

УТИЦАЈ УЗРАСТА НА КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Квргић С., Нићифоровић-Шурковић О., Николић-Ач Е.

Институт за заштиту здравља, Нови Сад

AGE INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE OF SCHOOLCHILDREN

Квргић С., Нићифоровић-Шурковић О., Николић-Ач Е.

Institute for Public Health, Novi Sad

SUMMARY

Although the assessment of quality of life in past 30 years became more important in the praxis of health care, measuring of quality of life is still relatively new and poorly investigated concept. Quality of life refers to the physical, physiological and social domains of health, seen as distinct areas that are influenced by a persons experiences, beliefs, expectations and perceptions. Today it is a very important issue in health care practice as well as in scientific research. In our country there were no trials of measuring of quality of life, so this study could be considered as a first of that kind. Aim of this study was to show components of health and quality of life among school children and youth as well as differences considering their age. Culturally adapted version of Child Health Questionnaire (CHQ) was used as an assessment instrument. The study was performed on a random sample of children and there parents (N^o=600). This paper describes the study results from parent version of questionnaire. At almost all single scales of health and quality of life, as well as on aggregate scales of physical and psychosocial well-being, most adverse values were obtained for elderly children. Significant differences were found on scales of physical health, accomplishment of social role (considering emotional state and behavior), bodily pain, mental health, self-esteem, family activities and family cohesion, as well as on a aggregate scale of physical well-being. This results confirmed an influence of age on quality of life among children.

Key words: Quality of life, Schoolchildren

САЖЕТАК

Мерење квалитета живота деце још увек је релативно ново и недовољно истражено. У нашој земљи није било покушаја мерења квалитета живота у овој популацији, те се ово истраживање може сматрати првим такве врсте. Циљ рада био је да се прикажу компоненте здравља и квалитета живота школске деце и омладине и разлике у односу на узраст. Као инструмент процене коришћен је прилагођен CHQ. Истраживање је спроведено на узорку од 6 ученика и њихових родитеља. На готово свим појединачним скалама здравља, односно квалитета живота, као и сумарним скалама физичког и психосоцијалног благостања најнеповољније вредности добијене су за најстарију децу, а сигнификантне разлике доказане су на скалама, физичког здравља, остваривања социјалне улоге (зависно од емоционалног стања и понашања), телесног бола, менталног здравља, самопроцене, породичних активности и породичне повезаности, као и на сумарној скали физичког благостања. Овакви резултати потврђују утицај узраста на квалитет живота деце.

Кључне речи: Квалитет живота, Школска деца.

УВОД

У последњих 30-ак година од када се у стручној медицинској литератури појавио термин квалитет живота, објављено је на хиљаде радова посвећених овом проблему, али консензус ове дефиниције још увек није постигнут. Не можемо га поистоветити са здрављем иако су то неки теоретичари у почетку покушавали, јер је квалитет живота ипак шири појам, који обухвата све факторе који имају импликације на живот човека, а здравље је само његова основна компонента. Заправо у том смислу можемо говорити о укупном и здравствено релевантном квалитету живота, при чему је укупан квалитет живота свеобухватни концепт који инкорпорира све факторе од утицаја на живот индивидуе, док здравствено релевантни квалитет живота укључује само оне факторе који су део индивидуалног здравља (1).

Прве студије о квалитету живота деце објављене су 90-их година на англосаксонском подручју, а основни циљ ових истраживања био је да се испита квалитет живота хронично оболеле, хоспитализоване деце и деце са посебним потребама. И данас углавном срећемо радове сличних садржаја, док је број популационих истраживања далеко мањи, иако се здрављу и квалитету живота ове популационе групе придаје велики значај и истиче да је "здравље данашње младежи нада сутрашњег света". Међутим мерење здравља и квалитета живота у дечјој популацији веома је комплексно и праћено низом методолошких проблема, а отежавајућу околност представљају специфичности дечјег узраста. Наиме, код одраслих се здравље посматра у смислу самосталности/самодовољности и продуктивне активности

која се код деце не може очекивати, али је зато од изузетног значаја да се утврди какав је когнитивни, психолошки, социјални и физички развој у односу на старост детета (2). Такође још увек недостају истраживања о компонентама здравља код деце али се може предпоставити, да као и код одраслих, оно обухвата најмање две компоненте: физичко и психосоцијално благостање, које се морају обухватити при мерењу здравља и квалитета живота у дејој популацији.

Постојећи инструменти за мерење квалитета живота деце се значајно разликују (3, 4) а сада се Child Health Questionnaire (CHQ) може сматрати најсвеобухватнијим.

Прво истраживање о квалитету живота у нашој земљи спроведено је у оквиру подпројекта Министарства за науку "Процена здравља и квалитета живота школске деце и омладине у условима актуелне кризе" у периоду од 1996-2000. године, применом дечје (CHQ-CF87) и родитељске (CHQ-PF50) верзије CHQ инструмента, а у овом раду приказани су резултати који се односе на разлике у квалитету живота деце различитог узраста утврђене применом CHQ-PF50.

ЦИЉ РАДА

Сагледавањем квалитета живота школске деце и омладине на подручју Југославије и утврђивање разлика у односу на узраст деце.

МЕТОД РАДА

Истраживање је спроведено у облику студије пресека, на узорку од 600 ученика и њихових родитеља. Узорак је био случајан, стратификован по полу, узрасту (први, четврти и осми разред основне школе и четврти разред средње школе), регионима (Војводина (Кијинда)), ужа Србија (Зајечар и Ужице) и Црна Гора (Котор) и социјалном статусу (на основу школске спреме родитеља).

Као инструмент истраживања коришћене су културолошки адаптиране обе верзије CHQ инструмента, за децу (CHQ-CF87) и родитеље (CHQ-PF50) које се разликују само по броју итема (ставки), а садрже питања која се односе на физичко функционисање (ФФ), социјалну улогу зависну од физичког статуса (СУ/Ф), емоционалног стања и понашања (СУ/ЕП), телесни бол (ТБ), понашање (П), ментално здравље (МЗ), самопроцену (С), глобално здравље (ГЗ), промене у здрављу (ПЗ), утицај на родитеље - емоционални (УР/Е) и временски (УР/В), породичне активности (ПА) и породичну повезаност (ПП).

Процена квалитета живота вршена је на три нивоа. Први ниво је ниво итем-а (ставки). На другом нивоу итем-и су посматрани као честице у оквиру скала које покривају наведене димензије квалитета живота, док трећи ниво - ниво укупног физичког (ССФ) и психосоцијалног здравља (ССПС).

Од статистичких метода коришћени су т-тест независних узорака и једносмерна анализа варијансе АНОВА, а за обраду података СПСС.

РЕЗУЛТАТИ

Истраживање је спроведено у Кијинди, Зајечару, Ужицу и котору на 600 ученика и њихових родитеља. Добијено је 477 правилно попуњених и упарених (ученик - родитељ) упитника и на том узорку вршена је анализа компоненти здравља и квалитета живота. Од 477 ученика било је 219 (45,9% дечака, просечне старости 11,8 година и 258 (54,1%) девојчица, просечне старости 13,2 године. 125 ученика (26,2%) похађало је I, 138 (28,9%) IV и 150 (31,5%) VIII разред основне школе, док је у IV разреду средње школе било 64 (13,4%) ученика.

На појединачним скалама родитељске верзије упитника вредности су се кретале у распону од 69,47 до 95,85 (могуће вредности су од 0-100, при чему већа вредност говори о бољој процени), док је на сумарним скалама добијен скор од 50,9 и за физичко и за психосоцијално благостање (скале су стандардизоване mean=50, SD=10). Извештавање родитеља значајно је зависило од узраста детета. На готово свим појединачним скалама, као и на обе сумарне скале најнижи тј. најнеповољнији скорови су добијени за најстарију децу, односно ученике IV разреда средње школе. Сигнификантне разлике доказане су на скалама физичког функционисања, остваривања социјалне улоге зависно од емоционалног стања и понашања, телесног бола, менталног здравља, самопроцене, породичних активности и породичне повезаности, као и на сумарној скали физичког благостања. (Табела 1).

Табела 1. - Скале CHQ (родитељска верзија упитника), просечна вредност скор и ниво статистичке значајности разлика (p) у односу на узраст.

CHQ skale	Узраст деце (године)				P
	7-8	10-12	13-16	17-19	
ФФ	97.50	96.51	95.56	89.87	н.с.
СУ/Ф	87.20	91.90	91.86	88.19	0.000
СУ/ЕП	95.28	94.35	94.79	84.37	0.000
ТБ	90.64	87.54	84.77	74.53	н.с.
П	84.08	86.33	85.60	82.51	0.000
МЗ	78.87	79.91	77.60	65.31	0.000
СП	82.81	81.55	78.39	66.48	н.с.
ГЗ	69.60	70.33	70.10	65.87	0.039
ПА	87.45	86.01	88.44	81.66	0.000
ПП	81.12	82.75	78.57	67.03	н.с.
УР/Е	78.84	77.74	79.28	73.62	н.с.
УР/В	86.29	84.74	86.12	88.30	0.000
ССФ	52.57	51.49	50.22	41.91	0.000
ССПС	50.47	50.27	50.80	47.28	н.с.

ДИСКУСИЈА

Једно од од кључних питања у дизајнирању студија о квалитету живота деце је питање чије мишљење треба узети у обзир - родитеља или детета (5). Преко 50 % до сада спроведених студија базирано је на мишљењу родитеља, међутим све више је оних који сматрају да кад

год је могуће треба анкетирати саму децу или користити "дупли приступ", односно дечје мишљење допунити мишљењем родитеља. У складу са тим и национално истраживање о квалитету живота деце у Југославији спроведено је применом и дечје и родитељске верзије упитника, али с обзиром да методологија добијања сумираних скорова из дечје верзије за сада није разрађена у овом раду приказани су резултати добијени родитељском верзијом.

На основу до сада спроведених истраживања познато је да на родитељску перцепцију дечјег здравственог статуса утичу различити социо-демографски фактори, као што су пол, годиште, образовање, култура, запосленост, брачни статус родитеља, као и пол, годиште и ред рађања деце (6), те се очекивало да ће бити разлике у процени квалитета живота деце различитог узраста, што су резултати истраживања и потврдили. Сигнификантне разлике доказане су на 7 до 12 анализираних појединачних скала, као и на сумарној скали физичког здравља. На овим, као и на осталим појединачним скалама, а и сумарној скали психосоцијалног благостања, најнижи скорови добијени су за средњошколце, што не изненађује обзиром на карактеристике дечјег узраста. (7,8,9). Познато је да на путу одрастања, пролазећи кроз адолесценцију, деца доживљавају честе промене расположења које утичу и на њихово понашање и односе са другима, што се свакако негативно одражава и на социјално функционисање и односе у породици. Једина скала на којој средњошколци имају највиши скор је скала временског утицаја на родитеље, што значи да здравље деце, иако изазива највише бриге код родитеља, ипак најмање лимитира задовољење њихових личних потреба. У америчкој студији, која је обухватила родитеље деце узраста 5-18 година, утврђено је постојање сигнификантних разлика на 3 скале (телесни бол, самопроцена и повезаност у породици). На скали самопроцене највиши скорови добијени су за најмлађе, док су родитељи деце узраста 11-12 година најлошије проценили повезаност у породици (6). Америчке референтне вредности дефинисане за добне групе 5-7; 8-10; 11-12; 13-15 и 16-18 година, такође су на већини скала најниже су за најстарију групу (10), што је у складу са резултатима нашег истраживања.

Поређењем референтне вредности скала CHQ-CF50 са вредностима добијеним применом адаптираног CHQ-CF50, уочава се да су оне углавном уједначене, осим за најстарији узраст (наше вредности знатно ниже од референтних). Такође се запажа да родитељи у Југославији боље процењују слагање у породици и понашање своје деце у односу на родитеље из УСА, који имају више скорове на скали самопроцене.

ЗАКЉУЧАК

Квалитет живота данас има значајно место у научноистраживачком раду, али је процена квалитета живота у дечјој популацији још увек релативно нова, недовољно истражена и праћена низом методолошких проблема. Прво истраживање о квалитету живота у нашој земљи показало је да извештавање родитеља битно утиче узраст детета, при чему су готово све посматране компоненте здравља, односно квалитета живота, као и укупно физичко и психосоцијално благостање најлошије процењени за најстарију децу, а сигнификантне разлике доказане су на 7 појединачних скала, као и сумарној скали физичког благостања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Stamatović M, Jakovljević Đ, Legetic B, Martinov-Cvejin M. Zdravstvena zaštita i osiguranje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1997.
2. Starfield B, Bergner M, Ensminger M, et al. Adolescent health status measurement: Development of the child health and illness profile. *Pediatrics*, 1993; 91: 430-35.
3. Bullinger M, Ravens-Sieberer U. General principles, methods and areas of application of quality of life research in children, (Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern.), *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiater*, 1995; 44 (10): 391-9.
4. Eisen M, Ware JE, Donald CA and Brook RH. Measuring components of children's health status. *Medical Care*, 1979; 17 (9): 902-21.
5. Landgraf MJ, Abetz NL. Measuring Health Outcomes in Pediatric Populations: Issues in Psychometrics and Application, Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition, editen by B. Spilker. Lippincott- Raven Publishers, Philadelphia, 1996, 793-801.
6. Landgraf MJ, Abetz L. Influences of Sociodemographic Characteristics on Parental Reports of Children's Physical and Psychosocial Well-Being: Early Experiences With the Child Health Questionnaire, In Drotar Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents, Erlbaum New York, 1998; 105-126
7. Feldman SS and Elliott GK. At the Threshold: The Developing Adolescent. Cambridge 1993; MA: Harvard University Press.
8. Scharr S, Weinberg RA and Levine A. Understanding Development. San Diego 1986; CA: Harcourt Brace Jovanovich
9. Schor E. Caring for your School-Aged Child Ages 5 to 12: The Complete Autoritative Guide. Oaks Grove 1995; IL: American Academy of Pediatrics Press.
10. Landgraf JM, Abetz L, Ware JE. Chapter 18: CHQ-PF50 Norms and Preliminary Clinical Profiles in The CHQ User's Manual. First Edition. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1996; 327-332