

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.374.721

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ЧИННИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАЦІЄНТІВВолошина Н.В., к. психол. н., доцент,
доцент кафедри психології*Запорізький національний технічний університет*

У статті розглянуто теоретико-методологічні основи проблеми якості життя післяопераційних хворих; встановлено рівень якості життя післяопераційних хворих на вибірці пацієнтів хірургічного, травматологічного та нейрохірургічного відділень. Виявлено відмінності в рівні якості життя післяопераційних пацієнтів залежно від таких соціально-демографічних чинників якості життя, як вік, стать, вид діяльності.

Ключові слова: *якість життя, чинники якості життя, соціально-демографічні чинники, післяопераційна реабілітація, самоставлення, тривога, депресія.*

В статье рассмотрены теоретико-методологические основы проблемы качества жизни послеоперационных пациентов; установлен уровень качества жизни послеоперационных больных на выборке пациентов хирургического, травматологического и нейрохирургического отделений. Выявлено разницу уровня качества жизни послеоперационных больных в зависимости от таких социально-демографических факторов качества жизни, как возраст, пол, вид деятельности.

Ключевые слова: *качество жизни, факторы качества жизни, социально-демографические факторы, послеоперационная реабилитация, самоотношение, тревога, депрессия.*

Voloshyna N.V. SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS OF POSTOPERATIVE PATIENTS' QUALITY OF LIFE

The article deals with the theoretical and methodological basics of the problem of postoperative patients' life quality; there has been ascertained the life quality level of the selections from the patients of surgery, neuro-surgery and traumatology. There were revealed the differences in the life quality of the postoperative persons depending on their age, gender, type of activity.

Key words: *life quality, life quality factors, socio-demographic factors, postoperative rehabilitation, self-attitude, anxiety, depression.*

Постановка проблеми. Специфіку сучасної науки визначають комплексні дослідницькі програми. Усе частіше картина світу змінюється не так під впливом досягнень в одній окремій науковій дисципліні, як шляхом «парадигмального щеплення» ідей, що транслюються з інших наук [29, с. 626–627]. За З. Бауманом, сучасність, у якій сьогоднішня особистість творить себе, стає більш швидкою, гнучкою, експансивною, випадковою. Вона втрачає свою колишню важкість, твердість, щільність, системність [2]. Відчувається нова, постмодерна площинність або відсутність глибини.

Характерною рисою постмодерну став зсув від «матеріалістичних» цінностей (ідеться про фізичну безпеку та економічну стабільність) до цінностей «пост-матеріальних», коли на перший план виходять самореалізація і якість життя (ЯЖ) [33, с. 84].

ВООЗ дає визначення якості життя як сприйняття людиною своєї позиції в житті,

у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту. Тобто, сутність якості життя полягає в її соціально-психологічній природі, яка проявляється у сприйнятті людиною власного задоволення різними сферами свого життя, його облаштуванням, які пов'язані з рівнем її потреб.

Психологи стверджують, що покращенню задоволеності життям сприяють такі фактори: наявність домашньої тварини; щастя у шлюбі; наявність вищої освіти; спокійний, урівноважений стан; позитивні й оптимістичні думки; раціональне та повноцінне харчування; наявність великої кількості друзів; відсутність ожиріння. До того ж психологи виділили три основні фактори, що несприятливо вплинуть на якість життя, а саме: розлучитися; не закінчити школу; жити поблизу траси. Ці та інші фактори, що



негативно впливають на якість життя, викликаючи тривожний стан, що відображається на соціальному функціонуванні, особистісному розвитку та житті загалом.

Ступінь розробленості проблеми. Наукові передумови оцінювання якості життя хворих започатковані в працях як закордонних, так і вітчизняних дослідників.

У 1970-х роках американські вчені Е. Десі та Р. Раян сформулювали й описали три фактори, які необхідні для того, щоб людина могла відчувати себе включеною в повноцінне, осмислене, творче та щасливе життя: відчуття компетентності – пов'язане з упевненістю у своїх здібностях і можливостях, це відчуття «я знаю, я можу», для людини важливо відчувати себе професіоналом у своїй сфері; відчуття самодетермінації – це усвідомлення себе й тільки себе причиною своїх дій. Якщо людині це вдається, то з'являється задоволення від діяльності, виникає почуття самостійності, впевненості в майбутньому; включення в систему значимих взаємин – таке включення забезпечує людину відчуттям потрібності, власної значущості для інших людей, що може виявлятися в процесі спільної діяльності. Людина, котра повною мірою володіє всіма трьома компонентами, може назвати своє життя якісним і здатна пережити всю повноту буття.

Деякі вчені, зокрема А. Алексінська, підкреслюють відмінність понять «якість життя» і «відчуття якості життя». Дослідниця вважає неприпустимим підмінювання й паралельне використання цих термінів, зараховує якість життя до об'єктивного виміру, а відчуття якості життя – до суб'єктивного. Автор підкреслює, що питання якості життя зумовлене зовнішніми умовами й об'єктивною реальністю конкретної людини, які стають джерелом життєвого досвіду. Натомість відчуття якості життя визначається на рівні суб'єктивного ставлення до навколишньої реальності як таке, що формується через емоції та відчуття [18, с. 20].

Дж. Зіванні й інші автори в якості життя виділяють емоційний компонент (щастя) і когнітивно-сприймаючий (задоволення життям). Об'єктами щастя є спрямованість на іншого, безконфліктність спілкування, довірливі стосунки, емпатія (співчуття), розуміння іншого тощо. В основі поняття «якість життя» лежить повноцінність і тривалість [27; 29].

А.І. Субетто визначає якість життя як систему якостей духовних, матеріальних, соціокультурних, екологічних і демографічних компонентів життя. У цій системі проявляється рівень реалізації родових сил людини, творчий сенс її життя, розкриваються

й індивідуальна, і суспільна якості життя, різноманітність потреб людини, потенціал її всебічного, гармонійного, творчого розвитку.

На уявлення про взаємозв'язок потреб людини та якості життя вплинула теорія ієрархічних потреб А. Маслоу, сутність якої полягає в тому, що потреби вищого рівня можуть стати визначальними в поведінці людини тільки після задоволення простих потреб (нижчих потреб). Тобто, чим легше реалізувати потреби людини, тим вища її якість життя. Рівень благополуччя для себе може визначити тільки сама людина залежно від ступеня її потреб і можливості їх задоволення. Учений стверджує, що людина, яка у своїх потребнісно-мотиваційних стремліннях змогла «дійти до вершини», є сформованою особистістю, самоактуалізованою в житті, а значить, задоволеною своїм життям.

Людина здатна ототожнювати якість життя з перспективою існування, тривалістю життя, щастям, здоров'ям тощо. Якість життя – це суб'єктивне відчуття, близьке до щастя й особистого благополуччя.

Психологічний бік якості життя людини проявляється передусім у тому, як сама людина визначила для себе межі свого благополуччя, пріоритети у своєму житті, як оцінює свої можливості для задоволення потреб, чи вона детермінує наявний потенціал для досягнення свого індивідуального рівня якості життя. Установлені параметри якості життя людини характеризують аспекти соціально-психологічного здоров'я індивіда й передбачають системне дослідження клінічних, психологічних і соціальних факторів хвороби, що відображає зміст інтегрального міждисциплінарного підходу до особистості хворої людини, ставлення до неї як до єдиної біопсихосоціодуховної системи.

Сьогодні вважається, що якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного й соціального функціонування, яке має в основі суб'єктивне сприйняття. До поняття якості життя входять такі функції: вітальні функції (індивідуальні та соціально значущі); біологічне задоволення (базується на фізіології); соціально-культурні (задоволення духовних потреб людини); психічні (повноцінне функціонування вищих психічних функцій людини); мотиваційні (базуються на вольових особливостях людини); інтегровані (самореалізація, самодостатність, належність і любов – оптимальне функціонування організму).

Медичні аспекти якості життя включають вплив захворювання на повсякденну життєдіяльність людини, її побут. Ефектив-

ність лікування та реабілітації хворої людини лікар оцінює на підставі динаміки скарг, об'єктивних даних. При цьому погляд на пацієнта залишається формальним, не враховуються соціально-психологічні показники, що є частиною багатокомпонентного благополуччя людини. І лише хворий здатний надати адекватну інформацію про те, яким є фізичне й психічне самопочуття, соціальні аспекти життя. Використання показника якості життя дає змогу узагальнено оцінити ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному стану, тобто визначити, наскільки хвороба не дає людині змоги жити так, як вона хотіла б. Дослідження якості життя, зокрема стану здоров'я, надає можливість вивчити вплив захворювання й лікування на показники якості життя хворої людини, оцінюючи всі складові здоров'я – фізичного, психологічного й соціального функціонування [13].

Дослідження нами соціально-демографічних чинників якості життя післяопераційних хворих дало змогу ширше поглянути на ті моменти, від яких залежить стійкість якості життя, його рівня. Проведених досліджень на тему якості життя в медичній практиці було здійснено немало, проте вперше в роботі здійснено спробу виділити соціально-демографічні чинники рівня якості життя післяопераційних хворих.

Постановка завдання. Мета статті – виявити чинники якості життя післяопераційних хворих, беручи за основу вид діяльності, вік, вид операції і стать пацієнтів, оскільки ці соціально-демографічні чинники показують розбіжності щодо якості життя людей різних категорій.

Коло похідних завдань дослідження було таким:

- розглянути теоретико-методологічні основи проблеми якості життя післяопераційних хворих;

- установити рівень якості життя післяопераційних хворих на вибірці пацієнтів нейрохірургічного, травматологічного та хірургічного відділень;

- виявити відмінності рівня якості життя післяопераційних хворих за такими соціально-демографічними чинниками якості життя післяопераційних пацієнтів, як стать, вік і вид діяльності;

- надати рекомендації психологічній службі лікарняних закладів щодо оптимізації перебування післяопераційних хворих на реабілітації.

Коректне оцінювання чинників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, і визначення способів її покращення надто важли-

ві. Знання специфіки якості життя хворого дає змогу мати уявлення про найбільш проблемні сфери життя хворих, які надалі будуть слугувати «мішенями» для психокорекційного впливу.

Виклад основного матеріалу. Досліджуючи якість життя, вчені часто обмежуються лише факторами матеріального достатку й фізичного здоров'я. Але не менш важливими є суб'єктивні показники, зокрема задоволеність життям. Згідно з висновками зарубіжних спеціалістів, із 1960-х років суб'єктивні показники, такі як задоволеність життям, самоповага та відчуття контролю над життям, набули більшого значення не лише в оцінюванні якості життя, а й в оцінюванні адаптації різних категорій людей до навколишнього середовища (людей похилого віку, наприклад). Через це вимірювати показники якості життя людини не можна на основі екстернально оціненого здоров'я або умов зовнішнього оточення без урахування власних оцінок індивідом свого здоров'я і благополуччя.

Дослідження якості життя є загальноприйнятим у міжнародній практиці, високоінформативним, чутливим і економічним методом оцінювання соціального благополуччя як населення загалом, так і окремих соціальних груп суспільства. У соціально-економічних і відповідних дослідженнях уважається, що якість життя є не окремим феноменом, а інтегральною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини.

У медичних закладах використовуються об'єктивні та суб'єктивні критерії оцінювання якості життя пацієнтів. До об'єктивних зараховують фізичну активність і трудову реабілітацію. До суб'єктивних – емоційний статус, задоволення життям і самопочуття хворих. Якість життя змінюється з часом, унаслідок проведеного лікування, її моніторинг дає змогу відслідковувати ефективність і безпечність терапії. Оцінювання якості життя проводиться безпосередньо хворим, тому є надійним показником його стану й доповнює традиційний висновок лікаря [6; 10; 13].

Якість життя – це ступінь розвитку та повнота задоволення, відновлення всього комплексу потреб та інтересів людей, проявляється, як і різні види діяльності, у суб'єктивному відчутті життя. Проблема якості життя стосується умов, результатів і характеру праці, демографічних, етнографічних і екологічних аспектів існування людей, а також юридичного й політичного аспектів (пов'язаних із правами та свободами особистості), зокрема, на психологічному тлі, крім ще загальноідеологічного та культурного (див. таблицю 1) [11; 12].



Критерії оцінювання якості життя

Критерії	Параметри оцінювання
Навколишнє середовище	Благополуччя, безпека, побут, доступність медичного та соціального забезпечення, доступність інформації, екологія (якість повітря, води, шум тощо)
Духовність Психологічні	Релігія, особисті переконання, позитивні емоції, позитивне мислення, адекватна самооцінка, негативні емоції
Рівень самостійності	Повсякденна активність, працездатність, залежність від прийому лікарських засобів і лікування
Суспільне життя	Особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність
Фізичні	Сила, енергія, біль, дискомфорт, сон, відпочинок, втомлюваність

Якість життя розглядається як система показників, що характеризують ступінь реалізації життєвих стратегій людей, задоволення їхніх життєвих потреб. Програмні поліпшення якості життя розглядаються як соціальний проект, спрямований на збільшення можливостей людей вирішувати свої проблеми, домагатися особистого успіху й індивідуального щастя.

Якість життя має дві тенденції оцінювання: об'єктивне та суб'єктивне. Критерієм об'єктивного оцінювання якості життя слугують наукові нормативи потреб та інтересів людей, за співвідношенням із якими можна об'єктивно стверджувати про ступінь задоволення цих потреб та інтересів. З іншого боку, потреби й інтереси людей індивідуальні, тому ступінь їх задоволеності можуть оцінити тільки самі суб'єкти.

Отже, оцінювання якості життя виступає у двох формах: 1) науково обґрунтований ступінь задоволення потреб та інтересів; 2) задоволеність людьми, а в нашому дослідженні – пацієнтами, якістю свого життя як суб'єктивний вимір самих людей.

Якість життя для людей невід'ємна від цілей, які вони ставлять перед своїм життям, тобто пов'язана з ефективністю життя в широкому сенсі слова, що й позначається на самопочутті людей.

Сьогодні здоров'я людини – синтетичний індикатор якості життя. Відповідно до уявлення Всесвітньої організації охорони здоров'я, категорія «здоров'я» включає в себе категорії фізичного, психічного, духовного й соціального здоров'я. Крім здоров'я, інтегральними індикаторами є рівень якості середовища, якість освіти і її доступність для населення, якість населення – система демографічних показників, якість культури – культурологічні вимірники якості життя.

Управління якістю життя, отже, включає в себе управління розвитком якості особистості на основі процесів соціалізації, передусім у рамках сім'ї та освіти, управління якістю середовища життя, управління якістю освіти, управління якістю розвит-

ку населення, управління якістю здоров'я населення тощо. Мається на увазі «м'яке» управління, що спирається на методологічну базу всього комплексу системних наук, учення про циклічність розвитку, екології, науки про освіту, педагогіки, людинознавства, квалітології і кваліметрії.

Наше емпіричне дослідження чинників якості життя післяопераційних пацієнтів проводилося на базі 5-ї міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя. У дослідженні взяли участь 80 досліджуваних, із них 46 жінок і 34 чоловіки віком від 32 до 78 років. Вибірка була сформована з пацієнтів, які знаходилися на післяопераційній реабілітації відділення нейрохірургії, травматології, хірургічного відділення.

Була сформульована гіпотеза про те, що вік, вид діяльності, стать пацієнтів на післяопераційній реабілітації є соціально-демографічними чинниками якості життя таких хворих.

Для дослідження рівня якості життя було використано анкету для пацієнтів, Шпитальну шкалу тривоги та депресії (HADS), методику дослідження самоставлення Пантелеєва.

Розроблена нами анкета дала змогу оцінити психологічний стан пацієнтів на цей момент і отримати відомості про їхній вік, стать, провідний вид діяльності (фізична чи інтелектуальна праця), місце проживання досліджуваних. В анкету були включені запитання щодо оцінювання стану пацієнтів, ставлення до них медичного персоналу, якості лікування, місця проживання та виду операції. Варто зазначити, що 60% пацієнтів із вибірки вказали, що їхні урівноваженість і спокій забезпечує медперсонал. Із бесіди стало відомо, що це пов'язано з тим, що пацієнт не має рідних або стан пацієнта зовсім не цікавить його родичів. Такий показник, як задоволеність процесом лікування і ставлення лікарів, виявився досить високим: 83% пацієнтів указують на те, що їх задовольняє ставлення медпер-

соналу, загалом вони позитивно оцінюють ставлення до себе.

До анкети було включено запитання щодо можливості якось інакше позбутися своєї хвороби. Пацієнти 3-го хірургічного відділення однозначно відповідали на поставлене запитання, вважаючи, що оперативне втручання було необхідним для лікування. Проте пацієнти відділення травматології (23 особи) відповідали на це питання неоднозначно, зазначаючи, що оперативне втручання не було обов'язковим заходом. Із пацієнтами відділення нейрохірургії, зокрема, були труднощі під час бесіди, що зумовлено станом пацієнтів, який не давав змоги повною мірою провести методичне дослідження. Для проведення повноцінного опитування в деяких випадках пацієнтам допомагали рідні та відвідувачі.

Місце проживання пацієнтів було виявлено за допомогою відповідного запитання анкети. 42,8% пацієнтів указали на те, що до них ставляться не так як до інших пацієнтів, завдяки чому констатуємо про такий чинник якості життя післяопераційних хво-

рих, як міське або сільське місце проживання досліджуваних.

Наступним кроком нашого дослідження була «Шпитальна шкала тривоги і депресії» (HADS), завдяки якій було повною мірою оцінено емоційний стан пацієнтів і отримано результати щодо прояву тривоги та депресії. Згідно з даними за шкалою HADS (див. таблицю 2), середній рівень тривоги в обстежених пацієнтів становив 11,20±3,03, тобто це клінічно виражена тривога, а за шкалою депресії – 9,20±3,61, що відповідає субклінічній депресії.

Пацієнтів, які мали клінічно виражену тривогу, було майже 60%, інші пацієнти (34%) мали субклінічно виражений рівень тривоги. Отже, можна сказати, що 94% обстежених пацієнтів, які знаходяться на післяопераційній реабілітації, мають високий ступінь вираженості тривоги. Депресивні стани є достатньо вираженими в обстежених пацієнтів. Більшість із них знаходиться переважно у стані, який також має клінічно виражений характер.

Нами виявлено, що старша вікова група хворих має більш високий рівень прояву тривоги та депресії під час післяопераційної реабілітації порівняно з молодшими віковими групами, що дає нам право констатувати, що вік пацієнтів є одним із соціально-демографічних чинників якості життя післяопераційних пацієнтів.

У процесі бесіди з пацієнтами було встановлено, що більшість із них уперше проходять післяопераційну реабілітацію. Це, у свою чергу, також зумовлює отримані результати.

Нами також було застосовано методику дослідження самоствавлення (далі – МДС)

Таблиця 2

Результати оцінювання досліджуваних пацієнтів за методикою HADS (за віком)

Групи пацієнтів (за віком)	Середні значення шкали HADS
32-40 (n=15)	12,9±1,2
40-55 (n=23)	14,8±1,0
55-65 (n=22)	19,4±2,2
65-78 (n=20)	19,3±9,1

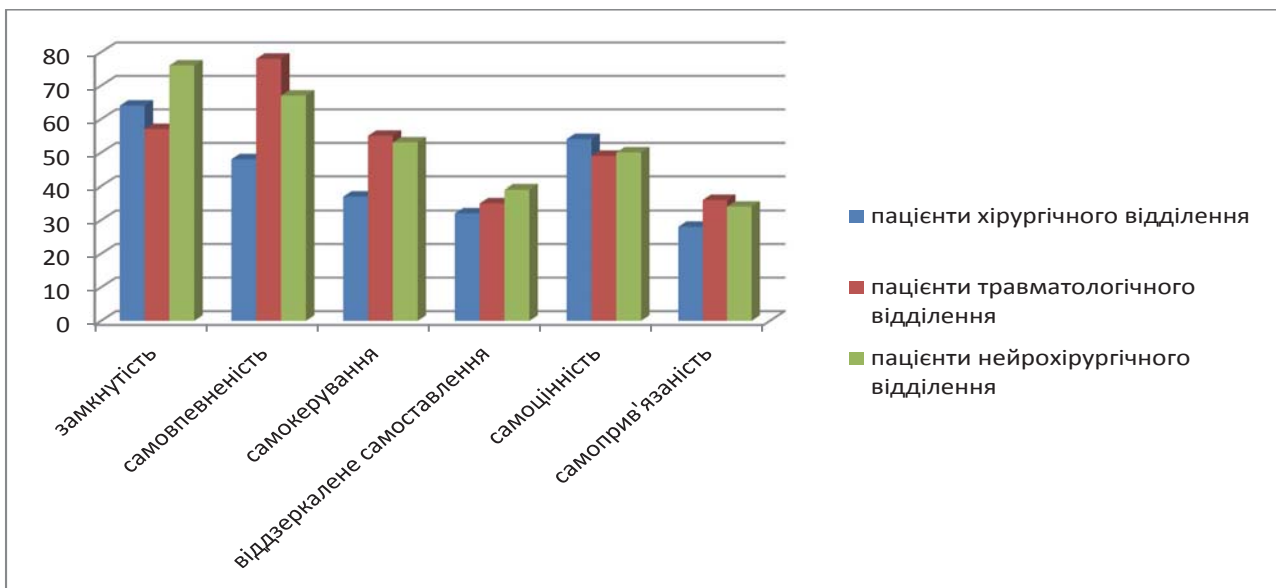


Рис. 1. Показники параметрів самоствавлення післяопераційних пацієнтів за МДС Пантелєєва (%)



Пантелеєва (див. рисунок 1). Методика призначена для виявлення структури самоствавлення особистості, а також вираженості окремих компонентів самоствавлення: замкнутості, самовпевненості, самокерування, віддзеркаленого самоствавлення, самоцінності, самоприв'язаності.

Щодо самоствавлення післяопераційних пацієнтів як компонента структури їх якості життя, можна зазначити, що переважання фізичного виду праці прямо залежне від самоствавлення після операції. А люди, які займаються інтелектуальною працею, не приділяють великого значення своєму стану під час реабілітації в рамках працездатності.

Загальний рівень якості життя післяопераційних пацієнтів виявився залежним передусім від виду діяльності.

Що стосується залежності рівня якості життя від статі, то варто сказати, що пацієнти жіночої статі виявилися більш адаптованими до переживання реабілітації. Це зумовлено підвищеною увагою до обов'язків перед рідними та дітьми. Пацієнти жіночої статі мали більш високий рівень якості життя, ніж чоловіки.

Пацієнти віком від 50 років мають нижчий рівень якості життя, що, зокрема, пов'язано з умовами їх проживання й самоствавленням. Пацієнти старшого віку більше переймаються своїм становищем і тим, із якими труднощами через проведену операцію можуть зіткнутися їхні рідні та близькі.

Висновки. Виявлені відмінності в рівні якості життя післяопераційних пацієнтів залежно від віку, статі, виду діяльності підтверджують висунуту нами гіпотезу: вік, вид діяльності, стать пацієнтів на післяопераційній реабілітації є соціально-демографічними чинниками їхньої якості життя. Також встановлено, що місце проживання таких пацієнтів і вид операції зумовлюють рівень якості життя післяопераційних хворих.

Провівши дослідження, можемо надати рекомендації щодо оптимізації перебування хворих на післяопераційній реабілітації. Потрібно мати на увазі не лише фізіологічний стан людини, а й уважати за необхідне брати участь у підтримці психологічного стану пацієнта. Це може зумовити покращення та прискорення одужання людини. Адже повернути здоровий вигляд і працездатність набагато легше людині, яка перебуває в добром гуморі та адекватно оцінює ситуацію, ніж тій, яка постійно емоційно напружена та не може позбутися тривоги.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абульханова-Славская К.А. Жизненные перспективы личности / К.А. Абульханова-Славская //

Психология и образ жизни личности. – М. : Наука, 1987. – 30 с.

2. Абрамова Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич. – М. : Кафедра-М, 1998.

3. Бауман З. Текущая современность / З. Бауман. – СПб., 2008.

4. Бобков В. Динамика уровня жизни населения / В. Бобков, П. Маловский-Мстиславский // Экономист. – 1994. – № 6.

5. Вернік О.Л. Особливості суб'єктивної оцінки якості життя студентською молоддю / О. Вернік // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. – К. – Житомир : Вид-во ЖДПУ ім. І. Франка, 2009. – Вип. 19. – Т. 7. – С. 46–50.

6. Григорьева И.В. Психосоциальные аспекты качества жизни пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы / И.В. Григорьева, С.А. Игумнов // Укр. мед. часопис. – 2007. – № 6 (62) – XI/XII. – С. 84–88.

7. Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией : автореф. дисс. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / А.Н. Дорожевец ; МГУ им. М.В. Ломоносова. – М., 1986. – 19 с.

8. Ершов А.П. Качество жизни и местное самоуправление в условиях социальной модернизации / А.П. Ершов, Ю.Р. Хайруллина // Социол. исслед. – М., 2004. – № 8. – С. 65–66.

9. Замалетдинова Л.Р. Качество жизни: понятие, структура, значение теории в решении экологической проблемы / Л.Р. Замалетдинова // Вестник Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского. Серия «Социальные науки». – 2008. – №2 (10). – С. 102–110.

10. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике : [пособие для врачей и психологов] / [авторы-сост.: Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко и др.] ; под ред. М.М. Кабанова. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 55 с.

11. Кроник А.А. Субъективная картина жизненного пути как предмет психологического исследования, диагностики и коррекции : дисс. ... докт. психол. наук / А.А. Кроник. – М., 1994. – 368 с.

12. Куликов Л.В. Детерминанты удовлетворенности жизнью / Л.В. Куликов // Общество и политика / под ред. В.Ю. Большакова. – СПб. : СПбГУ, 2000. – С. 476–510.

13. Лебединский М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясичев. – Л., 1966.

14. Линч К. Образ города / К. Линч. – М. : Стройиздат, 1982. – 328 с.

15. Логинова Н.А. Жизненный путь человека как проблема психологии / Н.А. Логинова // Вопросы психологии. – 1985. – № 1. – С. 103–109.

16. Максименко С.Д. Передмова / С.Д. Максименко // Гуманістична психологія: Антологія : у 3 т. / за ред. Р. Трача і Г. Балла. – К., 2001. – Т. 1 : Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст. – 2001. – С. 7.

17. Москаленко В.В. Соціальна психологія / В.В. Москаленко. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – С. 438–444.

18. Непомнящая В.А. Методологические проблемы психологии – иллюзии и реальность. Возможность

использования понятия «качество жизни» в психологии / В.А. Непомнящая. – Томск, 2005. – С. 593–597.

19. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е издание. – М. : ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007. – 320 с.

20. Ноздріна Л.В. Якість життя населення в переходній економіці України : автореф. дис. ... канд. екон. наук / Л.В. Ноздріна ; Львівський нац. ун-т ім. Івана Франка. – Львів, 2001. – 24 с.

21. Пантелеев С.Р. Методика исследования самоотношения / С.Р. Пантелеев. – М. : Смысл, 1993. – 32 с.

22. Психологія / за редакцією Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 2000. – 558 с.

23. Роджерс К. Несколько важных открытий / К. Роджерс // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14 «Психология». – 1990. – № 2. – С. 59–60.

24. Розин В.М. Личность как учредитель и менеджер «себя» и субъект культуры / В.М. Розин // Человек как субъект культуры. – М. : Наука, 2002. – С. 42–112.

25. Романцов М.Г. Качество жизни современных студентов / М.Г. Романцов, С.Н. Коваленко // Чело-

век. Природа. Общество. Актуальные проблемы : материалы 13-й Международной конференции молодых ученых. — СПб., 2002. — С. 312–320.

26. Рубинштейн С.Л. Человек и мир / С.Л. Рубинштейн. – М. : Наука, 1997. – 191 с.

27. Руткевич М.Н. Образ жизни и «качество жизни» / М.Н. Руткевич // Социол. исслед. – 1976. – №4. – С. 13–24.

28. Современные концепции уровня, качества и образа жизни. – М. : ИСИ АН СССР, 1978. – 198 с.

29. Стёпин В.С. Теоретическое знание / В.С. Стёпин. – М., 2003. – С. 626–627.

30. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.

31. Соціологія : [короткий енциклопедичний словник]. – К. : Укр. центр духовн. культури, 1998. – 736 с.

32. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 284 с.

33. Титаренко Т.М. Постмодерні концептуалізації понять «особистість» та «життєвий шлях» / Т.М. Титаренко // Психологія і суспільство. – 2009. – № 4 (38). – С. 83–96.