

**UNIVERZITET U BEOGRADU  
MEDICINSKI FAKULTET**

Maja V. Damnjanović

**KARAKTERISTIKE KVALITETA ŽIVOTA  
I MENTALNOG ZDRAVLJA DECE I  
ADOLESCENATA KOJI SU U SISTEMU  
SOCIJALNE ZAŠTITE**

Doktorska disertacija

Beograd, 2012

**UNIVERSITY OF BELGRADE  
MEDICAL FACULTY**

Maja V. Damnjanović

**CHARACTERISTICS OF QUALITY OF  
LIFE AND MENTAL HEALTH AMONG  
CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE  
SOCIAL WELFARE SYSTEM**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2012

**Mentor:**

**Prof. dr Aneta Lakić, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu**

**Članovi Komisije:**

**Prof. dr Tatjana Pekmezović, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu**

**Prof. dr Ljubica Leposavić, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu**

**Prof. dr Milutin Nenadović, Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini sa  
sedištem u Kosovskoj Mitrovici**

**Datum odbrane:**

# KARAKTERISTIKE KVALITETA ŽIVOTA I MENTALNOG ZDRAVLJA DECE I ADOLESCENATA KOJI SU U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE

## SAŽETAK

**Uvod:** Kvalitet života je deo čovekovog mentalnog stanja, on je odraz njegovog razvoja, društvenog i fizičkog okruženja i njegovog vlastitog položaja u tom okruženju». Od posebnog značaja je paralelno praćenje i interakcije, kvaliteta života i parametara mentalnog zdravlja, kod vulnerabilnih grupa, kao što su deca i adolescenti u sistemu socijalne zaštite.

**Cilj:** Kod dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite odrediti: karakteristike kvaliteta života, mentalnog zdravlja i prevalenciju mentalnih problema, povezanost kvaliteta života i mentalnog zdravlja, razlike u karakteristikama kvaliteta života i mentalnih problema u odnosu na decu iz bioloških porodica.

**Metode:** Istraživanje je obuhvatilo 216 dece i adolescenata iz sistema socijalne zaštite. Kontrolnu grupu sačinjavalo je 238 dece i adolescenata iz opšte populacije. Instrumenti korišćeni u ovom istraživanju su: Pedijatrijski upitnik o kvalitetu života, upitnik Pretraga anksioznih poremećaja, Kratak upitnik o raspoloženju i osećanjima, Upitnik o snagama i poteškoćama. Podaci su obrađeni standardnim statističkim metodama.

**Rezultati:** Deca i adolescenti iz grupe dom imali su statistički najniže skorove na svim skalama PedsQL upitnika, kao i ukupan skor u odnosu na ostale dve grupe ( $P < 0,000$ ). Ukupna prevalencija mentalnih problema je 67,6% u domu, 43,8% u hraniteljstvu i 37% kod dece u biološkim porodicama. Uticaj mentalnih problema na kvalitet života je srednjeg do visokog stepena,  $d = 0,77 - 1,68$ , najveći za depresiju u grupi dom, za eksternalizujuće probleme u grupi hraniteljstvo.

**Zaključak:** Deca i adolescenti smešteni u domovima za decu bez roditeljskog staranja imaju značajno niži kvalitet života od dece i adolescenata koji su

smešteni u hraniteljskim porodicama. U ispitivanim grupama postoji značajna prevalencija mentalnih poremećaja. Rezultati istraživanja ukazuju da mentalni problemi značajno utiču na kvalitet života dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite.

*Ključne reči:* kvalitet života; mentalno zdravlje; deca; adolescenti; sistem socijalne zaštite.

**Naučna oblast:** Medicinske nauke

**Uža naučna oblast:** Psihijatrija

**UDK:**

# CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE SOCIAL WELFARE SYSTEM

## ABSTRACT

**Introduction:** Quality of life is a part of man's mental state. It is a reflection of its development, social and physical environment and its own position in that environment. Of particular importance is the parallel monitoring of the interaction parameters of quality of life and mental health in vulnerable groups such as children and adolescents in the social welfare system.

**Objective:** In children and adolescents in the social welfare system to determine: the characteristics of quality of life, the prevalence of mental health problems, relationships between quality of life and mental health, and differences in the characteristics of quality of life and mental health problems between these children and children from biological families.

**Methods:** The study included 216 children and adolescents from the social system. The control group consisted of 238 children and adolescents from the general Serbian population. Instruments used were Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Screen for Child Anxiety Related Disorder (SCARED), Mood and Feelings Questionnaire Short (SMFQ), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Data were analyzed using standard statistical procedures.

**Results:** Children and adolescents from the residential care system had the lowest scores on all PedsQL scales ( $P < 0.000$ ). The overall prevalence of mental health problems among the subjects was 67.6% in the residential care, in the foster care 43.8% and 37% in biological families. The impact of mental health problems on quality of life had a medium to high degree ( $d = 0.77 - 1.68$ ), the

highest for depression in the residential care and externalizing problems in the foster care.

**Conclusion:** Children and adolescents placed in residential institutions reported significantly lower quality of life than those placed in foster families. Significant prevalence of mental disorders were observed in the studied groups. The results suggest that mental health problems significantly influence the quality of life of children and adolescents in the social welfare system.

**Key words:** quality of life, mental health, children, adolescents, the social welfare system.

Research area: Medical science

Specific research area: Psychiatry

UDC:

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. KVALITET ŽIVOTA.....</b>	<b>12</b>
1.1.1. Kvalitet života - pojmovno određenje i značaj.....	13
1.1.2. Definicija kvaliteta života.....	15
1.1.3. Kvalitet života povezan sa zdravljem.....	17
1.1.4. Komponente kvaliteta života.....	21
1.1.5. Osnovne karakteristike i procena kvaliteta života kod dece i adolescenata.....	24
<b>1.2. MENTALNO ZDRAVLJE.....</b>	<b>27</b>
1.2.1. Mentalno zdravlje - pojmovno određenje i značaj.....	28
1.2.2. Definicija mentalnog zdravlja.....	31
1.2.3. Osnovne karakteristike i procena mentalnog zdravlja i mentalnih problema dece i adolescenata.....	33
<b>1.3. DECA I ADOLESCENTI U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE.....</b>	<b>35</b>
1.3.1. Socijalna zaštita dece i adolescenata.....	35
1.3.2. Kvalitet života dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite.....	38
1.3.3. Mentalno zdravlje dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite.	39
1.3.3.1. <i>Efekti institucionalizacije na mentalno zdravlje dece i adolescenata.....</i>	39
1.3.3.2. <i>Teorija afektivnog vezivanja.....</i>	41
1.3.3.3. <i>Stilovi afektivnog vezivanja kod dece.....</i>	45
1.3.3.4. <i>Poremećaji vezivanja u detinjstvu.....</i>	47
1.3.3.5. <i>Prevalencija, karakteristike i faktori rizika mentalnih problema.....</i>	50



<b>2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>52</b>
2.1. Hipoteze istraživanja.....	52
<b>3. METOD ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>53</b>
3.1. Tip studije.....	53
3.2. Mesto i vreme istraživanja.....	53
3.3. Formiranje uzorka.....	53
3.4. Varijable istraživanja.....	55
3.5. Instrumenti istraživanja.....	56
3.6. Procedura testiranja.....	60
3.7. Plan analize i statistička obrada podataka.....	60
3.8. Etičnost istraživanja i odobrenja.....	62
<b>4. REZULTATI.....</b>	<b>63</b>
4.1. Kvalitet života.....	65
4.1.1. <i>Opšte karakteristike.....</i>	65
4.1.2. <i>Faktori rizika.....</i>	70
4.2. Mentalno zdravlje.....	71
4.2.1. <i>Prevalencija mentalnih problema.....</i>	75
4.2.2. <i>Korelati mentalnih problema.....</i>	90
4.2.3. <i>Povezanost kvaliteta života i mentalnog zdravlja.....</i>	92
<b>5. DISKUSIJA.....</b>	<b>96</b>
5.1. Kvalitet života.....	96
5.2. Mentalno zdravlje.....	99
5.3. Uticaj mentalnih problema na kvalitet života.....	103
5.4. Ograničenja studije.....	104

<b>6. ZAKLJUČAK.....</b>	<b>105</b>
<b>7. LITERATURA.....</b>	<b>109</b>
<b>PRILOG.....</b>	<b>125</b>
<b>BIOGRAFIJA.....</b>	<b>133</b>
<b>SPISAK SKRAĆENICA KORIŠĆENIH U TEKSTU.....</b>	<b>134</b>

## **1. UVOD**

Kvalitet života je koncept kojim se prati uticaj različitih aspekta života na opšte blagostanje i funkcionisanje neke osobe i koji zauzima značajno mesto u sociologiji, psihologiji i medicini [1, 2].

Sa sociološkog aspekta, koncept kvaliteta života pruža informacije o zadovoljstvu svojim životom, kao i o stepenu (ne)adekvatnog funkcionisanja u okruženju. Takođe, ovaj koncept služi za praćenje dostupnosti socijalne zaštite.

Sa psihološkog aspekta, kvalitet života nas informiše o osećanjima osobe kao i o njenim interakcijama sa drugima.

U medicini, kvalitet života je relativno nov koncept. Njegova svrha nije samo prevencija, ublažavanje simptoma bolesti i njihovih posledica, već borba za osmišljeniji, puniji i kvalitetniji život.

Centralno mesto u proučavanju kvaliteta života zauzima subjektivno doživljavanje i individualna percepcija [3]. Posebno mesto zauzima izučavanje i praćenje kvaliteta života dece, s obzirom da su deca i njihovo blagostanje, na prvom mestu strateških planova svakoga društva. Izučavanje kvaliteta života je od izuzetnog značaja u pedijatriji i to posebno sa stanovišta dečje psihijatrije, jer nas informiše o tome kako deca doživljavaju i razumeju bolest (ako su bolesna) i kako funkcionišu sa njom („suživot“ sa bolešću) [4].

Savremeni koncept kvaliteta života podrazumeva blisku povezanost sa mentalnim zdravljem i često se procenjuje u ove svrhe [2, 4]. Od posebnog značaja je paralelno praćenje i interakcije, kvaliteta života i parametara mentalnog zdravlja, kod vulnerabilnih grupa, kao što su deca i adolescenti koji žive u domu i hraniteljskim porodicama [5].

Procena sopstvenog kvaliteta života od strane dece koja žive u domu i hraniteljskim porodicama je preduslov i prvi korak u strategiji poboljšanja kvaliteta života ove dece (uočavanje teškoća, pravljenje akcionih planova i sprovođenje najadekvatnijih mogućih aktivnosti za poboljšanje kvaliteta života) [6].

Istraživanja ovog tipa su prisutna u svetu (podaci iz literature) [6], ali u našoj sredini ne postoje sistematska istraživanja u ovoj oblasti. Naše istraživanje ima za cilj da proceni kvalitet života dece i adolescenata koja žive u domu i hraniteljskim porodicama i njihovo mentalno zdravlje. Podaci dobijeni u ovom istraživanju biće osnova za dalja istraživanja i analizu kvaliteta života dece na teritoriji cele Srbije. Ujedno, rezultati istraživanja biće i osnov za planiranje aktivnosti na unapređenju kvaliteta života i mentalnog zdravlja ove dece, što je oblik prevencije mentalnih poremećaja u razvojnom dobu.

## **1.1. KVALITET ŽIVOTA**

Napori medicinske nauke u celini, usmereni ka ranom otkrivanju, sprečavanju razvoja i otklanjanju bolesti i njihovih posledica, doveli su do spektakularnih rezultata. Jedinstven sistem klasifikacije, precizna dijagnostička uputstva, farmakološka dostignuća, primena visoke tehnologije i rehabilitacione procedure omogućile su bitno unapređenje i očuvanje zdravlja dece i odraslih. Time je postignut primarni cilj medicine – produženje ljudskog života.

Uticao je na čovekov život nije moguće opisati samo tradicionalnim pokazateljima stanja zdravlja, već je nužno širenje fokusa i traganje za „karikom zdravlja koja nedostaje“. Ta karika, bitna za potpunije razumevanje zdravlja i bolesti, pojavila se uvođenjem u medicinu pojma **Kvalitet života**, pre više od 30 godina. Osnovni cilj ovog novog pristupa je bio, da davanjem centralnog mesta subjektivnom doživljavanju i individualnoj proceni, reafirmiše humanistički pristup u medicini [7].

Iako je koncept kvaliteta života još uvek neprecizno definisan, u medicini je ovaj termin postao zajednički za sve nefiziološke aspekte bolesti i humane potrebe bolesnika koje su često zanemarivane u oblasti zdravstvene zaštite.

Od promocije ovog koncepta, kvalitet života je postao rastuće polje interesovanja kliničara i istraživača. Razvijeno je preko 800 instrumenata za njegovo merenje i identifikovana su najvažnija područja njegove primene. Danas ovaj koncept vredi kao „glavna svrha brige za čovekovo zdravlje“.

U svakom slučaju, budućnost će pokazati da li je istraživanje kvaliteta života bilo pomodni ili prolazni pokret na kraju XX veka i na početku XXI veka ili ozbiljan napor sa dubokim implikacijama na svakodnevnu praksu u medicini, za krajnju procenu u kliničkim istraživanjima, za procenu zdravstvenih potreba populacije i planiranje zdravstvenih usluga i adekvatnu raspodelu finansijskih sredstava [7].

### **1.1.1. Kvalitet života - pojmovno određenje i značaj**

Kao naučni termin, kvalitet života još uvek nema potpuno jasnu i opšteprihvaćenu definiciju. Zbog toga ga treba upotrebljavati kao poseban, nedeljiv i opšti termin koji obuhvata bitne parametre za kvalitetno življenje svakog pojedinca. Sa naučne tačke gledišta, kvalitet života je vrednosni sud koji čovek donosi o relevantnim zbivanjima iz svog života. To je zapravo sud o sudu ili metakonstrukt [7].

Od svoje promocije, koncept kvalitet života privukao je veliku pažnju stručnjaka iz različitih oblasti. Kvalitet života postaje entitet koji se koristi i izučava u mnogim naučnim disciplinama: ekonomiji, sociologiji, psihologiji, filozofiji, medicini. Posebno značajan doprinos njegovom definisanju i konceptualizaciji dala je medicinska nauka [1, 7, 8].

Prva upotreba termina kvalitet života u nekom od stručnih medicinskih časopisa zabeležena je u Analima interne medicine 1966. godine, u članku „Medicina i kvalitet života“, (Elkinton) [9]. Kao naslov kvalitet života se prvi put pojavljuje u Index Medicus - u 1969. godine. Takođe, iste godine iako u svojoj studiji nisu eksplicitno upotrebili termin kvalitet života, skale koje su tada koristili *Fairweather* i saradnici (za procenu zadovoljstva osobe životnim uslovima, slobodnim aktivnostima, životom u zajednici i radnim mestom), u velikoj meri srodne su sa instrumentima koji su kasnije prihvaćeni za procenu kvaliteta života [10]. Prve četiri godine od uvođenja ovog termina u stručnu medicinsku literaturu, u svetu su saopštena i objavljena samo četiri rada koja su ga koristila. Međutim, počev od 1970. godine nastaje prava „eksplozija“ interesovanja za ovu temu [7].

Razmatranje kvaliteta života kao naučnog entiteta u medicinskoj literaturi javlja se tek sedamdesetih godina prošlog veka [11]. Kao poseban subjekt, kvalitet života uveden je u MEDLINE bazu podataka 1975. godine, a 1977. godine, prihvaćen i u Index Medicus – u [12], da bi zatim usledila priznanja iz različitih naučnih tela.

Nacionalni Institut Zdravlja (*National Institut of Health, NCBI, USA*) 1977. godine, predstavio je kvalitet života kao generički koncept koji označava sve promene i poboljšanja životnih domena, na primer fizičkog, političkog, moralnog i socijalnog okruženja, kao i opšte zdravstveno stanje pojedinca [13]. Ovim pristupom konceptu kvaliteta života, odvojena je njegova konceptualizacija i primena u medicinske svrhe, od ekonomskih, političkih i socioloških.

U medicinskoj literaturi se sreću brojne definicije o kvalitetu života, uglavnom izvedene na temelju širokog spektra ljudskih aktivnosti i iskustava, od onih krajnje uopštenih, (npr. „kvalitet života predstavlja emocionalni odgovor na date okolnosti“ [14]; „uticaj bolesti na socijalne, radne i porodične domene“ [15]; „individualni, subjektivni doživljaj blagostanja“ [16]; „odnos

očekivanja i realnosti" [17]; „sposobnost osobe da ostvari svakodnevne potrebe" [18], do pažljivo osmišljenih. Ono što je zajedničko svim definicijama je: isticanje multidimenzionalnosti (fizički, psihološki, socijalni domen), reafirmacija humanističkog pristupa, uzimanje u obzir holističke prirode ljudskih jedinki, uvažavanje interpersonalne varijabilnosti i interpersonalne dinamičnosti i pre svega, davanje centralnog mesta subjektivnom doživljavanju i individualnoj percepciji, što čini ujedno i suštinu koncepta kvaliteta života [19, 20].

Srpska akademija nauka i umetnosti (*Međudodeljenski odbor za biologiju humane reprodukcije*) 1997. godine, organizovala je prvi naučni skup na ovim prostorima, na temu „Medicina i kvalitet života", dajući time naučni legitimitet ovom novom konceptu zdravlja i bolesti [7] i u našoj sredini.

### **1.1.2. Definicija kvaliteta života**

U pogledu koncepta i definicije kvaliteta života, još uvek postoji znatna konfuzija, tako da se pojmovi kvaliteta života, zdravlja i funkcionalnog statusa često međusobno prepliću. Zbog toga se mnogi autori zalažu za postojanje precizne i sveobuhvatne definicije kvaliteta života, koja bi bila podržana i prihvaćena od strane svih koji se bave istraživanjem u ovoj oblasti [15].

Mnogi autori smatraju da se u cilju preciznijeg definisanja kvaliteta života može govoriti o opštem kvalitetu života, kvalitetu života u vezi sa zdravljem, kao i specifičnom kvalitetu života. Opšti kvalitet života omogućava uvid i sticanje saznanja o onome čemu ljudi teže ili kakva je, na primer, povezanost različitih grupa i podgrupa u socijalnom miljeu jedne društvene zajednice. Prema tome, opšti kvalitet života ima primenu u istraživanjima koja se odnose na široku populaciju sa ciljem da se dobije potpunija društvena slika o statusu i životu različitih grupa ljudi. Kvalitet života povezan sa zdravljem (HQOL) obuhvata samo one aspekte koji se direktno odnose na zdravlje, osećaj

zadovoljstva i sreće, dok se specifični kvalitet života procenjuje onda kada je prisutna neka bolest [7].

Promoter pojma kvalitet života, *Elkinton* 1966. godine, citirajući *Francisa Bacona* koji tvrdi da je „zadatak medicine da zaglušujuću buku u čovekovom telu pretvori u harmoniju“, daje ujedno i prvu definiciju, po kojoj je kvalitet života harmonija unutar čoveka, ali i harmonija između čoveka i njegovog sveta. Takvoj harmoniji streme ne samo pacijenti nego i lekari kao i društvo u celini [21]. Ovo je jedna od najzapaženijih definicija koja potencira ne samo blagostanje i satisfakciju (harmoniju u samom čoveku), već i odnos individue prema okruženju koji se odnosi na funkcionalni status i uslove okruženja [7].

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) se takođe uključila u istraživanje ovog fenomena. Pod njenim okriljem 1991. godine formirana je radna grupa koja je sprovela studiju o kvalitetu života u 15 zemalja i koja je predložila sledeću definiciju:

*„Kvalitet života je percepcija životne pozicije individua, u kontekstu kulture i vrednosnog sistema u kojima žive i povezana je sa njihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima“* [3].

Prema ovoj definiciji kvalitet života je deo čovekovog mentalnog stanja, on je odraz njegovog razvoja, društvenog i fizičkog okruženja i njegovog vlastitog položaja u tom okruženju – (*WHOQOL Group*) [22, 23]. Definicija odražava suštinsku karakteristiku koncepta kvaliteta života, a to je subjektivna evaluacija, s tim što ujedno naglašava neophodnost njenog inkorporiranja u kontekst postojeće kulture, društva i okoline.

Jedna od poznatijih i šire prihvaćenih definicija je ona koju su dali *Ferrans* i *Power*, 1996 godine, po kojoj je kvalitet života:

*„subjektivno osećanje blagostanja koje proizilazi iz zadovoljstva ili nezadovoljstva onim područjima života koji su od važnosti za nju ili njega“*.



Osobenost ovog pristupa je što omogućava pojedincu da istakne, za sebe relevantna, životna područja, a zatim odredi važnost svakog [7, 24].

Korak dalje u definisanju koncepta i boljem razumevanju kompleksnosti kvaliteta života dala je Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group (Američka agencija za hranu i lekove). Prema definiciji koja je razvijana, od strane PRO Harmonization Group, tokom perioda 2000-01. godine, a zvanično je u upotrebi od 2003. godine, kvalitet života predstavlja:

*„opšti koncept koji se odnosi na procenu uticaja različitih aspekta života na opšte blagostanje...dok koncept kvalitet života povezan sa zdravljem, predstavlja koncept koji se odnosi na procenu uticaja zdravstvenog stanja /zdravlja i primenjenih tretmana na svakodnevni život“.*

Iako je suštinski zadržala osnovne karakteristike definicije SZO, a to je, „Kvalitet života je multidimenzionalnost i subjektivnost procene“, ova definicija je važna iz sledećih razloga:

- ◆ izdvojen je koncept kvalitet života povezan sa zdravljem, koji povezuje opšti koncept kvalitet života sa prisustvom nekog hroničnog stanja ili bolesti i primenjenih tretmana [25],
- ◆ definicijom je jasno odvojena procena kvaliteta života u medicinske i potrebe drugih disciplina.

### **1.1.3. Kvalitet života povezan sa zdravljem**

Definišući kvalitet života kroz različite discipline postavlja se pitanje, koja od predloženih vrednosti čovekove egzistencije za ispitanike ima najveći značaj. Bez obzira na definiciju, konceptualizaciju ili taksonomiju kvaliteta života, sva dosadašnja istraživanja pokazuju da je kategorija zdravlja visoko vrednovana i da se nalazi među prvim životnim dimenzijama po važnosti [7]. Iz ovoga proizilazi potreba za definisanjem pojma kvaliteta života u vezi sa zdravljem.

Za razliku od koncepta kvaliteta života koji se odnosi na čitav niz svakodnevnih dešavanja, bioloških, psiholoških, socijalnih, kulturalnih ili ekonomskih, koncept kvalitet života povezan sa zdravljem odnosi se na onaj deo života na koji jasno utiče zdravlje, sa svim svojim varijablama. Drugim rečima, on se bavi primarno onim faktorima koji spadaju u područje odgovornosti sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenih radnika [26].

Kvalitet života povezan sa zdravljem (Health-related Quality of life, HRQOL) je specifičniji termin od termina kvalitet života (Quality of life, QOL). On je pogodniji za upotrebu u medicini, jer reflektuje procenu i zadovoljstvo pacijenta sa aktuelnim stepenom funkcionisanja, u poređenju sa onim što on smatra da je moguće ili idealno [27]. Mnogi istraživači su dali svoje definicije ovog pojma. One su veoma slične i međusobno se dopunjuju.

Imajući u vidu da život ima dve glavne komponente: kvantitet i kvalitet, *Patrik i Erikson* zaključuju da je kvalitet života povezan sa zdravljem:

*„vrednost koja se odnosi na trajanje života, modifikovana socijalnim mogućnostima, percepcijama, funkcionalnim stanjima i oštećenjima, koja nastaju pod uticajem bolesti, povreda, tretmana ili zdravstvene politike”* [28].

U nešto pragmatičnije, spada definicija da je kvalitet života povezan sa zdravljem:

*„funkcionalni efekat bolesti i konsekventne terapije na bolesnika”* [15].

Najoperacionalnijim se čini određenje *Testae i Simonsona* (1996) da:

*„kvalitet života povezan sa zdravljem obuhvata fizički, psihički i socijalni domen zdravlja, a pod uticajem je ljudskih iskustava, verovanja, očekivanja i percepcija”* [20].

Ova definicija, pored toga što jasno ukazuje na važnost personalnih doživljavanja, ispunjava i osnovni zahtev koncepta kvaliteta života; uvažavanje korisnika zdravstvene zaštite i humanizacija medicinske nauke u celini.

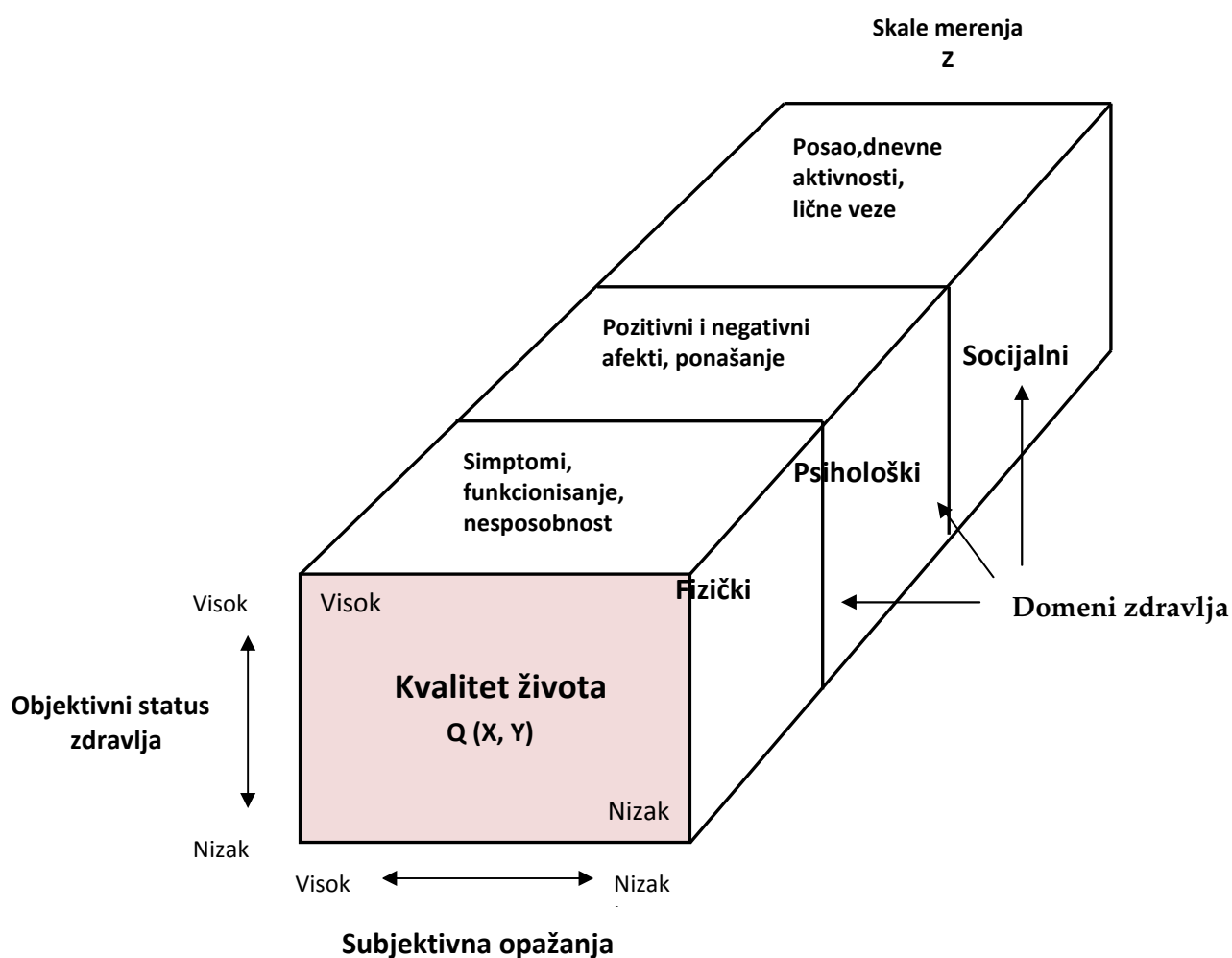
Brojni načini definisanja i konceptualnog određenja pojma kvaliteta života ukazuju da još uvek nije postignut sveobuhvatan i univerzalni konsenzus. Otuda su shvatljivi pokušaji nekih istraživača da organizuju postojeće definicije na osnovu njihovog centralnog koncepta ili na osnovu komponente koje u sebi sadrže [7]. Međutim, istraživanja o kvalitetu života u poslednjih deset godina približila su i usaglasila mišljenja istraživača oko sledećih pitanja:

- ◆ pacijent je najbolji izvor za dobijanje informacija o kvalitetu života u vezi sa zdravljem (HRQOL),
- ◆ kvalitet života u vezi sa zdravljem posmatra se kao multidimenzionalni koncept, koji pored fizičkih simptoma povezanih sa bolešću i lečenjem, treba da obuhvati i fizičko, psihičko i društveno funkcionisanje [29]. Svaki segment može da se iskaže objektivnom procenom (ili funkcionisanja ili zdravstvenog stanja) i subjektivnim doživljavanjem percepcije zdravlja, prikazanim na Shemi 1 [20].

Za veću preciznost u proceni kvaliteta života koristi se Shema 1, koja vizuelno prikazuje kvalitet života u trodimenzionalnom prostoru. Kvalitet života predstavljen je koordinatama: X – osa reprezentuje subjektivno opažanje zdravlja, Y – osa predstavlja objektivno ili funkcionalno zdravstveno stanje, Q (X, Y) aktuelni kvalitet života, a Z – osa predstavlja merenje stvarnog kvaliteta života povezanog sa specifičnim komponentama (npr. simptomima), ili domenima (npr. psihološkim domenom).

Iako je objektivna dimenzija zdravlja izuzetno važna u utvrđivanju pacijentovog zdravlja, subjektivna procena i očekivanja prevode nađeno objektivno stanje u doživljeni kvalitet života. Kako očekivanja vezana za zdravlje i sposobnost za suočavanje sa ograničenjima i onesposobljenošću utiču na percepciju zdravlja i zadovoljstvo životom, to je moguće da dve osobe sa istim zdravstvenim stanjem imaju različit kvalitet života [30].

Mnogo je faktora koji mogu poboljšati ili pogoršati kvalitet života nekog pojedinca pri čemu je zdravlje samo jedan, ali veoma bitan faktor za dobar kvalitet života [31]. Zbog toga je *Regionalni komitet za Evropu Svetske zdravstvene organizacije* u svom strateškom dokumentu „Zdravlje za sve do 2000. godine” definisao cilj „zdravlje i kvalitet života” po kome treba „dati priliku svim ljudima da razviju i koriste svoj sopstveni zdravstveni potencijal kako bi mogli da vode društveno, ekonomski i mentalno ispunjen život” [7].



Izvor: [ Testa M, 1996]

Shema 1. Konceptualna shema područja i varijabli uključenih u procenu kvaliteta života

#### 1.1.4. Komponente (domeni, dimenzije) kvaliteta života

Iako do sada nije postignuto opšte slaganje oko toga šta zapravo kvalitet života znači, mnogo veći stepen konkordantnosti istraživača je prisutan kod određivanja dimenzija koje ga čine. Ovo je na izgled paradoksalna činjenica, jer je trebalo identifikovati sva ona životna područja koja doprinose njegovom bogatstvu ili oskudnosti, usponima ili padovima, patnji ili zadovoljstvu [7].

S obzirom na činjenicu da još uvek ne postoji jedinstveno prihvaćen model kvaliteta života, istraživači koriste različite konfiguracije objektivnih i subjektivnih dimenzija kao komponente kvaliteta života [32]. Veliki broj autora navodi da se sledeće četiri oblasti života mogu smatrati glavnim komponentama kvaliteta života: fizičko stanje, psihološko stanje, sposobnost očuvanja socijalnih interakcija, somatsko stanje (zadovoljstvo bez bolova, bez uznemiravanja) [33]. Pored pomenutih, kao najčešće komponente kvaliteta života, autori navode još i opštu životnu satisfakciju, slobodne aktivnosti kao i ekonomski status [34].

*Aaronson* (1986) smatra sledećih šest dimenzija glavnim komponentama kvaliteta života: simptome bolesti, funkcionalni status, psihološki distres, socijalne interakcije, seksualnost i predstavu o telu, kao i satisfakciju tretmanom [35].

*Katsching* (2000) se zalaže za moderno shvatanje kvaliteta života kao sveobuhvatnog koncepta, koji uključuje tri osnovne dimenzije: subjektivno blagostanje/satisfakciju, funkcionisanje u svakodnevnom životu (uključujući samopomoć i socijalne usluge) i spoljne resurse (materijalna i socijalna podrška) [36].

SZO je, uz definiciju kvaliteta života, koja ističe važnost subjektivne evaluacije proizišle iz kulturnog, socijalnog i sredinskog okruženja, izdvojila 6

širokih područja ili domena kvaliteta života. Glavna područja, zajedno sa serijom od 24 pripadajuća subdomena, prikazana su na Shemi 2 [3].

PODRUČJE	ASPEKTI INKORPORIRANI U PODRUČJE
Fizičko zdravlje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energija i umor</li> <li>• Bol i nelagodnost</li> <li>• Spavanje i odmor</li> </ul>
Psihičko zdravlje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telesna shema i izgled</li> <li>• Negativna osećanja</li> <li>• Pozitivna osećanja</li> <li>• Samovrednovanje</li> <li>• Mišljenje, pamćenje i koncentracija</li> </ul>
Nivo nezavisnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pokretljivost</li> <li>• Svakodnevne aktivnosti</li> <li>• Zavisnost od lekova i medicinske pomoći</li> <li>• Radni kapacitet</li> </ul>
Socijalne relacije	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalne relacije</li> <li>• Socijalna podrška</li> <li>• Seksualna aktivnost</li> </ul>
Okruženje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finansijski izvori</li> <li>• Sloboda, fizička sigurnost i bezbednost</li> <li>• Zdravlje i društvena briga: pristupačnost i kvalitet</li> <li>• Kućno okruženje</li> <li>• Mogućnost za sticanje novih znanja i veština</li> <li>• Učešće i mogućnosti za rekreaciju</li> <li>• Fizičko okruženje (zagađenost/buka/saobraćaj/klima)</li> <li>• Transport</li> </ul>
Duhovnost, religioznost, personalna verovanja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religija / Duhovnost / Personalna verovanja</li> </ul>

Izvor: World Health Organization (WHO), 1993.

Shema 2. Domeni i subdomeni kvaliteta života SZO

Osim prihvatanja modela koji na čoveka gleda kao jedinstveno biološko, psihološko i socijalno biće, za sve studije koje se bave kvalitetom života, zajedničko je da ističu kompleksnost, tj. multidimenzionalnost kvaliteta života. S obzirom da se navedeni aspekti života ne odražavaju direktno, jasno je da se važnost svake dimenzije i zadovoljstvo njome, razlikuje od ličnosti do ličnosti. To znači, ako je osoba nezadovoljna nekim životnim područjem kome pridaje manji značaj, još uvek može imati globalno kvalitetan život. Međutim, nezadovoljstvo aspektom koji je od velike važnosti za individuu bitno će doprineti lošijem kvalitetu života u celini [7].

Pažljivim pregledom postojećih istraživanja došlo se do zaključka, da se i pored brojnih predloženih domena, svi oni mogu grupisati u jednu od četiri, međusobno povezane, kategorije [37]. Te primarne dimenzije kvaliteta života su:

- *fizičko stanje* (funkcionisanje) uključuje procenu telesnih funkcija, opšteg fizičkog zdravlja i lične sigurnosti, simptoma bolesti, prpratne efekte terapijskih procedura i to onako kako ih pacijent doživljava;
- *funkcionalno stanje* se odnosi na svakodnevno, uobičajeno funkcionisanje, poput kretanja, oblačenja, higijene, sve do ispunjavanja obaveza u kući i van nje, porodici, na poslu, školi, socijalnim ulogama;
- *psihološko stanje* reflektuje kako pozitivna, tako i negativna emotivna stanja, kogniciju, samokontrolu;
- *socijalno stanje* (funkcionisanje) čine subdomeni socijalnih interakcija, podrške, učešća u slobodnim aktivnostima.

Očigledno je da se u nedostatku opšteprihvaćenog modela kao i definicije kvaliteta života, većina autora ipak slaže da je kvalitet života

konceptualizovan kao složena, multidimenzionalna konstrukcija, koja obuhvata objektivne i subjektivne ocene različitih životnih oblasti [7].

#### **1.1.5. Osnovne karakteristike i procena kvaliteta života kod dece i adolescenata**

Malo je studija koje su se bavile procenom kvaliteta života na našim prostorima, mada se može pretpostaviti da su događanja u društvu poslednjih 10 godina imala značajan uticaj na kvalitet života dece i odraslih.

Razvoj koncepta kvaliteta života za populaciju dece i adolescenata, tekao je paralelno sa njegovim razvojem i upotrebom u adultoj populaciji [38-40]. Međutim, izdvojene su određene karakteristike kvaliteta života specifične za ovu populaciju. Posebno je interesantno ispitivanje kvaliteta života dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite zbog specifičnih karakteristika te populacije.

Na osnovu stava brojnih autora, kvalitet života u pedijatriji objedinjava niz komponenti: fizičku aktivnost, socijalnu podršku, odnos sa vršnjacima, školu, porodicu i odnos sa roditeljima, samopoštovanje, religiju, emocije, simptome, tretman i ostalo [4, 41, 42]. Pored pomenutih, neki autori navode i: prilagođavanje na svoje stanje i opštu sposobnost funkcionisanja (odnosno kako deca doživljavaju i razumeju bolest, ako su bolesna, i kako funkcionišu sa njom „suživot“ sa bolešću [4]), stresore ili anticipirajuće faktore, razvoj i odrastanje [43, 44]. Ovi domeni prvenstveno su razmatrani u sklopu narušenog funkcionisanja i procenjivani su najpre od strane drugih (roditelja ili lekara), a ne deteta [4].

Kvalitet života u pedijatrijskoj populaciji predstavlja životni položaj, funkcionisanje, osećanja u vezi sa funkcionisanjem i postojanjem, kao i nesklad između trenutnog i idealnog sopstvenog stanja [40]. Kao glavne komponente – domeni kvaliteta života, izdvojeni su: fizičko i psihološko blagostanje, energija i



vitalnost, samoshvatanje, kognitivno funkcionisanje, socijalno funkcionisanje i podrška, autonomija, psihosocijalna povezanost sa materijalnim okruženjem i opšte shvatanje zdravlja i kvaliteta življenja [44].

Procena kvaliteta života je multidimenzionalna i uključuje procenu: fizičkog funkcionisanja, okupacione ili školske performanse, socijalno prihvatanje i samozadovoljstvo. To znači da je neophodno identifikovati posebne potrebe dece, ali i razumeti njihovu životnu situaciju.

U proceni kvaliteta života dece i adolescenata izdvojene su osnovne smernice, koje se odnose na selekciju upitnika, način, tip i svrhu procene, evaluaciju i prijavljivanje rezultata procene. To su:

- ➔ **uzrast ispitanika** – u odnosu na opšti psihofizički i socijalni razvoj podela je izvršena na uzrast 4-7, 8-12 i 13-18 godina, odnosno deca predškolskog uzrasta, deca i adolescenti,
- ➔ **razvojne karakteristike** – podrazumevaju kognitivni razvoj, emocionalnu zrelost, fizički i socijalni razvoj i akademska postignuća,
- ➔ **način procene** – samo-procena i/ili proksi-procena. Samo-procena podrazumeva samopopunjavanje upitnika ili intervjuisanje deteta/adolescenta. Proksi-procena podrazumeva procenu kvaliteta života, od strane roditelja/staratelja, primenom navedenih metoda (popunjavanjem upitnika ili intervjuisanjem roditelja/staratelja),
- ➔ **tip procene** – *diskriminativna procena* otkriva razlike između pojedinaca ili grupa u odnosu na dimenzije koja se prate; *prediktivna procena* klasifikuje pojedince u određene kategorije i *evaluaciona* koja otkriva promene kod pojedinaca ili grupa nastale tokom vremena,
- ➔ **psihometrijske karakteristike procene** – metod koji je dostupan za procenu (upitnik, intervju ili kompjutersko testiranje) i adekvatan u odnosu na pouzdanost, validnost i senzitivnost merenja [44-47].

Upitnici za procenu kvaliteta života u pedijatriji mogu biti:

1. Generički – opšti upitnici,
2. Upitnici specifični za određene bolesti.

*Generički upitnici* su fokusirani na merenje funkcionalnog stanja i osećanja blagostanja, ali samo u onim aspektima koji se direktno odnose na zdravlje. Drugim rečima, daju nam najširi aspekt subjektivnog doživljaja zdravlja od strane dece i adolescenata. Njihova svrha je da prikažu uticaj bolesti, povreda i tretmana na kvalitet života dece i adolescenata. Oni se mogu primeniti i kod zdrave i kod bolesne dece. Ne poseduju visok stepen senzitivnosti i specifičnosti. Problemi koji se odnose na malu senzitivnost generičkih upitnika, kada se koriste za procenu kvaliteta života obolelih od specifičnih oboljenja, trebalo bi da razreše specifični upitnici.

*Specifični merni instrumenti* su konstruisani tako da izraze potencijalni uticaj pojedinih bolesti ili efekta i propratnih efekta njihovog tretmana na kvalitet života. Oni odslikavaju problem dece i adolescenata sa određenom bolešću, odnosno stanjem [7].

Generički upitnik može biti profil zdravlja ili upitnik za procenu korisnosti (kvantifikuje relativni stepen želje ili koristi kod različitih stanja zdravlja), a specifičan upitnik, upitnik za bolest, populaciju, funkcionalnost i problem/stanje.

- *kulturološki okvir procene* – ova karaktersitika uključuje metod za procenu kulturološke adaptacije, kao i osnovne sociološke/kulturološke karakteristike procenjivane populacije (nacionalnost, manjine i slično) [44-47].

S obzirom da je ideal savremene medicine individualna maksimalizacija kvaliteta života [48], novi prilaz u zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja dece i adolescenata teži ka sveobuhvatnom povećanju kvaliteta života. Zbog toga postoji veoma izražena tendencija da procena

kvaliteta života postane rutinska procedura u kliničkoj praksi, kao značajno pomagalo („zlatni standard“), pri donošenju odluka i uspešnijeg upravljanja rezultatima tretmana, razvoj novih [49, 50]. To bi omogućilo i procenu zdravstvenih potreba kao i donošenje značajnih odluka o raspodeli resursa, a cilj je bolje funkcionisanje zdravstvene službe kao celine [49].

## **1.2. MENTALNO ZDRAVLJE**

Za razgraničenje mentalnog zdravlja od mentalnih poremećaja kao i za njihovo dalje klasifikovanje, služe kriterijumi koji se zasnivaju na simptomima, tj. subjektivnom doživljavanju i na opservaciji manifestnog ponašanja. Objektivnih dijagnostičkih kriterijuma koji počivaju na kliničkim i raznim laboratorijskim nalazima ima vrlo malo i oni se mogu primeniti samo u dijagnostici nekih psihičkih poremećaja npr. organski psihosindromi. To dovodi u pitanje i pouzdanost razgraničenja mentalnog zdravlja od mentalnih poremećaja. U pokušajima da se „psihijatrijski slučaj“ definiše ili izdvoji i razgraniči mentalno bolesno od mentalno zdravog, uzimaju se i socijalna adaptibilnost, profesionalna uspešnost, uvid u sopstveno stanje, kao i niz drugih kriterijuma. Pokušaji razgraničenja mentalnog zdravlja od mentalnih poremećaja pomoću operacionalnih definicija nailaze na velike teškoće. Odavno se zna da su rasprostranjenost mentalnih poremećaja i oblici njihovog ispoljavanja u zavisnosti od uslova koji vladaju u socijalnoj sredini i kulture.

Važnost mentalnog zdravlja za kvalitet života u svetu nije adekvatno prepoznat. Ovaj problem je posebno očigledan u društvima koja su suočena sa siromaštvom, nepovoljnim ekonomskim i socijalnim uslovima. Pogoršanje uslova za život u Srbiji ranih devedesetih godina prošlog veka, rezultirali su pogoršanjem mentalnog zdravlja dece i odraslih. Sistem za zaštitu mentalnog zdravlja, takođe je bio pogođen, neadekvatni materijalni resursi usloveli su dodatne teškoće u radu ovih specijalističkih službi [51].

### 1.2.1. Mentalno zdravlje - pojmovno određenje i značaj

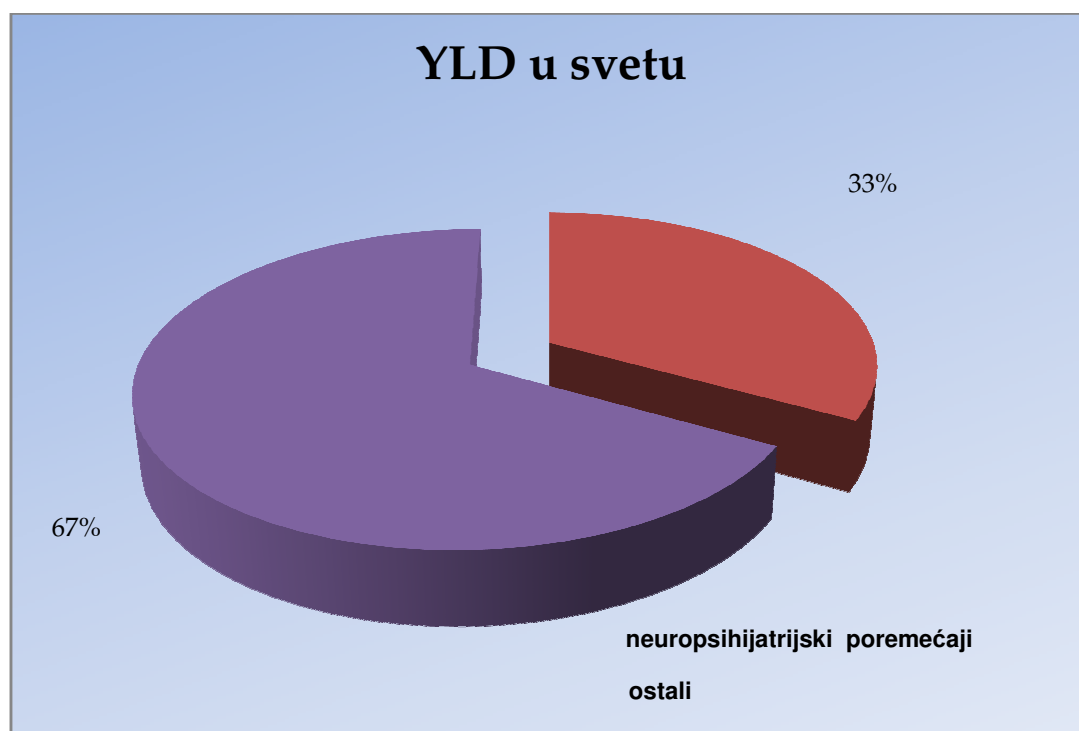
Mentalno, fizičko i socijalno zdravlje su isprepletene komponente života i od vitalnog su značaja za sve ljude. Sa porastom našeg razumevanja ove isprepletenosti, postaje sve jasnije da je mentalno zdravlje krucijalno, kako za pojedince, tako i za društvo u celini [52].

Koncept mentalnog zdravlja uključuje subjektivni osećaj blagostanja samoefikasnost, autonomiju, kompetenciju, sposobnost uspostavljanja harmoničnih odnosa sa drugim ljudima, međugeneracijskih odnosa i sposobnost realizacije sopstvenih intelektualnih i emocionalnih potencijala tj. mogućnost da se konstruktivno menja socijalna i fizička sredina. Takođe se definiše kao mogućnost osobe da prepozna svoje potencijale, izrazi svoju individualnost, ostvari ciljeve koje je sama odredila, adekvatno se suočava sa stresom, radi, uživa u plodovima svoga rada i doprinosi zajednici [53, 54].

Problemi mentalnog zdravlja pogađaju društvo u celini, a ne samo male i izolovane segmente i staranje za unapređenje mentalnog zdravlja je veliki izazov globalnog razvoja. Nijedna socijalna grupa ili pojedinac nisu imuni na razvoj duševne bolesti, ali je rizik za narušavanje mentalnog zdravlja veći među siromašnim, nezaposlenim i osobama niskog obrazovnog statusa, kao i među žrtvama nasilja, migrantima i izbeglicama, decom i adolescentima, zlostavljanim ženama i starim osobama [55].

Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da u svetu od mentalnih poremećaja pati oko 450 miliona ljudi. Prema rezultatima istraživanja „Globalnog opterećenja bolestima“ koje su objavile SZO i Svetska banka 2001. godine, uzimajući kao pokazatelj opterećenja bolešću samo komponentu, godina života provedena sa onesposobljenošću (YLD – *years lived with disability*), 33% godina provedenih sa onesposobljenošću, posledica su neuropsihijatrijskih poremećaja (Grafikon 1), tome treba dodati i 2,1% usled

namernog povređivanja. Samo depresija dovodi do 12,15% YLD, što je svrstava na treće mesto globalne težine bolesti (GBD – *global burden of diseases*). Četiri od šest vodećih uzroka godina provedenih sa onesposobljenošću (YLD) su depresija, alkoholizam i bolesti uzrokovane alkoholom, shizofrenija i bipolarni afektivni poremećaj. Neuropsihijatrijska oboljenja su odgovorna za 13% izgubljenih godina života (DALY – *disability adjusted life years*), dok su namerno povređivanje i HIV/AIDS - *Human immunodeficiency virus/Acquired immune deficiency syndrome* (Virus humane imunodeficijencije/Sindrom stečene imunodeficijencije), odgovorni za još 3% odnosno 6%, a direktno su povezani sa mentalnim zdravljem jer poseduju komponentu rizičnog ponašanja koje je odraz mentalnog statusa [55, 56].



Izvor: World Health Organization (WHO), 2001.

**Grafikon 1.** Udeo neuropsihijatrijskih poremećaja u ukupnom broju godina provedenih sa onesposobljenošću (YLD – *years lived with disability*)

Mentalno zdravlje stanovništva u Srbiji narušeno je poslednjih godina. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović-Batut“, broj dijagnostikovanih slučajeva mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F00-F99), u stalnom je porastu 1999-2002. godine i kreće se od 271944 do 309281. Aktuelne procene su takve da se pretpostavlja porast oboljevanja tokom vremena u svim starosnim granicama i sa ovakvim trendom rasta, mentalni poremećaji se nalaze na drugom mestu najvećih zdravstvenih problema stanovništva, odmah iza kardiovaskularnih bolesti [51].

Tema Izveštaja Svetske zdravstvene organizacije (SZO) za 2001. godinu, je bila mentalno zdravlje. Kao rezultat donešenih preporuka proisteklih iz tog izveštaja, SZO je donela program poznat kao *Mental Health Global Action Programme* (mhGAP). MhGAP je baziran na četiri strategije koje bi trebalo da pomognu u osnaživanju mentalnog zdravlja stanovništva.

1. **Strategija 1.** SZO prikuplja informacije o veličini problema kao i o resursima (ljudskim, finasijskim, sociokulturalnim), koji su dostupni kako bi se smanjio teret mentalnih poremećaja. SZO pruža odgovarajuće tehnologije i znanja koja su potrebna za suočavanje sa ovom problematikom.
2. **Strategija 2.** Podizanje svesti o mentalnim problemima kroz obrazovanje i zagovaranje ljudskih prava i destigmatizacije. U akcije ovog tipa trebalo bi da su uključeni oboleli, profesionalci, profesionalne nevladine organizacije (NVO), članovi porodica, članovi parlamenta, verske vođe, sindikalne i druge organizacije koje pokazuju interesovanje i entuzijazam u vezi sa ovom oblasti javnog rada.
3. **Strategija 3.** Pomoć zemljama u kreiranju politika i efikasnog razvoja usluga iz oblasti mentalnog zdravlja.

4. **Strategija 4.** Izgradnja lokalnih kapaciteta za istraživanje u oblasti mentalnog zdravlja u siromašnim zemljama [57, 58].

Svi podaci iz literature govore o značaju destigmatizacije, ali takođe naglašavaju neizmeran značaj aktiviranja šire zajednice, nevladinog i vladinog sektora u sprovođenju svih potrebnih mera za unapređenje i očuvanje mentalnog zdravlja populacije.

### 1.2.2. Definicija mentalnog zdravlja

Koncept mentalnog zdravlja je široko rasprostranjen i ne koristi se samo u medicini, već i u oblasti sociopolitike i ekonomije. Veoma je teško dati jasno određenje mentalnog zdravlja i u tom pokušaju se srećemo sa brojnim teškoćama.

Definisanje mentalnog zdravlja kao stanja u kojem ne postoji mentalni problem može u najgrubljem smislu da zadovolji potrebe kliničke psihijatrijske prakse, ali nije dovoljno za suštinsko sagledavanje i razumevanje pojma mentalnog zdravlja, kao i sprovođenje mera unapređenja mentalnog zdravlja.

*Karl Menninger* mentalno zdravlje opisuje kao kontinuum na čijem se jednom kraju nalazi mentalno zdravlje, a na drugom kraju stanje mentalnog poremećaja. U ovom kontekstu najvažniji kriterijum mentalnog zdravlja, po njemu, je uspešnost kojom čovek rešava problem svakodnevnog života, a kada su zahtevi unutrašnje i spoljašnje realnosti iznad trenutnih adaptivnih moći osobe dolazi do adaptacije na jednom nižem, regresivnom nivou. Takav oblik adaptacije (označava se kao patološki), može da oscilira od blagih mentalnih disfunkcija do psihotičnih poremećaja [59].

*Norman Sartorius* definiše tri nivoa mentalnog zdravlja:

- mentalno zdravlje kao odsustvo bilo kog dobro definisanog mentalnog oboljenja;

- mentalno zdravlje koje podrazumeva i izvesnu rezervnu snagu individue, koja joj pomaže da savlada iznenadan stres ili izuzetne zahteve i izazove;
- mentalno zdravlje kao stanje ravnoteže između individue i okružavajućeg sveta – stanje harmonije između sebe i drugih, koegzistenciju između realiteta selfa i realiteta drugih ljudi i okoline. Takvo stanje ravnoteže može da inkorporiše i nesposobnost. Zdravstveni ekvilibrijum može da postoji i u prisustvu bolesti. Bolest i zdravlje su tada ortogonalne dimenzije postojanja, više nego stvarne suprotnosti [60].

Definisanje mentalnog zdravlja uključuje biološke, psihološke, socijalne, antropološke i kulturne dimenzije čoveka i sveta u kome živi. Zbog toga je nemoguće napraviti sveobuhvatnu definiciju. Stručnjaci se generalno slažu da je mentalno zdravlje nešto više od nepostojanja mentalnih poremećaja, tj. da odsustvo poznatog mentalnog poremećaja nije uvek i pokazatelj mentalnog zdravlja [56].

Prema SZO ne postoji zvanična definicija mentalnog zdravlja. Međutim, pozitivna dimenzija mentalnog zdravlja iskazana je u definiciji zdravlja u Ustavu SZO [61].

*„Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili onesposobljenosti“. Zdravlje je osnovno ljudsko pravo i najvažniji socijalni cilj.*

Ovom definicijom i nizom principa koje je prate, SZO jasno određuje koncept mentalnog zdravlja [62]:

- ❖ Mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalnih poremećaja i u pozitivnom smislu, mentalno zdravlje je osnova za dobrobit i efikasno funkcionisanje kako pojedinca, tako i zajednice;



- ❖ Mentalno zdravlje može biti koncipirano kao stanje blagostanja u kojem pojedinac postiže samoaktuelizaciju i samorealizaciju, može da savlada iznenadni stres ili izuzetne zahteve i izazove, bude produktivan i da daje svoj doprinos zajednici u kojoj živi;
- ❖ Mentalno zdravlje zavisi od niza različitih socioekonomskih faktora i faktora sredine u kojoj pojedinac živi;
- ❖ Sastavni deo mentalnog zdravlja je i promocija mentalnog zdravlja, koja obuhvata niz strategija sa ciljem očuvanja i unapređenja istog.

### **1.2.3. Osnovne karakteristike i procena mentalnog zdravlja i mentalnih problema dece i adolescenata**

Sve je jasnije da je mentalno funkcionisanje povezano sa fizičkim i socijalnim funkcionisanjem i da je deo onoga što jednim imenom nazivamo zdravljem. Na primer, depresija je faktor rizika za razvoj karcinoma i kardiovaskularnih oboljenja [63, 64]. Isto tako i osobe koje boluju od hroničnih bolesti imaju veću šansu da razviju neko psihičko oboljenje npr. depresiju. Anksiozni i depresivni poremećaji, kao i bolesti zavisnosti u komorbiditetu sa telesnim oboljenjima značajno smanjuju mogućnost za sprovođenje higijensko dijetetskog režima, kao i broj potrebnih kontrolnih pregleda. Takođe, psihičke bolesti u komorbiditetu sa telesnim bolestima često ostaju nedijagnostikovane i neadekvatno lečene, a dokazano je da snažno doprinose povećanju broja i težine komplikacija telesnih bolesti, smanjuju kvalitet života, povećavaju troškove lečenja, povećavaju stopu samoubistava i utiču negativno na krajnji ishod [63-65].

U kontekstu narušenja mentalnog zdravlja, govorimo o problemima mentalnog zdravlja i mentalnim poremećajima. Ovi entiteti nemaju tačne i jasno određene definicije, ali se obično koriste da opišu promene u razmišljanju, raspoloženju i ponašanju, koje su u krajnjoj liniji povezane sa

distresom (unutrašnje reakcije na teškoće) ili narušenim funkcionisanjem. Smatra se da deca i adolescenti imaju mentalni problem ukoliko su emocionalni problemi i problemi u ponašanju, koje ispoljavaju, izvan opsega obično prijavljenih za decu i omladinu za taj uzrast [66, 67]. Mentalni poremećaj i/ili mentalnu bolest karakteriše prisustvo klinički značajnog skupa simptoma, emocionalni ili bihevioralni problemi povezani sa ličnim distresom i narušenim funkcionisanjem, značajniji prema intenzitetu, trajanju i frekventnosti u odnosu na mentalni problem [68, 69]. Psihopatologija dečjeg i adolescentnog uzrasta direktno je određena ravnotežom protektivnih i faktora rizika iz okoline [70].

Procena mentalnog zdravlja obuhvata sistematizovano prikupljanje podataka o karakteristikama, protektivnim i faktorima rizika mentalnog zdravlja nekog pojedinca ili populacije. Procena mentalnih problema obuhvata prikupljanje informacija o tipu, karakteristikama i stepenu emotivnih i/ili poremećaja ponašanja i eventualno postavljanje dijagnoze mentalnog poremećaja prema dijagnostičkom kriterijumu [66, 67].

Danas se u psihijatriji (i u psihijatriji razvojnog doba), koriste dva klasifikaciona sistema: *Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti* (ICD ili MKB klasifikacija – prihvaćena u našoj zemlji i Evropi) koju je dala Svetska Zdravstvena Organizacija i *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM klasifikacija) Američke Psihijatrijske Asocijacije (American Psychiatric Association - APA).

Prema MKB klasifikaciji mentalni poremećaji detinjstva i adolescencije prepoznati kao specifični za uzrast su: mentalna retardacija (F70 – F79), poremećaji psihološkog razvoja (F80 - F89), poremećaji ponašanja i emocija sa početkom obično u detinjstvu i adolescenciji (F90 – F98) [71]. Za psihoze razvojnog doba, poremećaj raspoloženja, poremećaj ishrane, poremećaj prilagođavanja, poremećaj spavanja, MKB klasifikacioni sistem koristi iste dijagnostičke kriterijume kao i kod odraslih [72].

### 1.3. DECA I ADOLESCENTI U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE

#### 1.3.1. Socijalna zaštita dece i adolescenata

Prema *Zakonu o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana*, socijalnom zaštitom smatra se organizovana društvena delatnost koja ima za cilj pružanje pomoći građanima i njihovim porodicama kada dođu u stanje socijalne potrebe i preduzimanje mera radi sprečavanja nastajanja i otklanjanja posledica takvog stanja. Stanjem socijalne potrebe smatra se takvo stanje u kojem je građaninu ili porodici neophodna društvena pomoć u cilju savladavanja socijalnih i životnih teškoća i stvaranju uslova za zadovoljenje osnovnih životnih potreba, ukoliko se te potrebe ne mogu na drugi način zadovoljiti, a na osnovama humanizma i poštovanja ljudskih prava [73].

Ustav Republike Srbije pod pojmom deteta podrazumeva osobu do navršene osamnaeste godine života, što je u skladu sa definicijom sadržanom u Konvenciji o pravima deteta. Ovu definiciju usvajaju i Porodični zakon, Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, Zakon o radu, Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom.

Prema odredbama člana 64. st. 1., 3. i 5. Ustava Republike Srbije („Službeni glasnik RS”, broj 98/6) proklamovano je da deca uživaju ljudska prava primereno svom uzrastu i duševnoj zrelosti. Deca su zaštićena od psihičkog, fizičkog, ekonomskog i svakog drugog iskorišćavanja ili zloupotrebljavanja.

Kao osnovne službe socijalne zaštite u lokalnoj zajednici, centri za socijalni rad, kojih u Republici Srbiji ima 139, ovlašćeni su da obezbede pomoć i podršku svoj deci i mladima, u situacijama kada su ugroženi njihovo zdravlje i razvoj. Nadležnost centra za socijalni rad, posebno kroz funkcije organa

starateljstva, jeste da obezbedi osnovnu zaštitu prava i interesa deteta odgovarajućim intervencijama socijalne i porodično-pravne zaštite deteta.

Centar za socijalni rad ima konkretne zadatke i ovlašćenja za primenu neodložnih mera porodično - pravne i socijalne zaštite deteta koje je izloženo zlostavljanju i zanemarivanju u okviru porodice, ali i u svim drugim situacijama u kojima je neophodno reagovanje za zaštitu prava deteta.

Prema roditeljima deteta primenjuju se mere obavezujućeg karaktera (preventivni, korektivni nadzor nad vršenjem roditeljskog prava), sa ciljem da se obezbede optimalni uslovi za razvoj deteta. Ukoliko ove mere ne daju rezultate, a i dalje postoji ozbiljna opasnost po život i razvoj deteta, neophodno je preduzeti odgovarajuće mere izdvajanja deteta iz porodice. U takvim okolnostima govorimo o deci bez roditeljskog staranja [74].

Prema *Zakonu o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana*, „detetom bez roditeljskog staranja smatra se dete, koje nema žive roditelje, čiji su roditelji nepoznati ili su nestali i dete čiji roditelji iz bilo kojih razloga, privremeno ili trajno ne izvršavaju svoja roditeljska prava ili dužnosti“ [73].

Podaci Ministarstva rada i socijalne politike Republike Srbije iz 2006. godine, pokazuju da u strukturi dece bez roditeljskog staranja (7953 dece), dominantno učešće imaju deca roditelja koji ne vrše adekvatno roditeljsko pravo (73%). To se ogleda u različitim vidovima nezadovoljavanja razvojnih potreba dece, njihovog zanemarivanja ili zlostavljanja, ili u zloupotrebi roditeljskog prava [74].

Izbor odgovarajućih oblika zaštite dece bez roditeljskog staranja je veoma složen stručni postupak. To praktično znači, da službe socijalne zaštite imaju odgovoran zadatak da za dete pronađu onaj oblik zaštite koji će mu pružiti takve uslove koji će biti najbolja moguća zamena za prirodnu porodicu [59].

Osnovni oblici porodično - pravne zaštite dece bez roditeljskog staranja su:

- ❖ **Domski (institucionalni) smeštaj** - je smeštaj deteta u specijalizovanoj instituciji socijalne zaštite. Ovaj vid smeštaja obezbeđuje zbrinjavanje dece bez roditeljskog staranja i dece čiji je razvoj ometen porodičnim prilikama do obezbeđivanja uslova za povratak u sopstvenu porodicu ili zbrinjavanja u usvojilačkoj ili drugoj porodici, odnosno do osposobljavanja za samostalan život. U okviru smeštaja deci se obezbeđuje vaspitanje i obrazovanje, osposobljavanje za određene aktivnosti, zdravstvena zaštita, radno okupacione, kulturno zabavne i rekreativno rehabilitacione aktivnosti i usluge socijalnog rada [73].
- ❖ **Porodični smeštaj (hraniteljstvo)** – je smeštaj (izmeštanje) deteta u hraniteljsku porodicu. To je privremeni oblik zaštite deteta, njegovo trajanje je ograničeno i zavisi od vremena razrešenja krizne situacije u biološkoj porodici, ali može trajati i do potpunog osamostaljivanja deteta. U hraniteljskoj porodici detetu se obezbeđuje adekvatno porodično okruženje u kome će rasti, razvijati se, vaspitavati, obrazovati, osposobljavati za samostalan život prateći svoje potencijale, odnosno u kome će imati iste šanse kao i deca koja odrastaju sa svojim roditeljima [75].
- ❖ **Usvojenje** – je čin prenošenja roditeljskih prava i dužnosti na osobu ili osobe, koji nisu biološki roditelji usvojenika. To je pravni akt kojim se posredstvom organa starateljstva između dva lica, usvojioca i usvojenika, zasniva odnos koji postoji između roditelja i deteta [59].

U izboru oblika zaštite dece bez roditeljskog staranja, smeštaj u drugu porodicu ima prednost nad institucionalnim smeštajem, odnosno smeštajem dece u ustanovu.

Jedno od najvažnijih dosadašnjih saznanja iz psiholoških i drugih istraživanja je, mogućnost da hraniteljska porodica može modifikovati i korigovati negativna emocionalna iskustva iz prošlosti uz stimulaciju uspešnog prilagođavanja i emocionalnog i socijalnog razvoja. Za razliku od hraniteljskih porodica, domovi nisu odgovarajuća sredina za razvoj kognitivnih, emocionalnih i socijalnih potreba deteta [59]. Kao zajedničko obeležje dece odrasle pod (nepovoljnim) uslovima u domu, istraživači navode smanjenu sposobnost za vezivanje i ispunjavanje istinskih, dubljih i trajnih odnosa sa drugim osobama što može imati za posledicu neuspešnu socijalizaciju deteta, smetnje ili poremećaje u društvenom ponašanju i u preuzimanju društvenih uloga [76].

Studija *Browne i saradnika* (2006), imala je za cilj da napravi pregled stope korišćenja institucionalne zaštite. Studijom je obuhvaćeno 44000 dece, uzrasta do tri godine, u 46 zemalja Evrope. Podaci su prikupljeni preko zvaničnih organa vlasti. Rezultati ove studije ukazuju da je ukupna stopa institucionalne zaštite procenjena na 14,4 na 10000 dečje populacije, uzrasta do 3 godine. Zemlje sa najvećom upotrebom institucionalne nege, u odnosu na populaciju uzrasta do 3 godine su: Bugarska, Letonija, Belgija, Rumunija, Republika Srbija i Crna Gora sa 69 na 10000 [77].

### **1.3.2. Kvalitet života dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite**

Kvalitet života i opšte funkcionisanje nedovoljno su ispitivani kod dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite. U svetskoj literaturi mogu se naći samo dve studije poljskih [78] i australijskih autora [79], koje su se bavile istraživanjem u ovoj oblasti.

Studija poljskih autora imala je za cilj da poredi kvalitet života dece koja odrastaju u domovima za decu bez roditeljskog staranja sa kvalitetom života dece iz opšte populacije [78]. Rezultati ove studije ukazuju da je kvalitet

života značajno niži kod dece koja žive u domovima u odnosu na kontrolnu grupu i to naročito u fizičkom i psihološkom domenu kvaliteta života.

Studija australijskih autora, imala je za cilj da proceni kvalitet života dece i adolescenata koja odrastaju u hraniteljskim porodicama i poredi ga sa kvalitetom života opšte populacije [79]. Rezultati ove studije pokazali su da postoji značajno niži kvalitet života kod dece i adolescenata koji žive u hraniteljskim porodicama u odnosu na decu i adolescente koje žive u biološkim porodicama.

### **1.3.3. Mentalno zdravlje dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite**

Rezultati brojnih istraživanja nedvosmisleno pokazuju da su deca i adolescenti smešteni u sistem socijalne zaštite vulnerabilna populacija i pod značajno većim rizikom za razvoj mentalnog poremećaja [80, 81], s obzirom da od najranijeg detinjstva trpe negativne uticaje i odsustvo pozitivnih emotivnih stimulusa. Izdvajanje dece iz neadekvatne prirodne porodice ima za cilj udaljavanje iz nepovoljnog okruženja i poboljšanje ukupnog zdravlja i psihičkog funkcionisanja deteta. Međutim, u izvesnom procentu slučajeva ostaju sekvele ranih traumatskih iskustava.

Takođe, brojna istraživanja ukazuju na povećanu prevalenciju mentalnih poremećaja dece i adolescenata koji su smešteni u ustanove socijalne zaštite.

#### **1.3.3.1. Efekti institucionalizacije na mentalno zdravlje dece i adolescenata**

Većina aktuelnih psiholoških teorija, ukazuje na veliki značaj detinjstva za razvoj ličnosti. Upravo na najznačajnijoj među njima, bazirali smo istraživanje u našem radu. To je teorija afektivnog vezivanja.

Istraživanja u razvojnoj psihologiji pokazuju da odsustvo roditeljskog staranja, posebno u detinjstvu [82], dovodi decu u stanje visokog rizika na egzistencijalnom, psihofizičkom, socijalnom i vaspitno obrazovnom planu [83]. Posebno je naglašeno da odvajanje od majke, tokom prvih godina života, nije samo prekid mogućnosti za identifikaciju deteta već je i radikalna promena u mogućnosti razmene semantičkih signala, koji su uslov za zadovoljenje osnovnih fizičkih, psiholoških, a pre svega emotivnih potreba deteta. Uspostavljanje emocionalnog odnosa između majke (koja predstavlja prvi značajan objekt) i deteta, jedan je od bitnih faktora koji obezbeđuje mentalno zdravlje osobe [84, 85].

Posledice emocionalne deprivacije u ranom detinjstvu prvo su izučavane na deci koja su odvajana od majke zbog bolničkog lečenja. Produženo i rano odvajanje, tokom prvih meseci života, dovodi do zastoja u emocionalnom i intelektualnom razvoju. Ovaj proces *Rene Špic* (Rene Spitz) nazvao je *hospitalizam*. Hospitalizam označava pojavu zastoja ili propadanja na fizičkom i psihičkom planu kod dece koja nisu imala adekvatnu emocionalnu stimulaciju (emocionalna razmena koja omogućava formiranje dobrih objektnih odnosa). Suština pojave je u insuficijenciji psiholoških ili emocionalnih sposobnosti dečjeg primarnog negovatelja, a ne u činjenici odsustva/prisustva roditelja [59].

Kontinuirano interesovanje za praksu institucionalizacije dece u sirotištima, pružilo je dosta podataka o efektima rane „materinske deprivacije“ (naročito su negodovali pedijatri jer su uočili veću stopu smrtnosti kod ove dece). Rene Spitz je uveo pojam „*anaklitička depresija*“ (*depresija odvajanja*) kao dijagnostički entitet za decu koja su dugo bila odvojena od negovatelja u najranijem uzrastu.

Psihoanaliza kao i teorije učenja, potrebu deteta za emocionalnim vezivanjem vide kao stečenu, izvedenu iz zadovoljenja primarnih, fizioloških potreba. Prema ovim teorijama, ljudsko odojče je primarno izolovano,



asocijalno biće koje živi u sopstvenom svetu i tek kroz kontakt sa majkom postaje socijalizovano. Kao reakcija na ovo viđenje, pojavljuje se teorija afektivnog vezivanja. Prema ovoj teoriji ljudsko odojče se rađa kao socijalno biće čija je primarna potreba, potreba za emocionalnom vezom sa odraslom osobom. Od prepoznavanja i preferencije za majku, odojče s njom gradi odnos koji podrazumeva širok opseg aktivnosti i emocija, od kojih su mnoga nezavisna od hranjenja i samog fizičkog zbrinjavanja [86, 87].

### *1.3.3.2. Teorija afektivnog vezivanja*

*Teorija afektivnog vezivanja* nastala je sredinom XX veka, a njen začetnik je dečji psihijatar i psihoanalitičar Džon Boulbi (John Bowlby). Tokom svoje profesionalne karijere, Boulbi je naročito bio zainteresovan za maladaptiranu i delinkventnu decu koja su smeštena u institucije. Rad u popravnom domu za dečake ga je motivisao da se zainteresuje za njihove rane odnose i iskustvo. Ono što je značajno uticalo na Boulbija u tom periodu je i njegov klinički rad sa dvojicom dečaka, čiji je odnos sa majkom bio značajno oštećen. Inspirisan time, započinje retrospektivnu studiju u kojoj analizira rana iskustva 44 maloletna delinkventa, pri čemu nalazi da ključni uzrok mentalnih poremećaja leži u oštećenom odnosu majke i deteta. Kako sam navodi, na osnovu ličnog posmatranja čitavog niza slučajeva, jasno se može sagledati veza između patološkog razvoja ličnosti i poremećaja odnosa majke i deteta [87, 88].

Razmena iskustva Boulbija sa dečjim psihijatrija iz čitave Evrope (susreti u okviru Svetske zdravstvene organizacije) potvrdila je njegovo sveopšte zapažanje da su mnogi psihijatrijski poremećaji posledica insuficijentnosti ili poremećenosti majčine brige [87].

Polazna tačka Boulbijeve teorije je postojanje primarne (urođene, na instinktima zasnovane) detetove potrebe za posebnom vrstom vezivanja za negovatelje. Tu posebnu vrstu vezivanja nazvao je »attachment« (eng. odanost,

privrženost, pričvršćivanje, vezivanje, veza, simpatija) [65]. U svojim početnim shvatanjima afektivnog vezivanja Boulbi ovaj fenomen definiše kao instiktivni vid ponašanja sa autonomnom motivacijom i osnovnom biološkom funkcijom, zaštitom od neprijatelja. Afektivna vezanost ispoljava se kao ponašanje koje ima za cilj traženje i održavanje fizičke blizine osobe za koju se dete vezuje [89]. Poimanje sistema afektivne vezanosti kao biološkog sa osnovnom funkcijom zaštite od neprijatelja, kroz traženje i održavanje blizine sa odraslima, bilo je malo održivo [90]. I sam Boulbi u svojim kasnijim radovima primat daje kvalitetu odgovora majke na detetovu potrebu.

Pored upornog insistiranja da je dete biološki opskrbljeno za afektivno vezivanje za staratelja tj. za iniciranje, uspostavljanje i održavanje interakcije sa značajnim drugim, Boulbijev doprinos ogleda se i u isticanju detetove potrebe za sigurnom vezom sa majkom (i korišćenjem staratelja kao sigurne baze za eksploraciju). Smatrao je da deca koja su lišena ovakve veze ispoljavaju znake „parcijalne deprivacije” – ekscesivna potreba za ljubavlju ili za osvetom, krivicu i depresiju, ili znake „kompletne deprivacije” – otuđenost, nereagibilnost, zaostajanje u razvoju koje se kasnije ogleda u superficijalnosti (površnosti), potrebom za pravim osećanjima, nedostatkom koncentracije [88]. Kasnije, Boulbi ove pojmove razvija u koncept „reakcija na separaciju”, što je poznato kao trijas simptoma: protest, očaj, ravnodušnost. Svaka od ovih faza integriše se u sledeću: duboka patnja preko bespomoćnosti, transformiše se u ravnodušnost [86]. U pokušaju da ponovo pridobije majku, dete koristi ograničene resurse, očekujući da će se majka vratiti. Kako nema odgovora na njegov bunt, dete postaje sve više preokupirano figurom majke, a njegovo ponašanje ukazuje na beznadežnost. Ukoliko separacija potraje, dete razvija ravnodušnost, ponašajući se kao da ni kontakt sa majkom, ni sa drugim ljudima nisu značajni za njega. Posledično, dete postaje egocentrično i umesto da svoja očekivanja i želje usmeri na druge ljude, ono će biti preokupirano materijalnim stvarima [87].

Za razumevanje afektivnog vezivanja neophodna je i međusobna povezanost tri bihevioralna sistema: afektivnog, sistema straha i sistema eksploracije sredine. Sistem afektivnog vezivanja i sistem istraživanja okoline su u međusobnoj interakciji, na taj način što je sigurna afektivna veza zapravo baza sigurnosti, pri čemu kontinuirana dostupnost figure vezivanja omogućuje mogućnost istraživanja okoline. Tako se kod sigurne vezanosti mogu očekivati beneficije u pogledu kognitivnih i socijalnih kapaciteta. Sa druge strane, sistem straha aktivira sistem afektivnog vezivanja i u prisustvu figure sigurne vezanosti smanjuje se intenzitet uznemirenosti i reakcija deteta na draži koje se percipiraju kao preteće. Figura vezanosti koja je dostupna detetu predstavlja izvor zaštite i ohrabrenje da se dete okrene ka okolini. Postojanje recipročnih veza između ova tri sistema objašnjava zašto separacija uključuje dve vrste stresora, doživljaj izloženosti ugrožavajućim stimulusima i doživljaj odbačenosti od izvora zaštite. Ova tri sistema regulišu razvojnu adaptaciju i omogućavaju kontinuirani rast i napredovanje u pogledu kognitivnih, socijalnih i emocionalnih kapaciteta [87, 88].

U svojim kasnijim radovima Boulbi naglašava da je majčina raspoloživost i responsivnost (što objedinjuje terminom dostupnost) za signale deteta, ključna determinanta kvaliteta afektivnog vezivanja kao razvojnog procesa. Dostupnost podrazumeva pouzdana očekivanja u vezi iskustva raspoloživosti figure sigurne vezanosti tokom značajno dugog perioda. Upravo iskustva sa osobom sa kojom dete ostvaruje vezanost, vode struktuiranju unutrašnje građe bihevioralnog sistema afektivnog vezivanja i koja čine set kognitivnih mehanizama koje Boulbi naziva unutrašnji radni modeli (URM) [87]. Zapravo to su unutrašnje predstave o sebi i osobi za koju se dete vezuje. Na osnovu kvaliteta odgovora majke na čitav spektar njegovih potreba dete gradi predstave: o sebi, kao biću manje ili više dostojnom majčine pažnje i o majci, kao osobi koja je prisutna/odsutna kada mu je potrebna [86]. Način na koji će se dete adaptirati na druge, prilagoditi svoje ponašanje da bi dobilo od

značajnih drugih ono što mu je neophodno za rast i razvoj, direktno je uslovljen strukturom URM. Sigurno dete ima URM responsivnog, pouzdanog roditelja koji adekvatno odgovara na njegove signale. Ukoliko roditelj ne odgovara na detetove signale i to se ponavlja, dete će postati nepoverljivo, povučeno, zatvoreno i oprezno [87].

URM se izgrađuju između 7. i 9. meseca, najaktivnije tokom druge i treće godine i relativno su stabilni. Pored relativne stabilnosti, teže uzajamnom potvrđivanju, regulišu kognitivne i emotivne procese značajne za buduće afektivno vezivanje. Njihova stabilnost objašnjava dugoročne efekte ranih iskustva koji se ogledaju u domenu razvoja ličnosti, mentalnog zdravlja, odnosno smetnji i u domenu odnosa roditelja prema detetu, bliskih vršnjačkih i partnerskih odnosa. Nestabilnost URM – a, posledica je stvarnih promena u organizaciji afektivne vezanosti kroz vreme, što potvrđuje da, značajna iskustva u vezama i bitni događaji u životu mogu da izmene organizaciju afektivne vezanosti, odnosno URM [91].

Tokom daljeg razvoja teorije, koncept je preveden iz relacionog u individualno svojstvo. Zaslugom Meri Ejnsvort (Mary Ainsworth, američki razvojni psiholog), Boulbijeve učenice, afektivna vezanost počinje da se tretira kao osobina ličnosti, a ne relacija. Ejnsvortovova sačinjava prvu klasifikaciju razlika u interakcijama dete – majka, gde je osnovna razlika u kvalitetu sigurnosti deteta u dostupnost i osetljivost majke, u odnosu na detetove signale kojima izražava potrebe. U zavisnosti od kvaliteta doživljene interakcije sa majkom, kroz svakodnevnu, ponavljajuću emocionalnu razmenu, napravljena je klasifikacija obrazaca vezanosti dece. Izdvojene su tri kategorije ponašanja, tj. tri tipa obrazaca vezanosti dece: *tip A* – nesigurno izbegavajuća vezanost, *tip B* – sigurna vezanost, *tip C* – nesigurno ambivalentna vezanost [71, 92].

### **1.3.3.3. Stilovi afektivnog vezivanja kod dece**

#### ***Tip A – nesigurno izbegavajuća afektivna vezanost***

Ukoliko se rana emocionalna interakcija razvija sa iskustvima emocionalnog lišavanja i nepristupačnosti ili iskustvima razmene koja je praćena prisustvom majke, ali kompromitovanim, deficitarnim emocionalnim investicijama, dete formira radni model sebe kao bića, koje nije vredno ljubavi i pažnje i svet doživljava kao neprijateljsko okruženje. Razvija brojne strategije zaštite od povređivanja, uglavnom u pravcu raznih oblika socijalne distance.

U studijama koje su se bavile praćenjem socijalnog razvoja ovakve dece, potvrđuje se stabilnost ovakvog stanja, i kasnije ovakva deca poziciju izolacije od ljudi, nedovoljno razvijaju socijalne veštine, uz deficit suptilnih sposobnosti za adekvatnu, pravovremenu socijalnu adaptaciju [92].

#### ***Tip B – sigurna vezanost***

Siguran stil ranih afektivnih veza formira se u situacijama kada dete na osnovu adekvatnog i doslednog reagovanja, formira URM majke kao pouzdane, stvarajući istovremeno i predstavu o sebi kao biću koje zavređuje pažnju i ljubav dok je predstava o spoljašnjem svetu optimistična.

Istraživanja tzv. sigurne afektivne baze su brojna i upućuju na činjenicu da siguran stil u ranom afektivnom vezivanju predstavlja protektivan faktor za psihološku vulnerabilnost za brojne nepovoljne egzogene uticaje i da je baza za formiranje kvalitetnih socijalnih odnosa [92]. Sigurna afektivna baza ima ishodište u emocionalnoj stabilnosti osobe [93].

#### ***Tip C – nesigurno ambivalentna vezanost***

Ukoliko majka na detetove signale reaguje nedoslednim ponašanjem, dete razvija URM koji se zasniva na težnji da se zadrži majčino prisustvo, a ne na reprezentaciji sebe i značajnih drugih osoba.

Vežanost za majku se intenzivira, pri čemu se majčina prisutnost proverava čestim nadgledanjem, praćenjem, kontrolisanjem njenog prisustva. Usmeravanjem pažnje na zadržavanje majčine blizine i usmeravanjem energije na modifikaciju ponašanja kako bi obezbedilo majčinu ljubav, vremenom slabi detetovo interesovanje za okolinu. Dete postaje pasivno, vezano za majku. Grade se simbiotski odnosi i sa drugim značajnim osobama tokom života, koji su bez inicijative, spontanosti, autonomije, najčešće komplementarni u smislu, da i drugi član dijade ima psihološke dobiti od formiranja ovakvih „lepljivih veza“, u kojima nema mesta za druge ljude.

Istraživanja novijeg datuma naglašavaju negativne posledice ovog tipa ranih veza na kasnije otežano uklapanje u društvene okolnosti, jer se teži formiranju socijalnih odnosa koji treba da kompenzuju doživljaj lične neadekvatnosti, nesigurnosti, uz insistiranje na simbiozi [92].

Novija istraživanja definišu i *tip D* – nesigurno dezorganizovanu afektivnu vežanost. U radovima osnivača teorije, on se ne izdvaja kao zasebna kategorija. Ovakav oblik afektivne veze zapažen je na deci čiji su roditelji bili izloženi zlostavljanju ili su duševno oboleli. Istraživači ističu da detetova psihološka patnja narasta u okruženju koje je neosetljivo, koje ne pruža osnov za stvaranje sigurne baze, čime se dalje stvara konstantan doživljaj osetljivosti [94]. Značaj atipičnog materinskog ponašanja, u čijoj pozadini je nerazrešivo iskustvo gubitka ili traume, povezuje se sa genezom bojažljive vežanosti kod deteta [95].

Dezorganizovanu vežanost karakteriše ambivalentan odnos prema vezivanju, koji se prenosi i u kasnije partnerske veze, gde ispoljavaju teškoće u kontrolovanju besa, teškoće u realizovanju bliskosti (iako teže za tim), manifestujući visoku anksioznost i pogrešno interpretiranje emocionalno obojenih signala i poruka [96]. U novijim radovima se takođe ističe uloga

nepovoljnih i ekstremnih sredinskih uslova u strukturisanju bojažljive afektivne vezanosti [97].

Poslednjih godina, intenziviraju se istraživanja koja sagledavaju interaktivni odnos genetske osnove i nepovoljnih sredinskih okolnosti, u razvoju bojažljive vezanosti [98]. Pojedini istraživači sugerišu postojanje složene povezanosti infantilnog genotipa i sredinskih okolnosti, kao riziko faktora za razvoj bojažljive vezanosti [99].

Identifikovanje modaliteta vezivanja, a još više mogućnost njihovog egzaktnog ispitivanja otvorili su put proučavanju ovih modaliteta i na kasnijim razvojnim uzrastima, kao i u odraslom dobu. Mnogobrojne studije potvrdile su da će se i u adolescenciji i odraslom dobu identifikovati isti obrasci vezivanja za staratelje, ali su pokazale i izvesnu povezanost u vezivanju na mlađim i kasnijim uzrastima. Iako rezultati nisu konzistentni, rezultati većine studija se slažu da se na osnovu kvaliteta vezivanja prema starateljima, može, sa izvesnom pouzdanošću, predvideti i kvalitet vezivanja u odnosima koji se ostvaruju nakon detinjstva [87].

Ukoliko dete nije ponelo iz porodične sredine sliku o sebi kao vrednom ljubavi i pažnje, teško da će se sa sigurnošću okrenuti spoljnom svetu i preduzimati rizike. Ipak propušteno nije nenadoknativo, i vršnjaci sa svojim emotivnim sadržajima koji nude, mogu postati novi izvor samopotvrđivanja i samovrednovanja, i vratiti veru u svoju moć i vrednost.

#### ***1.3.3.4. Poremećaji vezivanja u detinjstvu***

Prema MKB – 10, najčešći poremećaji u detinjstvu koji se javljaju kao posledica insuficijencije psiholoških ili emocionalnih sposobnosti dečjeg primarnog negovatelja, institucionalizacije, česte promene hraniteljskih porodica su ***Reaktivni poremećaj vezivanja u detinjstvu*** F 94.1 i ***Dezinhibisani poremećaj vezivanja u detinjstvu*** F 94.2.

**Reaktivni poremećaj vezivanja u detinjstvu** (inhibisani tip) javlja se tokom prvih pet godina života i karakteriše se trajnim abnormalnostima u detetovim obrascima socijalnih odnosa, koje su udružene sa emocionalnim poremećajem i koje su osetljive na promene okoline (npr. strašljivost i nemir, loše socijalne interakcije sa vršnjacima, auto i heteroagresivnost, jad i zaostajanje u rastu u izvesnim slučajevima). U suštini ovakvih ispoljavanja leže rano ispoljeni obrasci „patološke brige o detetu“ koji podrazumevaju: grubost, zanemarivanje, institucionalni smeštaj, čestu promenu hraniteljskih porodica i td. Mala deca sa reaktivnim poremećajem vezivanja ispoljavaju jaku kontradiktornost ili ambivalenciju u socijalnim odgovorima koji su najuočljiviji u situacijama odvajanja ili ponovnog susreta. Takva deca prilaze sa odbojnošću u očima, okreću se u stranu dok se drže, ili odgovaraju mešavinom približavanja, izbegavanja i otpora prilikom pokušaja da se uteše. Emocionalni poremećaj se može ispoljiti otvorenim jadom, nedostatkom emocionalnog odgovora, reakcijama povlačenja kao što je sklopčavanje na podu ili agresivnim odgovorima na njihovu sopstvenu ili tuđu nevolju.

**Dezinhibisani poremećaj vezivanja u detinjstvu** karakteriše poseban obrazac nenormalnog socijalnog funkcionisanja koji se pojavljuje tokom prvih pet godina života i koji pokazuje tendenciju da se zadrži, uprkos značajnih promena u uslovima okoline; u zavisnosti od okolnosti mogu biti udruženi i emocionalni ili poremećaji ponašanja. Deca sa dezinhibisanim poremećajem vezivanja ispoljavaju difuzno, neselektivno vezivanje prema osobama od kojih traže utehu u trenutku stresa; loše modulirane socijalne interakcije sa nepoznatim osobama u raznim socijalnim situacijama i nisu u stanju da uspostave selektivnost u vezivanju. Sindrom se najjasnije identifikuje kod dece *koja se podižu u institucijama od malena*, ali se javlja i u drugim situacijama. Smatra se da je delimično uslovljen stalnim nedostatkom prilike da se razvijaju selektivna vezivanja kao posledica veoma čestih promena staratelja. U većini slučajeva postoji jasna anamneza o obliku odgajanja tokom prvih godina, koji



se karakteriše nestalnošću hranitelja ili mnogobrojnim promenama porodičnog smeštaja (kao kod čestih promena hraniteljskih porodica) [71].

Tokom sedamdesetih godina prošlog veka u Velikoj Britaniji, sprovedene su dve značajne studije na deci bez roditeljskog staranja koja su provela različite periode života u institucijama. U jednoj od studija, praćena su deca koja su prve dve godine života bila smeštena u domovima, a kasnije u hraniteljstvu [100]. U drugoj studiji, praćena su deca koja su prve dve godine života provela sa svojim biološkim roditeljima, a zatim smeštena u institucijama [101]. Praćenjem razvoja ove dece, uočeno je da deca koja nisu osetila ljubav, podršku, poverenje i sigurnost u svojoj porodici, deca čiji roditelji nisu mogli, želeli ili znali da ispunjavaju svoju roditeljsku dužnost i ulogu posrednika između deteta i sredine koja ga okružuje, često ispoljavaju nesigurnost, strah, nemir, nepoverenje, pa čak i agresiju prema najbližem socijalnom okruženju. Ova deca se često povlače u sebe, teško rešavaju konflikte na koje nailaze u interakciji sa vršnjacima i odraslim osobama u svojoj neposrednoj okolini [102-104]. Deca sa teškim porodičnim traumama sklona su autoagresivnom ponašanju.

Saznajni razvoj domskog deteta može biti prividno, ali i stvarno usporen, naročito razvoj govora. Slabost motivacije i usmeravanja pažnje na intelektualne delatnosti predstavlja ozbiljnu teškoću tokom školovanja [76], a intelektualna efikasnost merena tesovima je u gotovo 80% slučajevima snižena. Pored navedenih problema, u značajnom stepenu se ispoljavaju i depresivnost, anksioznost, poremećaj ponašanja, psihosomatske teškoće. Na emocionalnom planu javljaju se poremećaji navika (najčešće enureza), pavor nocturnus, pojava agresivnosti i hiperaktivnost [70, 105, 106]. Takođe, zapaženo je da veliki broj dece (30%) u domskom okruženju zaostaje u razvoju u odnosu na kalendarski uzrast.

Bez obzira na saznanja, iz svetske i naše literature, o efektima ranog smeštaja i kontinuiranog boravka u instituciji, još uvek su nepoznate

dugoročne posledice na mentalno zdravlje, kao i da li navedeni problemi imaju veze sa adultnom psihopatologijom. U svetskoj literaturi postoji samo jedna studija koja je pratila decu bez roditeljskog staranja od ranog uzrasta do odraslog doba i koja je pokazala, da u odraslom dobu imaju značajno više somatskih problema izazvanih stresom i da su socijalno izolovaniji od svojih vršnjaka [107]. Međutim, postavlja se pitanje do kog stepena je značajan samo uticaj institucionalizacije na mentalno zdravlje, a koliko su važni genetski faktori, zdravlje majke tokom trudnoće, perinatalni faktori, temperament deteta i sredinski faktori [70].

#### ***1.3.3.5. Prevalencija, karakteristike i faktori rizika mentalnih problema***

Mnogobrojne studije ukazuju da deca i adolescenti koji su smešteni u ustanove socijalne zaštite podsećaju značajno više na kliničku populaciju sa mentalnim problemima, nego na opštu populaciju istog uzrasta [108]. Sličnost se ogleda u distribuciji socijalnih problema, poremećaja ponašanja i delikventnom ponašanju, poremećaja pažnje, poremećaja mišljenja i emocija [109-111].

Opšta prevalencija mentalnih poremećaja u populaciji dece koja su pod nadzorom sistema za socijalnu zaštitu, a smešteni su u institucije za decu ili hraniteljstvo, razlikuje se od studije do studije i od zemlje do zemlje. Razlike su uglavnom zbog različitih metoda procene mentalnih problema (upitnici, klinički intervjui), broja ispitanika i vrsti smeštaja dece. Međutim, primećeno je da je psihopatologija ove populacije vrlo kompleksna i teško ju je odrediti prema postojećim klasifikacionim sistemima [111].

Prevalencija psihopatologije veća je kod dece i adolescenata smeštenih u domovima za decu bez roditeljskog staranja, za razliku od dece smeštene u hraniteljstvu. Prevalencija psihopatologije kod dece i adolescenata smeštenih u domovima kreće se između 44 i 96% [109, 112-119], dok je

prevalencija kod dece i adolescenata smeštenih u hraniteljskim porodicama između 30 i 63% [109, 112-115, 117-120].

Prijavljena prevalencija specifičnih mentalnih poremećaja je takođe različita u postojećim studijama iz ove oblasti. Eksternalizujući problemi (hiperaktivnost, poremećaj pažnje, poremećaji ponašanja, delikvencija i dr.), su 3-4 puta češći kod dece i adolescenata iz sistema socijalne zaštite nego u opštoj populaciji, a internalizujući (anksioznost i depresija) su češći 1,5-2 puta [121, 122].

Prevalencija internalizujućih poremećaja, odnosno prevalencija anksioznih poremećaja je 4-26% i depresije 4-36%. Posttraumatski stresni poremećaj prijavljen je kod čak 50% dece i adolescenata [123, 124]. Od ostalih specifičnih poremećaja kod dece i adolescenata iz sistema socijalne zaštite, prisutni su zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci i ozbiljni pokušaji suicida, ali bez određenih stopa prevalencije [6, 125].

U svetskoj literaturi postoji mali broj istraživanja koja ukazuju na faktore rizika i protektivne faktore mentalnog zdravlja ove populacije. U nekoliko studija, primećeno je da starija deca i adolescenti češće imaju mentalne probleme, dok prema polu nema jasnih razlika [111, 126, 127]. Pored starijeg uzrasta, glavni prediktori mentalnih problema su uzrast na kome se ulazi u sistem socijalne zaštite, prethodni mentalni problemi, fizičko zdravlje, razvojne odlike, uslovi stanovanja u institucijama, dostupnost zdravstvene zaštite, često menjanje vida socijalne zaštite (često menjanje staratelja ili hranitelja) i slično [111, 128, 129]. Međutim, raniji smeštaj u hraniteljsku porodicu predstavlja protektivni faktor za mentalno zdravlje [128].

## **2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA**

Ciljevi istraživanja su bili, da se kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama, odrede:

1. karakteristike kvaliteta života,
2. karakteristike mentalnog zdravlja i prevalencija mentalnih problema,
3. povezanost kvaliteta života i mentalnog zdravlja, i
4. razlike u karakteristikama kvaliteta života i mentalnih problema u odnosu na decu koja žive u biološkim porodicama.

### **2.1. Hipoteze istraživanja**

U skladu sa ciljevima istraživanja postavljene su sledeće radne hipoteze:

1. Postoji statistički značajna razlika u karakteristikama kvaliteta života kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama i dece i adolescenata koji žive u biološkim porodicama.
2. Postoji statistički značajna razlika u karakteristikama i prevalenciji mentalnih problema kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama i dece i adolescenata koji žive u biološkim porodicama.
3. Postoji statistički značajna razlika u karakteristikama kvaliteta života i mentalnog zdravlja kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama.

### **3. METOD ISTRAŽIVANJA**

#### **3.1. Tip istraživanja**

Istraživanje je po tipu studija preseka sa kontrolnom grupom.

#### **3.2. Mesto i vreme istraživanja**

Istraživanje je obavljeno u periodu oktobar 2009. - mart 2010. godine u Centrima za zaštitu odojčadi, male dece i omladine Beograd, Niš i Kruševac i Centru za porodični smeštaj dece i omladine Beograd.

#### **3.3. Formiranje uzorka**

Ispitivani uzorak sačinjavaju deca i adolescenti koji se nalaze u sistemu socijalne zaštite Republike Srbije, odnosno deca i adolescenti koji žive u domu ili hraniteljskim porodicama.

Kriterijumi za uključivanje dece i adolescenata u istraživanje bili su: da su deca i adolescenti uzrasta 8-18 godina, da znaju da čitaju i pišu, i da su najmanje 3 meseca kontinuirano smešteni u domu ili hraniteljskim porodicama.

Kriterijum za isključivanje dece i adolescenata je postojanje dijagnostikovanog psihijatrijskog poremećaja. Izuzetak je dijagnostička kategorija Mešovitog poremećaja ponašanja i emocija (F92, prema MKB-10) koja nije bila isključujuća, osim ako nema jasnu podkategoriju (F92.0) ili postoji određeni farmakološki tretman za ovaj poremećaj [130]. Naime, ova dijagnoza nema adekvatnu pouzdanost u smislu stabilnosti, kao i kliničku validnost, naročito ako je postavljena kod adolescenata i potrebno ju je revidirati ukoliko problem perzistira, to jest, nema zadovoljavajućeg terapijskog odgovora, odnosno isključiti, ukoliko se problem reši [70].

U trenutku kada je započeto istraživanje, prema podacima Informacionog centra Ministarstva za rad i socijalnu politiku Republike Srbije, u sistemu socijalne zaštite, bilo je zbrinuto 5831 dece bez roditeljskog staranja (od uzrasta novorođenosti do 26 godina) [131]. Analizom ovih podataka, procenjeno je da oko 2700 dece i adolescenata ispunjava kriterijume za uključivanje u studiju; oko 700 dece i adolescenata iz domova i 2000 iz hraniteljskih porodica.

Kontaktirana su tri regionalna Centra za socijalni rad, odnosno Centri za zaštitu odojčadi, male dece i omladine Beograd, Niš i Kruševac i Centar za porodični smeštaj dece i omladine Beograd. Ovi centri obezbeđuju socijalnu zaštitu za oko 60% dece i adolescenata koji su bili potencijalni ispitanici. Izbor uzorka – dece koja su ispunjavala sve kriterijume za uključivanje u studiju, vršili su psiholozi iz ovih centara. Deca i adolescenti su detaljno informisani o ciljevima studije i oni koji su pristali su bili uključeni. Pisani pristanak za učešće u istraživanje dobijen je i od staratelja ispitivane dece. Ukupan broj kontaktirane dece i adolescenata iz svih centara je bio 350, dok je njih 300 pristalo da učestvuje.

Školski psiholozi iz četiri osnovne škole (Beograd, Kruševac, Niš) su bili zaduženi za kontakt sa decom i adolescentima iz opšte populacije, koji su sačinjavali kontrolnu grupu u istraživanju. Sva deca i adolescenti su detaljno informisani o ciljevima studije i oni koji su pristali su bili uključeni. Pisani pristanak za učešće u istraživanje dobijen i je od roditelja. Broj kontaktirane dece i adolescenata iz ovih škola je bio 350, dok je njih 280 pristalo da učestvuje.

Formirane su tri grupe ispitanika:

- Prva grupa (DOM) – deca i adolescenti koji žive u domu za decu bez roditeljskog staranja;
- Druga grupa (HRANITELJSTVO) – deca i adolescenti koji žive u hraniteljskim porodicama;

- Kontrolna grupa (KONTROLA) – deca i adolescenti iz opšte populacije, odnosno koji žive u biološkim porodicama.

### 3.4. Varijable istraživanja

#### *Zavisne varijable:*

- ➔ Skorovi upitnika PedsQL – Emocionalno funkcionisanje, Socijalno funkcionisanje, Školsko funkcionisanje, Fizičko funkcionisanje i Ukupni PedsQL;
- ➔ Skorovi upitnika SCARED – Generalizovana anksioznost, Separaciona anksioznost, Socijalna anksioznost, Izbegavanje škole, Panično somatski poremećaj i Ukupni SCARED;
- ➔ Ukupni SMFQ skor;
- ➔ Skorovi upitnika SDQ – Emocionalni simptomi, Problemi u ponašanju, Hiperaktivnost, Problemi sa vršnjacima, Prosocijalna skala i Ukupni SDQ.

#### *Nezavisne varijable:*

(sociodemografske karakteristike)

- ➔ pol - muški, ženski,
- ➔ uzrasna dob (8-18 godina),
- ➔ razred,
- ➔ uspeh u školi,
- ➔ dužina boravka u domu ili hraniteljskoj porodici.

Nezavisne varijable (pol, uzrasna dob i dužina boravka u sistemu socijalne zaštite) postulirane su kao mogući faktori rizika kvaliteta života i mentalnog zdravlja.

### 3.5. Instrumenti istraživanja

Glavni kriterijumi za odabir upitnika su bili: jednostavnost i kratkoća upitnika, prilagođenost upitnika za merenje određenog koncepta na uzrastu 8-18 godina, da je upitnik po tipu samoprocene, da ima visok stepen pouzdanosti i validnosti merenja ispitivanih koncepta i da je dostupan na srpskom jeziku.

Prikažaćemo instrumente onim redosledom kako smo ih ponudili ispitanicima.

#### A. *Pedijatrijski upitnik o kvalitetu života (Pediatric Quality of Life Inventory<sup>TM</sup> – PedsQL<sup>TM</sup>)*

Kvalitet života ispitanika procenjivan je Pedijatrijskim upitnikom o kvalitetu života – PedsQL<sup>TM</sup> (Prilog 1) [132]. Ovo je generički upitnik koji služi za procenu kvaliteta života (QOL) dece i adolescenata uzrasta od 8-18 godina. Postoje verzije za uzrast 8-12 i 13-18 godina. Svaka verzija ima 23 pitanja razvrstanih u 4 skale, a odgovori su graduisani od 1-5. Skale su: *Emocionalno funkcionisanje* (8 pitanja), *Socijalno funkcionisanje* (5 pitanja), *Školsko funkcionisanje* (5 pitanja) i *Fizičko funkcionisanje* (5 pitanja). Srednja vrednost zbira odgovora na pitanja iz prve tri skale daje skor *Psihosocijalno zdravlje*, dok je poslednja skala i skor *Fizičkog zdravlja*. Srednja vrednost zbira odgovora svih pitanja daje ukupan *PedsQL* skor. Svi skorovi su transformisani u 0-100 skalu, gde veći skor označava bolji QOL. Analiziraju se samo pitanja na kojima je dobijen odgovor.

PedsQL je u psihometrijskom pogledu jedan od najopštijih upitnika za procenu QOL, sa visokim stepenom pouzdanosti, validnosti i senzitivnosti merenja. Konceptualno, PedsQL meri opšte blagostanje i funkcionisanje u svakodnevnom životu nezavisno od zdravstvenog stanja. On je kulturološki adaptiran i validiran za srpski jezik.



### **B. Pretraga anksioznih poremećaja (Screen for Child Anxiety Related Disorder – SCARED)**

Za procenu stepena anksioznosti i otkrivanja tipa anksioznih poremećaja kod dece i adolescenata uzrasta 8-18 godina korišćen je upitnik, Pretraga anksioznih poremećaja – SCARED (Prilog 2) [133]. SCARED sadrži 41 pitanje, sa odgovorima graduisanim 0-1-2 („netačno“-„delimično tačno“-„tačno“). Pitanja su razvrstana u skale: Generalizovana anksioznost (8 pitanja), Separaciona anksioznost (8 pitanja), Socijalna anksioznost (7 pitanja), Izbegavanje škole (4 pitanja) i Panično somatski poremećaj (13 pitanja). Zbir određenih pitanja predstavlja ukupan skor skale, a zbir svih pitanja ukupni SCARED skor (mogući raspon 0-82). Veći skor ukazuje na prisustvo određenog anksioznog problema, u većem stepenu. Skala Separaciona anksioznost je korigovana za decu i adolescente iz doma i uključivala je samo četiri od osam pitanja, jer su se ostala pitanja odnosila na povezanost sa roditeljima i kućom. Analiziraju se samo pitanja na kojima je dobijen odgovor.

Ukupni SCARED skor i skorovi skala imaju granične vrednosti iznad kojih se smatra da određeni anksiozni problem predstavlja anksiozni poremećaj u značajnom stepenu. Granične vrednosti skorova su sledeće: Generalizovana anksioznost  $\geq 9$ , Separaciona anksioznost  $\geq 5$ , Socijalna anksioznost  $\geq 8$ , Izbegavanje škole  $\geq 3$ , Panično somatski poremećaj  $\geq 7$  i Ukupni SCARED  $\geq 25$  [133].

SCARED je psihometrijski pouzdan, validan i senzitivan upitnik. Ovo je sveobuhvatni upitnik za samoprocenu anksioznih problema, koji uključuje simptome svih anksioznih poremećaja [68, 130], a koji se mogu javiti u dečjem i adolescentnom periodu. Upitnik je kulturološki adaptiran za srpski jezik.

**C. Kratak upitnik o raspoloženju i osećanjima (Mood and Feelings Questionnaire Short – SMFQ)**

Za procenu stepena raspoloženja i otkrivanja depresivnih simptoma kod dece i adolescenata uzrasta 8-18 godina korišćen je, Kratak upitnik o raspoloženju i osećanjima–SMFQ (Prilog 3) [134]. SMFQ sadrži 13 pitanja, odgovori su graduisani 0-1-2 („netačno“-„ponekad“-„tačno“). Zbir odgovora svih pitanja daje ukupni SMFQ skor. Veća vrednost skora znači veću verovatnoću da ispitanik ima depresivne simptome (raspon skora 0-26). Vrednost SMFQ skora 8 i veća od 8 označava da su depresivni simptomi prisutni u kliničkom opsegu. Analiziraju se samo pitanja na kojima je dobijen odgovor.

SMFQ je psihometrijski pouzdan, validan i senzitivan upitnik. On uključuje osnovna pitanja koje se odnose na simptome depresije [68, 130], a zasnovani su na samoproceni. Upitnik je kulturološki adaptiran za srpski jezik.

**D. Upitnik o snagama i poteškoćama (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)**

Za procenu prisustva opštih mentalnih poteškoća i stepena opšte psihopatologije kod dece i adolescenata uzrasta 8-18 godina korišćen je, Upitnik o snagama i poteškoćama SDQ (Prilog 4) [135]. SDQ sadrži 25 pitanja koja su grupisana u 5 skala, sa odgovorima graduisanim 0-1-2 („netačno“-„donekle tačno“-„potpuno tačno“). Skale su: Emocionalni simptomi (5 pitanja), Problemi u ponašanju (5 pitanja), Hiperaktivnost (5 pitanja), Problemi sa vršnjacima (5 pitanja) i Prosocijalna skala (5 pitanja). Prva skala procenjuje opšte emotivne probleme, druga, treća i četvrta eksternalizujuće mentalne probleme i peta, prosocijalna skala, odnosi se na snage ispitanika u prevazilaženju svakodnevnih poteškoća. Zbir svih pitanja u jednoj skali daje

ukupan skor te skale, dok zbir pitanja prve četiri skale daje ukupan skor mentalnih poteškoća.

Skorovi na upitniku SDQ razvrstavaju se u tri kategorije: normalni, granični i abnormalni skor (Tabela 1). Granični skor na nekoj skali ukazuje da ispitanik verovatno ima određenih poteškoća u tom domenu, dok abnormalni skor ukazuje da ispitanik sigurno ima te poteškoće; odnosi se i na ukupni skor poteškoća. Granični i abnormalni skorovi na skali prosocijalno ponašanje ukazuju da ispitanik ima nedovoljno ili nema adekvatnih snaga u savladavanju poteškoća, odnosno prosocijalnog ponašanja [117].

Tabela 1. Skorovi upitnika SDQ prema graničnim vrednostima

Samo-procena	Normalni	Granični	Abnormalni
Ukupni rezultat za teškoće	0 – 15	16 – 19	20 – 40
Skor emocionalnih simptoma	0 – 5	6	7 – 10
Skor problema u ponašanju	0 – 3	4	5 – 10
Skor hiperaktivnosti	0 – 5	6	7 – 10
Skor problema sa vršnjacima	0 – 3	4 – 5	6 – 10
Skor prosocijalnog ponašanja	6 – 10	5	0 – 4

Obzirom da prva skala meri opšte mentalne probleme, odnosno stepen anksioznosti i depresivnih simptoma, ona nije od važnosti za ovu studiju, jer su korišćeni SCARED i SMFQ, kao specifični upitnici za navedene

poremećaje. Od važnosti za ovu studiju su druga, treća i četvrta skala jer procenjuju eksteralizujuće mentalne probleme [68, 130, 136, 137].

SDQ je psihometrijski validan i pouzdan upitnik. Ovo je jedan od najkorišćenijih skrining upitnika za otkrivanje mentalnih problema i kulturološki je adaptiran za srpski jezik.

SCARED, SMFQ i SDQ su pokazali dobru pouzdanost merenja u ovoj populaciji [138].

### ***E. Kratak upitnik o sociodemografskim karakteristikama***

Za potrebe ovog istraživanja konstruisan je kratak upitnik koji uključuje pitanja o osnovnim sociodemografskim odlikama ispitanika – pol (muški, ženski), uzrast (8-18 god.), razred, uspeh u školi, dužina boravka u domu ili hraniteljstvu i prisustvo zdravstvenih problema. Ovaj upitnik je po tipu intervjuja, a podaci su dopunjavani uvidom u zdravstvene kartone ispitanika.

### **3.6. Procedura testiranja**

Svim ispitanicima je bio ponuđen set instrumenata istraživanja. Upitnici su, uz prethodno kratko objašnjenje o načinu odgovaranja, bili dati na popunjavanje anonimno i bez vremenskog ograničenja odgovaranja, sa napomenom da se radi o naučnom istraživanju, a ne o dijagnostičkom postupku. Testiranje je obavljeno pod supervizijom (psiholog, medicinska sestra ili autor istraživanja). Svakom ispitaniku bila je omogućena pomoć u popunjavanju upitnika, ukoliko je bila potrebna. Ispitanici su testirani u svom prirodnom okruženju; domovima, porodičnom smeštaju ili školama.

### **3.7. Plan analize i statistička obrada podataka**

Podaci su obrađeni korišćenjem sledećih statističkih metoda:

1. Testirane su razlike između ispitivanih grupa u odnosu na godine starosti (ANOVA), pol (Pearsonov  $\chi^2$  test) i uzrast, deca vs. adolescenti, (Pearsonov  $\chi^2$  test). Ukoliko se neka od ovih varijabli statistički značajno razlikovala među grupama, ona je postavljena kao kovarijeta u ostalim korišćenim analizama.
2. Skorovi upitnika deskriptivno su obrađeni za sve tri grupe (dom, hraniteljstvo i kontrola) i primenjene su metode inferencionalne statistike.

Deskriptivne metode:

- ♦ Izračunate su srednja vrednost i standardna devijacija (M, SD) sa 95% intervalom poverenja (95% IP) za svaki skor na upitnicima.
- ♦ Prikazani su procenti za sve upitnike u odnosu na skorove koji su se nalazili u kliničkom opsegu, odnosno granične vrednosti koje govore u prilog postojanja određenog mentalnog problema (prevalencija).
- ♦ Prikazane su srednja vrednost i standardna devijacija (M, SD) skorova upitnika prema polu i uzrastu; deca (8-12 godina) i adolescenti (13-18 godina).

Metode inferencijalne statistike uključivale su:

- T-testom testirane su razlike u skorovima upitnika između polova i uzrasta po grupama, dok je ANOVA (sa post hoc Bonferronijevim testom) upotrebljena za testiranje razlika u skorovima upitnika između polova i uzrasta među grupama. Takođe, analiza kovarijance (ANCOVA, Bonferroni-korigovana), u kojoj je starost ispitanika uzeta kao kovarijeta, korišćena je za poređenje razlika u skorovima upitnika među grupama (intervalna obeležja).
- Pearsonov hi-kvadrat test upotrebljen je da se testiraju razlike u graničnim skorovima upitnika za procenu mentalnog zdravlja između grupa (dihotomna obeležja).

- Spermanov rho koeficijent korišćen je za testiranje povezanosti između skorova upitnika (neparametarska obeležja).
- Koenov d koeficijent izražava veličinu efekta (effect size) i korišćen je za analizu povezanosti mentalnih problema i kvaliteta života. Veličina efekta 0,2-0,5 označena je kao mala, 0,51-0,8 kao srednja i preko 0,81 kao visoka [139].
- Multivarijabilna regresiona analiza (stepwise metod) upotrebljena je da bi se otkrila moguća povezanost kvaliteta života i mentalnog zdravlja, kao i faktori rizika kvaliteta života i mentalnog zdravlja.

Analizirani su svi skorovi na upitnicima pojedinačno, a ne kao set upitnika, što je podrazumevalo da se uključe samo adekvatno popunjeni upitnici. Vrednosti  $P \leq 0,05$  su uzete kao značajne.

### **3.8. Etičnost istraživanja i odobrenja**

Istraživanje ni jednim svojim postupkom ne ugrožava prava ispitanika, a podaci dobijeni od samih ispitanika zaštićeni su i dostupni samo istraživaču. Ispitanici su bili informisani o samom istraživanju i svrsi istraživanja, kao i tajnosti podataka. Zakonski staratelji ispitanika potpisali su informisani pristanak.

Istraživanje je odobrio Etički odbor Klinike za dečju neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu, Beograd i Etički odbor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Takođe, nadležni iz centara koji su uključeni u istraživanje dali su saglasnost i odobrili istraživanje.

#### 4. REZULTATI

Ukupan broj dece i adolescenata iz sistema socijalne zaštite koji su završili studiju je 216 (Tabela 2). Osamdeset četvoro dece i adolescenata nije uključeno. Većina je vratila nepravilno popunjene upitnike (67), dok je manji broj odustao naknadno, bez posebnog razloga (10) ili su odbili da završe testiranje (7), jer su smatrali da se od njih traži da daju intimne podatke o sebi. Iz opšte populacije prikupljeno je 238 validno popunjenih setova upitnika.

Tabela 2. Osnovne demografske karakteristike ispitanika iz domova i hraniteljstva (N = 216)

<b>Pol</b>	102 (47,2%) muški, 114 (52,8%) ženski
<b>Uzrast</b>	M = 13,81; SD = 2,79; raspon 8-18 godina
<b>Razred</b>	Medijana = 8; raspon II raz. osnovne – IV raz. srednje škole
<b>Uspeh u skoli</b>	M = 3,4; SD = 1,16; raspon 1-5
<b>Dužina boravka u domu ili hraniteljstvu</b>	M = 5,58; SD = 4,22; raspon 3 meseca – 18 godina
<b>Mešoviti poremećaj ponašanja i emocija (F92)</b>	28 (6,2%)

U Tabelama 3, 4, i 5 prikazane su ispitivane grupe u odnosu na godine starosti, uzrast (deca uzrasta 8-12 godina i adolescenti uzrasta 13-18 godina) i pol. Postoji statistički značajna razlika u godinama starosti ispitanika ( $F = 17,83$ ;  $P < 0,001$ ), kao i u uzrastu ( $hi^2 = 23,78$ ;  $P < 0,001$ ) između ispitivanih grupa.

Tabela 3. Srednje vrednosti i standardne devijacije godina starosti ispitivanih grupa

Grupa	M	SD	F* (P)
<b>Dom, N = 111</b>	14,43	2,57	17,83 (<0,001)
<b>Hraniteljstvo, N = 105</b>	13,15	2,87	
<b>Kontrola, N = 238</b>	12,76	2,17	
*ANOVA, Post hoc analiza: Dom vs. Hraniteljstvo P < 0,001; Dom vs. Kontrola P < 0,000; Hraniteljstvo vs. Kontrola P = 0,51			

Tabela 4. Raspodela ispitivanih grupa prema uzrastu, deca (8-12) i adolescenti (13-18)

Grupa	Deca, 8-12 godina (%)	Adolescenti, 13-18 godina (%)	hi <sup>2</sup> (P)*
<b>Dom, N = 111</b>	25 (22,5)	86 (77,5)	23,78 (<0,001)
<b>Hraniteljstvo, N = 105</b>	49 (46,7)	56 (53,3)	
<b>Kontrola, N = 238</b>	118 (49,6)	120 (50,4)	
*Pearsonov hi-kvadrat test (df = 2)			

Tabela 5. Raspodela ispitivanih grupa prema polu

Grupa	Muški pol (%)	Ženski pol (%)	hi <sup>2</sup> (P)*
<b>Dom, N = 111</b>	61 (55)	50 (45)	5,73 (0,057)
<b>Hraniteljstvo, N = 105</b>	41 (39)	64 (61)	
<b>Kontrola, N = 238</b>	107 (45)	131 (55)	
*Pearsonov hi-kvadrat test (df = 2)			



#### **4.1. Kvalitet života**

Obradom rezultata upitnika PedsQL dobijene su vrednosti odgovarajućih skorova za pet domena kvaliteta života: Emocionalno funkcionisanje, Socijalno funkcionisanje, Školsko funkcionisanje, Fizičko zdravlje i Psihosocijalno zdravlje.

##### **4.1.1. Opšte karakteristike**

Srednje vrednosti PedsQL upitnika sa standardnim devijacijama i 95% intervalom poverenja po grupama, prikazani su u Tabeli 6.

Deca i adolescenti iz grupe Dom su imali najniži skor na skali Emocionalno funkcionisanje (56,26), a najviši skor na skali Fizičko zdravlje (71,37). U grupi Hraniteljstvo i Kontrolnoj grupi, najniži skor je bio na skali Fizičko zdravlje (72,45 i 70,65), dok je najviši skor bio na skali Socijalno funkcionisanje (88,4 i 88,34).

Deca i adolescenti iz grupe Hraniteljstvo i Kontrolne grupe su imali slične Ukupne skorove, kao i skorove na skalama Fizičko i Psihosocijalno zdravlje, dok je grupa Dom imala niži skor na skali Psihosocijalno zdravlje u odnosu na skor skale Fizičko zdravlje. Generalno, grupa Dom je imala najniže skorove na svim skalama kao i Ukupni QOL skor, u odnosu na ostale dve grupe (Tabela 6).

ANCOVA korigovana za godine starosti, s obzirom da između grupa ima statistički značajnih razlika u godištu (Tabela 3) je pokazala, da je to značajna statistička razlika ( $P < 0,001$ ). Međutim, između grupa Hraniteljstvo i Kontrola nije primećena značajna statistička razlika u vrednostima skala PedsQL upitnika ( $P \geq 0,98$ ).

Tabela 6. Srednje vrednosti (M), standardne devijacije (SD) i 95% interval poverenja (IP) ispitivanih grupa za PedsQL upitnik

PedsQL	Grupa	M	SD	95% IP		F* (P vrednost)
				Donja granica	Gornja granica	
Emocionalno funkcionisanje	Dom, N = 111	56,26	21,46	52,74	59,77	20,76** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	72,45	19,14	68,82	76,08	
	Kontrola, N = 238	70,65	17,34	68,25	73,05	
Socijalno funkcionisanje	Dom, N = 111	70,2	26,03	66,82	73,58	49,89** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	88,4	14,81	84,91	91,9	
	Kontrola, N = 238	88,34	14,61	86,03	90,64	
Školsko funkcionisanje	Dom, N = 111	64,28	21,94	61,04	67,51	27,66** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	79,55	15,75	76,21	82,89	
	Kontrola, N = 238	78,49	15,49	76,28	80,7	
Fizičko zdravlje	Dom, N = 111	71,37	21,07	68,47	74,26	17,03** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	80,53	14,33	77,54	83,53	
	Kontrola, N = 238	82,32	12,75	80,34	84,3	
Psihosocijalno zdravlje	Dom, N = 111	63,58	18,81	60,9	66,26	49,05** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	80,13	12,76	77,37	82,9	
	Kontrola, N = 238	79,16	12,5	77,33	80,99	
Ukupni skor	Dom, N = 111	67,47	17,75	65,02	69,92	38,8** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	80,33	11,27	77,80	82,87	
	Kontrola, N = 238	80,74	11,23	79,06	82,41	

\*ANCOVA korigovana za godine starosti  
 \*\*Dom vs. Hraniteljstvo, P < 0,001; Dom vs. Kontrola, P < 0,001; Hraniteljstvo vs. Kontrola, P ≥ 0,98

Tabela 7. Srednje vrednosti (M) i standardne devijacije ispitivanih grupa prema polu za PedsQL upitnik

PedsQL	Grupa	Pol	M	SD	t-test (P)	F <sub>M</sub> * (P)	F <sub>ž</sub> ** (P)
Emocionalno funkcionisanje	Dom	M, N = 61	58,31	18,44	1,12 (0,27)	19,64*** (<0,001)	11,72**** (<0,001)
		Ž, N = 50	53,75	24,62			
	Hraniteljstvo	M, N = 40	78,81	17,11	2,7 (0,008)		
		Ž, N = 64	68,47	19,38			
	Kontrola	M, N = 107	72,89	17,29	1,81 (0,07)		
		Ž, N = 131	68,81	17,22			
Socijalno funkcionisanje	Dom	M, N = 61	70,98	24,32	0,35 (0,73)	16,64*** (<0,001)	24,96**** (<0,001)
		Ž, N = 50	69,25	28,19			
	Hraniteljstvo	M, N = 40	87,37	18,32	-0,56 (0,58)		
		Ž, N = 64	89,05	12,23			
	Kontrola	M, N = 107	87,33	14,6	-0,96 (0,34)		
		Ž, N = 131	89,16	14,62			
Školsko funkcionisanje	Dom	M, N = 61	64,91	20,23	0,34 (0,74)	18,83*** (<0,001)	14,14**** (<0,001)
		Ž, N = 50	63,5	24,05			
	Hraniteljstvo	M, N = 40	84	14,36	2,38 (0,02)		
		Ž, N = 64	76,77	16,05			
	Kontrola	M, N = 107	77,73	15,15	-0,68 (0,49)		
		Ž, N = 131	79,1	15,8			
Fizičko zdravlje	Dom	M, N = 61	71,77	21,78	0,22 (0,82)	14,42*** (<0,001)	6,91**** (0,001)
		Ž, N = 50	70,87	20,37			
	Hraniteljstvo	M, N = 40	82,27	12,89	1,11 (0,27)		
		Ž, N = 64	79,45	15,16			
	Kontrola	M, N = 107	84,97	11,72	2,95 (0,004)		
		Ž, N = 131	80,15	13,18			
Psihosocijalno zdravlje	Dom	M, N = 61	64,74	17,3	0,72 (0,47)	27,47*** (<0,001)	26,25**** (<0,001)
		Ž, N = 50	62,16	20,6			
	Hraniteljstvo	M, N = 40	83,39	13,16	2,06 (0,04)		
		Ž, N = 64	78,1	12,17			
	Kontrola	M, N = 107	79,32	12,56	0,97 (0,86)		
		Ž, N = 131	79,03	12,5			
Ukupni skor	Dom	M, N = 61	68,26	17,31	0,51 (0,61)	25,41*** (<0,001)	18,91**** (<0,001)
		Ž, N = 50	66,52	18,4			
	Hraniteljstvo	M, N = 40	82,83	11,09	1,87 (0,06)		
		Ž, N = 64	78,77	11,19			
	Kontrola	M, N = 107	82,15	10,69	0,25 (0,08)		
		Ž, N = 131	79,59	11,57			

\* ANOVA za M pol, \*\* ANOVA za Ž pol

\*\*\* Dom vs. Hraniteljstvo,  $P \leq 0,002$ ; Dom vs. Kontrola,  $P < 0,001$ ; Hraniteljstvo vs. Kontrola,  $P \geq 0,11$

\*\*\*\* Dom vs. Hraniteljstvo,  $P < 0,001$ ; Dom vs. Kontrola,  $P < 0,001$ ; Hraniteljstvo vs. Kontrola,  $P = 1,0$

U grupi Hraniteljstvo, ispitanici ženskog pola su imali uglavnom niže skorove od ispitanika muškog pola, ali su se ti skorovi i statistički značajno razlikovali na skalama Emocionalno i Školsko funkcionisanje, Psihosocijalno zdravlje i Ukupni QOL skor ( $P = 0,02 - 0,008$ ). Međutim, ispitanici muškog pola iz opšte populacije su imali statistički značajno veće skorove na skalama Emocionalno funkcionisanje i Fizičko zdravlje. Generalno, ispitanici muškog i ženskog pola iz grupe Dom su imali najniže skorove na svim skalama kao i Ukupni QOL skor u odnosu na ostale dve grupe. ANCOVA korigovana za godine starosti je pokazala, da je to značajna statistička razlika ( $P < 0,002$ ). Međutim, između grupa Hraniteljstvo i Kontrolne grupe nije primećena značajna statistička razlika u vrednostima skala PedsQL upitnika prema polu ( $P \geq 0,11$ ).

Deca iz grupe Dom, uzrasta 8-12 godina, su imala niže PedsQL skorove u odnosu na adolescente, uzrasta 13-18 godina, s tim da su statistički značajno bili niži skorovi u skalama Socijalno funkcionisanje, Fizičko zdravlje i Ukupni skor (Tabela 8).

U grupi Hraniteljstvo, nije bilo statistički značajnih razlika u skorovima po skalama. Za razliku od grupe Hraniteljstvo, adolescenti iz Kontrolne grupe su imali statistički niže skorove od dece na svim, sem na skali Socijalno funkcionisanje. Deca iz grupe Dom su imala najniže skorove, dok su skorovi dece iz grupe Hraniteljstvo bili niži od skorova dece iz Kontrolne grupe. Statistička razlika u skorovima je bila značajna između dece iz grupe Dom i grupe Hraniteljstvo, odnosno Kontrolne grupe ( $P < 0,001$ ), dok između grupe Hraniteljstvo i Kontrolne grupe nije bilo statistički značajnih razlika ( $P \geq 0,1$ ). Takođe, statistički značajno niže PedsQL skorove imali su adolescenti iz grupe Dom u odnosu na adolescente iz grupe Hraniteljstvo, odnosno Kontrolne grupe ( $P < 0,009$ ). Adolescenti iz grupe Hraniteljstvo, iako sa nižim skorovima, se nisu statistički značajno razlikovali od adolescenata iz Kontrolne grupe ( $P \geq 0,25$ ).

Tabela 8. Srednje vrednosti (M) i standardne devijacije ispitivanih grupa prema uzrastu za PedsQL upitnik

PedsQL	Grupa	Uzrast	M	SD	t-test (P)	F <sup>Deca*</sup> (P)	F <sup>Adolescenti**</sup> (P)
Emocionalno funkcionisanje	Dom	Deca, N = 25	53,20	13,6	-0,81 (0,42)	20,25*** (<0,001)	14,53**** (<0,001)
		Adolescenti, N = 86	57,15	23,24			
	Hraniteljstvo	Deca, N = 49	73,64	16,84	0,63 (0,53)		
		Adolescenti, N = 55	71,38	21,07			
	Kontrola	Deca, N = 118	75,74	16,39	4,68 (<0,001)		
		Adolescenti, N = 120	65,64	16,84			
Socijalno funkcionisanje	Dom	Deca, N = 25	55,8	23	-3,28 (0,01)	46,59*** (<0,001)	21,41**** (<0,001)
		Adolescenti, N = 86	74,38	25,47			
	Hraniteljstvo	Deca, N = 49	86,22	15,92	-1,43 (0,15)		
		Adolescenti, N = 55	90,35	13,59			
	Kontrola	Deca, N = 118	89,44	14,03	1,16 (0,25)		
		Adolescenti, N = 120	87,25	15,14			
Školsko funkcionisanje	Dom	Deca, N = 25	55	19,47	-2,47 (0,16)	26,78*** (<0,001)	14,74**** (<0,001)
		Adolescenti, N = 86	66,97	22			
	Hraniteljstvo	Deca, N = 49	79,15	17,12	-0,3 (0,76)		
		Adolescenti, N = 55	79,91	14,57			
	Kontrola	Deca, N = 118	81,10	15,27	2,61 (0,01)		
		Adolescenti, N = 120	75,92	15,33			
Fizičko zdravlje	Dom	Deca, N = 25	64,26	16,13	-1,94 (0,05)	24,65*** (<0,001)	7,69**** (<0,001)
		Adolescenti, N = 86	73,43	21,95			
	Hraniteljstvo	Deca, N = 49	82,59	10,79	1,28 (0,2)		
		Adolescenti, N = 55	78,7	16,76			
	Kontrola	Deca, N = 118	84,11	13,02	2,16 (0,03)		
		Adolescenti, N = 120	80,56	12,28			
Psihosocijalno zdravlje	Dom	Deca, N = 25	54,66	13,92	-2,77 (0,07)	51,77*** (<0,001)	25,89**** (<0,001)
		Adolescenti, N = 86	66,17	19,32			
	Hraniteljstvo	Deca, N = 49	79,67	11,8	-0,33 (0,74)		
		Adolescenti, N = 55	80,55	13,66			
	Kontrola	Deca, N = 118	82,09	12,18	3,69 (0,000)		
		Adolescenti, N = 120	76,27	12,18			
Ukupni skor	Dom	Deca, N = 25	59,46	11,03	-2,63 (0,01)	49,86*** (<0,001)	18,57**** (<0,001)
		Adolescenti, N = 86	69,8	18,68			
	Hraniteljstvo	Deca, N = 49	81,13	9,96	0,62 (0,53)		
		Adolescenti, N = 55	79,62	12,37			
	Kontrola	Deca, N = 118	83,1	11,12	3,28 (<0,001)		
		Adolescenti, N = 120	78,41	10,98			

\*ANOVA za decu, \*\*ANOVA za adolescente

\*\*\*Dom vs. Hraniteljstvo, P < 0,001; Dom vs. Kontrola, P < 0,001; Hraniteljstvo vs. Kontrola, P ≥ 0,1

\*\*\*\*Dom vs. Hraniteljstvo, P ≤ 0,009; Dom vs. Kontrola, P < 0,009; Hraniteljstvo vs. Kontrola, P ≥ 0,25

Ovim rezultatima delimično je potvrđena Radna hipoteza br. 1, koja glasi: postoji statistički značajna razlika u karakteristikama kvaliteta života kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama i dece i adolescenata koji žive u biološkim porodicama, i prihvata se alternativna hipoteza, koja glasi: postoji značajna statistička razlika u karakteristikama kvaliteta života između dece i adolescenata iz doma i onih iz hraniteljstva i bioloških porodica, dok se poslednje dve grupe ne razlikuju statistički značajno. Shodno ovome odbacuje se i deo Radne hipoteze br. 3, koji se odnosi na kvalitet života, a koja glasi: postoji statistički značajna razlika u karakteristikama kvaliteta života i mentalnog zdravlja kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama.

#### **4.1.2. Faktori rizika**

Godine starosti, pol i dužina boravka u sistemu socijalne zaštite (period pod zaštitom), su postavljeni u zajednički regresioni model kao mogući faktori rizika za kvalitet života (Tabela 9). U ovom modelu, stepen varijacija u PedsQL skorovima koji može biti objašnjen ovim faktorima je relativno nizak, 4-9%. Godine starosti doprinose značajnoj varijaciji sva tri skora, Psihosocijalni, Fizički i Ukupni skor, s tim da u grupi Hraniteljstvo postoji inverzna povezanost, koja ukazuje da adolescenti imaju manje vrednosti skorova. Primećeno je, da pol značajno doprinosi varijaciji Ukupnog skora kod ispitanika iz grupe Hraniteljstvo. Međutim, dužina boravka u sistemu socijalne zaštite nema uticaja na PedsQL skorove.

Tabela 9. Godine starosti, pol i dužina boravka u sistemu socijalne zaštite u zajedničkom modelu, kao faktori rizika za kvalitet života (prikazane su statistički značajne vrednosti)

PedsQL	Dom		Hraniteljstvo	
	Standardizovani Beta koeficijent (P)	Varijacija (%)	Standardizovani Beta koeficijent (P)	Varijacija (%)
<i>Ukupni skor</i>				
Godine starosti	0,32 (0,05)	9	/	5
Pol	/		- 0,19 (0,05)	
Period pod zaštitom	/		/	
<i>Fizičko zdravlje</i>				
Godine starosti	0,35 (0,01)	8	- 0,18 (0,05)	6
Pol	/		/	
Period pod zaštitom	/		/	
<i>Psihosocijalno zdravlje</i>				
Godine starosti	0,28 (0,015)	6,7	-0,19 (0,044)	4
Pol	/		/	
Period pod zaštitom	/		/	

#### 4.2. Mentalno zdravlje

Srednje vrednosti upitnika SCARED, SMFQ i SDQ sa standardnim devijacijama i 95% intervalom poverenja po grupama prikazani su u Tabelama 10, 11 i 12.

Deca i adolescenti iz grupe Dom su imali veće skorove na svim skalama i Ukupni SCARED skor u odnosu na decu i adolescente iz grupe Hraniteljstvo i Kontrolne grupe, sem na skali Separaciona anksioznost. Međutim, ova skala je bila korigovana za decu i adolescente iz grupe Dom, što objašnjava njen nizak skor. U svim skalama postoji značajna statistička razlika u skorovima između ispitanika iz grupe Dom i grupe Hraniteljstvo, odnosno Kontrolne grupe, osim na skali Socijalna anksioznost ( $P = 0,29$ ), na kojoj su deca i adolescenti iz grupe Dom imali nešto veći skor od dece i adolescenata iz grupe Hraniteljstvo (Tabela 10).

Na upitniku SMFQ, deca i adolescenti iz grupe Dom su imali statistički značajno veće skorove od dece i adolescenata iz grupe Hraniteljstvo ( $P < 0,001$ ) i Kontrolne grupe ( $P < 0,001$ ). Međutim, između grupa Hraniteljstvo i Kontrola nije bilo statistički značajnih razlika, iako su deca i adolescenti iz grupe Hraniteljstvo imali veće skorove (Tabela 11).

Tabela 10. Srednje vrednosti (M), standardne devijacije (SD) i 95% interval poverenja (95% IP) upitnika SCARED prema ispitivanim grupama

SCARED skale	Grupa	M	SD	95% IP	F*(P vrednost)
Generalizovana anksioznost	Hraniteljstvo, N = 105	5,52	3,69	6,82 - 8,19	13,52** ( $<0,001$ )
	Kontrola, N = 237	5,04	3,75	4,81 - 6,24	
	Dom, N = 111	0,61	0,75	4,56 - 5,52	
Separaciona anksioznost	Hraniteljstvo, N = 105	3,26	3,43	0,47 - 0,75	31,43** ( $<0,001$ )
	Kontrola, N = 237	3,05	2,67	2,59 - 3,93	
	Dom, N = 111	5,59	3,37	2,71 - 3,39	
Socijalna anksioznost	Hraniteljstvo, N = 105	4,90	3,27	4,96 - 6,23	11,87*** ( $<0,001$ )
	Kontrola, N = 237	4,21	2,89	4,26 - 5,53	
	Dom, N = 111	2,06	1,67	3,84 - 4,58	
Izbegavanje Škole	Hraniteljstvo, N = 105	1,08	1,39	1,75 - 2,38	17,75** ( $<0,001$ )
	Kontrola, N = 237	1,07	1,31	0,81 - 1,35	
	Dom, N = 111	7,45	5,79	0,9 - 1,24	
Panično somatski poremećaj	Hraniteljstvo, N = 105	4,57	3,81	6,36 - 8,54	22,01** ( $<0,001$ )
	Kontrola, N = 237	4,24	3,73	3,83 - 5,31	
	Dom, N = 111	23,22	12,17	3,76 - 4,72	
Ukupni skor	Hraniteljstvo, N = 105	19,27	11,46	20,93 - 25,51	10,37** ( $<0,001$ )
	Kontrola, N = 237	17,61	11,12	17,05 - 21,49	
	Dom, N = 111	5,52	3,69	16,18 - 19,03	
*ANCOVA korigovana za godine starosti **Dom vs. Hraniteljstvo, $P < 0,035$ ; Dom vs. Kontrola, $P < 0,001$ ; Hraniteljstvo vs. Kontrola, $P \geq 0,79$ ***Dom vs. Hraniteljstvo, $P = 0,29$ ; Dom vs. Kontrola, $P < 0,001$ ; Hraniteljstvo vs. Kontrola, $P = 0,79$					



Tabela 11. Srednje vrednosti (M), standardne devijacije (SD) i 95% interval poverenja (95% IP) upitnika SMFQ prema ispitivanim grupama

SMFQ	Grupa	M	SD	95% IP	F* (P)
Ukupni skor	Dom, N = 111	9,33	5,61	8,28 – 10,39	27,03** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 105	5,83	5,46	4,77 – 6,90	
	Kontrola, N = 238	4,84	4,53	4,27 – 5,42	
*ANCOVA korigovana za godine starosti					
** Dom vs. Hraniteljstvo, P < 0,001; Dom vs. Kontrola, P < 0,001;					
Hraniteljstvo vs Kontrola, P = 0,28					

Skorovi skala Problemi u ponašanju, Hiperaktivnost, Problemi sa vršnjacima, kao i Ukupni SDQ skor su bili statistički značajno veći kod ispitanika iz grupe Dom u odnosu na ostale dve grupe (Tabela 12). Međutim, skor Prosocijalne skale je bio statistički značajno niži kod dece i adolescenata iz grupe Dom (P < 0,004).

Tabela 12. Srednje vrednosti (M), standardne devijacije (SD) i 95% interval poverenja (95% IP) upitnika SDQ prema ispitivanim grupama

SDQ skale	Grupa	M	SD	95% IP	F*(P vrednost)
<b>Emocionalni simptomi</b>	Dom, N = 111	3,83	2,52	3,35 - 4,3	24,5** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	1,99	1,95	1,61 - 2,37	
	Kontrola, N = 238	2,08	2,08	1,81 - 2,34	
<b>Problemi u ponašanju</b>	Dom, N = 111	3,23	2,16	2,82 - 3,63	19,36** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	2,04	1,29	1,79 - 2,29	
	Kontrola, N = 238	2,12	1,34	1,95 - 2,29	
<b>Hiperaktivnost</b>	Dom, N = 111	3,79	2,23	3,37 - 4,21	14,02** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	2,4	1,93	2,03 - 2,78	
	Kontrola, N = 238	2,6	2,09	2,33 - 2,86	
<b>Problemi sa vršnjacima</b>	Dom, N = 111	3,38	2,14	2,97 - 3,78	20,34** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	1,91	1,64	1,59 - 2,23	
	Kontrola, N = 238	2,22	1,84	1,99 - 2,46	
<b>Prosocijalna skala</b>	Dom, N = 111	7,23	2,26	6,81 - 7,66	9,7** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	8,41	1,75	8,07 - 8,75	
	Kontrola, N = 238	7,97	1,95	7,73 - 8,22	
<b>Ukupni skor</b>	Dom, N = 111	14,23	7,04	12,9 - 15,55	35,88** (<0,001)
	Hraniteljstvo, N = 104	8,35	4,49	7,47 - 9,22	
	Kontrola, N = 238	9,02	5,380	8,33 - 9,7	
*ANOVA korigovana za godine starosti					
**Bonferroni: Dom vs. Hraniteljstvo, P < 0,001; Dom vs. Kontrola, P < 0,004; Hraniteljstvo vs. Kontrola, P ≥ 0,18					

#### 4.2.1. Prevalencija mentalnih problema

Ukupna prevalencija mentalnih problema u odnosu na kliničke opsege upitnika (najmanji skor na jednom upitniku/skali je u kliničkom opsegu) je 67,6% (75) u domu, 43,8% (46) u hraniteljstvu i 37% (88) kod dece i adolescenata u biološkim porodicama.

Prema skorovima upitnika SCARED i SMFQ koji su bili u kliničkom opsegu, 41,4% od ukupnog broja dece i adolescenata iz grupe Dom je imalo značajne anksiozne probleme, odnosno 59,5% su imali značajne depresivne simptome. Kod ispitanika iz grupe Hraniteljstvo taj procenat je iznosio 29,5% i 33% (Tabela 13). Pearsonov hi-kvadrat test je ukazao na značajne statističke razlike među ovim grupama ( $P < 0,006$ ).

Tabela 13. Raspodela skorova ispitanika na upitnicima SCARED i SMFQ u odnosu na granične vrednosti

Skale	Granična vrednost	Dom (%)	Hraniteljstvo (%)	Kontrola (%)	Pearsonov hi <sup>2</sup> (P)
Panično somatski poremećaj	≥ 7	54 (48,6)	24 (22,9)	57 (24,1)	25,01 (<0,001)
Generalizovana anksioznost	≥ 9	40 (36,0)	25 (23,8)	48 (20,3)	10,15 (0,006)
Separaciona anksioznost	≥ 5	/	29 (28,2)	53 (22,4)	1,45 (0,14)
Socijalna anksioznost	≥ 8	37 (33,3)	26 (24,8)	32 (13,5)	19,12 (<0,001)
Izbegavanje škole	≥ 3	39 (35,1)	13 (12,4)	32 (13,5)	26,85 (<0,001)
Ukupni SCARED skor	≥ 25	46 (41,4)	31 (29,5)	56 (23,6)	11,57 (0,003)
Ukupni SMFQ skor	≥ 8	66 (59,5)	34 (33)	61 (25,6)	38,17 (<0,001)

U Tabelama 14 - 20 prikazane su raspodele odgovora ispitanika prema uzrastu i polu.

Tabela 14. Ukupni SCARED skor u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SCARED ukupni skor					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 25	14 (77,8)	4 (23,5)	9 (17)
		< 25	4 (22,2)	13 (76,5)	44 (83)
		Ukupno	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 25	3 (42,9)	10 (31,3)	16 (24,6)
		< 25	4 (57,1)	22 (68,8)	49 (75,4)
		Ukupno	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 25	12 (27,9)	3 (12,5)	15 (27,8)
		< 25	31 (72,1)	21 (87,5)	39 (72,2)
		Ukupno	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 25	17 (39,5)	14 (43,8)	16 (24,6)
		< 25	26 (60,5)	18 (56,3)	49 (75,4)
		Ukupno	43 (100)	32 (100)	65 (100)

Tabela 15. Ukupni SCARED skor za Panično somatski poremećaj u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SCARED Panično somatski poremećaj					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 7	16 (88,9)	4 (23,5)	9 (17)
		< 7	2 (11,1)	13 (76,5)	44 (83)
		Ukupno	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 7	4 (57,1)	7 (21,9)	14 (21,5)
		< 7	3 (42,9)	25 (78,1)	51 (78,5)
		Ukupno	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 7	13 (30,2)	4 (16,7)	17 (31,5)
		< 7	30 (69,8)	20 (83,3)	37 (68,5)
		Ukupno	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 7	21 (48,8)	9 (28,1)	17 (26,2)
		< 7	22 (51,2)	23 (71,9)	48 (73,8)
		Ukupno	43 (100)	32 (100)	65 (100)

Tabela 16. Ukupni SCARED skor za Generalizovanu anksioznost u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SCARED Generalizovana anksioznost					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 9	11 (61,1)	3 (17,6)	6 (1,3)
		< 9	7 (38,9)	14 (82,4)	47 (88,7)
		Ukupno	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 9	1 (14,3)	8 (25)	9 (13,8)
		< 9	6 (85,7)	24 (75)	56 (86,2)
		Ukupno	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 9	15 (34,9)	3 (12,5)	12 (22,2)
		< 9	28 (65,1)	21 (87,5)	42 (77,8)
		Ukupno	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 9	13 (30,2)	11 (34,4)	21 (32,3)
		< 9	30 (69,8)	21 (65,6)	44 (67,7)
		Ukupno	43 (100)	32 (100)	65 (100)

Tabela 17. Ukupni SCARED skor za Separacionu anksioznost u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SCARED Separaciona anksioznost					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 5	/	6 (35,3)	9 (17)
		< 5	/	11 (64,7)	44 (83)
		Ukupno	/	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 5	/	11 (35,5)	26 (40)
		< 5	/	20 (64,5)	39 (60)
		Ukupno	/	31 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 5	/	6 (25)	9 (16,7)
		< 5	/	18 (75)	45 (83,3)
		Ukupno	/	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 5	/	6 (19,4)	9 (13,8)
		< 5	/	25 (80,6)	56 (86,2)
		Ukupno	/	31 (100)	65 (100)

Tabela 18. Ukupni SCARED skor za Socijalnu anksioznost u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SCARED Socijalna anksioznost					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 8	10 (55,6)	3 (17,6)	4 (7,5)
		< 8	8 (44,4)	14 (82,4)	49 (92,5)
		Ukupno	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 8	3 (42,9)	10 (31,3)	14 (21,5)
		< 8	4 (57,1)	22 (68,8)	51 (78,5)
		Ukupno	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 8	11 (25,6)	5 (20,8)	8 (14,8)
		< 8	32 (74,4)	19 (79,2)	46 (85,2)
		Ukupno	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 8	13 (30,2)	8 (25)	6 (9,2)
		< 8	30 (69,8)	24 (75)	59 (90,8)
		Ukupno	43 (100)	32 (100)	65 (100)

Tabela 19. Ukupni SCARED skor za Izbegavanje škole u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SCARED Izbegavanje škole					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 3	9 (50)	1 (5,9)	6 (11,3)
		< 3	9 (50)	16 (94,1)	47 (88,7)
		Ukupno	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 3	1 (14,3)	5 (15,6)	8 (12,3)
		< 3	6 (85,7)	27 (84,4)	57 (87,7)
		Ukupno	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 3	11 (25,6)	1 (4,2)	10 (18,5)
		< 3	32 (74,4)	23 (95,8)	44 (81,5)
		Ukupno	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 3	18 (41,9)	6 (18,8)	8 (12,3)
		< 3	25 (58,1)	26 (81,3)	57 (87,7)
		Ukupno	43 (100)	32 (100)	65 (100)



Tabela 20. Ukupni SMFQ skor u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SMFQ ukupni skor					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	≥ 8	16 (88,9)	2 (11,8)	11 (20,8)
		< 8	2 (11,1)	15 (88,2)	42 (79,2)
		Ukupno	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	≥ 8	6 (85,7)	8 (26,7)	13 (20)
		< 8	1 (14,3)	22 (73,3)	52 (80)
		Ukupno	7 (100)	30 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	≥ 8	20 (46,5)	7 (29,2)	14 (25,9)
		< 8	23 (53,5)	17 (70,8)	40 (74,1)
		Ukupno	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	≥ 8	24 (55,8)	17 (53,1)	23 (34,8)
		< 8	19 (44,2)	15 (46,9)	43 (65,2)
		Ukupno	43 (100)	32 (100)	66 (100)

Deca i adolescenti iz grupe Dom su imali statistički značajno veće granične skorove na skalama SDQ, Problemi u ponašanju, Hiperaktivnost i Problemi sa vršnjacima, što ukazuje na veće prisustvo sva tri eksternalizujuća mentalna problema (Tabela 21). Najveći broj dece i adolescenata iz grupe Dom je imao probleme u ponašanju, 28,8%. Međutim, ispitanici iz grupe Hraniteljstvo su imali slične ili niže skorove u odnosu na ispitanike iz

Kontrolne grupe. U Prosocijalnoj skali, deca i adolescenti iz grupe Dom su imali manje snaga u nošenju sa problemima za razliku od ostale dve grupe.

Tabela 21. Raspodela skorova ispitanika na upitniku SDQ u odnosu na granične vrednosti

SDQ	Granične vrednosti	Dom (%)	Hraniteljstvo (%)	Kontrola (%)	Pearsonov hi-kvadrat (P)
Emocionalni simptomi	Abnormalni	15 (13,5)	3 (2,9)	6 (2,5)	41,91 (<0,001)
	Granični	17 (15,3)	4 (3,8)	8 (3,4)	
Problemi u ponašanju	Abnormalni	32 (28,8)	3 (2,9)	12 (5)	54,33 (<0,001)
	Granični	9 (8,1)	10 (9,6)	25 (10,5)	
Hiperaktivnost	Abnormalni	14 (12,6)	4 (3,8)	9 (3,8)	19,52 (0,001)
	Granični	15 (13,5)	4 (3,8)	19 (8)	
Problemi sa vršnjacima	Abnormalni	22 (19,8)	3 (2,9)	9 (3,8)	35,09 (<0,001)
	Granični	24 (21,6)	17 (16,3)	53 (22,3)	
Prosocijalna skala	Abnormalni	13 (11,7)	4 (3,8)	9 (3,8)	10,29 (0,04)
	Granični	11 (9,9)	8 (7,7)	23 (9,7)	
Ukupni skor	Abnormalni	28 (25,2)	1 (1)	12 (5)	64,89 (<0,001)
	Borderline	20 (18)	6 (5,8)	19 (8)	

U Tabelama 22-27 prikazana je raspodela ispitanika na upitniku SDQ u ispitivanim grupama koji su imali Ukupni skor i skorove skala u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu.

Tabela 22. Ukupni SDQ skor u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SDQ Ukupni skor					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	Abnormalni	11 (61,1)	0	2 (3,8)
		Granični	3 (16,7)	0	2 (3,8)
		Normalni	4 (22,2)	17 (100)	49 (92,5)
		Ukupni	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	Abnormalni	3 (42,9)	0	1 (1,5)
		Granični	3 (42,9)	1 (3,1)	6 (9,2)
		Normalni	1 (14,3)	31 (96,9)	58 (89,2)
		Ukupni	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	Abnormalni	7 (16,3)	0	3 (5,6)
		Granični	4 (9,3)	0	3 (5,6)
		Normalni	32 (74,4)	24 (100)	48 (88,9)
		Ukupni	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	Abnormalni	7 (16,3)	1 (3,2)	6 (9,1)
		Granični	10 (23,3)	5 (16,1)	8 (12,1)
		Normalni	26 (60,5)	25 (80,6)	52 (78,8)
		Ukupni	43 (100)	31 (100)	66 (100)

Tabela 23. Ukupni SDQ skor Emocionalni simptomi u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SDQ Emocionalni simptomi					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	Abnormalni	5 (27,8)	0	0
		Granični	3 (16,7)	0	0
		Normalni	10 (55,6)	17 (100)	53 (100)
		Ukupni	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	Abnormalni	1 (14,3)	1 (3,1)	1 (1,5)
		Granični	1 (14,3)	1 (3,1)	3 (4,6)
		Normalni	5 (71,4)	30 (93,8)	61 (93,8)
		Ukupni	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	Abnormalni	4 (9,3)	0	1 (1,9)
		Granični	4 (9,3)	0	2 (3,7)
		Normalni	35 (81,4)	24 (100,0)	51 (94,4)
		Ukupni	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	Abnormalni	5 (11,6)	2 (6,5)	4 (6,1)
		Granični	9 (20,9)	3 (9,7)	3 (4,5)
		Normalni	29 (67,4)	26 (83,9)	59 (89,4)
		Ukupni	43 (100)	31 (100)	66 (100)

Tabela 24. Ukupni SDQ skor Problemi u ponašanju u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SDQ Problemi u ponašanju					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	Abnormalni	9 (50)	1 (5,9)	1 (1,9)
		Granični	1 (5,6)	1 (5,9)	6 (11,3)
		Normalni	8 (44,4)	15 (88,2)	46 (86,8)
		Ukupni	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	Abnormalni	3 (42,9)	1 (3,1)	1 (1,5)
		Granični	1 (14,3)	1 (3,1)	3 (4,6)
		Normalni	3 (42,9)	30 (93,8)	61 (93,8)
		Ukupni	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	Abnormalni	10 (23,3)	1 (4,2)	3 (5,6)
		Granični	2 (4,7)	4 (16,7)	7 (13)
		Normalni	31 (72,1)	19 (79,2)	44 (81,5)
		Ukupni	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	Abnormalni	10 (23,3)	0	7 (10,6)
		Granični	5 (11,6)	4 (12,9)	9 (13,6)
		Normalni	28 (65,1)	27 (87,1)	50 (75,8)
		Ukupni	43 (100)	31 (100)	66 (100)

Tabela 25. Ukupni SDQ skor Hiperaktivnost u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SDQ Hiperaktivnost					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	Abnormalni	4 (22,2)	1 (5,9)	2 (3,8)
		Granični	3 (16,7)	0	5 (9,4)
		Normalni	11 (61,1)	16 (94,1)	46 (86,8)
		Total	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	Abnormalni	1 (14,3)	2 (6,3)	0
		Granični	3 (42,9)	1 (3,1)	3 (4,6)
		Normalni	3 (42,9)	29 (90,6)	62 (95,4)
		Total	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	Abnormalni	3 (7)	0	2 (3,7)
		Granični	5 (11,6)	1 (4,2)	2 (3,7)
		Normalni	35 (81,4)	23 (95,8)	50 (92,6)
		Total	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	Abnormalni	6 (14)	1 (3,2)	5 (7,6)
		Granični	4 (9,3)	2 (6,5)	9 (13,6)
		Normalni	33 (76,7)	28 (90,3)	52 (78,8)
		Total	43 (100)	31 (100)	66 (100)

Tabela 26. Ukupni SDQ skor Problemi sa vršnjacima u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SDQ Problemi sa vršnjacima					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	Abnormalni	10 (55,6)	0	2 (3,8)
		Granični	1 (5,6)	0	14 (26,4)
		Normalni	7 (38,9)	17 (100)	37 (69,8)
		Total	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	Abnormalni	1 (14,3)	1 (3,1)	1 (1,5)
		Granični	4 (57,1)	6 (18,8)	11 (16,9)
		Normalni	2 (28,6)	25 (78,1)	53 (81,5)
		Total	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	Abnormalni	6 (14,0)	1 (4,2)	2 (3,7)
		Granični	11 (25,6)	1 (4,2)	18 (33,3)
		Normalni	26 (60,5)	22 (91,7)	34 (63,0)
		Total	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	Abnormalni	5 (11,6)	1 (3,2)	4 (6,1)
		Granični	8 (18,6)	10 (32,3)	10 (15,2)
		Normalni	30 (69,8)	20 (64,5)	52 (78,8)
		Total	43 (100)	31 (100)	66 (100)

Tabela 27. Ukupni SDQ skor Prosocijalna skala u odnosu na granične vrednosti prema uzrastu i polu

SDQ Prosocijalna skala					
Uzrast	Pol	Skor	Dom	Hraniteljstvo	Kontrola
Deca	Muški	Abnormalni	3 (16,7)	0	4 (7,5)
		Granični	1 (5,6)	1 (5,9)	6 (11,3)
		Normalni	14 (77,8)	16 (94,1)	43 (81,1)
		Total	18 (100)	17 (100)	53 (100)
	Ženski	Abnormalni	1 (14,3)	2 (6,3)	2 (3,1)
		Granični	3 (42,9)	0	4 (6,2)
		Normalni	3 (42,9)	30 (93,8)	59 (90,8)
		Total	7 (100)	32 (100)	65 (100)
Adolescenti	Muški	Abnormalni	4 (9,3)	1 (4,2)	0
		Granični	4 (9,3)	3 (12,5)	6 (11,1)
		Normalni	35 (81,4)	20 (83,3)	48 (88,9)
		Total	43 (100)	24 (100)	54 (100)
	Ženski	Abnormalni	5 (11,6)	1 (3,2)	3 (4,5)
		Granični	3 (7,0)	4 (12,9)	7 (10,6)
		Normalni	35 (81,4)	26 (83,9)	56 (84,8)
		Total	43 (100)	31 (100)	66 (100)



Značajne anksiozne i depresivne simptome u grupi Dom imalo je 40 (36%) ispitanika, u grupi Hraniteljstvo 21 (20%) ispitanik, u Kontrolnoj grupi 34 (14,3%) ispitanika (Tabela 28). Zajedno, značajne anksiozne, depresivne simptome i probleme u ponašanju imali su 16 (14%) ispitanika iz grupe Dom, 1 (1%) ispitanik iz grupe Hraniteljstvo i 7 (2,9%) ispitanika iz Kontrolne grupe.

Tabela 28. Raspodela ispitanika po ispitivanim grupama koji su imali skorove po skalama i Ukupni skor iznad graničnih vrednosti za SCARED i SMFQ, odnosno SCARED, SMFQ i SDQ (bez skale Emocionalni problemi)

	Dom (%)	Hraniteljstvo (%)	Kontrola (%)
<b>SCARED i SMFQ skor iznad graničnih vrednosti</b>	40 (36)	21 (20)	34 (14,3)
<b>SCARED i SMFQ i SDQ skor iznad graničnih vrednosti</b>	16 (14)	1 (1)	7 (2,9)

Kod dece (uzrasta 8-12 godina), u grupi Dom, 14 (77,8%) ispitanika muškog pola i 3 (42,9%) ispitanika ženskog pola je imalo ukupni SCARED skor u kliničkom opsegu. U grupi Hraniteljstvo odnos je bio obrnut. Između adolescenata (uzrasta 13-18 godina), za razliku od ispitanika muškog pola, veći broj ispitanika ženskog pola je imao patološki SCARED skor, 39,5% u grupi Dom i 43,8% u grupi Hraniteljstvo što se poklapa sa Kontrolnom grupom.

Na upitniku SMFQ, procenat ispitanika muškog i ženskog pola, sa depresivnim simptomima, u grupi Dom je bio sličan, 88,9% i 85,7%, dok je u

grupi Hraniteljstvo, veći broj ispitanika ženskog pola sa značajnim depresivnim simptomima, 26,7%. Procenat adolescentkinja sa značajnim depresivnim simptomima je bio veći u sve tri grupe u odnosu na ispitanike muškog pola.

U grupi Dom, procenat ispitanika muškog pola sa značajnim problemima u ponašanju, hiperaktivnosti i problemima sa vršnjacima je bio veći od ispitanika ženskog pola. Međutim, kod adolescenata u grupi Dom, procenat ispitanika ženskog pola (14%) sa značajnim hiperaktivnim problemima je bio veći u odnosu na ispitanike muškog pola. Kod ispitanika iz grupe Hraniteljstvo razlike u procentima su male, kao i u Kontrolnoj grupi.

Navedenim rezultatima o karakteristikama mentalnog zdravlja i prevalenciji mentalnih problema delimično je potvrđena Radna hipoteza br. 2, koja glasi: postoji statistički značajna razlika u karakteristikama i prevalenciji mentalnih problema kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama i dece i adolescenata koji žive u biološkim porodicama i prihvata se alternativna hipoteza, koja glasi: postoji značajna statistička razlika u karakteristikama i prevalenciji mentalnih problema između dece i adolescenta iz doma, i dece i adolescenata iz hraniteljstva i bioloških porodica, dok se poslednje dve grupe ne razlikuju statistički značajno. Odbacuje se deo Radne hipoteze br. 3, koji se odnosi na mentalno zdravlje, a koja glasi: postoji statistički značajna razlika u karakteristikama kvaliteta života i mentalnog zdravlja kod dece i adolescenata koji žive u domu i hraniteljskim porodicama.

#### **4.2.2. Korelati mentalnih problema**

U odnosu na sve tri grupe, prema polu i uzrastu, izvedena je multivarijabilna regresiona analiza graničnih vrednosti upitnika SCARED, SMFQ i SDQ. Korišćen je SDQ skor korigovan za skale Problemi u ponašanju, Hiperaktivnost i Problemi sa vršnjacima i predstavlja SDQ eksternalizujući skor. Kod dece i

adolescenata iz grupe Dom, postoji značajno veća verovatnoća da će razviti neki od analiziranih poremećaja u odnosu na decu i adolescente iz grupe Hraniteljstvo i Kontrolne grupe, najveću za anksiozni poremećaj (0,59) (Tabela 29).

Tabela 29. Multivarijabilna regresiona analiza (Odd-ratio sa P vrednostima) graničnih vrednosti upitnika SCARED, SMFQ i SDQ eksteralizujući skor

	B (p) OR (95%-IP)			
	Anksioznost SCARED	Depresija SMFQ	Anksioznost, depresija SCARED + SMFQ	Eksternalizujući poremećaj SDQ
<b>Dom</b>	0,97 (<0,001) 2,63 (1,58-4,26)	1,48 (<0,001) 4,38 (2,65-7,23)	1,67 (<0,001) 5,28 (2,86-9,7)	2,29 (<0,001) 9,92 (4,5-21,87)
<b>Hraniteljstvo</b>	0,31 (0,24) 1,37 (0,81-2,29)	0,34 (0,19) 1,4 (0,87-2,33)	0,5 (0,12) 1,65 (0,88-3,1)	-1,72 (0,1) 0,18 (0,02-1,41)

Deca u odnosu na adolescente iz grupe Dom, imaju 4,18 do 7 puta veći rizik da razviju neki od poremećaja (Tabela 30). U grupi Hraniteljstvo, kod adolescenata, značajno je povećan rizik od pojave depresivnih simptoma, 0,36 (0,02), dok su jedino ispitanici ženskog pola iz grupe Hraniteljstvo pod većim rizikom za razvoj značajnih anksioznih i/ili depresivnih simptoma, 0,2 – 0,42.

Tabela 30. Multivarijabilna regresiona analiza (Odd-ratio sa P vrednostima) graničnih vrednosti upitnika SCARED, SMFQ i SDQ eksternalizujući skor u odnosu na tri grupe prema uzrastu i polu

		SCARED	SMFQ	SCARED + SMFQ	SDQ	SCARED + SMFQ + SDQ
Deca vs, Adolescenti	Dom	4,18 (0,003)	7 (0,003)	5,82 (<0,001)	6,54 (<0,001)	6,35 (0,001)
	Hraniteljstvo	0,92 (0,84)	0,36 (0,02)	0,5 (0,17)	0,000 (0,99)	0,000 (0,99)
	Kontrola	0,79 (0,44)	0,6 (0,08)	0,61 (0,2)	0,36 (0,14)	0,19 (0,14)
Muški vs, Ženski pol	Dom	1,11 (0,78)	0,96 (0,92)	1,62 (0,23)	1,67 (0,25)	1,98 (0,24)
	Hraniteljstvo	0,34 (0,03)	0,42 (0,05)	0,2 (0,02)	0,000 (0,99)	0,000 (0,99)
	Kontrola	0,85 (0,6)	0,77 (0,39)	0,67 (0,3)	0,69 (0,57)	0,000 (0,99)

#### 4.2.3. Povezanost kvaliteta života i mentalnog zdravlja

Skorovi na upitniku PedsQL i skorovi upitnika SCARED, SMFQ i SDQ su značajno statistički povezani, povezanost je obrnuta i iznosi između - 0,24 i - 0,67 (Tabela 31). Korišćen je SDQ skor, korigovan za skale Problemi u ponašanju, Hiperaktivnost i Problemi sa vršnjacima i predstavlja SDQ eksternalizujući skor. Ispitanici koji su imali bolji kvalitet života imali su manje izražene mentalne probleme, odnosno bolje mentalno zdravlje i obrnuto.

Tabela 31. Povezanost skorova upitnika PedsQL sa skorovima upitnika SCARED, SMFQ i SDQ, ispitanika iz doma i hraniteljstva (Spearmanov ro koeficijent – SK, P – p vrednost)

			PedsQL upitnik					
			Fizičko zdravlje	Emocionalno funkcionisanje	Socijalno funkcionisanje	Školsko funkcionisanje	Psihosocijalno zdravlje	Ukupni skor
Doma	SCARED	SK	-0,546	-0,418	-0,515	-0,424	-0,563	-0,607
		P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	SMFQ	SK	-0,451	-0,440	-0,521	-0,546	-0,641	-0,604
		P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	SDQ	SK	-0,478	-0,467	-0,631	-0,456	-0,669	-0,644
		P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hraniteljstvo	SCARED	SK	-0,358	-0,400	-0,390	-0,299	-0,467	-0,468
		P	<0,001	<0,001	<0,001	,002	<0,001	<0,001
	SMFQ	SK	-0,23	-0,445	-0,290	-0,381	-0,464	-0,386
		P	,019	<0,001	,003	<0,001	<0,001	<0,001
	SDQ	SK	-0,387	-0,494	-0,434	-0,446	-0,525	-0,526
		P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Stepen varijacija skorova PedsQL upitnika moguće je objasniti 5-38,5% skorovima upitnika SCARED, SMFQ i SDQ (Tabela 32). Taj procenat je bio izraženiji u grupi dece i adolescenata iz doma za razliku od ostale dve grupe dece i adolescenata.

Tabela 32. Stepen predikcije PedsQL skorova Ukupnim skorovima upitnika SCARED, SMFQ i SDQ eksternalizujući skor (pojedinačni efekat)

PedsQL	Dom		Hraniteljstvo		Kontrola	
	Standardizovan Beta koeficijent (P)	Varijacija (%)	Standardizovan Beta koeficijent (P)	Varijacija (%)	Standardizovan Beta koeficijent (P)	Varijacija (%)
<b>Ukupni skor</b>						
SCARED	- 0,57 (<0.001)	32,6	- 0,48 (<0.001)	23,3	- 0,53 (<0.001)	28
SMFQ	- 0,37 (<0.001)	28,1	- 0,37 (<0.001)	13,7	- 0,46 (<0.001)	21,5
SDQ	- 0,6 (<0.001)	36,1	- 0,56 (<0.001)	31,3	- 0,45 (<0.001)	20,5
<b>Fizičko zdravlje</b>						
SCARED	- 0,48 (<0.001)	22,6	- 0,32 (0,001)	10,7	- 0,44 (<0.001)	20
SMFQ	- 0,38 (<0.001)	14,3	- 0,22 (0,025)	5	- 0,29 (<0.001)	8,6
SDQ	- 0,46 (<0.001)	21	- 0,41 (<0.001)	17,2	- 0,31 (<0.001)	9,7
<b>Psihosocijalno zdravlje</b>						
SCARED	- 0,54 (<0.001)	29,6	- 0,49 (<0.001)	23,6	- 0,5 (<0.001)	25
SMFQ	- 0,58 (<0.001)	33,2	- 0,4 (<0.001)	16,3	- 0,53 (<0.001)	28,6
SDQ	- 0,62 (<0.001)	38,5	- 0,53 (<0.001)	28,5	- 0,5 (<0.001)	25

U Tabeli 33. su prikazane srednje vrednosti (standardna devijacija) skorova PedsQL upitnika, u odnosu na granične vrednosti skorova upitnika SCARED, SMFQ i SDQ.

Tabela 33. Srednja vrednost (standardna devijacija) skorova PedsQL upitnika u odnosu na granične vrednosti skorova upitnika SCARED, SMFQ, i SDQ

Upitnik	Skor	PedsQL					
		Dom, N = 111		Hraniteljstvo, N = 105		Kontrola, N = 238	
SCARED	≥25	59,27 (15,63)	t = - 4,49 (<0,001) d = 0,86	73,97 (11,19)	t = - 3,91 d = 0,77	71,91 (11,42)	t = - 6,94 (<0,001) d = 0,9
	<25	73,28 (16,95)		83,1 (10,18)		83,6 (9,55)	
SMFQ	≥ 8	59,53 (16,5)	t = -7,51 (<0,001) d = 1,44	74,07 (11,43)	t = - 4,12 d = 0,81	74,3 (11,26)	t = - 5,28 (<0,001) d = 0,69
	< 8	79,13 (12,33)		83,51 (9,78)		82,96 (10,37)	
SDQ	Abnormalni	52,97 (14,31)	F = 21,32 (<0,001) d = 0,97	57 (8,3)	F = 3,98 (0,002) d = 1,68	71,66 (10,86)	F = 13,708 d = 0,96
	Granični	63,79 (12,38)		72,44 (5,22)		71,2 (12,62)	
	Normalni	75,9 (16,27)		81,21 (11,17)		82,14 (10,48)	
t – t test (P vrednost), d – veličina efekta, F – ANOVA							

Skorovi PedsQL upitnika su bili statistički značajno niži kod ispitanika koji su imali vrednosti skorova SCARED, SMFQ i SDQ upitnika u kliničkom opsegu ( $P < 0,001$ ), razlika je bila najveća kod dece i adolescenata u grupi Dom. Ukupni uticaj mentalnih problema na kvalitet života kretao se između srednjeg do visokog stepena,  $d = 0,77 - 1,68$ .

## **5. DISKUSIJA**

Ovo je prvo i jedinstveno istraživanje u našoj zemlji koje obuhvata procenu kvaliteta života i mentalnog zdravlja kod dece i adolescenata koji su smešteni u ustanovama socijalne zaštite – domovi za decu bez roditeljskog staranja i porodični smeštaj. Značaj ovog istraživanja je sadržan u činjenici, da će rezultati istraživanja doprineti razvoju programa prevencije mentalnih poremećaja i unapređenja kvaliteta života kod ove vulnerabilne populacije.

### **5.1. Kvalitet života**

Studija ukazuje da deca i adolescenti koji su u sistemu socijalne zaštite procenjuju svoj kvalitet života niže u odnosu na opštu populaciju, naročito deca i adolescenti koji su smešteni u domovima, ali su i karakteristike njihovog kvaliteta života specifičnije.

Rezultati istraživanja ukazuju da deca i adolescenti smešteni u domovima procenjuju svoj kvalitet života generalno i kroz domene Fizičko, Emotivno, Socijalno i Školsko funkcionisanje značajnije niže u odnosu na decu i adolescente iz hraniteljskih ili bioloških porodica. Međutim, deca i adolescenti koji su smešteni u hraniteljstvu procenjuju svoj kvalitet života slično deci i adolescentima iz opšte populacije. Deca i adolescenti iz grupe Hraniteljstvo i Kontrolne grupe imaju slične Ukupne skorove kvaliteta života, kao i skorove skala Fizičko i Psihosocijalno zdravlje.

U toku našeg istraživanja zapazili smo da je najniži skor na Emocionalnom funkcionisanju, kao domenu kvaliteta života, kod dece i adolescenata iz grupe Dom, dok je kod druge dve grupe dece i adolescenata na Fizičkom funkcionisanju. Obrnuto, deca i adolescenti iz doma su imali najviši skor na Fizičkom funkcionisanju. U grupi Hraniteljstvo i Kontrolnoj grupi najviši skor je bio na Socijalnom funkcionisanju.



Dalja analiza domena kvaliteta života ukazuje da je kod dece i adolescenata iz doma značajno niže Psihosocijalno funkcionisanje u odnosu na Fizičko zdravlje. Za razliku od grupe dece i adolescenata iz doma, između grupe dece i adolescenata iz hraniteljstva i bioloških porodica, nema statistički značajne razlike u ovim skorovima.

Ovi rezultati ukazuju da je kvalitet života dece i adolescenata smeštenih u domovima za decu bez roditeljskog staranja značajno niži u odnosu na kvalitet života kod dece i adolescenata iz hraniteljstva i opšte populacije. Važno je istaći da je naročito narušen domen Psihosocijalnog funkcionisanja. Deca i adolescenti iz hraniteljskih porodica procenjuju svoj kvalitet života kroz analizirane domene, a i uopšte, slično opštoj populaciji. Ovi rezultati govore u prilog protektivnoj ulozi hraniteljstva, odnosno da je dinamika hraniteljskih porodica slična biološkim porodicama i slično utiče na kvalitet života. Ovome u prilog govori i ranije istaknuta protektivna uloga hraniteljstva pokazana kroz uticaj na mentalno zdravlje ove populacije [6, 128].

Rezultati dosadašnjih istraživanja koja su se bavila ovom tematikom u svetskoj literaturi daju slične rezultate tj. pokazuju da deca i adolescenti koji su smešteni u domu i hraniteljskim porodicama imaju značajno niži kvalitet života u poređenju sa decom i adolescentima iz opšte populacije [78, 80]. Studija poljskih autora [78] koja je obuhvatila 180 ispitanika, uzrasta 8-18 godina, i koja je poredila kvalitet života dece koja odrastaju u domovima za decu bez roditeljskog staranja sa kvalitetom života dece iz opšte populacije, takođe je pokazala da je kvalitet života značajno niži kod dece koja žive u domovima u odnosu na kontrolnu grupu, i da su značajno narušeni Fizički i Psihološki domen kvaliteta života. Takođe, rezultati ukazuju da mesto stanovanja, prisustvo fizičkih poremećaja ili ograničenja, godine (mlađi uzrast) i ženski pol, imaju značajan uticaj na kvalitet života (analiza kvaliteta života je bila bazirana na samoproceni kvaliteta života, upitnicima CHQ-CF87 (Child Health Questionare – Child Self Report Form) i KINDL.

Studija australijskih autora [79] koja je obuhvatila 326 ispitanika, uzrasta 6-17 godina, i čiji cilj je bio poređenje kvaliteta života dece i adolescenata koja odrastaju u hraniteljskim porodicama i kvaliteta života dece i adolescenata iz opšte populacije, takođe je pokazala da postoji značajno niži kvalitet života kod dece i adolescenata koji žive u hraniteljskim porodicama u odnosu na decu i adolescente koji žive u biološkim porodicama. U ovoj studiji, analiza je bila bazirana na samoproceni i na proksi-proceni kvaliteta života upitnikom CHQ – CF87 i CHQ - PF50 (Child Health Questionare –Parents Report Form).

U poređenju rezultata našeg istraživanja sa rezultatima istraživanja poljskih i australijskih autora nailazi se na podudarnosti, ali i odstupanja. Rezultati našeg istraživanja ukazuju da deca i adolescenti u domu imaju niži kvalitet života, dok se kvalitet života dece i adolescenata iz hraniteljstva ne razlikuje od kvaliteta života dece i adolescenata iz opšte populacije. Ovo je moguće objasniti time, da je vid hraniteljstva dostupan deci u Republici Srbiji, adekvatniji.

U odnosu na pol, ispitanici iz doma imali su statistički značajno najniže skorove na svim skalama kao i Ukupni skor kvaliteta života u odnosu na ostale dve grupe. Između grupe Hraniteljstvo i Kontrolne grupe nije primećena značajna statistička razlika u vrednostima kvaliteta života, prema polu. Međutim, ispitanici ženskog pola u hraniteljstvu su imali uglavnom niže skorove od ispitanika muškog pola. Skorovi su se statistički značajno razlikovali u skalama Emocionalno i Školsko funkcionisanje, Psihosocijalno zdravlje i Ukupni skor kvaliteta života. Slični su rezultati studije poljskih istraživača koji pokazuju da devojčice u domu imaju značajno niži kvalitet života [78].

Dalja analiza dobijenih podataka ukazuje, da deca (uzrast 8-12 godina) u odnosu na adolescente (uzrast 13-18 godina) iz doma, procenjuju niže svoj ukupni kvalitet života, sa statistički značajnim razlikama u Fizičkom i

Socijalnom funkcionisanju. U studiji poljskih istraživača, primećeno je da adolescenti iz doma imaju lošiji kvalitet života [78]. U hraniteljstvu, nije bilo statistički značajnih razlika u vrednovanju kvaliteta života u odnosu na uzrast. Ovaj rezultat se slaže sa rezultatima studije australijskih istraživača [79]. Deca i adolescenti iz doma imali su značajno niži kvalitet života u odnosu na decu i adolescenate iz hraniteljstva i Kontrolne grupe. Poslednje dve grupe se nisu statistički značajno razlikovale.

Kao mogući faktori rizika za kvalitet života analizirani su godine starosti, pol i dužina boravka u sistemu socijalne zaštite (period pod zaštitom). Primećeno je, da je ukupni stepen varijacija u kvalitetu života, koji može biti objašnjen ovim faktorima, relativno nizak i iznosi 4-9%. Pojedinačno, godine starosti doprinose značajnoj varijaciji sva tri skora, Psihosocijalni, Fizički i Ukupni skor kvaliteta života, s tim da u hraniteljstvu postoji inverzna povezanost, koja ukazuje da ispitanici uzrasta 13-18 godina imaju manje vrednosti ovih skorova. Pol značajno doprinosi varijaciji Ukupnog skora kvaliteta života kod dece i adolescenata iz hraniteljstva. Za razliku od prethodna dva faktora, dužina boravka u sistemu socijalne zaštite nema uticaja na kvalitet života. Studija australijskih istraživača takođe nije pokazala značajan uticaj ova tri faktora na kvalitet života dece i adolescenata iz hraniteljstva [79]. S obzirom da uzrast, pol i dužina boravka u sistemu socijalne zaštite imaju mali uticaj na kvalitet života dece i adolescenata iz sistema socijalne zaštite, moguće je da prisustvo drugih faktora ima veći uticaj i značajno doprinosi lošem kvalitetu života ove populacije. Od važnosti bi bilo proučiti uticaj sredinskih faktora (npr. sistem smeštaja, dostupnost zdravstvenoj zaštiti i sl.) i ekonomskih faktora.

## **5.2. Mentalno zdravlje**

Studija je pokazala da deca i adolescenti u sistemu socijalne zaštite Republike Srbije imaju značajno narušeno mentalno zdravlje i mentalne probleme, koji su

naročito izraženi kod dece i adolescenata smeštenih u domu. Kod dece i adolescenata smeštenih u domu, značajno češće su prisutni anksiozni, depresivni ili eksternalizujući problemi u odnosu na decu i adolescente koji su smešteni u hraniteljskim porodicama ili opštoj populaciji.

Mentalni problem imalo je 67,6% dece i adolescenata koji su smešteni u domu, dok je taj procenat kod dece i adolescenata u hraniteljstvu i biološkim porodicama iznosio 43,8%, odnosno 37%. Istraživanja iz nekoliko zemalja su pokazala da je prevalencija psihopatologije kod dece i adolescenata smeštenih u domovima za decu bez roditeljskog staranja između 44 i 96% [109, 112-129, 140], dok je prevalencija kod dece i adolescenata smeštenih u hraniteljskim porodicama između 30 i 63% [109, 112-124, 127-130, 140, 141]. U odnosu na ove podatke, prevalencija mentalnih poremećaja kod dece i adolescenata, dobijena u ovom istraživanju ima sličan obrazac. Međutim, prevalencija specifičnih poremećaja ima drugačiji obrazac javljanja među uključenim ispitanicima.

Na osnovu analize dobijenih podataka uočava se, da su kod 41,4% dece i adolescenata iz doma prisutni značajni anksiozni problemi, 29,5% u hraniteljstvu, 23,6 u opštoj populaciji. Kod dece i adolescenata u domu dominirao je panično somatski poremećaj, dok je kod dece i adolescenata u hraniteljstvu bila izražena separaciona anksioznost. Brojne studije ukazuju da je prevalencija anksioznih poremećaja 4-26% i da je veća kod dece i adolescenata koji žive u domovima za decu bez roditeljskog staranja [124, 132, 141, 142]. Rezultati naše studije se poklapaju sa rezultatima istraživanja drugih autora i ukazuju da je značajnije više dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite Republike Srbije koji imaju izražene anksiozne probleme.

Značajni depresivni simptomi su prisutni kod 59,5% dece i adolescenata iz doma, 33% dece i adolescenata iz hraniteljskih porodica i 25,6% u opštoj populaciji. Prevalencija depresivnih simptoma iz mešovitih uzoraka nekoliko studija je 4-36% i veća je kod dece i adolescenata koji žive u domovima za decu bez roditeljskog staranja [115, 132, 141-143]. U poređenju sa

ovim rezultatima, deca smeštena u domu u našoj sredini prijavljuju značajno više depresivnih simptoma.

Značajne i anksiozne i depresivne simptome imalo je 36% ispitanika iz doma, 20% iz hraniteljskih porodica, 14,3% ispitanika iz opšte populacije. Prevalencija komorbiditeta anksioznost - depresija u drugim sredinama, procenjivana upitnicima, kreće se između 20,1% i 53,2% [107, 126, 127], što je slično sa rezultatima ove studije.

Kod dece i adolescenata iz domova, anksiozni i depresivni simptomi su bili prisutni u značajnijem procentu, u odnosu na decu i adolescente iz hraniteljstva ili opšte populacije. Međutim, deca i adolescenti iz hraniteljstva su imali češće ove simptome od dece i adolescenata iz opšte populacije.

Pored prevalencije anksioznih i depresivnih simptoma, analizirani su i eksternalizujući mentalni problemi. Primećeno je da su deca i adolescenti iz doma imali statistički značajno veće prisustvo eksternalizujućih mentalnih problema u odnosu na ostale dve grupe: probleme u ponašanju 28,8%, hiperaktivnost 12,6%, a probleme sa vršnjacima oko 20%. U hraniteljstvu ovi procenti su bili slični kao u Kontrolnoj grupi, 3-4%. Međutim, iz obe grupe je 8-22% dece i adolescenata imalo granične skorove za ove poremećaje. Ukupna prevalencija eksternalizujućih poremećaja iz različitih studija iznosi 42% [131]. Pojedinačno, prijavljena prevalencija poremećaja ponašanja iznosi 17-45%, hiperkinetskog poremećaja 10-30% [115, 118, 123], prevalencija problema u socijalnom funkcionisanju iznosi oko 42% [6]. Međutim, ukoliko se uporede ovi rezultati sa rezultatima studija koje su iznele podatke za decu i adolescente koji su smešteni u sistemu socijalne zaštite, a koje su koristile SDQ upitnik [114, 140], ispitanici u ovom istraživanju su imali u manjem procentu eksternalizujuće probleme. Naime, u jednoj studiji probleme u ponašanju imalo je 42% dece i adolescenata, hiperaktivnost 34%, a probleme sa vršnjacima oko 6% [114], u drugoj studiji ti procenti su iznosili 37%, 48,8% i 32,3% [140].

Ovi rezultati ukazuju da deca i adolescenti u sistemu socijalne zaštite Republike Srbije, imaju eksternalizujuće mentalne poremećaje u manjem stepenu, ali da su oni značajno prisutni kod dece i adolescenata smeštenih u domovima. Takođe, važno je istaći da su ovi problemi izraženi u manjem procentu od anksioznih i depresivnih problema.

Prevalencija mentalnih problema u odnosu na pol i uzrast pokazala je određene specifičnosti. Među adolescentima (13-18 godina) iz doma i hraniteljstva, veći broj ispitanika ženskog pola imao je izraženije anksiozne i depresivne probleme. Eksternalizujući problemi su bili prisutni u većem procentu kod ispitanika, oba pola i uzrasta u grupi Dom. Obrazac javljanja mentalnih poremećaja kod dece i adolescenata, u odnosu na pol, sličan je obrascu javljanja u opštoj populaciji. Uzevši u obzir ove razlike, izvedena je multivarijabilna regresiona analiza u kojoj je analizirana verovatnoća javljanja određenih mentalnih problema prema polu i uzrastu u određenoj grupi, dom i hraniteljstvo. Rezultati ukazuju da deca i adolescenti iz doma imaju značajno veću verovatnoću da razviju neki od analiziranih poremećaja u odnosu na decu i adolescente iz hraniteljstva ili opšte populacije, najveću za anksiozni poremećaj. Specifičnije, u odnosu na adolescente iz grupe Dom, deca smeštena u domu imaju 4-7 puta veći rizik da razviju neki od mentalnih poremećaja. U hraniteljstvu, kod adolescenata ženskog pola je povećan rizik od pojave depresivnih simptoma.

Rezultati ove studije potvrđuju rezultate studija iz svetske literature, da su deca u odnosu na adolescente u sistemu socijalne zaštite vulnerabilnija i sklonija razvoju mentalnih poremećaja i da smeštaj u hraniteljstvo ima protektivnu ulogu na mentalno zdravlje [108, 143].

### **5.3. Uticaj mentalnih problema na kvalitet života**

Odnos kvaliteta života i prisustva mentalnih problema je uvek u ovakvim istraživanjima u izvesnom smislu diskutabilan, i to pre svega u smislu direkcije kauzaliteta (šta je uzrok, a šta posledica). Ipak, sama činjenica jasne povezanosti ukazuje na značaj rezultata ovakvih istraživanja a to je, što daje različite mogućnosti tumačenja rezultata, nema a priori negativnu konotaciju već otvara nove puteve za rešavanje problema.

Analizom povezanosti kvaliteta života i mentalnog zdravlja u ovom istraživanju je pokazano, da ispitanici koji su imali bolji kvalitet života, imali su i manje izražene mentalne probleme, odnosno bolje mentalno zdravlje i obrnuto. Stepem varijacija u kvalitetu života moguće je objasniti, u 5-38,5% slučajeva, promenama u mentalnom stanju. Ovaj procenat je bio izraženiji u grupi dece i adolescenata iz doma u odnosu na decu i adolescente iz hraniteljstva ili bioloških porodica. Ukupni uticaj mentalnih problema na kvalitet života je bio srednjeg do visokog stepena,  $d = 0,77 - 1,68$ , najveći za depresiju u grupi Dom i eksternalizujuće probleme u grupi Hraniteljstvo. Zajedno, ovi rezultati govore u prilog tome da mentalno zdravlje, odnosno mentalni problemi, značajno utiču na kvalitet života dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite.

Ovako posmatrano, naša studija je prva studija koja je pokazala negativan efekat mentalnih problema na kvalitet života u ovoj populaciji. Nasuprot našem istraživanju, u studiji australijskih autora, pokazana povezanost kvaliteta života i mentalnog zdravlja je razmatrana u suprotnom smeru tj. da deca sa mentalnim problemima imaju lošiji kvalitet života odnosno da su mentalni problemi uzrok lošijeg kvaliteta života [79]. Zajednički zaključak, na osnovu rezultata svih prethodno prijavljenih istraživanja za dečju populaciju, je da mentalno zdravlje značajno utiče na kvalitet života [144-147].

Važnost ovih rezultata je u tome da nema poboljšanja kvaliteta života kod dece u sistemu socijalne zaštite bez značajnih intervencija na poboljšanju mentalnog zdravlja i otklanjanju mentalnih problema.

#### **5.4. Ograničenja studije**

Studija ima nekoliko važnih ograničenja:

1. Mogućnost postojanja greške pri selekciji ispitanika (selection bias) i nereprezentativnost uzorka s obzirom da je u studiji učestvovalo samo tri centara koja se bave socijalnom zaštitom.
2. Prevalencija mentalnih poremećaja određivana je korišćenjem upitnika, a ne strukturisanih intervjuua ili kliničke procene. Upitnici su zasnovani na samoproceni i nije korišćena procena sa strane (proxy). Ovo je bajas u proceni (assessmnet bias) i može govoriti o prisustvu lažno pozitivnih i lažno negativnih ishoda procene u većem stepenu, što može objasniti rezultate studije.
3. Procenjivano je prisustvo samo nekih mentalnih problema (depresija, anksiozni poremećaj, poremećaj ponašanja, hiperkinetski poremećaj, poremećaj odnosa sa vršnjacima), dok prisustvo zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, posttraumatskog stresnog poremećaja, agresivnih simptoma ili kognitivnih poremećajia, koji se takođe često javljaju u ovoj populaciji, nije procenjivano.
4. Kao faktori rizika analizirani su samo pol, uzrast i dužina boravka u sistemu socijalne zaštite (period pod zaštitom). Sociodemografske karakteristike, karakteristike smeštaja i okruženja, kao i drugi faktori rizika nisu analizirani zbog ograničenosti resursa i dostupnosti informacija, odnosno zbog neadekvatno popunjenih sociodemografskih podataka za sve ispitanike.



5. Kao studija preseka, ovo istraživanje je ograničeno samo po sebi, jer je bilo nemoguće analizirati promene u mentalnom statusu i kvalitetu života tokom vremena i utvrditi uzročno posledični odnos među određenim varijablama. Naročito je nemoguće odrediti, da li je uticaj mentalnog zdravlja na kvalitet života direktan ili je njihov odnos bidirekcionni.
6. Iako postoje brojne studije koje su se bavile mentalnim problemima u ovoj populaciji, većina tih studija ukazuje na prisustvo opšte psihopatologije u sistemu socijalne zaštite, i nije bilo moguće adekvatno porediti rezultate. Takođe, različiti načini procene mentalnih poremećaja (drugačiji upitnici, klinička procena i slično) ne dozvoljavaju adekvatno poređenje rezultata.

## **6. ZAKLJUČAK**

Rezultati istraživanja i njihova analiza omogućili su donošenje sledećih zaključaka:

### **A) U odnosu na kvalitet života**

1. Ispitanici muškog pola uzrasta 8-12 godina iz sistema socijalne zaštite najniže su ocenili svoj kvalitet života.
2. Deca i adolescenti iz doma procenjuju svoj kvalitet života niže u odnosu na decu i adolescente iz hraniteljstva i opšte populacije.
3. Deca i adolescenti iz doma imali su najniže Emocionalno funkcionisanje kao domen kvaliteta života, dok su deca i adolescenti iz hraniteljstva imali kao najniži domen kvaliteta života Fizičko funkcionisanje.
4. Između dece i adolescenata iz hraniteljstva i opšte populacije nije primećena značajna razlika u vrednovanju kvaliteta života.

5. Deca i adolescenti iz hraniteljstva slično doživljavaju svoje Fizičko i Psihosocijalno zdravlje, dok deca i adolescenti iz doma imaju niže Psihosocijalno funkcionisanje u odnosu na Fizičko zdravlje.

## **B) U odnosu na prisustvo mentalnih problema**

1. Anksiozni i depresivni problemi bili su prisutni u većem procentu kod dece i adolescenata u domskom smeštaju: 41,4% dece i adolescenata iz doma ispoljavalo je anksiozne probleme, a 29,5% dece i adolescenata iz hraniteljstva. Depresivne simptome imalo je 59,5% dece i adolescenata iz doma i 33% dece i adolescenata iz hraniteljstva. U odnosu na pol i uzrast, ispitanici ženskog pola i uzrasta 13-18 godina, imali su izraženije anksiozne i depresivne probleme.
2. Eksternalizujući problemi su bili prisutni u većem procentu kod ispitanika oba pola i uzrasta, u domskom smeštaju; 12,6 - 29% dece i adolescenata iz doma ima eksternalizujuće mentalne probleme, a u hraniteljstvu oko 3-4%; 67% dece i adolescenata u domskom smeštaju imalo je bar jedan mentalni poremećaj, dok taj procenat kod dece u hraniteljstvu iznosi oko 44%.
3. Obrazac javljanja mentalnih poremećaja kod dece i adolescenata u socijalnoj zaštiti, u odnosu na pol, sličan je obrascu javljanja u opštoj populaciji.
4. Prevalencija mentalnih problema kod dece i adolescenata u Republici Srbiji slična je prevalenciji u ostalim sredinama, ali u našoj sredini je primećeno značajno veće prisustvo depresivnih simptoma, a niže prisustvo eksternalizujućih poremećaja.

### **C) Odnos mentalnog zdravlja i kvaliteta života**

1. Mentalno zdravlje odnosno mentalni problemi, značajno utiču na kvalitet života dece i adolescenata u sistemu socijalne zaštite.

### **Implikacije rezultata studije i buduća istraživanja**

Rezultati ove studije imaju nekoliko implikacija:

- ◆ Rezultati istraživanja govore u prilog tome da je deci i adolescentima u sistemu socijalne zaštite potrebna adekvatnija zdravstvena zaštita iz domena zaštite mentalnog zdravlja. Naime, potrebno je sistematično pristupiti prevenciji mentalnih poremećaja (i to prevenciji na sva tri nivoa) i obezbediti lakši pristup sistemu mentalne zaštite. Neophodan je, pre svega, rad na unapređenju mentalnog zdravlja i njegovoj promociji.
- ◆ S obzirom na uočene razlike u obliku zaštite i mogući protektivni efekat hraniteljstva na mentalno zdravlje, potrebno je što ranije izmeštati decu iz doma ili ih nakon ulaska u sistem socijalne zaštite odmah smeštati u hraniteljstvo.
- ◆ Uočene razlike u kvalitetu života govore u prilog tome da je neophodno raditi na unapređenju kvaliteta svakodnevnog življenja. To podrazumeva na prvom mestu, otkrivanje i eliminisanje svih faktora rizika koji značajno utiču na kvalitet života, ali i otkrivanje protektivnih faktora i njihovo jačanje.

Uzevši u obzir ograničenja ove studije, za buduća istraživanja važno je sledeće:

1. Određivanje karakteristike kvaliteta života samoprocenom i proxiprocenom na reprezentativnom uzorku, uzevši u obzir i fizičko i mentalno zdravlje.

2. Raditi na ažuriranju i dostupnosti registara mentalnih poremećaja na teritoriji Republike Srbije.
3. Analizirati različite faktore rizika i protektivne faktore za kvalitet života i mentalno zdravlje (opšte sociodemografske karakteristike, karakteristike smeštaja, okruženja i slično).
4. Organizovati prospektivno istraživanje kvaliteta života i mentalnog zdravlja, kako bi bio utvrđen smer uticaja.
5. Analizirati somatsko i mentalno zdravlje populacije dece u sistemu socijalne zaštite, kao i dostupnost i upotrebljivost resursa sistema socijalne zaštite.

## **7. LITERATURA**

1. Fayers PM, Machin D. (2007) *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*, 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons.
2. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Issues of quality-of-life measurement in clinical trials. *Control Clin Trials* 1991; 12:S81-90.
3. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993, 2: 152-159.
4. Eiser C, Morse R. Quality of life in chronic disorders of childhood. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-157.
5. Guidance for industry. patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Draft guidance 2006, [www.fda.gov](http://www.fda.gov)
6. Sawyer, M.G., Carbone, J.A., Searle, A.K., & Robinson, P. (2007). The mental health and well-being of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Australia*, 186, 181–184.
7. Miljković S, Vukić D, Trajanović LJ. *Kvalitet života kod mentalnih poremećaja*. Društvo bihevioralne teorije i prakse, Niš, 2004.
8. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol* 1999; 52:355-63.
9. Šulović V, Jakovljević Đ. *Medicina I kvalitet života*. U: Šulović V, Jakovljević Đ i sar. (eds). *Zbornik radova Medicina I kvalitet života: naučni skup sa međunarodnim učešćem (urednici)*, Beograd: Srpska akademija nauka I umetnosti, 1998:5-15.

10. Testa MA, Stein LI. Training in community living: rearsch desing and results. In: Stein LI, Testa MA (eds). Alternatives to mental hospital treatment. New York, London: Plenum Press, 1978.
11. Walter P, (1992). Quality of Life after open heart surgery. Development in cardiovascular medicine. Hetherlands Bo 132.
12. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1995.
13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=quality%20of%20life>.
14. Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well being: Americans' perceptions of life quality. New York: Plenum Press, 1976.
15. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. In: Spilker B, ed. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996: 11-24.
16. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health related quality of life. Ann Int Med 1993; 118:622-9.
17. Kalman CK. Quality of life in cancer patients: a hypopthesis. J Med Ethics 1984; 10:124-7.
18. Hunt SM, McKenna SP, McEwan J, et al. A quantitative approach to perdieved health status: a validation study. J Epidemiol Community Health 1980; 34:281-96.
19. Schalock RL. Quality of life: what we know and do not know. J Intellect Disabil Res 2004; 48: 203-16.
20. Tasta MA, Simoson DC. Aseessing quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996; 334:834-45.
21. Heinze M, Taylor RE, Priebe S, Thornicroft G. The quality of life of patient with paranoid schizophrenia in London and Berlin. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997;32(5):292-297.

22. The WHOQOL Group. (1998). WHOQOL User manual. WHO, Geneva.
23. Murphy B, Herrman H, Hawthorne G, Pinzone T, Evert H (2000). Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide. Australian WHOQoL Field Study Centre, Melbourne, Australia.
24. Becker M, Diamond R. New developments in quality of life measurement in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of life in mental disorders. New York: John Wiley & Sons, 1997: 119-133.
25. Acquadro C., Berzon R., Dubois D., et al. (2003) Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. Value Health, 6, 522–531.
26. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. J Am Med Assoc 1995;4:59-65
27. Cell F, Tulsy S. (1990). Measuring quality of life today. Metodological aspect. Oncology 4:29-38
28. Mendlowics MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. American Journal of Psychiatry 2000;157:669-682
29. De Boer J, van Dam. (1998). FSAM and Spangers MAG. Health Evaluation in HIV infected Patients. AIDS International limited pp 155 – 168.
30. Grujić V, Legećić B, Hačko B. (1999). O kvalitetu života i mogućnostima merenja. Med Pregl L1 (1-2):37-40. Januar-Februar, Novi Sad.

31. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J chr dis* 1987;40:593-600.
32. Brekke J, Kohrt B, Green M. Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001; 27:697-708.
33. Schipper H, Levitt M. Measuring quality of life. Risk and benefits. *Cancer Treat Rep* 1985;69:1115-1123.
34. Guelfi JD. Measuring quality of life. *Ann Med Psychol Paris* 1992;150(9):671-677.
35. Aaronson NK. Methodological issues in psychosocial oncology with special reference to clinical trials. In: Ventafridda V, van Dam FSAM, Yanicik R, Tamburini M (eds). *Assessment of quality of life and cancer treatment*. Amsterdam: Elsevier, 1986:29-42.
36. Katsching H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(suppl 407):33-37.
37. Cella FD. Quality of life: the concept. *J Palliat Care* 1992;8(3):8-13.
38. Connolly MA, Johnson JA. Measuring quality of life in pediatric patients. *Pharmacoeconomics* 1999; 16:605-25.
39. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *Dev Behav Pediatrics* 2001; 22:248-56.
40. De Civita M, Regier D, Alamgir AH, et al. Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations: some conceptual, methodological, and developmental considerations and recent applications. *Pharmacoeconomics* 2005; 23:659-85.
41. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *Dev Behav Pediatrics* 2001; 22:248-56.



42. Barnes PM, Jenney MEM. Measuring quality of life. *Cur Paediatrics* 2002; 12:476-80.
43. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999; 37:126-39.
44. Ravens-Siebere U, Erhart M, Wille N, Wetzel R, Nickel J, Bullinger M. Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: Methodological considerations. *Pharmacoeconomics* 2006;24:1199–220.
45. Frisen A. Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica* 2007;96:963–8.
46. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy KN. Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Val Health* 2004;7:79–92.
47. Stevanović D. Pediatric health-related quality of life instrument. I part: general guidelines for selection. *Vojnosanit pregl* 2008; 65(6): 469–72.
48. Awad AG, Voruganti LN. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull* 2000;26(3):557-64.
49. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J; ADHD European Guidelines Group. Practitioner review: Quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 May;50(5):544-61.
50. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Outcome measures and needs assessment tools for schizophrenia and related disorders (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003081.

51. Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, Službeni glasnik RS br. 55/05 I 71/05.
52. Jevtić M, Popović M, Bibić Ž. Investing in mental health. *Eskulap* 2008;3(1-2):114-21.
53. Kocijančić RI. Mentalna higijena. U: Kocijančić R. Higijena. 1. izd. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2002. str.464-77.
54. Vlajković J. Teorija i praksa mentalne higijene (I). 2. izd. Beograd: Savez društava psihologa Srbije; 1990.
55. WHO. Investing in mental health. Geneva; 2003.
56. World Health Report-Mental Health (2001): New Understanding, New Hope, World Health Organization.
57. WHO. Mental health global action program. Geneva; 2002.
58. WHO. Mental health policy plans and programs. Geneva, 2004.
59. Vidanović I, Kolar D. Mentalna higijena. Autorsko izdanje. Beograd, 2003.
60. Sartorius N. u "Mental health in the early 1980 s: some perspectives", *Bulletin of the WHO*, 61,1,1983.
61. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
62. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>.
63. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry (monograph on CD - ROM). Sadock BJ, Sadock VA. Lippincot Williams & Willkins, 16th ed. Version 3.11.4. New York, 2000.
64. Bibić Ž, Andrejić B. Depresija kod kardiovaskularnihbolesnika Instituta za kardiovaskularne bolesti Vojvodine. *Eskulap* 2008.

65. Lisulov R, Nedić A. Problemi dijagnostike i lečenjadepresivnih poremećaja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u AP Vojvodini, monografije: 71, Novi Sad: Medicinski fakultet Novi Sad, 2006.
66. Achenbach, T. M. (1991a). Manual for the Child Behaviour Checklist/4–18 and 1991 Profile. Burlington VT:University of Vermont Department of Psychiatry.
67. Achenbach, T. M. (1991b). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
68. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth ed.). Washington, DC: Author.
69. Wilmshurst, Linda. Essentials of child psychopathology. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. 2005.
70. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition, Edited by M. Rutter, D. V. M. Bishop D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor and A. Thapar. 2008 Blackwell Publishing Limited.
71. Popović-Deušić S. Problemi mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Beograd, 1999.
72. Kay J, Tasman A. (2006). Essentials of psychiatry. John Wiley and sons.
73. Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana. Službeni glasnik RS, br. 115/05.
74. Nacionalna strategija za prevenciju i zaštitu dece od nasilja. („Službeni glasnik RS”, br. 55/05 i 71/05-ispravka, 101/07 i 65/08),
75. Informator za stručnjake. Urednik Mirjana Karleuša: Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci Familia, Beograd, 2007.
76. Tadić N. Psihijatrija detinjstva i mladosti, Naučna knjiga, Beograd, 2000.

77. Browne, K., Hamilton-Giachritsis, C., Johnson, R., & Oestergren, M. (2006). Overuse of institutional care for children in Europe. *British Medical Journal*, 332, 485–487.
78. Van Damme-Ostapowicz K, Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Szczepański M, Kułak W, Lukaszuk C, Jankowiak B, Rolka H, Baranowska A. Quality of life self-assessment of children living in a children's home, based on own research conducted in the Podlaskie Province. *Adv Med Sci*. 2007;52 Suppl 1:44-50.
79. Carbone JA, Sawyer MG, Searle AK, Robinson PJ. The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Qual Life Res*. 2007 Sep;16(7):1157-66.
80. Richardson, J., & Joughin, C. (2000). *The mental health needs of looked after children*. London: Gaskell.
81. Rushton A. & Minnis H. (2008). Residential and foster family care. In *Child and adolescent psychiatry* (ed. M Rutter, DVM Bishop, DS Pine, S Scott S, J Stevenson, E Taylor, A Thapar), pp. 487-501. Blackwell Publishing: Oxford.
82. Newman L, Mares S. Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:343–348.
83. Vidanović V. Marginalizacija i socijalna isključenost dece bez roditeljskog staranja. *Socijalna misao*, Beograd, 2008; 1:61-70.
84. Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
85. Goldfarb, W. (1945). Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal of Psychiatry*, 102, 18–33.

86. Mirić, J. & Dimitrijević, A. (2006): Poreklo i priroda psihološke vezanosti. U: J. Mirić & A. Dimitrijević (ur.), Zbornik 7: Afektivno vezivanje, str. 6-34. Beograd: Centar za primenjen psihologiju 86
87. Despotović I., Perić I. (2011): Povezanost tri odnosa afektivnog vezivanja. Ispitni rad iz Razvojne psihologije. Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
88. Fonagy, P. & Target, M. (2003). Psychoanalytic Theories; Perspectives from developmental psychopathology, str. 230-254. Whurr Publishers Ltd, UK. 87
89. Zazo, R. (1974): Poreklo čovekove osećajnosti. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
90. Ivić, I. (1978). Čovek kao animal symbolicum, Nolit, Beograd.
91. Stefanović-Stanojević, T. (2006). U: Mirić, J., Dimitrijević, A. (ur): Afektivno vezivanje (str. 157-176), Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
92. Petković M., Grgić J. (2011). Bolbijeva teorija razvoja. <http://www.scribd.com/doc/59672838/bolbijeva-teorija>
93. Svanberg, P.O.G (1998). Attachment, resilience, and prevention. *Journal of Mental health*, 7(6), 543-579.
94. Warren S.L., Huston L., Egeland B., Sroufe A. (1997) Child and adolescent, anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-645.
95. Madigan S, Moran G, Pederson D. Unresolved States of Mind, Disorganized Attachment Relationships and Disrupted Interactions of Adolescent Mothers and Their Infants. *Developmental Psychology*, vol. 42, No 2. 293-304, 2006.

96. Renn, P. Introduction to attachment theory. cited 2010 Jan. 1., [www.counsellingdirectory.org.uk/counselloradvice9952.html](http://www.counsellingdirectory.org.uk/counselloradvice9952.html)
97. Renn, P. (2007). Stop Thief! But What Has Been Stolen and By Whom? Discussion of Paper by John Bowlby. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, Vol. 1, No. 1, 71-77.
98. Gervai J, Nemoda Z, Lakatos K, Ronai Z, Toth I, Ney K, Sasvari-Szekely M. (2005). Transmission Disequilibrium Tests confirm the link between DRD4 gene polymorphism and infant attachment. *American Journal of Medical Genetics Part B - Neuropsychiatric Genetics*, 132B, 126-130.
99. Lakatos K, Nemoda Z, Toth I et al. 2002. Further evidence for the role of dopamine D4 receptor gene (DRD4) in attachment disorganization: Interaction of the III exon 48 bp repeat and th-521 CT promoter polymorphisms. *Mol Psychiatry* 7:27-31.
100. Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.
101. Quinton, D., & Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links*. Aldershot, Hants: Avebury.
102. Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.
103. Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2005). Building attachment relationships following maltreatment and severe deprivation. In L. J. Berlin et al., (Eds.), *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy* (pp. 195-216). New York, London: Guilford Press.

104. Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J., Kopakaki, M., Dunn, J., van IJzendoorn, M. H., et al. (2006). The development of adopted children after institutional care: A follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1246–1254.
105. Rutter, M. & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465–476.
106. Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., et al. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 4, 3, 332–350.
107. Sigal, J., Perry, C., Rossigol, M., & Ouimet, M. (2003). Unwanted infants: Psychological and physical consequences of inadequate orphanage care 50 years later. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 3–12.
108. Tarren-Sweeney, M. (2008). The mental health of children in out-of-home care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 345-349.
109. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, Landsverk J: Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004, 43:960-970.
110. Pilowsky D. Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatr Serv* 1995; 46:906–910.

111. Tarren-Sweeney M, Hazell P. The mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *J Paediatr Child Health* 2006; 42: 91–99.
112. Meltzer H, Corbin T, Gatward R, Goodman R, Ford T: The mental health of young people looked after by local authorities in England: summary report. London: The Stationery Office; 2003.
113. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R: Psychiatric disorders among British children looked after by the authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 2007, 190:319-325.
114. Mount J, Lister A, Bennun I: Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2004, 9:363-382.
115. Blower A, Addo A, Hodgson J, Lamington L, Towlson K: Mental Health of 'Looked After' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2004, 9:117-129.
116. McIntyre A, Keesler TY: Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1986, 15:297-303.
117. Minnis H, Devine C: The effect of foster carer training on the emotional and behavioural functioning of the looked after children. *Adoption and Fostering* 2001, 25:44-54.
118. McCann JB, James A, Wilson S, Dunn G: Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal* 1996, 313:1529-1530.
119. Dimigen G, Del Priore C, Butler S, Evans S, Ferguson L, Swan M: Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: questionnaire survey. *British Medical Journal* 1999, 319:675.



120. Graf E, Bitzer M, Zimmermann-Wagner M: Herausforderung Kinderdorf – Ergebnisse der Kinderdorf-Effekte-Studie (KES). *Unsere Jugend* 2002;527-539.
121. Keil V, Price JM. Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28 (2006) 761– 779.
122. McMillen JC, Zima BT, Scott L, et al. Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:88–95.
123. Famularo R, Fenton T, Augustyn M, Zuckerman B. Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 1245–1248.
124. Dubner AE, Motta RW. Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:367–373.
125. Keller, T.E, Salazar A.M., & Courtney, M.E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32, 626–634.
126. Armsden G, Pecora PJ, Payne VH, Szatkiewicz JP. Children placed in longterm foster care: An intake profile using the child behavior checklist/4-18. *J Emot Behav Dis* 2000; 8:49–64.
127. Heflinger CA, Simpkins CG, Combs-Orme T. Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Child Youth Serv Rev* 2000; 22:55–73.

128. Tarren-Sweeney M. Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Child Youth Serv Rev* 2008; 30:1–25.
129. Delfabbro PH, Barber JG. Before it's too late: Enhancing the early detection and prevention of long-term placement disruption. *Children Australia* 2003; 28:14–18.
130. WHO | International Classification of Diseases (ICD), Geneva, 1993.
131. Informacionog centara Ministarstva za rad i socijalnu politiku Republike Srbije. [www.minrzs.gov.rs](http://www.minrzs.gov.rs).
132. Varni J.W., Seid M. & Kurtin PS. (2001). PedsQL 4.0TM: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care* 39, 800–812.
133. Birmaher B., Brent D.A., Chiappetta L., Bridge J., Monga S. & Baugher M. (1999). Psychometric properties of the Screen For Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 1230–1236
134. Angold A., Costello E.J., Messer S.C., Pickles A., Winder F. & Silver D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods Psychiatric Research* 5, 237–249.
135. Goodman R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 581–586.

136. Goodman R, Scott S (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
137. Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, Rothenberger A, Goodman R (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
138. Damjanovic M, Lakic A, Stevanovic D, Jovanovic A. Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: A cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011 sep; 20(3):257-62.
139. Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2nd edn. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Hillsdale.
140. Egelund T, Lausten M. Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work* 2009, 14, pp 156–165.
141. Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J.M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 28, 2, 2.
142. Stein E, Rae-Grant N, Ackland S, Avison W. Psychiatric disorders of children 'in care': Methodology and demographic correlates. *Can J Psychiatry* 1994; 39:341–347.
143. Ayón C, Marcenko MO. Depression among Latino children in the public child welfare system. *Children and Youth Services Review* 30

- (2008) 1366–1375 Children and Youth Services Review 30 (2008) 1366–1375.
144. Sawyer M.G., Whaites L., Rey J.M., Hazell P.L., Graetz B.W. & Baghurst P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. survey Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41, 530–537.
145. Bastiaansen D., Koot H.M., Ferdinand R.F. & Verhulst F.C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 43, 221-230.
146. Bastiaansen D., Koot H. M. & Ferdinand R.F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. Quality of Life Research 14, 1599-1561.
147. Rajmil L., Palacio-Vieira J.A., Herdman M., Lopez-Aguila S., Villalonga-Olives E., Valderas J.M., Espallargues M., & Alonso J. (2009). Effect on health-related quality of life of changes in mental health in children and adolescents. Health and Quality of Life Outcomes 23, 103.

## PRILOZI

### Prilog I

ID# \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Педијатријски упитник

### о квалитету живота

Верзија 4.0

## УПИТНИК ЗА ДЕЦУ (8-12 година)

### УПУТСТВО

На следећој страни су наведене неке ствари које би могле бити проблем за тебе. Молимо те да нам кажеш колико је свака од њих била **проблем** за тебе у **ПРОТЕКЛИХ МЕСЕЦ ДАНА**.

Заокружи:

**0** ако ти то **никад** није проблем

**1** ако ти то **скоро никад** није проблем

**2** ако ти је то **понекад** проблем

**3** ако ти је то **често** проблем

**4** ако ти је то **скоро увек** проблем

Не постоје тачни и погрешни одговори.

Ако не разумеш питање, слободно затражи помоћ.

У протеклих месец дана, колико је ово био проблем за тебе....

О Мом Здрављу и Активностима	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Тешко ми је да пешачим више од неколико улица	0	1	2	3	4
2. Тешко ми је да трчим	0	1	2	3	4
3. Тешко ми је да се бавим спортом или да радим вежбе	0	1	2	3	4
4. Тешко ми је да подижем неки тежак терет	0	1	2	3	4
5. Тешко ми је да се туширам или купам	0	1	2	3	4
6. Тешко ми је да обављам кућне послове	0	1	2	3	4
7. Имам болове	0	1	2	3	4
8. Немам снаге	0	1	2	3	4

О Мојим Осећањима	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Осећам се уплашено	0	1	2	3	4
2. Тужан/а сам	0	1	2	3	4
3. Љут/а сам	0	1	2	3	4
4. Лоше спавам	0	1	2	3	4
5. Брине ме оно што ће ми се догодити	0	1	2	3	4

Како се Слажем са Другима	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Лоше се слажем са другом децом	0	1	2	3	4
2. Друга деца не желе да се друже са мном	0	1	2	3	4
3. Друга деца ме задиркују	0	1	2	3	4
4. Не могу да радим ствари које раде друга деца	0	1	2	3	4
5. Тешко ми је да пратим игру са другом децом	0	1	2	3	4

О Проблемима у Школи	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Тешко ми је да се концентришем на часу	0	1	2	3	4
2. Лако заборављам ствари	0	1	2	3	4
3. Имам потешкоћа у писању домаћих задатака	0	1	2	3	4
4. Не идем у школу јер се не осећам добро	0	1	2	3	4
5. Не идем у школу да бих отишао код доктора или у болницу	0	1	2	3	4

ID# \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Педијатријски упитник о квалитету живота

Верзија 4.0

### УПИТНИК ЗА ТИНЕЈЦЕРЕ (13-18 година)

#### УПУТСТВО

На следећој страни су наведене неке ствари које би могле бити проблем за тебе. Молимо те да нам кажеш колико је свака од њих била **проблем** за тебе у **ПРОТЕКЛИХ МЕСЕЦ ДАНА**.

Заокружи:

- 0 ако ти то **никад** није проблем
- 1 ако ти то **скоро никад** није проблем
- 2 ако ти је то **понекад** проблем
- 3 ако ти је то **често** проблем
- 4 ако ти је то **скоро увек** проблем

Не постоје тачни и погрешни одговори.

Ако не разумеш питање, слободно затражи помоћ.

У протеклих месеци дана, колико је ово био проблем за тебе.....

О Мом Здрављу и Активностима	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Тешко ми је да пешачим више од неколико улица	0	1	2	3	4
2. Тешко ми је да трчим	0	1	2	3	4
3. Тешко ми је да се бавим спортом или да радим вежбе	0	1	2	3	4
4. Тешко ми је да подижем неки тежак терет	0	1	2	3	4
5. Тешко ми је да се туширам или купам	0	1	2	3	4
6. Тешко ми је да обављам кућне послове	0	1	2	3	4
7. Имам болове	0	1	2	3	4
8. Немам снаге	0	1	2	3	4

О Мојим Осећањима	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Осећам се уплашено	0	1	2	3	4
2. Тужан/а сам	0	1	2	3	4
3. Љут/а сам	0	1	2	3	4
4. Лоше спавам	0	1	2	3	4
5. Брине ме оно што ће ми се догодити	0	1	2	3	4

Како се Слажем са Другима	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Лоше се слажем са вршњацима	0	1	2	3	4
2. Вршњаци не желе да се друже са мном	0	1	2	3	4
3. Вршњаци ме задиркују	0	1	2	3	4
4. Не могу да радим ствари које раде тинејџери	0	1	2	3	4
5. Заостајем за вршњацима	0	1	2	3	4

О Проблемима у Школи	Никада	Скоро никад	Понекад	Често	Скоро увек
1. Тешко ми је да се концентришем на часу	0	1	2	3	4
2. Лако заборављам ствари	0	1	2	3	4
3. Имам потешкоћа у писању домаћих задатака	0	1	2	3	4
4. Не идем у школу јер се не осећам добро	0	1	2	3	4
5. Не идем у школу да бих отишао код доктора или у болницу	0	1	2	3	4



## Prilog II

### Претрага анксиозних поремећаја код деце: СКАРЕД

#### Упутство

Испод је листа реченица које описују како се људи осећају. Прочитај сваку фразу и одлучи да ли је то „Нетачно или готово никад тачно“ или „Делимично тачно или понекад тачно“ или „Тачно или често тачно“ за тебе. Онда, за сваку реченицу стави по један X у колону која тебе описује у *протеклих 3 месеци*.

	0 Нетачно или готово никад тачно	1 Делимично тачно или понекад тачно	2 Тачно или често тачно
1. Када се уплашим, тешко дишем.			
2. Добијам главобоље када сам у школи.			
3. Не волим да будем са људима које не познајем добро.			
4. Плашим се ако спавам ван куће.			
5. Бринем да ли ме људи воле.			
6. Када се уплашим, осећам као да ћу да се онесвестим.			
7. Нервозан/а сам.			
8. Пратим своју мајку или оца где год да иду.			
9. Људи ми говоре да изгледам нервозно.			
10. Нервозан/а сам са људима које не познајем добро.			
11. Добијам стомачне болове када сам у школи.			
12. Када се уплашим, осећам као да ћу да полудим.			
13. Бринем када треба да спавам сам/а.			
14. Бринем да ли сам једнако добар/а као друга деца.			
15. Када се уплашим, осећам као да ствари нису стварне.			
16. Имам кошмаре да се нешто лоше дешава мојом родитељима.			
17. Бринем када треба да идем у школу.			
18. Када се уплашим, моје срце куца брзо.			
19. Уздрхтим.			
20. Имам кошмаре да ће ми се десити нешто лоше.			

	<b>0</b> Нетачно или готово никад тачно	<b>1</b> Делимично тачно или понекад тачно	<b>2</b> Тачно или често тачно
21. Бринем да ли ће се ствари завршити добро по мене.			
22. Када се уплашим, доста се знојим.			
23. Стално бринем.			
24. Стварно се уплашим без неког нарочитог разлога.			
25. Плашим се да будем сам код куће.			
26. Тешко ми је да разговарам са људима које не познајем добро.			
27. Када се уплашим, осећам као да се гушим.			
28. Људи ми говоре да превише бринем.			
29. Не волим да будем далеко од своје породице.			
30. Плашим се да ћу имати нападе панике (анксиозности).			
31. Бринем да би се могло десити нешто лоше мојим родитељима.			
32. Стидим се пред људима које не познајем добро.			
33. Бринем око оног што ће се десити у будућности.			
34. Када се уплашим, осећам као да ћу да повраћам.			
35. Бринем колико добро радим ствари.			
36. Плашим се да идем у школу.			
37. Бринем око ствари које су се управо догодиле.			
38. Када сам уплашен, осећам вртоглавицу.			
39. Нервозан/а сам када сам са другом децом или одраслима и када треба да радим нешто док ме они гледају (на пример: читам наглас, говорим, играм игрицу, учествујем у спорту).			
40. Нервозан/а сам када идем на журке, игранке или нека друга места на којима ће бити људи које не познајем добро.			
41. Стидим се.			

### Prilog III

#### Кратак упитник о расположењу и осећањима: SMFQ-C

Овај упитник је о томе како си се можда осећао/ла или понашао/ла у протеклом периоду. За свако питање, молимо те обележи колико си се осећао/ла или реаговао/ла на такав начин *у протекле две недеље*.

Ако би реченица била тачна за тебе, стави **X** у кућицу испод ТАЧНО.

Ако би реченица била делимично тачна за тебе, стави **X** у кућицу испод ПОНЕКАД.

Ако реченица не би била тачна за тебе, стави **X** у кућицу испод НЕТАЧНО.

	ТАЧНО	ПОНЕКАД	НЕТАЧНО
1. Осећао/ла сам се јадно и несрећно.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Нисам уживао/ла ниучему.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Био/ла сам тако уморан/а да сам само седео/ла и нисам радио/ла ништа.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Био/ла сам врло узнемирен/а.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Осећао/ла сам да више нисам добар/а.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Пуно сам плакао/ла.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Било ми је тешко да правилно мислим и концентришем се....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Мрзео/ла сам себе.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Осећао/ла сам да сам лоша особа.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Осећао/ла сам се усамљено.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Мислио/ла сам да ме нико заиста не воли.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Мислио/ла сам да никада не бих могао/ла бити добар/а као друга деца.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Осећао/ла сам како све радим погрешно.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Prilog IV

### Upitnik snaga i teškoća (SDQ-Srp)

Molim označite u kvadratiću za svako pojedino pitanje dali je odgovor Netačan, Donekle tačan ili Potpuno tačan. Pomoglo bi namda odgovorite što bolje možete na sva pitanja, čak i ako niste potpuno sigurni ili Vam se čini da pitanje nema smisla. Molimo daodgovorite na osnovu sopstvenog ponašanja i okolnosti **tokom poslednjeg meseca.**

Ime i prezime .....

Muško/Žensko

Datum rođenja .....

Netačno Delimično Potpuno  
tačno tačno

Trudim se da budem obziran prema osećanjima drugih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemiran/na sam, ne mogu da ostanem miran/na	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Često imam glavobolje, bolove u stomaku ili mučninu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spreman/na sam da delim ono što imam sa drugima (hranu, igračke, olovke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Često se razljutim i gubim kontrolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretežno sam usamljen/a. Obično se igram sam/a ili se oslanjam na sebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obično radim ono što mi kažu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mnogo brinem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoću da pomognem ako je neko povređen, uznemiren ili se oseća bolesnim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stalno se vrpoljim ili meškoljim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imam bar jednog dobrog prijatelja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Često se tučem. Mogu da nateram druge da urade ono što ja želim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vršnjaci me uglavnom vole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lako bivam rastrojen/a, teško mi je da se koncentrišem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervozan/a sam u novim situacijama. Lako gubim samopouzdanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pažljiv/a sam prema mlađoj deci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Često me optužuju da lažem ili podvaljujem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druga deca ili mlađi ljudi me zadirkuju ili maltretiraju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Često dobrovoljno pomažem drugima (roditeljima, učiteljima, drugoj deci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razmislim pre nego što nešto uradim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzimam stvari koje nisu moje iz škole, kuće ili drugde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolje se slažem sa odraslima nego sa decom moga uzrasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imam puno strahova. Lako se uplašim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ono što započnem završim do kraja, imam dobru pažnju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potpis.....

Datum.....

## **BIOGRAFIJA**

Dr Maja Damnjanović rođena je 1978. godine, u Knjaževcu gde je završila osnovno i srednje obrazovanje.

Medicinski fakultet, Univerziteta u Nišu upisala je 1997. godine, a na istom diplomirala 2004. godine.

Poslediplomske studije, smer „Psihijatrija“, upisala je 2005. godine.

Magistarsku tezu pod nazivom „Prediktivni značaj postpartalne tuge u nastanku i evoluciji postpartalne depresije“ odbranila je juna 2008. godine.

Od juna 2011. godine zaposlena je u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“.

Autor je i koautor naučnih radova u domaćim i stranim stručnim časopisima.

## **SPISAK SKRAĆENICA KORIŠĆENIH U TEKSTU**

HQOL - Health Quality of Life

SZO - Svetska zdravstvena organizacija

WHOQOL Group - World Health Organization Quality of Life Group

PRO - Patient-Reported Outcomes

HRQOL - Health-related Quality of life

QOL - Quality of life

YLD - years lived with disability

GBD - global burden of diseases

DALY – disability adjusted life years

HIV/AIDS - Human immunodeficiency virus/Acquired immune deficiency syndrome - Virus humane imunodeficijencije/Sindrom stečene imunodeficijencije

MhGAP - Mental Health Global Action Programme

NVO - nevladine organizacije

RS - Republika Srbija

CHQ-CF87, Child Health Questionnaire – Child Self Report Form

CHQ - PF50, Child Health Questionnaire –Parents Report Form

KINDL – Upitnik za procenu kvaliteta života

URM - unutrašnji radni modeli

PedsQLTM - Pediatric Quality of Life Inventory™

SCARED - Screen for Child Anxiety Related Disorder

SMFQ - Mood and Feelings Questionnaire Short

SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire

ANOVA - Analiza varijanse

ANCOVA - Analiza kovarijanse

M – srednje vrednosti

SD – standardna devijacija

IP - interval poverenja