

• ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ. ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ

• HUMAN HEALTH. PHYSICAL RECREATION

УДК 796.012.3

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛІТНЬОЇ ЛЮДИНИ:
ЗНАЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ****Юлія ПАВЛОВА***Львівський державний університет фізичної культури,
Львів, Україна*

Анотація. Для суспільства важливою є підтримка незалежності, підвищення рівня активності, поліпшення якості життя літніх людей. Мета роботи – проаналізувати взаємозв'язки між здоров'ям, руховою активністю та якістю життя літньої людини. Проведено опитування 100 осіб літнього віку. Показано, що здоров'я становить нерозривне ціле із якістю життя літньої людини на мікрорівні (функціональний стан, фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, соціальний капітал, цінності та переконання, поведінкові компетенції). Виявлено, що якість життя осіб літнього віку є нижчою ніж 50 балів за шкалами “Рівень болю”, “Загальний стан здоров'я”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем”. Установлено тісні прямі кореляційні взаємозв'язки між кількістю метаболічних еквівалентів, витрачених на рухову активність середньої потужності, та якістю життя літньої людини.

Ключові слова: літні люди, рухова активність, здоров'я, якість життя.

Постановка проблеми. 2009 року загальна кількість осіб після 60 років становила 680 млн; цей показник щодня збільшується на 30 000. Згідно з прогнозами ВООЗ та ООН, до 2050 року кількість літніх людей дорівнюватиме 2 млрд. Якщо порівнювати із демографічними показниками 1950 року, то кількість осіб віком 60 років збільшиться в 10 разів, а осіб після 80 років – у 27 разів. У Польщі відносна кількість осіб цієї вікової категорії становить 13,6%, Білорусі – 13,9%, Румунії – 14,9%, Норвегії та Україні – 15,3%, Нідерландах та Литві – майже 16%, Франції – 16,7%, Іспанії – 17,2%, Португалії, Греції та Італії – близько 20%.

Гостро на сьогодні постає потреба підтримки незалежності, підвищенні рівня суспільної активності, поліпшення якості життя літніх людей. У зв'язку із очікуванням високого рівня благополуччя в літньому віці та спрямованістю державної політики в бік зменшення витрат на послуги охорони здоров'я, значне зацікавлення викликають нові ідеї щодо вирішення фізичних, психологічних і соціальних проблем старших людей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Якість життя – центральний об'єкт досліджень у різних галузях науки (медицині, економіці, соціології тощо). На сьогодні якість життя стала невід'ємною частиною популяційних і епідеміологічних досліджень. Як результат, існує близько ста визначень цього поняття [3, 12]. Деякі із них мають загальний характер – “усвідомлення людиною власного благополуччя”, “задоволеність чи незадоволеність життям” або “відчуття щастя чи нещастя” [4, 13]. Проте якість життя не можна прирівняти лише до стану здоров'я, способу життя, задоволеності життям або психічного стану [1, 2, 5, 12, 14].

Згідно з запропонованими концепціями, якість життя містить фізичне здоров'я людини, психологічний стан, рівень незалежності, соціальні відносини, особисті переконання та реалізацію усіх цих чинників, зважаючи на умови навколишнього середовища. А. Боулінг та Р. Шалок зазначають [3, 12], що, оскільки є труднощі у формулюванні єдиного визначення, основну увагу вчені зосереджують на методології вимірювання якості життя. Найчастіше такий підхід використовують у медицині – із 68 запропонованих моделей якості життя 16 не опираються на чіткі визначення [7].

Невстановленими залишаються відмінності між якістю життя осіб літнього віку й іншими віковими групами, що можна пояснити відсутністю чітко визначених та обґрунтованих складових якості життя, а також відсутністю моделей, орієнтованих на старших людей.

Метою роботи було проаналізувати взаємозв'язки між здоров'ям, руховою активністю та якістю життя літньої людини.

Завдання:

- 1) охарактеризувати складові якості життя осіб літнього віку;
- 2) виявити чинники, що позитивно впливають на них.

Методи досліджень – аналіз та узагальнення даних наукової та методичної літератури, документальний (вивчення документів української та європейської баз “Здоров'я для всіх”, “Eurostat”, даних Центру медичної статистики МОЗ України), соціологічні та математичної статистики.

Якість життя визначали за допомогою питальника MOS SF 36 за такими шкалами: “Фізична активність” (ФА), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (РФ), “Рівень болю” (Б), “Життєздатність” (ЖЗ), “Соціальна активність” (СА), “Психічне здоров'я” (ПЗ), “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем” (РЕ), “Загальний стан здоров'я” (ЗЗ) [2]. Для визначення рівня рухової активності використовували питальник IPAQ (International physical activity questionnaire). В опитуванні, яке проводили у 2012–2013 рр., взяли участь 100 слухачів (жінки віком 65±6 років) Університету третього віку, який функціонує при Львівському державному університеті фізичної культури.

Кореляційний аналіз проводили за Спірманом.

Результати та їх обговорення. У наукових працях можна спостерігати зміщення акцентів від негативної парадигми старості, згідно з якою основна увага зосереджується на незадовільному стані здоров'я, самотності, нездатності самостійно приймати рішення, неповносправності, бідності, соціальній ізоляції, призупиненні інтелектуального розвитку, до позитивних підходів. Старіння розглядають як природний стан живого організму, що в суспільному вимірі супроводжується зміною соціальних ролей (вихід на пенсію, потреба у допомозі) та появою нових можливостей для особистої реалізації. Серед основних потреб осіб літнього віку можна назвати такі: збереження здоров'я, доступ до медичних послуг, активний зв'язок із соціумом, виконання суспільно корисних завдань, використання вільного часу на власний розсуд, інтелектуальний розвиток, сталі стосунки та стабільне життя. Тому при визначенні якості життя старших людей необхідно звертати увагу на фізичне, емоційне та когнітивне функціонування, симптоми захворювань та сприйняття здоров'я, енергійність, задоволеність життям, матеріальне становище, здатність реалізовувати власні зацікавлення. Цікавими є дослідження М. Лаутона [9], який як важливу компоненту якості життя літньої людини розглядав життєві компетенції. Їхня сформованість безпосередньо стосується до прагнення пізнавати нове, уміння налагоджувати й підтримувати соціальні контакти, зберігати власне здоров'я, підтримувати позитивний настрій тощо.

Зважаючи на значну кількість складових, для формування комплексної структури якості життя літньої людини було використано методичні підходи, які запропонував Р. Шалок [11, 12]. Учений наголошував, що якість життя необхідно описувати як багаторівневу структуру, складовими якої повинні бути як об'єктивні, так і суб'єктивні показники. На основі таких рекомендацій та даних наукової літератури ми запропонували трирівневу структуру якості життя літньої людини (див. рис. 1).

На рівні мікросистеми якість життя має суб'єктивний характер; оцінювати необхідно відчуття задоволеності та щастя, а основними показниками є функціональний стан, фізичне здоров'я (захворювання і травми), психологічне благополуччя, соціальний капітал (соціальна активність, налагоджені контакти), цінності та переконання, поведінкові компетенції. Якість життя на рівні мезосистеми необхідно аналізувати враховуючи об'єктивні показники – рівень функціонування, участь у повсякденній діяльності, важливими також є самовизначення, автономність, освіта, зайнятість. Макросистема охоплює усі чинники навколишнього середовища, що своєю чергою обумовлюють стандарти життя, смертність, очікувану тривалість життя, кількість працевлаштованих, рівень грамотності тощо.

Якість життя осіб літнього віку було оцінено за допомогою анкети MOS SF 36. Необхідно зауважити, що досліджувана група є досить неоднорідною – мінімальні та максимальні

значення за деякими шкалами варіюють від 0 до 100 балів. Найнижчі мінімальні значення (0 балів) виявлено за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем”. Показники усіх шкал формують дві складові – фізичне та психологічне благополуччя. До загальної фізичної компоненти належать такі шкали: “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю”, “Загальний стан здоров’я”, її середнє значення становить 65 балів. Показник загальної психологічної компоненти дорівнює 60 балам та узагальнює шкали “Психічне здоров’я”, “Соціальна активність”, “Життєздатність”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем” (див. рис. 2).

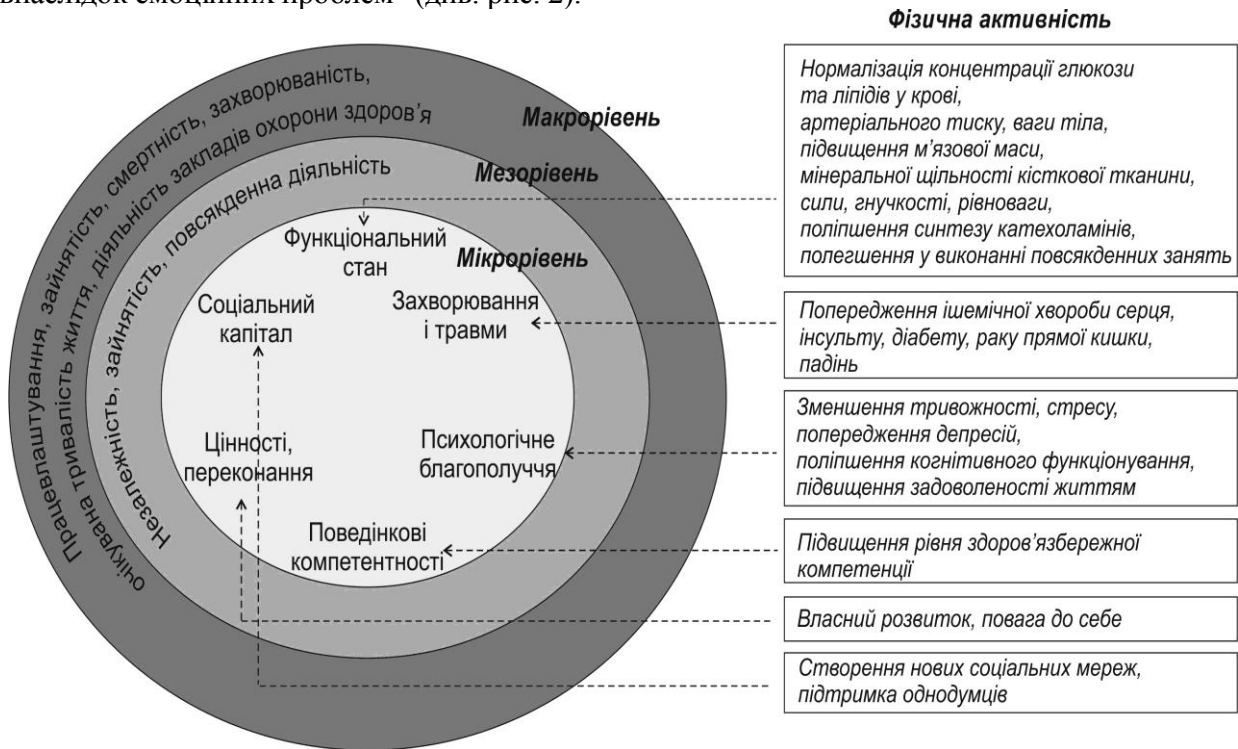


Рис. 1. Якість життя літньої людини та вплив на неї фізичної активності

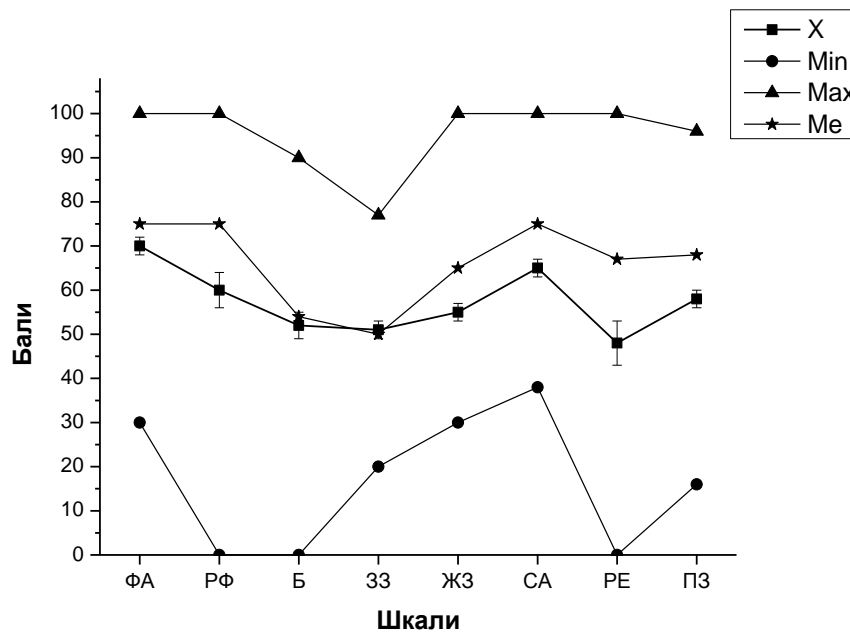


Рис. 2. Суб’єктивна оцінка якості життя осіб літнього віку:

ФА – “Фізична активність”, РФ – “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, Б – “Рівень болю”, ЗЗ – “Загальний стан здоров’я”, ЖЗ – “Життєздатність”, СА – “Соціальна активність”, РЕ – “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем”, ПЗ – “Психічне здоров’я”; X – середні значення; Min – мінімальні значення; Max – максимальні значення; Me – медіана

Виявлено, що якість життя респондентів є низькою за більшістю шкал та становить близько 60 балів для шкал “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Соціальна активність” та менше ніж 50 балів за шкалами “Рівень болю”, “Загальний стан здоров'я”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем”. Найвищі бали були виявлені для шкали “Фізична активність” (70 балів). Загалом 50–60% респондентів не мають труднощів із такими різновидами щоденної активності – піднятися на один поверх сходами (68%), нахилитися, стати навколішки, зігнутися (55%), пройти понад один кілометр (61%), пройти кілька кварталів (54%), самостійно митися та вдягатися (69%). Натомість лише 14% опитаних можуть бігати, брати участь у спортивних змаганнях, 42% – не відчують жодних фізичних проблем під час прибирання квартири, пересування неважких меблів, 35% – під час піднімання й перенесення сумок із продуктами, 44% – під час піднімання сходами на кілька поверхів.

Особи літнього віку незадовільно оцінили вплив емоційних проблем на рівень своєї щоденної діяльності за останні чотири тижні. Значення показника становить 48 балів, а у своїх відповідях респонденти зауважують, що дратівливість, пригніченість, відчуття суму заважали виконувати або завершити роботу.

Основною складовою якості життя людини, що обумовлює її здатність виконувати соціальні ролі, слідувати власній життєвій меті та вибирати спосіб життя, є здоров'я; це особливо чітко можна прослідкувати на рівні мікросистеми. Незадовільний стан здоров'я та низький рівень соціальної активності – основні чинники, що погіршують якість життя літньої людини, мають суттєвий вплив на макрорівень якості життя та відображаються в медико-демографічних показниках. Порівняно із іншими віковими групами особи після 65 років частіше страждають від хронічних хвороб. Понад 85% осіб віком від 65 до 100 років мають хронічні захворювання серцево-судинної, опорно-рухової систем, порушення роботи органів чуття, а також психічні розлади (депресія, старечі деменції) [8]. Так, наприклад, у Великобританії серед основних причин інвалідності осіб, старших за 65 років, є порушення опорно-рухового апарату, захворювання серця і кровоносних судин, хвороби дихальної та травної систем [6]. Для літніх українців найбільш характерними є серцево-судинні хвороби, онкозахворювання та старечі деменції. Проте саме хвороби серця й судин, а також рак, за даними Центру медичної статистики МОЗ України та Державної служби статистики України (2012 р.), – основні причини смерті українців після 50 років (табл. 1).

Таблиця 1

Причини смерті осіб після 50 років

Захворювання	Відносна кількість осіб, %	
	50–64 роки	після 60 років
Інфекційні та паразитарні хвороби	2,40	0,20
Новоутворення	25,82	10,9
Розлади психіки та поведінки	0,41	0,10
Хвороби нервової системи	1,35	0,37
Хвороби системи кровообігу	46,62	79,18
Хвороби органів дихання	3,09	2,23
Хвороби органів травлення	8,06	1,98
Хвороби сечостатевої системи	0,75	0,36

Також виявлено, що оцінка респондентами власного стану здоров'я є низькою. Показник за шкалою “Загальний стан здоров'я” становить 49 балів та, очевидно, обумовлює є низькі значення за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю”, “Життєздатність”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем”. Детальний аналіз відповідей респондентів виявив, що лише 3% зазначають про дуже добрий стан здоров'я та набагато кращий, ніж рік тому. Крім того, 13% опитаних зауважують, що можуть захворіти легше, ніж інші, а 19% передчують погіршення здоров'я.

Шкала “Соціальна активність” дозволяє оцінити ступінь соціалізації та спілкування; низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів у зв'язку з погіршенням емо-

ційного і фізичного станів. Мінімальні, максимальні та середні значення цього показника є високими порівняно із значеннями інших шкал та становлять 38, 100 та 65 відповідно (див. рис. 2). Проте ці результати не можна вважати репрезентативними, оскільки особи літнього віку, залучені до опитування, мали можливість відвідувати спеціально організоване навчання, яке сприяло налагодженню нових контактів, соціальній інтеграції та активній рекреації.

Оскільки низький рівень фізичної активності – один із основних чинників, який негативно впливає на адаптивні процеси в осіб літнього віку, спричиняє збільшення ваги, розвиток остеоартриту [4], хвороб серця й судин [10], депресії [8], онкозахворювань, було проаналізовано вплив цього показника на мікрорівень якості життя. Серед ефектів від занять фізичною культурою необхідно згадати не лише профілактику захворювань (див. рис. 1), але й підвищення рівня когнітивного функціонування, автономності, зниження тривожності, високий рівень соціальної підтримки за рахунок створення нових соціальних мереж, що позитивно впливає на показники “Функціональний стан”, “Захворювання та травми”, “Психологічне благополуччя”, “Поведінкові компетенції”, “Соціальний капітал”, а отже, і на якість життя літньої людини в цілому.

Виявлено, що інтенсивні фізичні навантаження не є обов’язковою умовою оптимального здоров’я і благополуччя літньої людини. Між шкалами питальника MOS SF 36 та роботою високої потужності виявлено статистично достовірну кореляцію лише стосовно шкали “Фізична активність” ($r = 0,45$) (табл. 2). Натомість повсякденна діяльність – ходьба, піднімання сходами, по драбині, сільськогосподарські роботи, хатня робота можуть поліпшити якість життя літніх людей. Так, статистично важливі коефіцієнти кореляції були виявлені між кількістю метаболічних еквівалентів, витрачених на роботу середньої потужності, ходьбу, та складовими якості життя.

Таблиця 2

Кореляції між якістю життя літніх людей та рівнем рухової активності **

Різновиди рухової активності (згідно з IPAQ)	Шкали за питальником MOS SF 36							
	ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Робота середньої потужності	0,71*	0,65*	0,20	0,45*	0,31*	0,65*	0,48	0,63*
Робота високої потужності	0,45*	0,31	0,15	0,23*	0,33	-	-	-
Ходьба	0,43	0,45	0,34	0,82*	0,43*	0,5	0,56*	0,73*

Примітки: “*” – достовірна кореляція, $p < 0,05$;

“**” – дані отримані за результатами опитувань 100 осіб.

Найсильніші кореляції було виявлено між шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров’я” та роботою середньої потужності, коефіцієнти кореляції становили 0,71, 0,65 та 0,63 відповідно. Тісні прямі статистично достовірні кореляції існують між складовою “Психічне здоров’я” та ходьба ($r = 0,73$). Отже, особи, які частіше на роботі, у вільний час, під час роботи вдома чи на присадибній ділянці займалися помірною фізичною активністю (наприклад, піднімання легких вантажів, підмітання, миття вікон, прибирання листя, їзда на велосипеді чи плавання в регулярному темпі), мають вищу якість життя та рідше зазначають про труднощі із щоденними фізичними навантаженнями (перенесення сумки із продуктами, піднімання сходами, тривалі прогулянки тощо), беруть активну участь у суспільному житті, не мають фізичних чи емоційних проблем під час налагодження соціальних контактів, мають добрий настрій.

Висновки:

1. У якості життя літньої людини виокремлено три частини – мікро-, мезо- та макрорівень. Їхніми складовими визначено функціональний стан, фізичне здоров’я, психологічне благополуччя, соціальний капітал, цінності та переконання, поведінкові компетенції, повсякденну діяльність, автономність, освіту, зайнятість, умови навколишнього середовища.

2. Якість життя осіб літнього віку, згідно з питальником MOS SF 36, є низькою – показник “Загальна фізична компонента” становить 65 балів, значення “Загальна психологічна компонента” – 60 балів.

3. Існують тісні прямі кореляції між кількістю метаболічних еквівалентів, витрачених на роботу середньої потужності, ходьбу, та шкалами якості життя “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров'я”.

Перспективи подальших досліджень полягають у вдосконаленні профілактичних фізкультурно-оздоровчих програм для осіб літнього віку.

Список літератури

1. Приступа Є. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання / Є. Приступа, Н. Куриш // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 54–63.
2. Феценко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю. І. Феценко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. – 2002 – № 3. – С. 9–11.
3. Bowling A. Measuring health. A review of quality of life measurement scales / A. Bowling. – Buckingham : Open University Press, 1997. – 211 p.
4. Cicuttini F. M. The association of obesity with osteoarthritis of the hand and knee in women: a twin study / F. M. Cicuttini, J. R. Baker, T. D. Spector // Journal of Rheumatology. – 1996. – Vol. 23. – P. 1221–1226.
5. Felce D. Quality of life: its definition and measurement / D. Felce, J. Perry // Research in Developmental Disabilities. – 1995. – Vol. 16. – P. 51–74.
6. Health in England 1995: what people know, what people think, what people do / A. Bridgwood, G. Malbon, D. Lader, J. Matheson. – London : HMSO, 1996. – 128 p.
7. Health- Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature / M.-C. Taillefer, G. Dupuis, M.-A. Roberge, S. Lemay // Social Indicators Research. – 2003. – Vol. 64. – P. 293–323.
8. Hoffman C. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs / C. Hoffman, D. Rice, H. Sung // JAMA. – 1996. – Vol. 276. – P. 1478 – 1479.
9. Lawton M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elders / M. P. Lawton // The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly / J. E. Birren et al. eds. – San Diego : Academic Press, 1991. – P. 3–27.
10. Osteoarthritis as a determinant of an adverse coronary heart disease risk profile / E. F. Philbin, M. D. Ries, G. D. Groff [et al.] // Journal of Cardiovascular Risk. – 1996. – Vol. 3. – P. 529–533.
11. Schalock R. L. The Concept of Quality of Life: What We Know and Do Not Know / R. L. Schalock // Journal of Intellectual Disability Research. – 2004. – Vol. 48. – P. 203–216.
12. Schalock R. L. Three Decades of Quality of Life / R. L. Schalock // Focus on Autism & Other Developmental Disabilities. 2000. – Vol. 15. – P. 116 – 127.
13. Singer P. A. Quality end-of-life care: patients' perspectives / P. A. Singer, D. K. Martin, M. Kelner // JAMA. – 1999. – Vol. 281. – P. 163–168.
14. Snoek F. J. Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being / . J. Snoek // Diabetes Spectrum. – 2000. – Vol. 13. – P. 24–28.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА: ЗНАЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Юлия ПАВЛОВА

*Львовский государственный университет
физической культуры, Львов, Украина*

Аннотация. Важной является поддержка независимости, повышение уровня общественной активности, улучшения качества жизни пожилых людей. Цель работы – проанализировать взаимосвязи между здоровьем, двигательной активностью и качеством жизни пожилого человека. Проведен опрос 100 пожилых людей. Показано, что здоровье составляет неразрывное целое с качеством жизни пожилого человека на микроуровне (функциональное состояние, физическое здоровье, психологическое благополучие, социальный капитал, ценности и убеждения, поведенческие компетенции). Выявлено, что качество жизни лиц пожилого возраста ниже 50 баллов по шкалам "Уровень боли", "Общее состояние здоровья", "Ограничение жизнедеятельности вследствие эмоциональных проблем". Установлены тесные прямые корреляционные взаимосвязи между количеством метаболических эквивалентов, потраченных на двигательную активность средней мощности, и качеством жизни пожилого человека.

Ключевые слова: пожилые люди, двигательная активность, здоровье, качество жизни.

AGED PERSON'S LIFE QUALITY: IMPORTANCE OF HEALTH AND MOTOR ACTIVITY

Iuliia PAVLOVA

Lviv State University of Physical Culture, Lviv, Ukraine

Abstract. The support of independence, increasing of social activity, the improving of life quality of an aged person is important. The analysis of the relationship between health, motor activity and life quality of an aged person was the aim of the study. The survey of 100 aged people was conducted. It was shown that health is an indivisible whole with the life quality of an aged person at micro level (functional status, physical health, psychological well-being, social capital, values and beliefs, behavioral competence). The life quality was lower than 50 point according to scale Bodily Pain, General Health, Role Emotional. The strong positive correlations between the amount of metabolic equivalents spent on an average motor activity and life quality of aged people were identified.

Keywords: an aged person, physical activity, health, quality of life.

References

1. Prystupa Ye., Kurysh N. Yakist' zhyttya lyudyny: katehoriyi, komponenty ta yikh vymiryuvannya [Quality of human life: categories, components and their measurements] // Fizychna aktyvnist', zdorov'ya i sport. 2010. № 2. S. 54–63. (Ukr.)
2. Feshchenko Yu. I., Mostovoy Yu. M., Babiychuk Yu. V. Protsedura adaptatsiyi mizhnarodnoho opytuval'nyka otsinky yakosti zhyttya MOS SF-36 v Ukraini. Dosvid zastosuvannya u khvorykh bronkhial'noyu astmoyu [Procedure for the adaptation of the international questionnaire for evaluating the quality life of MOS SF-36 in Ukraine. Experience with patients with bronchial asthma] // Ukrayins'kyu pul'monolohichnyy zhurnal. 2002. № 3. S. 9–11. (Ukr.)
3. Bowling A. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Bucking-

ham : Open University Press, 1997. 211 p.

4. *Cicuttini F. M., Baker J. R., Spector T. D.* The association of obesity with osteoarthritis of the hand and knee in women: a twin study // *Journal of Rheumatology*. 1996. Vol. 23. P. 1221–1226.

5. *Felce D., Perry J.* Quality of life: its definition and measurement // *Research in Developmental Disabilities*. 1995. Vol. 16. P. 51–74.

6. *Bridgwood A., Malbon G., Lader D., Matheson J.* Health in England 1995: what people know, what people think, what people do. London : HMSO, 1996. 128 p.

7. *Taillefer M.-C., Dupuis G., Roberge M.-A., Lemay S.* Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature // *Social Indicators Research*. 2003. Vol. 64. P. 293–323.

8. *Hoffman C., Rice D., Sung H.* Persons with chronic conditions: their prevalence and costs // *JAMA*. 1996. Vol. 276. P. 1478 – 1479.

9. *Lawton M. P.* A multidimensional view of quality of life in frail elders // *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* / J. E. Birren et al. eds. San Diego : Academic Press, 1991. P. 3–27.

10. *Philbin E. F., Ries M. D., Groff G. D. [et al.]* Osteoarthritis as a determinant of an adverse coronary heart disease risk profile // *Journal of Cardiovascular Risk*. 1996. Vol. 3. P. 529–533.

11. *Schalock R. L.* The Concept of Quality of Life: What We Know and Do Not Know // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004. Vol. 48. P. 203–216.

12. *Schalock R. L.* Three Decades of Quality of Life // *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*. 2000. Vol. 15. P. 116 – 127.

13. *Singer P. A., Martin D. K., Kelner M.* Quality end-of-life care: patients' perspectives // *JAMA*. 1999. Vol. 281. P. 163–168.

14. *Snoek F. J.* Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being // *Diabetes Spectrum*. 2000. Vol. 13. P. 24–28.

Стаття надійшла до редколегії 10.02.2014