

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS IŠTEKLIAI: VAIKŲ ĮSIVERTINIMĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI

Jūratė Grubliauskienė, Rita Vaičekauskaitė

Klaipėdos universitetas

Anotacija

Gyvenimo kokybės ir sveikatos sąsajų spektras sparčiai plečiasi, suvokiant sveikatos fenomeno socialinius aspektus ir jų kompleksiškumą. Be to, sveikata laikoma viena svarbiausių, dažnai – pačia svarbiausia gyvenimo kokybės dimensija. Siekiant conceptualizuoti sveikatos ir gyvenimo kokybės veiksnių tarpusavio ryšius, plėtojama su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcija, kuri atskleidžia socialinių veiksnių svarbą sveikatai. Mūsų tyrimo, kuriame dalyvavo 1763 vaikai, užpildę *KIDSCREEN52* anketą, rezultatai atskleidė, kad, nors du trečdaliai vaikų nurodė neturintys sveikatos sutrikimų, tik vienas trečdalis savo sveikatą vertina kaip puikią ir labai gerą. Tai rodo, kad vaikams vertinant sveikatą svarbus ne tik ligos ar negalios nebuvimas, bet ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: vaikai, gyvenimo kokybė, sveikata.

Abstract

The spectrum of the links between the quality of life and health has been expanding due to the phenomenon of health acquiring features of a social phenomenon and growing complexity. The research evidenced that health was considered to be one of the most important, and often the most important, dimension of the quality of life. To more comprehensively identify the health-related factors that affected the quality of life in general, the concept of the health-related quality of life has been developed. In our research 1763 children filled *KIDSCREEN52* surveys which evidence tendency as follows: even though two thirds of the children did not indicate they had health disorders, only one third of them assessed their health as excellent and very good. This demonstrates that, in the children's assessment of health, both the absence of a disease or disability and also psychological and social factors are important.

KEY WORDS: children, quality of life, health.

DOI: <http://dx.doi.org/10.15181/tbb.v82i1.1969>

Įvadas

1948 m. PSO conceptualizavus sveikatą kaip fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, ėmė populiarėti tarpdisciplininiai tyrimai, kuriuose aktualizuojamas paskirų teorijų ribotumas, aiškinant sveikatos fenomeną ir jo raišką. Tad nuo XX a. 8-ojo dešimtmečio pradeda sparčiai plėtotis tarpdisciplininis sveikatos conceptualizavimas, kurio kontekste vis svarbesnė tampa gyvenimo kokybė, kaip *skėtinė* sąvoka. 1993 m. PSO paskelbtame gyvenimo kokybės apibrėžime akcentuojama sveikatos socialiniame kontekste svarba: „Gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena,

kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka“ (Starkauskienė, 2011, p. 23).

Gyvenimo kokybės ir sveikatos sąsajų spektras plečiasi sveikatos fenomenui įgaunant socialinio reiškinio bruožų (Smith, Walltson, 1992; Kalėdienė, Petrauskienė, Rimppela, 1999; Wulf et al., 2001; Jurgelėnas et al., 2007; Šveikauskas, 2008; Norkus, 2012; Gudžinskienė et al., 2012; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2013; 2013 a). Skirtingai nei analogiškos sąvokos, pvz., *socialinė sveikata ir visuomenės sveikata*, gyvenimo kokybė kompleksiskai į bendrą visumą susieja objektyvius ir subjektyvius veiksnius (Veenhoven, 1995; 2005; Schalock, 2002).

Gyvenimo kokybės tyrimuose nuo XX a. 6-ojo dešimtmečio akcentuojamas jos daugiadimensiškumas (Cummins, 1996; 2001; 2005; 2005a; Felce, Perry, 1995; 1997; Veenhoven, 2000; Cummins et al., 2009; 2012) ir raiškos kompleksiskumas (Europos medicinos agentūra, 2006; Staškutė, 2009; Nilsson, 2012; Servetkienė, 2013). Sveikata laikoma viena svarbiausių, dažnai – pačia svarbiausia gyvenimo kokybės dimensija (Butikis, 2009). Siekiant išsamiau nustatyti, kokie su sveikata susiję veiksniai turi įtakos gyvenimo kokybei, plėtojama su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcija. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apibrėžiama kaip sveikatos daromo poveikio suvokimas žmogaus gebėjimui gyventi visavertį gyvenimą (Butikis, 2009, p. 19). Nors sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę, nebūtinai ją visiškai nulemia. Tai atskleidžia tie atvejai, kai negalią turintys žmonės patenkinti savo gyvenimo kokybę. M. Butikio (2009) požiūriu, gyvenimo kokybė turėtų būti vertinama kaip socialinė sistema, atsižvelgiant į jos išteklių ir rizikos santykį. Gyvenimo kokybės išteklių ir rizikos sisteminis tyrimas, Lietuvoje atliktas su vyresniais nei 18 metų tiriamaisiais, atskleidė, kad „kintant amžiui gyvenimo kokybės ir socialinės sveikatos ištekliai mažėja, o rizika didėja“ (Butikis, 2009, p. 139). Deja, trūksta tyrimų, kurie leistų sistemiskai vertinti gyvenimo kokybės išteklius ir rizikas vaikystėje.

I. Staškutė (2014) pažymi, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės stebėseną, kaip konkrečios srities tyrimai, tik pradėdama vykdyti, straipsnio autorių požiūriu, ypač kalbant apie vaikų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Deja, „kartais visi neklinikiniai duomenys apie žmogų prilyginami gyvenimo kokybei“ (Butikis, 2009, p. 31). Gyvenimo kokybės tyrimai, apimantys subjektyvų asmens sveikatos vertinimą, gali suteikti daug vertingos informacijos apie „sveikatos būklės riziką, ypač tais atvejais, kai fizinių prasidėjusios ligos požymių dar neįmanoma apčiuopti“ (cit. remiantis Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014, p. 12).

Gyvenimo kokybės vertinimas dėl šio reiškinio kompleksiskumo išlieka aktualus ir sudėtingas klausimas (Starkauskienė, 2011; Janušauskaitė, 2008), kurį svarbu

analizuoti kaip tikslingą socialinę sistemą (Butikis, 2009). Daugelis „tyrėjų plėtoja kiekybinių tyrimų erdvę, taikydami tam tikrus standartizuotus gyvenimo kokybės kriterijus skirtingoms gyventojų grupėms. Iš kitos pusės, tyrėjai siekia objektyvizuoti gyvenimo kokybės vertinimą, praturtinant gyvenimo kokybės sąvoką naujais ją objektyvizuojančiais kintamaisiais“ (Gruževskis, Orlova, 2012, p. 8). Ypač daug klausimų kyla dėl vaikų gebėjimo įsivertinti gyvenimo kokybę kaip sveikatos potencialą. Iki šiol atliktuose tokio pobūdžio tyrimuose didelis dėmesys skirtas ligos simptomų, kurie daro įtaką vaiko gyvenimo kokybei, raiškai, remiantis tėvų atsakymais į pateiktus klausimus. Kintantis požiūris į vaiko gebėjimą sveikatą susieti su socialiniais ir psichologiniais veiksniais, o ne tik traktuoti ją kaip ligos ar negalios nebuvimą, formuojasi prielaidos vertinti vaiko su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Remiantis straipsnio autorių atlikto tyrimo rezultatais, du trečdaliai vaikų nurodė neturintys sveikatos sutrikimų, tačiau tik vienas trečdalis savo sveikatą vertino kaip puikią ir labai gerą. Tai rodo, kad vaikams vertinant sveikatą svarbus ne tik ligos ar negalios nebuvimas, bet ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai.

Lietuvoje su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimai pastaruosius metus vykdomi vis aktyviau (Mikaliūkštienė, 2011; Butikis, 2009; Butvilas, et al., 2009; Luneckaitė, 2009; Krančiukaitė et al., 2007), bet dėmesio vaikams vis dar trūksta, nes daugiausia tyrimų nukreipta į gerontologijos sritį (Tamutienė, 2011; Juozulynas et al., 2009; Jurgelėnas et al., 2009; Kazlauskaitė, Stepukonis, Svensson, 2007; Rėklaitienė, 2005). Be to, minėtuose tyrimuose daugiau dėmesio skiriama ligos simptomų raiškai ir tam, kaip jie veikia gyvenimo kokybę, tuo tarpu sveikatos potencialo vertinimo tyrimų trūksta.

Straipsnyje pristatomas unikalus anketinės apklausos (1763 vaikai ir 1564 tėvai) tyrimas. Duomenys rinkti naudojant pirmą kartą Lietuvoje straipsnio autorių validuotą ir į lietuvių kalbą išverstą *KIDSCREEN50* klausimyną. Šiame straipsnyje pristatoma dalis klausimyno – vaikų įsivertinimo rezultatai, analizuojami juos lemiantys veiksniai.

1. Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo potencialas

Tyrimai atskleidė, kad vaikų supratimas apie sveikatą ir ligas susijęs su jų socialiniu bei kultūriniu patyrimu. Ryškus skirtumas matyti 9–12 metų laikotarpiu: 9–10 metų vaikai apie sveikatą kalba kaip apie ligos nebuvimą, tuo tarpu 11–12 metų vaikai ją sieja su asmens elgesiu. Atlikta tyrimų apžvalga atskleidė, kad egzistuoja conceptualiai skirtingi požiūriai, lemiantys tyrimo atskaitos tašką (Myant, Williams, 2005). Kuo vaikai mažesni, tuo dažniau jie linkę sveikatą apibrėžti kaip ligos nebuvimą (Schmidt, Frohling, 2000). Tuo tarpu kuo jie vyresni, tuo dažniau

kalbėdami apie sveikatą mini įvairesnius aspektus – ne tik ligos nebuvimą (Irwin, Millstein, 1986).

Pastebėta, kad 2–7 metų amžiaus vaikų ligų supratimas (priešoperacinė raidos stadija) siejasi su magija ir prietarais. Tam tikrą loginį ligos paaiškinimą vaikai atranda būdami 7–10 metų, pradėję skirti išorines ir vidines poveikio jėgas (Bibace, Walsh, 1981). Tyrimai atskleidė ankstyvo amžiaus vaikų supratimą apie biologinį ligos aspektą (Wellman, Gelman, 1992). 4–12 metų vaikų ligos supratimas priklauso nuo jos tipo. Pavyzdžiui, beveik visi vaikai lengvai paaiškina danties skausmą, bet paaiškinti astmos priežastis gali ne kiekvieno amžiaus vaikas. Atliekant tyrimą nustatyta, kad beveik visi 4–12 metų vaikai peršalimą sieja su šalčiu, o ne su virusais ar mikrobais, ypač tai būdinga vaikams iki 9–10 metų amžiaus (Myant, Williams, 2005). Manoma, kad kalba gali riboti vaiko galimybę apibūdinti savo sveikatą. Mažai žinoma apie vaikų kalbos žodyną, susijusį su sveikatos terminais, bei sveikatos klausimų suvokimą. Tyrimai atskleidė, kad penkerių metų vaikai nesugeba suprasti daugelio klausimų, kad tikslingai įvertintų savo sveikatą. O beveik visi aštuonerių metų ir vyresni vaikai geba suprasti pagrindinius su sveikata susijusius terminus. Be to, nustatyta, kad 6–7 metų vaikai kur kas dažniau nei vyresni renkasi ekstremalius atsakymus. Remiantis tyrimo rezultatais, galima teigti, kad nuo 8 metų amžiaus vaikai gali adekvačiai atsakyti į klausimus, kurie susiję su įvairiais jų sveikatos aspektais, rinkdamiesi iš penkių galimų atsakymų (Rebok et al., 2001). 8–11 metų amžiaus vaikai turi konkretesnių minčių apie tai, kas sukelia vėžį, visapusiškai supranta ligas ir įvairių veiksnių, pvz., rūkymo, įtaką sveikatai. Vaikai gana gerai suvokia, kas yra sveika ir nesveika gyvensena, bet tyrimais nenustatyta, kiek šis suvokimas nulemtas šeimos įtakos. Kalbant apie vyresnius vaikus būtina pažymėti, kad jie sveikatą suvokia kur kas plačiau nei ligą. Paskiri tyrimai su 9–11 metų vaikais, siekiant išsiaiškinti, kokie, jų manymu, yra svarbiausi sveikatos veiksniai, atskleidė kur kas platesnį nei biomedicininį suvokimą, kaip svarbiausią sveikatos veiksnį įvardydami žmonių tarpusavio santykius. Įvairiuose kituose tyrimuose 8–15 metų vaikai kaip sveikatos veiksnius įvardijo gerus draugus, maistą, gerą miegą, higieną, fizinį aktyvumą, sportą, laimės jausmą (Knighting et al., 2011; Kostmann, Nilsson, 2012).

2. Tyrimo instrumentas ir imtis

Tiriamieji. 2015 metais atlikto tyrimo imtis formuota vykdant mokyklų atranką. Naudojant SPSS programinę įrangą su atsitiktinių skaičių generatoriumi atrinkta 11 mokyklų (iš aštuonių Lietuvos savivaldybių, kurios proporcingai išsidėstė 5 Lietuvos regionuose). Tyrimo klausimynas pateiktas visiems atrinktų mokyklų 2–12 klasių moksleiviams bei jų tėvams. Iš viso imtį sudarė 1763 vaikai ir

1564 tėvai (Grubliauskienė, 2019). Siekiant sisteminti duomenis šeimos aspektu, anketos koduotos jas poruojant, t. y. identiškai kodai priskirti ir vaikų, ir tėvų klausimynams.

Tyrimo instrumentas.

Tyrimui pasirinktas *KIDSCREEN* klausimynas, kurio išskirtinumas tas, kad jis pildomas ne tik tėvų, kas dažnai būdinga tokio pobūdžio klausimynuose, bet ir pačių vaikų. Tyrimui pasirinktas *KIDSCREEN 52* klausimynas (visa versija), kurį sudaro trys dalys: įvadinė (I), sociodemografinė (II), gyvenimo kokybės dimensijų vertinimas ir joms vertinti skirti matavimo elementai (III) (žr. 1 lentelę). Vaikų klausta apie lytį, amžių, kaip vertina savo sveikatą, ar kalbasi apie ją su tėvais. Vaikų prašyta neformaliai įsivertinti savo sveikatą, t. y. pažymėti, turi ar neturi sveikatos sutrikimų, ligų ar ilgalaikę negalią, neprašant to patvirtinti medicininiais dokumentais. Be to, prašyta subjektyviai įsivertinti savo sveikatą (galimi atsakymų variantai nuo „puiki“ iki „bloga“). Tėvų klausta apie išsilavinimą, darbo pobūdį, pajamas, šeiminių padėčių, vaiko sveikatos sutrikimus, ar kalbasi su savo vaiku apie sveikatą. Tėvai turėjo pažymėti, kaip, jų manymu, jų vaikas subjektyviai vertina savo sveikatą. Be to, jų prašyta objektyviai įvertinti savo vaiko sveikatą, t. y. pažymėti, kokiai organų sistemai priskirtas konkretus atvejis ar net pasirinkti keletą sistemų (klausimyne pateikta galimybė pasirinkti vieną ar kelis sutikimus, kurie žymimi vaiko sveikatos pažymėjime [forma Nr. 027, išduodamas profilaktiškai patikrinus vaiko sveikatą]).

1 lentelė. *KIDSCREEN 52* klausimyno, kuris skirtas vaikams, struktūra

Sociodemografiniai parametrai	Vaiko su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	Matavimo elementų skaičius
Lytis	Fizinė gerovė	5
Amžius	Psichologinė gerovė	6
Kaip vertina savo sveikatą	Nuotaikos ir emocijos	7
Ar kalbasi su tėvais apie sveikatą	Savęs suvokimas	5
	Savarankiškumas	5
	Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	6
	Finansiniai ištekliai	3
	Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	6
	Mokyklos aplinka	3
	Socialinis priėmimas (patyčios)	3

Šaltinis: Grubliauskienė, 2019, p. 70.

Taikant *KIDSCREEN Group Europe* metodiką (The *KIDSCREEN Group Europe*, 2006), kiekviena su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo skalės subskalė tapati matavimo vienetui – dimensijai. Pasirinktas tyrimo instrumentas leidžia vertinti 10 su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų. Kiekvienai dimensijai vertinti skirtas matavo elementų (klausimų) skaičius (nuo 3 iki 7 paskirai dimensijai). Atsakant į klausimus pateikiami 5 ranguojamų atsakymų variantai, kur 1 reiškia „visai ne“, 5 – „ypač“ arba 1 reiškia „niekada“, o 5 – „visada“. Atsakymų rezultatai interpretuojami, remiantis *KIDSCREEN Europe Groupe* metodikoje pateiktu dimensijų vertinimo rezultatų interpretavimu.

Siekiant instrumento taikymo validumo, klausimynas išverstas, taikant jo autorių pateiktą vertimo metodiką (*KIDSCREEN Europe Group*, 2006, p. 23) – dvigubą vertimą iš anglų kalbos. Tėvams ir vaikams skirto klausimyno tinkamumui įvertinti atliktas žvalgomasis tyrimas (140 respondentų – po 70 vaikų ir tėvų dviejose mokyklose).

Instrumento vidinio suderinamumo vertinimas atskleidė, kad vaikams skirto klausimyno bendras suderinamumo rodiklis (Cronbach'o alfa) yra 0,848, paskirų subskalių – svyruoja nuo 0,797 iki 0,890. Tėvams skirto klausimyno: bendras – 0,811, paskirų subskalių – nuo 0,842 iki 0,907.

Respondentų pasiskirstymui pagal tirtas charakteristikas apskaičiuoti taikyti aprašomosios statistikos metodai; kintamųjų grupiniams skirtumams nustatyti – Student'o t testas. Mann'o-Whitney'aus kriterijus taikytas, siekiant nustatyti, ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp nepriklausomojo (vaiko lytis, neformalus savo sveikatos vertinimas, vaiko kalbėjimasis su tėvais apie sveikatą) ir priklausomojo (su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijos) kintamųjų. Spirmen'o (rangų) koreliacijos koeficientas taikytas, siekiant nustatyti ryšius tarp vaiko amžiaus, jo subjektyvaus savo sveikatos ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo. Wilcoxon'o kriterijus taikytas, siekiant nustatyti, ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vaikų, kurie kalbasi ar nesikalba su tėvais apie sveikatą, ir su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo.

Atliekant tyrimą laikytasi visų tyrimams taikomų etinių reikalavimų. Tyrimas atliktas užtikrinus dalyvių informavimą, konfidencialumą ir dalyvavimo savanoriškumą.

3. Rezultatai

Šiame darbe pateikiami tyrimo rezultatai atskleidžia, kaip vaikai įsivertina savo su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir kaip šis įsivertinimas siejasi su sociode-

mografiniais aspektais: lytimi, amžiumi, neformaliu bei subjektyviu savo sveikatos vertinimu, kalbėjimusi su tėvais apie sveikatą.

Tiriamieji. Gautas panašus respondentų pasiskirstymas pagal lytį (51,14 proc. mergaičių ir 48,86 proc. berniukų). Nagrinėjant tyrime dalyvavusių vaikų pasiskirstymą pagal amžių, vaikai į amžiaus grupes suskirstyti atsižvelgiant į tai, kokio amžiaus būdami dalyvauja Lietuvoje nustatytoje formalioje švietimo programoje: pradinio ugdymo programos mokiniai – 8–10 metų amžiaus (17,9 proc. respondentų), progimnazijos mokiniai – 11–14 metų amžiaus (40,4 proc. respondentų), gimnazistai – 15–18 metų amžiaus (41,6 proc. respondentų).

Nors 87,57 proc. tyrimo dalyvių teigė neturintys sveikatos sutrikimų ar ilgalaikės negalios, savo sveikatą kaip puikią įvertino 30,5 proc.; kaip labai gerą – 26,27 proc., gerą – 30,43 proc., likusieji savo sveikatą vertino kaip patenkinamą ir blogą (atitinkamai 7,92 proc. ir 1,88 proc.).

Į klausimą, ar dažnai kalbasi su savo tėvais apie sveikatą, teigiamai atsakė 87,02 proc., 12,98 proc. su tėvais apie sveikatą nesikalba.

Lytis. Statistiškai reikšmingai aukštesnius balus berniukai nei mergaitės skiria šioms dimensijoms: fizinės, psichologinės gerovės, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių. Statistiškai reikšmingai aukštesnius balus mergaitės nei berniukai skiria vertindamos šias dimensijas: nuotaika ir emocijos, savarankiškumas (2 lentelė).

Amžius. Nustatyta tiesioginė statistiškai reikšminga koreliacija tarp vaikų amžiaus ir jų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimo: nuotaika ir emocijos, finansiniai ištekliai, socialinis palaikymas ir bendraamžiai. Šioms vaikų su sveikata susijusioms gyvenimo kokybės dimensijoms aukštesnius balus skiria vyresni vaikai. Jaunesni vaikai aukštesniais balais įsivertina šias dimensijas: psichologinės gerovės, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, mokyklos aplinkos bei socialinio priėmimo (patyčių) (3 lentelė). Statistiškai reikšmingas ryšys tarp vaikų amžiaus ir fizinės gerovės bei savarankiškumo dimensijų įsivertinimo rezultatų nenustatytas ($p > 0,05$).

Neformalus savo sveikatos vertinimas. Visas vaikų su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas, kurių įsivertinimo rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi atsižvelgiant į tai, vaikas pažymėjo turintis ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą, ar jų neturintis, aukštesniais balais įsivertino vaikai, pažymėję, kad sveikatos sutrikimų neturi (4 lentelė). Statistiškai reikšmingų skirtumų analizuojant tris vaikų su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas (nuotaikos ir emocijų, finansinių išteklių, socialinio priėmimo [patyčių]), nenustatyta.

2 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas, skirtumai atsižvelgiant į lytį*

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos		N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p reikšmė
Fizinė gerovė	Mergaitė	898	759,02	277950,50	-10,15	0,000
	Berniukas	858	1003,55			
Psichologinė gerovė	Mergaitė	898	811,49	325071,00	-5,45	0,000
	Berniukas	852	942,96			
Nuotaika ir emocijos	Mergaitė	896	929,04	332829,50	-4,64	0,000
	Berniukas	852	817,14			
Savarankiškumas	Mergaitė	898	925,62	342034,50	-4,06	0,000
	Berniukas	857	828,11			
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Mergaitė	895	839,94	350790,00	-3,07	0,002
	Berniukas	856	913,70			
Finansiniai ištekliai	Mergaitė	895	841,83	352473,50	-2,68	0,007
	Berniukas	850	905,83			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Mergaitė	894	832,68	344354,50	-3,59	0,000
	Berniukas	855	919,25			

* Pateikiami duomenys tik tų dimensijų, kurių įsivertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai lytes aspektu

3 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimas, jo ryšys su amžiumi*

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	r	p reikšmė
Psichologinė gerovė	-0,182**	0,000
Nuotaika ir emocijos	0,206**	0,000
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	-0,126**	0,000
Finansiniai ištekliai	0,152**	0,000
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	0,062**	0,010
Mokyklos aplinka	-0,380**	0,000
Socialinis priėmimas (patyčios)	-0,176**	0,000

* Pateikiami duomenys tik tų dimensijų, kurias įsivertinant nustatytas ryšys su amžiumi

4 lentelė. Su sveikata susijusių vaikų gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimas ir skirtumai, remiantis neformaliu savo sveikatos vertinimu*

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	Turi kokią ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimų?	<i>N</i>	Vidutiniai rangai	Mann'o-Whitney'aus <i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> reikšmė																																														
Fizinė gerovė	Ne	1529	904,76	118094,0	-6,91	0,000																																														
	Taip	217	653,21				Psichologinė gerovė	Ne	1523	897,62	123935,5	-5,98	0,000	Taip	217	680,13	Savarankiškumas	Ne	1526	883,99	147277,5	-2,66	0,008	Taip	217	787,70	Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Ne	1524	894,23	129945,0	-5,13	0,000	Taip	217	707,82	Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Ne	1522	880,44	149254,5	-2,30	0,022	Taip	217	796,81	Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86
Psichologinė gerovė	Ne	1523	897,62	123935,5	-5,98	0,000																																														
	Taip	217	680,13				Savarankiškumas	Ne	1526	883,99	147277,5	-2,66	0,008	Taip	217	787,70	Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Ne	1524	894,23	129945,0	-5,13	0,000	Taip	217	707,82	Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Ne	1522	880,44	149254,5	-2,30	0,022	Taip	217	796,81	Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86	0,000	Taip	215	708,15						
Savarankiškumas	Ne	1526	883,99	147277,5	-2,66	0,008																																														
	Taip	217	787,70				Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Ne	1524	894,23	129945,0	-5,13	0,000	Taip	217	707,82	Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Ne	1522	880,44	149254,5	-2,30	0,022	Taip	217	796,81	Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86	0,000	Taip	215	708,15																
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Ne	1524	894,23	129945,0	-5,13	0,000																																														
	Taip	217	707,82				Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Ne	1522	880,44	149254,5	-2,30	0,022	Taip	217	796,81	Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86	0,000	Taip	215	708,15																										
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Ne	1522	880,44	149254,5	-2,30	0,022																																														
	Taip	217	796,81				Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86	0,000	Taip	215	708,15																																				
Mokyklos aplinka	Ne	1508	883,94	129031,5	-4,86	0,000																																														
	Taip	215	708,15																																																	

* Pateikiami duomenys tik tų dimensijų, kurių įsivertinimas skiriasi statistiškai reikšmingai neformalaus savo sveikatos vertinimo aspektu

Subjektyvus savo sveikatos vertinimas. Statistiškai reikšminga netiesioginė koreliacija nustatyta tarp subjektyvaus savo sveikatos vertinimo ir nuotikos bei emocijų dimensijos, t. y. aukštesniais balais šią dimensiją įsivertino vaikai, subjektyviai savo sveikatą vertinantys prasčiau (5 lentelė). Likusias nagrinėtas su sveikata susijusias vaikų gyvenimo kokybės dimensijas aukštesniais balais vertino tie vaikai, kurie geriau vertina savo sveikatą.

Kalbėjimasis su tėvais apie sveikatą. Tyrimo rezultatai atskleidžia tendenciją, kad vaikai, kurie kalbasi su tėvais apie sveikatą, aukštesniais balais įsivertina šias su sveikata susijusias gyvenimo kokybės dimensijas: fizinė gerovė, gerovė, savarankiškumas, santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje, finansiniai ištekliai, socialinis palaikymas, bendraamžiai, mokyklos aplinka (žr. 6 lentelę).

5 lentelė. Su sveikata susijusios gyvenimo vaikų kokybės įsivertinimas, jo ryšys su subjektyviu savo sveikatos vertinimu*

Vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijos	<i>r</i>	<i>p</i> reikšmė	<i>N</i>
Fizinė gerovė	0,454**	0,000	1755
Psichologinė gerovė	0,360**	0,000	1749
Nuotaika ir emocijos	-0,004**	0,000	1606
Savarankiškumas	0,236**	0,000	1752
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	0,286**	0,000	1750
Finansiniai ištekliai	0,197**	0,000	1744
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	0,168**	0,010	1748
Mokyklos aplinka	0,262**	0,000	1732
Socialinis priėmimas (patyčios)	0,042**	0,000	1597

*Pateikiami duomenys tik tų dimensijų, kurias įsivertinant nustatytas statistškai reikšmingas ryšys su subjektyviu savo sveikatos vertinimu

6 lentelė. Su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų įsivertinimas ir jo skirtumai atsižvelgiant į tai, ar kalbasi vaikai su tėvais apie savo sveikatą *

Gyvenimo kokybės dimensijos	Ar kalbėsi su tėvais apie savo sveikatą?	<i>N</i>	Mean Rank	Mann'o-Whitney'aus <i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> reikšmė
Fizinė gerovė	Taip	1522	887,51	153711,0	-2,69	0,007
	Ne	227	791,14			
Psichologinė gerovė	Taip	1517	903,91	123013,5	-6,88	0,000
	Ne	226	657,81			
Savarankiškumas	Taip	1521	889,19	147250,5	-1,11	0,001
	Ne	225	767,45			
Santykiai su tėvais ir gyvenimas šeimoje	Taip	1520	909,10	114606,5	-7,94	0,000
	Ne	224	624,14			
Finansiniai ištekliai	Taip	1513	889,72	139625,0	-4,40	0,000
	Ne	225	733,56			
Socialinis palaikymas ir bendraamžiai	Taip	1517	888,27	145222,5	-3,62	0,000
	Ne	225	758,43			
Mokyklos aplinka	Taip	1504	889,97	128640,0	-5,63	0,000
	Ne	223	688,86			

*Pateikiami duomenys tik tų dimensijų, kurių įsivertinimas statistškai reikšmingai skiriasi, atsižvelgiant į tai, ar vaikai kalbasi su tėvais apie savosveikatą

4. Diskusija

Gyvenimo kokybės vertinimo esmė – galimybė atskleisti objektyvių ir subjektyvių veiksnių tarpusavio sąveiką. Vertinti objektyvius ir subjektyvius veiksnius tampa sudėtinga, kai kalbame apie vaikus. Ilgą laiką remtasi tėvų užpildytų anketų apie vaiko gyvenimo kokybę ir jos vertinimą duomenimis, tačiau tiek edukologijoje (Juodaitytė, 2002, Bruzgelevičienė et al, 2014), tiek medicinoje (Myant, Williams, 2005; Kostmann, Nilsson, 2012), keičiantis požiūriui į vaiko poreikius ir gebėjimą vertinti savo sveikatą ir socialinį funkcionavimą, vaiko įsivertinimui pradėtas skirti vis didesnis dėmesys. Tad pastaruoju metu populiarėja instrumentai, apimantys platų gyvenimo kokybės dimensijų (emocinė, fizinė, psichinė, santykių, šeimos, gerovės) spektrą ir integruoja vaikų bei tėvų vertinimus (Rajmil et al., 2013; Qadeer, Ferro, 2018).

Svarbu pažymėti, kad vystantis integruotos gyvenimo kokybės teorijos laukui pažymima vaikų ir tėvų abipusio vertinimo svarba. Mokslininkų teigimu, sveikatos ir gyvenimo kokybės suvokimas nemažai priklauso nuo žmogaus savimonės (Ventegodt et al., 2005). Jei individas prisiima atsakomybę už savo gyvenimą, jis stiprina savo sveikatą ir sau padeda (Ventegodt et al., 2005). Tai paaiškina, kodėl žmogus, kai patenkinti visi jo poreikiai, gali jausti gyvenimo prasmės ar laimės stoką ir atvirksčiai. Nors sveikata laikoma viena svarbiausių gyvenimo kokybės dimensijų, jos suvokimas ir savivoka gyvenimo kokybės kontekste išlieka nemažas iššūkis.

Analizuojant tyrimo rezultatus nustatyta, kad vaikų sociodemografiniai aspektai svarbūs jiems įsivertinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Nagrinėdami vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įsivertinimo skirtumus lyties aspektu, matome, kad berniukai statistiškai reikšmingai aukštesnius balus nei mergaitės skiria fizinės, psichologinės gerovės, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, finansinių išteklių, socialinio palaikymo bei bendraamžių dimensijoms. Mergaitės statistiškai reikšmingai aukštesnius balus nei berniukai skiria nuotaikos, emocijų, savarankiškumo dimensijoms. Nors mokslinėje literatūroje sąsajos tarp vaikų lyties ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo neaptartos, atlikto tyrimo rezultatai atskleidžia reikšmingus ryšius tarp lyties ir su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės dimensijų vertinimo. Tai gali būti reikšmingas veiksnys kuriant tikslines vaikų gyvenimo kokybės gerinimo strategijas.

Amžiaus ir vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įsivertinimo ryšys atskleidė, kad statistiškai reikšmingai vyresni vaikai aukščiau vertina nuotaikų bei emocijų, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių dimensijas, jaunesni – psichologinės gerovės, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, mokyklos aplinkos, socialinio priėmimo (patyčių) dimensijas. Tai iš dalies patvirtina publi-

kuotus duomenis apie tai, kad jaunesni tiriamieji geriau vertina savo sveikatą ir jų geresnė fizinė būklė, žemesnis depresijos lygis, jie labiau patenkinti gyvenimu (Piko, Keresztes, 2006).

Atskleista vaiko sveikatos būklės reikšmė gyvenimo kokybės vertinimui (Eiser, Morse, 2001). Tai pasakytina ir apie tyrimo rezultatus: visas su sveikata susijusias vaikų gyvenimo kokybės dimensijas, kurių įsivertinimo rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi atsižvelgiant į tai, vaikas pažymėjo turintis ilgalaikę negalią, ligą ar sveikatos sutrikimą ar jų neturintis, aukštesniais balais vertina vaikai, pažymėję, kad neturi sveikatos sutrikimų. Tai gali būti dėl keleto priežasčių. Visų pirma vaikų neprašyta savo sveikatos vertinimo pagrįsti mediciniais dokumentais, tad tikėtina, kad jie nepažymi sveikatos sutrikimų, nes jiems neskiria dėmesio arba pervertina savo sveikatos būklę. Antra, jei vaikui nediagnozuota liga, negalia ar kiti sveikatos sutrikimai, gyvenimo kokybę jis vertina geriau. Tai patvirtina ir tyrime nagrinėtas subjektyvaus savo sveikatos vertinimo bei su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės įsivertinimo ryšys. Fizinės, psichologinės gerovės, savarankiškumo, santykių su tėvais ir gyvenimo šeimoje, finansinių išteklių, socialinio palaikymo ir bendraamžių, mokyklos aplinkos, socialinio priėmimo dimensijas aukštesniais balais įsivertino tie vaikai, kurie subjektyviai geriau vertina savo sveikatą. Vis dėlto sumaištis čia esama, mat nuotaikų ir emocijų dimensiją aukštesniais balais įsivertino tie vaikai, kurie subjektyviai savo sveikatą vertina prasčiau. Taigi, nors ir manau, kad mano sveikata prasta, vis tiek „jaučiuosi gerai, mano nuotaika gera“ (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, p. 85).

Išvados

1. Gyvenimo kokybė tampa svarbiu modernios visuomenės struktūravimo veiksniu, kuris nusako individo subjektyvų atsaką į fizinius, psichinius ir socialinius kasdienio gyvenimo pokyčius bei lemia pasitenkinimo gyvenimo aplinkybėmis laipsnį. Sveikata yra svarbiausia gyvenimo kokybės dimensija, bet sveikatos būklė nebūtinai nulemia gyvenimo kokybės vertinimą. Todėl ir svarbus gyvenimo kokybės, kaip socialinės sistemos, vertinimas, apimantis išteklių ir rizikos santykinius ryšius.
2. Socialiniai veiksniai yra reikšmingi su sveikata susiję gyvenimo kokybės ištekliai. Šių veiksnių svarbą vaiko su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei patvirtina mūsų tyrimo, kuriame dalyvavo 1763 vaikai, užpildę *KIDSCREEN 52* anketą, rezultatai: nors du trečdaliai vaikų nurodė neturintys sveikatos sutrikimų, tik vienas trečdalis savo sveikatą vertina kaip puikią ir labai gerą. Taigi vaikams vertinant sveikatą svarbus ne tik ligos ar negalios nebuvimas, bet ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai.

3. Tyrimas atskleidė vaikų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įsivertinimo ryšį su amžiumi ir lytimi. Visas su sveikata susijusias vaikų gyvenimo kokybės dimensijas aukštesniais balais vertina sveikatos sutrikimų neturintys vaikai.

Literatūra

- Bibace, R., Walsh, M. E. (1980). Children's conceptions of illness. *Pediatrics*, Vol. 66(6), p. 912–917.
- Bruzgelevičienė, R. (sud.) (2014) *Ugdymo paradigmų iššūkiai mokytojams*. Vilnius: LEU.
- Butikis, M. (2009). *Sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės ir amžiaus sąveika*. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas.
- Butvilas, D., Kriščiūnas, A., Endzinienė, M., Jurkevičienė, G., Švedaitė-Sakalauskė, B. (2010). Jaunų žmonių, sergančių epilepsija, gyvenimo pilnatvė. *Neurologijos seminarai (a)*, Nr. 14 (44), p. 86–92.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, Vol. 38(3), p. 303–328.
- Cummins, R. A. (2001). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a reply to Ager & Hattton. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. (14), p. 1–11.
- Cummins, R. A. (2005). Issues in the systematic assessment of quality of life. In J. Hogg, A. Langa (eds.). *Assessing adults with intellectual disabilities*. Carlton: Victoria AU: Blackwell Publishing.
- Cummins, R. A. (2005a). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 49(10), p. 699–706.
- Cummins, R. A., Lau, A. L. D., Mellor, D., Stokes, M. A. (2009). Encouraging governments to enhance the happiness of their nation: step 1 understand subjective wellbeing. *Social Indicators Research*, Vol. 91(1), p. 23–36.
- Eiser, C., Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, Vol. 10 (4), p. 347–357.
- Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16 (1), p. 51–74.
- Felce, D., Perry, J. (1997). Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement. In R. I. Brown (ed.). *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice*. 2nd edition. Cheltenham: UK: Stanley Thornes LTD.
- Grubliauskienė, J. (2019). *Edukacinė šeimos dimensija su sveikata susijusios vaikų gyvenimo kokybės vertinimo kontekste*. Daktaro disertacija. Klaipėdos universitetas.
- Gruzevskis, B., Orlova, U. L. (2012). Sąvokos „gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos. *Socialinis darbas*, Nr. 11(1), p. 7–18.
- Gudžinskienė, V., Armonienė, J., Pocevičius, A. (2012). Fizinis aktyvumas kaip vienas sveikatą lemiančių veiksnių. *Pedagogika*, Nr. 105, p. 86–93. ISSN 1392-0340.
- Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J. (2013). Sveikos gyvensenos ugdymo įgyvendinimas 5–8 klasių mokinių požiūriu. *Socialinis darbas*, Nr. 12(2), p. 319–329.
- Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J. (2013a). Mokytojų žinios apie sveikatą ir sveiką gyvenseną kaip mokinių sveikos gyvensenos ugdymo prielaida. *Socialinis darbas*, Nr. 12 (1), p. 121–136. ISSN 1648-4789.
- Irwin, C. E. JR., Millstein, S. G. (1986). Risk – taking behaviors and biopsychosocial development during adolescence. *Emotion, cognition, health and development in children and adolescents*, p. 75–102.
- Janušauskaitė, G. (2008). Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės. *Filosofija. Sociologija*, Nr. 4, p. 34–44.
- Jurgelėnas, A., Juozulynas, A., Butkienė, B., Butikis, M. (2009). Situaciniai gyvenimo kokybės veiksniai Vilniaus mieste. *Gerontologija*, Nr. 10 (3), p. 168–175.
- Jurgelėnas, A., Mačiūnas, E., Juozulynas, A., Venalis, A., Norvaišas, S. (2007). *Sveikatos socialinė plėtra*. Vilnius: Valstybinis aplinkos ir sveikatos centras.
- Juodaitytė, A. (2002). *Socializacija ir ugdymas vaikystėje*. Vilnius: Petro ofsetas.
- Juozulynas, A., Prapiestis, J., Jurgelėnas, A., Valeikienė, V., Savičiūtė, R., Miglė, V. (2009). Pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybės tyrimai Vilniaus mieste. *Gerontologija*, Nr. 10 (2), p. 83–91.

- Kaliatkaitė, J., Bulotaitė, L. (2014). Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės. *Visuomenės sveikata*, Nr. 1 (64), p. 9–24.
- Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
- Kazlauskaitė, M., Rėklaitienė, R. (2005). Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. *Medicina*, Nr. 2 (41), p. 155–161.
- Kidscreen Europe Group. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Handbook. Pabst Science Publishers.
- Knighting, K., Rowa-Dewar, N., Malcolm, C., Kearney, N., Gibson, F. (2011). Children's understanding of cancer and views on health-related behavior: a 'draw and write' study. *Child: care, health and development*, Vol. 37 (2), p. 289–299.
- Kostmann, E., Nilsson, L. (2012). Children's Perspectives on Health: What Makes Children Feel Good According to Themselves? *International Journal of Education*, Vol. 4 (1), p. 1–11.
- Krančiukaitė, D., Rastenytė, D., Jurėnienė, K., Šopagienė, D. (2007). Persirgusiųjų galvos smegenų insultu gyvenimo kokybė. *Medicina*, Vol. 43 (9), p. 736–745.
- Luneckaitė, Ž. (2009). *Onkologinių ligonių gyvenimo kokybės sąsajos su socialiniais-psichologiniais veiksniais ir paliatyviąja priežiūra*. Daktaro disertacija. KMU.
- Mikalčiūkaitė, A. (2011). *Sergančiųjų 2-ojo tipo cukriniu diabetu gyvenimo kokybės ir emocinės būsenos ryšys su ligos ir socialiniais veiksniais*. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas.
- Myant, K. A., Williams, J. M. (2005). Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illnesses, Non-Contagious Illnesses and Injuries. *Journal of Health Psychology*, Vol. 10, p. 805–819.
- Nilsson, E. (2012). *Aspects of Health-Related Quality of Life*. Linköping University.
- Norkus, A. (2012). *Sveika gyvensena Lietuvos studentų populiacijoje: edukacinis diagnostinis aspektas*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija (07 S). Šiauliai.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Piko, B. F., Keresztes, N. (2006). Physical activity, psychosocial health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, Vol. 31 (2), p. 136–145.
- Qadeer, R. A., Ferro, M. A. (2018). Child-parent agreement on health-related quality of life in children with newly diagnosed chronic health conditions: a longitudinal study, *International Journal of Adolescence and Youth*, Vol. 23, p. 99–108, DOI: 10.1080/02673843.2017.1297242.
- Rajmil, L., Lopez, A. R., Lopez-Aquila, S., Alonso, J. (2013). Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 11, p. 101. Prieiga internete: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-101> [žiūrėta 2018-02-08].
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J., Tambor, E. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of Life Research*, Vol. 10 (1), p. 59–70.
- Servetkienė, V. (2012). Gyvenimo kokybė Lietuvoje: subjektyvus situacijos vertinimas ir realybė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol. 4 (28), p. 20–35.
- Servetkienė, V. (2013). *Gyvenimo kokybės daugiadimensinis vertinimas, identifikuojant kritines sritis*. Daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
- Schallock, R. L., Alonso, M. A. V. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC, US: American Association on Mental Retardation.
- Schmidt, L. R., Fröhling, H. (2000). Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Journal of Psychology and Health*, Vol. 15, p. 229–238.
- Smith, M. S., Wallston, K. A. (1992). How to measure the value of health. *M. Shelton Smith. Health Education Research*, Vol. 7 (1), p. 129–135.
- Starkauskienė, V. (2011). *Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis*. Daktaro disertacija. VDU.
- Staškutė, I. (2014). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vol. 1(6), p. 7–19.
- Stepukonis, F., Svensson, T. (2007). Gyvenimo kokybė vyresniame amžiuje. *Gerontologija*, Vol. 8(1), p. 55–65.
- Šveikauskas, V. (2008). *Sveikatos edukologija*. Kauno medicinos universiteto leidykla.
- Tamutienė, I. (2011). Vyresnio amžiaus moterų patiriama prievarta ir sąsajos su jų gyvenimo kokybe Lietuvoje. *Gerontologija*, Vol. 12(2), p. 97–103.

- Vazonienė, G. (2011). *Subjektyvi gerovė ir socialinė atskirtis: pagyvenusių žmonių atvejais*. Daktaro disertacija. KTU.
- Veenhoven, R., Ehrhardt, J. (1995). The cross-national pattern of happiness: Test of predictions implied in three theories of happiness. *Social Indicators Research*, Vol. 34 (1), p. 33–68.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, Vol. 1 (1), p. 1–39.
- Veenhoven, R. (2005). Inequality of Happiness in Nations. *Journal of Happiness Studies*, Vol. 6 (4), p. 351–355.
- Ventegodt, S., Flensburg-Madsen, T., Andersen, N. J., Merrick, J. (2005). The life mission theory VII. Theory of existential (Antonovsky) coherence: a theory of quality of life, health, and ability for use in holistic medicine. *Scientific World Journal*, Vol. 6 (5), p. 377.
- Wellman, H. M., Gelman, S. A. (1992). Cognitive Development: Foundational Theories of Core Domains. *Annual Review of Psychology*, Vol. 43, p. 337–375.
- Wulff, H. R. ir kt. (2001). *Medicinos filosofija* (vert. į lie. kalbą). Charibdė.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE RESOURCES: SIGNIFICANT FACTORS OF CHILDREN'S SELF-ASSESSMENT

Jūratė Grubliauskienė, Rita Vaičekauskaitė

Summary

Introduction. The phenomenon of health complexity was formalized only in the 20th century, when the World Health Organization (WHO) (1948) published a comprehensive health definition encompassing physical, mental, and social well-being. From a complex point of view, no single theory was able to explain the health phenomenon and its expression. Therefore, from the 70s of the 20th century, interdisciplinary health conceptualisation began to develop rapidly, in the context of which the quality of life as an umbrella concept has been gaining increasing importance. In 1993, the WHO proposed a definition of the quality of life that placed emphasis on the importance of health in the social context: “The quality of life is an individual evaluation of one’s place in life in the context of the culture and values system in which an individual lives as related to his goals, hopes, standards, and interests. That is a broad concept, complexly affected by a person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and relationships with the environment” (Starkauskienė, 2011, p. 22). The spectrum of the links between the quality of life and health has been expanding due to the phenomenon of health acquiring features of a social phenomenon (Wulff et al., 2001; Smith, Wallton, 1992; Gudžinskienė et al., 2012; 2007; Šveikauskas, 2008, Norkus, 2012). Unlike analogous concepts such as social health or public health, the quality of life complexly combines objective and subjective factors into a common entity (Cummins, 1997; Schalock, 2002; Veenhoven, 1995, 2005). The research in the quality of life since the 50s of the 20th century has emphasised its multidimensional nature.

mensionality (Cummins, 1996; 2001, 2005, 2005a; Cummins et al., 2009, 2012; Felce, Perry, 1995, 1997; Veenhoven, 2000). The research evidenced that health was considered to be one of the most important, and often the most important, dimension of the quality of life (Servetkienė, 2012, 2013). To more comprehensively identify the health-related factors that affected the quality of life in general, the concept of the health-related quality of life has been developed. In many scientific works, definitions of health-related quality of life are similar (European Medical Agency, 2006; Staškutė, 2009; Servetkienė, 2013): they cover socio-demographic, psychological (external, i.e. social environment, social support; and internal: the individual's psychological characteristics), and lifestyle aspects. Quality of life as an umbrella term has often been used interchangeably with many others, such as satisfaction with life, happiness, or lifestyle, while the differentiation of their use is a separate object of research (Starkauskiene, 2011; Servetkienė, 2012; Janušauskaitė, 2008). Quality of life is difficult to specify because of its complexity, therefore the identification of its evaluation criteria and indicators makes the concept clearer and more specific.

The potential for evaluation children's health-related quality of life. The research in the subject of specific children's understanding of health is not abundant, however, they enable the identification of the concrete criteria/indicators or their groups responsible for children's evaluation of their own health: the control locus (Shagena, Sandler, Perrin, 1988; Williams, Binnie, 2002; Myant, Williams, 2005; Kostmann, Nilsson, 2012), healthy lifestyle factors (Thorlindsson et al., 1990; Pastor, 2003; Piko, Keresztes, 2006; Krause, Lampert, 2015), and age (Bibace, Walsh, 1981; Irwin, Millstein, 1986; Wellman, Gelman, 1992; Schmidt, Frohling, 2000; Rebok, Riley, 2001; Myant, Williams, 2005; Knighting, 2011; Kostmann, Nilsson, 2012).

Research instrument and sample. The sample of the survey conducted in 2015 was formed by the selection of schools. Using the SPSS software with random number generator, 11 schools were selected (out of eight Lithuanian municipalities, which are proportionally located in 5 regions of Lithuania). The survey questionnaire was provided to all pupils in grades 2–12 of the selected schools and their parents. The sample consisted of 1763 children and 1564 parents (Grubliauskienė, 2019).

In order to obtain data not only from children but also from parents of the same family (dad or mom), the questionnaires were coded by pairing, i.e. identical codes stick on two questionnaires, one for children and one for parents.

Rajmil et al. (2013) emphasise that a complicated situation occurs when dealing with investigations into children's health-related quality of life, since the majority of questionnaires are to be filled in by parents indicating their children's

quality of life. The exceptional character of the *KIDSCREEN* questionnaire lies in the possibility to fill it in by both children and parents. Seeking complex assessment of children's health-focused quality of life and the possibility to perform this assessment not only by parents but also by children themselves, the *KIDSCREEN* 52 questionnaire has been chosen.

Results. Self-assessment of health-related quality of life depending on pupils' gender revealed that statistically significantly higher points were demonstrated by the boys rather than the girls in the following dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, relationships with parents and living in family, financial resources, and social support and peers. Meanwhile, statistically significantly higher points were given by the girls rather than the boys in the assessment of the following dimensions: mood and emotions as well as independence. Direct statistically significant correlations have been found between the children's age and the following dimensions of self-assessed health-related quality of life: mood and emotions, financial resources, and social support and peers. These health-related quality of life dimensions are assessed in higher points by the elder children, whereas the younger children give higher points to: psychological wellbeing, relationships with parents and living in family, school environment, and social acceptance (bullying) dimensions. Statistically significant differences have been found between children's non-formal assessment of their health and self-assessment of their health-related quality of life dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, social support and peers, and school environment. To sum up, all the children's health-related quality of life dimensions, whose self-assessment results statistically significantly differ depending on the case whether a child indicated he / she had or did not have long-term disability, were given higher points by the children who indicated that they had no health disorders. Self-assessment of children's health-related quality of life and its correlation with subjective assessment of their own health was investigated. The dimensions of physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, school environment, and social acceptance (bullying) were assessed with higher points by those children who assessed their health better. The results demonstrate a trend of the children who have conversations with parents about health giving higher self-assessment of their health-related quality of life dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, financial resources, social support and peers, and school environment.

Conclusions. Quality of life becomes an important element of social structuration which constitutes subjective response of individual to physical, psychologi-

Jūratė Grubliauskienė, Rita Vaičekauskaitė

cal, and social changes of everyday life. Health is considered as the most important category of quality of life; however, it does not entirely determine the quality of life. Therefore, it is important to analyze quality of life as social system consisting of resources and risk.

Social factors are very significant resources of health-related quality of life. Our research results of KIDSCREEN52 surveys filled by 1763 children that evidence tendency as follows: even though two thirds of the children did not indicate they had health disorders, only one third of them assessed their health as excellent and very good. This demonstrates that, in the children's assessment of health, both the absence of a disease or disability and also psychological and social factors are important.

Self-assessment of health-related quality of life statistically significantly depends on pupils' gender and age. Moreover, statistically significant differences have been found between children's subjective assessment of their health and self-assessment of their health-related quality of life dimensions: physical wellbeing, psychological wellbeing, independence, relationships with parents and living in family, social support and peers, and school environment.

Jūratė Grubliauskienė – daktarė (socialiniai mokslai – edukologija), Klaipėdos universitetas.
Moksliniai interesai: visuomenės sveikatos stiprinimas, sveikatos ugdymas.
Adresas: Herkaus Manto g. 84, LT-92294 Klaipėda.
Tel. +370 68244669
El. paštas: grubliauskiene.jurate@gmail.com

Jūratė Grubliauskienė – Ph.D. in social sciences (educology), Klaipėda University.
Scientific interests: public health promotion, health education.
Address: Herkaus Manto str. 84, LT-92294 Klaipėda.
Phone: +370 682 446 69.
E-mail: grubliauskiene.jurate@gmail.com

Rita Vaičekauskaitė – docentė, daktarė (socialiniai mokslai – edukologija), Klaipėdos universitetas.
Moksliniai interesai: žinių vadyba, sveikatos ugdymas, socialinė integracija.
Adresas: Herkaus Manto g. 84, LT-92294 Klaipėda.
Tel. +370 46 398 904.
El. paštas: rita.vaicekauskaite@ku.lt

Rita Vaičekauskaitė – associate professor, Ph.D. in social sciences (educology), Klaipėda University.
Scientific interests: knowledge management, health education, social integration.
Address: Herkaus Manto Str. 84, LT-92294 Klaipėda.
Phone: +370 46 398 904.
E-mail: rita.vaicekauskaite@ku.lt