultata na *Multidimenzionalnoj skali perfekcionizma* i

nesanice, odnosno očekuje se da će viši perfekcionizam biti povezan s većim problemima s nesanicom. Nadalje, očekuje se povezanost rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojba u vlasite aktivnosti, osobni standardi, roditeljska očekivanja* te *roditeljska prigovaranja* s nesanicom. Uz to, budući da se dimenzija *organiziranost* u većini istraživanja smatra adaptivnom, u ovom istraživanju ne očekuje se povezanost rezultata na subskali *organiziranost* i nesanice.

2. U skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja (Wheeler i sur., 2011; O'Connor i sur., 2010; Hewitt i sur., 2002; Frost i sur., 1990) očekuje se pozitivna povezanost anksioznosti s ukupnim rezultatom na *Multidimenzionalnoj skali perfekcionizma*, odnosno očekuje se veća anksioznost kod osoba s više izraženim perfekcionizmom. Nadalje, očekuje se pozitivna povezanost između anksioznosti i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojba u vlastite aktivnosti,* te *roditeljska prigovaranja* i *roditeljska očekivanja*. U ovom istraživanju ne očekuje se povezanost anksioznosti i rezultata na subskalama *osobni standardi* i *organiziranost* budući da se te dimenzije smatraju adaptivnima.

3. U ovom istraživanju očekuje se pozitivna povezanost anksioznosti i nesanice što je u skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja (Bourdet i Goldenberg, 1994; Taylor i sur., 2005). Pretpostavlja se da će osobe koje su više anksiozne imati i više problema s nesanicom.

4.Metodologija

4.1.Sudionici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 137 sudionika, studenata i studentica različitih sudijskih usmjerenja Sveučilišta u Zadru (9 studenata i 128 studentica). Sudionici su imali između 18 i 26 godina, a prosječna dob iznosila je 20,76 (sd=1,86). U istraživanju je prvotno sudjelovalo 160 sudionika, međutim rezultate od 23 sudionika bilo je potrebno isključiti iz daljne analize budući da su ti studenti u upitniku naveli da imaju dijagnosticiranu određenu kroničnu bolest. Ti sudionici izbačeni su iz uzorka kako ne bi došlo do iskrivljavanja rezultata konstrukata relevantnih za ovo istraživanje. Naime, kronične su bolesti nerijetko povezane s nesanicom i anksioznosti te su iz tog razloga ovi sudionici bili izostavljeni iz uzorka.

4.2. Mjerni instrumenti

U svrhu ovog istraživanja konstruiran je upitnik o općim podatcima (spol, dob i godina studiranja). Također od sudionika je traženo da navedu broj kolokvija koje su imali u proteklih mjesec dana od ispunjavanja upitnika. Prosječan broj kolokvija kojeg su sudionici imali u posljednjih mjesec dana prije samog ispitivanja bio je 2,65 (sd=0,71). U upitniku se od sudionika tražilo i da navedu da li imaju dijagnosticiranu određenu kroničnu bolest (pitanje je glasilo : *Ukoliko imate dijagnosticiranu neku kroničnu bolest npr. Parkinsonovu bolest, generalizirani anksiozni poremećaj, posttraumski stresni poremećaj... molimo Vas navedite).*

U istraživanju je korištena hrvatska verzija *Multidimenzionalnaskala skala perfekcionizma* od Frosta i sur. (1990) koju su adaptirale autorice Zubčić i Vulić-Prtorić (2008). Skala se sastoji od 35 tvrdnji koje mjere perfekcionizam kroz šest dimenzija. Dimenzija *osobni standardi* konceptualizirana je kao vrlo visoki osobni standardi i pretjerana važnost koja se pridaje tim visokim standardima pri samoevaluaciji. *Zabrinutost zbog pogrešaka* odnosi se na negativne reakcije na pogreške, tendenciju ka interpretiranju pogrešaka kao jednakih neuspjehu, i tendenciju vjerovanju da će osoba izgubiti poštovanje drugih nakon neuspjeha. *Roditeljska očekivanja* odnose se na vjerovanja da pojedinčevi roditelji postavljaju visoke ciljeve, a *roditeljska prigovaranja* i da su pretjerano kritični. *Dvojba u vlastite aktivnosti* odnosi se na osjećaj nesigurnosti u vlastite akcije ili mišljenje, i kao tendencija osjećaja da zadaci nisu zadovoljavajuće završeni. Posljednja je *organiziranost* kod koje je naglasak na važnosti i preferiranju reda. Skala ima zadovoljavajuću pouzdanost, a koeficijenti unutarnje konzistencije se kreću od 0,77 do 0,93 dok koeficijent unutarnje konzistencije za cijelu skalu iznosi 0,90. Što se tiče upute i načina bodovanja ispitanik odgovara tako da procjenjuje svoj stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom na skali Likertova tipa od pet stupnjeva (od 1-potpuno se ne slažem do 5-potpuno se slažem). Ukupan rezultat računa se kao zbroj procjena pojedinih čestica na svim subskalama osim na subskali *organiziranost.* Čestice koje se odnose na organiziranost ne uzimaju se u obzir prilikom računanja ukupnog rezultata skale radi niskih korelacija te subskale s ostalim subskalama, kao i sa sumom svih čestica skale perfekcionizma. Individualni rezultat na svakoj od šest subskala perfekcionizma predstavlja zbroj procjena onih čestica od kojih se ta subskala sastoji. Pri tome se obrnuto boduje tvrdnja

pod rednim brojem 35. Primjenom *MPS-F* na uzorku učenica u Zadru dobivena je faktorska struktura koja je u skladu sa strukturom koju su dobili Frost i sur. (1990). Pouzdanost *MPS-F* od autora Zubčić i Vulić-Prtorić (2008) provjerena je koeficijentima unutrašnje konzistencije tipa Cronbach alpha te prema dobivenim rezultatima subskale pokazuju zadovoljavajuću pouzdanost (*zabrinutost zbog pogrešaka* – 0.85, *organiziranost* – 0.87, *roditeljska očekivanja* – 0.79, *osobni standardi* – 0.79, *dvojba u vlastite aktivnosti* – 0.77, *roditeljska prigovaranja* – 0.60). U ovome istraživanju koeficijenti unutrašnje konzistencije tipa Cronbach alpha također su zadovoljavajući (*zabrinutost zbog pogrešaka* – 0.87, *organiziranost* – 0.91, *roditeljska očekivanja* – 0.80, *osobni standardi* – 0.82*, dvojba u vlastite aktivnosti* - 0.76, roditeljska prigovaranja – 0.61). Iz *Tablice 1 u prilogu* vidljivo je da postoje pozitivne interkorelacije između rezultata na svim subskalama kao i pozitivne korelacije rezultata na svim subskalama s ukupnim rezultatom na skali perfekcionizma osim s rezultatima na subskali *organiziranost*. Naime, rezultati na subskali *organiziranost* nisu u korelaciji niti s ukupnim rezultatom na skali perfekcionizma, kao ni sa rezultatima na svim subskalama osim s onima na subskali *osobni standardi.* To se može objasniti time da osobni standardi donekle mjere adaptivni perfekcionizam baš kao i *organiziranost*. Ne dobivanje korelacija između rezultata na subskali *organiziranost* s ukupnim rezultatom na skali perfekcionizma, kao ni sa rezultatima na svim subskalama osim *osobnih standarda* očekivano je budući da se i ukupan rezultat računa kao zbroj procjena pojedinih čestica na svim subskalama osim na subskali *organiziranost* radi niskih korelacija ostalim subskalama te sa sumom svih čestica skale perfekcionizma koje su dobivane u dosadašnjim istraživanjima.

Kako bi se ispitala nesanica u istraživanju je korištena *Atenska skala nesanice (Athens Insomia Scale – AIS).* Primjenjena je prevedena verzija na srpski jezik koja nije validirana te je za potrebe ovog rada prilagođena hrvatskome jeziku. Skala predstavlja kratki, lako primjenjiv upitnik za samoprocjenu kako bi se ispitala ozbiljnost simptoma nesanice koja je učestali problem u kliničkoj praksi. Skala se sastoji od 8 tvrdnji gdje prvih 5 procjenjuju poteškoće s problemom da se zaspe, buđenjem tijekom noći, ranijem jutarnjem ustajanju, ukupnom količinom sna i cijelokupnom kvalitetom sna, a preostale tri tvrdnje odnose se na procjenu posljedica nesanice koje dolaze kasnije (problem s osjećajem blagostanja, cijelokupnim funkcioniranjem i pospanošću tijekom dana). Na svakoj od čestica sudionik

zaokružuje broj od 0 do 3 s obzirom na slaganje s česticom (gdje 0 znači da osoba uopće nema problema s nesanicom, a 3 da osoba ima ozibljnih problema). Ukupan rezultat kreće se u rasponu od 0 (odsutnost bilo kakvih problema povezanih sa snom) do 24 (najozbiljniji stupanj nesanice). Sudionici su trebali zaokružiti svoje slaganje s česticom (tako što zaokružuju brojeve 1,2 ili 3) samo ukoliko su iskusili poteškoće s nesanicom barem tri puta u tjednu tijekom proteklog mjeseca, što su vrijednosti koje su konzistentne s ICD-10 kriterijem za dijagnozu nesanice. Kao optimalan kriterij za dijagnozu nesanice Soldates, Dikeos i Paparrigopoulos (2003) predlažu rezultat šest s obzirom na rezultate specifičnosti i osjetljivosti u svom istraživanju. *Atenska skala nesanice* ima zadovoljavajuću pouzdanost; koficijent unutarnje konzistencije tipa Cronbach Alpha iznosi 0.89 (Soldatos, Dikeos i Paparrigopoulos, 2000). U ovome istraživanju pouzdanost skale također je zadovoljavajuća; koeficijent unutarnje konzistencije tipa Cronbach Alpha iznosi 0,84.

Za ispitivanje anksioznosti sudionika, u ovo istraživanju korištena je *Spielbergerova skala za mjerenje anksioznosti kao stanja* kojom se utvrđuje razina anksioznosti koja je situacijski determirana. Ova skala nije korištena u svom izvornom obliku već je modificirana za potrebe istraživanja. Naime, budući da se *Atenska skala nesanice*, koja je također korištena u ovome istraživanju, odnosi na ono što se događalo u proteklih mjesec dana, i ova skala modificirana je tako da se njene čestice nalaze u perfektu, a ne u prezentu (npr. umjesto *Osjećam se smireno* u upitniku je pisalo *Osjećao/la sam se smireno*). Također, izmjenjena je i sama uputa u skladu s onom iz *Atenske skale nesanice* te su sudionici trebali zaokružiti odgovarajući broj ispred svake tvrdnje s obzirom na to kako su se osjećali u posljednjih mjesec dana. Sukladno ovome, može se zaključiti kako ova verzija *Spielbergove skale za mjerenje anksioznosti kao stanja* ne mjeri samo trenutno stanje već duži period u kojem se osoba osjećala anksiozno. Ova skala sadrži 20 čestica, a na svakoj od čestica ispitanik je trebao zaokružiti redni broj s obzirom na to kako se osjećao u posljednjih mjesec dana u rasponu od 1 (uopće ne) do 4 (upravo tako). Ukupan rezultat formira se kao zbroj procjena na svim česticama, pri čemu se 10 čestica boduje u suprotnom smjeru. Raspon rezultata kreće se od 20 do 80, a rezultat iznad 40 se najčešće predlaže kao onaj ukazuje na prisustvo anksioznosti u patološkom obliku (Knight, Waal-Manning i Spears, 1983). *Spielbergerove skala za mjerenje anksioznosti kao stanja* pokazuje zadovoljavajuću pouzdanost, a koeficijent unutarnje konzistencije tipa Cronbach alpha iznosi 0,93 (Knight i sur. 1983). U ovome

istraživanju pouzdanost skale također je zadovoljavajuća, koeficijent unutarnje konzistencije tipa Cronbach alpha iznosi 0,95.

4.3. Postupak

Ispitivanje je bilo obavljeno grupno na skupinama studenata i studentica različitih studijskih usmjerenja Sveučilišta u Zadru. Ispitivanje je obavljeno tijekom prosinca 2016. te siječnja 2017. godine. Prije početka ispunjavanja upitnika, sudionicima je rečeno da prije nego što krenu s rješavanjem detaljno pročitaju uputu o popunjavanju. Ujedno je ispitanicima naglašeno da je ispitivanje anonimno i povjerljivo, te da će podaci biti korišteni isključivo u svrhu izrade završnoga rada, te su zamoljeni za suradnju i iskrenost. Nakon što su pročitali uputu, svi sudionici ispunjavali su upitnik konstruiran u svrhu ovoga istraživanja kojim su prikupljeni podaci o spolu, dobi, godini studija, broju kolokvija koji su imali u posljednjih mjesec dana, informacije o postojanju neke dijagosticirane kronične bolesti, te su nakon toga riješavali skale perfekcionizma, anksioznosti te nesanice. Ispitivanje je trajalo u prosjeku 20 minuta.

5. Rezultati

Cilj ovog istraživanja bio je je ispitati postoji li povezanost perfekcionizma i nesanice kod studenata kao i povezanot anksioznosti s upravo spomenutim konstruktima. Rezultati su prikazani redom odgovarajući na svaki problem pojedinačno. Prije toga prikazani su deskriptivni podaci i rezultati testiranja spljoštenosti i asimetričnosti koji su korišteni kao indeksi normalnosti distribucije relevantnih podataka (Tablica 1).

Tablica 1 Deskriptivni parametri (*M* i *sd*) i normalnost distribucija ukupnog rezultata na skali MPS-F kao i njenih subskala te nesanice i anksionosti kod studenata (N=137).

	M	*SD*	*Asimetričnost*	*Spljoštenost*

MPS-F	73.27	16.24	0.28	0.46
ZABRINUTOST ZBOG POGREŠAKA	21.22	7.05	0.48	-0.13
DVOJBA U VLASTITE AKTIVNOSTI	11.26	3.74	0.18	-0.85
OSOBNI STANDARDI	22.17	5.15	-0.16	-0.08
RODITELJSKA PRIGOVARANJA	7.22	2.52	1.05	1.65
RODITELJSKA OČEKIVANJA	11.37	4.28	0.68	0.07
ORGANIZIRANOST	22.45	5.39	-0.65	-0.13
ANKSIOZNOST	53.10	13.01	0.08	-1.07
NESANICA	9.10	4.49	0.58	0.17

*MPS-F- mutidimenzionalna skala perfekcionizma

Iz prikazane *Tablice 1* vidljivo je kako su asimetričnost i spoljoštenost zadovoljavajuće kod svih ispitanih varijabli. Budući da se prema Klineu (2005) ekstremno odstupajućim distribucijama smatraju one čiji je indeks spljoštenosti veći od 10, a indeks asimetričnost veći od 3, a nijedan indeks spljoštenosti kao ni asimetričnosti ne odstupa značajno od navedenih vrijednosti, na njima se mogu provoditi parametrijske statističke analize.

Jedan od problema ovoga istraživanja bio je ispitali povezanost pojedinih dimenzija perfekcionizma, kao i ukupnog rezultata na skali perfekcionizma s nesanicom. U tu svrhu korišten je Pearsonov koeficijent korelacije.

Tablica 2 Prikaz rezultata povezanosti pojedinih subskala kao i ukupnog rezultata na skali perfekcionizma (MPS-F) s nesanicom (N=137).

	NESANICA
MPS-F	0.30**
ZABRINUTOST ZBOG POGREŠAKA	0.36**
DVOJBA U VLASTITE AKTIVNOSTI	0.28**
OSOBNI STANDARDI	0.09

RODITELJSKA PRIGOVARANJA	0.20*
RODITELJSKA OČEKIVANJA	0.09
ORGANIZIRANOST	-0.25**

**p<,01; *p<,05

MPS-F- mutidimenzionalna skala perfekcionizma

Nakon provedene statističke analize dobivenih rezultata utvrđena je statistički značajna umjerena pozitivna povezanost rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojbe u vlastite aktivnosti* i ukupnog rezultata na skali *MPS-F* s nesanicom (p<,01). Također, utvrđena je statistički značajna niska pozitivna povezanost rezultata na subskali *roditeljska prigovaranja* s nesanicom (p<,05). Nadalje, utvrđena je statistički značajna niska negativna povezanost rezultata na subskali *organiziranost* s nesanicom (p<,01). Nije utvrđena statistički značajna povezanost rezultata na subskalama *roditeljska očekivanja* i *osobni standardi* s nesanicom (p>,05).

Kako bi odgovorili na drugi problem, odnosno ispitali povezanost anksioznosti s perfekcionizmom i njegovim subskalama, korišten je Pearsonov koeficijent korelacije.

Tablica 3 Prikaz rezultata povezanosti pojedinih subskala kao i ukupnog rezultata na skali perfekcionizma s anksioznosti (N=137).

	ANKSIOZNOST
MPS-F	0.33**
ZABRINUTOST ZBOG POGREŠAKA	0.43**
DVOJBA U VLASTITE AKTIVNOSTI	0.35**
OSOBNI STANDARDI	0.11
RODITELJSKA PRIGOVARANJA	0.13
RODITELJSKA OČEKIVANJA	0.02
ORGANIZIRANOST	-0.11

**p<,01; *p<,05

MPS-F- mutidimenzionalna skala perfekcionizma

Kao što je vidljivo iz *Tablice 3,* postoji statistički značajna umjerena pozitivna povezanost ukupnog rezultata na skali *MPS-F* kao i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojbi u vlastite aktivnosti* s anksioznosti (p<,01). Nije utvrđena statistički značajna povezanost rezultata na subskalama *roditeljska prigovaranja, osobni standardi, roditeljska očekivanja* i *organiziranost* s anksioznosti (p>0,5).

U svrhu odgovora na treći problem, odnosno ispitivanja povezanosti između anksioznosti i nesanice, izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije između anksioznosti i nesanice.

Tablica 4 Prikaz rezultata povezanosti nesanice s anksioznosti, dobivenih korištenjem Pearsonovog koeficijenta korelacije (N=137).

	NESANICA
ANKSIOZNOST	0.60**

**p<,01

Kao što je vidljivo iz *Tablice 4,* dobivena je statistički značajna umjerena pozitivna povezanost anksioznosti s nesanicom (p<,01).

6. Rasprava

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnose između perfekcionizma, anksioznosti i nesanice na skupini studenata i studentica.

Prvi problem bio je ispitati povezanost pojedinih dimenzija perfekcionizma i nesanice. Perfekcionizam se može definirati kao postavljanje i ustrajanje u previsokim i nerealističnim ciljevima koje je popraćeno učestalim mislima o tome kako osoba mora uspjeti u izvršenju

tih ciljeva, koje je nadalje popraćeno kritiziranjem i negativnom evaluacijom samoga sebe (Frost i sur., 1990). Brojna dosadašnja istraživanja ukazuju na povezanost perfekcionizma sa različitim psihopatološkim simptomima i poremećajima, među koje spada i nesanica. Lundh i sur. (1994) na temelju svojih zapažanja (za detaljnije vidjeti gore u tekstu) konstruiraju hipotezu kako osobe koje pate od nesanice imaju prekomjerno izražene perfekcionističke težnje, te da taj perfekcionizam možda služi kao predispondirajući faktor za razvoj nesanice. Istraživači objašnjavaju kako prolazne epizode nesanice, koje se događaju zahvaljujući negativnim životnim događajima i koje su uobičejene za svakog povremeno uzrokuju određene negativne dnevne posljedice (umor, negativno raspoloženje, te žaljenje oko lošije izvedbe svakodnevnih obveza). Moguće je da su pojedinci s izraženijim perfekcionističkim stavovima više zabrinuti oko negativnih posljedica te nesanice te su više zabrinuti za vlastito spavanje. Nadalje, ta zabrinutost vodi do kognitivnog i emocionalnog uzbuđenja koji onda održavaju i produbljuju pojedinčev problem s nesanicom. Također, pretpostavlja se da oni imaju više osobne standarde za opće funkcioniranje i izvedbu što potpomaže razvoju tog začaranog kruga. U skladu s tim dobili su pozitivnu povezanost rezultata na subskalama (MPS-F) *zabrinutost zbog pogrešaka*, *dvojba u vlasitite aktivnosti i osobni standardi* s nesanicom u skupini osoba koje ne pate kronične nesanice, te su u skupini koja pati od kronične nesanice rezultati na ovim subskalama bili značajno viši od onih na nekliničkom uzorku Ovi rezultati iako ne ukazuju na kauzalni odnos perfekcionizma i nesanice, u skladu su sa pretpostavljenom hipotezom o perfekcionizmu kao predispondirajućem faktoru za razvoj nesanice. Istraživači navode i mogućnost da nesanica dovodi do razvoja perfekcionizma, ili da su i perfekcionizam i nesanica rezultat nekog trećeg faktora. Rezultate slične ovima u svom istraživanju dobivaju i Vincent i Walker (2000) gdje su osobe koje su patile od nesanice imale više rezultate na subskalama *dvojba u vlastite aktivnosti, zabrinutost zbog pogrešaka, i roditeljska prigovaranja* u odnosu na kontrolnu skupinu. Osnovno objašnjenje koje nude Vincent i Walker (2000) s obzirom na svoje rezultate je to da pojedinci koji sumnjaju u svoje aktivnosti, zabrinuti su zbog pogrešaka i dobivaju više kritike od strane roditelja i važnih drugih, doživljavaju veću pobuđenost prije odlaska na spavanje te im to stvara probleme da zaspu. Rezultati dobiveni u ovome istraživanju djelomično su u skladu s upravo navedenim. Naime, kao što se i očekivalo, dobivena je umjerena pozitivna povezanost rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka*, *dvojba u vlastite aktivnosti*, kao i ukupnog rezultata na skali *MPS-F* s nesanicom, no, nije dobivena pozitivna povezanost razultata na subskali

osobni standardi i nesanice kao što se očekivalo prema rezultatima Lungha i sur. (1994). Međutim, i u njihovom istraživanju ta povezanost bila je manja u odnosu na onu sa rezultatima na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojba u vlastite aktivnosti* na nelikičkom uzorku. I rezultati nekih drugih istraživanja koji su se bavili ovom temom ne ukazuju na povezanost rezultata na subskali *osobni standardi* i nesanice. U istraživanju Vincenta i Walkera (2000) rezultati na *osobnim standardima* nisu bili izraženiji kod skupine koja pati od nesanice u odnosu na kontrolnu skupinu, dok kod Lungha i sur. (1990) na uzorku koji pati od nesanice jesu, a kao moguće objašnjenje istraživači navode mali uzorak. Nedobivanje povezanosti rezultata na subskali *osobni standardi* s nesanicom može se objasniti i time da ta subskala, prema rezultatima više istraživanja, predstavlja adaptivnu dimenziju perfekcionizma koja je povezana s manje negativnih posljedica. Blankstein i Dunkle (2002) sumiraju rezultate istraživanja koja ukazuju na to da *osobni standardi*, između ostalog predstavljaju adaptivnu dimenziju perfekcionizma. U ovom istraživanju također je dobivena i pozitivna povezanost rezultata na subskali *roditeljska prigovaranja* i nesanice što se moglo i pretpostaviti s obzirom na rezultate dobivene u istraživanju Vincenta i Walkera (2000) koji dobivaju to da osobe koje pate od nesanice imaju više rezultate na subskali *roditeljska prigovaranja* u odnosu na kontrolnu skupinu. Azevedo i sur. (2009) u svome istraživanju dobivaju povezanost nesanice i ukupnog perfekcionizma *(MPS-HF)* te nesanice i *socijalno pripisanog perfekcionizma*, a budući da *socijalno pripisani perfekcionizam* donekle odgovara dimenzijama *roditeljskih očekivanja*, *roditeljskih prigovaranja i zabrinutosti zbog pogrešaka*, (Frosti sur., 1993) može se reći da su i rezultati ovog istraživanja donekle u skladu s tim. Naime, u ovome istraživanju nije dobivena pozitivna povezanost između rezultata na subskali *roditeljska očekivanja* i nesanice. Mogući uzrok može biti relativno mali uzorak, ali i to da dimenzija *roditeljska očekivanja* nije u jednakoj mjeri maladaptivna kao i *roditeljska prigovaranja* već da donekle to što roditelji imaju određena očekivanja od svoje djece može i pozitivno utjecati na njih. Također i u istraživanju od Vincenta i Walkera (2000) osobe koje su imale problema s nesanicom nisu imale više rezultate na subskali *roditeljska očekivanja* u odnosu na kontrolnu skupinu. U ovome istraživanju također je dobivena i negativna povezanost rezultata na subskali *organiziranost* i nesanice. Ovi rezultati ne iznenađuju budući da *se organiziranost* smatra adaptivnom dimenzijom perfekcionizma (Blankstein i Dunkle, 2002). Iz ovoga proizlazi da studenti koji preferiraju red i organiziranost u svojim obvezama su vjerojtno manje zabrinuti, pa i samim

time bolje spavaju. Ono što je također zanimljivo spomenuti je to da u ovome istraživanju uzorak, kojeg čine studenti, prema prosječnom rezultatu na skali nesanice koji iznosi 9,10 (kao što je vidljivo iz *Tablice 1*) pokazuje izrazite probleme sa spavanjem. Naime, kao optimalan kriterij za dijagnozu nesanice Soldates i sur. (2003) predlažu rezultat 6 s obzirom na rezultate specifičnosti i osjetljivosti u svom istraživanju a vidljivo je da je prosječni rezultat na ovom uzorku viši od predloženog kriterija. Detaljnijom analizom utvrđeno je da od ukupno 137 sudionika, njih 108 zadovoljava kriterij za kroničnu nesanicu (prema kriteriju kojeg su predložili Soldates i sur., 2003) što uvelike iznenađuje. Ono što možda može objasniti ovakav rezultat je podatak da su studenti u proteklih mjesec dana prije ispunjavanja upitnika za potrebe ovoga rada u prosjeku imali 2,65 kolokvija. Ono što proizlazi iz upravo navedenih rezultata je to da studenti koji su općenito imali više rezultate na skali perfekcionizma te na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojba u vlastite aktivnosti* i *roditeljska prigovaranja*, su imali i više problema sa spavanjem, te oni koji su bili više organizirani su ujedno imali i manje problema sa spavanjem.

Drugi problem u ovome istraživanju bio je ispitati povezanost pojedinih dimenzija perfekcionizma i anksioznosti. Brojna istraživanja dosada bavila su se proučavanjem odnosa između perfekcionizma i anksioznosti te ono na što ukazuju rezultati jest da perfekcionizam predstavlja rizični faktor za razvoj anksioznosti (Blankstein i Dunkley, 2002; Blankstein i Hillis Lumley, 2008; prema Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe i Bieling, 2011). U skladu s dosadašnjim rezultatima u ovome istraživanju postavljena je hipoteza prema kojoj se očekuje pozitivna povezanost anksioznosti sa ukupnim rezultatom na *MPS-F* kao i anksioznosti sa rezultatima na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka, dvojba u vlastite aktivnosti,* te *roditeljska prigovaranja* i *roditeljska očekivanja*, dok se ne očekuje povezanost anksioznosti i rezultata na subsakalama *osobni standardi* i *organiziranost.* Kao što je vidljivo iz *Tablice 3,* ova hipoteza djelomično je potvrđena. Naime, dobivena je umjerena pozitivna povezanost ukupnog rezultata na skali *MPS-F* kao i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojbe u vlastite aktivnosti* s anksioznosti kao što je i očekivano, međutim nije dobivena pozitivna povezanost rezultata na subskalama *roditeljska prigovaranja* i *roditeljska* očekivanja s anksioznosti. Mogući razlog za ne dobivanje pozitivne povezanosti između rezultata na subskalama *roditeljska očekivanja* i *roditeljska prigovaranja* s nesanicom je mali uzorak. Još jedno moguće objašnjenje ovakvih rezultata je to da, budući da se radi o studentskoj populaciji, a studenti su već dovoljno odrasli da shvaćaju da su njihovi postupci i

odluke oni koji će oblikovati njihov život, više roditeljskih očekivanja i pritužbi neće nužno uključivati i veću anksioznost kod studenata. Nadalje, nije dobivena povezanost rezultata na subskalama *osobni standardi* i *organiziranost* s nesanicom kao što je i očekivano budući da su to dimenzije perfekcionizma koje se uglavnom smatraju adaptivne. Dobiveni rezultati u ovome istraživanju donekle su skladu s dosadašnjim istraživanjima. Naime, i na klinčkim i nekliničkim uzorcima istraživanja su pronašla povezanost maladaptivnih dimenzija perfekcionizma i anksioznosti. Wheeler i sur. (2011) u svome istraživanju dobili su pozitivnu povezanost anksioznosti sa rezultatima na subskalama *socijalno pripisani perfekcionizam, zabrinutnost zbog pogrešaka i dvojba u vlastite aktivnosti, roditeljska prigovaranja* i *roditeljska očekivanja*. Nadalje, u studiji Gnilka, Ashby i Noble (2012) koja je istraživala odnos između adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma, anksioznosi i sposobnosti suočavanja na uzorku studenata, sudionici sa adaptivnim perfekcionizmom imali su najniže razine anksioznosti, nakon njih neperfekcionisti, a sudionici sa izraženim maladaptivnim perfekcionizmom imalu su najviše razine anksioznosti. Pokazalo se da nedjelotvorno suočavanje ima posrednu ulogu u odnosu između maladaptivnog perfekcionizma i anksioznosti. Frost i sur. (1990) u svome su istraživanju utvrdili povezanost anksioznosti i rezultata na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojba u vlastite aktivnosti*. Ono što se može zaključiti iz dobivenih rezultata je to da su studenti koji su općenito imali više rezultate na skali perfekcionizma te su bili više zabrinuti za vlastite pogreške i sumnjali u vlastite aktivnosti su ujedno doživljavali i više razine anksioznosti.

Još jedan od problema u ovome istraživanju bio ispitati postoji li povezanost između nesanice i anksioznosti. Anksioznost se može definirati kao subjektivni doživljaj napetosti, strahovanja, nervoze i zabrinutosti koji je popraćen sa pobuđenošću autonomnog živčanog sustava (Spielberg, 1966). S obzirom na rezultate dosadašnjih istraživanja postavljena je hipoteza prema kojoj se očekuje pozitivna povezanost nesanice i anksioznosti. Kao što je vidljivo iz *Tablice 4* ova hipoteza je i potvrđena, odnosno dobivena je umjerena pozitivna povezanost nesanice i anksioznosti. Drugim riječima, studenti koji su osjećali više anksiozno imali su i više problema sa spavanjem. U istraživanju Taylora i sur. (2005) također je pronađena pozitivna povezanost nesanice i anksioznosti, odnosno osobe koje izvještavale o više simptoma nesanice postigli su i više rezultate na skalama anksioznosti od onih koji nemaju problema s nesanicom. Iz reultata ovoga istraživanja nije moguće zaključivati o kauzalnom smjeru između ova dva konstrukta iako je jasno da su ti konstrukti povezani.

Naime iz rezultata drugih istraživanja poznato je da su anksioznost i nesanica u kompleksnome odnosu jer kao što je već i rečeno, problemi sa spavanjem su često uključeni u definicije i dijagnostičke kriterije za anksiozne poremećaje. Također, iako anksioznost može dovesti do problema sa spavanjem, poznato je i da deprivacija sna može dovesti do simptoma anksioznosti (Bourdet i Goldenberg, 1994).

Rezultati u ovome istraživanju iako ne ukazuju na kauzalne odnose između pojedinih konstrukata, ukazuju na međusobne povezanosti sva tri ispitivana konstrukta te impliciraju određene moguće zaključke. Naime u ovome istraživanju dobivena je povezanost određenih subskala perfekcionizma s nesnicom, ali i s anksioznošću, dok anksioznost također korelira i s nesanicom. Jedan od mogućih zaključaka koji proizlazi iz ovakvih rezultata je to da studenti koji imaju više izražene perfekcionističke stavove, odnosno više su zabrinuti za vlastite pogreške te imaju veće dvojbe u vlastite aktivnosti u svome akademskom okruženju, za koje je poznato da je studentima stresno i zahtjevno, doživljavaju više razine anksioznosti te stoga imaju i više problema sa spavanjem. Naime, anksioznost uključuje emocionalnu i kognitivnu pobuđenost koja je popraćena povećanom aktivacijom autonomnog živčanog sustava, odnosno tijelo je u stanju veće pobuđenosti, te je stoga onda i teže zaspati. Drugim riječima moguće je da anksioznost posreduje između perfekcionizma i anksioznosti. Stoga je i preporuka za buduća istraživanja ispitati upravo navedeno. Naravno, moguće je da između ovih kostrukata postoji i drugačiji odnos od upravo pretpostavljenog te bi i to u budućim istraživanjima bilo poželjno ispitati.

Jedan od mogućih nedostataka u ovome istraživanju je zasigurno mali broj sudionika te prigodan uzorak koji ne omogućuje generalizaciju rezultata na populaciju studenata. Također, ono što je važno naglasiti je to da se rezultati istraživanja temelje na samoprocjenama studenata koje uvelike mogu biti pristrane te su te samoprocjene prikupljene u samo jednoj točki vremena. Naime, moguće je da su se studenti tih nekoliko dana u vrijeme provedbe istraživanja osjećali anksiozno i loše spavali zbog kolokvija ili drugih obveza, a takvo svoje trenutno stanje su generalizirali na duži period vremena. Ovaj problem može se riješiti longitudinalnim nacrtom gdje bi studenti ili praćeni duži period vremena u kojem bi više puta tijekom vremena izvještavali o razinama anksioznosti i problemima s nesanicom a takvim nacrtom bi bilo moguće točnije utvrditi i odnos između relevantnih konstrukata za ovo

istraživanje, odnosno utvrditi uzročno posljedična veza. Uz to, u ovome je istraživanju korištena *Spielbergova skala za mjerenje anksioznosti kao stanja* kojom se utvrđuje razina anksioznosti koja je situacijski determirana dok su većina istraživanja u ovome području koristila *Spielbergovu skalu za mjerenje anksioznosti kao crte*. Međutim, kao što je i prethodno kazano, ova skala nije korištena u svom izvornom obliku već je modificirana za potrebe istraživanja a tako modificirana verzija ne mjeri samo trenutno stanje već duži period u kojem se osoba osjećala anksiozno, a sukladno i vremenu u kojem je imala i problema s nesanicom.

Ovo istraživanje ima i određene implikacije važne za studentsku populaciju. Naime, za studente koji imaju izraženije perfekcionističke težnje važno bi bilo osigurati potporu i savjetovanje na koji način da se nose sa svakodnevim obvezama i drugim izvorima stresa u akadameskom okruženju, kako bi doživljavali manje anksioznosti i kako bi imali što manje problema s nespavanjem. Općenito je važno savjetovati studente i organzirati radionice na kojima bi se educirali o tome kako se što bolje nositi s različitim stresnim situacijama kako bi se osjećali što manje zabrinuto i nervozno te kako bi im spavanje bilo što kvalitetnije. Također bi ih trebalo i savjetovati na koji način da se opuštaju i na koji način mogu organizirati svoj raspored u kojem će biti dovoljno vremena spavanje, jer isto tako nedovoljno sna može dovesti do anksioznosti i drugih poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju.

7. Zaključak

1. Rezultati istraživanja ukazuju na to da postoji umjerena pozitivna povezanost ukupnog rezultata na *Multidimenzionaloj skali perfekcionizma* kao i rezultata postignutih na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka*, *dvojba u vlastite aktivnosti* s nesanicom. Također, postoji i niska pozitivna povezanost rezultata na subskali *roditeljska prigovaranja* i nesanice. Nadalje, utvrđena je i niska negativna povezanost rezultata na subskali *organiziranost* i nesanice. Ne postoji povezanost između rezultata na subskalama *osobni standardi* i *roditeljska očekivanja* i nesanice.

2. Iz rezultata istraživanja vidljivo je da postoji umjerena pozitivna povezanost ukupnog rezultata na skali *MPS-F* kao i rezultata postignutih na subskalama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *dvojbi u vlastite aktivnosti* s anksioznosti. Ne postoji povezanost rezultata postignutih na subskalama *roditeljska prigovaranja, osobni standardi, roditeljska očekivanja* i *organiziranost* s anksioznosti.

3. Rezultati istraživanja pokazuju da postoji umjerena pozitivna povezanost između anksioznosti i nesanice.

8. Literatura

Anđelković, V. (2008). Anksioznost i samopoštovanje u kontekstu uzrasta, pola i profesionalnog usmerenja. *Godišnjak za psihologiju*, *5*(6-7), 111-130.

Azevedo, M. H. P., Soares, M. J., Carvalho Bos, S., Allen Gomes, A., Maia, B., Marques, M. i Macedo, A. (2009). Perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *10*(3), 225-233.

Blankstein, K. R. i Dunkley, D. M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. U G. L. Flett i P. L. Hewitt (ur.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (str. 285-315).

Bourdet, C. i Goldenberg, F. (1994). Insomnia in anxiety: sleep EEG changes. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 93-104.

Broman, J. E., Lundh, L. G., Aleman, K. i Hetta, J. (1992). Subjective and objective performance in patients with persistent insomnia. *Cognitive Behaviour Therapy*, *21*(3), 115-126.

Buysse, D. J., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D. i Rössler, W. (2008). Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep*, *31*(4), 473-480.

Chevalier, H., Los, F., Boichut, D., Bianchi, M., Nutt, D. J., Hajak, G. i Crowe, C. (1999). Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. *Journal of Psychopharmacology*, *13*(4), 21-24.

Endler, N. S., Edwards, J. M., Vitelli, R. i Parker, J. D. (1989). Assessment of state and trait anxiety: Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Anxiety Research*, *2*(1), 1-14.

Endler, N. S., Magnusson, D., Ekehammar, B. i Okada, M. (1976). The multidimensionality of state and trait anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, *17*(1), 81-96.

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.

Gnilka, P. B., Ashby, J. S. i Noble, C. M. (2012). Multidimensional perfectionism and anxiety: Differences among individuals with perfectionism and tests of a coping-mediation model. *Journal of Counseling & Development*, *90*(4), 427-436.

Hewitt, P. L., i Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(3), 456.

Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L. i Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, *32*(6), 1049-1061.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B. i McGee, B. (2003). Perfectionism Is Multidimensional: a reply to. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(10), 1221-1236.

Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. i Wollert, R. (1989). Validation of a measure of perfectionism. *Journal of Personality Assessment*, *53*(1), 133-144.

Hunt, J. i Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, *46*(1), 3-10.

Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O. i DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent?. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(3), 291-301.

Knight, R. G., Waal-Manning, H. J. i Spears, G. F. (1983). Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. *British Journal of Clinical Psychology*, *22*(4), 245-249.

Lader, M. (1972). The nature of anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, *121*(564), 481-491.

Lundh, L. G., Broman, J. E., Hetta, J. i Saboonchi, F. (1994). Perfectionism and insomnia. *Cognitive Behaviour Therapy*, *23*(1), 3-18.

O'Connor, R. C., Rasmussen, S. i Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(1), 52-59.

Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, *6*(2), 97-111.

Olson, L. G. (1996). A community survey of insomnia in Newcastle. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *20*(6), 655-657.

Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of anxiety disorders*, *11*(2), 201-214.

Rice, K. G., Ashby, J. S. i Slaney, R. B. (2007). Perfectionism and the five-factor model of personality. *Assessment*, *14*(4), 385-398.

Shafran, R., Cooper, Z. i Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive–behavioural analysis. *Behaviour Research And Therapy, 40*(7), 773-791.

Sirois, F. i Molnar, D. S. (Eds.). (2015). *Perfectionism, health, and well-being*. Berlin: Springer.

Slade, P. D. i Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, *22*(3), 372-390.

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G. i Paparrigopoulos, T. J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*(3), 263-267.

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G. i Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*(6), 555-560.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and Behavior*, *1*, 3-20.

Stöber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 481-491.

Taylor, D. J., Bramoweth, A. D., Grieser, E. A., Tatum, J. I. i Roane, B. M. (2013). Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behavior Therapy*, *44*(3), 339-348.

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W. i Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, *28*(11), 1457-1464.

Vincent, N. K. i Walker, J. R. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, *49*(5), 349-354.

Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, *9*(2), 171-194.

Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E. i Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, *4*(1), 66-91.

Zheng, Y. (2008). Anxiety and second/foreign language learning revisited. *Canadian Journal for New Scholars in Education*, *1*(1), 1-12.

Zubčić, T. i Vulić-Prtorić, A. (2008.). Multidimenzionalna skala perfekcionizma (MPS-F). U: Z. Penezić, V. Ćubela Adorić, A. Proroković i I. Tucak Janković (ur.). Zbirka psihologijskih skala i upitnika – Svezak 4 (str. 23-35). Zadar: Sveučilište u Zadru.

Prilog 1

Tablica 5 Prikaz korelacija (Pearsonov koeficijent korelacije) između subskala *Multidimenzionalne skale perfekcionzma* kao i subskala s ukupnim rezultatom na skali (N=137).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. MPS-F	1.00	0.87*	0.63*	0.67*	0.61*	0.64*	0.10
2. ZABRINUTOST ZBOG POGREŠAKA	0.87*	1.00	0.55*	0.48*	0.41*	0.37*	0.06
3. DVOJBA U VLASTITE AKTIVNOSTI	0.63*	0.55*	1.00	0.18*	0.31*	0.19*	0.12
4. OSOBNI STANDARDI	0.67*	0.48*	0.18*	1.00	0.19*	0.28*	0.27*
5. RODITELJSKA PRIGOVARANJA	0.61*	0.41*	0.31*	0.19*	1.00	0.55*	-0.07
6. RODITELJSKA OČEKIVANJA	0.64*	0.37*	0.19*	0.28*	0.55*	1.00	-0.10
7. ORGANIZIRANOST	0.10	0.06	0.12	0.27*	-0.07	-0.10	1.00

*p<,05

MPS-F- mutidimenzionalna skala perfekcionizma