

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ДС/СС 05/4-02 бр. 348/1-Х/1

29.03.2012. године

ВЕЋЕ НАУЧНИХ ОБЛАСТИ
ДРУШТВЕНО-ХУМАНИСТИЧКИХ НАУКА

Наставно-научно веће Филозофског факултета у Београду је на својој XVIII редовној седници, 29.03.2012. године – на основу чл. 221. став 1. алинеја 14. и члана 266. Статута Факултета, прихватило Извештај Комисије за докторске студије с предлогом теме за докторску дисертацију: ПСИХОЛОШКЕ РЕАКЦИЈЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА НА МАЛИГНУ БОЛЕСТ И ЛЕЧЕЊЕ – ПРОЦЕНА И ПОДРШКА, докторанда мр Тамаре Кликовац.

За ментора је одређена проф. др Марија Митић.

Доставити:

ПРЕДСЕДНИК ВЕЋА

1х Универзитету у Београду

1х Стручном сараднику за

докторске дисертације

1х Шефу Одсека за правне послове

Проф. др Весна Димитријевић

1х Архиви

Факултет <u>Филозофски</u>	УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
<u>04/1-2 бр. 6/2067</u>	Веће научних области друштвено-хуманистичких
(број захтева)	наука
<u>30.03.2012.</u>	(Назив већа научних области коме се захтев упућује)
(датум)	

ЗАХТЕВ

за давање сагласности на предлог теме докторске дисертације

Молимо да, сходно члану 46. ст. 5. тач. 3. Статута Универзитета у Београду («Гласник Универзитета», бр. 131/06), дате сагласност на предлог теме докторске дисертације:

Психолошке реакције деце и адолесцената на малигну болест и лечење –

процена и подршка

(пун назив предложене теме докторске дисертације)

НАУЧНА психологија
ОБЛАСТ

ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ:

Име, име једног од родитеља и презиме кандидата:

Тамара (Данило) Кликовац

Назив и седиште факултета на коме је стекао високо Филозофски фак. у Београду
образовање:

Година 2001. дипломирања:

Назив магистарске тезе
кандидата:

Професионални стрес и синдром изгарања медицинског особља

на онколошким одељењима

Назив факултета на коме је магистарска теза одбрањена Филозофски

Година одбране магистарске тезе: 2008.

Обавештавамо вас да Наставно-научно веће је

на седници 29.03.2012. одржаној

размотрило предложену тему и закључило да је тема подобна за израду докторске дисертације.

	ДЕКАН ФАКУЛТЕТА
	<u>Проф. др Весна Димитријевић</u>

Додатак уз образац 1.

ПОДАЦИ О МЕНТОРУ

за кандидата	Тамару Кликовац
--------------	-----------------

Име и презиме ментора:	Марија Митић
Звање:	Ванредни професор

Списак радова који квалификују ментора за вођење докторске дисертације:

1.	Породица, здравље и болест у: Д. Бергер <i>Здравствена психологија</i> (217-239), Друштво психолога Србије, Београд, , 199)
2.	<i>Породица и стрес-између пораза и наде</i> (монографија), Институт за психологију Филозофског факултета у Београду и "Жарко Албуљ", 1997
3.	са Т. Кликовац психолошке карактеристике, стресни животни догађаји и механизми превладавања код жена оболелих од карцинома дојке, ХИВ конгрес лекара Србије и конгрес лекара отаџбине и дијаспоре 21.-24. мај, 2000 –Зборник сажетака
4.	Процена потреба, тешкоћа, снага и подршке; у: <u>Митић. М.</u> (ур.), <i>Деца са сметњама у развоју – потребе и подршка</i> (78-88). Београд: Републички завод за социјалну заштиту, 2011
5.	Здравствена психологија; у: Бергер Ј., <u>Митић. М.</u> (уред.): <i>Увод у клиничку психологију-одабрана поглавља</i> (167-199). Београд: Центар за примењену психологију, 2007

Заокружити одговарајућу опцију (А, Б, В или Г):

А) У случају менторства дисертације на докторским студијама у групацији техничко-технолошких, природно-математичких и

медицинских наука ментор треба да има најмање три рада са SCI, SSCI, ANCI или SCIE листе, као и Math-Net.Ru листе.

Б) У случају менторства дисертације на докторским студијама у групацији друштвено-хуманистичких наука ментор треба да има најмање три рада са релевантне листе научних часописа (Релевантна листа научних часописа обухвата SCI, SSCI, ANCI и SCIE листе, као и ERIH листу, листу часописа које је Министарство за науку класификовало као M24 и додатну листу часописа коју ће, на предлог универзитета, донети Национални савет за високо образовање. Посебно се вреднују и монографије које Министарство науке класификује као M11, M12, M13, M14, M41 и M51.)

В) У случају израде докторске дисертације према ранијим прописима за кандидате који су стекли академски назив магистра наука ментор треба да има пет радова (референци) које га, по оцени Већа научних области, квалификују за ментора односне дисертације.

Г) У случају да у ужој научној области нема квалификованих наставника, приложити одлуку Већа докторских студија о именовању редовног професора за ментора.

ДЕКАН ФАКУЛТЕТА

Датум _____

М.П.

Obrazloženje teme

TEMA: Psihološke reakcije dece i adolescenata na malignu bolest i lečenje – procena i podrška

I.UVOD I TEORIJSKI OKVIR

Osnovna ideja ovog doktorskog rada proizašla je iz dugogodišnje prakse u sagledavanju i tretiranju različitih psiholoških problema i reakcija sa kojima se suočavaju deca i adolescenti (uzrasta od nekoliko meseci do 19 godina), koji su oboleli od različitih malignih bolesti, kao i njihove porodice, od momenta potvrde dijagnoze maligne bolesti i tokom svih faza dugotrajnog, kompleksnog i neizvesnog kombinovanog onkološkog lečenja.

Tema navedenog istraživanja svrstava se najšire određeno u oblast zdravstvene psihologije a uže posmatrano, u oblast psiho-onkologije, relativno nove naučne discipline čiji je predmet proučavanja usmeren na kliničku procenu psiholoških reakcija osoba obolelih od malignih bolesti i reakcija članova njihovih porodica kao i nalaženjem najadekvatnijih psiholoških, savetodavnih i psihoterapijskih intervencija i modela rada, koje bi bile usmerene na pružanje psihološke i psihoterapijske pomoći pacijentu i porodici u svim fazama kompleksnog onkološkog lečenja (Holland, J.C. 1989).

Razlozi za bavljenje psihološkom procenom reakcija dece i adolescenata koji su oboleli od malignih bolesti i njihovih roditelja, proističu iz dve činjenice.

Prva činjenica se odnosi na to da u našoj zemlji nedostaju psihološki instrumenti za procenu psiholoških reakcija dece i adolescenata obolelih od malignih bolesti i njihovih porodica, što znači da još uvek nije sistemski osmišljena, standardizovana a samim tim ni implementirana u svakodnevnu onkološku praksu a posebno u tzv.pedijatrijsku onkološku praksu, baterija psiholoških dijagnostičkih instrumenata tj.testova koji su namenski konstruisani i prilagođeni onkološkim pacijentima, a posebno deci i adolescentima koji su suočavaju sa malignim oboljenjima i dugotrajnim, zahtevnim lečenjem.Rečju, u našoj sredini ne postoje adekvatni modeli procene, a samim tim ni standardizovani instrumenti procene i sistemski osmišljeni modeli psiho-socijalne podrške.Već decenijama unazad na odeljenjima pedijatrijskih hemato-onkologija¹ svuda u svetu, upotrebljava se standardizovana baterija psiholoških testova koji su namenjeni

¹ Pedijatrijska psiho-onkologija kao posebna naučna oblast razvila se poslednjih 40 –ak godina i to okviru pedijatrijske onkologije. Za obe discipline mnogi stručnjaci kažu da su „savršene“ oblasti za istraživanje jer ima mnogo toga što može da se prati, posmatra i upoređuje.(Bearison, J., Mulhern, K.R., 1994).Na primer, faze lečenja u pedijatrijskoj onkologiji – početna, srednja i završna faza su različite i specifične i obiluju različitim potencijalno stresnim momentima koji pred celu porodicu obolelog deteta postavljaju ogromne zahteve.Proučavanje psiholoških reakcija obolele dece, reakcija roditelja, cele porodice, proučavanje reakcija braće i sestara u svim fazama lečenja, proučavanje uticaja distresa roditelja na psihološke reakcije obolele dece, proučavanje uticaja funkcionalnosti porodičnog sistema na psihološke reakcije obolelog deteta, praćenje preživele dece i proučavanje post-traumatskog stresa i post-traumatskog rasta, praćenje dece nakon završetka lečenja i praćenje dugoročnih posledica lečenja, proučavanje kvaliteta života obolele dece tokom svih faza lečenja, zatim proučavanje mehanizama prevladavanja u različitim fazama lečenja i uticaja različitih faktora na prevladavanje, praćenje uticaja različitih psiho-socijalnih faktora u situaciji transplantacije koštane srži, zatim proučavanje psiholoških aspekata u terminalnim fazama bolesti, samo su neke od tema koje su poslednjih decenija u svetu bile u fokusu interesovanja u vezi sa psiho-socijalnim aspektima malignih oboljenja kod dece i adolescenata (Brown, R, T.,et all., 2006).

proceni različitih psiholoških reakcija dece, adolescenata, članova porodice tokom svih faza kompleksnog onkološkog lečenja i nakon završetka lečenja². Činjenica je da bez dobro osmišljenih i standardizovanih psiholoških instrumenata koji su namenjeni specifičnoj populaciji dece i adolescenata koji su oboleli od malignih bolesti, ne mogu postojati ni kvalitetni psihološki nalazi a samim tim ni planirati neophodne psihološke intervencije, na individualnom (rad sa svakim detetom posebno), na grupnom nivou (rad sa grupom obolele dece na odeljenju) i na porodičnom nivou (rad sa porodicom obolelog deteta).

Druga činjenica se odnosi na to da u našoj sredini psiho-onkologija a posebno pedijatrijska psiho-onkologija nisu razvijene oblasti³, kako u bazičnom, empirijsko-istraživačkom smislu (gotovo da nema publikovanih empirijskih radova iz ove oblasti kod nas) tako i u praktičnom aspektu pružanja fokusirane psihološko savetodavne i psihoterapijske pomoći vulnerabilnoj populaciji dece i adolescenata i njihovih porodica, tokom svih faza aktivnog onkološkog tretmana i nakon završetka lečenja. Nedostatak empirijskih radova, najšire određeno, iz psiho-onkologije kao i nedostatak praktičnih psiholoških modaliteta rada sa onkološkim pacijentima svih uzrasta i članovima porodice, su idejni pokretači ovog istraživanja.

Naučni doprinos ovog rada može se sagledati kako na bazičnom, empirijsko-istraživačkom nivou – sprovođenje prvog istraživanja u oblasti pedijatrijske psiho-onkologije u našoj zemlji, tako i na praktičnom nivou - koji je usmeren sa jedne strane na konstruisanje modela psihološke podrške a sa druge strane, na unapređenje mesta i uloge psihologa u pedijatrijskim multidisciplinarnim onkološkim timovima, koji su već decenijama unazad standard u svakodnevnoj onkološkoj praksi u svetu.

U vezi sa navedenim moji naponi u okviru ovog doktorskog rada biće usmereni na nekoliko aspekata :

Prvi, da prevedem i prilagodim instrumente koji su namenski konstruisani za procenu različitih psiholoških reakcija dece i adolescenata na malignu bolest i lečenje od kojih su najčešće: anksioznost , depresivnost i umor tokom lečenja, zatim procena doživljaja kvaliteta života i sagledavanje mehanizama prevladavanja i na individualom nivou (obolela deca i adolescenti) i na porodičnom nivou (roditelji obolele dece i adolescenata). Drugi, da procenim psihološke reakcije obolele dece i adolescenata i njihovih roditelja u određenim fazama lečenja. Navedenom procenom se otvara mogućnost da se instrumenti koji će se koristiti u ovom radu, u budućnosti standardizuju i primenjuju na svim odeljenjima pedijatrijskih hemato-onkologija u Srbiji.⁴

Treći, potreba da uporedim dobijene rezultate za našu populaciju obolele dece i adolescenata sa rezultatima sličnih istraživanja, koja su urađena ili se rade u svetu poslednjih godina sa ciljem razmatranja i konstruisanja odgovarajućih modela psihološke

² Psychosocial Assessment Tool – PAT- skrining instrumenti za decu, adolescente koji su oboleli od malignih bolesti i njihove porodice (Wiener L.S., Hersh S.P.,Kazak A.E., prema Pizzo A.P., Poplack D.G., 2006)

³ Naš zdravstveni sistem a posebno onaj segment koji se odnosi na onkološku praksu, nema na nacionalnom nivou razvijen pristup iz domena psiho-onkologije, što znači da nema standardizovanih psiholoških instrumenata a ni organizovane psihološke i psihoterapijske pomoći i podrške onkološkim pacijentima (različitog uzrasta) i članovima njihovih porodica tokom svih faza lečenja, a posebno u fazi tzv.palijativnog zbrinjavanja (Klikovac, T.,2007).

⁴ U našoj zemlji postoji 5 pedijatrijskih hemato-onkoloških odeljenja, tri u Beogradu i po jedno odeljenje u Novom Sadu i u Nišu.Praksa uključivanja psihologa u multidisciplinarni tim je najduža na Odeljenju pedijatrijske onkologije IORS-a,(10 godina), a na ostalim odeljenjima tek od pre par godina se uključuju psiholozi.

podrške koji su primereni našoj sredini, našem kulturološkom miljeu, uslovima lečenja i potrebama obolele dece, adolescenata i njihovih porodica.

Istraživačko pitanje je : Da li se mogu valjano proceniti psihološke reakcije kao što su: anksioznost, depresivnost i umor tokom lečenja i odrediti nivo kvaliteta života i efikasnost mehanizama prevladavanja kod dece i adolescenata uzrasta od 7 do 19 godina koji se leče od različitih malignih bolesti postojećim instrumentima a sa ciljem konstruisanja modela pružanja odgovarajuće psihološke i psiho-socijalne podrške?

Značaj ovog rada se može sagledati na četiri nivoa:

Prvi nivo je *individualni nivo* – neposredni značaj rada za pacijente – decu i adolescente koji se leče od malignih bolesti.

Drugi nivo je *porodični nivo* – pokušaj da se kvalitet života, umor i prevladavanje sagleda i uporedi i iz perspektive obolelog deteta i adolescenta i iz perspektive roditelja koji se nalazi uz dete/adolescenta tokom lečenja i boravka na odeljenju. S obzirom da je uz dete od početka lečenja i tokom svih faza lečenja u kontinuitetu jedan roditelj (najčešće majka) i da se drugi roditelj, ako je porodica kompletna, povremeno pojavljuje, što onemogućava procenu cele porodice, biće ispitan kvalitet života, stres, prevladavanje i funkcionisanje porodice kod roditelja koji je uz dete ili adolescenta tokom lečenja.

Treći nivo je *širi društveni značaj* ove teme koji se može posmatrati kroz značaj za:

- ❖ *unapređenje struke* - pre svega zdravstvene psihologije i pedijatrijske psiho-onkologije posebno, u okviru kojih u našoj sredini ima malo empirijskih radova i praktičnih implikacija u psihološkom radu.
- ❖ *unapređenje službe pedijatrijske onkologije* - uvođenjem standardne psihološke baterije testova koji se koriste na sličnim odeljenjima u Evropi i uopšte u svetu, svakako bi se unapredila praksa psihologa na navedenim odeljenjima. Shodno navedenom, preciznije bi se mogli planirati i implementirati psihološki i psihoterapijski pristupi u najširem smislu reči, u individualnom, grupnom i porodičnom radu kao integrativnom delu onkološkog lečenja.⁵

Četvrti nivo je *naučni doprinos* ovog rada kako na empirijskom, istraživačkom nivou tako i na nivou konstruisanja modela psihološke pomoći i podrške.

Maligne bolesti kod dece i adolescenata⁶

Maligne bolesti kod dece i adolescenata imaju malu incidencu (oko 1% svih malignih bolesti), međutim, s obzirom na vulnerabilnost dečije i adolescentne populacije i na prirodu i težinu bolesti, maligna oboljenja predstavljaju ozbiljan medicinski, psihološki i socijalni problem.

⁵ Psihološka podrška i psihoterapijska pomoć osobama svih uzrasta, koje obole od različitih malignih bolesti i članovima njihovih porodica, je u razvijenim zemljama Evrope i sveta već standard koji se kroz svakodnevno implementiranje u okviru onkološke prakse neprekidno usavršava i poboljšava (Grassi, L., Travado, L., 2008).

⁶ Maligna bolest je opšti naziv za preko stotinu srodnih bolesti kojima je zajedničko postojanje poremećaja u DNK na ćelijskom nivou i to onom delu «programa» koji je zadužen za kontrolu rasta i reprodukciju ćelija. Maligni proces predstavlja patološki i nekontrolisan rast (deobu) ćelija izvan normalnog mehanizma ćelijske regulacije, što dovodi do toga da se ubrzanom proliferacijom stvaraju maligne ćelije koje se putem krvi ili limfnog sistema šire na različite telesne organe, stvarajući nove neoplazme ili metastaze (Filipović, S., 1996)

Prema najopštijoj klasifikaciji, postoje 4 velike grupe malignih bolesti:

1. Karcinomi – neoplazme ćelija kože i epitelnog tkiva
2. Sarkomi – neoplazme mišića, kostiju i vezivnog tkiva
3. Limfomi – neoplazme limfnog sistema
4. Leukemije – neoplazme organa koji proizvode ćelije krvi tj. koštane srži

- Medicinski, jer su u savremenom svetu maligne bolesti dece i adolescenata jedan od glavnih uzroka smrtnosti u dečijem i adolescentnom dobu.
- Psihološki, jer su psihološki problemi sa kojima se suočavaju deca, adolescenti i njihove porodice od momenta postavljanja dijagnoze maligne bolesti i tokom onkološkog lečenja, veoma kompleksni.
- Socijalni, jer su deca i adolescenti najvulnerabilnija populacija svakog društva a posebno su osetljivi u različitim kriznim situacijama koje se odnose na lečenje maligne bolesti. (Klikovac, T., 2009)

Druga polovina 20 veka je obeležena značajnim progresom u pedijatrijskoj onkologiji, s obzirom da su 50-ih godina slučajevi izlečenja bili retki sa stopom preživljavanja oko 10% , dok se poslednjih godina za decu obolelu od malignih bolesti registruju stope preživljavanja veće od 70%, kod akutnih leukemija procenti izlečenja idu i do 90%.(Bekić, Z., 2008).

U okviru tzv.*holističkog, bio-psiho-socijalnog razvojnog modela* u pedijatrijskoj onkologiji, tzv.*Engelov bio-psiho-socijalni model*, (Engel, G.L., 1980) koji se nalazi i u osnovi ovog rada, maligna bolest deteta ili adolescenta se posmatra kroz prizmu nekoliko važnih faktora: 1.uzrast obolelog deteta ili adolescenta u vreme početka i završetka lečenja 2. faza lečenja 3. vrsta i lokalizacija maligne bolesti i uvremenjenost postavljanja dijagnoze 4. specifičnost i toksičnost lečenja 5. posledice koje maligna bolest ima i može da ima 6. ishod lečenja (preživljavanje ili kraj života).Psihološke reakcije obolelog deteta, adolescenta ili cele porodice, u najširem smislu, zavise od navedenih faktora.

Teorijski i konceptualni okvir pedijatrijske psiho-onkologije se vezuje za pojmove stresa, krize, prevladavanja, prilagođavanja, kvaliteta života, pojavu anksioznosti, depresivnosti, umora i iscrpljenosti kod dece i adolescenata od različitih terapija i intervencija tokom svih faza lečenja, anksioznosti, depresivnosti i umora kod roditelja, post-traumatski stres i post-traumatski rast, socijalno prilagođavanje, posledice lečenja kod »preživelih« ili tugovanje i podrška porodici nakon gubitka najmlađeg člana porodice. (Koocher & O`Mallez., 1981;Kupst & Schulman., 1988; Spinetta, 1977, prema Brown, RT.,et all., (2006).

Neosporno je da bavljenje interakcijom somatske tj.fizičke bolesti i emocionalnih faktora iziskuje okvire holističkog bio-psiho-socijalnog pristupa, prema kojem nijedna dugotrajna fizička bolest ne može da se posmatra samo kroz prizmu obolele osobe jer bolest jednog člana porodice u porodičnom sistemu ostavlja posledice na sve ostale članove, usporavajući, remeteći ili zaustavljajući dalji normalan tok razvoja porodice u celini.U tom kontekstu, teška maligna bolest najmlađeg člana u porodici sagledavaće se kroz prizmu Rolandovog modela, koji ističe zahteve koje bolest (u odnosu na vreme javljanja bolesti, tok onesposobljavanja i ishod) stavlja pred obolelog člana i sve ostale članove porodice.(Rolland, J.S., 1994).

Lečenje malignih bolesti kod dece i adolescenata i posledice lečenja

Brojne fizičke i medicinske promene koje predstavljaju posledice kombinovanog onkološkog lečenja⁷, mogu da predstavljaju uzrok različitih psiholoških problema i

⁷ Lečenje različitih malignih bolesti kod dece i adolescenata je *dugotrajno* (traje od 8 meseci do 2 godine), *kompleksno* (primenjuju se različiti protokoli lečenja u zavisnosti od dijagnoze), *neizvesno* (nikada se sa sigurnošću ne može predvideti tok bolesti) , *zahtevno* (učestale hospitalizacije koje podrazumevaju odvajanje od porodice, od uobičajenog ritma života, grupe vršnjaka, vrtića, škole) i *toksično* (izaziva kratkoročne i dugoročne fizičke ali i psihološke poremećaje).

poremećaja. Različiti modaliteti lečenja: hemoterapija⁸, radio-terapija⁹, transplantacija koštane srži i hirurške intervencije ostavljaju različite posledice na svako dete i porodični sistem pojedinačno i drugačije. Na primer, deca koja prođu transplantaciju koštane srži i radijaciju celog tela (total body irradiation - TBI) često kao posledice lečenja imaju sledeće poremećaje: disfunkciju tiroidne žlezde, usporavanje rasta, probleme sa seksualnom maturacijom i fertilitetom, razvoj katarkte (Phipps, 1994). Kazak (1994) navodi nekoliko tipičnih kratkoročnih posledica toksičnog onkološkog lečenja koja uključuju povraćanje, povećanje ili smanjenje telesne težine i gubitak kose. Drugi autori (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin., 1993), su pokazali da su fizičke posledice terapija potencijalni uzroci psiholoških problema tokom lečenja: brojne bolne medicinske procedure ali i bol tokom lečenja; mučnina i povraćanje; opadanje kose; gubitak težine ili prekomerno gojenje; gubitak delova tela kao posledica radikalnih hirurških intervencija; učestale hospitalizacije i odvajanje od primarne i šire porodice; promena ritma života i dugotrajno izostajanje iz škole i gubitak kontakta sa vršnjacima.

Deca i adolescenti koji prolaze kroz toksično kombinovano onkološko lečenje imaju različite teškoće: žale se na umor i iscrpljenost, pokazuju nedostatak energije i fizičke snage, imaju motoričku sporost i slabost, nervozu i razdražljivost, pokazuju sklonost ka povlačenju i izolaciji (Armstrong & Horn, 1995). Tinejdžeri i adolescenti su veoma osetljivi na doživljaj telesnosti i sliku o sebi zbog raznih problema koje imaju sa fizičkim izgledom a koji su posledica bolesti i lečenja (gubitak kose, gubitak težine, upadljiv izgled zbog boje kože, moguća invalidnost). Sve što je navedeno otežava prilagođavanje na inače uobičajene pubertetske promene koje se dešavaju u vezi sa fizičkim izgledom. (Baum & Baum., 1989, prema Brown, T.R., 2006). Loš „body image“ je povezan je sa akademskim, socijalnim i psihološkim problemima, niskim samo-poštovanjem i simptomima depresije (Hesse-Biber, Clayton-Matthews & Downey, 1987; Noles, Cash & Winstead, 1985; Silberstein, Striegel – Moore, Timko & Rodin, 1988, prema McDougal, S., 1997).

Psihološke reakcije dece i adolescenata i njihovih roditelja na malignu bolest i lečenje

Ozbiljna i teška somatska bolest člana najmlađe generacije u porodici, sa neizvesnim uspehom u pogledu lečenja, kao i realna egzistencijalna ugroženost i stalno prisutna opasnost od pogoršanja zdravstvenog stanja, relapsa bolesti i smrti, predstavljaju

⁸ Deca i adolescenti se nakon završetka onkološkog lečenja suočavaju sa brojnim dugoročnim negativnim efektima bolesti i raznih terapija. Najčešći negativni efekti su:

- ❖ kognitivni problemi vezani za pažnju, pamćenje, apstraktno mišljenje, učenje, vizuelno-motorni problemi i zastoj u razvoju inteligencije kao posledice tumora mozga i kranijalnog zračenja u ranom uzrastu
- ❖ disfunkcije ostalih organa i sistema organa
- ❖ problemi sa rastom
- ❖ problemi vezani za sterilitet
- ❖ razvoj sekundarnog maligniteta
- ❖ invalidnost (nedostatak ekstremiteta i nošenje proteza) kod koštanih tumora (Armstrong & Mulhern, 2000).

⁹ Kranijalna radioterapija (cranial radiation therapy- CRT) koja se sprovodi kod dece sa tumorima CNS-a i kod određenih leukemija, utiče na značajno smanjenje IQ skora a posebno ako se CRT sprovodi na manjem uzrastu. Mulhern (1994) je istraživao brojne neuro-psihološke teškoće koje se po završetku lečenja sreću kod dece koja prime ovakvu vrstu terapije: problemi sa pamćenjem i koncentracijom, problemi sa usvajanjem novih informacija, problemi sa čitanjem, pisanjem i aritmetikom, teškoće sa vizuo-motornim funkcionisanjem, problemi sa motoričkom koordinacijom i finom motorikom, oštećenja apstraktnog mišljenja, oštećenja govora. Neki autori navode da se kod dece koja su na ranijem uzrastu prošla CRT mogu dijagnostikovati neki simptomi koji liče na ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) kao što su: distrakcija pažnje, impulsivnost, teškoće sa koncentracijom, hiperaktivnost.

tzv.akcidentne, neuvremenjene i nenormativne događaje izrazito snažnog stresogenog karaktera (Veach, T.A., Nicholas, D.R., Barton, A.M., 2002).

Kazak (1994) je u brojnim člancima koje je napisala iz oblasti pedijatrijske psiho-onkologije, navodila da se kod jednog broja dece i tinejdžera mogu očekivati značajni psihološki problemi, kako tokom lečenja tako i nakon završetka lečenja. Najčešći psihološki problemi su: anksioznost i napadi panike (Kazak, et al, 1997); inhibiranost u socijalnom ponašanju i sklonost socijalnom povlačenju i izolaciji; strah od novog; smanjena emotivna ekspresija (Stehbens, Kisker & Wilson, 1983, prema McDougal, S., 1997,); problemi u ponašanju (Carpentieri, Mulhern, Douglas, Hanna & Fairclough, 1993, prema McDougal, S., 1997); brojne somatizacije i žalbe na različite somatske probleme neodređene etiologije koje je teško dijagnostikovati (Mulhern et al., 1989); intenzivan stres (Kazak & Christakis, 1996); post-traumatski stresni poremećaj (PTSD) (Stuber, Nader, Yasuda, Pynoos & Cohen, 1991, prema McDougal, S., 1997); frustracije u vezi sa školskim postignućem (Kazak, Christakes, Alderfer & Coiro, 1994); teškoće u odnosima sa vršnjacima (La Greca, 1990); gubitak nezavisnosti (posebno u adolescenciji), teškoće u vezi polne identifikacije i uloge; zabrinutost u vezi sa budućnošću koja se odnosi na izbor profesije, karijeru i odnose sa drugima (Stevens & Dunsmore, 1996, prema McDougal, S., 1997).

Istraživanje (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1995 prema McDougal, S., 1997) koje je obuhvatilo uzorak od 30 dece uzrasta od 8 do 13 godina, tokom lečenja različitih vrsta maligniteta, je pokazalo da je pozitivnija samo-percepcija i procena fizičkog izgleda u značajnoj korelaciji sa manje depresivnih simptoma, manjom socijalnom anksioznošću i višim nivoom samo-poštovanja. Druga studija koja je obuhvatila 21 tinejdžera i adolescenta uzrasta od 11 do 21 godine, nakon završetka lečenja, je pokazala da njihova lošija samo-procena nakon završetka lečenja utiče na njihovo lošije socijalno prilagođavanje, što u konkretnom istraživanju znači, prisustvo osećanja usamljenosti i socijalne anksioznosti. (Pendeley, Dahlquist & Dreyer., 1997, prema McDougal, S., 1997). Dece i mladi koji su se osećali izolovano i usamljeno tokom lečenja su pokazali više nivoe depresivnosti, anksioznosti i post-traumatskog stresa (Kazak, McClure et al., 2004 prema, Bearison, J., Mulhern, K.R., 1994). Umor i iscrpljenost se često mogu prepoznati kod dece i adolescenata tokom trajanja onkološkog lečenja. (Hockenberry-Eaton et al., (1988, 1999); Davies, et al., (2002). Umor i iscrpljenost tokom lečenja bitno narušavaju kvalitet života i otežavaju prevladavanje kompleksnog i zahtevnog lečenja. (Gibson, F., Edwards, J., Sepion, B., Richardson, A., (2006). Veoma je bitno da zdravstveni radnici mogu da prepoznaju, adekvatno procene i reaguju kada dijagnostikuju postojanje umora i iscrpljenosti kod dece i mladih tokom trajanja lečenja. (Pasik et al., 2002, prema Gibson, F., et al., 2006). 2001 godine na SIOP međunarodnoj Konferenciji sprovedena je anketa među učesnicima (medicinsko osoblje koje radi na Odeljenjima pedijatrijskih onkologija širom sveta) u vezi sa prepoznavanjem simptoma umora kod dece i mladih tokom trajanja onkološkog lečenja. Medicinsko osoblje je umor kod dece i adolescenata najčešće opisivalo sledećim rečima: nemogućnost da se obavljaju svakodnevne aktivnosti; smanjenje energije; smanjena socijalizacija; nedostatak motivacije; poremećaj sna; iscrpljenost; anemija; problemi sa ishranom. Umor je multidimenzionalan pojam ali i fenomen koji se bazira subjektivnom doživljaju i poceni simptoma (Winningham., 2000, prema Gibson, F., et al., 2006). Veoma je važno napraviti razliku između umora i iscrpljenosti (što može biti uzrokovano teškim terapijama i

procedurama lečenja) i ostalih psiholoških simptoma depresije, anksioznosti, smanjenog kvaliteta života, demoralisanosti i sl. (Hinds, et al., 1999, prema Gibson, F., et al., 2006). Thies i Walh (1999) su pronašli da hronično bolesni adolescenti uzrasta od 14 do 16 godina, pokazuju mnogo više osećanja frustriranosti u vezi sa njihovom bolešću u poređenju sa dve mlađe grupe dece i tinejdžera (uzrasta od 8 do 9 godina i 11 do 12 godina). Dugotrajno lečenje podrazumeva i veći stepen zavisnosti od roditelja a samim tim i manje nezavisnosti, kojoj inače adolescenti teže. Raskorak između zavisnosti i nezavisnosti često vodi u konflikte sa roditeljima. Adolescenti mogu da ispolje veoma intenzivne emotivne reakcije, raptuse i bure, zatim, poricanje i izbegavajuće ponašanje u pokušaju da prevladaju stresove vezane za malignu bolest, lečenja, posledice lečenja. Karakteristike roditelja tj. njihove emotivne reakcije imaju ogroman uticaj na prihvatanje bolesti i prilagođavanje dece na situaciju lečenja.

Porodice dece i adolescenata koji obole od različitih malignih bolesti prolaze kroz razne faze od početnog šoka, distresa, raznih kriznih momenata tokom lečenja, zatim kroz promene načina i organizacije života koje iziskuju brojne promene i prilagođavanja. Kod roditelja obolele dece najčešće se sreću osećanja nesigurnosti i neizvesnosti, usamljenosti, niskog samo-poštovanja, zatim simptomi PTSD-a, distresa i brige kako u odnosu na obolelo dete tako i u vezi sa braćom ili sestrama obolelog deteta, kojima se posvećuje mnogo manje pažnje¹⁰. (Kazak, et al., 1997; Van Dongen-Melman et al., 1995, prema McDougal, S., 1997).

Potvrdu dijagnoze maligne bolesti kod deteta ili adolescenta i početak kombinovanog onkološkog lečenja roditelji i ostali članovi uže i šire porodice (braća, sestre, ostali srodnici) opisuju kao snažan i preplavljujući šok (Kupst, M.J., Bingen, K., prema Brown, T.R., 2006). U početnoj fazi lečenja obolelog deteta ili adolescenta, kada su u situaciji snažnog emotivnog distresa, roditelji i cela porodica, moraju da se suoče sa mnogo novih informacija, da donose brojne odluke i da se prilagode značajnim promenama dotadašnjeg uobičajenog načina života (Kupst., Patenaude, Walco & Sterling., 2003; Ruccione, Kramer, Moor & Perin., 1991, prema Brown, T.R., 2006.). Nakon početne faze, najčešće sledi «mirniji» višemesečni period uobičajenog toka lečenja i primanja terapija, koji u nekim slučajevima može da bude takođe stresan, ukoliko se tokom lečenja razviju meta promene ili pogorša klinička slika primarne bolesti. Završetak lečenja i „preživljavanje“ je takođe posebna faza u životu obolelog deteta, adolescenta i porodice, jer se suočavaju sa ambivalentnim osećanjima – sa jedne strane, sa pozitivnim osećanjima u vezi sa završetkom lečenja a sa druge strane, sa brojnim strahovima i brigama vezanim za odvajanje od medicinskog tima i neizvesnom budućnošću (Kupst, et al., 1992, prema Brown, T.R., 2006).

Roditeljski stres i funkcionalnost prevladavanja kao i adaptacija na dijagnozu maligne bolesti deteta i prilagođavanje brojnim promenama tokom lečenja, su od krucijalnog značaja, jer su brojna istraživanja pokazala da postoji povezanost između roditeljskog stresa i prilagođavanja dece na lečenje (Carlson-Green, Morris & Krawiecki., 1995; Frank., 1996; Grootenhuis & Last., 1997; Kronenberger., et al., 1996; Kupst &

¹⁰ Saznanja o reakcijama braće i/ili sestara obolelog deteta ukazuju da se i oni suočavaju sa veoma složenim i teškim doživljajima da su «napušteni i zaboravljeni», jer su roditelji usmereni na obolelo dete i kompleksno i zahtevno lečenje, manje vremena provode sa njima i manje su zainteresovani za njih i njihove probleme. Najčešći problemi braće i /ili sestara obolele dece se manifestuju kroz školske probleme (učenje, disciplina), razvoj raznih somatizacija, acting out ponašanja, povlačenje iz socijalne sredine i društva vršnjaka. (Kupst, M.J., Bingen, K., prema Brown, T.R., 2006).

Schulemn., 1988;Noll., et all., 2000;Sawyer, Streiner, Antoniou,Toogood & Rice., 1998;Trask., et all., 2003, prema Brown, T.R., 2006).

Anksioznost roditelja je snažan prediktor nivoa distresa u situaciji potvrde dijagnoze maligne bolesti i lečenja (Hoekstra-Weebers et all., 1999, prema Brown, T.R., 2006). Roditelji koji imaju više stresova istovremeno i drugih teškoća i napora vezanih za prevladavanje, pokazuju lošije prilagođavanje (Barrera et all., 2004; Sloper., 2000, prema Brown, T.R., 2006) i imaju manju socijalnu podršku (Speechley & Noh., 1992, prema Brown, T.R., 2006).

Mehanizmi prevladavanja, kvalitet života obolele dece i adolescenata i psiho-socijalna podrška¹¹

Rezultati kvalitativnih istraživanja koja su se odnosila na procenu koje mehanizme prevladavanja najčešće koriste deca u zavisnosti od uzrasta su pokazala da deca do 9 godine mnogo češće koriste strategije prevladavanja usmerene na ponašanje, deca uzrasta od 9 do 14 godine koriste i strategije prevladavanja usmerene na ponašanje i kognitivne strategije, a adolescenti preko 14 godina i stariji adolescenti češće koriste kognitivne strategije prevladavanja (Claflin & Barbarin, 1991, prema Brown, T.R., 2006). Istraživanja su takodje pokazala da je prevladavanje fokusirano na emocije (kontrola emotivnih reakcija i kognitivna procena stresnih situacija i uspostavljanje kontrole ponašanja) u periodu kasnog detinjstva i rane adolescencije veoma važno za dalji kognitivni razvoj i sazrevanje.(Compas, et all., 1992;Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988;Fields & Princ,1997, prema Brown, T.R., 2006). U sličnom istraživanju, koje je sprovedeno tokom trajanja lečenja na uzorku od 14 adolescenata uzrasta od 16 do 22 godine, dobijeno je da su socijalna podrška i traženje dodatnih informacija, glavni mehanizmi prevladavanja adolescenata (Kyngas.,et all., 2001, prema Brown, T.R., 2006).Adolescenti češće koriste strategije prevladavanja koje su fokusirane na emocije ali koje se oslanjaju na kognitivne strategije, kao što su samo-ohrabrivanje i razne aktivnosti kojima distrahuju pažnju sa problema bolesti i lečenja (Claflin & Barbarin., 1991;Fields & Princ.,1997 prema Brown, T.R., 2006). Nicholas (1995) je ispitujući grupu od 20

¹¹ Istraživanja su pokazala da sledeći faktori koji se odnose na bolest i lečenje imaju uticaja na kvalitet prilagođavanja i kvalitet života: *intenzitet terapije* (Zembrack & Zeltzer., 2003); *težina dugoročnih posledica i funkcionalnih oštećenja kod preživelih* (Elkin et all., 1997; Fritz, Williams & Amylon., 1988; Greenberg, Kazak & Meadows., 1989; Koocher & O'Malley., 1981), *trajanje i prisustvo bolesti do potvrde dijagnoze maligne bolesti* (Carlson-Green et all, 1995; Cella & Tros., 1986, Koocher & O'Malley., 1981; Kupst & Schulman., 1988), *vidljivost bolesti ili posledice lečenja* (Koocher & O'Malley., 1981), *stepen oštećenja CNS-a* (Armstrong & Mulhern., prema Brown, T.R., 2006).Istraživanja personalnih varijabli koje mogu imati uticaja na prilagođavanje na dijagnozu maligne bolesti i lečenje i kvalitet života, su pokazala različite rezultate. Neka istraživanja su pokazala da *uzrast obolelog deteta* može imati uticaja na prilagođavanje i to da je mlađi uzrast u pozitivnoj vezi sa prilagođavanjem (Barakat et all., 1997; Elkin et all., 1997; Fritz et all., 1988; Koocher & O'Malley., 1981).Rezultati istraživanja drugih autora su međutim pokazali da postoji pozitivna veza prilagođavanja i starijeg uzrasta (Cella et all., 1987; Mulhern, Wasserman, Friedman & Fairclough., 1989, prema Brown, T.R., 2006).*Pol obolelog deteta* i uticaj na prilagođavanje tokom trajanja lečenja je nešto manje ispitan u kontekstu uticaja ostalih faktora, ali su istraživanja koja su rađena pokazala da je ženski pol riziko faktor u prilagođavanju na dugoročne posledice bolesti i lečenje i nakon lečenja tj. da se devojčice teže prilagođavaju na dugoročne posledice bolesti po završetku lečenja (Barakat et all., 1997; Elkin et all., 1997; Fritz et all., 1988; Koocher & O'Malley., 1981, prema Brown, T.R., 2006).Istraživanja su takođe pokazala da je značajan faktor za kasnije prilagođavanje po završetku lečenja, *očuvano kognitivno funkcionisanje i neometano akademsko postignuće* (Boman & Bodegard., 2000;Kupst et all., 1995; Levin, Brown,Pawletko, Gold & Whitt., 2000, prema Brown, T.R., 2006).*Psihološko funkcionisanje do postavljanja dijagnoze maligne bolesti* je veoma značajan prediktor kasnijeg psihološkog funkcionisanja (Carpenter., 1992;Hubert, Jay, Saltoun & Hays., 1988; Katz, Kallerman & Siegl., 1980; Kupst et all., 1995; Kupst & Schulman, 1988, prema Brown, T.R., 2006).

adolescenata koji su oboleli od različitih malignih bolesti, pokazao da je adekvatna socijalna podrška razvojno značajna i da postoji pozitivna veza između socijalne podrške i korišćenja pozitivnih mehanizama prevladavanja. Uverenost u nepostojanje bolesti i strategije prevladavanja fokusirane na emocije (emotivno distanciranje, izbegavanje) su povezani sa lošijim prilagođavanjem (Barrera et al., 2004; Baskin, Forehand & Sayler., 1985; Nelson et al., 1994; Wittrock, Larson & Sandgren., 1994, prema Brown, T.R., 2006).

Da li kvalitetna psiho-socijalna podrška ima uticaja na kvalitet života, funkcionalnije prevladavanje, bolje prilagođavanje a samim tim i na preživljavanje? (Sahlet, et al., 1992,1997, prema Brown, T.R., 2006). Studije praćenja su pokazale da su bolja podrška porodice, podrška matične škole i kontinuirano interesovanje nastavnika i vršnjaka iz škole tokom trajanja lečenja kao i kvalitetna psihološka podrška i pomoć u bolnici, prediktori boljeg kasnijeg prilagođavanja lečenog deteta. (Kazak., 1994; Varni, et al., 1994). Potvrđeno je takođe da trening različitih socijalnih veština, zatim funkcionalni mehanizmi prevladavanja, prevazilaženje teškoća u vezi sa učenjem, odsustvo različitih funkcionalnih i fizičkih ograničenja, kompletnost porodice i viši socio-ekonomski status porodice, u značajnoj meri doprinose kasnijem uspešnom prilagođavanju i resocijalizaciji obolele dece. (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1993, prema McDougal, S., 1997). Istraživanja su takođe pokazala da optimizam, odlučnost da se bori, poverenje u medicinski tim i u protokole lečenja, sposobnost da se iskustvo bolesti konceptualizuje kao nešto što se može prevazići i što ima poseban smisao za dalji rast i razvoj, utiču na kvalitetnije prevladavanje (McCubbin et al., 2002; Patistea et al., 2000, prema Bearison, J., Mulhern, K.R., 1994).

Dodatni stresovi koji se sreću kod dece i adolescenata školskog uzrasta, pored onkološkog lečenja i negativnih efekata terapija su i nemogućnost redovnog pohađanja škole i učestvovanja u uobičajenim vršnjačkim aktivnostima, koje predstavljaju najznačajnije faktore daljeg kognitivnog i socijalnog razvoja. (Baum & Baum, 1989 prema Bearison, J., Mulhern, K.R., 1994). Dugotrajno odsustvo iz škole i iz interakcije sa vršnjacima (što se dešava deci i adolescentima tokom dugotrajnog onkološkog lečenja) mogu da budu uzrok depresije, apatije i lošije slike o sebi i smanjenog samo-poštovanja (Kazak, 1980, prema Gibson, F., et al., 2006).

1. Problem istraživanja

Osnovni problem ovog istraživanja se odnosi na procenu psiholoških reakcija dece, adolescenata i njihovih roditelja na malignu bolest i lečenje od kojih su najčešće: anksioznost, depresivnost i umor tokom lečenja, zatim procenu doživljaja kvaliteta života i mehanizama prevladavanja, uz posebno analiziranje da li postoje razlike u manifestaciji navedenih psiholoških reakcija, kvaliteta života i mehanizama prevladavanja s obzirom na uzrast (mlađa grupa dece uzrasta od 7 do 12 godina i starija grupa adolescenata uzrasta od 13 do 19 godina), pol, dijagnozu bolesti i stepen invalidnosti tj. oštećenja primarnom malignom bolešću.

Jedan od problema ovog istraživanja se odnosi i na procenu potencijalnih razlika u doživljavanju kvaliteta života, umora i prevladavanja, sa aspekta obolelog deteta i adolescenta i sa aspekta roditelja koji je uz njih tokom lečenja i boravka u bolnici.

Pored navedenih problema, predmet analize biće i ispitivanje povezanosti nivoa roditeljskog stresa sa nivoom anksioznosti, depresivnosti, kvaliteta života, umora i prevladavanja kod deteta ili adolescenta.

Poseban problem u okviru ovog rada biće i analiza porodice tj.sagledavanje porodične kohezije, fleksibilnosti, porodičnih komunikacija i generalnog zadovoljstva porodicom sa aspekta roditelja koji se nalazi uz dete ili adolescenta tokom lečenja.

Glavna pitanja koja predstavljaju polaznu osnovu ovog istraživanja su:

1.Da li se na uzorku dece i adolescenata koji su oboleli od malignih bolesti u našoj sredini može obaviti funkcionalna procena psihološkim mernim instrumentima koji se na sličnim odeljenjima u svetu koriste za procenu različitih psiholoških reakcija: anksioznosti, depresivnosti i umora, zatim doživljaja kvaliteta života, načina prevladavanja tokom aktivnog onkološkog lečenja?

2.Da li postoje razlike u ispoljavanju anksioznosti, depresivnosti, umora, kvaliteta života, i prevladavanja s obzirom na uzrast, pol, dijagnozu bolesti i stepen oštećenja primarnom malignom bolešću?

3.Da li se razlikuju perspektive obolelog deteta, adolescenta i roditelja, tokom lečenja u vezi sa kvalitetom života, umorom i prevladavanjem?

4.Da li postoji povezanost između nivoa anksioznosti, depresivnosti, umora, kvaliteta života i prevladavanja kod obolele dece i adolescenata i nivoa roditeljskog stresa tj.stresa roditelja koji je uz dete tokom lečenja.

5.Kakva je porodična kohezija, fleksibilnost, porodična komunikacija i generalno zadovoljstvo porodicom sa aspekta roditelja koji se nalazi uz dete ili adolescenta tokom lečenja i to u situaciji koja je stresna za ceo porodični sistem?

6. Da li procena pruža adekvatnu osnovu za planiranje individualnih i grupnih modela psihološke podrške tj.da li rezultati koji će se dobiti pružaju mogućnost dizajniranja modela psihološke podrške?

2. Ciljevi istraživanja

Opšti ciljevi ovog istraživanja su:

1.Procena psiholoških reakcija: anksioznosti, depresivnosti i osećanja umora, zatim procena doživljaja kvaliteta života i mehanizama prevladavanja kod dece i adolescenata uzrasta od 7 do 19 godina koji su oboleli od različitih malignih bolesti i nalaze se na lečenju i procena doživljaja kvaliteta života, umora, mehanizama prevladavanja i stresa kod roditelja.Ansioznost, depresivnost, kvalitet života, umor i prevladavanje će biti ispitani preko skorova na zadatim instrumentima koji su namenski konstruisani i ispituju navedene psihološke reakcije kod populacije dece i adolescenata koji su oboleli od malignih bolesti i njihovih roditelja.

2.Provera instrumenata koji su namenski konstruisani za procenu različitih psiholoških reakcija dece i adolescenata na malignu bolest i lečenje od kojih su najčešće: anksioznost, depresivnost, umor tokom lečenja, zatim doživljaj kvaliteta života i načini prevladavanja, na individualom nivou (obolela deca i adolescenti) i na porodičnom nivou (roditelji obolele dece).

3.Dizajniranje modela psihološke podrške vulnerabilnoj populaciji dece i adolescenata koji su oboleli od najtežih bolesti i njihovim porodicama na osnovu modela procene.

Specifični ciljevi ovog istraživanja su:

Prvo, utvrditi da li postoje razlike u nivou anksioznosti, depresivnosti, doživljaju umora, percepciji kvaliteta života i u načinu prevladavanja s obzirom na uzrast¹², pol, dijagnozu bolesti i stepen oštećenja primarnom bolešću.

Drugo, utvrditi da li postoje razlike u proceni kvaliteta života, umora i prevladavanja iz perspektive obolele dece i adolescenata i iz perspektive njihovog roditelja koji se nalazi sa njima kao pratilac na lečenju u momentu procene.

Treće, utvrditi da li postoji povezanost između nivoa anksioznosti, depresivnosti, umora, kvaliteta života i prevladavanja kod obolele dece i adolescenata i nivoa roditeljskog stresa tj. stresa roditelja koji je uz dete tokom lečenja.

Četvrto, procena porodičnog funkcionisanja sa aspekta roditelja i ispitivanje povezanosti porodičnog funkcionisanja sa roditeljskim stresom.

3. Hipoteze istraživanja¹³

H1 u vezi sa prvim specifičnim ciljem istraživanja

H1: Pretpostavlja se da će se pokazati statistički značajne razlike u stepenu anksioznosti, depresivnosti, kvaliteta života, umora i prevladavanja kod dece i adolescenata koji su oboleli od različitih malignih bolesti i nalaze se na onkološkom lečenju, s obzirom na uzrast, pol i stepen oštećenja primarnom bolešću.

-H1a: Pretpostavlja se da će se u drugoj grupi ispitanika (adolescenti uzrasta od 13 do 19 godina) pokazati viši nivoi anksioznosti, depresivnosti, smanjen doživljaj kvaliteta života, viši nivo umora kao i manje funkcionalni mehanizmi prevladavanja u poređenju sa prvom grupom ispitanika (deca uzrasta od 7 do 12 godina).

-H1b: Pretpostavlja se da će se pokazati razlike u polu tj. da će devojčice pokazati više nivoa anksioznosti, depresivnosti, smanjen doživljaj kvaliteta života, viši nivo umora kao i manje funkcionalne mehanizme prevladavanja u poređenju sa dečacima u obe grupe ispitanika podeljene prema uzrastu.

-H1c: Pretpostavlja se da će deca i adolescenti sa težim posledicama maligne bolesti i onkološkog lečenja (na primer, invalidnost i vidljive spoljašnje manifestacije bolesti)

¹² S obzirom da su i instrumenti koji će se koristiti u ovom istraživanju prilagođeni uzrastu dece i adolescenata koji se ispituju, deca pacijenti će biti podeljeni u dve grupe: 1. grupa – deca uzrasta od 7 do 12 godina i 2. grupa adolescenti od 13 do 19 godina.

¹³ H1a je postavljena u skladu sa nalazima istraživanja stranih autora (Thies i Walsh, 1999). Postoje suprotni rezultati u vezi sa uzrastom obolele dece i adolescenata i prilagođavanjem na bolest i lečenje. Neka istraživanja su pokazala da *uzrast* obolelog deteta može imati uticaja na prilagođavanje i to da je mlađi uzrast u pozitivnoj vezi sa prilagođavanjem (Barakat et al., 1997; Elkin et al., 1997; Fritz et al., 1988; Koocher & O'Malley., 1981). Rezultati istraživanja drugih autora su međutim pokazali da postoji pozitivna veza prilagođavanja i starijeg uzrasta (Cella et al., 1987; Mulhern, Wasserman, Friedman & Fairclough., 1989, prema Brown, T.R., 2006).

H1b je postavljena na osnovu radova stranih autora (Barakat et al., 1997; Elkin et al., 1997; Fritz et al., 1988; Koocher & O'Malley., 1981, prema Brown, T.R., 2006) ali i na osnovu zapažanja iz kliničke prakse da su devojčice obolele od malignih bolesti vulnerabilnije u poređenju sa dečacima, jer devojčice generalno, teže podnose posledice onkološkog lečenja (posebno gubitak kose, što predstavlja veoma važnu polnu odliku). Moguće je da navedene razlike između dečaka i devojčica reflektuju i stereotipe u vaspitanju u našoj sredini ("dečaci moraju da budu jaki, junaci, nije poželjno da ispoljavaju osećanja i da pokazuju slabost).

H1c je postavljena na osnovu radova stranih autora (Elkin et al., 1997; Fritz, Williams & Amylon., 1988; Greenberg, Kazak & Meadows., 1989; Koocher & O'Malley., 1981; Koocher & O'Malley., 1981) ali i na osnovu zapažanja iz prakse da deca koja imaju veći stepen vidljivih oštećenja primarnom malignom bolešću i vrstama lečenja (invalidnost, kognitivna oštećenja, nesamostalnost u kretanju i sl.), pokazuju u mnogim aspektima, lošije opšte prilagođavanje lečenju i zbog tzv. komorbiditeta (više bolesti i posledica bolesti istovremeno) ispoljavaju brojne emotivne probleme, probleme u ponašanju kao i lošiju saradnju sa roditeljima i medicinskim timom tokom trajanja lečenja.

pokazati više nivoe anksioznosti, depresivnosti, smanjen doživljaj kvaliteta života, viši nivo umora kao i manje funkcionalne mehanizme prevladavanja u poređenju sa decom i adolescentima koji imaju manja oštećenja primarnom bolešću i lečenjem.

H2 u vezi sa drugim specifičnim ciljem istraživanja¹⁴

H2-Ho: Nejasna su očekivanja u vezi sa drugim specifičnim ciljem tj. da li će se pokazati statistički značajne razlike u proceni kvaliteta života, umora i prevladavanja iz perspektive obolele dece i adolescenata i iz perspektive njihovog roditelja koji se nalazi sa njima kao pratilac na lečenju u momentu procene.

H3 u vezi sa trećim specifičnim ciljem istraživanja

H3:Pretpostavlja se da će se pokazati pozitivna korelacija između roditeljskog stresa i nivoa anksioznosti, depresivnosti, doživljaja umora i kvaliteta života i prevladavanja kod obolele dece i adolescenata.Roditelj deteta ili adolescenta koji ima više skorove na skalama anksioznosti, depresivnosti i doživljaju umora imaće viši skor na skali stresa; niži skorovi na skali kvaliteta života i prevladavanja kod dece i adolescenata biće povezani sa višim nivoom roditeljskog stresa.

H4 u vezi sa četvrtim specifičnim ciljem istraživanja

H4:Postoji nekoliko pretpostavki u vezi sa procenom porodičnog funkcionisanja sa aspekta roditelja i ispitivanje povezanosti porodičnog funkcionisanja sa roditeljskim stresom.

-H4a: Pretpostavlja se da će viši nivo roditeljskog stresa biti povezan sa nižim skorovima na skalama porodične kohezije, porodične fleksibilnosti kao i sa manjim zadovoljstvom porodicom i nižim skorovima na skali porodične komunikacije na FACES testu.

-H4b: Pretpostavlja se da niži skorovi na skali kvaliteta života roditelja biti povezani sa nižim skorovima na skalama porodične kohezije, porodične fleksibilnosti kao i sa manjim zadovoljstvom porodicom i nižim skorovima na skali porodične komunikacije na FACES testu.

4. Varijable i instrumenti¹⁵

¹⁴ H2-H0 – nejasna su očekivanja da li će se razlikovati perspektiva deteta i roditelja u vezi procene kvaliteta života, umora i prevladavanja, mada se na osnovu zapažanja iz prakse zapaža da se perspektive u vezi sa mnogim pitanjima pa i navedenim u vezi kvaliteta života, umora i prevladavanja, razlikuju kada su roditelji pod većim stresom i kada postoji lošija komunikacija, kako unutar porodice generalno, tako i između obolelog deteta i roditelja koji je uz dete tokom lečenja.U radovima stranih autora navedeno nije bilo predmet istraživanja, pa zato poređenje perspektiva deteta i roditelja u vezi procene kvaliteta života, umora i prevladavanja, predstavlja originalnost ovog rada.

H3 – je postavljena na osnovu istraživanja stranih autora (Carlson-Green, Morris & Krawiecki., 1995;Frank., 1996;Grootenhuis & Last., 1997;Kronenberger., et all., 1996; Kupst & Schulemn., 1988;Noll., et all., 2000;Sawyer, Streiner, Antoniou,Toogood & Rice., 1998;Trask., et all., 2003, prema Brown, T.R., 2006) ali osnova ima i u kliničkom zapažanju da što su roditelji pod većim stresom sa slabijim kapacitetima za kontrolu afekta i reagovanja, nefunkcionalni u prevladavanju i ukupnoj nezi deteta, to su deca lošije prilagođena na lečenje i posledice lečenja i znatno teže podnose zahtevno onkološko lečenje.

H4a i H4b – su postavljene na osnovu zapažanja iz kliničke prakse.U stranoj literaturi ne postoje podaci da su FACET paketom ispitivane porodice sa detetom koje je obolelo od maligne bolesti.

¹⁵ S obzirom da su istraživanja u kliničkoj psihologiji, u najširem smislu (samim tim i u zdravstvenoj psihologiji) prevashodno korelativna što podrazumeva nacrt u kome nezavisna varijabla ne postoji, već postoje samo zavisne varijable a istraživački postupak se svodi na posmatranje njihove povezanosti sa ostalim varijablama koje istraživač uključuje na osnovu svog ubeđenja o njihovom etiopatogenetskom značaju, model istraživanja za potrebe ovog rada je, sa jedne strane, transferzalan, a sa druge strane, predstavlja model rizičnih grupa. (Biro, M., Butollo, W., 2003). Model istraživanja je s jedne strane transferzalan, jer podrazumeva ispitivanje određenog uzorka u određenom trenutku s ciljem da se registruje karakteristična klinička slika, a sa druge strane je i model rizičnih grupa, jer će se istraživanje sprovести na selekcionisanom uzorku dece i adolescenata obolelih od različitih malignih bolesti . Kako na osnovu empirijskih istraživanja tako i na osnovu iskustvenog rada sa obolelom decom, može se pretpostaviti da su oni visoko rizična grupa za javljanje brojnih poremećaja:anksioznosti, depresivnosti, umora i iscrpljenosti.Može se

Anksioznost će se ispitivati instrumentom **RCMAS – The Revised Children's Manifest Anxiety Scale** – Revidirana skala za procenu dečije anksioznosti.

RCMAS se koristi za ispitivanje anksioznosti kod dece i adolescenata i ima ukupno 37 ajtema koji su podeljeni u tri subskale: fiziološka anksioznost (zbir ajtema 1,5,9,13,17,19,21,25,29,33) zabrinutost /hiperosetljivost (zbir ajtema 2,6,7,10,14,18,22,26,30,34,37) i socijalna anksioznost (zbir ajtema 3,11,15,23,27,31,35) i tzv.kontrolna skala Lie scale.Skor ukupne anksioznosti je zbir tri navedene subskale tj.28 ajtema a 9 ajtema je tzv.Lie scale.Alfa koeficijent za total skor anksioznosti je .87. Koeficijenti Krombahove alfe sa svaku pojedinačnu subskalu su:.66-fiziološka anksioznost;.81-zabrinutost/hiperosetljivost;.69-socijalna anksioznost.

Na svaki ajtem ispitanik odgovara da DA ili NE.Ajtemi su tako formulisani da su jasni, kratki i razumljivi populaciji kojoj je skala i namenjena tj.deci i adolescentima uzrasta od 7 do 19 godina.

Primarna referenca: Reynolds, C.R., and Richmond, B.O. (1985). Revised Children's Manifest Anxiety Scale. RCMAS Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.

Depresivnost će se ispitivati instrumentom **CDI – The Children's Depression Inventory** – Inventar za ispitivanje depresije kod dece. CDI se koristi za ispitivanje depresivnosti kod dece i adolescenata uzrasta od 7 do 19 godina i ima ukupno 27 ajtema koji su podeljeni u 5 subskala: loše raspoloženje, neaktivnost, anhedonia, nisko samopoštovanje i interpersonalni problemi.

Prilikom popunjavanja instrumenta ispitanici od tri ponuđena opisa biraju onaj koji ih najviše opisuje.Pitanja su kratka, jasna, prilagođena uzrastu dece i adolescenata kojima su i namenjena.

Interna konzistentnost CDI inventara se kreće između .75 i .94 (Monreal, 1988;Saylor, Finch, Spirito & Bennett, 1984) i između .73 i .89 (Helsen & Matson, 1984;Saylor et al., 1984) i .84 u dvonedeljnom intrvalu zadavanja (Kovacs, 1992).(Masip,A.F.,Amador Campos,J.A.,Benito, J.G., Gandara, V.B.,2010).

Primarna referenca: Kovacs, M.,(1985).The Children's Depression Inventory (CDI).Psychopharmacology Bull; 21 (4); 995-998.

Kvalitet života će se ispitivati instrumentom **PCQOL – 32 – The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory** – Inventar za ispitivanje kvaliteta života od potvrde dijagnoze maligne bolesti kod deteta ili adolescenta kao i tokom lečenja.

Koristiće se tri forme ovog instrumenta:

1.PCQOL – 32 Patient Self Report - za decu i adolescente (od 7 god.do 19 god.).Ima 32 ajtema koji su svrstani u 5 subskala: problemi u vezi sa lečenjem i bolešću (9 ajtema); fizičko funkcionisanje (5 ajtema); psihološko funkcionisanje (6 ajtema); socijalno funkcionisanje (5 ajtema) i kognitivno funkcionisanje (7 ajtema).Svaki ajtem se procenjuje na četvorostepenoj skali Likertovog tipa i to 0–nikada nije problem; 1–ponekada je problem; 2–često je problem; 3-uvek je problem).Ajtemi su formulisani jasno, razumljivo i prilagođeni su deci i adolescentima.Ajtemi su prevedeni i prilagođeni duhu našeg jezika.Interna konzistentnost PCQOL – 32 je visoka, kako za verziju instrumenta koji je namenjen pacijentima (alfa je.91), tako i za verziji koja je namenjena proceni kvaliteta života dece od strane roditelja (alfa je .92).

očekivati, takođe, da će imati niži skor na skali procene kvaliteta života i da će koristiti manje funkcionalne mehanizme prevladavanja.

2.PCQOL – 32 Parent Proxy Report Form - verzija za roditelje.Ima 32 ajtema i roditelj procenjuje kvalitet života deteta.Razlika sa PCQOL – 32 Patient Self Report inventarom je u instrukciji, uputstvu i načinu formulacije ajtema jer PCQOL – 32 Parent Proxy Report Form roditelji procenjuju kvalitet života dece, što je u skladu sa jednim od ciljeva ovog istraživanja da se sagleda da li postoji razlika u ličnom doživljaju obolele dece i adolescenata i sagledavanja njihovih roditelja u vezi sa kvalitetom života tokom lečenja.

3.Peds Q1-Upitnik za procenu kvaliteta života roditelja.Ima 36 ajtema koji su svrstani u 8 subskala: fizičko funkcionisanje (6 ajtema), emotivno funkcionisanje (5 ajtema), socijalno funkcionisanje (4 ajtema), kognitivno funkcionisanje (5 ajtema), komunikacija (3 ajtema), briga za budućnost deteta (5 ajtema) i zbirni porodični skor (dnevne aktivnosti 8 ajtema i porodične veze 5 ajtema). Svaki ajtem se procenjuje na petostepenoj skali od 0-nikad; 1–skoro nikad; 2–ponekad; 3–često; 4–skoro uvek.Peds Q1 konstruisan je tako da predstavlja samoprocenu roditelja u vezi sa različitim aspektima funkcionisanja od početka bolesti deteta i tokom onkološkog lečenja.

Primarna referenca:Varni,J.W., et ell., (1998).The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-PCQOL-32 , Reliability and Validity.Cancer, March 15,Vol.82,Number 6.

Umor će se ispitivati instrumentom **FACIT - F scale – The Pediatric Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue scale** – Skala za ispitivanje umora tokom terapije teških oboljenja.U instrukciji u sve tri forme instrumenta koje će se koristiti, simptomi umora se procenjuju procenjuju za poslednjih 7 dana.Koeficijenti Kronbahove alfe za verzije instrumenata su;.84 za CFS i .88 za PFS.

Koristiće se tri forme ovog instrumenta:

1.Children Fatigue Scale – CFS (za uzrast 7-12 godina) - ima 14 ajtema na koje se odgovara sa DA i NE uz procenu na petostepenoj skali: 1–nimalo; 2–malo; 3–donekle; 4–prilično; 5 puno.

2.FACIT – F 4 version – (za uzrast 13-19 godina) – ima 25 ajtema koji su svrstani u 4 subskale:fizičko stanje (7 ajtema); socijalno-porodično funkcionisanje (6 ajtema); emotivno stanje (6 ajtema); funkcionalno ponašanje (6 ajtema).

3.Parent Fatigue Scale – PFS – skala za roditelje koja je namenjena proceni umora kod dece.PFS ima 17 ajtema koji se procenjuju na petostepenoj skali: 1–ne uopšte; 2–skoro nikad; 3–ponekad; 4–skoro uvek; 5–uvek.

Primarne reference:

Quick References for Pediatric Oncology Clinicians:The Psychiatric and Psychological Dimensions of Pediatric Cancer Symptom Management.(2009).American Cancer Society, Charlottesville, USA

Hockenberry,J.M., et al.,(2003).Three Instruments to Assess Fatigue in Children with Cancer:The Child, Parent and Staff.Journal of Pain and Symptom Management.Vol.25,No 4,319-328.

Prevladavanje će se meriti instrumentom **KIDCOPE scale** – Skala za ispitivanje prevladavanja kod dece konstruisana je tako da ispituje kognitivne, emotivne i socijalne strategije prevladavanja koje obolela deca i adolescenti mogu da koriste.Strategije prevladavanja koje se ispituju KIDCOPE skalama svrstane su i tri grupe:1.Aktivne strategije prevladavanja (rešavanje problema; kognitivno restrukturiranje; emotivna regulacija i socijalna podrška) 2.Izbegavajuće strategije prevladavanja (distrakcija,

socijalno povlačenje, maštanje i sanjarenje, rezignacija i mirenje sa situacijom)
3. Negativne strategije (samokritičnost, okrivljavanje drugih).

Koristiće se dve forme:

1. **KIDCOPE za decu uzrasta od 7 do 12 godina**; ima 15 ajtema i odgovore koji se odnose na učestalost (odgovora da i ne) i efikasnost (odgovor na trostepnoj skali od 1- nimalo, 2- malo do 3- mnogo).

2. **KIDCOPE za decu uzrasta od 13 do 19 godina**; ima 15 ajtema i složeniji način odgovaranja na pitanja (učestalost na četvorostepenoj skali i efikasnost na petostepenoj skali).

Prevladavanje roditelja - Brief Cope Parents Inventory – BCPI - će se koristiti za ispitivanje prevladavanja roditelja koji se nalazi uz dete tokom onkološkog lečenja. BCPI ima 28 ajtema koji se procenjuju na četvorostepenoj skali od 1–nikad; 2– ponekad; 3– često; 4–veoma često.

Primarne reference: Spirito. A., et all., (1994). Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 314-322

Garraalda, E.M., Rangel, L., (2004). Impairment and coping in children and adolescent with chronic fatigue syndrome: a comparative study with other paediatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:3, 543-552.

Roditeljski stres će se meriti instrumentom **PSI/SF – Parenting Stress Index – short form** - Indeks roditeljskog stresa-kraća verzija. PSI/SF je derivat Parenting Stress Index testa i se koristi za ispitivanje roditeljskog stresa i sastoji se od 36 ajtema koji su podeljeni u tri subskale: roditeljski distres, roditelj-dete disfunkcionalna interakcija i teško dete. Prilikom odgovaranja ispitanici se odlučuju za odgovor na petostepenoj skali Likertovog tipa (1-veoma se slažem do 5-uopšte se ne slažem).

Pouzdanost testa .79 za roditelj-dete subskalau; .80 za roditelj-dete disfunkcionalna interakcija; .78 za subskalau teško dete i .90 za ukupni stres. Ukupni stres PSI korelira .94 sa PSI/SF ukupni stres. Kako je PSI/SF direktni derivat PSI skale, može se očekivati da je kraća forma validna baš kao i duža forma instrumenta.

Primarne reference: Abidin, R.R., (1995). *Parenting Stress Index Manual*, 3rd ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Milačić, V.I., (2008). Stres kod roditelja dece sa autizmom. *Psihijatrija danas*, br. 40/1. 37-39.

Porodična kohezija i porodična fleksibilnost (sa aspekta roditelja koji je uz dete tokom lečenja), biće ispitane **FACES IV paketom**, koji sadrži 8 skala, šest skala iz instrumenta FACES IV (dve skale koje mere balansiranu porodičnu koheziju (ajtemi 1,7,13,19,25,31,37) i balansiranu porodičnu fleksibilnost (ajtemi 2,8,14,20,26,32,38) i četiri nebalansirane skale, dve nebalansirane skale za koheziju (dezangažovanost (ajtemi 3,9,15,21,27,33,39) i zapletenost (ajtemi 4,10,16,22,28,34,40)) i dve nebalansirane skale za fleksibilnost: rigidnost (ajtemi 5,11,17,23,29,35,41) i haotičnost (ajtemi 6,12,18,24,30,36,42) i dve dodatne skale, skalu porodične komunikacije (ajtemi 43,44,45,46,47,48,49,50,51,52) i zadovoljstva porodicom (53,54,55,56,57,58,59,60,61,62). Odgovori su raspoređeni na petostepenoj skali: 1- potpuno se ne slažem; 2- ne slažem se; 3- neodlučan sam; 4- slažem se; 5- potpuno se slažem i skali zadovoljstva od 1-veoma nezadovoljan; 2- dosta nezadovoljan; 3- u principu zadovoljan; 4- veoma zadovoljan i 5- izuzetno zadovoljan.

Primarna referenca: Olson, H.D., Gorrall, M.D., Tiesel, W.J., (2006). FACES IV package. Priručnik za primenu.

Dodatni izvori podataka će biti;

1. List sa opštim socio-demografskim karakteristikama (pol deteta, uzrast deteta, dijagnoza, vreme početka lečenja, broj terapije u vreme obavljanja ispitivanja i podaci koji se odnose na roditelja koji je uz dete - pol, starost, stepen obrazovanja).
2. Podaci iz istorije bolesti koji se odnose na vrstu dijagnoze maligne bolesti, stepen invalidnosti (proteza, prisustvo meta promene tokom lečenja, dodatne medicinske procedure-transplantacija).

5. Uzorak istraživanja¹⁶

Uzorak ovog istraživanja činiće sva deca i adolescenti uzrasta od 7 do 19 godina koji su oboleli od različitih malignih bolesti i koji se nalaze na lečenju na Odeljenju pedijatrijske onkologije Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije.

S obzirom da su i instrumenti koji će se koristiti u ovom istraživanju prilagođeni uzrastu dece i adolescenata koji se ispituju, deca pacijenti će biti podeljeni u dve grupe:

Prvu grupu – deca uzrasta od 7 do 12 godina

Drugu grupu adolescenti od 13 do 19 godina

S obzirom da je teško proceniti tačan broj dece i adolescenata koji će oboleti od malignih bolesti tokom trajanja istraživanja, uzorak će činiti sva deca i adolescenti koji su u procesu onkološkog lečenja tj. od 2 ciklusa hemo-terapije do 20 ciklusa hemo-terapije. Uzorkom će biti obuhvaćena i deca i adolescenti koji imaju radioterapijsko lečenje (od 3 do 30 seanse radioterapije).

6. Procedura istraživanja¹⁷

Istraživanje će biti sprovedeno na Odeljenju pedijatrijske onkologije, na Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije u periodu od februara 2012 god. do februara 2013 god i obuhvatiće sve pacijente koji se nalaze na lečenju u periodu od februara 2012 god. do februara 2013 god.

Procenjuje se da će ispitivanje trajati oko 30-ak minuta, koliko je potrebno da dete i adolescent i roditelj popune zadate instrumente.

¹⁶ S obzirom da se ne može tačno predvideti broj dece i adolescenata koji će biti deo uzorka ovog istraživanja, odluka da uzorak čine deca, adolescenti i njihovi roditelji od druge terapije pa sve do završnih faza lečenja je doneta na osnovu kliničkog iskustva iz prakse koje se odnosi na to da su prilikom započinjanja lečenja tj. prilikom prvog dolaska na Odeljenje, deca i roditelji u izmenjenom psihičkom stanju tj. stanju šoka i intenzivnog distresa, što može da utiče na rezultate istraživanja a nije ni sa etičkog aspekta primereno ispitivati decu i roditelje prilikom prvog boravka na Odeljenju. Iskustvo pokazuje da se nakon prve i druge terapije deca i porodice stabilizuju, jer prilikom prvih dana boravka na Odeljenje dobiju neophodnu informativnu i psihološku pomoć i podršku.

¹⁷ Kliničko iskustvo na Odeljenju pedijatrijske onkologije upućuje na to da se pre početka ispitivanja obavezno sagleda opšte zdravstveno stanje deteta ili adolescenta koji će biti uključeni u istraživanje, jer je etički nedopustivo da se istraživanje obavlja u slučaju ako se pacijent oseća loše, ima mučninu i učestalo povraća od hemo-terapija koje prima, ako je pospan, ima bolove ili se nalazi u neutropeniji i zbog iscrpljenosti i umora nije spreman za saradnju. Tokom ispitivanja deteta i adolescenta baterijom instrumenata istovremeno će određenim instrumentima biti ispitan roditelj koji se u nalazi kao pratilac na lečenju u momentu obavljanja procene. Roditelji će biti detaljno informisani o predmetu i ciljevima istraživanja za potrebe ovog rada i kako procedura nalaže, potpisatiće saglasnost za njihovo lično i detetovo učešće u istraživanju.

7. Statistička obrada

Predviđena statistička metodologija obuhvataće:

- opis parametara od značaja (frekvencije, procenti, prosek, medijana, standardna devijacija (SD) i opseg)
- ispitivanje saglasnosti uzoračkih raspodela sa normalnom raspodelom (testovi: Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk)
- ispitivanje povezanosti faktora od značaja primenom statističkih testova (Pearson χ^2 test, Fisher exact test, Wilcoxon rank sum test, Kruskal Wallis test, t-test, ANOVA i drugi parametarski i/ili neparametarski testovi primenljivi u zavisnosti od prirode i kvaliteta podataka).
- za nivo statističke značajnosti biće usvojena vrednost $\alpha=0.05$
- u zavisnosti od dobijenih rezultata a radi provere i uklapanja dobijenih nalaza u hipotetički model podrške, prema potrebama, postoji mogućnost da će se koristiti modeliranje strukturnim jednačinama (modeli će naknadno biti određeni).

III.LITERATURA

- 1.Armstrong, F.D., Horn, M., (1995).Educational issues in childhood cancer. School Psychology Quartely, 10, 292-304.
- 2.Abidin, R.R., (1995).Parenting Stress Index Manual, 3rd ed.Odessa.FL: Psychological Assesment Resources.
- 3.Bekić, Z., (2008).Procena efikasnosti hemioterapijskih režima i značaj faktora prognoze u multidisciplinarnom lečenju tumora mozga kod dece.Odbranjena doktorska teza, Medicinski fakultet, Beograd
- 4.Bearison, J.,Mulhern, K.R., (1994).Pediatric Psycho-oncology,psychological perspectives on children with cancer, Oxford University Press, New York
- 5.Biro, M., Butollo, W., (2003). Klinička psihologija.Poglavlje 45.Etiopatogenetska istraživanja..Katedra za kliničku psihologiju LMU Munchen & Futura publikacije, Novi Sad
- 6.Brown, R.T,et all., (2006). Comprehensive Handbook of Childhood Cancer and Sickel Cell Disease:A Biopsychosocial Approach,Oxford University Press,New York
- 7.Engel, G.L., (1980).The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 137, 535-544.
- 8.Filipović, S., (1996).Osnovi kliničke onkologije, Prosveta, Niš
- 9.Grassi, L., Travado, L., (2008). Responding to the challenge of cancer in Europe .Chapter 11: The role of psycho-social oncology in cancer care.Institute of public health.Republic of Slovenia. Ljubljana.
- 10.Garralda, E.M.,Rangel,L., (2004).Impairment and coping in children and adolescent with chronic fatigue syndrome:a comparative study with other paediatric disorders.Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45:3,543-552.
- 11.Gibson, F., Edwards, J., Sepion, B., Richardson, A., (2006).“Cancer-related fatigue in children and young people: Survey of healthcare professionals knowledge and attitudes“.European Journal of Oncology Nursing, 10; 311-316
- 12.Holland, J.C. (1989).Handbook of psycho-oncology.Psychological care of the patients with cancer.Oxford University Press, Oxford

- 13.Hockenberry,J.M., et al.,(2003).Three Instruments to Assess Fatigue in Children with Cancer:The Child, Parent and Staff.Journal of Pain and Symptom Management.Vol.25,No 4,319-328.
- 14.Kazak, A.E. (1994).Implications of survival:Pediatric oncology patients and their families.In D.J.Bearison & R.K. Mulhern.Pediatric Psychooncology:Psychological perspectives on children with cancer (pp.171-193).
- 15.Kazak, A.E. et al., (1997).Postraumatic stress, family functioning and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers.Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 120-129.
- 16.Klikovac.T., (2007). »Psycho-Oncology in Serbia – Present Status and Future Directions (metaphorically said: «A story about nothing»), Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, Abstracts of 9 th World Congress of Psycho-Oncology, London, United Kingdom, p: 89
- 17.Klikovac, T., (2009), I mi postojimo – psihološke radionice za decu i adolescente koji su oboleli od malignih bolesti, priručnik za radionice, Kaligraf, Beograd
- 18.Kovacs, M.,(1985).The Children`s Depression Inventory (CDI).Psychopharmacology Bull; 21 (4); 995-998
- 19.Masip.,A.F.,Campos,J.A.,Benito, J.G.,Gandara,V.B., (2010).Psychometric Properties of the Children`s Depression Inventory in Community and Clinical Sample.The Spanish Journal of Psychology, Vol.13, No.2, 990-999.
- 20.Milačić,V.I., (2008).Stres kod roditelja dece sa autizmom.Psihijatrija danas, br.40/1.37-39.
- 21.McDougal, S., (1997).“Children with cancer - Effects and Educational Implications“.Indiana University,USA
- 22.Olson,H.D.,Gorrall,M.D.,Tiesel, W.J., (2006).FACES IV package.Priručnik za primenu.
- 23.Pizzo, A.P.,Poplack, D.G., (2006).Principles and Practice of Pediatric Oncology,Lippincott Williams & Wilkins, USA:1415-1441
- 24.Rolland, J.S., (1994).Families, Illness and Disability.Basic books.USA
- 25.Quick References for Pediatric Oncology Clinicians:The Psychiatric and Psychological Dimensions of Pediatric Cancer Symptom Management.(2009).American Cancer Society, Charlottesville, USA
- 26.Reynolds, C.R., and Richmond, B.O. (1985). Revised Children's Manifest Anxiety Scale. RCMAS Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- 27.Spirito. A., et all., (1994).Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children.Journal of Clinical Child Psychology, 23, 314-322.
- 28.Varni, J.W., et ell., (1998).The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-PCQOL-32, Reliability and Validity.Cancer, March 15,Vol.82,Number 6.
- 29.Varni, J.W.,Katz, E.R., Colegrove, R., Dolgin, M., (1993).The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer.Journal of Pediatric Psychology, 18, 751-767.
- 30.Veach, T.A., Nicholas, D.R., Barton, A.M., (2002). Cancer and family life cycle.A practitioners guide.Taylor & Francis, USA

**Реферат о квалификованости кандидата и подобности предложене теме
за докторску дисертацију**

**ТЕМА: Психолошке реакције деце и адолесцената на малигну болест
и лечење – процена и подршка**

Докторанткиња: мр Тамара Кликовац

Ментор: Проф. др Марија Митић

1. Основни подаци о кандидату и дисертацији:

Тамара Кликовац је рођена је 16.07.1971. год. у Београду. Дипломирала је на Одељењу за психологију Филозофског факултета у Београду 2001. год. а тема дипломског рада је била *Психолошке карактеристике, механизми превладавања и изложеност стресним животним догађајима пацијенткиња оболелих од карцинома дојке*. Године 2002. уписала је постдипломске студије на истом Одељењу и завршила их са просечном оценом 10. Магистарску тезу под називом *Професионални стрес, синдром изгарања и емпатија медицинског особља на онколошким одељењима* је одбранила на Одељењу за психологију истог факултета 2008. године (ментор: Проф. др Јелена Влајковић).

Поред академског образовања, докторанткиња је завршила и следеће, за клиничког психолога, релевантне и значајне едукације: уводни курс из Бихејвиоралне психотерапије (1996-1997), уводни курс из Групне анализе (2000-2001) као и комплетну едукацију из Системске породичне терапије (2002-2008). Посебну пажњу скрећемо на завршене едукације релевантне за област њене професионалне праксе и истраживање у оквиру докторске дисертације: *Family focused grief therapy* (Davida Kissan; Memorial Sloan-Kettering Cancer Center New York, САД; 2007-2008), едукацију из области психо-онкологије (Интернационални регионални тренинг, Hungarian Hospice Foundation; 2009) и у области палијативног збрињавања деце (The European Association for Children's Palliative care; 2010).

Од 1994. године до 2002. год. сарађивала је у различитим програмима психолошке примарне превенције. Од 2002. године ради на Институту за онкологију и радиологију Србије, примарно на Одељењу педијатријске онкологије, али се бави и психотерапијским и саветодавним радом и са одраслим онколошким пацијентима. Оснивач је Српске Асоцијације за психо-онкологију која је придружени члан Интернационалне Асоцијације психо-онколога (IPOS national network, 2008). Идејни је покретач и реализатор три важна национална пројекта у области.

Од 2009. године почела да ради, као асистент на Одељењу за психологију Филозофског факултета, на Катедри за клиничку психологију, на предмету „Психологија менталног здравља – специјални део“.

Објавила је два приручника у којима се бавила темама из области здравствене психологије, уже педијатријске психо-онкологије: »И ми постојимо«, психолошке радионице за децу и адолесценте који су оболели од малигних болести» (2009) и са Кисић Т. «Припрема детета за боравак у болници» (2011).

У укупно 22 објављена стручна рада мр Тамара Кликовац је обрађивала теме које су релевантне за савремену психо-онкологију и педијатријску психо-онкологију: психолошке реакције онколошких пацијената, психолошка подршка онколошким пацијентима, место и улога психолога у педијатријском тиму и болест, смрт, туговање.

Коначно, укратко ћемо прокоментарисати најзначајнија саопштења. Укупно 9 саопштења (и публикованих сажетака) налази се у референтном стручном часопису из Психо-онкологије и једно саопштење на Конгресу педијатријске онкологије (SIOP). Теме које су обрађене и презентоване на Светским Конгресима из психо-онкологије односе се на све што је актуелно у области психо-онкологије а што је кроз практичан рад, имплементирано у нашу средину. Већи је број тема којима се ауторка бавила у саопштењима: о психо-онкологији у Србији и тежини имплементирања психолошких аспеката у медицински приступ пацијентима оболелим од малигних болести; о употреби генограма приликом првог интервјуа са породицама деце и адолесцената који су оболели од рака; психолошке радионице за децу и младе током комплексног онколошког лечења; професионални стрес, синдром изгарања и емпатија код онколошког медицинског особља; психолошки аспекти едукације пацијената и чланова породице; превод дистрес термометра на наш језик; презентовање резултата са првог националног телефона за психолошку подршку онколошким пацијентима. На релевантне теме је објавила и чланке у одговарајућим часописима.¹⁸

На основу анализе радова кандидаткиње може се закључити да предложена докторска дисертација представља наставак њених интересовања за област психоонкологије, а о успешном сналажењу у теоријско-методолошкој анализи кључних теорија и појмова као и са свим аспектима емпиријских студија феномена (дефинисање циљева истраживања, одабир и развој методологије, статистичка анализа резултата и тумачење добијених налаза) сведочи и рад на одбрањеној магистарској тези.

2. Предмет и циљ дисертације:

¹⁸ Klikovac, T., Djurdjević, A., (2010). »Psychological aspects of the cancer patients` education: Thoughts, feelings, behaviour and body reactions of patients faced with diagnosis of cancer«, Original article, Journal of the BUON - Balkan Union of Oncology, vol 15, no.1, p:153-156
Bokun, J., Klikovac, T., Nikitović, M., Vujić, D., (2011). »The role of psychologist in paediatric oncology team«, Journal of the BUON - Balkan Union of Oncology, vol.16,no.3, p:561-564
Klikovac, T., (2009). » Psychological support for cancer patients, » Journal for popular medicine and pharmacy », Number 61, VBB Soft.d.o.o, Belgrade, Serbia
Klikovac, T., (2010). »Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje«, Psihološka istraživanja, vol.13, br.2, str.261-273

Предмет докторске дисертације је процена, утврђивање специфичности испољавања психолошких реакција деце/адолесцената на малигно обољење и његово лечење и довођење у везу са реакцијама њихових родитеља и функционисања породице, путем примерених психолошких мерних инструмената. У вези са овим постављено је и важно истраживачко питање: да ли процена пружа адекватну основу за планирање индивидуалних и групних модела психолошке подршке односно да ли резултати који ће се добити пружају могућност дизајнирања модела психолошке подршке.

Специфични циљеви истраживања су:

1. утврдити да ли постоје разлике у нивоу анксиозности, депресивности, доживљају умора, перцепцији квалитета живота и у начину превладавања с обзиром на узраст, пол, дијагнозу болести и степен оштећења примарном болешћу.
2. утврдити да ли постоје разлике у процени квалитета живота, умора и превладавања из перспективе оболеле деце и адолесцената и из перспективе њихових родитеља који се налази са њима као пратиоци на лечењу у моменту процене.
3. утврдити да ли постоји повезаност између нивоа анксиозности, депресивности, умора, квалитета живота и превладавања код оболеле деце и адолесцената и нивоа родитељског стреса тј. стреса родитеља који је уз дете током лечења.
4. утврдити квалитет породичног функционисања са аспекта родитеља и испитивање повезаности породичног функционисања са родитељским стресом.

Истраживање у оквиру докторске дисертације мр Тамаре Кликовац представља прво емпиријско истраживање овог типа на нашој популацији чији ће резултати допринети: разумевању значајних момената психолошке реалности главних актера у лечењу малигних болести на основу конципиране функционалне психолошке процене а ради креирања модела психолошке и психосоцијалне подршке. Посебно је значајно и прилагођавање доминантних инструмената процене у свету нашој популацији. Све ово чини значајни допринос развоју релативно младе научне области психоонкологије у свету која је код нас тек у зачетку.

3. Опис садржаја (структуре по поглављима) дисертације:

Докторска дисертација мр Тамаре Кликовац ће садржавати следеће:

Резиме/Abstract

Уводни део – значај теме, разлози избора теме

I. ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1.1. Малигне болести у педијатријској онкологији (дефиниција, класификације, епидемиолошки подаци)

Малигне болести код деце и адолесцената имају малу инциденцу (око 1% свих малигних болести), међутим, с обзиром на вулнерабилност дечије и адолесцентне популације и на природу и тежину болести, малигна обољења представљају озбиљан медицински, психолошки и социјални проблем и биће излагани сви релевантни аспекти.

Посебно ће бити изложен теоријски и концептуални оквир педијатријске психо-онкологије који се везује за појмове стреса, кризе, превладавања и прилагођавања, са приказом последица лечења код »преживелих«.

Бављење интеракцијом соматске болести и емоционалних фактора изискује холистички био-психо-социјални приступ, па ће тешка малигна болест најмлађег члана у породици бити сагледане се кроз призму модела, који истиче захтеве које болест (у односу на време јављања болести, ток онеспособљавања и исход) ставља пред оболелог члана и све остале чланове породице.(Rolland, J.S., 1994).

2.1. Психо-онкологија и педијатријска психо-онкологија – развој, савремени стандарди и дometи и значај процене психолошких реакција током онколошког лечења

Психо-онкологија је релативно нова научна дисциплина чији је предмет проучавања усмерен на клиничку поцену психолошких реакција особа оболелих од малигних болести и реакција чланова њихових породица као и налажењем најадекватнијих психолошких, саветодавних и психотерапијских интервенција и модела рада, који би били усмерени на пружање психолошке и психотерапијске помоћи пацијенту и породици у свим фазама комплексног онколошког лечења (Holland, J.C. 1989).

Педијатријска психо-онкологија се као посебна научна област развила последњих 40–ак година и то оквиру педијатријске онкологије. За обе дисциплине многи стручњаци кажу да су „савршене“ области за истраживање јер има много тога што може да се прати, посматра и упоређује (Bearison, J., Mulhern, K.R., 1994). У поглављу ће бити приказане релевантне, истраживане теме, као и изазови који стоје пред овом посебном дисциплином.

3.1. Психолошке реакције деце и адолесцената током онколошког лечења

Озбиљна и тешка соматска болест члана најмлађе генерације у породици, са неизвесним успехом у погледу лечења, као и реална егзистенцијална угроженост и стално присутна опасност од погоршања здравственог стања, релапса болести и смрти, представљају акцидентне, неувремењене и ненормативне догађаје изразито снажног стресогеног карактера (Veach, T.A., Nicholas, D.R., Barton, A.M., 2002). Зато ће бити приказане психолошке реакције које су утврђене у оквиру бројних истраживања и показале су се као релевантне за одређивање врсте психолошке помоћи и детету и породици.

3.1.1. Деца и адолесценти у болници и анксиозност

3.1.2. Деца и адолесценти у болници и депресивност

3.1.3. Деца и адолесценти у болници и осећање умора

3.1.4. Деца и адолесценти у болници и квалитет живота

3.1.5. Деца и адолесценти у болници и превладавање

4.1. Реакције родитеља на малигну болест детета или адолесцента

Породице деце и адолесцената који оболе од различитих малигних болести пролазе кроз разне фазе од почетног шока, дистреса, разних кризних момената током лечења, затим кроз промене начина и организације живота које изискују бројне промене и прилагођавања.

Потврду дијагнозе малигне болести код детета или адолесцента и почетак комбинованог онколошког лечења родитељи и остали чланови уже и шире породице (браћа, сестре, остали сродници) описују као снажан и преплављујући шок, а реакције се мењају по квалитету и интензитету у односу на фазе у лечењу. Питање процене родитељског стреса је посебно важно и биће приказани и анализирани налази о његовој повезаности са прилагођавањем деце на лечење.

5.1. Психо-социјална помоћ и подршка деци, адолесцентима и њиховим породицама током свих фаза онколошког лечења – модели

Бројна истраживања су показала да квалитетна психо-социјална подршка има утицаја на квалитет живота, функционалности превладавање, боље прилагођавање а самим тим и на преживљавање лечених од малигних болести. У свету се користе различити модели који ће бити приказани ради касније анализе њихове примењивости код нас у односу на налазе истраживања које ће бити спроведено.

II. МЕТОДОЛОШКИ ДЕО

2.1. Проблем истраживања

2.2. Циљеви истраживања

2.3. Хипотезе истраживања

2.4. Варијабле истраживања

2.5. Узорак истраживања

2.6. Инструменти

2.7. Статистичка обрада

2.8. Спровођење истраживања

III РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

IV ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

V ЗАКЉУЧЦИ

VI ЛИТЕРАТУРА

VII ПРИЛОЗИ

4. Основне хипотезе од којих ће се полазити у истраживању:

Све хипотезе докторанткиња заснива на налазима релевантних истраживања која неће на овом месту бити наведена (постоје у Образложењу теме).

X1 у вези са првим специфичним циљем истраживања

X1: Претпоставља се да ће се показати статистички значајне разлике у степену анксиозности, депресивности, квалитета живота, умора и превладавања код деце и адолесцената који су оболели од различитих малигних болести и налазе се на онколошком лечењу, с обзиром на узраст, пол и степен оштећења примарном болешћу.

X1a: Претпоставља се да ће се у групи испитаника адолесцената узраста од 13 до 19 година показати виши нивои анксиозности, депресивности, смањен доживљај квалитета живота,

виши ниво умора као и мање функционални механизми превладавања у поређењу са групом испитаника деце узраста од 7 до 12 година.

X16: Претпоставља се да ће се показати разлике у полу тј. да ће девојчице показати више нивое анксиозности, депресивности, смањен доживљај квалитета живота, виши ниво умора као и мање функционалне механизме превладавања у поређењу са дечама у обе групе испитаника подељене према узрасту.

X1ц: Претпоставља се да ће деца и адолесценти са тежим последицама малигне болести и онколошког лечења (на пример, инвалидност и видљиве спољашње манифестације болести) показати више нивое анксиозности, депресивности, смањен доживљај квалитета живота, виши ниво умора као и мање функционалне механизме превладавања у поређењу са децом и адолесцентима који имају мања оштећења примарном болешћу и лечењем.

X2 у вези са другим специфичним циљем истраживања: На основу налаза досадашњих истраживања не постоје јасна очекивања у вези са другим специфичним циљем тј. да ли ће се показати статистички значајне разлике у процени квалитета живота, умора и превладавања из перспективе оболеле деце и адолесцената и из перспективе њиховог родитеља који се налази са њима као пратилац на лечењу у моменту процене.

X3 у вези са трећим специфичним циљем истраживања

X3:Претпоставља се да ће се показати позитивна корелација између родитељског стреса и нивоа анксиозности, депресивности, доживљаја умора и квалитета живота и превладавања код оболеле деце и адолесцената.Родитељ детета или адолесцента који има више скорове на скалама анксиозности, депресивности и доживљају умора имаће виши скор на скали стреса; нижи скорови на скали квалитета живота и превладавања код деце и адолесцената биће повезани са вишим нивоом родитељског стреса.

X4 у вези са четвртим специфичним циљем истраживања

X4:Постоји неколико претпоставки у вези са проценом породичног функционисања са аспекта родитеља и испитивање повезаности породичног функционисања са родитељским стресом.

X4а: Претпоставља се да ће виши ниво родитељског стреса бити повезан са нижим скоровима на скалама породичне кохезије, породичне флексибилности као и са мањим задовољством породицом и нижим скоровима на скали породичне комуникације на тесту FACES IV.

X4б: Претпоставља се да ће нижи скорови на скали квалитета живота родитеља бити повезани са нижим скоровима на скалама породичне кохезије, породичне флексибилности као и са мањим задовољством породицом и нижим скоровима на скали породичне комуникације на тесту FACES IV.

5. Методе које ће се у истраживању применити:

Узорак овог истраживаја чиниће сва деца и адолесценти узраста од 7 до 19 година који су оболели од различитих малигних болести и који се налазе на лечењу на Одељењу педијатријске онкологије Института за онкологију и радиологију Србије, (у средњој, стабилној фази лечења) као и један од родитеља који је обично у пратњи.

Да би се одговорило на постављене циљеве користиће се индивидуални, клинички приступ у примени одговарајућих инструмената који су одабрани у односу на дефинисане варијабле истраживања. Углавном се ради о мерним инструментима упитничког типа и типа скала. Методе ће бити примерене учесницима истраживања (посебне форме инструмената за децу и одрасле), као и узрасту

чланова циљне групе (деца и млади). Клинички приступ подразумева и опсервацију испитаника у ситуацији испитивања.

Квалитативни приступ биће кориштен у повезивању налаза квантитативног начина истраживања и обједињавања у препоручен модел процене и психосоцијалне подршке.

6. Очекивани резултати и научни допринос:

Значај овог рада се може сагледати на четири нивоа:

Први ниво је *индивидуални ниво* – непосредни значај рада за пацијенте – децу и адолесценте који се лече од малигних болести.

Други ниво је *породични ниво* – покушај да се квалитет живота, умор и превладавање сагледа и упоређи и из перспективе оболелог детета и адолесцента и из перспективе родитеља који се налази уз дете/адолесцента током лечења и боравка на одељењу. С обзиром да је уз дете од почетка лечења и током свих фаза лечења у континуитету један родитељ (најчешће мајка) и да се други родитељ, ако је породица комплетна, повремено појављује, што онемогућава процену целе породице, биће испитан квалитет живота, стрес, превладавање и функционисање породице код родитеља који је уз дете или адолесцента током лечења.

Трећи ниво је *шири друштвени значај* ове теме који се може посматрати кроз значај за:

- *унапређење струке* - пре свега здравствене психологије и педијатријске психо-онкологије посебно, у оквиру којих у нашој средини има мало емпиријских радова и практичних импликација у психолошком раду.
- *унапређење службе педијатријске онкологије* - увођењем стандардне психолошке батерије тестова који се користе на сличним одељењима у Европи и уопште у свету, свакако би се унапредила пракса психолога на наведеним одељењима. Сходно наведеном, прецизније би се могли планирати и имплементирати психолошки и психотерапијски приступи у најширем смислу речи, у индивидуалном, групном и породичном раду као интегративном делу онколошког лечења.

Четврти ниво је *научни допринос*. Научни допринос овог рада може се сагледати како на базичном, емпиријско-истраживачком нивоу – спровођење првог истраживања у области педијатријске психо-онкологије у нашој земљи које ће допринети даљем развоју дисциплине здравствене психологије генерално а психоонкологији посебно у бољем разумевању психолошких аспеката изазова у лечењу малигних болести код деце и адолесцената. Такође, значајан допринос ће представљати провера и прилагођавање светски признатих специфичних психолошких инструмената за процену психолошких реакција лечене деце/младих и њихових родитеља код нас.

Налази овог истраживања имаће и значајне импликације за праксу: установљавање стандардне функционалне процене и први корак у конструисању модела психолошке подршке као и на унапређење места и улоге психолога у

педијатријским мултидисциплинарним онколошким тимовима, који су већ деценијама уназад стандард у свакодневној онколошкој пракси у свету.

7. Закључак:

На основу анализе предложеног нацрта докторске тезе Комисија закључује: (а) да је предложена тема докторске дисертације релевантна за област клиничке психологије-здравствене психологије (б) да ће предложени рад има значајне и теоријске и практичне импликације, и (ц) да кандидаткиња има све неопходне капацитете и компетенције да на успешан начин реализује предложени нацрт. Полазећи од свега наведеног предлажемо Већу да кандидаткињи мр ТАМАРИ КЛИКОВАЦ одобри рад на изради докторске тезе под насловом ПСИХОЛОШКЕ РЕАКЦИЈЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА НА МАЛИГНУ БОЛЕСТ И ЛЕЧЕЊЕ – ПРОЦЕНА И ПОДРШКА.

Београд, 9. март 2012. год.

Комисија:

Проф. др Марија Митић

Проф. Др Горан Кнежевић

Проф. др Јелена Срна