

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**Коваленко Н.В.**

*психіатр, Муниципальне некомерційне підприємство,
"Обласна психіатрична лікарня № 4"
Одеської обласної ради,
Білгород-Дністровський, Україна*

Осуховська О.С.,

*доктор медичних наук, старший науковий
співробітник, завідувач відділу психіатрії
станів залежності Державної установи
"Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України"*

Хаустова О.В.

*доктор медичних наук, професор,
кафедра медичної психології, психосоматичної
медицини та психотерапії,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Київ, Україна*

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND SOCIO-DEMOGRAPHIC INDICATORS INTERNALLY DISPLACED PERSONS**Kovalenko N.,**

*psychiatrist, Municipal non-profit enterprise
"Regional Psychiatric Hospital No. 4"
of the Odessa regional council»,
Bilgorod-Dniestrovsky, Ukraine*

Osukhovska O.,

*doctor of Medical Sciences, senior researcher
employee, head of the Department of psychiatry
dependency states, Government agency
"Research Institute of Psychiatry
of the Ministry of health of Ukraine"*

Khaustova O.

*doctor of Medical Sciences, professor,
Department of Medical Psychology, Psychosomatic
Medicine and Psychotherapy
Bogomolets National Medical University
Kiev, Ukraine*

DOI: [10.24412/3162-2364-2021-71-1-25-30](https://doi.org/10.24412/3162-2364-2021-71-1-25-30)**АНОТАЦІЯ**

В даній статті викладені результати системного дослідження внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в результаті збройного конфлікту на Сході України, яке включало соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний та статистичний методи. В свою чергу, психодіагностичний метод містив опитувальник оцінки якості життя SF-36. Статистичний аналіз виконаний із застосуванням логічного аналізу феноменів психічних функцій та розладів, причинно-наслідкових зв'язків між анамнестичними, фізіологічними, соціальними ознаками респондентів та результатами клініко-психопатологічних і патопсихологічних досліджень. Отримані дані дозволять більш обґрунтовано та диференційовано оптимізувати принципи надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО.

ABSTRACT

This article presents the results of a systematic study of Internally Displaced Persons (IDPs) as a result of the armed conflict in eastern Ukraine, which included socio-demographic, clinical and anamnestic, clinical and psychopathological, pathopsychological and statistical methods. In turn, the psychodiagnostic method contained the SF-36 quality of life assessment questionnaire. Statistical analysis is performed using logical analysis of the phenomena of mental functions and disorders, causal relationships between anamnestic, physiological, social characteristics of respondents and the results of clinical, psychopathological and pathopsychological studies. The obtained data will make it possible to optimize the principles of providing specialized psychiatric care to IDPs in a more reasonable and differentiated way.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, збройний конфлікт, якість життя, розлади психіки, розлади поведінки, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, депресивні розлади, тривожні розлади, панічні розлади, вживання алкоголю.

Keywords: internally displaced persons, armed conflict, quality of life, mental disorders, behavioral disorders, post-traumatic stress disorder, adaptation disorders, depressive disorders, anxiety disorders, panic disorders, alcohol consumption.

Протягом останніх років з 2014 р. Схід України залишається місцем тривалого збройного конфлікту, в наслідок якого постало вельми важливі питання соціальних, економічних та медичних наслідків для населення в зоні конфлікту та вимушеної міграції. За даними Міністерства соціальної політики України станом на 3 вересня 2018 року загальна кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з Криму та Донбасу склала 1 519 132 особи [1], що становить майже 24% постійного населення Донецької та Луганської областей (на початок 2018 року). Основною причиною масової міграції жителів Сходу країни стала значна небезпека, яка загрожувала їхньому життю та здоров'ю у зв'язку з активними військовими діями [2]. Триваючий збройний конфлікт на сході України призвів до появи дуже важливої проблеми, пов'язаної з життєво важливим стресорним впливом на населення і, як наслідок, вимушеною міграцією і погіршенням психічного здоров'я українців [3, 4]. Розлади психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі реєстри психіки. Відсутність позитивної мотивації до переїзду, фізична неможливість подальшого перебування на батьківщині, травматизація психіки у зв'язку з причинами та історією міграції, а також труднощі адаптації на новому місці визначають формування специфічного досвіду вимушених переселенців. На тлі астенії формуються різні прикордонні нервово-психічні розлади, які в ряді випадків набувають затяжний і хронічний перебіг. Найбільш поширеними з них є психогенна депресія, тривога та соматоформні розлади [5]. Тому, розробка оптимального алгоритму ранньої діагностики та вивчення психофізіологічного стану респондентів, які зазнали насильницького переміщення, вкрай важлива для своєчасного надання кваліфікованої реабілітаційної та психолого-психіатричної допомоги [6, 7, 8].

Мета. Зробити системний аналіз взаємозв'язку якості життя та соціально-демографічних характеристик у внутрішньо переміщених осіб.

Матеріали та методи. Для досягнення мети роботи за умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології за період

2015-2016 рр. було проведено комплексне обстеження 145 ВПО у віці від 18 до 80 років, які були змушені покинути місця свого постійного проживання у зв'язку зі збройним конфліктом на Сході України і тимчасово проживали в санаторіях Одеської області. ВПО були переміщені силами волонтерських організацій, а контингент склали найбільш незахищені шари населення – особи з інвалідністю, люди похилого віку та особи, які здійснювали догляд за ними. З цього контингенту в подальшому і був набраний матеріал дослідження. Скринінг включав клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи дослідження. Клініко-психопатологічний метод був реалізований у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта. Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади». За результатами скринінгу було відібрано 130 респондентів, з яких 15 ВПО були вилучені з подальшого дослідження. До критеріїв виключення з дослідження відносилися: вік молодше 18 років; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та виражене інтелектуально-мнестичне зниження.

Розподілення обстежених осіб на 3 групи наступне: 1) група хворих з соматичною патологією (ГХСП), в яку увійшло 43 ВПО (33%) – контингент з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями або з інвалідністю за соматичним захворюванням; 2) група хворих з психічною патологією (ГХПП), в яку увійшло 43 ВПО (33%) – респонденти з інвалідністю за психічним захворюванням; 3) група умовно здорових (ГУЗ), яку склали 44 ВПО (34%) – люди, які не мали тяжких хронічних захворювань чи інвалідності. В ГХСП увійшло 43 ВПО (33%), які отримали інвалідність за соматичним захворюванням. Розподіл за профілем інвалідності наступний: неврологічний – 23 (53,5%); офтальмологічний – 11 (25,6%); пульмонологічний – 3 (7%); ендокринологічний – 3 (7%); кардіологічний – 2 (4,6%); травматологічний – 1 (2,3%) (рис.1).



Рис. 1 Розподіл ВПО з ГХСП за профілем інвалідності (n=43)

В ГХПП увійшло 43 ВПО (33%), що мали раніше діагностований тяжкий хронічний психічний розлад або інвалідність за психічним захворюванням. Розподіл за клінічною патологією: шизофренія – 21 (49%); легка розумова відсталість – 15 (35%); органічні розлади особистості – 7 (16%) (рис. 2).

Групу умовно здорових склали 44 ВПО (34%), які не мали раніше діагностованих тяжких хронічних захворювань чи інвалідності.

Серед 130 обстежених внутрішньо переміщених осіб переважали жінки з питомою вагою 69,2% від усіх респондентів. В ГХСП і ГХПП жінки склали по 58,1%, а в ГУЗ – 90,9%.



Рис. 2 Розподіл ВПО з ГХПП за клінічною патологією (n=43)

За віковими групами ВПО розподілилися рівномірно у діапазоні від 21 до 80 років; 1 особа (2,3%) була молодша за 20 років і 1 – старше за 81.

Майже половину ВПО склали особи з середньою спеціальною освітою – 49,2% (з практично однаковою кількістю у ГХСП, ГХПП та ГУЗ); досліджувані з вищою освітою – 26,9%; з середньою – 17,7%; з початковою і неповною середньою освітою загалом – 5,4%; а найменшу питому вагу склали особи з неповною вищою освітою – 0,8%.

За типом зайнятості 100% респондентів з ГХСП і ГХПП становили інваліди. У ГУЗ 54,5% осіб були пенсіонерами; 31,8% – безробітними; доля зайнятих складала 4,6%.

За сімейним станом: 27,7% були розлучені або неодружені, а 14,6% – вдівці (дана категорія ВПО складає пул респондентів з підвищеним ризиком формування розладів психіки та поведінки); 24,6% – одружені; 5,4% – проживали в цивільному шлюбі; 60,5% – неодружені з ГХПП.

Більшість ВПО в період вимушеного переміщення проживали з дітьми – 26,9%; наодинці – 24,6% або з батьками – 20,8%; 13,9% проживали з чоловіком/дружиною; 9,2% – з чоловіком/дружиною та дітьми; по 2,3% обрали відповідь «З чоловіком/дружиною, дітьми і батьками» та «Інше». З ГХСП 44,2% проживали наодинці, а 48,8% ГЗПП – з батьками.

З обстежених осіб 80% скаржилися на самопочуття: 93% з ГХСП; 72,1% – ГХПП і 75% – ГУЗ. Переважна більшість (65,4%) ВПО постійно приймали ліки: 67,4% хворих з ГХСП; 69,8% – ГХПП і 59,1% – ГУЗ. Свідком або учасником психотравмуючих подій були 93,8% респондентів без достовірної різниці між групами. Половина обстежених перебували у вимушеному переміщенні більше 1 року; більше третини (36,1%) – від 6 місяців до 1 року; 8,5% – від 3 до 6 місяців і 5,4% від 1 до 3 місяців.

Для діагностики порушень у психічній та поведінковій сферах застосовували опитувальник оцінки якості життя SF-36 [7, 8]. З початку 80-х років минулого століття в зарубіжній медичній літературі з'явилися відомості про використання в оцінці результатів лікування показника «якості життя» (Quality of Life, QOL). У 1982 Bush J.W. і Kaplan R.M. запропонували термін "health-related quality of life" або HRQOL (пов'язана зі здоров'ям якість життя) [9], щоб виділити актуальні поняття медичного характеру з широкого і загального поняття якості життя. За визначенням Всесірної організації охорони здоров'я: «Якість життя – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі, фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту» [10]. Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснована на його суб'єктивному сприйнятті. Дослідження цього показника допомагає отримати інформацію, необхідну для глибшого розуміння впливу клінічних проявів соматичного захворювання на загальний (в тому числі психологічний) стан хворих, а також дає можливість оцінити ефективність застосованої терапії.

Опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey) – це неспецифічний опитувальник якості життя, який був розроблений в 1992 році американськими лікарями John E. Ware і Cathy D. Sherbourne [11] і є одним з найбільш поширених методів вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. SF-36 використовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення у віці від 14 років і старше, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки того чи

іншого лікування. Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня виразності больового синдрому.

36 пунктів опитувальника згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування (PF), рольова діяльність (RP), тілесний біль (BP), загальне здоров'я (GH), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційний стан (RE) і психічне здоров'я (MH) і фізичний компонент здоров'я (PH). Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100, де 100 представляє повне здоров'я, а всі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя.

Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, складених таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя.

Статистичний метод дослідження виконаний із застосуванням логічного аналізу феноменів психічних функцій та розладів, причинно-наслідкових зв'язків між анамнестичними, фізіологічними, соціальними ознаками респондентів та результатами клініко-психопатологічних і пастопсихологічних досліджень; причинно-наслідкових зв'язків між досліджуваними ознаками із обчислення коефіцієнта рангової кореляції Spearman – r_s (для визначення тісноти зв'язку між кількісними і якісними ознаками, за умови можливості ранжирування цих ознак за ступенем убування або зростання) та коефіцієнта парної кореляції Pearson – r (для визначення лінійного взаємозв'язку між кількісними і якісними ознаками, за умови можливості ранжирування цих ознак за ступенем убування або зростання).

Результати. Нами виявлені достовірні кореляційні зв'язки між показниками якості життя (SF-36) та соціально-демографічними характеристиками. Показники «Фізичне функціонування» та «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» в ГХСП корелювали зі статтю та тривалістю вимушеного переміщення, були достовірно вищими у жінок (відповідно $r=0.391$, $p=0.005$, $r=0.428$, $p=0.002$) та зменшувались при збільшенні тривалості переміщення (відповідно $r=-0.467$, $p=0.001$, $r=-0.361$, $p=0.009$). В ГХПП ці ж показники були достовірно нижчі у респондентів, які скаржились на свій на фізичний стан (відповідно $r=-0.353$, $p=0.01$, $r=0.369$, $p=0.007$). В ГУЗ – зменшувались з віком (відповідно $r=-0.780$, $p<0.01$, $r=-0.707$, $p<0.01$), при наявності скарг на фізичний стан (відповідно $r=-0.373$, $p=0.006$, $r=-0.329$, $p=0.015$) та при прийомі лікарських препаратів (відповідно $r_s=-0.271$, $p=0.038$), що наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Взаємозв'язок якості життя за шкалами опитувальника SF-36 та соціально-демографічних показників ВПО в ГУЗ (n=44), коефіцієнт рангової кореляції Spearman

Соціально-демографічні показники	PF	RF	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH
Вік	-,861** p<0.01	-,757 p<0.01	-,260* 0.044	-,275* 0.035		-,470** 0.001	-,615** p<0.01	-,635** p<0.01	-,584** p<0.01
Зайнятість	-,831** p<0.01	-,657** p<0.01				-,408** 0.003	-,496** p<0.01	-,587** p<0.01	-,542** p<0.01
Задоволення роботою								,783* 0.033	
Проживання самостійно чи ні	,285* 0.030	,332* 0.014					-,402** 0.003		,277* 0.034
Скарги	-,440** 0.001	-,380** 0.005	-,352** 0.01	-,398** 0.004	-,405** 0.003	-,504** p<0.01	-,548** p<0.01	-,486** p<0.01	-,400** 0.004
Прийом препаратів	,309* 0.021	,271* 0.038	-,456** 0.001	-,522** p<0.01	-,455** 0.001	-,459** 0.001	-,280* 0.033	-,271* 0.038	-,287* 0.029
Учасник/свідок психотравмуючої ситуації	0.306* 0.022	-,291* 0.027				-,288* 0.029		-,257* 0.046	
Тривалість переміщення					-,290* 0.028		-,306* 0.022		

*. Кореляція значуща на рівні 0,05.

** . Кореляція значуща на рівні 0,01.

Ці зв'язки можуть відображати певну виснаженість нервово-психічної діяльності індивідумів в умовах тривалого впливу психотравмуючої ситуації, порушень адаптації, загострення існуючих хронічних захворювань, відсутність повноцінної соціально-економічної підтримки респондентів тощо.

Показник «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» в ГХСП та ГУЗ був нижчим в осіб, які мали скарги на фізичний стан (відповідно $r = -0.350$, $p = 0.011$, $r = -0.337$, $p = 0.013$) та приймали лікарські препарати (відповідно $r_s = -0.267$, $p = 0.042$, $r = -0.449$, $p = 0.001$). Окремо в ГУЗ цей показник зменшувався з віком ($r = -0.291$, $p = 0.028$). В ГХПП показники «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом», та «Життєва активність» зменшувались з віком (відповідно $r = -0.428$, $p = 0.002$, $r = -0.413$, $p = 0.003$) і при прийомі лікарських препаратів (відповідно $r = -0.510$, $p < 0.01$, $r = -0.518$, $p < 0.01$); окремо показник «Життєва активність» зменшувався за наявності скарг на фізичний стан ($r = -0.379$, $p = 0.006$), що можливо асоціюється із зростаючою тривалістю психічного захворювання, особистісним сплосненням на тлі адаптаційних розладів з постійним впливом психотравмуючої ситуації, викликаній фактом переміщення, збіднення та погіршення умов існування.

Показники «Життєва активність» та «Психічне здоров'я» в ГХСП та ГУЗ зменшувались в осіб, які скаржились на свій фізичний стан (відповідно $r = 0.325$, $p = 0.017$, $r = -0.300$, $p = 0.025$ та $r = -0.383$, $p = 0.005$, $r = -0.398$, $p = 0.004$) та приймали лікарські препарати (відповідно $r = -0.305$, $p = 0.024$, $r = -0.395$, $p = 0.004$ та $r = -0.496$, $p < 0.01$, $r = -0.443$, $p = 0.001$). Окремо ці показники зменшувались в ГХСП при впливі психотравмуючої ситуації (відповідно $r = 0.432$, $p = 0.002$, $r = -0.385$, $p = 0.005$), а в ГУЗ показник «Психічне здоров'я» зменшувався при збільшенні

тривалості переміщення ($r_s = -0.290$, $p = 0.028$). В ГХПП показник «Психічне здоров'я» зменшувався з віком ($r = -0.290$, $p = 0.03$), в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан ($r = -0.387$, $p = 0.005$) та приймали лікарські препарати ($r = -0.507$, $p < 0.01$), що може свідчити про зниження стресостійкості та виснаження адаптаційних резервів респондентів.

Показник «Соціальне функціонування» в ГХСП був вищий у жінок ($r = -0.282$, $p = 0.033$), а в ГХПП – у чоловіків ($r = -0.472$, $p = 0.001$); зменшувався з віком у ГХСП та ГУЗ (відповідно $r = -0.308$, $p = 0.022$, $r = -0.452$, $p = 0.001$), у осіб, які скаржились на свій фізичний стан з ГХСП, ГХПП та ГУЗ (відповідно $r = -0.363$, $p = 0.008$, $r = -0.404$, $p = 0.004$, $r = -0.465$, $p = 0.001$), приймали лікарські препарати з ГУЗ ($r = -0.401$, $p = 0.003$) та при впливі психотравмуючої ситуації в ГХСП та ГУЗ (відповідно $r = -0.317$, $p = 0.019$, $r = -0.280$, $p = 0.033$).

Показник «Інтенсивність болю» в ГХПП був достовірно нижчим у чоловіків ($r = 0.270$, $p = 0.04$) та осіб, які мали скарги на свій фізичний стан ($r = 0.304$, $p = 0.024$); в ГХСП та ГУЗ – у осіб, які приймали лікарські препарати (відповідно $r = -0.266$, $p = 0.042$, $r_s = -0.280$, $p = 0.033$). Окремо в ГУЗ цей показник зменшувався з віком ($r = -0.615$, $p < 0.01$), а в ГХСП – в осіб, які були учасниками/свідками психотравмуючої ситуації ($r = -0.352$, $p = 0.01$).

Показник «Загальний стан здоров'я» в ГХСП, ГХПП та ГУЗ був достовірно нижчим у ВПО, які мали скарги на свій фізичний стан (відповідно $r = 0.304$, $p = 0.024$, $r = -0.395$, $p = 0.004$, $r = -0.426$, $p = 0.002$); в ГХСП та ГУЗ – респондентів, які приймали лікарські препарати (відповідно $r = -0.456$, $p = 0.001$, $r = 0.331$, $p = 0.014$) та були учасниками/свідками психотравмуючої ситуації (відповідно $r = -0.258$, $p = 0.047$, $r = -0.257$, $p = 0.046$), що мале місце в наслідок порушень адаптації переселенців; в ГХПП та

ГУЗ – зменшувався з віком (відповідно $r=-0.279$, $p=0.035$, $r=-0.620$, $p<0.01$); окремо в ГУЗ – достовірно вищим у респондентів задоволених своєю роботою ($rs=0.783$, $p=0.033$), що підкреслює важливість належного рівня соціально-економічної підтримки ВПО.

Показник «Фізичне здоров'я» в ГХСП, ГХПП та ГУЗ зменшувався з віком (відповідно $r=-0.387$, $p=0.005$, $rs=-0.343$, $p=0.012$, $r=-0.567$, $p<0.01$). Окремо в ГУЗ показник «Фізичне здоров'я» був достовірно нижчим у респондентів, що мали скарги на свій фізичний стан ($r=-0.357$, $p=0.009$) та приймали лікарські препарати ($r=-0.345$, $p=0.011$), що природно відбиває фізіологічні процеси, пов'язані зі старінням організму, наявністю хронічних хвороб та/або інвалідності.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження взаємозв'язку якості життя за опитувальником оцінки якості життя SF-36 та соціально-демографічних характеристик ВПО дозволяє зробити висновок, що на тлі комплексу психічних реакцій та станів, пов'язаних із дією психотравмуючих факторів (загроза життю та здоров'ю, вимушене переміщення, соціо-культурна та побутова необлаштованість та пристосування до нових умов життєдіяльності, питання проблем з працевлаштуванням та задовільних умов роботи, погіршення стану здоров'я через загострення існуючих та появу нових хвороб та розладів, невизначеність майбутньої можливості повернення на батьківщину тощо), які стали каталізатором формування психопатологічних процесів, домінуючими психічними розладами у респондентів є депресивні та тривожні, а також зловживання алкогольними напоями, панічний синдром. Якість життя за усіма шкалами опитувальника SF-36 достовірно зменшувалась зі зростанням віку, зростанням кількості скарг на фізичний стан, з фактом участі в психотравмуючій ситуації, наявністю незадоволення існуючою роботою, збільшенням тривалості переміщення. Отримані дані дозволять більш обґрунтовано та диференційовано оптимізувати принципи надання спеціалізованої психіатричної та соціально-психологічної допомоги ВПО.

Література

1. Міністерство соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/15829.html>

2. Global Report on Internal Displacement (GRID 2018), 16 may 2018 // The Internal Displacement monitoring Centre (IDmC). URL: <http://www.internal-displacement.org/global-report/grid2018/downloads/2018-GRID.pdf> – с. 29–33.

3. A review of the health problems of the internally displaced persons in Africa / [E. T. Owoaje, O. C. Uchendu, T. O. Ajayi, E. O. Cadmus] // The Nigerian Postgraduate Medical Journal. 2016. Vol. 23, № 4. P. 161–171.

4. Post-traumatic stress disorder in internally displaced people of Colombia: an ecological study / [M. Lagos-Gallego, J. C. Gutierrez-Segura, G. J. Lagos-Grisales, A. J. Rodriguez-Morales] // Travel Medicine and Infectious Disease. 2017. Vol. 15. P. 41–45.

5. Хаустова О.О., Коваленко Н.В. Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб // Архів психіатрії – 2015 – Т.21 – 2 (81) – С.42–46.

6. Хаустова О.О., Коваленко Н.В. Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб // Архів психіатрії – 2015 – Т.21 – 2 (81) – С.42–46.

7. Хаустова О.О., Коваленко Н.В. Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців // Архів психіатрії – 2016 – Т.22 – 1 (84) – С.17–21.

8. Коваленко Н.В., Осуховська О.С., Хаустова О.О. Структурований феноменологічний аналіз розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб: Scientific trends: modern challenges. Volume 1: collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, California: GS Publishing Services, 2021. 202 p. ISBN 978-1-7364133-2-6.

9. Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61–80. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.1.61>

10. Programme on mental health. WHOQOL. User Manual. // World Health Organization. – 1998.

11. Ware J.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J.E. Ware, C.D. Sherbourne. // *Medical Care*. – 1992. – №30. – С. 473–83.