УДК 616-056.24:616.8-092.11

А.Г. Кириченко

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»
(директор – проф. А.В. Іпатов)
Дніпропетровськ, 49000, Україна
State Institution «Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability of Health Ministry of Ukraine»
Dnipropetrovsk, 49000, Ukraine
e-mail: Grial09@list.ru

Ключові слова: *інвалідність, хвороби нервової системи, якість життя*
Key words: *disability, diseases of the nervous system, quality of life*

Реферат. Определение качества жизни у людей с ограниченными возможностями. Кириченко А.Г. *С целью определения качества жизни у людей с ограниченными возможностями было проведено исследование в зависимости от возрастных, гендерных и функциональных ограничений с помощью опросника SF-36. Исследование проведено путем изучения анкетных ответов лиц с ограниченными возможностями и выполнялось с использованием сопоставления полученных данных стандартных форм первичной документации. Выявлено, что у инвалидов вследствие болезней нервной системы отмечалось значительное снижение показателей качества жизни по большинству шкал опросника SF-36, который является надежным, валидным и высокоинформативным удобным методом оценки физического и психического состояния здоровья человека с ограниченными возможностями и позволяет осуществлять контроль за различными составляющими жизнедеятельности, имея прогностическое значение относительно эффективности реабилитации, реадаптации и ресоциализации.*

Abstract. Definition of quality of life in people with disabilities. Kyrychenko A. G. *In order to determine quality of life of people with disabilities according to age, gender and functional limitations using questionnaire SF-36 study was conducted. The study was conducted by examining questionnaire data and performed using the comparison of the data in the standard forms of primary documentation. It was revealed that in disabled caused by diseases of the nervous system a significant decrease of quality of life by the most scales of SF-36 questionnaire, was noted it is reliable, valid, and a highly convenient method of assessing physical and mental health of persons with disabilities and allows to control various components of life activity and has prognostic significance with respect to the effectiveness of rehabilitation, reintegration and resocialization.*

Згідно з визначенням ВООЗ, якість життя – це сприйняття людиною свого положення у житті в контексті культуральних та ціннісних орієнтацій відповідно до її особистих цілей, очікувань, стандартів та піклування [1]. Іншими словами, якість життя (ЯЖ) визначається як суб'єктивна задоволеність людини своїм фізичним, психічним та соціальним благополуччям у всіх його аспектах суспільного функціонування [2, 3, 4].

Стан здоров'я, відповідно до рекомендацій ВООЗ, прийнято оцінювати з позицій не тільки виваженості патологічного процесу, але й з точки зору впливу хвороби на самообслуговування, побутову та соціальну активність пацієнта. Саме поняття «якість життя» завжди має на увазі суб'єктивність сприйняття і характеризує задоволеність людини рівнем свого добробуту, тобто ступінь комфортності як всередині себе, так і в рамках суспільства [5, 9, 10].

Незадовільний рівень ЯЖ пацієнтів на хвороби нервової системи пов'язаний не тільки з клінічними проявами хвороби, але й з психологічним типом реагування. Виникнення обмеження життєдіяльності є драматичним для хворого через розвиток соціальної дезадаптації та особистісного дистресу у співвідношенні з суспільством, яке не зовсім правильно обмежує їхнє прагнення до соціальної активності [6, 7]. Людина з обмеженими можливостями підвладна соціальній дискримінації, жорстким соціально-трудовим обмеженням, які протистоять її можливостям і обмежують її соціальну активність. Скринінг та моніторинг оцінки ЯЖ залежно від ступеня обмежень життєдіяльності є одним з пріоритетних напрямків для успішної реадаптації та ресоціалізації. Необхідно відмітити, що в Україні вивчення якості життя осіб з обмеженими можливостями дотепер було обмеженим та практично не проводилося [8]. Актуальність дослідження зумовили складність і гострота проблеми інваліда як особистості в сучасному суспільстві.

Метою дослідження є визначення кількісної оцінки й порівняння між собою показників ЯЖ

залежно від вікових, гендерних та функціональних обмежень за допомогою опитувальника SF-36.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження якості життя проведено шляхом вивчення даних анкетного опитування осіб з обмеженими можливостями та виконувалось з використанням зіставлення отриманих даних стандартних форм первинної документації (анкети, опитувальники, карта амбулаторного хворого, медико-експертні справи, історія хвороби, висновки психолога та ін.). Загальна кількість цього контингенту склала 225 осіб, серед них 134 чоловіки та 91 жінка. Всі обстежені за сукупністю анамнестичних даних і результатів клініко-інструментального дослідження залежно від групи інвалідності були розподілені на дві підгрупи: 71 особа з II групою інвалідності та 154 особи з III групою інвалідності.

Одиниця спостереження: особа віком від 18 до 55 років (жінки) та 60 років (чоловіки), вперше визнана інвалідом внаслідок хвороб нервової системи, яка знаходилася у клініці ДУ «Український державний НДІ МСПІ МОЗ України».

Дослідження ЯЖ складалося з таких етапів: визначення вибіркової сукупності, дані обстеження та анкетування за допомогою валідного адаптованого опитувальника SF-36. Для визначення ЯЖ людей з обмеженими можливостями внаслідок хвороб нервової системи працездатного віку проаналізовано 225 анкет за шкалою SF-36 [1].

Методологічною основою був аналіз відповідей груп інвалідів залежно від нозологічної форми захворювання. Основні показники, які визначали якість життя, були розраховані за допомогою спеціальної математичної програми.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Залежно від віку, в осіб 18–39 років з II групою інвалідності (n=24) порівняно з інвалідами віком 40–60 років (n=47) спостерігалися низькі показники ЯЖ, особливо за шкалами «Загальний стан здоров'я» – 23,05±2,4 бала, «Життєва активність» – 24,16±1,7 бала та «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» – 25,34±1,9 бала.

При визначенні фізичного та психологічного компонентів загального рівня життя були виявлені низькі показники у молодому віці II групи інвалідності – 28,7±1,12 та 30,15±2,71 бала, порівняно з показниками інвалідів віком від 40 до 60 років: 42,41±4,54 та 36,21±3,22 бала, відповідно (табл. 1).

Таблиця 1

Показники ЯЖ інвалідів II групи внаслідок хвороб нервової системи залежно від віку (бали за шкалою SF-36, M±m)

Шкали	Вікові категорії інвалідів II групи	
	18–39 років	40–60 років
1. Фізичне функціонування (ФФ)	26,38±2,6	35,75±2,5
2. Рольове функціонування (РФФС), зумовлене проблемами фізичного здоров'я	28,16±1,9	45±3,1
3. Інтенсивність болю (ІБ)	27,72±2,1	45,75±1,7
4. Загальний стан здоров'я (ЗСЗ)	23,05±2,4	39,04±3,5
5. Життєва активність (ЖА)	24,16±1,7	30,47±2,8
6. Соціальне функціонування (СФ)	36,16±2,8	47,71±3,4
7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РФЕС)	25,34±1,9	45,6±4,2
8. Психічне здоров'я (ПЗ)	28,33±2,3	45,9±3,7

Примітка: достовірність різниць між віковими групами ($p<0,05$).

За результатами досліджень загальних показників ЯЖ інвалідів III групи залежно від віку виявилось, що в молодому віці (n=69) відмічались високі показники за шкалами «Життєва активність» – 53,86±4,58; «Соціальне функціонування» – 68,18±5,62; «Рольове функціонування,

зумовлене емоційним станом» – 73,95±5,97; та «Психічне здоров'я» – 62,9±3,28 бала на фоні відносно знижених показників загального фізичного компоненту порівняно з інвалідами (n=95) зрілого віку (від 40 до 60 років) (табл. 2).

Це свідчило, про те, що ЯЖ в осіб з III групою інвалідності за шкалою SF-36 вище середнього рівня. Проведений кореляційний аналіз показників ЯЖ та віком в осіб з III групою інвалідності виявив позитивний зв'язок середньої сили (r=+0,34, p<0,05).

Таблиця 2

Показники ЯЖ інвалідів III групи внаслідок хвороб нервової системи залежно від віку (бали за шкалою SF-36, M±m)

Шкали	Вікові категорії інвалідів III групи підгрупи	
	18–39 років	40–60 років
1. Фізичне функціонування (ФФ)	41,31±3,17	39,73±2,71
2. Рольове функціонування (РФФС), зумовлене проблемами фізичного здоров'я	34,31±2,89	39,47±2,86
3. Інтенсивність болю (ІБ)	36,13±3,28	46,1±3,46
4. Загальний стан здоров'я (ЗСЗ)	39,31±4,01	39,04±3,51
5. Життєва активність (ЖА)	53,86±4,58	33,26±3,04
6. Соціальне функціонування (СФ)	68,18±5,62	46,57±4,33
7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РФЕС)	73,95±5,97	42,35±4,47
8. Психічне здоров'я (ПЗ)	62,9±3,28	56,89±5,07

Примітка: достовірність різниць між віковими групами (p<0,05).

Інтерпретуючи результати, можна зробити висновок, що особи III групи інвалідності молодого віку мають достовірно вищі показники фізичного та психологічного компонентів порівняно з інвалідами зрілого віку – 63,57±5,31 та 48,11±3,74 бала і 46,65±5,22 та 44,9±3,98 бала відповідно. В оцінці ЯЖ відрізнявся психологічний компонент у молодому віці порівняно з особами старше 40 років.

За гендерними особливостями аналіз показників ЯЖ показав, що в 50 інвалідів II групи чоловічої статі порівняно з жінками виявлено найбільш низькі значення показників за шкалами ФФ – 31,4±1,74; РФФС – 29,2±2,03; ІБ – 18,7±1,17 та ЗСЗ – 24,4±2,21 балів, які формували загальний фізичний компонент – 34,83±2,05 бала. У 21 особи II групи жіночої статі порівняно з чоловіками були вище показники за шкалами загального стану здоров'я (ЗСЗ) – 35,4±3,05 бала, соціального функціонування (ЖА) – 41,2±4,27 бала та психічного здоров'я (ПЗ) – 46,1±3,92 бала (табл. 3).

Низькі показники фізичного та психічного компонентів рівня життя (30,15±2,16 та 33,75±2,71 балів відповідно) у чоловіків з II групою інвалідності свідчили про їх незадоволеність життям і ставленням оточуючих до них. Значення показників шкал ФФ, ІБ та ЖА у 63 жінок з III групою інвалідності були найвищими і становили відповідно 54,17±6,23; 54,8±5,47 та 53,6±4,81 бала. При цьому значення показників ФФ та РФФС у 90 чоловіків, порівняно з жінками, було менше в 1,5 разу (p <0,05) та 1,3 разу (p <0,05) відповідно (табл. 4).

Порівняльний аналіз показників за статтю показав, що у чоловіків відмічалися низькі показники фізичного та психічного компонентів, крім показника «ПЗ» у другій підгрупі, який був вище в 1,3 разу, проведений кореляційний аналіз виявив прямий кореляційний зв'язок між гендерними особливостями і ЯЖ (r=+0,38, p <0,05). Це свідчило про незадоволеність чоловіків різними сферами соціального життя та про порушення внутрішнього контролю над подіями й емоціями. Найбільшу незадоволеність вони відчували в сферах вибору роботи, матеріального становища. У жінок з III групою інвалідності відмічався підвищений рівень соціальних страхів за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом».

Таблиця 3

Показники ЯЖ інвалідів II групи внаслідок хвороб нервової системи залежно від гендерних особливостей (бали за шкалою SF-36, M±m)

Шкали	Інваліди II групи (n=71)	
	чоловіки (n=42)	жінки (n=29)
1. Фізичне функціонування (ФФ)	31,4±1,74	37,8±2,35
2. Рольове функціонування (РФФС), зумовлене проблемами фізичного здоров'я	29,2±2,03	36,4±3,22
3. Інтенсивність болю (ІБ)	18,7±1,17	24,5±2,18
4. Загальний стан здоров'я (ЗСЗ)	24,4±2,21	35,4±3,05
5. Життєва активність (ЖА)	35,6±2,64	41,2±4,27
6. Соціальне функціонування (СФ)	34,7±2,72	36,2±3,16
7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РФЕС)	42,4±4,51	45,8±4,55
8. Психічне здоров'я (ПЗ)	39,2±2,47	46,1±3,92

Примітка: достовірність різниць між статевими групами ($p<0,05$).

При проведенні кореляційного аналізу між віковими та гендерними відмінностями у цієї когорти виявлено прямий кореляційний зв'язок між ступенем проявів ЯЖ та віком чи статтю людини з обмеженими можливостями, який був середньої сили ($r=+0,36$, $p<0,05$). Порівняльний аналіз загальних показників фізичного та психологічного компонентів серед інвалідів внаслідок хвороб нервової системи показав, що в молодому віці, чоловічої статі з II групою інвалідності характерні незадоволеність власним життям, низький ступінь оцінки задоволення різними аспектами життєдіяльності та високий ступінь дезадаптації, який викликає схильність або розвиток суспільної та особистісної самотності і був зумовлений наявністю обмежень життєдіяльності вираженого ступеня. Кореляційний зв'язок між ступенем проявів обмежень життєдіяльності та показниками ЯЖ був прямий позитивний і становив $r=+0,54$, $p<0,05$. Для жінок з III групою інвалідності, віком 40–55 років показники ЯЖ були вище середніх.

Таблиця 4

Показники ЯЖ інвалідів III групи внаслідок хвороб нервової системи залежно від гендерних особливостей (бали за шкалою SF-36, M±m)

Шкали	Інваліди III групи (n=154)	
	чоловіки (n=96)	жінки (n=55)
1. Фізичне функціонування (ФФ)	37,14±3,72	54,17±6,23
2. Рольове функціонування (РФФС), зумовлене проблемами фізичного здоров'я	29,32±2,56	38,4±2,86
3. Інтенсивність болю (ІБ)	35,47±2,34	54,8±5,47
4. Загальний стан здоров'я (ЗСЗ)	34,4±2,76	49,2±3,12
5. Життєва активність (ЖА)	45,6±3,99	53,6±4,81
6. Соціальне функціонування (СФ)	54,9±5,08	37,26±2,73
7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РФЕС)	44,9±3,66	48,58±3,29
8. Психічне здоров'я (ПЗ)	49,5±3,24	38,06±2,89

Примітка: достовірність різниць між статевими групами ($p<0,05$).

Аналізуючи отримані дані анкетування за шкалою SF-36 показників фізичного (31,52±2,49 та 42,35±3,55 бала) та психологічного (45,39±4,27 та 52,63±4,68 бала) компонентів у осіб з II та III групами інвалідності відповідно, можна констатувати, що отримано достовірну різницю між даними респондентами ($p<0,05$).

Фізичні навантаження, з якими інваліди II групи (66,2 %) стикалися протягом свого звичайного дня, мали значне обмеження при виконанні важких фізичних навантажень (біг, підняття ваги, заняття силовими видами спорту та інше) порівняно з особами з III групою інвалідності, в якій відмічалися помірні обмеження, відповідно 42,35 бала (табл. 5).

Аналіз даних шкали «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом», показав значне утруднення у виконанні роботи чи іншої повсякденної діяльності через стан фізичного здоров'я у 86 % інвалідів II групи, у 66,5 % – в осіб з III групою. Низькі показники за шкалами ФФ та РФФС в обох групах свідчили про те, що повсякденна діяльність для перших була значно обмежена фізичним станом хворого, а для других – помірно. Фізична активність інвалідів обох груп була також обмежена значно та помірно (відповідно групам інвалідності) станом їх здоров'я в теперішній час.

При оцінці стану здоров'я хворих за шкалою «Загальний стан здоров'я» інваліди II групи оцінили його як погане чи посереднє у 90,1 % порівняно з інвалідами III групи, де 52 % оцінили своє здоров'я як «посереднє», при цьому 34 % опитаних відзначили, що порівняно з попереднім роком майже таке саме, а у перших воно стало набагато гірше – на 2,6 %, дещо гірше – на 8,9 %.

Таблиця 5

Показники ЯЖ інвалідів залежно від ступеня обмеження життєдіяльності внаслідок хвороб нервової системи (бали за шкалою SF-36, M±m)

Шкали	Інваліди (n=225)	
	II група (n=71)	III група (n=154)
1. Фізичне функціонування (ФФ)	31,4±2,23	42,53±3,17
2. Рольове функціонування (РФФС), зумовлене фізичним станом	31,69±2,54	36,61±2,69
3. Інтенсивність болю (ІБ)	41,67±4,34	49,87±4,21
4. Загальний стан здоров'я (ЗСЗ)	34,22±2,52	39,33±3,48
5. Життєва активність (ЖА)	28,89±2,67	50,94±4,87
6. Соціальне функціонування (СФ)	49,35±4,55	63,35±5,46
7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РФЕС)	49,26±4,19	45,29±4,34
8. Психічне здоров'я (ПЗ)	41,29±4,02	52,02±4,71

Примітка: достовірність різниць між групами за ступенем обмеження життєдіяльності ($p<0,05$).

Аналіз даних за шкалою «Життєва активність» виявив найменш низький показник в інвалідів II групи серед всіх показників, які свідчили про стомлення та зниження життєвої активності внаслідок захворювання, для осіб з III групою, навпаки, цей показник досягав середнього рівня (50,94±4,87 бала). Інваліди II групи відчували себе знесиленими порівняно з III практично в 1,8 разу. Виявлена достовірна різниця показників якості життя інвалідів II групи ($p<0,05$), що підтверджується більш глибокими змінами особистості хворого, які супроводжуються накопиченням особистої тривожності, що може призвести до виникнення депресивного стану невротичного ґенезу та зниження реабілітаційного потенціалу.

Дослідження оцінки показників шкали «Соціальне функціонування» показало, що інваліди II групи оцінили його на 49,35±4,55 бала у сферах соціальної активності та спілкування, з III групою – на 63,35±5,46 бала. Значного негативного впливу стану здоров'я на спілкування з родиною, друзями, сусідами або в колективі у досліджуваних не було виявлено. У цих хворих рівень соціальних контактів, незважаючи на відносно знижені показники ФФ та ЗСЗ, був відносно збереженим і відмічався в межах середнього та вище середнього.

Оцінка показників шкали «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» в інвалідів ІІ групи показала рівень впливу емоційного стану на виконання роботи чи повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості та інше), який становив 49,26±4,19 бала, що можна інтерпретувати, як середній, в осіб ІІІ групи – 45,29±4,34 бала. Порівняно з відповідними параметрами це свідчило про те, що емоційний стан інвалідів ІІ групи залежав від ступеня проявів неврологічних синдромів та загального стану здоров'я і певною мірою впливав на спілкування з родиною, друзями, сусідами або компаніями, особливо в 48 %. В інвалідів ІІІ групи виявилось, що цей показник у 16,2 % дещо нижчий. Незадоволеними у спілкуванні з оточуючими були 24 % інвалідів ІІ групи та 36 % ІІІ, при цьому виявлялася незадоволеність підтримкою, яку отримували від друзів.

При вивченні показників шкали «Психічне здоров'я» в інвалідів ІІ та ІІІ груп загальний показник становив 41,29±4,02 та 52,02±4,71 бала, відповідно, що свідчило про відсутність суб'єктивних проявів значно вираженої депресії або значного порушення настрою.

Таким чином, у людей з обмеженими можливостями внаслідок хвороб нервової системи ІІ та ІІІ груп інвалідності в сукупності структурних чинників здоров'я: фізичного (31,52±2,49 та 42,35±3,55 бала) і психологічного (45,39±4,27 та 52,63±4,68 бала) виявлено рівень якості життя нижче середнього, що свідчило про низький рівень соціальної адаптації та соціалізації.

ВИСНОВКИ

1. Доведено, що в інвалідів ІІ групи відмічалося значне зниження показників ЯЖ за більшістю шкал опитувальника SF-36, особливо показників рольового функціонування, зумовленого фізичним та емоційним станами, які практично в два рази були нижче відповідних показників у осіб ІІІ групи.
2. Визначено, що в осіб з обмеженими можливостями внаслідок неврологічних захворювань з ІІ групою інвалідності якість життя за даними опитувальника SF-36 була статистично знижена більшою мірою, ніж з ІІІ групою, соціально-психологічна оцінка загального здоров'я при ІІІ групі інвалідності була вище середньої, при ІІ групі – незадовільною; найбільш значущий вплив на психічне здоров'я чинили негативні емоційні прояви.
3. Встановлено, що менш адаптованими були особи чоловічої статі, представники вікової групи від 40 до 60 років з низьким рівнем незалежності від родини та суспільства. Жінки відчували соціальну підтримку та займали активну життєву позицію, але мали нижчу самооцінку й сильні негативні переживання.
4. Доведено, що опитувальник якості життя SF-36 є надійним, валідним та високоінформативним зручним методом оцінки фізичного та психічного стану здоров'я людини з обмеженими можливостями внаслідок хвороб нервової системи і дозволяє здійснювати контроль за різноманітними складовими життєдіяльності та має прогностичне значення відносно ефективності реабілітації, реадаптації та ресоціалізації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2004. – 440 с.

2. Голик В.А. Сравнительный анализ оценки качества жизни больных рассеянным склерозом и хроническими инвалидизирующими соматическими заболеваниями / В.А. Голик // Укр. неврол. журнал. – 2010. – № 1. – С. 82–87.

3. Инвалидность, состояние здоровья и качество жизни инвалидов войны и пути оптимизации их социальной защиты / С.Н. Пузин, Б.Н. Хубутия, Л.Н. Чикинова: монография. – М., 2009. – 173 с.

4. Лехан В.М. Якість життя хворих на хронічні захворювання та інвалідів: загальні закономірності / В.М. Лехан, А.В. Іпатов, С.С. Паніна // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 20-24.

5. Морозова Е.В. Социально-психологические аспекты реабилитации инвалидов в практике медико-социальной экспертизы / Е.В. Морозова, Б.Н. Хубутия // Вестник Всерос. об-ва специалистов по медико-социальной экспертизе, медико-социальной реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2006. – № 3–4. – С. 74-77.

6. Новик А.А. Интегральный показатель качества жизни – новая категория в концепции исследования качества жизни / А.А. Новик, Т.И. Ионова // Вестник качества жизни. – 2006. – № 7–8. – С. 111-116.

7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб.: Издат. дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. – 320 с.

8. Соколова Л.І. Дослідження показників якості життя, пов'язаних зі здоров'ям, у хворих на розсіяний

склероз / Л.І. Соколова, Г.В. Гудзенко // Укр. неврол. журнал. – 2009. – № 3. – С. 46-50.

9. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART / Jelsma J. [et al.] // AIDS Care. – 2005. – Vol. 17, N 5. – P. 579-88.

10. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support / W. Robert Motl, Edward McAuley, Erin M. Snook, Rachael C. Gliottoni // Psychol Health Med. – 2009. – Vol. 14, N 1. – P. 111-124.

REFERENCES

1. Belova AN. [Scale tests and questionnaires in neurology and neurosurgery. Guidance for doctors]. «Antidor». 2004:440. Russian.

2. Golik VA. [Comparative analysis of quality of life assessment of patients with multiple sclerosis and chronic disabling physical illness]. Ukrainsky nevrologichny Journal. 2010;1:82–87. Russian.

3. Puzin SN, Khubutia BN. [Disability, health and quality of life of disabled veterans and ways to optimize their social security: monograph]. 2009:173. Russian.

4. Lekhan VN, Ipatov AV, Panina SS. [Quality of life in patients with chronic illness and disabled: general patterns]. Journal of Social Hygiene and Public Health Organization Ukraine. 2004;3:20–24. Ukrainian.

5. Morozova EV, Khubutia BN. [Socio-psychological aspects of rehabilitation of disabled persons in the practice of medical and social examination]. Bulletin of the All-Russian Society of Medical and Social Expertise, medical and social rehabilitation and rehabilitation industry. 2006;3-4:74–77. Russian.

6. Novik AA, Ionova TI. [Integral indicator of quality of life – a new category in the concept of quality of life studies]. Vestnik kachestva zhizni. 2006;7-8:111-6. Russian.

7. Novik AA, Ionova TI. [Guide to the study of life quality in medicine]. Publishing house «Neva», St.-Petersburg, Russian Federation. 2002:320. Russian.

8. Sokolova LI, Gudzenko GV. [Investigation of quality of life related to health in patients with multiple sclerosis]. Ukrainsky nevrologichny Journal. 2009;3:46–50. Ukrainian.

9. Jelsma J. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. AIDS Care. 2005;17(5):579–88.

10. Robert W Motl, Edward McAuley, Erin M Snook, Rachael C Gliottoni. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. Psychol Health Med. 2009;14(1):111–24.

Стаття надійшла до редакції
19.12.2013