



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

**ВАСПИТНИ СТИЛОВИ РОДИТЕЉА И СВОЈСТВА ЛИЧНОСТИ
ДЕЦЕ ОБОЛЕЛЕ ОД АТОПИЈСКОГ ДЕРМАТИТИСА**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

мр Гордана Ристић

Крагујевац, 2014. године

Мојој породици, с љубављу

Захваљујем се

*Професору Славици Ђукић Дејановић, ментору,
на сарадњи, великој стручној помоћи и разумевању*

*Асистенту Зорану Букумирићу,
на статистичкој обради података и несебичној помоћи*

*Јовани Стругар и Горану Драгановићу,
на техничкој помоћи у изради дисертације*

*Колегама из Центра за дерматовенерологију КЦ Крагујевац,
на подршци*

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. Атопија и атопијски дерматитис	3
1.1.1. Дефиниција атопије и атопијског дерматитиса.....	3
1.1.2. Историјски подаци	4
1.1.3. Епидемиологија атопијског дерматитиса	4
1.1.4. Наследни чиниоци.....	5
1.1.5. Клиничке манифестације атопијског дерматитиса.....	5
1.1.6. Компликације код атопијског дерматитиса.....	7
1.1.7. Терапија атопијског дерматитиса	7
1.1.8. Психолошки приступ атопијском дерматитису	8
1.2. Породица, родитељи и родитељски (васпитни) стилови	10
1.2.1. Дефиниција породице и њене карактеристике.....	10
1.2.2. Родитељи и родитељство, дефиниције и значај	11
1.2.3. Задаци и функције родитељства	12
1.2.4. Васпитни стилови родитеља	12
1.2.5. Значај процене васпитног стила	15
1.3. Базичне димензије личности деце	18
1.3.1. Екстровеизија-интроверзија	18
1.3.2. Неуротицизам-емоционална стабилност	19
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	21
2.1. Главни циљеви истраживања:	21
2.2. Главне хипотезе истраживања	21
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ.....	22
3.1. Врста студије	22
3.2. Популација која је истраживана	22
3.2.1. Узроковање студијске популације.....	22
3.3. План студије	23
3.4. Студијске процедуре.....	23
3.4.1. Дерматолошки преглед.....	23

3.4.2. Попуњавање психололошких инструмената	23
3.5. Варијабле истрживања.....	24
3.5.1. Индекс тежине клиничке атопијског дерматитиса SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) indeks	24
3.5.2. Васпитни стилови родитеља деце оболеле од атопијског дерматитиса ..	25
3.5.3. Базичне димензије личности деце оболеле од атопијског дерматитиса ..	27
3.5.4. Социодемографски подаци	28
3.6. Етички и организациони аспекти студије.....	28
3.7. Статистичка анализа	29
3.7.1. Прорачун студијског узорка иде код статистичке анализе.....	29
3.7.2. Статистичка обрада података	29
4. РЕЗУЛТАТИ.....	31
4.1. Тежина клиничке слике атопијског дерматитиса	31
4.2. Пол испитаника	32
4.3. Старост испитаника	33
4.4. Степен тежине неуротицизма	34
4.5. Скор за неуротицизам.....	35
4.6. Васпитни стилови за оца	37
4.6.1. Васпитни стил - одбацивање за оца.....	37
4.6.2. Васпитни стил - презаштићавање за оца.....	39
4.6.3. Васпитни стил - емоционална топлина за оца.....	41
4.6.4. Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца.....	43
4.6.5. Васпитни стил - недоследност за оца.....	45
4.7. Васпитни стилови за мајку	47
4.7.1. Васпитни стил - одбацивање за мајку	47
4.7.2. Васпитни стил - презаштићавање за мајку	49
4.7.3. Васпитни стил - емоционална топлина за мајку	50
4.7.4. Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку	52
4.7.5. Васпитни стил - недоследност за мајку	54
4.8. Брачни статус родитеља	56
4.9. Степен образовања оца	57
4.10. Степен образовања мајке.....	58

4.11. Запосленост - отац.....	59
4.12. Запосленост - мајка	60
4.13. Линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом	61
4.14. Вишеструка линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом.....	62
4.15. Просечне вредности и одступања појединих скала у односу на родитеље.....	63
5. ДИСКУСИЈА	64
6. ЗАКЉУЧЦИ.....	73
7. ЛИТЕРАТУРА.....	74

1. УВОД

Питање које смо себи поставили на почетку истраживања зашто баш атопијски дерматитис у светлу родитељског васпитања и поремећаја једне од основних димензија личности-емоционалне стабилности.

Уочено је са психосоматског аспекта да је кожа рецептивни орган, високореактиван на емоције и као такав представља огледало психичких процеса. Резултати многих истраживања упућују на повезаност емоционалног стреса и погоршања болести коже. Један од психофизиолошких поремећаја са највишом инциденцијом емоционалног окидача је атопијски дерматитис. Атопијски дерматитис спада у групу соматопсихичких обољења чија је појава полиетиолошка и најбоље илуструје повезаност наслеђа, утицаја средине и психосоцијалних фактора.

Под чиниоцима спољашње средине који провоцирају појаву теже клиничке слике и повећану учесталост не подразумевамо само физички простор, средину, простор у коме дете борави, већ и породицу у којој дете развија основне црте личности и у којој одраста.

Породична атмосфера у којој дете одраста заправо и њен квалитет зависе умногоме од родитељског понашања према детету и васпитног стила родитеља.

Нису све породице исте, нити су сви родитељи исти, нити се увек родитељи понашају по једном шаблону. Родитељи се међусобно разликују у погледу односа који изграђују са децом и метода којима прибегавају у процесу васпитања. У зависности од околности и један исти родитељ ће испољити понашања која одговарају различитим типовима васпитних ставова. Најчешће понављани поступци одређују васпитни став родитеља, а свекупност утицаја у породици одређује васпитну атмосферу у којој дете одраста. Према једном опште прихваћеном моделу васпитну атмосферу у породици одређују две димензије, контрола (ограничавајући / попустљив родитељ) и емоционални однос (топао/хладан). Из овога проистичу четири породичне атмосфере хладно ограничавајућа, топло ограничавајућа, топло попустљива и хладно попустљива. Јасно је да се код сваког од родитеља васпитни стилови преплићу и да често ситуација одређује како ће неко од родитеља реаговати. Најчешће један стил у васпитавању деце преовладава и одређује однос родитељ-дете. Битно је да у целини породична атмосфера буде испуњена топлином и родитељском љубављу, а истовремено да се пред дете поставе задаци и захтеви које оно мора да задовољи да би се уклопило у сопствену породицу и друштво у целини. Важно је да постоји усклађеност васпитних стилова оба родитеља иако је природно да постоје и разлике између њих. Неусклађеност у васпитним поступцима може да доводи до дељења родитељског ауторитета и да умањи ефекат и позитивне резултате у васпитавању деце.

Погрешан став родитеља и нездрава породична атмосфера могу да утичу како на тежину, фреквенцију и учесталост јављања клиничке слике атопијског дерматитиса, тако и на развитак емоционално нестабилне личности, а основне црте личности се формирају у раном детињству управо кад је и појава промена на кожи код ове болести најинтензивнија и најчешћа. Поред погрешног родитељског стила понашања и сама болест може довести до емоционалне нестабилности- неуротицизма. Па тако се затвара један круг у коме постоји међузависност породичне атмосфере тежине саме болести и емоционалне нестабилности- неуротицизма.

Постоји врло мали број студија у којима дете оболело од атопијског дерматитиса износи своје мишљење о родитељима и о свом виђењу сопственог понашања у конкретним ситуацијама. Из тог разлога ова студија је и осмишљена да дете као један од главних актера породице, истовремено као и особа која је оболела од атопијског дерматитиса искаже своје мишљење о родитељима, посебно оцу и посебно мајци, а и о томе како се у конкретној ситуацији оно само понаша.

Углавном дерматолози се баве лечењем промена на кожи и не обраћају у свакодневном раду велику пажњу на породичне односе, средину у којој дете одраста, социјални и материјални статус родитеља. Зато су знање, свест и шаблон лечења психокутаних поремећаја од стране дерматолога испитивани у држави Вашингтон путем мејла код 237 дерматолога. Само 18% дерматолога је пријавило јасно разумевање психодерматологије, а 42% анкетираних је пријавило да немају проблема са дијагностиковањем и лечењем психокутаних поремећаја. Око 90% је оних који су одговорили да нису ништа знали о проблемима у породици који погоршавају постојећу кожную болест. Резултати истраживања су показали да знање о дијагнози и третману психодерматоза генерално фали, па је стога препоручена едукација дерматолога у сагледавању психодерматоза и већој психодерматолошкој повезаности (26).

Поред дерматолога-терапеута неопходна је едукација пацијента о сопственој болести, атопијском дерматитису. Једна од студија говори о програмима едукације пацијената оболелих од атопијског дерматитиса који имају позитивне ефекте на тежину кожног обољења као и на психолошке варијабле. Циљ ове студије је био да се утврди предиспонирајући фактор за заинтересованост родитеља деце оболеле од атопијског дерматитиса за програм едукације пацијената (27).

Повећана учесталост атопијских обољења неповољно утиче на квалитет живота најмлађег дела становништва, на квалитет живота њихових породица и финансијски значајно оптерећује фондове здравствене заштите.

Циљ ове студије је да сагледавањем психичких фактора и родитељских стилова који су основ васпитања и одгоја детета доприносе унапређењу терапијског програма код атопијског дерматитиса. Стога би требало уобичајене дијагностичке процедуре атопијског дерматитиса допунити психолошким тестирањем и следственом психотерапијом.

1.1. Атопија и атопијски дерматитис

1.1.1. Дефиниција атопије и атопијског дерматитиса

Атопија (грчки а тоπος неуобичајен) је наслеђена склоност организма да одговори континуираном продукцијом IgE антитела на многе уобичајене инхалационе или нутритивне антигене. Алергијски ринитис и астма су чешћи, док је атопијски дерматитис ређи облик атопије при чему сви ови облици могу да се јављају код истог пацијента истовремено или се смењују у току болести. Атопија такође може бити и асимптоматска (1, 8).

Термин атопију су увели 1923. Сос и Cook (2) да означе клиничку презентацију првог типа хиперсензитивности кога карактерише алергијска реакција која се дешава непосредно после контакта са антигеном, односно алергеном (39). Термин алергија, кога је 1906. год представио von Pirquet, временом је постао синоним за овај тип хиперсензитивности (7).

Неалергијски ринитис, астма и екцематозни дерматитис се јављају код значајног броја пацијената без атопије, односно у одсуству IgE посредоване алергије. Повишени ниво IgE и еозинофилија у крви и ткивима постоје у највећем броју атопијских поремећаја, али не увек, а често се јављају и у различитим неатопијским стањима. IgE антитела такође посредују неатопијске алергијске болести анафилаксу, уртикарију и ангиоедеме, а значајна су и у стеченом имунитету према паразитима. Дефиниција атопије се стога односи на стања са специфичним и удруженим имунским и клиничким особинама.

Атопијски дерматитис је често, хронично, пруритинозно, запаљенско обољење коже које углавном почиње у раном детињству и класификује се као кутана форма атопије. Често је удружен са алергијским ринитисом и астмом у породици или и код самог пацијента (1,9). Серумске концентрације IgE су често високе а пацијенти обично имају IgE антитела специфична за инхалаторне и нутритивне алергене.

Атопијски дерматитис карактерише пруритични дермални инфламаторни одговор, представљен симетрично распоређеном кутаном ерупцијом са предилекцијом за одређена поља. Ипак, не постоји прецизна клиничка дефиниција атопијског дерматита, као ни лабораторијски тест тако да се дијагноза базира на сложеној удружености клиничких и лабораторијских налаза (10).

1.1.2. Историјски подаци

Атопијски дерматитис је вероватно први описао Robert Willan, 1808. год као prurigo-like стање (36). Hebra је 1844. год истакао флексурални карактер ерупције (5). Термин neurodermatitis disseminata су предложили Brocq и Jacquet 1891. год са циљем да нагласе емоционалну компоненту поремећаја (4). Besnier је 1892. год издвојио прурого групу обољења, описао везу између атопијског дерматитиса и полenske кијавице и астме, сугерисао породичну природу обољења и појаву код конституционално предиспонираних (5). Besnier је овај поремећај означио као prurigo diathésique, термин који је убрзо преиначен у prurigo. Савремени назив, атопијски дерматитис, дугујемо Wiseu и Sulzbergeru, који су 1933. год описали главна обележја болести (6).

1.1.3. Епидемиологија атопијског дерматитиса

Преваленција и инциденција атопијских поремећаја, укључујући и атопијски дерматитис, у развијеним земљама у неколико протеклих деценија бележе упадљиво повећање.

Атопијски поремећаји (астма, ринитис, дерматитис), у било ком периоду детињства и адолесценције у појединим земљама, погађају готово 30% становништва. Највећа годишња преваленца (9,8 %) је међу децом млађом од две године уз стално смањивање са старењем, тако да међу особама старијим од 40 година преваленца износи 0,2 %. Преваленција атопијског дерматитиса је већа у вишим социоекономским слојевима, а у неразвијеним и земљама у развоју учесталост је мања него на западу (10).

Сматра се да узрок повишене инциденције атопијског дерматитиса лежи примарно у факторима околине (повећана изложеност загађивачима, кућним алергенима, пре свега грињама кућне прашине и смањењу дојења).

Основне епидемиолошке чињенице везане за атопијске поремећаје у целини су следеће :

1. Повећање инциденције и преваленције у развијеним земљама Запада
2. Веза између вишег социоекономског положаја и атопије
3. Мањи значај расне и етичке припадности, а већи допринос фактора средине
4. Највећа преваленција међу децом и адолесцентима

Повећање учесталости атопијских обољења неповољно утиче на квалитет живота најмлађег дела становништва и значајно оптерећује фондове здравствене заштите. (10)

1.1.4. Наследни чиниоци

Начин на који се atopијски дерматитис преноси унутар породице још увек није прецизно утврђен. Ипак поједине студије сугеришу аутозомни тип наслеђивања (37,38). Студија из 1993. год коју је публикувао Uehara са сарадницима истиче да 60% одраслих особа са atopијским дерматитисом има децу оболелу од atopијског дерматитиса (11). Преваленција atopијског дерматитиса код деце је 81 % кад су оба родитеља оболела, 59 % кад је оболео један родитељ, а други има респираторну алергију и 56% када један родитељ има atopијски дерматитис а други је неатопичар.

Обзиром да сви atopијски поремећаји показују већи степен корелације између браће и сестара него између родитеља и деце, сматра се да излагање фактора околине у детињству чини главни фактор у развоју обољења (9).

1.1.5. Клиничке манифестације atopијског дерматитиса

Дијагноза atopијског дерматитиса се поставља коришћењем мајор и минор критеријума које су предложили Haniffin и Rajka (12), табела 1. За постављање дијагнозе потребно је присуство три или више мајор и три или више минор критеријума.

Табела 1. Критеријуми за постављање дијагнозе atopијског дерматитиса (9,12)

Мајор знаци АД	Минор знаци АД
Pruritus	Xerosis, ichtiosis, keratosis pilaris
Типична морфологија и локализација	Висок серумски IgE
Хронични рецидивирајући ток	Почетак пре пете године живота
Позитивна породична или слична atopска анамнеза (asthma, rhinitis, AD)	Склоност кожним инфекцијама
	Набор доњих очних капака
	Rekurentni konjuktivitis
	Keratoconus, katarakta
	Cheilitis
	Хроничне екземске промене на ареоли дојке
	Pityriasis alba
	Бледо лице
	Неспецифични дерматитис шака и стопала
	Интолеранција према вуни, знојењу
	Преосетљивост на храну
	Бели дермографизам
	Ток болести под утицајем чинилаца околине и емоција

У пракси се због једноставније примене најчешће користи листа од пет дијагностичких критеријума које су установили Williams и сарадници 1994. год. (13), табела 2.

Табела 2. Критеријуми за постављање дијагнозе атопијског дерматитиса (9,13)

Анамнестички подаци о дерматитису прегибних површина (или образа код одојчади)
Позитивна лична анамнеза о asthmi i/ili rhinitisu
Анамнестички подаци о сувој кожи
Присутан дерматитис прегибних површина (или образа код одојчади)
Појава промене на кожи пре навршене друге године живота

Атопијски дерматитис по правилу почиње у одојачком периоду. Око 50% пацијената развије ово обољење током прве године, додатних 30% од друге до пете године. Око 80% пацијената временом развије алергијски ринитис или астму касније у детињству. Код деце која развију респираторни облик атопије по правилу атопијски дерматитис регредира.

Интензивни пруритус и кутана реактивност су кључне особине атопијског дерматитиса. Свраб може бити присутан током читавог дана али се обично погоршава увече и током ноћи. Последице су: екскоријације, пруриго папуле, лихенификација, и екзематизоване промене на кожи. Патогенеза свраба није у потпуности разјашњена. Експериментално, пруритус може бити индукован интрадермалном апликацијом различитих продуката инфламаторних ефекторских ћелија као што су хистамин, леукотриени, протеолитички ензими. Пацијенти са атопијским дерматитисом такође имају и снижен праг за свраб. Клинички, ово је подржано чињеницом да алергени, смањена влажност, појачано знојење и иританси (вуна, акрил, сапуни и детерџенти) могу погоршати пруритус и чешање.

Неколико кожных реакционих образаца се виђа код атопијског дерматитиса.

Акутни облик карактеришу интензивно пруритичне, еритематозне папуле удружене са екскоријацијама, везикулама на еритематозној основи и серозним ексудатом.

Субакутни облик дерматитиса карактеришу еритематозне екскорисане папуле са сквамом.

Хронични облик чине задебљали плакови, наглашен кожни цртеж-лихенификација, фибротске пауле-пруриго нодуларис. Код хроничног облика сва три степена кутаних реакција постоје истовремено код истог пацијента. У свим облицима пацијенти обично имају суву кожу без сјаја.

Дистрибуција и облик кутане реакције варира у зависности од узраста пацијента и активности обољења. У току раног детињства, током прве две године живота, атопијски дерматитис је акутнији и примарно захвата лице, поглавину и екстензорне површине екстремитета. Предео под пеленама је по правилу поштеђен. Код старије деце и оних који имају дуготрајно обољење, развија се хронична форма са лихенификацијом и локализацијом промена флексурално, на превојима екстремитета. Атопијски дерматитис често регредира како дете расте, остављајући код одрсле особе кожу склону сврабу и инфламацији када се изложи егзогеним иритансима. Хронични екцем шака може бити примарна манифестација многих одраслих са атопијским дерматитисом.

1.1.6. Компликације код атопијског дерматитиса

Инфекције често компликују клинички ток атопијског дерматитиса. То су пре свега вирусне инфекције *herpes simplex* вирусом, *moluscum contagiosum* и HPV (*human papilloma virus*) инфекције. Најчешћа вирусна инфекција је *herpes simplex* вирусом, која се може јавити у свим узрастима изазивајући *eczema herpeticum* Кароси. Суперфицијалне гљивичне инфекције су чешће код атопичара и могу допринети погоршању клиничке слике атопијског дерматитиса. *Staphylococcus aureus* изазива најчешће фоликулитис, пиодермију са регионалном лимфаденопатијом (10). Рекурентна пустулоза може бити проблем, али дубље локализоване инфекције овим патогеном се ретко срећу тако да њихово јављање треба да побуди сумњу на имунодефицијентне синдроме као што је *hyper-IgE* синдром.

Erythrodermia се ретко среће, а манифестује се генерализованим еритемом, десквамацијом, интоксикацијом, лимфаденопатијом, високом телесном температуром, хемодинамским дисбалансом и витално угрожава пацијента.

Офтамолошке компликације које се срећу код тежих форми могу довести до значајних терапијских проблема. Јављају се *blepharitis chronica*, *keratoconjunctivitis atopica*, *conjunctivitis vernalis*, *keratoconus*.

1.1.7. Терапија атопијског дерматитиса

Терапија атопијског дерматитиса обухвата опште мере, локалну и општу терапију.

Опште мере: обезбедити добар контакт са пацијентом или са родитељима, објаснити природу обољења и идентификовати и елиминисати провоцирајуће факторе (иританси, специфични алергени, инфективни чиниоци, емоционални поремећаји).

Локална терапија: емолијентна средства, кортикостероиди, антибиотици, антимицотици, такролимус, препарати катрана.

Општа терапија: антихистаминици, кортикостероиди, антибиотици, UVA, PUVA th, а ређе циклоспорин.

1.1.8. Психолошки приступ атопијском дерматитису

Атопијски дерматитис најбоље од свих показује повезаност наслеђа, срединских утицаја и психосоцијалних фактора у одржавању здравља. То је мултифакторски поремећај јер излагање утицају преципитирајућих фактора из било које сфере провоцира или отежава клиничку слику. Према Koblenzger-овој реакцији спада у соматопсихичке реакције (9).

Резултати многих истраживања указују на повезаност емоционалног стреса и погоршања болести, и то представља изазов за многе истраживаче.

Студија о коморбидитету између дерматолошких болести и психијатријских поремећаја, Нова Гвинеја, спроведена на 132 испитаника који болују од атопијског дерматитиса подржава хипотезу да постоји повезаност психијатријских поремећаја (анксиозност, неуроза, депресија) и атопијског дерматитиса (14).

Пресечна студија психолошког морбидитета код пацијената са акнама, псоријазом, атопијским дерматитом у дерматолошкој специјалитичкој пракси и општој пракси спроведена је на 108 пацијената са кожним променама и 96 пацијената из контролне групе без кожних болести, прикупљених са истих места. Резултати указују да пацијенти са болешћу коже имају виши ниво психолошких сметњи и неуротицизма него што су имали испитаници у контролним групама. Није било разлике између психолошких сметњи код пацијената оболелих од кожних болести и лечених у специјализованој дерматолошкој пракси и општој пракси. Ова студија показује повезаност у односу болести коже са психолошким морбидитетом (15).

Поремећаји психичке природе се могу сматрати редовним пратиоцем умереног и тешког облика атопијског дерматитиса. Веза анксиозности, депресије и атопијских поремећаја више пута је испитивана. Једна од последњих студија спроведена је на 367 испитаника на универзитету Wisconsin-Madison где су испитивани фактори ризика за настанак психичких поремећаја. Утврђена је директна веза анксиозности са личном анамнезом о астми и ринитису (16).

Појачана осетљивост на стрес је одговорна за интензивирање свраба и стварање склоности ка чешању што додатно ослобађа медијаторе запаљења. Ослобађањем хистамина снижава се праг свраба, изазива се вазодилатација, знојење, имунске реакције и ослобађање супстанције П. Чешање може да ремети сан и да постане условни одговор који служи за манипулацију околином (22). Таква студија о

поремећајима сна као последица интензивног свраба код атопијског дерматитиса спроведена је на Тајланду 2011 године (17).

Rodgerson је сренуо пажњу на значај односа мајка-дете код оболелих од атопијског дерматитиса (18). Неприкладно и неадекватно понашање родитеља и осталих чланова породице може да утиче на тежину и учесталост клиничке слике, а истовремено дечија болест значајно ремети живот породице.

Испитивана је веза оболеле деце и породице, једно од тих истраживања је спроведено 2002 године у Северној Каролини где је тестирано 49 оболеле деце и 35 родитеља тако што су се родитељи изјашњавали о болести своје деце и породичним односима (19). Хармонични односи у породици доводе до побољшања клиничких симптома атопијског дерматитиса. Атопијски дерматитис посебно међу децом може имати за последицу отежан социјални развој (20) и нарушен квалитет живота самог пацијента (19,21), као што и дечија болест нарушава квалитет живота саме породице.

1.2. Породица, родитељи и родитељски (васпитни) стилови

1.2.1. Дефиниција породице и њене карактеристике

Најзначајније одрасле особе у животу детета су његови родитељи. Породица са свим њеним особеностима специфичне друштвене групе представља терен за развој односа дете - родитељ. Она је утицајан и важан фактор деловања управо зато што је то примарна, мала група у којој су емоционални односи интензивни, интеракција дуготрајна и разноврсна, а узајамна зависност и утицаји велики (43).

О породици у правом смислу те речи можемо да говоримо тек кад у њу стигну деца, до тада је то брачна или партнерска заједница. Родитељство чини породицу стабилним системом и представља крунску прекретницу у животу породице.

Породица као мала друштвена група има своје специфичне карактеристике

Породицу одликује генерацијска повезаност и трајност породичних веза које су практично нераскидиве.

Живот у породици је мање уређен, мање рационалан, вишедиманзионалан и симултан, за разлику од активности у другим друштвеним групама.

Сваки члан породице је целовита особа са карактеристичном улогом и следственим понашањем.

Породица је јединствена по јачини емоција њених чланова.

Чланови породице следе квалитативне циљеве као што су: нега, блискост, осећање припадања породици, али истовремено остварују квантитативне циљеве (обезбеђивање стана, хране, одеће...).

Осећање међусобне одговорности и дужности у породици, које се одликује благошћу, нежношћу, коректним односом је јаче од било које законом прописане обавезе.

У породици се влада бригом, негом, убеђивањем, а не контролом.

Свака породица се карактерише заједничким погледом на свет.

Како је долазило до друштвено историјских промена, начина и околности под којима људи живе мењала су се схватања о породици и њена одређења, тако да појам савремена породица укључује много варијетета.

Појам породица не поистовећујемо са традиционалном нуклеарном породицом, јер данас је све више нетрадиционалних породица попут породица са једним родитељем, породице са истополним родитељима, породице са децом из предходних бракова или усвојеном, поново засноване породице. Свака од ових породица је специфична на свој начин и има специфичне потребе.

Данас у односу на здравље или боље рећи нормалност породице, што се дефинише преко нормалности породичних процеса, односно одговора породице на различите развојне захтеве њених чланова и породице у целини, постоје функционалне, здраве породице и дисфункционалне породице.

Функционалне породице су заједнице породичних чланова које одликује међусобна брига и подршка, нега, разумевање за индивидуалне разлике и аутономију, брига о деци и осталим slabим члановима, организациона стабилност, флексибилност у односу на унутрашње и спољашње захтеве за променом, ефикасно превладавање стреса, отворена комуникација међу члановима, као и међусобно поверење и веза међу генерацијама. За нормално функционисање потребна је економска сигурност и подршка проширене породице, пријатеља и друштвене заједнице.

Дисфункционална породица је она у којој се конфликти, лоше понашање, злостављање појединих чланова дешавају непрекидно, што доводи до прилагођавања чланова породице таквој ситуацији, а посебно деце која могу да мисле да је то нормално понашање. Ове породице карактерише недоследност, непредвидљивост и замена улога.

1.2.2. Родитељи и родитељство, дефиниције и значај

На питање, шта је родитељство један од одговора је дао Bornstain: „Сваког дана више од три четвртине милиона одраслих овога света доживи радости и главобоље, изазове и награде од тога што су постали родитељи. Упркос чињеници да је већина људи постала родитељима, као и да је свако у свом животу имао родитеље, родитељство остаје у неком смислу мистификована тема о којој свако има своје мишљење, али се мало људи око тога слаже“ (44).

У литератури је описано неколико мотива које људе опредељују за рађање деце:

- несебична љубав, наклоност према деци и потребу да се она подижу (алтруистички мотив),
- убеђење да су људи створени да рађају и одржавају врсту (фаталистички мотив),
- схватање да је дете потврда физичких, психичких и биолошких потенцијала родитеља (нарцистички мотив),
- када дете представља средство за постизање неког циља (инструментални мотив) (71).

Појам, родитељ, означава биолошке релације мајке, оца и детета, а родитељство је сврсисходна активност усмерена на обезбеђивање опстанка и развоја деце.

Некадашња деца, када одрасту постају и сама родитељи. Рађајући дете и обезбеђујући опстанак свог детета које у раном детињству није способно да се само брине о себи продужавају људску врсту. Осим тога адекватним родитељским васпитањем чине да деца добију основе за њихов емоционални, социјални, међуљудски развој, дајући им модел по коме би и они требало да се понашају кад и сами постану родитељи.

Отуда толики значај који се придаје родитељству и бројна истраживања и књиге које су посвећена тој теми.

1.2.3. Задаци и функције родитељства

Најзначајнија функција дечје породице и родитеља је да му обезбеде сигурно и поуздано окружење које му је наклоњено и даје му подршку, што ће му омогућити да развије знања, вештине, ставове и понашања неопходна да израсте у одраслу особу и пружи продуктиван допринос себи, породици, заједници и друштву. На родитељима је да обликују већи део дечијег искуства својим веровањем и понашањем које показују.

Значајно језгро у репертоару подизања деце представљају:

Нега - задовољавање дечијих биолошких, физичких и здравствених потреба.

Материјална брига- начини на које родитељи снабдевају, организују и аранжирају физички свет у којем дете живи, укључујући дом и локалну средину.

Социјална брига-спектар визуелних, вербалних, афективних и физичких понашања које родитељи користе како би емоционално укључили дете и уредили његове интерперсоналне размене. То помаже детету да регулише сопствене емоције и успостави његов начин комуникације са другима (72).

Ове три категорије су врло широке и истраживачи су у оквиру тих категорија направили посебне типологије (васпитни стилови родитеља).

1.2.4. Васпитни стилови родитеља

Васпитни стил родитеља подразумева процену родитеља којим васпитним поступцима ће на најбољи начин остварити своје васпитне циљеве, а да при том не наруше пре свега емоционални однос према детету, тј. поступак проистиче из базичног осећања прихватања и љубави, или одбацивања и условне љубави.

Емоционални чинилац (љубав, мржња, нежност, хладноћа) сматра се најважнијом компонентом васпитног стила родитеља. Осећајни део васпитних поступака у највећој мери одражава ставове родитеља и доприноси усмеравању деловања (40).

Васпитни стилови се формирају веома рано. Дете их усваја као модел родитељског понашања, а родитељи дечију реакцију доживљавају као позитивно или негативно поткрепљење за своје поступке. Могло би се рећи да су васпитни стилови двосмерни процес.

Међу ауторима не постоји усаглашеност у погледу врсте и броја фактора неопходних за опис родитељског понашања па данас нема опште прихваћене типологије (45). Пионир у подручју идентификације васпитних стилова је Baumrindova (46) која под овим појмом подразумева „нормалне варијације у родитељским покушајима да контролишу и социјализују своју децу“. Baumrindova је на почетку идентификовала три васпитна стила: ауторитативни, ауторитарни и пермисивни (46), а тек касније њена типологија укључује и девијантне облике родитељства.

Васпитни стил обухвата два елемента родитељства (54): прихватање (топлина, подршка) и контролу (захтевност). Прихватање подразумева родитељски труд да се дете развије у зрелу, самосвесну, асеретивну личност, пружајући му подршку, активно се укључујући у његове активности, препознајући његове потребе и захтеве и адекватно одговарајући на њих. Контрола (захтевност) се односи на задатке које родитељи постављају деци, како би их интегрисали у породицу и друштво својим захтевима, надгледањем, дисциплином и супротстављањем дечијој непослушности, као и контролом дечијих импулса. (46)

На основу ових елемената дефинисана су четири васпитна стила: ауторитативни, ауторитарни, пермисивни и неукључени.

Ауторитативни родитељи (високо на димензији топлине и контроле) су успоставили равнотежу између високе топлине и захтева (Баумриндова користи појам демократични родитељи као синоним). Ови родитељи настоје да дају подршку и повратне информације детету и подстичу вербалну размену са њим. Откривају детету свој начин резонувања при доношењу одлука и подстичу противљење конформизму. Дечије активности углавном усмеравају на рационалан, сврсисходан начин. Примењују чврсту контролу у тренутцима неслагања са дететом, али га не спутавају. Намећу своју перспективу као одрасли, али цене дечије интересе и могућности. Ауторитативни родитељи признају актуелне квалитете детета, али такође постављају стандарде будућег понашања. Користе се разумом, моћи, подршком и не заснивају сопствене одлуке на групном консензусу или индивидуалним дечијим жељама. Настоје да им деца буду асеретивна, друштвено одговорна и кооперативна.

Ауторитарни родитељи (ниско на димензији топлине, високо на димензији контроле) су захтевни, али са ниским вредностима на димензији топлине. Они настоје да обликују, контролишу и оцењују понашање и ставове детета у складу са низом стандарда који су обично апсолутни, теолошке природе и одређени од стране вишег ауторитета. Вреднују послушност и фаворизују казне, присилне мере да би обуздали дечију вољу онда када се његово понашање и ставови сукобљавају са оним што родитељ сматра да је исправно понашање. Верују у то да се „ зна где је детету место“ и то да поштовање према раду треба усадити ограничавањем аутономије и давањем задужења у домаћинству. Одсуство емоционалне топлине умањује способност родитеља да одговори н потребе детета.

Неко дете ће одрастањем у таквој атмосфери постати несигурно, застрашено и збуњено, док неко друго дете може испољити агресивно понашање. Претерана спољна контрола дечијег понашања омета развој независности, иницијативе и способности да се раноправно укључи у друштво вршњака. Ван куће деца су врло пристојна, њих васпитачи и наставници обично кују у звезде, али вршњаци их често одбацују и тиранишу.

Друга деца могу испољити агресију ван куће, у обданишту, школи, у игри са друговима док су у кући мирна, застрашена строгим родитељским казнама, посебно физичким. Та деца не прихватају дисциплину, не слушају, испољавају грубост према друговима, туку их и желе да буду “главни“. Код куће су казне превише грубе, што значи да је спољна контрола агресивна и код детета не може да развије осећање кривице, нити подстакне развој унутрашње контроле.

У оба случаја, понашање детета одликује незадовољство, узнемиреност, стална потреба да се удовољи захтевима родитеља и страхом да у томе неће успети.

Пермисивни родитељи (високо на димензији топлине, ниско на димензији контроле) су они са ниским вредностима на димензији контроле, а високим на респонзивности. Они настоје да прихватају и подржавају импулсе, жеље и акције свог детета и да га не кажњавају. Договарају се при доношењу одлука и дају објашњења породичних правила. Топли су и пуни љубави за дете и постављају му мало захтева у вођењу домаћинства и у погледу уредности. Детету се представљају као ресурс који оно може да користи по жељи, а не као идеал са којим треба да се такмичи или као чинилац одговоран за обликовање и мењање текућег и будућег понашања. Допуштају му да регулише сопствене активности колико год је могуће и избегавају употребу контроле. Покушавају да користе разум и вешто усмеравање, без отвореног показивања моћи. Таква породична атмосфера је подстицајни амбијент за развој будуће личности.

Деца васпитавана овим родитељским стилем су отворена, њихова амбициозност се слободно испољава, а креативност није спутана. Развија се поверење према окружењу, те се често развијају у просоцијалне личности. Отуда дете које одраста у оваквој атмосфери је спремније да делује, иницира, реагује, а не да се

пасивно покорава утицајима са стране. При том је јако важно имати у виду како се схвата попустљивост, да хијерархија не би била померена и родитељ удовољавао сваком дечијем прохтеву.

Неукључени родитељи (ниско на димензијама топлине и контроле) имају ниске вредности на обе димензије. Они се не старају о својој деци и не занимају се за њихове активности или интресовања (47) и не показују љубав према деци.

Свако дете врло тешко подноси недостатак родитељске љубави и бриге. Психофизички развој детета које расте поред незаинтересованих и хладних родитеља озбиљно је угрожен и оштећен због недостатка љубави и подстрека. Врло рано, још од треће године, може да се развије пркосно, необуздано, агресивно понашање и потреба за разарањем при чему дете ужива у својим поступцима, а осећање кривице због оваквог понашања не постоји или је незнатно. Без љубави и похвале, без осећања сигурности, дете нема због кога да се одриче својих природних нагона и тежњи, своје потребе за агесијом. Дете је уплашено и ужаснуто, јер није вољено или се оно тако осећа због неадекватног понашања своје околине. Кињи другу децу, туче их показујући да је снажно и моћно; у суштини иза таквог понашања често се крије очајна потеба за родитељском љубављу. Дете је спремно да привуче пажњу родитеља својим неконтролисаним испадима (туча, штета), а таква пажња му показује да оно ипак нешто значи родитељима, да они нису сасвим ранодушни према њему. Родитељи га због тога кажњавају грде, туку или му показују да од њега ништа боље и не очекују и да не верују да ће се нешто изменити, ускраћујући му тако љубав, поверење, разумевање и отварају му погрешан пут.

Овакав неадекватан став родитеља може да изазове измењено понашање детета, то пак изазива реакцију родитеља, казне, грдње, незадовољство што још више повређује дете, погоршава његово стање и тако се полако затвара зачарани круг крајњег неразумевања и незадовољства.

Чини се да највећи део родитеља поседује „мешовити васпитни стил“, који је често резултат различитих комбинација, са могућношћу да један од стилова преовлађује (48).

1.2.5. Значај процене васпитног стила

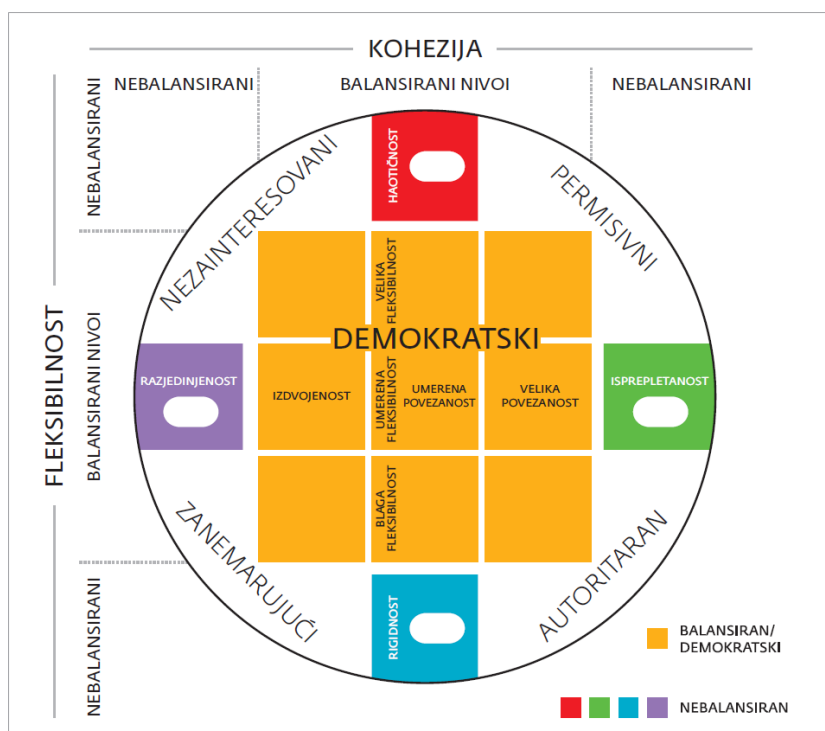
Васпитни стил родитеља може значајно да одреди будући развој и понашање детета са далекосежним ефектима и у одраслом добу. Деца васпитавана ауторитативним стилем су енергична, пријатељски наклоњена, бодра, пуна самопоуздања, усмерена ка успеху. Ауторитарни васпитни стил може да допринесе формирању конфликтног, непријатељски расположеног, несрећног и нестабилног детета. Пермисивни васпитни стил, мада звучи невероватно даје импулсивно и бунтовно дете са ниским могућностима, а одбацујући незрело дете са психолошким

проблемима. Незаинтересованост родитеља и занемаривање детета доводе до тога да је дете усамљено и повучено са малом вероватноћом за успех.

Васпитни стил родитеља коју је одрасла особа искусила током свог детињства може постати значајан модел у одгајању будуће генерације. Уочава се тенденција родитеља да примењују васпитне стилове којима су и сами били васпитавани у детињству.

Различите истраживања су показала да и позитивни и негативни васпитни стилови могу да се пренесу са једне на другу генерацију.

Процењена врста родитељског стила може да укаже и на неке особености укупног функционисања породице. Olson (55) конципирао Циркумплексни модел где је за одређени тип породице уцртао васпитне стилове.



Слика 1. Циркумплексни модел и пет васпитних стилова

Преузето http://www.familia.org.rs/materijali/rod/deca_sa_smetnjama_u_razvoju.pdf

У балансираним типовима породица солидне кохезије и флексибилности доминира ауторитативни васпитни стил, и сврставамо их у нормалне породице.

У породицама где постоји екстермено високо заједништво, а ниска флексибилност заступљен је ауторитарни стил васпитања, што значи да родитељи очекују послушност и лојалност од своје деце, а породична правила си крута и њихово непоштовање се санкционише.

Пермисивни стил васпитања је у породицама где су нивои кохезивности и флексибилности врло високи, што значи да постоји заједништво али правила су најасна и стално се мењају.

Одбацујући васпитни стил карактеристичан је за породице у којима нема заједништва, блискости и које су круте по питању правила и улога.

Разједињене и хаотичне породице, односно породице где доминира ниска кохезија и висока флексибилност карактеришу се незаинтересованим родитељским стилем васпитања деце.

1.3. Базичне димензије личности деце

Ајзенк је факторском анализом утврдио постојање две фундаменталне димензије личности. Димензија екстроверзија-интроверзија и димензија неуротицизам-стабилност. Ове димензије су међусобно ортогоналне и биполарне. Касније, у својим истраживањима Ајзенк је издвојио још једну димензију личности-психотицизам.

Ајзенк је сматрао да је развој личности емпиријски феномен и да се тако мора проучавати. По њему, развој личности је интеракција наслеђа и утицаја средине. У први план је истицао наслеђе, односно карактеристике будности централног нервног система, а васпитање, учење је битан процес у развоју личности. Васпитањем је значајне могуће утицати, било позитивно, било негативно на својства личности као што су емоционална стабилност или екстровертност. Ово се доводи у везу са васпитним стиловима па тако се сматра да хладни васпитни стил усмерава развој личности ка емоционално лабилној, а топли ка емоционално стабилној личности, док ограничавајући ка интровертној а попустљиви ка екстровертној. С обзиром на постојеће разлике у функционисању нервног система код екстровертних и интровертних треба прилагодити начин васпитавања. То значи да поступке у васпитавању треба прилагодити личности конкретног детета.

1.3.1. Екстроверзија-интроверзија

Екстроверзија-интроверзија је димензија личности која представља континуум од личности која је првенствено окренута према споља и према другима до личности која је превасходно окренута ка себи и унутрашњим преживљавањима.

Типичан екстроверт је окренут према свету, социјабилан, импулсиван, активан је и тежи променама, отворен је и комуникативан, у основи оптимиста, склон авантури и ризику, агресиван и не контролише емоције, и окренут је практичном понашању.

Типичан интроверт је на другом полу исте димензије, он је окренут према себи, тих и повучен, резервисан у контактима према људима, више воли књигу него људе, поуздан и савестан, озбиљан, контролише своје емоције, није агресиван, склон је песимизму и оклевању, и веома цене моралне норме.

Неурофизиолошку основу ове димензије чине карактеристике централног нервног система и ретикуларне формације. Индивидуалне разлике су велике, а потичу од побудљивости централног нервног система (која је код интроверата велика или већа, док је код екстроверата мања).

1.3.2. Неуротицизам-емоционална стабилност

Неуротицизам-емоционална стабилност је димензија личности која се темељи на карактеристикама аутономног нервног система. Основне разлике на овој димензији се односе на степен уравнотежености емоционалног испољавања. Димензија емоционалне стабилности има дуг историјат. Обично где се јавља екстровеизија као димензија јавља се и неуротицизам.

Особе са израженим неуротицизмом постижу висок скор на неуротицизам скали Ајзенка и оне су „душевно и телесно дефектне, испод просечних по интелигенцији, вољи, емоционалној контроли, оштрини осећања и способности да се напредују“. Неуротик је сугестибилан, нема упорности, успорен у мишљењу и деловању, несоцијабилан, и тежи репресији или потискивању неугодних чињеница (28). Такође се описују као неурованотежени, осетљиви, анксиозни, ригидни, усамљени, имају незадовољавајући родитељски дом и прилике. Себе оцењују као инфериорне, нервозне, склоне незгодама, незадовољне, осетљиве и увредљиве. Жале се на психосоматске сметње. Због оваквих предиспозиција повећане су им шансе да постану неуротичари.

Емоционално стабилна особа се краће описује и она адекватно испољава и контролише своје емоције. Она је уравнотежена, мирна, флексибилна, расположенија, задовољнија светом око себе и животом. Њене реакције су мање бурне и релативно лако успоставља стање смирености. Нема великих колебања у основном расположењу, а емоционалним проблемима прилази реално.

Наследну компоненту чини неурованотеженост аутономног нервног система. Неуротици имају лабилан аутономни нервни систем, на дражи реагују прејасно и превише упорно. За регулацију аутономних функција задужен је висцеларни мозак, и његова улога је да се жаргонски изразим, да буде мост између средине и организма. Он функционално спада у аутономни нервни систем али је у вези са спољашњим стимулусима. Реакције висцеларног мозга чине коментар организма на збивање у спољашњој средини. Лабилност аутономног нервног система код особа са израженим неуротицизмом може да значи предимензионирано реаговање на спољашње догађаје. Последица таквог функционисања на социјализацију изражена је следећим: истраживања показују да ће резултат условљавања бити веома трајан, ако се нека од дражи везује са интензивним реакцијама аутономног нервног система и интензивним емоцијама. Средински фактор је степен изложености стресу. Особа изложенија стресу биће више емоционално нестабилна. За оне са већом предиспозицијом довољна је и мања количина стреса за актуелизацију генетске предиспозиције. За очекивати је да овај фактор буде више повезан са стресогеним васпитним ставовима, хладни и ограничавајући.

Бројне студије показују да је неуротицизам сам по себи повезан са многим психичким проблемима као и кардиоваскуларном болешћу, атопијским

дерматитисом, иритабилним колоном и када су депресија и други фактори као што су социјална подршка контролисани. Међутим битно је да напоменемо да је неуротицизам јако битна црта личности делимично зато што је повезан са брачном сатисфакцијом, окупационим успехом и пре свега квалитетом живота. Постоје јаки докази да висок скор на скали неуротицизма повезан са нежељеним исходима и има за последице краћи, несрећнији и мање успешан живот.

Последња димензија у Ајзенковој теорији је психотицизам. Висок скор на овој димензији карактерише агресивност, емоционална хладноћа, егоцентризам, склоност импулсивним и антисоцијалним реакцијама. Могуће су социјалана повученост и излованост.

Ајзенк прави разлику између термина и појма неурозе и неуротицизма, односно између појмова психоза и психотицизам. Нуротицизам представља генетичку предиспозицију за развој неурозе. Таква се неуроza појављује једино уколико су постојали одређени услови околине на пример стрес довољно јаког интензитета. Ако таквог услова нема неуроza се неће развити упркос постојању неуротицизма или предиспозиције за њен развој. Из овог произилази да је неуротично понашање научено понашање и то путем класичног условљавања.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

2.1. Главни циљеви истраживања:

1. Утврђивање степена тежине клиничке слике испитаника оболелих од атопијског дерматитиса.
2. Идентификација васпитних стилова родитеља деце оболеле од атопијског дерматитиса.
3. Идентификација базичних димензија личности (неуротицизам-стабилност).
4. Утврђивање утицаја васпитних стилова родитеља на појаву неуротицизма.
5. Утврђивање утицаја васпитних стилова родитеља на степен тежине клиничке слике оболелих од атопијског дерматитиса.
6. Утврђивање повезаности степена тежине клиничке слике оболелих од атопијског дерматитиса и њихових базичних димензија личности
7. Сагледавањем психичких фактора оболелих од атопијског дерматитиса и васпитних стилова њихових родитеља, који су основа васпитања и одгоја детета да се допринесе унапређењу терапијског програма оболелих од атопијског дерматитиса.

2.2. Главне хипотезе истраживања

1. Васпитавање ауторитативним родитељским стилем који се одликује високом емоционалном топлином је у позитивној корелацији са ређом појавом и лакшом клиничком сликом атопијског дерматитиса код оболеле деце.
2. Васпитавање ауторитативним родитељским кога карактерише емоционална топлина стилем утиче на ређу појаву неуротицизма.
3. Лакши облик атопијског дерматитиса доводи до ређе појаве неуротицизма, емоционалне нестабилности.

Посебне хипотезе су се односиле на повезаност сваког од васпитних стилова родитеља и тежине клиничке слике као и на повезаност сваке базичне димензије посебно са одређеном тежином клиничке слике оболелог.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Студија је спроведена на 80 болесника који се лече у Центру за дерматовенерологију и Клиници за педијатрију КЦ “Крагујевац” у Крагујевцу од новонастале болести или у фази егзацербације хроничног обољења.

3.1. Врста студије

Студија је дизајнирана као контролисано, нетерапијско, отворено, клиничко истраживање.

3.2. Популација која је истраживана

У студију су **укључени** испитаници следећих особина: деца узраста од 8 до 13 година, оба пола, која имају дијагнозу атопијског дерматитиса и лече се у Центру за дерматовенерологију и Клиници за педијатрију КЦ “Крагујевац” у Крагујевцу од новонастале болести или у фази егзацербације хроничног обољења и који дају пристанак за добровољце, или пошто се ради о малолетним лицима за њих дају сагласност родитељи или старатељи.

Из студије су **искључени** седећи испитаници: особе млађе од 8 година, ако постоји обољење, стање или други фактор који би својим квалитетом или квантитетом у знатној мери пореметио клиничку слику атопијског дерматитиса, ако болује од Нипер **Ig** синдрома, ако већ учествује у другом клиничком испитивању, ако одбије да учествује у студији и ако постоје било које друге околности које у знатној мери онемогућавају учешће у студији.

3.2.1. Узроковање студијске популације

Испитаници у студији су регрутовани из укупне популације болесника са атопијским дерматитисом, који се лече у амбуланти Центра за дерматовенерологију и амбуланти, болничком одељењу Клинике за педијатрију КЦ “Крагујевац” у Крагујевцу. Укључивање је било спроведено сукцесивно према укључујућим критеријумима, почев од првог дана па надаље, до дана када је био постигнут укупан број испитаника, а сходно прорачуну величине студијског узорка.

3.3. План студије

Испитаник је укључен у студију непосредно након прегледа дерматолога у амбуланти Центра за дерматовенерологију КЦ “Крагујевац” у Крагујевцу уколико је испуњавао укључујуће и искључујуће критеријуме. Од испитаника је прво затражен писани информисани пристанак уз пуну обавештеност. Писани информисани пристанак је обезбедио лечећи дерматолог који је истовремено био и истраживач. По обезбеђеном пристанку, прикупљени су анамнестички подаци попуњавањем анамнестичког листа који обухвата податке: о породичној, личној анамнези, анамнези садашње болести и социоепидемиолошкој анкети. Након прикупљања података испитаник је прегледан од стране дерматолога који попуњава Образац кожних манифестација (ради израчунавања (SCORAD индекса). Потом уз присуство клиничког психолога, појединачно, испитаници су попуњавали инструменте за процену родитељског понашања и процену базичних димензија личности. Тиме је прва студијска визита завршена. Даље студијске визите су обављане у време заказаних амбулантних посета дерматологу не чешће од пет дана. На студијским посетама су праћени промена вредности параметара везаних за степен тежине клиничке слике и учесталости егзацербација. Испитаник је учествовао у студији укупно шест месеци од момента укључивања у студију. По обављеној последњој визити, испитаник је завршио учешће у студији.

3.4. Студијске процедуре

Студијске процедуре су укључивале дерматолошки преглед и попуњавање психолошких инструмената за процену васпитних стилова родитеља и процену базичних димензија личности.

3.4.1. Дерматолошки преглед

Дерматолог истраживач је инспекцијом утврђивао интензитет и проширеност лезија, разговором је добијао податке о интензитету свраба и несаници и уз помоћ SCORAD indeksa, одређивао степен тежине клиничке слике.

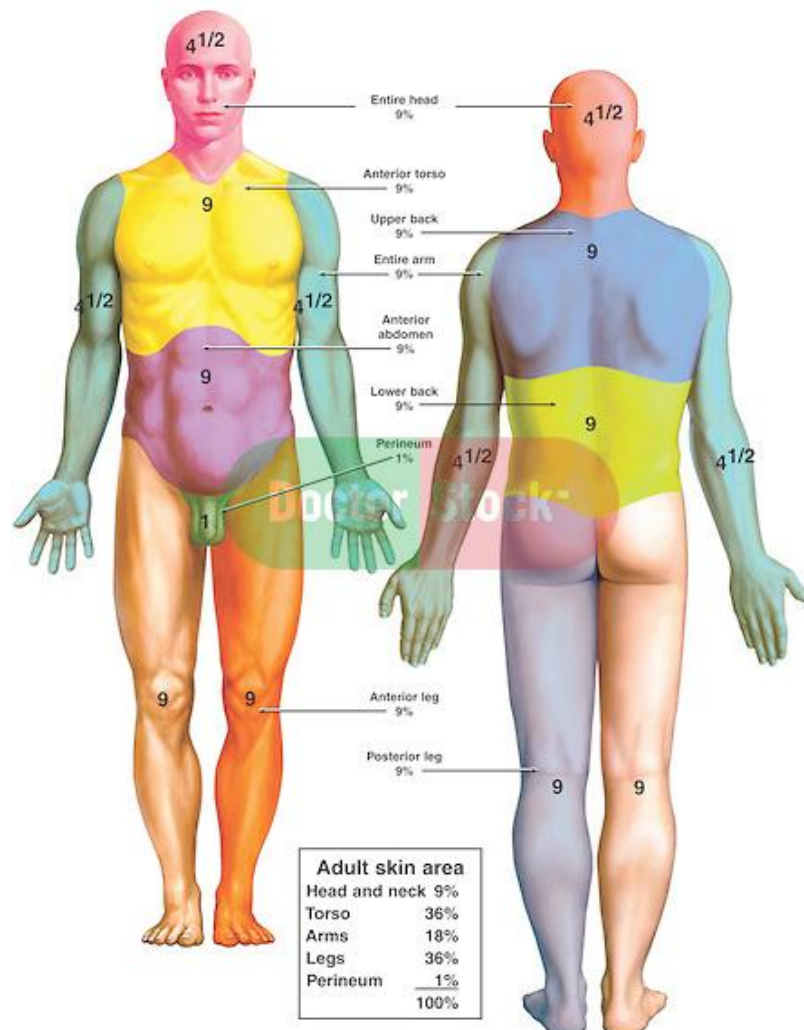
3.4.2. Попуњавање психолошких инструмената

EMBU тест су испитаници решавали ради утврђивања васпитних стилова њихових родитеља, а тестове HANES1 и HANES2 ради утврђивања присуства и тежине неуротицизма. Испитаници су тестове решавали појединачно уз присуство психолога и без присуства родитеља, да би се избегло родитељско сугерисање приликом одговарања. Психолошке инструменте су обрађивали клинички психолози.

3.5. Варијабле истраживања

3.5.1. Индекс тежине клиничке слике атопијског дерматитиса SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) indeks

Атопијски дерматитис је хронично обољење чија етиопатогенеза није у потпуности разјашњена и које се за сада лечи само симптоматски, али се свакодневно обављају бројна истраживања у овим областима. Да би се резултати правилно упоређивали и адекватно болесници класификовали неопходна је објективна евалуација степена тежине клиничке слике. SCORAD индекс (25) то омогућава. SCORAD је доступан на Интернету на Web site-у <http://adserver.sante.univ-nantes.fr/Scorad.html> и лако се може израчунати уношењем потребних података.



Слика 2. Правило „9“ код одраслих и старије деце

Преузето са: <http://cdn.c.photoshelter.com/img-get/I0000J7U9xxC8p9I/s/600/600/prn43056DS.jpg>

Овај систем евалуације клиничке слике прати три критеријума: проширеност кожных промена, интензитет кожных промена и субјективне симптоме. Укупан резултат се добија коришћењем једноставне формуле и представља нумеричку вредност коју чини 60% интензитет лезија, 20% проширеност, а 20% субјективни симптоми.

Проширеност лезија одређујемо користећи правило деветке (слика 2.) које се широко користи и у другим областима клиничке праксе када је потребно прецизно одредити захваћеност коже. Вредност проширености се креће од 0-100.

У одређивању интензитета лезија пратимо шест ефлоресценци: еритем, едем (папула), везикуле (крусте), ексоријације, лихенификацију и ксерозу. Сваку ефлоресценцију појединачно оцењујемо као 0 (одсутна), 1 (блага), 2 (средњег интензитета), 3 (јако интензивна). Процену вршимо на репрезентативниј површини, а ако има више захваћених регија које се разликују по јачини клиничке експресије атопијског дерматитиса и субјективним симптомима онда се у процени одлучимо за ону регију са средњим интензитетом промена. Максимална вредност је 18.

Субјективни симптоми који се прате су несаница и свраб и сам болесник их вреднује и оцењује једном оценом од 0 до 10. Посебно се оцењује несаница, а посебно свраб тако да максимална вредност оцене може бити 20.

Укупна вредност SCORAD индекса се добија на следећи начин : проширеност/5 + 7 x интензитет/8 + субјективни симптоми. Максимална вредност SCORAD индекса је 103. Вредност SCORAD индекса од 0-25 означава благу клиничку слику, од 25-50 је средње тешка клиничка слика, и преко 50 до максималне вредности тешка клиничка слика атопијског дерматитиса.

3.5.2. Васпитни стилови родитеља деце оболеле од атопијског дерматитиса

ЕМБУ скала конструисана је по узору на Шеферов инструмент намењен процени родитељског понашања од стране њихове деце. Учесници су посебно процењивали понашање мајке а посебно оца и за сваку тврдњу на скали од 4 степена (1-никад; 2-да али ретко; 3-да, често; 4-да,скоро увек) су одговарали колико се често њихова мајка односно отац понаша на одређени начин. Упитник је попуњаван појединачно у присуству психолога. ЕМБУ скалз конструисао је шведски истраживач Перис. Садржи 15 субскала: вређање, лишавање, кажњавање, постиђавање, одбацивање, презаштићавање, мешање и уплитање, емоционалну топлину, толеранцију, усмеравање, изазивање осећања кривице, подстицање, фаворизовање субјекта, запостављање субјекта и неспецифична субскала. Перис и сарадници установили су факторску структуру упитника. Ариндел и сарадници у Холандији, 1983.год су извели најопсежнију проверу скале и на вишем нивоу факторизације

издвојили су 4 чиста фактора: одбацивање, презаштићавање, емоционалну топлину и фаворизовање детета (66).

Одбацивање (ставке бр.4. 5. 7. 11. 12. 14. 17. 18. 21. 25. 26. 28. 33. 41. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 51. 54. 55. 59. 60.) Пример питања: „Догађало се да ме кажњавају, чак и за ситнице“. Овај фактор детерминише ајтеме које је Перис класификовао у следеће субскеале: кажњавање, лишавање, вређање, постиђавање, одбацивање, изазивање осећања кривице, запостављање. Подразумева такав облик родитељског понашања кога одликује директно, отворено кажњавање, одбацивање детета као индивидуе, непријатељство, омаловажавање, ускраћивање пажње према детету, његовом мишљењу и потребама, као и симболичко кажњавање, постиђавање, исмевање, критиковање недостатака и проблема пред другима, ускраћивање љубави, изолације.

Презаштићавање (ставке бр. 1. 6. 10. 13. 15. 19. 27. 29. 34. 35. 39. 49. 38. 53. 56.) Пример питања : „Моји родитељи су водили бригу о томе шта радим увече.“. Овај фактор у потпуности покрива Перисове факторе: мешање, усмеравање, презаштићавање, изазивање осећања кривице, постиђавање и делимичну толеранцију. Овај скуп варијабли чини део родитељског понашања кога одликује заштићавање детета али на жустар и ауторитаран начин, релативно висок степен наметљивости, намера да се у великој мери зна шта дете ради, постављање високих стандарда успешности.

Емоционална топлина (ставке бр. 2. 9. 16. 20. 23. 24. 30. 31. 32. 36. 37. 40. 42. 50. 57. 58. 61. 64.) Пример питања: „Моји родитељи су речима и поступцима показивали да ме воле“. Подразумева родитељско понашање кога одликују: пружање топлине, љубави и пажње, пружање подршке субјекту у стварима које су за њега важне без неповерења, помагање особи да реши проблеме на најбољи начин за њега, високо поштовање његовог мишљења, осећање субјекта да може да се ослони на родитеље и затражи помоћ и пружање интелектуалне стимулације.

Фаворизовани субјект (ставка бр. 3. 8. 22. 62. 63.) Пример питања: „Родитељи су ме размазили у односу на моју браћу и сестре“. Овај фактор подразумева такво понашање родитеља који субјекту обезбеђују привилегован положај у односу на осталу децу у породици.

Недоследност родитеља (ставка бр. 1а, 2а, 3а, 4а, 5а, 6а, 7а) Пример питања: „Било ми је тешко да угодим родитељима, мајка је од мене очекивала једно, отац друго“. Недоследност је одређена као склоност родитеља да се од ситуације до ситуације различито понашају према детету. Непредвидиво са дечјег становишта и независно од дечјег понашања. Индикатори овог понашања су неиспуњавање обећања, несигурност детета у погледу родитељског очекивања, понашање родитеља условљено тренутним расположењем.

У оквиру ЕМВУ скале налазе се и општи подаци о испитанику и његовој породици. Општи подаци:

- Опште податке о испитанику (пол и године старости);
- Породичне чиниоце (структура породице, брачни статус родитеља);
- Чиниоце социоекономског статуса породице (степен образовања родитеља и радни статус родитеља).

3.5.3. Базичне димензије личности деце оболеле од атопијског дерматитиса

За процену базичних димензија личности (неуротицизам-стабилност) користили смо скале HANES1 и HANES2 (**Hamburger Neurotizismus-ind Extraversionskala fur Kinder Jugendliche**) аутора др. Franz Buggle и психолога Frank Bumgartel. Скала је израђена у сврху практичног психолошког рада али и за потребе истраживања као дијагностичко средство за неуротицизам и екстраверзију. Хамбуршка скала неуротицизма и екстраверзије за децу и омладину је упитник у коме се методом самоописивања одређује: неуротицизам / емоционална стабилност и екстровертија-интравертија као особине личности код деце и омладине од 8 до 16 година.

Повећана манифестација неуротицизма према овом упитнику је сразмерна повећаној манифестацији следећих црта личности или симптома: осећање незрелости повезано са социјалном осетљивошћу и увредљивошћу; склоност сањарењу и премишљању; појачана склоност колебању расположења, пре свега као склоност депресивном нераположењу; брига за сопствено здравље; страховање пред будућим догађајима; унутрашњи немир и „нервозу“; раздражљивост; сметње успављивања; чести умор и малаксалост; склоност главобољама.

Екстраверзија као димензија личности у овде схваћеном смислу приписује се неком у толико више што он више приписује себи: радост због дружења са другима, потребу и способност да живахно, више него ведро наглашени контакт са другим човеком (друштвеност); живост, тежњу за доживљајем, неоптерећеност, предузимљивост (активност).

За истраживање смо користили облик скале састављен овако: HANES 1 скала са 36 тврдњи и HANES 2 скала са 32 тврдње.

Испитивање је спроведено тако што смо сваког испитаника појединачно упознали са сврхом испитивања и он је у присуству психолога попунио скалу у трајању од 30 до 40 минута. На сваком упитнику је попуњено презиме, име, датум рођења, датум испитивања, старост, пол. Потом су пажљиво читана упутства о томе како треба одговарати и након тога уколико је тврдња одговарала ономе како се

испитаник осећао и понашао означили су са **да**, а ако тврдња није одговара ономе како се испитаник осећао и понашао одговорили су са **не**. У току испитивања проверавали смо да ли испитаници означавају одговре онако како треба.

Оцењивање је потпуно објективно и обавља се брзо помоћу прозирних шаблона. Максимална вредност скорa за неуротицизам је 40. За дечаке вредност скорa од 0-9 је испод просечан неуротицизам, од 10-19 је просечан, од 20-40 је надпросечан неуротицизам. Вредност скорa за девојчице 0-11 је испод просечан неуротицизам, од 12-23 је просечан, од 24-40 је надпросечан неуротицизам.

3.5.4. Социодемографски подаци

У истраживању је примењен упитник социодемографских података којим су прикупљени подаци о степену образовања родитеља, запошљености родитеља, величини и компакности породице.

Образовање родитеља и запошљеност, односно незапошљеност родитеља користили смо као показатеље социоекономског статуса учесника. Образовање родитеља мерено је помоћу две ставке које се односе на степен образовања мајке односно оца, и то на скали од четири степена (0-без школе; 1-основна школа; 2-средња школа; 3-виша школа и факултет; 4-докторат).

Материјалне прилике родитеља мерене су помоћу две ставке, односно запослености мајке и оца (1-запошљен; 2-незапошљен).

Компактност породице степенована је 1-родитељи су у браку; 2-разведени родитељи; 3-један родитељ је преминуо; 4-родитељ је самохран.

Величина породице мерена је помоћу два степена који се односе на број браће и сестара. На основу ових степени рангирана је (1-породица са једним дететом; 2-породица са двоје и више деце).

3.6. Етички и организациони аспекти студије

Студија је спроведена као академско, непрофитабилно истраживање, према принципима Добре клиничке праксе и Хелсиншке декларације. У студији су примењиване дијагностичке и терапијске методе које се користе у дерматолошкој пракси, ординиране од стране надлежног дерматолога, који је истовремено истраживач у студији. У истраживању су коришћене и додатне дијагностичке методе (психолошки инструменти – тестови) који се не користе у дерматолошкој пракси, али представљају рутинске дијагностичке методе код сумње на појаву неуротицизма и

процену васпитних стилова родитеља оболеле деце. За учешће у истраживању је од родитеља оболеле деце тражен писани, добровољни пристанак уз пуну обавештеност. Пре спровођења студије протокол истраживања и друга потребна документа била су достављена ради мишљења, одобрења, надлежном етичком одбору, Етичком одбору Клиничког центра, Крагујевац.

Истраживачи у студији били су квалификовани медицински стручњаци, са искуством у области дерматолошких, педијатријских и психолошких истраживања.

3.7. Статистичка анализа

3.7.1. Прорачун студијског узорка

Величина узорка је одређена на претпоставци разлике у SCORAD скоровима у групи деце чији родитељи имају ауторитативни стил васпитања (експериментална група) у односу на групу деце чији родитељи примењују остале стилове васпитавања: пермисивни, ауторитарни, незаинтересовани (контролна група). Овакав дизајн је пристекао из хипотезе да је просечан SCORAD скор у популацији деце са атопијским дерматитисом 47 а стандардна девијација 16 (23). Код деце из експерименталне групе очекује се нижи скор тако да је очекивана разлика између група 25% у односу на просечну вредност у популацији (диференцијална разлика скорa 12). Имајући у виду наведене вредности, за т-тест два независна узорка, вредности алфа грешке 0,05 и снаге студије 0,8 а коришћењем одговарајућих програма (24), за однос броја испитаника у две групе 1:3 добијен је узорак од 19 и 57 испитаника у две групе. Установљен дефинитивни студијски узорак је 80.

3.7.2. Статистичка обрада података

За анализу примарних података користили смо дескриптивне статистичке методе, методе за тестирање статистичких хипотеза и методе за анализу односа континуираних исхода и потенцијалних предиктора.

Од дескриптивних статистичких метода користили смо мере централне тенденције (аритметичка средина, медијана), мере варијабилитета (стандардна девијација) и релативне бројеве (показатељи структуре).

Од метода за тестирање статистичких хипотеза коришћени су једнофакторска ANOVA са Tukey posthoc тестом, t-test за зависне узорке, hi-kvadrat тест.

Од метода за анализу односа континуираних исхода и потенцијалних предиктора коришћена је вишеструка линеарна регресија. За оцену интерне конзистентности употребљен је Cronbach alfa коефицијент.

Статистичке хипотезе су тестиране на нивоу статистичке значајности од 0,05. на 20 испитаника у експерименталној и 60 испитаника у контролној групи.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4.1 Тежина клиничке слике atopијског дерматитиса

Табела 3. Дистрибуција испитаника према степену тежине клиничке слике atopијског дерматитиса

Тежина клиничке слике atopијског дерматитиса	n	%
блага	23	28,8
средње тешка	37	46,3
тешка	20	25,0
Укупно	80	100,0

Графикон 1. Дистрибуција испитаника према степену тежине клиничке слике atopијског дерматитиса



Од укупног броја испитаника према степену клиничке слике atopијског дерматитиса: благо има 23 (28,8%), средње тешку 37 (46,3%) и тешку 20 (25,0%) испитаника.

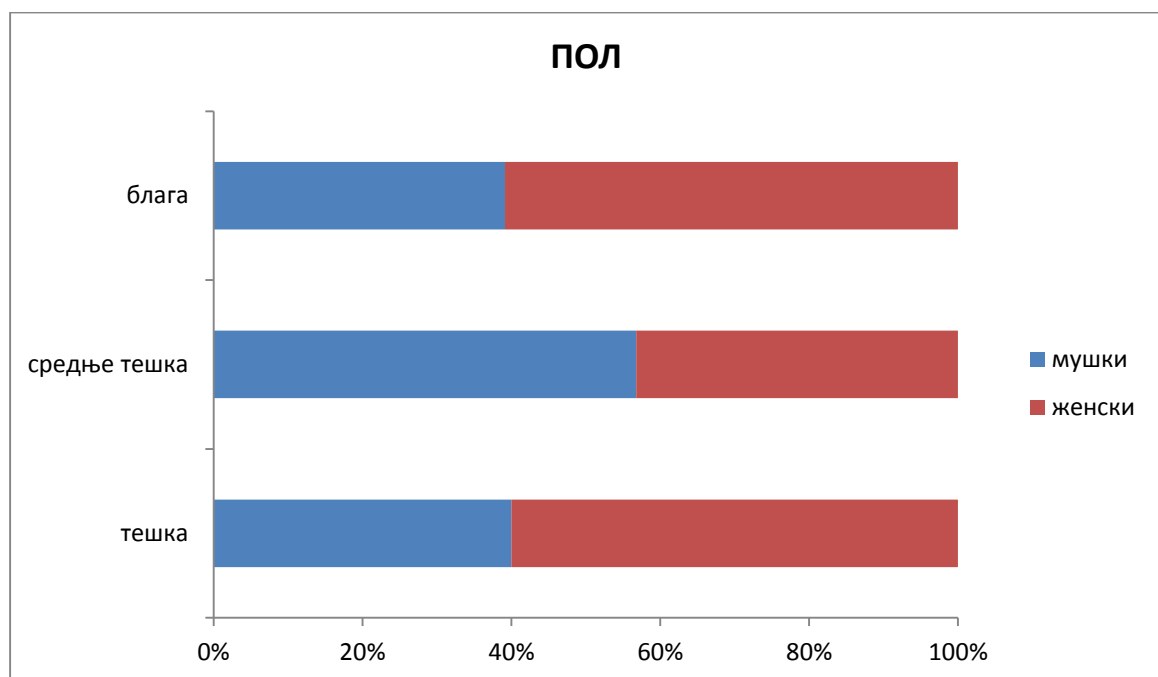
4.2 Пол испитаника

Од укупног броја испитаника 38 (47,5%) је било мушког а 42 (52,5%) женског пола.

Табела 4. Дистрибуција испитаника према полу у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

ПОЛ	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	п	%	п	%	п	%	п	%
мушки	9	39,1	21	56,8	8	40,0	38	47,5
женски	14	60,9	16	43,2	12	60,0	42	52,5
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 2. Дистрибуција испитаника према полу у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Испитаници и мушког и женског пола најчешће имају средње тешки степен клиничке слике атопијског дерматитиса (55,3% према 38,1%, респективно). Не постоји статистички значајна разлика у учесталости пола између испитиваних група ($\chi^2=2,369$; $p=0,306$).

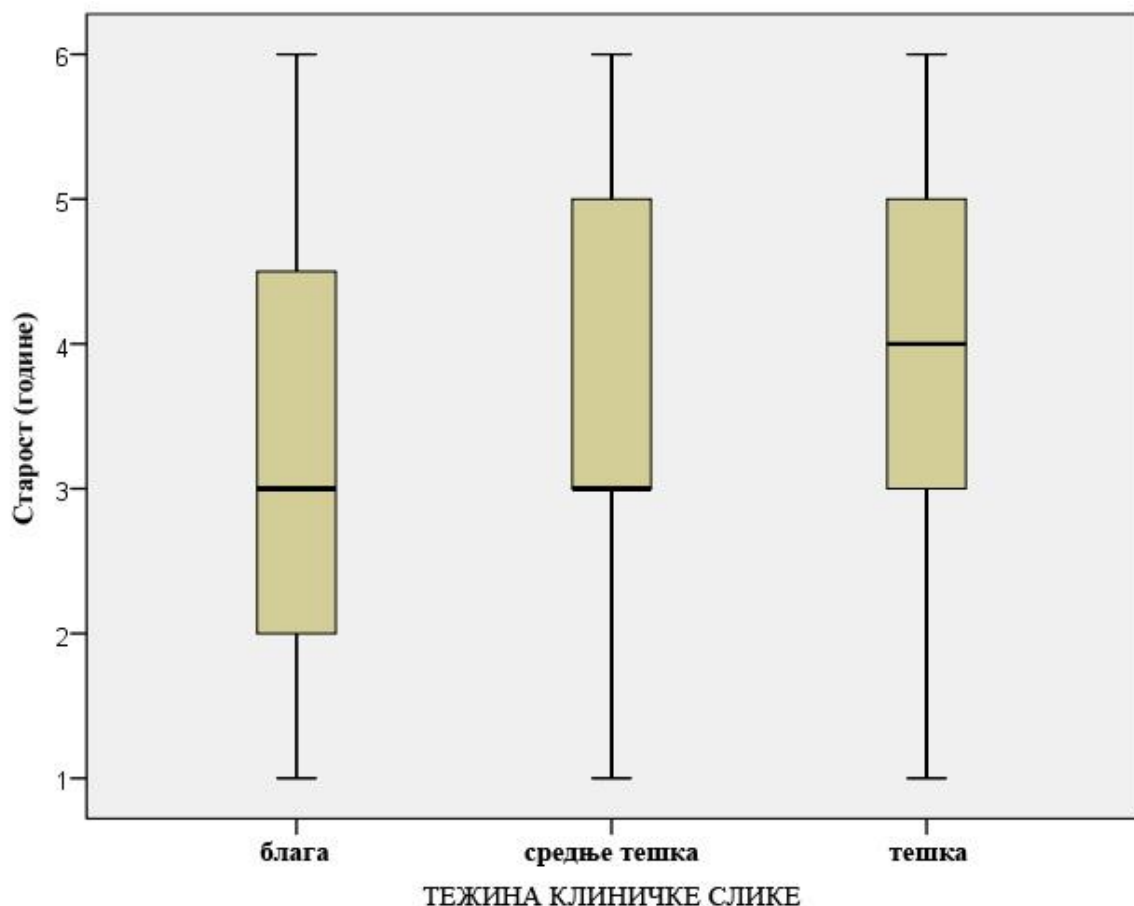
4.3 Старост испитаника

Просечна старост свих испитаника у истраживању износи $10,63 \pm 1,5$ година. Најмлађи испитаник имао је 8, а најстарији 13 година.

Табела 5. Просечна старост испитаника у истраживању

Старост (године)	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	10,26	1,6	10,0	8,0	13,0
средње тешка	37	10,56	1,5	10,0	8,0	13,0
тешка	20	11,05	1,4	11,0	8,0	13,0
Укупно	80	10,63	1,5	10,5	8,0	13,0

Графикон 3. Просечна старост испитаника у истраживању



Просечна старост испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $10,26 \pm 1,6$ година, са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $10,56 \pm 1,5$ година, док је просечна старост испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $11,05 \pm 1,4$ година. Не постоји статистички значајна разлика у просечној старости између испитиваних група ($F=1,521$; $DF=2, 77$; $p=0,225$).

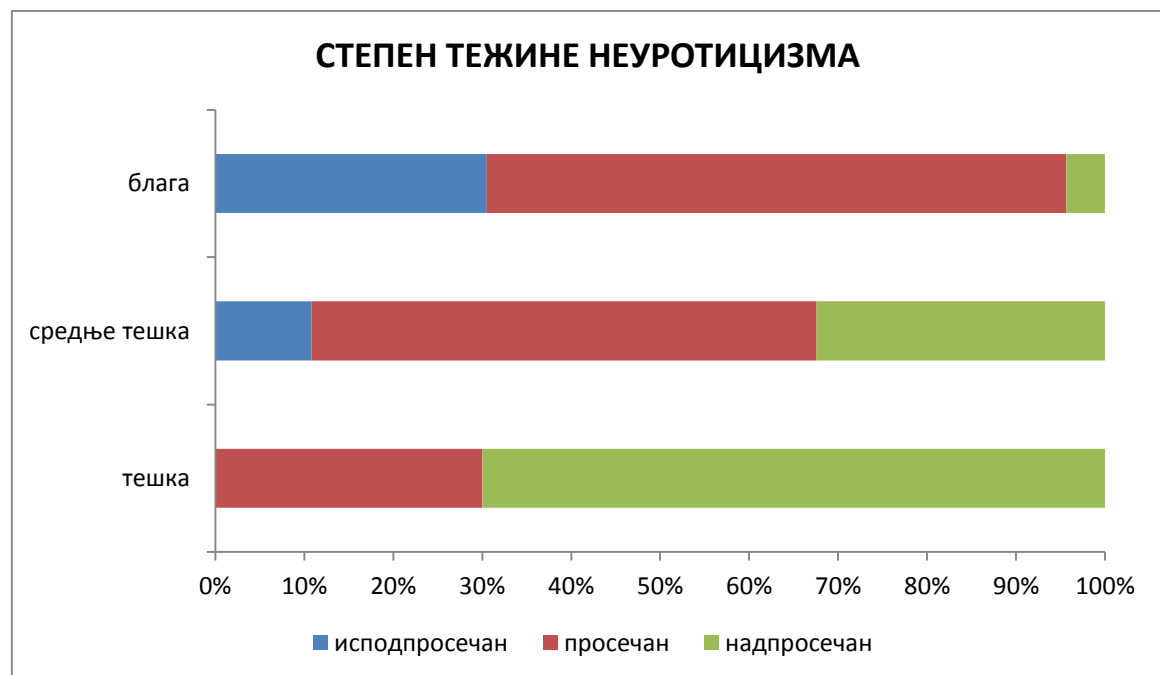
4.4 Степен тежине неуротицизма

Од укупног броја испитаника 11 (13,8%) је имало исподпросечан степен тежине неуротицизма, 42 (52,5%) просечан, а 27 (33,8%) надпросечан степен тежине неуротицизма.

Табела 6. Дистрибуција испитаника према степену тежине неуротицизма у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

Степен тежине неуротицизма	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	n	%
исподпросечан	7	30,4	4	10,8	0	0,0	11	13,8
просечан	15	65,2	21	56,8	6	30,0	42	52,5
надпросечан	1	4,3	12	32,4	14	70,0	27	33,8
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 4. Дистрибуција испитаника према степену тежине неуротицизма у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Испитаници са са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса имају најчешће просечан степен неуротицизма (65,2% према 56,8%, респективно), док је код испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће надпросечан степен неуротицизма (70,0%).

Због малих учесталости појединих категорија није било могуће урадити hi-kvadrat тест.

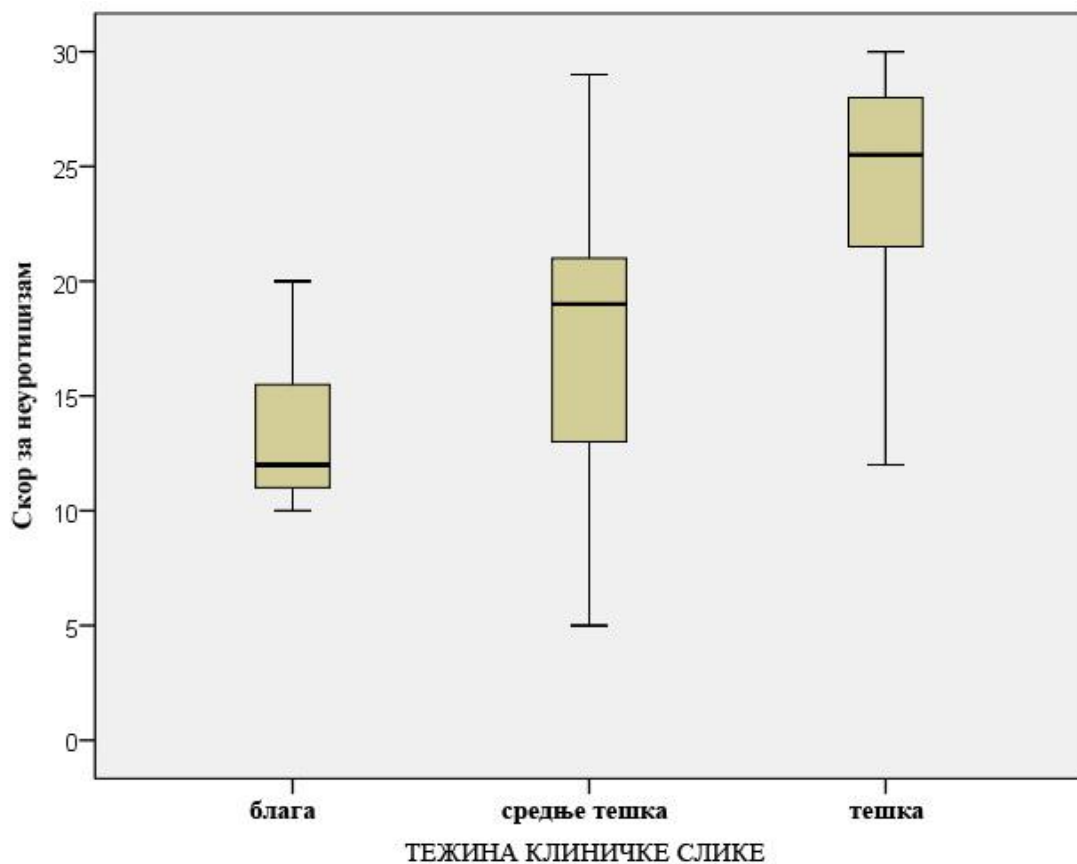
4.5 Скор за неуротицизам

Просечан скор за неуротицизам свих испитаника у истраживању износи $17,9 \pm 6,6$. Најнижа вредност износи 4,0 а највиша 30,0.

Табела 7. Просечне вредности скор за неуротицизам испитаника у истраживању

Скор за неуротицизам	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	13,2	4,8	12,0	4,0	26,0
средње тешка	37	17,6	5,7	19,0	5,0	29,0
тешка	20	24,0	5,0	25,5	12,0	30,0
Укупно	80	17,9	6,6	18,0	4,0	30,0

Графикон 5. Просечне вредности скор за неуротицизам испитаника у истраживању



Просечан скор за неуротицизам испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $13,2 \pm 4,8$; са средње тешком клиничком сликом

атопијског дерматитиса $17,6 \pm 5,7$; док је просечан скор за неуротицизам испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $24,0 \pm 5,0$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за неуротицизам између испитиваних група ($F=22,054$; $DF=2, 77$; $p<0,001$). Статистички значајна разлика у просечном скору за неуротицизам постоји између испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са средње тешком ($p=0,006$) и тешком ($p<0,001$), као и између испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса ($p<0,001$).

4.6 Васпитни стилови за оца

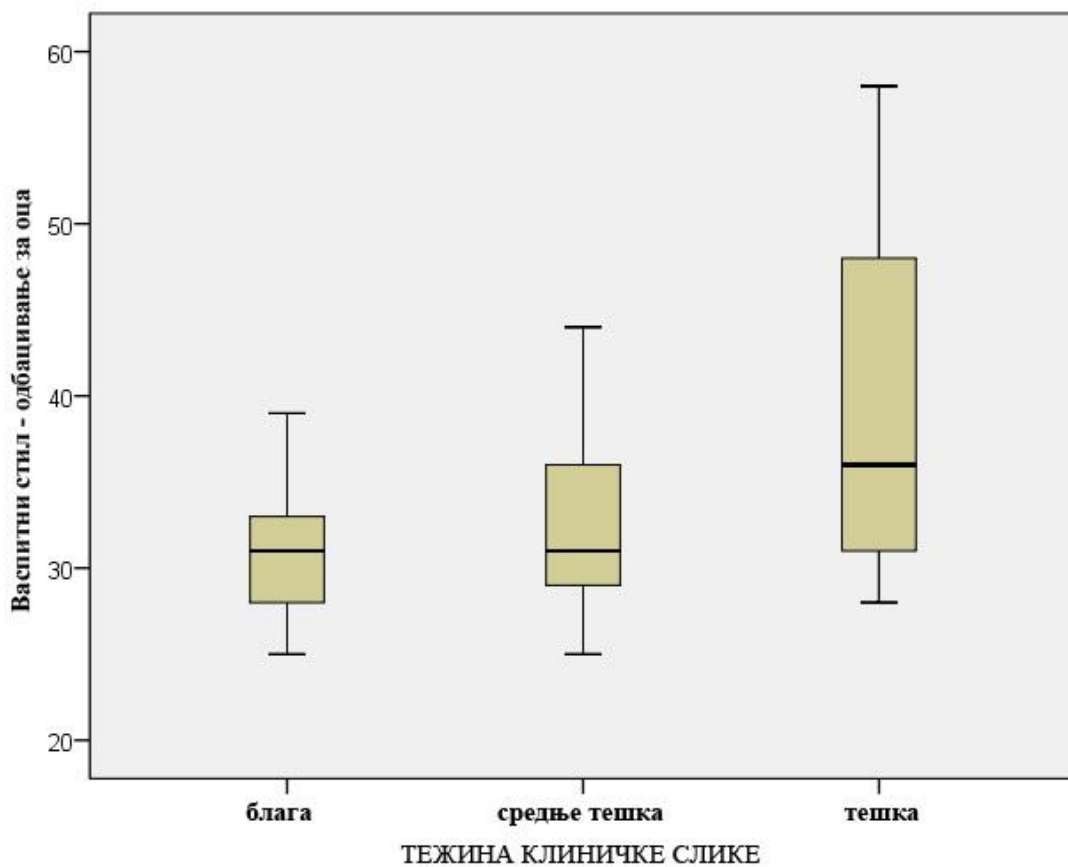
4.6.1. Васпитни стил - одбацивање за оца

Просечан скор за Васпитни стил - одбацивање за оца свих испитаника у истраживању износи $33,6 \pm 6,9$. Најнижа вредност износи 25,0 а највиша 58,0.

Табела 8. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - одбацивање за оца испитаника у истраживању.

Васпитни стил - одбацивање за оца	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	30,7	3,6	31,0	25,0	39,0
средње тешка	37	32,4	4,9	31,0	25,0	44,0
тешка	20	39,1	9,8	36,0	28,0	58,0
Укупно	80	33,6	6,9	31,0	25,0	58,0

Графикон 6. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - одбацивање за оца испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике atopичког дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - одбацивање за оца испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $30,7 \pm 3,6$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $32,4 \pm 4,9$; док је просечан скор за Васпитни стил - одбацивање за оца испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $39,1 \pm 9,8$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - одбацивање за оца између испитиваних група ($F=10,922$; $DF=2, 77$; $p<0,001$). Статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - одбацивање за оца постоји између испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са благом ($p<0,001$) и средње тешком ($p=0,001$), док између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - одбацивање за оца ($p=0,581$).

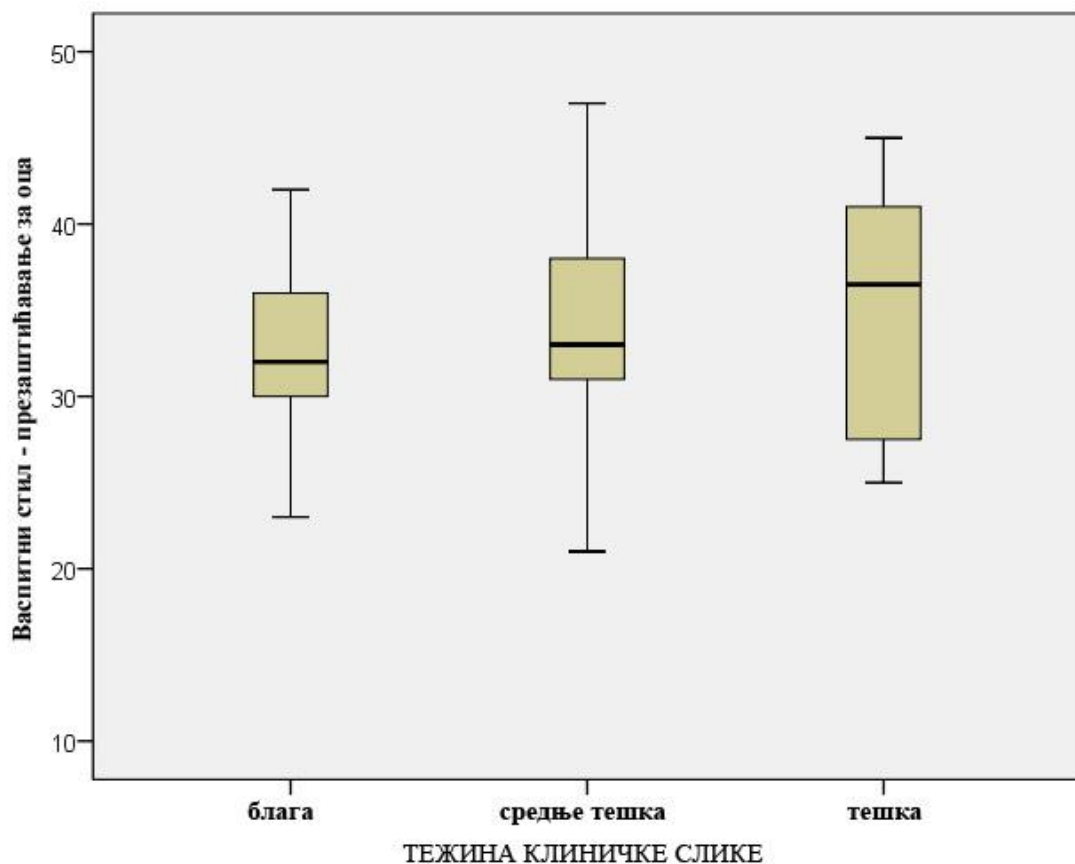
4.6.2. Васпитни стил - презаштићавање за оца

Просечан скор за Васпитни стил - презаштићавање за оца свих испитаника у истраживању износи $33,4 \pm 6,2$. Најнижа вредност износи 19,0 а највиша 47,0.

Табела 9. Просечне вредности скова за Васпитни стил - презаштићавање за оца испитаника у истраживању

Васпитни стил - презаштићавање за оца	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	32,3	5,4	32,0	23,0	42,0
средње тешка	37	33,1	6,4	33,0	19,0	47,0
тешка	20	35,0	6,7	36,5	25,0	45,0
Укупно	80	33,4	6,2	33,0	19,0	47,0

Графикон 7. Просечне вредности скова за Васпитни стил - презаштићавање за оца испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - презаштићавање за оца испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $32,3 \pm 5,4$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $33,1 \pm 6,4$; док је просечан скор за Васпитни стил - презаштићавање за оца испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $35,0 \pm 6,7$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - презаштићавање за оца између испитиваних група ($F=1,020$; $DF=2, 77$; $p=0,365$).

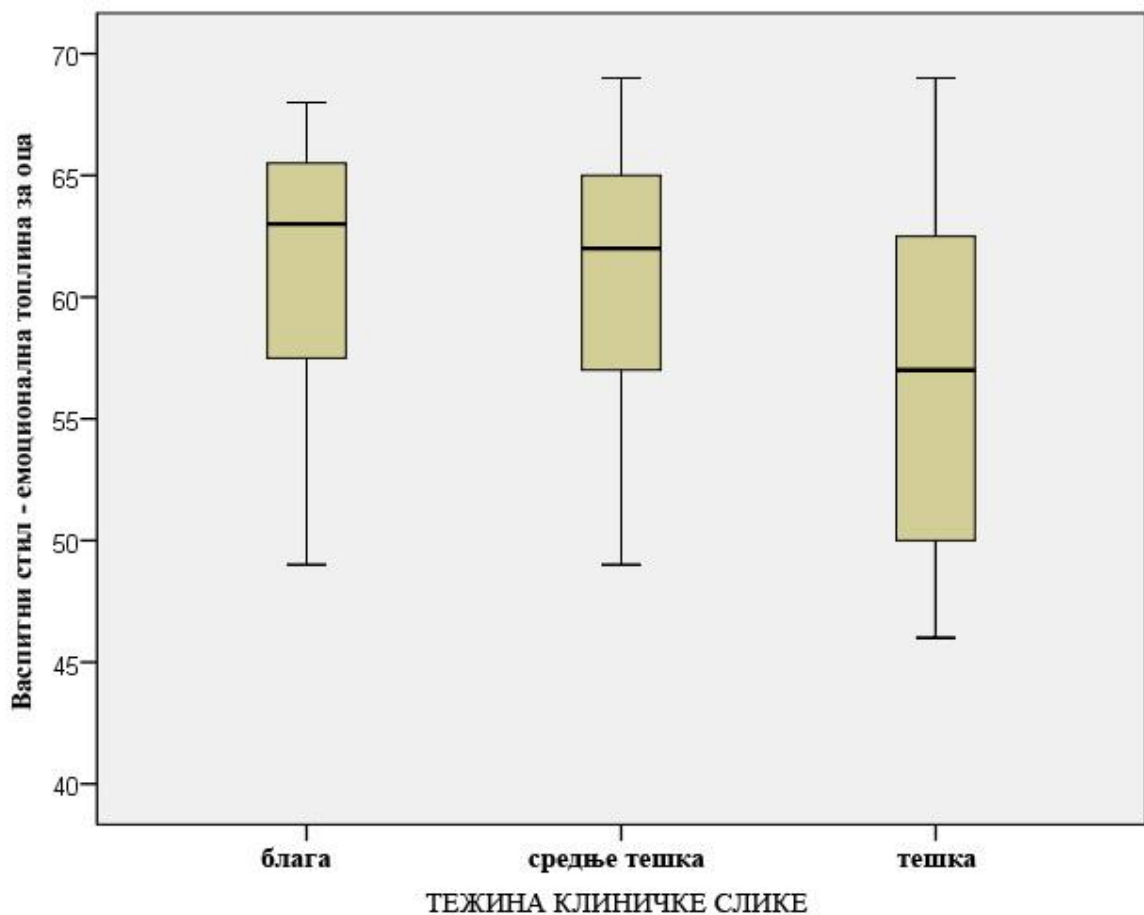
4.6.3. Васпитни стил - емоционална топлина за оца

Просечан скор за Васпитни стил - емоционална топлина за оца свих испитаника у истраживању износи $59,7 \pm 6,4$. Најнижа вредност износи 44,0 а највиша 69,0.

Табела 10. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - емоционална топлина за оца испитаника у истраживању

Васпитни стил - емоционална топлина за оца	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	61,2	5,4	63,0	49,0	68,0
средње тешка	37	60,4	6,3	62,0	44,0	69,0
тешка	20	56,6	7,0	57,0	46,0	69,0
Укупно	80	59,7	6,4	60,5	44,0	69,0

Графикон 8. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - емоционална топлина за оца испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - емоционална топлина за оца испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $61,2 \pm 5,4$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $60,4 \pm 6,3$; док је просечан скор за Васпитни стил - емоционална топлина за оца испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $56,6 \pm 7,0$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - емоционална топлина за оца између испитиваних група ($F=3,353$; $DF=2, 77$; $p=0,040$). Статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - емоционална топлина за оца постоји између испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са тешком ($p=0,049$). Између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - емоционална топлина за оца ($p=0,888$) као ни између испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса ($p=0,078$).

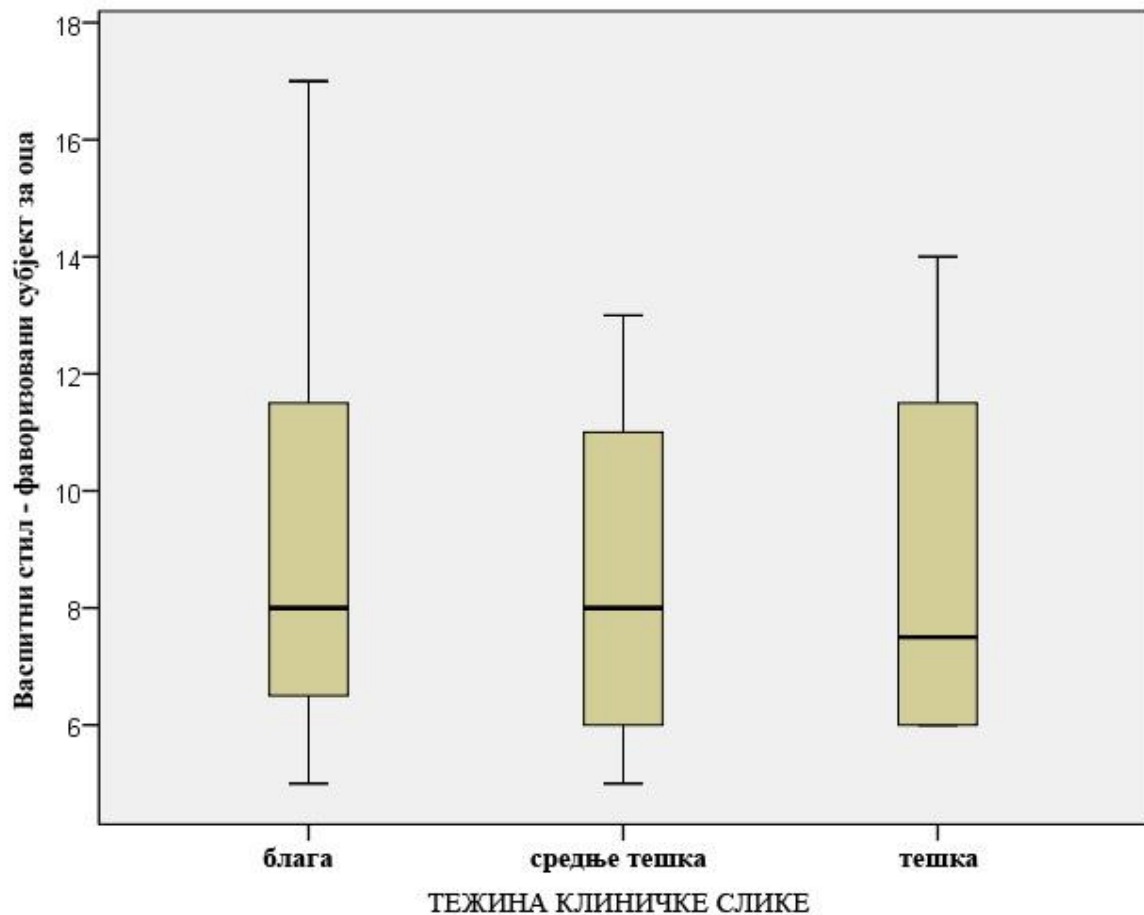
4.6.4. Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца

Просечан скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца свих испитаника у истраживању износи $8,6 \pm 2,9$. Најнижа вредност износи 5,0 а највиша 17,0.

Табела 11. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца испитаника у истраживању

Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	9,0	3,3	8,0	5,0	17,0
средње тешка	37	8,2	2,6	8,0	5,0	13,0
тешка	20	8,9	2,9	7,5	6,0	14,0
Укупно	80	8,6	2,9	8,0	5,0	17,0

Графикон 9. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $9,0 \pm 3,3$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $8,2 \pm 2,6$; док је просечан скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $8,9 \pm 2,9$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца између испитиваних група ($F=0,718$; $DF=2, 77$; $p=0,491$).

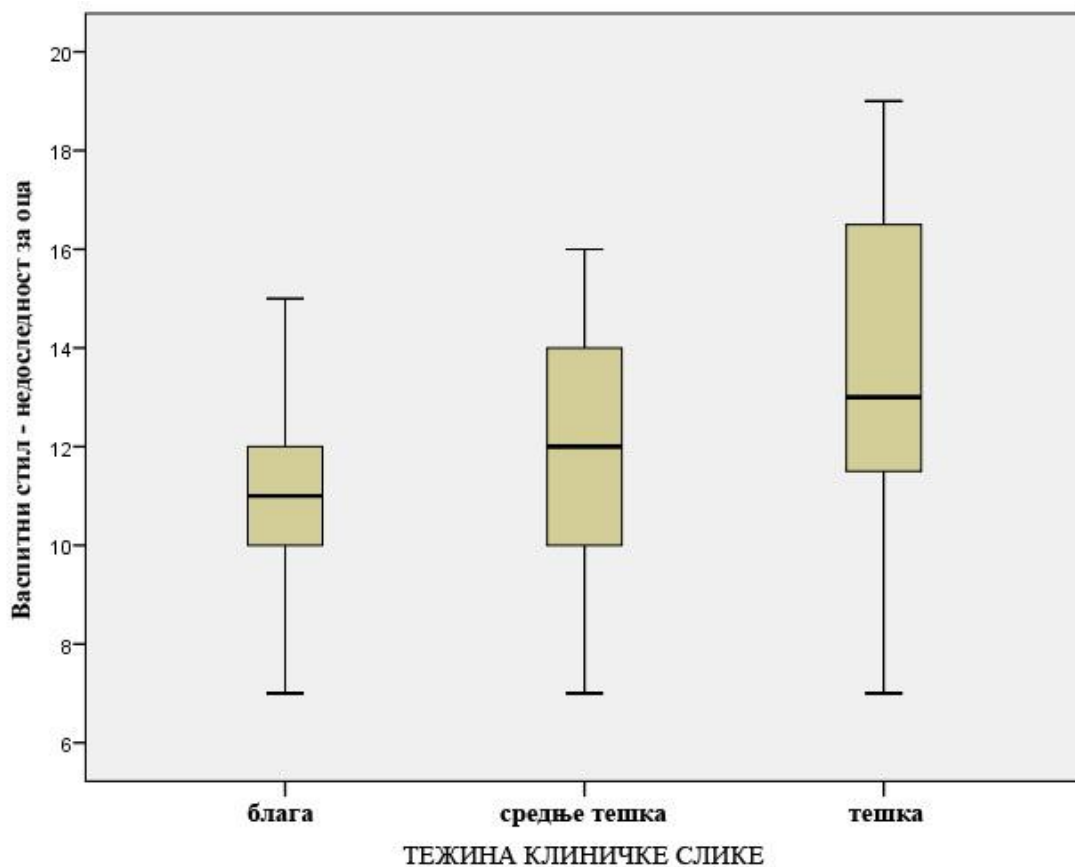
4.6.5. Васпитни стил - недоследност за оца

Просечан скор за Васпитни стил - недоследност за оца свих испитаника у истраживању износи $12,3 \pm 3,7$. Најнижа вредност износи 7,0 а највиша 26,0.

Табела 12. Просечне вредности скор за Васпитни стил - недоследност за оца испитаника у истраживању

Васпитни стил - недоследност за оца	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	11,1	2,4	11,0	7,0	17,0
средње тешка	37	12,2	3,7	12,0	7,0	26,0
тешка	20	13,9	4,4	13,0	7,0	25,0
Укупно	80	12,3	3,7	12,0	7,0	26,0

Графикон 10. Просечне вредности скор за Васпитни стил - недоследност за оца испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - недоследност за оца испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $11,1 \pm 2,4$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $12,2 \pm 3,7$; док је просечан скор за Васпитни стил - недоследност за оца испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $13,9 \pm 4,4$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - недоследност за оца између испитиваних група ($F=3,118$; $DF=2, 77$; $p=0,050$). Статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - недоследност за оца постоји између испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са тешком ($p=0,040$). Између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - недоследност за оца ($p=0,527$) као ни између испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса ($p=0,213$).

4.7 Васпитни стилови за мајку

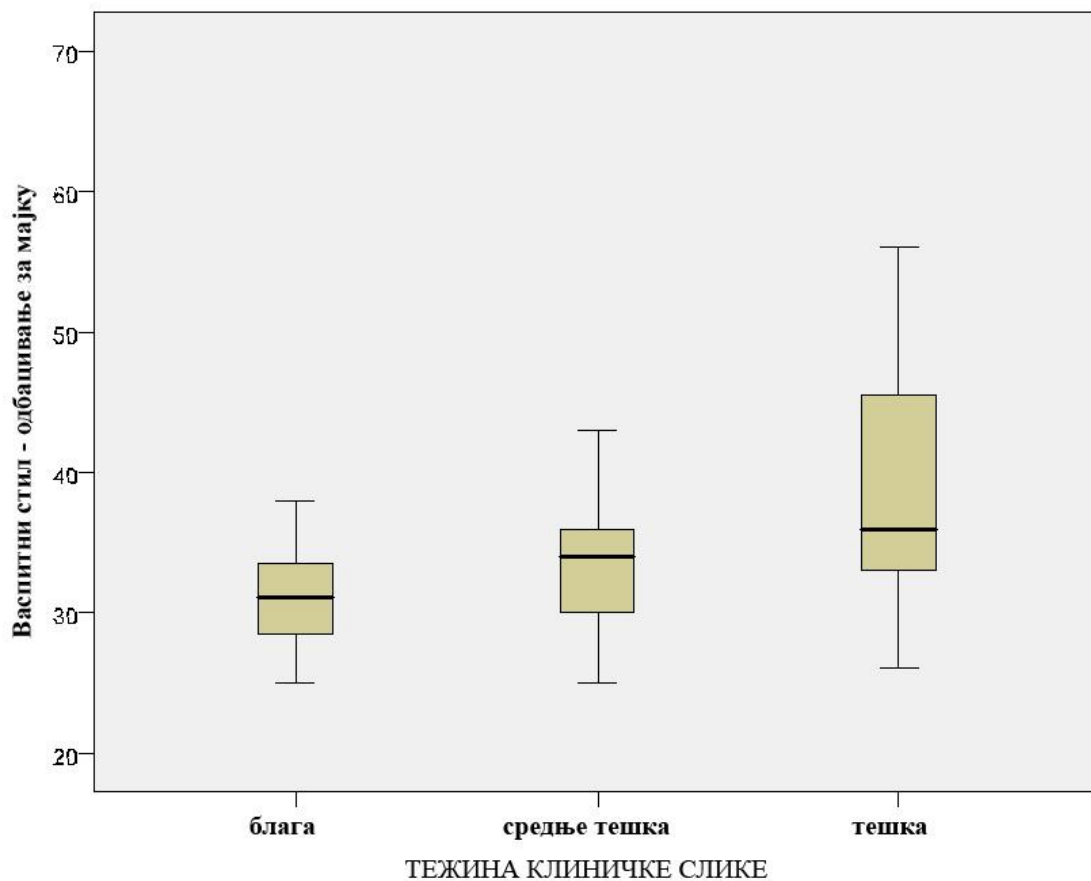
4.7.1. Васпитни стил - одбацивање за мајку

Просечан скор за Васпитни стил - одбацивање за мајку свих испитаника у истраживању износи $34,2 \pm 6,6$. Најнижа вредност износи 25,0 а највиша 65,0.

Табела 13. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - одбацивање за мајку испитаника у истраживању

Васпитни стил - одбацивање за мајку	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	31,3	3,6	31,0	25,0	38,0
средње тешка	37	33,2	4,3	34,0	25,0	43,0
тешка	20	39,3	9,5	36,0	26,0	65,0
Укупно	80	34,2	6,6	33,0	25,0	65,0

Графикон 11. Просечне вредности скорa за Васпитни стил - одбацивање за мајку испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике atopијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - одбацивање за мајку испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $31,3 \pm 3,6$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $33,2 \pm 4,3$; док је просечан скор за Васпитни стил - одбацивање за мајку испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $39,3 \pm 9,5$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - одбацивање за мајку између испитиваних група ($F=10,817$; $DF=2, 77$; $p<0,001$). Статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - одбацивање за мајку постоји између испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са благом ($p<0,001$) и средње тешком ($p=0,001$), док између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - одбацивање за мајку ($p=0,443$).

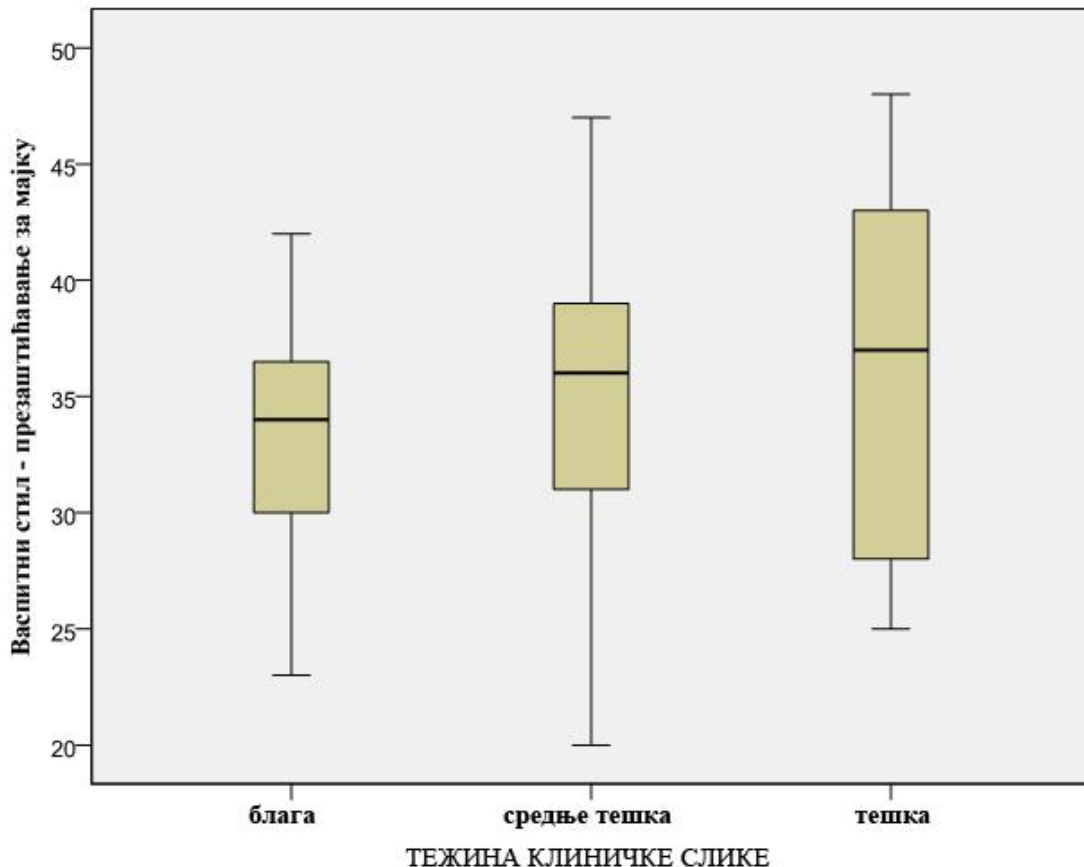
4.7.2. Васпитни стил - презаштићавање за мајку

Просечан скор за Васпитни стил - презаштићавање за мајку свих испитаника у истраживању износи $34,4 \pm 6,5$. Најнижа вредност износи 20,0 а највиша 48,0.

Табела 14. Просечне вредности скова за Васпитни стил - презаштићавање за мајку испитаника у истраживању

Васпитни стил - презаштићавање за мајку	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	33,0	5,6	34,0	23,0	42,0
средње тешка	37	34,6	6,3	36,0	20,0	47,0
тешка	20	35,8	7,7	37,0	25,0	48,0
Укупно	80	34,4	6,5	35,0	20,0	48,0

Графикон 12. Просечне вредности скова за Васпитни стил - презаштићавање за мајку испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - презаштићавање за мајку испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $33,0 \pm 5,6$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $34,6 \pm 6,3$; док је просечан скор за Васпитни стил - презаштићавање за мајку испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $35,8 \pm 7,7$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - презаштићавање за мајку између испитиваних група ($F=0,980$; $DF=2, 77$; $p=0,380$).

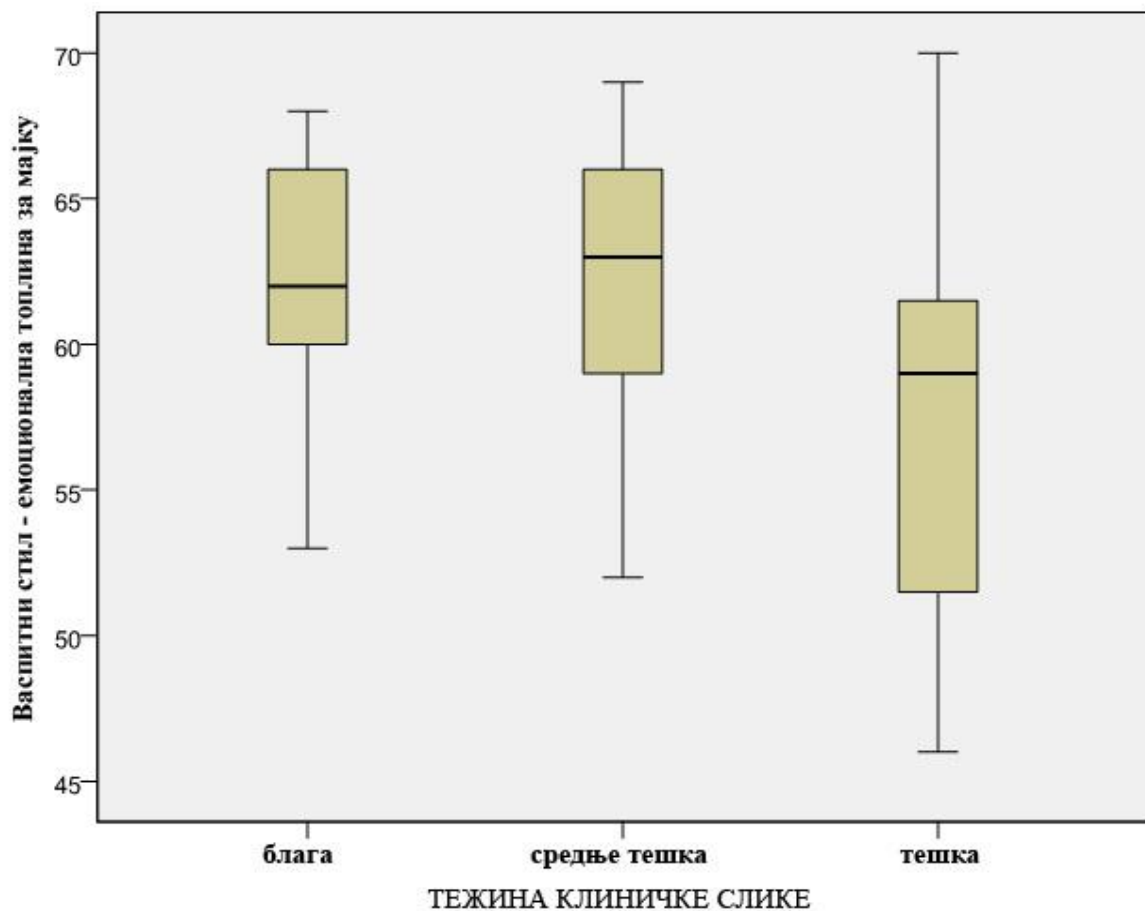
4.7.3. Васпитни стил - емоционална топлина за мајку

Просечан скор за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку свих испитаника у истраживању износи $61,0 \pm 5,5$. Најнижа вредност износи 46,0 а највиша 70,0.

Табела 15. Просечне вредности скова за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку испитаника у истраживању

Васпитни емоционална мајку	стил топлина за	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага		23	62,1	4,2	62,0	53,0	68,0
средње тешка		37	62,2	4,6	63,0	52,0	69,0
тешка		20	57,6	6,9	59,0	46,0	70,0
Укупно		80	61,0	5,5	61,5	46,0	70,0

Графикон 13. Просечне вредности скова за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $62,1 \pm 4,2$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $62,2 \pm 4,6$; док је просечан скор за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $57,6 \pm 6,9$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку између испитиваних група ($F=5,880$; $DF=2, 77$; $p=0,004$). Статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку постоји између испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са благом ($p=0,016$) и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса ($p=0,005$). Између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - емоционална топлина за мајку ($p=0,993$).

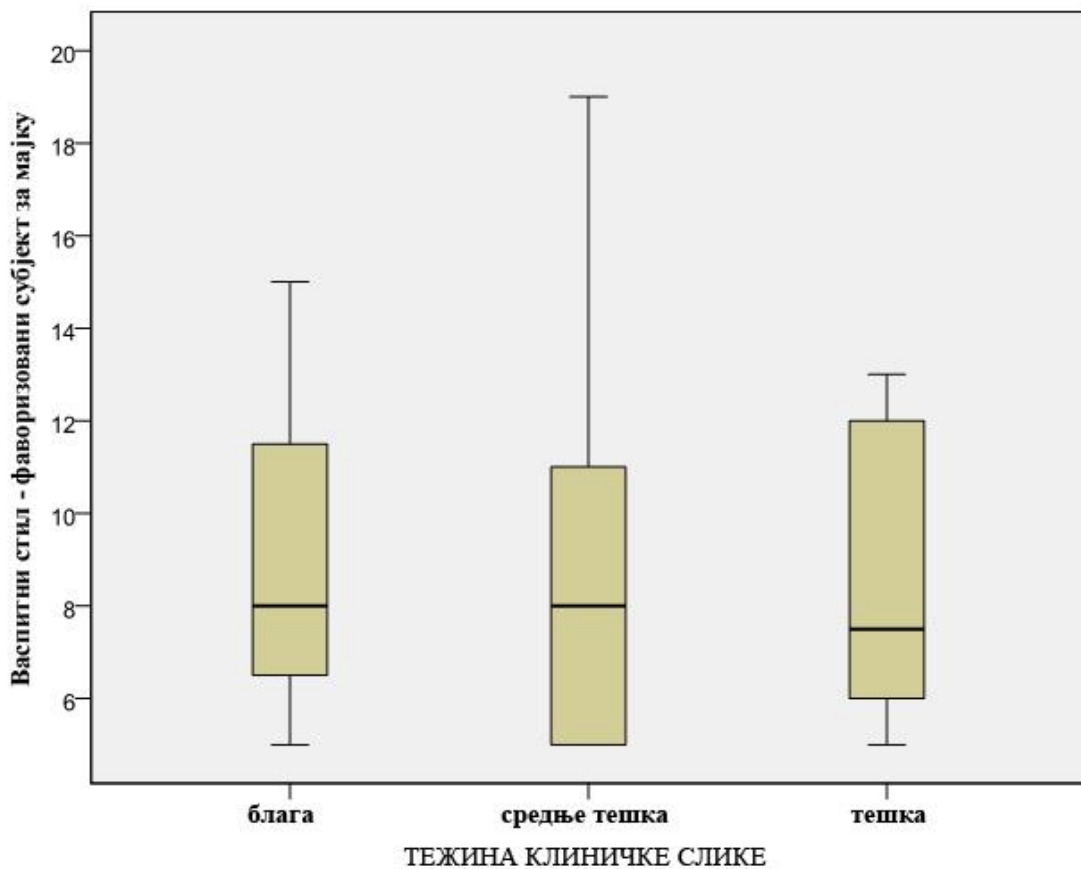
4.7.4. Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку

Просечан скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку свих испитаника у истраживању износи $8,8 \pm 3,2$. Најнижа вредност износи 5,0 а највиша 19,0.

Табела 16. Просечне вредности скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса

Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	9,0	3,2	8,0	5,0	15,0
средње тешка	37	8,6	3,3	8,0	5,0	19,0
тешка	20	8,9	3,1	7,5	5,0	13,0
Укупно	80	8,8	3,2	8,0	5,0	19,0

Графикон 14. Просечне вредности скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку испитаника у истраживању



Просечан скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $9,0 \pm 3,2$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $8,6 \pm 3,3$; док је просечан скор за Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $8,9 \pm 3,1$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку између испитиваних група ($F=0,109$; $DF=2, 77$; $p=0,897$).

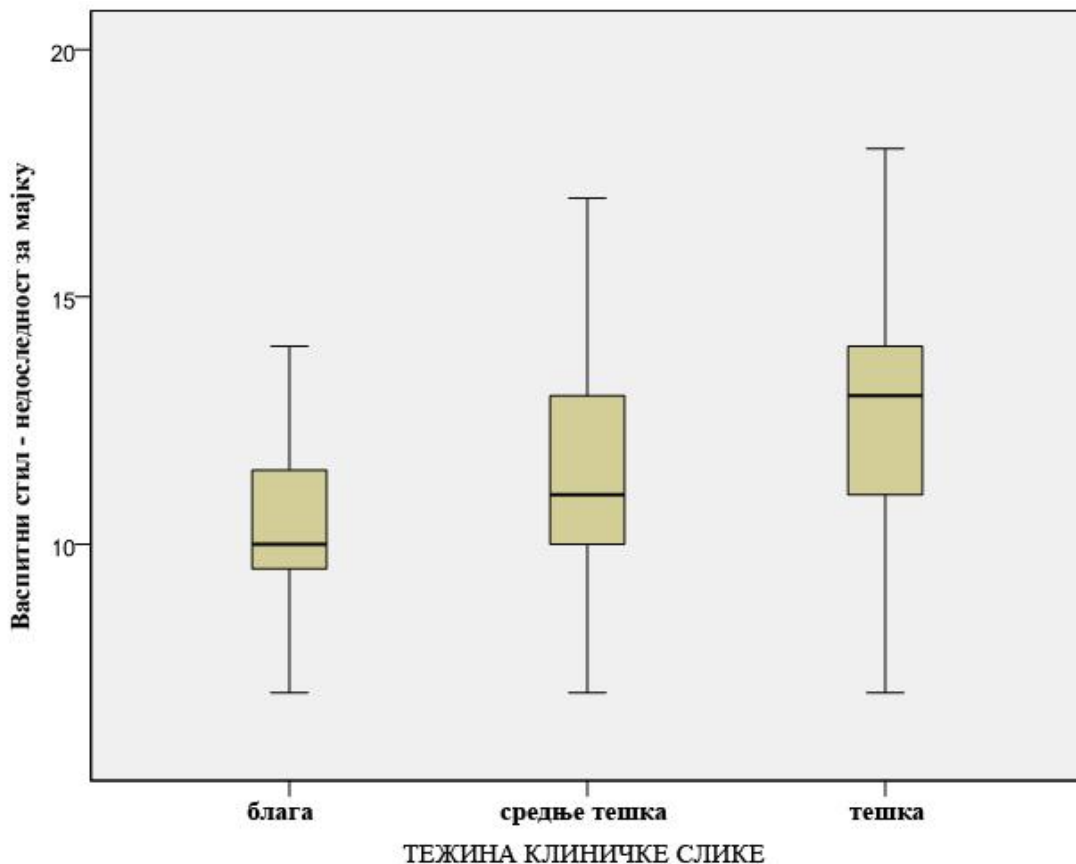
4.7.5. Васпитни стил - недоследност за мајку

Просечан скор за Васпитни стил - недоследност за мајку свих испитаника у истраживању износи $11,8 \pm 3,2$. Најнижа вредност износи 7,0 а највиша 23,0.

Табела 17. Просечне вредности скова за Васпитни стил - недоследност за мајку испитаника у истраживању

Васпитни стил - недоследност за мајку	n	\bar{x}	sd	med	min	max
блага	23	10,9	2,9	10,0	7,0	18,0
средње тешка	37	11,7	3,1	11,0	7,0	23,0
тешка	20	13,1	3,5	13,0	7,0	19,0
Укупно	80	11,8	3,2	11,0	7,0	23,0

Графикон 15. Просечне вредности скова за Васпитни стил - недоследност за мајку испитаника у истраживању у односу на тежину клиничке слике атопијског дерматитиса



Просечан скор за Васпитни стил - недоследност за мајку испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $10,9 \pm 2,9$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $11,7 \pm 3,1$; док је просечан скор за Васпитни стил - недоследност за мајку испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $13,1 \pm 3,5$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил - недоследност за мајку између испитиваних група ($F=2,594$; $DF=2, 77$; $p=0,081$).

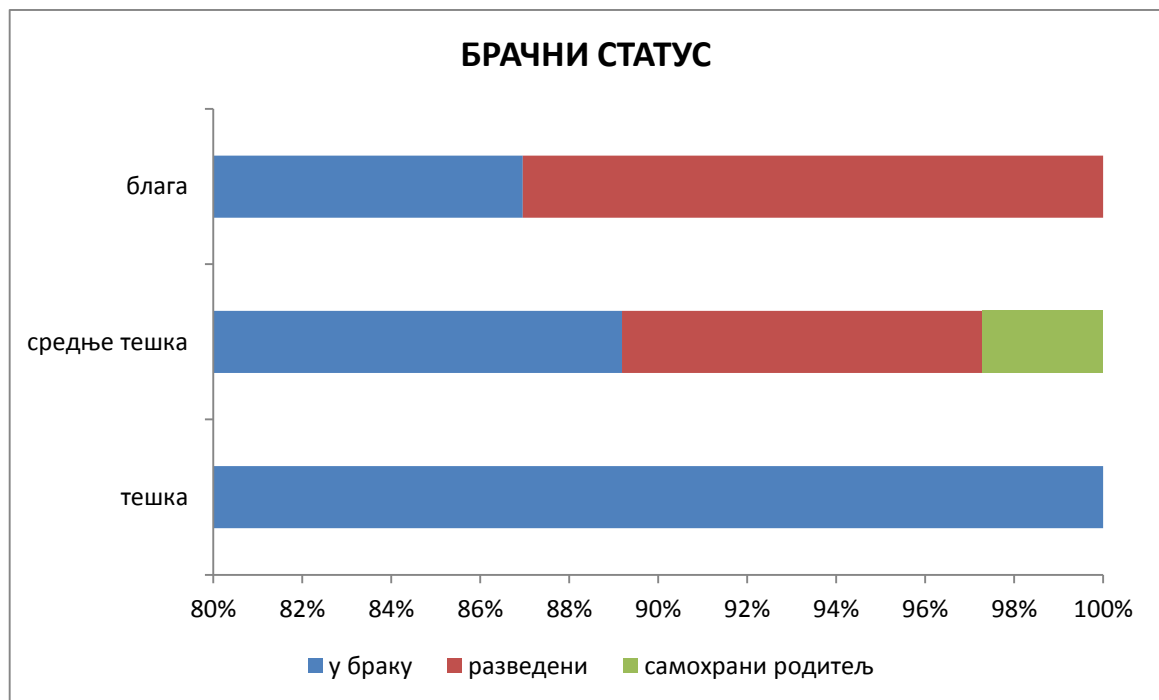
4.8 Брачни статус родитеља

Од укупног броја испитаника 73 (91,3%) је било у браку, 6 (7,5%) је било разведено а 1 (1,3%) је био самохрани родитељ.

Табела 18. Дистрибуција испитаника према брачном статусу родитеља у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

БРАЧНИ СТАТУС	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	n	%
у браку	20	87,0	33	89,2	20	100,0	73	91,3
разведени	3	13,0	3	8,1	0	0,0	6	7,5
самохрани родитељ	0	0,0	1	2,7	0	0,0	1	1,3
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 16. Дистрибуција испитаника према брачном статусу родитеља у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Испитаници са са благом, средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће потичу из породица које су у брачној заједници (87,0% према 89,2% према 100,0%, респективно).

Због малих учесталости појединих категорија није било могуће урадити hi-kvadrat тест.

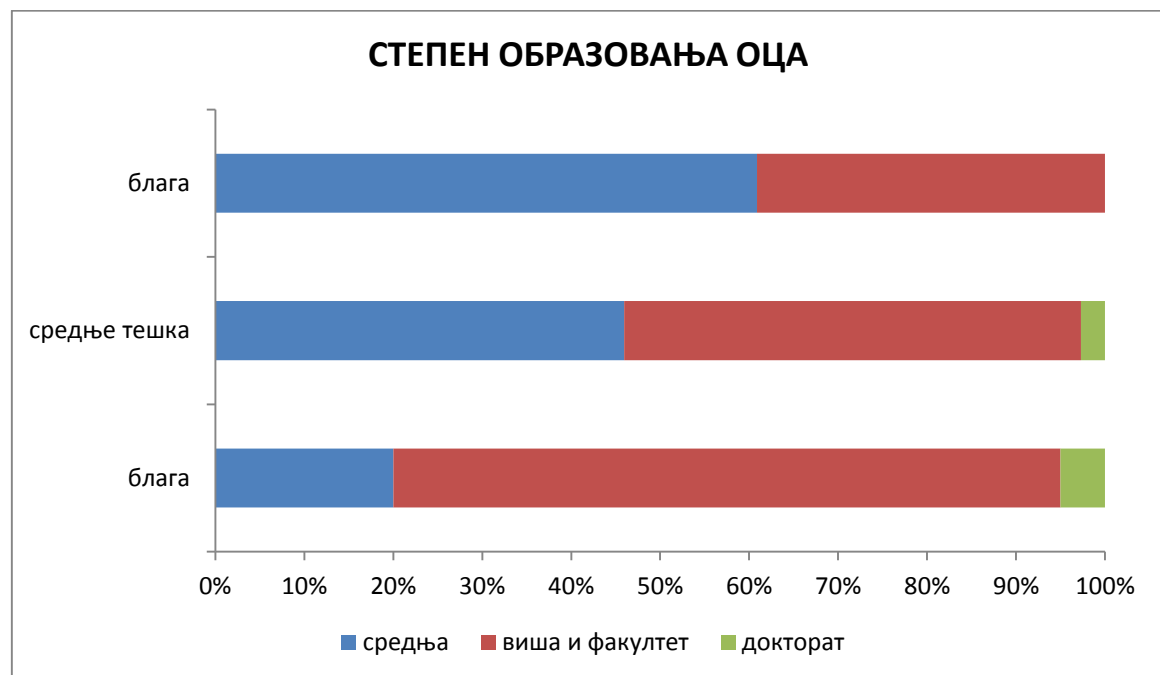
4.9 Степен образовања оца

Од укупног броја испитаника као степен образовања оца 35 (43,8%) је имало средњу, 43 (53,8%) је имало вишу и факултет а 2 (2,5%) је је имало докторат.

Табела 19. Дистрибуција испитаника према степену образовања оца у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

СТЕПЕН ОБРАЗОВАЊА ОЦА	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	n	%
средња	14	60,9	17	45,9	4	20,0	35	43,8
виша и факултет	9	39,1	19	51,4	15	75,0	43	53,8
докторат	0	0,0	1	2,7	1	5,0	2	2,5
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 17. Дистрибуција испитаника према степену образовања оца у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Степен образовања оца код испитаници са са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће је средња (60,9%), док је код испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће образовање оца био виша и факултет (51,4% према 75,0%, респективно).

Због малих учесталости појединих категорија није било могуће урадити hi-kvadrat тест.

4.10 Степен образовања мајке

Од укупног броја испитаника као степен образовања мајке 1 (1,3%) је имао основну, 36 (45,0%) је имало средњу, 41 (51,3%) је имало вишу и факултет а 2 (2,5%) је је имало докторат.

Табела 20. Дистрибуција испитаника према степену образовања мајке у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

СТЕПЕН ОБРАЗОВАЊА МАЈКЕ	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	n	%
основна школа	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3
средња	13	56,5	17	45,9	6	30,0	36	45,0
виша и факултет	8	34,8	20	54,1	13	65,0	41	51,3
докторат	1	4,3	0	0,0	1	5,0	2	2,5
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 18. Дистрибуција испитаника према степену образовања мајке у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Степен образовања мајке код испитаници са са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће је средња (56,5%), док је код испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће образовање мајке био виша и факултет (54,1% према 65,0%, респективно).

Због малих учесталости појединих категорија није било могуће урадити hi-kvadrat тест.

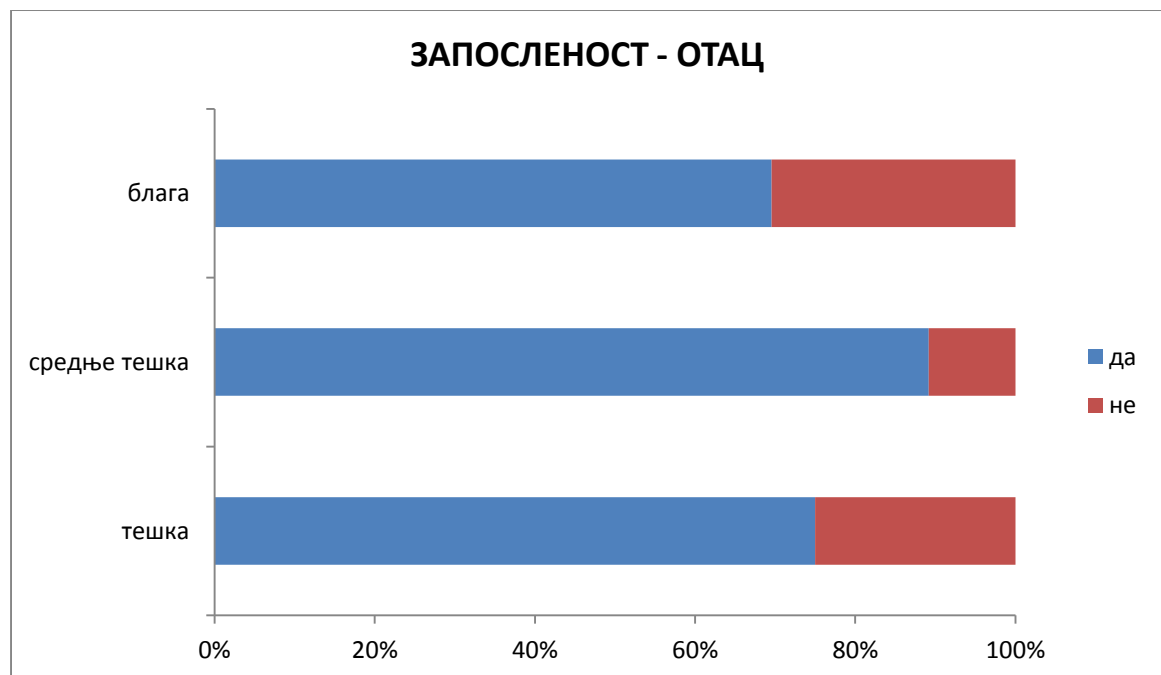
4.11 Запосленост - отац

Од укупног броја испитаника 64 (80,0%) је имало запосленог оца а 16 (20,0%) није.

Табела 21. Дистрибуција испитаника према запослености оца у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

ЗАПОСЛЕНОСТ ОТАЦ	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	п	%	п	%	п	%	п	%
да	16	69,6	33	89,2	15	75,0	64	80,0
не	7	30,4	4	10,8	5	25,0	16	20,0
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 19. Дистрибуција испитаника према запослености оца у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Испитаници са са благом, средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће потичу из породица где је отац запослен (69,6% према 89,2% према 75,0%, респективно).

Због малих учесталости појединих категорија није било могуће урадити hi-kvadrat тест.

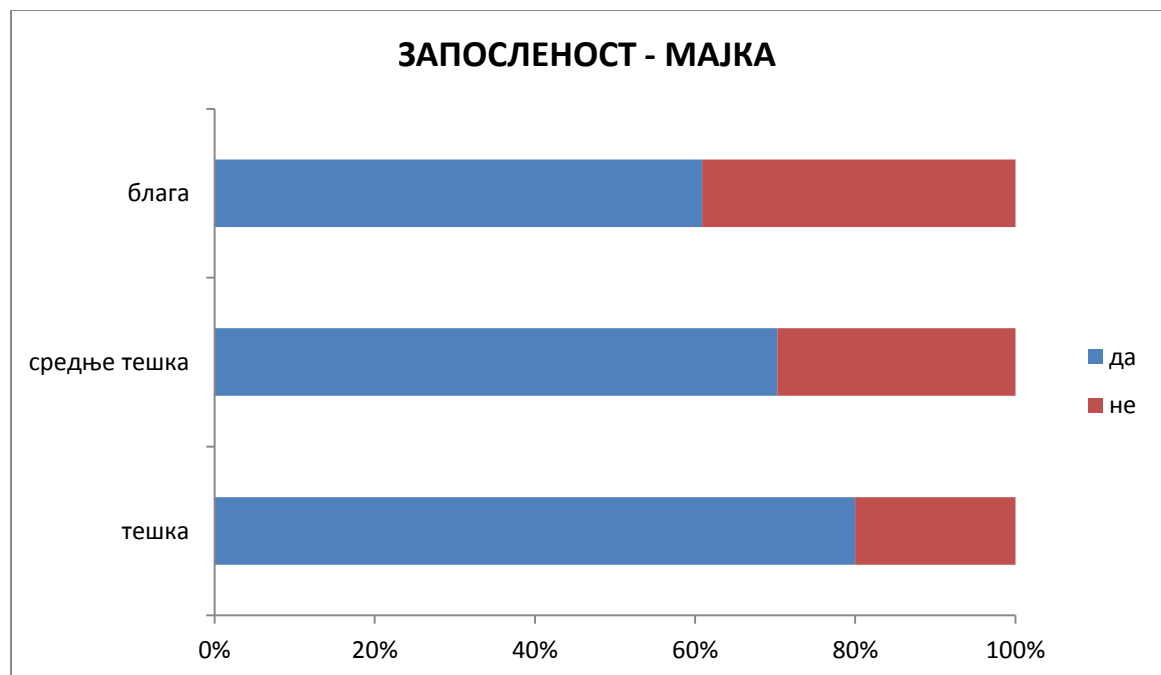
4.12 Запосленост - мајка

Од укупног броја испитаника 56 (70,0%) је имало запослену мајку а 24 (30,0%) није.

Табела 22. Дистрибуција испитаника према запослености мајке у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса

ЗАПОСЛЕНОСТ МАЈКА	блага		средње тешка		тешка		Укупно	
	п	%	п	%	п	%	п	%
да	14	60,9	26	70,3	16	80,0	56	70,0
не	9	39,1	11	29,7	4	20,0	24	30,0
Укупно	23	100,0	37	100,0	20	100,0	80	100,0

Графикон 20. Дистрибуција испитаника према запослености мајке у односу на степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса



Испитаници са са благом, средње тешком и тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће потичу из породица где је мајка запослен (60,9% према 70,3% према 80,0%, респективно).

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости запослености мајке између испитиваних група (hi -kvadrat=1,867; p =0,393).

4.13 Линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом

Табела 23. Линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом

Независна варијабла	B	beta	p
Пол	0,622	0,018	0,873
Старост	2,580	0,225	0,044
Скор за неуротицизам	1,614	0,620	<0,001
Васпитни стил - одбацивање за оца	1,232	0,498	<0,001
Васпитни стил - презаштићавање за оца	0,524	0,190	0,091
Васпитни стил - емоционална топлина за оца	-0,721	-0,270	0,016
Васпитни стил - фаворизовани субјект за оца	-0,039	-0,007	0,954
Васпитни стил - недоследност за оца	1,689	0,362	0,001
Васпитни стил - одбацивање за мајку	1,198	0,459	<0,001
Васпитни стил - презаштићавање за мајку	0,505	0,191	0,089
Васпитни стил - емоционална топлина за мајку	-0,994	-0,318	0,004
Васпитни стил - фаворизовани субјект за мајку	-0,033	-0,006	0,956
Васпитни стил - недоследност за мајку	1,944	0,365	0,001
Брачни статус	-1,605	-0,039	0,729
Степен образовања оца	9,276	0,294	0,008
Степен образовања мајке	6,896	0,230	0,040
Запослени отац	-1,127	-0,026	0,816
Запослена мајка	-5,267	-0,142	0,210

У простим линеарним регресионим моделима као статистички значајни предиктори SCORAD индекса добијене су варијабле: **Старост** (B=2,580; beta=0,225; p=0,044) при чему је већа старост повезана са већим вредностима SCORAD индекса; **Скор за неуротицизам** (B=1,614; beta=0,620; p<0,001) при чему је повећање скорa за неуротицизам повезано са повећањем SCORAD индекса; **Васпитни стил - одбацивање за оца** (B=1,232; beta=0,498; p<0,001) при чему је повећање скорa повезано са повећањем SCORAD индекса; **Васпитни стил - емоционална топлина за оца** (B=-0,721; beta=-0,270; p=0,016) при чему је повећање скорa повезано са смањењем SCORAD индекса; **Васпитни стил - недоследност за оца** (B=1,689; beta=0,362; p=0,001) при чему је повећање скорa повезано са повећањем SCORAD индекса; **Васпитни стил - емоционална топлина за мајку** (B=-0,994; beta=-0,318; p=0,004) при чему је повећање скорa повезано са смањењем SCORAD индекса; **Васпитни стил - недоследност за мајку** (B=1,944; beta=0,365; p=0,001) при чему је повећање скорa

повезано са повећањем SCORAD индекса; *Степен образовања оца* ($B=9,276$; $\beta=0,294$; $p=0,008$) при чему је већи степен образовања повезан са повећањем SCORAD индекса и *Степен образовања мајке* ($B=6,896$; $\beta=0,230$; $p=0,040$) при чему је већи степен образовања повезан са повећањем SCORAD индекса;

4.14 Вишеструка линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом

У мултипли регресиони модел су укључене варијабле које су у простим линеарним регресионим моделима биле значајне на нивоу од 0,05 и варијабле за које се на основу претходних истраживања или теоријског концепта очекује да могу бити значани предиктори.

Табела 24. Модел садржи 8 предиктора наведених у табели бр. 24 који су упоређени на 80 испитаника.

Независна варијабла	B	beta	p
Старост	0,404	0,035	0,710
Скор за неуротицизам	1,261	0,484	<0,001
Васпитни стил - одбацивање за оца	0,711	0,539	0,191
Васпитни стил - емоционална топлина за оца	-0,315	0,459	0,494
Васпитни стил - недоследност за оца	-0,318	0,659	0,631
Васпитни стил - одбацивање за мајку	-0,248	0,549	0,653
Васпитни стил - емоционална топлина за мајку	0,191	0,569	0,738
Васпитни стил - недоследност за мајку	0,625	0,711	0,383

Добијен је статистички значајан мултипли линеарни регресиони модел ($F=6,914$; $p<0,001$). Овим моделом објашњено је 43,8% укупне варијансе ($R^2=0,438$). Статистички значајне је варијабла *Скор за неуротицизам* ($B=1,261$; $\beta=0,484$; $p<0,001$) при чему је повећање скорa за неуротицизам повезано са повећањем SCORAD индекса;

4.15 Просечне вредности и одступања појединих скала у односу на родитеље

Табела 25. Просечне вредности и одступања појединих скала у односу на родитеље

Скала	Број ставки	Отац			Мајка			p
		x	sd	alfa	x	sd	alfa	
Одбацивање	25	33,6	6,9	0,81	34,2	6,6	0,77	0,073
Презаштићавање	15	33,4	6,2	0,66	34,4	6,5	0,68	0,007
Емоционална топлина	19	59,7	6,4	0,68	61,0	5,5	0,61	0,001
Фаворизовани субјект	5	8,6	2,9	0,46	8,8	3,2	0,55	0,128
Недоследност	7	12,3	3,7	0,66	11,8	3,2	0,61	0,083

На табели бр. 25 приказане су просечне вредности и одступања појединих скала за оца и мајку. Постоји статистички значајна разлика у просечним вредностима скорова за оца и мајку за скалу: Презаштићавање ($p=0,007$), Емоционална топлина ($p=0,001$). Не постоји статистички значајна разлика у просечним вредностима скорова за оца и мајку за скалу: Одбацивање ($p=0,073$), Фаворизовани субјект ($p=0,128$) и Недоследност ($p=0,083$).

Спонбаш алфа коефицијент за скалу Одбацивање износи 0,81 за оца и 0,77 за мајку; за скалу Презаштићавање износи 0,66 за оца и 0,68 за мајку; за скалу Емоционална топлина износи 0,68 за оца и 0,61 за мајку; за скалу Фаворизовани субјект износи 0,46 за оца и 0,55 за мајку и за скалу Недоследност износи 0,66 за оца и 0,61 за мајку.

5. ДИСКУСИЈА

На почетку истраживања пошли смо од идеје да утврдимо утицај родитељског понашања на тежину клиничке слике деце оболеле од атопијског дерматитиса, као и да пронађемо везу болести са појавом неуротицизма код исте деце.

Након спроведеног истраживања намеће се питање: до каквих смо сазнања дошли?

У теоријском делу овог истраживања речено је да је атопијски дерматитис је често, хронично, изразито запаљенско, пруригинозно обољење коже условљено генетском предиспозицијом, које углавном почиње у раном детињству и припада групи атопијских обољења заједно са алергијском астмом и алергијском кијавицом. Учесталост појаве болести је највећа у дечијем добу, са одрастањем учесталост обољевања се смањује тако да се 60% промена повлачи до пубертета, из тог разлога у нашем истраживању су учествовала деца узраста 8 до 13 година, просечна старост је 10,63 год.

Од укупног броја испитаника који су учествовали у студији нешто више су заступљене особе женског пола 52,5%, оне имају тежу клиничку слику и мушкарци 47,5%. Испитаници и мушког и женског пола најчешће имају средње тешку клиничку слику.

Према тежини клиничке слике атопијског дерматитиса оболела деца су подељена у три категорије и то 28,8% са благом, 46,3 % са средње тешком и 25% са тешком клиничком сликом.

Оболели од алергија често испољавају карактеристичан психолошки профил окарактерисан емоционалном нестабилношћу, анксиозношћу, депресијом. Емоционални стрес преципитира алергијске симптоме. У свом раду (27) аутори су сагледавањем скоријих проналазака на пољу повезаности анксиозности и хиперсензитивности у светлу психонеуроимунологије код атопичара утврдили да оболели од атопијског дерматитиса са емоционалним проблемима развијају зачарани круг између анксиозности и клиничких симптома. Стрес, који учестало и хронично погађа пацијенте са атопијским дерматитисом, подиже ниво анксиозности више него уобичајено индукујући Тх-2 одговор због дисрегулације неуроимунског система доводећи до погоршања симптома алергије (34).

У нама доступној литератури смо пронашли ретке радове у којима се истраживачи баве испитивањем психолошких карактеристика заједничких свој неуротској популацији, а примењених на оболелим од атопијског дерматитиса, болесницима са другим дерматолошким болестима и контролној групи здравих особа.

Резултати су показали да болесници оболели од атопијског дерматитиса су значајно другачије одговорили од осталих испитаника, што указује на поседовање карактеристичног психолошког профила (29).

Атопичари претендују да често буду у стању високе емоционалне нестабилности, неуротицизма, манифестне анксиозности, депресије.

Скорији подаци показују да су атопичари интелигентнији, стидљивији, сумњичавији, анксиозни, депресивни, емоционално мање стабилни и да показују веће интересовање за моћ и друштвени утицај (31, 32).

Наглашавамо да је повезивање црта личности са атопијским дерматитисом и даље тема оштрих дебата. Доступни подаци су претежно хетерогени и постоје извештаји који нису показали ову повезаност.

Углавном су се студије бавиле везом између анксиозности и озбиљности болести код атопичара (30) као и повезаношћу свраба као главног симптома атопијског дерматитиса и психолошког статуса оболелог (33).

Наш први задатак је био да пронађемо везу између тежине клиничке слике оболелих од атопијског дерматитиса и појаве неуротицизма.

Код наших испитаника биле су заступљене све три категорије неуротицизма, при чему је 13,8% имало исподпросечан неуротицизам, са просечно израженим неуротицизмом заступљено је 52,5% и то су углавном најчешће испитаници са благом и средње тешком клиничком сликом и 33,8% са тешком. Код испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса најчешће је у 70% присутан надпросечан неуротицизам. Ако погледамо просечан скор за неуротицизам свих испитаника у истраживању он износи $17,9 \pm 6,6$. Просечан скор за неуротицизам болесника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса износи $13,2 \pm 4,8$; са средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $17,6 \pm 5,7$; док је код болесника са најтежом клиничком сликом $24,0 \pm 5,0$. Уочава се статистички значајна разлика у просечном скору за неуротицизам између испитиваних група као и статистички значајна разлика у просечном скору за неуротицизам између испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са средње тешком ($p=0,006$) и тешком ($p<0,001$), као и испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом ($p<0,001$).

Овим смо дошли до закључка да са појавом теже клиничке слике атопијског дерматитиса долази до испољавања и неуротицизма као генералне склности да се доживе негативна осећања, што је SKORAD indeks већи то је вредност скорa за неуротицизам већа.

Последњих деценија фреквенција атопијског дерматитиса је значајно порасла тренутно са процењеном преваленцом од 15% до 24% у високо развијеним индустријализованим земљама. Данас атопијски дерматитис представља једну од најчешћих хроничних болести, при чему на њега отпада укупно 20% свих болесника

који се лече на дерматолошким одељењима. Иако атопијски дерматитис није болест која би угрозила болесников живот, атопијска симптоматологија, посебно тортуре свраба, осећај естетског недостатка, непредвидљивост појаве болести све више повећавају психолошки терет болесника и чланова најуже породице

У нашем истраживању појаву теже клиничке слике прати појава емоционалне нестабилност- неуротицизама, а то додатно оптерећује самог оболелог, његову породицу и нарушава негов квалитет живота и квалитет живота његове породице, отварајући могућност појаве нежељених исхода неуротицизма. Неуротицизам је повезан са широким спектром менталних поремећаја и физичким здравственим проблемима. Све у свему, постоје јаки докази из проспективних студија да је изражен неуротицизам повезан са нежељеним исходима. Заиста, он има за последице краћи, несрећнији и мање успешан живот.

Јасно је да постоји и генетски и утицај окружења на неуротицизам. Кад причамо о овој теми корисно је да разликујемо две врсте окружења. Заједничко окружење, мисли се на чланове уже породице и незаједничко окружење. У овом тренутку зна се врло мало о утицају заједничког и незаједничког окружења на неуротицизам. Претрага литературе није пронашла публиковане студије које проспективно повезују родитељство у детињству са каснијим неуротицизмом. Ретроспективне студије би биле корисне за стварање хипотезе о потенцијалном утицају околине на личност, али оне су подложне могућој пристрастности при сећању (65).

Други циљ овог истраживања био је да се испита повезаност између атопијског дерматитиса и тежине обољења, с једне, и васпитних стилова родитеља, с друге стране, заправо који васпитни стил погодује појави блаже клиничке слике.

Посебно је упоређивано пет васпитних стилова (одбацивање, презаштићавање, емоционална топлина, фаворизовани субјект, недоследност) за оца, а посебно за мајку. У истраживању смо се служили ЕМБУ скалом која је у употреби од 1983 године и у више наврата је модификована. Рађена је студија са циљем да се анализирају психометријске карактеристике различитих верзија ЕМБУ. Фактор структуре упитника је био испитан преко више истраживачких и потврђујућих процедура у циљу одређивања која верзија одговара боље одговара подацима (57). Ми смо се користили ЕМБУ од 64 ставки која је показала различитим студијама њену попречно-културолошку стабилност. Ова верзија је узимана као основа за развијање различитих упитника за децу, адолесценте и родитеље (58).

Наглашавам да су у нашем истраживању учествовала деца од 8 до 13 година без присуства родитеља, уз присуство клиничког психолога, тако да су одговори аутентични и дати без икакве сугестије са стране. Углавном се у истраживањима информације о искуствима из детињства, посебно о родитељском одгојном понашању добијају од одраслих индивидуа, те су ови подаци искључиво ретроспективни јер је по природи укључена субјективност (60).

Анализирајући податке добијене истраживањем посебно су се издвојила два васпитна стила: васпитни стил-одбацавање за оца и мајку и васпитни стил емоционална топлина за оца и мајку.

Просечан скор за Васпитни стил-одбацавање за оца свих испитаника у истраживању је $33,6 \pm 6,9$. Док је просечан скор за Васпитни стил - одбацавање за оца испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $39,1 \pm 9,8$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-одбацавање за оца између испитиваних група и то између испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са благом и средње тешком клиничком сликом. Линеарном регресијом је утврђено да повећање скорa за Васпитни стил-одбацавање за оца је повезано са повећањем SCORAD индекса, што значи да очеви код којих доминира овакав начин васпитања директно утичу на погоршање дечије болести.

Просечан скор за Васпитни стил-одбацавање за мајку свих испитаника у истраживању износи $34,3 \pm 6,6$., просечан скор за Васпитни стил-одбацавање испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $39,3 \pm 9,5$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-одбацавање за мајку између испитиваних група и то између испитаника са тешком клиничком сликом атопијског у односу на испитанике са благом и средње тешком клиничком сликом, док између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-одбацавање за мајку. Линеарном регресијом је и код мајки у чијем васпитању преовлађује одбацавање утврђено је да повећање просечаног скорa за дати васпитни стил прати повећање SCORAD индекса, што значи да одбацавање од стране мајке и неприхватање болесног детета по добијеним резултатима овог истраживања доводи до погоршања болести.

Рођење детета у породици је углавном велики извор радости, стварања нових осећања, што доводи до формирања породице у правом смислу и развијања основног породичног осећања које карактерише нежан, брижан и заштитнички став. Међутим, рођење детета са атопијским дерматитисом који може да се јави врло рано, у првим месецима дечјег живота представља снажан изазов, али и претњу читавом породичном систему. Захтеви који се постављају пред родитеље и остале чланове породице су велики и могу сваког од њих појединачно или заједно да уздрмају.

Поставља се питање спремности родитеља да се уклопе у дату породичну ситуацију и да пруже адекватну подршку и негу оболелом детету.

Родитељи, нарочито мајке оболеле деце у чијем васпитању доминира одбацавање, доживљавају дете које је болесно као претешку обавезу, зато ће настојати да га удаље од себе, из породичног окружења и да га што пре осамостале. Атопском детету је неопходна перманентна нега, редовна примена опште и локалне терапије више пута у току дана, честе посете дерматологу и педијатру, појачан хигијенски

третман како оболелог детета, тако и простора у коме дете борави, посебно прилагођена гардероба оболелој кожи... Непредвидљивост болести у смислу ненајављене појаве налета болести, као и јачине лезија, присуство свраба који ремети сан намећу потребу одсуствовања детета из обданишта или школе, а обавезује мајку да буде уз дете одсуствујући са посла.

Знајући да је атопијски дерматитис заступљенији у породицама са вишим стандардом, који подразумева свакодневно радно ангажовање на добро плаћеним и захтевним радним местима, разумљиво је да такав родитељ забринут за своје радно место и своје понашање манифестује кроз сталан критички однос према детету, задајући му бројне захтеве и задатке, неразумевајући дечије понашање, непоштујући дечије потребе, строго кажњавајући, застрашујући, отворено испољавајући негативна, а неиспољавајући топла позитивна осећања. Код овог родитељског понашања емотиван однос са дететом је сиромашан или потпуно недостаје.

Последица родитељског избегавања детета је да оно постаје неспособно за успостављање трајних емотивних веза и непријатељски настројено према својој околини, што касније отежава успостављање блиских односа са другим људима.

Избегавање детета може бити: од стране оба родитеља, само једног родитеља. Ми смо нашим истраживањем показали да не постоји статистички значајна разлика у просечним вредностима скорова за Васпитни стил-одбацивање за оца и за мајку, то указује да се оба родитеља понашају одбацујући према детету. Код оваквих породица дете може да испољава снажну потребу за прихваћеношћу од стране чланова разних група, трагајући стално за новим пролазним везама.

Дете из породице где преовладава васпитни стил-обацивање се буквално осећа одбачено од својих родитеља, постаје огорчено, љуто, страхујући од нових одбацивања. Нека од њих се емотивно повлаче, а нека развијају одбрамбену независност. У појединим случајевима такво дете дете је апатично, мање толерантно на стрес, мање емотивно стабилно од деце која су прихваћена. У неким студијама је наћен позитиван однос између одбацујућег и хладног одгоја у једну руку и симптома анксиозности код деце у другу. Једна од њих је спроведена у Холандији и у њој је учествовало 1681 дете (59).

Ронер, творац читаве теорије родитељског прихватања и одбацивања PART (Parental Acceptance and Rejection Theory) је развио читав низ техника, интервјуа, упитника за процењивања обацивања, прихватања, које могу попуњавати само деца, само родитељи или/и деца и родитељи. Он је приоритет давао дечијем доживљавању, јер је сматрао да најјезгровитије ефекте на развој детета има првенствено одбацивање, уколико дете опажа родитељско понашање као такво. Становиште да одбацивање може узроковати читав низ клиничких поремећаја од разних алергијских манифестација, астме, психосоматских тешкоћа, поремећене телесне стабилности, поремећаја понашања, проблема у школи, муцања, па до неуроza и чак шизофреније потврђено је истраживањима у америчким студијама (67,68).

Неуротицизам корелира са одбацујућим васпитним стилем. Одбацивање родитеља може оставити јако негативне последице на развој личности, јер игнорисање дететових потреба, ускраћивања љубави и тоpline резултира дечијим незадовољством и временом може довести до неуротичних испољавања и/или понашања које карактерише научена беспомоћност (69).

Презаштићивање детета може имати изузетно негативне последице по развој детета. Родитељи су стално забринути за дете, преувеличавају и најмање проблеме са којима се дете суочава, контролишу га, често све раде уместо детета. Овакво родитељско понашање указује на несигурност родитеља и на начин опхођења са дететом. Такво дете је навикнуто да зависи од других, несигурно је у себе и развија пасивно-зависне облике понашања, научену беспомоћност и неуротицизам.

Просечан скор за Васпитни стил-презаштићивање за оца свих испитаника износи $33,4 \pm 6,2$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за васпитни стил-презаштићивање за оца између испитиваних група.

Просечан скор за Васпитни стил-презаштићивање за мајку свих испитаника у истраживању износи $34 \pm 6,5$. Код мајки са овим стилем васпитања као и код очева код којих доминира овај стил понашања нема статистички значајне разлике између испитиваних група.

Намеће се закључак да васпитни стил презаштићивања оца или мајке не корелира са тежином клиничке слике атопијског дерматитиса али постоји статистички значајна разлика у просечним вредностима скорова за оца и мајку

Просечан скор за Васпитни стил-емоционална топлина за оца свих испитаника у истраживању износи $59,7 \pm 6,4$, док је просечан скор за Васпитни стил емоционална топлина за оца испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса $60,4 \pm 6,3$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-емоционална топлина за оца између испитаника са благом клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са тешком клиничком сликом, при чему је повећање скорa повезано са смањењем SCORAD индекса.

Просечан скор за васпитни стил-емоционална топлина за мајку свих испитаника у истраживању износи $61,0 \pm 5,5$. Просечан скор за Васпитни стил-емоционална топлина за мајку испитаника са благом клиничком сликом је $62,1 \pm 4,2$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-емоционална топлина за мајку између испитиваних група и то између испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса у односу на испитанике са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса, док између испитаника са благом и средње тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-емоционална топлина за мајку. Ово указује на чињеницу да што је скор већи SCORAD индекс је мањи и болест блажа.

Родитељи болесног детета код којих у васпитању доминира емоционална топлина својим понашањем значајно утичу на појаву блаже клиничке слике, мада постоји значајна разлика у просечним вредностима скорова за оца и мајку, скорови су виших вредности код мајке што је донекле и разумљиво. Пожељно је да у развоју и васпитању дете има истоветно интересовање и за оца и за мајку. Животне околности, болести, ометени телесни развој доприноси да мајка више брине о детету, што понекад може да формира дистанцу између детета и оца, а то може отежати дечије укључење у заједницу. Улога мајке је да успостави чврсту везу између себе и детета, да интресовање детета прошири на оца и околину, а очев задатак је да спречи мајчино презаштићивање детета које одраста и осамостаљује се.

Родитељи у чијем васпитању доминира топлина показују: искрено испољавање љубави према детету, пријатност и задовољство у дружењу са њим, јавно исказивање похвала, допуштање емотивне независности детета, уважавање и задовољавање основних дечијих потреба, развијање код детета осећање сигурности и задовољства због сопственог постојања (40). Кроз овакво понашање родитељи прихватају дете, његову нарав, спољашњи изглед, интелектуалне могућности па и његову болест. Сарадња са дететом се остварује кроз разна чињења и учествовања у свему што дете ради и што је у вези са њим, било да је реч о игри, учењу, куповини ствари за дете. Наравно, то не значи да се детету не упућује критика и прекор, али ни тад не заборављајући да се уважи дечија личност. У породици где се осећа присуство родитеља и њихово занимање за дете и оно што се дешава у његовом животу, дете се осећа прихваћено од родитеља, добро је расположено, весело, динамично, умиљато, осећајно, храбро да се суочи са болешћу и емоционално стабилно. Физичке нежности, задовољење хигијенско-терапијских потреба, повремено климатско лечење које захтева сама болест, побољшавају ток и стање болести и превенирају појаву негативних исхода.

Родитељски стил у коме доминира фаворизовање детета у односу на другу децу, дајући му више права, што утиче на контролу над дететом. Контрола може бити мања и дете, с обзиром на непостављање граница постаје бахато неводећи рачуна о другима. Сходно томе, код „ фаворита“ се развија антисоцијално, бунтовничко понашање, које може да води у неуротицизам. У случају да је контрола повећана од детета се очекује да буде изнадпросечно на једном или више животних поља. У нашем истраживању добили смо следеће:

Просечан скор за Васпитни стил-фаворизовани субјект за оца свих испитаника у истраживању износи $8,6 \pm 2,9$. На постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил- фаворизовани субјект за оца између испитиваних група.

Просечан скор за Васпитни стил-фаворизовани субјект за мајку свих испитаника у истраживању износи $8,8 \pm 3,2$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-фаворизовани субјект за мајку између испитиваних група.

Закључујемо из предходног да Васпитни стил-фаворизовани субјект који одликује оба родитеља не утиче на клиничку слику оболелог од атопијског дерматитиса.

Недоследност родитеља подразумева опречности у начину опхођења према деци, то је склоност родитеља да се од ситуације до ситуације различито понашају. Понашање родитеља не зависи од детета, већ од других спољашњих фактора који утичу на расположење родитеља. Ово уноси конфузију и збуњеност код деце, јер она не знају да ли ће бити кажњена или награђена за одређени поступак, а при том она мисле да немају никаквог утицаја на оно што им се дешава. Дете је несигурно у погледу родитељског очекивања, препуштају се судбини, не водећи много рачуна о друштвеним последицама

Просечан скор за Васпитни стил-недоследност за оца свих испитаника у истраживању је $12,3 \pm 3,7$ а скор испитаника са тешком клиничком сликом атопијског дерматитиса $13,9 \pm 4,4$. Постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-недоследност за оца између испитиваних група. Статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-недоследност за оца постоји између испитаника са благом клиничком сликом у односу на испитанике са тешком клиничком сликом, при чему је повећање скорa повезано са повећањем вредности SCORAD индекса .

Просечан скор за Васпитни стил-недоследност за мајку свих испитаника у истраживању $13,1 \pm 3,5$. Не постоји статистички значајна разлика у просечном скору за Васпитни стил-недоследност за мајку између испитиваних група.

Повезаност социо-економских чинилаца и васпитних ставова је велика. Социо-економски фактори, преко односа родитељ-дете посредно остварују свој утицај. Још су Lazarele и Petterson пре неколико деценија указивали да родитеље лошијег економског статуса карактеришу слабије родитељске вештине него родитеље бољег економског стања, делом зато што имају више стреса и имају мање ресурса него родитељи бољег економског статуса. Озбиљне социоекономске тешкоће видно смањују капацитет за подражавајуће, укључено, доследно родитељство (70).

Образовање родитеља у вези је са матерјалним статусом породице, као и са приступом васпитавању деце.

У породицама где су оба родитеља запошљена на радним местима која обезбеђују економску сигурност и успешну друштвену интеграцију, оболело дете одраста у опуштеној средини, са мање конфликтних ситуација уз могућност адекватне неге и лечења. Међутим, образовање, занимање, новчана примања и васпитање су међусобно испреплетани, али као и већина психолошких параметара нису у линеарном односу. Многи интелектуалци одбацују или презаштићују своју децу, а мање образовани родитељи следећи неки природни инстинкт посвећују својој деци пуну љубав, топлину и пажњу.

Ако је у породици изражена оскудица родитељи су несигурни, осећају се немоћним да помогну свом детету и то преносе на своју децу. Њихова деца због тога могу да трпе у смислу неадекватне и недовољне неге, терапије и сама могу бити несигурна. Тако се на изванредан начин учвршћује већ постојећи друштвени статус.

Најчешћи ниво образовања родитеља код испитаника са благом клиничком сликом је средња школа, а код испитаника са средње тешком и тешком клиничком сликом најчешћи ниво образовања оца и мајке је виша школа и факултет.

Од оболелих 80% је имало запошљеног оца, а 70% је имало запошљену мајку. Испитаници са благом, средње тешком и тешком клиничком сликом најчешће потичу из породица где су запошљени родитељи.

Од укупног броја испитаника у комплетним породицама живело је 73, у породицама са разведеним родитељима 6, а 1 испитаник је живео са самохраним родитељем. Испитаници са свим степенима клиничке слике потичу из породица које су у брачној заједници.

Подаци у студији су добијени од испитаника са територије града Крагујевца, што не значи да смо истраживање спровели на другој територији, са другим културолошким, националним обележјима не би добили другачије резултате. У неким студијама се и предлаже психолошко посматрање становништва на различитим територијама, као и спровођење тестирања код здраве популације (59).

На основу претходних истраживања и теоријских концепта упоредили смо осам предиктора на 80 испитаника и то старост, скор за неуротицизам, и скорове за васпитне стилове, одбацивање, емоционална топлина и недоследност за оца и за мајку и овим мултиплим линеарним регресионим моделом објашњено је 43,8% укупне варијансе, и утврђено да је значајна варијабла скор за неуротицизам при чему је његово повећање повезано са повећањем SCORAD индекса.

У простим линеарним регресионим моделима као статистички значајни предиктори SCORAD индекса добијене су варијабле: Скор за неуротицизам, при чему је његово повећање повезано са повећањем SCORAD индекса; скорови за васпитни стил, одбацивање, недоследност за оца и за мајку, својим повећањем су повезане са повећањем SCORAD индекса. Скор за васпитни стил, емоционална топлина и за оца и за мајку при чему је повећање скор повезано са смањењем SCORAD индекса. Степен образовања оца и мајке је повезан са повећањем SCORAD индекса.

6. ЗАКЉУЧЦИ

На основу анализе добијених резултата може се закључити:

1. Сви испитаници у нашем истраживању имали су неки степен тежине неуротицизма. Најчешће заступљен је био просечан неуротицизам.
2. Тешку клиничку слику атопијског дерматитиса пратио је натпросечан степен тежине неуротицизма.
3. Васпитни стилови, одбацивање и недоследност за оца утичу директно на погоршање клиничке слике атопијског дерматитиса, док на појаву блаже клиничке слике утиче васпитни стил којим доминира емоционална топлина и прихватање детета.
4. Васпитни стилови, одбацивање и недоследност за мајку утичу директно на погоршање клиничке слике атопијског дерматитиса, док на појаву блаже клиничке слике утиче васпитни стил којим доминира емоционална топлина и прихватање детета.
5. Васпитни стилови одбацивање, недоследност за оца утичу на појаву неуротицизма, а васпитни стил емоционална топлина за оца утичу на појаву емоционалне стабилности.
6. Васпитни стилови одбацивање, недоследност за мајку утичу на појаву неуротицизма, а васпитни стил емоционална топлина за мајку утичу на појаву емоционалне стабилности.
7. Степен образовања оца и мајке су у директној вези са тежином атопијског дерматитиса при чему, је већи степен образовања повезан са повећањем SCORAD индекса.
8. На основу добијених података у истраживању и теоријских разматрања предлажемо унапређење терапијског програма за атопијски дерматитис, допуњавањем уобичајених дијагностичких процедура психолошким тестирањем и следственом психотерапијом. Предлажемо да се у тим дерматолог-педијатар укључи и клинички психолог.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. The Atopic Diseases. In: Daniel P. Stites, Abba I. Terr, Tristram G. Parslow. Medical immunology. Ninth edition, Appleton & Lange, 1997: 389-407.
2. Coca AF et al: On the classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J Immunol* 1923; 8: 163.
3. Von Hebra H. Dermatomycosis diffusa flexorum. In: Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit ihrer Beziehungen zu der Krankheitsarten des Gesamtorganismus. Wreden, Baunschweig, 1884.
4. Brocq L et al. Notes pour servir a l'histoire des neurodermites, du lichen circumscriptus des anciens auteurs, ou lichen simplex chronique de M. *Ann Dermatol Syphiligr* 1891; 2: 97.
5. Besnier E. Première note et observations préliminaires pour servir d'introduction a l'étude diathésique. *Ann Dermatol Syphiligr* 1892; 4: 634.
6. Wise F, Sulzberger MB. Dermatology and syphilology (editorial). Chicago: Year Book, 1933: 31-70.
7. Hypersensitivity –Type I. In: Roitt J, Brostoff J, Male D. Immunology. Fourth edition, Mosby, 1998: 22.1-22.6.
8. Marsh DG, Meyers DA, Bias WB. The epidemiology and genetics of atopic allergy. *N Engl J Med* 1981; 305:1551-1559.
9. Павловић МД, Карадаглић Ђ. Атопијски дерматитис, Карадаглић Ђ, едитор. Дерматологија. Београд: Војноиздавачки завод – Верзал пресс, 2000:1278-1326. Atopijski dermatitis, Karadaglić Đ, editor. Dermatologija. Beograd: Vojnoizdavački zavod-Verzal press, 2000:1278-1326.
10. Leung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic dermatitis (atopic eczema). In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen RF, editors. Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1999: 1464-1480.
11. Uehara M et al: Descendant family history of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 73:62, 1993
12. Haniffin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1980; 92:44-47.

13. Williams HC, Burnez PGJ, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJA, et al. The UK working party diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994; 131:383-396.
14. Attah Johnson FY, Mostghimi H. Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *Int J Dermatol*. 1995Apr;34(4):244-8.
15. Magin PJ, Pond CD, Smith WT, Watson AB, Goode SM. A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2008 Dec;22(12):1435-44.
16. Slattery MJ, Essex MJ. Specificity in the association of anxiety depression and atopic disorders in a community sample of adolescents. *J psychiatries*. 2011 Jun; 45(6): 788-95. Epub 2010 Nov 25.
17. Anutaserre W, Sanqsupawanich P, Osmond C, Mo-Suwan L, Vasiknanonte P, Choprawon C. Sled quality in infants with atopic dermatitis: a community-based , birth cohort study. *Asian Pac J Allergy Imunnol*. 2012 Mar; 30(1) : 21-36
18. Koblenzer CS. Psychologic aspects of skin disease. In: Fitzpatric TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen Kf, editors. *Dermatology in general medicine*, New York: Mc Graw-Hill, 1993: 14-26.
19. Backrishnan R, Housman TS, Carroll C, Feldman SR, Fleischer AB. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis *Arch dis child*. 2003May; 88(5): 423-7
20. Barankin B. De Koven J. Psychosocial effects pf common skin diseases. *Con Fam physcian* 2002 apr;48:712-6 Review
21. Torrelo A, Ortiz J, Alomar A, Ros S, Preto M, Cuervo J. Atopic dermatitis: impacy on quality of life and patients' atitudes toward it's management. *Eur J dermatol*. 2012 Jan-Feb; 22(1): 97-105
22. Chrostowska-Plak D, Reich A, Szepietowski JC. Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Feb;27(2):e239-42.
23. HindleyD, Galloway G, Murray J, Gardner L,. A randomised study of “wet wraps” versus conventional treatment of atopic eczema *Arch Dis Child*. 2006 Feb; 91(2): 164-8.
24. Dupont WD, Plummer WD: ‘Power and Sample Size Calculations: A Review and Computer Program’, *Controlled Clinical Trials* 1990; 11:116-26.

25. Severity scoring of atopic dermatitis. The SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatol* 1993; 186:23-31.
26. Jafferany M, Vander Stoep A, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol*. 2010 Jul;49(7):784-9.
27. Schut C, Mahmutovic V, Gieler U, Kupfer J. Patients education programs for childhood atopic dermatitis: who is interested? *J. Dtsch Dermatol Ges*. 2012 sep; 10(9):657-61.
28. Fulgosi A. "Psihologija ličnosti". Zg. Šk. Knjig. 1985
29. Shamarkov L, Koren Blum C, Kupfert B. Case 1 : Immunizations: Are their admistration and reactions ever 'routine'? *Paediatr Child Health*. 2011 Jan; 16(1): 9-10.
30. Ahmar H, Kurban AK. Psychological profile of patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 1976 Oct; 95 (4) : 373-7.
31. Shaymaa El-Mongy, El-Shahat Farag Ahmed, Wafaa El Bahaey, *Egyptian Dermatology Online Journal* 2(1):10, june, 2006
32. Daud L.R. ; Garralda, M. E. and David, T.J. Psychological adjustment in preschool children with atopic eczema. *Arch.Dis. \child*. 1993; 69: 670-676.
33. Ehlers, A. ; Stangier, \u. and Gieler, U. Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1995; 63: 624-635.
34. Chrostowska-Plak D, Reich A, Szepietowski JC. Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 2013 Feb; 27(2) : e239-42.
35. Buske-Kirschbaum A, Ebrecht M, Kern S, Gierens A, Hellhammer DH,. Personality characteristics in chronic and non-chronic allergic conditions. *Brain Behav Immun*. 2008 jul; 22(5):762-8
36. Willan R: *On Cutaneous diseases* , Edited by Johnson, London, 1808
37. Sandford AJ, Shirikawa T, Moffatt MF, Daniels SE, Ra C, Faux JA, et al. localization atopy and β subunit of high-affinity IgE receptor (Fc ϵ R1) on chromosome 11q. *Lancet* 1993; 341: 332-4
38. Daniels SE, Battacharya S, James A , Leaves NI, Young A, Hill MR. et al A genome wide search for quantitive trait loci underlying asthma. *Nature* 1996; 383:247-50.
39. Morren MA, Przybilla B, Bamelis M, Hey-Kants B, reyhaers A , Degreef H. Atopic dermatitis: trigering factors . *J Am Acad Dermatol* 1994;31:467-73.

40. Pirkowska-Petrović. K. Dete u nepotpunoj porodici. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja, Prosveta, 1990
41. Todorović, J. Vaspitni stilovi roditelja i samopoštovanje adolescenata. Niš: Prosveta, 2005
42. Kaprara, Đ. V., Červone, D. Ličnost- determinante, dinamika, potencijali. Beograd: Dereta, 2003
43. Рот, Н. Психологија група. Београд: Завод за учбенике, 2006
44. Bornstein, M. H. Handbook of Parenting: Children and parenting, Volume 1, 2002
45. Бодрошки, Б. Поступци родитеља у васпитању деце и њихов међугенерациски трансфер, докторска дисертација, Београд: Филозофски факултет, 2009
46. Baumrind, D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, Child Development, 1966; 37 (4),887-907.
47. Darling, Nancy. Parenting Styleles and Its Correlates:www.ericdigests.org/1999-4/parenting.htm
48. Ружичић, Г. Повезаност квалитета брачних релација родитеља и настанак психосоматских сметњи код деце, магистарски рад, Филозофски факултет, Универзитет у Београду, 1999
49. Chamlin SL, Chren MM, Qualiti of life outcomes and measurement in childhood atopic dermatitis. Immunol Alergy Clin Nort Am, 2010 Aug; 30 (3) : 281-8.
50. Chavigny JM, The role of therapeutic education in the treatment of atopic dermatitis in children , Ann Dermatol Venerol. 2005Jan; 132 spec No 1:1S116-20
51. Altman DG. Practical statistics for medical research. 1st ed. London: Chapman and Hall, 1991.
52. Митић, М. и сар. Хранитељство као изазов- хранитељство деце са посебним потребама, Асоцијација за алтернативно породично старање о деци ФАМИЛИА, 2006
53. Митић, М. Породични смештај – хранитељство као облик заштите деце без родитељског старања. У: Деца без родитељског старања, Кузмановић и сар., Београд: Институт за психологију и Save the Children UK, Београдска канцеларија, 2002
54. Jones, D. Assessment of Parenting. In: Horwath Jan (Ed.) The Childs World: The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need, II edition. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 2009

-
55. Olson, H., Gorall, M., Tiesel, W. *FACES IV & the Circumplex Model: Validation Study*, St. Paul, MN: University of Minnesota, 2007
 56. Reder, P., Lucey, C. *Assesment of parenting – Psychiatric and psychological contributions*, III edition. Routledge, London / New York, 2000
 57. Anton Aluja, Victoria Del Barrio and Luis F Garcia. Comparison of several shortened version of the EMBU: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Scandinavian journal of psychology*, 2006, 47, 23-31.
 58. J. Castro, J. de Pablo, J. Gomez, W.A. Arrindell., J. Toro. Assesing rearing behaviour from the perspective of the parents: a new form of the EMBU. *Soc Psychiaty Psychiatr Epidemiol*, 1997; 32: 230-235
 59. Peter Muris, Cor Meesters, and Anneke van Brakel. Assessment of anxious rearing behaviours with modified version of “Egna Minnen Beträffande Uppfostran” Questionnaire for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*, Vol. 25, No.4, December 2003
 60. Anton Aluja, Victoria Del Barrio and Luis F Garcia. Do parents and adolescents differ in their perceptions of rearing styles? Analysis of the EMBU versions for parents and adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2006; 47,103-108
 61. Toshiyuki Someya, Toru Uehara, Maho Kadowaki, Sui Wong Tang, and Saburo Takahashi. Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles, measured by the EMBU scale, in Japanese two-sibling subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2000; 54,77-81
 62. Huang Xiuquin, Zhang Huimin, Li Mengchen, Wang Jinan, Zhang Ying and Tao Ran. *Mental Health, Personality, and Parental Rearing Styles of Adolescents with Internet Addiction Disorder*. *Cyberpsychology, Behaviour and social networking*, Volume 13, number 4, 2010.
 63. Toshiyuki Someya, Hideaki Kitamura, Toru Uehara, Kaoru Sakado, Hisanobu Kaiya, Siu Wa Tang and Saburo Takahashi. Panic disorder and perceived parental rearing behavior investigated by the japanese version of the EMBU scale. *Depression and Anxiety*, 2000; 11:158-162.
 64. Anton Aluja, Victoria Del Barrio and Luis F Garcia. *Personality, Social Values, and marital satisfaction as predictors of parents rearing styles*. *International journal of clinical and health Psychology*. 2007, vol 7. No3, pp.725-737
 65. Jorg Richter and Martin Eisemann. Stability of memories of parental rearing among psychiatric inpatients. *Clinical psychology and psychotherapy*. *Clin. Psychol. Psychother.* 7,256-261,2000.

66. Willem A. Arindell, Hjordis Perris, Mercedes Denia, Jan Van Der Ende, Carlo Perris, Anna Kokkevi, Jose Ignacio Anasagasti, Martin Eisemann, The constancy of structure of perceived parental rearing stzle in greek and spanish subjects as comapred with the dutch. *International Journal of Psychology* 23, 1988; 3-23 North-Holland.
67. Кубурић, З. Породица и психичко здравље деце. Београд: Теолошки институт, 1994
68. Кубурић, З. (1996): Религија, породица, млади. Београд: Теолошки институт, 1996
69. Larzelere, R., Patterson, G. Parenteral managment: Mediator of the effect of socio-economic status on earlz deli, 1990
70. Капор-Стануловић, Н. Психологија родитељства. Београд: Нолит, 1985
71. Митић, М. Породица и стрес. Београд: Институт за психологију, 1997
72. White A, Horne DJ, Varigos GA. Psychological profile of the atopic eczema patient. *Australas J Dermatol.* 1990;31(1):13-6.
73. Tsai JD, Chang SN, Mou CH, Sung FC, Lue KH. Association between atopic diseases and attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood: a population-based case – control study. *Ann Epidemiol.* 2013 Jan 29.
74. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J Dermatol.* 2013 Jan;58(1):44-8.
75. Doterud LK, Kvammen B, Lund E, Falk ES. Prevalence and some clinical aspects od atopic dermatitis in the community of Sor-Varanger. *Acta Derm Venerol (Stockh)* 1995;75:50-3
76. Young RP, Sharp PA, Lynch JR, Faux JA, Lathrop GM, Cookson WO, et al. Conformation of genetic linkage between atopic IgE responses and chromosome 11q13. *J Med Genet* 1992;29:236-8
77. Reber A. S. ; Reber E. *The penguin dictionary of Psychology*, London Penguin books Ltd., 2001
78. Absolon CM, Glover MT, Eldridge SM, Cottrell D. Psihological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. *Br J Dermatol* 1997;137: 241-5.
79. Gupta MA, Grupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modualtes pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994;21:739-43.

80. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG, The family impact of childhood atopic dermatitis: the dermatitis family impact questionnaire. *Br J Dermatol* 1998;138:107-13.
81. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol.* 2009 May-Jun;64(4):241-56.

VIII

ПРИЛОГ И

БИОГРАФИЈА

АУТОРА СА

БИБЛИОГРАФИЈОМ

8.1 КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ

Редни број: РБ		
Идентификациони број: ИБР		
Тип документације: ТД	Монографска публикација	
Тип записа: ТЗ	Текстуални материјал	штампани
Врста рада: ВР	Докторска дисертација	
Аутор: АУ	Гордана Ристић	
Ментор/коментор: МН	Проф. др Славица Ђукић Дејановић	
Наслов рада: НР	Васпитни стилови родитеља и својства личности деце оболеле од atopијског дерматитиса	
Језик публикације: ЈП	Српски (ћирилица)	
Језик извода: ЈИ	Српски/Енглески	
Земља публикавања: ЗП	Република Србија	
Уже географско подручје: УГП	Шумадијски округ	
Година: ГО	2014.	
Издавач: ИЗ	Ауторски репринт	
Место и адреса: МС	34000 Крагујевац, ул. Светозара Марковића број 69	
Физички опис рада: ФО	80/2/25/20/81	

Научна област:	Медицина
Научна дисциплина: ДИ	Дерматовенерологија
Предметна одредница/ кључне речи ПО	Атопијски дерматитис, васпитни стилови, неуротицизам
УДК	
Чува се: ЧУ	У библиотеци Факултета медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Република Србија
Важна напомена: МН	
Извод: ИД	<p>Циљ. Циљ ове студије је утврђивање повезаности васпитних стилова родитеља деце оболеле од атопијског дерматитиса, тежине клиничке слике атопијског дерматитиса и појаве неуротицизма код оболеле деце као једне од базичних особина личности.</p> <p>Методе. Студија је дизајнирана као контролисано, нетерапијско, отворено клиничко истраживање спроведено на 80 болесника, у складу са важећом регулативом Добре клиничке праксе и након одобрења надлежног Етичког комитета. У истраживање су укључени испитаници следећих особина: деца узраста од 8 до 13 година, оба пола, која имају дијагнозу атопијског дерматитиса и лече се у Центру за дерматовенерологију и Клиници за педијатрију КЦ Крагујевац у Крагујевцу од новонастале болести или у фази егзацербације хроничног обољења и која дају пристанак за добровољце, или пошто се ради о малолетним лицима за њих сагласност дају родитељи. Студијске процедуре су укључивале дерматолошки преглед и попуњавање психолошких инструмената за процену васпитних стилова родитеља и процену неуротицизма. Дерматолог истраживач је инспекцијом утврђивао интензитет и проширеност лезија, разговором добијао податке о интензитету свраба и несаници, након чега</p>

је уз помоћ SCORAD индекса одређивао степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса. EMBU тест је коришћен за идентификацију родитељских стилова, а HANES1 тест и HANES2 тест ради утврђивања присуства и тежине неуротицизма. Испитаници су тестове решавали појединачно уз присуство психолога и без присуства родитеља, да би се избегло родитељско сугерисање приликом одговарања на постављена питања. Психолошке инструменте су обрађивали клинички психолози..

Резултати. Резултати истраживања су приказани на 25 табела и 20 графикана, обухватају степен тежине клиничке слике атопијског дерматитиса, степен тежине и вредности скорa за неуротицизам посебно за сваког испитаника, идентификацију васпитних стилова посебно за оца, а посебно за мајку. Посебно су представљене линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом и вишеструка линеарна регресија са SCORAD индексом као зависном варијаблом.

Закључак. Анализирани подаци добијени истраживањем недвосмислено указују да сви испитаници имају неки степен тежине неуротицизма, а да тешку клиничку слику атопијског дерматитиса прати натпросечан неуротицизам. Потврђено је да је родитељско понашање у директној вези са тежином болести. Посебно су се издвојила два васпитна стила: васпитни стил- одбацивање за оба родитеља и васпитни стил- емоционална топлина за оца и мајку. Васпитни стил- одбацивање за оба родитеља је у тесној вези са тешким обликом атопијског дерматитиса истовремено корелирајући са надпросечним неуротицизмом. Васпитни стил емоционална топлина за оба родитеља повезан је са благом клиничком сликом. На основу добијених података у истраживању и теоријских разматрања предлажемо да у терапијски програм за атопијски

	дерматитис буду уведене психолошке процедуре и психотрапија.
Датум прихватања теме од стране ННВ: ДП	20.02.2013.
Датум одбране: ДО	
Чланови комисије: КО	<p>1. Проф. др Горан Михајловић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, председник</p> <p>2. Проф. др Драган Јовановић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу за ужу научну област Дерматовенерологија, члан</p> <p>3. Доц. др Гордана Костић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Педијатрија, члан</p>

8.2 KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICINE KRAGUJEVAC

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Documentation type: DT	Monographic publication
Type of record: TR	Textual material, printed
Contents code: CC	PhD thesis
Author: AU	Gordana Ristić
Menthor/co-mentor MN	Prof. Slavica Đukić Dejanović, MD, PhD
Title: TI	Parenting styles and personality characteristics of children with atopic dermatitis
Language of text: LT	Serbian(cyrilic)
Language of abstract:	Serbian/English
Country of publication: CP	Republic of Serbia
Locality of publication: LP	Šumadija manucipality
Publication year: PY	2014.
Publisher: PU	Author s reprint
Publication place: PP	34000 Kragujevac, Svetozara Markovica Street, 69

Physical description: PD	80/2/25/20/81
Scientific field: SF	Medicine
Scientific discipline: SD	Dermatovenerology
Subject/key words: SKW	Atopic dermatitis, parenting styles, neuroticism
UDC	
Holding data: HD	Library of Faculty of medical sciences, University of Kragujevac, Republic of Serbia
Note: N	
Abstract: AB	<p>Aim. The aim of this study is to determine the relation between parenting styles of parents of children with atopic dermatitis, the severity of atopic dermatitis and the occurrence of neuroticism in affected children as one of the basic personality traits.</p> <p>Methods. This study was designed as a controlled, non-therapeutic, open clinical study in 80 patients, in accordance with applicable regulations of Good Clinical Practice, and after approval by the competent Ethics committee. The study involved subjects with the following characteristics: children aged 8 to 13 years, of both sexes, with a diagnosis of atopic dermatitis, who are treated for emerging disease or exacerbation of chronic disease at the Center for Dermatology and Pediatrics Clinic of Clinical Center Kragujevac in Kragujevac, giving their consent for volunteers, or in this case of juveniles, the parents give their consent. Study procedures included a dermatological examination and filling out psychological instruments for assessing parenting styles as well as the assessment of neuroticism.</p>

Dermatologist-researcher determined the intensity and extent of the lesion by inspection and through the conversation got data on the intensity of itching and insomnia, followed by using the SCORAD index in order to determine the degree of severity of atopic dermatitis. EMBU test was used to identify parenting styles whereas HANES1 test and HANES2 test were used determine the presence and severity of neuroticism. Respondents filled out tests individually, in the presence of psychologists and in the absence of parents, in order to avoid parental suggestion when answering questions. Clinical psychologists were dealing with psychological instruments. Researcher filled out a questionnaire with socio-demographic data for each respondent.

Results. The survey results are shown in 25 tables and 20 graphs, and they contain the degree of severity of atopic dermatitis, severity and value scores for neuroticism, separately for each subject, the identification of parenting styles, separately for father and mother. A linear regression with SCORAD index as the dependent variable and multiple linear regression with SCORAD index as the dependent variable are presented separately as well.

Conclusion. The analyzed data obtained by researching unequivocally point out that all respondents have certain degree of neuroticism, and that severe clinical picture of atopic dermatitis is followed by the above average neuroticism. It was confirmed that parental behavior is directly related to the severity of the disease. Two parenting styles were sorted out: parenting style-rejection of both parents and parenting style-emotional

	<p>warmth for father and mother. Parenting style-rejection of both parents is closely related to severe atopic dermatitis, simultaneously correlating with above average neuroticism. Parenting style-emotional warmth for both parents is associated with a mild clinical picture. Based on the data obtained from the study and theoretical considerations, we suggest that the therapeutic program for atopic dermatitis should include psychological procedures and psychotherapy.</p>
<p>Accepted by the Scientific Board on: ASB</p>	<p>20.02.2013.</p>
<p>Defended on: DE</p>	
<p>Thesis defended board (Degree/name/surname/title/faculty) DB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr Goran Mihajlović, full-time professor, the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, narrow scientific field-Psychiatry, the president 2. Dr Dragan Jovanović, full-time professor, the Faculty of Medicine, University of Niš, narrow scientific field-Dermatology, a member 3. Dr Gordana Kostić, assistant professor, the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, narrow scientific field-Pediatrics, a member

8.3. БИОГРАФИЈА АУТОРА

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

Име и презиме: Гордана Ристић

Датум и место рођења: 15.03.1964. године, Деспотовац, Република Србија

Адреса: Владе Багата 12, Крагујевац

Телефон: 064/1412678

2. ОБРАЗОВАЊЕ

Средња медицинска школа у Крагујевцу

Медицински Факултет у Београду, дипломирала 1988. године

Медицински Факултет у Београду, специјализирала дерматовенерологију 1994.
године

Медицински Факултет у Крагујевцу, магистрирала 2002. године

3. ПОЗНАВАЊЕ СТРАНИХ ЈЕЗИКА

Енглески језик

4. РАДНО ИСКУСТВО

Сарадник у звању асистента за ужу научну област Дерматовенерологија,

Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу

Специјалиста дерматовенеролог, Центар за дерматовенерологију, КЦ Крагујевац

5. РАЗНО

Учесник великог броја домаћих и међународних конгреса и симпозијума.

Члан Удружења дерматовенеролога Србије.

8.4. БИБЛИОГРАФИЈА

Радови штампани у часописима на СС/СЦИ листи:

1. Ravic-Nikolic A, Milicic V, **Ristic G**, Jovovic-Dagovic B. Pyoderma gangrenosum associated with Sjogren syndrome. Eur J Dermatol 2009; 19 (4): 392-3.
2. Ravić-Nikolić A, Milicic V, **Ristic G**, Jovovic-Dagovic B, Mitrović S. Actinic reticuloid presented as facies leonine. Intl J Dermatol 2012; 51: 234-238.

Радови штампани у часописима цитираним у INDEX MEDICUS-у:

1. Miličić V, Ravić-Nikolić A, Jovović-Dagović B, **Ristić G**, and Mitrović S. Generalized granuloma annulare presenting as arcuate dermal erythema. Acta dermatoven APA. 2010; 19 (1): 25-27.
2. Ravić-Nikolić A, Miličić V, Jovović-Dagović B, **Ristić G**. Gyrate erythema associated with metastatic tumor of gastrointestinal tract. Dermatol Online J. 2006 Oct 31;12(6):11.
3. Jovović-Dagović B, Ravić-Nikolić A, Miličić V, **Ristić G**. Bilateral nevus of Ota in a light-skinned woman, Dermatology Online Journal 2007 July 31; 13(3):19.

Радови штампани у часописима цитираним у ЕМБАСЕ-у:

1. Ravic-Nikolic A, Milicic V, **Ristic G**, Jovovic-Dagovic B, Krstic N. Herpes zoster in a patient with rheumatoid arthritis and mixed connective tissue disease. Ser J Exp Clin Res 2008, 9 (4): 155-157.
2. Крстић Н, Стојиљковић М, Столић Р, **Ристић Г**, Равић-Николић А, Миличић В. Етиопатогенеза и клиничке карактеристике псоријазе у периоду од 2007. до 2009. године . Медицински часопис 2009; 2: 13-19.
3. Миличић В, Равић-Николић А, Јововић-Даговић Б, Митровић С, **Ристић Г**, Крстић Н. Lichen planopilaris- приказ случаја. Медицински часопис 2010; 2: 24-27.

8.5. AUTHORS CURRICULUM VITAE

1. PERSONAL DATA

Name and surname: Gordana Ristić

Date and place of birth: 15.03.1964. Despotovac, Serbia

Address: Vlade Bagata 12, Kragujevac

Phone: 064/1412678

2. EDUCATION

The Secondary Vocational Boarding School of Medicine, Kragujevac

Medical Faculty in Belgrade, graduated - 1988.

Medical Faculty in Belgrade, specialized in dermatovenereology – 1994.

Medical Faculty in Kragujevac, has master's degree - 2002.

3. FOREIGN LANGUAGE

English

4. WORK EXPERIENCE

Assistant trainee et Department of Dermatovenereology, Faculty of Medical Sciences,
University of Kragujevac, Kragujevac

Dermatovenereologist in Department of Dermatovenereology, Clinical Center
Kragujevac, Kragujevac

5. MISCELLANEOUS

Participant in large number of national and international congresses and symposiums.

Member of Serbian association of Dermatology.

8.6. LIST OF PUBLICATIONS

ARTICLES PUBLISHED IN CC/SCI JOURNALS:

1. Ravic-Nikolic A, Milicic V, **Ristic G**, Jovovic-Dagovic B. Pyoderma gangrenosum associated with Sjogren syndrome. *Eur J Dermatol* 2009; 19 (4): 392-3.
2. Ravić-Nikolić A, Milicic V, **Ristic G**, Jovovic-Dagovic B, Mitrović S. Actinic reticuloid presented as facies leonine. *Intl J Dermatol* 2012; 51: 234-238.

ARTICLES PUBLISHED IN JOURNALS CITED IN INDEX MEDICUS:

1. Miličić V, Ravić-Nikolić A, Jovović-Dagović B, **Ristić G**, and Mitrović S. Generalized granuloma annulare presenting as arcuate dermal erythema. *Acta dermatoven APA*. 2010; 19 (1): 25-27.
2. Ravić-Nikolić A, Miličić V, Jovović-Dagović B, **Ristić G**. Gyrate erythema associated with metastatic tumor of gastrointestinal tract. *Dermatol Online J*. 2006 Oct 31;12(6):11.
3. Jovović-Dagović B, Ravić-Nikolić A, Miličić V, **Ristić G**. Bilateral nevus of Ota in a light-skinned woman, *Dermatology Online Journal* 2007 July 31; 13(3):19.

ARTICLES PUBLISHED IN JOURNALS CITED IN EMBASE:

1. Ravic-Nikolic A, Milicic V, **Ristic G**, Jovovic-Dagovic B, Krstic N. Herpes zoster in a patient with rheumatoid arthritis and mixed connective tissue disease. *Ser J Exp Clin Res* 2008, 9 (4): 155-157.
2. Крстић Н, Стојиљковић М, Столић Р, **Ристић Г**, Равић-Николић А, Миличић В. Етиопатогенеза и клиничке карактеристике псоријазе у периоду од 2007. до 2009. године . *Медицински часопис* 2009; 2: 13-19.
3. Миличић В, Равић-Николић А, Јововић-Даговић Б, Митровић С, **Ристић Г**, Крстић Н. Lichen planopilaris- приказ случаја. *Медицински часопис* 2010; 2: 24-27.

8.7 ИНДЕТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I. Аутор</i>
Име и презиме: Гордана Ристић
Датум и место рођења: 15.03.1964. године, Деспотовац, Република Србија
Садашње запослење: Сарадник у звању асистента за ужу научну област Дерматовенерологија, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу Специјалиста дерматовенеролог, Центар за дерматовенерологију, КЦ Крагујевац
<i>II. Докторска дисертација</i>
Наслов: Васпитни стилови родитеља и својства личности деце оболеле од атопијског дерматитиса
Број страница: 80
Број слика: 2 Број табела: 25 Број графикона: 20
Број библиографских података: 81
Установа и место где је рад израђен: Центар за дерматовенерологију КЦ Крагујевац, Клиника за педијатрију КЦ Крагујевац
Научна област (УДК): Медицина, Дерматовенерологија
Ментор: Проф. др Славица Ђукић Дејановић
<i>III. Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 04.04.2012.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: 84/11 27.02.2013.
Комисија за оцену подобности теме и кандидата: 1. Проф. др Славица Ђукић Дејановић, председник 2. Проф. др Драган Јовановић, члан 3. Проф. др Биљана Вулетић, члан
Комисија за оцену докторске дисертације: 1. Проф. др Горан Михајловић, председник 2. Проф. др Драган Јовановић, члан 3. Доц. др Гордана Костић, члан
Комисија за одбрану докторске дисертације: 1. Проф. др Горан Михајловић, председник 2. Проф. др Драган Јовановић, члан 3. Доц. др Гордана Костић, члан
Датум одбране дисертације:

ОБРАЗАЦ 1.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Потписана

мр Гордана Ристић

број уписа

ИЗЈАВЉУЈЕМ да је докторска дисертација под називом “Васпитни стилови родитеља и својства личности деце оболеле од атопијског дерматитиса”

резултат сопственог истраживачког рада

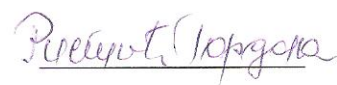
- да предложена дисертација у целини, ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права нити користила интелектуалну својину других лица

У Крагујевцу,

23.06.2014.

Потпис аутора

мр Гордана Ристић



ОБРАЗАЦ 2.

ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ ДОКТОРСКОГ РАДА

Име и презиме аутора
мр Гордана Ристић

Број уписа

Студијски програм:
Докторске академске студије

Наслов рада:
“Васпитни стилови родитеља и својства личности деце оболеле од атопијског дерматитиса”

Ментор:
Проф. др Славица Ђукић Дејановић
Потписана мр Гордана Ристић

ИЗЈАВЉУЈЕМ да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предала за објављивање на порталу ДИГИТАЛНОГ РЕПОЗИТОРИЈУМА УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ

ДОЗВОЉАВАМ да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења, датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Крагујевцу.

У Крагујевцу,
23.06.2014.

Потпис аутора
мр Гордана Ристић



ОБРАЗАЦ 3.

ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

ОВЛАШЋУЈЕМ Универзитетску библиотеку да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Крагујевцу унесе моју докторску дисертацију под насловом:

“Васпитни стилови родитеља и својства личности деце оболеле од атопијског дерматитиса”

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодним за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Крагујевцу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative commons) за коју сам се одлучила:

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство - некомерцијално - без прераде
- 4. Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима**
5. Ауторство - без прераде
6. Ауторство - делити под истим условима

У Крагујевцу,
23.06.2014.

Потпис аутора
мр Гордана Ристић

