

UDK 613.95/.97(497.11)

ISSN 035-2899, 37(2012) br.4 p.214-222

USAGLAŠENOST STAVOVA O KVALITETU ŽIVOTA KOD ZDRAVE I BOLESNE DECE (ŠKOLSKOG UZRASTA) I NJIHOVIH RODITELJA-PRATILACA**COMPLIANCE OF ATTITUDES ABOUT THE LIFE QUALITY IN HEALTHY AND UNHEALTHY SCHOOLCHILDREN AND THEIR PARENTS/COMPANIONS***Vesna Nikolić (1), Zorica Živković (2,3), Duško Spasovski (1,4), Zorica Terzić (5), Zoran Vukašinović (1,4)*

(1) INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD, (2) KBC "DR DRAGIŠA MIŠOVIĆ", BEOGRAD, (3) MEDICINSKA AKADEMIJA – US MEDICAL SCHOOL, EVROPSKI UNIVERZITET, BEOGRAD, 4) MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU, (5) INSTITUT ZA SOCIJALNU MEDICINU MEDICINSKOG FAKULTETA UNIVERZITETA U BEOGRADU

Sažetak: Uvod: Merenje zdravlja i kvaliteta života kod dece je veoma složeno i praćeno je nizom metodoloških problema, a otežavajuću okolnost predstavljaju specifičnosti dečijeg uzrasta. Dosadašnja istraživanja ukazuju da na kvalitet života pacijenata pored fizičkih karakteristika znatno utiču i druge dimenzije: socijalna, psihološka, kognitivna. Dugotrajno lečenje podrazumeva i veći stepen zavisnosti od roditelja a samim tim i manje nezavisnosti, kojoj inače adolescenti teže, pa raskorak između zavisnosti i nezavisnosti često vodi u konflikte sa roditeljima. Iz pomenutog sledi da je pri proceni dečjeg kvaliteta života najadekvatnije koristiti dupli pristup (dečije mišljenje dopuniti mišljenjem roditelja). Cilj rada: Ispitati usaglašenost stavova o kvalitetu života zdrave i bolesne dece školskog uzrasta i njihovih roditelja-pratilaca. Materijal i metode: Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 170 dece školskog uzrasta od 8 do 18 godina, i njihovih roditelja (85-oro dece lećene na Službi za dečiju ortopediju i traumatologiju IOHB "Banjica" i 85-oro zdrave dece „Osnovne škole "Vuk Karadžić" i "Treće beogradske gimnazije" u Beogradu). Pitanja o kvalitetu života obuhvataju tri dimenzije: fizički aspekt, društveno-socijalni aspekt, psihološko-emotivni aspekt života. Rezultati: Analizirajući dobijene odgovore roditelja i bolesne dece primenom ovog upitnika, utvrdili smo da postoji usaglašenost između dečijih i roditeljskih odgovora, osim za oblast Emotivno-psihološke dimenzije života bolesne dece gde je najveći stepen mimoilaženja u odgovorima. Zaključak: Analiza kvaliteta života dece i njihovih roditelja treba da predstavlja opšteprihvaćen algoritam u evaluaciji efekata primenjenog lećenja.

Cljučne reči: kvalitet života, deca, roditelji, ortopedija

Summary: Introduction: Measuring of health and life quality in children is complex and followed by a number of methodological problems, and the specificities of childhood represent an aggravating circumstance. Earlier researches have suggested that the life quality of patients is not only influenced by physical characteristics, but also by other dimensions - social, psychological and cognitive. Long-term treatments involve a higher degree of dependence on parents and therefore less independence, to which adolescents generally aspire, and the gap between the dependence and independence often leads to conflicts with parents. From the above mentioned it follows that in assessing the life quality of children, the most appropriate approach is to use a double approach – a child's attitude complemented with the parents' attitude. Aim: To examine the compliance of attitudes about the life quality in healthy and unhealthy schoolchildren and their parents/companions. Material and method: The study was conducted on a sample of 170 schoolchildren aging 8-18 and their parents (85 children treated at the Department of Pediatric Orthopedics and Traumatology in IOHB Banjica and 85 healthy children of the Primary School "Vuk Karadzic" and the Third Grammar School, Belgrade). The questions about the life quality included three dimensions: the physical aspect, the social aspect and the psychological and emotional aspects of life. RESULTS: By analyzing the responses of the parents and unhealthy children obtained through the questionnaire, we found that there was an accordance between the children's and their parents' responses, except in the area of emotional and psychological dimensions of the lives of the unhealthy children, where there was the highest level of discrepancy in the responses. Conclusion: The analysis of the life quality of children and their parents should be a generally accepted algorithm in the evaluation of the effects of the applied treatment.

Key words: life quality, children, parents, orthopedics

UVOD

Merenje zdravlja i kvaliteta života kod dece je veoma složeno i praćeno je nizom metodoloških problema, a otežavajuću okolnost predstavljaju specifičnosti dečijeg uzrasta. Dosadašnja istraživanja ukazuju da na kvalitet života pacijenata pored fizičkih karakteristika (poremećaji sposobnosti kretanja vezanih za osnovnu bolest) znatno utiču i druge dimenzije života: socijalna, psihološka, kognitivna [1,2]. Mnogi autori tvrde da su sve dimenzije u „dinamičkom odnosu jedna sa drugom i da su kao takve potencijalno međuzavisne u svakom trenutku“ [3,4].

Deca i adolescenti koji prolaze kroz kombinovano ortopedsko lečenje (medikamentozna terapija, operativno lečenje, fizikalna rehabilitacija), imaju različite teškoće: žale se na umor i iscrpljenost, pokazuju nedostatak energije i fizičke snage, imaju motoričku sporost i slabost, nervozu i razdražljivost, pokazuju sklonost ka povlačenju i izolaciji [5]. Dugotrajno lečenje podrazumeva i veći stepen zavisnosti od roditelja a samim tim i manje nezavisnosti, kojoj inače adolescenti teže, pa raskorak između zavisnosti i nezavisnosti često vodi u konflikte sa roditeljima [6]. Zato dosadašnja istraživanja upućuju na to da je pri proceni dečjeg kvaliteta života najadekvatnije koristiti dupli pristup, odnosno dečije mišljenje dopuniti mišljenjem roditelja. U pokušaju da prevladaju stresove vezane za bolest, lečenje i posledice lečenja adolescenti mogu da ispolje veoma intenzivne emotivne reakcije. Od posebne važnosti su i činiooci spoljašnje sredine u kojoj se nalazi bolesno dete: broj dece koja se nalaze u njegovoj neposrednoj blizini, stalno preispitivanje i vaganje "težine" njihove bolesti sa "težinom" bolesti ostale dece u njegovoj okolini [7]. Istovremeno, članovi porodice bolesnog deteta su izloženi stresu izazvanim činjenicom o prisustvu bolesti jednog člana porodice (često je to najmlađi član), sa neizvesnim uspehom u pogledu lečenja i stalno prisutnom opasnošću od pogoršanja zdravstvenog stanja. Roditeljski stres i funkcionalnost prevladavanja kao i adaptacija na bolest deteta i prilagođavanje mnogim promenama tokom lečenja su od krucijalnog značaja za kvalitet odnosa bolesno dete-roditelj [5]. Studije praćenja su pokazale da su bolja podrška porodice, kompletnost porodice, odsustvo fizičkih i funkcionalnih ograničenja, prevazilaženje teškoća u vezi sa učenjem, podrška škole i interesovanje vršnjaka iz škole tokom trajanja lečenja kao i kvalitetna psihološka podrška i pomoć u bolnici od velikog značaja za uspešno prilagođavanje i resocijalizaciju obolelog deteta [8,9,10,11].

CILJ ISTRAŽIVANJA

Ispitati usaglašenost stavova o kvalitetu života zdrave i bolesne dece školskog uzrasta i njihovih roditelja-pratilaca.

MATERIJAL I METODE

Istraživanje je sprovedeno u obliku studije preseka, na uzorku od 170 dece školskog uzrasta od 8 do 18 godina i njihovih roditelja. Ovom studijom je obuhvaćeno 85-oro dece i njihovih roditelja, lečene na Službi za dečiju ortopediju i traumatologiju Instituta za ortopedsko-hirurške bolesti "Banjica" u Beogradu. Kontrolna grupa je izabrana metodom slučajnog uzorka i čini je 85-oro dece i njihovih roditelja, Osnovne škole "Vuk Karadžić" i Treće beogradske gimnazije u Beogradu. Poštujući etičke zahteve, svi ispitanici su bili pismeno upoznati sa osnovnim ciljevima istraživanja i informacijom da će dobijeni podaci biti korišćeni isključivo u naučne svrhe, kao i da se garantuje anonimnost svih dobijenih podataka i identiteta ispitanika.

Kriterijum za uključivanje u studiju bio je uzrast dece od 8 do 18 godina. Kriterijumi za isključivanje iz studije bili su: deca koja ne govore srpski jezik, oligofrenost ili mentalna retardacija, nespremnost za saradnju dece ili njihovih roditelja.

Kao instrument merenja kvaliteta života kod dece korišćena je modifikovana verzija upitnika PedsQL (Pediatric Quality of Life InventoryTM). Pored dece, analognim upitnikom je anketiran i pratilac - roditelj odnosno staratelj.

Pitanja su grupisana u tri oblasti koja se odnose na sledeće dimenzije života: fizički aspekt života, društveno-socijalni aspekt, psihološko-emotivni aspekt života. Skaliranje pitanja se odvijalo putem Likertove skale, koja se sastoji od 5 tačaka: 0 - nikad, 1 - skoro nikad, 2 - ponekad, 3 - često, 4 - uvek. Rezultati smo pretvarali u vrednosti skale od 0 do 100, potom ih transformisali obrnutim putem $0 = 100$, $1 = 75$, $2 = 50$, $3 = 25$, $4 = 0$ (veća vrednost govori o boljoj proceni posmatrane dimenzije kvaliteta života). Ukoliko je nedostajalo više od 50 % odgovora, rezultat se nije računao, a ukoliko je odgovoreno na 50 % ili više pitanja, obračunat je srednji rezultat na skali.

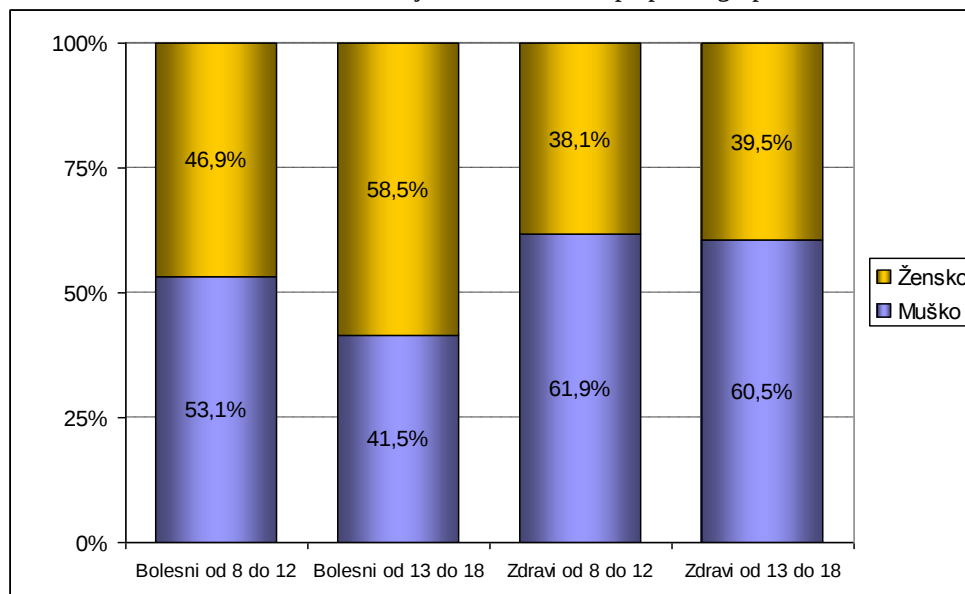
Prema starosnim kategorijama anketirana deca su podeljena u dve grupe: prva grupa uzrasta 8 do 12 godina i druga grupa dece uzrasta 13 do 18 godina. Prosečna starost bolesne dece je iznosila $13,43 \pm 3,07$ godina, a prosečna starost zdrave dece je iznosila $12,46 \pm 3,03$ godina, i to u ispitivanoj grupi za uzrast 8 do 12 godina kod bolesne dece $9,97 \pm 1,46$ godina, a kod zdrave dece $9,73 \pm 1,29$ godina; dok je za uzrast od 13 do 18 godina: kod

bolesne dece $15,51 \pm 1,47$ godina, a kod zdrave $15,11 \pm 1,44$ godina.

U grupi bolesne dece bilo je 39 (45,9%) dece muškog pola i 46 (54,1%) dece ženskog pola. U

grupi zdrave dece bilo je 52 (61,2%) dece muškog pola i 33 (38,8%) dece ženskog pola.

Grafikon 1. Distribucija anketirane dece po polu i grupama



Distribucije ispitanika u odnosu na pol, grupe i podgrupe analizirane su χ^2 testom. Razlike varijansi prosečne starosti ispitivane dece prema grupama je analizirana ANOVA testom. U tabelama su prikazane prosečne vrednosti $\pm$ standardna devijacija, 95% CI sa (donja-gornja) granicama pouzdanosti, minimalne i maksimalne vrednosti svake podskale upitnika. Kao jedna od metoda analize korišćen je Pirsonov koeficijent korelacije za opisivanje i analizu međusobne povezanosti visine skorova u odgovorima dece i roditelja. Studentov T test korišćen je za ispitivanje značajnosti razlika u visini prosečnih ocena skorova u odgovorima dece i roditelja u određenim grupama. Za nivo značajnosti određena je vrednost $p < 0,050$, a statistička analiza i grafičko prikazivanje je urađeno u SPSS ver. 20.0, kao i u WinStat 98.

REZULTATI

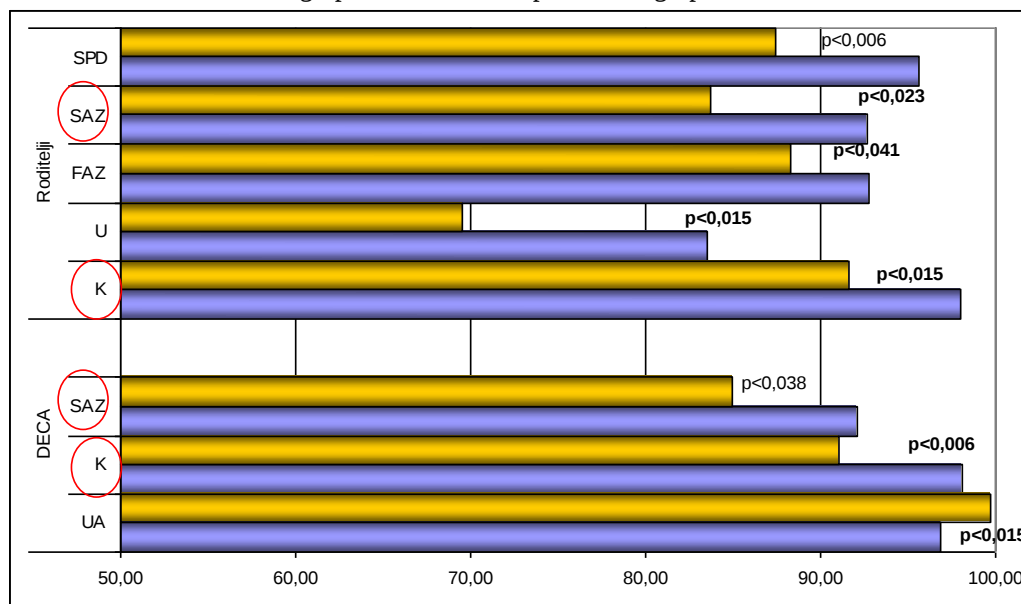
Ovim istraživanjem je obuhvaćeno 170 dece školskog uzrasta, starosti od 8 do 18 godina od toga 85-oro bolesne dece, a isto toliko zdrave dece.

Analizom prosečnih ocena svake dimenzije kvaliteta života su dobijene sledeće vrednosti: kod bolesne dece najmanja za fizički aspekt života (66,99), najveća za emocionalni i psihološki aspekt života (94,67), a kod zdrave dece najmanja za fizički aspekt života (72,65) a najveća za emocionalni i psihološki aspekt života (98,29).

Analizom prosečnih ocena svake dimenzije kvaliteta života su dobijene sledeće vrednosti: kod roditelja bolesne dece najmanja za oblast Brige i strahovi (71,54), najveća za Uobičajene aktivnosti (94,59), a kod roditelja zdrave dece najmanja za oblast Umor (72,65) a najveća za oblast Uobičajene aktivnosti (98,82).

Testiranjem prosečnih vrednosti skorova skala fizičkog, društveno-socijalnog i emotivno-psihološkog aspekta života za zdravu i bolesnu decu uzrasta 8 do 12 godina dokazana je statistički značajna razlika u skorovima kretanja ($p < 0,041$), socijalnog aspekta života ($p < 0,022$), skali briga i strahova ($p < 0,0001$), i ukupnoj skali emotivnog i psihološkog aspekta života ($p < 0,009$).

Grafikon 4: Prikaz značajnih razlika prosečnih ocena dece i značajnih razlika prosečnih ocena roditelja u grupama zdrave dece po dobnim grupama



Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija

Tabela 1: Prikaz značajnosti razlika prosečnih ocena dece i roditelja u grupama zdrave u odnosu na bolesnu decu po dobnim grupama

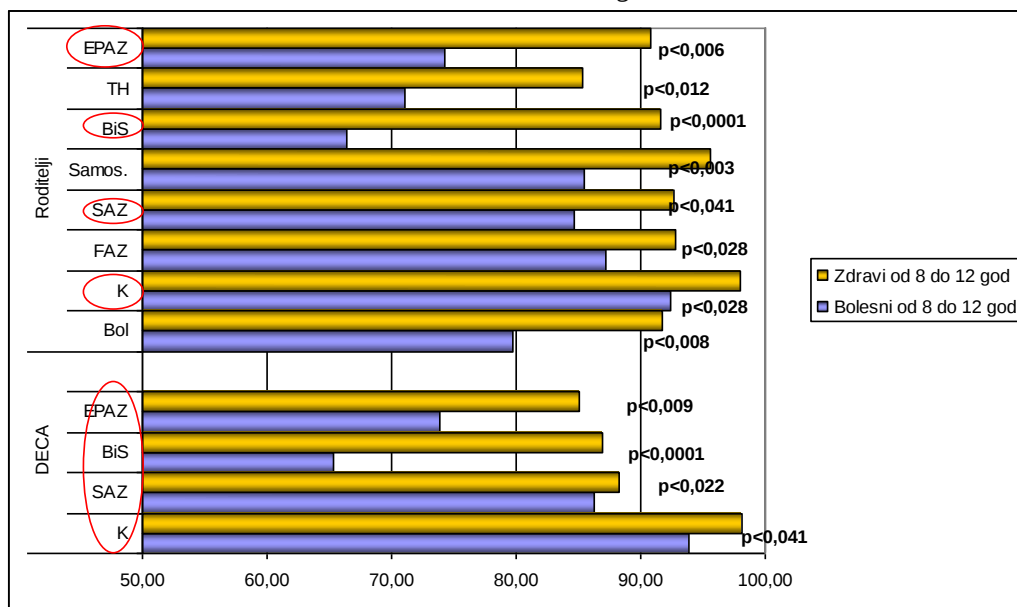
Starost od 8 do 12		F test		Starost od 13 do 18	F test	
		Deca	Roditelji		Deca	Roditelji
Bol	Bolesni	ns	0,008	Bolesni	0,0001	0,0001
	Zdravi			Zdravi		
UA	Bolesni	ns	ns	Bolesni	0,003	0,002
	Zdravi			Zdravi		
K	Bolesni	0,041	0,028	Bolesni	ns	ns
	Zdravi			Zdravi		
U	Bolesni	ns	ns	Bolesni	ns	ns
	Zdravi			Zdravi		
FAZ	Bolesni	ns	0,028	Bolesni	ns	ns
	Zdravi			Zdravi		
SAZ	Bolesni	0,022	0,041	Bolesni	ns	ns
	Zdravi			Zdravi		
EPAZ Samos.	Bolesni	ns	0,003	Bolesni	ns	ns
	Zdravi			Zdravi		
EPAZ BiS	Bolesni	0,0001	0,0001	Bolesni	0,001	0,0001
	Zdravi			Zdravi		
EPAZ TH	Bolesni	ns	0,012	Bolesni	ns	ns
	Zdravi			Zdravi		
EPAZ	Bolesni	0,009	0,0001	Bolesni	0,026	0,019
	Zdravi			Zdravi		

Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija

Prosečne vrednosti skorova skala fizičkog, socijalnog i emotivno-psihološkog aspekta života dece i

statističkih značajnosti razlika dobijenih testiranjem T testom, prikazane su na grafikonu koji sledi.

Grafikon 5: Prikaz značajnosti razlika prosečnih ocena dece i roditelja u grupama zdrave u odnosu na bolesnu decu starosti od 8 do 12 godina



Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija

Testiranjem vrednosti skorova upitnika za roditelje zdrave i bolesne dece uzrasta 8 do 12 godina dokazana je statistički značajna razlika u: skoru bola ($p<0,008$), kretanja ($p<0,028$), skoru fizičkog aspekta života ($p<0,028$), socijalnog aspekta života ($p<0,041$), skali samopouzdanja ($p<0,003$), skali briga i strahova ($p<0,0001$), skoru terapije ($p<0,012$), i ukupnoj skali emotivno-psihološkog aspekta života ($p<0,006$).

Testiranjem prosečnih vrednosti skorova bolesne i zdrave dece uzrasta 13 do 18 godina dokazana je Testiranjem odgovora bolesne dece u obe grupe i njihovih roditelja nije uočena statistička značajnost. Deca su ocenila oblast Bol nešto višom ocenom od roditelja, ali i oblast Kretanja i Terapiju. Ostale skale su imale više roditeljske ocene.

Testiranjem odgovora zdrave dece uzrasta od 8 do 12 godina i njihovih roditelja uočena je statistički značajna razlika: skala fizički aspekt života ($p<0,010$), najniže ocene za oblast umor ($p<0,0001$), i za skalu emotivno-psihološkog aspekta života ($p<0,013$), najniže ocene za oblast samospoznaja ($p<0,003$). Testiranjem skorova skala fizičkog, socijalnog i emotivno-psihološkog aspekta života odnosno odgovora zdrave dece uzrasta do

statistički značajna razlika u: skoru bola ($p<0,0001$), skoru uobičajenih aktivnosti ($p<0,003$), skali briga i strahova ($p<0,001$), i ukupnoj skali emotivnog-psihološkog aspekta života ($p<0,026$).

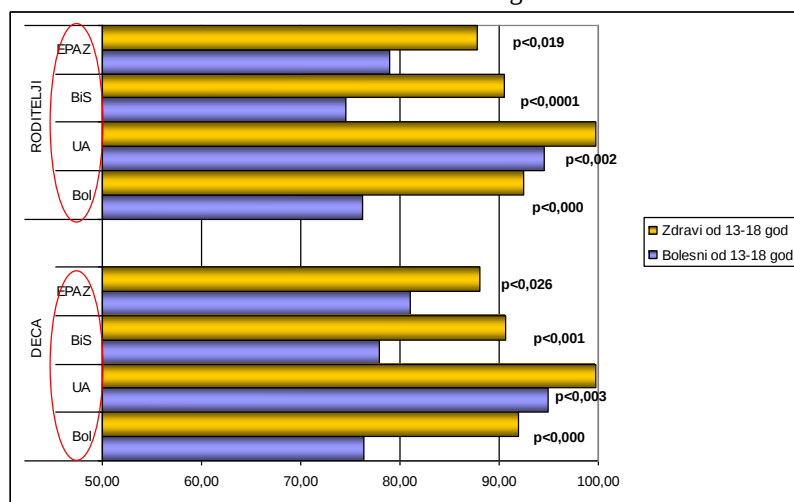
Testiranjem prosečnih vrednosti skorova roditelja bolesne i zdrave dece uzrasta 13 do 18 godina dokazana je ista statistički značajna razlika kao kod dece tog uzrasta i to u: skoru bola ($p<0,0001$), skoru uobičajenih aktivnosti ($p<0,002$), skali briga i strahova ($p<0,001$), i ukupnoj skali emotivnog-psihološkog aspekta života ($p<0,019$).

12 godina i njihovih roditelja bilo je statistički značajnije razlike.

Testiranjem odgovora zdrave dece uzrasta od 13 do 18 godina i njihovih roditelja nije bilo statistički značajnije razlike.

Komparacijom prosečnih vrednosti ispitivanih skala kod bolesne dece za uzrast do 12 godina i njihovih roditelja dokazana je značajna korelacija, osim u skali umora, i skali socijalnog aspekta života (prikaz koeficijenata Pirsonove korelacije u tabeli). Komparacijom prosečnih vrednosti ispitivanih skala kod bolesne dece uzrasta od 13 do 18 godina i njihovih roditelja dokazana značajna korelacija (prikaz koeficijenata Pirsonove korelacije u tabeli).

Grafikon 6: Prikaz značajnosti razlika prosečnih ocena dece i roditelja u grupama zdrave u odnosu na bolesnu decu starosti od 13 do 18 godina



Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija

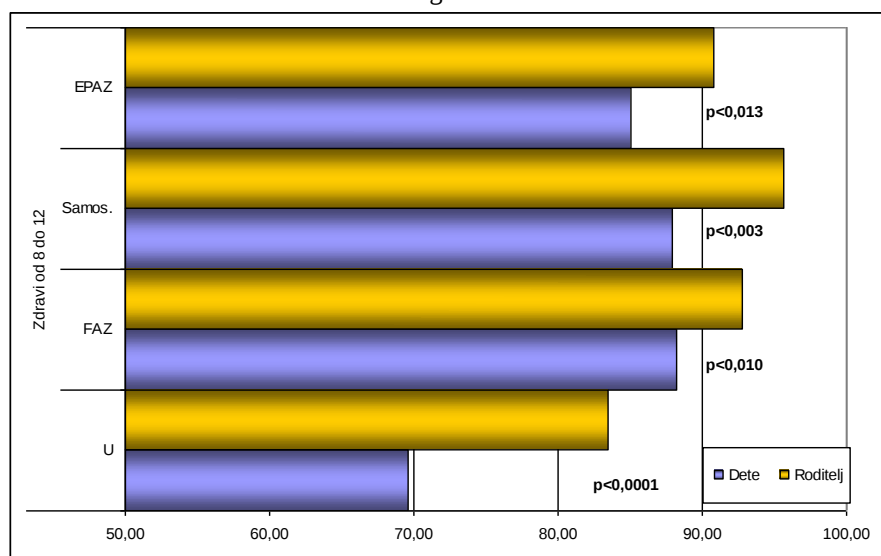
U tabeli i na grafikonu koji slede poredane su ocene skala fizičkog, socijalnog i emotivno-psihološkog aspekta života dece u određenim dobnim grupama u odnosu na ocene roditelja kako bolesne tako i zdrave dece.

Tabela 2: Prikaz značajnosti razlika prosečnih ocena dece u odnosu na roditelje u pojedinačnim grupama zdrave i bolesne dece po dobnim grupama

DECA vs RODITELJI		Bolesni od 8 do 12 (N=32)			Bolesni od 13 do 18 (N=53)			Zdravi od 8 do 12 (N=42)			Zdravi od 13 do 18 (N=43)		
		Mean	SD	T test	Mean	SD	T test	Mean	SD	T test	Mean	SD	T test
Bol	Dete	80,27	22,85	ns	76,42	23,12	ns	88,39	15,41	ns	92,01	10,77	ns
	Roditelj	79,69	20,76		76,18	23,06		91,67	17,22		92,44	10,17	
UA	Dete	94,29	11,81	ns	94,90	10,47	ns	96,84	7,53	ns	99,71	0,92	ns
	Roditelj	94,78	11,07		94,48	10,78		97,92	6,05		99,71	0,98	
K	Dete	93,91	12,1	ns	90,66	17,51	ns	98,1	4,27	ns	91,05	15,49	ns
	Roditelj	92,34	14,76		94,25	10,26		97,98	5,95		91,63	15,46	
U	Dete	76,37	22,27	ns	70,40	18,6	ns	69,64	20,64	0,0001	64,39	19,93	ns
	Roditelj	82,14	20,17		73,94	19,02		83,48	19,42		69,48	25,04	
FAZ	Dete	86,21	13,52	ns	83,09	12,92	ns	88,24	9,48	0,010	86,79	8,92	ns
	Roditelj	87,24	11,25		84,71	11,2		92,76	9,89		88,31	9,89	
SAZ	Dete	83,98	18,21	ns	87,34	16,85	ns	92,06	11,34	ns	84,98	18,66	ns
	Roditelj	84,64	16,1		84,28	21,3		92,66	16,74		83,72	18,63	
EPAZ Samos.	Dete	83,85	23,66	ns	82,70	21,17	ns	87,91	17,29	0,003	86,43	14,32	ns
	Roditelj	85,42	19,17		82,23	23,17		95,63	9,06		87,4	16,5	
EPAZ BiS	Dete	65,34	28,56	ns	77,91	20,36	ns	86,9	15,55	ns	90,7	13,57	ns
	Roditelj	66,46	28,08		74,61	23,03		91,57	14,88		90,5	15,78	
EPAZ TH	Dete	72,46	23,65	ns	82,43	19,61	ns	80,21	19,9	ns	86,92	17,72	ns
	Roditelj	71,09	26,79		80,19	22,53		85,27	20,79		85,47	18,64	
EPAZ	Dete	73,88	20,78	ns	81,01	16,39	ns	85,00	14,69	0,013	88,02	13,34	ns
	Roditelj	74,32	21,13		79,01	19,85		90,82	12,78		87,79	15,14	

Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija.

Grafikon 7: Prikaz značajnosti razlika prosečnih ocena dece u odnosu na roditelje grupi zdrave i dece od 8 do 12 god.



Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija.

Tabela 3: Korelacija između dečijih i roditeljskih odgovora prema dobnim grupama bolesne i zdrave dece

	Bolesni od 8 do 12 (N=32)		Bolesni od 13 do 18 (N=53)		Zdravi od 8 do 12 (N=42)		Zdravi od 13 do 18 (N=43)	
	Pirsonov koeficijent	Sig.	Pirsonov koeficijent	Sig.	Pirsonov koeficijent	Sig.	Pirsonov koeficijent	Sig.
B	0,863**	0,000	0,773**	0,000	0,219	ns	0,769**	0,000
UA	0,872**	0,000	0,376**	0,005	0,073	ns	0,551**	0,000
K	0,534**	0,002	0,386**	0,004	0,061	ns	0,945**	0,000
U	0,292	ns	0,572**	0,000	0,373*	0,015	0,651**	0,000
FAZ	0,659**	0,000	0,685**	0,000	0,366*	0,017	0,788**	0,000
SAZ	0,295	ns	0,667**	0,000	0,663**	0,000	0,821**	0,000
Samosp.	0,541**	0,001	0,597**	0,000	0,390*	0,011	0,855**	0,000
BiS	0,848**	0,000	0,781**	0,000	0,274	ns	0,809**	0,000
TH	0,893**	0,000	0,630**	0,000	0,429**	0,005	0,813**	0,000
EPAZ	0,883**	0,000	0,674**	0,000	0,445**	0,003	0,874**	0,000

Legenda: FAŽ – fizički aspekt života, B – bol, UA – uobičajene aktivnosti, K – kretanje, U – umor, SAZ – socijalni aspekt života, EPAZ – emocionalni i psihološki aspekt života, EPAZ samost. – samostalnost, EPAZ BiS – brige i strahovi, EPAZ TH – terapija

Komparacijom prosečnih vrednosti ispitivanih skala kod zdrave dece uzrasta do 12 godina i njihovih roditelja dokazana je značajna korelacija kod sledećih skala fizički aspekt života, posebno za oblast umor, zatim kod skale socijalnog aspekta života, i ukupnoj skali emotivno-psihološkog aspekta života, posebno za oblast samopouzdanja, terapije. Komparacijom prosečnih vrednosti skorova u grupama dece koja su zdrava u dobi od 13 do 18 godina i prosečnih vrednosti skorova

njihovih roditelja kod svih aspekata života je dokazana značajna korelacija.

DISKUSIJA

Analiza kvaliteta života uz preživljavanje danas predstavlja opšte prihvaćen algoritam u evaluaciji efekata primenjenog lečenja [12]. Međutim, jedan od najvećih problema pri proceni kvaliteta života dece je specifičnost dečijeg uzrasta i pitanje "čije mišljenje treba uzeti u obzir - roditelja ili deteta" [13]. Još uvek ne postoji jedinstven pristup, ali sve

je više istraživača koji smatraju da treba koristiti „dupli pristup“, da pored mišljenja roditelja treba uzeti u obzir i mišljenje dece [14,15].

Dostupnost paralelnih instrumenata za merenje kvaliteta života, za decu i roditelje, pokrenulo je pitanja usaglašenosti između ličnog viđenja dece u odnosu na viđenje njihovih roditelja [16,17,18,19]. Analizirajući dobijene odgovore roditelja i bolesne dece primenom ovog upitnika utvrdili smo da postoji povezanost između dečijih i roditeljskih odgovora, osim za oblast emotivno-psihološke dimenzije života gde je najveći stepen mimoilaženja u odgovorima prisutan za oblast brige i strahovi u grupi bolesne dece. Razlika u rezultatima proističe iz činjenice da su roditelji višom ocenom ocenili skalu umora i socijalnog aspekta života bolesne dece, od same dece.

Zdrava deca uzrasta od 8 do 12 godina su ocenila znatno slabije fizički i emotivno-psihološki aspekt života u odnosu na svoje roditelje, dok je za uzrast od 8 do 13 godina bolja usaglašenost odgovora dece i roditelja. Roditelji su višom ocenom ocenili skalu bola i uobičajenih aktivnosti, od same dece, a skalu kretanja nižom ocenom od same dece. Eiser i Morse su zaključili da je stepen usaglašenosti uslovljena oblašću koja se meri (veća usaglašenost je nađena u oblastima fizičkih aspekata zdravlja u odnosu na emocionalno-socijalni aspekt), takođe da je stepen usaglašenosti veći između roditelja sa hronično obolelom decom [20]. Neki radovi o kvalitetu života dece u Velikoj Britaniji govore o niskom procentu usaglašenosti odgovora dece i roditelja, s tim da je usaglašenost odgovora bila veća kod starije dece, najviše u oblasti psihosocijalnog zdravlja, dok kod dece mlađeg uzrasta u oblasti fizičkog zdravlja. Statistički značajne središnje razlike uočene su u upitniku kvaliteta života popunjenog od strane roditelja o kvalitetu života njihove dece u srednjem uzrastu [21].

Dodatni faktor, koji je nemoguće zaobići u razmatranju, jeste lično stanje roditelja, njihovo funkcionisanje i osećaj blagostanja. Analizirajući odgovore koje se odnose na socijalni aspekt života roditelji obe ispitivane grupe dece, bez obzira na uzrast, dali su niže ocene. Neke studije su pokazale da majke koje su sopstveno blagostanje ocenile niskom ocenom, nisko ocenjuju i kvalitet života svoje dece, što sugerise da roditelji često projektuju lična osećanja na procenu funkcionisanja deteta [22,23].

Naša studija je pokazala da je ocena koju su roditelji davali prilikom popunjavanja upitnika o kvalitetu života i zdrave i bolesne dece uglavnom viša u odnosu na ocene same dece, osim u oblasti

socijalnog aspekta života za obe grupe dece, dok je u grupi bolesne dece niža za oblast emotivno-psihološkog aspekta života.

ZAKLJUČAK

Dobijeni rezultati mnogih do sada korišćenih testova otkriće međuzavisnosti i relacije između različitih dimenzija kvaliteta života dece i njihovih roditelja i daće značajan doprinos u definisanju diferencijalno dijagnostičkih parametara, unapređenju terapijskih procedura, uticaće na redefinisane pristupa u planiranju i programiranju rehabilitacije dece sa ortopedskim problemima, kao i na organizaciju procesiranja rada u bolničkim uslovima.

LITERATURA

1. Simeoni MC, Anquer P, Gentile S, et al. Results of conceptualisation and validation of New french Health Related Quality of Life instrument in Adolescence. Quality of Life Research, Kluwer Academic Publishers 1998; 7-661.
2. Beauchamp TL. Does Ethical Theory Have a Future in Bioethics. J Law Med Ethics 2004; 32 (2): 209-17.
3. Davern M, Cummins RA. Is life dissatisfaction the opposite of life satisfaction. Austr J Psychol 2006; 58 (1):1-7.
4. Cummins Ra. Normative life satisfaction. Measurment issues and homeostatic model. Soc Indic Res 2003; 64:225-256.
5. Hiroko M, Michael G. Vitale, Joshua E. Hyman and David P. Roye Jr. Can parents rate their childrens quality of life? Perspectives on pediatric orthopedic outcomes. Journal of Pediatric Orthopaedics B 2011; 20:184-190.
6. Varni JW, Seid M, Smith Knigh T, Uzark K, Szer I. The PedsQLTM4.0 Generic Core Scales: Sensivity, Responsiveness, and Impact on Clinical Desicion-Macing. Journal of Behavioral Medicine 2002; 25:175-193.
7. Landgraft MJ, Abetz L. Measuring Health Outcomes in Pediatric Populations: Issues in Psychometrics and Application, Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition. Edited by Spilker B. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers; 1996.p.793-801.
8. Shalcok RL, editor. Quality of Life. Vol I. Conceptualization and measurement. Washington: American Association on Mental Reatration; 1996.
9. Peterson MGE, Allegrante JP, Cornell CN. Measuring recovery after a hip fracture using the SF -36 and Cummings scale. Osteoporosis Int 2002;13:296-302.
10. Landgraft MJ, Abetz L. Influences of Sociodemographic Characteristics on Parental Reports of Childrens Physical and Psihosocial Well-Being: Early Experiences With the Child Health Quesstionnaire. In: Drotar Measuring health-related Quality of Life in Children and Adolescents. New York: Elbraum; 1998.p.105-126.
11. Landgraf JM, Abety L, Ware JEJ. Child Health Qestionnaire (CHQ): A User's Manuel. Boston MA: Health Act; 1999.
12. Bhatia S, Jenney ME, Bogue MK, et al. The Minneapolis-Manchester Quality of life instrument: Reliability and validity of the adolescent Form. J Clin Oncol 2002;20:4692-4698.
13. Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM, et al. The proxy problem: Child report versus parent report in health-related quality of life reasearch. Qual Life res 1998;7:387-397.
14. Vogels T, Verrips GH, Koopman HM. TACQOL manual. Parent Form and Child form, Leiden: Leiden Center for Child health and Pediatrics, LUMC- TNO, 2000.

15. Vogels, T, Bruil J, Koopman H. TACQOL CF-12-15 Manual Leiden TBO Prevention and Health; 2004.
16. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQLTM Pediatric Generic Core Quality of Life Inventory TM, Med Care 1999; 37:126-139.
17. Spijkerboer AW, Utens EMWJ, De Koning WB, et al. Health related quality of life in children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. Qual Life Res 2006; 15:663-673.
18. Flapper BCT, Koopman HM, Napel C, et al. Psychometric properties of the TACQOL-asthma, a disease specific measure of health related quality of life for children with asthma and their parents. Chron Respir Dis 2006; 3:65-72.
19. Bekkering WP, Vilet Vieland TPM, Koopman HM, et al. The BT-DUX: Development of a subjective measure of health-related quality of life in patients who underwent surgery for lower extremity malignant bone tumor. Pediatr Blood and cancer 2009; 53:348-355.
20. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. Qual Life Res 2001;10(4):347-57.
21. Cremeens J, Eiser C, Blades M. Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatrics Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQLTM) generic core scales. Health and Quality of Life Outcomes 2006;4:58.
22. Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM, et al. The proxy problem: Child report versus parent report in health-related quality of life research. Qual Life res 1998;7:387-397.
23. Yang HC, Thornton LM, Shapiro CL, et al. Surviving recurrence: Psychological and quality of life recovery. Cancer 2008;112:1178-1187.

Napomena

Ovaj rad je podržalo Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije kroz projekat broj III 41004.

Acknowledgement

This work was supported by Ministry of Education and Science Republic of Serbia, grant No III 41004.

Adresa autora:

Vesna Nikolić

Ul. Mileve Marić Ajnštajn 36

E-mail: kvalitet@iohbb.edu.rs

Rad primljen:

11. 10. 2012.

Rad prihvaćen:

11. 11. 2012.

Elektronska verzija objavljena:

8. 3. 2013.