

УПУТСТВО ЗА ПИСАЊЕ ИЗВЕШТАЈА О ОЦЕНИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ  
– обавезна садржина –  
(Свака рубрика мора бити попуњена.)

<b>I ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ</b>
1. Датум и орган који је именовao комисију Наставно научно веће Медицинског факултета у Новом Саду, 13.07.2012. године
2. Састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, звања, назива уже научне области за коју је изабран у звање, датума избора у звање и назив факултета, установе у којој је члан комисије запослен: 1. Доц. др Светлана Квргић, доценткиња, социјална медицина, 24.06.2007. године, Медицински факултет Нови Сад 2. Проф. др Вера Грујић, редовни професор, социјална медицина, 1996. године, Медицински факултет Нови Сад 3. Проф. др Зоран Милошевић, ванредни професор, социјална медицина, 2011 године, Медицински факултет Универзитета у Нишу
<b>II ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ</b>
1. Име, име једног родитеља, презиме: Оља (Теодор) Нићифоровић Шурковић
2. Датум рођења, општина, република: 03.08.1965. године, Нови Сад, АП Војводина, Република Србија
3. Датум одбране, место и назив магистарске тезе: 30.06.2000. године, Медицински факултет Нови Сад; „Вредновање здравља код школске деце и њихових родитеља – навике везане за здравље“
4. Научна област из које је стечено академско звање магистра наука: медицина - социјална медицина
<b>III НАСЛОВ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:</b> „Холистички приступ оцени здравственог стања школске деце и омладине“
<b>IV ПРЕГЛЕД ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:</b> Навести кратак садржај са назнаком броја страна поглавља, слика, шема, графикона и сл. У докторској дисертацији написаној на 240 страна, кроз холистички приступ анализи здравственог стања деце и омладине, приказана је анализа различитих приступа оцени здравственог стања, индикаторима и стању здравља деце и омладине. Приказани су резултати истраживања као студије пресека на репрезентативном узорку школске деце и омладине у Војводини кроз проспективни и ретроспективни део истраживања, анализа демографских и социо-економских карактеристика, здравственог стања, постојања здравствених ризика и коришћења здравствене службе. Резултати су презентовани текстуално, табеларно (22 табеле) и графички (46 графикона). Наведене референце (273) су цитиране у тексту у складу са важећим правилима о цитирању. Саставни део дисертације су и прилози (2 упитника – за децу и омладину узраста од 7 до 19 година и упитник за самопопуњавање за децу и омладину узраста од 12 до 19 година). Дисертација садржи 9 поглавља (увод, циљеви, хипотезе, методологија, резултати, дискусија, закључци, списак литературе и прилози).



## V ВРЕДНОВАЊЕ ПОЈЕДИНИХ ДЕЛОВА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:

У уводу, написаном на 54 стране, презентовани су теоријски концепт здравља, анализа најважнијих параметара и детерминанти здравственог стања деце и омладине, холистички приступ оцене здравља, концепт и индикатори за мерење здравственог стања деце и омладине.

**Циљеви** истраживања су јасно дефинисани, као и хипотезе.

**Циљеви** истраживања су:

- Да се, у ретроспективном и проспективном истраживању, на основу репрезентативног узорка популације школске деце и омладине у Војводини, добије оцена здравственог стања и утврде водећи здравствени ризици као и разлике у односу на демографске и социјалне карактеристике;
- Да се кроз ретроспективни и проспективни део студије утврде промене у здравственом стању школске деце и омладине;
- Да се проспективним истраживањем тестира валидност инструмента (упитника) за процену здравља школске деце и омладине.

**Хипотезе** резултата:

1. Постоје значајне разлике у здравственом стању и раширености здравствених ризика у односу на пол, узраст и друге социодемографске карактеристике деце и омладине;
2. Не постоје значајне промене у добијеним резултатима оцене здравственог статуса у ретроспективном и проспективном делу истраживања;
3. Дефинисани инструмент за оцену здравственог статуса школске деце и омладине је валидан.

**Методологија**

Истраживање представља студију пресека на репрезентативном узорку од 672 детета старости од 7 до 19 година у Војводини. Коришћен је стратификовани двоетапни узорак у ком је на нивоу географске области Војводина обезбеђена статистички поуздана процена индикатора. Узорачки оквир су чинила сва домаћинства пописана у свим пописним круговима у Попису становништва 2002. године у Србији. Као инструмент истраживања коришћени су упитници којима су добијени подаци о демографским и социјално-економским карактеристикама, самопроцени здравља, задовољству животом, хигијенским навикама, навикама о исхрани, физичкој активности и слободном времену, менталном здрављу, заступљености ризика по здравље и коришћењу здравствене службе. Коришћена су 2 упитника - за децу и омладину узраста од 7 до 19 година и упитник за самопопуњавање за децу и омладину узраста од 12 до 19 година. Објективни налаз добијен је мерењем телесне масе и висине, одређивањем индекса телесне масе и мерењем крвног притиска. Консултантска агенција која је спровела истраживање на терену била је одговорна за узорак, унос и обраду података била је Стратешки маркетинг (СММРИ) Београд.

**Резлтати** истраживања су приказани систематично, свеобухватно и прецизно. На 89 страна резултати истраживања указују на то да 40,2% деце живи у домаћинствима која припадају групи сиромашних, имају једног брата/сестру, 88% живи са оба родитеља, а две трећине има своју собу. Редовне хигијенске навике чешће имају девојчице, деца старијег узраста и из богатијих домаћинстава. Исхрана је неадекватна како са аспекта редовности, тако и уноса појединих намирница, недовољан је унос млека и млечних производа, воћа и поврћа и рибе, а прекомеран унос намирница које су извор тзв. „празних калорија“, док је 17% деце са прекомерном телесном масом и гојазно. Слободно време карактеришу седентерне активности и недовољна физичка активност. Понашање у саобраћају је ризично, већина не користи заштитне мере. Повреду је имало око 15% деце, петина је била изложена неком облику физичког или психичког насиља. Већина оцењује своје здравље као добро, две трећине своју телесну масу као нормалну а три четвртине своју физичку активност као добру. Хигијену и могућност рекреације у школи петина оцењује као лошу а свако десето дете безбесност у школи као лошу. Информације о здрављу најчешће добијају од родитеља. Здравље стављају на прво место на лествици животних вредности и имају висок ниво задовољства животом. Већина има добру комуникацију са мајком а три четвртине са оцем. Петина осећа напетост, стрес и има емоционалне проблеме, лошије вредности на скали психолошког дистреса има свака шеста а на скали виталности скоро свака друга млада особа. Пушење и конзумација алкохола су високо заступљени, а свака десета млада особа пробала је неку од психоактивних супстанци. Коришћење здравствене заштите је задовољавајуће осим у сфери репродуктивног здравља адолесценција. Сексуално понашање карактерише рано ступање у сексуални однос и недовољна заштита. У односу на ретроспективни део истраживања значајне разлике добијене су у хигијенским навикама, исхрани, физичкој активности и седентерним активностима, проценту гојазних, оцени свог здравља, задовољству животом, менталном здрављу, изложености дуванском диму, конзумацији алкохола, познавању психоактивних супстанци, сексуалном понашању, репродуктивном здрављу и коришћењу здравствене службе.

**Дискусија** је (на 78 страна) обухватила преглед релевантне литературе о резултатима истраживања, приказом индикатора других истраживања и студија о демографским и социо-економским карактеристикама школске деце и омладине, хигијенским навикама, исхрани, слободном времену и физичкој активности, понашањем у саобраћају, повредама, насиљу, оцени сопственог здравља и задовољству животом, менталном здрављу, релацијама са другима, преваленци пушења, конзумације алкохола и психоактивних супстанци, сексуалном понашању и репродуктивном здрављу, коришћењу здравствене службе и антропометријским мерама школске деце и омладине.

**Закључци** су јасно написани и обухватили су најважније резултате истраживања.



У литератури је наведено 273 референце у складу са важећим правилима цитирања, међу којима је већина радова објављена последње деценије, што потврђује актуелност теме, као и адекватност методолошког приступа проблематици и интерпретацији добијених резултата.

**VI** Списак научних и стручних радова који су објављени или прихваћени за објављивање на основу резултата истраживања у оквиру рада на докторској дисертацији уз напомену:

Таксативно навести називе радова, где и када су објављени. У случају радова прихваћених за објављивање, таксативно навести називе радова, где и када ће бити објављени и приложити потврду о томе.

1. Grujić V, Dragnić N, Ukropina S, Nićiforović Šurković O, Čanković D. Self-perception of being overweight in Serbia adults. HealthMED – Volume 5 / Number 2 / 2011. (M23)
2. Ukropina S, Nićiforović-Šurković O, Ač Nikolić E, Kvirgić S, Radić I, Harhaji S. Living conditions and health care use in periurban settlement with mostly Roma population. European Journal of Public Health 2001;21(1): 157-58 (M34)
3. Ukropina S, Lazarević Petrović N, Nićiforović-Šurković O. Tobacco Consumption Prevalence among Women urging for Implementation of Effective Tobacco Control Measures. The 13 th World Conference on Tobacco OR Health. Washington, DC, USA. 2006: P4223.HTM (M34)
4. Nićiforović-Šurković O, Ukropina S, Ač Nikolić E, Popović E, Šušnjević S. Health education programme safe World in City of Novi Sad, Serbia, 2009/2010. European Journal of Public Health 2011; 21(1):. (M34)
5. Ač Nikolić E, Harhaji S, Nićiforović Šurković O, Ukropina S, Mijatović Jovanović V, Dragnić N. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases among children and adolescenc. The 29th ASPHER Annual Conference Valencia, Spain, october 2007. Abstract book – list of posters (M34)



## VII ЗАКЉУЧЦИ ОДНОСНО РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Овим истраживањем потврђена је хипотеза да постоје статистички значајне разлике у здравственом стању деце и омладине и раширености здравствених ризика у односу на пол, узраст и материјално стање домаћинства. Хипотеза да не постоје значајне разлике у добијеним резултатима оцене здравственог стања између проспективног и ретроспективног дела истраживања није потврђена. Утврђена је валидност дефинисаног инструмента за оцену здравственог стања школске деце и омладине. У структури испитаника подједнак је је однос мушког и женског пола, четвртину чине деца узраста 7 до 10 година, и по нешто више од трећине деца узраста 11 до 14 и 15 до 19 година. Две петине деце живи у домаћинствима која припадају групи сиромашних, имају једног брата/сестру, већина живи са оба родитеља, две трећине има своју собу, мали број нема џепарац (чешће млађи и сиромашни). Већина деце похађа основну и средњу школу а свако десето не иде у школу, чешће сиромашна деца. Већина деце завршила је разред са одличним и врло добрим успехом, чешће девојчице, млађи узраст и богатији. Редовне хигијенске навике присутније су код девојчица, старијег узаства и деце из богатих домаћинстава. Исхрана је неадекватна како са аспекта редовности, тако и уноса појединих намирница, недовољан је унос млека и млечних производа, воћа и поврћа и рибе, а прекомеран унос намирница које су извор тзв. „празних калорија“, док је 17% деце са прекомерном телесном масом и гојазно, више млађи узраст. Воће и поврће чешће узимају девојчице а слатка безалкохолна пића дечаци. Млађи узраст има редовније оброке, више узима воће и поврће али више и слаткише и слане грицкалице. Сиромашнија деца мање пију млеко, узимају воће и поврће, слаткише и слатка безалкохолна пића него богатији, али више користе полубели хлеб и маргарин и наводе да се у њиховој кући храна припрема на мастима животињског порекла. Просечне вредности систолног и дијастолног крвног притиска су у границама нормале. Слободно време карактеришу седентерне активности и недовољна физичка активност. Дечаци и млађи узраст су физички активнији. Понашање у саобраћају је ризично, већина не користи заштитне мере, старији узраст и сиромашнији чеће прелазе улицу ризично а млађи не користе појас. Повреду је имало око 15% деце, чешће дечаци, петина деце је била изложена неком облику физичког или психичког насиља, више дечаци и сиромашнији. Већина оцењује своје здравље као добро, ређе старији узраст, две трећине своју телесну масу као нормалну а три четвртине своју физичку активност као добру, ређе девојчице и старији узраст. Своје орално здравље већина оцењује као добро, чешће богатији. Већина је задовољна својим изгледом, у већој мери млађи и дечаци. Петина испитаника је незадовољна хигијеном и могућностима рекреације у школи, односно осењује их као лошу, а када је у питању безбедност у школи, незадовољно је свако десето дете. Информације о здрављу деца углавном добијају од родитеља, чешће млађи узраст. Испитаници здравље стављају на прво место на лествици животних вредности (чешће девојчице, старији узраст и богатији) и имају висок ниво задовољства животом (млађи и богатији су задовољнији). Већина има добру комуникацију са мајком а три четвртине са оцем, више млађи. Петина осећа напетост, стрес и има емоционалне проблеме, чешће старији узраст, лошије вредности на скали психолошког дистреса има свака шеста, а на скали виталности скоро свака друга млада особа, чешће сиромашнији. Пушење и конзумација алкохола су високо заступљени, а свака десета млада особа пробала је неку од психоактивних супстанци. Коришћење здравствене заштите је задовољавајуће осим у сфери репродуктивног здравља адолесцената. Сексуално понашање карактерише рано ступање у сексуални однос и недовољна заштита. У односу на ретроспективни део истраживања значајне разлике добијене су у хигијенским навикама, исхрани, физичкој активности и седентерним активностима, проценту гојазних, оцени свог здравља, задовољству животом, менталном здрављу, изложености дуванском диму, конзумацији алкохола, познавању психоактивних супстанци, сексуалном понашању, репродуктивном здрављу и коришћењу здравствене службе.

## VIII ОЦЕНА НАЧИНА ПРИКАЗА И ТУМАЧЕЊА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

**НАПОМЕНА:** Експлицитно навести позитивну или негативну оцену начина приказа и тумачења резултата истраживања.

Дисертација нема битних недостатака у начину приказа и тумачењу добијених резултата.

## IX КОНАЧНА ОЦЕНА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:

**НАПОМЕНА:** Експлицитно навести да ли дисертација јесте или није написана у складу са наведеним образложењем, као и да ли она садржи или не садржи све битне елементе. Дати јасне, прецизне и концизне одговоре на 3. и 4. питање.

1. Да ли је дисертација написана у складу са образложењем наведеним у пријави теме
2. Да ли дисертација садржи све битне елементе
3. По чему је дисертација оригиналан допринос науци
4. Недостаци дисертације и њихов утицај на резултат истраживања

1. Дисертација је написана у складу са образложењем датим у пријави теме
2. Дисертација садржи све неопходне елементе научно-истраживачког рада на основу којих би се истраживање могло поновити
3. Дисертација приказује холистички приступ оцени здравственог стања деце и омладине, истраживање обухвата индикаторе „позитивног“ и „негативног здравља“ и демографске и социо-економске детерминанте. Истраживањем је добијено прецизно сагледавање преваленце ризичног понашања,



заступљености протективних фактора и коришћења здравствене службе. Резултати омогућавају да се сагледа разлика у здрављу и факторима ризика у односу на демографске и социо-економске карактеристике, идентификују посебно осетљиве групе, издвоје приоритети и предложе програми и мере унапређења здравља.

4. Увидом Комисија није уочила недостатке који би утицали на резултат истраживања

**X ПРЕДЛОГ:**

На основу укупне оцене дисертације, комисија предлаже:

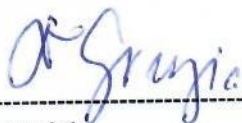
- да се докторска дисертација прихвати, а кандидату одобри одбрана
  - да се докторска дисертација враћа кандидату на дораду (да се допуни, односно измени) или
  - да се докторска дисертација одбија
- На основу укупне оцене дисертације, комисија предлаже да се докторска дисертација др Оље Нићифоровић Шурковић, под називом „Холистички приступ оцени здравственог стања школске деце и омладине“, прихвати и кандидаткињи одобри одбрана

датум: 10. септембар 2012. године

ПОТПИСИ ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ



Доц. др Светлана Квргић



Проф. др Вера Грујић



Проф. др Зоран Милошевић