



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
HRVATSKI STUDIJI

Ana Kljajo - Nikolić

**ASERTIVNOST, SAMOPOŠTOVANJE I  
PERCEPCIJA STRESA KOD OSOBA KOJE  
BOLUJU OD MULTIPLE SKLEROZE**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
HRVATSKI STUDIJI  
ODJEL ZA PSIHOLOGIJU

Ana Kljajo - Nikolić

**ASERTIVNOST, SAMOPOŠTOVANJE I  
PERCEPCIJA STRESA KOD OSOBA KOJE  
BOLUJU OD MULTIPLE SKLEROZE**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: prof. dr. sc. Goran Milas

Zagreb, 2017.

## **Sažetak**

Cilj studije bio je ispitati razlikuju li se osobe s multiplom sklerozom od zdravih osoba u asertivnosti, samopoštovanju i stresu. Sudionici (N=60) u istraživanju bile su osobe ženskog spola. Prvu skupinu (n=30) činile su osobe sa dijagnosticiranim MS-om, dok su drugu skupinu (n=30) činile sudionice iz opće populacije. Sudionice iz skupine osoba s dijagnosticiranim MS-om bile su regrutirane putem grupa koje okupljaju te osobe na društvenim mrežama te su samostalno popunjavale upitnike kojima su pristupale putem interneta. Sudionice bez dijagnoze MS-a također su bile regrutirane preko društvenih mreža, te su popunjavale iste upitnike, s istim uputama. Set upitnika čine Rosenbergova skala samopoštovanja (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, Rosenberg, 1965), Skala percipiranog stresa (*PSS- Perceived Stress Scale*, Cohen, 1983) te Skala asertivnosti (Mihaljević, 2006). Kako bismo dobili podatke o stanju sudionica prije dijagnoze MS-a, odnosno iz ekvivalentnog perioda života kod osoba iz opće populacije, obje su grupe ispunjavale dvije verzije upitnika. Pri tom se jedna verzija upitnika odnosila na trenutno stanje, a druga je verzija od sudionice iziskivala retrospektivan odgovor o stanju iz perioda prije dijagnoze, odnosno ekvivalentnog perioda za zdrave sudionike. Rezultati ukazuju na niži stupanj asertivnosti kod sudionica iz skupine kojoj je dijagnosticirana multipla skleroza.

**Ključne riječi:** asertivnost, samopoštovanje, percepcija stresa, multipla skleroza

*Assertiveness, self-esteem and perception of stress in persons affecting multiple sclerosis*

## **Abstract**

The goal of the study was to examine whether individuals with multiple sclerosis differ from healthy individuals in their assertiveness, self-esteem and perception of stress. Participants (N = 60) in the study were female. The first group (n = 30) consists of people with diagnosed MS, while the other group (n = 30) consists of participants from the general population. Participants in the group with diagnosed MS were recruited through social media groups which gather these people and they independently filled out the questionnaires which they accessed over the internet. Participants without diagnosed MS were also recruited through social media and they filled out the same questionnaires with the same instructions. The set of questionnaires consists of Rosenberg's Self-esteem Scale, Rosenberg, 1965, PSS Perceived Stress Scale, Cohen, 1983, and Assertiveness Scale (Mihaljević, 2006). In order to get information about the condition of the participants prior to MS diagnosis, or from an equivalent period of life in the general population, both groups filled out two versions of the questionnaire. One version of the questionnaire referred to the current situation, and the other version required the participant to give a retrospective response about the condition from the period before being diagnosed and the equivalent period for healthy participants, respectively. The results indicate a lower degree of assertiveness among participants in the group diagnosed with MS.

**Keywords:** assertiveness, self-esteem, perception of stress, multiple sclerosis

## Sadržaj

1. Uvod.....	2
1.1. Samopoštovanje.....	2
1.2. Samopoštovanje i zdravlje.....	4
1.3. Asertivnost.....	6
1.4. Stres.....	9
1.5. Stres u djetinjstvu.....	10
1.6. Stres i multipla skleroza.....	10
2. Cilj i problemi.....	12
2.1. Cilj istraživanja.....	12
2.2. Problemi i hipoteze.....	12
3. Metoda.....	13
3.1. Sudionici.....	13
3.2. Instrumenti.....	13
3.3. Postupak.....	15
4. Rezultati.....	16
5. Rasprava.....	21
5.1. Ograničenje istraživanja.....	24
5.2. Praktične implikacije.....	25
6. Zaključak.....	25
7. Literatura.....	26

# 1. Uvod

Multipla skleroza je kronična, progresivna bolest središnjeg živčanog sustava, koja je povezana s heterogenim izražavanjem simptoma patnje i depresije, kao i redukcijom tjelesnog i psihičkog zdravlja (Riazi, Hobart, Lamping, Fitzpatrick i Thompson, 2003). Degenerativna je bolest nepoznate etiologije, koja se javlja najčešće u dobi od 20 do 40 godina. Klinička slika ove bolesti se sastoji od demijelinizacije područja smještenih u bijeloj tvari središnjeg živčanog sustava. Postoje tri stadija MS-a: primarno-progresivni, sekundarni i relapsno-remitirajući; posljednji koji nosi najbolju prognozu (K. Korwin-Piotrowska, T. Korwin-Piotrowska i Samochowiec, 2010). U istraživanju kojeg su proveli Dlugonski i Motl (2012) pojedinci s multiplom sklerozom konstantno su izvještavali o nižem samopoštovanju u odnosu na opću populaciju. Društvena podrška se pokazala značajnim prediktorom samopoštovanja, dok je ono povezano s tjelesnim i psihičkim zdravljem.

## 1.1. *Samopoštovanje*

Samopoštovanje je evaluativni aspekt samopoimanja kojeg je u psihologiju uveo William James (1890; prema Vasta, Haith i Miller, 1998). James je pojam o sebi ili samopoimanje dijelio na “ja kao subjekt” i “ja kao objekt”. “Ja kao subjekt”, odnosno egzistencijalni pojam o sebi, odnosi se na osjećaj osobnog identiteta i svijest o vlastitom postojanju, dok je James pod “ja kao objekt” (empirijski pojam o sebi) mislio na opažanje svojih osobnih obilježja kao što su izgled, socijalni status, osobine ličnosti ili inteligencija. Sve navedeno vrlo su bitne komponente koje se i danas nazivaju odrednicama samopoštovanja. Rosenberg (1965; prema Filipović, 2002) definira samopoštovanje kao pozitivan ili negativan stav prema sebi te je jedan od najvažnijih autora ranih empirijskih studija o faktorima koji prethode samopoštovanju. U literaturi je moguće pronaći slične, ali i prilično oprečne definicije i shvaćanja samopoštovanja, koje kako navode Brown i suradnici (2001; prema Burušić, 2007) idu od naglašavanja libidinalnih impulsa kod pojedinaca do percepcije pojedinca kao važnog člana smislenog univerzuma. Danas se sve više prihvaća činjenica da samopoštovanje jest vrlo bitan interpersonalan mehanizam koji se odražava i usmjerava kao rezultanta vrste i kvalitete odnosa što ga čovjek ima s drugima (Leary i sur., 1995; Leary, 1999; prema Burušić, 2007). Za razvoj samopoštovanja bitni su kognitivni i afektivni procesi (Piaget i Inhelder, 1969; prema Milković, 2002), kao i stvarne i zamišljene interakcije sa značajnim drugima. Razvoj slike o sebi povezan je s potrebom za prihvaćanjem, podrškom i toplinom iz okoline,

pri čemu nezadovoljenje tih potreba negativno utječe na razvoj pojma o sebi. Što je veći nesklad između potreba pojedinca i podrške te topline iz okoline, to su lošiji prilagodba i opće samopoštovanje. Socijalna podrška ima značajan utjecaj na razvoj samopoštovanja, osobito kod adolescenata s tjelesnim oštećenjima. Izdvajanje adolescenata s tjelesnim oštećenjem iz obitelji radi rehabilitacije dovodi do prilagodbe na novu sredinu i razdvojenost od roditelja pa je percepcija socijalne podrške važna, jer pridonosi pozitivnom razvoju pojma o sebi. Endler i Parker (prema Lacković-Grgin i Sorić, 1996) ne slažu se s pretpostavkom da socijalna podrška predstavlja strategiju suočavanja. Oni smatraju da socijalna podrška više predstavlja izvor strategija suočavanja i da kao takva može olakšavati sam izbor neke od strategija. Strategije suočavanja usmjerene na problem češće su povezane s dobrom adaptacijom, za razliku od strategija usmjerenih na emocije.

Upravo se oboljeli od multiple skleroze nalaze u stalnoj potrazi za podrškom, zaštitom i pažnjom, što je povezano s tendencijom ovisnosti o drugim ljudima (Korwin-Piotrowska i sur., 2010). Mnoge su se studije usmjerile na poremećaje raspoloženja, kognitivne probleme, psihotične epizode u razvoju MS-a, kao i na kvalitetu života pacijenata koji boluju od ove bolesti. Bolest su imenovali bolešću s tisuću lica upravo iz razloga što, bez obzira na određene univerzalne simptome, svatko se s njome nosi na sebi svojstven način, kao što i procjenjuje svoje zdravstveno stanje na temelju percepcije sebe samoga. Samopercepcija je skup obilježja pomoću kojih se identificiramo. Takva je slika o sebi kreirana i modificirana tijekom života. Sastoji se od uvjerenja o nečijoj pojavi, tjelesnom i intelektualnom stanju, sposobnostima, aktivnosti, potrebama, socijalnoj poziciji, moralnim regulacijama i sl. (Korwin-Piotrowska i sur., 2010).

Nisko samopoštovanje kod mladih odraslih ljudi i adolescenata rizičan je faktor za negativne ishode u važnim životnim domenama. Primjerice, Trzesniewski i suradnici (2006) otkrivaju da nisko samopoštovanje tijekom adolescentske dobi dovodi do slabijeg zdravlja, lošijeg ekonomskog statusa i visokog stupnja kriminaliteta za vrijeme adolescencije. Slično su pokazale i ostale studije; nisko samopoštovanje prospektivno predviđa antisocijalno ponašanje, poremećaj hranjenja, depresiju i suicidalne ideje (McGee i Williams, 2000; Donnellan i sur., 2005; Orth, Robins, i Roberts, 2008). Neovisno o dobi, emocionalno stabilni pojedinci imaju više samopoštovanja u odnosu na emocionalno nestabilne pojedince. Samopoštovanje uključuje psihičke resurse koji pomažu ljudima prevladati stresne događaje i njihove odgovore na njih (Taylor i sur., 2010; prema Galanakis i sur., 2016). Istraživanja su

pokazala da je samopoštovanje povezano s boljim tjelesnim zdravljem pa tako Reitzes i Mutran (2006) daju podršku recipročnom odnosu između zdravlja i samopoštovanja; moguće je da pojedinci visokog samopoštovanja dobivaju više društvene podrške i doživljavaju manje stresa. Promjene u samopoštovanju su značajnije kod adolescenata nego kod mladih odraslih ljudi. To sugerira da je adolescencija kritičan period u razvoju samopoštovanja (Jasemin i Orth, 2011).

## *1.2. Samopoštovanje i zdravlje*

Problemi adolescenata s kroničnim tjelesnim oštećenjima znatno se razlikuju od problema odraslih osoba. U toj se dobi tjelesno oštećenje vrlo teško podnosi, jer adolescent ponovno mora računati s ozbiljnim ograničenjem slobode kretanja. Svako tjelesno oštećenje od osobe zahtijeva niz kompromisa, što u adolescenciji jako otežava i komplicira normalan razvoj pa kod adolescenata dolazi do pojave socijalne nezrelosti i socijalne izolacije. Često se ističe da osobe sa psihosomatskim oštećenjem formiraju stavove prema sebi i svom oštećenju pod utjecajem socijalne većine. Ocjene socijalne podrške ovise o individualnoj procjeni na temelju kompletne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi osoba s tjelesnim oštećenjem. Socijalna podrška može utjecati na poboljšanje zdravlja jer omogućava lakše suočavanje sa stresom (Ganster i Victor, 1988). Sposobnost uspješnog suočavanja i prihvaćanja bolesti ovisi o interakciji između prirode bolesti i kvalitete socijalne podrške. Poznata je činjenica da većina ljudi ima snažnu tendenciju da sebe i druge ljude klasificira na temelju neke naročito izražene i vidljive karakteristike. Karakteristika sama po sebi može biti relativno beznačajna u odnosu na aktualne kvalitete određene osobe; ona ipak redovito služi brzom klasificiranju te osobe u određene skupine. To bi značilo kako su ljudi skloni donositi zaključke o drugima na osnovi određene izraženije karakteristike, kao što je tjelesna ljepota ili tjelesno oštećenje. Osobe s tjelesnim oštećenjem, u svojim nastojanjima da žive kao i drugi ljudi, suočavaju se s nizom psihosocijalnih barijera. Tako su, primjerice, suočeni s poteškoćama pronalaženja bračnog partnera i nailaze na poteškoće u međuljudskim odnosima. Skoro svaka osoba s tjelesnim oštećenjem suočena je se s činjenicom da joj se pripisuju određena svojstva ili reakcije, samo zato što su sve osobe s tjelesnim oštećenjem takve. Okolina ih uopće ne percipira kao individue, već samo kao pripadnika grupe manje vrijednih osoba. Imajući na umu da je adolescencija kritičan period za razvoj samopoštovanja (Jasemin i Orth, 2011), možemo zaključiti koliko je ono narušeno kod adolescenata s kroničnim oboljenjima. Nažalost, treba naglasiti da su gotovo sve specijalne



dileme osoba s tjelesnim oštećenjem zapravo reakcije na podcjenjivanje, bilo sa strane drugih, bilo sa strane same osobe.

Na temelju nekih istraživanja čini se da podcjenjivanje adolescenata s tjelesnim oštećenjem nije samo posljedica socijalnih stereotipa i predrasuda, već da postoje i neke urođene tendencije koje pogoduju nastanku takvih predrasuda. Winkler (1931) je pretpostavio da uobičajene kretnje i položaj tijela koji je karakterističan za osobe s tjelesnim oštećenjem, odbijaju normalne osobe i onemogućuju im da se prema njima empatički odnose. Ljudi se u pravilu ne procjenjuju prema njihovoj biološkoj vrijednosti. Takav bi mehanizam trebao biti nadvladan humanističkim vrijednostima (Winkler, 1931).

Serap (2003) je istraživao odnos između samopoštovanja i stresnih životnih događaja kod studenata. Rezultati ukazuju kako 88,6% studenata iz njegovog uzorka ima visoku, a 11,4% nisku razinu samopoštovanja, u odnosu na opću populaciju. Utvrđena je pozitivna korelacija između samopoštovanja i akademskog postignuća, dok se razlika između muških i ženskih studenata u odnosu na samopoštovanje nije pokazala značajnom. Također je pronađena značajna povezanost između anksioznosti, prilagodbe, obiteljskih problema, akademskih problema i samopoštovanja. Pojedina istraživanja o spolnim razlikama u samopoštovanju ipak otkrivaju kako adolescenti imaju više samopoštovanje u odnosu na adolescentice (Chubb i sur., 1997; Eccles i sur., 1989; Young i Mroczek, 2003). U istraživanju o samopoštovanju žena s tjelesnim poteškoćama Nosek i suradnici (2003) su utvrdili da je samoprocjena takvih žena snažno pod utjecajem povratnih informacija kojih one primaju iz svoga obiteljskog i društvenog okruženja. Društveno okruženje u kojem one žive primarno je agresivno, promiče stereotipe koji rezultiraju stigmatizacijom i isključivanjem. U usporedbi s kontrolnom grupom jasno je pokazano znatno niže samopoštovanje, lošija samoprocjena te društvena izolacija. Ova studija potvrđuje snažnu vezu između tjelesnih poteškoća i niskog samopoštovanja kod žena. Razlog iz kojega su u uzorak uključeni isključivo ženski ispitanici jest statistički podatak kako udio žena s tjelesnim poteškoćama u SAD-u konstantno raste; 20% iz ukupne populacije žena ima određene poteškoće (McNeil, 1993; prema Nosek i sur., 2003). Državni Centar za Statistiku Zdravlja (NCHS, 2002) izvještava kako 16% žena ima najmanje jedno ograničenje tjelesnog funkcioniranja. Žene s tjelesnim nesposobnostima, kao i ženska populacija općenito, češće su podložne stresu koji je povezan s društvenom izolacijom, siromaštvom, nasiljem i drugim oblicima viktimizacije kao i kroničnim zdravstvenim problemima (Mcgrath, Keita, Strickland i Russo, 1990; prema Nosek i sur., 2003). Nesposobnost u ovoj studiji je definirana kao tjelesno ograničenje u aktivnosti, koje je

povezano sa sekundarnim zdravstvenim problemima, kao što su depresija, patnja, nesanica, bol i anksioznost (Seekins i sur., 1999; prema Nosek i sur.,2003). Navedeni problemi su povezani sa stanjima nesposobnosti, kao što je multipla skleroza, neuromuskularni poremećaj, dječja paraliza, bolesti zglobova te bolesti vezivnog tkiva i ozljede leđne moždine (Mruk, 1995). Ljudi razvijaju svoje identitete djelomično utemeljene na njihovim interpretacijama o tome kako ih drugi procjenjuju. Ovaj dio selfa, koji je utemeljen na eksternalnoj povratnoj informaciji i odobrenju ili emocijama od značajnih drugih, dio je našeg samopoštovanja (Adler, 1979; Bednar i Peterson, 1995; Mead, 1934; prema Nosek i sur., 2003). Žene s nesposobnostima konstantno podliježu negativnim društvenim stavovima, što može rezultirati internalizacijom takvih stavova. U kontekstu nesposobnosti i kroničnih oboljenja, nisko samopoštovanje se pokazalo povezanim s patnjom i boli (Cornwell i Schmitt, 1990; Krol i sur., 1994; prema Nosek i sur., 2003).

### *1.3. Asertivnost*

Dosadašnja istraživanja konzistentno ukazuju na pozitivne veze samopoštovanja i asertivnosti (Menard i Offman, 2009; Shiina i sur., 2005; prema Alinčić, 2013). Joseph Wolpe (1990) definira asertivno ponašanje kao socijalno adekvatno verbalno i motorno izražavanje bilo koje emocije umjesto anksioznosti. Prema njemu, asertivnost obuhvaća više kategorija emocionalnog ponašanja. Najbliže je kategoriji suprotstavljajućeg ponašanja tj. osoba iskazuje svoje potrebe ili izražava nesuglasnost, suprotstavlja se ili nekog odbija na socijalno adekvatan način. Druga kategorija asertivnosti je izražavanje osjećaja bilo koje vrste. Afektivno izražavanje je asertivno ukoliko osoba jasno izrazi kako se osjeća na društveno prihvatljiv način. Također se pokazalo da asertivnije osobe u odnosu na pasivne i agresivne imaju pozitivnije razvijeniju sliku o sebi i da se znaju bolje izboriti za svoja prava (Svetić, 2000). Sukladno navedenom i rezultati istraživanja asertivnosti na odraslima pokazuju da su osobe višeg samopoštovanja relativno zaštićenije od negativnih efekata stresa (Cohen i Edwards, 1989; prema Marangunić, 2002). Bem (1967; prema Stewart i Lewis, 1986) u svojoj teoriji samopercepcije smatra da osoba razvija, održava i mijenja koncept samopoimanja sukladno sa načinom na koji sebe promatra u akciji. Prema tome, brojni autori (Alberti i Emmons, 1970; Bower i Bower, 1976; Lange i Jakubowski, 1976; prema Stewart i Lewis, 1986) su pretpostavili da će trening asertivnosti rezultirati promjenom stava o samopoimanju uključujući i povećanje samopoštovanja. Sukladno teoriji, kad osoba počne koristiti novo ponašanje, njegovo ili njezino samopoimanje se mijenja. Nadalje, Baumeister i suradnici

(2003; prema Mirjanić i Milas, 2009) su utvrdili da visoko samopoštovanje smanjuje neuspjeh i neprilagođeno ponašanje, odnosno povećava poželjna, adaptivna i korisna ponašanja.

Najčešće se pojam asertivnosti objašnjava u kontekstu dva kvalitativno drugačija oblika socijalnog ponašanja – submisivnog i agresivnog. Dok se sa jedne strane agresivnost dovodi u vezu sa impulzivnošću i ugrožavanjem prava drugih ljudi (Brinson, Kottler i Fisher, 2004; prema Alinčić, 2013), submisivno ponašanje se odnosi na izbjegavanje sukoba (De Dreu, Weingart i Kwon, 2000; Locke i Sadler, 2007; prema Alinčić, 2013) i nesigurnost u komunikaciji te se često povezuje s negativnim ishodom poput depresivnosti i anksioznosti (Thompson i Berenbaum, 2011; prema Alinčić, 2013). Već na osnovu ranijih koncepcija o asertivnosti moglo se uočiti da se s jedne strane asertivnost odnosi na prisustvo interpersonalnih vještina, dok s druge strane, asertivnosti doprinosi i sklop kognicija, afekata i ponašanja osobe u konkretnoj situaciji (Vagos i Pereira, 2010). Nadalje, smatra se da je asertivnost multidimenzionalni konstrukt uvjetovan ne samo osobnim i situacijskim karakteristikama, nego i kulturalnim normama i vrijednostima (Galassi i Galassi, 1978; Terluter, Diehl i Mueller, 2010; prema Alinčić, 2013). Ako određena kultura smatra kako je (ne)asertivnost negativna ili pozitivna osobina te u skladu s tim odgaja svoje članove, ona će biti društveno načelo i kao takva određivati samopoštovanje pojedinca. Socijalne grupe omogućavaju svojim članovima identifikaciju u socijalnim terminima. Ove identifikacije su u velikoj mjeri određene relacijama i usporedbama: one definiraju pojedinca kao sličnog ili različitog od drugih, kao „boljeg“ ili „goreg“ od članova drugih grupa. Takva unutargrupna pristranost stvara i štiti visok unutargrupni status, na taj način stvarajući pozitivan socijalni identitet za članove grupe i povećavajući njihovo samopoštovanje (Hewstone, Rubin i Willis, 2002), pri čemu će se to samopoštovanje povećati samo ako se pojedinac te grupe vidi superiornijim u odnosu na druge grupe (Aronson, Wilson i Akert, 2005). Koliko utjecajna pripadnost grupi može biti, pokazuje i činjenica da su potpuni stranci, po slučaju raspoređeni u neku od grupa, procjenjivali članove vlastite grupe simpatičnijima i uspješnijima u obavljanju zadatka nego članove vanjske grupe (Tajfel, 1982; prema Aronson i sur., 2005). Prema Willis i Daisley (1995) asertivnošću se postiže otvorenost pri razrješavanju sukoba, pravovremeno uzimanje u obzir potencijalno teških situacija, veća sigurnost, reduciranje straha u situacijama rukovođenja emocionalnih situacija. Utvrđeno je da se asertivno ponašanje javlja češće kad se očekuje pozitivan ishod očitovane asertivnosti te da je temeljni problem neasertivnih ljudi što oni ne očekuju pozitivan ishod asertivnog ponašanja (Zarevski i Mamula, 1998).

Neasertivnost je povreda vlastitih prava koja se očituju u neuspješnom izražavanju misli ili potreba otvoreno i pri tome se omogućuje drugima da podcjenjuju takvu osobu. Uključuje sva ona ponašanja koja dovode do izbjegavanja neugodnosti (Calhoun i Accella, 1990). DeVito (1989) ističe da postoji situacijska i generalizirana neasertivnost. Situacijska neasertivnost odnosi se na pomanjkanje asertivnosti u samo određenim tipovima situacije, primjerice u situacijama koje uzrokuju veliki udio tjeskobe ili u situacijama u kojima mora biti iskazan autoritet. Kod generalizirane neasertivnosti osobe su bojažljive i rezervirane te nisu sposobne za obranu svojih prava bez obzira na specifičnost situacije. Neasertivna osoba ne može odgovoriti na asertivan način, što dovodi do osjećaja osobne nekompetentnosti i do slabljenja samopoštovanja (Ledenko, 2000). Uzroci neasertivnog ponašanja mogu biti nerazvijene ili slabo razvijene socijalne vještine, naučeni sistem pogrešnog mišljenja i preplavljenost osobe iracionalnim strahovima od odbacivanja, nekompetentnosti i kontrole.

Rezultati ranijih istraživanja pokazuju da su muškarci, općenito, asertivniji nego žene (Ledenko, 2000; Maccoby, 1992). Spolne uloge su vezane za različite načine socijalizacije dječaka i djevojčica te sa spolnim stereotipima. Asertivnost, a ponekad i agresivno ponašanje dječaka se potkrepljuje dok se isto ponašanje kod djevojčica najčešće sputava i oštro kritizira kao njima neprimjereno. Razlikujemo maskulinu rodnu ulogu koja je orijentirana na isticanje i postignuće, te femininu, orijentiranu na pokazivanje osjećaja i empatiju. Maskulina je tzv. instrumentalna, a feminina je ekspresivna rodna uloga. Istraživanja pokazuju da je asertivnost tipična i poželjna za maskulino ponašanje (Zarevski i Mamula, 1998). Žene koje u istim prilikama kao i muškarci pokazu asertivno ponašanje procijenjene su manje inteligentnima i dopadljivima, a u odnosu na žene neasertivnog ponašanja, čak i manje fizički atraktivnima. S druge strane, muškarci asertivnog ponašanja procjenjuju se kao inteligentniji, obrazovaniji i socijalno vještiji od muškaraca neasertivnog ponašanja (Marangunić, 2002).

Većina autora smatra da se asertivno ponašanje uči te da je situacijski specifično (Alberti i Emmons, 1974; Galassi i Galassi, 1977; prema Willis i Daisley, 1995). Budući da se radi o obliku ponašanja, ono je naučeno i može se naučiti bez obzira koliko su od pomoći ili ne postojeći obrasci navika u procesu učenja dok, Milenković i Hadži - Pešić (2006) smatraju da se asertivnost, kao i svako drugo naučeno ponašanje, uči putem nagrade i kazne kao i učenjem po modelu. Prema Maranguniću (2002) postoje pokazatelji urođene asertivnosti koji se javljaju oko druge godine, kada dijete uči reći "ne", no rijetko je ohrabrena i potkrijepljena, pa je zato često i izgubljena. Vrlo važnu ulogu u razvoju asertivnosti kod djece ima odgoj.

Pravovremeno usvajanje odgovarajućih oblika asertivnog ponašanja utječe na razvoj djetetovog samopoštovanja te na razvoj vještina za suočavanje sa stresom (Živčić - Bećirević, 1996). Istraživanja pokazuju da adolescenti koji svoje osobine percipiraju socijalno poželjnim i asertivnim, većinu stresnih događaja percipiraju manje prijetecima (Wagner i Compas, 1990; prema Živčić - Bećirević, 1996), a vlastite resurse za suočavanje smatraju efikasnijima (Towbes i sur, 1989; prema Živčić - Bećirević, 1996).

#### *1.4. Stres*

Ljudi u današnjem društvu pate od stresa u širokom rasponu situacija. Stres je konstantno prisutan u životima ljudi te se vjeruje da je uzrok raznih psihičkih tegoba, bolesti i nesposobnosti prilagodbe bilo kakvom okruženju. Stres se smatra složenim obrambenim mehanizmom tijela, koji se razvija u dvije faze: u prvoj fazi pojedinci procjenjuju stresore i njihove zahtjeve, a tijekom druge faze oni procjenjuju imaju li ili ne dovoljno resursa da ih zadovolje. Različiti ljudi reaguju na drugačije načine na isti stresor. Odgovori uključuju tjelesne reakcije, koje mogu biti psihološke, emocionalne i bihevioralne. Chrousos (2009) je definirao stres kao prijetnju ili percipiranu prijetnju stanju homeostaze, koja je ostvarena kroz kompleksnu mrežu ponašajnih i psihičkih odgovora na tjelesnu prilagodbu. Kada pojedinci osjete da ne mogu izaći na kraj s brojem sposobnosti i vještina koje se od njih očekuju u njihovom okruženju, oni dožive stres (Berjot i Gillet, 2011; prema Galanakis i sur., 2016). Individualna procjena stresnog događaja i procjena situacije kao prijetee ili ne uključene su u psihološki pristup stresu. Osoba doživljava stresni događaj kao prijetnju kada svoje sposobnosti suočavanja ocjenjuje kao niske. Percipirani stres je definiran nakon proučavanja interakcije između pojedinca i okoline, a psihički stres uključuje tumačenje primjerenosti metoda suočavanja (Lazarus i Folkman, 1984). Veza između pojedinca i okoline je kreirana kroz dvije faze; kognitivnu procjenu kroz koju osoba prepoznaje podražaje okruženja i procjenjuje ih stresnim ili ne. U slučaju da je podražaj stresan, on predstavlja prijetnju, a ako isključuje stres onda predstavlja izazov. U drugoj fazi pojedinac procjenjuje tjelesne, društvene, psihičke i materijalne resurse, koji su dostupni i čine ga sposobnim da se suoči sa stresnim podražajem (Lazarus i Folkman, 1984). Pad samopoštovanja u odrasloj dobi rezultira većoj podložnosti stresu zbog nedostatka psiholoških i emocionalnih resursa, a to vodi većem riziku nastanka tjeskobe i depresije (Liu, Wrosch, Miller i Pruessner, 2014).

### 1.5. *Stres u djetinjstvu*

Prema Suzuki i Tomoda (2015) rani životni stres kod djece smanjuje dječje samopoštovanje i sigurnu vezu koju imaju sa svojim roditeljima, što povećava rizik nastanka depresije. U njihovom istraživanju stresni se događaji odnose na zlostavljanje, roditeljsku bolest i smrt te sociopatska ponašanja. Sve to pojačava nepoželjno i ambivalentno ponašanje, kao i nesigurnost djeteta. Rezultati pokazuju da djeca koja su iskusila te stresne događaje imaju nisko samopoštovanje te je vjerojatno da će razviti depresivne simptome. U studiji Spitzera i suradnika (2012) pronađeno je kako su MS pacijenti imali više traumatskih iskustava u djetinjstvu i adolescenciji nego zdravi ljudi. Pacijenti s ranim životnim stresom imaju teže relapse u odnosu na one bez trauma u djetinjstvu. Rani životni stres može uzrokovati neuroendokrinu promjenu u odrasloj dobi. Također, ljudi s niskim samopoštovanjem i depresijom, na stresne situacije reagiraju s više stresa, njihovo lučenje kortizola u krvi je veće te im je volumen hipokampusa smanjen (Orth i Robins, 2014). Rhee i suradnici (2014) pronalaze kako roditelji mogu prevenirati loše prehrambene navike kroz stresne situacije kod djece promovirajući samoeфикаsnost, odnosno uvjerenje u dječju sposobnost. Roditeljski stilovi, njihovi odgovori na dječje emocije i obiteljski, emocionalni odgovori su povezani s lošim prehrambenim navikama, kao odgovorima na stres kod djece. Rezultati sugeriraju da kontrolirajuća roditeljska ponašanja mogu imati negativne posljedice za dječju samoeфикаsnost, dok roditelji koji pokazuju više prihvaćanja pomažu svojoj djeci koristiti zdrave prehrambene navike.

### 1.6. *Stres i multipla skleroza*

U preglednom članku o potencijalnim moderatorskim i medijatorskim faktorima i metodama procjene stresa kod MS pacijenata, Briones-Buixassa i suradnici (2015) istraživali su dva moguća uzroka multiple skleroze: ulogu ocjenjivanja stresa i potencijalnih moderatorskih i medijatorskih faktora. Relevantni članci objavljeni između 1900-te i 2014-te godine prikupljeni su iz tri velike baze podataka; *Scopus*, *PsycINFO*, *The Web of Knowledge (MEDLINE i Web of Science)*. Studije usmjerene na progresiju multiple skleroze bile su prospektivne, a samoizvještaji dobiveni pisanjem dnevnika dali su najdosljednije rezultate. Nalazi ukazuju na to da subjektivna procjena stresa može biti važan prediktor relapsa, odnosno ponovnog vraćanja simptoma kod multiple skleroze. Najveće povećanje stresa izravno je povezano s aktivnošću autonomnog živčanog sustava. Skoro su sve studije

pokazale značajnu, pozitivnu korelaciju između stresa i pogoršanja, a potencijalni moderatorski i medijatorski faktori bili su trajanje, ozbiljnost i učestalost stresora, anksioznosti kardiovaskularne aktivnosti, društvene podrške i konzumacija escitalopram lijeka (antidepresant selektivne inhibicije serotonina SSRI).

Bez obzira na izbor instrumenta za mjerenje, gotovo su sve studije pokazale pozitivan odnos stresa i multiple skleroze, dok su samoizvještaji ili tjedno ocjenjivanje (Ackerman i sur. 2002, 2003; Buljevac i sur. 2003; Mitsonis i sur. 2008, 2010; Potagas i sur. 2008., prema Briones-Buixassa i sur., 2015) pokazali najdosljednije rezultate. Prema Mohru i Pelletieru (2006., prema Briones-Buixassa i sur., 2015) promjene u manifestaciji MS-a imaju svoj redoslijed: najprije se pojavljuju MRI mozgovne lezije, potom klinički simptomi ili relapsi, te promjene u odgovorima na skali statusa nesposobnosti (*Expanded Disability Status Scale*). Studije koje su koristile upravo ovu skalu u procjeni razvoja MS-a, nakon stresnog događaja, pokazuju manju progresiju jer se rezultati najčešće ne mijenjaju dok pacijenti ne primijete pogoršanje simptoma ili se ne pojavi nekoliko relapsa. Trajanje, ozbiljnost i učestalost stresora dosljedno su identificirani kao moderirajući faktori. Kroničan stres u odnosu na akutni zasigurno ima veći utjecaj na multiplu sklerozu. Međutim, studije različito određuju trajanje stresnog događaja. Primjerice, Ackerman i suradnici (2002; prema Briones-Buixassa i sur., 2015) dugoročnom stresu pripisuju najmanje trajanje od petnaest dana, dok Braun i suradnici (2006; prema Briones-Buixassa i sur., 2015) određuju period od šest mjeseci. Učinak kroničnog stresa na MS može se objasniti promjenama u sustavu za odgovor na stresni događaj koji uključuje hipotalamičko-pituitarno-adrenalno-kortikalnu os ili HPAC i autonomni živčani sustav. Također je važna težina stresora; umjereni i teški stresori najviše pridonose progresiji bolesti, međutim ovi rezultati čine se primjenjivim isključivo u situacijama svakodnevnog stresa, dok u iznimno stresnim situacijama, kao što je primjerice rat, relapsi se mogu smanjiti. Razlog iz kojeg se trajanje, učestalost i težina stresa ne mogu izravno utvrditi je upravo ovisnost o osobnoj procjeni pacijenta (Briones-Buixassa i sur., 2015).

S obzirom na prethodno opisane nalaze brojnih istraživanja očekuje se da bi asertivnost, stres i samopoštovanje trebali biti međusobno povezani pri čemu bi osobe koje pokazuju nisku asertivnost trebale imati visok rezultat na upitniku stresa te nizak rezultat na skali samopoštovanja. Istovremeno, s obzirom na istraživanja koja pokazuju povezanost stresa i pojave kroničnih oboljenja (Cornwell i Schmitt, 1990; Krol i sur., 1994; prema Nosek i sur., 2003) te niskog samopoštovanja i pojave različitih zdravstvenih problema (Donnellan,

Trzesniewski, Robins, Moffitt i Caspi, 2005; Orth, Robins, i Roberts, 2008; Dlugonski i Motl, 2012), može se očekivati povezanost između pojave kroničnih bolesti i neasertivnosti. Metodološki problemi koji se javljaju u studijama s ispitanicima koji su oboljeli od kroničnih bolesti obično otežavaju mogućnost istraživanja direktnih kauzalnih veza između potencijalnih uzroka i bolesti kao ishoda. Stoga, ova studija, u skladu s navedenim ograničenjima, pokušava otkriti postoji li povezanost među navedenim varijablama, bez pokušaja da se utvrdi kauzalna veza zbog nemogućnosti potpunog kontroliranja svih relevantnih faktora. Ta će veza biti ispitana u oba smjera, odnosno odnos između potencijalnih prediktora i MS-a u periodu prije dijagnoze te promjene u potencijalnim prediktorima nakon dijagnoze, koje bi mogle biti pod utjecajem iste. Također, studijom se nastoji ispitati je li kod osoba nakon dijagnoze došlo do promjena u stupnju samopoštovanja, stresa i asertivnosti.

## **2. Cilj i problemi**

### *2.1. Cilj istraživanja*

U skladu sa metodološkim ograničenjima, cilj studije je ispitati razlikuju li se osobe s dijagnozom multiple skleroze od zdravih osoba u asertivnosti, samopoštovanju i stresu. Također istraživanjem se nastoji odgovoriti na pitanje o mogućim promjenama u navedenim osobinama kod oboljelih osoba nakon dijagnosticiranja MS.

### *2.2. Problemi i hipoteze*

#### *Problemi*

**P1:** Utvrditi razlikuju li se osobe s dijagnozom MS-a od zdravih osoba u asertivnosti, samopoštovanju i percipiranome stresu u periodu prije dijagnoze MS-a.

**P2:** Usporediti razine asertivnosti, stresa i samopoštovanja ovisno o točki mjerenja i zdravstvenom statusu.



## *Hipoteze*

**H1:** Očekuje se značajna razlika u razini asertivnosti, samopoštovanja i stresa u periodu prije dijagnoze, pri čemu će sudionici sa dijagnozom MS-a biti manje asertivni, imati niže samopoštovanje te iskazati više stresa u periodu prije dijagnoze MS-a, u odnosu na sudionike bez dijagnoze multiple skleroze.

**H2:** Nakon dijagnoze MS-a očekuje se smanjenje razine asertivnosti i samopoštovanja, dok se razina percipiranog stresa kod oboljelih od MS-a povećava. Istovremeno, kod sudionika bez dijagnoze multiple skleroze ne očekuju se značajne promjene.

## **3. Metoda**

### *3.1. Sudionici*

U prvoj fazi istraživanja sudjelovalo je 49 sudionica s dijagnozom multiple skleroze te 44 sudionice bez dijagnoze MS-a (N=93). Sudionice koje nisu ispunile upitnike u obje faze istraživanja isključene su iz analiza, stoga je u konačnici u istraživanju sudjelovalo 60 osoba ženskog spola koje žive u Zagrebu. Prvu skupinu (n=30) čine osobe sa dijagnosticiranim MS-om, dok drugu skupinu (n=30) čine osobe bez dijagnoze MS-a. Prosječna dob sudionica s dijagnozom multiple skleroze iznosi  $M=31,2$  godine,  $SD=6,78$ , a sudionice koje nemaju dijagnosticiran MS u prosjeku imaju  $M=35,6$  godina,  $SD=7,75$ . Više od pola cjelokupnog uzorka sudionica (56,7%) ima završen minimalno prvi stupanj studija, dok preostalih 41,7% sudionica ima završenu srednju školu. Na pitanje o stupnju obrazovanja 56,7% sudionica izvještava zaposlenju na puno radno vrijeme, njih 20% nije zaposleno i ne traže posao s obzirom da su studentice, dok je svega 3,3% sudionica nezaposleno i trenutno su u potrazi za poslom. Najveći broj sudionica, njih 46,7%, su u braku, a preostalih 26,7% u vezi s partnerom.

### *3.2. Instrumenti*

#### *Skala asertivnosti*

Skala asertivnosti (Mihaljević, 2006) je nastala tako što su od djece prikupljene tvrdnje koje opisuju asertivno ponašanje djece i adolescenata. U tu je svrhu od učenika od petih do osmih

razreda osnovne škole (N=73) i od prvih do četvrtih razreda srednje škole (N=89) traženo da opišu kako se u raznim situacijama (na igralištu, u školi, na ulici) ponaša dijete koje zna: iznijeti svoje mišljenje; izboriti se za svoja prava bez da povrijedi ili naljuti druge; zna izraziti svoje neslaganje s nečijim mišljenjem; zna prihvatiti različito mišljenje; zna jasno reći kad nešto ne želi; zna tražiti uslugu i postaviti zahtjeve; ima poštovanja prema sebi i drugima; zna pokazati osjećaje; donosi odluke i slično. Na taj način je prikupljeno preko 100 tvrdnji. Nakon provjere svih čestica i dodatnih korekcija konačan broj čestica koji sadrži skala asertivnosti je 32 čestice, od kojih se 5 čestica obrnuto boduje. Za svaku tvrdnju ponuđen je odgovor u obliku skale Likertovog tipa od 5 stupnjeva pomoću kojih ispitanik izražava koliko je ponašanje opisano u tvrdnji relevantno za analizu skale. Stoga na skali asertivnosti minimalan rezultat iznosi 32, a maksimalan mogući rezultat iznosi 160 i označava potpunu asertivnost. Statistička obrada uključivala je, osim izračunavanja osnovnih parametara, faktorsku analizu skale. Pri provjeri faktorske strukture konstruirane skale korištena je eksplanatorna faktorska analiza glavnih komponenata pri čemu su izlučene tri latentne dimenzije. Mjera unutarnje konzistencije koja je procijenjena pomoću Cronbachovog alpha koeficijenta iznosi 0,86 (Mihaljević, 2006). Najveći broj čestica opisuje stavove ili situacije čija pojava nije dobno određena, primjerice; *“Ako znam da nisam u pravu, to ću i priznati”*. Međutim, postoje i one koje imenuju ustanovu ili autoritet koji su prigodni određenom uzrastu. Stoga je u svrhu ovog diplomskog rada skala asertivnosti prilagođena odrasloj populaciji tako što su određene čestice modificirane na način da se odnose na poslovne situacije koje uključuju odnose prema radnim kolegama i poslodavcu, što je relevantno za uzorak odraslih osoba (primjerice; *“Želim li se družiti s kolegom/kolegicom, neće mi biti neugodno pitati ga/ju za to”*), dok se čestice originalne skale odnose na situacije tijekom školskog sata, na odnose između školskih kolega, kao i na odnos prema nastavniku (primjerice; *“Želim li se družiti s nekim učenikom, neće mi biti neugodno pitati ga za to”*).

#### *Skala percipiranog stresa – PSS*

Skala percipiranog stresa (*PSS Perceived Stress Scale*, Cohen, 1983) je instrument konstruiran za mjerenje stupnja u kojem ispitanici smatraju da su svakodnevne situacije u njihovom životu stresne. Čestice na upitniku su kreirane kako bi dale uvid u nepredvidljivost, nemogućnost kontrole i preopterećenost životnim brigama. Skala je dizajnirana za primjenu na općoj populaciji sa česticama koje su lako razumljive i odnose se na opće situacije. Stoga, nisu kontekstualno ograničene na određenu skupinu ispitanika. U upitniku se od ispitanika

traži da ocjeni koliko često je imao određena osjećanja u proteklih mjesec dana. Skala je Likertovog tipa s 5 stupnjeva, a ukupni rezultat se dobiva linearnom kombinacijom odgovora na 10 čestica koje čine skalu, pri čemu se čestice 4., 5., 7., i 8. boduju obrnuto. Teorijski minimalan rezultat iznosi 10, a maksimalan 50 i označava vrlo visok stupanj percipiranog stresa.

### *Rosenbergova skala samopoštovanja*

Rosenbergova skala samopoštovanja je konstruirana s ciljem mjerenja globalne vrijednosne orijentacije o sebi, mjereći pozitivne i negativne osjećaje o sebi. Skala je konstruirana tako da može biti primijenjena na općoj populaciji, te na djeci i odraslima. Skala sadrži 10 čestica pri čemu ispitanik na skali Likertovog tipa s 5 stupnjeva treba odgovoriti koliko se svaka od tvrdnji odnosi na njega. Ukupan rezultat na skali formira se linearnom kombinacijom odgovora, pri čemu se odgovori na čestice 2., 3., 4., 6., i 9. boduju obrnuto. Rezultat se kreće u rasponu od 0 do 50, a veći rezultat na skali označava višu razinu samopoštovanja.

### *3.3. Postupak*

Sudionice iz skupine osoba s dijagnosticiranim MS-om regrutirane su putem grupa koje okupljaju te osobe na društvenim mrežama te su upitnicima pristupile putem interneta. Zamoljene su da upitnike ispunjavaju samostalno, bez prisustva i ometanja drugih osoba. Sudionice bez dijagnoze MS-a također su regrutirane preko društvenih mreža te su popunjavale iste upitnike, s istim uputama. Kako bismo dobili podatke o stanju sudionica prije dijagnoze MS-a, odnosno iz ekvivalentnog perioda života kod osoba bez dijagnoze multiple skleroze, sve su ispunile dvije verzije upitnika. Prva se verzija odnosila na trenutno stanje sudionica, dok je druga tražila retrospektivne odgovore iz perioda prije dijagnoze, odnosno ekvivalentnog razdoblja za zdrave sudionice. Za grupu sudionica bez dijagnoze razdoblje u prošlosti je definirano kao razdoblje prije 5 godina, što je prosječni period kada je sudionicama iz MS grupe dijagnosticirana multipla skleroza.

Očekivano vrijeme primjene tri upitnika bilo je 20 minuta. Kako bi se izbjegao umor sudionica zbog dugog rada i odgovaranja na dva identična seta upitnika, a time i davanje odgovora po slučaju ili socijalno poželjnih odgovora, upitnici su se ispunjavali tijekom dva dana. Redosljed ispunjavanja upitnika bio je određen na način da sudionice iz svake skupine prvo ispunjavaju upitnike koji se odnose na trenutno stanje, a idući dan upitnike koji se odnose na stanje prije dijagnoze, odnosno ekvivalentni period za zdrave sudionice.

Kako bi se osigurala ujednačenost dviju skupina prema demografskim karakteristikama, podaci prve faze istraživanja bili su prikupljeni na sudionicama sa dijagnosticiranim MS-om, a zatim su osobe bez dijagnoze iz opće populacije bile regrutirane s ciljem dobivanja sličnog uzorka prema ključnim demografskim varijablama (dob, razina obrazovanja, radni status..). Ujednačavanje po demografskim varijablama je izvedeno na način da su, nakon završetka prikupljanja podataka na grupi sudionica s dijagnozom MS-a, analizirane demografske karakteristike te grupe, a potom su iz populacije osoba bez dijagnoze multiple skleroze tražene sudionice koje se uklapaju u parametre grupe sudionica s dijagnozom.

#### 4. Rezultati

Rezultati su obrađeni o programu za statističku obradu podataka SPSS. Prije provođenja glavnih analiza analizirane su vrijednosti dobivene na tri korištene skale, a u nastavku su predstavljene deskriptivne vrijednosti za svaku od njih, prikazane zasebno za obje grupe sudionica.

Tablica 1 prikazuje deskriptivne vrijednosti skala u kojima su sudionice odgovarale na pitanja o svom trenutnom stanju.

Tablica 1. *Deskriptivni podaci aktualnog stanja za skalu asertivnosti, skalu percipiranog stresa i Rosenbergovu skalu samopoštovanja.*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Skala asertivnosti			
Osobe s dijagnozom MS-a	30	129,17	15,75
Osobe bez dijagnoze MS-a	30	132,70	11,55
Skala percipiranog stresa			
Osobe s dijagnozom MS-a	30	31,17	6,92
Osobe bez dijagnoze MS-a	30	30,30	8,18
Rosenbergova skala samopoštovanja			
Osobe s dijagnozom MS-a	30	38,90	7,45
Osobe bez dijagnoze MS-a	30	41,33	5,44

U tablici 2 su predstavljene deskriptivne vrijednosti za sve tri skale korištene u istraživanju, a vrijednosti predstavljaju rezultate kojima su sudionice opisale svoje premorbidno, odnosno tome ekvivalentno prošlo stanje.

Tablica 2. *Deskriptivni podaci prošlog stanja za skalu asertivnosti, skalu percipiranog stresa i Rosenbergovu skalu samopoštovanja.*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Skala asertivnosti</b>			
Osobe s dijagnozom MS-a	30	104,40	23,62
Osobe bez dijagnoze MS-a	30	118,57	21,13
<b>Skala percipiranog stresa</b>			
Osobe s dijagnozom MS-a	30	31,00	6,30
Osobe bez dijagnoze MS-a	30	30,07	7,15
<b>Rosenbergova skala samopoštovanja</b>			
Osobe s dijagnozom MS-a	30	36,50	8,76
Osobe bez dijagnoze MS-a	30	37,43	10,28

U nastavku su testirane razlike na svakoj od tri skale u periodu prije dijagnoze MS-a kod osoba s dijagnozom MS-a, odnosno u ekvivalentnom periodu kod sudionica iz kontrolne skupine. Predstavljani su rezultati faktorijalnih ANOVA kojima su ispitani glavni efekti dijagnoze MS-a te vremenske točke, kao i efekt interakcije ova dva faktora na rezultatima sve tri zavisne varijable.

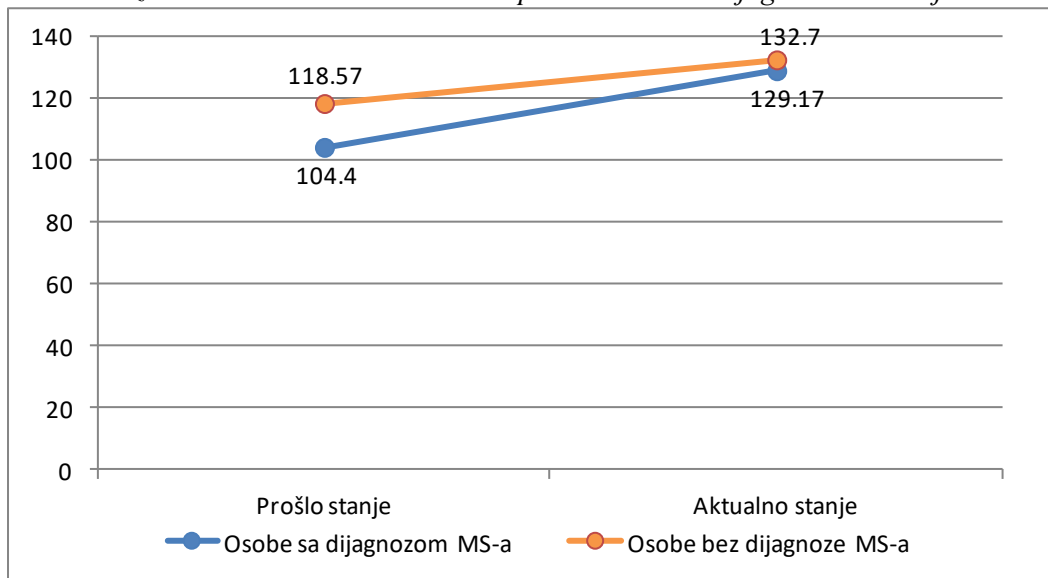
Tablica 3. *Rezultati analize varijance ponovljenih mjerenja na skali asertivnosti u ovisnosti o skupini*

Izvor varijabiliteta	Suma kvadrata	<i>df</i>	Srednji kvadrat	<i>F</i>
<b>Između sudionika</b>				
Osobe s dijagnozom MS-a	239,675	1	2349,675	4249,083**
Pogreška	24064,675	58	414,907	
<b>Unutar sudionika</b>				
Točka mjerenja	11349,075	1	11349,075	40,825**
Točka mjerenja x Skupina	848,008	1	848,008	3,050
Pogreška (Točka mjerenja)	16124,417	58	278,007	

*Napomena:* \*\*  $p < ,01$ , \*  $p < ,05$

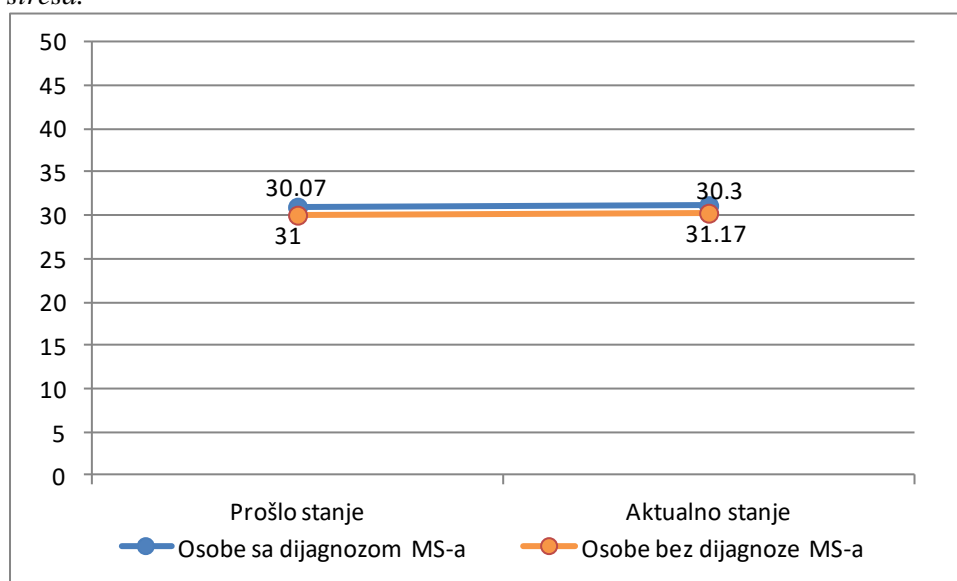
Rezultati pokazuju značajan efekt vremena ( $F(1,58) = 40,82, p < ,01$ ), odnosno da u usporedbi s rezultatima seta upitnika u kojem su sudionice izvještavale o svom prošlom stanju, na setu upitnika koji se odnosi na sadašnje stanje uočen je značajan porast rezultata na skali asertivnosti; sudionice su više asertivne u usporedbi sa samima sobom iz prošlosti. Međutim, nije pronađen značajan efekt interakcije istraživačke skupine i vremena ( $F(1,58) = 3,05, p > ,05$ ), što govori da je promjena podjednaka kod obje skupine, odnosno da je i kod sudionica s MS-om došlo do podjednake promjene u asertivnosti kao i kod sudionica bez dijagnoze tijekom vremena. Ovaj je odnos prikazan na grafu 1 na kojem je vidljivo da je promjena nešto veća kod MS skupine, međutim do promjene je došlo i u skupini osoba bez dijagnoze.

Graf 1. Rezultati skale asertivnosti MS skupine i osoba bez dijagnoze MS u obje točke mjerenja.



Rezultati na skali percipiranog stresa su, kako je ranije prikazano u tablicama 1 i 2 podjednaki kod obje skupine. Analiza rezultata pokazuje kako nema značajnog efekta vremena ( $F(1,58) = ,03, p > ,05$ ), odnosno da se rezultati dobiveni na razini cijelog uzorka ne razlikuju značajno u obje točke mjerenja. Također, ne postoji značajan efekt interakcije vremena i istraživačke skupine ( $F(1,58) = ,001, p > ,05$ ), odnosno promjena je jednaka kod obje skupine kao što je i vidljivo na grafu 2.

Graf 2. Rezultati MS skupine i osoba bez dijagnoze MS u obje točke mjerenja na skali percipiranog stresa.



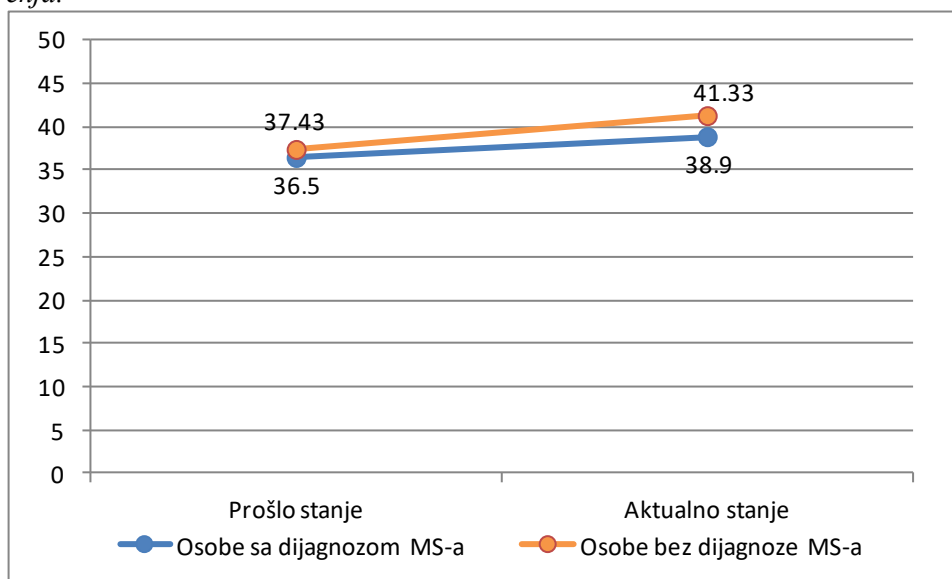
Tablica 4. Rezultati analize varijance ponovljenih mjerenja na skali percipiranog stresa u ovisnosti o skupini

Izvor varijabiliteta	Suma kvadrata	df	Srednji kvadrat	F
<b>Između sudionika</b>				
Osobe s dijagnozom MS-a	24,300	1	24,300	1776,943**
Pogreška	3675,567	58	63,372	
<b>Unutar sudionika</b>				
Točka mjerenja	1,200	1	1,200	,030
Točka mjerenja x Skupina	,033	1	,033	,001
Pogreška (Točka mjerenja)	2290,767	58	39,496	

Napomena: \*\*  $p < ,01$ , \*  $p < ,05$

Posljednja varijabla od interesa je rezultat sudionika na Rosenbergovoj skali samopoštovanja. Rezultati analiza pokazuju sličan trend kao i na skali asertivnosti. Postoji glavni efekt vremena ( $F(1,58) = 7,04$ ,  $p < ,05$ ), odnosno u globalu je kod sudionika između prvog (aktualno stanje) i drugog (prošlo) seta upitnika došlo do značajne promijene rezultata na Rosenbergovoj skali samopoštovanja; sudionice izvještavaju o višem samopoštovanju u odnosu na svoje stanje u prošlosti. Međutim, ne postoji značajan efekt interakcije ( $F(1,58) = ,32$ ,  $p > ,05$ ), dakle, do jednake promjene je došlo i unutar MS skupine, kao i unutar skupine bez dijagnoze, što je i vidljivo u vrijednostima aritmetičkih sredina u tablicama 1 i 2 te prikazano na grafu 3.

Graf 3. Rezultati MS skupine i osoba bez dijagnoze MS na Rosenbergovoj skali samopoštovanja u obje točke mjerenja.



Tablica 5. Rezultati analize varijance ponovljenih mjerenja na Rosenbergovoj skali samopoštovanja u ovisnosti o skupini

Izvor varijabiliteta	Suma kvadrata	df	Srednji kvadrat	F
Između sudionika				
Osobe s dijagnozom MS-a	75,208	1	75,208	1886,818**
Pogreška	5465,283	58	94,229	
Unutar sudionika				
Točka mjerenja	279,075	1	279,075	7,044*
Točka mjerenja x Skupina	12,675	1	12,675	,320
Pogreška (Točka mjerenja)	2297,750	58	2297,750	

Napomena: \*\*  $p < ,01$ , \*  $p < ,05$

Unatoč nepostojanju značajnih efekata interakcije, provedene su dodatne analize na razini pojedinih razlika između dvije skupine sudionika na svakoj od skala kako bi pokušali otkriti postoje li bilo kakve razlike među grupama neovisno o točki mjerenja. Pronađena je samo jedna razlika između skupine sudionika sa dijagnozom MS-a i skupine bez dijagnoze MS-a. Rezultati na skali asertivnosti pokazuju kako je rezultat sudionika iz MS skupine ( $M=104,40$ ;  $SD=23,62$ ) značajno niži ( $t(58) = 2,45$ ;  $p < ,05$ ) od istog rezultata kod sudionika bez dijagnoze MS-a ( $M=118,57$ ) u točki mjerenja koja predstavlja prošlo stanje sudionika.



## 5. Rasprava

Slijedeći nalaze dosadašnjih studija kako je multipla skleroza učestalija kod žena nego kod muškaraca (Ahlgren i sur., 2011; Compston i Coles, 2002; prema Harbo i sur., 2013), u našem smo se istraživanju usmjerili na ispitivanje varijabli od interesa isključivo unutar ženske populacije. S obzirom na zapaženu prevalenciju kod žena, različita su istraživanja otpočela s različitim hipotezama, što je rezultiralo opsežnim proučavanjem razlika u imunološkom ili živčanom sustavu između žena i muškaraca. Greer i McCombe (2011; prema Harbo i sur., 2013) su pretpostavili da bi ta razlika mogla biti uzrokovana različitim činiteljima među kojima su i razlike u načinu života između muškaraca i žena.

Vođeni upravo navedenom pretpostavkom koja ističe spolne razlike u životnim stilovima, došli smo do nalaza prethodnih istraživanja koji pokazuju da su žene koje iskazuju asertivno ponašanje procijenjene manje inteligentnima, a u odnosu na žene neasertivnog ponašanja, čak i manje tjelesno atraktivnima. S druge strane, muškarci asertivnog ponašanja procjenjuju se kao inteligentniji, obrazovaniji i socijalno vještiji od muškaraca neasertivnog ponašanja (Marangunić, 2002). Sve to vodi zaključku kako su muškarci skloniji iskazivati asertivnije ponašanje u odnosu na žene, što je možda dijelom posljedica rodnih razlika u odgoju, u skladu s prihvaćenim normama ponašanja većinskih kultura. Brojna su istraživanja ukazala na to da osobe koje iskazuju svoje potrebe ili izražavaju nesuglasnost, suprotstavljaju se na socijalno adekvatan način, imaju više samopoštovanja i bolju sliku o samom sebi, što govori o pozitivnoj vezi između samopoštovanja i asertivnosti (Menard i Offman, 2009; Shiina i sur., 2005; prema Alinčić, 2013). Osoba doživljava stresni događaj kao prijetnju kada svoje sposobnosti suočavanja ocjenjuje kao niske. Sukladno navedenom rezultati istraživanja asertivnosti pokazuju da su osobe višeg samopoštovanja zaštićenije od negativnih efekata stresa (Cohen i Edwards, 1989; prema Marangunić, 2002). Osim toga, prema nekim autorima više samopoštovanje pridonosi osjećaju kontrole nad samim sobom i vlastitom okolinom (Tedeschi i Norman, 1985).

Dakle, možemo uočiti kako je nedostatak vještine socijalno poželjnog suprotstavljanja u svrhu zaštite svojih prava, odnosno nedostatak asertivnog ponašanja, u korelaciji s nižim samopoštovanjem, koje osobe čini ranjivijima i podložnijima stresu. Upravo je ova poveznica rezultirala hipotezama i problemima našeg istraživanja.

U prvom problemu istraživanja ispitivali smo razlikuju li se osobe s dijagnozom MS-a od osoba bez dijagnoze multiple skleroze u asertivnosti, samopoštovanju i percipiranome stresu u periodu prije dijagnosticiranja bolesti. Pri tom smo očekivali značajnu razliku u razini asertivnosti, samopoštovanja i percepciji stresa u periodu prije dijagnoze, pri čemu će sudionici sa dijagnozom MS-a biti manje asertivni, imati niže samopoštovanje te iskazati više stresa u periodu prije dijagnoze MS-a, u odnosu na sudionike iz opće populacije, kojima nije dijagnosticirana ova bolest. Analize, kojima je testiran ovaj istraživački problem, provedene na razini pojedinih razlika između MS skupine i skupine osoba bez dijagnoze na svakoj od varijabli, pokazuju da postoji samo jedna statistički značajna razlika. Rezultati skale asertivnosti pokazuju da je rezultat sudionica iz MS skupine značajno niži od istog rezultata kod skupine bez dijagnoze u točki mjerenja koja predstavlja prošlo stanje sudionica. Suprotno tome, na skali percipiranog stresa, kao i na Rosenbergovoj skali samopoštovanja nisu uočene značajne međugrupne razlike. Objašnjenje za prethodno navedeni nalaz nam može ponuditi istraživanje Williamsa i Stouta (2012) koje se bavilo učincima visoke i niske asertivnosti na zdravstvene probleme. Utvrđeno je da visoko asertivni pojedinci imaju manje zdravstvenih problema u odnosu na pojedince kojima je rezultat na skali asertivnosti nizak. Uzrok neasertivnog ponašanja može biti preplavljenost osobe iracionalnim strahovima od odbacivanja, što je karakteristično za osobe koje boluju od multiple skleroze (Korwin-Piotrowska i sur., 2010). Pravovremeno usvajanje odgovarajućih oblika asertivnog ponašanja utječe na razvoj vještina za suočavanje sa stresom (Živčić - Bećirević, 1996), a žene s tjelesnim nesposobnostima češće su podložne stresu. Navedeni problemi su povezani s mnogobrojnim stanjima nesposobnosti, među kojima je i multipla skleroza (Mruk, 1995). Dakle, neasertivnost se pokazala povezanom s nastankom zdravstvenih problema, što ukazuje na potrebu za treningom asertivnosti u svrhu reduciranja štetnih posljedica nedostatka iste.

U drugom problemu ispitali smo promjene u varijablama od interesa nakon dijagnoze MS-a te ih usporedili s promjenama u ekvivalentnom periodu kod sudionika bez dijagnoze multiple skleroze. Naša hipoteza je glasila da će se nakon dijagnoze MS-a očekivati smanjenje razine asertivnosti i samopoštovanja, dok će se razina percipiranog stresa kod oboljelih od MS-a povećavati. Istovremeno, kod sudionika iz skupine osoba bez dijagnoze MS-a nisu se očekivale značajne promjene. Na Rosenbergovoj skali samopoštovanja, kao i na skali asertivnosti, rezultati seta upitnika koji se odnosio na aktualno stanje nešto su viši u odnosu na rezultate seta upitnika u kojem su sudionice izvještavale o svom prošlom stanju, dok na upitniku percipiranog stresa od premorbidnog, odnosno njemu ekvivalentnog prošlog perioda

do danas nije došlo do značajnih razlika. Iako brojne studije, na koje smo se pozvali u našem istraživanju, ukazuju na postojanje odnosa između stresa i multiple skleroze, kao i na njegovu povezanost sa samopoštovanjem, rezultati našeg istraživanja nisu potvrdili hipotezu o porastu percepcije stresa nakon dijagnoze. Moguće objašnjenje pronalazimo u istraživanju Rectora i Rogersa (1997); autori su pokazali da samopoštovanje moderira odnos stresa i autonomnog uzbuđenja. Naime, iako nisu uočene razlike u subjektivnoj procjeni doživljaja stresa između sudionika višeg i nižeg samopoštovanja, zapaženo je značajno razlikovanje u tjelesnim pokazateljima stresa; broj otkucaja srca u minuti bio je značajno niži kod sudionika koji su izvještavali o višem samopoštovanju.

Nadalje, naši rezultati pokazuju kako su sudionice danas asertivnije i iskazuju više samopoštovanje u odnosu na period prije dijagnoze multiple skleroze. Također, pronašli smo kako je promjena podjednaka kod obje skupine, odnosno da je i kod sudionica bez dijagnoze došlo do podjednake promjene u asertivnosti kao i kod sudionica s dijagnozom multiple skleroze. Objašnjenja za odbacivanje naše hipoteze i ove neočekivane rezultate možda se nalaze u istraživanju Mohra i suradnika (1999). Ova je studija ispitala subjektivna iskustva psihosocijalnih posljedica multiple skleroze (MS). Pedeset pacijenata je intervjuirano o učincima MS-a na njihove živote i međuljudske odnose. Odgovori su podvrgnuti faktorskoj analizi. Pojavila su se tri područja subjektivnih iskustva psihosocijalnih posljedica MS-a: demoralizacija, pronalaženje koristi i pogoršanje odnosa. Od posebnog interesa bilo je pronalaženje koristi, što je uključivalo produblјivanje odnosa, pojačano uvažavanje života i povećanje duhovnih interesa. Dobivanje koristi je povezano s traženjem socijalne podrške, pozitivnim procjenama i prilagodljivim strategijama suočavanja. U istraživanju kojeg su proveli Dlugonski i Motl (2012) društvena podrška se pokazala značajnim prediktorom samopoštovanja, dok je ono povezano s tjelesnim i psihičkim zdravlјem. Naime, čini se da visoko samopoštovanje pridonosi pozitivnim emocijama te da osnažuje osobu za suočavanje sa stresom i negativnim emocijama općenito, dok, nasuprot tomu, nisko samopoštovanje ljude čini osjetljivijima za razvoj depresivnih simptoma, tjeskobe i sl. te se može povezati s manjim ili većim poteškoćama prilagodbe. Izgleda da pojedini obolјeli dijagnozu dožive kao neku vrstu opomene te ih ona usmjeri na rad na međuljudskim odnosima, kao i na samom sebi. S druge strane, takav bi osobni angažman mogao biti povezan s porastom samopoštovanja te bolјom prilagodbom novonastaloj životnoj situaciji.

### 5.1. *Ograničenje istraživanja*

Glavno ograničenje našeg istraživanja svakako je mali i prigodni uzorak zbog kojeg postoji vrlo velika vjerojatnost da zahvaćeni sudionici unutar njega ne čine dobre predstavnike populacije koju trebaju predstavljati. Također, mali uzorak slabi statističku snagu. Dodatni problem je i veliko osipanje uzorka sudionika, posebno u MS skupini, što je svakako jedan od poznatih nedostataka internetskih istraživanja. Također, većina današnjih istraživanja razvoja određenog ponašanja kao primarni izvor podataka koriste samoiskaz. Međutim, njegova upotreba je povezana s nizom metodoloških problema kao što su uzorkovanje, valjanost i pouzdanost. Tako i online ispunjavanje upitnika nosi svoje rizike, bez obzira na nastojanja istraživača da maksimalno precizira upute i osigura anonimnost ispitanika. Bitno je naglasiti nedostatak kontrole zbog tjelesne odvojenosti istraživača i sudionika; istraživač ne može kontrolirati usredotočenost ispitanika na istraživanje te ne može promatrati ispitanika, pa ne može znati obavlja li ispitanik za vrijeme istraživanja i neki drugi posao (kao što je konzumiranje hrane ili pića, gledanje televizije, slušanje muzike, komunikacija s prijateljima ili pregledavanje drugih internetskih stranica). Kod mlađih je sudionika danas tzv. „multitasking“, odnosno istovremeno obavljanje više stvari posebno izraženo i, očekivano, može imati vrlo snažne negativne učinke na kvalitetu rezultata istraživanja. Zatim je bitno napomenuti da su sudionice iz MS skupine odgovarale kako su se osjećale prije dijagnoze multiple skleroze, što je vrlo varijabilan period, dok su, zbog standardizacije upitnika sudionice u kontrolnoj skupini davale odgovore gledajući na period od prije pet godina. Ovo je moglo uvelike utjecati na rezultate jer je kod nekih sudionica iz MS skupine dijagnoza ustanovljena prije 15 i više godina, ali je za usporedbu skupina uzet prosjek od 5 godina. Također, sam ovaj postupak pomalo je nepouzdan jer ipak tražimo od pojedinaca da se prisjete kako bi se ponašali u određenoj situaciji prije 5 godina, a ovisno od životnim događajima mnogi su se mogli značajno promijeniti. Uz to, izuzetno je teško precizno procijeniti bilo koji osjećaj ili emociju iz prošlosti, tako da samo prisjećanje može biti vrlo nepouzdan; kod retrospektivnog procjenjivanja sudionici u ovoj vremenskoj točki mogu pogrešno procijeniti koliko je bilo njihovo samopoštovanje, asertivnost i percepcija stresa u prošlosti.

## 5.2. *Praktične implikacije*

Implikacije za buduća istraživanja bi se svakako odnosile na potrebu za longitudinalnim praćenjem osoba s dijagnozom multiple skleroze kako bi se uočile promjene u ovim varijablama te kako bi se o njima mogli donositi sigurniji zaključci. Definiranje uzroka od izuzetne je važnosti za donošenje odluka i razvijanje adekvatnih preventivnih i terapijskih programa, a to je jedino moguće kroz longitudinalna istraživanja. Uz navedeno predlažemo i sveobuhvatne studije slučaja gdje bi se dubinski analizirao sam slučaj, povijesna perspektiva slučaja te društveni kontekst unutar kojeg se slučaj javio. Studija slučaja ne bi se trebala provoditi na jednom slučaju, nego na više njih. Također, poželjno je proširiti uzorak sudionika, uključiti i mušku populaciju te ispitati razlike u odgoju te općenito socijalizaciji između oboljelih od multiple skleroze, u ovisnosti o spolu. Na kraju predlažemo istražiti povezanost naših varijabli od interesa s tijekom bolesti; jesu li osobe koje se postižu povoljnije rezultate na upitnicima asertivnosti, samopoštovanja i percepcije stresa u dužim remisijama u odnosu na oboljele s lošijim rezultatima.

## **6. Zaključak**

Prema rezultatima istraživanja, naša očekivanja nisu potvrđena s obzirom da su promjene do kojih je došlo na skalama asertivnosti i samopoštovanja tijekom vremena podjednake za obje skupine u provedenom istraživanju, dok na skali percipiranog stresa uopće nije došlo do značajnih promjena. Jedina razlika na koju trenutni rezultati ukazuju je niži stupanj asertivnosti u obje točke mjerenja kod sudionica iz skupine kojoj je dijagnosticirana MS u odnosu na kontrolnu skupinu te porast asertivnosti i samopoštovanja nakon dijagnoze.

## 7. Literatura

- Alinčić, M. (2013). Osobine ličnosti i asertivnosti kao prediktori samopoštovanja i socijalne anksioznosti. *Primjenjena psihologija*, 6(2), 139-154.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: MATE.
- Briones-Buixassa, L., Milà, R., Aragonès, J. M., Bufill, E., Olaya, E., Arrufat, F. X. (2015). Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health Psychol Open*, 2(2), 2055102915612271.
- Burušić, J. (2007). *Samopredstavljanje: taktike i stilovi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Calhoun, J. F. i Accella, J. R. (1990). *Psychology of adjustment and human relationships*. New York: McGraw Hill.
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7):374-81.
- Chubb, N. H., Fertman, C. I., Ross, J. L. (1997). Adolescent Self-Esteem and Locus of Control: A Longitudinal Study of Gender and Age Differences. *Adolescence*, 32(125):113-29.
- DeVito, J. (1989). *The interpersonal communications book*. New York: Harper and Row.
- Długonski, D., Motl, R. W. (2012). Possible antecedents and consequences of self-esteem in persons with multiple sclerosis: preliminary evidence from a cross-sectional analysis. *Rehabilitation Psychology*, 57(1), 35-42
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). *Self-esteem: Enduring issues and controversies*. In T. Chamorro-Premuzic.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *PubMed*, 16(4): 328-35.
- Eccles, J. S., Wigfield, A., Flanagan, C. A., Miller, C., Reuman, D. A., Yee, D. (1989). Self-Concepts, Domain Values, and Self-Esteem: Relations and Changes at Early Adolescence. *Journal of Personality*, 57(2):283-310.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619
- Filipović, A. (2002). *Samopoštovnje i percepcija kompetentnosti darovite djece*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*.
- Galanakis, M., Sharland, M., Butler, K., Cant, A., Dagan, R., Davies, G., Groot, R., Elliman, D., Esposito, S., Finn, A., Giaquinto, C., Gray, J., Heath, P., Heikkinen, T., Heininger, U., Henneke, P., Lutsar, I., Lyall, H., Torres, F. M., Pollard, A., Ramsay, M., Riordan, A., Rodrigues, F., Roilides, E., Rojo, P., Shingadia, D., Tomlin, S., Tsolia, M. (2016). *Manual of Childhood Infections: The Blue Book*. Royal College of Paediatric and Child Health. 344-350.
- Ganster, D. C., Victor, B., (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61(Pt 1):17-36.

- Harbo, H. F., Gold, R., Tintora, M. (2013). Sex and gender issues in multiple sclerosis. *The Adv Neurol Disord.*; 6(4): 237–248.
- Hewstone, M., Rubin, M., & Willis, H. (2002). Intergroup bias. *Annual review of psychology*, 53(1), 575-604.
- Young, J. F., Mroczek, D. K. (2003). *Predicting intraindividual self-concept trajectories during adolescence*. Journal of Adolescence.
- Korwin-Piotrowska, K., Korwin-Piotrowska, T., Samochowiec, J.(2010). Self perception among patients with multiple sclerosis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2010; 3 : 63–68.
- Larsen, R. J. i Buss, D. M. (2007). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lacković-Grgin, K., Sorić, I. (1996). *Korelati prilagodbe studiju tijekom prve godine*, Izvorni znanstveni rad, Zadar: Filozofski fakultet.
- Ledenko, M. (2000). *Odnos depresivnosti, asertivnosti i percepcije socijalne podrške kod djece*. Neobjavljen diplomski rad. Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Liu, S. Y., Wrosch, C., Miller, G. E., Pruessner, J. C. (2014). *Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adulthood*. Psychoneuroendocrinology.
- Maccoby, E. E. (1992). The Role of Parents the Socialization of Children. *Developmental Psychology*, 28(6), 1006-1017.
- Marangunić, N. (2002). *Evaluacija upitnika sramežljivosti i asertivnosti USA - r*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
- Milković, M. (2002). *Anksioznost, stres i samopoštovanje kod adolescenata*. Neobjavljen diplomski rad. Zadar: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Milenković, A. i Hadži - Pešić, M. (2006). *Povezanost vaspitanih stilova roditeljstva, ekstraverzije - introverzije i asertivnosti*. Godišnjak za psihologiju, 4, 89-108.
- Mirjanić, L. i Milas, G. (2009). Uloga samopoštovanja u održavanju subjektivne dobrobiti u primjeni strategija suočavanja sa stresom. *Društvena istraživanja*, 20(3) 711-727.
- Mohr, D. C., Dick, L. P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A. C., Likosky, W., & Goodkin, D. E. (1999). The psychosocial impact of multiple sclerosis: Exploring the patient's perspective. *Health Psychology*, 18(4), 376-382.
- Mruk, C. J. (1995). *Self-esteem: Research, Theory, and Practice*. Springer Publishing Company.
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Swedlund, N., Taylor, H. B., Swank, P. (2003). *Self-esteem and women with disabilities*. National Institutes of Health.
- Orth, U. i Robins, R. W. (2014). *The Development of Self – Esteem*. University of Bern and University of California, Davis. Current Directions in Psychological Science.
- Rector, N. A. i Rogers, D. (1997) The Stress Buffering effects of Self-Esteem. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 799-806.
- Reitzes, D.C., Mutran, E.J. (2006). *Self and health: Factors that encourage self-esteem and functional health*. Journal of Gerontology: Social Sciences.

- Rhee, K., Braden, A., Peterson, C.B., Rydell, S.A., Zucker, N., Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *ScienceDirect*, 35-40.
- Riazi, A., Hobart, J.C., Lamping, D.L., Fitzpatrick, R., Thompson, A.J. (2003). Evidence-based measurement in multiple sclerosis: the psychometric properties of the physical and psychological dimensions of three quality of life rating scales. *Multiple Sclerosis Journal*, 9(4): 411-9
- Serap, K. (2003). Self-efficacy: a concept closely linked to information literacy and lifelong learning. *Journal of Documentation*, 59(6): 635-646.
- Spitzer, C., Bouchain, M., Winkler, L.Y., Wingenfeld, K., Gold, S. M., Grabe, H. J., Barnow, S., Otte, C., Heesen, C. (2012). Childhood Trauma in Multiple Sclerosis: A Case-Control Study. *Psychosomatic Medicine*, 312-318.
- Stewart, C. i Lewis, W. A. (1986). Effects of Assertiveness Training on the Self-Esteem of Black High School Students. *Journal of counseling and development*, 64(10): 638-641.
- Suzuki, H., Tomoda, A. (2015). *Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children*. BMC psychiatry.
- Svetić, A. (2000). *Ispitivanje odnosa asertivnosti, ispitne anksioznosti i školskog uspjeha kod djece osnovnoškolske dobi*. Neobjavljen diplomski rad. Zadar: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Tedeschi, J. i Norman, N. (1985) *Social Power, Self-Presentation and the Self*. U B:R: Schlenker (Ur.). *The Self and Social Life*. New York: McGraw-Hill.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 381-390.
- Vagos, P. i Pereira, A. (2010). A proposal for evaluating cognition in assertiveness. *Psychological Assessment*, 22, 657-665.
- Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, A. (1998). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Williams, J.M, Stout, J.K. (2012). The Effect of High and Low Assertiveness on Locus of Control and Health Problems. *The Journal of Psychology*, 119(2): 169-73.
- Willis, L. i Daisley, J. (1995). *The assertive trainer*. London: McGraw Hill Book Company.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Zarevski, P. i Mamula, M. (1998). *Pobijedite sramežljivost: a djecu cijepite protiv nje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Živčić - Bećirević, I. (1996). Konstrukcija skale samoprocjene asertivnog ponašanja djece. Rijeka: *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 4-5, 85-90.