

УДК: 616-053.2-056.26:316.614:614.2(477.54)

DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.04>

О. М. Міщенко

Навчально-науковий медичний інститут національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», Харків, Україна.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ: СТРУКТУРА ОБМЕЖЕНЬ, ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ПРОГНОСТИЧНА МОДЕЛЬ

Анотація

Вступ. Якість життя (ЯЖ) дітей з інвалідністю є інтегральним медико-соціальним показником, який відображає не лише стан фізичного та психічного здоров'я, а й рівень самостійності, соціальної участі, адаптації до зовнішнього середовища, доступності медико-соціальної допомоги та можливостей повсякденної життєдіяльності. ВООЗ розглядає ЯЖ як сприйняття людиною власного становища в житті у контексті культури, системи цінностей, цілей, очікувань і життєвих стандартів.

Мета. Розробити базову методику комплексної оцінки якості життя дітей з інвалідністю та визначити рівень ЯЖ дезабільних дітей Харківського регіону на індивідуальному й популяційному рівнях із подальшим встановленням провідних чинників, що формують повсякденні обмеження та впливають на інтегральний індекс ЯЖ.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 521 дитини з інвалідністю віком до 18 років, які мешкали у м. Харкові та Харківській області. На основі авторського опитувальника сформовано базу даних для розрахунку індивідуального індексу ЯЖ. Аналіз здійснювали з урахуванням віку, статі, місця проживання, умов перебування, ступеня дії інвалідизуючої патології та рівня ЯЖ. Методика включала оцінювання блоків фізичних, соціально-психологічних, самостійнісних, середовищних, духовних і соціальних обмежень.

Етичні аспекти. Дослідження мало анкетний неінтервенційний характер. Дані оброблялися в узагальненому вигляді без ідентифікації персональної інформації дітей. Участь в анкетуванні має передбачати добровільність та інформовану згоду батьків або законних представників дитини.

Отримані результати. Середній рівень ЯЖ дітей з інвалідністю Харківського регіону становив 64,33 % із коливаннями від 23,44 % до 85,42 %. Низький рівень ЯЖ виявлено у 33,97 ± 2,07 %, середній – у 62,57 ± 2,12 %, оптимальний – лише у 3,45 ± 0,80 % обстежених. Найбільш виражений вплив на ЯЖ мав ступінь дії інвалідизуючої патології: при легкому ступені середній показник становив 68,87 %, при середньому – 65,97 %, при тяжкому – 56,11 %. Основними детермінантами ЯЖ були соціально-психологічні обмеження, обмеження рівня самостійності, зовнішнього середовища та фізичної активності. Сукупний внесок цих чинників у модель ЯЖ становив 92,88 %.

Висновки. ЯЖ дітей з інвалідністю Харківського регіону переважно перебуває на середньому рівні, однак частка дітей із низькою ЯЖ є клінічно та соціально значущою. Найбільші резерви покращення пов'язані зі зменшенням соціально-психологічних обмежень, підвищенням самостійності, покращенням середовищної доступності та підтримкою фізичної активності.

Ключові слова: соціальна медицина, дитяча інвалідність, соціально-психологічні обмеження, рівень самостійності, медико-соціальна реабілітація, Харківський регіон.

UDC: 616-053.2-056.26:316.614:614.2(477.54)

DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.04>

O. Mishchenko

Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute," Kharkiv, Ukraine.

MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH DISABILITIES IN THE KHARKIV REGION: STRUCTURE OF LIMITATIONS, DETERMINANTS, AND A PROGNOSTIC MODEL

Abstract

Introduction. Quality of life (QoL) in children with disabilities is an integral medical and social indicator that reflects not only physical and mental health status but also the level of independence, social participation, adaptation to the external environment, accessibility of medical and social care, and opportunities for daily functioning. The World Health Organization considers QoL as an individual's perception of their position in life in the context of culture, value systems, goals, expectations, and life standards.

Purpose of the study. To develop a basic methodology for the comprehensive assessment of quality of life in children with disabilities and to determine the QoL level of children with disabilities in the Kharkiv region at the individual and population levels, followed by identification of the leading factors that shape daily limitations and affect the integral QoL index.

Materials and Methods. A questionnaire-based survey was conducted among 521 children with disabilities under 18 years of age who resided in Kharkiv and the Kharkiv region. Based on the author-developed questionnaire, a database was created to calculate the individual QoL index. The analysis was performed with consideration of age, sex, place of residence, living conditions, severity of the impact of the disabling condition, and QoL level. The methodology included assessment of physical, socio-psychological, independence-related, environmental, spiritual, and social limitation domains.

Ethics. The study was questionnaire-based and non-interventional. Data were processed in aggregated form without identifying children's personal information. Participation in the survey involved voluntariness and informed consent from the child's parents or legal representatives.

Results. The mean QoL level among children with disabilities in the Kharkiv region was 64.33%, ranging from 23.44% to 85.42%. A low QoL level was identified in $33.97 \pm 2.07\%$, a moderate level in $62.57 \pm 2.12\%$, and an optimal level in only $3.45 \pm 0.80\%$ of the examined children. The severity of the impact of the disabling condition had the most pronounced effect on QoL: the mean value was 68.87% in children with a mild degree, 65.97% in those with a moderate degree, and 56.11% in those with a severe degree. The main determinants of QoL were socio-psychological limitations, limitations in the level of independence, environmental limitations, and physical activity restrictions. The cumulative contribution of these factors to the QoL model was 92.88%.

Conclusions. QoL in children with disabilities in the Kharkiv region was predominantly at a moderate level; however, the proportion of children with low QoL was clinically and socially significant. The greatest opportunities for improvement are associated with reducing socio-psychological limitations, increasing independence, improving environmental accessibility, and supporting physical activity.

Keywords: *social medicine, childhood disability, socio-psychological limitations, level of independence, medical and social rehabilitation, Kharkiv region.*

Вступ.

Дитяча інвалідність є складною медико-соціальною проблемою, оскільки вона часто супроводжується порушеннями фізичного розвитку, росту, здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації у просторі, контролю поведінки, навчання, комунікації та соціальної взаємодії. Такі обмеження можуть істотно знижувати рівень адаптації дитини в сім'ї, освітньому середовищі та суспільстві загалом [1–7].

Водночас діти з інвалідністю мають бути забезпечені таким рівнем психофізичної, соціально-економічної, реабілітаційної та медико-соціальної підтримки, який дозволяв би їм максимально реалізовувати власний потенціал і брати участь у повсякденному житті відповідно до індивідуальних можливостей. Найбільш обґрунтованим підходом до оцінювання цих аспектів є комплексне визначення якості життя (ЯЖ), що включає фізичний, психічний, соціальний, духовний та середовищний компоненти, а також рівень задоволеності умовами життя і доступністю медико-соціальної допомоги [8–10].

У цьому дослідженні наведено результати оцінювання ЯЖ дітей з інвалідністю Харківського регіону з урахуванням стратифікаційних характеристик, провідних блоків обмежень, прогностичних коефіцієнтів і коефіцієнтів детермінації.

Мета дослідження.

Розробити базову методіку комплексної оцінки якості життя дітей з інвалідністю та визначити рівень ЯЖ

дезабільних дітей Харківського регіону на індивідуальному й популяційному рівнях із подальшим встановленням провідних чинників, що формують повсякденні обмеження та впливають на інтегральний індекс ЯЖ.

Матеріали та методи.

Дослідження проведено шляхом анкетування 521 дитини з інвалідністю віком до 18 років, які проживали у м. Харкові та Харківській області. На підставі результатів анкетування було сформовано базу даних для розрахунку індивідуального індексу якості життя (ІЯЖ), що охоплювала 521 фізичну одиницю спостереження.

Усі респонденти були включені в дослідження після отримання відповідної інформованої згоди. Дослідження проведено у повній відповідності до існуючих міжнародних та вітчизняних біоетичних норм та правил (Нюрнберзький кодекс і Гельсінська декларація) щодо етичних принципів проведення експериментів на людях. Етичне схвалення було отримано комісією з біоетики ННМІ НТУ «ХПІ».

Подальший аналіз передбачав оцінювання ІЯЖ у різних популяційних групах залежно від віку, статі, місця проживання (міська або сільська місцевість, проживання вдома або у спеціалізованому інтернаті, ступеня дії інвалідизуючої патології та інтегрального рівня ЯЖ).

Авторська методика визначення ЯЖ дитини з інвалідністю ґрунтувалася на підходах ВООЗ до багатовимірного оцінювання ЯЖ та включала такі блоки обмежень: фізична активність, психологічна сфера, рівень самостійності, зовнішнє середовище, духовність і

суспільне життя [11].

В основу дослідження покладено авторський опитувальник, який складався з двох частин. Перша частина містила 30 повсякденних обмежень, серед яких дитина мала визначити шість найбільш значущих для себе. Друга частина передбачала відповіді на 42 стандартизовані питання, що дозволяли деталізувати повсякденні обмеження. Кожен показник оцінювали за п'ятибальною шкалою з подальшим розрахунком сумарного рівня обмежень [12].

ПЯЖ оцінювали за такою шкалою: оптимальний рівень – від 70,0 % до 100,0 %; середній рівень – від 31,0 % до 69,0 %; низький рівень – 30,0 % і нижче.

Статистичний аналіз отриманих результатів включав розрахунок абсолютних і відносних величин, середніх значень, похибки відносного показника, кореляційний аналіз, регресійне моделювання, визначення

прогностичних коефіцієнтів і коефіцієнта детермінації. Для оцінювання внеску окремих блоків обмежень у формування ЯЖ використовували кореляційно-регресійний підхід із розрахунком α -, β - та Δ -коефіцієнтів. Коефіцієнт детермінації застосовували для визначення частки варіабельності якості життя, що пояснюється включеними до моделі чинниками.

Результати та обговорення.

За результатами анкетування 521 дитини з інвалідністю, які проживали у м. Харкові та Харківській області, встановлено, що середній інтегральний показник ЯЖ становив 64,33 % із діапазоном індивідуальних значень від 23,44 % до 85,42 %. У загальній структурі обстежених низький рівень ЯЖ мали 177 дітей, що становило 33,9 ± 2,0 %; середній рівень – 326 дітей, або 62,6 ± 2,1 %; оптимальний рівень – лише 18 дітей, або 3,5 ± 0,8 % (табл. 1).

Таблиця 1. ЯЖ досліджених дітей-інвалідів в залежності від статі, віку, місця мешкання та ступеня тяжкості дії інвалідизуючої патології (% , $P \pm m_p$)

| Групи дітей | Рівень РТ | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------|-------------|
| | низький | | середній | | оптимальний | | у цілому | |
| | Абс | $P \pm m_p$ | Абс | $P \pm m_p$ | Абс | $P \pm m_p$ | Абс | $P \pm m_p$ |
| Хлопчики | 117 | 37,1 ± 2,7 | 189 | 59,8 ± 2,7 | 10 | 3,1 ± 0,9 | 316 | 60,7 ± 2,1 |
| Дівчатка | 60 | 29,3 ± 3,1 | 137 | 66,8 ± 3,2 | 8 | 3,9 ± 1,3 | 205 | 39,3 ± 2,1 |
| Діти 0 – 10 років | 65 | 38,5 ± 3,7 | 101 | 59,8 ± 3,7 | 3 | 1,7 ± 1,0 | 169 | 32,4 ± 2,0 |
| Діти 11 – 14 років | 72 | 34,3 ± 3,2 | 130 | 61,9 ± 3,3 | 8 | 3,8 ± 1,3 | 210 | 40,3 ± 2,1 |
| Діти 15 – 18 років | 40 | 28,3 ± 3,7 | 95 | 66,9 ± 3,9 | 7 | 4,8 ± 1,8 | 142 | 27,3 ± 1,9 |
| Сільські діти | 87 | 33,5 ± 2,9 | 166 | 63,9 ± 2,9 | 7 | 2,6 ± 1,0 | 260 | 49,9 ± 2,1 |
| Міські діти | 90 | 34,4 ± 2,9 | 160 | 61,4 ± 3,0 | 11 | 4,2 ± 1,2 | 261 | 50,1 ± 2,1 |
| Мешкають в інтернаті | 37 | 31,9 ± 4,3 | 75 | 64,7 ± 4,4 | 4 | 3,4 ± 1,6 | 116 | 22,2 ± 1,8 |
| Мешкають вдома | 140 | 34,6 ± 2,3 | 251 | 61,8 ± 2,4 | 14 | 3,6 ± 0,9 | 405 | 77,8 ± 1,8 |
| Легкий ступінь дії патології | 11 | 16,5 ± 4,5 | 52 | 77,6 ± 5,0 | 4 | 5,9 ± 2,8 | 67 | 12,8 ± 1,4 |
| Середній ступінь дії патології | 102 | 29,4 ± 2,4 | 233 | 66,9 ± 2,5 | 13 | 3,7 ± 1,0 | 348 | 66,8 ± 2,0 |
| Тяжкий ступінь дії патології | 64 | 60,4 ± 4,7 | 41 | 38,7 ± 4,7 | 1 | 0,9 ± 0,9 | 106 | 20,4 ± 1,7 |
| у цілому | 177 | 33,9 ± 2,0 | 326 | 62,6 ± 2,1 | 18 | 3,5 ± 0,8 | 521 | 100,0 ± 0,0 |

Аналіз розподілу дітей за статтю показав, що серед обстежених переважали хлопчики – 316 осіб, або $60,7 \pm 2,1$ %, тоді як дівчаток було 205, або $39,3 \pm 2,1$ %. Серед хлопчиків низький рівень ЯЖ визначено у 117 дітей, що становило $37,1 \pm 2,7$ %, середній – у 189 дітей, або $59,8 \pm 2,7$ %, оптимальний – у 10 дітей, або $3,1 \pm 0,9$ %. Серед дівчаток низький рівень ЯЖ мали 60 дітей, або $29,3 \pm 3,1$ %, середній – 137 дітей, або $66,8 \pm 3,2$ %, оптимальний – 8 дітей, або $3,9 \pm 1,3$ % (табл. 1).

За віковими групами найбільшу частку становили діти віком 11–14 років – 210 осіб, або $40,3 \pm 2,1$ %. Дітей віком 0–10 років було 169, що відповідало $32,4 \pm 2,0$ %, а дітей віком 15–18 років – 142, або $27,3 \pm 1,9$ %. У групі 0–10 років низький рівень ЯЖ виявлено у 65 дітей, або $38,5 \pm 3,7$ %; середній – у 101 дитини, або $59,8 \pm 3,7$ %; оптимальний – у 3 дітей, або $1,7 \pm 1,0$ %. У віковій групі 11–14 років відповідні показники становили $34,3 \pm 3,2$ %, $61,9 \pm 3,3$ % і $3,8 \pm 1,3$ %. У старшій віковій групі 15–18 років низький рівень ЯЖ мали $28,3 \pm 3,7$ %, середній – $66,9 \pm 3,9$ %, оптимальний – $4,8 \pm 1,8$ % дітей (табл. 1).

Порівняння за місцем проживання не виявило суттєвих відмінностей між сільськими та міськими дітьми. Серед сільських дітей низький рівень ЯЖ визначено у 87 осіб, або $33,5 \pm 2,9$ %, середній – у 166, або $63,9 \pm 2,9$ %, оптимальний – у 7, або $2,6 \pm 1,0$ %. Серед міських дітей відповідні показники становили $34,4 \pm 2,9$ %, $61,4 \pm 3,0$ % і $4,2 \pm 1,2$ %. У загальній структурі вибірки сільські діти становили $49,9 \pm 2,1$ %, міські – $50,1 \pm 2,1$ % (табл. 1).

Залежно від умов проживання більшість обстежених дітей мешкали вдома – 405 осіб, або $77,8 \pm 1,8$ %, тоді як у спеціалізованих інтернатних закладах проживали 116 дітей, або $22,2 \pm 1,8$ %. Серед дітей, які перебували в інтернаті, низький рівень ЯЖ мали $31,9 \pm 4,3$ %, середній – $64,7 \pm 4,4$ %, оптимальний – $3,4 \pm 1,6$ %. Серед дітей, які проживали вдома, відповідні показники становили $34,6 \pm 2,3$ %, $61,8 \pm 2,4$ % і $3,6 \pm 0,9$ % (табл. 1).

Найбільш виражені відмінності були пов'язані не зі статтю, віком чи місцем проживання, а зі ступенем дії інвалідизуючої патології. Серед дітей із легким ступенем дії патології низький рівень ЯЖ мали $16,5 \pm 4,5$ %, середній – $77,6 \pm 5,0$ %, оптимальний – $5,9 \pm 2,8$ %. При середньому ступені дії патології низький рівень ЯЖ визначено у $29,4 \pm 2,4$ %, середній – у $66,9 \pm 2,5$ %, оптимальний – у $3,7 \pm 1,0$ %. За тяжкого ступеня дії патології частка дітей із низьким рівнем ЯЖ зростала до $60,4 \pm 4,7$ %, тоді як середній рівень мали $38,7 \pm 4,7$ %, а оптимальний – лише $0,9 \pm 0,9$ % дітей (табл. 1).

Середній інтегральний показник ЯЖ також демонстрував залежність від ступеня дії інвалідизуючої патології. У дітей із легким ступенем він становив $68,87$ %, при середньому ступені – $65,97$ %, а при тяжкому – $56,11$ %. Загальний показник ЯЖ для всієї вибірки дорівнював $64,33$ %. При цьому за віком, статтю та місцем проживання коливання були менш вираженими: у хлопчиків ЯЖ становила $63,65$ %, у дівчаток – $65,38$ %; у дітей 0–10 років – $63,11$ %, 11–14 років – $64,37$ %, 15–18 років – $65,73$ %; у сільських дітей – $63,86$ %, у міських – $64,80$ % (табл. 2).

Таблиця 2. Рівні залежності ЯЖ досліджених дітей-інвалідів від ступеня дії інвалідизуючої патології та статі, віку й місця мешкання

| Групи дітей | Рівень РТ | | | |
|----------------------|-----------|----------|---------|----------|
| | легкий | середній | тяжкий | у цілому |
| хлопчики | 68,29 % | 65,09 % | 56,73 % | 63,65 % |
| дівчатка | 69,77 % | 67,22 % | 54,90 % | 65,38 % |
| діти 0 – 10 років | 66,20 % | 65,98 % | 53,19 % | 63,11 % |
| діти 11 – 14 років | 68,13 % | 65,56 % | 56,33 % | 64,37 % |
| діти 15 – 18 років | 72,57 % | 66,49 % | 59,63 % | 65,73 % |
| сільські діти | 67,68 % | 65,45 % | 55,54 % | 63,86 % |
| міські діти | 70,85 % | 64,45 % | 56,64 % | 64,80 % |
| мешкають в інтернаті | 66,92 % | 63,72 % | 65,10 % | 65,12 % |
| мешкають вдома | 73,14 % | 66,43 % | 55,07 % | 64,11 % |
| У цілому: | 68,87 % | 65,97 % | 56,11 % | 64,33 % |

Отримані дані свідчать, що ступінь дії інвалідизуючої патології є одним із провідних чинників зниження ЯЖ. Якщо при легкому ступені дії патології середнє значення ЯЖ перебувало на межі оптимального й середнього рівнів, то при тяжкому ступені воно помітно знижувалося і становило лише 56,11 % (табл. 2).

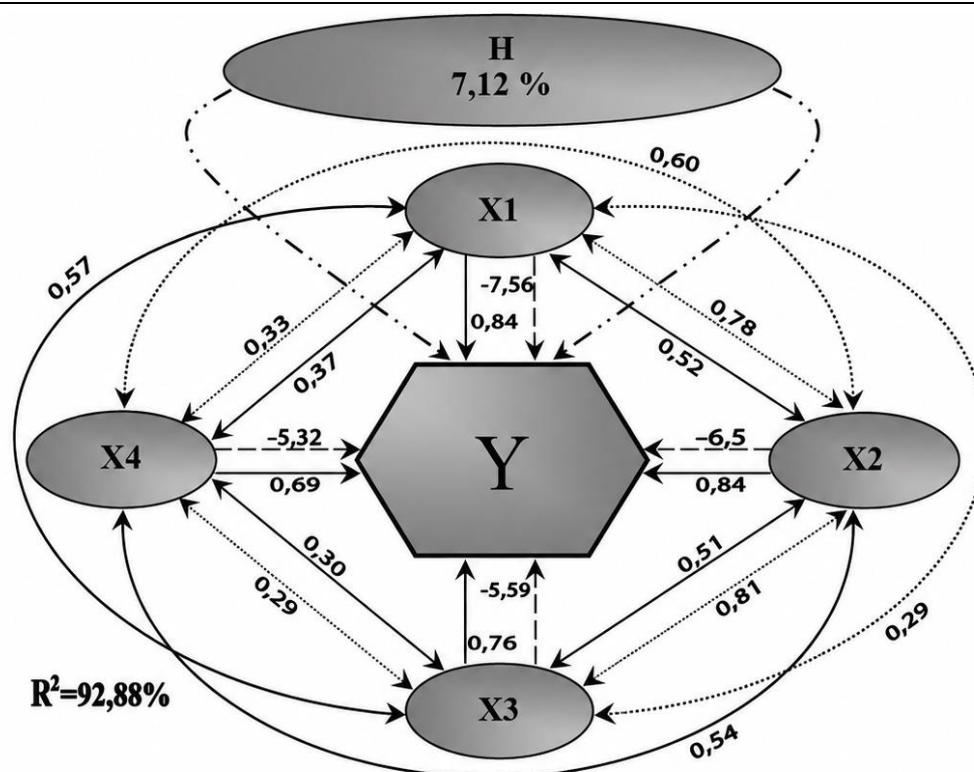
Для визначення впливу окремих блоків повсякденних обмежень на інтегральний показник ЯЖ було проведено кореляційний аналіз. Найтісніший зв'язок із ЯЖ мали соціально-психологічні обмеження та обмеження рівня самостійності – коефіцієнт кореляції для обох блоків становив 0,84. Обмеження зовнішнього середовища також мали значний зв'язок із ЯЖ – 0,76, тоді як фізичні обмеження

характеризувалися дещо нижчим, але клінічно значущим кореляційним зв'язком – 0,69 (табл. 3, рис.).

Кореляційна матриця також показала взаємозв'язок між самими блоками обмежень. Соціально-психологічні обмеження помірно корелювали з обмеженнями рівня самостійності – 0,52, обмеженнями зовнішнього середовища – 0,57 та фізичними обмеженнями – 0,37. Обмеження рівня самостійності мали зв'язок із зовнішнім середовищем на рівні 0,51 та з фізичними обмеженнями на рівні 0,54. Це підтверджує, що ЯЖ дітей з інвалідністю формується не ізольованими чинниками, а взаємопов'язаною системою функціональних, психологічних, соціальних і середовищних обмежень (табл. 3).

Таблиця 3. Кореляційна матриця ЯЖ обстежених дітей-інвалідів

| Обмеження | Соціально-психологічні | Рівня самостійності | Зовнішнього середовища | Фізичні | ЯЖ |
|------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|---------|------|
| Соціально-психологічні | 1 | 0,52 | 0,57 | 0,37 | 0,84 |
| Рівня самостійності | 0,52 | 1 | 0,51 | 0,54 | 0,84 |
| Зовнішнього середовища | 0,57 | 0,51 | 1 | 0,30 | 0,76 |
| Фізичні обмеження | 0,37 | 0,54 | 0,30 | 1 | 0,69 |
| ЯЖ | 0,84 | 0,84 | 0,76 | 0,69 | 1 |



- X1 – соціально-психологічні обмеження
- X2 – обмеження рівня самостійності
- X3 – обмеження зовнішнього середовища
- X4 – обмеження фізичної активності
- Y – ЯЖ
- R² – відсоток усіх врахованих чинників у моделі ЯЖ
- H – відсоток усіх неврахованих чинників ЯЖ
- коефіцієнт простої лінійної регресії

Рис. Модель впливу повсякденних обмежень на ЯЖ дітей-інвалідів.

За результатами регресійного аналізу найбільший за модулем вплив на ЯЖ мали соціально-психологічні обмеження – $7,5 \pm 0,04$, обмеження рівня самостійності – $6,5 \pm 0,04$, обмеження зовнішнього середовища – $5,5 \pm 0,04$ та фізичні обмеження – $5,3 \pm 0,04$. Сукупна дія цих блоків пояснювала 92,88 % варіабельності ЯЖ, тоді як на інші, не включені до моделі фактори припадало 7,12 %. Це свідчить про високу інформативність запропонованої моделі для оцінювання і прогнозування ЯЖ дітей з інвалідністю (табл. 3, рис.).

Для оцінювання можливих змін ЯЖ залежно від посилення окремих блоків

обмежень було побудовано прогностичну матрицю. За вихідного варіанта, коли всі чотири блоки перебували на умовно базовому рівні, ЯЖ становила 74,9 %. При подвоєнні лише фізичних обмежень вона знижувалася до 69,6 %, тобто на 5,3 процентного пункту. При подвоєнні соціально-психологічних обмежень показник зменшувався до 67,4 %, або на 7,5 процентного пункту. У разі подвоєння обмежень зовнішнього середовища ЯЖ знижувалася до 69,3 %, тобто на 5,6 процентного пункту, а при подвоєнні обмежень рівня самостійності – до 68,4 %, або на 6,5 процентного пункту (табл. 4).

Таблиця 4. Прогностична матриця ЯЖ дітей-інвалідів

| Змінені блоки (групи) | Варіанти | Блоки обмежень (чинників) | | | | Рівень ЯЖ (Y, %) | Зміна рівня ЯЖ |
|-----------------------|----------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|----------------|
| | | 1-блок (X1) | 2-блок (X2) | 3-блок (X3) | 4-блок (X4) | | |
| 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 74,9 | 0 |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 69,6 | 5,3 |
| | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 67,4 | 7,5 |
| | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 69,3 | 5,6 |
| | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 68,4 | 6,5 |
| 2 | 6 | 2 | 1 | 1 | 2 | 62,0 | 12,9 |
| | 7 | 1 | 1 | 2 | 2 | 64,0 | 10,9 |
| | 8 | 1 | 2 | 1 | 2 | 63,1 | 11,8 |
| | 9 | 2 | 1 | 2 | 1 | 61,8 | 13,1 |
| | 10 | 2 | 2 | 1 | 1 | 63,4 | 11,5 |
| | 11 | 1 | 2 | 2 | 1 | 62,8 | 12,1 |
| 3 | 12 | 2 | 1 | 2 | 2 | 56,4 | 18,5 |
| | 13 | 2 | 2 | 1 | 2 | 55,5 | 19,4 |
| | 14 | 1 | 2 | 2 | 2 | 57,5 | 17,4 |
| | 15 | 2 | 2 | 2 | 1 | 55,3 | 19,6 |
| 4 | 16 | 2 | 2 | 2 | 2 | 50,0 | 24,9 |

Однчасне посилення двох блоків обмежень супроводжувалося більш вираженим зниженням ЯЖ. Так, при одночасному подвоєнні соціально-психологічних і фізичних обмежень ЯЖ зменшувалася до 62,0 %, тобто на 12,9 процентного пункту; при поєднанні обмежень рівня самостійності та фізичних обмежень – до 63,1 %, або на 11,8 процентного пункту; при одночасному посиленні соціально-психологічних і середовищних обмежень – до 61,8 %, або на 13,1 процентного пункту. Якщо одночасно посилювалися обмеження рівня самостійності та зовнішнього середовища, ЯЖ до 62,8 %, тобто на 12,1 процентного пункту (табл. 4).

Найбільш несприятливий прогноз відзначався при одночасному посиленні трьох або чотирьох блоків обмежень. За поєданого погіршення соціально-психологічних, середовищних і фізичних

обмежень ЯЖ становила 56,4 %, тобто знижувалася на 18,5 процентного пункту. При одночасному посиленні соціально-психологічних обмежень, обмежень рівня самостійності та фізичних обмежень показник зменшувався до 55,5 %, або на 19,4 процентного пункту. За одночасного посилення всіх чотирьох блоків ЯЖ знижувалася до 50,0 %, тобто на 24,9 процентного пункту порівняно з вихідним рівнем (табл. 4).

Додатковий аналіз α -, β - та Δ -коефіцієнтів дозволив визначити питому вагу окремих блоків обмежень у формуванні ЯЖ. У загальній структурі найбільшу частку становили соціально-психологічні обмеження – 34,32 %. Друге місце посідали обмеження рівня самостійності – 27,54 %, далі йшли обмеження зовнішнього середовища – 19,78 % та фізичні обмеження – 18,36 % (табл. 5).

Таблиця 5. Аналіз впливу блоків обмежень на рівень ЯЖ дітей-інвалідів

| Обмеження | $R_{xy} \pm m_{xy}$ | α -коэф. | β -коэф. | Δ -коэф. |
|-------------------------------|---------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| у цілому | | | | |
| соціально-психологічні | $7,5 \pm 0,04$ | 0,1540 | 0,3698 | 0,3432 |
| обмеження рівня самостійності | $6,5 \pm 0,04$ | 0,1213 | 0,3451 | 0,2754 |
| зовнішнього середовища | $5,5 \pm 0,04$ | 0,1556 | 0,2881 | 0,1978 |
| фізичні обмеження | $5,3 \pm 0,04$ | 0,1208 | 0,2810 | 0,1836 |
| Усього | | 0,5517 | 1,2840 | 1,0000 |
| легкий ступінь інвалідності | | | | |
| соціально-психологічні | $7,7 \pm 0,11$ | 0,1341 | 0,4181 | 0,3793 |
| обмеження рівня самостійності | $6,3 \pm 0,11$ | 0,0773 | 0,2944 | 0,2216 |
| зовнішнього середовища | $5,5 \pm 0,08$ | 0,1431 | 0,3612 | 0,2357 |
| фізичні обмеження | $4,9 \pm 0,10$ | 0,0903 | 0,2786 | 0,1634 |
| Усього | | 0,4449 | 1,3523 | 1,0000 |
| середній ступінь інвалідності | | | | |
| соціально-психологічні | $7,5 \pm 0,05$ | 0,1432 | 0,3670 | 0,3387 |
| обмеження рівня самостійності | $6,4 \pm 0,05$ | 0,1129 | 0,3492 | 0,2763 |
| зовнішнього середовища | $5,6 \pm 0,05$ | 0,1456 | 0,2996 | 0,2055 |
| фізичні обмеження | $5,2 \pm 0,04$ | 0,1114 | 0,2779 | 0,1795 |
| Усього | | 0,5131 | 1,2936 | 1,0000 |
| тяжкий ступінь інвалідності | | | | |
| соціально-психологічні | $7,5 \pm 0,07$ | 0,2145 | 0,4252 | 0,3683 |
| обмеження рівня самостійності | $6,4 \pm 0,09$ | 0,1825 | 0,3401 | 0,2523 |
| зовнішнього середовища | $5,4 \pm 0,08$ | 0,2016 | 0,2910 | 0,1840 |
| фізичні обмеження | $5,4 \pm 0,07$ | 0,1778 | 0,3111 | 0,1953 |
| Усього | | 0,7764 | 1,3675 | 1,0000 |

За β -коефіцієнтами найбільші резерви для покращення ЯЖ були пов'язані зі зменшенням впливу соціально-психологічних чинників – 0,3698, підвищенням рівня самостійності – 0,3451, оптимізацією зовнішнього середовища – 0,2881 та зменшенням фізичних обмежень – 0,2810. Подібна закономірність зберігалася і при аналізі за ступенем інвалідності, хоча питома вага окремих блоків дещо змінювалася залежно від тяжкості патології (табл. 5).

У дітей із легким ступенем інвалідності найбільшу частку серед обмежень також становили соціально-психологічні чинники – 37,93 %, далі йшли обмеження зовнішнього середовища – 23,57 %, обмеження рівня самостійності – 22,16 % та фізичні обмеження – 16,34 %. При середньому ступені інвалідності структура була подібною: соціально-психологічні обмеження становили 33,87 %, обмеження

рівня самостійності – 27,63 %, зовнішнього середовища – 20,55 %, фізичні – 17,95 %. При тяжкому ступені інвалідності частка соціально-психологічних обмежень становила 36,83 %, обмежень рівня самостійності – 25,23 %, фізичних обмежень – 19,53 %, обмежень зовнішнього середовища – 18,40 % (табл. 5).

Поглиблений аналіз соціально-психологічного блоку показав, що найбільший внесок у його структуру мали відвідування церкви – 20,64 %, хвилювання за власне здоров'я – 18,15 %, рівень інтелекту – 16,17 %, навчання і запам'ятовування нового – 8,68 %, а також спілкування – 7,49 %. За β -коефіцієнтами найбільш значущими були відвідування церкви – 0,2400, хвилювання за своє здоров'я – 0,2120, рівень інтелекту – 0,2116, навчання і запам'ятовування нового – 0,1473, уникнення конфліктних ситуацій – 0,1351 та спілкування – 0,1261 (табл. 6).

Таблиця 6. Соціально-психологічні обмеження ЯЖ дезабільних дітей

| Чинники | $R_{xy} \pm m_{xy}$ | α -коеф | β -коеф. | Δ -коеф. |
|-----------------------------------|---------------------|----------------|----------------|-----------------|
| почуття радості | 0,1 ± 0,3 | 0,0032 | 0,0087 | 0,0004 |
| хвилювання через успішність | 0,2 ± 0,3 | 0,0029 | 0,0176 | 0,0016 |
| почуття заздрощів | 0,4 ± 0,2 | 0,0091 | 0,0538 | 0,0100 |
| зовнішній вигляд | 0,6 ± 0,2 | 0,0107 | 0,0633 | 0,0167 |
| почуття туги | 0,8 ± 0,3 | 0,0212 | 0,0657 | 0,0239 |
| конфлікти з друзями, родичами | 1,0 ± 0,3 | 0,0119 | 0,0887 | 0,0407 |
| зміна настрою | 1,1 ± 0,2 | 0,0315 | 0,1250 | 0,0600 |
| дотримання культових обрядів | 1,1 ± 0,3 | 0,0118 | 0,1260 | 0,0605 |
| уникнення конфліктних ситуацій | 1,2 ± 0,3 | 0,0175 | 0,1351 | 0,0749 |
| спілкування | 1,3 ± 0,3 | 0,0210 | 0,1261 | 0,0749 |
| навчання, запам'ятовування нового | 1,3 ± 0,3 | 0,0351 | 0,1473 | 0,0868 |
| Інтелект | 1,7 ± 0,3 | 0,0370 | 0,2116 | 0,1617 |
| хвилювання за своє здоров'я | 1,9 ± 0,2 | 0,0524 | 0,2120 | 0,1815 |
| відвідування церкви | 1,9 ± 0,2 | 0,0262 | 0,2400 | 0,2064 |
| Усього | | 0,2915 | 1,6208 | 1,0000 |

У структурі обмежень рівня самостійності провідними чинниками були цілеспрямована діяльність – 29,01 %, матеріально-економічна сфера – 24,16 %, адекватне поведження – 15,95 %, догляд за собою – 10,09 % і переміщення – 9,43 %.

Найвищі β -коефіцієнти в цьому блоці також мали цілеспрямована діяльність – 0,2940, матеріально-економічна сфера – 0,2544, адекватне поведження – 0,2170, догляд за собою – 0,1718 та переміщення – 0,1654 (табл. 7).

Таблиця 7. Обмеження у рівні самостійності ЯЖ обстежених дітей

| Чинники | $R_{xy} \pm m_{xy}$ | α -коеф | β -коеф. | Δ -коеф. |
|---------------------------------|---------------------|----------------|----------------|-----------------|
| вибір продуктів харчування | 0,2 ± 0,3 | 0,0023 | 0,0224 | 0,0016 |
| самообслуговування | 0,2 ± 0,3 | 0,0046 | 0,0254 | 0,0022 |
| робота по дому | 0,5 ± 0,3 | 0,0115 | 0,0514 | 0,0093 |
| життєдіяльність | 0,7 ± 0,3 | 0,0071 | 0,0611 | 0,0160 |
| самостійність | 0,7 ± 0,3 | 0,0137 | 0,0691 | 0,0168 |
| тривалість обмеження харчування | 0,8 ± 0,3 | 0,0100 | 0,0960 | 0,0275 |
| необхідність лікування | 1,2 ± 0,3 | 0,0230 | 0,0976 | 0,0403 |
| переміщення | 1,7 ± 0,3 | 0,0232 | 0,1654 | 0,0943 |
| догляд за собою | 1,7 ± 0,3 | 0,0321 | 0,1718 | 0,1009 |
| адекватне поведження | 2,1 ± 0,2 | 0,0381 | 0,2170 | 0,1595 |
| матеріально-економічна сфера | 2,8 ± 0,2 | 0,0783 | 0,2544 | 0,2416 |
| консервативна діяльність | 2,9 ± 0,2 | 0,0754 | 0,2940 | 0,2901 |
| Усього | | 0,3195 | 1,5257 | 1,0000 |

Аналіз частоти найбільш значущих повсякденних обмежень показав, що загальна кількість зареєстрованих обмежень становила 3126, що прийнято за 100,0 %. Найчастіше відзначалися виконання навчальних навантажень – 243 випадки, або 7,77 %; зниження спритності і витривалості – 236 випадків,

або 7,56 %; концентрація уваги на заняттях – 228 випадків, або 7,29 %; оволодіння спеціальними навичками – 220 випадків, або 7,04 %; їзда на велосипеді – 211 випадків, або 6,75 %; участь у походах і туризмі – 202 випадки, або 6,46 %; відвідування уроків фізичного виховання – 189 випадків, або 6,05 % (табл. 8).

Таблиця 8. Розподіл найбільш значущих обмежень дітей-інвалідів

| Вид обмеження | Кількість обмежень | % |
|---|--------------------|---------|
| відвідування виставок, музеїв, театрів | 9 | 0,29 |
| відвідування церкви, дотримання обрядів | 15 | 0,48 |
| нічний сон | 23 | 0,73 |
| прогулянки на свіжому повітрі | 23 | 0,73 |
| повсякденна робота у домі | 27 | 0,86 |
| участь у художній самодіяльності | 29 | 0,93 |
| переміщення (у квартирі, транспортом) | 46 | 1,47 |
| почуття радості | 47 | 1,50 |
| перебування на природі (у лісі, на річці) | 50 | 1,60 |
| підтримка пози | 58 | 1,86 |
| перегляд телевізора | 63 | 2,01 |
| Танці | 67 | 2,14 |
| консервативна діяльність | 69 | 2,21 |
| спілкування з однолітками (оточенням) | 75 | 2,40 |
| самообслуговування (вдягання, гігієна) | 79 | 2,54 |
| відпочинок на морському узбережжі | 84 | 2,69 |
| відвідування басейну | 93 | 2,97 |
| відвідування залу комп'ютерних ігор | 93 | 2,97 |
| відвідування святкових заходів, друзів | 104 | 3,33 |
| відвідування школи | 107 | 3,42 |
| відвідування спортивних секцій | 134 | 4,29 |
| гра з однолітками | 140 | 4,48 |
| адекватна поведінка | 162 | 5,18 |
| відвідування уроків фізичного виховання | 189 | 6,05 |
| участь у походах, туризм | 202 | 6,46 |
| їзда на велосипеді | 211 | 6,75 |
| оволодіння спеціальними навичками | 220 | 7,04 |
| концентрація уваги на заняттях | 228 | 7,29 |
| зниження спритності і витривалості | 236 | 7,56 |
| виконання навчальних навантажень | 243 | 7,77 |
| Усього | 3126 | 100,0 % |

Клінічно і соціально значущими також були обмеження, пов'язані із соціальною взаємодією, самостійністю та включенням у дитяче середовище. До них належали адекватна поведінка – 162 випадки, або 5,18 %; гра з однолітками – 140 випадків, або 4,48 %; відвідування спортивних секцій – 134 випадки, або 4,29 %; відвідування школи – 107 випадків, або 3,42 %; відвідування святкових заходів і друзів – 104 випадки, або 3,33 %; самообслуговування – 79 випадків, або 2,54 %; спілкування з однолітками та оточенням – 75 випадків, або 2,40 %; цілеспрямована діяльність – 69 випадків, або 2,21 % (табл. 8).

Менш поширеними, але важливими для повсякденного функціонування дітей були обмеження, пов'язані з відвідуванням басейну та залу комп'ютерних ігор – по 93 випадки, або 2,97 %; відпочинком на морському узбережжі – 84 випадки, або 2,69 %; самообслуговуванням – 79 випадків, або 2,54 %; танцями – 67 випадків, або 2,14 %; переглядом телевізора – 63 випадки, або 2,01 %; підтримкою пози – 58 випадків, або 1,86 %; перебуванням на природі – 50 випадків, або 1,60 %; почуттям радості – 47 випадків, або 1,50 %; переміщенням у квартирі чи транспортом – 46 випадків, або 1,47 % (табл. 8).

Отже, отримані результати свідчать, що ЯЖ дітей з інвалідністю Харківського регіону переважно перебуває на середньому рівні, однак частка дітей із низьким рівнем ЯЖ залишається значною. Провідними чинниками її зниження є не лише тяжкість інвалідизуючої патології, а й соціально-психологічні обмеження, недостатній рівень самостійності, обмеження зовнішнього

середовища та фізичної активності. Найбільш перспективними напрямками покращення ЯЖ є психологічна підтримка, розвиток автономії дитини, адаптація освітнього і соціального середовища, розширення можливостей для фізичної активності та посилення медико-соціального супроводу (табл. 1–8, рис.).

Отримані результати узгоджуються з сучасною міжнародною концепцією, відповідно до якої ЯЖ дітей з інвалідністю слід оцінювати не лише через тяжкість основного захворювання або функціональний дефіцит, а й через повсякденну активність, участь у соціальному житті, психологічний стан, доступність середовища та автономію. ВООЗ підкреслює, що ЯЖ є багатовимірним показником, пов'язаним із культурним, соціальним і ціннісним контекстом життя людини.

Наше дослідження показало, що найбільший вплив на ЯЖ дітей з інвалідністю мають соціально-психологічні обмеження та рівень самостійності: кореляційний зв'язок кожного з цих блоків із ЯЖ становив 0,84, а їхня частка у структурі обмежень – 34,32 % і 27,54 % відповідно. Це добре узгоджується з даними F. Vila-Nova та співавт., які у 2022 році дослідили 68 дітей і підлітків із церебральним паралічем віком у середньому $12,5 \pm 2,91$ року та встановили клінічно значуще зниження ЯЖ у 4 із 10 доменів KIDSCREEN-52: фізичне благополуччя, автономія, настрої/емоції та булінг. У їхній регресійній моделі вік, стать, мобільність і когнітивні порушення пояснювали 32,0 % варіабельності фізичного благополуччя, а мобільність і когнітивні

порушення – 16,0 % варіабельності домену булінгу [8].

Подібним є і висновок М. Milićević, яка у 2022 році показала, що ЯЖ дітей шкільного віку з церебральним паралічем значною мірою визначається функціональними й середовищними предикторами, зокрема соціальними навичками, інтелектуальним функціонуванням, поведінкою дитини, ставленням оточення та рівнем підтримки [13]. Це співвідноситься з нашими даними, де обмеження зовнішнього середовища мали кореляційний зв'язок із ЯЖ 0,76, а їхня частка в моделі становила 19,78 %.

У дослідженні С. Church та співавт. 2025 року, яке включало дітей і підлітків із фізичними порушеннями – церебральним паралічем, артрогрипозом, ахондроплазією та синдромом Моркію, загалом 550 учасників, – було показано, що всі діагностичні групи мали гірші показники мобільності та вищі рівні болю порівняно з дітьми без інвалідності. Водночас автори підкреслили, що показник щастя не корелював із грубою моторною функцією, що вказує на роль не лише фізичного, а й психологічного та соціального компонентів ЯЖ [14]. Це особливо важливо для інтерпретації наших результатів, оскільки фізичні обмеження мали помітний, але не найвищий зв'язок із ЯЖ – 0,69, тоді як соціально-психологічні чинники та самостійність виявилися сильнішими детермінантами.

Соціальна вразливість дітей з інвалідністю також підтверджується сучасними систематичними даними. У метааналізі Z. Fang та співавт., опублікованому в The Lancet Child & Adolescent Health у 2022 році, було проаналізовано дані щодо насильства

стосовно дітей з інвалідністю. Автори повідомили, що 31,7 % дітей з інвалідністю зазнавали насильства, а ризик насильства був приблизно вдвічі вищим, ніж у дітей без інвалідності [1]. Ці дані не прямо вимірюють ЯЖ, але клінічно пояснюють значення соціально-психологічного блоку в нашій моделі, де саме соціально-психологічні обмеження мали найбільший внесок – 34,32 %.

У глобальному звіті UNICEF 2023 року наголошено, що діти та молодь із порушеннями розвитку частіше стикаються зі стигматизацією, бідністю, насильством, припиненням навчання, незадоволеними медичними потребами та обмеженням можливостей для повноцінної участі в житті суспільства. Це повністю відповідає структурі обмежень, виявлених у нашому дослідженні: навчальні навантаження – 7,77 %, концентрація уваги – 7,29 %, оволодіння спеціальними навичками – 7,04 %, участь у походах і туризмі – 6,46 %, відвідування уроків фізичного виховання – 6,05 %, гра з однолітками – 4,48 %.

Таким чином, результати нашого дослідження є узгодженими з сучасними міжнародними даними: ЯЖ дітей з інвалідністю формується багатофакторно, а найбільші резерви її покращення пов'язані не лише з медичною реабілітацією, а й із психологічною підтримкою, розвитком автономії, зменшенням соціальної ізоляції, адаптацією освітнього середовища та створенням доступного простору для повсякденної активності.

Висновки.

1. Середній інтегральний показник якості життя дітей з інвалідністю Харківського регіону становив 64,33 % із

діапазоном від 23,44 % до 85,42 %, що відповідає переважно середньому рівню якості життя.

2. Серед 521 обстеженої дитини низький рівень якості життя мали $33,97 \pm 2,07$ %, середній – $62,57 \pm 2,12$ %, оптимальний – лише $3,45 \pm 0,80$ %, що свідчить про значну частку дітей із вираженими повсякденними обмеженнями.

3. Найсуттєвішим клініко-соціальним чинником зниження якості життя був ступінь дії інвалідизуючої патології: при легкому ступені середній показник становив 68,87 %, при середньому – 65,97 %, при тяжкому – 56,11 %.

4. Найбільш значущими детермінантами якості життя були соціально-психологічні обмеження та обмеження рівня самостійності, кожен із яких мав кореляційний зв'язок із якістю життя 0,84. Обмеження зовнішнього середовища мали зв'язок 0,76, фізичні обмеження – 0,69.

5. Розроблена модель пояснює 92,88 % варіабельності якості життя, що свідчить про її високу інформативність для медико-соціального прогнозування.

6. Найбільшу частку у структурі повсякденних обмежень становили соціально-психологічні чинники – 34,32 %, обмеження рівня самостійності – 27,54 %, обмеження зовнішнього середовища –

19,78 %, фізичні обмеження – 18,36 %.

7. Найбільші резерви покращення якості життя пов'язані зі зменшенням соціально-психологічних обмежень, підвищенням рівня самостійності, оптимізацією середовищної доступності та підтримкою фізичної активності.

8. Прогностична матриця показала, що одночасне посилення всіх чотирьох блоків обмежень у 2 рази може знизити якість життя з 74,9 % до 50,0 %, тобто на 24,9 процентного пункту, що підкреслює необхідність комплексної, а не вузько медичної реабілітаційної стратегії.

Фінансування та конфлікт інтересів.

Автори заявляють про повну відсутність конфлікту інтересів.

Джерело фінансування: власні кошти авторів.

Публікаційна етика.

Пацієнти були включені в дослідження після отримання інформованої згоди. Дослідження відповідало міжнародним етичним стандартам біометричних досліджень.

Політика використання ІІІ та технологій з підтримкою ІІІ.

Інструменти ІІІ при підготовці цієї роботи не використовувались.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Fang Z., Cerna-Turoff I., Zhang C. et al. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022. Vol. 6, No. 5. P. 313–323. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00033-5). PMID: 35305703.
2. Paul T., Di Rezze B., Rosenbaum P. et al. Perspectives of children and youth with disabilities and special needs regarding their experiences in inclusive education: a meta-aggregative review. *Frontiers in Education*. 2022. Vol. 7. Article 864752. DOI:

<https://doi.org/10.3389/feduc.2022.864752>.

3. Carrington L., Hale L., Freeman C. et al. The effectiveness of play as an intervention using International Classification of Functioning outcome measures for children with disabilities: a systematic review and meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*. 2024. Vol. 46, No. 17. P. 3827–3848. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2259305>. PMID: 37750218.

4. Kerem-Günel M., Arslan U. E., Seyhan-Bıyık K. et al. Evaluation of daily and social participation of children with cerebral palsy across different age groups with a focus on the “F-words”: function, family, fitness, fun, friends and future. *Research in Developmental Disabilities*. 2023. Vol. 140. Article 104588. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104588>.

5. Veldhorst C., Wijnen M., Kef S. et al. Participation of teenagers with vision or motor impairments in leisure activities: a qualitative study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024. Vol. 5. Article 1444901. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1444901>. PMID: 39655184; PMCID: PMC11625804.

6. Beeri M. Pediatric rehabilitation delivery: discussion is an antidote to disconnection and discontent. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2024. Vol. 13, No. 1. Article 35. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00619-7>. PMID: 39107783; PMCID: PMC11304651.

7. Lone A., Khan A. S., AlWadani F. A. S. et al. Impact of socio-demographic factors on quality of life and coping strategies of children with different disabilities. *Medicina*. 2024. Vol. 60, No. 10. Article 1638. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina60101638>. PMID: 39459425; PMCID: PMC11509542.

8. Vila-Nova F., Santos S., Oliveira R. et al. Parent-report health-related quality of life in school-aged children with cerebral palsy: a cross-sectional study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022. Vol. 3. Article 1080146. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1080146>. PMID: 36561730; PMCID: PMC9769703.

9. Blasco M., García-Galant M., Laporta-Hoyos O. et al. Factors related to quality of life in children with cerebral palsy. *Pediatric Neurology*. 2023. Vol. 141. P. 101–108. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2023.01.006>. PMID: 36805966.

10. Albeshar R. A., Basoudan R. M., Ghufayri A. et al. Quality of life of children with cerebral palsy and its association with their physical activity levels: a cross-sectional study. *Healthcare*. 2025. Vol. 13, No. 17. Article 2166. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13172166>. PMID: 40941518; PMCID: PMC12428702.

11. Завізіон В. Ф. Вивчення якості життя онкологічних хворих. Медичні перспективи. 1997. Т. II, № 3. С. 85–88.

12. Методика оцінки якості життя дітей-інвалідів : інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 174–2005. Вип. 7 з проблеми «Соціальна гігієна». Підстава: рішення ПК «Соціальна гігієна», протокол № 8 від 20.10.2005 р. Київ, 2005. 8 с.

13. Milićević M. Functional and environmental predictors of health-related quality of life of school-age children with cerebral palsy: a cross-sectional study of caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*. 2023. Vol. 49, No. 1. P. 62–72. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.13007>.

14. Church C., Patil S., Butler S. et al. Health-related quality of life of individuals with physical disabilities in childhood. *Children*. 2025. Vol. 12, No. 3. Article 365. DOI: <https://doi.org/10.3390/children12030365>. PMID: 40150647; PMCID: PMC11941727.

REFERENCES

1. Fang Z., Cerna-Turoff I., Zhang C. et al. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2022. Vol. 6, № 5. P. 313–323. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00033-5). PMID: 35305703.
2. Paul T., Di Rezze B., Rosenbaum P. et al. Perspectives of children and youth with disabilities and special needs regarding their experiences in inclusive education: a meta-aggregative review. *Frontiers in Education*. 2022. Vol. 7. Article 864752. DOI: <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.864752>.
3. Carrington L., Hale L., Freeman C. et al. The effectiveness of play as an intervention using International Classification of Functioning outcome measures for children with disabilities: a systematic review and meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*. 2024. Vol. 46, № 17. P. 3827–3848. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2259305>. PMID: 37750218.
4. Kerem-Günel M., Arslan U. E., Seyhan-Bıyık K. et al. Evaluation of daily and social participation of children with cerebral palsy across different age groups with a focus on the “F-words”: function, family, fitness, fun, friends and future. *Research in Developmental Disabilities*. 2023. Vol. 140. Article 104588. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104588>.
5. Veldhorst C., Wijnen M., Kef S. et al. Participation of teenagers with vision or motor impairments in leisure activities: a qualitative study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024. Vol. 5. Article 1444901. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1444901>. PMID: 39655184; PMCID: PMC11625804.
6. Beeri M. Pediatric rehabilitation delivery: discussion is an antidote to disconnection and discontent. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2024. Vol. 13, № 1. Article 35. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00619-7>. PMID: 39107783; PMCID: PMC11304651.
7. Lone A., Khan A. S., AlWadani F. A. S. et al. Impact of socio-demographic factors on quality of life and coping strategies of children with different disabilities. *Medicina*. 2024. Vol. 60, № 10. Article 1638. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina60101638>. PMID: 39459425; PMCID: PMC11509542.
8. Vila-Nova F., Santos S., Oliveira R. et al. Parent-report health-related quality of life in school-aged children with cerebral palsy: a cross-sectional study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022. Vol. 3. Article 1080146. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1080146>. PMID: 36561730; PMCID: PMC9769703.
9. Blasco M., García-Galant M., Laporta-Hoyos O. et al. Factors related to quality of life in children with cerebral palsy. *Pediatric Neurology*. 2023. Vol. 141. P. 101–108. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2023.01.006>. PMID: 36805966.
10. Albeshar R. A., Basoudan R. M., Ghufayri A. et al. Quality of life of children with cerebral palsy and its association with their physical activity levels: a cross-sectional study. *Healthcare*. 2025. Vol. 13, № 17. Article 2166. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13172166>. PMID: 40941518; PMCID: PMC12428702.
11. Zavizion V. F. Vyvchennia yakosti zhyttia onkolohichnykh khvorykh [Study of quality of life in cancer patients]. *Medychni perspektyvy* [Medical Perspectives]. 1997. T. II, № 3. S. 85–88. [in Ukrainian].
12. *Metodyka otsinky yakosti zhyttia ditei-invalidiv* [Methodology for assessing the quality of life of children with disabilities] : informatsiyni lyst pro novovvedennia v systemi okhorony zdorovia № 174–2005. Vyp. 7 z problemy «Sotsialna hihiena». Pidstava: rishennia PK «Sotsialna hihiena», protokol № 8 vid 20.10.2005 r. Kyiv, 2005. 8 s. [in Ukrainian].

13. Milićević M. Functional and environmental predictors of health-related quality of life of school-age children with cerebral palsy: a cross-sectional study of caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*. 2023. Vol. 49, № 1. P. 62–72. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.13007>.

14. Church C., Patil S., Butler S. et al. Health-related quality of life of individuals with physical disabilities in childhood. *Children*. 2025. Vol. 12, № 3. Article 365. DOI: <https://doi.org/10.3390/children12030365>. PMID: 40150647; PMCID: PMC11941727.

Надійшла до редакції 12.01.2025

Прийнята до опублікування 16.02.2025

Інформація про авторів (Information about the authors)

Мищенко Олександр Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», завідувач кафедри організації та управління охороною здоров'я і соціальної медицини; Харків, Україна.

Mishchenko Oleksandr, Candidate of Medical sciences, Associate Professor, Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute", Head of the Department of Organization and management of health care and social medicine; Kharkiv, Ukraine.

E-mail: alex_mischenko1976@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0003-0043-2252> A, B, C, D, E, F

- A** – Концепція та дизайн роботи (Work concept and design)
B – Збір та аналіз даних (Data collection and analysis)
C – Відповідальність за статистичний аналіз (Responsibility for statistical analysis)
D – Написання статті (Writing the article)
E – Критичний огляд статті (Critical review)
F – Остаточне затвердження статті (Final approval of the article)

Відповідальний автор:

Мищенко Олександр Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», завідувач кафедри психіатрії, адиктології, психотерапії та клінічної психології.

✉ Україна, 61022, м. Харків, вул. Григорія Сковороди, 19/1.

E-mail: alex_mischenko1976@ukr.net

| |
|---|
| <p>Цитування: Мищенко О. М. Індивідуальні та популяційні рівні реактивної й особистісної тривожності та депресивних проявів у дітей з інвалідністю харківського регіону. <i>Вісник медицини, психології та фармації</i>. 2025. № 1-2 (3-4). С. 46–62. doi: https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.04</p> |
|---|