

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ

ПАВЛОВА Ю. О.

Львівський державний університет фізичної культури, м. Львів

ОЦІНЮВАННЯ І ПРОГНОЗУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ З ШКІДЛИВИМИ ЗВИЧКАМИ

Анотація. Здійснено кількісне оцінювання впливу шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю) на якість життя осіб юнацького та зрілого віку. Встановлено негативний вплив на показники якості життя за шкалами “Рівень болю”, “Загальний стан здоров'я”, “Життєздатність” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”.

Ключові слова: якість життя, здоров'я, шкідливі звички.

Вступ. Поняття “якість життя” активно розвивається в різних галузях науки, проте воно має суперечливий характер. У фізичній культурі та спорті якість життя тісно пов'язана зі здоров'ям людини, вона охоплює фізичне, психологічне і соціальне буття людини та враховує її переконання, очікування та світосприйняття [9]. Оцінювання якості життя, осердям якого є здоров'я, ґрунтується на суб'єктивному та об'єктивному оцінюванні благополуччя індивіда та рівня його фізичної і соціальної активності [2, 8].

У зв'язку з незадовільними соціально-економічними умовами, старіння населення України супроводжується суттєвим погіршенням здоров'я, зростанням кількості осіб, які потребують громадської та державної допомоги. Розуміння чинників, що впливають на якість життя різних груп населення, допоможе зберегти трудовий потенціал, зменшить фінансові видатки на медичну й соціальну допомогу [3, 7].

Незважаючи на значні напрацювання вчених [1, 4, 5, 6] недостатньо окресленими є чинники, що впливають на якість життя людини, відсутня їх чітка оцінка та ранжування, остаточно незрозумілими залишаються механізми впливу.

Мета дослідження – здійснити оцінювання впливу шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю) на якість життя осіб юнацького та зрілого віку.

Матеріал і методи дослідження. У роботі використано соціологічні та статистичні методи дослідження. Для визначення кількісних показників якості життя за допомогою анкети SF-36 опитано 759 осіб юнацького віку та 800 осіб зрілого віку. Якість життя визначали у балах (максимальне значення – 100, мінімальне – 0) за такими шкалами: “Фізична активність” (ФА), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (РФ), “Рівень болю” (Б), “Загальний стан здоров'я” (ЗЗ), “Життєздатність” (ЖЗ), “Соціальна активність” (СА), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (РЕ), “Психічне здоров'я” (ПЗ).

Для встановлення значення негативних чинників на формування якості

життя використано лінійний регресійний аналіз. Прогнозовані показники якості життя було отримано з рівняння лінійної регресії $y = kx + b_0$ (коефіцієнт b_0 – точка перетину прямої рівняння регресії з віссю ординат). Коефіцієнт b_0 використовували для знаходження мінімального значення за умови максимально негативної дії чинника.

Результати дослідження та їх обговорення. Регулярне споживання алкоголю респондентами юнацького та зрілого віку пов'язане зі зниженням якості життя (табл. 1). Достовірні відмінності спостерігали між даними осіб, які не споживали алкоголь та опитаних, які його вживали два чи більше разів на тиждень.

Таблиця 1

Споживання алкоголю та якість життя населення

Шкали	Не споживають алкоголю ($b_0,1$) М (95% CL)	Один раз на тиждень ($b_0,2$) М (95% CL)	Два та більше разів на тиждень ($b_0,3$) М (95% CL)	Однофакторна лінійна регресійна модель		Багатофакторна лінійна регресійна модель ¹	
				$\beta(b_0,2 - b_0,1)^2$	$\beta(b_0,3 - b_0,1)$	$\beta(b_0,2 - b_0,1)$	$\beta(b_0,3 - b_0,1)$
ФА	79,1 (85,3; 91,8)	65,2 (76,2; 82,9)	59,8 (76,3; 80,3)	-2,9***	-5,3*	-0,8***	-2,3**
РФ	81,2 (79,0; 85,3)	72,3 (73,2; 76,2)	67,1 (63,1; 70,1)	-1,9	-14,1*	-0,2	-8,3*
Б	67,1 (69,3; 70,2)	65,2 (66,1; 63,2)	63,8 (60,2; 65,1)	-1,9***	-3,3***	-0,9	-1,4***
ЗЗ	68,2 (65,3; 69,9)	64,1 (62,1; 68,3)	60,2 (58,2; 62,3)	-4,1**	-8,0*	-3,2***	-6,3**
ЖЗ	70,1 (68,8; 73,4)	65,3 (61,2; 68,2)	63,2 (60,2; 66,3)	-4,8**	-6,9**	-2,8***	-4,5***
РЕ	79,2 (80,2; 78,5)	75,1 (73,2; 78,1)	73,2 (71,2; 74,8)	-4,1**	-6,0**	-2,5***	-5,6**
СА	70,1 (74,2; 69,3)	69,5 (62,9; 70,1)	66,1 (63,2; 68,5)	-0,6	-4,0**	-0,2	-1,8
ПЗ	68,1 (66,2; 70,3)	69,2 (67,3; 70,3)	67,2 (65,3; 67,9)	1,1	-0,9	0,1	-0,6

Примітки: * – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,05$;

¹ – у багатофакторній лінійній регресійній моделі враховано стать, освітній рівень, місце проживання, дохід та стан здоров'я респондентів;

² – коефіцієнт β відображає різницю між значеннями b_0 з рівнянь регресій для відповідних груп.

Різниця між коефіцієнтами β_0 у випадку шкали “Фізична активність” становила 5,3 бала, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 14,1 бала, “Рівень болю” – 3,3 бала, “Загальний стан здоров'я” – 8,0 бала, “Життєздатність” – 6,9 бала, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 6,0 бала. Респонденти, які споживали алкоголь один раз на тиждень, мали нижчі показники шкали

“Фізична активність” (різниця між середніми значеннями – 2,9 бала), “Загальний стан здоров’я” (4,1 бала), “Життєздатність” (4,8 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (4,1 бала) порівняно з особами, які не вживають алкогольних напоїв.

Спостерігали негативний вплив куріння на якість життя, пов’язану зі здоров’ям (табл. 2). Статистично достовірні відмінності між середніми значеннями курців та некурців спостерігали для шкал “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (на 3,9 бала), “Рівень болю” (на 13,8 бала), “Загальний стан здоров’я” (на 8,4 бала), “Життєздатність” (на 4,8 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (на 12,9 бала), “Соціальна активність” (на 12,9 бала). У курців літнього віку спостерігали зниження благополуччя за шкалами “Фізична активність” (на 7,1 бала), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (на 14,1 бала), “Рівень болю” (на 9,2 бала), “Загальний стан здоров’я” (на 2,8 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (3,1 бала), “Соціальна активність” (на 9,1 бала).

Таблиця 2

Споживання тютюну та якість життя населення

Шкали	Некурці ($b_0,1$), M (95% CL)	Курці ($b_0,2$), M (95% CL)	Однофакторна лінійна регресійна модель, $\beta(b_0,2-b_0,1)^2$	Багатофакторна лінійна регресійна модель ¹ , $\beta(b_0,2-b_0,1)$
ФА	85,2 (81,3; 83,2)	83,1 (80,2; 86,3)	-2,1	-0,9
РФ	60,3 (56,2; 63,1)	56,4 (54,2; 59,3)	-3,9*	-1,5
Б	65,9 (63,2; 69,1)	52,1 (48,9; 53,2)	-13,8**	-8,4***
ЗЗ	65,6 (62,4; 68,1)	57,2 (55,1; 59,3)	-8,4**	-6,2***
ЖЗ	70,1 (65,3; 77,2)	65,3 (63,1; 67,8)	-4,8*	-2,2***
РЕ	79,1 (75,8; 81,1)	66,2 (64,2; 69,2)	-12,9**	-9,1***
СА	66,1 (63,2; 69,1)	53,2 (51,3; 55,9)	-12,9**	-8,2***
ПЗ	72,2 (70,5; 76,3)	70,9 (69,4; 72,2)	-1,3	-0,5

Примітки: * – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,05$;

¹ – у багатофакторній лінійній регресійній моделі враховано стать, освітній рівень, місце проживання, дохід та стан здоров’я респондентів;

² – коефіцієнт β відображає різницю між значеннями b_0 з рівнянь регресій для відповідних груп.

Куріння впливає на такі показники благополуччя, як “Рівень болю” (різниця становить -8,4 бала), “Загальний стан здоров’я” (різниця – -6,2 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (-9,1 бала), “Соціальна активність” (-8,2 бала). В осіб літнього віку спостерігали зниження якості життя за

шкалами “Фізична активність” (на 11,6 бала), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (на 9,2 бала), “Рівень болю” (на 5,3 бала) та “Соціальна активність” (на 5,3 бала).

Висновки. Куріння та регулярне споживання алкоголю респондентами юнацького та зрілого віку пов’язане зі зниженням показників якості життя. Достовірні відмінності спостерігали між даними осіб, які не споживали алкоголь та опитаних, які його вживали два чи більше разів на тиждень. Різниця між коефіцієнтами b_0 однофакторної регресійної моделі у випадку шкали “Фізична активність” становила 5,3 бала ($p < 0,001$), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 14,1 бала ($p < 0,001$), “Рівень болю” – 3,3 бала ($p < 0,05$), “Загальний стан здоров’я” – 8,0 бала ($p < 0,001$).

За результатами використання багатфакторної регресійної моделі, що враховує стать, освітній рівень, місце проживання, дохід та стан здоров’я респондентів встановлено негативний вплив куріння або споживання алкоголю на показники якості життя за шкалами “Рівень болю”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні багатфакторних моделей для прогнозування якості життя різних груп населення.

Список використаної літератури:

1. Азгальдов Г. Г. *Квалиметрия жизни : монография* / Г. Г. Азгальдов, В. Н. Бобков, В. Я. Ельмеев. – Москва : Всероссийский центр уровня жизни, 2006. – 820 с.

2. Павлова Ю. О. *Структура якості життя населення* / Ю. О. Павлова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 5 (49). – С. 90–94.

3. Павлова Ю. О. *Якість життя та здоров’я дітей та молоді України* / Ю. О. Павлова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 2 (46). – С. 148–153.

4. Приступа Є. *Якість життя людини: компоненти, категорії та їх вимірювання* / Євген Приступа, Назарій Куриш // Фізична активність, здоров’я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 54–63.

5. Феценко Ю. І. *Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою* / Ю. І. Феценко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 9–11.

6. Футорний С. М. *К вопросу о качестве жизни и практико-деятельностных компонентах, обеспечивающих здоровье студентов* / С. М. Футорный, Е. В. Андреева // Теория и методика физической культуры. – 2013. – № 1 (32). – С. 49–64.

7. *Prognostication of health-related life quality of Ukrainian residents due to physical activity level* / Iu. Pavlova, B. Vynogradskyi, I. Ripak [et al.] // Journal of Physical Education and Sport – 2016. – Vol. 16, N 2. – P. 418–423.

8. *Prystupa E. Evaluation of health in context of life quality studying* / Evgen Prystupa, Iuliia Pavlova // Postępy Rehabilitacji = Advances in Rehabilitation. – 2015.

– Vol. 29, N 2. – P. 33–38.

9. *The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization / The WHOQOL Group // Social Science and Medicine. – 1995. – Vol. 41, N 10. – P. 1403–1409.*