

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.1:330.59

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.04.001

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Мороз И.Н.¹, Сикорский А.В.¹, Петретто Д.Р.³, Павлович Т.П.¹, Сушинский В.Э.¹,
Мороз-Водолажская Н.Н.¹, Можейко В.Ч.², Боровая Е.В.¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

² Островецкая клиническая центральная больница, г. Островец, Республика Беларусь

³ Университет Кальяри, г. Кальяри, Сардиния, Италия

Ключевые слова:

удовлетворенность, качество жизни, физическое и психическое благополучие, самовосприятие, социальное благополучие, микросоциальная поддержка, опросник WHOQOL-BREF.

Аннотация

В статье представлены результаты оценки качества жизни населения в рамках реализации международного проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования». Установлено, что большинство респондентов (80,6%) удовлетворены качеством жизни. Уровень общей оценки качества жизни был выше среднего и составил 66,0% (95% ДИ 65,3–66,7). Наиболее высокий уровень оценки респондентами был характерен для доменов: самовосприятие (67,1% (95% ДИ 66,3–67,9)), микросоциальная поддержка (74,9% (95% ДИ 73,8–75,9)), социальное благополучие (71,8% (95% ДИ 70,9–72,7)), наиболее низкий – для физического и психического благополучия (54,7% (95% ДИ 53,9–55,4)).

THE ASSESMENT OF PUBLIC SATISFACTION WITH QUALITY OF LIFE

Moroz I.N.¹, Sikorski A.V.¹, Petretto D.R.³, Pavlovich T.P.¹, Sushyncki V.E.¹,
Maroz-Vadalazhskaya N.N.¹, Mozheiko V.Ch.², Borovaya K.V.¹

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

² Ostrovets Central Clinical Hospital, Ostrovets, Republic of Belarus

³ University of Cagliari, Cagliari (Sardinia), Italy

Keywords:

satisfaction, quality of life, physical and mental health, psychological, environment, social relationships, questionnaire WHOQOL-BREF.

Abstract

The article presents the results of evaluation the quality of life of the population within the framework of the international project "Longevity, lifestyle and eating: the importance of education." It was found that the majority of respondents (80.6%) are satisfied with the quality of life. The level of general evaluation of the quality of life was above average and reached to 66.0% (95% CI 65.3–66.7). The highest level of evaluation by respondents was typical for the domains: psychological (67.1% (95% CI 66.3–67.9)), social relationships (74.9% (95% CI 73.8–75.9)), environment (71.8% (95% CI 70.9–72.7)), the lowest for physical and mental health (54.7% (95% CI 53.9–55.4)).

В современных условиях развития общества особое внимание уделяется качеству жизни населения, повышение которого является стратегическим направлением государственной политики любой страны мира.

В международной практике общепринятым, высокоэффективным, чувствительным методом оценки социального благополучия является использование концепции «качества жизни» (Quality of Live или QOL), ориентированной на анализ степени гармоничного сочетания всех сфер жизнедеятельности человека и общества [1, с. 20–152; 2, с. 95–107; 3, с. 20–32; 4, с. 186–192; 5, с. 203–216; 6, с. 5–12; 7, с. 76–94; 8, с. 52–60; 9, с. 299–310; 10, с. 41–57]. Оценка качества жизни представляет комплексную характеристику факторов и условий существования в социуме и выражает качество удовлетворения материальными и культурными потребностями людей, включающей удовлетворенность качеством здравоохранения, уровнем образования, окружающей среды, питания, одежды, комфортом жилища, качеством сферы обслуживания, уровнем досуга, общением, творческим трудом.

В мировой практике для оценки качества жизни используется около 1200 различных инструментов [8, с. 52–60], что обусловлено тем, что «качество жизни (далее – КЖ) – междисциплинарное понятие, объединяющее интересы таких наук о человеке, как психология, экономика, социология, медицина». Методологические различия для решения теоретических и прикладных задач этих дисциплин приводят к разным определениям и моделям качества жизни, а также к разработке разных методик критериев его оценки. Измерение «качества жизни» осуществляется путем измерения объективных условий и субъективных оценок жизни. Потребности и интересы людей индивидуальны, и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Таким образом, оценка качества жизни выступает в двух формах: в степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности [1, с. 20–152; 2, с. 95–107; 4, с. 186–192; 5, с. 203–216; 8, с. 52–60; 9, с. 299–310; 10, с. 41–57; 12, с. 1–48; 13, с. 27–28; 14, с. 2–6].

Степень удовлетворенности или неудовлет-

воренности населения своей жизнью является важным показателем внутренней стабильности общества, уровня общественной поддержки деятельности органов государственной власти, индикатором эффективности мероприятий государства, обеспечивающих качество жизни человека в разных странах мира. В связи с этим возникает необходимость проведения исследований, направленных на оценку мер и разработку стратегии повышения качества жизни и социального благополучия населения.

В рамках совместного белорусско-итальянского проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования» (далее – проект) проведено исследование, целью которого было изучение удовлетворенности населения качеством жизни, основанной на оценке сферы физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки, социального благополучия.

Методы исследования.

При проведении исследования были использованы социологический (интервью), лабораторные, инструментальные и статистические методы. Дизайн исследования: выборочное, одномоментное, поперечное.

В качестве инструмента для проведения исследования использована краткая версия опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF), состоящего из 26 вопросов, объединенных в 4 домена (оценка физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки, социального благополучия). Данный опросник был создан в рамках реализации проекта Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) по оценке качества жизни (WHOQOL) в 1991 году. Его целью была разработка международной универсальной методики оценки качества жизни населения разных культур и системы ценностей. Методика WHOQOL-BREF была разработана совместными усилиями целого ряда центров в разных странах мира и широко протестирована. Методика также апробирована на русском языке с достаточными психометрическими показателями, что подтверждает возможность ее использования и в Республике Беларусь [1, с. 20–152; 2, с. 95–107; 8, с. 52–60; 9, с. 299–310; 10, с. 41–57; 12, с. 1–48; 13, с. 27–28; 14, с. 2–6].

Таблица 1

Методика WHOQOL-BREF оценки результатов 4 доменов

Наименование домена (сферы) WHOQOL-BREF	Количество баллов, соответствующего домена (N)	Максимальное количество баллов домена (max)
1. Физическое и психологическое благополучие	$N=(6-Q_3)+(6-Q_4)+Q_{10}+Q_{15}+Q_{16}+Q_{17}+Q_{18}$	35
2. Самовосприятие	$N=Q_5+Q_6+Q_7+Q_{11}+Q_{19}+(6-Q_{26})$	30
3. Микросоциальная поддержка	$N=Q_{20}+Q_{21}+Q_{22}$	15
4. Социальное благополучие	$N=Q_8+Q_9+Q_{12}+Q_{13}+Q_{14}+Q_{23}+Q_{24}+Q_{25}$	40

Примечание: Q1-26 – вопрос каждого домена WHOQOL-BREF, который оценивается в баллах участником исследования.

В соответствии с методикой WHOQOL-BREF оценка результатов 4 доменов (физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие) осуществлялась на основании рассчитанных показателей, значения которых определялись по формуле: $R = N / (\max) \times 100\%$ (таблица 1) [9, с. 299–310; 10, с. 41–57; 12, с. 1–48; 13, с. 27–28; 14, с. 2–6].

Рассчитанный показатель сравнивался с критериями общей оценки качества жизни и доменов, уровень которых в интервале от 0% до 20% оценивался как низкий, от 21% до 40% – пониженный (ниже среднего), от 41% до 60% – средний, от 61% до 80% – повышенный (выше среднего), от 81% до 100% – высокий [9, с. 299–310; 10, с. 41–57; 12, с. 1–48; 13, с. 27–28; 14, с. 2–6].

В пилотном исследовании приняли участие 500 жителей Республики Беларусь в возрасте 25 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения здравоохранения. Средний возраст участников исследования составил 59,4 (95% ДИ 57,5–61,3) года. Удельный вес лиц в возрасте

25-39 лет достигал 24,6% (123 из 500), в возрасте 40-59 лет – 23,8% (119 из 500), в возрасте 60-74 лет – 21,6%, в возрасте 75-89 лет – 17,4%, 90 лет и старше – 12,6% (рисунок 1). Статистически значимых различий распределения респондентов по возрастным группам в зависимости от пола не установлено (Chi-square test: $\chi^2 = 7,57$, $p = 0,1$).

В исследовании приняли участие 34,2% мужчин и 65,8% женщин, средний возраст которых соответственно составил 62,7 (95% ДИ 59,5–66,1) и 57,6 (95% ДИ 55,3–59,9) года ($t = 2,5$, $p = 0,01$). Среди участников исследования в каждой возрастной группе преобладали женщины, удельный вес которых колебался от 70,7% (в возрасте 25-39

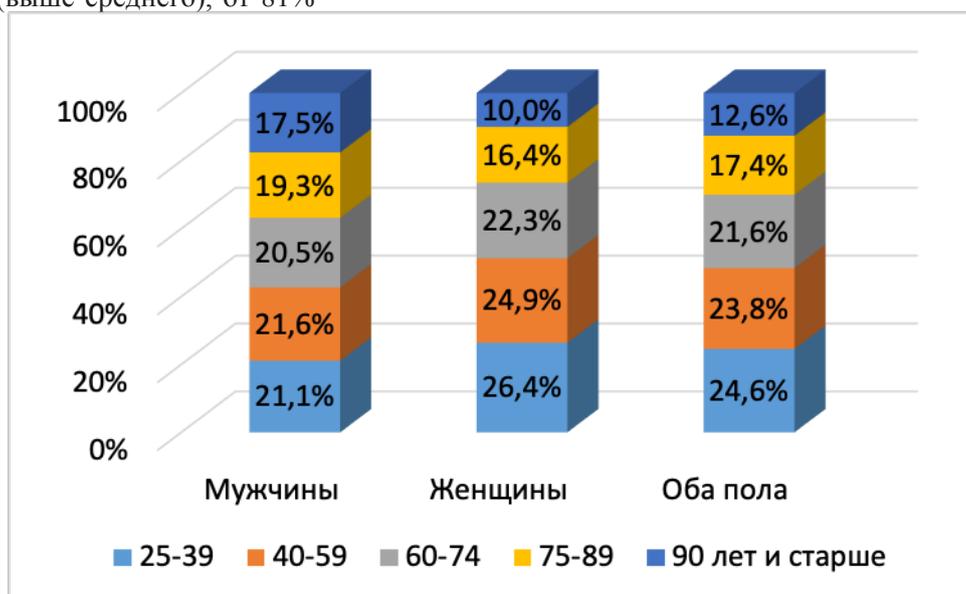


Рис. 1. Удельный вес пациентов каждой возрастной группы среди мужчин и женщин (%)

лет) до 52,4% (в возрасте 90 лет и старше).

Среди респондентов удельный вес не состоящих в браке составлял 8,6% и – 91,4% состоящих в браке/или ранее состоящих в браке, в том числе 55,8% женатых (замужних), 8,6% разведенных и 27,0% лиц, потерявших супруга (или супругу). Удельный вес лиц разведенных и вдов среди женщин был статистически значимо выше (Chi-square test: $\chi^2 = 16,6$, $p = 0,00084$), чем среди разведенных мужчин (4,7%) и вдовцов (19,3%), и соответственно составил 10,6% и 31,0%.

Закономерно, что с увеличением возраста увеличивается удельный вес лиц, потерявших супруга (или супругу): в возрастной группе 25-39 лет он составлял 0,0%, в возрастной группе 40-59 лет – 8,4%, в возрастной группе 60-74 года – 24,1%, в возрастной группе 75-89 лет – 49,4%, 90 лет и старше – 88,9% (Chi-square test: $\chi^2 = 256,7$, $p = 0,0001$).

Были соблюдены этико-деонтологические принципы проведения исследования. Каждый участник исследования подписал информированное согласие.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square test, χ^2 , p). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты исследования.

Общая оценка качества жизни на основе опросника WHOQOL-BREF, включающая оценку 4 составляющих (физическое и психическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие), достигала 66,0% (95% ДИ 65,3–66,7) и соответствовало уровню выше среднего, значение которого свидетельствовала о достаточно высокой степени удовлетворенности опрошенных КЖ. Уровень общей оценки качества жизни выше среднего обеспечивался тем, что 1,4% респондентов оценили его как высокое, 79,2% – выше среднего, 18,8% – среднее, и лишь 0,6% респондентов – ниже среднего.

Установлены статистически значимые различия оценки 4 составляющих качества жизни (физическое и психическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие) респондентами (Chi-square

test: $\chi^2 = 707,6$, $p = 0,0001$). Большинство респондентов оценили уровень составляющих качества жизни как высокий и выше среднего: самовосприятие (76%), микросоциальная поддержка (86%), социальное благополучие (86,8%). Однако, лишь незначительная часть респондентов (19,6%) считает, что их физическое и психическое благополучие соответствует высокому уровню оценки.

Следует отметить, что наиболее высокий уровень оценки респондентами был характерен для составляющих: самовосприятие (67,1% (95% ДИ 66,3–67,9), микросоциальная поддержка (74,9% (95% ДИ 73,8–75,9), социальное благополучие (71,8% (95% ДИ 70,9–72,7), наиболее низкий – для физического и психического благополучия (54,7% (95% ДИ 53,9–55,4). Несмотря на то, что уровень физического и психического благополучия был статистически значимо ниже, чем уровни оценок других доменов (Kruskal-Wallis test: $H = 819,0384$ $p = 0,0001$), его значение соответствовало среднему уровню.

Таким образом, анализ составляющих качества жизни показал, что значительная часть респондентов в большей степени удовлетворена такими сферами как самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, что подтверждается их высокой оценкой. Неудовлетворенность респондентов качеством жизни в значительной степени обусловлена физическим и психическим благополучием, уровень которого как высокий оценено лишь каждым пятым респондентом (19,6%).

Статистически значимых различий общей оценки качества жизни респондентов в зависимости от пола не установлено (Chi-square test: $\chi^2 = 1,83$, $p = 0,61$). Высокую оценку качества жизни дали 0,6% мужчин и 1,8% женщин, выше среднего – 78,4% мужчин и 79,6% женщин, среднюю – 20,5% и 17,9% соответственно, ниже среднего – 0,6% мужчин и женщин. Результаты исследования показали достаточно высокий уровень удовлетворенности качеством жизни мужчин и женщин. Показатель общей оценки качества жизни достигал у мужчин 65,5% (95% ДИ 64,3–66,8), у женщин – 66,3% (95% ДИ 65,5–67,1) и соответствовал уровню качества жизни выше среднего (Kolmogorov-Smirnov test: $p = 0,1$; Mann-Whitney U test: $z = 0,08$, $p = 0,93$).

Не установлено также статистически значимых различий оценки мужчин и женщин 4

составляющих: физическое и психическое благополучие (Kolmogorov-Smirnov test: $p = 0,1$), самовосприятие (Kolmogorov-Smirnov test: $p = 0,1$), микросоциальная поддержка (Kolmogorov-Smirnov test: $p = 0,1$), социальное благополучие (Kolmogorov-Smirnov test: $p = 0,1$). Наиболее низкую оценку мужчины и женщины дали составляющей физическое и психическое благополучие, уровень которой соответственно составил 54,9% (95% ДИ 53,6–56,2) и 54,5% (95% ДИ 53,6–55,4). Максимальная оценка была дана мужчинами и женщинами домену микросоциальная поддержка, уровень которого соответственно достигал 74,8% (95% ДИ 73,1–76,5) и 74,9% (95% ДИ 73,6–76,2).

Таким образом, анализ составляющих качества жизни в зависимости от пола показал, что значительная часть мужчин и женщин в большей степени удовлетворена такими сферами как самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, что подтверждается их высокой оценкой. Неудовлетворенность респондентов качеством жизни в значительной степени обусловлена физическим и психическим благополучием, уровень которого как высокий оценили

0,6% мужчин и 1,8% женщин.

Степень удовлетворенности человека жизнью в значительной степени определяется возможностью реализовать свои потребности в различных сферах жизнедеятельности в зависимости от возраста и состояния здоровья, что во многом влияет на деятельность государства по обеспечению социального благополучия населения. Однако, анализ удовлетворенности респондентов качеством жизни показал, что лица разных возрастных групп были единодушны в общей оценке качества жизни (Kruskal-Wallis test: $H = 3,2$, $p = 0,5382$), оценив ее уровень выше среднего (таблица 2).

Вместе с тем, при анализе удовлетворенности составляющими качества жизни (физическое и психическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка) были установлены статистически значимые различия уровня оценки респондентов разных возрастных групп (таблица 2).

Таблица 2
Средний уровень общей оценки и составляющих доменов качества жизни (% , М, 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Составляющие домены (сферы) качества жизни				Общая оценка качества жизни
	WHOQOL-BREF (n = 500):				
	Физическое и психическое благополучие	Самовосприятие	Микросоциальная поддержка	Социальное благополучие	
25-39	53,2 (52,1-54,4)	69,3 (67,7-70,8)	77,7 (75,7-79,7)	71,5 (69,8-73,2)	66,4 (65,3-67,6)
40-59	55,2 (53,8-56,6)	68,7 (67,2-70,3)	72,9 (70,7-75,1)	70,6 (68,8-72,5)	65,9 (64,6-67,3)
60-74	55,3 (53,9-56,7)	66,5 (64,9-68,2)	75,2 (73,2-77,2)	72,3 (70,3-74,3)	66,3 (64,9-67,7)
75-89	53,0 (50,7-55,4)	64,1 (61,6-66,6)	71,8 (68,9-74,7)	71,6 (68,8-74,5)	64,3 (62,1-66,5)
90 лет и старше	57,5 (55,5-59,6)	65,2 (63,0-67,3)	76,6 (74,1-79,1)	73,8 (71,6-75,9)	67,2 (65,6-68,8)
Средний уровень (М, 95% ДИ)	54,7 (53,9-55,4)	67,1 (66,3-67,9)	74,9 (73,8-75,9)	71,8 (70,9-72,7)	66,0 (65,3-66,7)
Уровень оценки	Средний	Выше среднего	Выше среднего	Выше среднего	Выше среднего
Статистическая значимость различия (Kruskal-Wallis test: H, p)	H = 17,4, p = 0,0016	H = 21,0 p = 0,0003	H = 20,7 p = 0,0004	H = 5,7 p = 0,2183	H = 3,2 p = 0,5382

Примечание: p – статистическая значимость различия общей оценки качества жизни и ее доменов у респондентов разных возрастных групп.

Оценка физического и психического благополучия показала, что наибольшие значения данного домена были характерны для респондентов в возрасте 60-74 года и 90 лет и старше, и соответственно составили 55,3% (95% ДИ 53,9–56,7) и 57,5% (95% ДИ 55,5–59,6). Более высокие уровни оценки физического и психического благополучия респондентов в возрасте 60-74 года и 90 лет и старше, по-видимому, обусловлены возрастными особенностями в отношении к своему здоровью, которые необходимо учитывать не только при организации медико-социальной помощи, но и при разработке стратегических мер повышения качества жизни данной категории населения.

Уровни оценки домена самовосприятие были выше в возрастных группах 25-39 лет и 40-59 лет, чем в других возрастных группах и соответственно составили 69,3% (95% ДИ 67,7–70,8) и 68,7% (95% ДИ 67,2–70,3). Более высокий уровень удовлетворенности доменом микросоциальная поддержка была характерна для респондентов в возрасте 25-39 лет и 90 лет и старше, что подчеркивает значимость и необходимость социальной поддержки данной категории населения.

Таким образом, оценка качества жизни в зависимости от пола и возраста показала, что наиболее низкая оценка респондентов характерна для домена физическое и психическое благополучие. Это обусловлено тем, что здоровье человека является наибольшей ценностью для мужчин и женщин разных возрастных групп, а его сохранение – наиболее сложным и трудоемким процессом как для человека, так и для общества в целом.

На современном этапе разработки и реализации стратегических мер государственной политики по обеспечению социального благополучия населения, устойчивого социально-экономического развития страны, следует обязательно рассматривать с позиции качества жизни с использованием универсальных интегрированных критериев для оценки основных видов жизнедеятельности. Это особенно важно в условиях глобализации, меняющихся ценностей, отношении личности и общества, государства. Необходимо изучение качества жизни, основанного на оценке сферы физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки, социального благополучия, которые свидетельствуют о потребности, доступности и степени удовлетворенности системой жизнеобеспечения населения.

Выводы.

1. Достаточно высокий уровень удовлетворенности качеством жизни характерен для большинства респондентов (80,6%). Общая оценка качества жизни на основе опросника WHOQOL-BREF достигала 66,0% (95% ДИ 65,3–66,7) и соответствовала уровню выше среднего, значение которого свидетельствовало о достаточно высокой степени удовлетворенности опрошенных качеством жизни.

2. Удовлетворенность респондентов качеством жизни обеспечивается в основном за счет составляющих: самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие.

3. Неудовлетворенность респондентов качеством жизни в значительной степени обусловлена физическим и психическим благополучием, уровень которого как высокий оценено лишь каждым пятым респондентом (19,6%). Невысокая оценка составляющей физическое и психическое благополучие была характерна для респондентов независимо от пола и возраста.

4. Невысокий уровень удовлетворенности респондентов физическим и психическим благополучием, подтверждает наличие проблем, связанных со здоровьем, и показывает необходимость разработки комплекса мероприятий, касающихся вопросов медицинского и социального обслуживания, физической активности, питания, образования, которые бы обеспечили повышение качества жизни населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: РАЕН, 2012. – 528 с.
2. Рассказова Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке / Е.И. Рассказова // Вестник Московского университета. Психология. – 2012. – № 3. – С. 95–107.
3. Коваленко С.Н. Качество жизни больных инфекционного стационара: руководство для врачей-инфекционистов и клинических психологов / С.Н. Коваленко, М.Г. Романцов. – СПб., 2010. – 152 с.
4. Cella D.F. Quality of Life: concepts and definition / D.F. Cella / *J. Pain Symptom Manage.* – 1994. – Vol. 9. – № 3. – P. 186–192.
5. Schalok R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know / R.L. Schalok // *J. of Intellectual Disability Res.* – 2004. – Vol. 48. – № 3. – P. 203–216.
6. Бурцева Т.А. Оценка качества жизни населения старших возрастов при обосновании стратегий активного долголетия в условиях структурных демографических изменений / Т.А. Бурцева, С.Н. Гагарина, Н.Ю. Чаусов // Вестник университета. – 2019. – № 2. – С. 5–12.
7. Калачикова О.Н. Факторы активного долголетия: итоги обследования вологодских долгожителей / О.Н. Калачикова, В.Н. Барсуков, А.В. Короленко, Е.Б. Шулепов // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.* – 2016. – № 5 (47). – С. 76–94.
8. Ilic I. Assessment quality of life: current approaches / I. Ilic, I. Milic, M. Arandelovic // *Acta Medica Medianae.* – 2010. – Vol. 49. – № 4. – P. 52–60.
9. Skevington S.M. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group / S.M. Skevington, M. Lotfy, K.A. O'Connell // *Quality of Life Res.* – 2004. – Vol. 13. – P. 299–310.
10. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL) // *Quality of life assessment: international perspectives* / eds. J. Orley, W. Kuyken. – Berlin, 1994. – P. 41–57.
11. PROQOLID: The Patient-Reported Outcome and Quality of Life. – URL: <http://www.proqolid.org>
12. Murphy B. Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide / B. Murphy, H. Herrman, G. Hawthorne, T. Pinzone, H. Evert. – Melbourne: Australian WHOQoL Field Study Centre, 2000. – P. 1–48.
13. Бурковский Г.В. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни / Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко, А.С. Ломаченков // *Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека.* – СПб., 1995. – С. 27–28.
14. Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ядерный модуль). – URL: <http://psylab.info>.

REFERENCES

1. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine* [Guide to the study of quality of life in medicine]. Moscow, RAEN, 2012. 528 p. (in Russian).
2. Rasskazova E.I. Methods of diagnostics of quality of life in human Sciences. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Psihologiya* [Bulletin of Moscow University. Psychology], 2012, no. 3, pp. 95–107 (in Russian).
3. Kovalenko S.N., Romantsov M.G. *Kachestvo zhizni bol'nyh infekcionnogo stacionara: rukovodstvo dlya vrachej-infekcionistov i klinicheskikh psihologov* [Quality of life of patients in an infectious diseases hospital: a guide for infectious disease doctors and clinical psychologists]. St. Petersburg, 2010, 152 p. (in Russian).
4. Cella D.F. Quality of Life: concepts and definition. *J. Pain Symptom Manage*, 1994, vol. 9, no. 3, pp. 186–192.
5. Schalok R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *J. of Intellectual Disability Res*, 2004, vol. 48, no. 3, pp. 203–216.
6. Burtseva T.A., Gagarina S.N., Chausov N.Yu. Assessment of the quality of life of the older population when justifying strategies for active longevity in the context of structural demographic changes. *Vestnik universiteta* [Bulletin of the University], 2019, no. 2. pp. 5–12 (in Russian).
7. Kalachikova O.N., Barsukov V.N., Korolenko A.V., Shulepov E.B. Factors of active longevity: results of the survey of Vologda centenarians. *Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz* [Economic and social changes: facts, trends, forecast], 2016, no. 5 (47), pp. 76–94 (in Russian).
8. Ilic I., Milic I., Arandelovic M. Assessment quality of life: current approaches. *Acta Medica Medianae*, 2010, vol. 49, no. 4, pp. 52–60.
9. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assess-

ment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Res.*, 2004, no. 13, pp. 299–310.

10. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL). *Quality of life assessment: international perspectives* / eds. J. Orley, W. Kuyken. Berlin, 1994, pp. 41–57.

11. *PROQOLID: The Patient-Reported Outcome and Quality Of Life*. URL: <http://www.proqolid.org>

12. Murphy B., Herrman H., Hawthorne G., Pinzone T., Evert H. *Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide*. Melbourne, Australian WHOQoL Field Study Centre, 2000. 480 p.

13. Burkovsky G.V., Kotsyubinsky A.P., Levchenko E.V., Lomachenkov A.S. Creating a Russian version of the world health organization tool for measuring the quality of life. *Problemy optimizacii obraza zhizni i zdorov'ya cheloveka* [Problems of optimization of lifestyle and human health]. St. Petersburg, 1995, pp. 27–28 (in Russian).

14. *Oprosnik kachestva zhizni Vsemirnoj organizacii zdavoohraneniya (yadernyj modul')* [Questionnaire of quality of life the world health organization (main module)]. URL: <http://psylab.info> (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Мороз Ирина Николаевна – первый проректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Белорусский государственный медицинский университет, доктор медицинских наук, профессор, г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: ozz@bsmu.by

Сикорский Анатолий Викторович – ректор, Белорусский государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: ozz@bsmu.by

Донателла Рита Петретто – помощник ректора по организации инклюзивного образования, университет Кальяри (Сардиния, Италия); e-mail: ozz@bsmu.by

Павлович Татьяна Петровна – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, Белорусский государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Минск, Республика Беларусь, e-mail: ozz@bsmu.by

Сушинский Вадим Эдуардович – заведующий кафедрой общей врачебной практики, Белорусский государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: ovp@bsmu.by

Мороз-Водолажская Наталья Николаевна – доцент кафедры общей врачебной практики, Белорусский государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: ovp@bsmu.by

Можейко Владимир Чеславович – главный врач, Островецкая центральная районная клиническая больница, кандидат медицинских наук, г. Островец, Республика Беларусь; e-mail: 1971mv@mail.ru

Боровая Екатерина Васильевна – студентка 5 курса педиатрического факультета, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: katya.borovaya.1998@mail.ru

AUTHORS

Irina Moroz – First Vice-Rector, Belarusian State Medical University, Doctor habil. in Medicine, Professor, Minsk, Republic of Belarus; e-mail: ozz@bsmu.by

Anatol Sikorski – Rector, Belarusian State Medical University, PhD. in Medicine, Docent, Minsk, Republic of Belarus; e-mail: ozz@bsmu.by

Donatella Petretto – Rector's Assistant for Organization of Inclusive Education, University of Cagliari, Sardinia, Italy; e-mail: ozz@bsmu.by

Tatiana Pavlovich – Head of the Department of Public Health and Healthcare Management, Belarusian State Medical University, PhD. in Medicine, Docent, Minsk, Republic of Belarus; e-mail: ozz@bsmu.by

Vadim Sushynski – Head of the Department of the Department of General Medical Practice, Belarusian State Medical University, PhD. in Medicine, Docent, Minsk, Republic of Belarus; e-mail: ovp@bsmu.by

Natallia Maroz-Vadalazhskaya – Docent of the Department of the Department of General Medical Practice, Belarusian State Medical University, PhD. in Medicine, Docent, Minsk, Republic of Belarus; e-mail: ovp@bsmu.by

Vladimir Mozheiko – Chief-doctor, Ostrovets Central Regional Hospital, Ostrovets, Republic of Belarus; e-mail: 1971mv@mail.ru

Katsiaryna Borovaya – student of the pediatric faculty (5 course), Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus; e-mail: katya.borovaya.1998@mail.ru