

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

И.Л. Самодова, В.С. Лучкевич, А.А. Витрищак

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Россия, 195067,
Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47, тел. (812) 543-96-09,*

E-mail: mechnik@gmail.com

Резюме: В статье даны особенности социально-гигиенического функционирования детей группы медико-социального риска и их влияние на здоровье и качество жизни детей. Проведен анализ состояния здоровья, выявлены особенности развития и тяжести течения заболеваний неблагополучных детей. Проведена оценка динамики качества жизни на фоне проведения реабилитационных мероприятий. Доказана высокая эффективность медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, в специализированном территориальном реабилитационном центре.

Ключевые слова: качество жизни, шкалы функционирования, дети группы медико-социального риска, медицинская и социальная реабилитация.

THE IMPACT OF SOCIO-HYGIENIC OPERATION ON QUALITY OF LIFE OF THE CHILDREN OF THE TEAM OF MEDICO-SOCIAL RISK

I.L. Samodova, V.S. Luchkevich, A.A. Vitrischak

State Educational Establishment for High Professional Training «Saint-Petersburg State Medical Academy after named I.I. Mechnikov of the Federal Agency for Public Health and Social Development of the Russian Federation». Russia, 195067, Saint-Petersburg, Piskarevskiy pr., 47. Tel. (812) 543-96-09,

E-mail: mechnik@gmail.com

Summary: The article presents the features of social and hygienic operation of children of the group of medical and social risks and their impact on children's health and quality of life. The analysis of health status, peculiarities of development and severity of the disease of disadvantage children was held. The estimation of dynamics of quality of life against the backdrop of the

rehabilitation measures was held. The high efficiency of medical and social, psychological and educational rehabilitation of children left without parental care in specialized regional rehabilitation center was proved.

Key words: quality of life, scale operation, children of medico-social risk, medical and social rehabilitation.

Введение. В последние десятилетия остается неизменно высоким количество детей группы медико-социального риска, которые подвергаются неблагоприятному влиянию социально-бытовых, социально-гигиенических и психоэмоциональных факторов со стороны неблагополучного окружения [1-6]. Улучшение качества жизни и оздоровление детей, лишенных родительского попечения, является одной из наиболее важных и трудных задач современных систем медико-социальной помощи и социального обеспечения [7-10]. При этом улучшение качества жизни предусматривает необходимость комплексной медико-социальной реабилитации, психолого-педагогической коррекции, физической адаптации детей к условиям проживания, с учетом состояния их здоровья, физического, социального и психоэмоционального функционирования [11-13].

Целью исследования было оценить влияние различных показателей социально-гигиенического функционирования на качество жизни детей, получавших медико-социальную помощь в Центре медицинской и социальной реабилитации детей, лишенных родительского попечения (Санкт-Петербург).

Материалы и методы. Разработана программа социологического изучения здоровья, образа и качества жизни детей, лишенных родительского попечения. Исследование качества жизни проводилось с помощью опросника Pediatric Quality of Life, при этом проводили оценку физического, психического, социального, эмоционального и психосоциального функционирования, оценку жизни в детском коллективе у каждой возрастной группы [14-19]. Всего обследовано 348 детей, из них в возрасте 5-7 лет 51,4%, в возрасте 8-12 лет 37,6%, в возрасте 13-18 лет 11,0%. Группа сравнения представлена детьми (n=100) из полных семей, имеющих благополучное социально-экономическое и психоэмоциональное положение. Обработка данных проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. Одним из важнейших факторов социально-гигиенического функционирования является характеристика бытового существования и жилищных условий. Наиболее предпочтительный вариант отдельной квартиры,

позволяющий максимально контролировать особенности бытового окружения ребенка, гигиенические условия его жизнедеятельности, чистоту, а в ряде случаев выделение индивидуального пространства (отдельной комнаты) был доступен большинству детей, включенных в исследование (43,1%). Около трети (27,9%) детей и подростков проживали в отдельной комнате, зачастую вместе с остальными членами семьи. Условия проживания в коммунальной квартире отличались неблагоприятным психоэмоциональным фоном в связи с определенным контингентом жителей коммуналок, воздействующим на сон, отдых, возможности самоподготовки для учащихся, неблагоприятными гигиеническими условиями. Подобные жилищно-бытовые условия наблюдались у 22,7% детей, проживающих в коммунальных квартирах. Незначительная часть (6,3%) детей вообще не имели постоянного жилья.

В исследовании была проведена оценка структуры семейно-родственных отношений каждого ребенка. Этот аспект социально-гигиенического функционирования ребенка несет одну из наибольших психоэмоциональных нагрузок в комплексной оценке этого вида жизнедеятельности. Исследование показало, что наибольшая доля детей проживали со своими бабушками и/или дедушками (45,7%), на которых, в ряде случаев, было оформлено опекуновство над ребенком. Группа детей, проживающих с матерью (41,7%) или с отцом (4,3%), представляли собой социальную прослойку детей из т.н. неполных семей. Существует множество научно-практических исследований и литературной информации о негативном влиянии на личностные характеристики ребенка отсутствия кого-нибудь из родителей.

В связи с тем, что все дети находились в группе медико-социального риска, был изучен такой аспект социально-гигиенического функционирования, как образование и профессиональная ориентация детей, что в дальнейшем позволило провести оценку эффективности комплексной социальной реабилитации, проводимой в Центре. В целом, около половины обследуемых детей посещали школу (46,6%), дошкольные образовательные учреждения, детские сады и развивающие центры посещали 12,0% детей, а у 41,4% детей процесс образования, обучения, развития и социального общения не был организован.

Рациональное питание в детстве является одним из основополагающих факторов развития ребенка и одной из ведущих характеристик социально-гигиенического функционирования. Режим питания, его калорийная и пищевая ценности отражают

условия существования, проживания, социальную организованность ребенка, отношение к ребенку в семье, внутрисемейный настрой, финансово-экономический достаток, что отражается на качестве жизни ребенка. При оценке питания были получены следующие результаты: у большинства детей соблюдались минимальные требования к организации питания (70,7%). Около 20,0% детей и подростков питались нерегулярно, часто испытывали длительные голодные промежутки, питались однообразной, низкокалорийной, бедной витаминами и питательными элементами пищи, не рекомендуемой для детского возраста. Выявлена сильная корреляционная связь между регулярностью питания детей и посещением детских образовательных учреждений ($r=0,86$, $p<0,05$).

Весоростовой коэффициент является одним из основных показателей физического развития ребенка в педиатрии, что служит базовым параметром для оценки развития ребенка и прогнозирования характера его дальнейшего физиологического и психоэмоционального функционирования. При оценке соответствия веса ребенка его росту и возрасту было установлено, что у большинства детей (65,5%) вес не соответствует росту и возрасту. Недостаточный вес, свидетельствующий о недостаточном питании, нарушении усвояемости пищевых ингредиентов из-за наличия каких-либо заболеваний, нарушений обмена веществ, низкий весоростовой индекс наблюдался у наибольшей доли обследованных детей (58,8%).

Физиологическое и социально-гигиеническое значение сна в жизни ребенка крайне велико. Результаты исследования режима, продолжительности, характера и качества сна у ребенка, при системном анализе, становится критерием, отражающим качество множества видов детского функционирования и качества жизни. Принятая физиологическая суточная норма 8-часового сна отмечалась у большинства детей (93,4%), включенных в исследование, что удовлетворяло гигиенические требования к продолжительности сна.

Детские психологи отмечают, что наличие собственных вещей у ребенка значительно влияет на формирование ряда психологических и эмоциональных функций, определяющих многие поведенческие и социальные установки во взрослом возрасте. Фактор социального неблагополучия, финансово-экономические проблемы, злостное невыполнение родительских прав и невнимание к детям со стороны родителей обуславливал отсутствие минимума собственной одежды (15,8%) и выраженный недостаток игрушек (14,1%) у небольшой части детей, включенных в исследование.

Социально-гигиеническая полноценность детей, уровень профилактической ориентированности и степень сформированности медико-социальной активности детей и подростков, включенных в исследование, оценивались на основании вопросов, касающихся выполнения гигиенических манипуляций, проведения водных процедур, чистки зубов, смены нижнего белья. Большинство детей проводили индивидуальные гигиенические процедуры - водные (душ, ванна, чистка зубов), смену нижнего белья и одежды не чаще одного раза в неделю (79,3%). Группа детей и подростков, демонстрирующих наилучшие характеристики индивидуальной гигиены, соблюдающие все требования к личной гигиене, проводящие индивидуальные гигиенические процедуры ежедневно была наименьшей по численности (7,8%). Установлена зависимость участия ребенка в гигиенических процедурах от частоты общения с матерью ($r=0,55$, $p<0,05$).

Занятия физической культурой и спортом, посещение спортивных секций, спортивных школ и лагерей, заинтересованность в физической активности отражает уровень активности жизненной позиции, мотивации на здоровый образ жизни. Исследование продемонстрировало, что регулярные занятия спортом присутствовали в жизни у незначительной доли детей и подростков (8,9%).

Все исследуемые дети относятся к группе медико-социального риска, они находятся в социально-неблагополучном окружении, причем как дома, так и в среде сверстников, для них характерно состояние хронического стресса, вызванное внутрисемейным неблагополучием. Указанные выше факторы провоцируют приобретение вредных привычек, среди которых ведущее место принадлежит использованию психотропных веществ — никотина, алкоголя, наркотиков, токсических веществ. Наиболее распространенным среди обследуемых детей был никотин, пробовали сигареты или находились в состоянии никотинового отравления 17,2% всех опрошенных детей и подростков. Ситуация с употреблением алкоголя была во многом сходна с никотиновой зависимостью, дети и подростки периодически употребляли алкоголь в 9,8% случаев. Употребление наркотических препаратов и токсических веществ было отмечено у 2,9% опрошенных детей. Установлена зависимость курения и употребления алкоголя от возраста ($r=0,54$, $p<0,05$ и $r=0,45$, $p<0,05$ соответственно).

Социально-психологическая обстановка внутри семьи, частота ссор и конфликтов, задействованность в них ребенка, использование методов физического воздействия на ребенка и наказания - сами по себе являются скорее критериями психоэмоционального

функционирования. Однако, учитывая социальное неблагополучие исследуемого контингента детей и подростков, наиболее характерными причинами ссор и скандалов у взрослых были связаны со злоупотреблением алкоголя или других психотропных веществ, социально-экономическими трудностями, психоэмоциональным напряжением и состоянием хронического стресса, что негативно отражалось на выполнении ими своих бытовых обязанностей и созданию удовлетворительной социально-гигиенической обстановки дома и в семье - также косвенно характеризует и социально-гигиеническую ситуацию в быту и в жизни ребенка. Анализ показал, что у половины (54,3%) детей конфликты в семье происходят часто, инициаторами конфликтов являются взрослые члены семьи.

Анализ заболеваемости детей, лишенных родительского попечения, показал рост хронической заболеваемости и снижение числа практически здоровых детей с увеличением возраста, что отражает влияние неблагоприятных социально-гигиенических условий на физическое функционирование детей и развитие хронической патологии (рис. 1). У большинства детей (51,4%) наблюдались симптомы из двух и более вышеперечисленных диагностических групп. Лишь 16,7% детей были практически здоровыми (57,8% мальчиков и 42,2% девочек).

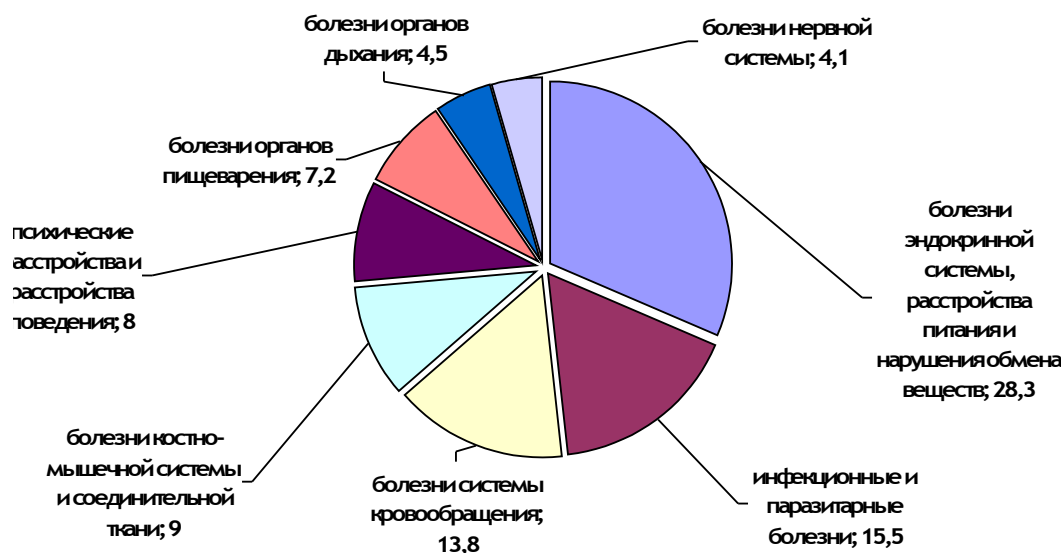


Рис. 1. Структура заболеваемости детей, поступивших в Центр медицинской и социальной реабилитации (%).

Все исследуемые дети были распределены по группам в зависимости от продолжительности основного заболевания. Большинство детей, поступивших в Центр, страдали основным заболеванием менее года (74,1%). От года до трех лет страдали

основным заболеванием 13,5% детей, 7,6% детей страдают основным заболеванием более трех лет и 2,4% детей страдают основным заболеванием с рождения. Несмотря на то, что часть детей часто неадекватно оценивают состояние своего здоровья в связи с психологическими характерологическими особенностями, проанализирована частота проявления симптоматики. Установлено, что большая часть детей, поступивших в Центр, имеет постоянные проявления заболеваний (47,4%), у части детей (33,1%) симптоматика не выражена, в 10,9% случаев заболевание проявлялось однократно.

Учитывая социально-гигиенические особенности исследуемого контингента, высокую возможность попадания ребенка в группу медико-социального риска, была исследована частота обращаемости за профилактической и медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Установлено, что регулярно обращались в лечебно-профилактические учреждения лишь 9,5% детей. В связи с тем, что у большинства детей родители пренебрегали своими родительскими обязанностями, крайне большая группа детей не обращалась в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью (90,5%), что свидетельствует об очень низкой медицинской активности родителей исследуемых детей. Реабилитационные мероприятия, проведенные в Центре, достоверно улучшили клиническое состояние большинства детей, включенных в исследование (табл. 1).

Таблица 1

Распределение детей в зависимости от динамики течения заболевания с учетом патологии (%)

Заболевания	Динамика течения заболевания			Всего
	Улучшение	Ухудшение	Не изменилось	
Болезни органов дыхания	100,0	0	0	100,0
Болезни системы кровообращения	92,5	0	7,5	100,0
Болезни органов пищеварения	95,2	0	4,8	100,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	76,9	0	23,1	100,0
Психические расстройства и расстройства поведения	95,7	0	4,3	100,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	89,0	1,2	9,8	100,0
Инфекционные и паразитарные	91,1	0	8,9	100,0

болезни				
Болезни мочеполовой системы	100,0	0	0	100,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	66,7	0	33,3	100,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	83,3	0	16,7	100,0
Болезни нервной системы	91,7	0,0	8,3	100,0
Другие	100,0	0	0	100,0
Итого	90,7	0,3	9,0	100,0

Анализ обобщенных показателей качества жизни установил, что на момент включения в исследование несовершеннолетние расценивали свое качество жизни «выше среднего» - $56,0 \pm 2,2$ балла (в контрольной группе $74,4 \pm 1,3$ балла). Дети и подростки были удовлетворены своей жизненной ситуацией, редко стремились что-либо изменить, поддавались обстоятельствам, которые объективно – усугубляли и без того выраженное жизненное неблагополучие.

Средняя оценка физического функционирования детей на момент поступления - $53,9 \pm 3,1$ баллов (в контрольной группе $71,9 \pm 2,0$), свидетельствовала о наличии у несовершеннолетних некоторых проблем, связанных с физической активностью. В связи с общим истощением из-за нерационального питания, ослаблением в связи с заболеваниями или патологическими состояниями детям часто было трудно выполнять простые манипуляции по самообслуживанию, поднимать тяжелые вещи, много ходить и бегать, участвовать в активных играх, большинство детей отмечали упадок сил, были сонливы и вялы, некоторые отмечали болевые ощущения.

На момент поступления детей в Центр средние показатели эмоционального функционирования были самыми низкими ($48,9 \pm 2,0$ баллов) (в контрольной группе $71,0 \pm 1,8$ баллов) по сравнению с другими видами жизнедеятельности. Дети и подростки отмечали, что в основном испытывают негативные эмоции, грусть, легко расстраиваются, часто бывают подавлены, у них легко портится и быстро меняется настроение, они много переживают по различным поводам. Участники исследования высказывали предположения, что плохие внутрисемейные отношения, неустроенный быт, проблемы со здоровьем заметно изменили их характер, сделали их более агрессивными, злыми. У детей наблюдался беспокойный поверхностный сон, который не давал возможности полноценного отдыха, трудности засыпания, кошмарные сновидения. Дети и подростки чаще всего демонстрировали последствия перенесенных стрессовых ситуаций,

хронического стресса, были замкнуты, озлоблены, трудно шли на контакт с сотрудниками и другими детьми, были склонны к депрессии или переживали ее, жаловались на чувство страха за себя и свое будущее.

Социальное функционирование у несовершеннолетних в Центре, оценивалось в первую очередь на основании степени адаптации ребенка в коллективе, особенно среди сверстников, активности участия несовершеннолетнего в общественных мероприятиях, его ролевая позиция в групповой активности. Большое количество времени, которое ребенок проводит вне дома, широкий круг общения, сложившийся стереотип поведения – все эти и многие другие факторы обуславливали ощущение мнимой социальной значимости каждого ребенка и выразились в относительно высоких средних показателях социального функционирования на момент поступления детей в Центр - $61,8 \pm 3,0$ баллов (в контрольной группе $79,7 \pm 1,8$).

Оценка средних показателей жизни в школе или детском саду основывалась на характеристике познавательных функций ребенка, свойствах памяти, способности к обучению, влиянию внешних факторов, в первую очередь – проблем со здоровьем и социального неблагополучия на образовательные процессы в жизни ребенка. Данные факторы выразились в относительно высоких (несколько выше средних) показателях данной шкалы - $59,3 \pm 2,7$ баллов (в контрольной группе $75,1 \pm 1,9$).

С целью комплексного анализа качества и эффективности проведенной медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации оценивали ряд показателей: анализ объема реабилитационных мероприятий, оценку динамики состояния здоровья детей, динамики объективных клинических данных, субъективную оценку детьми своего здоровья после проведения реабилитационных мероприятий. Анализ объема проведения реабилитационных мероприятий выявил, что у большинства детей, поступивших в Центр (92,2%) программа реабилитации была реализована в полном объеме (медицинская помощь, социально-психологические и социально-педагогические мероприятия). Часть детей (7,8%) получала реабилитацию в частичном объеме. Анализ возрастных особенностей динамики течения заболевания установил, что после получения лечения у большинства детей (90,7%) отмечалось улучшение состояния здоровья. Лишь у 9,0% детей не было выявлено видимых изменений. С целью комплексной оценки эффективности медицинской и социальной реабилитации в исследовании включены вопросы, касающиеся субъективных оценок состояния здоровья детьми по 3-балльной

шкале после проведения реабилитационных мероприятий. «Хорошим» признали свое здоровье 86,6% детей. Оценили свое здоровье как «удовлетворительное» 8,6% детей и лишь 4,8% детей оценили свое здоровье как «плохое».

Принципиально новые гигиенические и бытовые условия проживания для большинства детей, соблюдение режимных моментов, улучшение питания, доброжелательная обстановка, улучшение здоровья выражено улучшили КЖ детей (табл. 2).

Таблица 2

Результаты динамики показателей качества жизни детей с учетом степени эффективности реабилитации

Шкала функционирования	Проведение реабилитации		Коэффициент эффективности реабилитации (%)
	Точка 1 (балл)	Точка 2 (балл)	
Физическое функционирование	53,9±3,1	85,3±2,2	58,2
Эмоциональное функционирование	48,9±2,0	88,0±2,0	80,0
Социальное функционирование	61,8±3,0	89,7±1,8	45,1
Жизнь в школе	59,3±2,7	89,2±1,8	50,4
Психосоциальное функционирование	56,7±2,6	87,9±1,7	55,0
Суммарная шкала	56,0±2,2	87,3±1,7	55,9

Курс реабилитационных мероприятий в Центре достоверно улучшил физическое функционирование детей ($p < 0,001$). Большинство детей отмечали, что стали чувствовать себя бодрее, у них появился прилив сил, они стали активнее участвовать в повседневной жизни. Показатели эмоционального функционирования были самыми низкими по сравнению с другими видами жизнедеятельности, дети и подростки отмечали, что испытывают негативные эмоции, грусть, часто бывают подавлены, у них легко портится настроение, много переживают. После работы с психологами, психиатрами, педагогами и социальными работниками, а также в связи улучшением психоэмоциональной обстановки, эмоциональный фон детей значительно улучшился ($p < 0,05$). Курс медико-социальной реабилитации корректировал социально-психологические установки в отношении ребенка к процессу и смыслу образования (рис. 2).

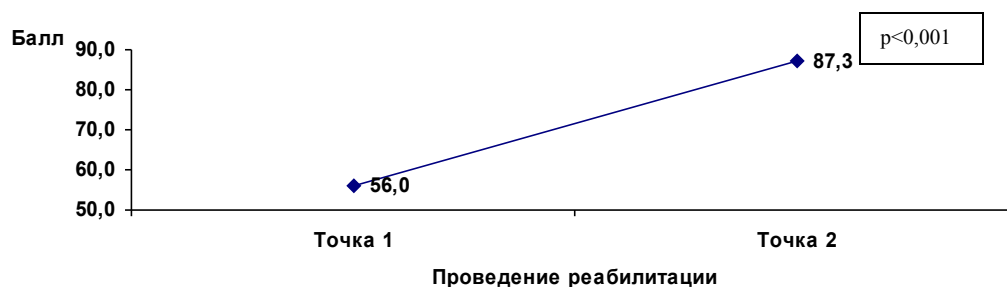


Рис. 2. Сравнительный анализ динамики общих показателей качества жизни детей, лишенных родительского попечения, на фоне курса медико-социальной реабилитации (в баллах).

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что социально-гигиеническое функционирование несовершеннолетних является значимым фактором, воздействующим на эмоционально-психологическую, медико-социальную, социально-бытовую жизнедеятельность и оказывает выраженное влияние на качество жизни ребенка.

Анализ состояния здоровья детей установил высокие показатели заболеваемости детей, лишенных родительского попечения, выявлено влияние социально-гигиенического функционирования на развитие и тяжесть течения заболеваний детей группы медико-социального риска. Установлено влияние физического функционирования детей (наличие болезненных состояний и дискомфорта) на общие показатели здоровья и качества жизни.

Среди семей группы медико-социального риска выявлен низкий уровень медицинской информированности и профилактической активности родителей, с поздним сроком обращаемости (необращаемости) за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения при возникновении заболевания детей, что влияет на тяжесть и продолжительность течения заболевания ребенка

Доказана высокая эффективность медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации на основании положительной динамики объективного клинического состояния ребенка, положительной динамики субъективной оценки ребенком своего здоровья, положительной динамики показателей качества жизни.

Установлено, что рациональной организационно-функциональной структурой медицинской и социальной реабилитации детей группы медико-социального риска являются специализированные территориальные реабилитационные центры,

обеспечивающие мониторинг жизнедеятельности детей, преемственность, непрерывность и комплексность социальных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Баранов А. А. Медико-социальные аспекты формирования здоровья и медико-социальные и правовые пути его охраны у детей-сирот : пособие для врачей / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, А. Г. Ильин, А. И. Ибрагимов [и др.] – Казань, 2005. – 70 с.
2. Выхристюк О. Ф. Медицинская помощь сиротам и детям из неблагополучных семей / О. Ф. Выхристюк. – М. : Медицина, 2004. – 352 с.
3. Лисицын Ю. П. Образ жизни и здоровье детей / Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина // Педиатрия. – 2001. – № 7. – С. 61 – 69.
4. Медико-социальные потребности детей из семей социального риска / И. Ю. Стволинский и [др.] // Сб. научных трудов СПбГМУ. – СПб., 2003. – С. 588 – 598.
5. Середа В. М. Здоровье дезадаптированных детей и пути совершенствования медико-социальной помощи в современных условиях : дисс. ... докт. мед. наук / В. М. Середа. – СПб., 2005. – 399 с.
6. Явбатырова Б. Г. Социально-педагогическая адаптация детей-сирот в учреждениях интернатного типа / Б. Г. Явбатырова // Педагогика. – М., 2007. – № 5. – С. 116 – 119.
7. Альбицкий В. Ю. Медико-социальная реабилитация детей и подростков в специализированных учреждениях / В. Ю. Альбицкий, А. И. Ибрагимов, Т. А. Гасиловская // Состояние здоровья и организация медицинского обслуживания детей, подростков, учащейся и рабочей молодежи : сб. науч. трудов – Ниж. Новгород : НГМА, 2001. – С. 171 – 173.
8. Влияние медико-биологических и социально-гигиенических факторов на качество жизни детей / А. Т. Байтурина, Л. Р. Гатиятуллина, В. А. Малиевский [и др.] // [Справочник педиатра](#). — 2008. — № 11 . — С. 61 – 62.
9. Измайлова Н. Н. Состояние здоровья и организация медико-социальной помощи детям, находящимся в социальных приютах для несовершеннолетних / Н. Н. Измайлова : автореф. дисс. ... к.м.н. – Казань, 2003. – 19 с.
10. Палиева Н. А. Реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в детском доме : учебно-методическое пособие / Н. А. Палиева, М. М. Панасенкова, Н. С. Белан. – Ставрополь : Литера, 2006. – 100 с.

11. Кошман С. Н. Нормативно-правовое обеспечение социальной поддержки и реабилитации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: учебно-методическое пособие / С. Н. Кошман. – М. : Изд-во МГОУ, 2005. – 126 с.
12. Орел В. И. Современные аспекты формирования здоровья детей и меры по его сохранению и укреплению / В. И. Орел, О. Л. Грандиловская, И. Ю. Стволинский // Социальные и организационные проблемы педиатрии. – М. : Династия, 2003. – С. 48 – 64.
13. Черюканов А. В. Динамика качества жизни несовершеннолетних в зависимости от объема медицинской реабилитации / А. В. Черюканов, Е. А. Пинаева, В. С. Лучкевич // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2007. – Т. 9 – 10. – С. 46 – 52.
14. Винярская И. В. Изучение качества жизни у детей / И. В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 3 . — С. 28 – 31.
15. Гордеев В. И. Методы исследования развития ребенка : качество жизни (QOL) - новый инструмент оценки развития детей / В. И. Гордеев, Ю.С. Александрович. – СПб. : Речь, 2001. – 197 с.
16. Методология изучения качества жизни в педиатрии : учебное пособие / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская, Л. С. Намазова. – М., 2008. – 16 с.
17. Моисеева К. Е. Опыт использования анкетирования для оценки состояния здоровья, условий и образа жизни детей / В. К.Юрьев, М. Р.Ахмедов, Е. В. Зеленова, К. Е.Моисеева [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 57 – 60.
18. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Изд. Дом «Нева»; М. : Изд. «ОЛМА-ПРЕСС», 2007. – 320 с.
19. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2007. — № 5 . — С. 16-17.