

УДК 338.2:342.9

DOI: 10.17816/pmj382103-110

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Н.М. Камилова, Л.А. Гулиева**Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Республика Азербайджан*

CHANGE IN FIGURATIVE IDEAS OF WOMEN'S QUALITY OF LIFE DEPENDING ON AGE

N.M. Kamilova, L.A. Guliyeva**Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan*

Цель. Оценить качество жизни женщин-беженок.

Материалы и методы. Обследованы 149 женщин-беженок, которые являются близкими родственниками в трех поколениях и были разделены на три группы в зависимости от возраста: I группа – 51 женщина в возрасте 18–35 лет, II группа – 61 обследованная в возрасте 36–54 лет и III группа 34 женщины в возрасте 55 лет и старше. Оценка качества жизни проводилась двумя основными способами: путем самооценки (субъективный метод) и врачами (объективный подход). Исследования качества жизни выполнены в соответствии с общими принципами проведения социологических исследований. Оценка осуществляется в баллах для каждого критерия. Максимальная шкала соответствует 100 баллам. Наряду с данной программой был дополнительно использован международный стандартизированный вопросник SF-36.

Результаты. Полученные нами в ходе исследования данные прежде всего свидетельствуют о значимости жизненных приоритетов обследуемых и должны обязательно приниматься во внимание при планировании мероприятий по улучшению качества здоровья.

Выводы. Сравнительный анализ показателей качества жизни, связанный со здоровьем, показал, что у женщин с возрастом существенно уменьшаются параметры физического функционирования независимо от иерархии жизненных приоритетов. Психологические компоненты возрастали у женщин среднего возраста при жизненном приоритете «работа».

Ключевые слова. Беженцы, женщины, опрос, качество жизни.

Objective. To assess the quality of life of refugee women.

Material and methods. 149 refugee women, who are close relatives in three generations, were examined and divided into 3 groups depending on their age: Group I – 51 women aged 18–35 years, group II – 61

© Камилова Н.М., Гулиева Л.А., 2021

тел. +994 50 325 23 14

e-mail: nigar65@mail.ru

[Камилова Н.М. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства-гинекологии № 1; Гулиева Л.А. – диссертант кафедры акушерства-гинекологии № 1].

© Kamilova N.M., Guliyeva L.A., 2021

tel. +994 50 325 23 14

e-mail: nigar65@mail.ru

[Kamilova N.M. (*contact person) – MD, PhD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology №1; Guliyeva L.A. – candidate for degree, Department of Obstetrics and Gynecology №1].

women aged 36–54 and group III – 34 women aged 55 and over. The quality of life was assessed in two main ways: by self-assessment (subjective method) and by doctors (objective approach). The studies regarding the quality of life were carried out in accordance with the general principles of sociological research. The assessment was realized in points for each criterion. The maximum scale corresponds to 100 points. Along with this program, the international standardized questionnaire SF-36 was used in addition.

Results. The data we obtained in the course of the study, first of all indicate the importance of the life priorities of the subjects examined and must be taken into account when planning measures to improve the quality of health.

Conclusions. Comparative analysis of health-related quality of life indicators showed that among women parameters of physical functioning significantly decrease with age, regardless of the hierarchy of life priorities. Psychological components increase in middle-aged women with the life priority “work”.

Keywords. Refugees, women, survey, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Женева, 1958) здоровье трактуется «как состояние полного физического, душевного, социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Здоровье – это одно из главных условий продуктивного социального и экономического развития. Реализация интеллектуального, нравственно-духовного, физического и репродуктивного потенциала возможна только в здоровом обществе [1, 2]. Данное определение является базовым, однако недостаточным для полного понимания феномена здоровья в целом. Следует отметить, что авторы по-разному трактуют определение здоровья. Одни во главу ставят биологические и физиологические составляющие, а другие в большей степени опираются на социальные условия, влияющие на формирование здоровья человека. Социальное здоровье характеризуется, прежде всего, как взаимодействие человека и сообщества. До 60-х гг. XX столетия жизнедеятельность индивида, социальной группы, общества в рамках экономического подхода рассматривалась через такие понятия, как «уровень жизни», «стандарт жизни», но позднее было внедрено понятие «качество жизни».

Однако на стыке XX–XXI вв., в связи с вопросами общественной безопасности, состояния окружающей среды и сохранения здоровья людей, в науке и в социальных исследованиях все чаще стали использовать определение качества жизни, имеющее междисциплинарный подход. Достаточно интересно, что понятие «качество жизни» заменило собой критерий эффективности социально-экономического развития – ВВП [3, 4].

ВОЗ определяет качество жизни как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия и независимости от качества среды, в которой он живет, степени удовлетворенности конкретным уровнем жизни и другими составляющими психологического комфорта; удовлетворенность пациента различными сферами жизни и ее «комфортностью» [5].

Данный подход охватывает не только состояние здоровья, но и собственное отношение к себе и окружающим, возможности реализации, полноценное социальное функционирование [6, 7]. Основные параметры, оцениваемые при исследовании качества жизни – благополучие/удовлетворенность, функциональное состояние и условия среды, социальные и материальные условия жизни [8].

К концу XX – началу XXI в. в связи с войнами, революциями мировое сообщество столкнулось с массовыми проявлениями такого негативного явления, как беженцы, вынужденные переселенцы, мигранты.

Состояние данной социальной группы остается малоизученной проблемой, вместе с тем они относятся к наиболее уязвимой группе населения.

Целью исследования явилось изучение качества жизни женщин-беженок.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе научно-медицинского центра Sağlam Nəsil («Здоровое поколение») и кафедры акушерства и гинекологии № 1 Азербайджанского медицинского университета за период 2013–2018 гг.

В соответствии с целью исследования были обследованы 149 женщин-беженок, которые являются близкими родственниками в трех поколениях и были разделены на три группы в зависимости от возраста: I группа – 51 женщина в возрасте 18 – 35 лет, II группа – 61 обследованная в возрасте 36–54 лет и III группа – 34 женщины в возрасте 55 лет и старше.

Мы проанализировали установки обследуемых и ценности в отношении здоровья. Карта социологического опроса включала в себя вопросы, охватывающие основные параметры, определяющие качество медико-социальной и социально-бытовой жизни. Исследования качества жизни выполнены в соответствии с общими принципами проведения социологических исследований. Оценка осуществляется в баллах для каждого критерия. Максимальная шкала соответствует 100 баллам.

Респондентам был предложен перечень параметров, которые составляют основные ценности человеческой жизни, и предлагалось

выбрать из них один, который имеет наибольшее значение. Этот параметр, из-за которого опрашиваемый будет более всего переживать в случае отсутствия, неудачи, плохого состояния, предлагалось оценить в 100 баллов, остальные параметры ранжировались по отношению к самому главному. Оценка качества жизни проводилась двумя основными способами: путем самооценки (субъективный метод) и врачами (объективный подход). С этой целью мы использовали вопросник SF-36. Инструмент является универсальным и позволяет осуществлять кросс-культурные сравнения, что имеет немаловажное значение при исследовании процессов миграции [9, 10].

Статистическая обработка данных проводилась по общепринятым методам вариационной статистики после проверки рядов на нормальность распределения. В зависимости от типа распределения данных достоверность различий между показателями независимых выборок оценивались по непараметрическому U -критерию Манна – Уитни или по t -критерию Стьюдента ($M \pm m$). Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ Statistica 6.0, Microsoft Office 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для настоящего исследования важным было использовать социальные факторы в прогнозе адаптационного поведения беженцев. Мотивационная детерминанта поведения в совокупности с самооценкой здоровья является регулятором поведения, и связи с этим представляет значительный интерес.

На первом месте стояли факторы материального благополучия: благосостояние семьи, неудовлетворенность личным заработком, низкий душевой доход. Неудовлетворенность личным заработком значима во

всех трех группах и стоит на первом месте (25,9 % – I группа, 29,5 % – II группа, 64,7 % – III группа, вся выборка – 54 %). Низкий душевой доход отмечается у 18,5 % в I группе, 34,4 % – во II и 58,8 % – в III. В общей группе (вся выборка) – 51 %.

Неудовлетворенность благосостоянием семьи в I группе встречается реже, чем умеренные отклонения, что в какой-то степени снижает остроту воздействия данного фактора. Во II группе женщин среднего возраста эти цифры приблизительно одинаковы (значительное – 52,9 %, умеренное – 38,2 %). Во всей выборке значительных отклонений – 44 %, умеренных – 51 %.

Фактор удовлетворенности жилищными условиями оценивался женщинами-беженцами в целом в 48 баллов (с градацией «0» – совершенно недоволен жилищными условиями; «100» – полностью доволен). Особенно негативно характеризуются размеры площади.

Отдельной квартирой не располагают 38,9 % в I группе, 41 % во II и 67,6 % в III (вся выборка – 46 %). Недовольство благоустроенностью квартиры выявлено в I группе – 20,4 %, во II–III группах – 31,5 и 34,4 % соответственно.

Как выявлено, жилищный фактор в жизни беженцев является фактором интенсивного воздействия на психоэмоциональное состояние, приводящим к снижению качества жизни и здоровья.

Условия проживания включали в себя четыре компонента, в том числе экологические параметры. Проведенные исследования показали, что климатические условия не вызывают особой тревоги у беженцев. Число недовольных климатом значительно выражено только у 6,7 %. Недовольство экологией во всей выборке выражено у 24 % респондентов (14,8 % – в I группе, 19,7 % – во II, 47,1 % – в III). Из других условий в месте проживания наибольшее

недовольство вызывали проблемы отдыха: во всей выборке – 60,7 % (38,9; 63,9; 91,2 % – в I, II и III группах соответственно).

Нередко респонденты отмечали недовольство, связанное с общественным транспортом. Такие проблемы испытывают во всех группах 34,7 % (в I группе – 24,1 %, во II – 39,3 % и 44,1 % – в III). Недовольство бытовыми условиями в I группе выявлено у 29,6 %, во II – у 34,4 %, в III – у 38,2 %.

Особое значение для здоровья имеют внутрисемейные отношения. Анализ 11 семейных компонентов выявил, что самым значимым оказался фактор одиночества: незамужняя (во всей выборке – 19,3 %, в I группе – 5,6 %, во II – 13,1 %, в III – 35,3 %).

При оценке семейных проблем все респонденты достаточно комфортно ощущают себя в контексте своей жизни. Недовольность семейной жизнью отметили лишь 11,3 % опрошенных, из них только 2,7 % расценили их как значительное.

Отношениями с детьми не удовлетворены 10 %, из них только 2 % расценили этот параметр как значительный. Отношения с супругом во всей выборке – 8 %, из них только 1,3 % расценили их как значительные. Частые конфликты в семье – 6 %, здоровье детей – неудовлетворительное для 4,7 % опрошенных, доля таких отношений наиболее высока во II группе – 8,2 %.

Неудовлетворенность благополучием детей в блоке семейных проблем занимает третье место. Умеренные отклонения здесь встречаются чаще, чем значительные (вся выборка – 19,3 %, в I, II, III группах – 5,6; 13,1; 35,3 %). На четвертом месте – проживание с родственниками. Данный компонент дает в основном умеренные отклонения во всех группах (для всей выборки – 27,3 %, в I, II, III группах – 5,6; 39,3; 41,2 % соответственно). Неудовлетворенность здоровьем мужа зани-

мает пятое место. Стоит отметить, что доля умеренной неудовлетворенности самая высокая (вся выборка – 9,3 %).

Средняя оценка в баллах отношений с детьми (0 – очень плохие; 100 – прекрасные) составляет 69,6; для характеристики супружеских отношений этот балл несколько ниже – 50,9; уровень семейных конфликтов – 56,2 (где 0 – очень частые конфликты, 100 – не бывает никогда); уровень семейного счастья 55,5 балла (градация ответов от 0 – совершенно несчастливая семейная жизнь до 100 – полное счастье).

Детальный анализ четырех компонентов, входящих в блок вопросов, показал, что особое значение имеет нерегулярное питание. Характер питания непосредственным образом связан с оценкой здоровья. При ответе на вопрос «Насколько разнообразно ваше питание?» с градацией ответов от 0 (очень однообразное питание) до 100 (широкий набор продуктов) средний балл составил 56. Выраженное влияние однообразного питания и недоедания отмечают 14,8 % в I группе, 24,6 % – во II и 38,2 % – в III. Во всей выборке 24 % – однообразие питания и 18 % – недоедание. На четвертом месте – редкие приемы пищи. При ответе на вопрос «Довольны ли Вы количеством пищи, потребляемой за сутки?» средний балл 66 (при градации ответа от 0 – голодание существенное до 100 – ем, сколько хочу). Однако редкие приемы не вызывают тревоги и практически не влияют на их жизнь.

На качество жизни в группе женщин-беженок также имеет влияние семь компонентов фактора отдыха. На первом месте по интенсивности воздействия стоит неудовлетворенность от использования отпуска. Во всей выборке неудовлетворенных – 43,3 %. Интересен факт, что для старшей группы данный компонент не определялся.

В 100 % случаев женщины-беженки не имеют возможности трудиться на садовом участке. Неудовлетворенность от использования выходных дней стоит на третьем месте. Во II группе значительных отклонений больше – 34,4 %. В I группе – 7,4 % и в III группе – 8,8 %. Неудовлетворенность сном чаще отмечается в III группе, причем у 8,8 % из них этот фактор имеет значительные отклонения, у 44,1 % – умеренные. Остальные компоненты данного блока не играют большой роли в жизни беженков.

Следующий фактор, который был отмечен в анкете, – это положение в обществе. Оказалось, что 66,7 % респондентов недовольных своим положением в обществе в значительной степени и 16,7 % – в умеренной; 20,7 % во всей выборке испытывают дискомфорт от принадлежности к среднему или более низкому социальному классу, для 53,3 % респондентов этот фактор умеренного влияния. Данная неудовлетворенность более характерна для молодых респондентов.

Большинство пациентов рассматривают производственный фактор – работу – как проблему, вызывающую определенную озабоченность. По балльной оценке этот блок, включающий отношения с руководством, коллегами, удовлетворенность работой, условиями труда, нервные нагрузки получил 30 баллов (при градации от 0 – очень плохо до 100 – полное удовлетворение).

На первом месте стоят неудовлетворительные перспективы профессионального роста, значительные отклонения во всей выборке – 33,3 %. Второй по значимости компонент – это высокая напряженность на работе. Причем во II группе он самый высокий – 34,4 %. В этой же группе самая высокая неудовлетворенность условиями труда – 29,5 %. Неудовлетворенность отношениями с руководством и коллегами менее значимы.

Суждения о духовных потребностях в исследуемой популяции фиксируют достаточно высокую значимость этих проблем. В ответ на вопрос «Считаете ли Вы жизнь духовно богатой (литература, искусство, природа)?» суммарная балльная оценка составила 45,7 (0 – духовно очень бедная, 100 – духовно очень богатая). Доля респондентов, не удовлетворенных духовной жизнью, высока во всех социальных группах и составила 72,7 %.

При ответе на вопрос «Насколько вы счастливы в жизни?» опрошенным предлагалось выбрать соответствующий балл от 0 (абсолютно несчастлив) до 100 (полностью счастлив). Средний балл по всей группе был 62,9. Доля лиц с недостаточным ощущением счастья в I группе составила 24,1 %, во II и III – 41,0 и 76,5 % соответственно. Отсутствие веры в бога, высшие силы отмечено у 39 % респондентов.

Во всех социальных группах отмечается выраженная неудовлетворенность общественной поддержкой. По всем четырем компонентам, входящим в данный блок вопросов, доля неудовлетворенных респондентов значительна.

На первом месте – недостаточная поддержка со стороны семьи (44,4 % в I группе, 77 % – во II, 82,4 – III, по всей выборке – 66 %). Недостаток дружеских связей по значимости занимает второе место (27,8 % – в I группе, 68,9 % – во II группе, 76,5 % – в III не ощущают дружеской поддержки).

Небольшой процент опрошенных имеет друзей, но даже в этих случаях отмечается высокая неудовлетворенность общением с друзьями: 25,9 % – в I группе, 70,5 % – во II и 76,5 % – в III. На четвертом месте стоит недостаточная поддержка со стороны друзей: 20,4 % – в I группе, 44,3 % – во II и 32,4 % – в III. По всей группе доля неудовлетворенных респондентов – 32,7 %.

Для оценки осознания безопасности, социальной защиты респонденты отвечали на такие вопросы, как «удовлетворенность деятельностью властей», «доступность необходимых продуктов и товаров», «безопасность существования». Суждение об удовлетворенности действиями властей получило средний балл – 40,8; доступности товаров – 49,1; безопасности – 61,8.

Ежедневно физкультурой не занимаются в общей выборке – 62 %, (38,9 % – в I группе, 62,3 % – во II и 100 % – в III). Низкие физические нагрузки на работе отмечаются в I группе – 33,3 %, во II группе данный показатель 21,3 %, в III группе – 52,9 %.

Степень обеспокоенности здоровьем может быть охарактеризована таким фактором, как установка на продолжительную жизнь, обозначенная в открытом вопросе «До какого возраста хотели бы Вы дожить?». Четко выраженная установка о влиянии продолжительности жизни не выявлена у 10 % респондентов, средняя продолжительность – у 67 %. При этом 6,7 % всех опрошенных не желают ничего менять в своем образе жизни для улучшения здоровья. 93,3 % респондентов положительно отвечают на вопрос «Согласны ли вы изменить что-нибудь в образе жизни, если это улучшит здоровье?». К сожалению, среди опрошенных 54 % выражают недоверие к врачебным или медицинским рекомендациям.

Сбор ответов на стандартные вопросы являлся эффективным методом оценки статуса здоровья. Тщательно выстроенные связи вопросов и ответов, составленных для подсчета по суммированию рейтингов, чрезвычайно помогли при проведении данного исследования.

Оценка качества жизни позволила выявить факторы, наиболее значимые для медико-социальной адаптации беженцев. Полученные ответы свидетельствуют о значительном разбросе индивидуального восприятия здоровья и требуют дополнительного уточ-

нения оценки качества жизни с помощью стандартизированного вопросника.

Таким образом, исследование влияния жизненных приоритетов на качество жизни, связанное со здоровьем, в различных возрастных группах показало, что наиболее высокие показатели качества жизни наблюдались у женщин старшего возраста, у которых на первом месте стоит приоритет «безопасность». Напротив, такие жизненные приоритеты, как «семейные ценности», тем более «здоровье», сочетаются с более низкими показателями физического функционирования, общего состояния здоровья, психического здоровья, уровня ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием, а также определяют более низкие показатели жизненной активности. Мы считаем, что выявленные различия можно объяснить, прежде всего, высокой ценностью понятия «стабильность». Такое предположение предусматривает некоторую смену приоритетов в организации первичной профилактики и формировании групп риска по ухудшению состояния здоровья.

Таким образом, в современных условиях образ жизни беженцев в частности, как и всего населения в целом в значительной мере связан с уровнем его занятости, процессами обеспечения общественного порядка и личной безопасности, поддержания благоприятного социально-психологического климата в обществе, формирования у индивидов, в первую очередь у молодежи, ценностных ориентаций, соответствующих общечеловеческим нравственным нормам, и т. п.

Полученные в ходе исследования данные прежде всего свидетельствуют о значимости жизненных приоритетов обследуемых и должны обязательно приниматься во внимание при планировании мероприятий по улучшению качества здоровья.

Выводы

1. Сравнительный анализ показателей качества жизни, связанных со здоровьем, выявил, что у женщин с возрастом существенно уменьшаются показатели физического функционирования независимо от иерархии жизненных приоритетов.

2. Показатели психологической компоненты особенно существенно возрастали у женщин среднего возраста при жизненном приоритете «работа», тогда как в молодом возрасте наибольший процент возрастания наблюдался в отношении параметров «работа/учеба/достаток».

3. Показатель ролевого и социального функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, значительно повышался у женщин среднего и старшего возраста с жизненным приоритетом «здоровье», в то время как среди молодого поколения наблюдалось выраженное снижение данного показателя.

Библиографический список

1. Защита беженцев: руководство по международному праву беженцев. Межпарламентский союз 2001; 152.

2. Руководящие принципы международной защиты: прекращение статуса беженца согласно статьи 1С(5) и (6) Конвенции о статусе беженцев 1951 года, available at: <https://www.unhcr.org/ru/wp>

3. Carlsson JM, Olsen DR, Mortensen EL. Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. The Journal of Nervous and Mental Disease 2006; 194(10): 725–727.

4. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005; 365 (9467): 1309–131431.

5. *Matanov A., Giacco D., Bogic M., Ajdukovic D., Franciskovic T., Galeazzi G.M., Kucukalic A., Lecic-Tosevski D., Morina N., Popovski M., Schutzwobl M., Priebe S.* Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health* 2013; 13: 624.

6. *Bogic M, Njoku A, Priebe S.* Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015; 15 (1): 29.

7. *Tang S.S., Fox S.H.* Traumatic experiences and mental health of Sengalese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189 (8): 507–512.

8. United Nations High Commissioner for Refugees. Global Trends Forced Displacement in 2018. 2019. Retrieved April 27, 2020, from, available at: <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>.

9. *Carlsson J.M., Olsen D.R., Kastrup M., Mortensen E.L.* Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198 (11): 824–828.

10. *Skevington SM, Lofty M, O’Connell KA.* The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trials. A Report of the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 2004; 13 (2): 299–310.

REFERENCES

1. Refugee protection. *Rukovodstvo po mezhdunarodnomu pravu bezhentshev. Mezhparlamentskiy soyuz* 2001; 152 (in Russian).

2. Guidelines for international Protection: Termination of refugee status under articles 1C (5) and (6) of the 1951 Convention relating to the Status of Refugees, available at: <https://www.unhcr.org/ru/wp> (in Russian).

3. *Carlsson J.M., Olsen D.R., Mortensen E.L.* Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The*

Journal of Nervous and Mental Disease 2006; 194 (10): 725–727.

4. *Fazel M., Wheeler J., Danesh J.* Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365 (9467): 1309–1314.

5. *Matanov A, Giacco D, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi G.M, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Schutzwobl M, Priebe S.* Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health* 2013; 13: 624.

6. *Bogic M, Njoku A, Priebe S.* Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015; 15 (1): 29.

7. *Tang S.S., Fox S.H.* Traumatic experiences and mental health of Sengalese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189 (8): 507–512

8. United Nations High Commissioner for Refugees. Global Trends Forced Displacement in 2018. 2019. Retrieved April 27, 2020, from, available at: <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>.

9. *Carlsson JM, Olsen DR, Kastrup M, Mortensen EL.* Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198 (11): 824–828.

10. *Skevington SM, Lofty M, O’Connell KA.* The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trials. A Report of the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 2004; 13 (2): 299–310

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Материал поступил в редакцию 02.02.2021