

Юлія ПАВЛОВА

**ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ**

Монографія

Львів
ЛДУФК
2016

УДК 796.035.001: 371.72

ББК 75.1 + 51.1

П 12

*Рекомендовано до друку вченою радою
Львівського державного університету фізичної культури
(протокол № 10 від 7 червня 2016 року)*

Рецензенти:

доктор біологічних наук, професор

А. В. Магльований

(Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького);

доктор наук з фізичного виховання та спорту, доцент

С. В. Романчук

(Національна академія сухопутних військ імені гетьмана Петра Сагайдачного);

доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор

А. В. Цьось

(Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки)

Павлова Ю.

П 12

**Оздоровчо-рекреаційні технології та якість життя людини :
монографія / Юлія Павлова. – Львів : ЛДУФК, 2016. – 356 с.**

ISBN 978-617-7336-04-3

У монографії окреслено теоретичну модель структури якості життя, що визначає базові компоненти благополуччя людини. Для нагромадження даних розроблено комплексну моніторингову систему з окремими складовими частинами. Проведено кількісне оцінювання показників якості життя осіб різного віку.

Охарактеризовано окремі компоненти способу життя (рухову активність, наявність шкідливих звичок, харчування, освітній рівень) та встановлено їх вплив на формування якості життя осіб різного віку. Оцінено вплив комплексних оздоровчих та рекреаційних програм на компоненти якості життя різних груп населення. Описано чинники, що зумовлюють у рамках такої проектної діяльності поліпшення якості життя населення. Розроблено фундаментальні основи освітнього простору, що сприяє зростанню якості життя осіб літнього віку, їх особистісному розвитку, самостійності та високому рівню рухової активності.

Для науковців, викладачів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту, учителів, аспірантів, студентів.

УДК 796.035.001: 371.72

ББК 75.1 + 51.1

© Павлова Ю., 2016

ISBN 978-617-7336-04-3

© Львівський державний університет фізичної культури, 2016

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	6
ПЕРЕДМОВА	7
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В НАПРЯМІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	9
1.1. Розвиток поняття “якість життя” та перспективи його використання у фізичній культурі.....	9
1.1.1. Підходи до визначення якості життя та його компонентів	9
1.1.2. Сучасні обчислювальні системи для аналізу якості життя та здоров'я населення	20
1.2. Здоров'я в структурі якості життя населення.....	26
1.2.1. Роль здоров'я у становленні якості життя населення	26
1.2.2. Загальна характеристика здоров'я та якості життя українського населення в контексті загальних світових тенденцій.....	31
1.3. Інноваційні фізкультурно-оздоровчі технології для формування якості життя населення.....	44
1.3.1. Фізкультурно-оздоровчі технології та соматичне здоров'я різних груп населення	47
1.3.2. Фізкультурно-оздоровчі технології та психічне здоров'я різних груп населення	54
1.3.3. Фізкультурно-оздоровчі технології та соціальне здоров'я різних груп населення	56
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ	63
2.1. Структура якості життя різних груп населення.....	63
2.1.1. Концептуальний макет якості життя	63
2.1.2. Концептуальна модель структури якості життя	70
2.1.3. Теоретична модель структури якості життя.....	83
2.1.3.1. Характеристика структурних компонентів якості життя людини	83
2.1.3.2. Значення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у теоретичній структурі якості життя	86

2.2. Практична реалізація та застосування теоретичної структури якості життя для оцінювання благополуччя різних груп населення.....	88
2.2.1. Загальна характеристика критеріїв оцінювання якості життя різних груп населення	88
2.2.2. Розроблення моніторингової системи для оцінювання якості життя населення (на прикладі дітей та молоді)	96

РОЗДІЛ 3. ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ107

3.1. Якість життя в період другого дитинства та в підлітковому віці	107
3.2. Якість життя осіб юнацького віку (на прикладі студентів різних напрямів спеціалізації)	132
3.3. Якість життя осіб зрілого віку.....	149
3.4. Показники якості життя осіб похилого та старечого віку	156

РОЗДІЛ 4. ОБҐРУНТУВАННЯ ЗНАЧЕННЯ СКЛАДНИКІВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ167

4.1. Рухова активність та її значення в забезпеченні якості життя осіб різного віку	167
4.1.1. Роль рухової активності для якості життя дітей та молоді.....	169
4.1.1.1. Інформативні показники рухової активності дітей шкільного віку.....	169
4.1.1.2. Кількісні показники рухової активності студентської молоді.....	181
4.1.1.3. Відмінності в якості життя дітей та молоді з різним рівнем рухової активності	186
4.1.2. Значення рухової активності у формуванні якості життя дорослих	196
4.2. Особливості харчового раціону та його вплив на якість життя	206
4.3. Поширеність шкідливих звичок та їх значення у формуванні якості життя населення	218
4.4. Формування компетентностей як елемент збереження здоров'я та поліпшення якості життя (на прикладі шкільного освітнього середовища)	230

4.4.1. Спортивна та когнітивна компетентності в молоді шкільного віку	230
4.4.2. Рівень сформованості соціально-психологічних компетентностей у педагогів	234
РОЗДІЛ 5. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЗДОРОВЧИХ ТА РЕКРЕАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	238
5.1. Оздоровчо-рекреаційна діяльність з використанням спортивних споруд типу “Орлик” для забезпечення належної якості життя осіб різного віку (досвід Республіки Польща).....	238
5.2. Забезпечення якості життя учасників навчально-виховного процесу в навчальних закладах (на прикладі шкіл сприяння здоров’ю та шкіл, дружніх до дитини) ...	249
5.2.1. Технологія забезпечення належної якості життя в рамках комплексної оздоровчо-превентивної діяльності навчального закладу (на прикладі шкіл сприяння здоров’ю та шкіл, дружніх до дитини)	249
5.2.2. Якість життя молоді з навчальних закладів, які залучені до оздоровчої проектної діяльності	259
5.2.3. Вплив превентивних програм на якість життя учасників навчально-виховного процесу	266
5.3. Забезпечення якості життя осіб літнього віку з використанням оздоровчих та рекреаційних технологій.....	270
ПІСЛЯМОВА	278
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	286
ДОДАТКИ.....	329

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Б – рівень болю

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄС – Європейський Союз

ЖЗ – життєздатність

ЗЗ – загальний стан здоров'я

ЗПК – загальний психічний компонент якості життя

ЗФК – загальний фізичний компонент якості життя

ОЕСР – Організація економічного співробітництва і розвитку

ПЗ – психічне здоров'я

РЕ – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності

РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності

СА – соціальна активність

ФА – фізична активність

HRQOL (health-related quality of life) – якість життя, пов'язана зі здоров'ям

IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) – міжнародний питальник для визначення рівня фізичної активності

IQOLA Project – міжнародний проект з вимірювання якості життя

PAQ-C, PAQ-A (Physical Activity Questionnaire for Older Children and Adolescents) – опитувальники для визначення рівня фізичної активності старших дітей та підлітків

PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – анкета “Якість життя дитини”

SF-36 (Short Form 36) – “Коротка форма для оцінювання здоров'я – 36”

ПЕРЕДМОВА

В умовах жорсткої економічної та соціальної кризи, низької ефективності державної політики в забезпеченні права громадян на належну якість життя постає гостра потреба у розробленні та використанні принципово нових та інноваційних підходів для реалізації потенціалу нації, збереження здоров'я та працездатності населення.

Висока якість життя населення на сьогодні є основним показником розвитку та зростання будь-якої держави світу, соціальним стандартом та пріоритетом у політиці. Проте, зважаючи на смислову багатогранність цього поняття, у різних галузях науки подано відмінні методи підвищення благополуччя населення. Активного розвитку у світовій науці набуває напрям досліджень, відповідно до якого якість життя розглядають як складне медико-соціальне явище. Такий підхід є визначальним у сучасних міжнародних дослідженнях та отримує дедалі більшу підтримку українських вчених. Наукова спільнота пропонує теоретичні моделі, що поглиблюють розуміння зв'язків між функціональним станом людини та її самопочуттям. Висновки цих досліджень стали науковим підґрунтям для створення оцінювальних систем, які охоплюють різні сфери життя людини та суспільства.

Попри те, що здоров'я є на чільному місці в структурі якості життя, а вагомість фізичної культури і спорту у здоров'язбереженні і здоров'яформуванні осіб будь-якого віку є безсумнівною, наявні лише поодинокі спроби використати засоби й можливості, якими володіє ця галузь для забезпечення високої якості життя людини. Дослідження, що стосуються напрямів та перспектив використання спеціальних технологій (зокрема фізкультурно-оздоровчих) для забезпечення якості життя людини дали змогу розв'язати лише окремі науково-практичні питання щодо формування належної якості життя.

Поліпшення якості життя не є цілком тотожним вирішенню економічних проблем, тому принципи формування належної якості життя необхідно напрацьовувати з врахуванням кращих здобутків різних галузей науки. Згадана проблема частково зумовлена тим, що чинники, які визначають якість життя, остаточно не зрозумілі та не визначені.

Аналіз державних програм щодо підвищення якості життя населення України, свідчить, що основна увага спрямована на забезпечення матеріального добробуту громадян, тоді як зовсім не задіяними є механізми формування якості життя шляхом використання спеціально організованої рухової активності у формі фізичних вправ із застосуванням природних і гігієнічних чинників, що має високу ефективність для превентивного оздо-

ровлення, підвищення стійкості до дії несприятливих умов, збереження та відновлення здоров'я і працездатності людини.

Таким чином, виявлено важливу науково-прикладну проблему невідповідності наявних підходів, спрямованих на формування високої якості життя, потребам суспільства й держави. У зв'язку з цим, актуальним є напрацювання теоретичних і методичних основ, необхідних для прикладного корегування якості життя з використанням рекреаційно-оздоровчих технологій.

РОЗДІЛ 1 | СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В НАПРЯМІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

1.1. Розвиток поняття “якість життя” та перспективи його використання у фізичній культурі

1.1.1. Підходи до визначення якості життя та його компонентів

Якість життя – комплексне поняття, що перебуває в процесі розвитку, його активно використовують у різних галузях науки. Якість життя – це запозичений та перекладений з іноземної мови термін, тому відповідних роз’яснень у “Словнику сучасної української мови” немає [163]. Натомість в “Оксфордському словнику англійської мови” (Oxford English Dictionary) зазначено, що якість життя – це міра здоров’я, комфорту і щастя, що відчуває особа або група осіб; згідно з “Кембриджським академічним змістовим словником” (Cambridge Academic Content Dictionary) – це рівень задоволення і комфорту окремої людини або групи осіб.

Поняття “якість життя” (найближче до нього – благополуччя) вже трапляється в працях представників античної філософії (Сократа, Платона, Аристотеля, Епікура та ін.), його ототожнюють зі свободою, удосконаленням, дотриманням законів держави [12, 142]. Згідно з переконаннями Томи Аквінського та Аврелія Августина, досягнути високої якості життя можна лише через любов до Бога, благополуччя залежить не від матеріальних благ і служіння державі, а від розуміння Божественної волі і підкорення їй [56]. Філософи Нового часу (Т. Гобс, Дж. Лок, Ш. Монтеск’є, Ж.-Ж. Руссо) як основу якості життя людини розглядали суспільний договір [29]. На думку І. Канта, важливими для благополуччя індивіда насамперед є моральна досконалість та сформоване правове громадянське суспільство [61]. У філософії утилітаризму забезпечення щоденного існування, достаток, безпеку, рівність вважають за основні чинники, які поліпшують якість життя [14]. У працях філософів-прагматиків (У. Джеймс, Д. Дьюї, Ч. Пірс) важливими для формування благополуччя визначено суб’єктивні інтереси індивіда [37].

У 30-х рр. ХХ ст. було зроблено кілька спроб визначити, охарактеризувати та розробити алгоритм вимірювання якості життя [381]. Також можна

зауважити, що в цей період якість життя та її показники стають наріжним каменем у доповідях політиків, звітах, присвячених суспільно-політичній ситуації, працях економістів тощо. Так, наприклад, у м. Балтіморі у період Великої депресії було опубліковано цикл статей про якість життя жителів США. У них вперше було здійснено спробу розробити систему оцінювання з врахуванням об'єктивних і суб'єктивних показників (смертність немовлят, дохід, освіта, рівень злочинності, ціни на житло, задоволеність місцем проживання та сусідами). Як підсумок, уперше було сформовано рейтинговий список з урахуванням адміністративно-територіального поділу [396].

У 50–60-х рр. XX ст. термін “якість життя” часто вживали економісти як заперечення проти необмеженого економічного зростання. Так, С. Ордвей (1953) і Ф. Осборн (1954) використали це поняття, коли наголошували на екологічній небезпеці, що виникає через швидке економічне зростання. У праці Дж. Гелбрейта “Заможне суспільство” [34] зазначено, що “важливою є не кількість наших товарів, а якість життя”.

Важливе значення для формування поняття “якість життя” мали роботи А. Маслоу. Учений аналізував благополуччя людини в контексті задоволення різних потреб – базових, пов'язаних із забезпеченням фізичного виживання (їжа, житло, родина), та вищих, що передбачають розвиток індивіда (безпека, розвиток, навчання, удосконалення, самоствердження).

Як результат вивчення зв'язків між економічними й соціальними показниками якості життя, особливостей сприйняття життя й життєвих ситуацій, вдалося чітко виокремити об'єктивний і суб'єктивний компоненти якості життя. Саме зацікавлення суб'єктивною складовою частиною, вивчення життя окремого індивіда крізь призму сучасної культури та системи цінностей сприяли розвиткові відомих концепцій якості життя.

Починаючи з 90-х рр. XX ст. у різних країнах світу функціонують спеціалізовані дослідні центри та діють відповідні наукові програми. Наприклад, у 1994 р. в Данії для вивчення якості життя населення засновано науково-дослідний центр, у Канаді Міністерство охорони здоров'я профінансувало спеціальне опитування національного рівня. У Франції створено некомерційну організацію МАРІ, яка є координаційним центром з реєстрації та апробації різних методик оцінювання якості життя, розробником методичних рекомендацій. Такі ж функції виконує навчально-дослідна корпорація RAND (США), яка має окремі представництва у Великобританії та Бельгії, а також Австралійський центр якості життя.

Завідувач кафедри психології коледжу в Гастінгсі (штат Небраска) Р. Шалок [464] та професор Саутгемптонського університету А. Боулінг [227] зауважують, що існує багато труднощів у формулюванні єдиного визначення, оскільки вчені більше зосереджені на розробленні нових методик

вимірювання. Найчастіше такого підходу дотримуються в медичних дослідженнях – лише 16 із 68 моделей якості життя були сформовані на основі певних визначень [486].

Більша частина визначень якості життя в науковій літературі має загальний характер – “усвідомлення людиною власного благополуччя”, “задоволення чи незадоволення власним життям”, “відчуття щастя чи нещастя” [298] або “задоволення життям і особистим благополуччям” [473]. Вчені Д. Фелце та Дж. Перри [297] провели порівняльний аналіз таких визначень та на основі отриманих результатів розробили блок-схеми, що пояснюють особливості формування поняття “якість життя” (рис. 1.1).

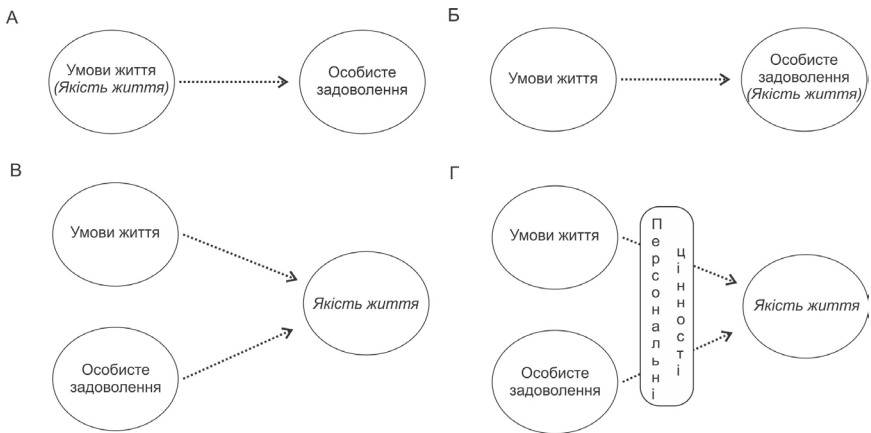


Рис. 1.1. Особливості формування поняття “якість життя” в науковій літературі [297]: А, Б, В, Г – зразки побудови визначень

Можна зауважити, що поняття “якість життя”, “задоволеність”, “стан здоров’я”, “щастя” і “самоповага” вчені часто використовують як синоніми [240, 296, 297, 354, 392, 477, 510]. Проте в інших працях зазначено, що якість життя не можна прирівняти до стану здоров’я, способу життя, задоволеності життям або психічного стану (табл. 1.1). Дослідники Дж. Реескі та Ш. Міхалко звертають увагу на складність поняття та характеризують його як “парасольковий” [456]. Професор М. Фарквхар зазначала, що залежно від мети дослідження основну увагу можна зосередити на групі осіб, індивідуумі, роботі обслуговувального персоналу (наприклад, медичних працівників), тому визначення якості життя варіюватиме залежно від вибраного суб’єкта [294].

Визначення якості життя в науковій літературі

Джерело	Визначення
ВООЗ, 1995 [508]	Сприйняття людиною себе в житті в контексті культури та системи цінностей, залежно від власної мети, очікувань і стандартів
Е. Дінер, С. Еункок, 1997 [261]	Складна структура, що складається з трьох взаємопов'язаних частин: задоволеності життям, приємних та неприємних подій
М. Р. Ефімова, С. Г. Бичкова, 2003 [42]	Задоволеність життям з урахуванням низки потреб та інтересів
В. М. Жеребін, А. Н. Романов, 2002 [48]	Задоволеність життям з урахуванням на потреби та інтереси; охоплює характеристики рівня життя (умови праці і відпочинку, житлові умови, соціальна забезпеченість) та не враховує економічну ситуацію
Р. Кан, Ф. Джастер, 2002 [358]	Задоволеність життям, станом здоров'я, власною діяльністю
Б. Крістоф, Н. Н. Нол, 2003 [239]	Співвідношення між суб'єктивними чинниками та об'єктивними обставинами
Г. Міберг, 1993 [388]	Відчуття задоволеності життям, що формується за наявності безпечних та сприятливих умов для життя, що забезпечують основні потреби індивіда
Дж. Реескі, Ш. Міхалко, 2001 [456]	Свідоме пізнавальне судження щодо задоволеності власним життям
М. Сірджі, 2000 [474]	Функція, що залежить від умов навколишнього середовища та їх сприйняття соціально активною особистістю
Р. Таргар та ін., 1988 [504]	Складається з поведінкових і когнітивних компетентностей індивіда, емоційного благополуччя і здібностей, що забезпечують продуктивне виконання домашніх і професійних обов'язків та соціальних ролей
М. Теста, 1996 [489]	Тісно пов'язана з фізичним, психологічним, соціальним компонентом здоров'я, зумовлена досвідом, переконаннями, очікуваннями і сприйняттям людини; є фактично розумінням власного здоров'я
Л. Ф. Удотова, 2002 [171]	Міра відповідності умов та рівня життя науково обґрунтованим нормативам та визначеним стандартам

Джерело	Визначення
І. Ушаков, 2000 [172]	Сукупність природних і соціальних умов, що впливають на здоров'я людини; відповідність середовища життя соціально-психологічним налаштуванням особистості
Д. Фелце, Дж. Перри, 1995 [297]	Загальне благополуччя, що об'єднує об'єктивні показники і суб'єктивну оцінку фізичного, матеріального, соціального й емоційного стану відповідно до рівня розвитку індивіда та його персональних цінностей
Б. Хаас, 1999 [317]	Багатостороння оцінка індивідом життєвих обставин залежно від культури, в якій він проживає, та цінностей, яких дотримується; суб'єктивне відчуття благополуччя, що охоплює фізичні, психічні, соціальні та духовні аспекти
Р. Цуммінс, 1997, 2000 [250, 251]	Складається з таких частин: матеріальний добробут, емоційне благополуччя, здоров'я, безпека, соціальні відносини; залежить від особистих цінностей, умов життя та задоволеності ними
А. Янсе та ін., 2004 [350]	Багатомірна конструкція, що складається з фізичного, емоційного, психічного, соціального й поведінкового складника

На думку Б. Массама, чільне місце серед показників якості життя повинні займати спосіб і умови життя та соціальне оточення [381]. Тому при вивченні благополуччя окремих груп населення чи загалом суспільства якість життя аналізують не лише як виключно суб'єктивну категорію, але як величину, що ґрунтується на кількісних показниках і об'єктивних стандартах життя [261, 344, 373, 346, 403, 470]. Проте, на думку А. Новик, саме суб'єктивне сприйняття здатне забезпечити розуміння якості життя як комплексної характеристики фізичного, психічного, емоційного та соціального функціонування [94, 95].

Відомий дослідник щастя Руут Вінховен вважає, що якість життя складається з чотирьох компонентів – чинників навколишнього середовища, життєвих умінь індивіда, корисності життя, власної “внутрішньої” оцінки життя [522]. При цьому кожна з цих частин взаємопов'язана. Наприклад, здатність самостійно виконувати повсякденні дії та активний зв'язок з соціумом позитивно впливають на емоційне благополуччя, але своєю чергою суттєво залежать від стану здоров'я та матеріального становища [340, 347, 355, 538]. Високий рівень соціальної активності зумовлений, на думку вчених, добре налагодженим транспортним сполученням, належними умовами проживання, наявністю соціальних пільг. Відповідно якість життя – це динамічна величина, що складається з позитивних і негативних переживань,

містить емоційний складник та цінності, а її оцінка змінюється з часом, від подій у житті, змін стану здоров'я, досвіду тощо.

На думку Д. Селла [237], якість життя складається з кількох доменів – фізичного, когнітивного, психосоціального і духовного благополуччя. Учений Р. Тартар та колеги вважають, що якість життя містить поведінкові та когнітивні здібності індивіда, емоційне благополуччя, здатність здійснювати повсякденну та професійну діяльність, виконувати соціальні ролі [504].

У медичних науках визначення якості життя тісно пов'язані з розумінням здоров'я та хвороби, а складові частини благополуччя безпосередньо стосуються життєдіяльності пацієнта: фізичний та психічний стани, рухова та соціальна активності, навколишнє середовище тощо.

Старший науковий співробітник Кембриджського університету М. Фарквар проаналізувала відомі визначення якості життя та розробила класифікацію визначень (табл. 1.2). На основі огляду наукової літератури вона виокремила чотири типи понять: 1) загальні; 2) часткові; 3) вибіркові; 4) комбіновані [294].

Таблиця 1.2

Класифікація понять “Якість життя”

Тип визначення		Загальна характеристика визначення
№	Назва	
I	Загальні	Якість життя зіставляють із відчуттям задоволення чи незадоволення, щастя чи нещастя
II	Часткові	У якості життя виокремлено кілька частин та визначено основні з них
II	Обмежені дослідженням	Розроблені відповідно до мети конкретного дослідження; компоненти, які визначені як малозначущі вилучено з визначення
III	Вибіркові	Основну увагу зосереджено лише на одному або кількох компонентах якості життя
III A	Точні	Згадано кілька складових частин, які, на думку дослідника, є найважливішими
III B	Неточні	Увагу зосереджено на одній або двох складових частин, які запропоновані у загальних визначеннях
IV	Комбіновані	Поєднують властивості першого та другого типів визначення

Дослідниця зауважує, що попри те, що в загальних визначеннях не названо складники якості життя, вони найбільш поширені в науковій літературі [294]. Проте для оцінювання якості життя важливо виокремити певні

компоненти, а тому існують визначення, які містять сукупність об'єктивних і / або суб'єктивних показників, що вибрані відповідно до мети дослідження. Вибіркові визначення вузько спрямовані, містять перелік компонентів якості життя, вони найчастіше трапляються в роботах, що присвячені здоров'ю, фізичній активності та працездатності людини. У цих наукових працях зазвичай використано термін "якість життя", проте відсутній опис самого поняття, а інтерпретацію терміна здійснено опосередковано в контексті вибраних заходів та методик досліджень. У визначеннях четвертого типу чітко згадано усі можливі компоненти якості життя.

Поняття "якість життя" містить як кількісні, так і якісні параметри, об'єктивні й суб'єктивні характеристики умов життя та діяльності індивіда. У перших дослідженнях якості життя переважно використано об'єктивні показники. Проте в 70-х рр. XX ст. було виявлено, що об'єктивні чинники лише частково впливають на якість життя людини [316, 250, 261, 317]. Активного розвитку набула альтернативна гіпотеза, згідно з якою благополуччя стосується до особистості людини, а при оцінюванні якості життя необхідно враховувати відчуття щастя, задоволеності життям тощо [250, 251]. Приклади цих двох типів показників подано в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Об'єктивні і суб'єктивні індикатори [452]

Об'єктивні	Суб'єктивні
Тривалість життя	Відносини в соціумі
Дитяча смертність	Соціальна справедливість
Рівень злочинності	Почуття безпеки
Рівень безробіття	Почуття щастя
Рівень бідності	Задоволеність власним життям
Валовий внутрішній продукт	Задоволеність роботою
Відносна кількість школярів	Стосунки з рідними
Тривалість робочого тижня	Хобі, громадська активність

Об'єктивні показники визначають якість зовнішнього середовища (економічні та демографічні показники), а суб'єктивні відображають оцінку умов життя індивідом [307, 355, 368, 397, 431]. Так, Д. А. Гіанніас, для того щоб встановити зв'язок між якістю життя і житловими умовами, використав такі об'єктивні параметри: кількість кімнат у будинку, середню річну температуру в регіоні, забруднення повітря, рівень злочинності [310]. Дослідження за допомогою суб'єктивних показників вважають м'яким заходом [377], більшість дослідників погоджуються, що необхідно враховувати дві групи показників [1, 250, 251, 362]. Інші рекомендації надають Ф. Ендрюс і С. Вітей. Науковці наголошують, що між об'єктивними та суб'єктивними показниками немає відмінностей, оскільки єдиний спосіб пізнання світу –

це наші органи чуття, а отже, об'єктивні індикатори можна аналізувати лише разом з суб'єктивними [202].

Зв'язок між суб'єктивними й об'єктивними показниками важливий у зв'язку з певними етичними та моральними міркуваннями [250]. Наприклад, якщо стан психічного здоров'я та рівень матеріального забезпечення респондента незадовільний, він лише зрідка спілкується з оточенням, але самостійно оцінює якість свого життя як високу, то такий результат є неправильним [518]. Отже, якщо не брати до уваги об'єктивні показники, то якість життя вразливих груп населення оцінити неможливо.

У низці праць вивчено вплив соціальних чинників на психологічний компонент якості життя. Виявлено, що особи, які мають проблеми із психічним здоров'ям або низький освітній рівень, частіше незадоволені власним життям [250, 518]. Проте необхідно враховувати, що існування індивіда, його особистий розвиток та можливості залежать від суспільства [522, 523]. Соціальна згуртованість або ізольованість, сформовані взаємозв'язки та ієрархічна структура безпосередньо стосуються якості життя суспільства [214]. Скандинавські вчені стверджують, що суб'єктивні соціальні показники, наприклад задоволеність життям, відображають сподівання особи та є мірою адаптації до наявних умов існування [281].

У наукових працях, що опубліковані у XXI ст., якість життя подано у вигляді конкретних цифрових результатів, які обчислено з урахуванням стану здоров'я людини, її зайнятості, соціальних стосунків, параметрів навколишнього середовища тощо [80, 89, 144, 191]. Науковці підкреслюють, що визначальний вплив на якість життя має фізичне здоров'я. Водночас не заперечено існування зв'язків між якістю життя та матеріальним благополуччям [234, 309, 404, 473]. Так, у роботі Д. Маерса зазначено, що на запитання "Якби у Вас було трохи більше грошей, чи почували б Ви себе більш щасливими?" респонденти зазвичай відповідають позитивно [404]. Такі ж результати отримали дослідники Мічиганського університету – на питання анкети "Що Вам необхідно, щоб підвищити якість життя?" найчастіше відповідають "Більше грошей" [234]. Необхідно враховувати, що в країнах із низьким рівнем ВВП на душу населення погане матеріальне становище суттєво обмежує основні потреби людини. У випадку, якщо ВВП становить понад 8000 \$ на 1 особу, зв'язок між якістю життя та матеріальним благополуччям зникає [404].

Складовими частинами якості життя, відповідно до індексу умов життя (Netherlands Living Conditions Index, LCI), розробленого в Нідерландах, визначено такі:

- 1) умови проживання (показники – форма власності, стан будівлі, кількість кімнат, площа житлової кімнати, сусіди та кримінальність району);
- 2) здоров'я (індикатори – кількість психосоматичних симптомів та захворювань);

- 3) купівельна спроможність (кількість приладів побутового призначення, матеріальне забезпечення для хобі);
- 4) активність у вільний час (кількість хобі, участь у розважальних заходах, членство в організаціях);
- 5) мобільність (наявність власної машини, сезонні поїздки);
- 6) участь у соціальному житті (активна участь у діяльності організацій, волонтерська робота, соціальна ізоляція);
- 7) спортивна активність (кількість видів спорту, якими займається респондент, кількість тренувань на тиждень);
- 8) вихідні та свята (поїздки під час вихідних упродовж минулого року, поїздки у вихідні дні за кордон, кількість вихідних).

На думку Г.Г. Азгальдова та ін., у структурі якості життя необхідно виокремити якість суспільства (індивіда, окремих соціальних груп, організацій тощо), якість трудового і підприємницького життя, якість соціальної інфраструктури, якість навколишнього середовища, особисту безпеку, задоволеність життям [1].

Учений М. Гаґерти та співавт. розглянули 22 моделі якості життя та виявили, що більшість з них не мають підґрунтя у вигляді теорії [447]. Науковці використали метод системного аналізу та запропонували комплексну модель, яка пояснює якість життя індивіда і суспільства. У структурі виокремлено 7 частин – здоров'я, матеріальне та емоційне благополуччя, участь у житті громади, зв'язки з родиною та друзями, особиста безпека, робота та продуктивність.

На думку Д. Фельце та Дж. Перри, якість життя складається з 6 доменів та 14 субдоменів, які можна аналізувати за допомогою об'єктивних і суб'єктивних показників [297]. У цій багатокомпонентній структурі виокремлено матеріальне, фізичне, соціальне, емоційне та професійне благополуччя (рис. 1.2).

Матеріальне благополуччя		Фізичне благополуччя	
Дохід Житлові умови Транспорт		Стан здоров'я Самопочуття Особиста безпека	
Соціальне благополуччя	Емоційне благополуччя	Професійне благополуччя	
Особисті стосунки Участь громади	Оптимізм Повага і статус Психічне здоров'я, стрес Вірування, переконання	Компетенції Продуктивність праці	

Рис. 1.2. Просторова структура якості життя, пов'язаної зі здоров'ям [297]

У Торонтській моделі враховано особисті досягнення індивіда, його активність, задоволеність життям, здатність користуватися наявними благами і можливостями (University of Toronto, 2004). У якості життя виокремлено три домени – “Існування”, “Належність” та “Становлення”. Складовими частинами “Існування” є фізичне буття (фізичне здоров’я, особиста гігієна, харчування, фізична активність, здатність виконувати повсякденну роботу тощо), психічне буття (психічне здоров’я, почуття, самоповага, самоконтроль), духовне буття (особисті цінності та стандарти, духовні вірування). “Належність” відображає зв’язок індивіда з навколишнім світом, підструктурами цього домену є фізична належність (дім, робота, навчальна установа, найближчі сусіди та громада) та громадська належність (діяльність соціальних служб та закладів охорони здоров’я, ефективність освітніх і рекреаційних програм, участь у громадських подіях, рівень суспільної активності). “Становлення” – це досягнення та реалізація власних завдань та бажань. У цьому домені можна виокремити прикладну діяльність (активність вдома, у навчальному закладі, на роботі, волонтерство), рекреацію (види активності, що сприяють відпочинку та зниженню рівня стресу), а також особисте зростання та розвиток (активність, спрямована на самовдосконалення та на пристосування до умов середовища).

Всесвітня організація охорони здоров’я виокремлює такі компоненти якості життя [508]:

- 1) фізичне благополуччя (рівень енергійності, відчуття втоми чи болю, якість сну та відпочинку);
- 2) психічне благополуччя (здатність концентрувати увагу на предметі, зберігати інформацію у пам’яті, здатність до логічного мислення, емоційна рівноваженість, контроль над негативними емоціями, здатність до радості тощо);
- 3) суспільне благополуччя (стосунки з іншими, адекватне сприйняття соціальної реальності, адаптація до фізичної і суспільної сфер, виконання суспільно корисної праці, відповідальність перед іншими, альтруїзм);
- 4) духовне благополуччя (релігія, особисті переконання);
- 5) навколишнє середовище (безпека навколишнього середовища, рівень забруднення довкілля, доступність та якість медико-соціального обслуговування, можливість навчатися і підвищувати свою кваліфікацію, забруднення навколишнього середовища, клімат);
- 6) автономність (рівень щоденної активності, працездатність, залежність від терапії та фармакологічних препаратів).

Модель якості життя І. Вілсона та П. Клері [536] поєднує в собі парадигми біомедичних і соціальних наук. Науковці виокремили такі складові

частини: “Характеристика індивіда”, “Біологічні і фізіологічні чинники”, “Симптоми”, “Функціональний стан”, “Характеристика навколишнього середовища”, “Загальне сприйняття власного здоров’я” (рис. 1.3). Учені, урахувавши тісний зв’язок між якістю життя і здоров’ям, запропонували окрему структурну частину – якість життя, пов’язану зі здоров’ям. Вона містить фізичне та соціальне функціонування та ґрунтується на суб’єктивному оцінюванні (health-related quality of life, HRQOL) [265, 325, 386, 387, 389, 536].

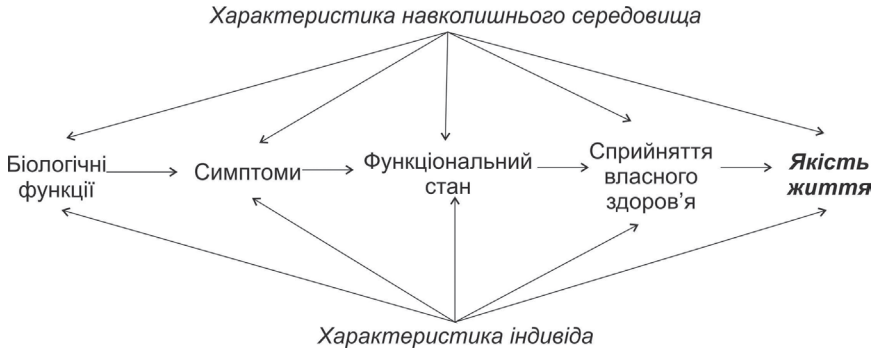


Рис. 1.3. Модель якості життя, осердяв якої є здоров’я, І. Вілсона та П. Клері [536]

Модель І. Вілсона та П. Клері використано під час дослідження стану ротової порожнини [475], вивчення стану здоров’я хворих на ВІЛ/СНІД [204, 335, 395], встановлення зв’язків між самопочуттям, симптомами, функціональним станом та соціальною підтримкою пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями [198, 258, 291, 443], виявленні гендерних відмінностей у щоденній активності осіб літнього віку з хронічними захворюваннями [308], а також пацієнтів, які страждають від раку [259].

Дослідник Ц. Ферранс та ін. [245] удосконалили модель І. Вілсона та П. Клері [536]. Вони зберегли п’ять базових складників і запропонували чіткі визначники для доменів “Характеристика індивіда” та “Характеристика навколишнього середовища”. Основний акцент моделі було зміщено на немедичні чинники. Така модель, на думку авторів, корисна для створення спеціальних вимірників для оцінювання якості життя.

На думку Ц. Риффа та К. Фоха, в якості життя можна виокремити фізичну та психічну складові частини, а також такі компоненти: самосприйняття, стосунки з іншими, автономність, мету життя, особисте зростання та вдосконалення, спортивну компетентність, фізичний стан та підготовленість [378, 413].

1.1.2. | Сучасні обчислювальні системи для аналізу якості життя та здоров'я населення

У базі наукової періодики MEDLINE за ключовим словом “якість життя” можна знайти понад 6 тис. статей, які опубліковані впродовж 1980–2015 рр. Ці наукові праці присвячено таким проблемам:

- 1) вимірювання та аналіз якості життя, пов'язаної зі здоров'ям [35, 69, 72, 97, 119, 151, 198, 200, 235, 244, 329, 351, 386, 389, 445, 476];
- 2) адаптація методик досліджень з урахуванням культурних та національних особливостей [175, 255, 325, 328, 353, 387, 516];
- 3) оцінювання переваг та недоліків об'єктивних і суб'єктивних показників якості життя [1, 147, 250, 261, 316, 317, 377];
- 4) особливості застосування загальних чи спеціальних анкет [71, 94, 95, 246, 303, 352, 357, 365, 409, 521];
- 5) порівняння якості життя осіб різного віку [255, 323, 353, 520].

Кожна четверта стаття стосується створення чи удосконалення методик дослідження. Німецький дослідник Д. Бірнбахер проаналізував 60 різних способів дослідження якості життя та виявив, що зазвичай науковці окремо оцінюють фізичний, психічний і соціальний складники якості життя [222].

Одним з найпростіших способів оцінювання якості життя людини можна вважати метод, який запропонував Дж. Гуата та ін. [315]. Учені вивчали якість життя як неперервний континуум та оцінювали його за шкалою від 0 до 1. Складнішим є спосіб із застосуванням груп спеціально створених запитань (анкет). Їх поділяють на загальні і профільні. Загальні питальники розраховані на практично здорових осіб, вони необхідні, щоб отримати певну нормативну інформацію. Профільні анкети застосовують для вивчення конкретних нозологій, у них згадано спільні для багатьох захворювань ознаки (наприклад, труднощі у виконанні щоденних фізичних навантажень, наявність та ступінь больового синдрому). Такі питальники дають змогу вивчити ефективність лікування, його вплив на якість життя респондента. До окремої групи профільних питальників належать анкети, які орієнтовані на вивчення лише одного складника якості життя, наприклад психічного стану, – індекс загального психологічного благополуччя (Psychological General Well Being Index), профіль оцінювання настрою (Profile of Mood State) тощо. Варто зазначити, що в медичній практиці переважно одночасно використовують кілька питальників. Зокрема, оцінюючи якість життя при артеріальній гіпертонії, використовують низку питальників, які описують різні параметри якості життя хворого [94, 95]:

- загальний показник благополуччя – індекс психологічного благополуччя, питальник загального здоров'я (General Health Questionnaire), рейтингова шкала симптомів (Symptom Rating Scale);

- наявність симптомів – індекс стану здоров'я (Health Status Index);
- сексуальна функція – індекс симптомів сексуального дистресу (Sexual Symptom Distress Index);
- порушення сну – шкала порушень сну (Sleep Dysfunction Scale);
- побічні дії – простий профіль оцінювання симптомів (Minor Symptom Evaluation Profile), профіль оцінювання суб'єктивних симптомів (Subjective Symptom-Assessment Profile).

Визначення якості життя осіб з надлишковою вагою також проводять за аналогічним принципом – використовують загальні питальники (MOS SF 36, Нотінгемський профіль здоров'я (Nottingham Health Profile), Готенбурзьку шкалу якості життя (Gothenburg Quality of Life Scale), шкалу благополуччя (Quality of Well-Being Scale) тощо) [365]. Проте використовують і профільні методики. Найбільш відомі та апробовані анкети:

- “Вплив маси тіла на якість життя” (Impact of Weigh on Quality of Life) – дає змогу оцінити стан здоров'я респондента, рівень рухової активності, соціальні стосунки, статеве життя, харчування;
- “Вплив ожиріння на якість життя” (Obesity Specific Quality of Life) – аналіз фізичного та психічного стану, енергійності, стосунків з іншими людьми);
- “Шкала благополуччя, спричинене ожирінням” (Obesity-Related Well-being Scale) – вивчення психічного стану, фізичних симптомів, соціальної активності респондента.

Серед загальних методик, які використовують одночасно у різних країнах світу та які комплексно оцінюють якість життя практично здорових респондентів, необхідно згадати такі: індекс якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization Quality of Life Index, WHOQOL Group, 1993), індекс економічного благополуччя (Index of Economic Well-Being) [409], індекс благополуччя “Американ Демографік” (American Demographics Index of Well-Being) [357], індекс якості життя Джонстона (Johnston's Quality of Life Index) [352], шкалу очікуваного щасливого життя Вінховена (Veenhoven Happy Life-Expectancy Scale) [523], індекс людського розвитку (Human Development Index) [341], індекс соціального здоров'я Мірінгофа [395], загальну шкалу якості життя Цуммінса (Cummins' Comprehensive Quality of Life Scale) [252], Нідерландський індекс умов життя (Netherlands Living Conditions Index), [225], Німецьку систему соціальних індикаторів (German System of Social Indicators) [406], індекс “Щаслива планета” (Happy-Planet Index) [497]. Деякі методики розроблено, щоб визначити якість життя населення, що проживає на певній території (наприклад, індекс економічного благополуччя, міжнародний індекс життя), а інші вивчають якість та спосіб життя конкретного індивіда (загальна шкала якості життя Цуммінса).

При визначенні якості життя населення часто використовують об'єктивні показники, зокрема економічні та медико-демографічні дані. Нагромадження таких статистичних даних здійснюється на державному рівні в різних країнах світу, а узагальнені результати використовує Світовий банк та Організація Об'єднаних Націй (ООН) для доповідей та формування спеціалізованих збірників. Як один з прикладів такого підходу можна згадати індекс людського розвитку (Human Development Index, HDI). Його доволі просто обчислити, він дає змогу критично охарактеризувати дохід, рівень освіти і стан здоров'я мешканців країн з різним рівнем життя. Натомість якщо вивчати якість життя окремого індивіда, то основну увагу слід звертати на функціональний стан, рівень здоров'я, цінності та переконання респондента.

Учений Х. Ліу та ін. [481] розробили функцію якості життя, що залежить від психічного та фізичного компонентів, що містять соціально-екологічну (індивідуальний стан, нерівність та умови життя), економічну (економічна ситуація, технологічний розвиток і сільське господарство) та політичну (здоров'я, освіта, державні і регіональні органи влади) складові частини. Загалом для побудови функції використовують 116 статистичних показників.

Професор Інституту інновацій у соціальній політиці Фортдамського університету Марк Мірінгоф розробив індекс соціального здоров'я, який розраховують відповідно до об'єктивної статистичної інформації. Він дає змогу оцінити рівень соціального благополуччя населення впродовж певного періоду часу [395]. Індекс складається з 16 рівнозначних показників, що стосуються здоров'я, смертності, доступу до різних послуг і соціальних благ. Для його обчислення використовують офіційні та доступні статистичні дані. Переваги індексу:

- 1) цілісність – усі показники є рівнозначними, концептуально інтегрованими та створюють єдину систему;
- 2) універсальність – охоплюють усі групи населення;
- 3) актуальність – показники дають змогу оцінити наявні тенденції в суспільстві, такі як увага до проблем дітей або становище осіб літнього віку;
- 4) простота – показники поділено за віковим принципом.

Із шістнадцяти показників три стосуються дітей, чотири – підлітків, три – дорослих, два – осіб літнього віку, чотири – усіх згаданих груп населення:

- 1) смертність немовлят;
- 2) жорстоке поводження з дітьми;
- 3) кількість дітей, які знаходяться за межею бідності;
- 4) кількість підлітків, які здійснили самогубство;

- 5) відносна кількість підлітків, які споживали наркотики за останні 12 місяців;
- 6) відносна кількість дітей, які не відвідують школу;
- 7) випадки народження дітей неповнолітніми;
- 8) рівень безробіття серед населення;
- 9) середній щотижневий заробіток;
- 10) охоплення населення медичним страхуванням;
- 11) відносна кількість осіб, старших ніж 65 років, які знаходяться за межею бідності;
- 12) очікувана тривалість життя у віці 65 років;
- 13) кількість здійснених особливо важких злочинів;
- 14) дорожньо-транспортні пригоди, що є наслідком споживання алкоголю;
- 15) забезпеченість житлом;
- 16) “розрив” між бідними і багатими.

Індекс соціального розвитку використовують для визначення ефективності державної політики у випадку встановлення результативності програм. Необхідно зазначити, що оскільки показники не охоплюють усі аспекти якості життя, то індекс не надає чіткої оцінки благополуччя населення.

Дослідник М. Моріс і колеги для оцінювання якості життя розробили індекс фізичної якості життя (Physical Quality of Life Index, PQLI) [401]. Для його обчислення враховують відсоток грамотних осіб віком 15 років, дитячу смертність до 1 року, очікувану тривалість життя. Дитяча смертність і очікувана тривалість життя становить 1 для регіонів з найгіршими даними та 100 – для благополучних країн. За верхню межу тривалості життя беруть 77 років (Швеція, 1973), а за нижню – 28 років (Гвінея-Бісау, 1950). Серед переваг цього індексу – простота в обчисленні, можливість вивчати кореляції між економічними показниками і фізичним здоров'ям населення.

У щорічних доповідях Програми розвитку ООН згадують індекс людського розвитку. Його обчислюють за більше ніж 200 показниками, які належать до трьох складових частин – тривалість життя, освітній рівень та доходи. Тривалість життя розраховують як середню очікувану тривалість життя при народженні для осіб різної статі. Цей показник суттєво зростав упродовж 1980–2013 рр., на сьогодні максимальне значення становить 83,6 року, мінімальне – 20,0 року. При оцінюванні освіченості враховують відносну кількість грамотних осіб віком 15 років, а також охоплення навчанням осіб різного віку (дітей, молоді тощо). Недоліками цієї методики є неточності в обрахунку тривалості життя, неврахованими також є цінність і корисність життя окремого індивіда. Індекс людського розвитку обчислюють упродовж останніх 25 років, за його допомогою зручно порівнювати якість життя різних націй та відслідковувати зміни протягом певного часу.

Індекс якості життя Джонстона ґрунтується на аналізі ймовірнісних рядів 21 показника, які належать до дев'яти соціально значущих складників – охорона здоров'я, громадська безпека, освіта, зайнятість, заробітна платня, прибуток, бідність, житлові умови, сім'я, рівність [352]. Якість життя за цією методикою оцінюють у відсотковому відношенні.

Суб'єктивне оцінювання якості життя ґрунтується на задоволеності власним життям та передбачає вивчення економічних, політичних, соціальних і психологічних аспектів життя людини. У такому разі якість життя вивчають у контексті подій та їх значення для індивіда. Науковці Ц. Ферранс і М. Пауерс розробили двоступеневу методику, яка дає змогу з'ясувати значущість кожного компонента якості життя [299]. Благополуччя людини оцінюють за такими категоріями – злочинність (4 показники), економіка (8 показників), освіта (9 показників), інфраструктура (7 показників), здоров'я (7 показників), житлові умови (8 показників), вільний час (6 показників), транспорт (6 показників), мистецтво і культура (5 показників).

На замовлення Європейської комісії 28 країн, які є членами ЄС, щорічно від 1973 року проводять дослідження “Євробарометр”. Анкета містить запитання, що стосуються європейської інтеграції, соціуму, охорони здоров'я, культури, екології тощо. Рівень благополуччя вивчають з погляду задоволеності власним життям.

Шведську ULF систему (Undersokningar av Levnadsfordhallanden, “Дослідження умов життя”) впроваджено від 1974 р. для аналізу програм соціального забезпечення. До дослідження залучають осіб віком 16–84 роки, загальний розмір вибірки становить 15 200 осіб. Збирання даних триває 2 роки, його проводять кожні 8 років. Система передбачає аналіз понад 700 показників, що належать до 12 базових компонентів благополуччя – освіта, соціальна мобільність, зайнятість, умови праці, матеріальне становище, забезпеченість житлом, транспорт, вільний час, соціальні зв'язки, партнерство, переслідування, здоров'я. Їх вважають ресурсами, які можна використати для поліпшення життя людини.

Німецьку систему соціальних індикаторів розроблено в середині 70-х рр. у рамках проекту SPES (Sozialpolitisches Entscheidungs und Indikatorensystem, “Соціально-політичні рішення та система індикаторів”) [406]. Вона охоплює 13 складників – населення, соціально-економічне становище, суспільна ідентифікація, ринок праці та робота, прибутки та розподіл доходів, транспорт, житлові умови, освіта, здоров'я, участь у суспільному житті, навколишнє середовище, громадська безпека та злочинність, відпочинок і засоби масової інформації. Кожну з цих частин поділено на домени та субдомени. Наприклад, модуль “Здоров'я” містить такі частини: 1) стан здоров'я; 2) медико-санітарна підготовленість населення; 3) умови життя, які впливають на здоров'я. У частині “Стан здоров'я” своєю чергою можна виокремити

такі субдомени: 1) тривалість життя; 2) причини смерті; 3) санітарно-гігієнічна ситуація; 4) суб'єктивна оцінка загального стану здоров'я. При оцінюванні кожного домена використовують не менше ніж два індикатори.

Основну увагу індексу пов'язаної зі здоров'ям якості життя Центра охорони здоров'я (CDC's Health-related Quality of Life Index) зосереджено на стані здоров'я та самопочутті, використано кількість днів активності. Дні активності – це кількість днів за тиждень або місяць, коли респондент характеризує своє самопочуття як добре та не має проблем з виконанням повсякденних завдань. У 1993–1996 рр. кількість здорових днів для населення США становила в середньому 24,7.

Всесвітня організація охорони здоров'я розробила спеціальну анкету “Якість життя за ВООЗ” (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL), яка дає змогу оцінити шість складників якості життя – фізичний, психічний та духовний стани, автономність, соціальні зв'язки, стан навколишнього середовища. Якість життя досліджують як суб'єктивну категорію, що містить стан здоров'я, спосіб життя, загальне благополуччя та задоволеність життям.

Міжнародний індекс умов життя (International Living Index) поєднує в собі об'єктивні і суб'єктивні підходи. Згідно з цією методикою, на якість життя впливають економіка (на 20%), охорона здоров'я (на 12%), культура і відпочинок (12%), інфраструктура (12%), вартість життя (20%), свобода (12%), безпека і ризик (12%).

Руут Вінховен для визначення якості життя населення пропонує використовувати спеціальні шкали для обчислення тривалості життя, прожитого щасливо, – Happiness adjusted life-years (HALY), Happy Life-Expectancy (HLE), Happy Life Years (HLY) [523]. Показники вираховують шляхом множення середньої тривалості життя на показник щастя. Тривалість життя, прожитого щасливо, становить 62,7 року для Німеччини, 60,8 року – Швеції, 50,4 року – Японії, 24 роки – України, 11,5 року – Зімбабве. Згадані методики розроблено за аналогією до показника DALY (Disability-adjusted life year, “Роки життя з врахуванням непрацездатності”), що створений ВООЗ спільно з Гарвардською школою здоров'я населення; методику використовують для оцінювання діяльності системи охорони здоров'я в межах певної країни та для аналізу зв'язків між окремими захворюваннями та економічними показниками.

Індекс “Краще життя” Організації економічного співробітництва і розвитку (OECD Better Life Index) дає змогу порівняти благополуччя в різних країнах світу. Ініціатива кращого життя спрямована на створення та розвиток статистичної бази даних, яка охоплюватиме такі аспекти життя людини, що важливі для неї та формують її якість життя. Отримані дані дають змогу зрозуміти, що саме формує благополуччя громадян різних країн світу та які

потреби необхідно забезпечувати насамперед для підвищення якості життя. Індекс враховує 11 показників – житлові умови, дохід, роботу, суспільство, освіту, екологію, громадянські права, здоров'я, задоволеність, безпеку, роботу та відпочинок. На сьогодні за цим індексом обчислюють якість життя у 34 країнах світу – Австралії, Австрії, Бразилії, Великобританії, Греції, Данії, Естонії, Ізраїлі, Ірландії, Іспанії, Ісландії, Італії, Кореї, Канаді, Люксембурзі, Нідерландах, Німеччині, Новій Зеландії, Норвегії, Польщі, Португалії, Росії, США, Словаччині, Словенії, Туреччині, Угорщині, Фінляндії, Франції, Чехії, Чилі, Швейцарії, Швеції, Японії. Індекс є сучасним інтерактивним інструментом, що передбачає активну участь респондентів з різних країн світу в обговоренні самої проблеми благополуччя та визначенні його важливих складників. Рівень якості життя в різних країнах світу можна порівнювати за персональним рейтингом показників. Після того як респондент створює власну ієрархію показників, він може порівняти якість життя чоловіків та жінок з різних країн світу. Індекс доступний різними мовами – англійською, німецькою, французькою, португальською, російською, іспанською та італійською, а також адаптований для використання на портативних мобільних пристроях.

1.2. | Здоров'я в структурі якості життя населення

1.2.1. | Роль здоров'я у становленні якості життя населення

Здоров'я і хворобу важко охарактеризувати лише з погляду анатомічних, фізіологічних чи психологічних ознак, їх можна вивчати як реакцію індивіда на дію певних чинників та його здатність реагувати у формі, прийнятній для нього і певної соціальної групи. На сьогодні відомо понад 100 визначень здоров'я, проте їх не можна вважати за абсолютні, а лише як відносні. У деяких з них основну увагу зосереджено на виконанні соціальних функцій або працездатності [402, 513]. Усі визначення здоров'я можна поділити на три різновиди – згідно з першим, важливим є загальне благополуччя, другим – відсутність захворювань, третім – здатність виконувати соціальні ролі [402]. Учені Г. Апанасенко [10, 11], В. Пономаренко [99], Л. Сущенко [168] досліджують здоров'я цілісно, як структуру, у якій можна вирізнити чотири частини: фізичну, психічну, духовну, соціальну. Попри те, що залежно від соціально-демографічних та культурних чинників існують значні відмінності в тлумаченні цього поняття [254, 402, 430], як обов'язковий елемент використано такі словосполучення, як відсутність захворювань, поведінка, функціонування, фізична підготовленість, енергійність, соціальні стосунки.

Відповідно до медичної концепції, здоров'я – це відсутність захворювань чи патологій, соціологічної – певний рівень розумової і фізичної придатності, здатність реалізовувати певні соціальні ролі. Згідно з гуманістичними поглядами, найважливішими для здоров'я є автономія, фізична дієздатність та наявність позитивного сенсу життя [227, 228, 342]. Необхідно зазначити, що в методиках вимірювання стану здоров'я передбачено виявлення захворювань та переважно не враховано глобальне визначення ВООЗ, не проаналізовано численні небіологічні чинники, серед яких психологічний стан, мотивація, дотримування приписів лікаря, наявність медичного обслуговування, соціальна підтримка, а також особисті переконання, культурно-етнічні традиції, здоров'язбережна поведінка тощо. Визначення здоров'я, запропоноване ВООЗ, сьогодні критикують як утопічне та нереальне. Серед основних аргументів – наявність постійних скарг населення і навпаки наявність симптомів захворювання без скарг, ігнорування зв'язків індивіда з навколишнім середовищем, а саме того, що саме життя часто набуває форми боротьби.

Здоров'я – це цілісне та водночас багатокомпонентне поняття, що характеризує певний динамічний стан людини, здатність до саморегуляції та адаптації, рівень життєдіяльності та життєздатності. Добре здоров'я, стійкість до змінних чинників навколишнього середовища – необхідні для активного довголіття, успішного навчання, високої працездатності, професійної діяльності. Фізично, соціально та психічно здорова людина може найбільш ефективно реалізовувати свої можливості, активно взаємодіяти з іншими [9, 38, 83].

Розуміння здоров'я суттєво залежить від віку, статі, рівня освіти, культурного розвитку, соціально-економічного становища [224, 227, 228, 249, 430]. Відомо, що на здоров'я впливають різні чинники, зокрема на 20% – спадковість, на 20% – стан навколишнього середовища, на 10% – медичних послуг, щонайменше 50% залежить від способу життя людини. Оцінка здоров'я залежить і від матеріального становища респондента. Якщо рівень матеріального забезпечення низький, то респонденти оцінюють свій стан здоров'я негативно та вважають, що не можуть його змінити на краще [224, 254, 430].

Здоров'я – одне з найважливіших соціальних завдань. Значення здоров'я в системі суспільних цінностей вивчено у численних працях [223, 224, 227, 228, 254, 402, 430, 513]. Згідно з опитуванням, яке проведено у Великій Британії, здоров'я своє та близьких є на 3–4 місці серед усіх складових частин якості життя. Проте необхідно враховувати, що пріоритети різних вікових груп можуть відрізнятися. Так, наприклад, соціальні стосунки та робота важливі для дорослих, проте для осіб після 65 років основне значення має здоров'я [227, 228]. Також серед осіб з поганим станом здоров'я цей домен

був згаданий як найважливіший, що узгоджується з теорією відносної дери́вації, за якою люди найчастіше цінують та прагнуть того, що втратили. Такі ж результати отримано на прикладі різних етнічних груп. Так, Т. Шарф та ін. обстежили літніх людей, які проживали у Великій Британії, та виявили, що здорові літні респонденти скаржилися на соціальну дери́вацію, ізоляцію, самотність і злочинність [465]. Якщо особа старшого віку проживає в спеціалізованому закладі, першочергове значення мають стан здоров'я, залежність від сторонньої допомоги, низький рівень соціальної активності, відсутність контролю за власним життям [311, 322, 336, 372, 441, 444, 445, 487, 301, 498].

Учені А. Д'Гуард та М. Філд [254] опитали 4000 осіб, які звернулися до медичного центру в Лотарингії, та підраховали, які фрази для означення здоров'я вони вживають найчастіше. Виявлено, що опитані використали понад 400 разів фрази “відсутність хвороб”, “хороша фізична форма”, “психічна рівновага”, “задоволення від життя”. Таким чином, пацієнти найчастіше зіставляли здоров'я з гігієною, умовами життя, добрим самопочуттям, належною фізичною підготовленістю, відсутністю болю, можливістю виконувати різну роботу, удачею тощо. Учений М. Блахтер після аналізу результатів опитування виокремив 9 складових частин здоров'я: відсутність захворювань, добре самопочуття попри наявні захворювання, швидке відновлення, певна поведінка чи дотримання здорового способу життя, фізична підготовленість, енергійність, соціальні стосунки, функціональність, психосоціальне благополуччя [223].

Під час Британського національного опитування, яке проводили для вивчення здоров'я і здорового способу життя населення, було проаналізовано 9003 відповіді [249]. Виявлено, що жінки розуміють здоров'я як “ніколи не хворіти”, “ніколи не звертатися до лікаря”, “бути потрібною, сильною, енергійною, фізично активною”, “мати здорові звички” (наприклад, не курити, піклуватися про здоров'я, гуляти на свіжому повітрі), “бути здатною працювати”, “бути соціально активною”. Натомість чоловіки, незалежно від віку, пов'язували здоров'я з силою, енергійністю, фізичною активністю, відсутністю захворювань і звернень до лікаря, здоровими звичками, можливістю працювати, соціальною активністю. “Бути здоровим”, на думку опитаних чоловіків та жінок, – це, передусім, певне психологічне відчуття, що з усім можеш впоратися, почуття щастя, високий рівень фізичної активності та працездатності, відсутність захворювань та потреби звертатися за допомогою до медичних працівників.

За участю 519 моряків військового флоту США вивчено вплив здоров'язбережної поведінки на якість життя людини [537]. Учені за допомогою регресійного аналізу проаналізували зв'язок між показниками фізичної підготовленості, здоров'ям, здоров'язбережної поведінки та значенням благополуччя. Виявлено достовірні позитивні кореляції між параметрами

“Здоров’я” та “Якість життя” ($r = 0,40$), “Фізична підготовленість” і “Якість життя” ($r = 0,43$).

При вивченні якості життя осіб літнього віку часто досліджують соціальне здоров’я, а саме: оцінюють членство у клубах, участь у різних заходах, волонтерство, наявність і кількість друзів [305, 359]. Соціальні мережі теж є динамічними структурами, їх розмір та характер впливу на індивіда залежать від культурного потенціалу, характеристики середовища, зокрема розвиток систем зв’язку, транспортної мережі, а також фізичної справності [215, 304, 532]. У соціальній підтримці науковці виокремлюють емоційний, фізичний та фінансовий складники, їхній дисбаланс погіршує адаптивні резерви індивіда, підвищує рівень стресу, негативно впливає на психічне здоров’я [51]. Учений А. Розанський та інші при аналізі якості життя приділяли увагу психологічним та соціальним чинникам [496]. На психологічний стан (зокрема, наявність клінічних депресій та тривожних станів) впливають постійні стресові чинники – погане матеріальне становище, проблеми на роботі, наявність важкохворих у родині [515].

Виявлено тісні кореляції між невисоким рівнем соціальної підтримки та підвищеним рівнем смертності й захворюваності осіб літнього віку [180], особливо хвороб серцево-судинної системи [219, 228, 313, 438, 480]. Проте, незважаючи на наявність тісних зв’язків між якістю життя та соціальним здоров’ям, фізичне здоров’я і функціональні здібності більше впливають на оцінку життя індивіда та рівень його благополуччя [227, 228, 241, 428].

Дослідник К. Сміт та ін. ретельно проаналізували 12 наукових праць, присвячених таким хронічним хворобам, як коронарне захворювання серця, рак, ВІЛ/СНІД, діабет, шизофренія [478]. Метою роботи було встановити, чи якість життя і здоров’я є тотожними, взаємозамінними поняттями. Виявлено, що при оцінюванні якості життя пацієнти більше звертають увагу на власний психологічний стан, а здоров’я – на фізичний. На думку К. Сміта та ін., серед чинників, що детермінують якість життя, на чільному місці є психічний та фізичний стан, другорядне значення мають прояви (симптоми) захворювання. В інших роботах зазначено, що часто оцінювання здоров’я та якості життя, яке проводять лікарі, суттєво відрізняється від висновків, які надають пацієнти [264, 451]. Так, П. Ротвел та ін. виявили, що попри збіг загальної оцінки якості життя, яку отримує пацієнт та його лікар, ці дві групи респондентів по-різному пояснюють, як окремі компоненти способу життя впливають на благополуччя хворих [264]. Можна стверджувати, що зосереджувати увагу на негативних явищах у випадку вивчення здоров’я доцільно щодо тяжкохворих осіб, проте це не зовсім актуально для інших груп населення.

Учений А. Мічалос та ін. вивчали якість життя осіб віком 55–95 років, які проживали в Британській Колумбії [321]. Учасники дослідження осо-

бисто оцінювали процес старіння, місце проживання (щодо рівня злочинності, доступу до соціальних послуг тощо), діяльність служб охорони здоров'я, рівень життя, оптимізм, почуття власної гідності, досягнення в житті, соціальні відносини тощо. Виявлено, що гетерогенність оцінок якості життя насамперед залежить від фізичного і психічного здоров'я. Стан здоров'я у 60 % випадків був причиною відмінностей оцінки задоволеності життям, 59 % – рівня життя.

Слід зауважити, що самооцінювання стану здоров'я ґрунтується не лише на традиційних показниках, але й передбачає вивчення умов ризику, наявність і поширеність хронічних захворювань, причин смертності, обчислення втрачених через хворобу років життя. Але і в такому разі дослідники більше зосереджують увагу не на незадовільному стані здоров'я, а більше на здатності інтегруватися в соціум, справлятися зі стресовими ситуаціями, дотримуватися здорового способу життя тощо [450, 485]. Такі параметри як дохід, екологічні умови, сформованість громадянського суспільства не використовують при оцінюванні якості медичних та превентивних послуг [233].

Концепцію якості життя активно можна використовувати як стандартне, суб'єктивне вимірювання при аналізі здоров'я людини, рівня її соціального захисту. На користь цього підходу свідчить наявність тісних кореляцій між самооцінкою здоров'я та показниками благополуччя, що встановлено під час масштабних досліджень здоров'я та способу життя населення [227, 228, 229, 313, 517]. У такому контексті найчастіше використовують поняття “якість життя, пов'язана зі здоров'ям”, і відповідно до такого підходу здоров'я становить нерозривне ціле з якістю життя. Під час дослідження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, дослідник може зосередити увагу на патологіях, захворюваності, здатності виконувати певні соціальні ролі, а також можливості повернутися до нормальної діяльності [468]. Такий підхід знайшов своє відображення у відповідних моделях, що поєднують та інтегрують здоров'я, симптоми захворювань, спосіб життя, взаємодію з соціумом з суб'єктивною, динамічною, багатовимірною структурою “якість життя” [178, 179, 316, 378, 488]. Найбільш відомими та такими, які активно використовують українські та іноземні вчені, можна вважати моделі, що створені в Торонтському університеті, Всесвітньою організацією охорони здоров'я [508], І. Вілсоном та П. Клері [536].

Таким чином, здоров'я – постійна складова частина якості життя людини, оскільки воно зумовлює її здатність виконувати певні соціальні ролі, слідувати власній життєвій меті та вибирати спосіб життя. Здоров'я людини необхідно вивчати як складник якості життя та в більш вузькому значенні – якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. У такому випадку основними компонентами слід вважати фізичне функціонування, психічне благополуччя і зв'язок з соціумом.

1.2.2. | **Загальна характеристика здоров'я та якості життя українського населення в контексті загальних світових тенденцій**

Проблемні питання здоров'я жителів України. Добрий стан здоров'я – одна з основних умов благополуччя, оскільки безпосередньо пов'язаний з тривалістю життя, доступом до освіти, ринком праці, витратами на медичне обслуговування. Починаючи з 60-х рр. ХХ ст. тривалість життя зростає приблизно на 10 років та становить на сьогодні понад 80 років. Проте необхідно враховувати, що зростання тривалості життя сприяє збільшенню витрат на охорону здоров'я. Надалі поліпшення здоров'я і збільшення тривалості життя можливе, якщо більшу увагу приділяти профілактиці неінфекційних захворювань, особливо серед соціально нестабільних груп населення.

На 62 та 63 сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ визначено напрями реалізації програми “Здоров'я – 2020”, серед яких зниження захворюваності (насамперед це стосується хронічних хвороб), забезпечення рівного доступу для усіх жителів Європейського регіону до послуг з охорони здоров'я, підвищення якості життя, реалізація та дотримання права на здоров'я. Для визначення пріоритетних завдань програми було опитано 26 експертів із різних країн Європи. Основним індикатором ефективності програми “Здоров'я – 2020” визначено очікувану тривалість здорового життя. За цільові орієнтири “До 2020 р. зменшити передчасну смертність серед населення Європи” та “Загальне охоплення і право на здоров'я” проголосувала найбільша кількість експертів. На думку фахівців, завдання щодо підвищення благополуччя населення Європи вимагає додаткового опрацювання, оскільки немає чітко розроблених відповідних індикаторів, які можна використовувати для моніторингу. На думку експертів ВООЗ, показники здоров'я значно зумовлені соціальними чинниками, а погіршення здоров'я – наслідок незадовільної соціальної, економічної, екологічної і культурної ситуації в суспільстві. Тому найбільш ефективними є комплексні стратегії, які мають міжсекторальну дію та сприяють кращому використанню наявних ресурсів. Серед запропонованих дій не тільки поліпшення показника зайнятості, умов праці чи доступу до служб, що відповідають за охорону здоров'я, але й сприяння соціальній інтеграції, забезпечення можливості навчання впродовж усього життя, що своєю чергою є ресурсами для поліпшення якості життя.

Завдання програми “Здоров'я – 2020” активно реалізують країни, які є членами ВООЗ Європейського регіону. Так, наприклад, в Албанії, Латвії та Литві розроблено національні стратегії розвитку охорони здоров'я з урахуванням завдань “Здоров'я – 2020”, уряд Туреччини розробляє стратегії корекції соціальних та поведінкових чинників ризику. У Данії та Швеції

програму впроваджено спільно з проектом “Здорові міста”. В Ірландії та Ізраїлі запропоновано стратегії підвищення благополуччя населення, що передбачають створення сприятливого середовища для здорового способу життя та рівний доступ до охорони здоров’я. Поліпшення якості життя та здоров’я громадян визначено основним стратегічним завданням також і уряду України, а основний пріоритет цієї програми – подолати неінфекційні захворювання.

Неінфекційні хвороби – основна причина захворюваності та смертності у світі. Щороку від них помирає 36 млн осіб, причому найбільша кількість випадків припадає на країни з невисоким рівнем доходів громадян [39]. У 2002 році від таких неінфекційних захворювань померло 8,3 млн осіб у Європейському регіоні ВООЗ та було втрачено 115,7 млн років здорового життя. За захворювання неінфекційної природи, за словами голови ВООЗ доктора Маргарет Чен, не тільки зумовлюють кожні три смерті з п’яти, але й погіршують соціально-економічний розвиток кожної країни. Експерти Всесвітнього економічного форуму та Гарвардського університету вважають, що в наступні 20 років неінфекційні захворювання спричинять втрату 30 трильйонів доларів, що становить 48 % від світового ВВП за 2010 рік.

Україна, згідно з класифікацією ВООЗ, належить до країн класу “С” Європейського регіону, для неї характерна висока смертність серед дорослого населення, постійне зниження середньої тривалості життя, тоді як загалом у Європейському регіоні ці показники постійно поліпшуються. За останнє десятиліття народжуваність зменшилася на 35 %, смертність збільшилася на 18,6 %. Упродовж останнього десятиліття середня очікувана тривалість життя у чоловіків скоротилася на 2,4 року, а в жінок на 0,9 року [92]. Протягом 2006–2010 рр. чисельність населення країни скоротилася на 1 млн 151 тис. осіб, зокрема за 2010 рік – на 184,4 тис. осіб. Така тенденція характерна для багатьох країн світу (Білорусі, Болгарії, Греції, Естонії, Італії, Латвії, Литви, Молдови, Російської Федерації, Румунії, Словенії, Чехії, Швеції тощо), проте саме в Україні відбувається пришвидшене скорочення чисельності населення.

Відповідь на запитання “Яким є Ваше здоров’я?” часто використовують для оцінювання стану здоров’я людини. Незважаючи на те, що таке питання має суб’єктивний характер, можна доволі точно на майбутнє спрогнозувати потребу в медичних послугах серед населення. Оцінюють власне здоров’я як “дуже добре” або “добре” близько 78 % респондентів зрілого віку, які проживають у Греції, 82 % – у Ірландії, 89 % – у Канаді, 88 % – у США, 81 % – у Швейцарії, 76 % – у Норвегії, 46 % – у Португалії, 58 % – у Польщі, 30 % – у Японії (за результатами бази “Eurostat”). Про добрий стан здоров’я частіше зауважують чоловіки, а не жінки, при цьому в деяких країнах така різниця показників може бути особливо суттєвою. Також серед осіб із ви-

соким рівнем достатку високу оцінку власному здоров'ю дають 70 % опитаних, а серед малозабезпечених – лише 54 %.

Оцінювання довголіття відображає можливість людини прожити тривалі і здорове життя. Як вимір довголіття можна досліджувати показник середньої очікуваної тривалості життя (ОТЖ) при народженні. Аналіз інформації з української та європейської баз “Здоров'я для всіх” показує, що високі значення ОТЖ характерні для жителів Франції, Швейцарії, Швеції, Німеччини та Греції. Натомість для України цей показник нижчий від максимального на 14 років (для чоловіків) та 9 років (для жінок). Особливо критичними ці результати є в контексті того, що очікувана тривалість життя без інвалідності становить 64 роки для жінок та 55 років для чоловіків.

Більшість смертей в Україні (86 %) спричинені неінфекційними захворюваннями, зокрема хворобами системи кровообігу (66,6 % від загальної кількості померлих), онкозахворюваннями (12,7 %), захворюваннями органів травлення (3,8 %) та дихання (2,8 %). Показники смертності від захворювань серцево-судинної системи в Україні найвищі серед європейських країн. Кількість серцево-судинних захворювань збільшилася в 1,9 раза, бронхіальної астми – на 35,2 %, раку – на 18 % [98]. На сьогодні кожний п'ятий українець хворіє на артеріальну гіпертонію. Серйозною проблемою також є високий рівень захворюваності на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби що передаються статевим шляхом. Захворюваність на туберкульоз збільшилася за 10 років у 1,9 раза та становить 68,1 випадку на 100 тис. населення.

В осіб літнього віку найчастіше діагностують хронічні захворювання серцево-судинної та опорно-рухової систем, порушення роботи сенсорних систем, а також психічні розлади (депресія, старечі деменції) [2]. У розвинутих країнах світу серед основних причин інвалідності осіб після 65 років – порушення опорно-рухового апарату, захворювання серця і кровоносних судин, хвороби дихальної, ендокринної та травної систем [250]. Частка неповносправних осіб після 65 років становить 37,9 % [405]. Понад 85 % осіб віком 65–100 років мають щонайменше одне хронічне захворювання серцево-судинної, опорно-рухової систем, порушення роботи органів чуття, а також психічні розлади (депресія, старечі деменції) [339]. Для літніх українців найбільш характерними є серцево-судинні хвороби, онкозахворювання та старечі деменції. І саме хвороби серця і судин, а також рак – основні причини смерті українців після 50 років.

Аналіз здоров'я населення України та діяльності закладів охорони здоров'я свідчить не лише про незадовільну медико-демографічну ситуацію (низьку народжуваність, від'ємний природний приріст населення, скорочення середньої очікуваної тривалості життя), але й про зростання захворюваності, погіршення фізичної підготовленості наймолодшої частини суспільства – школярів та студентів [15, 16, 22, 26, 40, 58, 60, 86, 123, 141, 161,

162, 181, 182, 184, 268]. Рівень фізичної підготовленості щонайменше в 40 % молодих українців є низьким [17, 77], недостатньо розвинутими є сила, витривалість і швидко-силові якості. Можна зауважити, що така тенденція прослідковується починаючи з 90-х рр. ХХ ст. [17, 57, 74, 77].

Неінфекційні захворювання (серцево-судинні хвороби, діабет, рак, хронічні захворювання легень) – це наслідки нездорового способу життя, зокрема, нераціонального харчування, куріння, зловживання алкоголем, низького рівня фізичної активності. У країнах з високим рівнем життя 31,4 % мешканців не займаються фізичною культурою та спортом у вихідні дні, 29,6 % споживають щонайменше три овочі щоденно, 24,3 % страждають від ожиріння, 8,3 % – курять, 94 % – використовують медичні препарати для зниження артеріального тиску [405].

На тривалість життя українців суттєво впливає куріння та вживання алкоголю. На початку ХХІ ст. в Україні було зареєстровано понад 700 тис. осіб, які страждають від алкоголізму. На сьогодні споживання спиртних напоїв у нашій країні залишається на дуже високому рівні – 15,6 л чистого спирту на особу щорічно (для порівняння у Франції – 13,7 л, Греції – 10,8 л, Італії – 10,7 л, Великобританії – 13,4 л). Варто зазначити, що показник, вищий за 8 л, свідчить про загрози для нації, її виродження. Щороку 115 000 українців помирає від захворювань, пов'язаних з курінням, зокрема на такі випадки серед чоловіків віком 35–69 років припадає 40 % [188].

За результатами соціологічного опитування 20–25 % українських хлопців уперше починають курити у віці 11 років, 15–20 % дівчат – у віці 14 років [51]. Результати моніторингового дослідження Global Youth Tobacco Survey (1999–2008 рр.), яке проводили в багатьох країнах світу, свідчать, що, незважаючи на численні профілактичні заходи та державні програми, кількість курців серед школярів віком 13–15 років не зменшилася, натомість збільшилася кількість дівчат, які курять, а також використовують інші, окрім цигарок, тютюнові вироби. Необхідно також згадати про значне збільшення осіб, які вживають наркотичні речовини. За даними Міністерства охорони здоров'я в Україні проживають 387 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків, особливо багато їх серед молоді [157].

Низький рівень фізичної активності – причина 6 % смертей щорічно, що як абсолютний показник становить 3,2 млн. випадків, зокрема на країни з невисоким та середнім доходом припадає 2,6 млн. випадків.

Згідно зі статистичними даними ВООЗ, невисокий рівень фізичної активності – причина кожного четвертого випадку діабету другого типу та кожного третього ішемічного захворювання серця [442]. За підрахунками лише 2013 року малорухливий спосіб життя спричинив збільшення кількості осіб, які хворіють на діабет, на 5 % у Китаї, на 9,3 % – в Індії, 12,9 % – у Мексиці, 18,9 % – у Саудівській Аравії, 4,3 % – у Великій Британії [348].

Кількість та якість часу, що витрачає людина на відпочинок важливі для поліпшення самопочуття [156, 295]. Загалом працівники, які зайняті повний робочий день, витрачають до 15 годин на день на приймання їжі, сон, спілкування з друзями та родиною, перегляд телевізора, заняття спортом тощо; цей показник у Австралії становить 14,4 год, 14,8 год – у Великій Британії, 15 год – в Угорщині, 14,9 год – у Греції, 13,9 год – у Мексиці, 14,3 год – у Канаді та США, 15,6 год – у Норвегії, 14,2 год – у Польщі, 15,3 год – у Франції, 15,0 год – у Швейцарії та Японії [533].

Значне погіршення здоров'я дітей та молоді спостерігається вже під час навчання у школі – поширення хвороб сечовидільної системи зростає в 1,3 раза, хвороб органів травлення – в 1,4 раза, зорового апарату – 1,5 раза, нервової системи – 1,7 раза, ендокринної системи – 2,6 раза [188].

Серед дитячого населення Львівщини загальна захворюваність порівняно з 2004 роком зросла на 7,5 %, у тому числі серед дітей шкільного віку (від 7 до 14 років) – на 4,5 % [68, 170]. Зокрема, на 33,1 % зросли показники хвороб органів травлення, на 10,4 % – органів дихання, на 8,3 % – органів кровообігу; гострота зору школярів знизилася на 37,9 %, а у 52,9 % школярів виявлено порушення постави. За результатами проведених анкетувань та поглибленого медичного огляду майже 35 % дітей у молодшій школі і до 80 % у старших класах потребують допомоги спеціалістів і уваги з боку сім'ї. Захворюваність серед дітей 15–17 років порівняно з 2007 роком збільшилася на 6 %. Аналіз структури захворюваності серед дітей цієї вікової групи свідчить, що на першому місці є захворювання органів дихання, на другому – хвороби системи кровообігу, на третьому – хвороби нервової системи, на четвертому – захворювання очей, а також травми й отруєння. У структурі захворюваності осіб, старших ніж 14 років, переважають хвороби органів дихання, опорно-рухового апарату, органів травлення, нервової системи.

Для дітей дедалі більш характерними стають хвороби, від яких страждають особи похилого віку [51, 150, 174]. Різке погіршення здоров'я та самопочуття дітей і молоді науковці різних країн світу пов'язують із тим, що діти проводять більше часу у приміщеннях, тоді як активність за межами школи чи дому знижується, активно використовують інноваційні технології, замінюють реальне спілкування та дії віртуальною реальністю, першими відчувають наслідки глобалізації та еміграції, що відображають певні соціальні та культурні зміни.

Закономірним є інтерес українських науковців до вивчення фізичного стану молодих людей, оскільки він тісно пов'язаний із довголіттям, працездатністю людини [43, 50, 82, 84, 96, 145, 184, 201, 217, 417, 512], а поліпшення фізичного стану є необхідною умовою ефективного оздоровлення населення. Незадовільний стан здоров'я та рівень фізичної підготовленості дітей і

молоді свідчить про негативні тенденції в суспільстві та погіршення якості життя населення в майбутньому.

У працях українських учених можна знайти численні підтвердження постійного погіршення стану соматичного здоров'я молоді. Так, у процесі навчання у вищих навчальних закладах серед студентів зростає кількість осіб, які належать до III групи здоров'я, та зменшується I та II [91]. Хронічні захворювання діагностують у 70% студентів першого курсу. Попри те, що до вступу у вищий навчальний заклад усі студенти були визнані здоровими та зараховані до основної медичної групи за результатами медичного огляду виявлено, що в основних групах відхилень у стані здоров'я не мали 37,0% студентів, у контрольній – 60,0% [74]. Найчастіше студенти скаржаться на хвороби нервової системи та органів чуттів. На другому місці були захворювання ендокринної системи. Під час навчання у виші чисельність студентів, які займаються в підготовчій і спеціальній медичних групах, зростає від 5,36 (перший курс) до 14,5% (четвертий курс) [40]. Стан здоров'я студентів та рівень їх фізичної підготовленості відрізняється у студентів різних напрямів навчання. Юнаки, які навчаються в технічних вищих навчальних закладах переважно мають задовільний рівень фізичної підготовленості (61,0%) [57]. Добрий рівень фізичної підготовленості є у 24,5% студентів, незадовільний – у 14,5%. Натомість О. М. Ярмач після контролю фізичної підготовленості юнаків 15–17 років гуманітарно-педагогічного коледжу Київського обласного інституту післядипломної освіти педагогічних кадрів виявила, що переважна більшість юнаків мали достатній (35,2%) та середній (52,9%) рівні фізичної підготовленості, зокрема під час навчання ці показники поліпшувалися [192].

На думку Т. Ю. Круцевич, саме фізична підготовленість є важливою характеристикою здоров'я та інтегральним показником фізичної активності людини [75, 76]. Високий рівень фізичної підготовленості передбачає відносно великий обсяг опанованих рухових умінь та навичок, характеризується високими функціональними здатностями серцево-судинної та дихальної систем, він тісно пов'язаний зі здоровим способом життя [24, 62, 63, 78, 149, 155].

Результати констатувального експерименту С. В. Кириленко [66] свідчать, що лише 4,7% учнів старших класів мають високий рівень фізичного здоров'я, 10,2% – вищий за середній, 18,4% – низький рівень фізичної розвиненості. Значна кількість десятикласників відчують себе або невпевнено (25,7%), або неповноцінними (15,3%), проявляють до однолітків байдужість, недоброзичливість (28,1%), що, на думку автора, з одного боку, свідчить про незадовільне духовне та соціальне здоров'я, а з другого є причиною вживання алкоголю, наркотиків та куріння. На думку С. В. Кириленко, упровадження особливих технологій навчання (диспути, соціально-кому-

нікативні тренінги, тренінги особистісного зростання, ситуаційні вправи, рольові ігри, дебати) та їх реалізація в межах школи сприяння здоров'ю та превентивної діяльності загальноосвітнього навчального закладу за проектом "Діалог" здатне забезпечити формування культури здоров'я та скорегувати ставлення до здоров'я. Проведення в навчальному закладі такої діяльності дає змогу збільшити кількість учнів з середнім рівнем сформованості фізичного здоров'я – з 38,5 до 41,0 %, психологічного здоров'я – з 16,0 до 25,0 %, духовного здоров'я – з 6,0 до 12,0 %, соціального здоров'я – з 3,0 до 10,0 %.

У 2007–2011 рр. вивчено динаміку стану здоров'я та рівня фізичної підготовленості студентів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького [85]. Виявлено стійку тенденцію погіршення стану здоров'я. Біологічний вік студенток віком 18–19 років на 20 років відрізнявся від паспортного, у юнаків – на 15–16 років. Найбільш суттєві відмінності між реальними й обчисленими даними спостерігали в молоді, яка мала захворювання серцево-судинної системи або зорового апарату. Якщо 2007 року 16,2 % студентів було зараховано до спеціальної медичної групи, то 2010 року – 36,15 %. Третина студентів (33,3 %) були пасивні під час занять фізичною культурою, кожний четвертий (23,4 %) – через погане самопочуття відмовлявся виконувати вправи.

Морфофункціональні показники студентів, які навчаються на перших – четвертих курсах відповідають установленим нормам, проте функціональні можливості погіршуються [181, 182]. Лише 15 % студентів, які навчаються на третіх – четвертих курсах регулярно займаються фізичною культурою та спортом. У численних роботах зазначено, що підґрунтям фізичного виховання студентської молоді повинен бути оздоровчий принцип, при цьому він має бути основним у виборі засобів і методів в усьому навчальному процесі, включно з самостійними заняттями фізичною культурою та спортом [5, 26, 27, 44, 47, 58, 64, 79, 85, 86, 154, 158, 160, 176, 181, 182, 343]. Урочні заняття за адаптованими до вимог вищої школи програмами сприяють поліпшенню фізичного стану студентів порівняно з використанням традиційної програми. Комплекси різних вправ допомагають поліпшити фізичне здоров'я та фізичну підготовленість [27, 32, 86, 160, 180]. Наприклад, в учасників адаптованої програми з шейпінгу спостерігали достовірне зниження частоти серцевих скорочень, підвищення еластичності м'яких тканини, поліпшення функціонального стану центральної нервової системи, поліпшення якості відновних процесів після стандартних навантажень [32, 40]. Організація навчально-виховного процесу з фізичного виховання засобами волейболу сприяла зростанню фізичної та розумової працездатності студентів [27]. Студенти віком 17–22 роки, які займалися в університетській секції з гирьового спорту, мали кращий функціональний стан за показни-

ками частоти серцевих скорочень, життєвої ємності легень, проби Штанге, індексу Робінсона [180].

Характеристика параметрів якості життя українського населення.

Задоволеність та відчуття щастя характеризують якість життя, а також дають змогу комплексно оцінити економічну, політичну та соціальну ситуацію в державі. За результатами соціологічного опитування 2011 року українські громадяни незадоволені власним життям – за 10-бальною шкалою отримано оцінку 4,82 бала [55]. Жителі країн Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) задоволені власним життям на 6,6 бала, в Греції, Португалії, Туреччині та Угорщині цей загальний показник становить 5,6 бала, більш високі значення характерні для Данії та Швейцарії [533]. Між показниками чоловіків і жінок суттєвих відмінностей немає, проте особи з вищим освітнім рівнем дають на 1,4 бала вищу оцінку. Україна за цим показником наближається до країн, які переживають періоди кризи. Критичними можна вважати оцінки, що відображають рівень свободи в суспільстві та можливість захисту своїх прав – роботою уряду українці задоволені на 2,25 бала, демократією – 3,17 бала. За результатами опитування 2013 року, що провів Київський міжнародний інститут соціології [55], у всіх регіонах більшість громадян (43 %) підкреслює суттєве погіршення якості життя. На першому місці для українців є матеріальні цінності (дохід), що забезпечують життєдіяльність людини [55]. Найважливіші цінності з приватної сфери: здоров'я – 4,74 бала (за п'ятибальною шкалою), сім'я – 4,72 бала, діти – 4,67 бала, добробут – 4,55; публічної сфери: рівні можливості для всіх – 4,07 бала, сприятлива морально-психологічна ситуація – 4,01 бала, рівність – 3,92 бала, незалежність України – 3,91 бала. Згідно з індексом “Краще життя” у більшості країн Європейського Союзу, США, Канаді та Мексиці найвищою цінністю жителі вважають здоров'я, в Румунії – освіту, Молдові – роботу, Словенії та Грузії – навколишнє середовище [533].

Належні умови проживання – важливий складник якості життя. Житло – суттєвий елемент задоволення основних потреб людини, це місце для трудової і творчої діяльності та відпочинку, яке часто є необхідною умовою створення сім'ї. Житлові умови впливають на можливість отримати освіту, сприяють або перешкоджають реалізації потреб людини, доступу до послуг, побутової інфраструктури [55]. Незадовільні житлові умови можуть суттєво погіршити якість життя людини, зокрема вплинути негативно на фізичне і психічне здоров'я.

При оцінюванні житлових умов визначають середню кількість кімнат на одну людину, наявність у будинку доступу до основних комунальних послуг (водопостачання, каналізація, опалення тощо). На сьогодні різко зменшується цінність житла, розташованого біля транспортних мереж, перевага надається квартирам та будинкам поблизу паркових зон і лісових масивів.

У країнах ОЕСР на одну людину припадає в основному 1,8 кімнати, а 97,6 % населення проживають у будинках з вбиральнями.

Незважаючи на те, що згідно з Конституцією України кожний громадянин має право на житло, забезпеченість ним у нашій країні не відповідає запитам населення та вимогам до високої якості життя [166, 173]. Мінімальний рівень забезпеченості житловою площею, за даними ООН, становить 30 м² на 1 особу, тоді як для України цей нормативний показник є вдвічі нижчий. Забезпеченість українських громадян житлом також у 2,5–4 рази нижча, ніж у країнах Європейського Союзу. За даними Державного інституту проблем сім'ї та молоді, 60 % українців незадоволені власним житлом та потребують його поліпшення, при цьому серед молодих людей таких є 83 % [70].

Робота – один із різновидів щоденної діяльності людини, що безпосередньо стосується якості життя. У країнах ОЕСР майже 65 % населення працездатного віку мають оплачувану роботу, при цьому один із найвищих рівнів зайнятості в Ісландії (82 %), Швейцарії (80 %) і Норвегії (75 %), а один із найнижчих – у Греції (49 %) та Туреччині (50 %) [533]. Показники зайнятості вищі серед осіб, які мають кращу освіту, а також серед чоловічого населення. Загалом мають оплачувану роботу 73 % осіб чоловічої статі та лише 58 % жіночої. Необхідно зауважити, що 5,4 % працівників можуть у будь-який момент втратити роботу; цей показник дуже відрізняється в різних країнах – у Греції він становить 12 %, а в Японії – 3 %.

Рівень зайнятості в Україні нижчий від середньостатистичного показника країн ОЕСР та становить близько 56 %. За останні 2 роки кількість осіб, яких перевели на неповний робочий день, збільшилася в деяких регіонах удвічі. Якщо 2014 року показник безробіття становив 1,9 %, то за даними Державної служби зайнятості станом на 1 червня 2015 року кількість безробітних на території України була 469,4 тис. осіб, що дорівнює 9,3 % населення віком 15–70 років.

Освіта дає змогу отримати знання, навички та уміння, які мають важливе значення для поліпшення здоров'я та якості життя. Освічені люди зазвичай живуть довше, беруть активну участь у суспільному і політичному житті, вони є привабливими як трудові ресурси, скоюють менше злочинів та рідше сподіваються на соціальну допомогу [188]. У середньому на освіту в країнах Європейського Союзу витрачають 17,7 року. Проте необхідно зазначити, що на сьогодні повна середня освіта є мінімальною кваліфікаційною вимогою при прийнятті на роботу. Близько 75 % жителів країн ОЕСР мають середню освіту, проте в деяких країнах (Мексика, Туреччина) більшість населення віком 25–65 років (60 %) не мають повної середньої освіти.

Оцінювання залученості населення до навчання в середній школі не дає змоги повністю охарактеризувати якість отриманих знань. Таку інформацію можна почерпнути з міжнародного опитування PISA (Programme

for International Student Assessment). У 2012 році у ньому взяли участь близько 0,5 млн школярів віком 15–16 років з 65 країн світу. Питання анкети були спрямовані на вивчення так званих обов'язкових знань та навичок, серед них – уміння читати, обізнаність у математиці та природничих науках; також 85 тис. учасників з 18 країн пройшли спеціалізований тест на оцінювання креативності та фінансову грамотність. На думку розробників, саме тест на грамотність читання та визначення рівня знань з математики і природничих наук – найбільш надійні показники і предиктори благополуччя (економічного та соціального), їх можна вважати інформативними індикаторами порівняно з кількістю років, що витрачені на освіту чи підвищення кваліфікації. Середній показник для 65 країн світу становить 497 балів, зокрема дівчата мають кращі результати, ніж хлопці. Одні з найвищих результатів отримали японські (570–613 балів) та корейські школярі (534–554 бали), найгірші – учні з Перу (368–384 бали) та Індонезії (375–396 балів). Для громадян Австрії, Великої Британії, Чехії, Норвегії, Італії, Іспанії, США, Угорщини, Хорватії, Греції оцінка тесту перебуває в діапазоні 450–520 балів. У країнах з високими показниками успішності вдається забезпечити високоякісну освіту для усіх школярів, тобто відмінних результатів у навчанні можна досягнути незалежно від соціального статусу та матеріального становища. Проте в деяких країнах (Франція, Нова Зеландія) різниця за результатами тесту PISA у школярів, що проживають у сім'ях із високим і низьким рівнем достатку, становить 125 балів, що свідчить про негативний вплив незадовільного економічного становища школяра на здобуття ним освіти.

В Україні не проведено стандартизованих моніторингових досліджень з метою оцінювання успішності школярів (наприклад, PISA чи PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study), не оприлюднено результати дослідження TIMSS (Trends in International Mathematics and Science Study) за 2006 та 2011 рр. Слід зазначити, що такі тестові системи дають змогу не тільки визначити рівень знань школярів, уміння респондента використовувати свої знання, застосовувати їх на практиці, але й визначити ефективність управління освітою. На сьогодні успішність українського школяра можна проаналізувати в межах вітчизняної системи Зовнішнього незалежного оцінювання (ЗНО) та Державної підсумкової атестації.

У 2015 році в Україні зовнішнє незалежне оцінювання пройшли понад 270 тис. школярів. За даними попереднього директора Українського центру оцінювання якості освіти І. Лікарчука, максимальну оцінку за тести базового рівня з української мови та літератури (200 балів) отримали лише 0,06 % (158 осіб) від загальної кількості абітурієнтів, за тести поглибленого рівня – 15 осіб. Згідно з результатами Державної підсумкової атестації, лише 11 % школярів мають високий рівень успішності з рідної мови, дуже низький (оцінки “1”, “2”, “3”) – 19%. За результатами ЗНО 80 % випускників не вмі-

ють вимовляти глухі та дзвінкі приголосні, 70 % – неправильно узгоджують числівник з іменником, 90 % – неправильно ставлять кому в реченні з однорідними членами, 15 % – не вміють розкривати дужки при математичних розрахунках, 60 % – не знають, що таке косинус кута в трикутнику, 75 % – основних тригонометричних тотожностей. Поріг 25 балів (одна четверта від максимальної кількості) з української мови та літератури не пройшло 35 598 випускників, що у відсотковому відношенні становить 13,3 %, з математики – 24 %. Подані дані свідчать про невисоку результативність української середньої освіти.

Важливий складник якості життя, з яким безпосередньо пов'язане і здоров'я, – це зовнішнє середовище (соціальне, природне). Чинники соціального середовища тісно пов'язані з соціально-економічним становищем, суспільними зв'язками та підтримкою. Наприклад, особи, які мають невисокий дохід, рідше відвідують тренажерні зали та озеленені території. Чинники природного середовища (погодні умови, характеристики води, повітря, рельєф місцевості) також можуть знижувати рівень фізичної активності. Дуже спекотні або холодні умови перешкоджають ходьбі на свіжому повітрі чи їзді на велосипеді. Доступ до безпечних озер, річок чи океанських пляжів надає багато можливостей для купання, катання на човнах тощо. Наявність пагорбів та гір впливає на вибір відпочинку, мешканці активно подорожують, займаються зимовими видами спорту.

Штучне (створене людиною) середовище складається з усіх споруд та будівель, які людина створює чи удосконалює. Зокрема, це – житлові будинки, школи, заводи, офіси, зони відпочинку, “зелені” зони, транспортні мережі. Планування міст суттєво впливає на рівень фізичної активності мешканців. Наявність пішохідних районів, парків і скверів сприяє підвищенню рівня фізичної активності та активному дозвіллю, натомість розміщення торговельних центрів на периферії міст, поділ території міста на окремі зони для роботи, навчання, проживання зумовлює збільшення використання автотранспорту та скорочення можливостей для активного способу життя [302]. Часто в старих містах з великою кількістю жителів важко облаштувати зелені зони. Наприклад, відносна кількість населення, яке задоволене або дуже задоволене такими територіями та має можливість швидко добратися до них пішки, становить 56 % у м. Болоньї, 40 % у м. Братиславі та 36 % у м. Варшаві [283]. Учений М. Флойд та ін. [413] за результатами обстеження 6922 осіб обчислив середні енергетичні витрати у парках у м. Тампа (штат Флорида, США). Виявлено, що під час занять баскетболом та тенісом респонденти витрачають $0,1 \text{ ккал}\cdot\text{кг}^{-1}\cdot\text{хв}^{-1}$. Дозвілля на ігрових площадках та заняття бейсболом дають змогу витратити до $0,08 \text{ ккал}\cdot\text{кг}^{-1}\cdot\text{хв}^{-1}$. Проведення часу за рибальством чи прогулянки з собакою дозволяють витратити до $0,06 \text{ ккал}\cdot\text{кг}^{-1}\cdot\text{хв}^{-1}$.

У США функціонують глобальні проекти, спрямовані на поліпшення якості життя населення шляхом такої зміни зовнішнього середовища, яка б сприяла високому рівню фізичної активності, допомагала запобігати ожирінню та серцево-судинним захворюванням. Основні дії цих проектів:

- 1) створення ігрових майданчиків, парків, зелених зон та організація безпечного доступу до них дітей і молоді (Американська академія педіатрії [490]);
- 2) створення спеціальних зелених зон у містах та побудова житлових кварталів таким чином, щоб заохочувати пішохідний та велосипедний рух, забезпечити швидкий доступ населення до рекреаційно-оздоровчої інфраструктури (законодавчі стратегії Американської асоціації Серця) [199], рекомендації CDC із запобігання ожирінню [454], національний план фізичної активності [427]);
- 3) гарантія безпеки в парках, що розміщені в районах з високим рівнем злочинності (Інститут медицини США [346]).

У програмі “Здорові люди – 2020” (“Healthy People 2020”) та документах Інституту медицини в США [346] будь-які зелені зони в містах визначено першочерговими об’єктами для організації дозвілля дітей, родин, шкіл, організацій. Наявність і доступність таких рекреаційних зон підвищує рівень фізичної активності дорослих [4, 211, 212, 280, 482] та молоді [6, 345, 420, 439, 514]. Опитування 17 000 підлітків у США виявило, що молодь частіше займається фізичною культурою та спортом у вільний час, якщо організувати необхідні зони відпочинку [345]. Дослідження, яке науковці провели в м. Атланта (штат Джорджія, США) [514], доводить, що наявність рекреаційних зон у межах 1 км від дому – головний чинник, що стимулює піші прогулянки серед молоді віком 15–20 років. Учений Д. Цоген та ін. [439] зазначають, що парки з ігровими майданчиками, майданчиками для баскетболу, а також пішохідними стежками, басейнами суттєво підвищують рухову активність дівчат-підлітків після уроків.

На відміну від інших країн, поліпшення якості життя українського населення пропонують лише в рамках програм та проектів економічного характеру. Так, наприклад, згідно з пріоритетом “Нова якість життя”, що визначений Комітетом економічних реформ України в 2010 році, для розвитку країни та поліпшення якості життя необхідно реалізувати систему проектів комплексного будівництва доступного житла (“Доступне житло”), забезпечити зміни в системі охорони материнства і дитинства (“Нове життя”) та невідкладної медичної допомоги (“Вчасна допомога”), створити комплексну систему переробки твердих побутових відходів (“Чисте місто”), забезпечити громадян чистою питною водою (“Якісна вода”), створити інформаційно-комунікаційну освітню мережу на основі радіозв’язку четвертого покоління (“Відкритий світ”), розробити систему проектів для розвитку міст (“Місто майбутнього”).

Пріоритетом у Європейському плані дій “Навколишнє середовище і здоров’я дітей” (Children’s Environment and Health Action Plan for Europe, СЕНАРЕ) [41] визначено запобігання і зниження шкоди для здоров’я, що пов’язана з нещасними випадками і травмами, а також зниження захворюваності, що є наслідком малорухливого способу життя. Для цього необхідно змінювати населені пункти так, щоб була можливість планувати їзду на велосипеді та ходьбу як різновид безпечного і здорового переміщення.

Аналіз стану природного середовища виявив, що актуальними для України залишаються проблеми попереднього нераціонального використання природних ресурсів, що призвели до їх вичерпання та до суттєвих негативних змін навколишнього середовища. Починаючи з середини ХХ ст., на території України було розміщено значну кількість шкідливих для природи виробництв. На початку 80-х рр. добування сировини зумовило нагромадження значної кількості відходів виробництва та таких продуктів, як сірководень, вуглекислий газ, оксид азоту, аміак, фенол, сполуки хлору, ртуть і т. д. [93]. Так, наприклад, металургійні підприємства викидали в атмосферу 46% від усієї загальної кількості таких сполук на території колишнього Радянського Союзу. Також саме промисловість України найбільше споживає та забруднює чисту воду. Тривожним можна вважати утворення та нагромадження токсичних відходів і сміття. На сьогодні на кожного мешканця держави припадає до 83 тонн важких металів, нафтопродуктів, отрутохімікатів, цей показник щорічно зростає на 1–2 тонни [167]; на одного громадянина України припадає 0,8 м³ сміття. В Україні діє понад 800 офіційних звалищ, а їхня загальна площа, за даними Міністерства екології та природних ресурсів, становить понад 4% від загальної площі країни.

Забруднення ґрунтів пов’язане із надмірними кількостями мінеральних добрив на території Полісся і Карпатського регіону у 90-х рр. ХХ ст. та масовим радіоактивним забрудненням у результаті Чорнобильської катастрофи. Майже 40% від загальної площі земельних ресурсів належить до забруднених.

Основними джерелами забруднення атмосфери в містах є промисловість і транспорт. Забруднення навколишнього середовища внаслідок використання твердого палива – одна із основних причин захворюваності та смертності в Україні. Забруднення повітря в містах, зумовлене роботою транспортних засобів та спалюванням деревини, спричиняє подразнення очей, верхніх дихальних шляхів, астму, рак легень. Невеликі тверді частинки ($d = 10$ мкм) легко потрапляють у будь-який відділ дихальної системи, негативно впливають на здоров’я та знижують тривалість життя людини.

Однією з характеристик зовнішнього середовища є безпека. Якщо в США, Канаді, Японії та Польщі лише 2% осіб зазначають, що вони зазнали фізичного насильства за останні 12 місяців, то в Ізраїлі про це за-

значає 6% жителів, у Мексиці – 12,8% [533]. Показник кількості вбивств надає дуже чітку інформацію про умови безпеки, оскільки, на відміну від інших злочинів, про них завжди заявляють у поліцію. Середній показник у Данії становить 3,9 випадку на 100 000 населення, Іспанії – 4,2, Канаді – 1,5, Мексиці – 23,4, Новій Зеландії – 1,2, Польщі – 0,9. Показники безпеки вищі для осіб, які мають вищий рівень доходів та кращу освіту, оскільки рідше беруть участь у діяльності злочинних угруповань. Аналіз статистики Міністерства внутрішніх справ та Генеральної прокуратури України свідчить, що, починаючи з 2013 року, в Україні рівень злочинності в Україні зріс у 2,6 раза. Після подій на Майдані у 3,5 раза частіше під час злочинних дій почали використовувати вогнепальну зброю, у всіх регіонах України збільшилася кількість розбійних нападів, вбивств та терактів, на 57% зросла кількість злочинів, які здійснили неповнолітні особи.

1.3. | Інноваційні фізкультурно-оздоровчі технології для формування якості життя населення

У “Словнику української мови” технологію визначено як “сукупність знань, відомостей про послідовність окремих виробничих операцій у процесі виробництва чого-небудь” або як “сукупність способів обробки або переробки матеріалів, виготовлення виробів, проведення різних виробничих операцій” [163]. Початково технологію розуміли як саме сукупність знань про методи здійснення виробничих процесів, описові креслення, графіки, карти, схеми, що характеризують способи та процес обробки або переробки. Так, за визначенням ЮНЕСКО, технологія – це системний метод створення та застосування знань з урахуванням не лише технічних, але й людських ресурсів та взаємодій між ними. Будь-яка сучасна технологія є завершеним процесом, оскільки спрямована на досягнення мети, складається з кількох чітких та стандартизованих етапів, які реалізують за допомогою певних дій. Ці характеристики дають змогу інтерпретувати поняття “технологія” в широкому сенсі, а не лише обмежувати його розвиток у технічних та прикладних галузях науки. У галузі фізичної культури і спорту особливе зацікавлення викликають різні види технологій, які формують і зберігають здоров’я. Відповідно активного розвитку в галузі набули не лише поняття “педагогічна технологія”, “освітня технологія”, але й “здоров’язбережна технологія”, “здоров’яформувальна технологія”, “оздоровча технологія”, “рекреаційна технологія”.

Педагогічна технологія охоплює форми, методи, способи та прийоми навчання, виховні засоби, які використовують у навчально-виховному процесі, окрім того, містить і спеціалізовані технології, що можуть бути використані в інших галузях науки. У педагогічній літературі поняття “техноло-

гія” часто ототожнюють з формою організації навчання, зіставляють з усіма використаними методами, засобами і формами навчання, що дозволяють отримати запланований результат.

На відміну від педагогічної технології, яка характеризується взаємопов'язаними процесами навчання, виховання та розвитку, освітня технологія є більш широким поняттям та відображає загальну стратегію розвитку освіти [33]. Науковець С. В. Гуменюк пропонує класифікацію освітніх технологій та визначає здоров'язбережні технології як і організаційно-педагогічні, психолого-педагогічні та навчально-виховні технології, невід'ємними їх складниками.

Проблему здоров'язбережних технологій, особливості їх реалізації та застосування в системі освіти досліджено в працях В. Єфімової [45, 46], О. Іонової [59], Т. Бойченко [18], О. Ващенко та С. Свириденко [23], С. Гаркуші [28] та ін. На думку вчених, поняття “здоров'язбережні технології” можна тлумачити як сукупність засобів, методів, організаційних прийомів що забезпечують збереження здоров'я учнів в умовах навчально-виховного процесу. Так, Т. Бойченко вважає, що раціональна організація навчально-виховного процесу та забезпечення необхідних і сприятливих умов навчання є суттю здоров'язбережних технологій [18]. У сучасних технологіях здоров'язбереження О. Ващенко та С. Свириденко виокремлюють здоров'язбережні технології, що спрямовані на раціональну організацію виховного процесу, оздоровчі, які допомагають зміцнити фізичне здоров'я, технології навчання здоров'я, що ґрунтуються на формуванні життєвих навичок [23]. Дослідниця О. Язловецька пропонує такі типи здоров'язбережних технологій: медико-гігієнічні (спрямовані на дотримання оптимальних гігієнічних умов навчання і виховання), екологічні (формують гармонійні взаємини з довкіллям, бережливе ставлення до природи), соціально-адаптивні й особистісно-орієнтовані (допомагають підвищити психологічну адаптацію усіх учасників навчально-виховного процесу), технології забезпечення безпеки життєдіяльності (орієнтовані на впровадження в навчально-виховний процес рекомендацій фахівців з охорони праці) [190]. Необхідно зауважити, що однозначного тлумачення поняття “здоров'язбережна технологія” в науковій літературі немає, існують різні підходи до цього визначення. Проте можна погодитися з думкою В. М. Єфімової [46], відповідно до якої здоров'язбережна технологія об'єднує кілька напрямів роботи, зокрема традиційні технології навчання і виховання, що спрямовані на здоров'язбереження, формування культури здоров'я, формування сприятливого освітнього середовища, а також оздоровчо-фізкультурні та лікувально-профілактичні заходи.

На думку А. В. Цьося та ін. [183], важливою умовою формування здорового способу життя людини є технологія становлення фахівця фізичної культури та спорту. Учені розглядають цю технологію як комплексну систему, що

передбачає не лише поліпшення фізкультурно-оздоровчої роботи у навчальних установах, збільшення кількості спортивних шкіл та клубів чи проведення фізкультурно-спортивних заходів, але спрямована на позитивне ставлення до фізичної культури та забезпечення таких умов, в яких формуються цінності фізичної культури та спорту. Зокрема І. Ляхова та М. Верховська окремо аналізують технології навчання здоров'я, технології виховання культури здоров'я, а також здоров'язбережні та здоров'яформувальні технології [81]. Технології навчання здоров'я, на їхню думку, – це гігієнічне навчання, формування життєвих навичок, профілактика травматизму і шкідливих звичок тощо; технології виховання культури здоров'я, які допомагають сформувати такі особистісні якості, що сприятимуть збереженню і зміцненню здоров'я та допоможуть підвищити мотивацію до здорового способу життя, здоров'язбережувальні технології, що спрямовані на забезпечення раціональної організації виховного процесу з урахуванням віку, статі індивіда, а також гігієнічних норм; здоров'яформувальні технології, що ґрунтуються на взаємодії педагога й учня, спортсмена і тренера та мають на меті зберегти, зміцнити або відновити здоров'я. Інші підходи запропоновано в роботі С. Путрова, який вважає, що здоров'язбережувальні технології є різновидом соціальних технологій [152]. Соціальна технологія, за визначенням М. Маркова, – це спосіб реалізації людьми конкретного складного процесу шляхом поділу на систему послідовних, пов'язаних між собою процедур і операцій, які виконуються більш-менш однозначно і сприяють досягненню високої ефективності [88]. Учений С. Путров вважає, що здоров'язбережувальні технології як прояв біосоціальних технологій об'єднує в собі усі напрями діяльності навчальних закладів щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я, їх впровадження пов'язане з використанням медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, лікувально-оздоровчих, екологічних та технологій забезпечення безпеки життєдіяльності, що по суті сприяє поліпшенню якості життя суб'єктів освітнього середовища [152].

Фізкультурно-оздоровчі, зокрема рекреаційні технології, вивчено в працях О. Андрєєвої [3, 7, 8], В. Кашуби та О. Боднар [65], І. Вовченко [25], Г. Голубевої [30], В. Зайцева та ін. [49], О. Саїнчук [159], В. Д. Сонькіна та ін. [73, 165], М. В. Чернявського [185]. Науковці під час проектування і реалізації рекреаційних та оздоровчих технологій пропонують рекреативну, ігрову та розважальну діяльність, що спрямована на забезпечення здорового способу життя та позитивних змін у культурі побуту.

На думку В. Сонькіна та ін., рекреаційно-оздоровчі технології є близькими до здоров'язбережних, до них учений зараховує умови та раціональну організацію навчання дитини в школі, відповідність навчального навантаження віку та можливостям дитини, відповідно організований руховий режим [185, 186]. Рекреаційно-оздоровчі технології є сукупністю методів та

засобів, що забезпечують умови для формування та збереження здоров'я учасників навчально-виховного процесу. Аналогічний висновок робить М. Смірнов [164], який пропонує розглядати фізкультурно-оздоровчі технології як одну з підгруп здоров'язбережних технологій.

Рекреаційно-оздоровчі технології зорієнтовано на підвищення культури здорового способу життя, вони допомагають зняти фізичне та інтелектуальне напруження, ураховують можливості та зацікавлення людини, створюють оптимальні умови для творчої реалізації та відповідають рекреаційним потребам учасників. Сама реалізація оздоровчо-рекреаційної технології відбувається кількома етапами: підготовчий (добір засобів та методів фізичного виховання, контроль фізичного та психічного стану учасників), основний (проведення рекреаційно-оздоровчих занять), заключний (визначення ефективності вибраної технології) [31].

1.3.1. | Фізкультурно-оздоровчі технології та соматичне здоров'я різних груп населення

Фізичне здоров'я людини – основний об'єкт дослідження більшості праць, що стосуються якості життя, рівня рухової активності населення та способу проведення вільного часу. Предметом дослідження таких публікацій є вплив занять фізичною культурою та спортом на фізичний компонент благополуччя [176, 178, 210, 218, 287, 511], зміни в якості життя різних груп населення, що забезпечують довготривалі фізкультурно-оздоровчі програми [169, 243, 269, 289, 394, 421, 492, 519], зокрема ефективність спеціалізованих програм для реабілітації осіб з різними захворюваннями.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для збереження здоров'я необхідно виконувати фізичні вправи впродовж 30 хв не менше ніж тричі на тиждень. У Великобританії особам віком 5–18 років радять займатися фізичною культурою та спортом щодня протягом 30–60 хв, зокрема 2–3 рази на тиждень виконувати вправи на гнучкість та силового характеру [349]. За вимогами Американської академії спортивної медицини необхідно щонайменше тричі впродовж тижня по 20–60 хв бігати, плавати, їздити на велосипеді, а також не менше ніж двічі на тиждень виконувати вправи силового характеру. З метою збереження та поліпшення здоров'я в Канаді рекомендують не менше ніж 60 хв на день гуляти, працювати на присадибній ділянці або впродовж 20–30 хв займатися аеробікою, бігати, плавати тощо. Японські дослідники вважають, що щодня на фізичну активність необхідно використовувати 1 200–2 000 ккал або проходити 10–15 тис. кроків [220].

Аналіз відомостей наукової літератури виявив, що заняття фізичною культурою та спортом – ефективний засіб первинної профілактики передчасної смертності та хронічних захворювань, які негативно впливають

на якість життя людини. Регулярні заняття допомагають знизити ймовірність розвитку серцево-судинних захворювань, діабету другого типу, ожиріння, раку, гіпертонії, остеопорозу [491]. Натомість особи, які не виконують у вільний час жодних різновидів фізичних вправ, проводять на 38 % часу більше в лікарнях, користуються на 13 % частіше медичними послугами, потребують на 12 % більше візитів медсестер і соціальних працівників. Особи, які регулярно займаються фізичною культурою та спортом, краще оцінюють власний стан здоров'я, навіть якщо мають хронічні захворювання [272].

Спостереження за тривалістю життя та рівнем фізичної активності 416 175 громадян Тайваню виявило, що кожні додаткові 15 хв заняття фізичною культурою здатні знизити ризик передчасної смерті на 14 %, смерті від раку – на 1 % та подовжити тривалість життя на три роки [394]. При цьому якщо одночасно вдається підвищити показники фізичної підготовленості, ризик передчасної смерті від захворювань неінфекційної природи знижується на 44 % [527].

Учений Р. Паффенбаргер та ін. впродовж 16 років спостерігав за способом життя, рівнем фізичної активності, здоровими звичками 16 936 чоловіків [423]. Учені виявили, що ймовірність передчасної смерті можна зменшити на 27 %, а смертності від серцево-судинних захворювань – на 33 %, якщо витратити до 2 000 ккал на тиждень на фізичну активність, зокрема ходьбу, піднімання сходами, спортивні ігри тощо.

До трирічного дослідження були залучені військовослужбовці США [537]. Детально вивчено зміни стану здоров'я, фізичної підготовленості, проаналізовано також здоров'язбережну поведінку та якість життя респондентів. Виявлено, що коефіцієнти кореляції для якості життя і здоров'я, благополуччя і рівня фізичної підготовленості були сталими, натомість з часом змінювалося значення коефіцієнтів кореляції, що були обчислені для параметрів “Якість життя” та “Поведінка”. На думку дослідників, підвищення рівня фізичної підготовленості позитивно впливає на якість життя лише в перші роки військової служби, натомість зміна поведінкових стереотипів, формування та розвиток здоров'язбережної поведінки здатні поліпшити якість життя незалежно від стану здоров'я або фізичної підготовки.

Надлишкова вага тіла – один із чинників, що зумовлює низьку якість життя незалежно від віку людини за усіма складниками [205, 206, 327, 330, 371, 407, 535, 530, 545]. Зростання кількості осіб з ожирінням залишається тривожною світовою тенденцією [262, 278, 398, 410, 411]. Прогнозують, що до 2016 року від ожиріння у Європейському регіоні страждатимуть 150 млн осіб [231]. Відомо, що ожиріння спричиняє розвиток небезпечних хронічних захворювань – діабету, артриту, хвороб серця, судин, нирок. Наявність надлишкової ваги зумовлює надмірне навантаження на серцево-судинну систему. Близько 80 % випадків діабету другого типу, 55 % гіпертонічної хво-

роби та 12 млн. років життя з поганим здоров'ям – це наслідки надлишкової ваги у жителів Європи.

В осіб з індексом маси тіла більше ніж 25 кг/м^2 показники благополуччя погіршуються через розвиток захворювань, проблеми під час виконання щоденних дій, погане самопочуття [442]. У дітей діагностують не тільки порушення фізичного здоров'я, але й проблеми з психічним здоров'ям, труднощі під час комунікації і соціальної інтеграції [467].

Серед основних причин надлишкової ваги називають чинники, що знижують рухову активність [231, 509]:

- 1) домінування пасивних видів відпочинку;
- 2) зниження рівня рухової активності під час роботи;
- 3) відсутність доступу до фізкультурно-оздоровчих центрів для малозабезпечених верств населення;
- 4) незручне панування міст.

У США щорічно проводять моніторингове дослідження якості життя осіб після 20 років з індексом маси тіла вищим за 25 кг/м^2 [327]. Індикаторами якості життя в цьому дослідженні були загальний стан здоров'я, фізичне і психічне самопочуття та щоденна активність [327, 407]. Середня кількість днів з поганим самопочуттям була найвища в осіб із III ступенем ожиріння (6,5 дня), що удвічі більше порівняно з респондентами з нормальною вагою тіла [407]. Особи з важким ступенем ожиріння щонайменше 7 днів упродовж останнього місяця обмежували власну активність, за допомогою регресійного аналізу було виявлено, що надлишкова вага є причиною погіршення самопочуття впродовж 14 днів за останній місяць. Підвищення рівня рухової активності сприяє поліпшенню якості життя згідно зі шкалами “Фізична активність” і “Задоволеність життям” [209].

Навіть незначне збільшення рівня фізичної активності, навіть за відсутності змін у фізичній підготовленості дає змогу поліпшити стан здоров'я та показники якості життя [169, 394]. Щоденні кількаразові тренування тривалістю лише 10 хвилин здатні позитивно вплинути на якість життя та знизити індекс маси тіла й обвід талії [408].

Одним із недорогих різновидів фізичної активності у вільний час, який здатний поліпшити якість життя, можна вважати швидку ходьбу. Аналіз рухової активності (ходьба, заняття фізичною культурою та спортом, фізична робота по господарству тощо) виявив, що виконання хатньої роботи не впливає на індекс маси тіла [483]. Натомість серед респондентів, які щоденно гуляли впродовж 30 хв, було лише 19% осіб з вісцеральним ожирінням, тоді як серед осіб, які проводили свій час пасивно, – 40%. Щотижневі енергетичні витрати на фізичну рекреацію обсягом не менше ніж 1 000 MET-хвилин здатні поліпшити показники кардіреспіраторної підготовленості та якість життя осіб віком 20–49 років.

Застосування силових вправ для корекції ваги – дієвий засіб для пришвидшення або нормалізації метаболізму, проте силові тренування мають такий терапевтичний ефект за умови відсутності дефіциту калорій. Складність механізмів, що беруть участь у регуляції метаболізму під впливом силових вправ, демонструє дослідження Дж. Леммера ін. [267]. Після 24 тижнів тренувань з силовими обтяженнями сила м'язів збільшилася у чоловіків і жінок, проте пришвидшення метаболізму спостерігали тільки в чоловіків. Науковець М. Рубін та ін. [195] виявили, що виконання силових вправ сприяє більшому поглинанню хрому, який своєю чергою зумовлює толерантність до глюкози і чутливість до інсуліну. Через 10 тижнів значно знижується базальний рівень інсуліну [393], а через 16 тижнів – підвищується толерантність до глюкози [461]. Такі ефекти пов'язані із збільшенням кількості інсулін-регульованих транспортерів глюкози, а також ферментів, що фосфорилують і окиснюють глюкозу. Поєднання дієти та фізичних вправ з метою нормалізації ваги тіла має не лише оздоровчий ефект, але й дає змогу поліпшити якість життя принаймні за чотирма шкалами (“Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Життєздатність” та “Психічне здоров'я”) [263, 266].

Силові вправи ефективні для вирішення проблеми болю в попереку і деяких захворювань хребта, що залишаються на сьогодні однією з основних причин інвалідності та погіршення якості життя працівників різних професій [236]. Больові відчуття в хребті – причина 40 % пропусків роботи, цей показник є настільки високим, що поступається лише застудним захворюванням. Незважаючи на те, що на хронічний біль спини припадає тільки 10 % від усіх захворювань хребта, на його лікування використовується 80 % усіх коштів; зменшення захворюваності лише на 1 % допоможе заощадити значну кількість коштів. Учені Д. Карпентер і Б. Нельсон [236] проаналізували медичні рекомендації щодо лікування болю спини та виявили, що за останні 40 років лікування передбачало низький рівень рухової активності пацієнта – ліжковий режим, масаж, гарячі або холодні компреси, споживання препаратів тощо. Зазвичай такі процедури забезпечують лише симптоматичне полегшення та є малоефективними впродовж тривалого періоду часу. Біль спини характеризується частою повторюваністю, бажанням іммобілізувати болючу ділянку, як наслідок м'язи послаблюються, погіршується їх гнучкість. Такі процеси супроводжуються больовими відчуттями в попереку, тому необхідним для лікування є спеціальні фізичні вправи, що задіюють м'язи нижньої ділянки спини. До експерименту Б. Нельсона та співавт. були залучені 895 осіб, яким не допомогли шість різних методик лікування [494]. Вони упродовж десяти тижнів виконували вправи: поворот тулуба ліворуч і праворуч та прогин спини. Виявлено, що в більшості учасників програми зросла сила м'язів спини, зменшилися больові відчуття

у спині та ногах, поліпшилася здатність виконувати щоденні дії, а 72 % учасників експерименту змогли повернутися до виконання своїх професійних обов'язків, якість їхнього життя поліпшилася.

У процесі старіння можна спостерігати негативні зміни в опорно-руховому апараті, що супроводжуються збільшенням кількості падінь. Падіння – одна із основних причин травматизму та інвалідності в літньому віці. Вони спричиняють 90 % усіх переломів кульшового суглоба [293], що своєю чергою знижує рівень незалежності особи літнього віку та погіршує якість життя. Для запобігання падінням рекомендують виконувати фізичні вправи, що підвищують силу чотириголового м'яза та спрямовані на поліпшення координації рухової діяльності. Тому силові тренування слід вважати такими, що сприяють незалежності осіб літнього віку та підвищенню якості їх життя [289, 519].

Порівняно з іншими віковими групами особи, старші ніж 60 років, частіше страждають від хронічних захворювань – остеоартриту, інсульту, цукрового діабету, хвороби Паркінсона, депресії [540]. Літні люди – активні користувачі послуг охорони здоров'я і витрати на них постійно зростають. Недостатній рівень рухової активності зумовлює зниження адаптаційних процесів, сприяє появі зайвої ваги, розвитку остеоартрозу, депресії, хвороб серця та судин. Вплив фізичної активності на якість життя осіб літнього віку досліджено недостатньо. Так, Г. Вагетті та ін. проаналізували 1 048 статей, написаних між 2000 та 2012 рр., та виявили, що лише 42 праці стосуються цієї проблеми [208].

Підвищення рівня фізичної активності осіб літнього віку можна вважати одним з найбільш ефективних способів профілактики захворюваності та зниження рівня витрат на лікування та соціальний догляд.

Проте особи літнього віку, особливо жінки, залишаються одними із найменш активних груп населення. Більше ніж 60 % європейців після 65 років не виконували середніх за потужністю фізичних вправ упродовж останніх семи днів [284]. Основними перешкодами для людей цієї вікової категорії є обмежений доступ через труднощі у пересуванні, погодні умови, особливості дорожнього руху біля місця проживання, ейджизм, соціальна ізоляція, зокрема відсутність підтримки від медичних працівників та фахівців з фізичної рекреації. Необхідно зазначити, що небагато робіт присвячено проблемі удосконалення навколишнього середовища з метою підвищення рівня рухової та фізичної активності осіб літнього віку [253]. Як один із прикладів успішної реалізації, необхідно згадати організацію для осіб літнього віку Дня спорту на стадіоні Гіват-Рам (Ізраїль), який проводять щорічно муніципальні служби та Асоціація планування і розвитку сервісу для старших людей Ізраїлю (Association for the Planning and Development of Services for the Aged in Israel, JDC-ESHEL).

Програми, спрямовані на підвищення якості життя осіб літнього віку, тривають зазвичай від 3 до 12 місяців [243, 269, 421, 476, 492], вони реалізуються у вигляді занять тривалістю 30–90 хв 1–5 разів на тиждень [269, 271, 449]. Комплекси вправ укладені так, щоб сприяти підвищенню сили [243, 269, 421, 449], витривалості [429, 495], кардіореспіраторних можливостей [243, 269, 421, 492], гнучкості [243, 269, 421], координації [269, 271].

Фізичні вправи поліпшують показники фізичного компонента якості життя, знижують рівень болю, підвищують енергійність осіб літнього віку [429, 492, 495]. Виконання невисоких за потужністю фізичних вправ на 40 % знижує ймовірність незадовільних показників за шкалами “Життєздатність” та “Загальний стан здоров’я” [276]. У літніх людей, які дотримуються активного способу життя, виникає менше труднощів зі щоденними справами, серед яких робота по господарству чи догляд за собою, чим можна пояснити поліпшення якості життя відповідно до різних параметрів. Фізичні вправи, середні або високі за потужністю, поліпшують значення шкал “Фізична активність”, “Життєздатність”, “Рівень болю” та “Психічне здоров’я” [203, 425, 457]. Особи, які виконують фізичні вправи високої потужності, на 50–70 % частіше мають вищі значення фізичного та психічного компонентів якості життя [276], на 15 % – показники соціального компонента благополуччя [458]. За відсутності занять фізичною культурою особи літнього віку скаржилися на 14 і більше днів нездоров’я впродовж місяця.

Заняття фізичною культурою здатні сповільнити та полегшити перебіг остеопорозу – дегенеративного захворювання, що характеризується зниженням мінеральної щільності кісткової тканини (МЩК), порушенням їх мікроархітекτονіки, посиленням крихкості, що підвищує ризик переломів. На сьогодні спостерігають “омолодження” остеопорозу і, як наслідок, зростання кількості переломів у молодих людей у результаті незначних травм. Вважають, що МЩК скелета залежить від зросту, маси тіла, м’язової, сполучної та жирової тканини, величини фізичного навантаження, а також харчування, зокрема кількості спожитого кальцію. Висловлюється припущення, що в дітей МЩК зумовлена масою тіла, а в дорослих вирішальне значення мають м’язи і сполучні тканини – м’язи механічно діють на кістку і таким чином впливають на архітекτονіку кісткової тканини. Ріст кісткової тканини можна стимулювати шляхом впливу певного навантаження на неї, а це можливо лише під час виконання силових вправ [374, 460]. Поліпшення якості життя в пацієнтів з остеопорозом як наслідок виконання силових вправ спостерігали М. Ауад та ін. [542] після 8-місячної фізкультурно-оздоровчої програми, А.-С. Кронгедет та ін. [268] – 4-місячного виконання фізичних вправ. Одночасно вчені спостерігали поліпшення якості життя учасників програм, зокрема, найбільш суттєві зміни виявлено для параметрів “Загальний стан здоров’я”, “Фізична активність”, “Рівень болю”, “Життєздатність”, “Соціальна активність”.

Серед масштабних міжнародних проектів, метою яких є поліпшити якість життя через позитивні зміни у фізичному здоров'ї та рівні рухової активності, необхідно згадати такі: “Дружнє до велосипедистів місто” (Bicycle-friendly city, Австрія), “Ніколи не пізно, щоб зробити перший крок” (It is never too late to make the first step – lifestyle campaign, Австрія), “Велосипедом з передмістя” (Commuter cycling: measuring the intensity, Бельгія), “Популяризація спорту та рекреації для осіб літнього віку” (Popular Sports and Recreation for the Elderly, Ізраїль), “Програми фізичної активності для осіб літнього віку” (Physical Activity Programs for the Elderly at the Local Level, Ізраїль), “Тренування волонтерів для ходьби з літніми людьми” (Training of volunteer leaders for walking with elderly citizens, Ізраїль), “Норвезький план дій щодо фізичної активності” (Norwegian Action Plan on Physical Activity, Норвегія), “До школи пішки, велосипедом” (Going to school on foot, by cycle, Італія), “Велосипедом на роботу” (Bike to Work, Швейцарія), “Їзда на велосипеді для здоров'я” (Cycling for Health, Великобританія). Загалом у Європейському регіоні ВООЗ, починаючи від 2004 року, реалізовано 48 таких проектів, з них 63% орієнтовані на громаду, 48% залучають учасників на національному та 10% – на регіональному рівнях. Два із згаданих проектів виконано на усіх трьох рівнях організації, а 4 проекти – лише на національному та регіональному рівнях [242]. Проекти передбачали корекцію поведінки учасників, мотивації та інфраструктури, рекламні та інформаційно-просвітницькі компанії, опитування та дослідницькі ініціативи для майбутніх дій, розроблення правових нормативних документів щодо стратегій популяризації активних видів пересування тощо. Більша частина програм тривали 3–5 років та більше, їх учасниками часто були діти шкільного віку. Програми, цільовою групою яких є діти та молодь, допомагають зберегти й поліпшити здоров'я та якість життя в майбутньому. Пролонговане дослідження рівня рухової активності понад 8 тис. осіб виявило, що учасники, які у віці 14 років займалися фізичними вправами щонайменше двічі на тиждень, мали високий або дуже високий рівень рухової активності і у віці 31 рік [197]. Такі ж закономірності спостерігали для осіб, які з підліткового віку займалися в спортивних секціях чи відвідували спортивні клуби. Відомості літератури свідчать про посилення негативного впливу низького рівня фізичної активності, зокрема пасивного дозвілля, з дорослішанням людини. Наприклад, для дітей віком 5–9 років не виявлено кореляційних зв'язків між якістю життя та способом проведення вільного часу (зокрема пасивним дозвіллям) [248], натомість в осіб 8–12 років та 18–24 років низький рівень рухової активності впливав негативно на показники благополуччя [426].

Таким чином, комплексною характеристикою фізичного функціонування людини, в основі якого є суб'єктивне сприйняття, можна вважати якість життя. Серед показників фізичного здоров'я, які безпосередньо стосуються якості життя, – індекс маси тіла, рівень фізичної активності та функціональ-

ної підготовленості до виконання фізичних навантажень, здатність виконувати фізичну роботу та відновлюватися після неї, схильність до захворювань тощо.

1.3.2. | Фізкультурно-оздоровчі технології та психічне здоров'я різних груп населення

Позитивний вплив занять фізичною культурою на психічне здоров'я з погляду біології можна пояснити збільшенням рівня мРНК та білка в клітинах мозку, оптимальною роботою нейротрансмітерів [367]. Ці процеси свідчать, що фізична активність впливає на нейрохімічну здатність запам'ятовувати, навчатися, логічно мислити тощо. Малодослідженим на сьогодні є те, які саме різновиди вправ сприятимуть поліпшенню інтелектуальних здібностей людини.

Значний вплив на зниження якості життя мають психічні захворювання, які залишаються однією з найбільш поширених причин неповносправності. Кожна четверта людина у світі щонайменше 1 раз упродовж життя мала психічне захворювання. Ці статистичні дані є особливо критичними, зважаючи на тісний зв'язок між фізичними та психічними захворюваннями [257]. Наприклад, в осіб, які страждають тривалий час від хронічних захворювань, зокрема діабету чи гіпертонії, удвічі частіше розвивається депресія, а у разі двох та більше тривалих періодів захворювання ймовірність розвитку депресії підвищується в 7 разів. Своєю чергою розвиток психічних захворювань спричиняє розвиток фізичних. Наявність депресії призводить до розвитку захворювань серця та збільшує ймовірність передчасної смерті на 50%. Шизофренія та біполярні розлади знижують тривалість життя приблизно на 16–25 років, також такі хворі частіше страждають від ожиріння та діабету. В осіб, які хворіють на ожиріння, на 55% частіше виникає депресія, а за наявності депресії на 58% частіше розвивається ожиріння [412]. Такі закономірності можна спостерігати не лише в дорослих – у дітей з ожирінням часто діагностують депресію, низький рівень соціальної активності, віктимізацію [545].

Заняття фізичною культурою здатні позитивно вплинути на психічний компонент якості життя. Проте саме фізична активність у вільний час, за умови якщо вона приємна учасникові, здатна запобігти емоційному вигоранню та розвитку депресивних станів, поліпшити сон та спілкування [278, 427]. Натомість навіть високий рівень рухової активності на роботі або вдома не мають такої терапевтичної функції. Чим вищі енергетичні витрати у вільний час, тим частіше респонденти зазначають, що щасливі та задоволені життям [493]. Під час "Оксфордського проекту щастя" (Oxford Happiness Project) П. Хілс і М. Аргіле вивчали якість та спосіб життя 275 осіб віком 18–82 роки. Виявлено, що і пасивна, і активна рекреації (перегляд телевізо-

ра, прослуховування музики, заняття фізичною культурою та спортом) позитивно впливають на настрій, проте збільшення відчуття щастя пов'язане лише з рухливими видами дозвілля [338]. Особи, які витрачають на фізичну рекреацію не менше ніж 40 хв на тиждень, мають вищі показники якості життя та рідше страждають від депресивних станів. Імовірність розвитку депресії в осіб, які гуляють на свіжому повітрі у вільний час, зменшується на 10 %, а ризик розвитку депресії, якщо виконувати фізичні вправи значної та середньої потужності до 1,3 год на тиждень, становить 28 % [380].

Ефективність дії фізичних вправ для лікування депресії можна порівняти з впливом медичних препаратів [285]. Шістнадцятитижнева програма, що складалася з 30-хвилинних занять ходьбою чи бігом, допомогла подолати депресію 60,4 % учасників, якщо ж використовували фармакологічні препарати, то цей показник становив 68,8 %.

Ефективною для запобігання депресії та тривожності можна вважати фізичну рекреацію на природі. На прикладі майже 340 тис. пацієнтів показано, що доступ до зелених зон, де створені умови для активного відпочинку може підвищити якість життя [292]. У респондентів, які відпочивали активно на природі, підвищувався рівень рухової активності, вони почували себе енергійними, рідше скаржилися на роздратованість і злість порівняно з учасниками, які проводили дозвілля в закритих приміщеннях.

Заняття фізичною культурою та спортом можна вважати ефективним профілактичним засобом запобігання деменціям, які знижують не лише якість життя хворого, але й членів його родини [226]. У дослідженні “Зміни мислення дорослих” (Adult Changes in Thought Study) взяло участь 1 740 учасників віком старші ніж 65 років [288]. Учені аналізували рівень їхньої рухової активності, зокрема наявність занять фізичною культурою (швидка ходьба, їзда на велосипеді, заняття аеробікою, плаванням, участь у силових тренуваннях тощо). За час спостереження у 158 учасників розвинулася деменція, у 107 діагностували хворобу Альцгеймера, 276 пацієнтів померли, 121 відмовився від досліджень. Ризик розвитку деменції для літньої людини, яка регулярно (тричі на тиждень упродовж 15 хв та більше) займалася фізичною культурою, становила 13,0 на 1 000 осіб, тоді як для респондентів із невисоким рівнем рухової активності – 19,7 на 1 000 осіб. Загалом імовірність розвитку деменції у фізично неактивних осіб на 31–32 % вища [337].

Заняття фізичною культурою та спортом безпосередньо пов'язані з розвитком когнітивних здібностей. Наприклад, під час гри у шахи удосконалюється вміння вирішувати проблеми, учасники вчать концентрувати увагу, поліпшується короткотривала пам'ять тощо [194]. Інтелектуальні здібності підвищуються за рахунок потреби продумувати ходи наперед, планувати, візуалізувати ситуацію. Такі ж ефекти виникають в осіб літнього віку під час занять танцями [363].

Розвиток харчових порушень, депресій та фобій пов'язаний з низьким рівнем самоефективності [419]. В осіб з психічними захворюваннями він також суттєво знижується за рахунок стигми. Заняття фізичною культурою та спортом здатні підвищити віру у власні сили, можливість долати різні перешкоди [140, 318, 319, 399]. В осіб, які впродовж останніх двох років займалися п'ять та більше разів на тиждень фізичною культурою, показник самоефективності був вищий порівняно з учасниками дослідження, які тренувалися раз на тиждень [306].

Дослідники Л. Чаліп та ін. оцінили вплив ходьби на показники якості життя осіб різного віку [328]. Учасниками дослідження були 700 мешканців м. Гамільтон. Поліпшення показників якості життя за умови занять фізичною культурою науковці пов'язували, передусім, зі зниженням тривожності, високим рівнем задоволеності власною діяльністю. На відміну від інших груп респондентів, у студентів позитивні зміни у благополуччі також були пов'язані з поліпшенням фізичного здоров'я та рівня фізичної підготовленості.

Науковці Л. Ванкел і Б. Бергер аналізували зміни в емоційному стані та соціальній активності осіб, які займаються спортом [526]. Учені спостерігали позитивні зміни в якості життя та пояснювали це тим, що заняття спортом є своєрідним випробуванням власних сил та здібностей, допомагають розвинути різні компетентності [238].

Таким чином, незважаючи на те, що дію фізичних вправ на психічне здоров'я, обґрунтовано недостатньо, можна стверджувати що заняття фізичною культурою та спортом допомагають подолати депресію, запобігти деменції, поліпшити поведінку осіб з психічними захворюваннями. Фізично активне дозвілля викликає в учасників позитивні емоції, сприяє соціалізації, допомагає запобігти ізоляції осіб з незадовільним станом психічного здоров'я.

1.3.3. | Фізкультурно-оздоровчі технології та соціальне здоров'я різних груп населення

Використання фізкультурно-оздоровчих технологій для запобігання асоціальної поведінці. Асоціальна поведінка заперечує суспільні норми та принципи, вона проявляється як аморальні чи протиправні дії. Асоціальна поведінка проявляється у вигляді насильницьких та ненасильницьких злочинних дій (делінквентна поведінка), штучній зміні свого психічного стану за допомогою психоактивних речовин чи певної діяльності (адиктивна поведінка), відході від сформованих у конкретному соціумі норм (девіантна поведінка) тощо [67]. На сьогодні, для України проблема асоціальної поведінки та способів запобігання їй постає особливо гостро.

Імовірність розвитку асоціальної поведінки зростає за наявності так званих чинників ризику, до яких належать низький освітній рівень, незадо-

вільне матеріальне становище, погано розвинуті соціальні-психологічні навички, невисокий рівень самоефективності, відсутність підтримки батьків або поганий стан здоров'я батька та матері.

Заняття фізичною культурою та спорту слід розглядати як такі, які здатні запобігати чи пом'якшити прояви асоціальної поведінки. Участь у тренуваннях дає змогу заповнити вільний час людини, розвинути соціально-психологічні навички, підвищити самоефективність, навчитися ефективно взаємодіяти з іншими. Розуміння цінності дисципліни, дотримання правил та виконання обов'язків позитивно впливає на поведінку осіб, які здійснили певні злочини. Участь осіб, для яких властива асоціальна поведінка, у довготривалих рекреаційно-оздоровчих проєктах, навчання на волонтера або тренера допомагає повірити у власні сили, сприяє соціальній інтеграції, формує повагу до себе та впевненість у подальшому працевлаштуванні.

Дослідник С. Карасімопоулоу та ін. [360] висловили гіпотезу, що залучення дітей до здоров'язбережних програм сприятиме підвищенню якості життя. Учені вивчали такі складники якості життя – фізичне, когнітивне та емоційне благополуччя, вільний час, родина, друзі, шкільне середовище та соціальна взаємодія (зокрема, булінг). До дослідження були залучені 286 дітей п'ятих та шостих класів з північної та південної Греції. За допомогою оцінювальної системи KIDSCREEN виявлено, що в дітей експериментальної групи спостерігали суттєве поліпшення якості життя за фізичним, психічним і соціальним компонентами. Також діти мали кращі стосунки із друзями, стабільний настрій.

Одна з найбільш відомих рекреаційно-оздоровчих програм, що спрямована на зниження рівня злочинності – проєкт “Баскетбол опівночі” (Midnight Basketball), що активно впроваджувався в США в 90-х рр. XX ст. Розробник проєкту вважав, що якщо проводити безпечні та цікаві заняття у вечірні години, коли здійснюється найбільша кількість злочинів (між 22⁰⁰ та 2⁰⁰), то рівень злочинності в містах знизиться. Учасниками проєкту були бідні афроамериканці віком 17–21 рік, за грою спостерігали двоє працівників поліції. Програма здобула значну інформаційну підтримку та стала об'єктом зацікавлення вчених [455].

У Великій Британії для запобігання асоціальної поведінці та зниження злочинності серед дітей та молоді реалізовано проєкт “Kickz”. У ньому взяли участь близько 50 тис. осіб віком 12–18 років, які тренувалися з працівниками професійних футбольних клубів 2–3 рази на тиждень. Заняття обов'язково проводили в п'ятницю та в суботу увечері, вони не лише сприяли підвищенню рівня фізичної підготовленості учасників, додатково було організовано серію тренінгів, спрямованих на досягнення успіху, гартування волі, розвитку мотивації, лідерських навичок, а також навчання здорового способу життя та запобігання різним видам залежностей. Важливою

особливістю такої програми був принцип участі, учасників не налаштували на перемогу будь-якою ціною, позаяк це могло лише поглибити проблему, особливо якщо молода людина схильна до ризикованої поведінки. Лише впродовж 2006 року було підготовлено 5052 волонтери, акредитацію отримали 6827 осіб, працевлаштовано в клуби 398 учасників програми [400]. Кожний фунт, який витратили на програму, дав змогу зекономити або отримати 7 фунтів до державного бюджету. Кількість злочинів, які скоювали неповнолітні, зменшилася на 20 %. Високоєфективними є і інші рекреаційно-оздоровчі програми. Так, під час проекту в м. Айлесбері (Велика Британія) до занять регбі було залучено 670 дітей віком 8–12 років. Заняття проводили влітку, серед учасників спостерігали зниження рівня асоціальної поведінки на 10,5 % порівняно з поточним роком та на 35 % порівняно з попереднім роком.

Дітям та молоді подобається займатися фізичною культурою та спортом, оскільки така активність передбачає спілкування з друзями й однолітками. На сьогодні доведено ефективність педагогічного підходу, що допомагає формувати життєві навички в молодого покоління під час занять фізичною культурою та спортом. В Україні 2012 року в загальноосвітніх навчальних закладах упроваджено дворічну програму “Чесна гра” (“Fair Play”) [187]. Проект “Чесна гра” в Україні був започаткований як складова соціальної ініціативи до чемпіонату Європи та мав на меті запобігти шкідливим звичкам та ВІЛ-інфікуванню молоді, сформувати відповідальне ставлення до своїх вчинків. Під час проекту організація GIZ провела навчання для волонтерів, забезпечила учасників футбольним інвентарем та сприяла впровадженню результатів роботи в навчально-виховний процес середніх шкіл. Серед учасників програми “Чесна гра” на 31 % збільшилася кількість осіб, які здатні тримати під контролем негативні емоції, на 18 % стало більше молоді, яка навчилася самостійно розв’язувати власні проблеми, 23 % зазначили, що проект допоміг знаходити спільну мову з іншими, а кожний другий зауважив, що став почувати себе значно краще та впевненіше. Необхідно зазначити, що такі зміни без сумніву надалі позитивно вплинуть на психологічний клімат у шкільному колективі.

Отже, серед додаткових переваг занять фізичною культурою, що впливають на якість життя, необхідно згадати чесну гру, командну роботу, безпеку та лідерство. Фізична культура надає можливості для формування позитивних моделей поведінки в молоді, незалежно від життєвих обставин. Наставники-тренери позитивно впливають на соціально-емоційний розвиток учасників за допомогою діалогу та активного слухання, вони сприяють не лише фізичному розвитку вихованця, але можуть прогнозувати та запобігати ризикованим ситуаціям. Заняття фізичною культурою здатні поліпшити мотивацію, оскільки вчать як досягнути короткострокових та довго-

строкових завдань, як долати перешкоди. Такі навички необхідні і для інших сфер життя, вони допомагають вірити у власні здібності та реалізувати їх.

Роль фізкультурно-оздоровчих технологій у формуванні соціальних зв'язків. Соціальний капітал можна визначити як певний набір неформальних цінностей та норм, яких дотримуються учасники групи та які необхідні для їх ефективної співпраці [177]. Довіра, взаємодія та зобов'язання – важливі складові соціального капіталу.

Для соціального капіталу важливі усі актуальні ресурси, необхідні для формування тісних та позитивних зв'язків у суспільстві, він здатний забезпечити відчуття належності до групи, сприяє такій взаємодії з родиною та друзями, що здатна полегшити повсякденне життя. Зв'язки формуються між усіма членами суспільства, вони відповідають можливостям людини і підтримці, яку вона може отримувати від інших осіб чи організацій, а відсутність соціального капіталу не лише позбавляє людину багатьох можливостей, але й призводить до самотності.

Три четверті осіб (76 %) мають стійку потребу належати до певної громади, проте лише 50 % довіряють своїм сусідам, кожний четвертий з десяти переживає, що може стати жертвою злочину [256]. Майже половина літніх опитаних (45 %) віком 75 років та старше називають телевізор одним із способів проведення вільного часу та взаємодії зі світом, 6 % зазначили, що не мають близьких друзів, 32 % мають лише одного-двох.

Повноцінна належність до певних соціальних груп (соціальна інклюзія) необхідна для повної реалізації потенціалу людини. Натомість соціальне виключення є результатом нерівних можливостей, що можна спостерігати на прикладі освіти, працевлаштування, здоров'я, матеріального становища. Своєю чергою згадані явища зумовлюють нерівність, сповільнюють прогрес та проявляються в бідності, безпритульності, поганому фізичному і психічному здоров'ї, безробітті.

Відчуття ізольованості може бути наслідком незначної кількості соціальних зв'язків, розпаду сім'ї, хвороби, втрати роботи, матеріальних труднощів, що погіршує інтеграцію в суспільство. Натомість велика кількість соціальних зв'язків дає змогу поліпшити емоційну підтримку під час різних життєвих подій, сприяє в пошуку роботи або певних послуг. Згідно з індексом “Краще життя”, 88 % опитаних стверджують, що мають особу, на яку можуть покластися у важку хвилину.

Відповіді 584 австралійців свідчать про суттєвий зв'язок між соціумом та рівнем якості життя індивіда [320]. Важливими для високої якості життя є почуття гідності, розгалужена соціальна мережа та соціально-психологічні компетентності. Такі ж висновки отримано і для категорії населення з незадовільним станом здоров'я (наявність лейкемії у ремісії) [290]. Навіть за наявності важких захворювань важливими передумовами належної яко-

сті життя залишаються зв'язки в соціумі, турбота інших, автономність, відчуття належності до певної соціальної групи.

За результатами відповідей 823 респондентів виявлено середні за величиною коефіцієнти кореляції між показником якості життя, задоволеністю роботою ($r = 0,34$), сімейним життям ($r = 0,43$) та власним відпочинком ($r = 0,18$) [539]. До аналогічного дослідження С. Лансе були залучені 134 викладачі університету м. Джорджія (США) та 170 випадково вибраних респондентів [233]. Учений виявив середні за величиною коефіцієнти кореляції між якістю життя і задоволеністю роботою ($r = 0,58$), задоволеністю власною соціальною активністю ($r = 0,62$) та сімейним станом ($r = 0,51$).

Заняття фізичною культурою та спортом допомагають підвищити рівень соціальної активності та інтегруватися в наявні соціальні мережі, що своєю чергою сприяє поліпшенню якості життя. Так, студенти, які активно займалися індивідуальними чи командними видами спорту або фізичною культурою в оздоровчих фітнес-центрах мали не тільки краще самопочуття чи настрої, але й стосунки з оточенням [233].

Фізична культура здатна поліпшити якість життя емігрантів, оскільки допомагає налагодити їм нові контакти та ввійти в наявні соціальні мережі [300]. Емігрантів часто піддають стигмі, оскільки їх пов'язують з негативними подіями в суспільстві, а це зумовлює самотність та перешкоджає реалізувати власний потенціал. У процесі спостереження за групою емігрантів зі Східної Європи виявлено, що 60 % з них інтегруються в місцеві соціальні мережі саме за допомогою занять у спортивних клубах [379]. Членство в клубах суттєво підвищувало задоволеність життям, допомагало відчути себе щасливим.

Важливе значення для створення нових соціальних мереж може мати волонтерство в спорті, оскільки воно здатне об'єднати людей різної статі, віросповідання, матеріального стану, а отже, сприяє формуванню зв'язків між такими особами, які зазвичай не перетинаються. Учені Т. Кай та С. Брадбурі одним із наслідків участі в програмі "Крок до спортивного волонтерства" (Step into Sport Volunteer Training Programme) відзначили розвиток емпатії в молоді віком 14–19 років [544].

Спеціалізованим фізкультурно-оздоровчим проектом, що спрямований на подолання соціального виключення, можна вважати чемпіонат світу з футболу серед безпритульних. Основну увагу глядачів зосереджено на результатах учасників чемпіонату, їхніх здобутках та виконаній роботі, а тому проект дає змогу подолати стереотипи та упередження, зокрема соціальне виключення осіб, які втратили житло [471]. На думку П. Доннеллі і Дж. Цоакелі, фізична культура та спорт надає низку переваг для виключених з соціуму осіб: 1) створення безпечного середовища, заперечення насильства; 2) надання можливості для здобуття нових навичок, 3) передача досвіду учасниками, рівне спілкування з усіма членами соціуму.

Перспективи використання фізкультурно-оздоровчих технологій для підвищення освітнього рівня населення та вирішення проблем працевлаштування. Освіта сприяє розвитку дітей та молоді, повній реалізації їх здібностей, виконує функцію інтеграції та соціального захисту. Вона є мінімальною вимогою при працевлаштуванні, а певний освітній рівень та здатність ефективно навчатися – необхідна умова якісного життя людини. Фізична активність – чинник, що позитивно впливає на здатність запам'ятовувати, зосереджуватися, допомагає підтримувати життєвий тонус на високому рівні. Своєю чергою це сприяє академічній успішності, високій продуктивності навчання та праці.

Немає однозначних підтверджень того, що заняття фізичною культурою та спортом суттєво підвищують рівень інтелекту дитини, проте процеси, що відбуваються на клітинному рівні за умов високого рівня фізичної активності (підвищення синтезу білка), безпосередньо стосуються навчання, запам'ятовування, мислення, прийняття рішень. Заняття фізичною культурою та спортом сприяють розвитку самоефективності, формуванню мотивації, розумінню причинно-наслідкових зв'язків, що також корисні для вивчення нової інформації.

Учений А. Сінгт та ін. проаналізували 14 досліджень, до яких були залучені діти віком 6–18 років, та виявили зв'язок між високим рівнем фізичної активності та академічною успішністю дітей [422]. Проте вчені зазначили, що результати погано обґрунтовані, неоднозначні, а числові значення коефіцієнтів кореляції дуже відрізняються. Дослідники виявили, що активне дозвілля, наприклад заняття ігровими видами спорту у вільний час, зокрема з батьками, збільшує на 20 % імовірність отримати найвищі оцінки з математики чи мови порівняно з учасниками, які мали низький рівень рухової активності.

Науковець Дж. Руїз та ін. виявили, що на когнітивні здібності впливає спосіб проведення вільного часу [424]. Учені проаналізували рівень рухової активності 1 820 іспанських підлітків віком 13–18,5 року та виявили, що заняття фізичною культурою та спортом під час дозвілля не є причиною того, що школяр менше часу приділяє навчанню. Діти, які займаються фізичною культурою та спортом у вільний час (плавання, танці, гімнастика, важка атлетика), витрачають лише на 13–26 % менше часу на навчання та виконання домашніх завдань, а також мають кращу академічну успішність порівняно зі школярами, які обирають пасивне дозвілля [469]. Цікаво, що навіть порівняно нетривале активне дозвілля позитивно впливає на успішність молодого покоління. Так, 12-тижнева експериментальна програма, до якої було залучено 243 школярі віком 9–10 років та яка передбачала проведення 10-хвилинних фізкультпауз, сприяла поліпшенню на 8 % поведінки та на 20 % здатності зосереджувати увагу на завданнях [270].

Учні середньої школи впродовж 13 тижнів були залучені до щоденних 40-хвилинних занять, під час яких вони бігали, грали у футбол та баскетбол [286]. В учасників експерименту поліпшилися оцінки з математики, вони швидше розв'язували логічні задачі та формулювали висновки. Учені виявили, що студенти з високим рівнем фізичної підготовленості краще складають іспити з академічних дисциплін. Серед студентів, які не склали 5 обов'язкових тестів на визначення рівня фізичної підготовленості, лише 35 % склали математику, тоді як серед осіб з задовільним рівнем фізичної підготовленості – 80 %. Щодо оцінок з рідної мови це співвідношення становило 73 % і 93 %. Виконання кожного тесту на визначення рівня фізичної підготовленості пов'язане зі збільшенням академічної успішності на 24–38 %.

Безробіття часто є причиною бідності, втрати місця проживання, фізичних і психічних захворювань, соціального виключення. Згадані обставини своєю чергою знижують імовірність і перешкоджають офіційному працевлаштуванню. Фізична культура та спорт здатні зруйнувати таке коло соціального виключення та допомогти влаштуватися на роботу.

Комунікативність та командна робота – одні з основних характеристик, які на сьогодні цікавлять роботодавців; їх формування та розвиток можливі за допомогою волонтерства та командних видів спорту. Близько 80 % роботодавців ураховують та дуже цінують, якщо в резюме згадано про волонтерську працю. Волонтерство може бути певною альтернативою оплачуваній роботі для неповносправних осіб, це можливість підвищити кваліфікацію чи отримати досвід роботи для тих, хто раніше не працював [279].

У результаті спостереження за особливостями працевлаштування у 25 європейських країнах виявлено, що особи з вищим рівнем фізичної активності частіше знаходять роботу [361]. На думку М. Лехнера, можна підкреслити такі переваги активного проведення вільного часу з погляду роботодавця: 1) добрий стан здоров'я і як наслідок – висока продуктивність праці; 2) можливість стати учасником міцної соціальної мережі; 3) високий рівень мотивації, що зумовлює належне виконання професійних обов'язків [375]. За підрахунками науковця, регулярні заняття фізичною культурою та спортом у вільний час здатні підвищити дохід на суму, яку можна отримати після додаткового навчання впродовж 1 року.

Таким чином, фізична культура здатна позитивно впливати на громаду, підвищувати рівень довіри, розвивати почуття власної гідності, створювати нові можливості для соціально незахищених верств населення, що своєю чергою підвищує рівень згуртованості суспільства в цілому та ініціативність усіх учасників зокрема. Це допомагає знизити рівень злочинності, сприяє співробітництву, зайнятості та доходам населення, підвищити продуктивність праці та поліпшити здоров'я.

РОЗДІЛ 2 | ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

За останні 15 років якість життя стала невід’ємною частиною популяційних і епідеміологічних досліджень. Попри те, що якість життя була та залишається основним об’єктом досліджень у різних галузях науки, на сьогодні немає єдиного підходу до трактування цього поняття. Можна стверджувати, що її вивчають у соціологічному або в економічному контексті, але очевидно, що особливої уваги заслуговує якість життя як медико-соціальне явище. На сьогодні важливим є виокремлення в якості життя певних частин, формування чіткої структури благополуччя. Такий підхід забезпечує характеристику всіх компонентів в якості життя та їх показників, полегшує подальше вимірювання та оцінювання благополуччя населення.

2.1. | Структура якості життя різних груп населення

Якість життя – складна, багатокомпонентна структура, тому необхідним елементом у пізнанні цього феномена, встановленні основних складових частин та зв’язків між ними є формування відповідної моделі. Зважаючи на мету та завдання дослідження, доцільною була розробка такої структури, яка міститиме ключові поняття та змінні, забезпечуватиме розуміння цієї категорії та окреслюватиме можливе застосування на практиці.

Створення моделі якості життя було проведено згідно з кількома послідовними кроками, які передбачали формування концептуального макета, спрямованого на розуміння феномена благополуччя та його базових компонентів; концептуальної структури, необхідної для розуміння зв’язків між основними структурними частинами благополуччя; теоретичної структури, яка відображає комплекс поглядів та уявлень, необхідних для розуміння всіх складових частин благополуччя, зв’язків між ними та основних показників.

2.1.1. | Концептуальний макет якості життя

У класичних визначеннях якості життя важливе значення має сучасна культура та система цінностей, оскільки саме з врахуванням їх особливостей відбувається сприйняття власного життя, життєвих обставин, досвіду, умов життя [250, 297, 317, 388, 456, 489, 508]. Таким чином, сприйняття позитивного сенсу власного життя тісно пов’язане з культурою, частиною якої

та щастя є більш внутрішніми, особистісними характеристиками порівняно з благополуччям. Так, вимірювати благополуччя можна відповідно до запитань “Оцініть Ваше життя”, “Оцініть Вашу якість життя” і у такому випадку зазвичай можна отримати завищені результати. Проте благополуччя складно зіставляти лише із значенням життя, повним задоволенням потреб чи самореалізацією, це складна комплексна характеристика, на яку впливають численні зовнішні чинники. Задоволеність життям не обов’язково передбачає реалізацію усього життєвого потенціалу, потреб або високу продуктивність життя, а швидше адаптацію людини до зовнішнього середовища. Такі незбіги можуть виникати двома шляхами: завдяки зміні зовнішнього середовища, щоб воно відповідало нашим потребам і бажанням, або відмовою від них. Згідно з теорією переваг, добре життя полягає в тому, щоб бачити, що бажання, які є актуальними, здійснюються.

Почуття щастя є дорогоцінним для усіх, незалежно від соціально-демографічних чи культурних особливостей, але водночас воно важко досягається. Щастя – це глибоке внутрішнє відчуття, яке відображає певний баланс між внутрішнім та зовнішнім світом. Щастя ототожнюють з людською природою, з нераціональними величинами, такими як любов, зв’язок з навколишнім середовищем тощо. Сенс життя – поняття, яке використовує людина при глибокому особистісному оцінюванні цінностей та порядку речей у власному житті.

В описі об’єктивної складової якості життя можна виокремити біологічний компонент, реалізацію життєвого потенціалу, задоволення потреб та зовнішні умови.

З погляду біології людина є живим організмом, сукупністю впорядкованих різнотипних клітин, які активно обмінюються інформацією. Біологічна природа нашого організму дає змогу повністю реалізувати життя в соціальному та культурному сенсі. Стан нашої біологічної системи, правильну реалізацію функцій клітинами відображає фізичне здоров’я. Відповідно на цьому рівні якість життя полягатиме у відповідності між нашим існуванням і внутрішньою програмою організму. Реалізація життєвого потенціалу передбачає, що людина постійно знаходиться у процесі розвитку. Об’єктивним вираженням життєвого потенціалу є наше здоров’я. Здорове тіло відображає реалізацію життєвого потенціалу, а захворюваність свідчить про дисбаланс біологічної інформаційної системи, порушення зв’язку.

На компонент “Задоволення потреб” суттєвий вплив має культура, в якій проживає респондент. Теорія А. Маслоу дає змогу виокремити абстрактні потреби, зокрема власну реалізацію.

Об’єктивні зовнішні умови тісно пов’язані з навколишнім середовищем, до них належать сімейний стан, матеріальне становище, соціальна актив-

ність тощо. У дослідженнях якості життя використовують численні медико-соціальні та економічні показники.

За результатами оцінювання зовнішніх умов для українських громадян характерні одні з найгірших значень якості життя. Загальна оцінка якості життя у 18,9 раза менша, ніж у громадян Швейцарії, у 17,7 раза – ніж у жителів Австралії, 17,2 раза – ніж у мешканців Німеччини, 14,0 раза – ніж у громадян Канади, 7,4 раза – порівняно з мешканцями Польщі, 5,5 раза – порівняно з Індією (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Характеристика об’єктивних параметрів якості життя
у різних країнах світу
(за результатами статистичної бази даних Numbeo)**

Місто, країна	Показник, бали							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Буенос-Айрес, Аргентина	85,31	81,68	37,43	78,24	73,24	12,87	46,92	64,72
Едмонт, Канада	172,86	101,79	60,55	76,68	84,92	4,49	45,5	28,97
Нью-Йорк, США	117,39	100	52,85	46,25	100	8,93	39,38	52,82
Цюріх, Швейцарія	233,72	145,55	84,65	78,33	159,91	7,94	25,75	18,76
Канберра, Австралія	219,15	116,18	59,64	91,9	132,16	5,83	10,25	9,48
Берлін, Німеччина	213,5	125,98	75,82	65,48	82,21	4,87	26	27,9
Лісабон, Португалія	108,25	56,15	59,92	62,38	74,8	9,35	36,82	36,97
Вроцлав, Польща	90,73	51,22	65,62	56,02	57,45	13,5	33,4	47,53
Делі, Індія	67,36	62,61	47,44	74,99	34,17	13,94	42,86	77,19
Рим, Італія	20,41	59,44	37,66	61,64	98,69	25,89	47,5	67,83
Київ, Україна	12,39	31,98	49,93	46,68	29,92	24,58	40,78	69,87

Примітки: 1 – загальна оцінка якості життя; 2 – купівельна спроможність; 3 – оцінювання безпеки; 4 – оцінювання системи охорони здоров’я; 5 – оцінювання споживчих цін; 6 – відношення цін на нерухомість до рівня доходів; 7 – оцінювання транспортної мережі; 8 – забрудненість навколишнього середовища.

Індекс купівельної спроможності становить для України лише 31,9 бала, тоді як у США – 100 балів, Німеччині – 126 балів, Швейцарії – 145 балів. За показником безпеки Україна перевищує Індію (47,4 бала), Італію (37,6 бала), Аргентину (37,4 бала). Жителі України оцінюють послуги охорони здоров’я на 46,6 бала, тоді як в Аргентині, Канаді, Швейцарії, Німеччині оцінка становить близько 80 балів, Португалії, Польщі, Італії – 60 балів. Високе значення показника, що характеризує відношення цін на нерухомість до рівня доходів свідчить про незадовільне матеріальне становище

українців, значні труднощі при забезпеченні базової потреби – житла. Для порівняння в Німеччині цей показник становить 4,87 бала, Канаді – 4,49 бала, Португалії – 9,35 бала. Значення показника, що характеризує забрудненість навколишнього середовища, становить для України 69,87 бала, що вище, ніж у Швейцарії, у 3,7 раза та в 7,4 раза – порівняно з Австралією. Цей показник відповідає даним для Аргентини (64,72 бала), Індії (77,19 бала) та Італії (67,82 бала).

Аналіз динаміки об'єктивних показників якості життя (рис. 2.2) свідчить про зниження загального показника якості життя (від 17,55 бала в 2014 році до 12,39 бала у 2015 році) та оцінки споживчих цін (від 53,58 бала у 2013 році до 29,92 бала у 2015 році). Незмінним упродовж 2013–2015 рр. залишається показник купівельної спроможності та безпеки, натомість показники, що характеризують рівень забрудненості навколишнього середовища та діяльність служб охорони здоров'я поліпшуються.

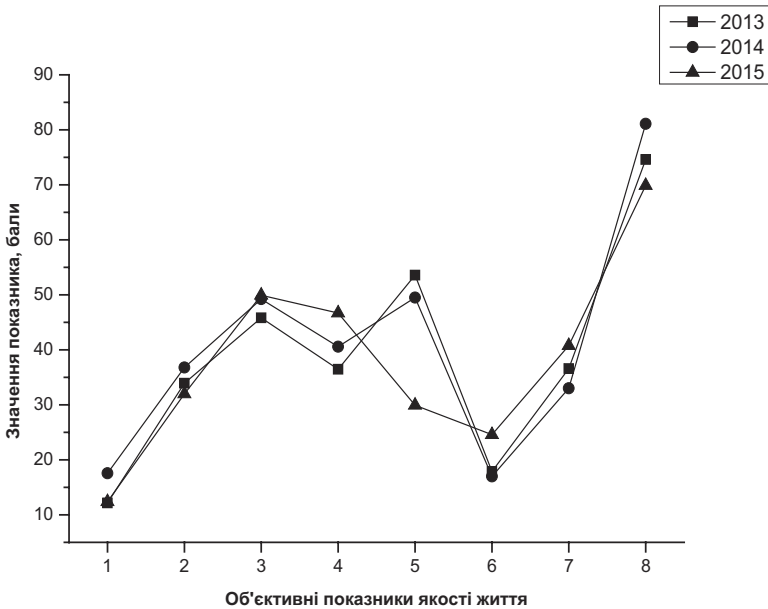


Рис. 2.2. Динаміка об'єктивних показників якості життя українців упродовж 2013–2015 рр.: 1 – загальна оцінка якості життя; 2 – купівельна спроможність; 3 – оцінювання безпеки; 4 – оцінювання системи охорони здоров'я; 5 – оцінювання споживчих цін; 6 – відношення цін на нерухомість до рівня доходів; 7 – оцінювання транспортної мережі; 8 – забрудненість навколишнього середовища

Проте, незважаючи на поліпшення загальної оцінки діяльності служб охорони здоров'я, детальний аналіз цього показника свідчить про низькі та середні значення більшості індикаторів (рис. 2.3). Середніми за величиною є показники, що характеризують компетентність медичного персоналу (42,65 бала), швидкість діагностування та призначення лікування (45,10 бала), точність та повноту заповнення звітів (43,48 бала), ввічливість персоналу (40,82 бала), вартість лікування (53,92 бала). Високим є значення індикатора “Зручність розташування медичної установи” (68,00 бала), низькими – “Тривалість очікування” (38,73 бала) та “Обладнання для сучасної діагностики та лікування” (34,03 бала).

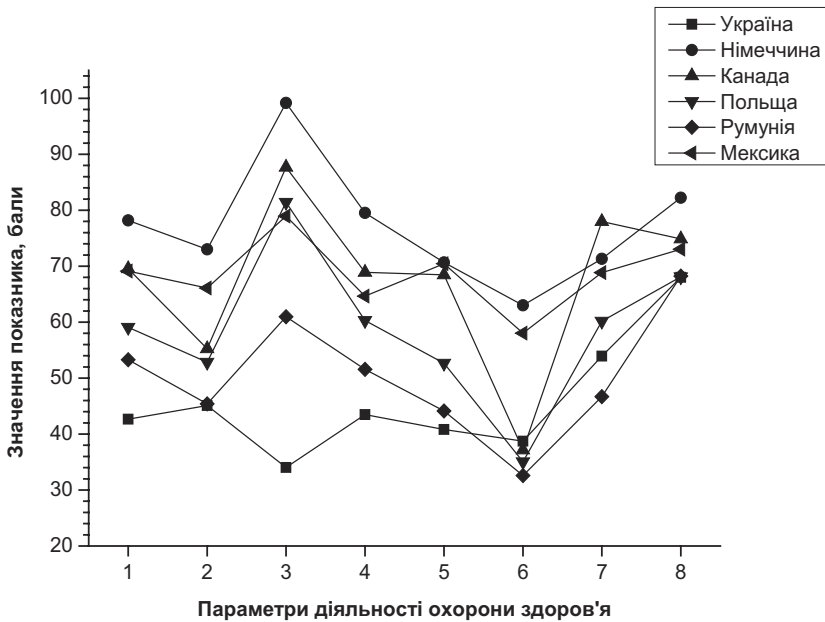


Рис. 2.3. Оцінювання якості медичних послуг у різних країнах світу:

- 1 – компетентність медичного персоналу; 2 – швидкість діагностування;
- 3 – діагностичне обладнання; 4 – оформлення документів звітного характеру;
- 5 – спілкування з пацієнтами; 6 – тривалість очікування в медичній установі;
- 7 – вартість лікування; 8 – зручність розташування

Порівняння з даними інших країн світу (Німеччина, Канада, Польща, Румунія, Мексика) свідчить, що значення описаного показника є найнижчі за усіма індикаторами. Наприклад, у Німеччині оцінка компетентності медичного персоналу є у 1,8 раза вища, характеристика медичного обладнан-

ня – у 2,9 раза краща в Німеччині, у 2,3 раза – в Мексиці, у 2,4 раза – у Польщі. Такі ж закономірності можна спостерігати для показників “Діагностика захворювань”, “Оформлення звітних документів” тощо.

Запропоновану модель (див. рис. 2.1) можна розглядати у вигляді циклічної структури, оскільки об’єктивний та суб’єктивний складники тісно пов’язані між собою. Благополуччя та зовнішні умови належать до “поверхневого шару” моделі та відображатимуть здатність індивіда адаптуватися до норм та правил певної культури; задоволеність життям та задоволення потреб характеризує бажання індивіда та їх реалізацію в певних життєвих умовах. Центральну частину якості життя або екзистенціальний центр формують суб’єктивний сенс життя та об’єктивний стан здоров’я. Відповідно якість життя тісно пов’язана з самореалізацією та ступенем значущості життя, а також захворюваністю. Можна припустити, що якість життя змінюється від способу життя, наявних можливостей для реалізації біологічного потенціалу, проте зміни в способі життя та умовах для реалізації життєвого потенціалу змінять якість життя та стан здоров’я. Зважаючи на такий зв’язок між якістю життя та здоров’ям, можна виокремити такі різновиди життя:

- 1) благополучне – характеризується високою якістю життя та добрим здоров’ям упродовж усього життя;
- 2) задовільне – якість життя, суб’єктивні та об’єктивні умови не є абсолютно сприятливими, що зумовлює гірший стан здоров’я та можливу смерть від хронічних захворювань;
- 3) погане – життєві обставини, якість життя незадовільні з самого дитинства, що спричиняє поступове погіршення життя, розвиток фізичних і психічних захворювань, відсторонення індивіда від реальності та суспільства.

Таким чином, беручи до уваги запропоновану модель якості життя, можна стверджувати, що якість життя містить об’єктивні умови та чинники, які можна певним чином спостерігати та вимірювати, а також суб’єктивний домен, що відображений у вигляді персональних суджень та відповідей зацікавлених осіб. Таким чином, оцінювання якості життя повинно містити об’єктивні й суб’єктивні підходи. Попри слабкий зв’язок між цими показниками (див. рис. 2.4), вони необхідні для комплексної характеристики якості життя.

Між суб’єктивною оцінкою якості життя та об’єктивними показниками встановлено середні та незначні за величиною кореляційні зв’язки. Найбільш суттєві значення виявлено для задоволеності життям та задоволеністю роботою ($r = 0,41$), оцінкою благополуччя та здоров’я ($r = 0,4$), освітою та доходом ($r = 0,31$), якістю життя та матеріальним становищем ($r = 0,37$), фізичною підготовленістю та якістю життя ($r = 0,28$).

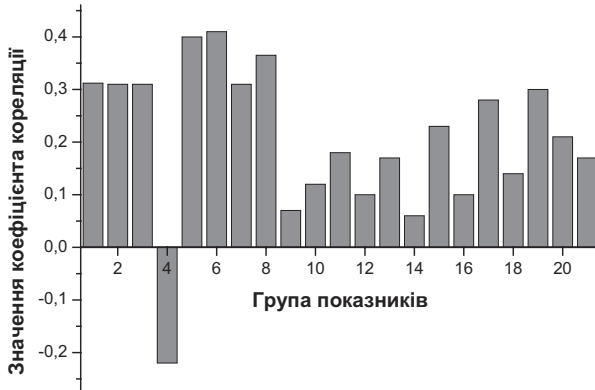


Рис. 2.4. Зв'язок об'єктивних та суб'єктивних показників якості життя:

- 1 – освіта / дохід [386, 397, 431]; 2 – заробітна плата / відпрацьовані години [355];
 3 – задоволеність життям/щастя [347, 355, 431]; 4 – благополуччя / стрес [368];
 5 – благополуччя / суб'єктивне сприйняття здоров'я [538]; 6 – задоволеність
 життям / задоволеність роботою [354]; 7 – задоволеність громадою / суб'єктивне
 сприйняття якості життя [340]; 8 – задоволеність власним матеріальним
 становищем / суб'єктивна оцінка якості життя [309]; 9 – освіта / задоволеність
 життям [431]; 10 – дохід / задоволеність життям (на прикладі осіб першого (n = 98),
 другого зрілого віку (n = 290) та похилого віку (n = 150)); 11 – освіта / щастя [431];
 12 – здоров'я / задоволеність життям [347]; 13 – заробітна плата / задоволеність
 життям [355]; 14 – освіта / благополуччя [368]; 15 – освіта / благополуччя
 (на прикладі осіб другого зрілого (n = 290) та похилого віку (n = 150));
 16 – дохід / щастя [472]; 17 – фізична підготовленість / суб'єктивна оцінка якості
 життя (на прикладі осіб юнацького (n = 300) та першого зрілого віку (n = 98));
 18 – фізична підготовленість / суб'єктивна оцінка якості життя [538];
 19 – фізична підготовленість / суб'єктивне сприйняття здоров'я (на прикладі осіб
 юнацького віку, n = 300); 20 – фізична підготовленість / суб'єктивне сприйняття
 здоров'я [538]; 21 – освіта / задоволеність роботою [354]

2.1.2. | Концептуальна модель структури якості життя

Аналіз моделей доводить, що в якості життя можна виокремити об'єктивні й суб'єктивні параметри. У моделях, які вивчають лише об'єктивні показники, враховано медико-демографічні (наприклад, стан здоров'я, тривалість життя, доступ до медичних послуг), соціально-економічні (життєвий мінімум, наявність житла, освітній рівень, ієрархія в суспільстві), правові та політичні показники (рівень злочинності, право виробляти і ви-

користувати продукт за власним бажанням, право зберігати зароблене або самостійно його витратити, право на розлучення, аборт, суїцид, евтаназію тощо) [344, 403, 470]. Моделі, які базуються на суб'єктивних складових, дають змогу проаналізувати рівень задоволеності життям, емоційний стан, світосприйняття індивіда, суспільні норми тощо [373, 531].

Доцільним при вивченні якості життя є врахування і об'єктивних, і суб'єктивних складових частин та використання кращих стратегій кожного із цих підходів (табл. 2.2). Така модель корисна під час впровадження та реалізації моніторинрів різного рівня, формування бази нормативних даних, оцінювання якості життя окремого індивіда та населення в цілому, а також використання наявних національних наукових традицій для доповнення, а не заперечення відомих результатів.

Якість життя, згідно з EUROMODULE, – багатовимірна структура, яка поєднує об'єктивні умови життя, суб'єктивне благополуччя, сприйняття якості життя на рівні окремого індивіда та суспільства. Об'єктивні індикатори EUROMODULE вибрано відповідно до рекомендацій програми розвитку Організації економічного співробітництва та розвитку (Development Programme of the Organisation for Economic Co-operation and Development). Вони охоплюють матеріальний добробут (доходи, наявність житла, життєвий мінімум, освітні послуги тощо). Ключовим у цій системі є припущення, що задоволення базових потреб визначатиме добробут населення.

Таблиця 2.2

Система якості життя (на прикладі проекту EUROMODULE)

Рівень, на якому проводили вимірювання	Показники	
	Об'єктивні	Суб'єктивні
Індивідуум	Житло, доходи, освіта і робота, склад сім'ї, стосунки з іншими, стан здоров'я, навколишнє середовище та безпека	Оцінювання власних умов життя, задоволеність умовами існування, життям, значущість різних складників життя, ставлення (оптимістичне, песимістичне) до життєвих проблем, відчуття щастя, тривожність
Суспільство	Соціально-економічна ситуація, розподіл матеріальних ресурсів, внутрішній валовий продукт	Наявність конфліктів, довіра до інших, досягнення різних суспільних благ (свободи, безпеки, соціальної справедливості), порівняння умов життя в країні з іншими європейськими державами, передумови для інтеграції осіб з різних соціальних класів

Альтернативним можна вважати підхід, що передбачає врахування хо-лістичної моделі здоров'я з відповідним виокремленням фізичного, пси-хічного, соціального та матеріального компонентів (табл. 2.3). Таку струк-туру благополуччя встановлено за результатами “пілотного” опитування понад 25 тис. громадян Австрії, Франції, Німеччини, Нідерландів, Іспанії, Швейцарії та Великобританії; вона дає змогу ідентифікувати основні чин-ники, які впливають на життя наймолодших членів суспільства, виявити осіб, які перебувають у групі ризику через невисокі показники здоров'я, відслідкувати зміни в стані здоров'я дітей та молоді впродовж певного часу, оцінити профілактичні заходи, що проводять служби охорони здоров'я. Проект реалізований на прикладі цільової аудиторії 8–18 років.

Таблиця 2.3

Структура якості життя (за системою KIDSCREEN-52) [499]

Компонент якості життя	Показник	Індикатор
Фізичний	Фізичне благополуччя	Рівень фізичної активності, енергійність
Психічний	Психічне благополуччя	Психічний стан, задоволеність життям
	Настрій та емоції	Позитивні та негативні емоції, депресія, стрес
	Самосприйняття	Оцінювання власного вигляду та тіла
Соціальний	Автономія	Проведення вільного часу та можливість налагоджувати стосунки з іншими людьми
	Стосунки в родині і обстановка вдома	Стосунки з батьками
	Соціальна підтримка та однолітки	Стосунки респондента з однолітками
	Соціальне сприйняття	Стосунки в школі, випадки залякування, вияви агресії, спрямовані на респондента
	Шкільне середовище	Сприйняття власних когнітивних здібностей, можливість зосереджуватися і навчатися
Матеріальний	Фінансові ресурси	Матеріальне становище

Серед моделей, які вивчають суб'єктивні й об'єктивні показники, можна виокремити кілька різновидів:

- 1) моделі, відповідно до яких якість життя безпосередньо корелює зі станом здоров'я. У них враховано стан фізичного та психічного здоров'я, здатність адаптуватися до умов навколишнього середовища, контро-

лювати негативні емоції; рівень щоденної фізичної активності, потребу в послугах соціальних служб чи в медичній допомозі; загальнолюдські свободи; житлові умови; рівень безпеки в суспільстві; наявні можливості для духовного розвитку та самореалізації, соціальні ролі та статус респондента в суспільстві [221, 228, 313, 359, 370, 489, 529];

- 2) моделі соціального благополуччя – аналізують зв'язки в соціумі. Ураховано загальний прожитковий мінімум, показники правових порушень, характеристики сусідів; ступінь забруднення навколишнього середовища; доступ до освітніх послуг, спортивних та розважальних споруд, магазинів, зручність транспортної мережі тощо [247, 344, 462]. Як один із різновидів можна виокремити моделі, які акцентують увагу на зовнішньому середовищі. Вони ґрунтуються на принципі навчання впродовж усього життя і передбачають можливість зміни середовища відповідно до соціальних потреб індивіда або його прагнення до саморозвитку [462].

Можна стверджувати, що здебільшого при вивченні якості життя не розроблено відповідні моделі, а виокремлення складників, розуміння зв'язків між ними здійснено в межах певних оцінювальних систем. Вони можуть передбачати нагромадження і об'єктивних, і суб'єктивних даних, проте складники якості життя дібрано відповідно до мети дослідження. Аналіз оцінювальних систем (на прикладі таких, які розраховані на дітей та молодь), виявив, що основними складовими частинами якості життя є фізичне та психічне здоров'я, матеріальне становище, проведення вільного часу, зв'язок із соціумом, стан довкілля (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Структурні компоненти якості життя дітей та молоді

Оцінювальна система	Складові частини якості життя	Респонденти	Вікові групи, на які розраховано систему
Вимірник стану здоров'я дітей корпорації RAND (RAND health status measure for children) [274]	Психічне здоров'я (тривожність, депресія, індекс психічного здоров'я, самопочуття), соціальне здоров'я (стосунки з іншими), загальна оцінка стану здоров'я (стан здоров'я на сьогодні та в минулому, стійкість / сприйнятливість до захворювань, індекс загального стану здоров'я)	Молодь, батьки	0–16

Продовження табл. 2.4

Оцінювальна система	Складові частини якості життя	Респонденти	Вікові групи, на які розраховано систему
Анкета “Якість життя дитини” (Pediatric Quality of Life Inventory) [521]	Здоров’я, емоційне та фізичне благополуччя, продуктивність праці, стосунки з оточенням	Діти, молодь, батьки	2–18
Анкета “Якість життя дітей та молоді” (Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern & Jugendlichen) [453]	Рухова активність, емоційний стан, сім’я, друзі, школа	Діти, молодь, батьки	4–7, 8–16
Стан здоров’я дитини (Child health rating inventories) [525]	Фізичне та когнітивне функціонування, вплив емоцій на щоденну активність	Діти	5–12
Питальник “Здоров’я дитини” (The Child Health Questionnaire) [369]	Рухова активність, захворюваність, життєві компетентності, досягнення, задоволення власним життям	Діти, молодь, батьки	5–18
Якість життя дітей TNO AZL (TNO AZL Child Quality of Life) [384, 503]	Стан здоров’я, рухова активність, когнітивне функціонування, соціальна активність, позитивні та негативні емоції	Діти, молодь, батьки	6–15
“Як ти почувашся?” (How are you?) [275]	Фізичне, когнітивне та соціальне функціонування, скарги на фізичний стан здоров’я, відчуття щастя	Діти	7–13
Шкала сприйняття захворювань (Perceived Illness Experience Scale) [260, 500]	Зовнішній вигляд, щоденна активність, захворюваність та лікування, школа і робота, стосунки з однолітками та батьками	Діти, молодь	8–25

Оцінювальна система	Складові частини якості життя	Респонденти	Вікові групи, на які розраховано систему
Питальник “Якість життя підлітків” (Quality of Life Questionnaire for Adolescents) [282]	Фізичне, психічне, соціальне благополуччя, автономність, стан довкілля	Діти, молодь	10–15
Профіль “Здоров’я і захворюваність дітей” (Childhood Health and Illness Profile) [196]	Рухова активність, захворюваність, досягнення, здатність протистояти стресам та адаптуватися	Діти, молодь	11–17
Профіль якості життя – варіант для підлітків (Quality of Life Profile – Adolescent Version) [505]	Буття (фізичне, психічне, духовне), належність (фізична, соціальна), удосконалення, проведення вільного часу	Молодь	14–20
Шкала якості благополуччя (Quality of Wellbeing Scale) [200]	Мобільність, фізична активність, симптоми, соціальний складник	Підлітки, батьки	>14

Добір складових частин якості життя часто здійснено в безсистемний спосіб, тому навіть за умови однієї статистичної бази значення якості життя може відрізнятися. Також неврахованими залишаються людські цінності, культурні та національні особливості, а також універсальні потреби людини – бажання благополучно жити, задовольняти власні біологічні потреби, активно взаємодіяти з соціумом.

Аналіз низки оцінювальних систем виявив не лише складну ієрархічну структуру якості життя, але й відповідність її принципам суб’єктивності (враховано сприйняття зовнішнього світу людиною) та реальності (взято

до уваги як позитивні, так і негативні аспекти). Відповідно до основних структур та підструктур якості життя дітей та молоді належать такі:

- фізичне здоров'я, що характеризують за допомогою низки показників:
 - рівень фізичної та рухової активності – питальник “Здоров'я дитини” (Child Health Questionnaire, CHQ), “Як ти себе почуваєш?” (How Are You, HAY), KIDSCREEN, анкета “Якість життя дітей та молоді” (Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern & Jugendlichen, KINDL), анкета “Якість життя дитини” (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL), вимірник якості життя, пов'язаної зі здоров'ям “Шістнадцять питань” (Sixteen-dimensional Health-related Measure, 16D), комплексна система класифікації стану здоров'я дошкільнят (The Comprehensive Health Status Classification System for Pre-school Children, CHSCS-PS), анкета якості життя дітей TNO AZL (TNO AZL Child Quality of Life, TACQOL);
 - больові відчуття – 16D, HAY, профіль “Здоров'я дитини і захворювання” варіант для підлітків / варіант для дітей (Child Health and Illness Profile – Adolescent Edition/Child Edition, CHIP-AE/CHIP-CE), питальник “Здоров'я дитини” (Child Health Questionnaire, CHQ), Тайванський питальник якості життя (Taiwanese Quality of Life Questionnaire, TQOLQA);
 - енергійність – 16D, анкета “Життя і здоров'я підлітків” (Vecú et Sante Perçue de l'Adolescent, VSP-A);
 - ріст та розвиток – питальник якості життя немовлят та малюків (Infant/Toddler Quality of Life Questionnaire, ITQOL), профіль якості життя – варіант для підлітків (Quality of Life Profile – Adolescent Version, QOLP-AV);
 - захворюваність, практика імунізації – CHIP-AE, анкета “Якість життя малюків” (Infant Quality of Life, QUALIN), профіль Варвіка “Дитяча захворюваність і захворюваність” (Warwick Child Health and Morbidity Profile, WCHMP);
- психічне здоров'я, яке можна визначити, враховуючи такі параметри:
 - емоційний стан (настрій, позитивні і негативні емоції, темперамент) – ITQOL, HAY, KINDL, PedsQL, 16D, KIDSCREEN-52;
 - когнітивне функціонування – CHSCS-PS, HAY, TQOLQA, 17-мірний вимірник якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (17-Dimensional Health-related Measure, 17D);
- соціальне здоров'я, що оцінюють відповідно до таких показників:
 - соціальне життя, соціальна підтримка – PedsQL, HAY, KIDSCREEN, ITQOL, CHQ;
 - стосунки з однолітками, булінг – KIDSCREEN, 16D, KINDL, VSPA, шкала сприйняття захворювання (Perceived Illness Experience Scale, PIE);

- стосунки з рідними, проведення вільного часу з батьками – QUALIN, Nordic QOL for Children, PIE, KIDSCREEN, KINDL, QOLP-AV, Дартмутський кооперативний проект первинної допомоги (Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project, COOP), питальник “Якість життя дитини” (Child Quality of Life Questionnaire, CQOL);
- навколишнє середовище, яке характеризують за допомогою таких параметрів:
 - школа і відпочинок – 16D, CHIP-AE / CHIP-CE, COOP, CQOL, KIDSCREEN, KINDL, PedsQL;
 - медичне обслуговування – VSP-A;
 - безпека умов середовища – питальник “Якість життя підлітків” (Quality of Life Questionnaire for Adolescents, QOLQA);
- життєві компетентності – CHIP-AE / CHIP-CE, CHQ;
- матеріальне становище – Nordic QOL for Children.

Структура якості життя осіб зрілого віку містить фізичне, психічне та соціальне здоров'я, зокрема вивчають наявність та інтенсивність больових відчуттів, настроїв, сон, соціальні контакти або ізоляцію, а також вплив стану здоров'я на трудову діяльність, особисте життя, активний відпочинок тощо (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Характеристика оцінювальних систем, які використовують для вивчення якості життя осіб першого та другого зрілого віку

Питальник*	Параметри якості життя**								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SIP			+	+	+		+		+
HIE	+	+	+		+	+	+		
NHP	+		+		+	+	+		+
QLI	+		+		+		+		
DUKE	+	+	+	+	+	+	+		+
MOS FWBP	+	+	+	+	+	+	+	+	+
MOS SF-36	+		+		+	+	+		
EUROQOL			+		+	+	+		
SF-6D			+	+	+		+		+

Примітки: * – SIP (Sickness Impact Profile) – профіль для визначення значення хвороби; HIE (Health Insurance Experiment surveys) – експериментальні опитувальники щодо

страхування здоров'я; NHP (Nottingham Health Profile) – Нотінгемський профіль здоров'я; QLI (Quality of Life Index) – індекс якості життя; DUKE (Duke Health Profile) – профіль здоров'я Дюка; MOS FWBP (MOS Functioning and Well-Being Profile) – медичний питальник "Профіль функціонування і благополуччя"; MOS SF-36 (MOS Functioning and Well-Being Profile Short Form 36) – медичний питальник "Коротка форма для оцінювання здоров'я – 36"; EUROQOL (European Quality of Life Index) – Європейський індекс якості життя; SF-6D (SF-36 Utility Index) – "Коротка форма для оцінювання здоров'я – 6D";

** – 1 – загальна оцінка благополуччя або стану здоров'я; 2 – психічне благополуччя; 3 – соціальне благополуччя; 4 – когнітивне благополуччя; 5 – фізичне функціонування, зокрема рухова активність; 6 – захворюваність, скарги; 7 – працездатність, повсякденна діяльність; 8 – оцінювання ефективності лікування, догляду чи реабілітації, заходи з охорони здоров'я; 9 – якість сну.

У зв'язку зі швидким збільшенням кількості осіб літнього віку, питання якості життя цієї вікової категорії є актуальним майже в усіх країнах світу. Усі концепції успішного старіння ґрунтуються на положенні, що ці неминучі процеси пов'язані зі зниженням резервних можливостей, нижчих від певного порогу, що погіршує здатність вирішувати проблеми, які виникають з віком – зниження рухливості, розвиток хронічних захворювань, погіршення матеріального становища тощо. Проте, з іншого боку, варто враховувати, що процеси старіння є пластичні. Незважаючи на те що ризик розвитку хвороби Альцгеймера зростає в осіб літнього віку, таке захворювання розвивається не у всіх осіб цієї вікової категорії. Успішне та позитивне старіння можна зіставляти з досягненням фізичного, психічного й соціального благополуччя, здатністю успішно адаптуватися до змінних умов життя, збереженням фізичних та когнітивних здібностей.

Сучасне покоління осіб літнього віку має невисокі очікування щодо власного життя у зв'язку з соціально-економічними проблемами та подіями першої половини ХХ ст. Економічні чинники важливі для високої якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, позаяк достатнє фінансове забезпечення дає змогу забезпечити не лише базові потреби людини, але й впливає на суспільну активність літньої людини, зокрема сприяє появі хобі, участі у діяннях розважального характеру, а також допомагає не хвилюватися через майбутнє. Рівень матеріального забезпечення осіб літнього віку є низьким – щомісячний дохід більшості опитаних (78,7%) становить 1–2 тис. грн, а 12,0% респондентів вказали, що він становить лише 1 тис. грн (рис. 2.5). За статистичними даними Пенсійного фонду України середній розмір пенсії у 2014 році становив 1 291 грн (Тернопільська область) – 2 135 грн (м. Київ).

Лише 8,0% осіб літнього віку щомісяця мають дохід у сумі 3–5 тис. грн. Така оцінка відображає певні занижені можливості, а відповідно і очікування, проте це може бути нехарактерним для наступних поколінь.

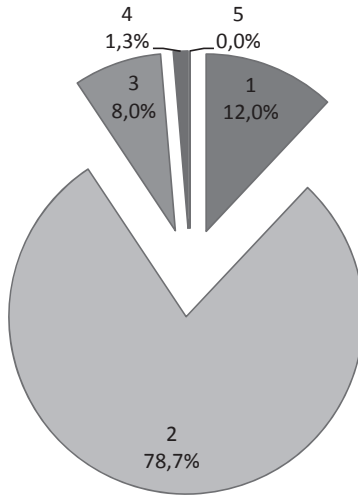


Рис. 2.5. Матеріальне становище осіб літнього віку (n = 150):

- 1 – річний дохід менше ніж 12 тис. грн;
- 2 – річний дохід 12–24 тис. грн;
- 3 – річний дохід до 36 тис. грн;
- 4 – річний дохід 36–60 тис. грн;
- 5 – річний дохід понад 60 тис. грн

На рис. 2.6 показано чинники, що зумовлюють якість життя осіб літнього віку. Абсолютно, на думку респондентів із низькою якістю життя, здатні погіршити благополуччя проблеми зі здоров'ям (95,2%) та сімейні (81,0%), низький рівень соціальної активності (57,1%).

Натомість, окрім доброго стану здоров'я, наявності дружніх стосунків з іншими, позитивний вплив на якість життя має дохід (71,4%) та робота (51,0%). Також можна зауважити, що більша частина респондентів (69,4%) одним із чинників, здатних поліпшити якість життя, вказують діяльність у вільний час. Високу якість життя літні люди пов'язують не лише з відсутністю захворювань, задоволеністю життям, але здатністю самостійно виконувати повсякденні завдання, здійснювати вибір самостійно та не залежати від допомоги інших. Значна частина респондентів (85,7%) з низькою якістю життя вказали, що залежність від думки та вибору інших здатна суттєво погіршити благополуччя. Серед опитаних з високою якістю життя 34,9% вибирає мобільність та 46,9% – автономність як чинники, що здатні поліпшити якість життя літньої людини.

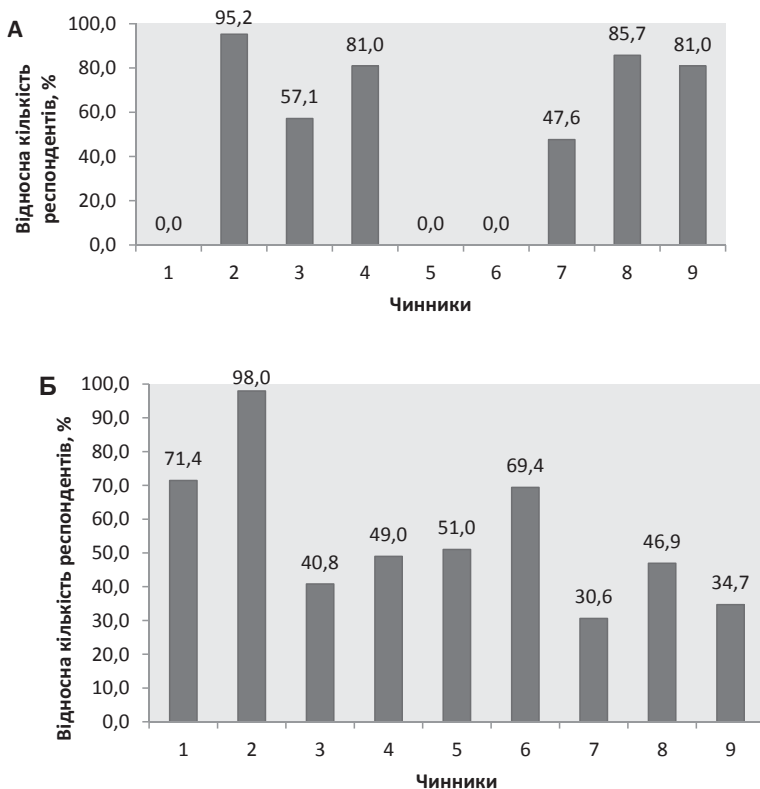


Рис. 2.6. Чинники, які впливають на якість життя осіб літнього віку:

1 – дохід; 2 – здоров'я; 3 – друзі; 4 – сім'я; 5 – робота; 6 – хобі та зацікавлення;

7 – соціальне життя та активність; 8 – автономність; 9 – мобільність;

А – погіршують якість життя (за відповідями осіб з низькою якістю життя, n = 21); Б – поліпшують якість життя (за відповідями респондентів з високою якістю життя, n = 49)

У структурі якості життя осіб літнього віку, як і в осіб зрілого віку, можна виокремити фізичне, психічне та соціальне здоров'я. В оцінювальних системах також проаналізовано рівень больових відчуттів, настроїв та сон респондентів (табл. 2.6).

Виявлено зв'язки між високою якістю життя в літньому віці і добрим станом здоров'ям ($r = 0,75$), можливістю отримувати медичну допомогу ($r = 0,62$), активною участю в громадському житті ($r = 0,64$), стосунками з іншими, соціальною підтримкою ($r = 0,61$), рівнем доходів ($r = 0,31$) тощо

(табл. 2.7). У випадку респондентів першого зрілого віку виявлено тісніший зв'язок між соціальною підтримкою та особистим життям ($r = 0,60$ та $r = 0,61$, відповідно) порівняно зі здоров'ям ($r = 0,56$).

Таблиця 2.6

Компоненти якості життя осіб похилого віку

Питальник*	Параметри якості життя**								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
BSQ		+	+	+	+	+	+		+
CORE-CARE		+	+		+	+			
EASY-CARE	+	+	+	+	+	+	+	+	
GPSS		+		+	+	+			
GSQ	+	+		+	+	+			
MOS SF 36	+	+	+	+	+	+	+		
QOLPSV		+	+		+			+	
SENOTS		+	+		+	+			

Примітки: * – BSQ (Brief Screening Questionnaire) – коротка анкета скринінгу; GPSS (Geriatric Postal Screening Questionnaire) – поштова скринінгова геріатрична анкета; GSQ (Geriatric Screening Questionnaire) – скринінгова геріатрична анкета; MOS SF 36 (Medical Outcome Survey – Short Form 36) – медичний питальник “Коротка форма для оцінювання здоров'я – 36”; QOLPSV (Quality of Life Profile – Seniors Version) – профіль якості життя – варіант для літніх людей;

** – 1 – загальна оцінка благополуччя або стану здоров'я; 2 – психічне благополуччя; 3 – соціальне благополуччя; 4 – когнітивне благополуччя; 5 – фізичне функціонування, зокрема рухова активність; 6 – захворюваність, скарги; 7 – працездатність, повсякденна діяльність; 8 – оцінювання ефективності лікування, догляду чи реабілітації; заходи з охорони здоров'я; 9 – якість сну.

Таблиця 2.7

Зв'язок між якістю життя та його можливими складниками

Чинник	Коефіцієнт кореляції	
	респонденти літнього віку, n = 150	респонденти першого зрілого віку, n = 98
Дохід	0,31	0,48
Здоров'я	0,75	0,56
Участь у громадському житті	0,64	-
Соціальна підтримка	0,61	0,60
Особисте життя	0,34	0,61
Місце проживання та сусіди	0,21	0,43
Медична допомога	0,62	0,14
Безпека	0,11	0,20
Стан навколишнього середовища	0,14	0,08

На основі отриманих результатів та даних наукової літератури (табл. 2.8) можна виокремити сукупність показників, які найчастіше використовують для опису якості життя людини, та систематизувати їх.

Таблиця 2.8

Показники якості життя осіб літнього віку

Показники якості життя	Наукові джерела*								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самопочуття		+		+		+		+	+
Наявність болю		+							+
Захворюваність, травми, інвалідність		+					+		+
Харчування					+	+			
Фізична активність (виконання фізичних вправ)		+							+
Рухова активність (виконання повсякденних завдань)		+			+				+
Базова активність (особиста гігієна, догляд за тілом)		+				+			+
Відпочинок / дозвілля	+		+				+	+	+
Соціальні ролі, соціальна підтримка, контакти, соціальна мережа	+	+			+		+	+	+
Зв'язок з громадою	+						+	+	
Соціальна активність вдома та за межами дому					+				
Емоційний стан				+			+	+	+
Настрій		+					+		+
Рівень стресу							+		
Самооцінка							+	+	
Задоволеність життям	+	+			+	+	+		+
Пам'ять / навчання / концентрація уваги				+			+		
Особисті цінності, мораль, переконання	+	+					+		
Життєві навички							+		
Свобода в ухваленні рішень, контроль над власним життям	+	+	+	+	+	+		+	+
Безпека		+			+	+		+	
Санітарно-гігієнічні умови					+				
Житлові умови		+		+	+			+	
Доходи	+	+	+				+	+	+
Політичні права та обов'язки	+	+	+	+			+		

Примітка. * - 1 - Дж. Бахтер, С.М. Шеттерли, 1998 [214]; 2 - Дж. Бонд, 1999 [226]; 3 - М.Б. Фрісч та ін., 1992 [241]; 4 - Ц.М. Галамбос, 1997 [307]; 5 - А. Гласс, 1991 [311]; 6 - Г. Лівінгстон та ін., 1998 [444]; 7 - Д. Рапаел та ін., 1997 [450]; 8 - В.Р. Лассей, М.Л. Лассей, 2001 [372]; 9 - М. Бецкер та ін., 1993 [216].

Для високої якості життя населення важливими є фізична, психічна і матеріальна складова частини життя, а також такі умови існування, що передбачають чисте та безпечне середовище, можливості для розвитку і навчання, формування громадянського суспільства. Так, фізична складова частини життя безпосередньо стосується фізичного здоров'я і функціонального стану людини, що зумовлює її потребу в медичній допомозі та соціальному обслуговуванні, рівень її рухової активності, здатність виконувати щоденні завдання тощо. Важливими для соціальної складової частини життя є соціальна підтримка, сформовані соціальні мережі, активність респондента та ролі, які він виконує в соціумі. Психічна складова частини (емоційний стан, рівень стресу, настрій, рівень задоволення від наявних послуг, програм, досягнення особистих задумів, особливості когнітивної активності – пам'ять, здатність концентруватися на завданні, опановувати нові навички) зумовлює здатність самостійно здійснювати вибір, йти на компроміс, провадити переговори та ухвалювати рішення. Соціальна активність та стосунки, здоров'я, психологічне благополуччя, місце проживання та сусіди, незалежність (можливість самостійно робити вибір) – це основні чинники, які позитивно впливають на якість життя осіб літнього віку. Абсолютно погіршують якість життя старших людей незадовільний стан здоров'я та низький рівень соціальної активності. Поява нових соціальних ролей у літньому віці свідчить про певну пластичність, можливість пристосовуватися до нових умов життя, проте необхідно враховувати, що підґрунтя для високої якості життя закладається раніше, оскільки соціальні стосунки, матеріальне благополуччя – це резерви, які можна лише підтримувати на певному рівні.

2.1.3. | Теоретична модель структури якості життя

2.1.3.1. | Характеристика структурних компонентів якості життя людини

При побудові теоретичної структури враховували таке:

- структура якості життя є складною та багатокомпонентною, проте однаковою для усіх, незалежно від віку та статі;
- модель якості життя може бути укладена відповідно до ієрархічної системи за принципом від загального до конкретного;
- якість життя зумовлена внутрішніми та зовнішніми чинниками;
- модель якості життя повинна враховувати позитивні й негативні аспекти життя людини;
- характеризувати якість життя необхідно згідно з певними фактичними даними.

Основними частинами моделі якості життя визначено домени, субдомени, індикатори та змінні (модератори та медіатори) (рис. 2.7).

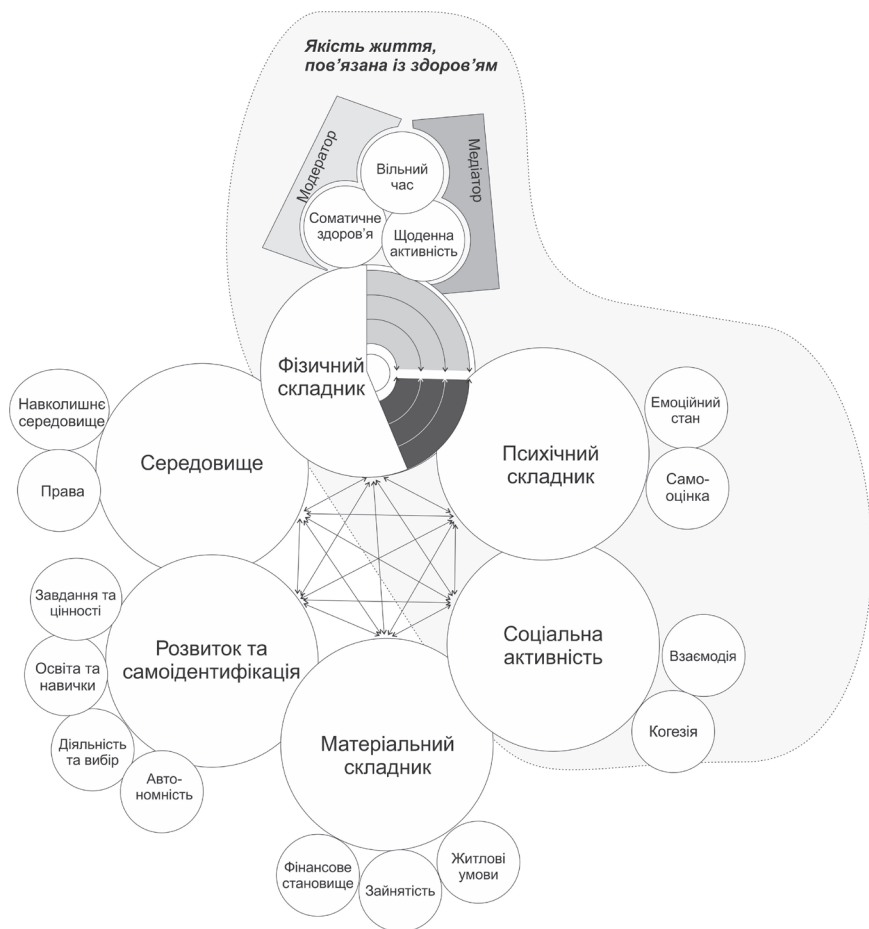


Рис. 2.7. Основні структурні частини якості життя людини

Домени та субдомени – компоненти якості життя найвищого та вищого порядку відповідно, що отримані на основі аналізу визначень якості життя, узагальнення наукових даних та інформації статистичних баз даних про показники благополуччя осіб, які проживають у різних країнах світу, та сучасних систем оцінювання. Основний параметр, згідно з яким проведено відбір domenів, – єдність для усіх респондентів, незалежно, наприклад, від соціально-демографічних характеристик чи стану здоров'я.

Виокремлено п'ять доменів якості життя людини: “Фізичний складник”, “Психічний складник”, “Соціальна активність”, “Матеріальний складник”, “Розвиток та самоідентифікація” та “Середовище”. Як субдомени визначали групу чинників, які безпосередньо стосуються формування особистого благополуччя, показники цього рівня дали змогу поглибити визначення якості життя та встановити його складну структуру. У структурі якості життя людини виокремлено такі субдомени “Соматичне здоров'я”, “Щоденна активність”, “Вільний час”, “Емоційний стан”, “Самооцінка”, “Взаємодія”, “Когезія”, “Фінансове становище”, “Зайнятість”, “Житлові умови”, “Освіта та навички”, “Діяльність та вибір”, “Автономність”, “Завдання та цінності”, “Права”, “Середовище”.

Модератор – це кількісні (вік, заробітна плата) або якісні змінні (стать, соціально-демографічний клас), що впливають на напрям або силу зв'язку між незалежною змінною (предиктором) і залежною змінною (показником). Медіатори – пояснюють зв'язок між незалежними змінними та загальним значенням якості життя; вони демонструють, наскільки зовнішні чинники набувають внутрішнього психологічного значення, та по суті зумовлюють непрямі причинно-наслідкові зв'язки. У разі дослідження якості життя індивіда медіаторами можуть бути умови життя, зайнятість, соціокультурні чинники, контакти з іншими членами соціуму тощо. Модератори пояснюють, коли відбуватимуться певні ефекти, а медіатори пояснюють, як і чому такі ефекти виникають. Модератори і медіатори можуть бути вибрані відповідно до певних індивідуальних характеристик респондента та з врахуванням умов навколишнього середовища, вони надають цілісності системі на будь-якому рівні. Динаміка цієї моделі полягає в тому, що окремі субдомени можуть виконувати роль модераторів і медіаторів. Наприклад, зайнятість, освіта та навички, навколишнє середовище тощо.

Індикатори – показники, які пов'язані зі сприйняттям, моделями поведінки, умовами зовнішнього середовища та дають змогу сформувати певне уявлення про якість життя людини або дати їй чітку оцінку. Вони необхідні для відслідковування позитивних або негативних змін кожного домена або субдомена та здатні забезпечити цілісне уявлення щодо стану системи загалом. Важливим для цієї моделі є поєднання кількісних та якісних індикаторів (табл. 2.9).

Індикатори добирали з врахуванням відповідності (чи дає змогу індикатор встановити певні зміни); чутливості (чи значення індикатора зміниться відповідно до можливих змін); надійності (чи будуть дані, необхідні для індикаторів, надійними протягом тривалого періоду часу); інформативності (наскільки доступною є інформація).

Індикатори якості життя людини

Субдомен	Можливі індикатори
Соматичне здоров'я	Самопочуття, харчування, шкідливі звички
Щоденна активність	Рівень рухової активності, рівень фізичної активності
Вільний час	Рекреація, хобі
Емоційний стан	Настрій, відчуття щастя
Самооцінка	Сприйняття себе, контроль за власним життям
Взаємодія	Соціальні ролі, соціальна підтримка, стосунки з родиною, колегами
Когезія	Соціальна інклюзія, соціальна інтеграція, соціальний капітал
Фінансове становище	Доходи, пільги
Зайнятість	Умови навчання
Житлові умови	Умови життя, характеристика житла
Освіта та навички	Досягнення, статус, соціальні, психологічні, практичні навички
Діяльність та вибір	Успіх, можливості
Автономність	Контроль над власним життям, вибір
Завдання та цінності	Бажання, очікування
Права	Загальнолюдські, згідно з юридичними документами
Навколишнє середовище	Повага, гідність, рівність, доступ до суспільних благ, санітарно-гігієнічні умови

Для оцінювання індикатора передбачено використання вимірників. З урахуванням типу індикаторів вимірники можуть бути якісними та кількісними. Одному індикаторові може відповідати кілька вимірників, а оцінювання здійснюється шляхом обчислення одного загального результату згідно з вимірниками.

2.1.3.2. | Значення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у теоретичній структурі якості життя

У теоретичній структурі окремо вивчено якість життя, яка безпосередньо пов'язана зі здоров'ям. При формуванні цієї структури враховано, що якість життя, пов'язана зі здоров'ям, – вужче поняття. Якість життя охо-

плює усі аспекти людського буття, а HRQOL – захворювань, хворобливих станів тощо. Якість життя, осердям якого є здоров'я, відображає індивідуальне сприйняття та розуміння свого стану здоров'я й немедичних аспектів життя, соціально-демографічних показників, які впливають на самопочуття людини. Незважаючи на те що більшість показників відображають наявність захворювань, хворобливих станів, важливим є комплексно оцінити здоров'я без занурення в медичні проблеми.

Загалом, визначення HRQOL тісно пов'язане з визначенням ВООЗ здоров'я як стану повного благополуччя. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, охоплює позитивні й негативні аспекти здоров'я, зокрема захворювання, дисфункції, фізичне і психічне благополуччя, оптимальний фізичний стан та функціонування організму, високу розумову та фізичну працездатність тощо.

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, – відмінне від здоров'я та функціонального стану поняття. Звичайно, що захворювання зачіпають різні аспекти життя людини, проте якість життя, пов'язана із здоров'ям, не відповідає вимірюванню фізичного здоров'я. Комплексними індикаторами якості життя є показники здоров'я, оскільки саме в них відображено біологічні, духовні, соціальні зв'язки людини, здобутки культури та освіти. Індикатори якості життя, які спрямовані на характеристику об'єктивного та суб'єктивного компонентів якості життя та можуть передбачати характеристику народжуваності, смертності й захворюваності населення, доступ до охорони здоров'я, характеризують спосіб життя індивіда, фізичне та соціальне середовище, якість послуг галузі охорони здоров'я тощо (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Показники якості життя, пов'язаної зі здоров'ям

Група показників	Індикатори
Медико-демографічні	Пов'язані з народжуваністю та смертністю: очікувана тривалість життя, смертність серед немовлят та підлітків, відсоток дітей із низькою масою тіла при народженні, характеристика пренатального догляду, народження дітей підлітками, смертність від захворювань (наприклад раку легень) і т. д. Пов'язані із захворюваністю та станом здоров'я: кількість днів упродовж місяця з поганим самопочуттям, індекс маси тіла, поширення серед населення неінфекційних захворювань, зумовлених способом життя
Поведінкові	Рівень фізичної активності, харчування, наявність шкідливих звичок, необґрунтоване використання лікарських препаратів

Група показників	Індикатори
Управлінські	Наявність медичного страхування, медична допомога, зокрема чітко розроблені медичні протоколи, профілактичні послуги, безпека пацієнта та медичні помилки, можливі перешкоди для отримання медичних послуг (мовні, культурні, територіальні), загальні витрати на охорону здоров'я та лікування, порівняння ресурсів, що використовуються на одного пацієнта в різних лікувальних установах
Пов'язані з фізичним і соціальним середовищем	Рівень забрудненості навколишнього середовища, доступ до громадського транспорту, житлові умови, освіта, освітній рівень батьків, характеристика родинного середовища (стрес та депресії у батьків, практика грудного вигодовування, читання дітям, частота вживання їжі тощо)

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, – складна динамічна структура, що складається з доменів “Фізичний складник”, “Психічний складник”, “Соціальна активність” та залежить від обставин і очікувань майбутнього, уподобань індивіда та його пріоритетів у житті. Компоненти доменів “Матеріальний складник”, “Розвиток та самоідентифікація” та “Середовище” виконуватимуть функції модераторів і медіаторів. Таким чином, якість життя, пов'язана із здоров'ям, відображає суб'єктивну реакцію або відповідь індивіда на фізичні, психічні й соціальні наслідки захворювань, хворобливих станів, що своєю чергою визначають особисту задоволеність життям.

2.2. Практична реалізація та застосування теоретичної структури якості життя для оцінювання благополуччя різних груп населення

2.2.1. Загальна характеристика критеріїв оцінювання якості життя різних груп населення

Сучасна система оцінювання якості життя повинна забезпечити перетворення якісної інформації, яка надходить у результаті спостереження за об'єктами, у кількісні дані, а також пояснювати й передбачати можливі зміни.

Практика оцінювання благополуччя населення, зокрема якості життя, вимагає використання стандартизованих систем, з такими характеристиками:

- охоплення – урахування усіх важливих для респондентів сфер життєдіяльності;

- надійність – надання точного результату;
- валідність – висока достовірність результатів;
- чутливість – можливість зафіксувати найменші зміни.

Оцінювальні системи можуть містити незалежні структурні частини, що відрізнятимуться за методологічними підходами:

- 1) одномірні – респондента просять оцінити власне життям або визначити рівень особистого благополуччя, проте необхідно враховувати, що якщо у сформульованому питанні немає чіткого визначення якості життя, то респонденти можуть плутати його з іншими пов'язаними поняттями;
- 2) багатовимірні – для кожного складника якості життя розроблено окрему методiku (наприклад, анкета, запитання);
- 3) незалежні – використано кілька методик для оцінювання окремих аспектів якості життя.

Вимірювання якості життя передбачає чіткий вибір, структурування та ранжування показників для оцінювання. Загалом, за остаточним результатом оцінювання якості життя можна виокремити такі різновиди оцінювальних систем:

- 1) індекс – оцінку благополуччя отримують в числовому еквіваленті;
- 2) шкалу – кожний компонент якості життя визначають з застосуванням візуальної аналогії;
- 3) профіль – кожний компонент якості життя визначають окремо, а загальний результат подають у вигляді кількох числових характеристик.

Основні проблеми оцінювання якості життя різних груп населення пов'язані з фізичним та когнітивним розвитком. Так, діти та молодь по-різному розуміють поняття “якість життя”, що своєю чергою вимагає ретельного добору окремих методик. Якщо дотримуватися визначення ВООЗ, то здоров'я дітей та молоді залежатиме від їх здатності брати участь у певній фізичній і соціальній активності. Незважаючи на те що така активність змінюватиметься з часом, метод вимірювання повинен бути зрозумілий для респондента.

Розвиток дитини супроводжується швидкими змінами. Значення цих змін (як позитивне, так і негативне) оцінити доволі важко, оскільки вони можуть бути приховані процесами розвитку й адаптації. Під час вивчення якості життя дітей та молоді можна брати до уваги моделі, орієнтовані на різні вікові групи, проте необхідно враховувати відмінності у світосприйнятті та особливості взаємодії з соціумом. Так, діти отримують від дорослих фінансову, емоційну і фізичну підтримку. Проте здобуття незалежності від батьків – важлива частина дорослішання. Захворювання та його лікування може порушити цей процес, але, щоб встановити такий факт, необхідно правильно сформулювати запитання. У зв'язку з цим, індикатори якості

життя, повинні бути органічно вплетені в зміст запитань. Наприклад, гра дитини може допомогти при оцінюванні фізичних та психічних наслідків захворювання, а аналіз навчальних досягнень актуальний для оцінювання якості життя підлітків. Самооцінювання власного фізичного стану також залежить від віку та змінюється в процесі дорослішання. Наприклад, зовнішній вигляд після лікування захворювання (збільшення маси тіла, втрата волосся), найімовірніше, спричинить значний стрес у підлітка, позаяк у цьому віці важлива думка оточення [207, 448].

На сьогодні існує 94 анкети для оцінювання якості життя дітей і підлітків, з них 30 загальних та 64 спеціальні [331]. Чверть спеціальних методик розраховано виключно на осіб, які доглядають за хворим – батьків, опікунів, медичний персонал тощо. Загальні методики ґрунтуються на наявності тісного зв'язку між фізичним, психічним та соціальним здоров'ям. На загальні анкети діти та підлітки відповідають самостійно, проте можна проводити контрольне опитування батьків. Найнижча вікова межа при особистому оцінюванні якості життя становить 5–6 років.

Типові анкети розраховано на осіб, старших за 13–14 років, вони не підходять для дітей молодшого шкільного віку. Значні труднощі виникають при використанні анкет з цифрами, хронологічними шкалами тощо. Аналіз таких методик свідчить, що на результат оцінювання впливає ступінь розвитку мовленнєвих навичок, які дають змогу розуміти, про що запитують, та сформулювати відповідь. Оскільки часто питання в анкеті сформульовані так, щоб проаналізувати активність дитини, її досвід за певний часовий період (наприклад, за минулий тиждень чи місяць), то важливо, щоб респондент розумів поняття “час” та вмів його використовувати.

Деякі індикатори якості життя актуальні для одного віку, але не характерні для іншого. Наприклад, стосунки з протилежною статтю (індикатор “соціальна інтеграція”), можливість навчатися (індикатор “діяльність та вибір”), проведення вільного часу (індикатор “рекреація”) суттєво відрізняються для дітей віком 5 та 14 років. У такому випадку можна враховувати досвід дослідження, яке пропонує Д. Френч та ін. [303]. Учені для різних вікових груп розробили окремі оцінювальні системи (опитувальник для дітей, які хворіють на астму, Child Asthma Questionnaires), які відрізняються за змістом, обсягом та варіантами відповідей. Діти наймолодшої вікової групи (4–7 років) разом з батьками відповідають на 14 запитань, що стосуються захворювання, як шкалу відповідей використовують зображення з різними виразами обличчя. Діти середньої вікової групи (8–11 років) самостійно або за допомогою батьків заповнюють довший опитувальник (23 запитання), запитання стосуються активності респондента та того, як часто виникають симптоми. Діти віком 12–16 років відповідають на 41 запитання, шкалу подано у вигляді цифрових значень.

Для визначення пов'язаної зі здоров'ям якості життя здорових дітей та молоді доцільно використовувати добре апробовану міжнародну вимірну систему PedsQL [521]. В анкеті можна виокремити базову частину (14 запитань), яка стосується фізичного, психічного й соціального компонентів якості життя, та змінні модулі, які дають змогу за потреби проаналізувати вплив конкретного захворювання – раку, діабету, цистозного фіброзу тощо. Питальник існує в кількох різновидах – для дітей, віком 5–7 років, 8–12 років, 13–18 років, а також батьків. Така конструкція дозволяє врахувати рівень розвитку дитини, уникнути певних проблем, які є в загальних і спеціальних анкетах, порівняти якість життя здорових та хворих респондентів, які проживають на конкретній території. У деяких випадках респондент не може оцінити власну якість життя, оскільки є занадто юним або має гостре чи хронічне захворювання, або є неповносправним. У такому разі доцільним є залучення до дослідження батьків.

Оскільки PedsQL орієнтована насамперед на дітей і молодь, то для виявлення динаміки зміни якості життя з віком, зіставлення отриманих результатів з даними, характерними для інших вікових груп, доцільним є порівняння відповідей двох оцінювальних систем, спільне використання яких дозволяє охопити респондентів різного віку. За результатами проведеного аналізу (табл. 2.11) виявлено численні статистично достовірні коефіцієнти кореляції між шкалами оцінювальних систем SF 36 та PedsQL.

Таблиця 2.11

Коефіцієнти кореляції між шкалами якості життя*

Шкала (за системою SF 36)	Шкала (за системою PedsQL)			
	фізичний стан	емоційний стан	стосунки з іншими	школа
Фізична активність	0,69	0,39	0,43	0,48
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	0,56	0,49	0,47	0,41
Рівень болю	0,68	0,52	0,58	0,51
Загальний стан здоров'я	0,64	0,57	0,55	0,60
Життєздатність	0,66	0,60	0,63	0,55
Соціальна активність	0,41	0,49	0,31	0,52
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	0,39	0,53	0,32	0,46
Психічне здоров'я	0,21	0,68	0,62	0,38

Примітка. * – у таблиці подано статистично достовірні коефіцієнти кореляції ($p \leq 0,01$).

Попередня оцінка якості життя школярів з використанням SF 36 свідчить про стабільність отриманих результатів. Статистично достовірних відмінностей за значеннями більшості шкал для школярів різних років навчання виявлено не було (рис. 2.8).

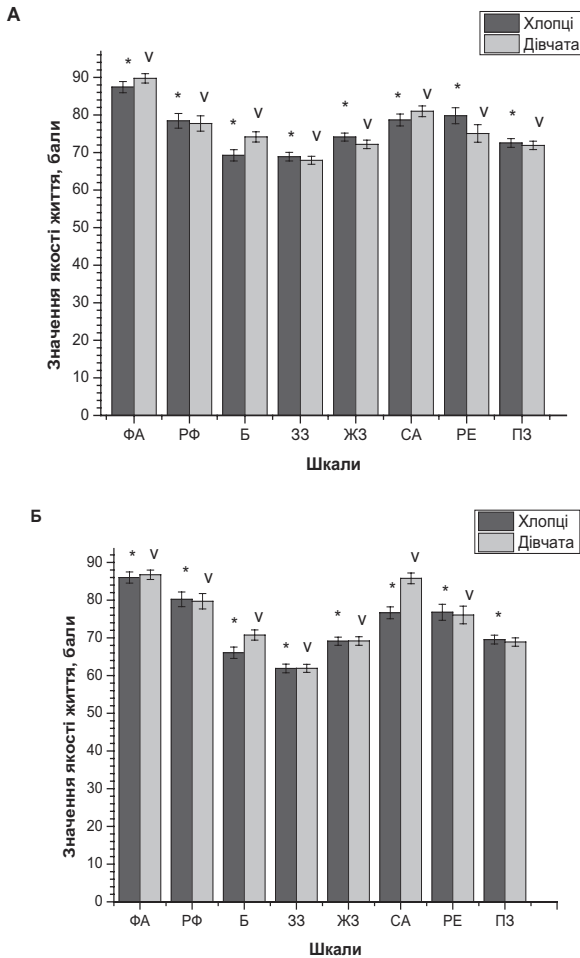


Рис. 2.8. Якість життя школярів десятого класу:

А – результати опитування 2012 року (n = 226 юнаків, n = 230 дівчат);

Б – результати опитування 2013 року (n = 200 юнаків, n = 210 дівчат);

* – показники юнаків (А та Б) не відрізняються (p < 0,01);

“^V” – показники дівчат (А та Б) не відрізняються (p < 0,01)

Стабільні результати свідчать, що можна робити прогнози щодо якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, із урахуванням даних, що характерні для старших вікових категорій.

Оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, за допомогою оцінювальної системи SF-36 передбачає окремий аналіз фізичного та психічного компонентів. Найбільш тісно пов'язаними з фізичним компонентом були параметри “Фізична активність”, “Рівень болю”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Загальний стан здоров'я”, а психічним – “Психічне здоров'я”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Соціальна активність”, “Життєздатність”. Такі параметри як “Загальний стан здоров'я”, “Життєздатність” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” стосуються обох компонентів (табл. 2.12).

Згідно з дослідженнями Дж. Варе та С. Шербоурне [528], шкали “Загальний стан здоров'я”, “Життєздатність” та “Соціальна активність” пов'язані з психічним і фізичним компонентами якості життя. Проте слід зазначити, що такі зв'язки не є сталими та залежать від різних соціально-демографічних та культурно-етнічних чинників. Такі результати можна спостерігати і щодо інших країн світу. Так, наприклад, показник “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” в Тайвані, США, КНР та Україні більше пов'язаний з психічним компонентом, а в Японії – з фізичним. Очевидно, суттєвий вплив на запропоновану модель якості життя мають культурні та релігійні відмінності респондентів.

Досліджено зв'язок між фізичним та психічним компонентами якості життя різних груп населення. Для українців виявлено кореляції між показниками шкал “Фізична активність” ($r = 0,59$), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = 0,60$), “Рівень болю” ($r = 0,44$), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = 0,27$) і фізичним компонентом якості життя, а також між “Життєздатність” ($r = 0,50$), “Соціальна активність” ($r = 0,43$), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = 0,80$), “Психічне здоров'я” ($r = 0,71$) і психічним компонентом.

За результатами українських школярів виявлено тісні зв'язки між шкалами “Соціальна активність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров'я”, “Життєздатність” та психічним компонентом (коефіцієнти кореляції – 0,69, 0,74, 0,85 та 0,73 відповідно). Шкали “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю” пов'язані і з фізичним, і психічним компонентом. Натомість оцінки власного стану здоров'я, життєвого тону, енергійності, стосунків з оточенням мають тісний зв'язок лише з психічним компонентом.

Кореляційні зв'язки в структурі якості життя населення

Шкала	Фізичний компонент						Психічний компонент					
	Гіпотеза	Україна ^А	Україна ^Б	Японія	США	КНР	Гіпотеза	Україна ^А	Україна ^Б	Японія	США	КНР
ФА	+	0,59 ¹	0,66 ¹	0,75	0,85	0,76	-	0,19 ¹	0,38 ¹	0,17	0,12	0,34
РФ	+	0,59 ¹	0,54 ¹	0,86	0,81	0,63	-	0,35 ¹	0,42 ¹	0,19	0,27	0,43
Б	+	0,65 ¹	0,57 ¹	0,51	0,76	0,66	-	0,25 ¹	0,38 ¹	0,52	0,28	0,18
ЗЗ	*	0,10 ¹	ND	0,37	0,69	0,76	*	0,35 ¹	0,51 ¹	0,66	0,37	0,52
ЖЗ	*	0,10 ¹	0 ²	0,21	0,47	0,53	*	0,69 ¹	0,73 ¹	0,88	0,64	0,69
СА	*	0,17 ¹	0,27 ¹	0,45	0,42	0,33	+	0,65 ¹	0,69 ¹	0,60	0,67	0,51
РЕ	-	0	0,08 ¹	0,69	0,17	0,35	+	0,79 ¹	0,74 ¹	0,34	0,78	0,60
ПЗ	-	-0,11 ¹	0 ²	0,13	0,17	0,27	+	0,82 ¹	0,85 ¹	0,89	0,87	0,88

Примітки: ^А – респонденти юнацького, зрілого та літнього віку ($n = 1419$); ^Б – респонденти підліткового віку ($n = 1981$);

+ – сильні зв'язки ($r \geq 0,70$); * – середні кореляції ($0,30 < r < 0,70$); - – слабкі зв'язки ($r \leq 0,30$);

¹ – достовірна кореляція ($p < 0,01$); ² – достовірна кореляція ($p < 0,05$); ND – недостовірна кореляція.

Якість життя української студентської молоді також не можна описати згідно з класичною двокомпонентною моделлю. Для встановлення відмінностей у структурі якості життя осіб юнацького та зрілого віку додатково було досліджено зв'язки між показниками якості життя та фізичним і психічним компонентами для осіб після 24 років (рис. 2.9).

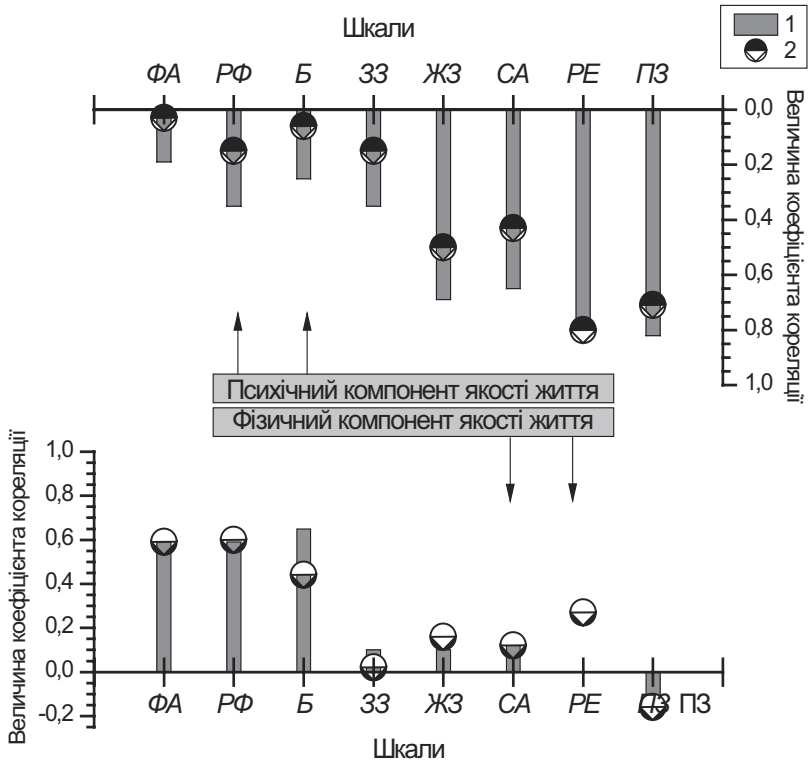


Рис. 2.9. Зв'язки між шкалами та компонентами якості життя:

1 – респонденти віком 24–45 років (n = 186);

2 – респонденти віком 18–20 років (n = 200)

Порівняно з особами юнацького віку в осіб зрілого віку фізичний компонент сильніше пов'язаний з шкалою “Рівень болю”, а психічний – зі шкалами “Життєздатність”, “Соціальна активність”, “Рівень болю”, “Психічне здоров'я”. Не виявлено зв'язків між фізичним компонентом якості життя і шкалою “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності для осіб після 24 років. Шкали “Життєздатність”, “Загальний стан здоров'я”, “Соціальна

активність», як у молоді, пов’язані сильніше з психічним компонентом, ніж з фізичним. Гіпотезу, згідно з якою між цими шкалами і фізичним компонентом (див. коефіцієнти кореляції жителів Японії, США і КНР) повинні бути виявлені середні за величиною коефіцієнти кореляції для жителів України, не підтверджено.

2.2.2. Розроблення моніторингової системи для оцінювання якості життя населення (на прикладі дітей та молоді)

Система моніторингу – це сукупність елементів, при взаємодії яких реалізують моніторингові процедури.

У процесі визначення якості життя дітей та молоді було зосереджено увагу на об’єктивних умовах, у яких проживає дитина; суб’єктивних почуттях задоволеності життям; об’єктивних та суб’єктивних чинниках, взаємозв’язках між складниками якості життя. Особливу увагу приділено фізичному та психічному складникам, соціальній активності та середовищу.

Розроблення системи моніторингу відбувалося п’ятьма етапами – планування, підготовка, нагромадження даних, аналіз та зворотний зв’язок (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Етапи моніторингу

Етап	Назва етапу	Завдання
I	Планування	1. Обґрунтування потреби в інформації. 2. Визначення користувачів інформації. 3. Встановлення суб’єктів та методів отримання інформації
II	Підготовка	1. Встановлення індикаторів. 2. Створення інструментів для збирання даних. 3. Обговорення з експертами та громадськістю. 4. Перевірка інструментів моніторингу. 5. Підготовка інструктивних матеріалів
III	Нагромадження даних	1. Збирання даних. 2. Контроль за системою
IV	Аналіз	1. Зіставлення отриманих даних з індикаторами. 2. Пошук шляхів розв’язання проблеми.
V	Зворотний зв’язок	1. Ознайомлення з результатами зацікавлених осіб, суб’єктів моніторингу тощо. 2. Упровадження відповідних стратегій управління

Основні завдання моніторингу:

- 1) спостереження за якістю життя та здоров'ям учасників навчально-виховного процесу для встановлення чинників, що їх обумовлюють, та прогнозування різних процесів;
- 2) підвищення мотивації до забезпечення належної якості життя, збереження здоров'я учасників навчально-виховного процесу;
- 3) підвищення рівня послуг, які надає навчальний заклад.

Завдання першого етапу були спрямовані на виявлення та обґрунтування необхідності проведення моніторингового дослідження, а також визначення його спрямованості. Структура захворюваності молоді зумовлена формуванням організму молодої людини, становленням репродуктивної функції, переважанням захворювань, пов'язаних із способом життя. Молоді люди сприймають хворобу як короткотермінове явище, яке надалі не матиме жодних негативних наслідків, а у зв'язку з активним способом життя не бажають вирішувати проблеми, пов'язані з медичними оглядами. Це може бути причиною поліпшення офіційних показників.

Виявлено, що 1,9% дев'ятикласників звертаються щотижня до медичного працівника у зв'язку із проблемами зі здоров'ям, 3,9% десятикласників – кілька разів на тиждень, а більша частина опитаних дітей (54,9% десятикласників та 56,1% дев'ятикласників) – лише 1–2 рази на рік (рис. 2.10). Таким чином, попри постійне зростання захворюваності серед шкільної молоді, більшість учнів не звертається до медичних працівників з профілактичною метою.

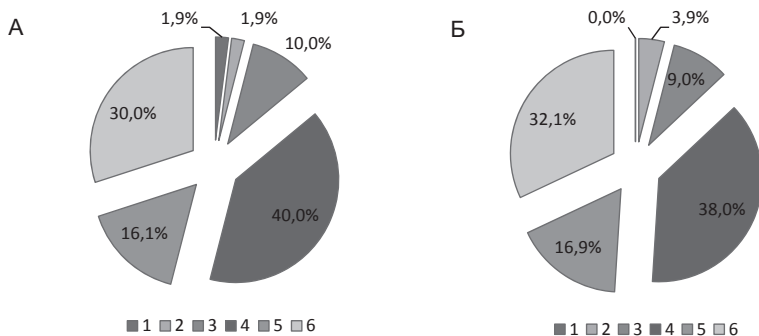


Рис. 2.10. Кількість звернень до медичного працівника (медичної сестри, лікаря) упродовж останнього року:

- 1 – один раз на тиждень; 2 – два-три рази на місяць; 3 – один раз на місяць;
- 4 – один раз на півроку; 5 – один раз на рік; 6 – важко відповісти;
- А – учні дев'ятого класу (n = 360); Б – учні – десятого класу (n = 355)

Плановий медичний огляд 32,03% десятикласники та дев'ятикласники проходили у школі, зокрема 17,06% обстежували медичні працівники, які працюють у навчальному закладі. Отже, третина дітей проходили медичний огляд без батьків, за відсутності стаціонарного медичного інструментарію. Більшість респондентів (60,0%) пройшли планове обстеження в поліклініці (лікарні), 7,97% учнів зазначили, що за останній рік взагалі не проходили медичні огляди (рис. 2.11).

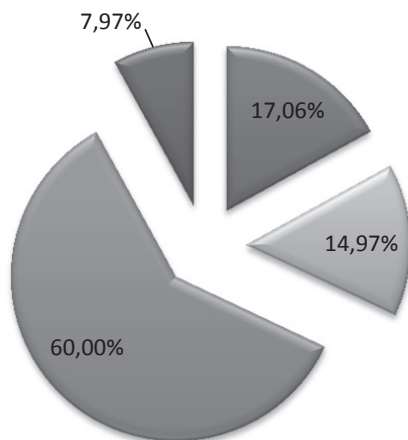


Рис. 2.11. Проходження планового медичного огляду учнями дев'ятого та десятого класів (n = 715):

- 1 – у школі (проводить медичний працівник навчального закладу);
- 2 – у навчальному закладі (проводять медичні працівники, які працюють у лікарні / поліклініці);
- 3 – у лікарні, поліклініці; 4 – не проходили огляд

Загалом до 76–86% дітей оцінюють стан свого здоров'я як добрий, проте лише 14,9% десятикласників та 28,1% дев'ятикласників зазначають, що майже ніколи не хворіють. Можна спостерігати, що серед учнів десятого класу на 4% більша кількість дітей, які через захворювання часто пропускають уроки, на 5% більше респондентів, які часто застуджуються, на 13% менше опитаних, які хворіють дуже рідко (рис. 2.12).

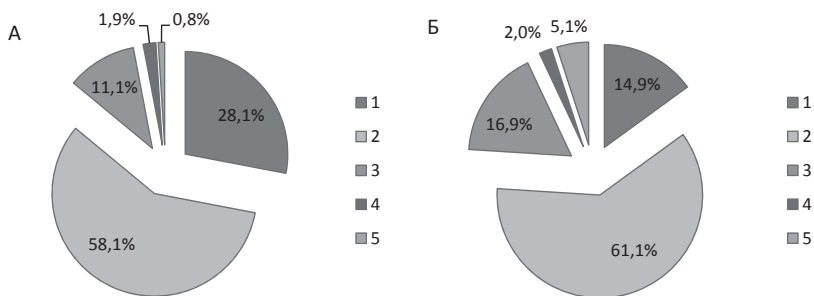


Рис. 2.12. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я школярами дев'ятого (А, n = 355) та десятого (Б, n = 360) класів:

1 – маю добре здоров'я, майже ніколи не хворію; 2 – почуваю себе добре, рідко хворію; 3 – почуваю себе добре, але часто застуджуюся; 4 – моє здоров'я задовільне, маю хронічні захворювання; 5 – маю слабке здоров'я, тому часто пропускаю уроки

Проблеми зі здоров'ям учні десятого класу обговорюють з батьками (83,1%), лікарем (57,2%), однолітками (28,6%) та вчителем (3,9%) (рис. 2.13). Таким чином, інформація батьків щодо стану здоров'я десятикласників та дев'ятикласників є повною та достовірною. Необхідно зауважити, що серед учнів десятого класу менше дітей, які отримують консультації щодо стану здоров'я від учителя чи телефонують у службу довіри, натомість на 6% більше осіб, які радяться з однолітками.

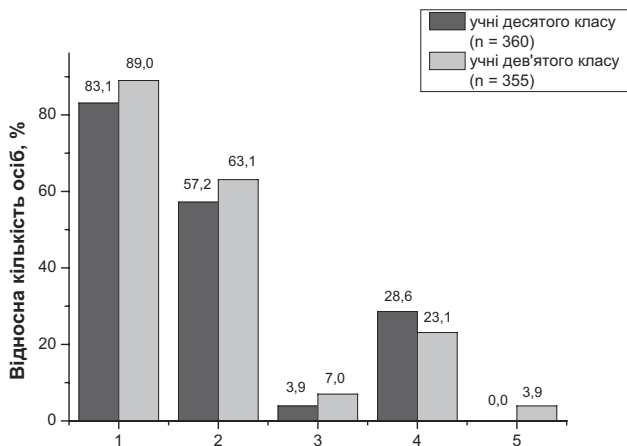


Рис. 2.13. Особи, з якими школярі обговорюють власні проблеми зі здоров'ям: 1 – батьки; 2 – лікар; 3 – учитель; 4 – однолітки; 5 – спеціаліст служби довіри

Суттєвий вплив на самопочуття дитини, на думку батьків, має спосіб життя. Основними причинами погіршення стану здоров'я батьки називають надмірний перегляд телевізійних програм та роботу за комп'ютером (56,0%), невміння раціонально розподіляти власний час (50,0%), надмірне навантаження у навчальних закладах (24,0%), недостатню тривалість прогулянок на свіжому повітрі (39,0%) (рис. 2.14). Екологічні чинники, правила гігієни та вплив соціального оточення, на думку батьків, мають другорядне значення.



Рис. 2.14. Чинники, що зумовлюють погіршення самопочуття дитини (за результатами опитування батьків, n = 100):

- 1 – дитина приділяє дуже багато часу виконанню домашніх завдань;
- 2 – екологічні чинники; 3 – компанія, в якій курять, вживають алкогольні напої;
- 4 – дитина мало часу гуляє на свіжому повітрі; 5 – школяр багато часу проводить біля телевізора або за комп'ютером; 6 – дитина не робить ранкової гімнастики, не займається спортом; 7 – дитина не дотримується правил гігієни;
- 8 – дочка (син) не вміє раціонально розподіляти час

Важливе значення у забезпеченні здоров'я школяра має ланка, що відповідає за надання медико-консультаційних послуг. Аналіз результатів опитування директорів загальноосвітніх навчальних закладів та методистів районів дає підстави стверджувати, що значна частина шкіл налагоджує співпрацю з організаціями, які допомагають формувати і впроваджувати здоровий спосіб життя. Більшість респондентів (68,2%) згадали про роботу з поліклінікою, 26,4% опитаних зазначають, що мали можливість працювати з Центром здоров'я, 40,0% – зі службами соціальної допомоги, 28,2% – з громадськими організаціями (рис. 2.15). Проте лише 51% підтвердили, що мають можливість впливати на організацію медобслуговування в навчаль-

ному закладі. На жаль, лише 6,4 % мають укладені письмові угоди з Центром здоров'я, 22,7 % – з поліклінікою та з службами соціальної допомоги. Отже, лише одна п'ята шкіл має налагоджений механізм взаємодії навчального закладу та медичної установи, що регулюється відповідними нормативними документами. Опитані директори шкіл та методисти (90,0 %) зазначають, що є гостра потреба у створенні відповідної системи, яка б дала змогу аналізувати стан здоров'я, спосіб життя та рівень благополуччя школярів як окремої школи, так і порівнювати дані в межах окремого району чи області.

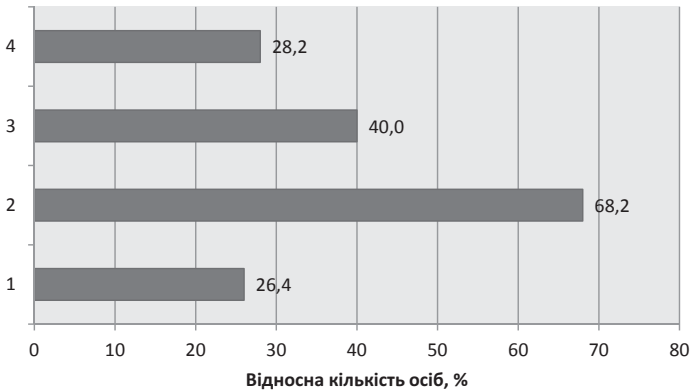


Рис. 2.15. Співпраця з організаціями, які допомагають в оздоровчій та превентивній роботі (за результатами опитування директорів шкіл та районних методистів, n = 110):

- 1 – Центр здоров'я; 2 – поліклініка; 3 – служби соціальної допомоги;
- 4 – громадські організації, які проводять превентивну діяльність

Отже, зважаючи на потреби суб'єктів (учасників навчально-виховного процесу), система моніторингу повинна бути спрямована на відслідковування змін в якості життя, виявлення дітей та молоді, які перебувають у групі ризику, оцінювання ефективності превентивних програм і проектів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я школяра.

Перший (констатувальний) "зріз" моніторингу дав змогу виявити актуальні проблеми та ресурси навчального закладу з питань побудови здоров'язбережного середовища, вирішити організаційні питання. Команда служби здоров'я розробляє програму, забезпечує загальну підготовку педагогічного колективу та соціальних партнерів (насамперед батьків) до її реалізації. Результат цього етапу – робоче планування діяльності з реалізації програми впродовж навчального року. Наступний діагностичний зріз моніторингу дає можливість виявити результативність здоров'язбережної ді-

яльності, порівняти її з роботою, що проводиться в інших школах (це може повернути систему до аналізу проектної ситуації), розробити новий план дій на наступний рік.

Основні складники розробленої системи моніторингу (рис. 2.16):

- суб’єкти – організації, структури, окремі особи, які здійснюють моніторингові функції;
- комплекс моніторингових показників – сукупність первинних і вторинних показників, які здатні забезпечити цілісне уявлення про стан системи, необхідні для відслідковування якісних або кількісних змін у ній;
- інструменти – анкети, форми статистичної звітності, які використовують суб’єкти моніторингу;
- діяльність – сукупність процедур моніторингу (організація, нагородження, оброблення та подання інформації, упровадження стратегій управління).

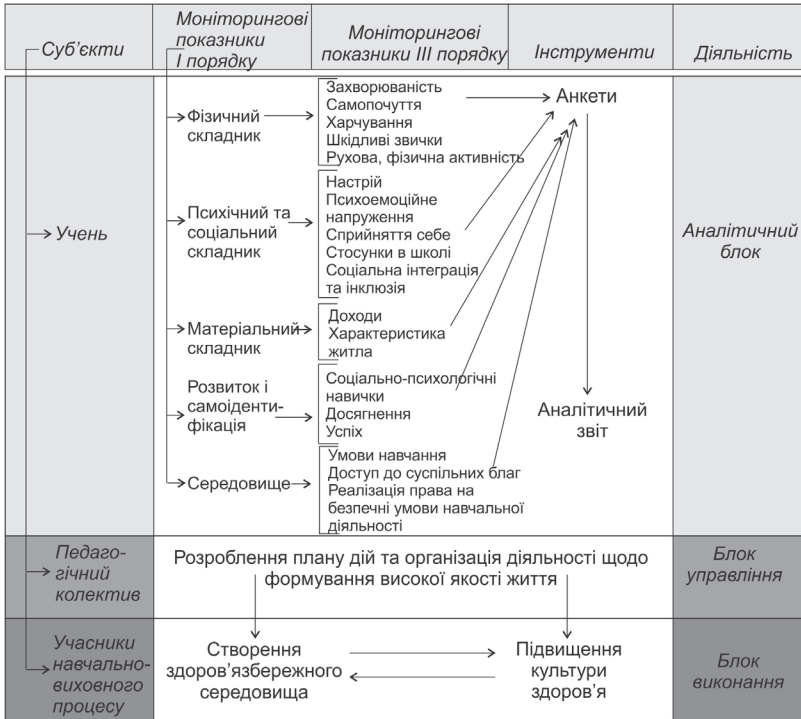


Рис. 2.16. Система моніторингу “Якість та спосіб життя школярів Львівської області”

Індикатори ми використали як елемент планування (для ідентифікації пріоритетів), а також для встановлення стандартів, відслідковування досягнень. При виборі індикаторів, окрім відповідності, чутливості, надійності та інформативності, було враховано також такі:

- простота – наскільки складно буде обчислити величину індикатора;
- об'єктивність – чи зможуть всі, хто ознайомлюватиметься з даними, зробити той самий висновок;
- ощадливість – чи відповідають витрати на отримання інформації користі від моніторингу;
- представництво – чи дозволить індикатор оцінити окремо різні вікові групи тощо.

Визначено основні індикатори, які безпосередньо стосуються якості життя. Відбір індикаторів другого порядку здійснювали з урахуванням їх чутливості (можливості відслідковувати зміни), простоти обрахунку та інтерпретації, економічності (витрати на отримання інформації повинні відповідати користі від моніторингу) та універсальності (розраховані на різні вікові групи).

Для перевірки інструменту моніторингу здійснено кілька етапів валідації.

Основна перевірка – проаналізовано теоретичний контекст і зміст запитань; за результатами огляду наукової і методичної літератури та теоретичного узагальнення результатів опитування створено тематичну базу запитань відповідно до визначених індикаторів. Аналіз різних проявів способу життя здійснено на основі комплексу діагностичних критеріїв (позитивні складники – рухова активність, раціональне харчування і негативні складники – пасивне проведення вільного часу, зокрема біля телевізора, комп'ютера, шкідливі звички та незбалансоване, нераціональне харчування), що дало змогу разом з оцінюванням життєвих компетентностей та умов навчально-освітньої діяльності охарактеризувати поведінку дитини та у разі потреби скорегувати негативні прояви способу життя.

Як складові інструменту моніторингу вибрано такі методики:

- шкали SF-36 [175, 244, 528] та PedsQL [520, 521] – для оцінювання самопочуття респондента, його емоційного стану, стосунків у школі та з оточенням, вплив проблем зі здоров'ям на повсякденну діяльність тощо (додатки А та Б);
- шкали PAQ-A та PAQ-C [366] – використані для визначення рівня рухової активності респондентів (додаток В);
- методика “Шкала компетентностей для дітей” (Perceived Competence Scale for Children) – для оцінювання соціально-психологічних компетентностей, зовнішнього вигляду, взаємин з батьками, здатності виконувати певні різновиди рухової активності тощо (додаток Е);

- запитання, що стосуються когнітивної та спортивної компетентностей – для розуміння того, як респондент оцінює власні здібності, успіхи на уроках, прикладені зусилля для виконання шкільних завдань, зокрема на уроках фізичної культури [232, 466]. Питання анкети стосувалися фізичних здібностей опитуваного, можливостей займатися спортом, ставлення до уроку фізичного культури, задоволення, яке отримують діти від занять фізичною культурою у навчальному закладі;
- питання щодо харчування респондентів – конструювання питальника здійснено за роботою Г. Менсінка та М. Бурпера [391], дослідження KiGGS (Дослідження стану здоров'я дітей і підлітків у Німеччині, Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) [390], KOPS (Кільське дослідження для попередження ожиріння, Kiel Obesity Prevention Study). Відібрано 18 продуктів харчування – мармелад (варення), пластівці (вівсяні, кукурудзяні), мюслі, кисло-молочні продукти (домашній сир, йогурт), м'ясо, шинка, варена ковбаса, риба, фрукти, овочі, макарони, каші (гречана, пшоняна, рисова), солодоші (зокрема солодка випічка), солена здоба та горішки, солодкі напої (лимонад, кока-кола, фанта), смажена картопля, піца, гамбургери;
- питання щодо сформованості життєвої навички відмови – визначення відсотка респондентів, які відмовляються від небезпечних пропозицій [107];
- шкала достатку родини (Family Affluence Scale) [230] – для оцінювання економічного статусу сім'ї респондента та умов життя.

Можна звернути увагу, що під час вивчення середовища суб'єктом дослідження виступає також і загальноосвітній навчальний заклад. Характеристика середовища школи передбачає аналіз такого комплексу моніторингових показників:

- загальна та оздоровча інфраструктури (стан будівель, можливості для повноцінного харчування, наявність відповідних приміщень та обладнання);
- характеристики навчального процесу: режим навчальних занять, обсяг і структура навчального навантаження, інновації у навчанні, оптимальність розподілу тижневого навчального навантаження;
- кадровий потенціал: наявність у достатній кількості з урахуванням контингенту учнів фахівців здоров'язбережної спрямованості (медичних працівників, соціальних педагогів, психологів, учителів фізичної культури, основ здоров'я);
- особистісна і професійна готовність педагогічного колективу до здоров'язбережної діяльності. Вона пов'язана з розумінням потреби здо-

рового способу життя, усвідомленням його змісту і практичних дій щодо його здійснення. Професійна готовність педагогів у цьому напрямі визначається як усвідомлення необхідності власної педагогічної діяльності щодо забезпечення здоров'я школярів, розуміння її суті, володіння знаннями про формування та збереження здоров'я, застосування їх на практиці;

- забезпечення різноманітних форм рухової активності школярів упродовж навчального дня і фізкультурно-оздоровчої активності учнів після школи (відвідування секцій, самостійні заняття фізичною культурою, участь у змаганнях тощо).

Важливою для застосування результатів моніторингу є організація взаємодії фахівців, які беруть участь у навчально-виховному процесі. Створення єдиної команди (служби), яка відповідатиме за формування високої якості життя всіх суб'єктів освітнього процесу, що передбачає збереження та зміцнення здоров'я, створення умов для здорового способу життя, дасть змогу ефективно працювати за єдиним алгоритмом (блоки виконання та управління моніторингу).

Структурна перевірка – конструювання комплексної анкети, вибір тестів, які відповідають індикаторам моніторингу, початковий збір даних. На цьому етапі було проаналізовано анкету з експертами (60 осіб – директори, заступники директорів, вчителі основ здоров'я, вчителі фізичної культури або психологи, які відповідають за здоров'язбережну діяльність у загальноосвітніх навчальних закладах Львівської області), проведено інструктивну роботу з метою організації обговорення анкети з педагогічним колективом відповідних навчальних закладів та батьками. Після врахування зауважень усіх суб'єктів моніторингу було сформовано інструктивні матеріали, що містили мету та завдання моніторингу, умови проведення дослідження, інформацію про осіб, які займаються збором інформації та особливості використання отриманих даних, бланк згоди школяра та батьків на участь у дослідженні.

Зовнішня перевірка – проведено опитування “тест-ретест” з використанням інструменту моніторингу на базі навчальних закладів Львівської області (табл. 2.14).

Коефіцієнти кореляції між результатами першого і другого виміру є вищими ніж 0,80, що свідчить про високу стабільність досліджуваних ознак. Надійність інструменту визначали за допомогою альфа Кронбаха. Він перебував у діапазоні 0,73–0,91. Отримані показники для кожної шкали перевищували міжнародний стандарт для цього коефіцієнта ($r = 0,70$), а отже, інструмент моніторингу має високий рівень внутрішньої узгодженості.

Таблиця 2.14

Результати зовнішньої валідації інструменту моніторингу

Група респондентів	Коефіцієнт кореляції між результатами першого і другого обстеження	α					
		1	2	3	4	5	6
№ 1 (n = 30)	0,92	0,78	0,85	0,75	0,83	0,90	0,87
№ 2 (n = 30)	0,85						
№ 3 (n = 30)	0,87						

Примітки: 1 – “Шкала компетентностей для дітей”; 2 – блок питань для оцінювання когнітивної і спортивної компетентностей; 3 – блок питань щодо харчування респондентів; 4 – анкета SF-36; 5 – анкета PedsQL; 6 – шкали PAQ-A та PAQ-C.

РОЗДІЛ 3 | ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Якість життя становить нерозривне ціле зі здоров'ям людини. Традиційні медичні дослідження зосереджені на вивченні патологічних процесів, на позитивній чи негативній дії лікувальних заходів, а отже, у багатьох випадках “омінають” пацієнта, не дають змогу прогнозувати продуктивність праці чи втрату працездатності. Водночас під час оцінювання ефективності заходів, спрямованих на збереження здоров'я, рідко використано підхід, який би передбачав вивчення значно ширшого спектра показників, ніж захворюваність і смертність, зосереджував увагу на суб'єктивному сприйнятті здоров'я та щоденного функціонування, а також на позитивних аспектах буття людини. У багатьох наукових роботах вивчено якість життя осіб різного віку, які страждають від гострих чи хронічних захворювань [97, 151, 153, 265, 325, 386, 387, 389, 536], у відомих моделях акцентовано увагу або на можливих симптомах захворювань, або на функціональному стані чи самопочутті [508, 536]. Недостатньо дослідженою є якість життя осіб, які практично здорові і не мають патологій, що необхідно для визначення ефективності оздоровчих програм та прогнозування здоров'я населення в майбутньому. Актуальним це питання залишається і для різних вікових груп українського населення.

3.1. | Якість життя в період другого дитинства та в підлітковому віці

Основні труднощі при оцінюванні та аналізі якості життя дітей і молоді пов'язані з їхнім фізичним та когнітивним розвитком, відсутністю єдиної методики, яку можна використати для дослідження благополуччя різних вікових груп. Якщо надати перевагу визначенню благополуччя, яке пропонує ВООЗ, то якість життя дітей та молоді зумовлюватиметься їх здатністю брати участь у певній фізичній і соціальній активності. При вивченні якості життя молодих людей необхідно охарактеризувати рухову активність, наявність больових відчуттів, енергійність, емоційний стан, когнітивне функціонування, стосунки з однолітками та рідними тощо. Для того щоб мати можливість порівнювати благополуччя дітей та молоді, а також порівнювати отримані результати з іншими віковими групами, у роботі було використано одночасно дві методики – SF-36 та PedsQL.

Детальний аналіз результатів опитування за методикою SF-36 доводить, що хлопці, які проживають у сільській місцевості, найбільше задоволені власним станом здоров'я (рис. 3.1).

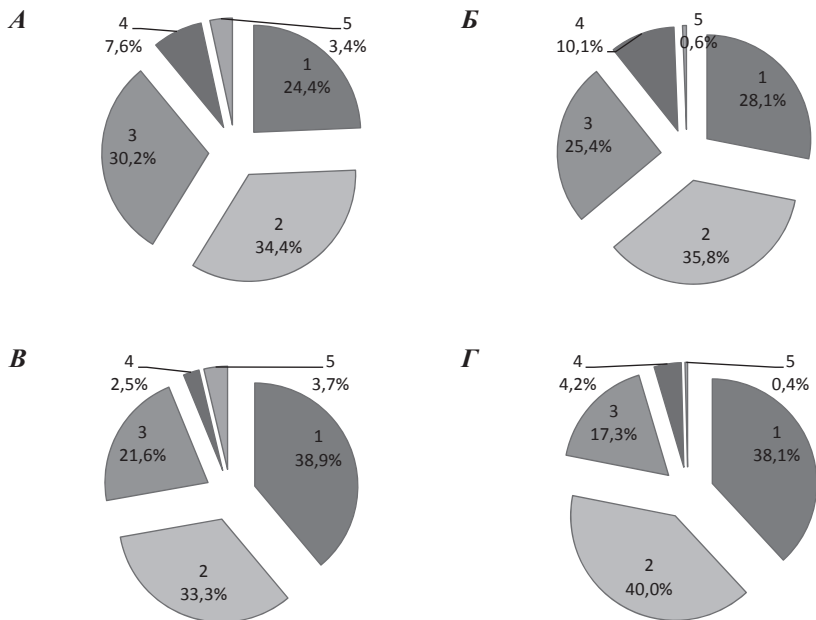


Рис. 3.1. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я учнів десятого класу (за методикою SF-36):

- 1 – прекрасний; 2 – дуже добрий; 3 – добрий; 4 – задовільний; 5 – поганий;
- А – дівчата, які проживають у місті (n = 238);
- Б – дівчата, які проживають у селі (n = 327);
- В – хлопці, які проживають у місті (n = 162);
- Г – хлопці, які проживають у селі (n = 260)

Лише 6,2% респондентів з міста та 4,6% з села характеризують здоров'я як задовільне або погане. Серед дівчат таку оцінку дає близько 11%, незалежно від місця проживання. Відносна кількість юнаків, які зазначили про прекрасний або дуже добрий стан здоров'я, становить 78,1% у сільській місцевості та 72,2% у міській. Цей показник значно відрізняється для дівчат та дорівнює 58,8% для молоді, яка проживає в місті, та 63,9% – у селі. Отже, відносна кількість дівчат, які високо оцінюють власний стан здоров'я, суттєво нижча. Різниця між показниками для юнаків і дівчат є статистично достовірною ($p < 0,05$) та становить до 20%.

Лише половина респондентів (58,4% школярів з міст та 54,8% – з сіл, 58,6% юнаків з міської місцевості, 60,4% – з сільської) вважають, що стан їхнього здоров'я буде добрий у майбутньому. Кожна п'ята дівчина, неза-

лежно від місця проживання, та юнак з сільської місцевості переконані, що стан їхнього здоров'я гірший, ніж в інших осіб (рис. 3.2). Для хлопців, які проживають у місті, цей показник значно вищий та становить 29,6%. Кожна п'ята – сьома молода людина (13,4–19,2%, залежно від статі та місця проживання), впевнена, що може захворіти швидше, ніж її однолітки, а 17,7–20,4% опитаних переконані, що їхнє здоров'я погіршиться найближчим часом.

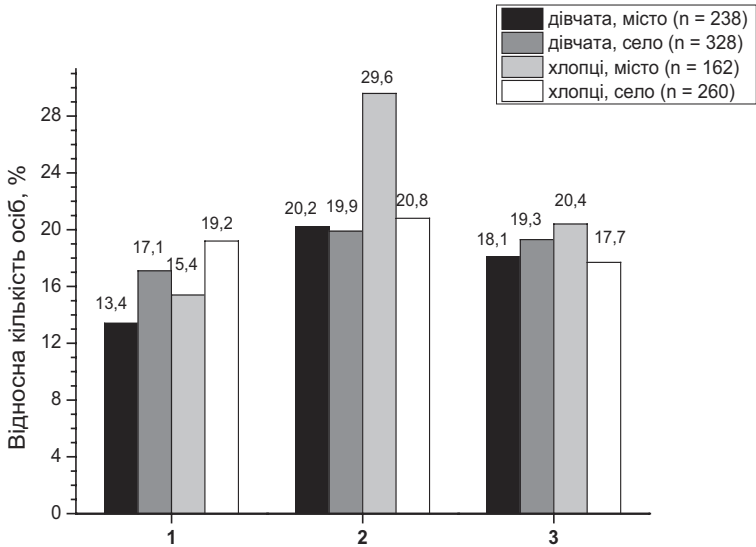


Рис. 3.2. Характеристика здоров'я школярами десятого класу (за методикою SF-36):

- 1 – респонденти вважають, що можуть захворіти легше, ніж інші;
- 2 – опитані зазначили про гірший стан здоров'я порівняно з однолітками;
- 3 – учні відзначили, що їхнє здоров'я найближчим часом погіршиться

Найвище оцінили власне самопочуття і здоров'я хлопці, які проживали в сільській місцевості (рис. 3.3). Лише четверть дівчат (23,1%), які проживають у місті, вважають, що їхнє здоров'я поліпшилося порівняно з попереднім роком. Серед хлопців, незалежно від місця проживання, таку відповідь дає кожний другий (45,7% з міста та 43,5% з села). Про погіршення стану здоров'я впродовж останнього року зазначили 7,5% дівчат та 7,4% хлопців, які навчаються в місті, 6,2% дівчат з села та лише 0,8% юнаків з сільської місцевості.

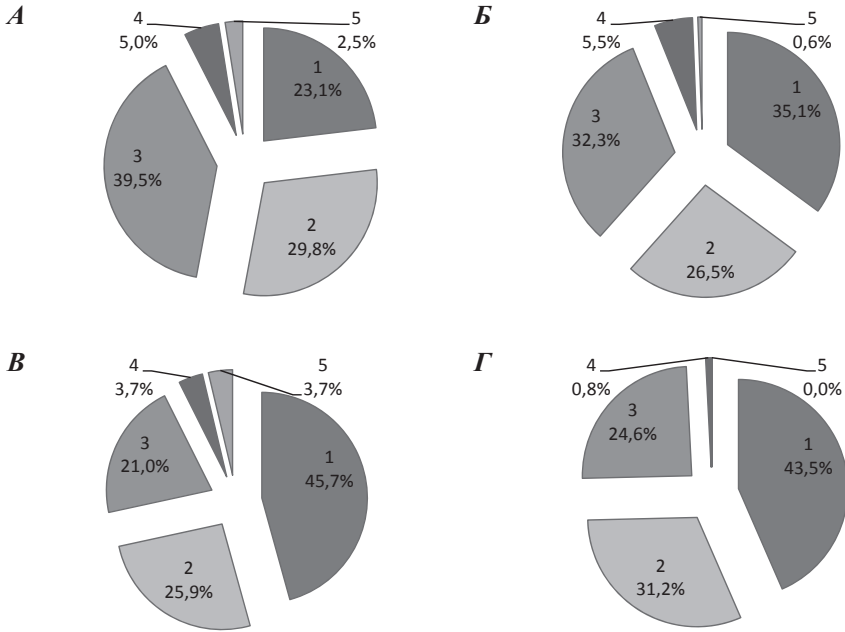


Рис. 3.3. Зміни у стані здоров'я школярів упродовж року (за методикою SF-36):

- 1 – здоров'я набагато краще, ніж рік тому;
 - 2 – трохи краще, ніж рік тому;
 - 3 – майже таке саме, як і рік тому;
 - 4 – трохи гірше порівняно з попереднім роком;
 - 5 – набагато гірше, ніж рік тому;
- А – дівчата з міста (n = 238); Б – дівчата з села (n = 328);
 В – юнаки з міста (n = 162); Г – юнаки з села (n = 260)

За деякими запитаннями визначено, чи стан здоров'я перешкоджає респондентам виконувати певні дії впродовж дня. Необхідно зазначити, що в опитуванні взяли участь респонденти, які не хворіли впродовж останнього місяця. Більшість з них не мали жодних проблем з базовою руховою активністю. Так, 76,9% дівчат, які проживали в містах, 80,0% – у селах, 85,8% юнаків з міст та 78,9% з сіл відповіли, що легко піднімаються більше ніж на один поверх сходами, 92,0% респондентів ніколи не потребували сторонньої допомоги, щоб прийняти ванну або душ. Натомість значно меншою є кількість респондентів, які з легкістю виконують завдання, що вимагають певних фізичних зусиль (рис. 3.4).

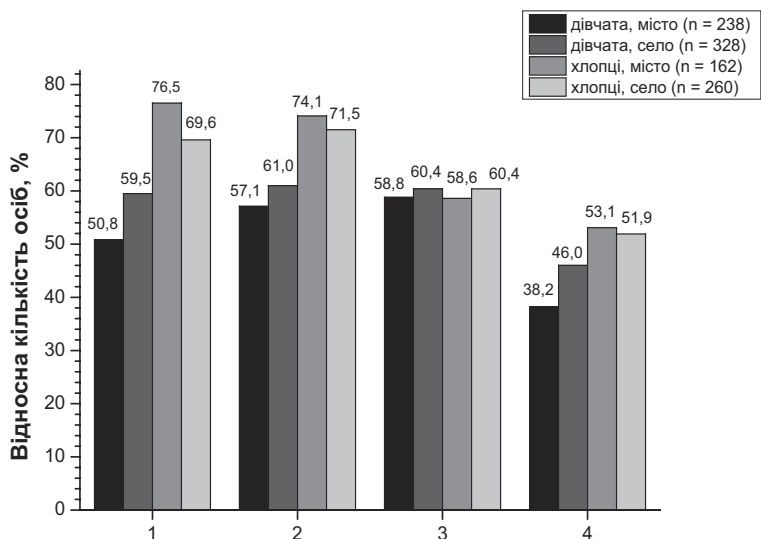


Рис. 3.4. Здоров'я та активність учнів десятого класу (за методикою PedsQL):
 1 – респонденти зазначили, що їм не важко бігати; 2 – займатися фізичними вправами та спортом; 3 – виконувати щоденну домашню роботу;
 4 – опитані почувають себе дуже енергійними

Відповіді на запитання, що стосувалися самопочуття та щоденної активності, відрізнялися залежно від статі та місця проживання опитаних. Зазначили про те, що їм важко бігати 3,4–4,2% дівчат та 1,2–4,3% хлопців (респонденти вибрали відповіді “Часто”, “Майже завжди”). Відповіді “Інколи” або “Майже ніколи” вибрали 45,0% дівчат з міст, 35,7% – з сіл, 19,1% та 29,2% юнаків – з міст та сіл відповідно. Відносна кількість респондентів-юнаків, які відповіли “Ніколи”, становить 69,6–76,5%, дівчат – 50,8–59,5%. Серед дівчат є на 13,4–17,0% менше осіб, які не мають жодних труднощів з бігом, порівняно з хлопцями.

Такі ж закономірності виявлено після аналізу відповідей респондентів на твердження “Мені важко займатися фізичними вправами і спортом”. Юнаки значно частіше вибирали протилежну відповідь. Відносна кількість респондентів чоловічої статі, які не мають жодних проблем під час занять (вибрали відповідь “Ніколи”), становить 71,5–74,1%. Майже половина дівчат (43,9%) мають скарги під час занять фізичною культурою та спортом.

Більшість респондентів легко піднімають важкі речі (65,8–70,4% юнаків та 41,5–45,8% дівчат). Кількість осіб, яким важко виконувати роботу по господарству, суттєво не відрізнялася у респондентів різної статі та становила

близько 60%. Серед юнаків, незалежно від місця проживання, та дівчат з сільської місцевості було більше респондентів, які почували себе повними сил, енергійними. Для дівчат з міст цей показник становить 38,2%.

Більш детальний аналіз впливу здоров'я на щоденну діяльність виявив, що до 30% школярів мають проблеми з енергійною роботою (піднімання вантажів, участь у спортивних змаганнях). Відповідь "Дуже перешкоджає" вибрали близько 8% дівчат незалежно від місця проживання, 12,3% і 10,4% хлопців, які проживають у міській та сільській місцевості відповідно (рис. 3.5). На помірні перешкоди скаржилися 19,7% та 22,4% дівчат з міста і села відповідно та 16,7% і 13,5% хлопців з міської і сільської місцевості відповідно.

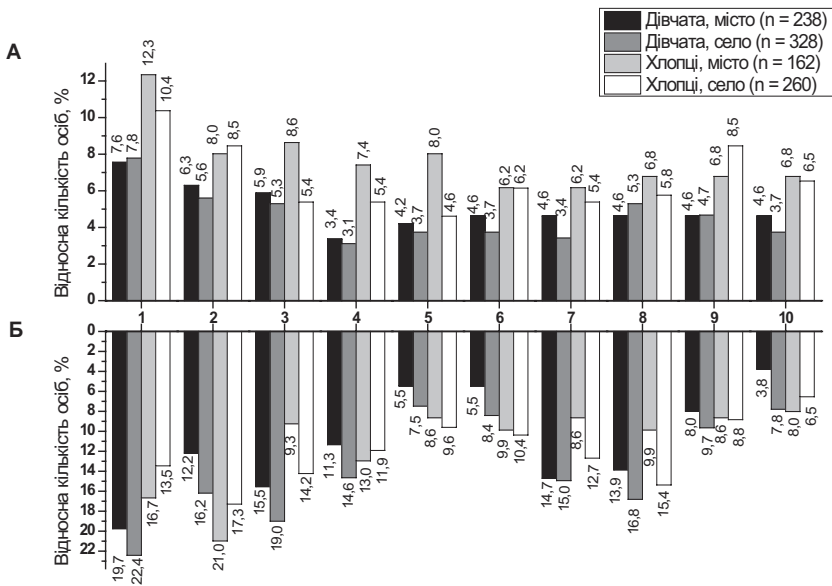


Рис. 3.5. Вплив здоров'я на щоденну активність респондента (за питаннями SF-36):

А – дуже перешкоджає; Б – помірно перешкоджає;

- 1 – піднімати вантажі, брати участь у спортивних змаганнях; 2 – прибирати в квартирі, пилососити, пересувати неважкі меблі; 3 – піднімати або переносити сумки з продуктами; 4 – піднятися на декілька поверхів сходами; 5 – піднятися на один поверх сходами; 6 – нахилитися, стати навколішки, зігнутися; 7 – пройти більше ніж один кілометр; 8 – пройти декілька кварталів; 9 – пройти один квартал; 10 – самостійно митися та вдягатися

На запитання “Наскільки Ваш стан здоров’я заважає піднімати або переносити сумки з продуктами?” близько 80 % школярів дали відповідь “Зовсім не перешкоджає”. Відповідь “Дуже перешкоджає” та “Помірно перешкоджає” вибрали 21,4 % та 24,3 % дівчат, які проживають у місті та селі відповідно, і 17,9 % та 19,6 % хлопців з міської та сільської місцевості відповідно.

Юнаки з міст частіше скаржилися, що їм важко прибирати у квартирі, пересувати неважкі меблі; серед цієї групи респондентів 29,0 % скаржилися, що їм важко виконувати таку роботу. Необхідно враховувати, що прибирання житла є більш тривалою та енерговитратною роботою в сільській місцевості, а також що до цього різновиду активності частіше залучають дівчат. Тому скарги на погане самопочуття під час роботи по господарству свідчать про слабку фізичну підготовленість юнаків, які проживають у містах.

Серед опитаних можна чітко виокремити групу осіб (4–5 % дівчат та до 8 % хлопців), які мають значні проблеми з найпростішими повсякденними завданнями – піднятися на один або кілька поверхів сходами, нахилитися, стати навколішки, пройти більше ніж один кілометр або декілька кварталів, самостійно митися та вдягатися. Загальна кількість школярів, які зазначили про сильні або помірні труднощі з самообслуговуванням, пішими прогулянками, підніманням сходами, становить близько 17 %. Кожний шостий школяр має серйозні проблеми зі здоров’ям, оскільки зазначає, що йому важко самостійно митися та вдягатися, зігнутихся, стати навколішки, піднятися на один поверх сходами. Дівчата рідше скаржаться на згадані проблеми порівняно із хлопцями. Відносна кількість дівчат, яким не важко виконувати щоденні завдання, на 7–10 % більша від хлопців.

Проблеми зі здоров’ям та незадовільний фізичний стан негативно впливають на навчання та рівень щоденної активності (рис. 3.6). Майже третина школярів зробили впродовж останнього місяця менше, ніж хотіли, та витратили на виконання завдань більше часу, кожному п’ятому школяреві фізичний стан заважав під час щоденних справ. Серед опитаних 13,9 % дівчат з міст, 20,2 % із сіл, 18,5 % юнаків з міської місцевості та 17,3 % з сільської працювали менше часу через погане самопочуття впродовж дня.

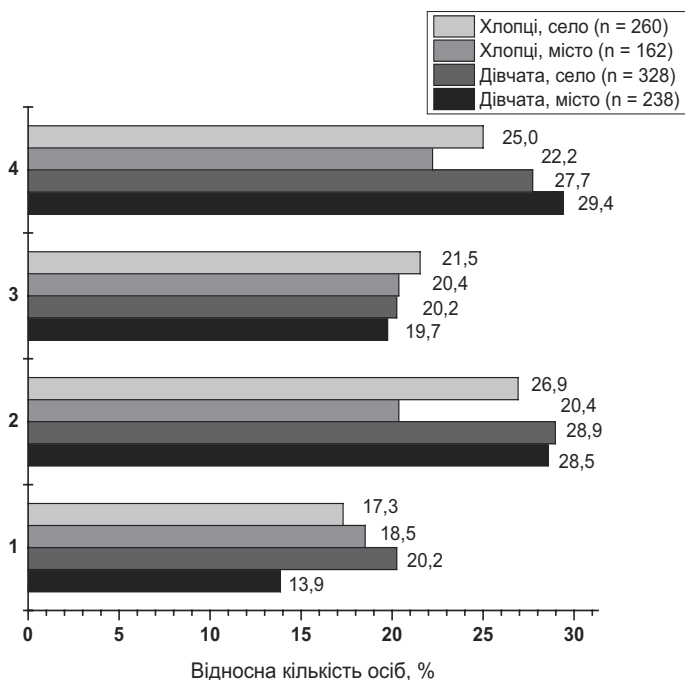


Рис. 3.6. Вплив фізичного здоров'я на активність школярів (за методикою SF-36):

1 – менше часу працювали; 2 – зробили менше, ніж хотіли; 3 – були обмежені у виконанні щоденних дій; 4 – витратили на роботу більше часу

Близько половини респондентів скаржилися на фізичний біль упродовж останніх чотирьох тижнів (55,4% та 47,3% дівчат, які навчаються в місті та селі відповідно та 50,0% і 45,4% хлопців з міської та сільської місцевості відповідно) (рис. 3.7). Більша частина опитаних відчуває дуже слабкий або слабкий біль, а 4–7% скаржилися на сильні або дуже сильні больові відчуття.

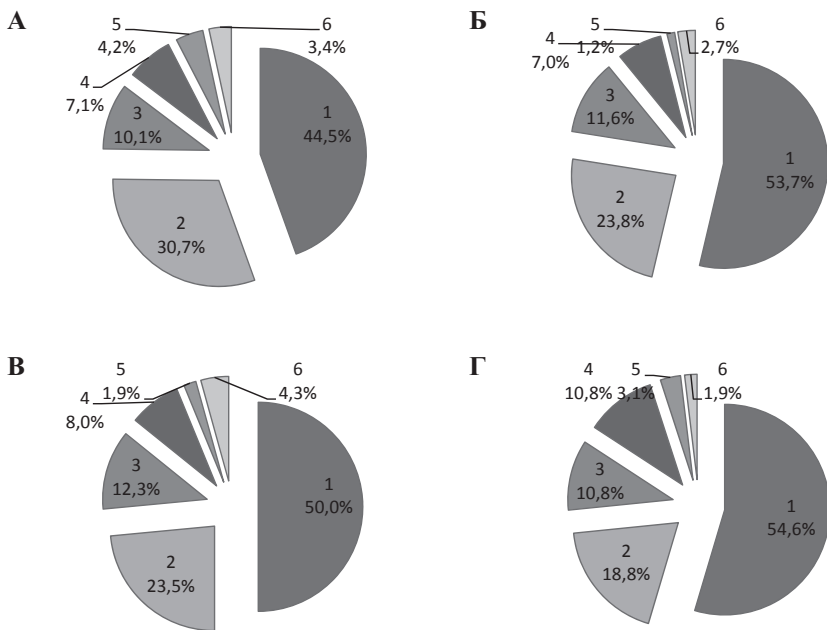


Рис. 3.7. Скарги на біль упродовж останніх чотирьох тижнів (дослідження проведено за методикою SF-36):

1 – не відчували болю; 2 – дуже слабкий біль; 3 – слабкий біль;

4 – помірний біль; 5 – сильний біль; 6 – дуже сильний;

А – дівчата, які проживають у місті (n = 238);

Б – дівчата, які проживають у селі (n = 328);

В – хлопці, які проживають у місті (n = 162);

Г – хлопці, які проживають у селі (n = 260)

Подані вище результати узгоджуються з відповідями на запитання, що стосуються впливу болю на виконання щоденних завдань (рис. 3.8). Біль зовсім не перешкоджав щоденним справам 61,8% дівчат з міст, 69,5% – з сільської місцевості, 71,0% юнаків з міст, 67,0% – з сіл. Загалом біль перешкоджав нормальній роботі (включно з роботою по господарству) 32–29% школярів. Кожна сьома дівчина (14,7%), яка проживає в місті, часто скаржилася на помірний, сильний або дуже сильний біль (див. рис. 3.7). Для юнаків з міста цей показник становив 14,2%, з села – 15,8%. Кожний шостий-сьомий школяр скаржився на помірні або значні труднощі через біль (див. рис. 3.8). Значні перешкоди під час виконання щоденних завдань мають 3,4% школярок з міської місцевості, 0,6% – з сільської, 6,2% – школярів

з сіл, 2,3% – з міст. Скаржилися на помірні труднощі 10% дівчат з міста, 8,4% – з села, 11,1% юнаків з міста та 12,6% – з села.

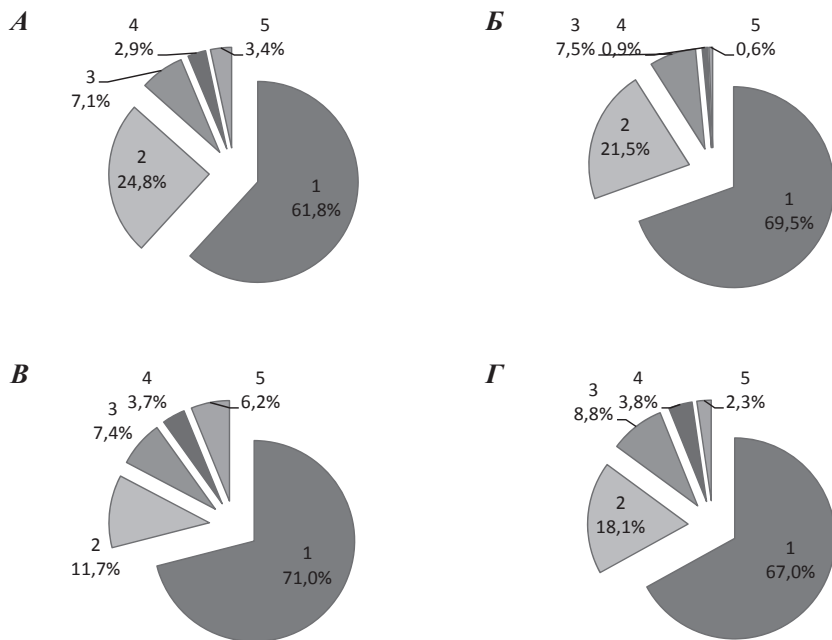


Рис. 3.8. Вплив больових відчуттів на щоденну діяльність респондента (за методикою SF-36):

- 1 – біль зовсім не перешкоджав; 2 – трохи перешкоджав;
 3 – помірно перешкоджав; 4 – перешкоджав; 5 – дуже перешкоджав;
 А – дівчата з міста (n = 238);
 Б – дівчата з села (n = 328);
 В – хлопці з міста (n = 162);
 Г – хлопці з села (n = 260)

Актуальними на сьогодні для школярів будь-якого віку є проблеми з психічним здоров'ям, які проявляються в нездатності зосереджувати увагу, виконувати впродовж тривалого часу одноманітні завдання, запам'ятовувати інформацію, зберігати позитивний настрій тощо. Значення показників, які характеризують психічний стан респондентів, гірші порівняно з фізичними (рис. 3.9). Третина дівчат (36,6% та 34,1% з села та міста відповідно) скаржаться на відчуття страху (вибрали відповіді “Інколи”, “Часто”, “Майже завжди”). Для юнаків ці показники удвічі нижчі. Кожна друга дівчина та

кожний третій юнак хвилюються за власне майбутнє, зокрема відповіді “Часто” або “Майже завжди” вибрали кожна сьома школярка та десятий школяр. Лише 18,1 % учениць з міст та 26,8 % з сіл ніколи не відчували себе пригніченими. Натомість серед юнаків таких є майже половина (45,1 % – з міст, 42,7 % – з сіл). Половина опитаних (48,3–59,3 %) ніколи не мали проблем зі сном, 25,9–33,1 % – майже ніколи, натомість 5,9–7,4 % школярів скаржилися на неспокійний сон.

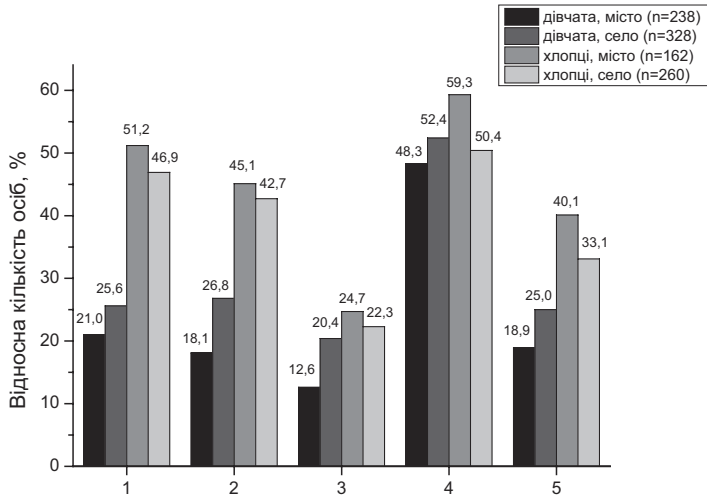


Рис. 3.9. Показники психічного стану учнів десятого класу (за методикою PedsQL):

- 1 – респонденти не відчують страху; 2 – не почувають себе пригніченими;
- 3 – не почували себе злими; 4 – мають спокійний сон;
- 5 – не тривожаться через майбутнє

Хлопці та дівчата, які проживають у сільській місцевості, мають краще фізичне та психічне здоров'я. Наприклад, сповненими життя увесь час або більшість часу відчували себе 71,0 % дівчат з міст, 71,3 % – з сіл, 68,5 % юнаків з міста, 82,7 % – з села; повними сил та енергії – 60,5 % дівчат з міста, 64,9 % – з сіл, 61,7 % юнаків з міста, 73,1 % – з села; спокійними – 34,6 % школяр з міста, 53,4 % – з села, 55,5 % школярів з міста, 67,7 % – з села; щасливими – 60,9 % – дівчат з міста, 62,5 % – з села, 60,5 % юнаків із міста, 68,1 % – з села. Молодь, яка проживає в містах, особливо дівчата, частіше відчуває неспокій, дратівливість, втому. Відносна кількість школярок, які не почувують себе виснаженими, засмученими, дратівливими чи пригніченими, на 10–15 % нижча порівняно з респондентами, які проживають у сільській місцевості. Необхідно зауважити, що найкраще самопочуття характерне

для юнаків, які проживають у сільській місцевості. Так, увесь час сповненими життя почували себе 51,2% юнаків та 41,2% дівчат з сільської місцевості, тоді як для респондентів з міста цей показник становив 38,9% (для хлопців) та 24,4% (для дівчат). Характерним для респондентів обох статей також є скарги на відчуття неспокою. Постійно почували себе спокійно лише кожний четвертий хлопець та кожна п'ята або сьома дівчина, яка проживала в сільській або міській місцевості відповідно.

Зазначили, що часто або завжди важко зосереджуються в класі 5–11% респондентів. Дівчата вибирали ці відповіді у два рази рідше порівняно з хлопцями. Лише кожна п'ята учениця та кожний третій школяр не мали проблем з виконанням завдань у школі, кожний другий учень, незалежно від статі, завжди легко зосереджувався в класі, ніколи не забував свої речі.

Через пригніченість та стурбованість 23,1% і 20,2% дівчат з сіл та міст відповідно, 11,7% і 23,1% хлопців, які навчалися у міській і сільській місцевості відповідно, не могли виконувати щоденні завдання (рис. 3.10). Юнаки рідше скаржилися на поганий настрій, тривожність і дратівливість. Також 20,5% школярів з села та 37,4% з міста зауважили, що не могли працювати як звичайно, 30,8% та 34,9% відповідно зробили менше, ніж хотіли. Юнаки на аналогічні проблеми скаржаться рідше – відносна кількість хлопців, які вибирають такі відповіді, становить 16–22%.

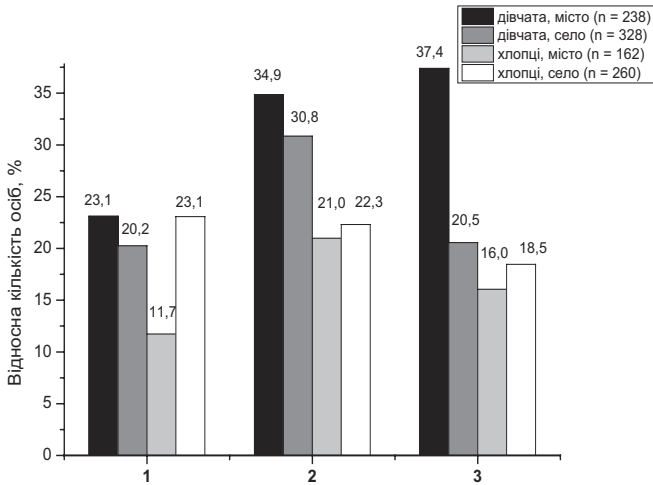


Рис. 3.10. Вплив емоційного стану на щоденну діяльність респондентів (за методикою SF-36):

- 1 – менше часу працювали; 2 – зробили менше, ніж хотіли;
- 3 – не були здатні працювати як звичайно

Проблеми з психічним здоров'ям, зокрема поганий настрій, пригніченість, стурбованість зовсім не перешкоджали спілкуватися з однолітками для 57,9% і 61,5% дівчат з міської і сільської місцевості відповідно та 67,9% юнаків з міст і 64,1% з сіл (рис. 3.11). Відповідь “Дуже заважали” вибрала незначна кількість респондентів – 3,4% школярок з міст, 2,8% – з сіл, 3,7% – школярів з міської місцевості, 3,1% – з сільської. Про незначні перешкоди (відповіді “Дещо заважали”, “Помірно заважали”, “Лише трохи заважали”) зазначили 38,7% дівчат з міста, 35,7% – з села, 28,4% – юнаків з міста, 32,8% – з села.

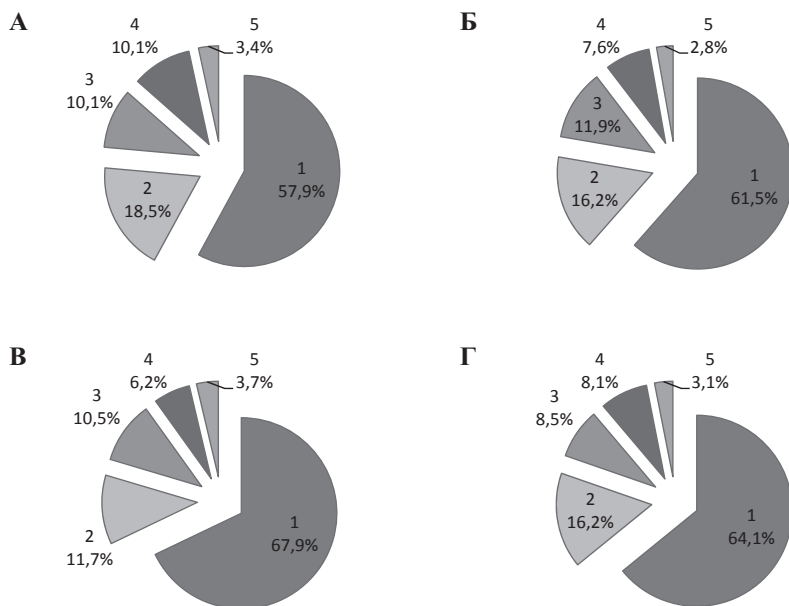


Рис. 3.11. Вплив стану здоров'я на соціальну активність респондентів (за методикою SF-36):

- 1 – проблеми зі здоров'ям зовсім не заважали; 2 – дещо заважали;
- 3 – помірно заважали; 4 – лише трохи заважали; 5 – дуже заважали;
- А – дівчата, які проживають у місті (n = 238);
- Б – дівчата, які проживають у селі (n = 328);
- В – хлопці, які проживають у місті (n = 162);
- Г – хлопці, які проживають у селі (n = 260)

Відповіді респондентів на запитання “Як часто впродовж останніх чотирьох тижнів незадовільне самопочуття або поганий настрій негативно

впливали на Вашу соціальну активність?” розподілилися таким чином: 49,2–56,1% опитаних відповіли “Ніколи”, 17,1–24,4% – “Небагато часу”, 14,8–17,4% – “Деякий час”, 4,6–7,7% – “Більшість часу”, 2,1–6,8% – “Увесь час” (рис. 3.12). Зіставлення відповідей на запитання щодо соціальної активності опитаних (рис. 3.11, 3.12) виявило, що близько 40% осіб мають певні труднощі під час спілкування з сім’єю, друзями, сусідами чи однокласниками. Про значні перешкоди зазначили 10–13% опитаних.

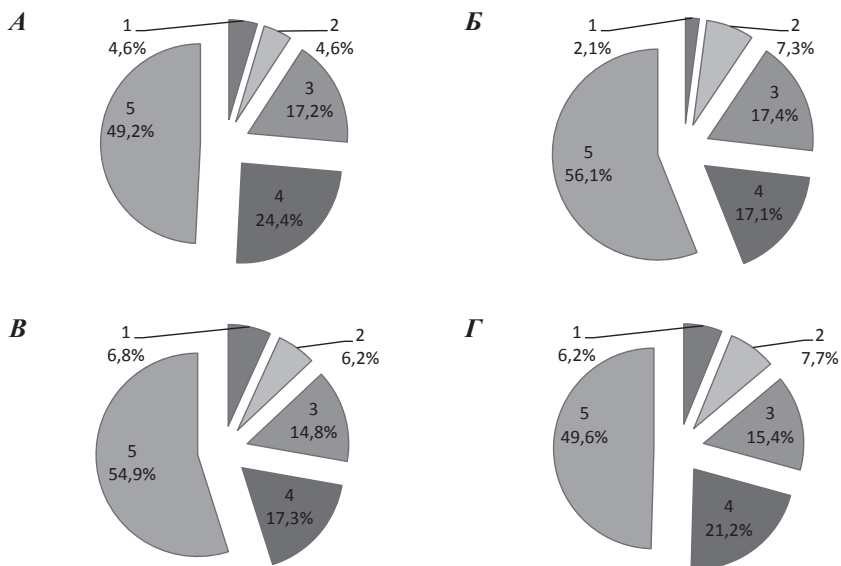


Рис. 3.12. Обмеження соціальної активності респондентів (за методикою SF-36):

1 – фізичний стан та емоційні проблеми негативно впливали

на соціальну активність увесь час; 2 – більшість часу;

3 – деякий час; 4 – небагато часу; 5 – ніколи;

А – дівчата, які проживають у місті (n = 238);

Б – дівчата, які проживають у селі (n = 328);

В – хлопці, які проживають у місті (n = 162);

Г – хлопці, які проживають у селі (n = 260)

Респонденти в основному мають позитивні стосунки з однокласниками – 80,3% дівчат із міст, 82,3% – із сіл, 81,5% і 86,5% юнаків, які проживають у міській та сільській місцевості відповідно, легко знаходять спільну мову з іншими школярами. Лише 4–7% опитаних відчували втому та неспо-

кій під час спілкування з однокласниками, а також скаржилися, що однолітки часто або завжди кепкують, або не хочуть товаришувати з ними.

Значна кількість респондентів пропускають заняття у школі через те, що погано себе почувають або повинні відвідати лікарню чи поліклініку. Ніколи не пропускають уроки з цих причин 22,3% учениць із міст, 36,3% – з сіл та 42,0% юнаків з міської місцевості, 40,8% – із сільської. Відповідь “Майже ніколи” вибрали 46,6% та 37,5% дівчат з міст та сіл відповідно, 35,8% та 38,1% хлопців з міської та сільської місцевості відповідно. Варіант “Інколи” відзначили кожна четверта дівчина та кожний шостий-сьомий юнак. Відносна кількість десятикласників, які часто або завжди пропускають заняття в школі через поганий стан здоров’я, становить 5,5% для школярів з міст, 2,1% – з сіл, 4,6% – юнаків з міст, 5,9% – з сіл.

Для комплексної характеристики було обчислено загальні параметри пов’язаної зі здоров’ям якості життя школярів. Виявлено, що в учнів десятого класу вони перебувають у верхньому діапазоні згідно з кожною шкалою (табл. 3.1).

Проте, якщо порівняти ці результати з даними інших країн світу, можна зауважити, що значення якості життя можуть бути значно вищими. Так, значення благополуччя для населення Китаю чи Канади за шкалою “Фізична активність” коливаються в діапазоні 94–97 балів, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 88–98 балів. Якість життя, пов’язана зі здоров’ям, молоді КНР за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Соціальна активність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” суттєво вища, ніж української молоді, та за більшістю шкал перевищує 95 балів.

Якість життя юнаків та дівчат статистично достовірно відрізняється за шкалами “Фізична активність” (у школярів та школярок, незалежно від місця проживання), “Біль” (дані хлопців та дівчат, які навчаються у сільських школах), “Життєздатність” (у юнаків та дівчат з сіл), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєздатності” (юнаки та дівчата, незалежно від місця навчання).

Аналіз рівня якості життя молоді різних регіонів виявив, що у високорозвинених країнах світу значення, нижче ніж 75 балів, свідчить про наявність гострих або хронічних захворювань респондентів. Критичними для дітей та молоді можна вважати значення, нижче ніж 90 балів, особливо за шкалами, що характеризують фізичне благополуччя – “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Життєздатність”, оскільки саме за цими параметрами якість життя суттєво погіршується в дорослому віці. Тому вираховані для українських школярів показники можна вважати потенційно загрозливими.

Якість життя молоді (за результатами використання SF-36)

Шкали якості життя	Україна (власні результати)		Канада [328]		КНР [323]	
	хлопці, 15-17 років, n=410, M ± SE	дівчата, 15-17 років, n=547, M ± SE	хлопці, 16-19 років, n=243, M (SD)	дівчата, 16-19 років, n=264, M (SD)	жінки, 18-29 років, M (SD)	чоловіки, 18-29 років, M (SD)
ФА	86,7±1,3*	88,7±1,4*	93,8 (13,4)	94,5 (10,7)	96,76 (9,69)	97,32 (7,84)
РФ	77,9±2,0*	76,4±1,9*	87,9 (28,8)	93,5 (19,0)	95,96 (19,13)	98,91 (6,69)
Б	80,0±1,5	80,7±1,4	77,3 (19,4)	75,6 (18,6)	96,71 (12,30)	98,23 (6,74)
ЗЗ	70,9±1,1*	68,1±1,2*	79,6 (14,3)	75,3 (15,2)	81,83 (16,70)	84,04 (15,76)
ЖЗ	72,4±1,1*	69,9±1,0*	63,8 (16,3)	65,6 (14,9)	83,75 (14,87)	84,06 (14,88)
СА	79,1±1,5	79,2±1,3	86,9 (19,0)	89,1 (13,8)	94,85 (13,18)	95,83 (10,43)
РЕ	80,5±2,3*	74,5±2,1*	84,5 (31,0)	82,9 (28,0)	97,06 (17,02)	98,07 (12,63)
ПЗ	72,1±1,2	70,1±1,1	74,1 (15,7)	74,8 (13,5)	88,86 (9,85)	88,06 (11,09)

Примітка. * – статистично достовірні відмінності між відповідними даними хлопців і дівчат ($p < 0,05$).

Значення за шкалою “Фізична активність”, яка характеризує наявність проблем з виконанням щоденних дій (переміщення, піднімання сходами, перенесення важких речей), становлять 86,7–88,7 бала. Подальше погіршення цього показника свідчатиме про суттєві обмеження щоденної діяльності респондента у зв’язку зі станом здоров’я. За результатами шкали “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” можна зрозуміти зв’язок між фізичним станом та виконанням повсякденних завдань. Отримані за цією шкалою для українських школярів результати (76,4–77,9 бала) характерні в інших країнах світу для осіб з гострими чи хронічними захворюваннями. Дуже низькими є показники шкали “Загальний стан здоров’я” (68,1–70,9 бала), що відображає характерну для нашої держави тенденцію щодо погіршення стану здоров’я дітей та молоді.

Низькі показники шкали “Рівень болю” (80,0–80,7 бала) свідчать про значне обмеження активності респондента, неможливість займатися щоденними справами, зокрема роботою по господарству, через больові відчуття. Параметр “Життєздатність” дає змогу зрозуміти, чи респондент відчуває себе повним сил та енергії або навпаки безсилим, нездатним до будь-якої активності. Низькі значення якості життя за цією шкалою (69,9–72,4 бала) свідчать про втому та невисокий рівень життєвої активності респондента.

Низькі значення параметра “Соціальна активність” підтверджують, що фізичний або емоційний стан значно обмежує взаємодію із соціумом, зумовлює зниження кількості соціальних контактів.

Вплив психічного стану на щоденну активність респондентів відображає шкала “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (74,5–80,5 бала). Близькими до цього показника є значення шкали “Психічне здоров’я”, що характеризує настрій, наявність депресивних станів та тривожності. За цим параметром значення якості життя низьке для цієї вікової групи та становить 70,1–72,1 бала.

Виявлено статистично достовірні відмінності ($p < 0,05$) в якості життя дівчат та хлопців за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”. У дівчат спостерігали низькі значення якості життя за шкалами “Загальний стан здоров’я” (68,1 бала), “Життєздатність” (69,9 бала) і “Психічне здоров’я” (70,1 бала).

Виявлено відмінності в якості життя юнаків та дівчат з урахуванням місця проживання (табл. 3.2). Достовірну різницю виявлено для шкал “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Соціальна активність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”. Загалом критичними для цієї вікової категорії можна вважати значення за шкалами “Загальний стан здоров’я” (67,6–71,3 бали) та “Життєздатність” (67,9–74,1 бала). Незважаючи на ви-

сокі значення за шкалою “Фізична активність” (86,6–89,4 бала), показники шкали “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” свідчать, що фізичний стан обмежує щоденну активність респондентів.

Таблиця 3.2

Якість життя школярів

Група респондентів	Шкали, М ± SE							
	ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Дівчата, місто (n=238)	89,4± 1,4	77,1± 1,1*	78,5± 2,1	67,6± 1,3*	67,9± 1,1*	78,3± 1,1*	72,4± 0,9*	69,7± 1,2
Дівчата, село (n=309)	88,1± 1,1	75,9± 0,9*	82,6± 1,9	68,5± 1,1*	71,4± 0,9*	79,9± 0,9*	76,1± 1,1*	70,4± 2,3
Хлопці, місто (n=200)	86,6± 1,2	79,6± 0,8**	79,6± 1,8	70,3± 1,2**	69,7± 1,0**	80,2± 1,2**	83,7± 0,8**	71,6± 1,8
Хлопці, село (n=248)	86,8± 2,1	76,8± 1,2**	80,3± 1,3	71,3± 0,9**	74,1± 1,2**	78,3± 1,0**	78,4± 1,1**	72,4± 2,1

Примітки: * – достовірна ($p < 0,05$) різниця між показниками якості життя дівчат (за відповідними шкалами);

** – достовірна ($p < 0,05$) різниця між показниками якості життя юнаків (за відповідними шкалами).

Параметри якості життя українських школярів порівнювали з благополуччям респондентів з Північної та Південної Америки, Європи та Азії, а також вивчали дані молоді, що має різні хронічні захворювання. Виявлено, що отримані результати якості життя українських учнів майже за усіма шкалами нижчі, ніж у респондентів, які проживають у США, Бразилії, Туреччині, Ісландії, Японії, Ірані та Нідерландах (рис. 3.13). Середні значення благополуччя, залежно від шкали, становлять 71,9–85,0 бала.

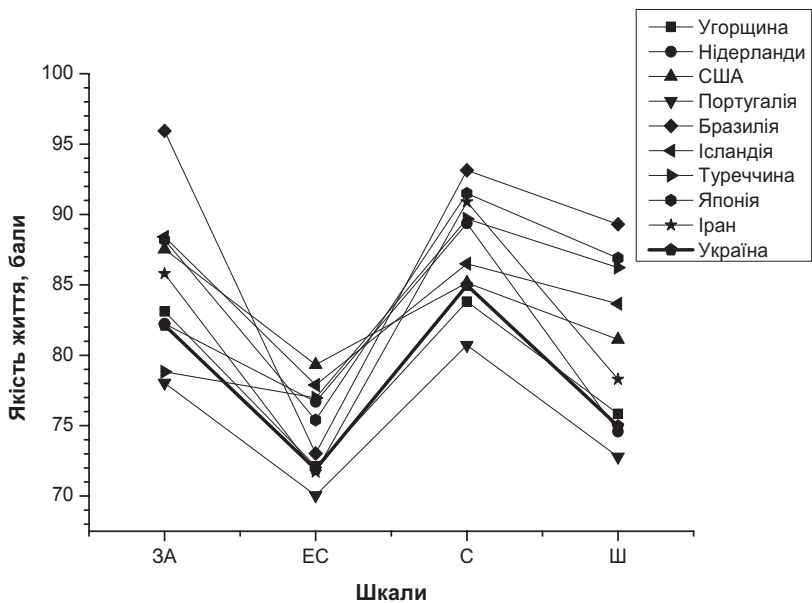


Рис. 3.13. Якість життя молоді (дослідження проведено за методикою PedsQL; використано власні результати (n = 988, вік 15–17 років) та дані літератури [213, 300, 324, 364, 385, 440, 459, 484, 520]): 3А – “Здоров’я та активність”, ЕС – “Емоційний стан”, С – “Стосунки”, Ш – “Школа”

Середні показники за шкалами “Здоров’я та активність”, “Емоційний стан”, “Стосунки” та “Школа” не відрізняються від даних для жителів Угорщини та вищі, ніж у громадян Португалії (табл. 3.3). Значення за шкалою “Здоров’я та активність” в українців на 13,8 бала нижче, ніж у Бразилії, на 6,3 та 6,1 бала – ніж мешканців Ісландії та Японії відповідно, на 5,4 бала – ніж громадян США, на 3,7 бала – ніж в Ірані. У респондентів з США, Ісландії, Туреччини та Японії показники шкали “Емоційний стан” є на 3,5–7,4 бала вищі, ніж в українців. Рівень соціальної активності (шкала “Стосунки”) в школярів десятого класу високий; значення цього параметра найвище та становить $84,9 \pm 17,4$ бала. Середній показник шкали “Стосунки” не відрізняється від значень, обчислених для населення США, але на 8,1 бала нижчий порівняно з Бразилією, на 6,5 бала – Японією, 5,9 бала – Іраном, 4,7 бала – Туреччиною та 4,4 бала – Нідерландами. Значення за шкалою “Школа” становить $74,9 \pm 16,8$ бала, що на 14,3 бала менше, ніж у молоді Португалії, 11,2 бала – Туреччини, 11,9 бала – Японії.

Якість життя дітей та молоді різних країн світу

Джерело	Країна	Кількість респондентів, вік	Шкала, бали (за PedsQL), M (SD)			
			здоров'я та активність	емоційний стан	стосунки	школа
Д. Клагчоіан та ін. [440]	Бразилія	180, 5–18	95,9 (5,8)	73,0 (16,5)	93,1 (10,5)	89,3 (11,8)
П. Амрі та ін. [459]	Іран	848, 13–18	85,8 (12,8)	71,7 (18,7)	90,9 (12,9)	78,3 (16,2)
Е. Сварсдоттір, Б. Орлісдоттір [484]	Ісландія	330, 10–12	88,4 (9,4)	77,9 (15,0)	86,5 (14,8)	83,7 (12,8)
В. Енгелен та ін. [324]	Нідерланди	185, 13–18	82,2 (9,2)	76,7 (15,2)	89,4 (11,6)	74,6 (13,2)
П. Феррейра та ін. [300]	Португалія	50, 8–12	78,0 (19,6)	70,1 (18,3)	80,7 (17,8)	72,8 (15,2)
Дж. Варні та ін. [520]	США	5 480, 8–18	87,5 (13,5)	79,3 (18,2)	85,2 (16,8)	81,1 (16,5)
С. Басул та ін. [213]	Туреччина	217, 5–18	78,8 (18,3)	77,0 (14,9)	89,7 (13,1)	86,2 (13,2)
А. Беркес та ін. [385]	Угорщина	366, 5–18	83,1 (14,2)	72,1 (17,8)	83,8 (16,1)	75,8 (16,7)
Власні дані	Україна	406, 11–12	89,6±11,6	77,1 (16,6)	85,8 (15,2)	79,4 (14,5)
		300, 13–14	86,5 (10,1)	71,9 (15,5)	85,1 (11,3)	74,0 (14,8)
К. Кобаяші, К. Камібешпу [364]	Японія	988, 15–16	82,1 (15,7)	71,9 (15,6)	85,0 (17,4)	75,0 (16,8)
		489, > 8	88,2 (10,7)	75,4 (17,7)	91,5 (12,0)	86,9 (10,9)

Лише 3,6 % десятикласників мали максимальне значення якості життя (100 балів). Вивчення параметрів благополуччя за окремими шкалами виявило, що найвищий показник шкали “Здоров’я і активність” отримав кожний шостий школяр, “Емоційний стан” та “Школа” – кожний одинадцятий, а високий рівень соціальної активності (шкала “Стосунки”) має кожний четвертий учень. Показники якості життя нижчі ніж 50 балів мають 9,2 % школярів та 7,1 % школярів з міст і 6,2 % учнів та 4,9 % учениць з сіл.

Значення якості життя відрізняються в юнаків та дівчат залежно від місця проживання (рис. 3.14). Молодь, яка проживає в сільській місцевості, має вищу якість життя. Статистично достовірні відмінності ($p < 0,01$) спостігали щодо шкал “Здоров’я і активність” та “Емоційний стан”.

У дівчат з міст значення показників “Здоров’я і активність” та “Емоційний стан” найнижчі. Натомість показники складових “Стосунки” та “Школа” не відрізнялися ($p < 0,01$). Значення шкал “Здоров’я і активність” для дівчат становили 82,3–83,2 бала, зокрема мінімальний показник для школярок з сільської місцевості – 28,1 бала, з міської – 0 балів. Вузькі довірчі інтервали (95 % CL = 80–84 бали) свідчать про регулярність отриманих показників і високу надійність результатів. Значення з 25-го по 75-й перцентиль для дівчат з села та міста не відрізнялися і були на рівні 75–94 бали. Показники юнаків за цією шкалою вищі – 83,2–84,3 бала, значення 25–75-го перцентилі є в діапазоні 81,4–100,0 бала для школярів з міської місцевості, 81,3–96,9 бала – з сільської.

За шкалою “Емоційний стан” якість життя є низькою у всіх груп респондентів, середні показники для дівчат – не вищі за 70 балів, юнаків – 76 балів. Довірчі інтервали (95 % CL) є на рівні 65,8–69,8 бала для дівчат з міста, 68,3–72,1 бала – з села, для юнаків – 72,6–79,5 бала.

Якість життя за шкалою “Стосунки” є найвища порівняно з даними інших шкал. Середній показник становить 83,9–85,9 бала. Значення правого та лівого лімітів довірчого інтервалу перебуває в діапазоні 80–86 балів. Показник 25–75-го перцентилі для дівчат із міст – 80–95 балів, юнаків із міст – 75–100 балів, для дівчат і хлопців із сільської місцевості – 80–100 балів.

Рівень благополуччя за шкалою “Школа” можна охарактеризувати як середній. Для молоді з села він є 75 балів, з міст – 73–74 бали, а довірчий інтервал – 72–77 балів.

Респонденти молодшого віку (11–12 років) мають вищі показники за шкалами “Здоров’я і активність”, “Емоційний стан” та “Школа”, порівняно із старшими школярами (табл. 3.4). Натомість значення шкали “Стосунки” достовірно не відрізнялися ($p < 0,01$) та були на високому рівні у всіх вікових груп. За цією шкалою відмінність між молодшими і старшими школярами становить лише 0,8 % для дівчат та 2,7 % для юнаків.

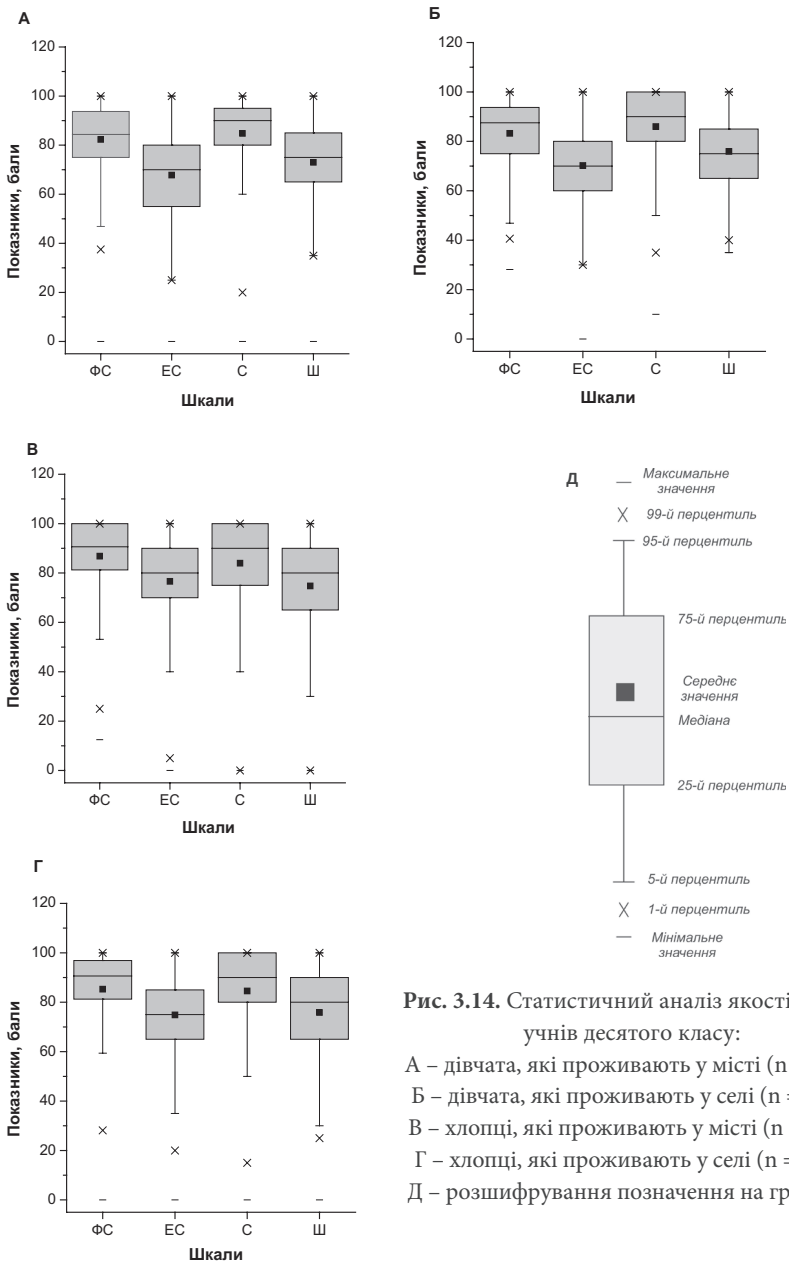


Рис. 3.14. Статистичний аналіз якості життя учнів десятого класу:

А – дівчата, які проживають у місті (n = 238);

Б – дівчата, які проживають у селі (n = 328);

В – хлопці, які проживають у місті (n = 162);

Г – хлопці, які проживають у селі (n = 260);

Д – розшифрування позначення на графіках

Динаміка параметрів якості життя

Шкали	Якість життя (М (SD), бали)			
	11–12 років		15–16 років	
	дівчата, n=206	хлопці, n=200	дівчата, n=206	хлопці, n=200
Здоров'я і активність	86,5 (12,1)*	89,3 (10,6)**	82,9 (15,1)*	86,5 (15,6)**
Емоційний стан	75,9 (17,8)*	81,7 (13,9)**	69,4 (16,9)*	76,1 (17,5)**
Стосунки	86,2 (16,1)	87,7 (13,8)	85,4 (16,5)	85,0 (17,8)
Школа	80,5 (15,0)*	80,3 (13,7)**	74,6 (15,6)*	75,9 (18,8)**
Загальний показник	82,3 (11,7)*	84,8 (9,7)**	77,8 (13,5)*	80,7 (15,0)**

Примітка. *, ** – дані відповідних груп респондентів достовірно відрізняються ($p < 0,01$).

Різниця за шкалами “Емоційний стан” та “Школа” становить 5,5–6,5 бала. Для 11–12-річних дівчат значення якості життя “Емоційний стан” становить $75,9 \pm 12,1$ бала, для осіб віком 15–16 років – $69,4 \pm 16,9$ бала; для хлопчиків – $81,7 \pm 13,9$ бала, юнаків – $76,1 \pm 17,5$ бала. Середній показник якості життя за шкалою “Школа” перебуває в діапазоні 80,3–80,5 бала та статистично не відрізняється ($p < 0,01$), незалежно від статі та віку. Для учениць десятого класу значення цього параметра нижче на 6 балів, учнів – на 4 бали. Відповідно до шкал “Здоров'я і активність”, “Емоційний стан”, “Стосунки” якість життя дівчат нижча, ніж хлопців, незалежно від віку респондентів.

На території України у структурі загальної захворюваності дітей та молоді переважають хвороби органів дихання та травлення. За даними офіційної статистики, частка захворювань органів дихання становить 65 % для дітей віком до 16 років [68, 170]. На респіраторні захворювання діти хворіють у 5–6 разів частіше, ніж дорослі, а загальна поширеність цієї групи хвороб становить 818 на 1000 дітей. За результатами епідеміологічного скринінгу дуже поширеними є хвороби травного тракту. Залежно від регіону України, мають захворювання травної системи 140–150 дітей на 1000. Зважаючи на вказані дані, цікаво було проаналізувати якість життя молоді, яка має найбільш поширені для дитячого населення захворювання (табл. 3.5). Для порівняння було обрано третю групу даних – пов'язана зі здоров'ям якість життя дітей, які страждають від різних форм глухоти. Таке захворювання було обрано зважаючи на те, що воно може зумовити суттєве погіршення психоемоційного розвитку, призвести до інвалідності та соціальної неповносправності, а отже, показники якості життя повинні мати одні з найнижчих значень.

Якість життя дітей із різним станом здоров'я

Шкали якості життя	Якість життя практично здорових дітей		Якість життя дітей із хронічними чи гострими захворюваннями, $M \pm SE$		
	учні десятих класів (n = 1981, власні результати), $M \pm SE$	учні десятих класів (n = 61) [35], $M (SD)$	гострий гастродуоденіт (n = 32, вік – 15,3 роки) [97]	хворі на бронхіальну астму (n=88, вік – 14,8 років) [151]	тяжкі сенсорно-вральні порушення слуху (n = 35, вік – 11–17 років) [119]
ФА	87,7 ± 1,3	86,9 (16,6)	77,2 ± 1,9	86,9 ± 3,2	45,3 ± 2,2 – 70,7 ± 2,4
РФ	77,4 ± 2,8	73,3 (25,3)	81,3 ± 2,2	73,4 ± 9,3	56,2 ± 2,7 – 78,4 ± 2,6
Б	80,3 ± 3,6	73,3 (18,1)	55,1 ± 1,8	82,7 ± 6,6	53,6 ± 2,2 – 65,6 ± 2,6
ЗЗ	69,4 ± 1,2	75,0 (20,4)	53,4 ± 3,4	59,5 ± 5,8	58,5 ± 2,1 – 80,5 ± 2,4
ЖЗ	70,8 ± 4,2	69,3 (13,2)	59,1 ± 2,5	67,6 ± 4,7	32,7 ± 1,8 – 46,8 ± 1,5
СА	79,2 ± 1,8	82,2 (17,7)	68,3 ± 3,2	83,1 ± 6,4	34,2 ± 1,8 – 51,4 ± 1,7
РЕ	77,7 ± 2,4	71,1 (30,7)	67,6 ± 3,2	74,2 ± 9,1	37,4 ± 2,2 – 54,2 ± 2,0
ПЗ	71,0 ± 3,2	73,3 (13,7)	64,3 ± 1,5	73,4 ± 3,5	37,6 ± 2,0 – 59,1 ± 2,1

Показники для дівчат і хлопців, які проживають у Львівській області, збігаються з даними Г.М. Даниленка та Ж.В. Сотнікової [35], поданими для школярів десятого класу, суттєві відмінності можна спостерігати лише за шкалами “Загальний стан здоров'я” та “Біль”. Показники якості життя дітей, які хворі на гострий гастродуоденіт, суттєво нижчі за усіма шкалами, крім “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”.

У дітей, які мають особливо важкі порушення слуху, значення якості життя, згідно з параметрами, не перевищує 50 балів, зокрема за шкалами “Життєздатність”, “Соціальна активність”, “Роль емоцій в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров'я” становить 33–38 балів. Таким чином, у разі хронічних або гострих захворювань показники якості життя свідчать про суттєве зниження об'єму фізичних навантажень, труднощі у виконанні

повсякденних дій. Психічний стан дітей характеризується наявністю тривожності, депресивних станів, що зумовлені травматичними для психічного здоров'я ситуаціями, які спричинені хворобою.

Згідно з рекомендаціями, показники якості життя, нижчі ніж 50 балів, можна інтерпретувати як незадовільні, 51–75 балів – середні, вищі ніж 76 балів – високі. Проте важливим залишається порівняння якості життя здорових респондентів з даними осіб, що страждають від гострих чи хронічних захворювань. Серед респондентів клінічної групи – діти та молодь США, Великої Британії, Австралії, Нідерландів та Росії, в яких діагностовано бронхіальну астму, захворювання шлунково-кишкового тракту, судин і серця, рак, термінальну стадію хронічної ниркової недостатності, ожиріння, ревматизм, психічні захворювання (рис. 3.15).

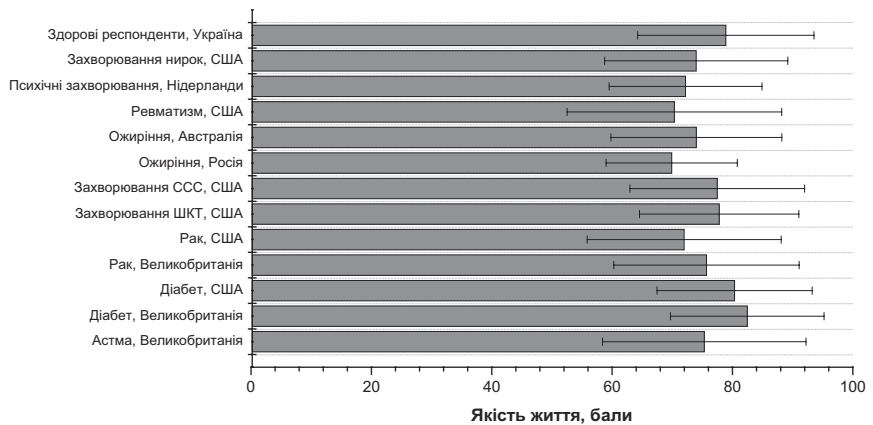


Рис. 3.15. Загальний показник якості життя української молоді (n = 988, вік – 15–16 років) та респондентів інших країн світу, які страждають від різних захворювань (за даними [13, 383, 520]):

ССС – серцево-судинні захворювання, ШКТ – шлунково-кишковий тракт

Загальний показник якості життя українських школярів становить 78,9 ± 14,7 бала, що на 3,8 бала нижче, ніж у молоді Великої Британії та на 1,5 бала менше, ніж у молодих американців, які хворіють на діабет. Загалом значення благополуччя українських учнів на 3–5 балів нижче, ніж у молоді з розвинутих країн, яка хворіє на астму, ожиріння, ниркову недостатність, рак (у випадку Великої Британії); на 7–9 балів – ніж у респондентів, у яких діагностовано рак, ожиріння (Росія), психічні розлади чи ревматизм. Показник якості життя здорових українців практично не відрізнявся від даних респондентів зі шлунково-кишковими чи серцево-судинними захворюваннями.

3.2. | Якість життя осіб юнацького віку (на прикладі студентів різних напрямів спеціалізації)

В Україні щороку завершує середні навчальні заклади понад 270 тис. школярів. Загальна кількість студентів на початок 2014/2015 навчального року становила 1 млн 676 тис., зокрема у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації навчалось 1 млн 438 тис. осіб. Таким чином, зважаючи на те, що більша частина молоді залучена до подальшого навчання, доцільно вивчати благополуччя осіб юнацького віку саме в системі вищої освіти.

Обчислено загальні показники якості життя українських студентів, а отримані результати порівняно з даними інших країн світу (табл. 3.6).

Значення якості життя молоді, яка проживає в розвинутих країнах світу (Австралія, Канада, Франція, Швеція), перевищує 75 балів, тому їх можна охарактеризувати як високі. Дані українських студентів вищі, ніж цей показник, лише за шкалами, що пов'язані з фізичним благополуччям. Так, за шкалою “Фізична активність” показник становить 81,4 бала для жінок та 90,2 бала – для чоловіків. Критичними можна вважати значення шкал “Загальний стан здоров'я”, “Життєздатність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров'я”, оскільки вони не перевищують 70 балів. Проте такі результати можна спостерігати і в студентів з інших країн світу. У студенток, які проживали в Англії, значення шкали “Життєздатність” становить 59,8 бала, у Бразилії – 45,0 бала, Ірані – 49,6 бала, Канаді – 61,2 бала, Лівані – 50,0 бала, Саудівській Аравії – 48,1 бала, Сербії – 55,6 бала. Попри низький життєвий тонус, жителі згаданих країн, на відміну від українських студентів, досить високо оцінюють власне здоров'я.

Значення якості життя українських студентів нижчі, ніж у молоді з Англії, КНР, Південної Австралії, Сербії, Швеції, Франції; показники благополуччя за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” вищі, ніж у молоді Саудівської Аравії, Ірану, Філіппін, значення за шкалою “Біль” перевищують дані мешканців Бразилії, за шкалою “Загальний стан здоров'я” – результати молоді Ірану, “Життєздатність” – якість життя чоловіків та жінок Лівану.

Показники шкал “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Психічне здоров'я” є одними з найнижчих та становлять 56,8–61,2 бала і 60,3–67,2 бала відповідно. Ці шкали характеризують ментальний стан респондента, дають змогу встановити наявність депресивних станів, тривожності та їх можливий негативний вплив на виконання щоденної роботи. Можна стверджувати, що незадовільний стан здоров'я українських студентів, зокрема психічний стан, обмежує щоденну діяльність респондента.

Українські студентки мають нижчу, ніж студенти, якість життя. Достовірні відмінності спостерігали за шкалами “Фізична активність”,

Якість життя української молоді

Країна, кількість респондентів	Вік респондентів, роки	Значення за шкалами SF-36, M (SD), бали									
		ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ		
Жінки											
Австралія, n = 494 [255]	15-24	93,1 (12,1)	85,4 (29,9)	81,3 (22,3)	73,5 (19,9)	64,2 (21,3)	86,9 (19,7)	83,7 (32,1)	77,5 (18,2)		
Англія, n = 780 [351]	18-24	90,1 (16,4)	88,6 (25,5)	81,7 (20,8)	72,1 (20,3)	59,8 (19,4)	85,7 (19,7)	78,8 (33,0)	70,2 (17,4)		
Бразилія, n = 174 [326]	19-24	90,0	75,0	62,0	77,0	45,0	62,5	66,7	60,0		
Іран, n = 526 [387]	18-31	84,3 (12,0)	63,1 (33,4)	69,1 (28,3)	61,5 (29,9)	49,6 (29,5)	65,9 (31,9)	50,9 (44,1)	61,8 (27,6)		
Канада, n = 199 [235]	25-34	90,9 (14,8)	83,7 (31,4)	75,0 (21,6)	77,9 (15,5)	61,2 (17,3)	83,7 (21,3)	77,6 (35,3)	74,1 (16,3)		
КНР, [323]	18-29	96,8 (9,7)	96,0 (19,1)	96,7 (12,3)	81,8 (16,7)	83,8 (13,2)	94,9 (13,2)	97,1 (17,0)	88,8 (9,9)		
Ліван, n = 226 [325]	16-24	88,8 (10,6)	63,8 (31,3)	66,2 (20,8)	61,3 (17,3)	50,0 (19,0)	60,7 (24,4)	38,2 (37,4)	54,0 (20,7)		
Саудівська Аравія, n = 187 [389]	18-24	73,6 (16,1)	42,4 (29,8)	46,0 (25,7)	67,9 (17,5)	48,1 (19,7)	50,7 (18,6)	39,2 (36,0)	58,2 (18,1)		
Франція, n = 543 [433]	18-24	94,9 (9,1)	89,5 (21,7)	79,4 (21,7)	71,8 (17,7)	60,3 (18,1)	79,7 (22,4)	81,6 (29,6)	64,9 (17,3)		
Швеція, n = 204 [353]	15-23	97,7 (5,7)	88,0 (25,8)	84,2 (19,4)	80,5 (17,2)	65,0 (18,6)	92,2 (13,6)	83,6 (29,9)	77,9 (15,6)		
Україна, n = 420	17-21	81,4 (5,6)*	70,2 (9,3)*	63,5 (7,6)*	60,0 (6,4)*	61,1 (8,3)	72,3 (7,2)*	56,8 (5,5)	60,3 (6,1)*		

Країна, кількість респондентів	Вік респондентів, роки	Значення за шкалами SF-36, M (SD), бали							
		ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Чоловіки									
Австралія, n = 253 [255]	15–24	96,3 (7,8)	85,6 (30,2)	83,3 (20,6)	79,1 (16,8)	71,4 (17,9)	92,8 (14,8)	91,4 (24,8)	84,4 (13,8)
Англія, n = 545 [351]	18–24	92,8 (16,8)	91,8 (22,6)	86,6 (17,9)	72,0 (20,1)	66,4 (17,1)	90,2 (16,4)	82,9 (31,1)	74,8 (15,4)
Бразилія, n = 45 [326]	19–24	95,0	100,0	74,0	77,0	65,0	75,0	33,3	72,0
Іран, n = 560 [387]	18–31	87,0 (13,4)	71,7 (30,9)	75,2 (27,0)	67,7 (26,7)	56,1 (30,9)	70,9 (32,2)	60,4 (38,3)	65,7 (27,9)
Канада, n = 200 [235]	25–34	94,0 (14,2)	90,6 (26,5)	79,1 (21,8)	80,1 (16,6)	68,7 (17,3)	88,9 (18,9)	88,3 (28,0)	77,7 (14,9)
КНР, [323]	18–29	97,3 (7,8)	98,9 (6,7)	98,2 (6,7)	84,0 (15,8)	84,1 (14,9)	95,8 (10,4)	98,1 (12,6)	88,1 (11,1)
Ліван, n = 56 [325]	16–24	94,5 (9,2)	75,9 (33,0)	75,7 (24,9)	71,3 (18,3)	61,3 (19,2)	73,9 (26,1)	53,0 (42,1)	64,3 (17,8)
Саудівська Аравія, n = 99 [389]	18–24	90,3 (13,3)	59,8 (35,3)	24,2 (18,2)	75,3 (17,6)	53,7 (18,2)	43,4 (13,4)	54,9 (39,6)	65,5 (28,3)
Швеція, n = 196 [353]	15–23	98,0 (9,5)	91,8 (19,0)	86,7 (17,6)	84,9 (14,3)	74,0 (17,2)	94,5 (14,7)	89,9 (24,9)	83,7 (13,8)
Україна, n = 339		90,2 (4,9)*	77,3 (8,3)*	72,8 (6,9)*	70,2 (5,8)*	65,4 (7,8)	78,2 (8,1)*	61,2 (4,6)	67,2 (6,7)*
Жінки та чоловіки									
Сербія, n = 561 [386]	18–35	95,2 (9,9)	80,7 (29,0)	75,3 (22,5)	74,9 (17,0)	55,6 (18,9)	74,7 (22,3)	63,9 (40,6)	66,1 (18,9)
Філіппіни, n = 512 [265]	19–29	85,8 (15,7)	52,8 (39,7)	69,2 (21,7)	62,9 (18,9)	51,7 (16,4)	61,5 (12,9)	51,4 (44,2)	65,6 (17,3)
Україна, n = 759	17–21	85,4 (5,3)	74,6 (7,6)	68,3 (7,0)	60,5 (5,8)	62,5 (8,1)	75,4 (9,1)	60,5 (4,8)	63,4 (7,3)

Примітка. * – показники чоловіків та жінок достовірно відрізняються ($p < 0,01$).

“Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я”, “Соціальна активність”, “Психічне здоров’я”. Показники “Життєздатність” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” не відрізнялися. Найнижчі середні показники для чоловіків спостерігали за шкалами “Психічне здоров’я” (67,2 бала), “Життєздатність” (65,4 бала) та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (61,2 бала); у жінок – “Біль” (63,5 бала), “Загальний стан здоров’я” (60,0 бала), “Життєздатність” (61,1 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (56,8 бала) та “Психічне здоров’я” (60,3 бала).

Виявлено відмінності в якості життя студентів, які навчаються за різними освітніми напрямами (рис. 3.16). Для студентів, які отримували вищу освіту за напрямом фізична культура та спорт, а також майбутніх працівників аварійно-рятувальних служб характерними були найвищі показники якості життя. Достовірно вищими у студентів факультету фізичного виховання та спорту ($p < 0,01$) були показники, які пов’язані і з фізичним, і психічним компонентами якості життя. Майбутні спеціалісти з фізичного виховання мали кращі показники ($p < 0,01$), ніж студенти-історики або інженери, за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”.

Одні з найнижчих показників якості життя були характерні для студентів історичного факультету. Значення благополуччя за більшістю шкал не перевищували 75 балів, отже, було нижче за середнє. Найнижчі значення спостерігали за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (58,5 бала), “Загальний стан здоров’я” (56,3 бала), “Роль емоцій в обмеженні життєдіяльності” (57,3 бала). Деяко вищі показники були характерні для шкал “Фізична активність” (75,6 бала) та “Соціальна активність” (75,5 бала). Такі результати свідчать про низьку суб’єктивну оцінку стану здоров’я та власних фізичних можливостей.

Найкращі результати виявлено для студентів, які навчалися за напрямами “пожежна безпека”, “спорт” та “фізичне виховання”. Значення благополуччя за шкалою “Фізична активність” для усіх груп респондентів перевищувало 90 балів. Для студентів, які навчалися за напрямом “спорт”, показники якості життя, пов’язаної зі здоров’ям, вищі за середні також за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (88,2 бала), “Біль” (79,5 бала), “Життєздатність” (75,8 бала), “Соціальна активність” (82,4 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (83,4 бала). Такі ж результати отримали польські дослідники, які вивчали вплив спеціалізованої освіти та рівня рухової активності на якість життя студентів різних напрямів навчання [432]. За результатами спостереження за 396 молодими людьми ($M = 20,5$ року), які навчалися на факультетах фі-

зичної культури, фізіотерапії, туризму та рекреації, вони мали вищу якість життя, рідше страждали від депресій, порівняно зі студентами-філологами. Молодь, яка навчається за напрямом “фізична культура і спорт”, оволодіває основними принципами поліпшення якості життя, оскільки вони закладені в академічних програмах.

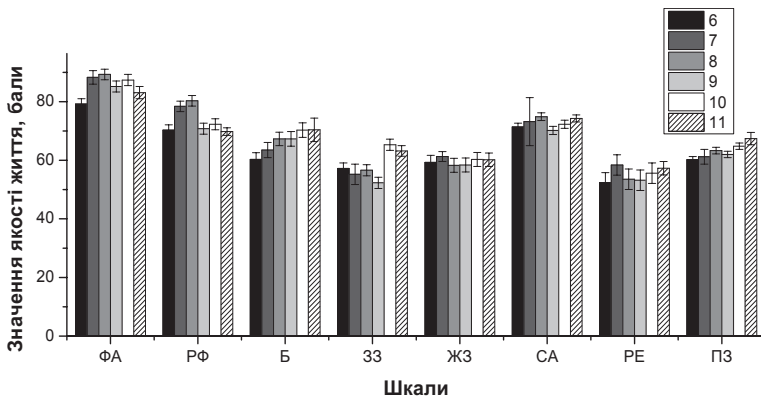
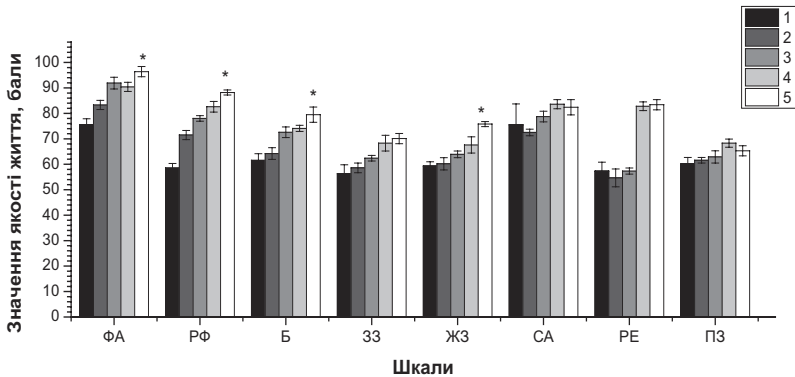


Рис. 3.16. Якість життя ($M \pm SE$) студентів, які навчаються за різними напрямками: 1 – історія (n = 50); 2 – інженерія (n = 50); 3 – фізичне виховання (n = 50), 4 – пожежна безпека (n = 158), 5 – спорт (n = 33), 6 – комп’ютерні технології (n = 19), 7 – математика / фізика (n = 27), 8 – іноземні мови (n = 71), 9 – харчові технології (n = 86), 10 – біологія та технологія / екологія (n = 83), 11 – ветеринарна медицина (n = 52); * – значення якості життя за відповідними шкалами вищі у студентів, які навчаються за напрямом “спорт”, порівняно зі студентами напрямку “фізичне виховання” або “пожежна безпека” ($p < 0,01$)

Усі групи опитаних мали низькі значення за шкалою “Психічне здоров’я”: 60,2 бала – у студентів-істориків, 61,6 бала – у майбутніх інженерів, 62,9 бала – фахівців з фізичного виховання, 68,3 бала – у студентів-рятувальників, 65,3 бала – студентів, які навчалися за напрямом “спорт”, 60,2 бала – молоді, яка вивчає комп’ютерні технології, 61,2 бала – респондентів, які навчаються за напрямом “математика” або “фізика”, 63,3 бала – у майбутніх спеціалістів з іноземних мов, 62,0 бала – у студентів, які вивчають харчові технології, 64,8 бала – студентів, які вивчають біологію та технологію або екологію, 67,4 бала – майбутніх фахівців з ветеринарної медицини. Незадовільними також можна вважати показники шкал “Життєздатність” та “Загальний стан здоров’я”.

Для усіх студентів були характерні досить високі показники за шкалою “Соціальна активність”, вони знаходилися в діапазоні 70–85 балів. Також такі ж результати виявлено щодо шкали “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” для усіх груп респондентів, крім опитаних з історичного факультету.

У студентів, які навчалися за напрямом “пожежна безпека” або “спорт”, якість життя перевищує показники молоді інших країн світу. Зокрема, студенти, які навчалися за напрямом “спорт”, мали вищі значення якості життя ($p < 0,01$) за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” “Біль” та “Життєздатність” порівняно з майбутніми рятувальниками та фахівцями з фізичного виховання. Студенти інших напрямів мали нижчі значення ($p < 0,05$) якості життя за усіма шкалами, крім “Психічне здоров’я”, порівняно з респондентами, які навчалися за напрямом “пожежна безпека” або “спорт”. Оцінювання фізичного компонента якості життя виявило, що ці групи респондентів не мають жодних труднощів з щоденним фізичним навантаженням, а стан здоров’я і можливі больові відчуття не впливають на виконання щоденних обов’язків та роботи. Необхідно зазначити, що відповідно порядку про комплектування та підготовку основного особового складу аварійно-рятувальних служб, професійний відбір проводиться не тільки з урахуванням специфічних умов праці, але й функціонального стану організму, зокрема до вступників у спеціалізовані вищі є посилені вимоги щодо стану здоров’я. Відповідно серед студентів-курсантів немає осіб, які страждають від серцево-судинних захворювань, хвороб дихальної або видільної систем, опорно-рухового апарату, цукрового діабету, онкозахворювань. Лише в 1,9% респондентів медичний працівник встановив погіршення зору одного або обох очей. Проінформованість щодо загального стану здоров’я може бути неповною, оскільки значна частина студентів доволі рідко проходить профілактичні медичні огляди. Тільки половина опитаних (53,8%) були на такому огляді у лікаря щонайменше один раз за останні 1–2 роки, зокрема 18,9% зазна-

чають лише про один візит за останні 24 місяці. Серед респондентів лише 10,8% звертаються до конкретного медичного працівника, якого вважають персональним лікарем або спеціалістом зі збереження здоров'я. А 10,1% опитаних зауважують, що впродовж останнього року стикнулися з ситуацією, коли була потреба у візиті до лікаря, але для цього було недостатньо коштів. Загалом на запитання “Наскільки Ви задоволені доступністю медичного обслуговування?” 53,8% студентів відповіли, що задоволені або дуже задоволені, 17,1% – незадоволені або дуже незадоволені, 29,1% – не можуть чітко охарактеризувати власне ставлення.

За шкалами фізичної компоненти якості життя (“Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”) значення якості життя становить 74–96 балів. Суттєво нижчими є оцінки психічного стану, власного настрою, бадьорості та енергійності респондентами – параметр “Психічне здоров'я” становить 65–68 балів, “Життєздатність” – 67–75 балів. Під час аналізу результатів майбутніх працівників аварійно-рятувальних служб необхідно враховувати, що поширеність тривожності та посттравматичних розладів [312]. Якщо в середньому від 1,9 до 10% населення страждають від депресивних станів та посттравматичних синдромів, то серед ліквідаторів, пожежників та рятувальників відносна кількість таких осіб становить 17–22%. Між досвідом роботи рятувальника та рівнем його стресу і тривожності існує позитивна лінійна залежність. Причинами розвитку таких психологічних станів можна вважати проблеми зі сном, що часто є наслідком роботи по змінах, вживання психоактивних речовин, конфлікти з іншими тощо [277, 476]. Недостатня тривалість сну своєю чергою пов'язана з погіршенням уваги, низькою розумовою працездатністю, втомою та депресією, розвитком серцево-судинних захворювань, погіршенням імунітету та злоякісними новоутвореннями, що суттєво погіршує якість життя. Серед курсантів 55,7% задоволені та 9,5% дуже задоволені своїм сном. Третина майбутніх рятувальників (32,3%) мають скарги на сон, зокрема 1,9% – ним дуже незадоволені.

Низький рівень соціальної підтримки в співробітників аварійно-рятувальних служб корелює з наявністю депресій та високим рівнем стресу. У середньому курсанти позитивно оцінюють стосунки з іншими, емоційний і фізичний стан студентів не обмежує соціальні контакти, а показник за шкалою “Соціальна активність” становить 83,6 бала. Між працівниками аварійно-рятувальних служб зазвичай складаються дружні стосунки, які позитивно впливають на виконання професійних обов'язків та зумовлені колективним виконанням завдань та спільним проживанням. Дуже незадоволені або незадоволені тією підтримкою, яку вони отримують від друзів, 7,0% курсантів, 19,6% характеризували її як посередню; 17,7% дуже незадоволені або незадоволені особистими стосунками, відносна кількість осіб,

які характеризували їх як посередні, становить 22,8%. Таким чином, понад чверть майбутніх рятувальників є у групі ризику щодо розвитку тривожності, стресу та депресії.

Для курсантів характерні високі показники фізичного компонента якості життя. Низькими є показники, що характеризують загальний стан здоров'я, психічний стан та життєвий тонус респондентів. Між компонентами якості життя та чинниками, які зумовлюють погіршення фізичного і психічного станів (особисті стосунки, підтримка друзів, якість сну), виявлено численні статистично достовірні кореляції (табл. 3.7). Виявлено, що оцінка власного психічного стану, настрою та емоції залежать від стану здоров'я ($r = 0,61$), здатності концентрувати увагу ($r = 0,64$), відчуття безпеки ($r = 0,55$), працездатності ($r = 0,63$), задоволеності особистими стосунками ($r = 0,47$) та енергійності ($r = 0,45$). Суб'єктивна оцінка стану здоров'я та емоційний стан респондентів корелює з якістю сну ($r = 0,56$, $r = 0,41$, відповідно), а показник "Життєздатність" корелює з особистими стосунками ($r = 0,51$). Працездатність курсантів корелює майже з усіма компонентами якості життя, коефіцієнти кореляції знаходяться в межах 0,44–0,63.

Таблиця 3.7

Зв'язок між якістю життя курсантів та чинниками, які зумовлюють стрес та втому у співробітників аварійно-рятувальних служб*

Чинник	ФА	РФ	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Задоволеність станом здоров'я	0,44						0,61
Задоволеність власним життям	0,45		0,49	0,49			0,64
Здатність концентрувати увагу							0,64
Відчуття безпеки	0,48		0,48	0,46			0,55
Енергійність	0,38		0,38	0,36			0,45
Оцінювання власної зовнішності	0,36	0,35	0,36	0,38	0,54	0,54	0,57
Оцінювання сну			0,56			0,41	
Здатність виконувати повсякденні обов'язки	0,48						
Працездатність	0,49	0,44	0,48	0,47			0,63
Задоволеність особистими стосунками				0,51			0,47
Підтримка друзів			0,42				

Примітка. * – у таблиці подано достовірні коефіцієнти кореляцій ($p < 0,01$).

Детальний аналіз відповідей респондентів на окремі питання, які характеризують здоров'я та щоденну активність респондентів, виявив, що найвищі оцінки дають студенти, які навчаються за напрямом "пожежна без-

пека”, “фізичне виховання” та “спорт” (рис. 3.17). Кількість студентів цих спеціалізацій, які охарактеризували своє здоров’я як прекрасне, становила 14,6%, 20,0% та 60,6%, відповідно. Більша частина майбутніх фахівців з фізичного виховання (56,0%) та кожний четвертий майбутній рятувальник (28,5%) відзначили про дуже добре здоров’я. Частка осіб з задовільним або поганим здоров’ям серед студентів-істориків та інженерів становила 34,0%, респондентів, які навчалися за напрямами “іноземні мови” та “харчові технології” – 29,6% та 26,8% відповідно.

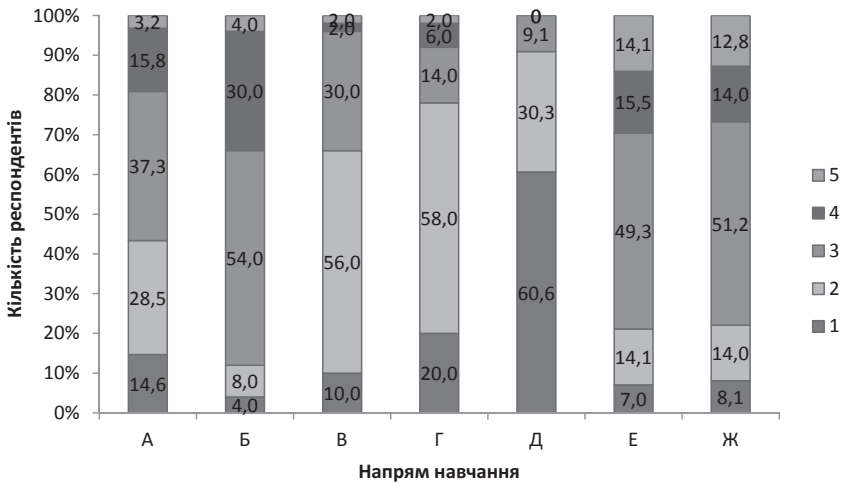


Рис. 3.17. Суб’єктивна оцінка стану здоров’я студентів різних напрямів спеціалізацій:

- 1 – стан здоров’я прекрасний; 2 – дуже добрий;
- 3 – добрий; 4 – задовільний; 5 – поганий;

- А – студенти, які навчаються за напрямом “пожежна безпека” (n = 158);
- Б – “історія” (n = 50); В – “інженерія” (n = 50);
- Г – “фізичне виховання” (n = 50); Д – “спорт” (n = 33);
- Е – “іноземні мови” (n = 71); Ж – “харчові технології” (n = 86)

Більшість студентів, які навчаються за напрямами “пожежна безпека”, “фізичне виховання”, “інженерія”, “спорт” зазначають, що стан здоров’я змінився на краще, або залишився без змін (рис. 3.18). Зокрема, 14,0% студентів напрямів “фізичне виховання” та “інженерія”, 18,6% майбутніх рятувальників, 10,5% респондентів, які навчалися за напрямом “харчові технології” зауважили суттєві позитивні зміни.

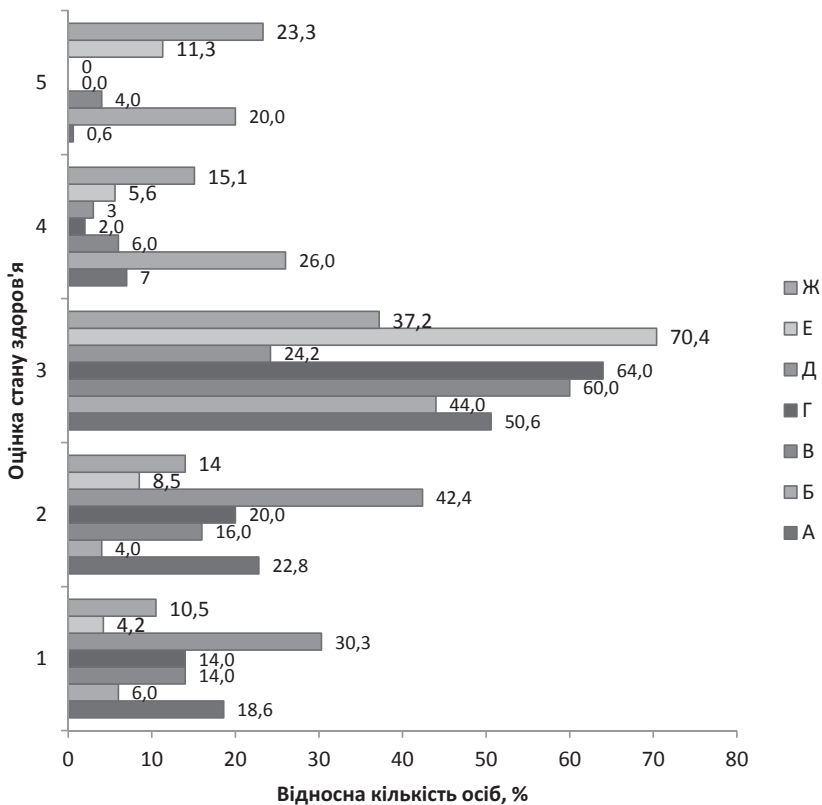


Рис. 3.18. Зміни в стані здоров'я студентів різних напрямів спеціалізацій:

1 – здоров'я набагато краще, ніж рік тому; 2 – трохи краще, ніж рік тому;

3 – майже таке саме, як рік тому; 4 – трохи гірше, ніж рік тому;

5 – набагато гірше, ніж рік тому;

А – студенти, які навчаються за напрямом “пожежна безпека” (n = 158);

Б – “історія” (n = 50); В – “інженерія” (n = 50);

Г – “фізичне виховання” (n = 50); Д – “спорт” (n = 33);

Е – “іноземні мови” (n = 71); Ж – “харчові технології” (n = 86)

Серед студентів, які навчалися за напрямом “спорт”, таку відповідь вибрав кожний третій респондент (30,3%). Загалом, серед опитаних стан здоров'я поліпшився в 41,4% студентів напрямку “пожежна безпека”, 30% майбутніх інженерів, 34% фахівців фізичного виховання. Серед респондентів з факультету іноземних мов та історичного факультету таких осіб було значно менше – 12,7% та 10,0% відповідно, натомість позитивні змі-

ни в стані здоров'я зауважили 72,7% молоді, що навчалися за напрямом “спорт”. Суттєве погіршення в стані здоров'я помітили 20,0% опитаних, які навчалися на історичному факультеті, 23,3% студентів, які спеціалізуються за напрямом “харчові технології”, та 11,3% молоді, яка вивчає іноземні мови. Майбутні фахівці з пожежної безпеки, інженерії та спорту рідко скаржаться на проблеми зі здоров'ям, серед цієї групи респондентів є лише до 4% осіб, які вважають, що їх самопочуття впродовж останнього року суттєво погіршилося.

Серед респондентів, які навчалися за напрямками “пожежна безпека”, “фізичне виховання” або “спорт” також було найменше осіб, які скаржилися на низьку працездатність та неякісне виконання роботи у зв'язку з незадовільним фізичним або психічним здоров'ям (табл. 3.8). Так, лише 9,1% майбутніх фахівців з питань спорту були змушені обмежити тривалість праці та виконали менший обсяг роботи, 6,1% витратили на завдання більше часу у зв'язку з поганим самопочуттям. Серед інших груп студентів таких осіб є значно більше. Наприклад, половина студентів історичного факультету скаржилися на низьку працездатність та незадовільну ефективність праці, кожному четвертому студенту напрямку “харчові технології” (25,6%) фізичний стан був на перешкоді виконання різних завдань, кожний третій (38,4%) витрачав на виконання завдань більше часу, ніж необхідно. Студенти, які навчаються за напрямом “фізичне виховання”, частіше пов'язують невисоку працездатність з фізичним здоров'ям, лише 10–12% зауважили, що на виконання щоденних завдань негативно впливає настрій. Загалом психічний стан, порівняно з фізичним, більше впливав на працездатність усіх груп респондентів.

Таблиця 3.8

Вплив здоров'я на працездатність студентів різних напрямів навчання

Характеристика працездатності	Відносна кількість респондентів (у%)						
	по- жежна безпека (n= 158)	історія (n=50)	інже- нерія (n=50)	фізичне вихо- вання (n=50)	спорт (n=33)	іно- земна мова (n=71)	харчові техно- логії (n=86)
Вплив фізичного здоров'я							
Могли працювати впродовж короткого періоду часу	12,7	50,0	20,0	12,0	9,1	16,9	20,9

Характеристика працездатності	Відносна кількість респондентів (у%)						
	по- жежна безпека (n= 158)	історія (n=50)	інже- нерія (n=50)	фізичне вихо- вання (n=50)	спорт (n=33)	іно- земна мова (n=71)	харчові техно- логії (n=86)
Виконали менший обсяг роботи	18,4	46,0	22,0	18,0	9,1	47,9	41,9
Не могли виконувати певні завдання	18,4	32,0	30,0	22,0	3,0	19,7	25,6
Витрачали на завдання більше часу	19,6	48,0	24,0	20,0	6,1	32,4	38,4
Вплив психічного здоров'я							
Могли працювати впродовж короткого періоду часу	15,2	52,0	12,0	10,0	12,0	29,6	25,6
Зробили менше, ніж хотіли	17,1	30,0	16,0	12,0	18,0	39,4	23,3
Не могли працювати як звичайно	19,0	20,0	18,0	10,0	15,0	29,6	27,9

Закономірно, що серед студентів, які на етапі вступу до вищого навчального закладу, проходять спеціалізований відбір, значно менше осіб, які мають проблеми з найпростішими різновидами рухової активності (рис. 3.19). Так, лише 5,1 % майбутніх працівників аварійно-рятувальних служб зазначили, що їм важко бігати, 3,8 % – прибирати у квартирі, 1,3 % – піднімати і переносити речі, 3,8 % – підніматися сходами, 2,5 % – нахилитися.

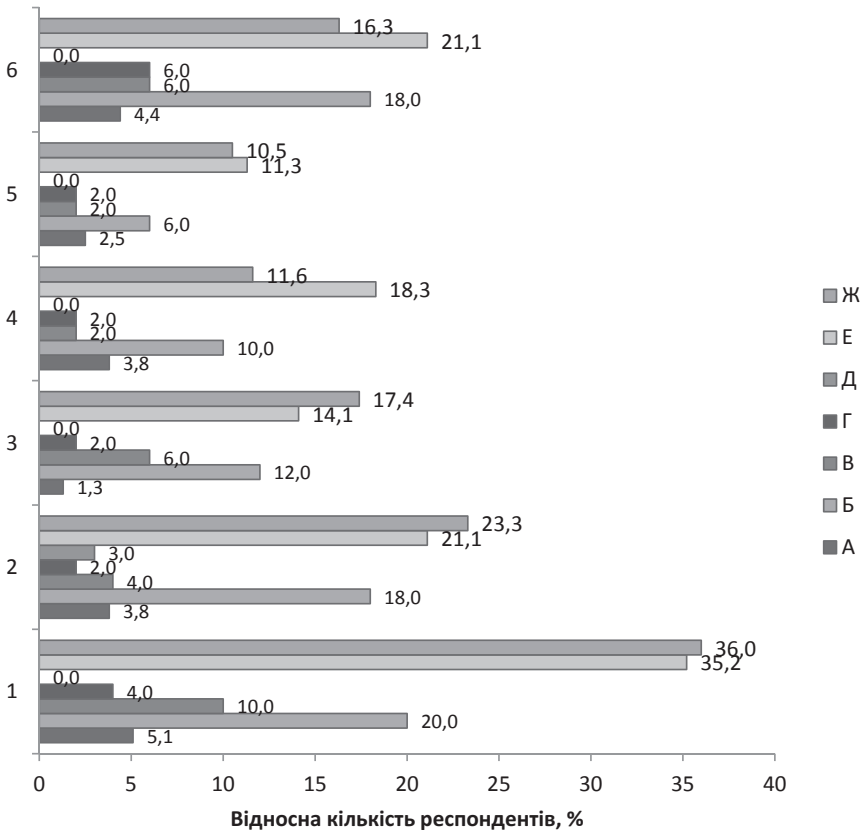


Рис. 3.19. Щоденна активність студентів:

1 – студентів важко бігати; 2 – прибирати у квартирі; 3 – піднімати й переносити важкі сумки; 4 – підніматися на один поверх сходами; 5 – нахилитися чи ставати навколішки; 6 – пройти кілька кварталів;

А – студенти, які навчаються за напрямом “пожежна безпека” (n = 158);

Б – “історія” (n = 50); В – “інженерія” (n = 50);

Г – “фізичне виховання” (n = 50); Д – “спорт” (n = 33);

Е – “іноземні мови” (n = 71); Ж – “харчові технології” (n = 86)

Студенти, які навчалися за напрямом “спорт”, таких скарг не мали. Кожний третій студент, який навчався за напрямками “іноземні мови” та “харчові технології” (35,2% та 36,0% відповідно), зазначив, що йому важко бігати, певні труднощі з тривалими пішими прогулянками мають 21,1% та 16,3% молоді відповідно, 21,1% та 23,3% опитаних відповідно. Серед сту-

дентів історичного факультету труднощі з названими діями мають до 20 % респондентів. Також на цьому факультеті навчається найбільше осіб, які скаржилися на постійну роздратованість (18,0%), пригніченість (20,0%), виснаженість (32,0%) та втому (30,0%) (рис. 3.20).

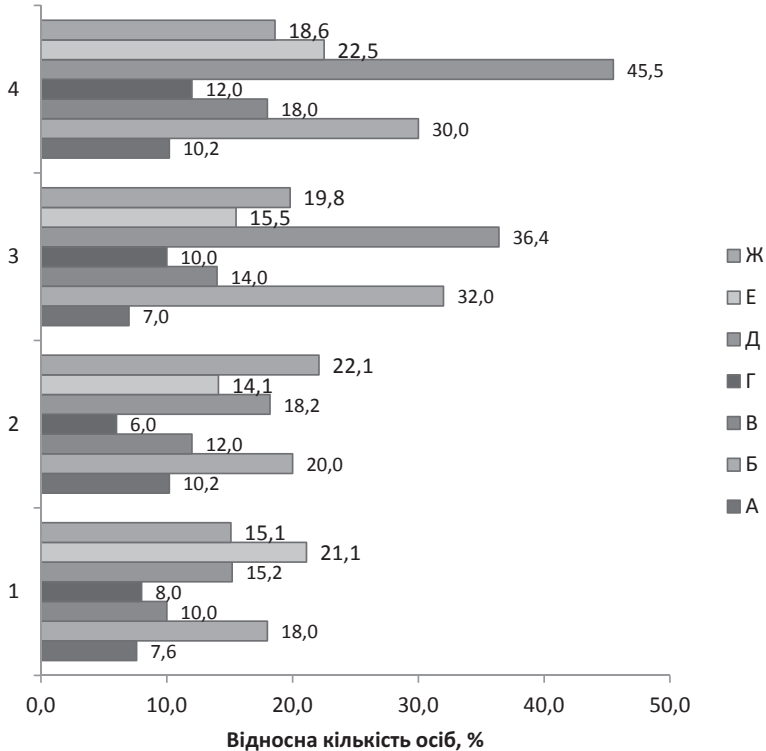


Рис. 3.20. Психічне здоров'я студентів:

- 1 – студенти увесь час або більшість часу були роздратованими,
- 2 – пригніченими, 3 – виснаженими, 4 – втомленими;

А – студенти, які навчаються за напрямом “пожежна безпека” (n = 158);

Б – “історія” (n = 50); В – “інженерія” (n = 50);

Г – “фізичне виховання” (n = 50); Д – “спорт” (n = 33);

Е – “іноземні мови” (n = 71); Ж – “харчові технології” (n = 86)

Студенти напрямів “пожежна безпека” та “фізичне виховання” мають найкращий психічний стан, а кількість осіб, які мають скарги, становить менше ніж 10%. Можна зауважити, що кожний шостий студент (18,0%) напря-

му “фізичне виховання” скаржитися на втому. Такі ж результати характерні для майбутніх фахівців з питань спорту. Кожна молода людина скаржилася на дратівливість (21,1%) та втому (22,5%), пригніченими або виснаженими почували себе 14,1% та 15,5% опитаних відповідно. Такі результати можна пояснити особливостями навчальної та тренувальної діяльності.

За час навчання у вищому навчальному закладі можна спостерігати різні зміни в показниках благополуччя молоді. Якість життя, пов’язана зі здоров’ям, студентів напряму “пожежна безпека” погіршується. Середні показники за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я”, “Соціальна активність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” вищі в студентів третього курсу, ніж у четвертого (рис. 3.21).

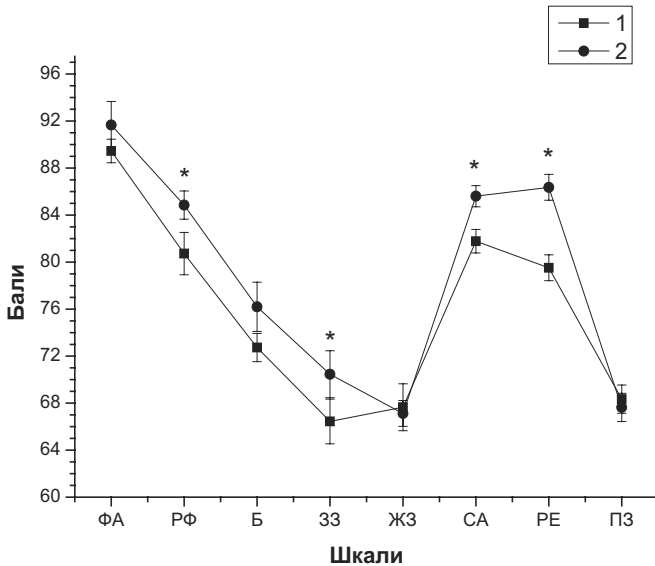


Рис. 3.21. Динаміка якості життя майбутніх працівників аварійно-рятувальних служб:

1 – студенти четвертого курсу (n = 50); 2 – студенти третього курсу (n = 50);

* – статистично достовірна різниця між значеннями шкал, $p < 0,05$

Статистично достовірні відмінності виявлено щодо шкал “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Загальний стан здоров’я”, “Соціальна активність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”, що свідчить про тенденцію погіршення здоров’я, зниження рівня соціальної активності через погіршення психічного і фізичного здоров’я.

Інші результати отримано для молоді інших напрямів навчання (рис. 3.22). У студентів-другокурсників, які навчалися на факультетах фізичного виховання або інженерно-технічному, спостерігали зростання якості життя. У майбутніх інженерів виявлено поліпшення благополуччя за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Соціальна активність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Психічне здоров’я”. У молоді, яка навчалася за напрямом “фізичне виховання”, зростали показники шкал “Фізичне виховання”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Життєздатність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Психічне здоров’я”. Можна зауважити, що для цієї групи респондентів якість життя за шкалою “Біль” була вища в студентів першого року навчання. У студентів факультету фізичного виховання спостерігали поліпшення якості життя, осердям якої було здоров’я, лише за шкалами “Фізична активність” та “Психічне здоров’я”, інші показники були без змін.

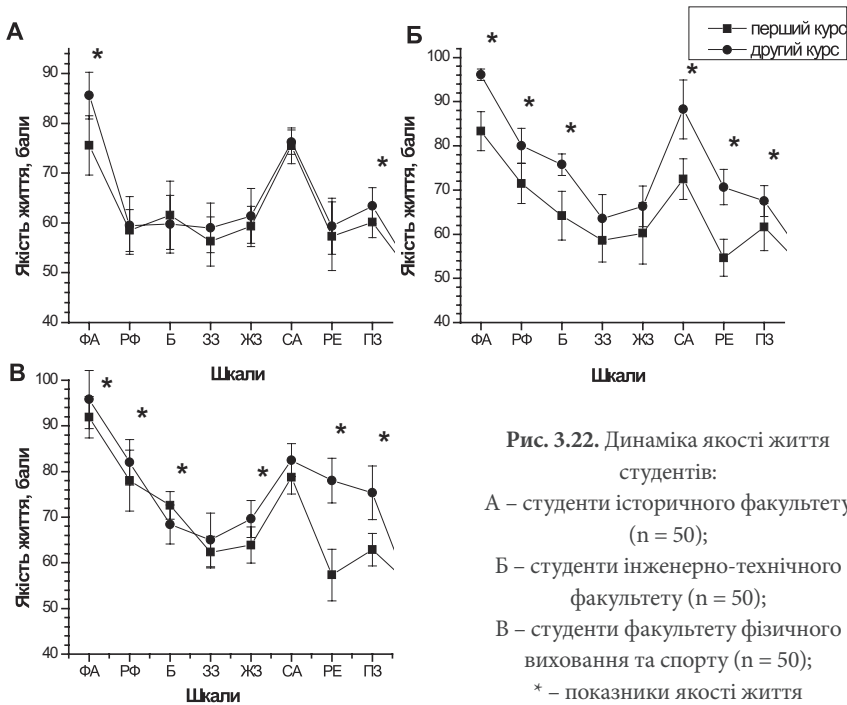


Рис. 3.22. Динаміка якості життя студентів:
 А – студенти історичного факультету (n = 50);
 Б – студенти інженерно-технічного факультету (n = 50);
 В – студенти факультету фізичного виховання та спорту (n = 50);
 * – показники якості життя за відповідними шкалами відрізняються в студентів першого та другого року навчання (p < 0,01)

Оскільки визначення якості життя передбачає оцінювання різних аспектів здоров'я, то одним з інформативних методів є обчислення кількості днів за останній місяць з поганим самопочуттям. Зважаючи на показники якості життя молоді, яка навчалася за напрямом “пожежна безпека”, цікавим було встановити нормативні дані для психічно стійких осіб, що мають високий рівень фізичної підготовленості. Детальне вивчення цього показника в науковій літературі виявило, що для здорових осіб працездатного віку він становить 6–9. Для респондентів, які страждають від різних захворювань, кількість днів нездоров'я значно вища. Так, наприклад, за наявності психічних захворювань, опитані мають 17,6 нездорового дня, гіпертонії, болю в спині – 12,2 дня, діабету – 12,3 дня тощо [246]. Більшість майбутніх рятувальників (65,8%) зазначили про добре самопочуття впродовж останнього місяця. Про наявність днів “нездоров'я” зазначила невелика кількість опитаних. Загалом 17,7% респондентів зазначили про наявність днів нездоров'я, а середній показник серед них становив 9,5 дня (рис. 3.23). Основною причиною днів з погіршеним самопочуттям студенти називали стрес, депресивні стани, негативні емоції. Незадовільне психічне здоров'я заважало протягом 5,8 дня звичній активності респондентів. Для порівняння на незадовільне самопочуття впродовж місяця скаржилися 45,8% майбутніх фахівців з питань здоров'я (n = 59), а середній показник для усієї групи опитаних становив 9,3 дня. Для українських респондентів зрілого віку цей показник становив 14,5 дня. Літні люди (n = 150) скаржилися на 16,1 дня “нездоров'я” впродовж місяця.

Загальновідомо, що участь у аварійно-рятувальних та військових операціях може негативно вплинути на фізичне і психічне здоров'я. Для ветеранів, які брали участь у військових діях, характерно збільшення витрат на охорону здоров'я та медичні послуги, розвиток посттравматичного синдрому, зростання впливу поведінкових факторів ризику [333, 334, 382]. Проте необхідно зазначити, що лише участь у певних історичних подіях є причиною таких проблем. Так, наприклад, ветерани війни у В'єтнамі та Перській затоці у 2–3 рази частіше страждають від фізичних та психічних захворювань та мають нижчу якість життя порівняно з ветеранами Боснійського конфлікту [329, 501]. Опитування британських військових, які перебували в Іраку, не виявило відмінностей у фізичному, психічному здоров'ї, якості життя порівняно із військовослужбовцями, не задіяними у збройних конфліктах. Групою ризику можна вважати працівників (військовослужбовці, правоохоронці, пожежники), які безпосередньо надавали допомогу постраждалим від стихійних лих, були свідками аварійної ситуації чи стихійного лиха, брали участь у аварійно-рятувальних роботах, надавали допомогу важко пораненим, стали свідками смерті дітей або колег по роботі тощо [332].

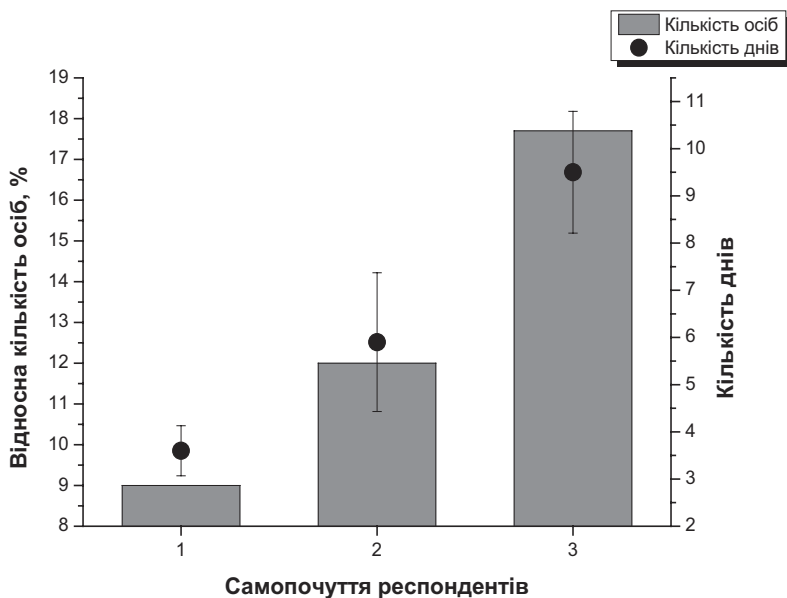


Рис. 3.23. Кількість днів “нездоров’я” для студентів напрямку “пожежна безпека” (n = 158):
 1 – скарги на фізичне здоров’я; 2 – скарги на психічне здоров’я;
 3 – скарги на фізичне і психічне здоров’я

Якість життя українських студентів можна охарактеризувати як середню, лише деякі групи респондентів мали показники благополуччя, вищі за середні. Студенти мають вищі значення благополуччя за шкалами, які особливо тісно пов’язані з фізичним компонентом якості життя – “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, але показники, пов’язані із психічним благополуччям є низькими (наприклад, “Психічне здоров’я”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”). Це свідчить про схильність до депресивних і тривожних станів, емоційне вигорання.

3.3. | Якість життя осіб зрілого віку

Показники якості життя дорослих чоловіків та жінок відрізняються, суттєві відмінності можна спостерігати в респондентів різного віку (рис. 3.24). В осіб чоловічої статі значення благополуччя за низкою параметрів вище ($p < 0,01$), ніж у жінок.

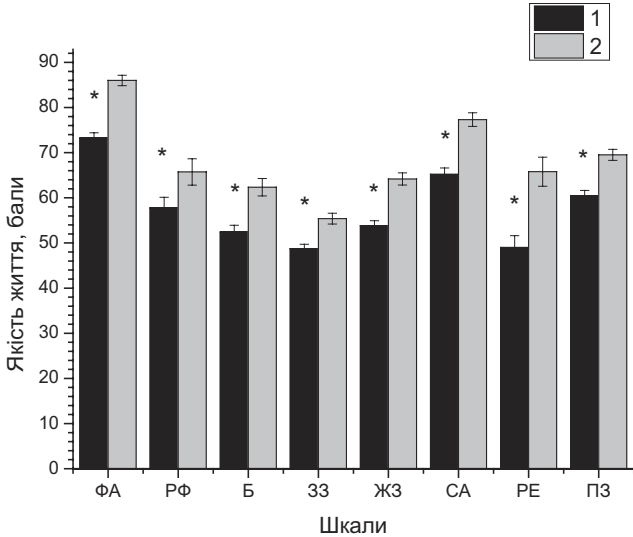


Рис. 3.24. Параметри якості життя осіб зрілого віку:

1 – жінки (n = 473), 2 – чоловіки (n = 403);

* – показники якості життя жінок нижчі, ніж чоловіків (p < 0,01)

У жінок дуже низькими були показники шкал “Загальний стан здоров’я” (48,4 бала) та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (49,0 бала). Значення якості життя за цими параметрами на 14% та 34% відповідно нижчі порівняно з чоловіками. Вищим за середній був показник благополуччя за шкалою “Фізична активність” у респондентів-чоловіків (86,0 бала), для жінок це значення становило 73,3 бала. Аналіз даних інших шкал свідчить про незадовільне самопочуття респондентів, суттєві проблеми з щоденної активністю, обмеження спілкування з родиною та друзями, зниження працездатності через поганий стан фізичного і психічного здоров’я. Нижчими за середній нормативний показник (менше ніж 75 балів) були показники шкал “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (57,7 бала в жінок, 65,2 бала в чоловіків), “Біль” (52,4 бала в осіб жіночої статі, 62,3 бала – чоловічої), “Загальний стан здоров’я” (48,8 бала в респонденток та 55,4 бала в респондентів), “Життєздатність” (53,8 бала в жінок, 64,2 бала в чоловіків), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (49,0 бала в опитаних жіночої статі, 65,7 бала – чоловічої). Це своєю чергою зумовлює невисокі значення загального фізичного та психічного компонента якості життя – для жінок вони становили $50,4 \pm 0,4$ бала і $41,3 \pm 0,7$ бала відповідно, для чоловіків – $51,4 \pm 0,5$ бала і $46,7 \pm 0,7$ бала відповідно.

Суттєвих змін пов'язана зі здоров'ям якість життя зазнає з віком (табл. 3.9). Достовірно нижчими ($p < 0,01$) були показники “Фізичної активності”, “Ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Болю”, “Ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”. Не спостерігали статистично достовірних відмінностей ($p < 0,01$) щодо суб'єктивної оцінки стану здоров'я (“Загальний стан здоров'я”), настрою (“Психічне здоров'я”), енергійності (“Життєздатність”).

Таблиця 3.9

Якість життя ($M \pm SE$) респондентів різного віку

Шкала	Вік опитаних					
	24–30 років, n = 49		31–40 років, n = 313		41–50 років, n = 384	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
ФА	84,3±2,6	91,7±1,7	72,3±1,6*	82,3±1,3	78,5±2,1	80,7±1,2
РФ	70,7±0,6	77,9±8,3	61,2±3,8*	69,8±4,8	52,5±4,3	64,6±5,7
Б	49,8±1,2*	68,9±4,6	54,7±2,4*	67,0±3,1	52,4±2,8*	62,7±3,9
ЗЗ	56,0±3,3	55,5±2,9	48,2±1,4*	59,4±2,0	47,7±1,8*	54,0±1,8
ЖЗ	56,3±3,9	64,4±4,1	55,1±1,7*	66,3±2,1	53,3±1,9*	65,9±2,0
СА	65,8±5,4*	83,8±4,3	64,8±2,4*	79,9±2,2	65,0±2,4*	76,8±2,9
РЕ	59,4±2,4*	84,3±7,1	47,3±4,1*	66,0±5,5	45,4±4,9*	65,9±6,3
ПЗ	64,3±1,7*	75,3±3,8	59,9±1,8*	69,8±2,1	59,4±2,1*	70,6±1,9
	51–60 років, n = 72		61–65 років, n = 58			
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки		
ФА	69,0±2,0	77,5±0,9	72,1±4,2	76,7±3,1		
РФ	50,6±5,4*	62,9±6,3	68,8±13,2	30,6±4,6 ^v		
Б	48,9±3,2	55,0±4,7	51,5±9,1	47,1±6,9		
ЗЗ	47,6±2,2	50,8±3,3	51,1±5,8	49,9±4,5		
ЖЗ	49,3±2,6*	58,5±0,8	61,3±4,0	65,6±5,6		
СА	67,3±3,1	72,6±3,9	59,4±8,8*	70,8±6,6		
РЕ	50,0±1,3*	63,4±2,1	70,8±3,3	33,4±7,4 ^v		
ПЗ	60,4±2,9	65,7±3,3	69,0±2,4	71,6±5,0		

Примітки: * – показник якості життя жінок нижчий, ніж у чоловіків ($p < 0,01$);

^v – показник якості життя чоловіків нижчий, ніж у жінок ($p < 0,01$).

Можна звернути увагу, що, незалежно від віку, у жінок дуже низькі значення благополуччя за шкалами “Рівень болю” (49,8 бала – в опитаних віком 24–30 років, 54,7 бала – у респонденток віком 31–40 років, 52,4 бала – в групі віком 41–50 років, 48,9 бала – для 51–60-річних, 51,5 бала – якщо опитані віком 61–65 років). Критичне значення для опитаних жіночої статі мали параметри “Загальний стан здоров'я” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”. Значення якості життя чоловіків віком 24–30 років були вищі, ніж у жінок, за шкалами “Рівень болю”, “Соціальна активність”, “Роль

емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров’я”, у групі 31–40 років – за усіма шкалами, для групи 41–50 років – за усіма шкалами, окрім “Фізична активність” та “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Життєздатність”, для групи 51–60 років – за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Життєздатність” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєздатності”. Жінки віком 61–65 років мали вищі за середні значення якості життя за більшістю шкал, проте статистично достовірні відмінності спостерігали щодо “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”.

Показники якості життя осіб зрілого віку змінюються по-різному в процесі старіння людини. Наприклад, суб’єктивна оцінка респондентом обсягу свого щоденного фізичного навантаження (“Фізична активність”) зменшується на 3–6 балів кожні десять років, суттєве погіршення емоційного стану (“Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”) відбувається у віці 31–40 років, натомість величина інших параметрів суттєво не змінюється (наприклад, “Життєздатність”, “Соціальна активність”). Виявлено статистично достовірні зміни між деякими параметрами якості життя осіб віком 24–30 років та 61–65 років (рис. 3.25). Відмінності спостерігали для шкал фізичного і психічного компонентів якості життя – “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”. Середні значення показників “Психічне здоров’я”, “Життєздатність” та “Загальний стан здоров’я” не відрізнялися в опитаних цих груп, на основі загальних результатів можна передбачати, що якість життя молодшого покоління в майбутньому буде значно нижчою.

Зміну показників “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” в осіб різних вікових груп можна пояснити віковими змінами в організмі, погіршенням фізичного та психічного стану, збільшенням кількості осіб з хронічними захворюваннями. Значення за шкалами “Рівень болю” (49,8–54,7 бала для жінок та 47,1–68,9 бала для чоловіків), “Загальний стан здоров’я” (47,6–56,0 бала в жінок, 49,9–59,4 бала в чоловіків), “Життєздатність” (49,3–61,3 бала в жінок, 58,5–66,3 бала в чоловіків), “Соціальна активність” (59,4–67,3 бала в жінок) невисокі в усіх респондентів незалежно від віку. Для осіб віком 61–65 років характерні відносно високі, порівняно з іншими віковими категоріями, показники якості життя. Винятком можна вважати параметри благополуччя в респондентів чоловічої статі, які характеризують вплив фізичних проблем та психічного стану на щоденну діяльність (“Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 30,6 бала та “Роль емоційних проблем

в обмеженні життєдіяльності” – 33,4 бала). Такі результати можна пояснити тим, що лише фізично та психічно здорові респонденти такого віку продовжують працювати за фахом.

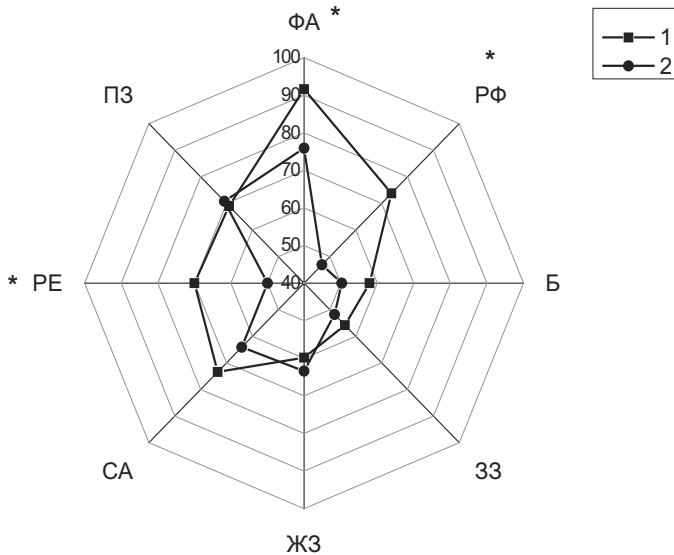


Рис. 3.25. Якість життя дорослих (за різними шкалами, бали):

1 – особи віком 24–30 років (n = 49); 2 – особи після 61–65 років (n = 58);

* – достовірна різниця між показниками осіб різного віку (p < 0,05)

Для виявлення впливу професійної діяльності окремо вивчено якість життя дорослих, які навчалися за різними напрямками спеціалізації, але працюють надалі в галузі освіти. Опитано педагогічних працівників, які викладають захист Вітчизни, трудове навчання, основи здоров'я, фізичну культуру, а також педагогів-організаторів та учителів, які викладають у молодшій школі. Середні значення шкали “Фізична активність” були для респондентів різних груп у діапазоні 74,1–93,8 бала, що свідчить про відсутність суттєвих обмежень через стан соматичного здоров'я під час виконання базових рухових дій – піднімання сходами, присідання, прогулянки на різну відстань (табл. 3.10). Нижчий рівень параметра “Фізична активність” пов'язаний зі зниженням показника “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, оскільки з погіршенням фізичного стану рівень працездатності також понижується. Найнижчі значення благополуччя за шкалою “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” спостерігали для вчителів захисту Вітчизни та педагогів,

які викладали трудове навчання. Самооцінку власного стану здоров'я допомагає зрозуміти шкала “Загальний стан здоров'я”, у вчителів різних напрямів навчання цей показник був не вищий ніж 57,5 бала. Також максимальне значення за шкалою “Рівень болю” не перевищувало 65,5 бала. Рівень соціальної активності педагогів був вищий за середній лише у вчителів фізичної культури (78,7 бала).

Таблиця 3.10

**Якість життя (M ± SE, бали)
педагогів загальноосвітніх навчальних закладів**

Шкала або компонент	Посада					
	вчителі основ здоров'я, n = 142	вчителі фізичної культури, n = 410	вчителі захисту Вітчизни, n = 56	педагоги-організатори, n = 73	вчителі трудового навчання, n = 75	вчителі молодшої школи, n = 120
ФА	83,1 ± 1,5	88,8 ± 1,0*	79,0 ± 2,6	74,1 ± 2,8	85,7 ± 1,8	76,2 ± 2,3
РФ	60,0 ± 3,5	71,6 ± 3,8*	53,1 ± 1,2	59,5 ± 4,7	54,0 ± 4,4	59,0 ± 1,2
Б	52,6 ± 2,0	65,4 ± 2,3*	51,3 ± 3,0	50,5 ± 3,2	57,3 ± 3,1	52,6 ± 3,5
ЗЗ	50,3 ± 1,3	60,5 ± 1,4*	48,7 ± 2,2	46,1 ± 2,0	51,9 ± 1,8	49,3 ± 3,4
ЖЗ	55,4 ± 1,7	63,8 ± 1,8*	55,4 ± 2,4	54,0 ± 2,4	56,2 ± 2,1	58,4 ± 2,1
СА	68,5 ± 2,2	76,7 ± 1,9 ^в	67,6 ± 3,2	61,8 ± 2,9	69,0 ± 2,2	75,5 ± 2,2
РЕ	56,4 ± 0,7	66,7 ± 4,1 ^в	50,0 ± 5,4	45,5 ± 5,5	51,6 ± 5,0	66,8 ± 2,7
ПЗ	64,3 ± 1,6	64,5 ± 1,7 ^а	60,1 ± 2,5	59,1 ± 2,1	64,2 ± 2,1	61,3 ± 0,9
ЗФК	50,0 ± 0,6	52,6 ± 0,6	49,5 ± 0,8	49,9 ± 1,0	50,6 ± 0,8	51,3 ± 1,7
ЗПК	43,6 ± 1,0	46,3 ± 1,0	42,1 ± 1,4	40,7 ± 1,3	42,7 ± 1,2	42,6 ± 1,4

Примітки: * – показники вчителів фізичної культури вищі, ніж в інших груп респондентів ($p < 0,05$);

^в – показники вчителів фізичної культури вищі, ніж в інших груп респондентів, але не відрізняються від результатів вчителів молодшої школи ($p < 0,05$);

^а – показники вчителів фізичної культури не відрізняються від результатів інших груп респондентів ($p < 0,05$).

Занепокоєння викликають результати, що характеризують психічний компонент якості життя. Загалом значення загального психічного компонента нижче ніж 50 балів, що свідчить про незадовільний емоційний стан, наявність у педагогів депресивних і тривожних станів.

Необхідно зазначити, що в загальноосвітніх навчальних закладах за програмою передбачено лише два навчальні предмети, що ґрунтуються на розумінні життя і здоров'я людини як найбільшої цінності – це фізична культура та основи здоров'я. Ці навчальні дисципліни допомагають сформувати такі уміння і навички, які сприятимуть збереженню здоров'я в майбутньому. Зрозуміло, що визначальним для реалізації такого навчання є якісна підготовка вчителів, але неодмінною її складовою частиною

є формування в них здоров'язбережної компетентності. Її можна окреслити як здатність до збереження здоров'я, але не лише учнів, але й власного. Володіння здоров'язбережною компетентністю дає змогу зберегти усі складові частини здоров'я, дотримуватися здорового способу життя, застосовувати відповідні навички та вміння для гармонізації праці та відпочинку, запобігати захворюваності, зокрема професійному стресу та вигоранню. Отже, учителі фізичної культури та основ здоров'я не тільки володіють знаннями щодо здорового способу життя або знають про методи збереження та зміцнення здоров'я, а й активно використовують їх у щоденному житті. Тому показники якості життя, осердям якої є здоров'я, мали би мати одні з найвищих значень. Середні значення якості життя за усіма шкалами, окрім "Психічне здоров'я", найвищі у вчителів фізичної культури (рис. 3.26).

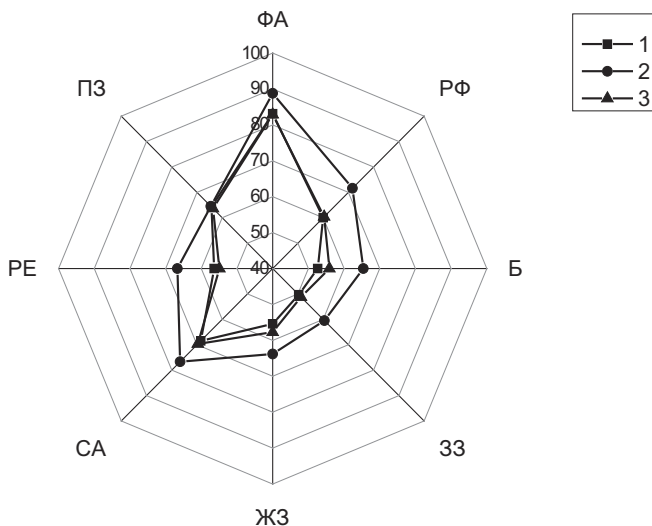


Рис. 3.26. Якість життя педагогів загальноосвітніх навчальних закладів (бали):
 1 – учителі основ здоров'я (n = 142); 2 – учителі фізичної культури (n = 410);
 3 – середні значення за загальною вибіркою (n = 874)

Статистично достовірні відмінності ($p < 0,05$) виявлено для шкал "Фізична активність" (88,8 бала), "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" (71,6 бала), "Рівень болю" (65,4 бала), "Загальний стан здоров'я" (60,5 бала), "Життєздатність" (63,8 бала). Зокрема, показники благополуччя підвищуються у зв'язку з можливістю виконувати більше щоденне навантаження (дані шкали "Фізична активність" становлять 94 бали,

“Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 72 бали). Попри невисоку оцінку власного стану здоров’я (значення шкали “Загальний стан здоров’я” становить 60,5 бала), упродовж останнього місяця фізичні та емоційні проблеми менше заважали щоденній активності вчителів фізичної культури, зокрема їх соціальної активності (“Соціальна активність” – 76,7 бала), порівняно з педагогами інших спеціалізацій. Натомість якість життя учителів основ здоров’я не відрізняється від середніх значень загальної групи респондентів ($p < 0,01$). Показники якості життя вчителів основ здоров’я не відрізнялися ($p < 0,05$) від середніх показників. Деякі значення шкал, що пов’язані з фізичним і психічним здоров’ям, були особливо низькі, порівняно з максимально можливими результатами шкал “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю”, “Соціальна активність”.

Якість життя вчителів основ здоров’я не відрізняється ($p < 0,05$) від рівня благополуччя вчителів захисту Вітчизни, трудового навчання та педагогів-організаторів за усіма шкалами (див. табл. 3.10). Показники благополуччя вчителів основ здоров’я свідчать про незадовільний стан здоров’я, низьку працездатність через поганий фізичний і психічний стани, що, зокрема, може свідчити і про те, що педагоги не володіють здоров’язбережною компетентністю.

Отримані бали за усіма шкалами, окрім “Фізична активність”, є суттєво нижчими, ніж у жителів Канади віком 55–64 років, зокрема громадян, які хворіли впродовж тривалого часу [235]. Для мешканців Канади значення шкали “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” становило 76,2 бала, “Рівень болю” – 73,5 бала, “Загальний стан здоров’я” – 73,5 бала, “Життєздатність” – 67,7 бала, “Соціальна активність” – 87,0 бала, “Вплив емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 83,4 бала, “Психічний стан” – 79,3 бала.

3.4. | Показники якості життя осіб похилого та старечого віку

Показники якості життя осіб літнього віку, які проживають у різних країнах світу, подано в табл. 3.11. Можна стверджувати, що наявність гострих або хронічних захворювань – основний чинник, що суттєво погіршує якість життя за усіма шкалами. Так, показники благополуччя осіб літнього віку після інсульту чи в старших пацієнтів, які страждають від захворювання очей, зумовлене діабетом, становлять за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” нижче ніж 50 балів.

Якість життя осіб літнього віку

Країна / регіон, стать, кількість респондентів	Вік, роки (середній показник або віковий діапазон)	Бали за шкалами SF 36, М (SD)							
		ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Особи з гострими чи хронічними захворюваннями									
Іран, n = 220 [336]*	60	38,6	30,7	50,6	44,9	47,8	52,9	36,9	49,9
КНР, n = 54 [441]**	>55	70,1 (20,8)	46,1 (42,2)	68,3 (24,2)	47,7 (14,6)	60,6 (19,9)	64,3 (19,9)	48,3 (37,4)	60,1 (18,8)
США, n = 640 [498]***	77	49,8	56,0	63,6	59,7	48,4	65,2	64,7	74,1
Швеція, n = 188 [198]****	74	49,5 (31,4)	15,5 (29,2)	65,7 (31,4)	58,5 (20,9)	52,8 (22,9)	66,2 (28,7)	53,6 (44,2)	75,4 (20,5)
Практично здорові респонденти									
Іран, n = 153 [487]	65–69	62,6 (30,2)	69,2 (44,8)	57,0 (28,9)	57,1 (19,9)	58,8 (24,1)	72,4 (25,0)	68,8 (45,3)	64,8 (21,8)
КНР, жінки, [323]	>60	79,1 (18,29)	91,0 (27,5)	90,0 (17,2)	58,2 (19,4)	65,6 (19,4)	92,8 (12,4)	92,0 (25,3)	80,6 (15,1)
КНР, чоловіки, [323]	>60	83,2 (13,6)	92,0 (23,9)	91,6 (17,0)	61,8 (17,5)	68,9 (16,8)	93,0 (12,2)	96,0 (17,1)	81,9 (14,4)
Японія, жінки, n = 108 [541]	65–85	74,0 – 91,2	73,6 – 85,2	63,4 – 80,6	52,5 – 71,0	58,7 – 77,3	83,8 – 92,6	74,1 – 91,4	67,0 – 85,9
Японія, чоловіки, n = 73 [541]	65–85	73,2 – 94,0	76,3 – 95,2	58,9 – 84,6	56,9 – 73,6	61,9 – 83,9	84,2 – 97,2	78,9 – 99,1	72,6 – 88,3
Бразилія, n = 1 092 [322]	60–69	78,7	86,1	76,0	72,9	67,7	88,6	88,7	70,3

Продовження табл. 3.11

Країна / регіон, стать, кількість респондентів	Вік, роки (середній показник або віковий діапазон)	Бали за шкалами SF 36, M (SD)							
		ФА	РФ	Б	33	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
США, жінки, n = 60 [428]	78	66,9 (27,4)	73,7 (33,9)	70,2 (25,1)	74,2 (16,1)	66,8 (17,1)	91,4 (15,7)	92,0 (21,0)	85,0 (12,7)
США, чоловіки, n = 48 [428]	77	76,4 (23,3)	77,8 (32,9)	77,5 (20,2)	75,5 (15,4)	65,9 (18,0)	90,6 (16,0)	87,9 (25,0)	84,9 (10,8)
Канада, жінки, n = 2 126 [235]	65–74	73,3 (23,3)	74,1 (37,6)	71,4 (24,4)	73,3 (18,3)	65,6 (18,5)	86,4 (20,4)	81,8 (34,3)	77,0 (15,6)
Канада, чоловіки, n = 799 [235]	65–74	78,6 (20,5)	78,7 (35,1)	77,2 (22,9)	73,7 (18,6)	70,2 (17,2)	87,7 (19,0)	85,4 (30,8)	82,1 (13,9)
Південна Австралія, чоловіки, n = 134 [255]	65–74	74,8 (25,7)	69,0 (38,5)	76,2 (27,4)	65,9 (23,9)	64,0 (26,1)	84,9 (28,1)	90,0 (28,2)	83,5 (16,7)
Південна Австралія, жінки, n = 281 [255]	65–74	70,8 (26,4)	64,0 (40,3)	65,8 (28,6)	65,7 (24,2)	60,1 (23,5)	85,4 (24,2)	85,7 (31,6)	80,4 (17,7)
Польща, жінки, n = 2 143 [445]	45–65	78,9	65,5	51,9	54,5	53,5	66,3	73,9	49,6
Україна, жінки, n = 150	58–82	68,2 (13,4)	60,2 (11,2)	52,2 (9,6)	51,4 (7,3)	55,6 (6,9)	60,4 (7,1)	44,0 (5,2)	58,1 (8,2)

Примітки: * – особи, які перебувають у спеціалізованих установах для осіб літнього віку та потребують постійного догляду;

** – респонденти, які страждають від діабетичної ретинопатії;

*** – особи, які мають проблеми зі слухом;

**** – пацієнти після інсульту.

Значення якості життя українських респондентів є одним з найнижчих та аналогічне з даними пацієнтів з важкими хронічними захворюваннями. Значення якості життя практично здорових респондентів також свідчать про суттєві проблеми з функціональним станом та обмеженням повсякденної діяльності. Інші результати отримано щодо психічного благополуччя – значення за шкалами “Психічне здоров’я”, “Соціальна активність” та “Життєздатність” є вищими, порівняно з шкалами, що пов’язані з фізичним компонентом якості життя. Винятком у цьому випадку можна вважати результати для групи осіб, які перебувають у спеціалізованих установах. Старші люди, які потребують постійного догляду, мають низькі показники поза всіма шкалами якості життя. Значення параметрів якості життя перебувають у діапазоні 36,9–52,9 бала, зокрема дуже низькими є значення шкал “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (36,9 бала) та “Психічне здоров’я” (49,9 бала). Натомість показники жителів КНР або США є достатньо високими навіть порівняно з іншими віковими категоріями українців (рис. 3.27). Значення за шкалою “Фізична активність” становить 74–94 бали, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 73–95 балів (див. табл. 3.11). Показники якості життя осіб літнього віку нижчі ($p < 0,01$), ніж у респондентів підліткового віку, проте суттєво не відрізняються від результатів осіб зрілого віку. Достовірні відмінності ($p < 0,01$) виявлено лише щодо шкали “Фізична активність”.

Результати аналізу Європейської бази даних “Здоров’я для всіх” свідчать, що очікувана тривалість життя чоловіків літнього віку становить 12,7 року, жінок – 16,64 року. Для порівняння аналогічний показник для країн Європейського Союзу становить 15,87 року (чоловіки) та 19,52 року (жінки), зокрема для деяких країн (Швейцарія, Швеція, Іспанія і т.д.) сягає 19 та 23 роки відповідно. Це доповнює дані щодо збільшення серед осіб літнього віку кількості осіб із численними гострими чи хронічними захворюваннями. Кількість випадків захворювань зростає щорічно, а Львівська область, на території якої проводили дослідження, перебуває на 26 (передостанньому) місці щодо кількості випадків захворювання на 100 тис. населення [2]. Серед найбільш поширених захворювань для цієї вікової групи є хвороби дихальної системи (24,3%), судин та серця (20,0%), ока (8,8%). За даними Центру медичної статистики МОЗ України та Державної служби статистики України (2012 р.) серед причин смертності осіб віком 50–64 роки можна назвати новоутворення (25,82% від загальної кількості летальних випадків), хвороби системи кровообігу (46,62%), захворювання органів травлення (8,06%), хвороби органів дихання (3,09%), інфекційні та паразитарні хвороби (2,4%). Для вікової групи після 60 років на захворювання серцево-судинної системи припадає 79,18% випадків, рак – 10,9%, захворювання дихальної та травної систем – 2,23% та 1,98% випадків відповідно.

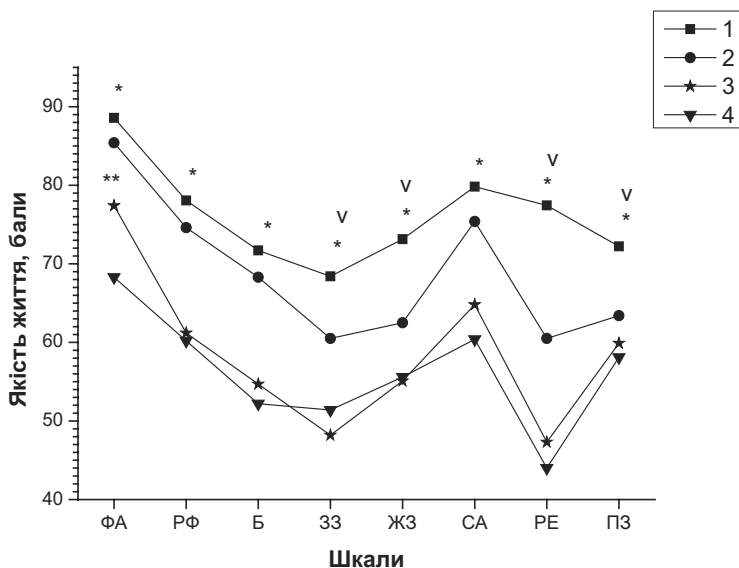


Рис. 3.27. Показники якості життя різних груп населення:

1 – підлітки (n = 1988); 2 – особи юнацького віку (n = 759);

3 – респонденти зрілого віку (n = 450); 4 – особи літнього віку (n = 150);

* – показники якості життя підлітків вищі (p < 0,01)

порівняно з особами зрілого та літнього віку;

^V – показники якості життя підлітків вищі (p < 0,01)

порівняно з особами юнацького віку;

** – показники якості життя респондентів зрілого віку вищі (p < 0,01)

порівняно з особами літнього віку

Необхідно зауважити, що досліджувана група є досить неоднорідною – мінімальні та максимальні значення за деякими шкалами варіюють від 0 до 100 балів (рис. 3.28). Найнижчі мінімальні значення (0 балів) виявлено за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем”.

Показники шкал, що корелюють із загальним психічним компонентом (“Психічне здоров’я”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”), становлять понад 85 балів. Винятком можна вважати результати для групи осіб, які перебувають у спеціалізованих установах. Старші люди, які потребують постійного догляду, мають низькі значення за усіма шкалами. Показники благополуччя перебувають у діапазоні 36,9–52,9 бала, зокрема дуже низьким є значення параметрів “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (36,9 бала) та “Психічне здоров’я” (49,9 бала).

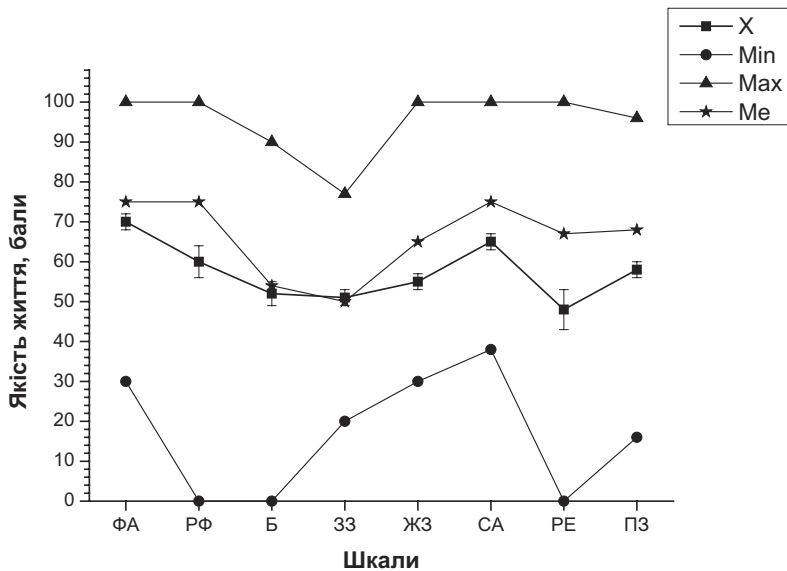


Рис. 3.28. Оцінка якості життя осіб літнього віку (n = 150):

X – середні значення; Min – мінімальні значення;

Max – максимальні значення; Me – медіана

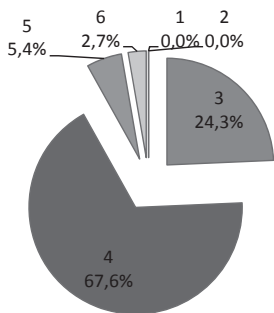
Результати опитування українських респондентів свідчать про суттєві проблеми з функціональним станом та його обмежувальний вплив на повсякденну діяльність. Значення благополуччя за більшістю шкал є критичними (див. табл. 3.10, рис. 3.28): “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 44,0 бала, “Загальний стан здоров’я” – 51,4 бала, “Біль” – 52,2 бала. Натомість показники шкал “Психічне здоров’я”, “Соціальна активність” та “Життєздатність” є вищими та становлять 58,1 бала, 60,4 бала та 55,6 бала відповідно. Низькі значення якості життя різних груп населення підтверджують негативні тенденції, що є наслідком початково низьких значень благополуччя в юному віці (див. рис. 3.27). Тому якщо зниження значення показника “Фізична активність” та “Загальний стан здоров’я” можна пояснити віковими змінами, то шкала “Психічне здоров’я” не відрізняється в осіб юнацького, зрілого та літнього віку ($p < 0,01$). Статистично достовірних відмінностей між показниками шкал “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Рівень болю”, “Життєздатність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” в осіб зрілого та літнього віку не виявлено ($p < 0,01$).

Низькі показники, що характеризують загальний психічний компонент благополуччя осіб літнього віку, а також її окремі параметри, зокре-

ма значення за шкалою “Психічне здоров’я” (58,1 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (44,0 бала), “Соціальна активність” (60,4 бала), можуть свідчити про певні негативні соціально-культурні тенденції в українському суспільстві – ейджизм, що виявляється у негативному сприйнятті природних вікових змін, обмеження активності старших осіб, їх залежність від молодших членів родини тощо.

Детальний аналіз відповідей українських респондентів виявив, що вони оцінюють власний стан здоров’я нижче за середні показники – жоден із опитаних не вибрав відповіді “Прекрасний” або “Дуже добрий” (рис. 3.29). Основна частина осіб літнього віку (67,6%) вважає, що стан їхнього здоров’я задовільний, а лише кожний четвертий респондент (24,3%) вибрав відповідь “Добрий”. Такі ж результати отримано згідно з твердженням “Я думаю, що я можу захворіти легше, ніж інші”. Лише кожний третій опитаний (37,3%) не погоджується з цим висловом, а 6,7% та 17,3% респондентів вибрали відповідь “Цілком правильне” і “Загалом правильне” відповідно. Кожна четверта особа літнього віку вважає, що її стан здоров’я гірший, ніж в інших, а 34,7% абсолютно переконані, що захворіють найближчим часом.

А



Б

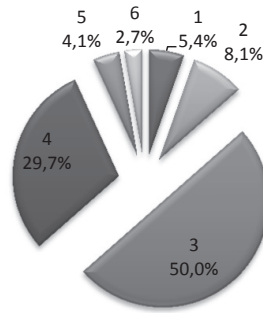


Рис. 3.29. Характеристика загального стану здоров’я респондентів (n = 150):

А – суб’єктивна оцінка здоров’я: 1 – прекрасне; 2 – дуже добре; 3 – добре; 4 – задовільне; 5 – погане; 6 – немає відповіді;

Б – зміни у стані здоров’я впродовж року: 1 – набагато краще, ніж рік тому; 2 – трохи краще, ніж рік тому; 3 – майже таке саме порівняно з попереднім роком; 4 – трохи гірше, ніж рік тому; 5 – набагато гірше, ніж рік тому; 6 – немає відповіді

Незважаючи на низькі показники оцінювання загального стану здоров’я, більшість респондентів не вважають, що самопочуття погіршилося впродовж останнього року. Серед опитаних 5,4% вважають, що стан здо-

ров'я за останній рік поліпшився, 8,1 % – поліпшився, але ці зміни є незначними. Половина респондентів літнього віку (50,0 %) зазначили, що загальний стан здоров'я не змінився, а швидше є таким самим, як і рік тому. Значні негативні зміни помітили лише 4,1 % опитаних.

Зважаючи на вік респондентів, а також на те, що більша частина опитаних (67,6 %) характеризує власне здоров'я як "Задовільне", можна стверджувати, що літні люди добре справляються з щоденними справами, роботою по господарству та самообслуговуванням (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Вплив здоров'я на щоденну активність респондента (n = 150)

Різновид активності	Відносна кількість респондентів, %			
	дуже перешкоджає	перешкоджає помірно	зовсім не перешкоджає	немає відповіді
Біг, участь у змаганнях	30,7	34,7	20,0	13,3
Прибирання у квартирі	5,3	38,7	48,0	6,7
Нахилитися, стати навколішки	13,3	18,7	57,3	9,3
Піднімання та перенесення сумок з продуктами	13,3	40,0	37,3	8,0
Піднімання на один поверх сходами	1,3	10,7	74,7	12,0
Піші прогулянки на відстань більше ніж 1 км	10,7	8,0	70,7	9,3
Прогулянки на велику відстань (кілька кварталів)	6,7	17,3	64	10,7
Догляд за собою (вмиватися та вдягатися)	1,3	5,3	82,7	9,3

Фізичний стан здоров'я суттєво перешкоджає лише енергійними діям респондентів – дві третини опитаних (65,4 %) зауважили значні або помірні перешкоди. Кожен п'ятий респондент літнього віку (20,0 %) зазначив, що стан здоров'я зовсім не заважає бігати, кожен другий (48,0 %) – прибирати у квартирі, 57,3 % – стати навколішки, 37,3 % – нести сумки з продуктами. Більшість респондентів легко можуть здійснювати піші прогулянки на різну дистанцію (70,7 % і 64,0 % – на коротку та довгу відстань). Значні труднощі під час прогулянок мають 10,7 % опитаних, з підніманням речей – 13,3 %, прибиранням квартири – 5,3 %, самообслуговуванням – 1,3 %.

Незадовільний фізичний та емоційний стан знижує працездатність осіб літнього віку (рис. 3.30). Через проблеми з фізичним здоров'ям 38,7 % опитаних працювали менше часу, а поганий настрій перешкоджав роботі 36,0 % респондентів. Через незадовільне самопочуття не змогли працювати як зви-

чайно близько 45,3 % літніх людей, а дві третини опитаних (69,3 % та 61,3 %) через незадовільний фізичний та емоційний стан відповідно зауважили, що виконали менший обсяг справ.

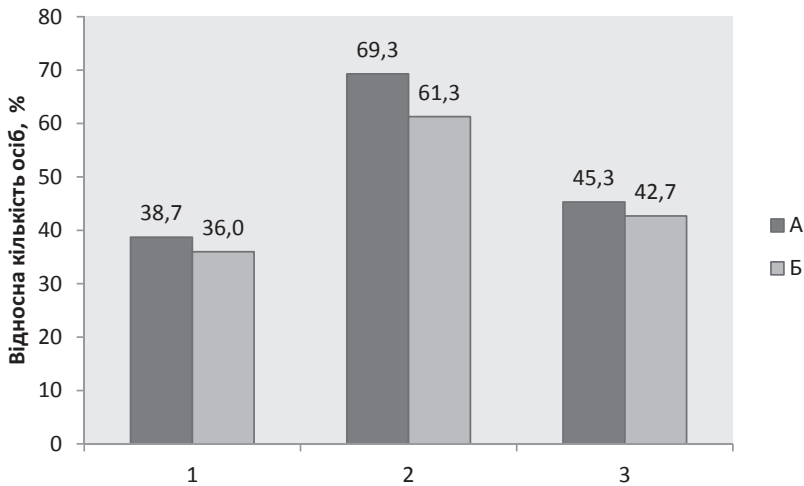


Рис. 3.30. Зниження працездатності осіб літнього віку (n = 150) у зв'язку з незадовільним фізичним (А) та психічним (Б) станом:

- 1 – респонденти менше часу працювали; 2 – зробили менше, ніж хотіли;
- 3 – не могли працювати як звичайно

Серед респондентів скаржилися на біль 70,7 % респондентів, зокрема на сильний або дуже сильний – 40,0 % опитаних (рис. 3.31). Больові відчуття зовсім не заважали щоденній діяльності (робота по господарству та за його межами тощо) 22,7 % опитаних. Незначні перешкоди зауважили 9,3 % респондентів, помірні – 59,6 % осіб літнього віку, сильні – 1,3 % старших людей. Проблеми із здоров'ям та психічний стан також обмежували соціальну активність 14,3 % респондентів, проте майже кожний другий опитаний (49,3 %) таких проблем не мав.

Незважаючи на значну кількість осіб, які через поганий настрій не можуть виконувати щоденну роботу (скарги на низьку працездатність і продуктивність), абсолютно незадовільним можна вважати емоційний стан лише близько 5,5 % респондентів (табл. 3.13). Так, увесь час роздратованими були 1,3 % опитаних, пригніченими – 4,0 %, психічно та фізично виснаженими – 4,0 % та 2,7 % відповідно, втомленими – 4,0 %, неспокійними – 5,3 %, нещасливими – 12,0 %, неенергійними – 10,7 %. Натомість повними сил увесь час або більшість часу відчували себе до 8,0 % старших людей, спокійними – 58,6 % опитаних, щасливими – 16,0 %.

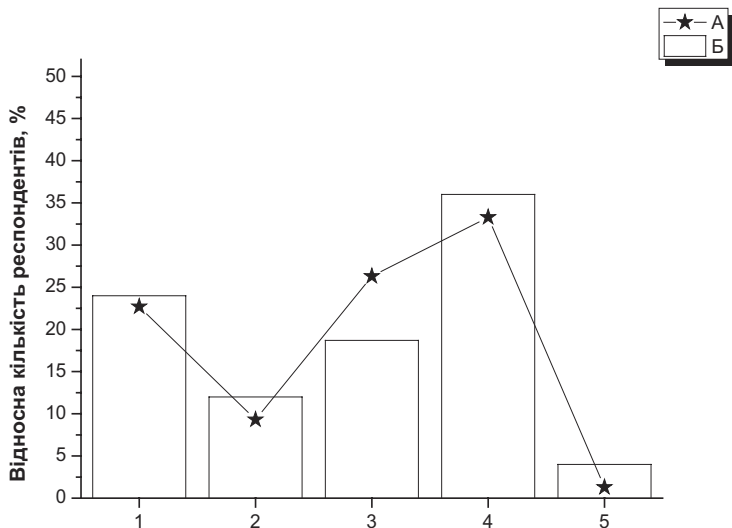


Рис. 3.31. Скарги респондентів (n = 150) на біль упродовж останнього місяця:
 А – зниження працездатності респондентів: 1 – біль не перешкоджає; 2 – трохи перешкоджає; 3 – помірно перешкоджає; 4 – перешкоджає; 5 – дуже перешкоджає;
 Б – інтенсивність больових відчуттів: 1 – не відчували; 2 – дуже слабкий; 3 – слабкий; 4 – помірний; 5 – сильний та дуже сильний

Таблиця 3.13

Емоційний стан осіб літнього віку (n = 150) упродовж останнього місяця

Емоційний стан	Відповіді респондентів, %						відповідь відсутня
	увесь час	більшість часу	часто	інколи	зрідка	ніколи	
Роздрагування	1,3	0,0	9,3	26,7	33,3	17,3	10,7
Пригнічення	4,0	1,3	5,3	20,0	26,7	33,3	8,0
Психічна виснаженість	4,0	2,7	16,0	30,7	24,0	13,3	8,0
Фізична виснаженість	2,7	5,3	9,3	28,0	28,0	17,3	8,0
Втома	4,0	2,7	22,7	34,7	22,7	8,0	4,0
Спокій	5,3	33,3	20,0	9,3	14,7	5,3	10,7
Енергійність	2,7	20,0	25,3	17,3	16,0	10,7	6,7
Відчуття щастя	4,0	12,0	24,0	18,7	20,0	12,0	8,0

Усереднені показники фізичного і психічного благополуччя становили $45,0 \pm 6,5$ бала та $40,2 \pm 8,5$ бала відповідно (рис. 3.32).

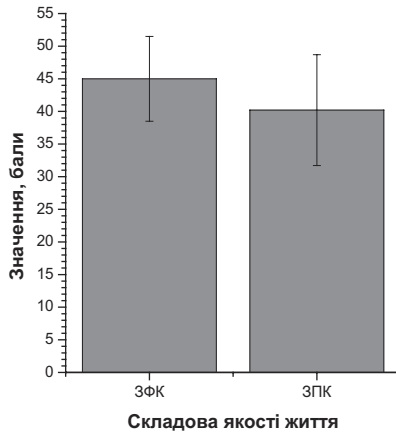


Рис. 3.32. Загальна оцінка якості життя осіб літнього віку ($n = 150$):
ЗФК – загальний фізичний компонент; ЗПК – загальний психічний компонент

Значення фізичного компонента якості життя респондентів достовірно вищі, ніж психічного ($p < 0,001$). Мінімальне значення фізичного благополуччя становило 17,1 бала, максимальне – 56,2 бала. Для цього параметра характерні дуже вузькі довірчі інтервали – 44,8–49,5 бала (СІ 95%). Максимальне значення загального психічного компонента благополуччя було 48,2 бала, мінімальне – 8,4 бала, довірчий інтервал – 38,5–41,2 бала.

РОЗДІЛ 4 | ОБҐРУНТУВАННЯ ЗНАЧЕННЯ СКЛАДНИКІВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Здоров'я – невід'ємна складова частина якості життя населення. Щораз частіше при оцінюванні стану здоров'я враховують психологічні і соціальні аспекти добробуту, а при визначенні якості життя – самопочуття індивіда, можливість виконувати щоденні найпростіші завдання. Можна стверджувати, що відповідно до такого підходу основну увагу дослідники зосередили не на незадовільному стані здоров'я, а більше на здатності працювати, справлятися зі стресовими ситуаціями, спілкуватися з іншими, дотримуватися здорового способу життя тощо.

Відомо, що на здоров'я впливають різні чинники, зокрема спадковість, стан навколишнього середовища, якість медичних послуг, проте найбільше воно залежить від способу життя. Спосіб життя характеризує певний тип життєдіяльності людини та проявляється в трудовій діяльності, побуті, поведінці, способі задоволення різних потреб тощо. За даними доповіді “Стан охорони здоров'я у Європі, 2005 рік. Заходи охорони здоров'я для поліпшення стану здоров'я дітей та всього населення”, основними причинами смертності та захворюваності українців є високі артеріальний тиск та рівень холестерину, тютюнокуріння, алкоголізм, високий індекс маси тіла, недостатнє споживання овочів та фруктів, невисокий рівень фізичної активності, наркоманія та ризикована статевая поведінка. Це підтверджує, що зниження тривалості здорового життя наших громадян спричиняє саме спосіб життя – шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, малорухливий спосіб життя, несприятливі умови праці, невисокий рівень знань з питань здоров'я та його збереження. На сьогодні дослідники виявили та охарактеризували тільки 40 % чинників, які зумовлюють якість життя. Механізми, які лежать в основі впливу цих чинників, зокрема зв'язки між способом життя та якістю життя, остаточно не зрозумілі та мало вивчені.

4.1. | Рухова активність та її значення в забезпеченні якості життя осіб різного віку

Рух як переміщення організму або його окремих частин у просторі – фундаментальна властивість живих істот. Рух детермінує нормальний ріст та розвиток організму, підвищує опірність до захворювань, сприяє високій працездатності. Згідно з визначенням ВООЗ, до рухової активності нале-

жать рухи, які забезпечують природні потреби індивіда, його навчальну та виробничу діяльність. На сьогодні в руховій активності виокремлюють організовану рухову активність (наприклад, заняття фізичною культурою та спортом), активність, пов'язану з роботою, навчанням, домом та турботою про родину, а також активність у вільний час. Рівень рухової активності тісно пов'язаний та зумовлює не лише фізичний, але й психічний стан, соціалізацію, інклюзію, якість освіти та праці.

Одним з наслідків недостатньої рухової активності за умов неналежної дієти є надлишкова маса тіла. Саме високий індекс маси тіла є причиною понад 1 млн. смертей щорічно в Європейському регіоні [410]. Ожиріння в дитячому віці є тим чинником, що зумовлює серцево-судинні захворювання і діабет, окрім того, є причиною погіршення психічного та соціального здоров'я, зокрема зниження самооцінки та шкільної успішності [535]. Виявлено, що впродовж останніх десятиліть у багатьох європейських країнах збільшилася кількість підлітків з індексом маси тіла, вищим за норму [231]. Так, наприклад, відносна частка дітей із надлишковою масою тіла зросла у Швейцарії від 4% у 1960 році до 18% у 2003 році [411]; в Англії – із 8% у 1974 році до 20% у 2003; в Іспанії – більше удвічі протягом 1985–2005 років [398].

Особливого значення ця проблема набуває у зв'язку з гіподинамією. Так, у Данії 56% респондентів займаються сидячою, малорухливою роботою впродовж 6 і більше годин на день, у Португалії – 24%. Загалом молоді європейці є фізично активними протягом 1 години 3,8 дня на тиждень [231]. Рівень фізичної активності є найвищим в Австрії, Англії, Ірландії, Литві і найнижчим у Бельгії, Франції, Італії і Португалії. Якщо порівнювати дані хлопчиків і дівчаток, то рухова активність хлопчиків значно вища, ніж дівчат, у Литві, Німеччині, Швейцарії, Росії, Білорусі, тоді як в інших країнах немає таких достовірних гендерних відмінностей. Хлопчики були фізично активніші, ніж дівчатка, у середньому 4,1 і 3,5 дня на тиждень відповідно. За даними Центру з контролю за захворюваннями (Center for Disease Control) [405], діти молодшого шкільного віку є більш фізично активні, ніж підлітки; хлопчики та юнаки зазвичай на 10–20% активніші, ніж дівчата [535]; дівчатка-підлітки більш схильні провадити пасивний спосіб життя, порівняно з хлопцями; діти матеріально забезпечених батьків мають вищий рівень рухової активності [410].

Фактори навколишнього середовища, що сприяють високому індексу маси тіла дітей та молоді:

- 1) шкільна політика та правила – часто у навчальному закладі неформально першочерговими визначено класичні академічні дисципліни, що знижує статус уроку фізичної культури, перешкоджає масовому залученню дітей до планової фізичної активності;

- 2) рідше використання велосипедів та долаття відстані пішки у зв'язку з непередуманим плануванням міст та небезпекою на вулиці;
- 3) недоступність комерційних фізкультурно-оздоровчих центрів для малозабезпечених верств населення.

4.1.1. Роль рухової активності для якості життя дітей та молоді

4.1.1.1. Інформативні показники рухової активності дітей шкільного віку

Важливе значення для підвищення рівня рухової активності дітей та молоді має навчальне середовище. Уроки фізичного виховання у школі є потужним, а інколи і єдиним механізмом підвищення рівня рухової активності. Уроки фізичної культури не можуть забезпечити на 100 % необхідний рівень рухової активності для дітей та молоді, проте необхідні для розвитку рухових навичок та популяризації активних видів дозвілля.

Понад 30% школярів шостого та восьмого класів зазначили, що не були задіяні в жодній фізичній активності або лише інколи виконували фізичні вправи на уроках фізичної культури. При цьому лише 17,2% восьмикласниць, 7,1% восьмикласників, 12,7% шестикласників та 10,1% шестикласниць зазначили, що на заваді їм були захворювання або погане самопочуття. Спостерігали зниження кількості школярів, які не виконують вправи на уроках фізичної культури.

Такі ж дані виявлено за результатами опитування школярів десятого класу (рис. 4.1). Виявлено, що за останній тиждень 16,0% дівчат із міст не брали участі в жодній фізичній активності на уроках фізичної культури. Ще 7,1% респондентів відповіли “Майже ніколи”, а 26,9% – “Інколи”. Загалом половина дівчат з міст вибрали відповіді “Не брала участь”, “Майже ніколи не брала участь”, “Інколи брала участь”. Натомість юнаки були більш активними на уроках фізичної культури. Завжди були активними на уроках фізичної культури 57,4% школярів з міста та 49,2% з села, тоді як для дівчат цей показник був удвічі нижчий. Кількість юнаків, які вибрали відповідь “Не брав участь”, “Майже ніколи” або “Інколи”, становить 24–25%.

Якщо серед учнів шостого класу 24% хлопців та 37% дівчат виконували енергетично маловитратну роботу на перервах (сиділи, розмовляли, читали, робили домашні завдання, стояли), то серед школярів восьмого класу – 50% (хлопці) та 76% (дівчата).

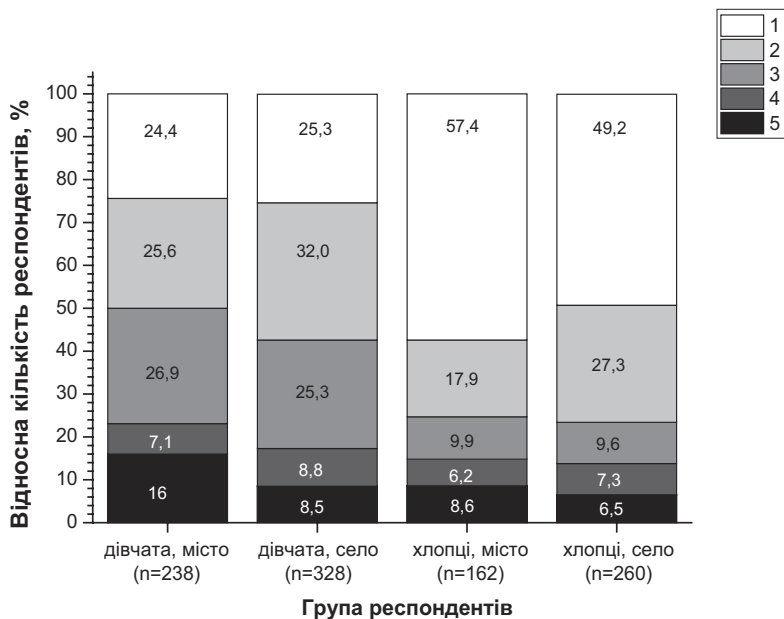


Рис. 4.1. Активність учнів десятого класу

на уроках фізичної культури впродовж останнього тижня:

- 1 – завжди був активний (грав у спортивні ігри, бігав, стрибав тощо);
- 2 – дуже часто був активний, 3 – інколи, 4 – майже ніколи,
- 5 – не брав участі в жодній фізичній активності

Також небагато школярів-десятикласників використовували час перерв для активного дозвілля (рис. 4.2). Більшість учнів велику перерву проводять у сидячому положенні (розмовляють, виконують домашні завдання) або стоять чи ходять. Найнижчий рівень рухової активності на перервах мали дівчата, які проживали в місті (41,18%). Натомість проводили час на перервах активно 39,91% юнаків з сіл, 30,00% з міст та 17,64% та 26,86% дівчат з міської та сільської місцевості відповідно. Загалом такі результати для молоді із міст можна пояснити не тільки вимогами обмежувати рухову активність у класах та коридорах, але й часто невеликою пришкольною територією чи забороною виходити під час перерв на подвір'я, стадіон, спортивний майданчик, що обумовлено правилами навчального закладу.

У контексті отриманих даних слід відзначити, що зниження рівня фізичної активності дітей та молоді є глобальною тенденцією. Так, згідно з результатами дослідження “Поведінка дітей шкільного віку” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC), в якому взяло участь 1 500 осіб віком 14–15 ро-

ків з 35 країн світу, лише 27 % дівчат та 40 % хлопців виконують середні за потужністю фізичні вправи впродовж 1 год не менше ніж 5 разів на тиждень.

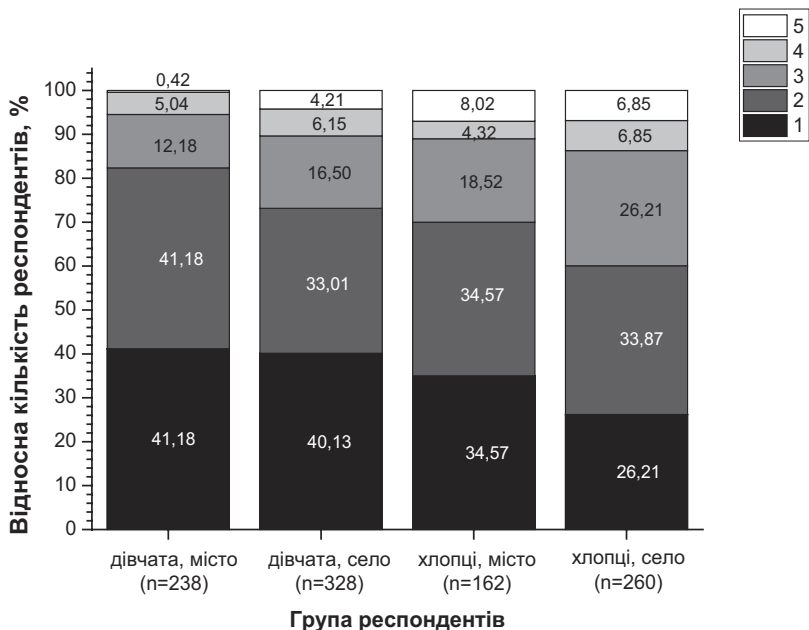


Рис. 4.2. Проведення вільного часу на перервах школярами десятого класу:

- 1 – сидів;
- 2 – стояв чи ходив;
- 3 – трохи бігав або грав у рухливі ігри;
- 4 – довго бігав або грав у рухливі ігри;
- 5 – в основному тільки бігав або грав у рухливі ігри

Незважаючи на недостатній рівень залучення дітей шкільного віку до діяльності на уроках фізичної культури, респонденти високо оцінюють значення фізичної культури та спорту (рис. 4.3). Серед юнаків, які проживали у селах, 51,01 % дали найвищу оцінку, у містах – 43,00 %. Дівчата вибирали таку оцінку удвічі рідше (27,99 % та 22,06 % з сільської та міської місцевості відповідно). Загальна кількість дітей, для яких заняття фізичною культурою та спортом є дуже важливими (оцінка 8–10 балів), відповідає 72,00–75,9 % для хлопців та 48,95–58,92 % для дівчат. Відносна кількість молоді, для якої фізична культура та спорт неважливі (оцінка 1–4 бали), становила менше ніж 7 % для осіб чоловічої статі та 5,07 % і 11,97 % для респонденток з сільської або міської місцевості відповідно. Можна зауважити, що для кожної третньої дівчини (34,04 % з сіл та 39,92 % з міст) оцінка значення фізичної культури та спорту перебуває в діапазоні 5–7 балів.

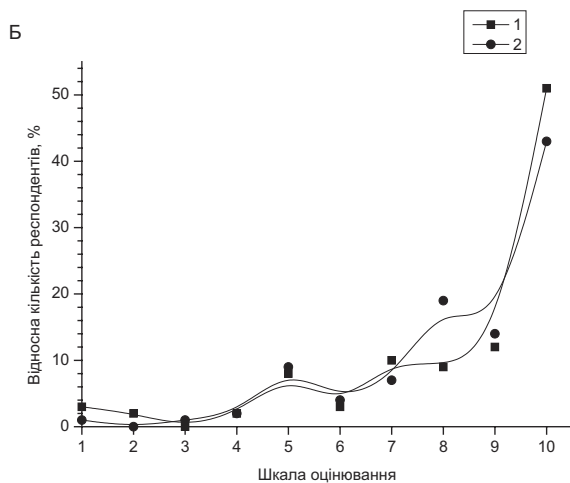
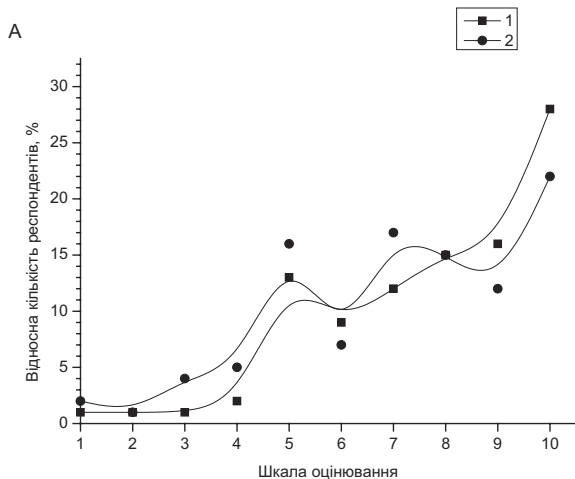


Рис. 4.3. Значущість фізичної культури для школярів:

А – дівчата (n = 1 087, з них n = 476 з міста);

Б – хлопці (n = 894, з них n = 400 з міста);

1 – село; 2 – місто

Одна з основних причин пасивного проведення вільного часу школярів – приклад батьків, а саме їх небажання чи невміння своєю поведінкою демонструвати користь фізичної культури у формуванні, поліпшенні і збереженні здоров'я. Щоденно або кілька разів на тиждень займаються спор-

том 18–22 % матерів та 23–33 % батьків. Можна зауважити, що тати частіше, ніж мами, виконують фізичні вправи – найменшу різницю спостерігали між відповідями дівчат, які проживали в сільській місцевості (4 %) та найбільшу – хлопців із міст (14 %). Не займаються спортом (відповіді “Зрідка” або “Не займається взагалі”) 67–72 % матерів та 53–66 % батьків. Відмінності у відповідях респондентів щодо частоти занять батька відрізняються залежно від місця проживання респондента. Не займаються спортом взагалі на 10 % більше чоловіків, які проживають у сільській місцевості.

Кількість хлопців, які регулярно займалися у спортивних секціях, у 2–3 рази вища, ніж дівчат (табл. 4.1). Цей показник не відрізняється у респондентів різного віку. Спортивні секції відвідують 48,7 % хлопців-шестикласників, 42,8 % восьмикласників, 44,7 % десятикласників. Дівчата рідше займаються фізичною культурою та спортом у вільний час. Не займалися в жодній спортивній секції 82 % школярок шостого класу, 79,3 % респонденток з восьмого класу, 80,4 % – з десятого класу. Відповідь “Займався раніше в спортивній секції, тепер ні” вибрали 25 % шестикласників, 20,7 % учениць і 33,4 % учнів восьмого класу, 38,7 % школярок та 24,3 % школярів десятого класу. Загалом, залученими до занять у спортивних секціях серед шестикласників є близько половини опитаних хлопців та лише одна п’ята дівчат. Результати для учнів десятого класу є аналогічними, цей показник становить 19,6 % для дівчат та 44,7 % для юнаків.

Таблиця 4.1

Залучення школярів до організованої спортивної діяльності

Відвідування спортивних секцій	Відносна кількість осіб, %					
	шостий клас		восьмий клас		десятий клас	
	дівчата (n = 252)	хлопці (n = 158)	дівчата (n = 116)	хлопці (n = 84)	дівчата (n = 230)	хлопці (n = 226)
Так	18,3	48,7	20,7	42,8	19,6	44,7
Ні	57,9	26,6	58,6	23,8	41,7	24,3
Займалася / займався раніше, тепер ні	23,8	24,7	20,7	33,4	38,7	31,0

Виявлено відмінності щодо рівня залучення школярів до позашкільної спортивної діяльності з урахуванням місця проживання. Відносна кількість дівчат, які не відвідують спортивні гуртки, становить у місті 77,3 %, у селі – 80,5 %. Кількість юнаків з сільської місцевості, які не займаються в спортивній секції на 4 % вища, порівняно з респондентами з міської (рис. 4.4). Відповідь “Займався раніше, тепер ні” вибрали 30,2 % дівчат із села, 40,3 % – з міста, 18,1 % юнаків – з сіл, 34,6 % – з міст.

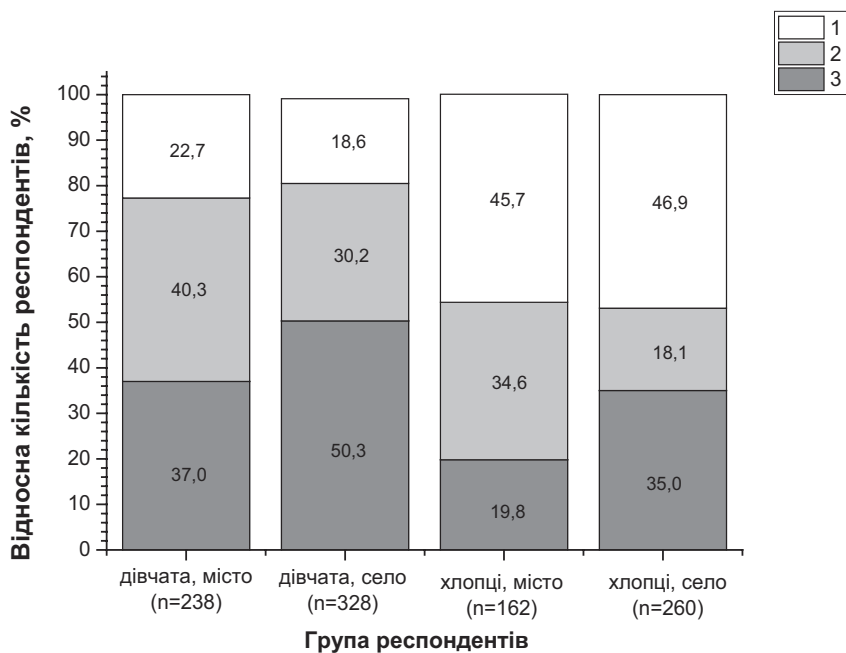


Рис. 4.4. Відвідування десятикласниками спортивних секцій:

1 – так, займаюся; 2 – раніше / займалася, тепер ні; 3 – ні

Хлопці, які навчаються у шостому класі, найчастіше вибирають заняття футболом, дівчата займаються танцями та ігровими видами спорту (волейболом, гандболом), єдиноборствами (карате) (табл. 4.2). Відносна кількість школярів, які відвідують спортивні секції зменшується з віком. Якщо серед шестикласників займаються в спортивних гуртках 36,7 % учнів та 34,9 % учениць, то серед десятикласників – 23,1 % юнаків та 14,2 % дівчат. Найбільш популярним видом спорту для учнів десятого класу був футбол – 19,0 % десятикласників у вільний час відвідує таку секцію. Популярністю серед школярів десятого класу користуються волейбол та важка атлетика, у таких секціях займаються 4,0 % та 4,9 % респондентів відповідно. Можна стверджувати, що популярними серед учнів 10-го класу є такі різновиди позашкільної активності, які, з одного боку, не вимагають значних фінансових витрат, а з другого – сприяють поліпшенню зовнішнього вигляду чи соціальної згуртованості. Десятикласниці надають перевагу заняттям танцями (4,4 %), баскетболу (3,1 %), легкої атлетиці (2,7 %), волейболу (2,2 %) та футболу (1,8 %).

Таблиця 4.2

Види спорту, якими займаються школярі різного віку у вільний час

Вид спорту	Дівчата		Хлопці	
	шостий клас (n = 252)	десятий клас (n = 230)	шостий клас (n = 158)	десятий клас (n = 226)
Аеробіка	–	0,4	–	–
Акробатика	–	0,4	1,3	–
Байдарки	–		1,3	–
Баскетбол	–	3,1	3,8	1,8
Бокс	–	0,9	3,8	3,5
Важка атлетика	–	–	–	4,9
Велоспорт	–	–	–	0,4
Волейбол	12,5	2,2	1,3	4,0
Греко-римська боротьба	–	–	1,3	–
Гімнастика	3,2	0,9	–	–
Гандбол	3,2	0,9	1,3	–
Карате	3,2	0,9	2,5	1,8
Кікбоксинг	–	–	3,8	0,9
Легка атлетика	–	2,7	–	2,7
Плавання	1,6	0,4	2,5	1,3
Танці	9,6	4,4	2,5	0,9
Теніс	–	–	2,5	1,8
Футбол	1,6	1,8	19,0	9,7

Найбільша кількість школярів (до 78,15%), незалежно від місця проживання та статі, добираються до школи пішки (табл. 4.3). Велосипед як засіб пересування обирають 3% дівчат та 9% юнаків, громадський транспорт – 20–26% респондентів. Для добирання до школи обирають машину 22,00–23,11% дітей із міст та 18,15–20,06% з сіл. Школярі, які пішки добираються до школи, мають вищий рівень рухової активності. Серед переваг піших прогулянок до навчального закладу чи використання велосипеда можна назвати підвищення рівня рухової активності, економію сімейного бюджету, розвиток соціальних навичок та незалежності, збереження навколишнього середовища, а у випадку спільного добирання з батьками – спільне проведення часу та якісне спілкування.

Способи добирання до навчального закладу десятикласниками

Спосіб добирання	Відповідь респондента	Відносна кількість респондентів, %			
		дівчата		хлопці	
		місто, n = 238	село, n = 309	місто, n = 200	село, n = 248
Пішки	Так	78,15	69,90	78,00	72,98
	Ні	21,85	29,13	21,00	26,21
На велосипеді	Так	2,94	2,91	9,00	8,87
	Ні	90,76	92,88	87,00	87,10
На автобусі, маршрутці	Так	21,85	25,89	20,00	20,97
	Ні	71,85	69,90	76,00	74,19
Пішки до зупинки автобуса (маршрутки)	Так	28,99	24,92	21,00	22,18
	Ні	65,13	69,90	72,00	72,98
На машині	Так	23,11	20,06	22,00	18,15
	Ні	68,07	76,05	72,00	76,21

У середньому на добирання до школи пішки школярі витрачали $10,2 \pm 8,1$ хв (юнаки), $11,3 \pm 9,5$ хв (дівчата). Мінімальне значення цього показника не перевищує 5 хв, максимальне – 60 хв. Хлопці та дівчата витрачають однаковий час на добирання до школи, статистично достовірних відмінностей між респондентами різної статі не спостерігали ($p < 0,01$). Загалом, більша частина дівчат та хлопців (до 80 %) витрачають на дорогу до школи до 20 хв часу, отже, долають до школи відстань до 1,3 км (рис. 4.5). Кожний другий школяр (41 % дівчат та 43 % юнаків) витрачають 10 хв та проходить відстань не більше ніж 650 м.

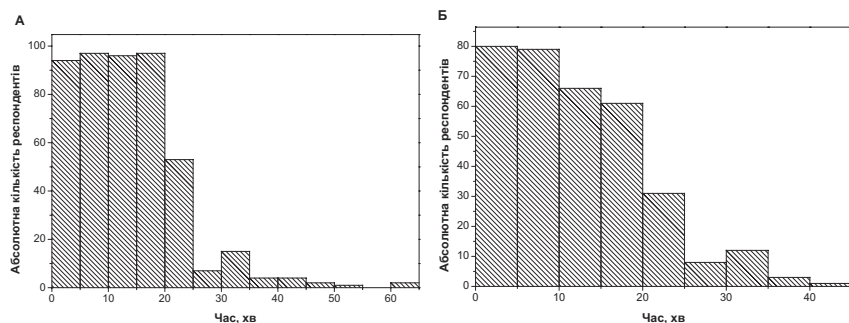


Рис. 4.5. Час, який витрачають школярі, щоб добратися до загальноосвітнього навчального закладу:
А – дівчата; Б – юнаки

Як один із способів підвищення рівня фізичної активності дитини, рекомендовано використання велосипеда. Основними перешкодами у використанні велотранспорту дітьми можна вважати чинники навколишнього середовища – відсутність спеціально обладнаних велодоріжок, інтенсивний рух на дорогах, наявність великої кількості перехресть чи погано освітлені вулиці по маршруту руху. Юнаки та дівчата добираються до школи велосипедом у середньому $4,5 \pm 0,39$ хв. Зокрема 86 % молоді їдуть на велосипеді до школи не більше ніж 6 хв (рис. 4.6). У разі використання автомобіля 59 % юнаків та дівчат їдуть не більше ніж 5 хв, а 33 % – 5–10 хв. Середній час добирання автомобілем становить $5,2 \pm 0,7$ хв.

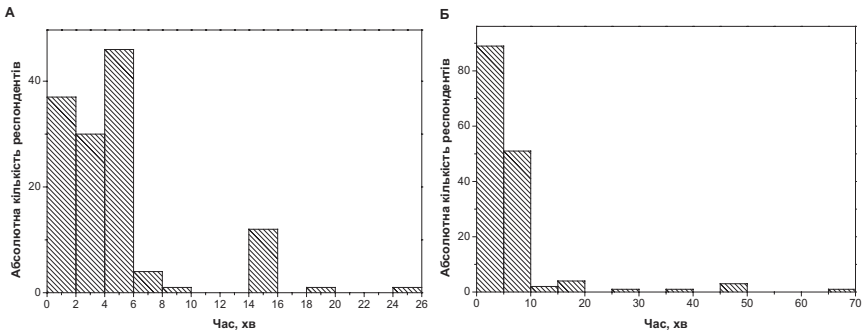


Рис. 4.6. Використання різних видів транспорту для добирання до школи:
А – велосипед, Б – автомобіль

За допомогою опитувальника PAQ-A та PAQ-C було обчислено кількісний показник, що дав змогу охарактеризувати загальний рівень рухової активності та виявити тих дітей, які перебувають у групі ризику (табл. 4.4). Більше ніж половина учнів, які навчалися шостому, восьмому чи десятому класам мають середній рівень рухової активності. Серед хлопців, незалежно від віку, є найбільша кількість осіб, для яких характерний високий рівень фізичної активності.

Показник рухової активності достовірно знижується з віком ($p < 0,01$). Високий рівень мають 23,4% респондентів шостого класу, а з переходом у восьмий клас – 20,9% учнів. Зменшення рівня рухової активності особливо характерно для дівчат. Серед десятикласниць у 1,5 раза більше осіб з низьким рівнем рухової активності та в 1,5 раза менше з високим порівняно зі школярками шостого класу.

Таблиця 4.4

Динаміка рухової активності (n=206 дівчат, n=200 хлопців)

Стать	Відносна кількість осіб, %			Рівень рухової активності, бали, М (SD)
	низький рівень рухової активності	середній рівень рухової активності	високий рівень рухової активності	
<i>6 клас</i>				
Дівчата	27,2	58,7	14,1	2,83 (0,70)
Хлопці	11,5	54,0	34,5	3,24 (0,74)
Дівчата та хлопці	19,2	57,4	23,4	2,99 (0,75)
<i>8 клас</i>				
Дівчата	32,5	55,8	11,7	2,75 (0,63)
Хлопці	22,5	46,5	31,0	3,18 (0,52)
Дівчата та хлопці	28,1	51,0	20,9	2,5 (0,60)
<i>10 клас</i>				
Дівчата	39,8	51,0	9,2	2,62 (0,78)
Хлопці	20,5	48,0	31,5	3,13 (0,88)
Дівчата та хлопці	30,1	49,5	20,4	2,74 (0,86)

Виявлено відмінності в показниках рухової активності дівчат та хлопців, які навчаються в десятому класі ($p < 0,05$). Середнє значення для юнаків, які проживають у містах становить, $3,14 \pm 0,85$ бала, у селах – $3,14 \pm 0,93$ бала (рис. 4.7). Для дівчат з містам цей показник був нижчий та дорівнював $2,51 \pm 0,74$ бала. Дані в діапазоні від 25-го до 75-го перцентиля становили для юнаків з міст – $2,58$ – $3,67$ бала, з сіл – $2,50$ – $3,83$ бала, для дівчат, що проживають у міській місцевості, – $2,00$ – $3,00$ бала, у сільській місцевості – $2,17$ – $3,17$ бала. Дані діапазону 95–100 перцентиль для юнаків становили $4,50$ – $5,00$ бала (сільська місцевість) та $4,83$ – $5,00$ бала (міська місцевість), а для дівчат $4,17$ – $5,00$ бала (село), $3,83$ – $5,00$ бала (місто).

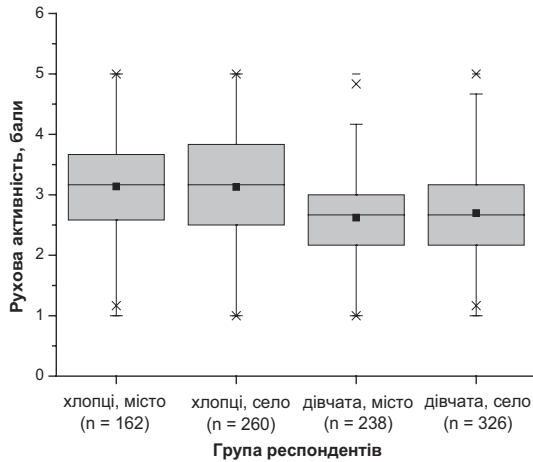


Рис. 4.7. Рухова активність учнів десятого класу

Значна тривалість навчальної діяльності (8–9 годин у традиційних школах, 9–12 – в інноваційних загальноосвітніх навчальних закладах) зумовлює суттєве скорочення інших видів рухової активності, прогулянок та сну. Натомість вільний час школярі часто використовують на дозвілля, пов'язане з суттєвим нервово-психічним напруженням та незначною фізичною активністю. Лише 36,1 % дев'ятикласників та 43,0 % десятикласників зазначили, що майже щодня у вільний час виконують фізичні вправи (рис. 4.8).

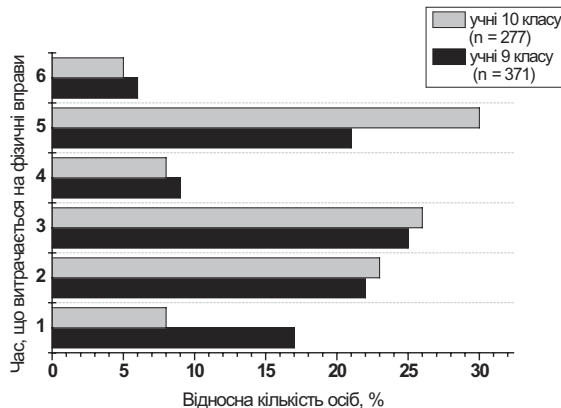


Рис. 4.8. Тривалість занять фізичними вправами у вільний від навчання час:

- 1 – жодної години не витрачаю; 2 – 1 година на тиждень;
- 3 – 2–3 години на тиждень; 4 – 4–6 годин на тиждень;
- 5 – щоденно по годині; 6 – 6–7 і більше годин на тиждень

За результатами опитування в 63,00 % сімей є один комп'ютер, у 20,00 % – два. Відповідно більша частина респондентів має можливість використовувати його щодня в зручний час. Серед восьмикласників 64,00 % працюють за комп'ютером щодня, серед шестикласників – 35,1%. Дослідники Дж. Тод, Д. Карі характеризують щоденний перегляд телевізора та роботу за комп'ютером тривалістю більше ніж 3–4 години як пасивну роботу найвищого рівня [509]. Виявлено, що понад 60 % опитаних школярів проводять за комп'ютером у будень від 30 хв до 2 год часу, 40 % – 3 і більше годин.

Більшість школярів витрачає вільний час на перегляд телевізійних передач та ігри за комп'ютером. До 60,0 % шестикласників дивляться телевізор щодня, при цьому 40,0 % зазначили, що переглядають його з батьками, 26,1 % – з друзями. Тривалість перегляду телевізора для більшості школярів восьмого класу (58,6 % учениць та 66,7 %) становить від 30 хв до 2 годин часу. Кожна п'ята учениця восьмого класу (20,7 %) дивилася телевізійні передачі та фільми не менше ніж 3 години на день, що в 3 рази більше порівняно з хлопцями.

Десятикласники (50,2 %) дивляться телевізійні передачі впродовж 2–3 год у будень та 3–4 год – у вихідний; 36,1 % учнів десятого класу грають у комп'ютерні ігри щодня щонайменше 2–3 год (рис. 4.9).

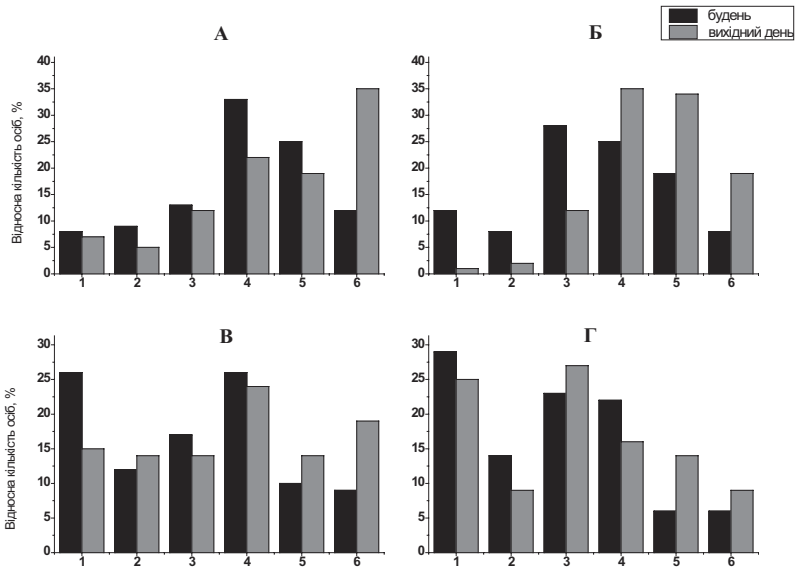


Рис. 4.9. Тривалість перегляду телевізійних передач і фільмів (А, Б) та ігор за комп'ютером (В, Г) учнями десятого (А, В, n = 277) та дев'ятого (Б, Г, n = 371) класів:
 1 – жодної години впродовж дня не витрачається; 2 – півгодини на день;
 3–1 година на день; 4–2 години на день; 5–3 години на день;
 6 – більше ніж 4 години на день

Більшість учнів дев'ятого класу (55,7% та 29,1%) витрачають до 2 год часу на перегляд телевізора в будень та вихідний день відповідно. Кожний десятий учень (8,9%) витрачає не менше ніж 4 год на день на роботу (ігри) за комп'ютером, у вихідний день – кожний п'ятий (19,9%).

Використання ігрової приставки менш поширений різновид відпочинку. Серед респондентів 80,0% не використовують ігрову приставку під час дозвілля. Лише 4,0% школярів використовують її щодня впродовж тривалого часу (3 год і більше).

4.1.1.2. | Кількісні показники рухової активності студентської молоді

Вивчено показники рухової активності молодих чоловіків та жінок, зокрема у вільний від навчання та роботи час (табл. 4.5). Виявлено, що чоловіки більше часу витрачають на важку фізичну роботу по господарству, заняття фізичною культурою та спортом у вільний час, пересування за допомогою велосипеда, а жінки – на легку фізичну роботу та пасивну рекреацію.

Таблиця 4.5

Загальна характеристика рухової активності молоді

Параметри рухової активності	Чоловіки, n = 274, M (SD)	Жінки, n = 240, M (SD)
Дім/господарство: робота середньої потужності, год/ тиждень*; робота високої потужності, год/ тиждень*	2,1 (1,2) 6,3 (2,3)	4,3 (0,7) 1,9 (2,0)
Переміщення: їзда на велосипеді, год/тиждень*	1,7 (0,9)	0,9 (0,6)
Дозвілля: ходьба, год/тиждень; робота середньої потужності, год/ тиждень*; робота високої потужності, год/ тиждень*	8,7 (1,6) 3,1 (0,9) 1,2 (0,7)	6,5 (1,8) 4,3 (1,0) 0,6 (0,4)
Пасивна рекреація, год/тиждень*	7,2 (1,3)	8,9 (1,5)

Примітка. * – значення показника в чоловіків і жінок відрізняються ($p < 0,01$).

Виявлено, що показники рухової активності чоловіків та жінок суттєво відрізняються. Так, чоловіки витрачають більше часу на виконання роботи високої потужності по господарству (у 3,3 раза), у вільний час (у 2,0 раза),

ходьбу у вільний час (у 1,343 раза). Показник пасивної рекреації у молодих жінок вищий, загалом вони витрачають менше часу на активне дозвілля.

Аналіз структури рухової активності респондентів у вільний час виявив, що незалежно від статі та віку для респондентів характерна невисока тривалість фізичної активності значної або середньої потужності (рис. 4.10). Для жінок порівняно з чоловіками характерні вищий показник фізичної активності невисокої за потужністю у вільний час та нижчий – фізичної активності значної потужності.

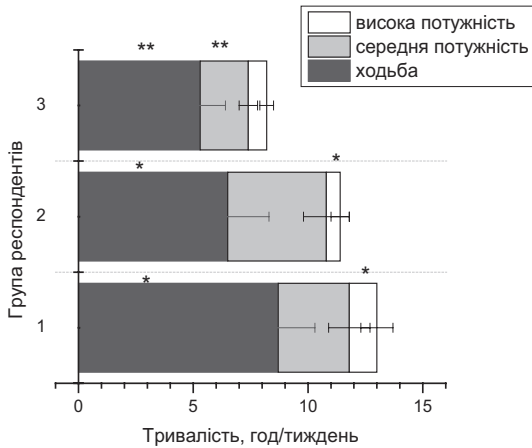


Рис. 4.10. Фізична активність у вільний час дорослих респондентів:

1 – молоді чоловіки (n = 274); 2 – молоді жінки (n = 240);

3 – жінки похилого віку (n = 100);

* – статистично достовірні відмінності (p < 0,01)

між показниками чоловіків та жінок;

** – статистично достовірні відмінності (p < 0,01)

між показниками молоді та осіб літнього віку

Тривалість фізичної активності значної потужності становила 0,6 год/тиждень для жінок, 1,2 год/тиждень для чоловіків. Тривалість виконання фізичних вправ, середніх за потужністю, становила 4,3 та 3,1 год/тиждень для жінок та чоловіків відповідно. Жінки, на відміну від чоловіків, мали вищу тривалість середніх за потужністю фізичних вправ порівняно з чоловіками.

Для порівняння, в осіб літнього віку загальна тривалість рухової активності у вільний час була найнижча. Ця група респондентів виконувала фізичні вправи, середні за потужністю, упродовж 2,1 год/тиждень, значні за потужністю – 0,8 год/тиждень. Це свідчить про суттєве зниження активного відпочинку з віком.

Рівень рухової активності відрізняється в студентів різних напрямів спеціалізації. Найвищі показники характерні для студентів – майбутніх фахівців з питань фізичного виховання або пожежної безпеки (табл. 4.6). Так, енергетичні витрати на виконання різної фізичної роботи в студентів факультету фізичного факультету і спорту вищі ($p < 0,01$) в 1,5, 1,7, 2,6, 2,9 раза, ніж у студентів-інженерів, студентів-істориків, майбутніх фахівців з харчових технологій та іноземних мов відповідно. Загальний показник рухової активності в студентів напряму “пожежна безпека” вищий у 1,7 раза порівняно з студентами історичного факультету, 2,7 раза – ніж у студентів факультету харчових технологій, 2,9 раза – ніж у студентів іноземних мов. Загальний рівень рухової активності найнижчий у студентів, які вивчали харчові технології або іноземні мови (6341 ± 865 МЕТ, 5230 ± 947 МЕТ відповідно).

Більшість метаболічних витрат студентів факультету фізичне виховання припадає на навчання (41,74%), решта – на виконання роботи по господарству (23,87%) та вільний час (21,55%).

Таблиця 4.6

**Фізична активність студентів різних напрямів навчання
(МЕТ-хв/тиждень, $M \pm SE$)**

Місце / час виконання	Різновид фізичної активності	Напрямок навчання					
		фізичне виховання (n=50)	інженерія (n=50)	історія (n=50)	пожежна безпека (n=158)	харчові технології (n=86)	іноземні мови (n=71)
Робота / університет	Ходьба	1924 ± 260	1454 ± 233	1219 ± 287	2030 ± 185	850 ± 132	920 ± 103
	Робота середньої потужності	1552 ± 255	746 ± 205	854 ± 173	2050 ± 234	490 ± 94	551 ± 63
	Робота високої потужності	3059 ± 599	1659 ± 275	904 ± 502	4034 ± 195	215 ± 41	122 ± 56
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, виконана на роботі / в університеті		6536 ± 775	3859 ± 501	2977 ± 640	8114 ± 201	1555 ± 87	1593 ± 72

Продовження табл. 4.6

Місце / час виконання	Різновид фізичної активності	Напрямок навчання					
		фізичне виховання (n=50)	інженерія (n=50)	історія (n=50)	пожежна безпека (n=158)	харчові технології (n=86)	іноземні мови (n=71)
Дозвілля	Ходьба	1 374 ± 218	911 ± 176	1 398 ± 274	2 100 ± 213	1 201 ± 114	850 ± 134
	Робота середньої потужності	501 ± 119	559 ± 139	332 ± 143	584 ± 85	450 ± 110	384 ± 52
	Робота високої потужності	1 500 ± 329	989 ± 312	659 ± 244	920 ± 137	511 ± 36	312 ± 41
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, виконана у вільний від роботи / навчання час		3 375 ± 436	2 460 ± 528	2 389 ± 434	3 604 ± 143	2 163 ± 212	1 546 ± 252
Дім / господарство	Робота середньої потужності	1 241 ± 219	1 181 ± 357	654 ± 182	1 300 ± 215	620 ± 85	719 ± 72
	Робота високої потужності	2 497 ± 410	1 672 ± 229	1 904 ± 271	1 100 ± 152	955 ± 74	874 ± 68
Загальна кількість МЕТхв/тиждень, витрачена на хатню роботу / роботу по господарству		3 738 ± 469	2 853 ± 492	2 558 ± 373	2 400 ± 122	1 575 ± 134	1 593 ± 215
Загальна кількість МЕТхв/тиждень (робота / навчання, дозвілля, хатня робота / робота по господарству, фізична активність пов'язана з переміщенням)		15 659 ± 1 301	10 676 ± 1 782	8 975 ± 1 013	16 108 ± 921	6 341 ± 865	5 230 ± 947

Такі ж закономірності можна спостерігати в студентів, які вивчають пожежну безпеку, – найбільше метаболічних еквівалентів студенти витрачають під час навчання (50,37%), чверть енергетичних витрат (22,37%) припадає на вільний від роботи і навчання час, а 14,90% – на хатню роботу або роботу по господарству. Студенти історичного факультету, а також респонденти, які вивчали харчові технології і іноземні мови, витрачали під час навчання 33,17%, 24,52% та 30,46% від загальної кількості МЕТ. У студентів історичного факультету, харчових технологій та іноземних мов найвищі енерговитрати під час навчання припадали на ходьбу та роботу середньої потужності (69,63%, 86,17%, 92,34%, від загальної кількості МЕТ-хв/тиждень, виконаних в університеті, відповідно). Натомість майбутні фахівці з фізичного виховання або пожежної безпеки найбільше метаболічних еквівалентів витрачали на роботу високої потужності (46,80% і 49,73% відповідно).

Більшість респондентів мали низький рівень рухової активності у вільний час, значна частина опитаних не займалися фізичною культурою та спортом під час дозвілля (рис. 4.11).

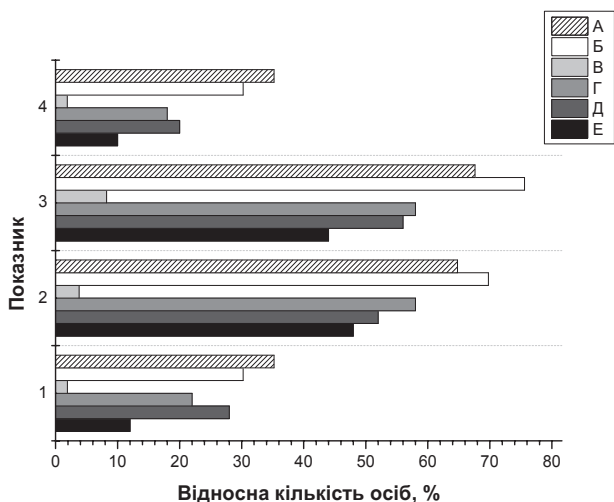


Рис. 4.11. Рухова активність студентів різних спеціальностей у вільний час:

- 1 – респонденти ходили у вільний час не більше ніж 10 хв;
- 2 – респонденти не займалися середніми за потужністю фізичними вправами;
- 3 – респонденти не займалися значними за потужністю фізичними вправами;
- 4 – опитані у вільний час не займалися жодною фізичною активністю;
- А – студенти, які вивчають іноземні мови; Б – харчові технології (n = 86);
- В – пожежну безпеку (n = 158); Г – історію (n = 50);
- Д – інженерію (n = 50); Е – фізичне виховання (n = 50)

Лише 52,0% студентів, які вивчали фізичне виховання, виконували роботу, середню за потужністю. Серед опитаних, які вивчали інженерію, цей показник становив 48,0%, історію – 42,0%, пожежну безпеку – 96,2%, харчові технології – 30,2%, іноземні мови – 35,2%. Також лише частина студентів (56,0% студентів факультету фізичного виховання, 44,0% опитаних з інженерно-технічного факультету, 42,0% – з історичного, 91,8% – майбутніх фахівців з пожежної безпеки, 24,4% – харчових технологій, 32,4% – іноземних мов) у вільний час виконували фізичні вправи високої потужності. Найвищий рівень фізичної активності у вільний час характерний для студентів, які вивчали пожежну безпеку. Фізично неактивними серед цієї групи респондентів були лише 1,9% осіб, тоді як для студентів, які вивчали харчові технології або іноземні мови, – 30,2% та 35,2% відповідно.

4.1.1.3. | Відмінності в якості життя дітей та молоді з різним рівнем рухової активності

Респонденти з низьким рівнем рухової активності мали невисокі показники якості життя. Статистично достовірні відмінності ($p < 0,01$) спостерігали для усіх шкал, крім параметра “Соціальна активність” (табл. 4.7). Для осіб із високим рівнем рухової активності значення якості життя за шкалами “Фізична активність”, “Біль”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” перевищувало 84 бали. Це свідчить про позитивний вплив фізичної активності на фізичний і психологічний компоненти благополуччя – зазвичай опитані не мають жодних проблем з бігом, участю у спортивних змаганнях, роботою по господарству, легко долають значні відстані та піднімаються сходами, дуже рідко відчувають фізичний біль, не скаржаться на тривожність, а пригніченість чи стурбованість не знижують ефективність щоденної праці.

Таблиця 4.7

Якість життя десятикласників з різним рівнем рухової активності

Група респондентів	Шкали, M ± SE							
	ФА*	РФ*	Б*	ЗЗ*	ЖЗ*	СА	РЕ*	ПЗ*
Високий рівень рухової активності (n = 201)	90,2 ±3,2	78,6 ±1,8	84,2 ±2,2	73,3 ±1,7	78,2 ±1,9	82,3 ±3,2	84,1 ±1,8	75,0 ±1,5
Низький рівень рухової активності (n = 298)	83,1 ±2,1	72,4 ±2,1	73,2 ±1,6	65,5 ±1,9	68,6 ±2,3	82,8 ±3,8	71,3 ±1,6	68,2 ±1,9

Примітка. * – спостерігали достовірні відмінності між показниками шкал ($p < 0,05$).

Малоактивні форми відпочинку негативно впливають на якість життя школярів (табл. 4.8). Середні за величиною від'ємні коефіцієнти кореляції спостерігали між тривалістю перегляду телевізора чи розваг за комп'ютером у будень та шкалою “Психічне здоров'я” ($r = -0,46 - -0,54$), а також між використанням ігрової приставки та параметрами “Загальний стан здоров'я”, “Фізична активність”, “Життєздатність”, “Психічне здоров'я” ($r = -0,46 - 0,75$). Тривалі ігри на приставці достовірно пов'язані з низькою якістю життя, зокрема за шкалами “Фізична активність” ($r = -0,45$), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = -0,76$), “Біль” ($r = -0,53$), “Загальний стан здоров'я” ($r = -0,51$), “Життєздатність” ($r = -0,41$) та “Психічне здоров'я” ($r = -0,61$).

Таблиця 4.8

Кореляційні зв'язки між способом життя та якістю життя десятикласників (n = 988)*

Шкали	Пасивна рекреація у вільний час						Споживання продуктів із високим вмістом цукру і жиру
	будень			вихідний день			
	перегляд телевізора	розваги за комп'ютером	використання ігрової приставки	перегляд телевізора	розваги за комп'ютером	використання ігрової приставки	
ФА	-0,13	0	-0,47	0	-0,35	-0,45	ND
РФ	0	ND	-0,29	-0,24	-0,38	-0,76	-0,41
Б	0	0	-0,28	-0,35	-0,46	-0,53	0,12
ЗЗ	ND	-0,33	-0,57	-0,46	-0,60	-0,51	-0,48
ЖЗ	-0,12	-0,21	-0,48	ND	-0,38	-0,41	ND
СА	ND	ND	-0,29	0	0	-0,27	ND
РЕ	ND	ND	-0,23	0,14	ND	-0,49	-0,34
ПЗ	-0,46	-0,54	-0,75	ND	-0,57	-0,61	-0,48

Примітки: * – у таблиці подано достовірні коефіцієнти кореляції ($p < 0,01$);
ND – кореляція недостовірна.

Для побудови структури, яка була б своєрідним евристичним механізмом, що забезпечує розуміння феномену “якість життя” та взаємозв'язків між його шкалами, було використано метод графів. Це дало змогу зосередити увагу на здоров'ї респондентів, способі їх життя, взаємодії із соціумом. На рис. 4.12 зображено кореляційні плеяди, які в графічній формі відображають всі виявлені значущі взаємодії. Вершинами графа є параметри якості життя, а ребрами – кореляційні зв'язки між різними складовими благополуччя.

Отримані кореляційні плеяди свідчать про вплив на якість життя демографічних чинників. У осіб різної статі неоднаковими є кількість та сила

Можна зауважити, що на рівні $r > 0,70$ у всіх груп респондентів існує плеяда “Психічне здоров’я” – “Життєздатність”. Проте в дівчат параметри якості життя не утворюють цілісної структури – кореляційні зв’язки між компонентами є слабкими, сума внутрішніх парних кореляцій невелика. Нестабільною є кореляційна плеяда якості життя дівчат, які проживають у містах. На відміну від інших груп респондентів, параметр “Фізична активність” не є основним об’єднуючим чинником, а навпаки виокремлений із загальної структури.

Якість життя пов’язана з рівнем фізичної підготовленості (табл. 4.9). Кращі результати бігу на 500 м корелюють з вищими значеннями якості життя як в юнаків, так і в дівчат, проте заняття фізичною культурою та спортом по-різному впливають на якість життя осіб різної статі. У респондентів чоловічої статі достовірні зв’язки встановлено щодо шкали “Фізична активність” ($r = -0,256$), “Соціальна активність” ($r = -0,293$), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = -0,251$). Отже, особи, які демонструють вищі результати бігу на 500 м, рідше скаржаться на труднощі під час щоденних навантажень (ходьба, піднімання вантажів тощо), виконання роботи, а самопочуття не є на заваді в соціальних контактах. У дівчат, які мали кращі результати бігу на 500 м, спостерігали вищі значення якості життя за шкалами “Загальний стан здоров’я” ($r = -0,288$), “Рівень болю” ($r = -0,436$) та “Життєздатність” ($r = -0,341$).

Таблиця 4.9

Кореляції між рівнем фізичної підготовленості та складовими частинами якості життя

Результати контрольних вправ	ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Чоловіки, n = 58								
Біг на 500 м	-0,256*	-0,251*	-0,140	-0,140	-0,122	-0,293*	-0,078	0,086
Підтягування у висі	0,316*	0,228*	0,148*	0,286*	0,041*	0,052	0,023	0,128*
Човниковий біг 4 × 9 м	-0,320*	-0,132*	-0,090*	-0,203*	-0,110*	-0,187*	-0,034*	0,040
Піднімання в сід за 30 с	0,415*	0,321*	0,114*	0,234*	0,052*	0,120	0,121*	0,025
Нахил тулуба вперед з положення сидячи	0,080*	0,032	0,021	0,083*	0,025*	0,003	-0,019	-0,003

Продовження табл. 4.9

Результати контрольних вправ	ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Жінки, n =75								
Біг на 500 м	-0,512*	-0,389*	-0,436*	-0,288*	-0,341*	-0,066	0,113	-0,170
Вис на зігнутих руках	0,415*	0,325*	0,290*	0,183*	0,254*	0,053	0,032	0,019*
Човниковий біг 4 × 9 м	-0,342*	-0,412*	-0,253	-0,190*	-0,380*	-0,023	0,024	-0,131*
Піднімання в сід за 30 с	0,251*	0,148*	0,352*	0,152*	0,198*	0,050	0,110*	0,120
Нахил тулуба вперед з положення сидячи	0,131*	0,024	0,048	0,112*	0,073	0,023	0,045*	0,003

Примітка. * – достовірна кореляція ($p < 0,01$).

Такі ж закономірності спостерігали для респондентів різної статі під час вивчення зв'язків між параметрами якості життя та результатами човникового бігу, піднімання в сід за 30 с, підтягування у висі або вису на зігнутих руках. Найбільш суттєвий зв'язок виявлено між результатами човникового бігу і показниками шкали “Фізична активність” ($r = -0,320$ та $r = -0,342$ для чоловіків і жінок відповідно), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = -0,412$ для жінок), “Рівень болю” ($r = 0,253$ для жінок), “Загальний стан здоров'я” ($r = -0,203$ для чоловіків), “Життєздатність” ($r = -0,380$ для жінок); між результатами піднімання в сід за 30 с шкалою “Фізична активність” ($r = 0,415$ для чоловіків, $r = 0,251$ для жінок), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = 0,321$ для чоловіків), “Загальний стан здоров'я” ($r = 0,234$), “Рівень болю” ($r = 0,352$ для жінок), “Життєздатність” ($r = 0,198$ для жінок).

Спосіб життя тісно пов'язаний з психічним і фізичним здоров'ям, проте малодослідженим на сьогодні є зв'язок між показниками рухової активності і якістю життя. Обчислено мінімальне значення якості життя за умов максимальної дії негативного чинника. Прогнозовані значення якості життя отримували з рівняння регресії (коефіцієнт b_0) (табл. 4.10).

Виявлено, що незадовільний фізичний стан (респондент постійно відчуває біль, нездатний піднятися на один поверх сходами, не може бігати, йому

важко займатися фізичними вправами та спортом, піднімати будь-які важкі речі, приймати ванну, виконувати повсякденну роботу тощо) має найбільш суттєвий вплив на якість життя. Значення за усіма шкалами не перевищують 30 балів, що відповідає показникам для осіб із важкими формами інвалідності [153].

Таблиця 4.10

**Прогнозоване значення якості життя
(коефіцієнти b_0 рівняння регресії)**

Негативний чинник	Шкали якості життя, бали							
	ФА	РФ	Б	33	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Школяр не займається у спортивній секції	85,7	74,0	ND	66,7	68,0	ND	72,2	68,9
Учень не бавиться у рухливі ігри на свіжому повітрі	79,4	71,1	72,7	60,0	57,8	70,7	60,7	60,1
Батьки школяра не займаються фізичною культурою чи спортом	ND	ND	74,2	66,6	67,9	ND	ND	ND
Тривалий пасивний відпочинок у будень	ND	ND	84,3	70,6	72,7	84,4	80,4	74,1
Тривалий пасивний відпочинок у вихідний день	89,7	79,2	84,9	ND	73,0	84,5	ND	73,8
Активність на уроках фізичної культури мінімальна	74,0	66,8	73,1	56,9	59,7	67,1	63,1	57,5
Низький рівень фізичної активності	83,2	73,1	78,8	57,0	56,5	69,6	64,6	64,9
Незадовільний загальний фізичний стан	30,0	18,1	19,7	27,9	27,7	28,6	14,8	22,6

Примітка. ND – для цього випадку неможливо побудувати статистично достовірну регресійну модель.

Низький рівень рухової активності, вибір пасивної рекреації у вільний час (у будні та вихідні дні) мають негативний вплив на якість життя. Так, якщо школярі не виконують ніяких вправ на уроках фізичної культури, їх якість життя за більшістю параметрів становить близько 60 балів: за шка-

лою “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 66,8 бала, “Загальний стан здоров’я” – 56,9 бала, “Соціальна активність” – 67,1 бала, “Психічне здоров’я” – 57,5 бала. Відсутність практики активної рекреації (батьки школяра не займаються фізкультурою чи спортом) може зменшити якість життя за шкалою “Загальний стан здоров’я” на 33,4%, “Життєздатність” – 32,1%. У разі, якщо учень не відвідує жодної спортивної секції, прогнозоване значення якості життя становить за шкалою “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” 74,0 бала, “Загальний стан здоров’я” – 66,7 бала, “Життєздатність” – 68,0 бала, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 72,2 бала, “Психічне здоров’я” – 68,9 бала. Вибір пасивного відпочинку в будні чи вихідні дні (перегляд передач, ігри за комп’ютером, використання ігрових приставок) може погіршити якість життя на 15–20%.

Із зростанням рівня рухової активності у вільний час можна спостерігати поліпшення якості життя в респондентів чоловічої та жіночої статі (рис. 4.13).

У чоловіків і жінок спостерігали вищі параметри якості життя за шкалою “Фізична активність” ($p = 0,003$ та $p = 0,001$, відповідно). Цей показник характеризує суб’єктивну оцінку респондентом щоденного фізичного навантаження, його високі значення свідчать про добрі функціональні можливості організму та працездатність. Зростання рівня рухової активності у вільний час супроводжується в жінок поліпшенням якості життя за шкалами “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($p = 0,002$), “Загальний стан здоров’я” ($p = 0,01$), “Соціальна активність” ($p = 0,02$), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($p = 0,05$). Статистично достовірні відмінності у чоловіків із вищим рівнем рухової активності можна спостерігати за шкалами “Фізична активність” (різниця у респондентів із мінімальним і максимальним показником становить 9,8 бала), “Життєздатність” (різниця – 7,1 бала), “Психічне здоров’я” (різниця – 6,0 бала) – у чоловіків, у жінок – “Фізична активність” (різниця – 10,1 бала), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (різниця – 7,2 бала), “Загальний стан здоров’я” (різниця – 7,1 бала), “Соціальна активність” (різниця – 8,1 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (різниця – 2,4 бала). Такий результат свідчить не лише про поліпшення загальної суб’єктивної оцінки власного здоров’я, але й про те, що щоденна діяльність опитаних, зокрема соціальна активність, не обмежується внаслідок незадовільного емоційного чи фізичного стану. У респондентів чоловічої статі спостерігали зростання бадьорості та енергійності, поліпшення настрою, оскільки достовірно збільшувалися параметри якості життя за шкалами “Життєздатність” ($p = 0,02$) та “Психічне здоров’я” ($p = 0,02$).

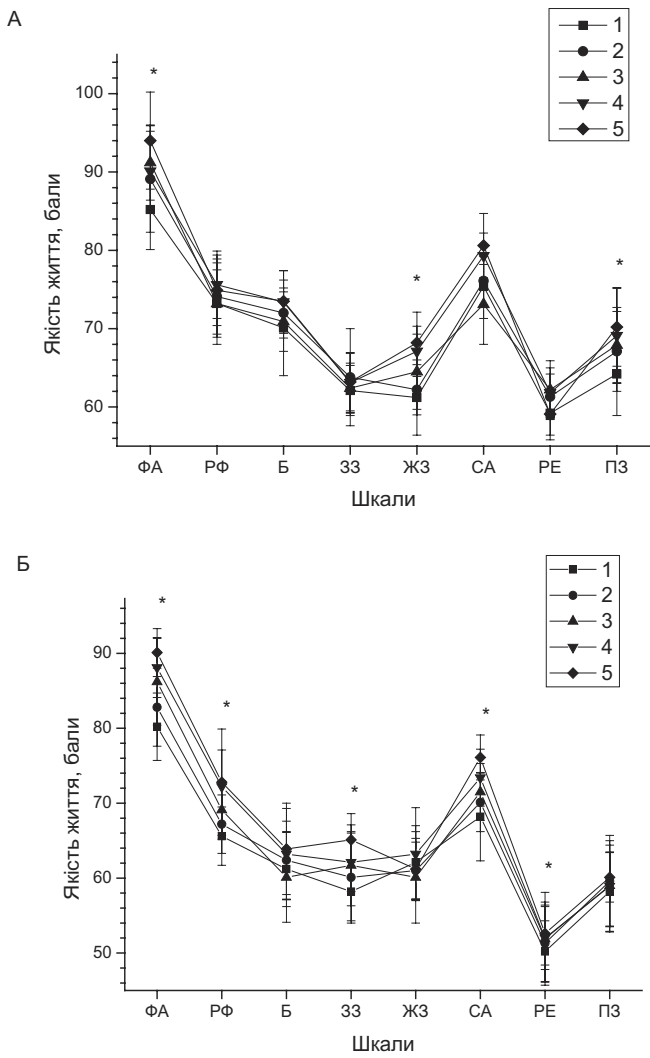


Рис. 4.13. Якість життя молоді з різним рівнем фізичної активності у вільний час:

- 1 – тривалість фізичної активності у вільний час 0–2,5 год/тиждень;
- 2–2,5–5 год/тиждень; 3–5–7,5 год/тиждень;
- 4–7,5–10 год/тиждень; 5 – $\geq 10,0$ год/тиждень;
- А – чоловіки (n = 274), Б – жінки (n = 240);

* – статистично достовірні відмінності ($p < 0,05$) між даними респондентів з мінімальним і максимальним рівнем фізичної активності у вільний час

Аналіз рівня рухової активності за умови участі в додаткових заняттях фізичною культурою та спортом виявив суттєві зміни якісного складу вільного часу – спостерігали суттєве зменшення тривалості пасивного відпочинку, збільшення тривалості фізичної активності значної потужності, поліпшення якості життя (рис. 4.14, рис. 4.15).

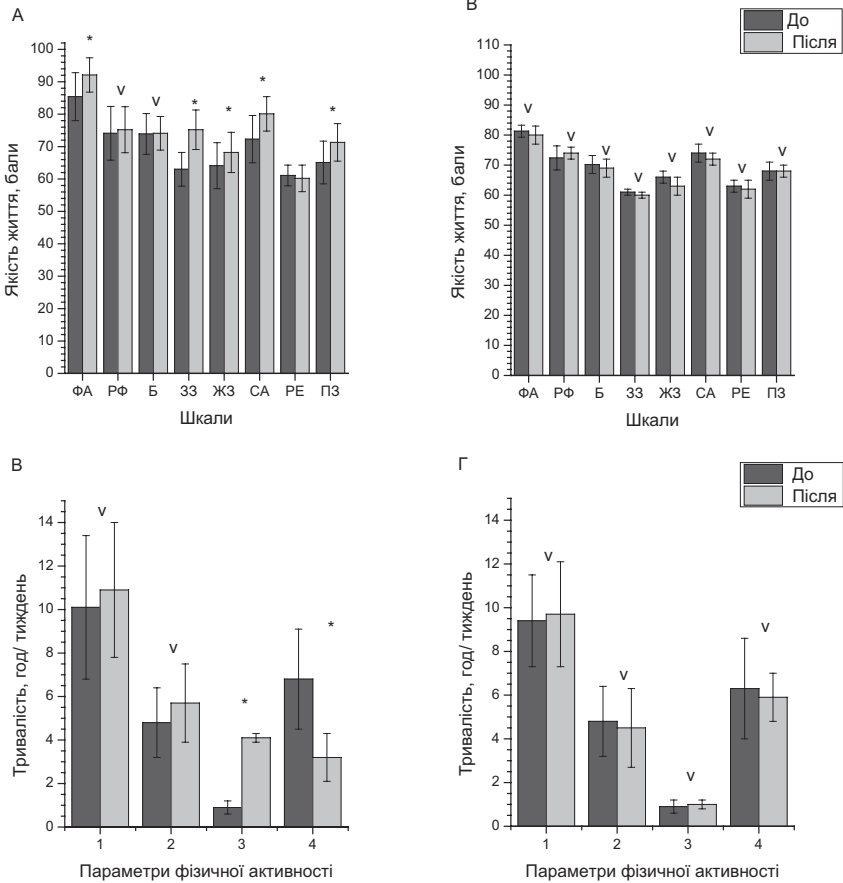


Рис. 4.14. Вплив силових тренувань на параметри якості життя і структуру вільного часу:
 1 – ходьба; 2 – фізичні вправи, середні за потужністю;
 3 – фізичні вправи значної потужності;

А, Б – експериментальна група (чоловіки, n = 22);

В, Г – контрольна група (чоловіки, n = 20);

* – відмінності між даними “До” і “Після” (p < 0,01);

^v – відмінності між даними “До” і “Після” не спостерігали (p < 0,05)

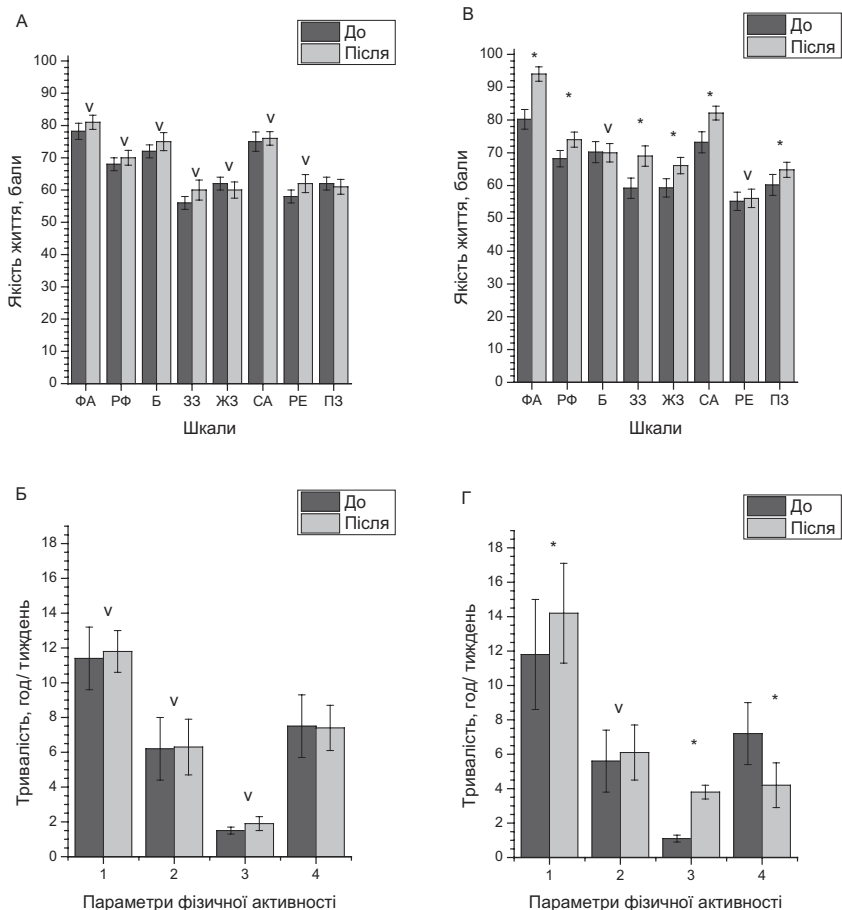


Рис. 4.15. Вплив занять фізичною культурою та спортом на параметри якості життя і структуру вільного часу (застосування фізкультурно-оздоровчої програми):

1 – ходьба; 2 – фізичні вправи, середні за потужністю;

3 – фізичні вправи значної потужності;

А, Б – контрольна група (n = 34, 50,0% – жінки);

В, Г – експериментальна група (n = 36, 50,0% – жінки);

* – відмінності між даними “До” і “Після” (p < 0,01);

v – відмінності між даними “До” і “Після” не спостерігали (p < 0,01)

Участь у додаткових заняттях фізичною культурою та спортом сприяла “перерозподілові” вільного часу (див. рис. 4.14). Після 16-тижневої програми, спрямованої на розвиток сили, учасники витрачали у 2,1 раза менше

часу на пасивне дозвілля та у 4,5 раза більше часу на фізичні вправи значної потужності. Такі ж зміни в контрольній групі не спостерігали.

Додаткові заняття фізичною культурою та спортом достовірно поліпшували параметри якості життя молоді. Силкові вправи сприяли збільшенню благополуччя за шкалами “Фізична активність”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Соціальна активність” та “Психічне здоров’я”. Зміна середніх значень цих показників становила 0,2–12,2 бала. Статистично достовірних змін не спостерігали за шкалами якості життя “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Рівень болю”.

Участь у 24-тижневій комплексній (див. рис. 4.15) фізкультурно-оздоровчій програмі забезпечувала статистично достовірні зміни, які спостерігали за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Соціальна активність”, “Психічне здоров’я”. Загалом середні значення показників якості життя змінювалися в діапазоні 0,2–13,8 бала. Необхідно відзначити, що і в експериментальній, і в контрольній групах не спостерігали статистично-достовірних змін у фізичній підготовленості студентів [408]. Достовірні зміни ($p < 0,05$) виявлено лише щодо результатів човникового бігу в жінок. Упровадження програми сприяло посиленню кореляцій між складниками якості життя та результатами бігу на 500 м. Для жінок експериментальної групи посилювався зв’язок між показником кардіореспіраторної витривалості та шкалами “Фізична активність” (результат “До” – $r = 0,00$, $p = 0,55$; результат “Після” – $r = -0,51$, $p = 0,03$), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (результат “До” – $r = -0,47$, $p = 0,05$; результат “Після” – $r = 0,63$, $p = 0,01$), “Життєздатність” (результат “До” – $r = 0,00$, $p = 0,92$; результат “Після” – $r = -0,56$, $p = 0,02$), “Психічне здоров’я” (результат “До” – $r = 0,00$, $p = 0,40$; результат “Після” – $r = -0,70$, $p = 0,001$); для чоловіків – “Загальний стан здоров’я” (результат “До” – $r = 0,00$, $p = 0,62$; результат “Після” – $r = -0,60$, $p = 0,01$). У контрольній групі, на відміну від експериментальної, не виявлено змін у структурі вільного часу, показники якості життя залишалися без змін.

4.1.2. | Значення рухової активності у формуванні якості життя дорослих

Упродовж тижня чоловіки витрачають на 5495 МЕТ більше, ніж жінки (табл. 4.11). Оплачувана робота в чоловіків-педагогів є більш енерговитратною, ніж у жінок, вони використовують в 1,4 раза менше метаболічних еквівалентів на роботу середньої та високої потужностей. У відсотковому відношенні і чоловіки, і жінки витрачають половину (46%) від загальної

кількості МЕТ на оплачувану роботу, 11–12 % – на переміщення, 30–36 % – на роботу по господарству. Загалом чоловіки витрачають більше метаболічних еквівалентів на усі різновиди рухової активності.

Таблиця 4.11

Рухова активність осіб різної статі (вік респондентів – 42,5 ± 0,8)

Місце/час виконання	Різновид фізичної активності	Жінки, n = 251		Чоловіки, n = 151	
		М ± SE, МЕТ-хв/тиждень	% від загальної рухової активності	М ± SE, МЕТ-хв/тиждень	% від загальної рухової активності
Робота	ходьба	1822 ± 180*	12,8	2236 ± 257	11,3
	робота середньої потужності	1699 ± 206*	11,9	2297 ± 272	11,6
	робота високої потужності	2983 ± 345*	21,0	4467 ± 502	22,6
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, виконана на роботі		6503 ± 594*	45,7	9000 ± 734	45,6
Переміщення	ходьба	1519 ± 139*	10,7	1754 ± 226	8,9
	їзда на велосипеді	119 ± 32*	0,8	514 ± 134	2,6
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, витрачена на переміщення		1638 ± 144*	11,5	2256 ± 320	11,4
Дім/господарство	робота високої потужності	1992 ± 199*	14,0	2976 ± 344	15,1
	робота середньої потужності	3161 ± 129**	22,2	2923 ± 498	14,8
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, витрачена на хатню роботу або роботу по господарству		5147 ± 326	36,2	5898 ± 946	29,9

Продовження табл. 4.11

Місце/час виконання	Різновид фізичної активності	Жінки, n = 251		Чоловіки, n = 151	
		M ± SE, MET-хв/тиждень	% від загальної рухової активності	M ± SE, MET-хв/тиждень	% від загальної рухової активності
Дозвілля	ходьба	649 ± 103	4,6	602 ± 91	3,1
	робота середньої потужності	54 ± 17*	0,4	795 ± 177	4,3
	робота високої потужності	221 ± 65*	1,6	1210 ± 262	6,1
Загальна кількість MET-хв/тиждень, виконана у вільний від роботи/навчання час		926 ± 132*	6,5	2607 ± 422	13,2
Загальна кількість MET-хв/тиждень (робота, дозвілля, робота по дому / робота по господарству, фізична активність, яка пов'язана з переміщенням)		14230 ± 882*	100	19725 ± 1547	100

Примітки: * – показники жінок нижчі, ніж у чоловіків ($p < 0,01$);

** – показники жінок вищі, ніж чоловіків ($p < 0,01$).

Питальник IPAQ (довга форма) (додаток Д) передбачає обчислення рівня рухової активності під час відпочинку, у вільний час (кількість днів за останній тиждень, присвячена активній рекреації, зокрема іграм у волейбол, баскетбол чи футбол, їзді на велосипеді, заняттям аеробікою, плаванням тощо) [314]. Упродовж вільного часу жінки використовували 926 MET, з яких 70 % припадало на метаболічні еквіваленти, витрачені на переміщення. У середньому впродовж тижня у вільний час жінки займалися 28 хв роботою високої потужності, 14 хв виконували роботу середньої потужності. Чоловіки у вільний час мали вищий показник фізичної активності (у 2,8 раза). Під час дозвілля респонденти чоловічої статі витрачали на роботу високої потужності 46 %, на роботу середньої потужності – 30 % від загальної кількості витрачених у вільний час метаболічних еквівалентів.

Проаналізовано рівень рухової активності респондентів із врахуванням характеру трудової діяльності. Виявлено, що вчителі фізичної культури мали найвищий рівень енерговитрат, що становив 22 181 MET-хв/тиждень (табл. 4.12). Натомість вчителі основ здоров'я витрачали лише 13 565 MET-хв/тиждень, рівень їхньої фізичної активності був найнижчий. Загальний рівень фізичної активності найнижчий у педагогів, які виклада-

ють основи здоров'я, він у 1,6 раза нижчий, ніж у вчителів фізичної культури, та на 793–2 389 MET-хв/тиждень менший, ніж у вчителів, які викладають трудове навчання, захист Вітчизни, педагогів-організаторів або вчителів молодшої школи. Найбільше метаболічних еквівалентів учителі витрачали на роботі – 44,42 % від загальної кількості MET використовували вчителі захисту Вітчизни, 49,01 % – учителі фізичної культури, 42,25 % – учителі основ здоров'я, 47,46 % – педагоги-організатори, 45,31 % – вчителі трудового навчання, 37,41 % – вчителі молодшої школи.

Рівень енергетичних витрат у вчителів фізичної культури був високий не лише за рахунок значної фізичної активності на робочому місці (показник енерговитрат на роботі – 10872 MET-хв/тиждень), але й у зв'язку з тим, що вони проводили вільний час активно (бігали, займалися аеробікою, волейболом, плаванням тощо) та більше часу приділяли роботі по дому або довше працювали на присадибній ділянці (показник енерговитрат 6612 MET-хв/тиждень). Учителі основ здоров'я, трудового навчання, педагоги-організатори, вчителі молодшої школи витрачали на переміщення з місця на місце, включно з добиранням до роботи, магазину, місць розваг, більше метаболічних еквівалентів, ніж на будь-який різновид фізичної активності у вільний час. У вільний від роботи час вчителі захисту Вітчизни витрачали 11,27 % від загальної кількості MET, вчителі фізичної культури – 11,36 %, вчителі основ здоров'я – 7,56 %, педагоги-організатори – 5,61 %, вчителі трудового навчання – 10,92 %, вчителі молодшої школи – 8,41 %.

Таблиця 4.12

Рухова активність педагогів (M ± SE, MET-хв/тиждень)

Місце / час виконання	Різнovid рухової активності	Посада					
		вчителі захисту Вітчизни (n=56)	вчителі фізичної культури (n=410)	вчителі основ здоров'я (n=142)	педагоги організатори (n=73)	вчителі трудового навчання (n=75)	вчителі молодшої школи (n=120)
Робота/ навчання	Ходьба	1 512 ± 332	2 762 ± 404	1 835 ± 265	1 711 ± 390	1 703 ± 302	1 920 ± 213
	Робота середньої потужності	1 358 ± 311	2 782 ± 365	1 523 ± 270	1 793 ± 443	2 109 ± 486	1 323 ± 215
	Робота високої потужності	3 423 ± 830	5 328 ± 703	2 374 ± 425	4 050 ± 822	3 473 ± 725	1 112 ± 323
Загальна кількість MET-хв/тиждень, витрачена на роботі		6 293 ± 1 142	10 872 ± 986	5 731 ± 752	7 555 ± 1 251	7 285 ± 1 310	4 355 ± 816

Продовження табл. 4.12

Місце / час виконання	Різновид рухової активності	Посада					
		вчителі захисту Вітчизни (n=56)	вчителі фізичної культури (n=410)	вчителі основ здоров'я (n=142)	педагогічні організатори (n=73)	вчителі трудового навчання (n=75)	вчителі молодшої школи (n=120)
Дозвілля	Ходьба	449 ± 103	661 ± 142	681 ± 147	460 ± 108	796 ± 254	548 ± 126
	Робота середньої потужності	314 ± 106	753 ± 203	200 ± 151	87 ± 53	268 ± 127	220 ± 42
	Робота високої потужності	834 ± 309	1 105 ± 291	144 ± 57	346 ± 218	691 ± 341	211 ± 53
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, витрачена у вільний від роботи та навчання час		1 597 ± 414	2 519 ± 539	1 026 ± 223	893 ± 284	1 755 ± 533	979 ± 237
Дім /господарство	Робота середньої потужності	2 662 ± 346	1 920 ± 815	2 987 ± 188	2 984 ± 265	2 769 ± 260	2 350 ± 322
	Робота високої потужності	2 116 ± 436	2 772 ± 383	2 073 ± 371	2 700 ± 416	2 432 ± 434	2 135 ± 355
Загальна кількість МЕТ-хв/тиждень, витрачена на домашню роботу / роботу по господарству		4 742 ± 692	6 612 ± 1 526	5 060 ± 550	5 683 ± 760	5 201 ± 713	4 486 ± 565
Добирання	Ходьба	1 304 ± 273	1 684 ± 334	1 607 ± 192	1 630 ± 379	1 638 ± 243	1 640 ± 282
	Їзда на велосипеді	230 ± 80	494 ± 223	141 ± 52	210 ± 95	224 ± 79	180 ± 59
Загальна кількість МЕТхв / тиж-день, що витрачена на переміщення		1 534 ± 304	2 178 ± 520	1 748 ± 200	1 840 ± 385	1 836 ± 265	1 820 ± 231
Загальний рівень рухової активності		14 166 ± 1 484	22 181 ± 2 370	13 565 ± 1 045	15 917 ± 2 089	16 077 ± 2 095	11 640 ± 1 035

У вільний час найнижчий рівень фізичної активності в учителів основ здоров'я, педагогів-організаторів та вчителів молодшої школи. Дві третини (66 %) енергетичних витрат на фізичну активність у вільний час у педагогів, які викладають основи здоров'я, припадає на ходьбу, у педагогів-організаторів цей показник становить 52 %. У вільний час на роботу середньої і значної потужності у вчителів основ здоров'я, педагогів-організаторів та вчителів молодшої школи припадає 344, 433 і 431 МЕТ-хв/тиждень відповідно.

Отримані дані дали змогу охарактеризувати так званий “базовий” рівень рухової активності українських респондентів упродовж останнього тижня. Під час аналізу результатів було враховано, що саме рухова активність у вільний час відображає діяльність людини, яка оптимально впливає на організм людини та здійснюється добровільно, без примусу чи зовнішнього натиску, відповідно її можна розглядати як показник сформованості здоров'язбережної компетентності.

У відсотковому відношенні на роботу високої потужності вчителі витрачають від 19 до 30 % від загальної кількості МЕТ, найнижчий цей показник у вчителів основ здоров'я (рис. 4.16). На ходьбу педагоги використовують близько третини від усіх метаболічних еквівалентів (23–30 %), на роботу середньої потужності – 47–51 %. Найвищу кількість МЕТ на фізичну активність у вільний час витрачають вчителі фізичної культури (11,4 % від загального показника), педагоги, які викладають трудове навчання (11,0 %) та захист Вітчизни (11,1 %). Натомість вчителі основ здоров'я та педагоги-організатори витрачають у вільний час 7,6 % та 5,6 % від загальної кількості витрачених метаболічних еквівалентів.

Фізична активність є необхідним компонентом здорового способу життя та профілактики неінфекційних захворювань (хвороб системи кровообігу, діабету, раку товстої кишки) [231, 491]. Вважають, що фізичні вправи необхідно використовувати не тільки при лікуванні різних хронічних захворювань, зокрема для поліпшення психічного здоров'я, а саме подолання депресій, зниження тривожності, поліпшення ментальних здібностей [273, 285, 427, 493]. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує для збереження та зміцнення здоров'я виконувати фізичні вправи середньої потужності 5 разів на тиждень не менше ніж 30 хв або високої потужності 3 рази на тиждень упродовж 20 хв.

У вчителів фізичної культури виявлено зв'язок між роботою середньої потужності, виконаною у вільний від роботи час, та шкалами “Загальний стан здоров'я” ($r = 0,30$), “Життєздатність” ($r = 0,37$), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = 0,37$), “Психічне здоров'я” ($r = 0,30$), а також загальним психічним компонентом якості життя ($r = 0,42$) (табл. 4.13).

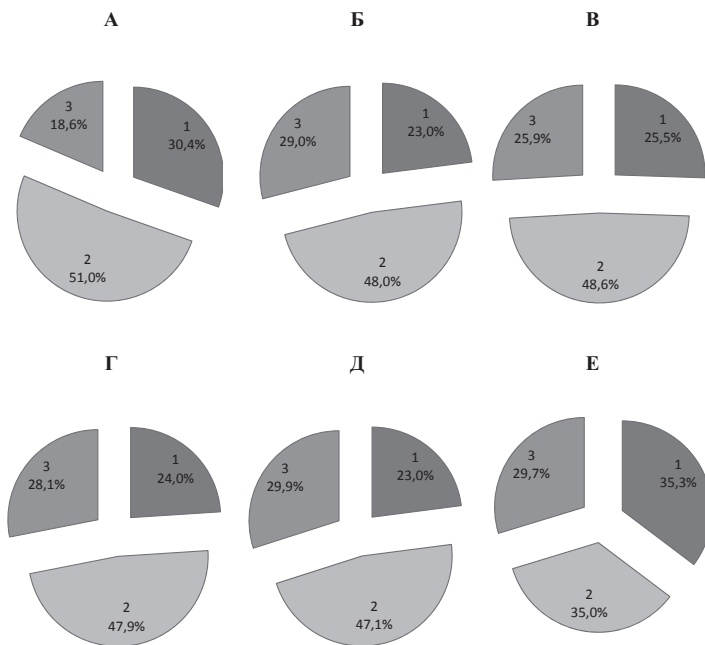


Рис. 4.16. Рівень енергетичних витрат на виконання фізичної роботи:
 1 – ходьба; 2 – робота середньої потужності; 3 – робота високої потужності;
 А – вчителі основ здоров'я (n = 142); Б – вчителі фізичної культури (n = 410);
 В – вчителі трудового навчання (n = 75); Г – педагоги-організатори (n = 73);
 Д – вчителі захисту Вітчизни (n = 56); Е – вчителі молодшої школи (n = 120)

Таблиця 4.13

Зв'язок між якістю життя і рівнем рухової активності осіб зрілого віку*

Різновид рухової активності	Шкали якості життя							
	РФ	ЗЗ	ЖЗ	РЕ	ПЗ	ЗПК	РФ	ЖЗ
	вчителі фізичної культури (n = 88)						вчителі основ здоров'я (n = 110)	
Робота середньої потужності у вільний час	-	0,30	0,37	0,37	0,30	0,42	-	-
Робота високої потужності у вільний час	0,36	0,34	-	-	-	-	-	-

Різновид рухової активності	Шкали якості життя							
	РФ	ЗЗ	ЖЗ	РЕ	ПЗ	ЗПК	РФ	ЖЗ
	вчителі фізичної культури (n = 88)						вчителі основ здоров'я (n = 110)	
Загальний рівень активності у вільний час	0,33	0,34	0,29	-	-	-	-	0,27
Ходьба	-	-	-	-	-	-	-	0,27
Загальний показник роботи середньої потужності	0,30	-	0,33	-	0,38	0,32	-	-
Загальний показник роботи високої потужності	-	-	-	-	-	-	0,23	-
Загальний рівень фізичної активності	0,31	-	-	-	0,27	-	-	0,24

Примітки: * – усі подані коефіцієнти кореляції є статично достовірними ($p < 0,05$);
 - - статистично достовірних ($p < 0,05$) коефіцієнтів кореляції не виявлено.

Показник шкали “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” корелює з роботою високої потужності у вільний час. Таких кореляцій для вчителів основ здоров'я виявлено не було.

Фізична активність є своєрідним “посередником” між мотивацією людини до здорового способу життя та якістю життя. Можна припустити, що визначальний вплив на якість життя має не рівень фізичної активності на роботі або вдома, а спосіб проведення вільного часу, зокрема заняття фізичними вправами та спортом.

Оскільки низький рівень фізичної активності – один з основних чинників, який негативно впливає на адаптивні процеси в осіб літнього віку, спричиняє збільшення ваги, розвиток остеоартриту, хвороб серця і судин, депресії, онкозахворювань, важливим було проаналізовано вплив цього показника на мікрорівень якості життя. Серед ефектів від занять фізичною культурою необхідно згадати не лише профілактику захворювань, але й підвищення рівня когнітивного функціонування, автономності,

зниження тривожності, високий рівень соціальної підтримки за рахунок створення нових соціальних мереж, що позитивно впливає на показники “Функціональний стан”, “Захворювання та травми”, “Психологічне благополуччя”, “Поведінкові компетенції”, “Соціальний капітал”, а отже, і на якість життя літньої людини в цілому.

Рухову активність літніх респондентів аналізували на роботі (на навчанні), вдома, присадибній ділянці, під час відпочинку та переміщення з одного місця в інше. Учасників дослідження просили згадати усі різновиди фізичної роботи, яку вони виконували впродовж останнього тижня. Якщо респонденти зрілого віку на роботі витрачали 45,6 % від загальної кількості МЕТ-год/тиждень, то на переміщення – 11,5 %, на рухову активність вдома (зокрема на присадибній ділянці) – 32,5 %. В осіб літнього віку ці значення становили 30,9 %, 19,9 %, 36,8 % відповідно. Респонденти старшого віку на фізичну активність у вільний від роботи час витрачали 12,4 % від загальної кількості метаболічних еквівалентів, а опитані зрілого віку – 10,4 %. Спостерігали відмінності в абсолютних значеннях поданих показників. Зокрема, загальний рівень рухової активності в осіб зрілого віку становив $283,1 \pm 20,2$ МЕТ-год/тиждень, в осіб літнього віку – $179,6 \pm 15,8$ МЕТгод/тиждень.

Виявлено, що інтенсивні фізичні навантаження не є обов’язковою умовою оптимального рівня благополуччя літньої людини. Між шкалами якості життя та роботою високої потужності виявлено статистично достовірні кореляції лише для шкали “Фізична активність” ($r = 0,45$) (табл. 4.14). Натомість повсякденна діяльність – ходьба, піднімання сходами, по драбині, сільсько-господарські роботи, робота по господарству може поліпшити якість життя літніх людей. Статистично достовірні коефіцієнти кореляції виявлено для роботи середньої потужності, ходьби та складових якості життя.

Найсильніші кореляції було виявлено між шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Психічне здоров’я” та роботою середньої потужності, коефіцієнти кореляції становили 0,71, 0,65 та 0,63 відповідно. Сильні позитивні статистично достовірні кореляції існують між складовою “Психічне здоров’я” та ходьба ($r = 0,73$). Отже, особи, які частіше на роботі, у вільний час, під час роботи вдома чи на присадибній ділянці займалися помірною фізичною активністю (наприклад, піднімали легкі вантажі, підмітали, мили вікна, прибирали листя, їздили на велосипеді чи плавали), мали вищу якість життя та рідше зазначали про труднощі з щоденними фізичним навантаженнями (переносили сумки з продуктами, піднімалися сходами, гуляли впродовж тривалого часу), брали активну участь у суспільному житті, не мали фізичних чи емоційних проблем під час налагодження соціальних контактів, мали позитивний настрій.

**Кореляції між якістю життя
та показниками рухової активності літніх людей (n = 100)**

Різновиди рухової активності (згідно з IPAQ)	Шкали якості життя							
	ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Робота середньої потужності	0,71*	0,65*	0,20	0,45*	0,31*	0,65*	0,48	0,63*
Робота високої потужності	0,45*	0,31	0,15	0,23*	0,33	-	-	-
Ходьба	0,43	0,45	0,34	0,82*	0,43*	0,5	0,56*	0,73*

Примітка. * – достовірна кореляція ($p < 0,05$).

Виявлено незначні та середні за величиною коефіцієнти кореляції між кількістю метаболічних еквівалентів, витрачених на фізичну роботу під час праці (навчання), переміщення, вдома, у вільний час, та якістю життя (табл. 4.15). Найбільші коефіцієнти кореляції були характерні для рухової активності на роботі та шкали “Фізична активність” ($r = 0,48$), “Соціальна активність” ($r = 0,54$) та “Психічне здоров’я” ($r = 0,43$), активності, пов’язаної з переміщенням, та показника “Загальний стан здоров’я” ($r = 0,71$).

Таблиця 4.15

**Кореляції між якістю життя
та рівнем рухової активності осіб літнього віку (n = 100)**

Різновиди рухової активності (згідно з IPAQ)	Шкали якості життя							
	ФА	РФ	Б	ЗЗ	ЖЗ	СА	РЕ	ПЗ
Рухова активність:								
на роботі (під час навчання)	0,48*	0,34*	0,02	0,32*	0,41	0,54*	0,01	0,43*
пов’язана із переміщенням вдома (на присадибній ділянці)	0,12	0,13	0,34	0,71*	0,39*	0,20	0,34*	0,11*
у вільний час	0,42*	0,13*	-0,34*	-	-	-	-0,41*	-0,51*
Час проведений сидячи	0,63*	0,58*	0,11	0,35*	0,11	0,51*	0,41*	0,49*
	-0,28*	-0,41*	-0,19	0,14	-	-0,34*	-	0,31

Примітка. * – достовірна кореляція ($p < 0,05$).

Фізична робота вдома, як і проведення вільного часу пасивно або тривала сидяча робота, впливає негативно на деякі компоненти якості життя літньої людини. Так, від'ємні коефіцієнти кореляції виявлено для параметра "Рухова активність вдома" та шкали "Біль" ($r = -0,34$), "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності" ($r = -0,41$), "Психічне здоров'я" ($r = 0,51$), "Час проведений сидючи" і "Фізична активність" ($r = -0,28$), "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" ($r = -0,41$), "Соціальна активність" ($r = -0,34$).

Збільшення тривалості активного відпочинку пов'язане з поліпшенням якості життя осіб літнього віку. Достовірні кореляційні зв'язки виявлено для значення шкал "Фізична активність" ($r = 0,63$), "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" ($r = 0,58$), "Загальний стан здоров'я" ($r = 0,35$), "Соціальна активність" ($r = 0,51$), "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності" ($r = 0,41$), "Психічне здоров'я" ($r = 0,49$).

Отже, виявлено статистично достовірні та середні за величиною коефіцієнти кореляції між кількістю метаболічних еквівалентів, витрачених на рухову активність під час праці (навчання), та значеннями шкал "Фізична активність" ($r = 0,48$), "Соціальна активність" ($r = 0,54$) та "Психічне здоров'я" ($r = 0,43$), а також активністю, пов'язаною з переміщенням, та показником "Загальний стан здоров'я" ($r = 0,71$). Якість життя осіб літнього віку залежить від тривалості активного відпочинку – коефіцієнти кореляції для шкал "Фізична активність", "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності", "Загальний стан здоров'я", "Соціальна активність", "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності", "Психічне здоров'я" перебували в діапазоні 0,41–0,63.

4.2. | Особливості харчового раціону та його вплив на якість життя

Вагомим чинником, що формує здоров'я школяра, є харчування. Воно є важливою фізіологічною потребою організму й забезпечує не тільки ріст і розвиток дитини, але й сприяє відновленню працездатності, поліпшує адаптивні можливості, інтелектуальні можливості, є методом лікування та профілактики захворювань. Споживання вузького асортименту продуктів або продуктів низької якості, недостатня обізнаність щодо властивостей, харчової і біологічної цінності продуктів харчування є однією з причин захворюваності українського населення.

Солодощі та солодкі газовані напої в щоденному меню школярів присутні частіше за фрукти. Так, щодня продукти із високим вмістом цукру вживає 52,2% десятикласників і 77,5% десятикласниць, тоді як фрукти – 38,8% і 48,6% хлопців та дівчат відповідно (табл. 4.16). Дівчата, незалежно від віку,

частіше, ніж хлопці, споживали солодощі та солодкі безалкогольні напої. Понад 70 % респондентів зазначили, що дуже часто споживають страви з картоплі, зокрема щодня – 56,7 % хлопців та 62,6 % дівчат, які навчаються у десятому класі, 58,3 % учнів та 57,7 % учнів дев'ятого класу. Концентрація крохмалю у картоплі сягає 16–18 %, тому для профілактики діабету та ожиріння її потрібно замінити іншими овочами. Рибу та рибні продукти в недостатній кількості споживають 36,6 % і 37,9 % учнів десятого та дев'ятого класів відповідно, серед десятикласників – 29,9 % дівчат та 15,5 % хлопців. Лише близько 10 % батьків зазначають, що риба присутня в харчовому раціоні дітей щодня, понад 70 % – зауважують, що споживають її кілька разів на місяць. Можна зауважити, що серед учнів дев'ятих класів більше дітей, які щодня споживають фрукти (5,9–6,6 %), солодкі газовані напої (серед дівчат різниця становить 7,1 %), каші із круп (4,7–7,5 %).

Таблиця 4.16

Споживання різних харчових продуктів молоддю шкільного віку

Споживання харчових продуктів, частота	Відносна кількість осіб, %				
	хлопці, 10 клас (n = 90)	дівчата, 10 клас (n = 187)	хлопці, 9 клас (n = 132)	дівчата, 9 клас (n = 239)	відповіді батьків (n = 87)
Фрукти, багато разів на місяць	23,3	22,5	19,7	25,5	14,9
Фрукти, щодня	38,8	48,6	44,7	55,2	62
Овочі, багато разів на місяць	13,3	8,6	15,9	18,0	8,1
Овочі, щодня	56,6	79,6	52,3	74,5	78,2
Страви з картоплі, багато разів на місяць	13,3	12,8	4,6	11,7	13,8
Страви з картоплі, щодня	56,7	62,6	58,3	57,7	57,4
Солодощі, щодня	52,2	77,5	65,9	74,9	60,9
Солодкі газовані напої, щодня	47,8	54,0	47,7	61,1	27,6
Риба та рибні продукти, кілька разів на місяць	45,6	46	47,7	64,4	70,1
Риба та рибні продукти, щодня	17,8	24,1	14,4	20,1	10,4
Молочні продукти, багато разів на місяць	24,4	23,5	22	41	28,7
Молочні продукти, щодня	41,1	45,5	39,4	46,4	43,6

Споживання харчових продуктів, частота	Відносна кількість осіб, %				
	хлопці, 10 клас (n = 90)	дівчата, 10 клас (n = 187)	хлопці, 9 клас (n = 132)	дівчата, 9 клас (n = 239)	відповіді батьків (n = 87)
Каші з круп, кілька разів на місяць	50	43,3	37,1	50,63	46
Каші з круп, щодня	12,2	20,3	19,7	24,69	26,5
Продукти з цільних злаків, або борошна грубого мелення, кілька разів на місяць	55,6	47,0	44,7	69,03	49,4
Продукти з цільних злаків, або борошна грубого мелення, щодня	10	23,0	18,2	19,3	21,8

Вивчено особливості трофологічної культури школярів, з особливою увагою проаналізовано споживання харчових продуктів, які поліпшують здоров'я (фрукти, овочі, риба, молочні продукти, страви з цільних злаків, крупи) або можуть спричинити розвиток певних хвороб чи синдромів при частому вживанні (страви з картоплі, солодощі, фаст-фуд, солодкі напої тощо). Виявлено суттєві зміни в харчовому раціоні молоді. Наприклад, на 16% збільшилася кількість дітей, які споживають щодня фрукти, а тих, які споживають овочі – лише на 5%. Про споживання солодощів щодня зазначало у 2010 році 65% респондентів, а 2013 р. – 30%. Удвічі збільшилася кількість дітей, які споживають щодня продукти з цільних злаків або борошна грубого мелення, у 6,4 раза зменшилася кількість молодих людей, які п'ють щодня солодкі газові напої (табл. 4.17). Негативні тенденції виявлено щодо вживання у їжу риби та рибних продуктів – кількість учнів, які споживають такі страви щодня, зменшилася у 3,5 раза.

У країнах Європейського союзу та СНД під час національних опитувань регулярно вивчають харчовий раціон та звички осіб різного віку, зокрема дітей та молоді [262, 278, 543]. Згідно з дослідженнями 2001–2002 рр., у більшості європейських країн, особливо в державах Північної та Західної Європи, споживання кількості фруктів та овочів у перерахунку на 1 особу суттєво нижча від рекомендованих мінімальних кількостей – 400 г/день. У Ізраїлі та Україні більше ніж 50% дівчаток і 40% хлопчиків у віці до 11 років вживають овочі та фрукти щоденно, тоді як у країнах Північної Європи [543], Угорщині та Іспанії – менше ніж чверть опитаних дітей. Серед підлітків віком 11–15 років частіше фрукти щоденно споживають дівчата. Результати дослідження, проведеного у 28 країнах Європи, свідчать, що спо-

живання овочів та фруктів є суттєво вищим у сім'ях із високим матеріальним достатком, а також залежить від освітнього рівня батьків [506]. Згідно з опитуванням 2006 року, діти споживають солодкі напої та солодощі частіше, ніж інші поживні харчові продукти [231]. Так, щодня п'ють солодкі напої 40 % респондентів із Ізраїлю, Мальти, Нідерландів, Словенії, Шотландії і США. Найнижче споживання солодощів виявлено в Скандинавських країнах (за винятком Норвегії) та Греції, де тільки 20 % п'ють щодня солодкі безалкогольні напої [231]. Частіше такі напої споживають хлопці, незалежно від віку та регіону проживання.

Таблиця 4.17

Споживання різних харчових продуктів школярами

Споживання харчових продуктів, частота	Відносна кількість респондентів, %	
	результати 2010 року (n = 648)	результати 2013 року (n = 982)
Фрукти, 1–4 рази на місяць	22,99	6,01
Фрукти, щодня	43,98	59,98
Овочі, 1–4 рази на місяць	10,96	7,03
Овочі, щодня	68,06	73,01
Страви з картоплі, 1–4 рази на місяць	12,96	40,02
Страви з картоплі, щодня	50,00	24,03
Солодощі, щодня	64,97	30,04
Солодкі газовані напої, щодня	50,93	8,04
Риба та рибні продуктів, 1–4 рази на місяць	45,99	41,04
Риба та рибні продукти, щодня	20,99	6,01
Молочні продукти, 1–4 рази на місяць	23,92	23,01
Молочні продукти, щодня	43,06	30,96
Каші з круп, 1–4 рази на місяць	47,07	25,05
Каші з круп, щодня	16,05	18,02
Продукти з цільних злаків або борошна грубого мелення, 1–4 рази на місяць	50,93	17,01
Продукти з цільних злаків або борошна грубого мелення, щодня	16,98	36,97

Отримані результати свідчать не лише про проблему браку знань і навичок щодо раціонального харчування учнів, але й низьку трофологічну культуру населення зокрема. Якщо про щоденне споживання солод-

ких газованих напоїв учнями знає лише 27,6% батьків, то про вживання солодошів – 60,9%.

Занепокоєння викликає і те, що 30% українських батьків відзначають про наявність у дітей захворювань, пов'язаних із нераціональним харчуванням.

Довготривалий енергетичний дисбаланс, зумовлений споживанням висококалорійних продуктів, також тісно пов'язаний із високим індексом маси тіла. На сьогодні інформативними індикаторами в моніторингу харчування населення є частота споживання продуктів, що містять високі кількості жирів, легкозасвоюваних цукрів – солодкі безалкогольні напої, солодоші (печиво, цукерки, варення, мармелад), солоні перекуси (чіпси, горішки), фаст-фуд (гамбургери), смажена картопля тощо. Натомість позитивними здоров'яформувальними навичками є споживання продуктів із нижчим глікемічним індексом – овочів, фруктів, каш із круп, борошна грубого мелення тощо, а також нежирних молочних продуктів. Використання таких продуктів допомагає знизити калорійність харчового раціону та збільшити споживання інших корисних нутрієнтів (мікро- та макроелементів, вітамінів).

Необхідно зазначити, що у зв'язку з розвитком нових технологій, посиленням інтеграційних процесів, можливістю отримати доступ до великих масивів даних, з одного боку, доступними для широкого загалу стали раніше невідомі продукти харчування, а з другого – знизилася споживання інших, шкідливість яких підтвердили дослідники різних країн світу. За результатами аналітичного звіту Coca-Cola Hellenic Bottling Company український ринок безалкогольних напоїв скоротився на 15%, а виробництво самого підприємства – на 6%. Тому, наприклад, закономірним, згідно з отриманими результатами, є зменшення кількості молодих людей, які щоденно споживають солодкі напої. Різниця для юнаків (порівняння 2010 та 2013 рр.) становить 35,4%, а для дівчат – 47,5%.

Білки тваринного походження (м'ясо, яйця, молочні продукти, риба тощо) є джерелом незамінних амінокислот, їх недостатня кількість викликає в дітей незворотні порушення в роботі нервової системи, відставання у фізичному розвитку та м'язові дистрофії. Учні щодня потребують 2,5–3 г/кг білків, зокрема кількість білків тваринного походження в раціоні школярів повинна становити 60–65%. Споживають м'ясо щоденно 33,6% юнаків та 25,2% дівчат, багато разів на тиждень – 54,0% школярів та 47% школярок (рис. 4.17). Ковбаси часто вживають 87,6% десятикласників та 72,2% десятикласниць. Можна зауважити, що масова частка білків у варених ковбасах становить 10–14%, а їх енергетична цінність – до 500 ккал на 100 г. Частка м'яса у варених ковбасах – не менше ніж 10%, у сирокочених – 20–25%, більшу частину продукту становлять емульсії, утворені із шкіри, кісток та субпродуктів (45%), соєвий білок (35%), борошно та крохмаль (до 10%), вони містять багато прихованого жиру, зокрема ненасиче-

них жирних кислот. Тобто ковбасні вироби мають лише споживчі переваги порівняно з м'ясом, їх споживання можна вважати ризикованим для фізичного і психічного здоров'я.

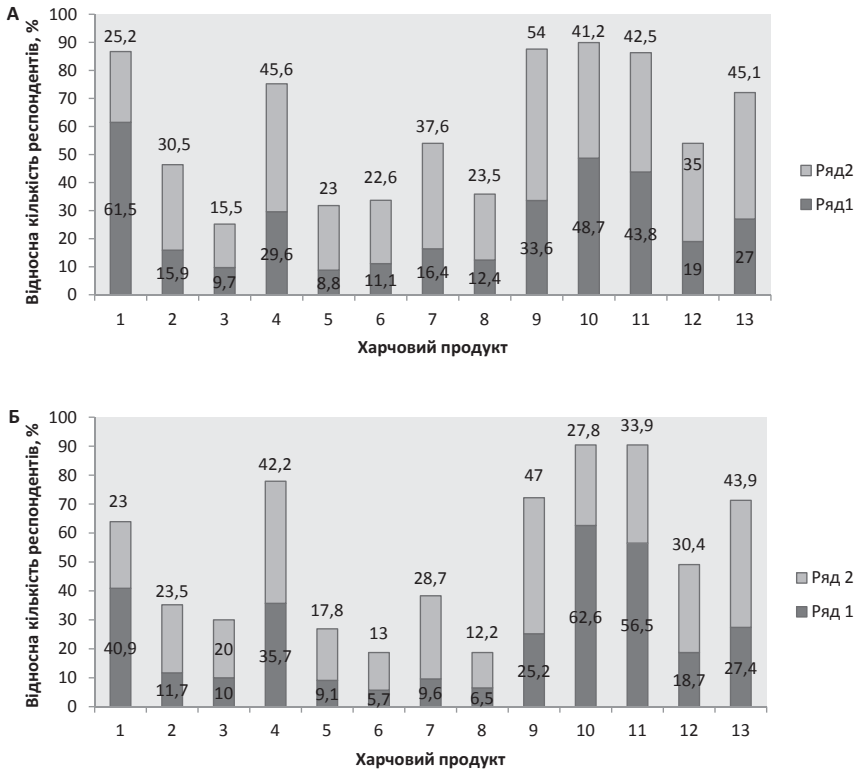


Рис. 4.17. Споживання різних харчових продуктів учнями (А, n = 422) та ученицями (Б, n = 560) десятого класу:

- 1 – білий хліб; 2 – мармелад, варення; “Нутелла”; 3 – мюслі;
 - 4 – солодощі, піріжки, солодке печиво; 5 – солоне печиво, чіпси, горішки;
 - 6 – смажена картопля, картопля фрі; 7 – ковбаса;
 - 8 – солодка вода (лимонад, кока-кола, фанта тощо); 9 – м’ясо; 10 – фрукти;
 - 11 – овочі; 12 – каша (гречана, пшоняна, перлова тощо);
 - 13 – твердий сир, домашній сир, йогурт;
- ряд 1 – щоденно; ряд 2 – багато разів на тиждень

Твердий сир, домашній сир та йогурт присутні в щоденному харчовому раціоні 27% учнів десятого класу. Багато разів на тиждень ці продукти споживали 45,1% десятикласників та 43,9% десятикласниць. Чверть на тиж-

день або рідше споживали молочні продукти 27% юнаків та 28% дівчат. Статистично достовірної різниці для юнаків та дівчат щодо споживання молочних продуктів не виявлено. Одна четверта респондентів споживає недостатньо молочних продуктів, а отже, перебуває в групі ризику щодо розвитку гіпокальцемії, остеопорозу, захворювань зубів тощо.

Овочі та фрукти багаті на вуглеводи, що є основним джерелом моно-, дисахаридів, а також такого полісахариду як крохмаль. Харчові волокна овочів та фруктів важливі для адсорбції та виведення жовчних кислот, регуляції діяльності шлунково-кишкового тракту, розвитку нормальної мікрофлори кишківника. Для запобігання ожирінню й серцево-судинним захворюванням необхідно споживати овочі та фрукти щоденно в кількості не менше ніж 400 г. Щоденно споживали фрукти 62,6% дівчат та 48,7% юнаків, овочі – 56,5% учениць та 43,8% учнів. Дівчата частіше вибирали фрукти та овочі як повсякденний продукт харчування – різниця між показниками, що характеризує споживання фруктів становить 13,9%, овочів – 12,7%. Необхідно відзначити, що до 13,7% респондентів перебувають у групі ризику, оскільки 1 раз на тиждень або рідше споживають фрукти та овочі. Відносна кількість дівчат, які відмовлялися від споживання овочів, є нижчою порівняно з хлопцями. Один раз або рідше їдять овочі 9,5% школярів та 13,7% школярок (різниця становить 4,2%).

Згідно з результатами дослідження, 63,9% дівчат та 86,7% юнаків часто споживають білий хліб, зокрема щоденно – 40,9% десятикласниць та 61,5% десятикласників. Мармелад, варення, шоколадну пасту “Нутелла” щоденно або багато разів на тиждень вживали 46,4% хлопців та 35,2% дівчат. Такі ж відмінності виявлено щодо вживання картоплі фрі. У 1,8 рази менше дівчат їли смажену картоплю чи картоплю фрі порівняно з юнаками.

Мюслі як окремих продукт харчування поєднують корисні властивості злаків і фруктів та важливі для організації здорового харчування. Мюслі – це в ідеалі цільнозернові продукти, що містять багато клітковини та мало цукру. Їх перевагами для споживача є низька калорійність, велика кількість вітамінів, наявність білка (за умови додавання горіхів, молока). На практиці під час промислового виробництва мюслі використовують велику кількість сахарози та жирів, що робить страву солодкою та хрусткою. Часто кількість фруктової частини у продукті є вищою, ніж зернової, а приготування фруктів передбачає термічне оброблення з додаванням пальмової олії та цукру. Мюслі, з одного боку, широко розрекламовані для населення як складова частина здорового харчування, переважно такими не є, а їх щоденне споживання можна вважати одним з чинників ризику. Серед респондентів зазначили про щоденне споживання цього продукту 9,7% юнаків та 10% дівчат, а кожний п'ятий споживав їх багато разів на тиждень.

Як і солодощі, солоні перекуски (печиво, горішки, чіпси) містять велику кількість жирів та вуглеводів, проте додатковий негативний вплив у цій групі продуктів мають йони натрію. Так, чіпси не лише містять багато вуглеводів (49,3 г) та жирів (37,6 г), але й значну кількість Na^+ (1 г на 100 г продукту) та мають високий глікемічний індекс (85). На сьогодні щоденне споживання кухонної солі майже у 2 рази перевищує добову норму, а на думку експертів ВООЗ, зниження кількості Na^+ до 1,5–2 г запобігає розвитку серцево-судинних захворювань. Відносна кількість молоді, яка щодня споживає солоні перекуски, становить 8,8% серед хлопців та 9,1% серед дівчат. Кількість хлопців, які щоденно споживали солоні висококалорійні страви, була вищою ніж 5,2% порівняно з дівчатами.

Страви швидкого приготування (піцу, гамбургери, біг-маки) частіше споживають юнаки, ніж дівчата. Щоденно або багато разів на тиждень їли піцу 16,8% учнів десятого класу, гамбургери – 15,0%. Кількість учениць, які регулярно споживають такі харчові продукти у 2,8–2,5 рази нижча. Кожний третій хлопець та дівчина зауважують, що споживають 1 раз на тиждень піцу, кожний шостий десятикласник та кожна десятикласниця – фаст-фуд (гамбургери, біг-маки). Відносна кількість осіб, які ніколи не їдять згадані продукти або споживають їх рідко (кілька разів на місяць), становить 50% (піца) і 69% (гамбургери) для юнаків і 62% (піца) та 83% (фаст-фуд) для дівчат.

Регулярне приймання їжі – необхідна умова високої працездатності учнів. Аналіз отриманих результатів виявив, що їдять регулярно (5 разів на день) 81,3% дівчат та 86,6% юнаків (табл. 4.18).

Дуже важливим для школяра є сніданок. Його основна функція – забезпечення вуглеводами та підвищення концентрації цукру в крові, яка знизилася впродовж ночі. Снідають вранці 89,6% дівчат та 91,2% юнаків. Позитивною харчовою звичкою можна вважати практику споживання їжі зі старшими членами родини (мамою, татом, дідусем та бабусею). Це надає можливість батькам впливати на вибір харчових продуктів, слідкувати за об'ємом порції, мотивувати до споживання здорової їжі, а також корегувати психологічний стан дитини, що дає змогу запобігти певним харчовим порушенням. Снідали з батьками та іншими членами родини 50,4% дівчат та 44,2% хлопців. Юнаки снідали наодинці в 1,8 рази рідше, ніж дівчата. Відносна кількість десятикласників, які їдять одні, становить 31,0%. З братами і сестрами їли вранці 15,0% учнів та 17,4% учениць десятого класу.

Дівчата частіше від хлопців відмовляються не тільки від сніданку, але й полуденку та вечері. Необхідно зауважити, що 70–80% школярів мали на підвечірок солодощі та солодку випічку. У групі ризику перебувають 29,6% дівчат та 28,3% хлопців, оскільки пиріжки, печиво та цукерки вони споживають разом із родиною. Кожний п'ятий учень та учениця спожива-

ють солодку перекуску самостійно. Мають перекуску пізно вночі більша частина дівчат та хлопців, зокрема юнаків на 13,6 % більше.

Таблиця 4.18

Харчові звички учнів десятого класу (n =460 дівчат, n = 416 хлопців)

Особи з якими школярі їдять	Приймання їжі						
	Сніданок	Другий сніданок у школі	Обід	Підвечірок (пиріжки, печиво, цукерки)	Підвечірок (фрукти)	Вечеря	Перекуска пізно ввечері
Відносна кількість дівчат, %							
З усією родиною	50,4	2,2	47,8	26,1	29,6	67,8	8,3
Тільки з братами, сестрами	17,4	3,0	17,4	12,6	20,9	8,7	5,7
Один	21,7	3,9	25,7	24,8	31,3	9,6	25,7
З друзями	0,0	72,2	5,0	6,5	6,5	0,9	1,7
Я взагалі не їм...	10,4	18,7	4,1	30,0	11,7	13,0	58,7
Відносна кількість хлопців, %							
З усією родиною	44,2	3,1	35,3	32,0	28,4	72,6	12,0
Тільки з братами, сестрами	14,9	3,6	12,0	17,3	12,7	7,2	7,2
Один	31,0	13,7	32,2	27,9	34,1	16,3	40,4
З друзями	1,0	66,3	13,0	9,6	10,6	3,1	2,6
Я взагалі не їм...	8,9	13,2	7,5	13,2	14,2	0,7	37,7

Аналіз харчового раціону молоді проводили на прикладі студентів-курсантів, майбутня робота яких відбуватиметься за умов іонізуючого та інших видів випромінювання, забруднення навколишнього середовища токсичними речовинами, важкими металами тощо. Ці чинники зумовлюють інтенсифікацію окиснювальних процесів та розвиток оксидативного стресу. Також у осіб, які беруть участь у ліквідації пожеж, можна частіше виявити онкозахворювання органів травного тракту (стравоходу, шлунка, підшлункової залози), органів дихання (гортані, легень), видільної системи (нирок, сечового міхура), органів чуттів (очей) [137]. Незважаючи на те, що умови праці співробітників аварійно-рятувальних служб характеризуються

значним фізичним навантаженням, впливом екстремальних температур та різноманітних токсичних речовин, з безпосереднім виконанням професійних обов'язків (наприклад, гасінням пожеж) пов'язані лише одна чверть хвороб дихальної системи та онкозахворювань [312]. Низка запитань питальника стосувалися споживання свіжих, заморожених, консервованих, сирих або приготовлених фруктів та овочів упродовж останніх 30 днів. Виявлено, що 44,9 % курсантів протягом останнього місяця не споживали фруктові соки без додавання цукру, 26,6 % – фруктів, 41,4 % – овочів темно-зеленого забарвлення, 30,4 % – овочів оранжевого кольору (табл. 4.19). У достатній кількості споживали овочі з високим вмістом антиоксидантів лише 15 % респондентів.

Таблиця 4.19

Споживання фруктів та овочів курсантами університету (n = 158)

Продукт	Частота споживання				Утрималися від відповіді
	щодня або кілька разів на день	2–5 разів на тиж-день	1–5 разів на місяць	не споживали	
Фруктові соки	17,1 %	0,0 %	38,0 %	44,9 %	0,0 %
Фрукти (свіжі, заморожені, консервовані)	32,9 %	0,6 %	39,2 %	26,6 %	0,6 %
Бобові культури (горох, квасоля, сочевиця, соя)	17,1 %	1,3 %	49,4 %	31,0 %	1,3 %
Овочі (картопля, буряк, баклажани тощо)	57,0 %	2,5 %	17,7 %	16,5 %	6,3 %
Темно-зелені овочі (броколі, темний листовий салат, листя буряка, броколі, шпинат)	15,2 %	7,6 %	32,3 %	41,1 %	3,8 %
Овочі червоних, оранжевих та жовтих кольорів (морква, гарбуз, перець, помідор тощо)	17,1 %	5,7 %	41,1 %	30,4 %	5,7 %

Розвиток серцево-судинних захворювань більше пов'язаний зі способом життя рятувальників (тютюнокурінням, ігноруванням медичних приписів, надлишковою масою тіла) та спадковими чинниками, ніж з виконанням професійних обов'язків. Введення екзогенних антиоксидантів, які запобігають негативним змінам, – один із ефективних способів захисту клітин від вільнорадикального окиснення. До сполук, які мають антиоксидантні властивості, належать каротиноїди, які зокрема забарвлюють овочі та фрукти у червоне, оранжеве та жовте забарвлення. Овочі зеленого кольору багаті на вітаміни А та С, а також групи В, зокрема фолієвої кислоти, яка стимулює процес кровотворення. Отже, проблема корекції харчового раціону майбутніх рятувальників постає особливо гостро.

Виявлено, що жінки частіше споживають овочі та фрукти впродовж дня і майже годину часу менше проводять сидячи порівняно з чоловіками. Невелика різниця в середніх показниках, що характеризують тривалість фізичної активності у вільний час, припадає на ходьбу (табл. 4.20). Тривалість фізичної активності у вільний час у осіб літнього віку становить 2,1 МЕТ-год/тиждень, тоді як в осіб юнацького віку – 3,8 МЕТ-год/тиждень. Суттєві відмінності спостерігали між значеннями чоловіків та жінок різного віку. Так, якщо серед респондентів юнацького віку більш активними були чоловіки, то серед літніх осіб – жінки. Також, на відміну від осіб літнього віку, студенти на 3,2 год більше часу проводять сидячи. Загальна тривалість часу, проведеного сидячи, становила для чоловіків студентського віку 8,1 год, для жінок – 7,8 год.

Таблиця 4.20

Споживання овочів і фруктів та рухова активність чоловіків і жінок зрілого віку

Статистичні показники	Особі літнього віку*			Студенти**		
	чоловіки та жінки	жінки	чоловіки	чоловіки та жінки	жінки	чоловіки
Фрукти та овочі (порції на день)						
M ± SD	3,8 ± 1,9	4,9 ± 1,3*	3,2 ± 2,1*	5,6 ± 3,3	6,8 ± 2,8*	3,8 ± 2,1*
Me	3,5	4,8	3,6	5,3	7,0	3,5
Фізична активність у вільний час, МЕТ-год/день						
M ± SD	2,1 ± 1,6	3,2 ± 1,8*	1,8 ± 1,1*	3,8 ± 2,0	1,6 ± 1,1*	4,5 ± 2,3*
Me	2,8	3,0	1,6	4,0	1,7	4,5
Час, проведений сидячи, год/день						
M ± SD	4,8 ± 2,5	4,5 ± 2,0*	6,2 ± 2,1*	8,0 ± 4,0	7,8 ± 3,1	8,1 ± 4,2
Me	4,3	4,0	5,8	7,6	7,5	7,5

Примітки: * – показники чоловіків та жінок достовірно відрізняються ($p < 0,01$);

** – показники осіб літнього віку та студентів достовірно відрізняються ($p < 0,01$).

Слабкі, але статистично достовірні кореляційні зв'язки між споживанням овочів і фруктів та активним дозвіллям, а також часом, проведеним сидячи, виявлено лише для жінок (табл. 4.21).

Таблиця 4.21

Кореляційні зв'язки між складовими компонентами способу життя*

Стать респондентів	Коефіцієнти кореляції		
	споживання овочів та фруктів – час проведений сидячи	споживання овочів та фруктів – час проведений сидячи	тривалість активного відпочинку – час проведений сидячи
Чоловіки	0,17	-0,21	-0,13
Жінки	0,21	-0,05	-0,09

Примітка. * – подані в таблиці дані є статистично достовірними ($p < 0,01$).

Оскільки було виявлено відмінності в якості життя чоловіків і жінок, а також осіб різного віку, регресійний аналіз проводили з урахуванням цих показників. У табл. 4.22 подано результати логістичного регресійного моделювання, що відображають оцінювання власного здоров'я.

Таблиця 4.22

Спосіб життя та суб'єктивне оцінювання власного здоров'я

Параметр	Однофакторний аналіз, OR		Багатофакторний аналіз, OR	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Споживання овочів та фруктів (порцій на день)	1,24	1,23	1,11	1,10
Фізична активність у вільний час, MET-год/день	1,18	1,17	1,12	1,07
Час, проведений сидячи, год/день	0,93	0,95	1,1	0,9

Виявлено, що споживання овочів і фруктів та збільшення тривалості часу активного дозвілля пов'язані з вищими показниками суб'єктивного здоров'я у чоловіків та жінок на 12 % та 7 %, відповідно. Показники суб'єктивного оцінювання здоров'я чоловіків та жінок зростали з кожною додатковою MET-годиною.

4.3. | Поширеність шкідливих звичок та їх значення у формуванні якості життя населення

Результати соціологічного дослідження свідчать, що про негативний вплив алкоголю та тютюнокуріння на здоров'я людини знає переважна частина респондентів шкільного та студентського віку. Так, 81,9% та 80,8% учнів дев'ятих та десятих класів відповідно знають, що пасивне куріння, шкодить здоров'ю та погоджуються з твердженням, що тютюновий дим дуже шкодить особам, які не курять, 95,7% дев'ятикласників та 94,9% десятикласників знають, що перебування в прокуреному приміщенні негативно впливає на здоров'я. Проте 56,9% учнів дев'ятого та десятого класу, зауважили, що один або обоє батьків курять. Отже, половина учнів постійно контактує з тютюновими виробами. Кожний третій учень десятого класу (29,2%) регулярно курить або почав курити.

Більшість студентів (n = 328, 97,0%) знають, що тютюновий дим шкідливо впливає на здоров'я респондентів, та переконані (91,4%), що курець має запитати в інших дозволу перед тим, як запалити цигарку. Проте кожний третій студент (39,6%) зазначив про те, що часто знаходяться серед курців, кожний другий (44,7%) дозволяє курити у своїй присутності, у кожного п'ятого респондента (27,8%) курять батьки, у двох третіх (63,9%) – друзі. Промотори часто залучають студентів до рекламних кампаній – кожен п'ятий студент (22,5%) отримав безкоштовні цигарки або інші заохочення від представників тютюнових компаній.

Аналіз відповідей учнів дев'ятого та десятого класу на запитання “Опиши свого друга” підтверджує значне поширення шкідливих звичок серед школярів (рис. 4.18).

Половина респондентів (50,9% десятикласників та 49,1% дев'ятикласників) спілкуються з особами, які курять цигарки, 74,0% школярів десятого класу та 62,0% дев'ятого – вживають алкоголь. Серед основних способів проведення вільного часу – комп'ютерні ігри, перегляд телевізійних передач (94% дев'ятикласників та десятикласників), спілкування з однолітками (97,1% учні десятого класу та 91,2% дев'ятого), он-лайн спілкування в соціальних мережах (78,0% десятикласників та 77,9% дев'ятикласників). Лише 7,9% учнів десятого класу та 5,1% школярів дев'ятого регулярно відвідують спортивні секції, відносна кількість дітей, які взагалі не залучені до такої спортивної активності, становить 46,2% для учнів десятого класу та 56,1% для дев'ятого. Серед учнів десятого та дев'ятого класу 10,8% та 9,2% відповідно взагалі не проводять дозвілля з батьками 50,9% та 56,9% відповідно зазначають, що лише іноді.

Майже усі десятикласники та дев'ятикласники (93,8% та 94,2% відповідно) знали, що алкоголь негативно впливає на інтелектуальний розвиток людини. Усі дев'ятикласники (100%) переконані, що вживання психоактивних

речовин згубно впливає не тільки на репродуктивне здоров'я підлітків, а і на їх майбутніх дітей. Проте 38,0% і 32,1% респондентів (учні дев'ятого та десятого класів) вважають, що алкоголь небезпечний лише тоді, коли його вживати у великих кількостях, а 16% дев'ятикласників переконані, що регулярно, але контрольоване вживання спиртних напоїв не завдає серйозної шкоди організмові підлітка.

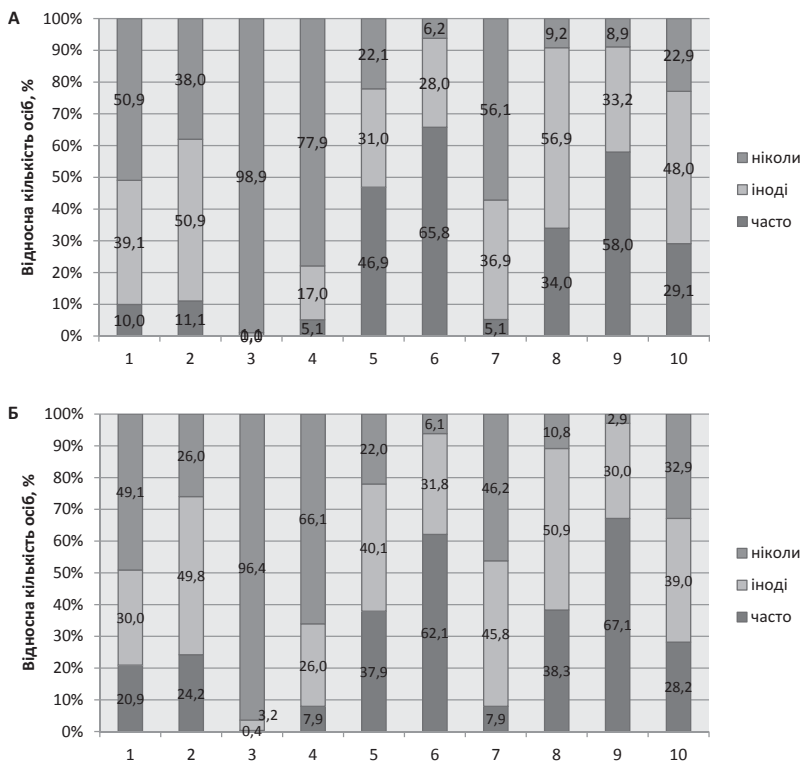


Рис. 4.18. Проведення дозвілля однолітками респондентів:

- 1 – курять цигарки; 2 – вживають алкогольні напої;
 - 3 – вживають наркотичні речовини; 4 – мають сексуальні стосунки;
 - 5 – спілкуються в соціальних мережах; 6 – грають у комп'ютерні ігри, дивляться телевізор;
 - 7 – займаються у спортивних секціях;
 - 8 – проводять час з батьками; 9 – проводять час з однолітками;
 - 10 – ходять у кіно, театр, музей; 11 – виконують волонтерську роботу;
- А – учні дев'ятого класу (n = 371); Б – учні – десятого класу (n = 277)

Серед учнів 4,9% у віці до 16 років спробували наркотики. Проте вже опитування серед студентів виявило, що більшість молоді вважає спожи-

вання психоактивних речовин поширеним явищем. Дві третини респондентів (79,3%) вважають, що це поширене явище в країні, 60,4% – у м. Львові, 27,5% – переконані, що це серйозна проблема у вищому навчальному закладі. Необхідно зазначити, що студенти невисоко оцінюють власний рівень знань про небезпеки, пов'язані з курінням, споживанням алкоголю та наркотичних речовин. Наприклад, 18,9% осіб зазначили, що мають повну інформацію про речовини, які викликають різні види залежностей, 39,9% – часткову, 27,8% – багато чого не знають, 12,1% – зовсім нічого не знають.

Половина дев'ятикласників зауважили, що вживають пиво (41,9%), міцні алкогольні напої (52,0%), кожний третій (37,2%) – слабоалкогольні напої (рис. 4.19, А, Б). Кожний десятий респондент (11,2%) уперше спробував алкоголь у віці до 11 років, інші – у період 12–15 років; 18,1% десятикласників зазначають, що вперше були нападпитку у віці 14–15 років, а серед дев'ятикласників таких є 29,9%. Кожний п'ятий дев'ятикласник (22,1%) зауважив, що з нього глузують, оскільки він не курив або не вживав алкоголь.

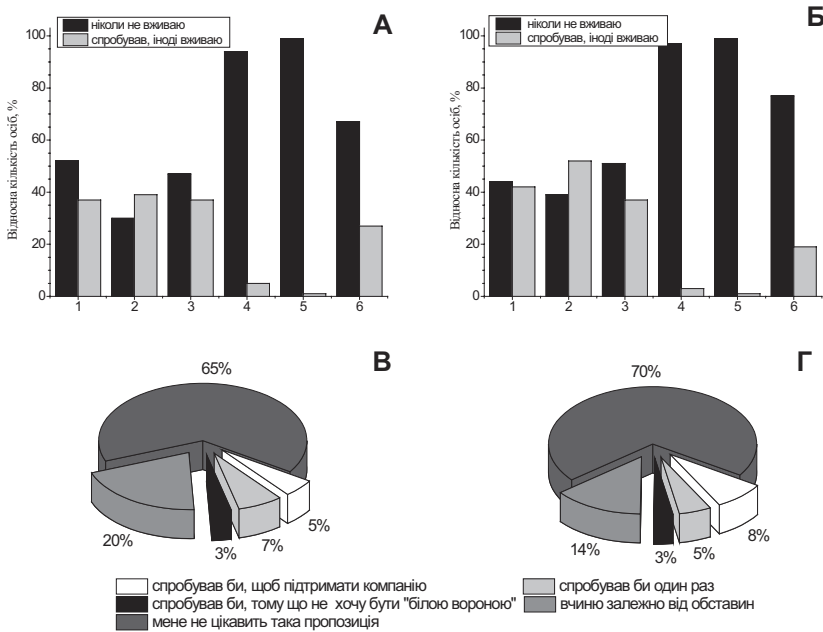


Рис. 4.19. Шкідливі звички (А, Б) та рівень сформованості навичок здорового способу життя (В, Г) учнів десятого (А, В, n = 277) та дев'ятого (Б, Г, n = 371) класів:

- 1 – вживання пива; 2 – вина, лікеру, горілки;
- 3 – слабоалкогольних напоїв (коктейлів); 4 – наркотичних речовин;
- 5 – нюхання клею, аерозолей, бензину; 6 – куріння

Необхідно зазначити, що кількість дітей та молоді, яка споживає алкогольні напої, зростає щорічно. У 2010 році серед учнів десятого класу 16% повідомляли, що регулярно п'ють пиво в компанії однолітків, цей показник є удвічі вищим порівно з 2008 роком [435]. Такі ж результати спостерігали щодо споживання міцних алкогольних напоїв – упродовж 2 років кількість молоді, що п'є алкоголь в компанії, зросла удвічі.

Низьким є рівень обізнаності батьків про шкідливі звички дітей – 85,1% респондентів вважають, що їхня дитина ніколи не вживала міцних алкогольних напоїв, 78,2% – пива.

Основними причинами вживання алкоголю та куріння визначено приклад друзів (52,0% дев'ятикласників та 63,2% десятикласників) та цікавість (48,0% і 44,0% учнів дев'ятого та десятого класів відповідно) (рис. 4.20). Кожний п'ятий учень вважав, що споживання алкоголю та тютюну – непоганий спосіб розважитися. Для 45,0% та 41,2% школярів дев'ятого та десятого класу відповідно алкогольні напої та куріння пов'язують з самостійністю, незалежністю, дорослим життям. Кожний одинадцятий дев'ятикласник та кожний шостий десятикласник визнав, що непорозуміння з батьками – основна причина споживання алкогольних напоїв та тютюнокуріння.

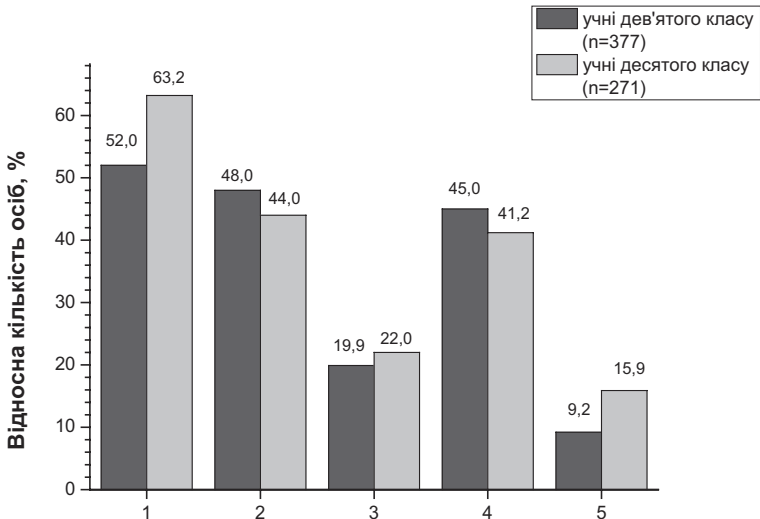


Рис. 4.20. Причини куріння та вживання алкоголю школярами:
 1 – споживають за прикладом друзів; 2 – через цікавість;
 3 – спосіб розважитися; 4 – хочуть довести власну незалежність;
 5 – мають непорозуміння з батьками

На думку студентів, високий ризик розвитку наркотичної залежності є в осіб, для яких характерні індивідуальні або родинні чинники ризику. Імовірність споживання психоактивних речовин підвищується в осіб, які мають родичів з наркотичною чи алкогольною залежностями (70,7%), пережили фізичне, емоційне чи сексуальне насилля (62,1%), близько спілкуються з людьми, які мають різні види залежностей (69,0%) або які скаржаться на почуття страху, розчарування, самотність (50,0%), протиставляють себе колективу, агресивні (17,2%). Серед родинних чинників ризику студентки зазначили відчуженість у родині (58,6%), незгоду в сім'ї (58,6%). Серед чинників ризику, пов'язаних з навколишнім середовищем, можна виокремити доступність наркотиків (55,2%) та нелегальність їх поширення (24,1%).

Досліджено рівень сформованості навичок здорового способу життя школярів на прикладі навички відмови на пропозицію випити алкоголь або вжити наркотики (див. рис. 4.19). Можна стверджувати, що вона сформована лише у 65% десятикласників та 70% дев'ятикласників.

Залежно від віку, зазначають, що спробували алкоголь, наркотики чи висурили цигарку, щоб підтримати компанію, 5–8% респондентів, не хочуть бути “білою вороною” 5–7%, не знають, як реагуватимуть на таку пропозицію, 3%, а 14–20% опитаних зазначають, що вчинять залежно від обставин. Таким чином, 35% десятикласників та 30% дев'ятикласників перебувають у так званій “групі ризику”, оскільки в загрозовій для здоров'я ситуації їх реакція залежить від певних зовнішніх чинників (див. рис. 4.19, В, Г). Зважаючи на несформованість у кожного третього школяра навички відмовлятися від небажаних та небезпечних пропозицій, важливим є подальше впровадження у вищих навчальних закладах курсів здоров'язбережного та здоров'яформувального профілю. Необхідно зауважити, що в середніх навчальних закладах діяльність молоді обмежена певними внутрішніми шкільними правилами (заборона курити, споживати алкоголь або наркотичні речовини), контрольована батьками та учителями. Тому школярі рідше потрапляють у ризиковані ситуації, пов'язані з пропозиціями спожити алкоголь, наркотики чи закурити. З переходом у вищий навчальний заклад зростає кількість молоді, які проживають окремо від батьків та проводять більше часу без контролю дорослих, а відповідно кількість молоді зі шкідливими звичками збільшуватиметься.

Тютюнокуріння – третя за важливістю причина захворюваності та смертності українців, що підсилює інші причини хвороб дихальної та серцево-судинної системи та онкозахворювань. Рівень куріння в Україні досить високий – 39% молоді віком 18–29 років курять, з них щодня – 32,9% (табл. 4.23).

Поширеність тютюнокуріння серед різних груп населення

Категорія населення	Відносна кількість осіб, %		
	ніколи не курили	курять	
		зрідка	щоденно
Молодь віком 18–29 років (n = 905) [98]	56,7	6,1	32,9
Студенти вищих навчальних закладів (n = 137) [98]	57,2	5,8	29,7
Курсанти Львівського державного університету безпеки життєдіяльності (n = 158)	50,0	22,7	20,8
Студенти Львівського національного університету імені Івана Франка та Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій (n = 338)	52,0	8,0	40,0
Педагоги загальноосвітніх навчальних закладів Львівської області (n = 202)	45,8	8,4	16,4
Абітурієнти Університету третього віку (n = 150)	34,3	7,7	10,5

Аналогічний показник для населення Європейського регіону становить 28,6%. Серед опитаних респондентів 40% курили щонайменше 100 цигарок у своєму житті. Курять кожного дня 21% студентів, 23% – час від часу. Кількість студентів університету безпеки життєдіяльності, які курять зрідка, є у 4 рази вищою порівняно з молоддю віком 18–29 років та студентами вищих навчальних закладів України. Загалом студенти-курсанти перебувають у групі ризику щодо розвитку захворювань дихальної системи. Скринінг респіраторних захворювань виявив, що 30,9% пожежників скаржаться на хрипи у грудях, 44,5% – на риніт, 17,4% – неприємні відчуття у грудях, 14,7% – на “свистяче” дихання без застуди [312]. Ще 30% курсантів зауважують, що за останні 12 місяців намагалися кинути курити, проте кількість тих, які востаннє викурили цигарку або зробили одну-дві затяжки більше ніж шість місяців тому, становить лише 2%. Загалом серед рятувальників доволі поширеним є споживання речовин-стимуляторів центральної нервової системи (наприклад, нікотину), які сприяють підвищенню активності, легкій ейфорії, розслабленню м’язів [476]. Відносна кількість осіб, які курили щоденно, серед осіб зрілого та літнього віку дорівнювала 16,4% та 10,5% відповідно.

Серед опитаних студенток 53,4% мали спроби куріння, 63,8% зауважили, що регулярно курять їх друзі. Зокрема, перша спроба у 3,4% відбулася у віці 8–9 років, 1,7% – 12–13 років, 10,3% – 14–15 років, 22,4% – 16–18 років, 5,2% – 19–20 років. Кожна п'ята студентка пробувала покинути курити.

Групи населення, професія яких пов'язана з ризиком, а також передбачає роботу в команді, часто вживають алкоголь у великих кількостях. Відносна кількість службовців, які вживають алкоголь надмір, може сягати 67% серед чоловіків та 9% серед жінок [476], при цьому цей показник суттєво вищий ніж для інших груп населення. Упродовж останнього тижня 44% студентів-курсантів зазначили, що протягом останнього місяця споживали алкогольні напої, зокрема пиво, вино, горілку, коньяк, лікер тощо (рис. 4.21). За останні 30 днів вживали алкогольні напої впродовж 1–3 днів 24,7% курсантів, 4–6 днів – 8,9%, 7–9 днів – 5,7%, понад 10 днів – 3,2%. У середньому в такі дні студенти споживали не менше п'яти стандартних порцій алкоголю, що в перерахунку становить 1,65 л пива, або 750 мл вина, або 125 мл горілки чи коньяку.

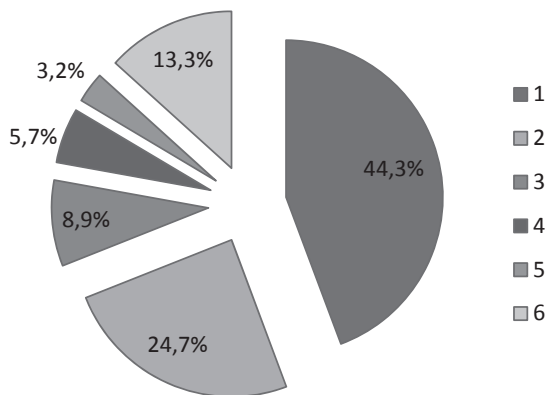


Рис. 4.21. Споживання алкоголю студентами-курсантами Львівського державного університету безпеки життєдіяльності (n = 158) упродовж останнього місяця:

- 1 – не вживали алкоголь; 2 – споживали 1–3 дні; 3 – споживали 4–6 днів;
- 4–7–9 днів; 5 – споживали більше ніж 10 днів;
- 6 – утрималися від відповіді на запитання

Серед опитаних студенток половина (50,0%) споживає міцні алкогольні напої (до 100 мл) або вино (до 250 мл) з інтенсивністю 1 раз на місяць, 21,1% вживають з частотою 2–3 рази на місяць, 3,3% – чотири і більше разів на місяць. Кожна четверта респондентка (25,7%) один раз на місяць споживає

понад 200 мл напоїв з високим вмістом алкоголю (горілка, коньяк тощо) або більше ніж 500 мл вина (рис. 4.22).

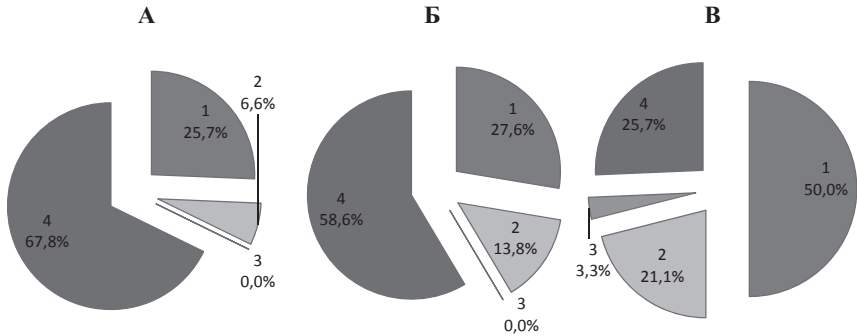


Рис. 4.22. Споживання алкогольних напоїв студентками (n = 152):

А – вживання міцних напоїв (понад 200 мл) або вина (більше ніж 500 мл);

Б – вживання міцних напоїв (100–200 мл) або вина (250–500 мл);

В – вживання міцних напоїв (до 100 мл) або вина (до 250 мл);

1 – один раз на місяць; 2 – два-три рази на місяць; 3 – чотири і більше разів на місяць; 4 – не споживаю алкоголь відповідно до запропонованих даних

Респонденти студентського віку мають високий рівень знань щодо шкоди алкогольних напоїв. Усі опитані зазначили, що знають про небезпечний вплив алкоголю на здоров'я людини, зокрема 79,3% (n = 268) отримали таку інформацію від батьків. Більшість опитаних вперше спробували алкоголь у школі, зокрема 17,2% осіб – у віці 12–13 років, 32,8% – 14–15 років, 36,1% – 16–18 років; кожний двадцятий респондент (5,1%) уперше спробував алкогольні напої у віці до 11 років. Студенти вперше спробували алкогольні напої під час дня народження (32,8%), інших святкових подій (10,4%), у зв'язку з хворобою (5,3%), під час розваг з друзями (18,9%).

Лише 6,9% студенток зазначили, що взагалі не п'ють алкогольних напоїв (рис. 4.23). Найбільш поширеними серед жінок студентського віку можна вважати споживання сухого вина (41,4% опитаних), столового вина (38,2%) та пива (25,7%). Рідше студентки споживають напої з високим вмістом етилового спирту, такі як віскі (15,1% опитаних), горілка (13,8% респондентів), самогон (5,3% жінок), кріплене вино (7,2%). Меншою популярністю серед студентів користуються коктейльні напої, наприклад, джин-тонік, бренді-кола. Про їх споживання зазначили 7,2% та 3,3% опитаних респондентів відповідно. Чоловіки найчастіше споживали пиво (75,3%), горілку (46,2%) та коньяк (34,9%).

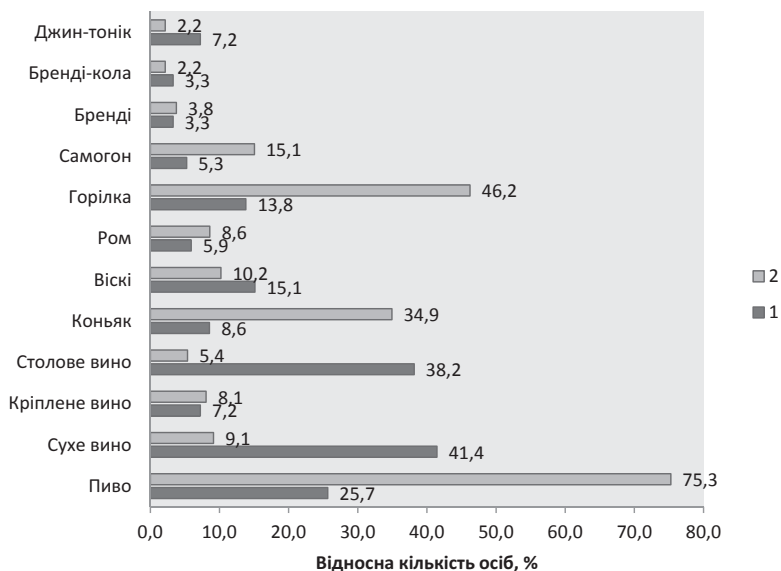


Рис. 4.23. Споживання алкогольних напоїв молодими людьми:
1 – студентки (n = 152); 2 – студенти (n = 186)

Значна частина респондентів переконані, що алкогольні напої споживати корисно. На думку більшості респонденток, сухе або столове вино позитивно впливає на здоров'я, а кожна сьома студентка вважає, що корисно вживати пиво, кожна десята – коньяк.

Студенти споживають алкогольні напої здебільшого під час святкових подій (день народження, весілля, завершення сесії тощо). Переважно (n = 210, 62,1 % від загальної кількості опитаних студентів) вони вживали алкоголь на вечірках та розважальних заходах. Значно менша частина опитаних вживає алкоголь для зняття емоційного чи фізичного напруження (20,7%), створення невимушеної атмосфери (12,1 %), впевненості (6,9%), поліпшення настрою (13,8 %).

Більшість респондентів (93,2 %) вважають, що знають міру споживанню алкоголю. Проте зазначили, що перебували у стані алкогольного сп'яніння (44,7 %).

Регулярне споживання алкоголю респондентами віком 20–55 років пов'язане зі зниженням якості життя (табл. 4.24). Після врахування соціодемографічних даних виявлено статистично достовірне зниження показників, які пов'язані з фізичним та психічним благополуччям. Достовірні відмінності спостерігали між даними осіб, які не споживали алкоголь, та опитаних, які його вживали два чи більше разів на тиждень.

Таблиця 4.24

Споживання алкоголю та якість життя населення

Шкали	Не споживають алкоголю (1) М (95 % CL)	Один раз на тиждень (2) М (95 % CL)	Два та більше разів на тиждень (3) М (95 % CL)	Однофакторна лінійна регресійна модель		Багатофакторна лінійна регресійна модель 1	
				$\beta_{(2-1)}^2$	$\beta_{(3-1)}$	$\beta_{(2-1)}$	$\beta_{(3-1)}$
Респонденти віком 20–55 років							
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
Респонденти віком 55–70 років							
ФА	58,2 (55,4; 59,8)	65,2 (61,2; 67,2)	70,3 (69,6; 71,5)	7,0*	12,1*	3,5***	6,2***
РФ	56,4 (53,2; 58,6)	61,8 (59,3; 62,8)	66,2 (63,2; 68,1)	5,4*	9,8**	3,1	4,8***
Б	57,4 (55,3; 59,1)	56,9 (55,2; 58,4)	55,3 (52,2; 57,4)	-0,5	-2,1***	0,1	-0,6
ЗЗ	51,3 (50,3; 54,2)	59,3 (56,4; 61,2)	61,3 (58,2; 62,2)	8,0**	10,0**	5,8***	6,2***
ЖЗ	55,2 (53,2; 58,8)	59,9 (57,2; 62,5)	62,3 (60,3; 62,9)	4,7*	7,1**	1,9	2,4***
РЕ	63,4 (62,2; 65,5)	65,2 (63,0; 66,1)	66,2 (65,2; 68,2)	1,8	2,8	1,0	1,8
СА	41,3 (40,7; 43,3)	51,2 (45,4; 52,2)	59,5 (57,2; 60,2)	9,9**	18,2**	6,3***	10,2**
ПЗ	56,3 (54,2; 58,2)	59,8 (55,2; 60,2)	63,9 (61,8; 64,5)	3,5*	7,6**	1,8***	4,1***

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 β_0 з рівнянь регресії 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.

В осіб старшого віку (55–70 років) спостерігали інші результати. Респонденти літнього віку, які споживали алкоголь два та більше разів на тиждень, мали вищі показники якості життя за шкалами “Фізична активність” (на 12,1 бала), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (на 9,8 бала), “Загальний стан здоров’я” (на 10 балів), “Життєздатність” (на 7,1 бала), “Соціальна активність” (на 18,2 бала) та “Психічне здоров’я” (на 7,6 бала). Не виявлено статистично достовірних відмінностей щодо значень шкал “Рівень болю” та “Та роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” в осіб, які не споживали алкоголь та споживали його два і більше разів на тиждень. За результатами регресійного аналізу виявлено негативний вплив споживання алкоголю два чи більше разів на тиждень на окремі показники якості життя зрілого віку, зокрема шкал “Фізична активність” (різниця становить –5,3 бала), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (-8,3 бала), “Загальний стан здоров’я” (6,3 бала), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (5,6 бала).

У осіб літнього віку спостерігали вищі показники благополуччя за шкалами “Фізична активність” (різниця становить 6,2 бала), “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” (4,8 бала), “Загальний стан здоров’я” (6,2 бала), “Соціальна активність” (10,2 бала), “Психічне здоров’я” (4,1 бала).

Спостерігали негативний вплив куріння на якість життя, пов’язану зі здоров’ям (табл. 4.25). Статистично достовірні відмінності між середніми значеннями курців та некурців вікової групи 20–55 років 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).

Споживання тютюну та якість життя населення

Шкали	Некурці (1), М (95 % CL)	Курці (2), М (95 % CL)	Однофакторна лінійна регресійна модель, β (2-1) ²	Багатофакторна лінійна регресійна модель ¹ , β (2-1)
Респонденти віком 20–55 років				
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
Респонденти віком 55–70 років				
ФА	75,3 (72,2; 78,1)	58,2 (56,3; 66,2)	-17,1*	-11,6**
РФ	69,2 (65,3; 70,1)	55,1 (54,2; 59,2)	-14,1*	-9,2***
Б	58,5 (55,3; 61,2)	49,3 (47,5; 55,3)	-9,2**	-5,3***
ЗЗ	52,2 (50,3; 56,4)	49,4 (47,1; 50,5)	-2,8***	-1,2
ЖЗ	54,9 (51,3; 58,9)	53,4 (51,2; 55,9)	-1,5	-0,8
РЕ	60,3 (55,4; 62,9)	57,2 (55,4; 59,1)	-3,1***	-1,4
СА	55,2 (53,6; 57,2)	46,1 (44,5; 48,3)	-9,1**	-5,3***
ПЗ	54,2 (52,2; 58,3)	53,2 (51,5; 54,6)	-1,0	0,05

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 β_0 з рівнянь регресії для відповідних груп.

Для осіб віком 20–50 років 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).

4.4. | **Формування компетентностей як елемент збереження здоров'я та поліпшення якості життя (на прикладі шкільного освітнього середовища)**

4.4.1. | **Спортивна та когнітивна компетентності в молоді шкільного віку**

На думку Сусан Гартер, компетентності дітей та молоді необхідно аналізувати відповідно до кількох шкал [319]. Когнітивна (пізнавальна) компетентність безпосередньо стосується академічної успішності – здатності навчатися, запам'ятовувати та відтворювати вивчене, комфортно почувати себе на заняттях, розуміти новий матеріал тощо; соціальна – відображає стосунки в шкільному середовищі – відносини з однолітками, соціальні ролі; фізична (спортивна) компетентність – зосереджує увагу на фізичних можливостях респондента – ігри на свіжому повітрі, заняття фізичною культурою в школі, оцінка власних спортивних досягнень, надання переваги фізичній рекреації тощо. Середні значення показника спортивної компетентності для юнаків не відрізнялися ($p < 0,01$) та становили для респондентів із сільської місцевості $1,96 \pm 0,51$ бала, з міської – $1,91 \pm 0,50$ бала (рис. 4.24). Результати дівчат достовірно відрізнялися ($p < 0,01$) від даних, обчислених для юнаків. Середні значення для десятикласниць з сільської місцевості – $1,70 \pm 0,55$ бала, з міської – $1,41 \pm 0,46$ бала. Школярки з міст мають суттєво нижчий ($p < 0,05$) рівень спортивної компетентності. Для цієї групи респондентів на діапазон від 25-го до 75-го перцентиля припадають невисокі значення, що становлять 1,1–1,6 бала. Для порівняння у юнаків, що проживають у містах, цей показник відповідає 1,6–2,3 бала.

Відомо, що самооцінка спортивних можливостей достовірно залежить від статі дитини. Вона вища зазвичай у хлопців, ніж у дівчат. Необхідно також зазначити, що хлопці більше уваги приділяють своїм фізичним можливостям, а дівчата – власній зовнішності [399]. Крім того, респонденти, які беруть участь у спортивній діяльності протягом одного тижня чи рідше, нижче оцінюють свою спортивну компетентність, фізичний стан чи фізичну силу порівняно з опитаними, які частіше виконують фізичні вправи [318].

З висловлюванням “У мене прекрасні результати у спорті” погоджуються 74,7 % шестикласників ($n = 59$) і 72,2 % шестикласниць ($n = 91$) (відповіді “Згодний, так воно і є” та “Майже повністю згодний”). У дівчат-восьмикласниць цей показник є значно нижчий та становить 58 %, тоді як у хлопців залишається без змін та дорівнює 76 %. Така відмінність, очевидно, пов'язана з тим, що дівчата дуже чутливі до змін, які відбуваються з їхнім тілом у підлітковий період, гостріше переживають проблеми, пов'язані із незадоволеністю власною зовнішністю, що своєю чергою зумовлює нижчу самооцінку

порівняно з хлопцями. Суттєве зниження цього показника можна спостерігати серед учнів десятого класу. Лише 33,2% дівчат з міст та 40,0% з сіл погодилися з тим, що в них хороші результати у спорті, серед юнаків, незалежно від місця проживання, таких є 59%. Не погоджуються з цим твердженням 16% дівчат, 10,0% юнаків з сіл та 8,0% з міст. Частково згодні, що в них прекрасні результати в спорті, половина дівчат (50,8% з міст та 44,9% з сіл) та третина хлопців (30,8% з міської місцевості та 31,9% з сільської).

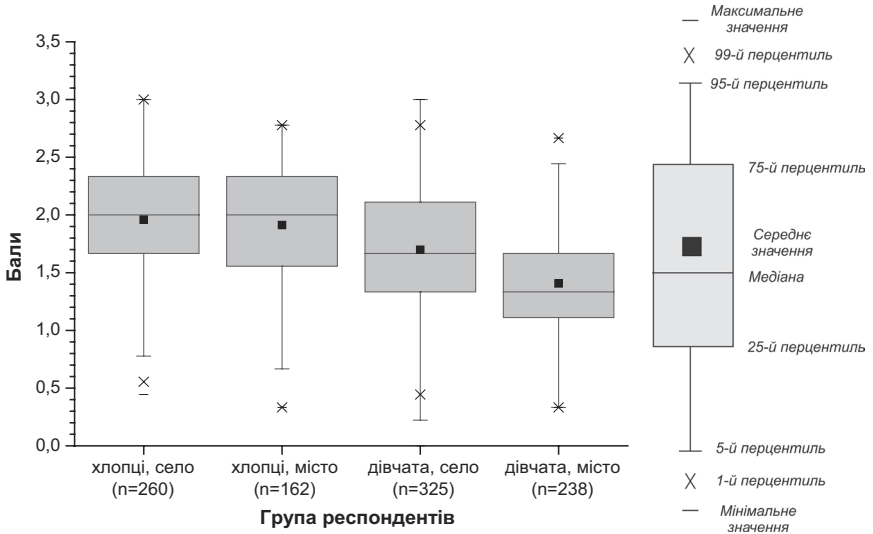


Рис. 4.24. Статистичні показники спортивної компетентності учнів десятого класу

Задоволення заняттями фізичною культурою можна виразити за допомогою таких, висловлювань: “Не відчуваю, як летить час” та “Забуваю про все”. Із твердженням “Під час уроків фізичної культури я зовсім не відчуваю, як проходить час” не згодні або частково згодні 25% юнаків та 43% дівчат незалежно від місця проживання. Лише 18,1% дівчат, які проживають у містах та 27,1% – у селах зазначають, що на уроках фізичної культури вони забувають про все, тоді як серед юнаків це значення становить 42%. Такі результати свідчать про низький рівень зацікавлення фізичною культурою як академічною дисципліною.

Фізичну культуру та спорт як спосіб проведення вільного часу вибирали майже кожна друга дівчина (44,1% з міст та 47,1% з сіл) та понад дві треті юнаків (69,1% з міст та 71,9% з сіл). Найвищий ступінь згоди висловили 16,0% і 20,3% школярок та 43,8% і 46,1% юнаків з міст та сіл відповідно.

Результати юнаків та дівчат, які проживають у селі, достовірно відрізняються від нормального розподілу ($p < 0,05$), тоді як для школярок з сіл спо-

стерігали гаусівський розподіл ($p < 0,05$) (рис. 4.25). Як бачимо, у більшості респондентів чоловічої статі рівень спортивної компетенції перебуває в діапазоні 1,5–2,5 бала, дівчат – 1,0–2,5 бала, зокрема в тих, які проживають у містах, – 1–1,75 бала.

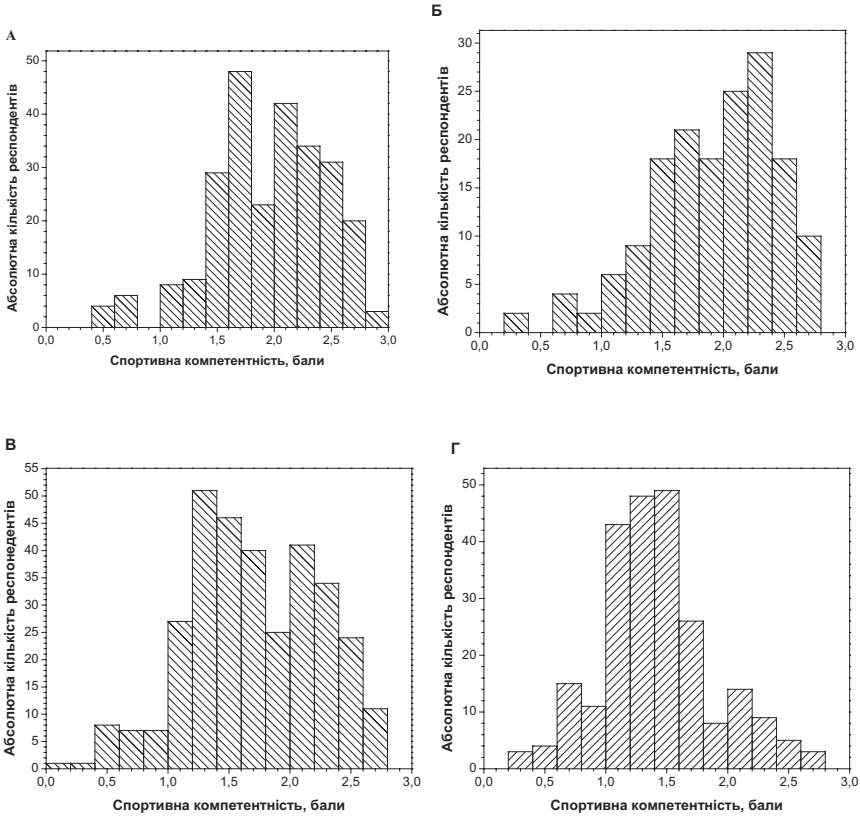


Рис. 4.25. Значення спортивної компетенції учнів десятого класу: А – хлопці, село; Б – хлопці, місто; В – дівчата село; Г – дівчата місто

Дуже високий рівень спортивної компетенції (2,5–3,0 бала) мають 21,2% юнаків з сіл, 17,9% – із міст, серед дівчат таких є 10,8% та 2,5% з сіл та міст відповідно. Низький рівень спортивної компетенції (0–1 бал) має 12,2% дівчат, які проживають у містах, що в 3,2 раза менше порівняно з юнаками з сільської місцевості, 2,5 раза – з міст, 1,7 раза – ніж у дівчат, які проживають у селі. Таким чином, дівчата, особливо з міст, невисоко оцінюють особисті спортивні досягнення, гірше оцінюють власні результати

на уроках фізичної культури, часто не задоволені уроками фізичної культури та рідше вибирають фізичну культуру та спорт як спосіб проведення вільного часу.

Часто в навчальних закладах занижують статус уроку фізичної культури, що перешкоджає масовому залученню дітей до фізичної активності. Закономірно, що рівень когнітивної компетентності молоді є вищий, порівняно спортивною (рис. 4.26). Середній показник перебуває на високому рівні та становить $1,96 \pm 0,59$ бала для юнаків із села, $1,85 \pm 0,46$ бала – з міста, $1,99 \pm 0,43$ бала – дівчат із сільської місцевості, $1,93 \pm 0,47$ бала – з міської. Значення медіани для усіх груп респондентів становило 2 бали. Найкращі показники спостерігали в молоді з сільської місцевості, проте достовірні відмінності ($p < 0,05$) – лише в результатах хлопців. Можна стверджувати, що найкращі показники в діапазоні 25-го та 75-го перцентиля характерні для школярів, які проживають у селах. У юнаків когнітивна компетентність становить 1,6–2,4 бала, у дівчат – 1,8–2,4 бала. Для порівняння у школярів, які проживають у містах, значення когнітивної компетентності коливаються в діапазоні 1,6–2,2 бала для юнаків та 1,5–2,4 бала для дівчат. Для усіх груп респондентів значення спортивної компетентності достовірно нижчі ($p < 0,01$), якщо порівнювати з когнітивною.

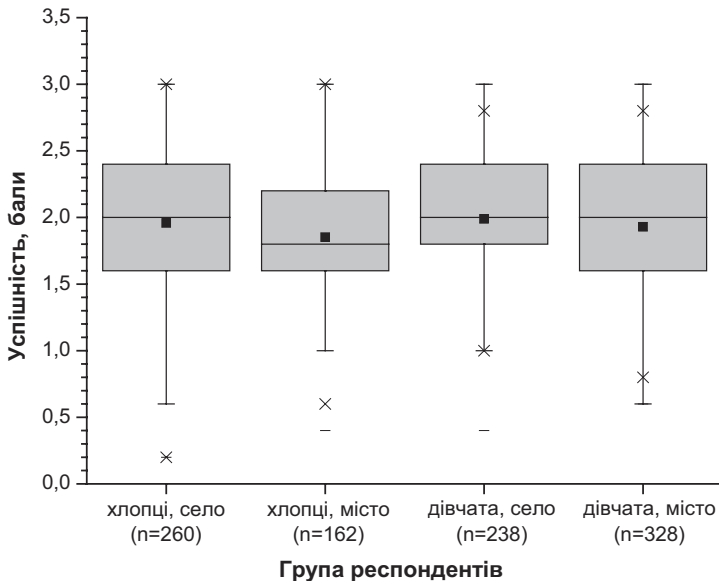


Рис. 4.26. Когнітивна компетентність школярів десятого класу

Детальний аналіз відповідей респондентів виявив, що серйозні проблеми з навчанням мають не більше ніж 7 % десятикласників. Ця група респондентів повністю згодна з твердженням, що вони погано вчаться (2,2 % дівчат та 6,2 % юнаків з міської місцевості та 3,1 % з сільської), погоджуються, що вони часто забували, що вивчили у школі (0,8 % дівчат та 4,3 % хлопців з міст та 6,9 % з сіл), не могли відповісти на запитання (3,1 % дівчат з сіл, 5 % – з міст, 5,0 % юнаків з сільської місцевості, 3,9 % – з сільської). Більша частина десятикласників не погоджуються з твердженням “У школі я навчаюся погано”. Найбільше таких респондентів серед дівчат із села (80,0 %). Юнаки рідше погоджуються з цим висловлюванням (64,2 % з міст та 58,0 % з сіл). Не мають жодних труднощів із запам’ятовуванням і відтворенням навчального матеріалу 42,0 % та 44,0 % дівчат і 34,0 % та 31,2 % хлопців з міст та сіл відповідно. З легкістю відповідає на уроках на запитання вчителя також майже половина учнів (47,9 % дівчат з міст та 55,1 % з сіл, 53,7 % хлопців з міст та 43,1 % з сіл). Проте значно менша кількість молодих людей справляється швидко з виконанням шкільних завдань. Так, незважаючи на високу оцінку власних досягнень у школі та хороший рівень запам’ятовування серед дівчат, завдання, які дає учитель в школі та додому, виконували швидко 12 % дівчат. Цей показник у два рази менший порівняно з юнаками. Загалом з висловом “Завдання, які дає вчитель у школі, та домашні завдання я можу виконувати дуже швидко” не згодні – 17–19 % молоді, частково згодні – 33–47 %, майже повністю згодні – 20–27 %, згодні – 12–22 % респондентів.

4.4.2. | Рівень сформованості соціально-психологічних компетентностей у педагогів

Із середини 90-х рр. XX ст. і до сьогодні вживання ін’єкційних наркотиків – основний шлях поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Більша частина від усіх зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції пов’язана із практикою спільного користування ін’єкційного обладнання, використання крові як абсорбційної речовини під час приготування опіатів тощо. Постійно збільшується кількість випадків передання захворювання статевим шляхом, а ВІЛ/СНІД та інфекції, які передаються статевим шляхом, залишаються однією з причин смертності на Україні.

Варто зазначити, що вчителі основ здоров’я в 1,3 раза частіше давали правильні відповіді та удвічі рідше відповіді “Не знаю/не впевнений” на запитання з питань профілактики та поширення ВІЛ/СНІДу (рис. 4.27, табл. 4.26). Мінімальна кількість правильних відповідей серед вчителів основ здоров’я становила 25, максимальна – 79, ці показники були суттєво нижчими у вчителів, які не викладали основи здоров’я (мінімальна кількість правильних відповідей – 0, максимальна – 71).

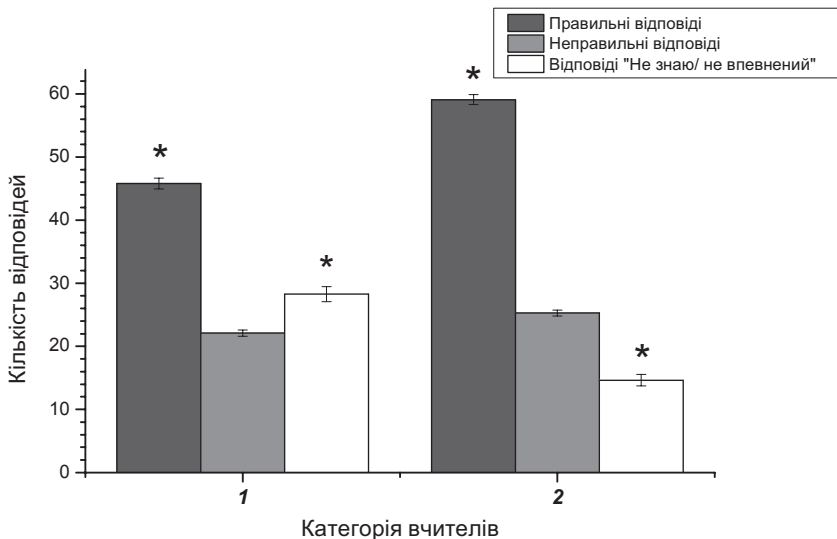


Рис. 4.27. Рівень знань педагогів з питань поширення та профілактики ВІЛ/СНІДу:
 1 – вчителі, які не викладають предмет “Основи здоров’я” (n = 270);
 2 – вчителі основ здоров’я (n = 130);
 * – виявлена статистично достовірна різниця між вибірками

Таблиця 4.26

Результати опитування вчителів фізичної культури (n = 76)*

Відповіді	Кількість відповідей		
	М (SD)	мінімум	максимум
Правильні	45 (17)	0	72
Неправильні	21 (8)	0	40
“Не знаю / не впевнений”	26 (22)	0	92

Примітка. * – максимальна кількість правильних відповідей – 99.

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що рівень знань учителів фізичної культури з питань профілактики ВІЛ/СНІДу не відрізняється від рівня знань учителів, які не викладають основи здоров’я, але достовірно нижчий від тих, хто його викладає.

Володіння методикою викладання тематики, присвяченої ВІЛ/СНІДу, вимагає асертивності, уміння виявляти співчуття й надавати підтримку ВІЛ-інфікованим особам, протидіяти тиску та дискримінації, володіння

лідерськими навичками, навичками критичного мислення, що дають змогу оцінювати ризики та уникати небезпечних ситуацій, пов'язувати різні моделі поведінки з чинниками ризику тощо. Для високої якості навчання вчитель повинен володіти концепцією розвитку життєвих навичок, ефективними методами розбудови партнерства тощо. Для виявлення рівня сформованої толерантності до людей, інфікованих ВІЛ, було проаналізовано можливість підтримувати дружні стосунки та віддалені соціальні контакти з ВІЛ-інфікованими, зокрема проживання в одному будинку, робота в одному навчальному закладі, спільне проведення вільного часу тощо (табл. 4.27).

Таблиця 4.27

Ставлення до осіб з ВІЛ/СНІДом та лейкемією

Параметри, які було використано для оцінювання толерантності до хворих	Захворювання		
	ВІЛ/СНІД	лейкемія	
	M ± SE		
Сприйняття поведінки та способу життя	5,0 ± 0,3 ²	5,4 ± 0,4	
Співчуття до хворого	3,8 (0,2)	4,1 ± 0,3	
Визнання права хворого на належну медичну допомогу	4,7 (0,3)	4,4 ± 0,2	
Бажання респондентів підтримувати стосунки з хворими	3,8 ± 0,2 ¹	4,8 ± 0,2	
	– вдома;	3,6 ± 0,1 ¹	4,8 ± 0,3
	– на роботі	4,2 ± 0,3 ¹	4,9 ± 0,2

Примітки: ¹ – статистично достовірна різниця між ставленням до осіб з ВІЛ/СНІДом та осіб з лейкемією ($p < 0,01$);

² – максимально позитивна відповідь – 7, максимально негативна – 1.

Щоб виявити особливості та можливі відмінності у ставленні до хворих на ВІЛ/СНІД, аналогічні запитання ставили щодо осіб, які хворіють на лейкемію – онкологічне захворювання, що характеризується неконтрольною проліферацією і диференціацією кровотворних клітин. Серед опитаних педагогів переважає високий рівень толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих. Респонденти не називають ВІЛ-позитивну особу відповідальною за своє захворювання або небезпечною для інших чи такою, яка заслуговує на смерть (5,0 бала за 7-бальною шкалою). Також опитані бажають надалі підтримувати з хворим контакти, не вважають, що ВІЛ-інфікованого колегу необхідно ізолювати. Респонденти зазначають, що ВІЛ-інфікований хворий має право на необхідне та належне медичне

обслуговування. Проте рівень співчуття до хворого є на низькому рівні – середній бал 3,8 бала свідчить, що респонденти остаточно не визначилися, заслугове особа із ВІЛ/СНІДом на симпатію та розуміння чи ні.

Респонденти готові підтримувати стосунки з ВІЛ-інфікованими (3,8 бала) як на роботі (робота з хворою особою в одному приміщенні, дозвіл ВІЛ-інфікованому надалі навчати учнів, грати з ними в рухливі ігри, впроваджувати освітні проекти у напрямку здоров'язбереження), так і вдома (підтримка дружніх стосунків, спільне проведення часу, куштування страв, приготованих хворим, дозвіл власним дітям на відвідини ВІЛ-інфікованого вдома).

Виявлено статистично достовірні відмінності між ставленням до осіб із ВІЛ/СНІДом та лейкемією, проте стигму, асоційовану із ВІЛ/СНІДом, не можна однозначно пов'язувати з летальними наслідками захворювання чи особливостями інфікування, а швидше з несприйняттям загалом хворих, страхом перед хворобою, спробами ізоляції від контактів з будь-якими інфекційними або неінфекційними хворим.

Особливого значення для забезпечення належної якості життя населення загалом набуває проектна діяльність. Програми поліпшення якості життя можна розглядати в контексті їх спрямованості та способу реалізації. Перший різновид, орієнтований на середовище або індивіда, допомагає сформувавши або змінити певні поведінкові аспекти, природне, техногенне або соціокультурне середовище. Щодо способу реалізації можна виокремити індивідуальні та масштабні проекти, які є передумовою глобальних змін у суспільстві та спрямовані на розроблення нових політичних рішень.

Для дітей та молоді високоефективними будуть програми, що змінюватимуть стереотипні поведінкові реакції або послідовність дій, натомість для дорослих вони повинні мати дещо інше спрямування – не лише здобуття необхідних знань і вмінь, а швидше розвиток самоефективності. Перспективними на сьогодні можна вважати використання таких методів, які зглядать суперечності між індивідом і зовнішнім середовищем за допомогою формування нових навичок, подолання проблем взаємодії та модифікації навколишнього середовища.

5.1. | Оздоровчо-рекреаційна діяльність з використанням спортивних споруд типу “Орлик” для забезпечення належної якості життя осіб різного віку (досвід Республіки Польща)

Від 2007 року в Республіці Польща функціонує спеціалізована програма “Мій майданчик Орлик 2012” (“Moje Boisko Orlik 2012”), основною метою якої було розширити спортивну інфраструктуру, зокрема регіональну, наблизити її до стандартів Європейського Союзу. Передбачалося, що проект позитивно вплине на розвиток місцевих громад, допоможе налагодити активну співпрацю між усіма учасниками програми, удосконалити фінансові та управлінські механізми функціонування спортивних споруд, забезпечить швидкий доступ дітей та молоді до спортивних об’єктів, сприятиме популяризації здорового способу життя, занять фізичною культурою та спортом, спільного активного сімейного дозвілля.

У рамках програми “Мій майданчик Орлик 2012” було заплановане будівництво 2012 спортивних споруд. Загалом побудовано 2619 таких об’єк-

тів, зокрема найбільше (1804) упродовж перших трьох років реалізації проекту (2008–2010 рр.). За останній рік програми (2012 р.) було створено 347 нових майданчиків.

Складові частини типової спортивної споруди “Орлик”:

- 1) футбольне поле 30 × 62 м (територія для гри 26 м × 56 м);
- 2) багатофункціональний спортивний майданчик для баскетболу та волейболу 19,1 × 32,1 м (поле гри – 15,1 × 28,1 м);
- 3) будинок, у якому передбачені гардероб та вбиральні, площею не менше ніж 60 м²;
- 4) система освітлення (не менше ніж 8 ліхтарів).

Загалом програма “Моє Воisko Orlik 2012” за відносно короткий проміжок часу суттєво поліпшила спортивну інфраструктуру Польщі, особливо враховуючи той факт, що створені майданчики є загальнодоступними та безкоштовними.

Для оцінювання суспільного значення програми проведено анкетування респондентів, які займаються на спортивних майданчиках “Орлик”, аніматорів та осіб, відповідальних за об’єкт. Виявлено, що на території практично усіх майданчиків (95,4 %) гміна організовує різноманітні заходи. Серед найбільш популярних – Кубок Дональда, футбольні та волейбольні змагання, ігри Coca Cola Cup, молодіжні змагання з пожежно-прикладного спорту, святкування з нагоди Дня дитини, Свято родини і т. д. Половина аніматорів зазначають, що місцеві громади часто організовують спортивні заходи, чверть визнала, що це відбувається дуже рідко, а кожний сьомий відзначив, що взагалі не було таких випадків. Лише на території 12 % майданчиків “Орлик” місцеві громади дуже часто організовують спеціалізовані заняття чи заходи.

Для популяризації фізичної рекреації громади найменших територіальних одиниць Польщі (гмін) були залучені до програми “Мій майданчик “Орлик” 2012”. Побудовані спортивні майданчики виконують функцію спортивно-рекреаційної бази, але їх функціонування залежить від аніматорів (їх теоретичної та практичної підготовленості, кваліфікаційного рівня тощо). Саме якісне виконання обов’язків аніматорами впливає на рішення бенефіціарів щодо участі в організованих заняттях. Відповідний добір інструкторів і тренерів є гарантією правильно організованого та безпечного заняття, а отже, важливою умовою ефективного функціонування спортивного майданчика “Орлик”. Виявлено, що лише дві треті аніматорів (62,29 %) здобули вищу освіту в галузі фізичного виховання, зокрема з них 71,11 % мали ступінь магістра, а 28,88 % закінчили студії першого рівня. Три чверті респондентів (74,32 %) отримали спеціальність інструктора, кожний другий (55,41 %) – учителя фізичного виховання, близько половини респондентів (46,58 %) – тренера.

Більшість аніматорів працювали упродовж тривалого часу в галузі фізичного виховання. Майже половина респондентів мають 10-річний стаж роботи (47,95%), 28,77% – від 5 до 10 років, 19,18% – менше ніж 5 років. Проте серед аніматорів було 2,74% осіб, які ніколи досі не працювали в цій галузі (рис. 5.1).

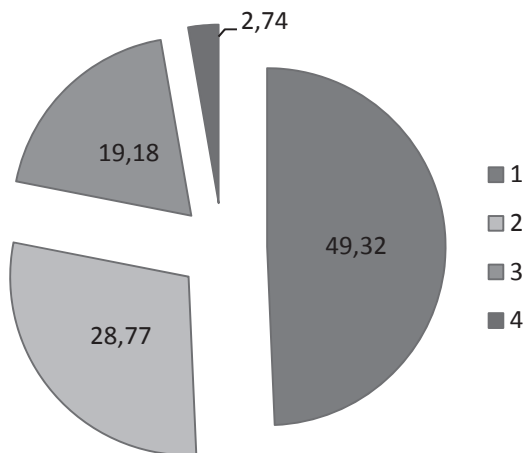


Рис. 5.1. Тривалість роботи аніматора (n = 72)
у галузі фізичного виховання, спорту або рекреації:
1 – понад 10 років; 2–5–10 років; 3 – менше ніж 5 років;
4 – не маю такого досвіду роботи

Тривожним є той факт, що респонденти без необхідного досвіду роботи – це не молоді люди, які тільки розпочинають свою трудову кар’єру, а особи віком 41–50 років (рис. 5.2, А). Необхідно зазначити, що серед аніматорів є респонденти з середньою освітою та без жодного досвіду роботи (рис. 5.2, Б). Це свідчить, що добір персоналу на посаду аніматора відбувається з порушенням вимог, роботодавці не дотримуються однієї з найважливіших вимог – наявності освіти в галузі фізичного виховання чи рекреації та наявності досвіду роботи.

Третина аніматорів організовували заняття спортивного та рекреаційного характеру протягом року, 67,12% – лише впродовж певних сезонів (навесні, улітку, восени) (рис. 5.3). Узимку припинення діяльності майданчика “Орлик” пов’язане зі зменшенням зацікавленості до занять на свіжому повітрі через погані погодні умови (низька температура, снігопад тощо), а також незадовільні економічні чинники (наприклад, відсутність коштів для очищення майданчика від снігу).

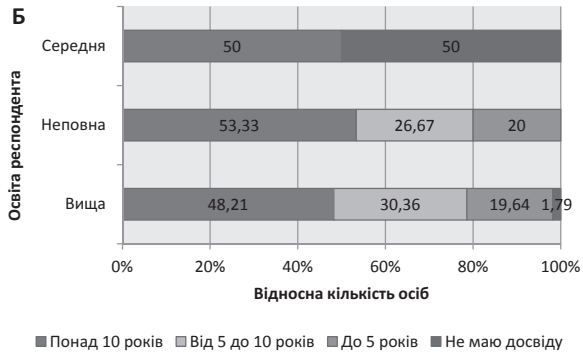
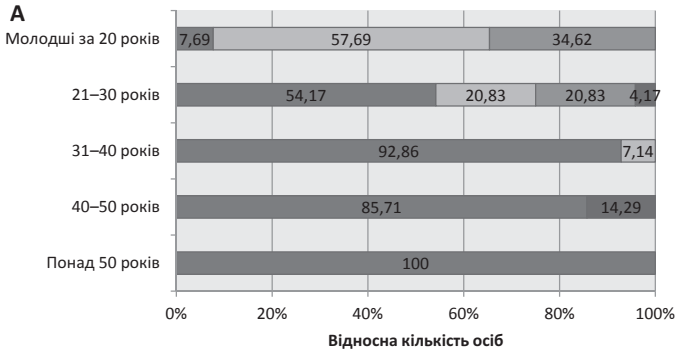


Рис. 5.2. Досвід роботи аніматорів (n = 72)
у галузі фізичного виховання, спорту та рекреації:
А – віковий розподіл респондентів; Б – освітній рівень опитаних

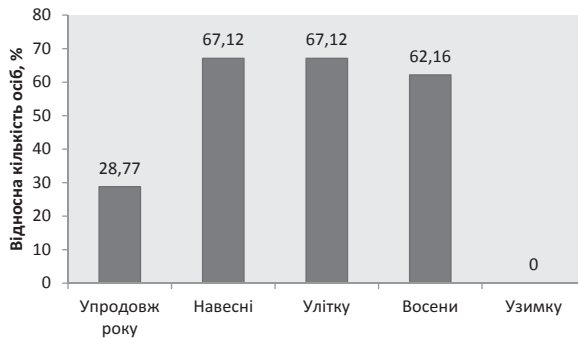


Рис. 5.3. Проведення занять на спортивному майданчику впродовж року

Аналіз відповідей аніматорів та осіб, які тренувалися на майданчику, доводить, що більшість занять відбуваються після обіду (77,46 %). Уранці (до 12 год) проводять заняття 7,25 % аніматорів, у вечірній час (після 18 год) – 45,71 % осіб. Зважаючи на специфіку спортивного об'єкта, майданчик “Орлик” доволі часто використовували для футболу (95,89 %). Додатково аніматори проводять заняття з волейболу (82,43 %), баскетболу (63,89 %), гандболу (9,72 %), тенісу (66,22 %) та бадмінтону (5,48 %). Також бенефіціари зазначали, що найчастіше на спортивних майданчиках аніматори організовують заняття з ігрових видів спорту (45,48 %), натомість задіяними в індивідуальних заняттях були лише 11,05 % опитаних. Можна звернути увагу, що майданчик рідко використовували для занять легкою атлетикою, лише 5,48 % респондентів займалися на ньому бігом. Також на спортивному майданчику займаються тенісом (7,5 % відповідей), скандинавською ходьбою (3,8 %). Серед інших занять згадували також бадмінтон, ковзанярство, слалом, настільні ігри, регбі.

На всіх майданчиках “Орлик” (89,86 %) організовано додаткові рекреаційно-оздоровчі заняття для дітей та молоді у вільний від навчання час. Проте лише 11,03 % респондентів часто користувалися такою пропозицією. Час від часу беруть участь у заняттях 19,79 % респондентів, а рідко їх відвідує 24,17 % опитаних. Зазначили, що не мають можливості відвідувати організовані рекреаційно-оздоровчі заняття, 19,34 % респондентів. Аналіз чинників, що перешкоджають респондентам займатися фізичною культурою та спортом, виявив, що вони безпосередньо пов'язані не з матеріальними чи організаційними аспектами функціонування спортивного майданчика (наприклад, поганим інвентарем, недоліками в плануванні чи проведенні занять аніматорами), а з мотивацією опитаних. Найчастіше респонденти згадували про відсутність вільного часу (59,79 %), поганий стан здоров'я (11,64 %), проблеми з добиранням (21,52 %), небажання фізично працювати (11,29 %), незадовільне матеріальне становище (6,17 %), відсутність інформації про режим роботи майданчика (9,88 %), небажання тренуватися саме на території цієї спортивної споруди або її бронювання для інших потреб (17,22 %).

Необхідно також зазначити, що найчастіше займаються на майданчику “Орлик” мешканці невеликих та малих міст. Щонайменше один раз на тиждень займаються на спортивному майданчику 44,21 % мешканців сіл, 53,42 % мешканців містечок, 51,32 % жителів середніх міст, 60,01 % мешканців великих міст. Це може бути пов'язано з тим, що жителі мегаполісів мають доступ до ширшого спектра фізкультурно-оздоровчих послуг.

Задовільним можна вважати той факт, що більша частина бенефіціарів на запитання “Чи багатofункціональний майданчик Орлик відповідає Вашим очікуванням?” відповіли “Так, повністю” (57,36 %) або “Так, частко-

во” (36,4 %). Лише 6,24 % респондентів не задоволені діяльністю спортивної споруди “Орлик”.

Окрім регулярних занять, важливими для популяризації активного відпочинку на спортивних майданчиках “Орлик” є спортивні змагання. Результати досліджень свідчать, що вони відбуваються на 90 % об’єктів, зокрема саме кваліфікація аніматора є тим чинником, який впливає на організацію такого типу дозвілля. Аніматори з вищою освітою частіше проводять змагання ($p = 0,18$) порівняно з колегами, які мають середню або неповну вищу освіту (рис. 5.4). Лише 3,57 % аніматорів з вищою освітою не організовують змагань, тоді як серед осіб з неповною освітою цей показник становить 6,67 %, з середньою – 50 %. Учасниками такої спортивно-рекреаційної діяльності переважно є діти (95,65 %) та молодь (97,10 %), позитивним можна вважати залучення дорослих (63,77 %) та осіб літнього віку (13,04 %). Аніматори здебільшого організовують змагання з футболу (97,10 %) та волейболу (50,72 %), значно рідше з тенісу (30,43 %), баскетболу (25,00 %) та гандболу (4,35 %).

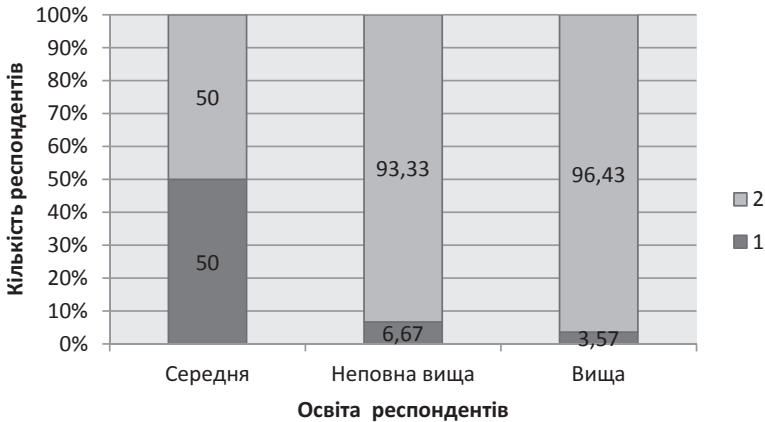


Рис. 5.4. Проведення спортивних змагань і турнірів аніматорами:

1 – не проводжу заходи; 2 – проводжу заходи

Для оцінювання рекреаційно-оздоровчого потенціалу майданчика “Орлик” було вивчено, наскільки ефективно використовують бенефіціари майданчик у гмінах та чи сприяє він збільшенню спортивної та рекреаційної активності громади (рис. 5.5, А). Близько 70 % респондентів позитивно оцінюють багатофункціональний майданчик, що свідчить про задовільне використання спортивного об’єкта. Близько 40 % вважають, що інфраструктура майданчика використовується дуже добре, третина опитаних дає оцінку “Добре”. Такі ж відповіді дають і аніматори – більшість із них оцінює функціонування спортивного майданчика як “Добре” або “Дуже добре” (рис. 5.5, Б).

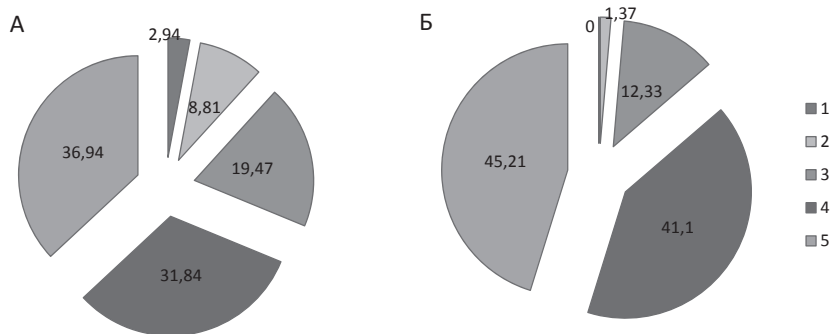


Рис. 5.5. Оцінювання бенефіціарами (А, n = 913) та аніматорами (Б, n = 72) функціонування спортивних майданчиків “Орлик” з погляду рекреаційно-оздоровчих послуг:
 1 – погане; 2 – швидше погане; 3 – прийнятне;
 4 – добре; 5 – дуже добре

Відвідувачі майданчика задоволені зовнішнім виглядом об’єкта та його розміщенням. Проте респонденти гірше оцінюють спортивне обладнання та заняття, що проводять аніматори на майданчику (рис. 5.6). Загальна оцінка рекреаційно-оздоровчого потенціалу майданчика, на думку бенефіціарів, становить 3,91 бала.

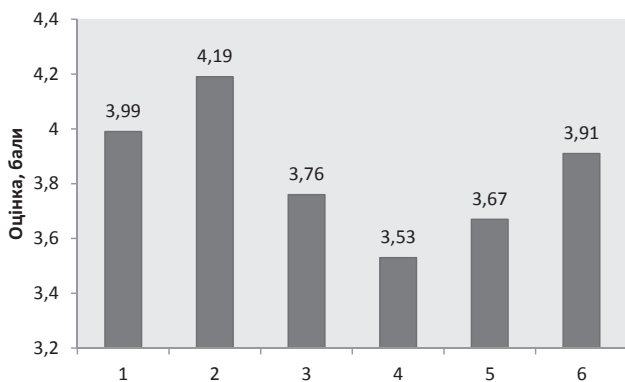


Рис. 5.6. Загальні оцінки майданчика “Орлик” бенефіціарами:
 1 – за розташуванням об’єкта; 2 – за зовнішній вигляд (естетичний вигляд, чистота, порядок); 3 – за різноманітність фізкультурно-оздоровчих занять;
 4 – за кількість спортивного обладнання;
 5 – за якість спортивного обладнання; 6 – за використання майданчика як рекреаційно-оздоровчого об’єкта

Майданчики “Орлик” допомагають збільшити фізичну активність осіб різного віку (у цьому переконані дві третини респондентів). Найбільш суттєві зміни можна спостерігати серед учнів шкіл (рис. 5.7), проте така тенденція характерна для усіх вікових категорій. Спостерігали статистично достовірну різницю ($p < 0,01$) у зміні фізичної активності респондента залежно від віку респондентів.

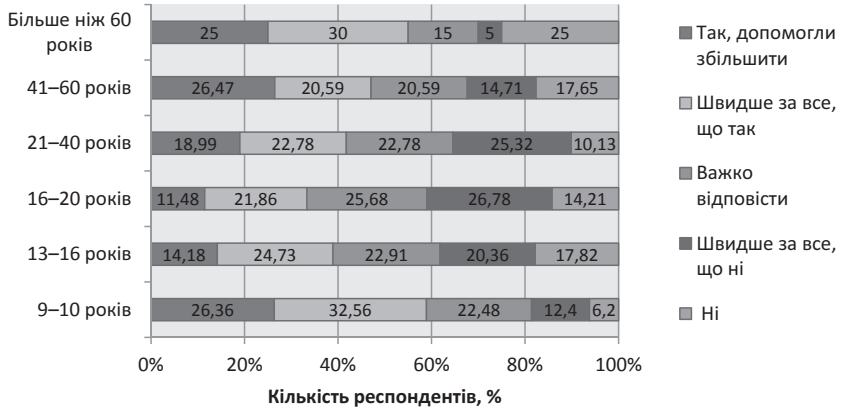


Рис. 5.7. Вплив майданчиків “Орлик” на фізичну активність різних груп населення (n = 913)

Отримані емпіричні дані дали змогу сформувати “портрет” типового відвідувача майданчика “Орлик”: особа чоловічої статі (52,23%), молодший ніж 20 років (84,5%), студент або школяр (78,82%), проживає в сільській місцевості (47,7%), має хороший матеріальний стан (37,43%), займається щоп’ятниці (47,25%); у другій половині дня (45,95%), влітку (65,8%), надає перевагу футболу (64,9%).

Майданчики часто відвідували батьки дітей (на думку 90% аніматорів), на більше ніж половині “Орликів” перебували бабусі і дідуся (рис. 5.8). Отже, спортивний майданчик “Орлик” виконував функцію інтеграції трьох поколінь. Майже половину спортивних об’єктів відвідували особи, які проводили на території вільний час, але не займалися фізичною культурою та спортом. Виявлено, що на 7% майданчиків “Орлик” приходять самотні люди та особи з особливими потребами.

Близько 80% аніматорів вважали, що спортивні майданчики сприяють налагодженню нових зв’язків у соціумі, кожний десятий частково з цим погодився, 5% респондентів не змогли висловити думки з цього приводу (табл. 5.1). На відміну від інших груп опитаних, жодний аніматор не відповів негативно на це питання. Дві треті осіб, які займаються фізичною

культурою та спортом на спортивних майданчиках переконані, що споруда “Орлик” має важливе суспільне значення, зокрема абсолютно переконані в цьому 30,28 %. Тільки 11,62 % зазначили, що діяльність спортивних об’єктів, мабуть, не має такого впливу.

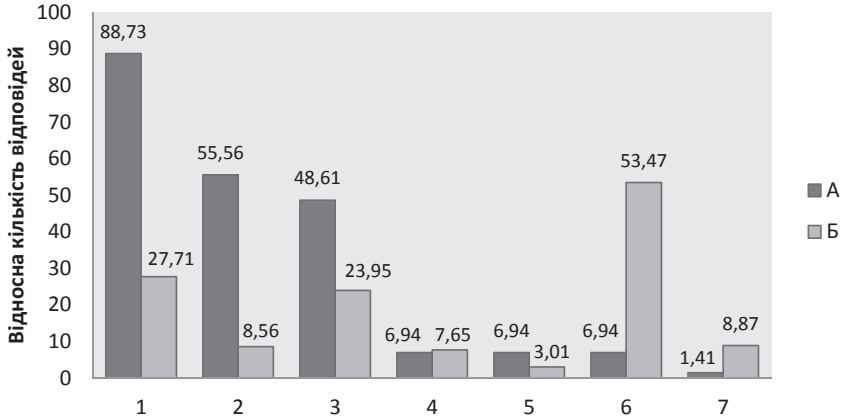


Рис. 5.8. Структура громади, яка відвідує “Орлик” (за результатами відповідей аніматорів (А, n = 72), та респондентів, які тренуються на спортивному майданчику (Б, n = 913):
 1 – батьки дітей та молоді, які активно проводять дозвілля;
 2 – дідуся та бабусі; 3 – особи різного віку, які проводять на майданчику вільний час; 4 – самотні особи;
 5 – особи із особливими потребами; 6 – важко відповісти;
 7 – таких відвідувачів немає

Таблиця 5.1

Значення майданчика “Орлик” для суспільної інтеграції

Група респондентів	Відповіді, %				
	так, важливе	швидше за все так, важливе	важко відповісти	швидше за все не важливе	точно не важливе
Аніматори (n = 72)	83,56	10,96	5,48		
* з великих міст (5,48 %)	25,00	50,00	25,00		
з невеликих міст (4,11 %)	66,67		33,33		
з малих міст (30,14 %)	77,27	13,64	9,09		
з сіл (60,27 %)	93,18	6,82			

Група респондентів	Відповіді, %				
	так, важливе	швидше за все так, важливе	важко відпові- сти	швидше за все не важ- ливе	точно не важ- ливе
<i>Особи, які займаються фізичною культурою і спортом на майданчиках (n = 913)</i>	30,28	34,27	23,93	8,27	3,25
* понад 60 років (2,31 %)	53,33	26,67	13,33	6,67	
41–60 років (3,94 %)	36,67	30,00	23,33	10,00	
21–40 років (9,14 %)	32,86	28,57	28,57	10,00	
16–20 років (21,30 %)	23,73	48,31	18,64	5,93	3,39
13–16 років (32,52 %)	40,68	32,77	15,25	6,78	4,52
9–10 років (30,79 %)	22,27	33,19	31,00	10,04	3,50
* дуже погане МС (1,97 %)	25,00	37,50	12,50	25,00	
погане МС (5,56 %)	12,50	25,00	33,33	12,50	16,67
задовільне МС (24,68 %)	28,29	34,21	27,63	8,55	1,32
добре МС (37,43 %)	30,80	42,00	19,20	5,60	2,40
дуже добре МС (30,36 %)	33,33	27,78	25,00	9,72	4,17

Примітки: * – спостерігали статистично достовірну різницю ($p < 0,01$) в оцінюванні соціальної інтеграції залежно від віку і матеріального стану респондентів;
МС – матеріальне становище.

Виявлено, що чим старший респондент, тим більше він упевнений, що “Орлик” сприяє об’єднанню громади. Більша частина літніх респондентів та третина опитаних віком 21–60 років абсолютно переконані в суспільній значущості цих спортивних об’єктів. Такий же зв’язок існує між матеріальною ситуацією і оцінюванням діяльності спортивного майданчика. Чим ліпший матеріальний стан, тим краще оцінюють функціонування споруди респонденти.

Понад 95 % керівників переконані, що спортивні споруди “Орлик” важливі для соціальної інтеграції. На думку 93 % аніматорів, заходи, що відбуваються на майданчиках, об’єднують і осіб, які безпосередньо не займаються фізичною рекреацією. Слід зазначити, що 36,52 % респондентів, які трену-

Такі відмінності щодо фізичної активності осіб різної статі можна спостерігати з наймолодшого віку, при цьому різниця лише збільшується у процесі дорослішання. Підходи, що використовуються в проекті, передбачають багаторівневий вплив на індивіда та соціум з урахуванням різних чинників. Проект має високу ефективність, оскільки спрямований на досягнення змін в поведінці окремого індивіда, громади в цілому, навколишнього середовища та правово-політичних актів.

**5.2. | Забезпечення якості життя
учасників навчально-виховного процесу
в навчальних закладах
(на прикладі шкіл сприяння здоров'ю та шкіл,
дружніх до дитини)**

**5.2.1. | Технологія забезпечення належної якості життя
в рамках комплексної оздоровчо-превентивної
діяльності навчального закладу (на прикладі шкіл
сприяння здоров'ю та шкіл, дружніх до дитини)**

Згідно з баченням ВООЗ, діти повинні бути “видимими” для осіб, які ухвалюють рішення та надають їм допомогу, вони потребують якісного виховання та доступу до здорового й безпечного оточення в навчальному закладі. З одного боку, навчання в школі пов'язане із зростанням кількості дітей, які мають хронічні захворювання, але з другого – саме навчальні заклади здатні позитивно впливати на здоров'я. Оцінювання благополуччя дітей у навчальному закладі, в якому питання збереження та зміцнення здоров'я усіх учасників навчально-виховного процесу визначено пріоритетним завданням, здатне показати ефективність комплексних превентивних програм у контексті загальних негативних тенденцій щодо стану здоров'я в суспільстві.

Мережа шкіл сприяння здоров'ю (ШСЗ) об'єднує різні освітні заклади, для яких найважливішим завданням є збереження і зміцнення здоров'я усіх учасників навчально-виховного процесу, що своєю чергою вимагає впровадження різних методів педагогічної, медико-профілактичної, гігієнічної, фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової роботи. На 2015 рік до мережі ШСЗ Львівської області належало 92 навчальні установи (рис. 5.10). Серед них – загальноосвітні навчальні заклади I–III ст. (55,4%), I–II ст. (7,6%), школи з поглибленим вивченням окремих предметів (6,5%), гімназії та ліцеї (5,5%), навчально-виховні комплекси (НВК, 16,2%), школа-інтернат (1,1%), початкові школи (2,2%), дошкільні дитячі заклади (3,3%), позашкільні навчальні заклади (2,2%).

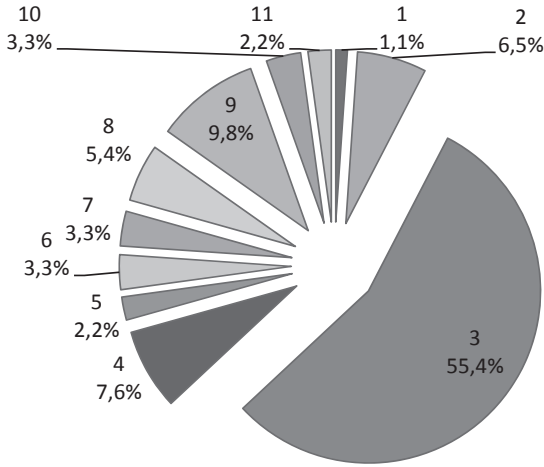


Рис. 5.10. Школи сприяння здоров'ю Львівської області (n = 92):

- 1 – школи-інтернати; 2 – школи з поглибленим вивченням окремих предметів; 3 – загальноосвітні навчальні заклади I–III ст.; 4 – загальноосвітні навчальні заклади I–II ст.; 5 – початкові школи; 6 – гімназії; 7 – ліцеї;
8 – НВК; 9 – НВК – ДНЗ; 10 – дошкільні навчальні заклади;
11 – позашкільні навчальні заклади

На базі проаналізованих навчальних закладів проводяться семінари, тренінги щодо впровадження здоров'язбережних технологій, розбудови школи сприяння здоров'ю, які орієнтовані на директорів, заступників директорів, вчителів основ здоров'я, фізичної культури, психологів, які працюють в інших школах цього освітнього округу або району. Середня кількість ШСЗ у районі – 3, найбільше навчальних закладів такого типу є в Сокальському (9) та Бродівському (6) районах, найменше – у Перемишлянському та Пустомитівському (по одній). У Городоцькому, Жовківському, Мостиському, Сколівському, Старосамбірському, Стрийському – дві. Лише в третині освітніх округів (31%) є хоча б одна школа сприяння здоров'ю. Найбільша кількість округів, що забезпечені ШСЗ, у Сокальському та Турківському районах – 71,4% та 66,7% відповідно. Найменше – у Перемишлянському (16,7%) та Пустомитівському (12,5%) районах. Забезпеченість освітніх округів у інших районах Львівської області становить 25–40%. Забезпеченість освітніх округів у Бродівському районі становить 33,3%, Буському – 42,9%, Городоцькому – 25%, Дрогобицькому – 37,5%, Жидачівському – 33,3%, Жовківському – 22,2%, Золочівському – 28,6%, Кам'янка-Бузькому – 33,3%, Миколаївському – 40%, Мостиському – 25%, Радехівському – 26%,

Самбірському – 50 %, Сколівському – 33,3 %, Старосамбірському – 22,2 %, Стрийському – 33 %, Яворівському – 50 %.

Загалом лише у кількох районах (Сокальський, Турківський, Яворівський) чотири чи більше освітніх округів мають ШСЗ. У Буському, Дрогобицькому та Самбірському районах є по три освітні округи, що містять щонайменше одну школу сприяння здоров'я. У Перемишлянському та Пустомитівському районах розміщено лише по одній ШСЗ, що свідчить про недостатнє забезпечення освітніх округів цих районів такими навчально-виховними закладами.

Більшість ШСЗ (62,0 %) розміщено в сільській місцевості: 57 шкіл є закладами районного підпорядкування, 35 – міського. Найбільше ШСЗ розташовано у м. Львові; у м. Червонограді – п'ять, м. Бориславі – одна, м. Новому Роздолі – три, м. Трускавці – три, м. Стрию – три, м. Самборі – дві.

Серед проаналізованих ШСЗ (n = 66) у шести навчаються до 100 дітей, 10 школах – до 200 учнів, 32 навчальних закладах – до 300 дітей, 18 – навчальних закладах – понад 500 дітей (рис. 5.11).

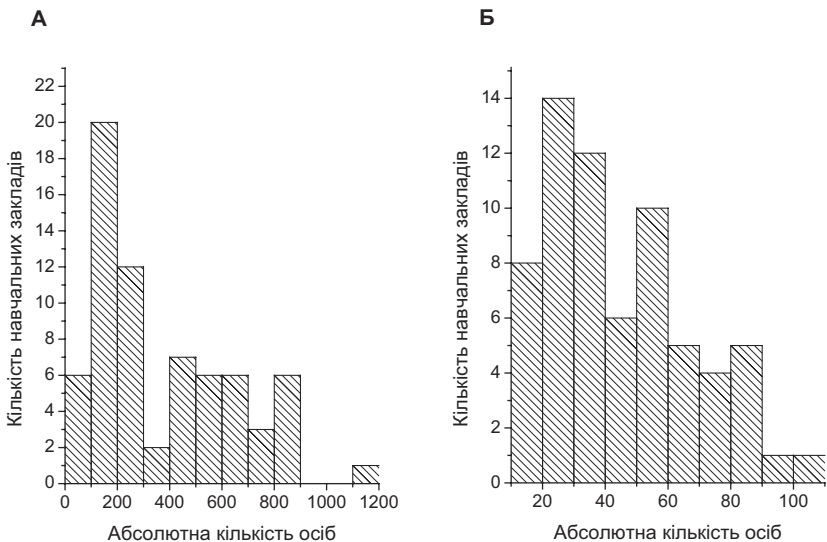


Рис. 5.11. Наповнюваність загальноосвітніх навчальних закладів – шкіл сприяння здоров'ю:
А – учні; Б – педагоги

Середня кількість педагогів, які працюють у цих школах, становить 46 ± 23 особи, мінімальний показник – 17, максимальний – 102, зокрема в третині навчальних закладів (n = 22) педагогічних працівників є до 30 осіб. Лише

у 21,2% (n = 14) ШСЗ навчальних закладів передбачено посаду соціального педагога, 42,4% (n = 28) – психолога, 60,6% (n = 40) – медичного працівника, зокрема в 16,6% шкіл (n = 11) їх працює не менше ніж двоє.

Можна стверджувати, що всі загальноосвітні навчальні заклади мали високий рівень мотивації щодо приєднання до Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю. Така мережа шкіл сприяння здоров'ю має три рівні – перший – на рівні міста або району, другий – на рівні області та м. Києва, третій – міжнародний. Членом мережі може стати будь-який освітній заклад, основним пріоритетним завданням якого є збереження та зміцнення здоров'я усіх учасників навчально-виховного процесу та який впроваджує різні методи педагогічної, медико-профілактичної, гігієнічної, фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової роботи. Серед основних причин входу в мережу ШСЗ респонденти визначили такі:

- 1) потреба сформуванню відповідний світогляд та створити умови для реалізації потенціалу громади;
- 2) бажання поліпшити здоров'я учасників навчально-виховного процесу;
- 3) потреба в посиленні роботи з питань здорового способу життя молоді, зокрема фізкультурно-оздоровчої діяльності;
- 4) бажання впровадити нові медико-педагогічні оздоровчі інновації, створити систему моніторингу стану здоров'я учнів;
- 5) потреба налагодити співпрацю з питань здорового способу життя з іншими навчальними закладами;
- 6) необхідність поліпшити матеріально-технічне забезпечення навчального закладу та його фінансування.

Слід наголосити на вираженому управлінському характері завдань, які визначили школи в проектній діяльності. Серед них можна виокремити концептуальні (збереження та зміцнення здоров'я учасників навчально-виховного процесу, формування свідомого і відповідального ставлення до здоров'я, створення сприятливого навколишнього середовища як необхідної умови виховання здорової особистості), організаційні (налагодження відповідної системи виховної роботи, розроблення системи моніторингу, поліпшення фізичного, психічного та духовного здоров'я школярів за допомогою впровадження спеціалізованих превентивних курсів, дотримання санітарно-гігієнічних умов тощо) та завдання, пов'язані з людським фактором (залучення до здоров'язбережної діяльності спеціалістів різного профілю, до занять фізичною культурою та спортом – усіх учасників навчально-виховного процесу, підвищення кваліфікації вчителів та рівня знань батьків з питань збереження та зміцнення здоров'я).

Очікувані результати діяльності навчального закладу як школи сприяння здоров'ю спрямовані на учнів, батьків, педагогічний колектив та гро-

маду. Перевагами для учнів можна вважати створення здоров'язбережного освітнього середовища, спрямованого на зниження захворюваності, поліпшення академічної успішності, формування та розвиток життєвих навичок, що своєю чергою сприяє зниженню поведінкових ризиків, практичній реалізації індивідуального підходу в навчанні і вихованні, забезпечує позитивні зміни в уміннях і ставленнях школярів.

В усіх навчальних закладах налагоджено гаряче харчування, зокрема безкоштовне для учнів молодшої школи та школярів пільгових категорій.

Більшість шкіл (84,1 %) проводять спеціалізоване навчання для учасників проекту, зокрема: 75,4 % – для педагогічних працівників, 76,8 % – для учнів, 58,0 % – для батьків, 14,5 % – для громади.

За відповідями координаторів реалізація проекту та участь у ньому позитивно вплинули на педагогічний колектив, громаду, роботу навчального закладу та навколишнє середовище в цілому. Серед учителів різних напрямів навчання спостерігали підвищення рівня знань щодо здоров'я людини, способів його поліпшення, підвищувалася зацікавленість педагогів до збереження здоров'я наймолодших учасників навчально-виховного процесу, педагогічний колектив ознайомився та опанував методики навчання на основі розвитку життєвих навичок. Адміністрація шкіл розробила систему управління здоров'язбережним процесом, налагодила співпрацю зі службами та закладами, що займаються збереженням і зміцненням здоров'я, працювала над підвищенням ефективності психологічної та медичної допомоги дітям. Координатори зазначали про посилення роботи зі збереження довкілля та зменшення шкоди, завданої людиною. Діяльність низки шкіл сприяння здоров'я сприяла інтеграції громади, а статус навчального закладу допоміг отримати грантову підтримку згідно з проектами Європейського Союзу, ООН або Програми розвитку освіти Львівщини, що передбачали модернізацію матеріальної бази школи (купівля спортивного інвентарю, енергозбережні заходи тощо). Лише 5 (7,2 %) навчальних закладів зазначили, що вони отримали кошти для реалізації програми "Школа сприяння здоров'ю". Загальна сума фінансування – 30–60 тис. грн, джерело фінансування – районний або обласний бюджети, обласна Програма розвитку освіти Львівщини.

У більшості навчальних закладів (49,3 %) координатором проекту "Школа сприяння здоров'ю" є директор, у 50,7 % – ці обов'язки виконує заступник директора (23,3 %), вчитель основ здоров'я (7,2 %), практичний психолог (4,3 %), вчитель фізичної культури (2,9 %), соціальний педагог (2,9 %) (рис. 5.12). Можна зауважити, що лише в 7 % навчальних закладів координаторові школи сприяння здоров'я було зменшено педагогічне навантаження для підвищення ефективності роботи згідно з проектом.

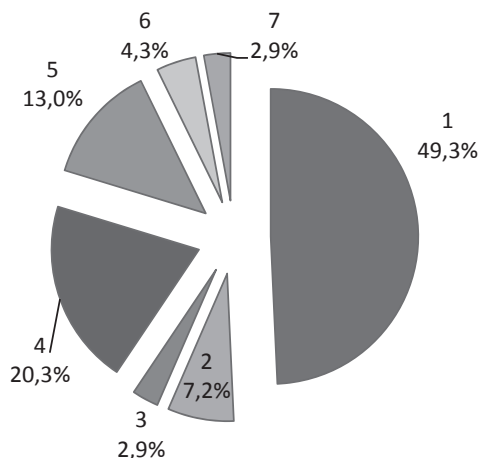


Рис. 5.12. Координатори школи сприяння здоров'ю (n = 69):

- 1 – директор школи; 2 – учитель основ здоров'я;
- 2 – учитель фізичної культури; 3 – заступник директора з виховної роботи;
- 4 – заступник директора з навчальної роботи;
- 5 – практичний психолог; 6 – соціальний педагог

У 68,1 % ШСЗ Львівщини функціонує окрема робоча група, яка відповідає за реалізацію проекту. Мінімальна кількість членів такої групи – 3, максимальна – 14. Низьким є залучення до здоров'язбережної проектної діяльності медичних працівників (у 10,1 % шкіл), учителів християнської етики (5,8 %), початкових класів (7,2 %), членів батьківського комітету (5,7 %) та учнівського парламенту (1,4 %). У загальноосвітніх навчальних закладах працює щонайменше один педагог, який володіє методикою навчання на основі розвитку життєвих навичок, отримав відповідне посвідчення або сертифікат та бере активну участь у впровадженні здоров'язбережних проектів у навчальному закладі.

Окремо слід наголосити на різнорівневій співпраці, що налагоджена школами сприяння здоров'ю. Залученими до навчально-виховної роботи є медичні (91,3 %), психологічні (84,1 %), та соціальні (88,4 %) служби, релігійні (85,5 %) та громадські (75,4 %) організації. Згадані установи надають консультативну та просвітницьку допомогу з питань здорового способу життя, проводять бесіди, лекторії, семінари та тренінги для учнів, а також круглі столи для батьків та педагогів, щорічні медичні обстеження. Лише половина шкіл сприяння здоров'ю Львівщини налагодила співпрацю з іншими навчальними закладами, у яких діяльність щодо здоров'язбереження займає визначальну роль – 1,4 % (n = 1) співпрацює з іноземними навчальними

закладами, 17,4% (n = 12) – з загальноосвітніми школами з інших районів чи міст, 44,9% (n = 31) – з ШСЗ, які розміщені в тому ж районі (рис. 5.13). Співпрацю на різних рівнях (всукраїнському, обласному, місцевому або районному) налагодили 7,2% (n = 5) шкіл сприяння здоров'я Львівської області. Необхідно зазначити, що діючі школи мережі Львівської області активно співпрацюють з іншими навчальними закладами освітніх округів, які не мають статусу школи сприяння, але надають їм необхідну методичну допомогу в здоров'язбережувальному і здоров'яформувальному напрямі.

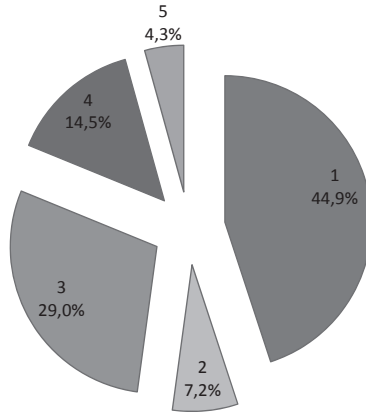


Рис. 5.13. Співпраця ШСЗ Львівщини (n = 69)

з іншими навчальними закладами – школами сприяння здоров'ю:

- 1 – не співпрацюють; 2 – співпраця з навчальними закладами, які є членами Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю; 2 – членами першого рівня (районна або міська мережа); 3 – членами другого рівня (обласна мережа); 4 – членами третього рівня (національна мережа)

Можна стверджувати, що ШСЗ виконують важливу просвітницьку функцію та сприяють впровадженню новітніх здоров'язбережувальних технологій на рівні освітніх округів та районів. Школи мережі найбільш активно співпрацюють з іншими навчальними закладами відповідних освітніх округів, які не мають статусу школи сприяння здоров'ю та надають їм необхідну методичну допомогу щодо здоров'язбереження та здоров'яформування учасників навчально-виховного процесу.

Респонденти очікують на низку зрушень від реалізації проекту, що пов'язані з посиленням таких спроможностей навчального закладу:

- 1) інтегративна – перетворення навчально-виховного процесу в спільну діяльність усіх його учасників, спрямовану на досягнення стану повного фізичного, духовного та соціального благополуччя особистості;

- 2) адаптивна – підготовка учнів до самостійного життя, формування адекватних механізмів фізіологічної, психологічної, соціальної адаптації до умов навколишнього світу, що свідчить про готовність до самостійного здорового способу життя;
- 3) здоров'язбережна та здоров'яформувальна – створення здорового середовища, збереження здоров'я, зниження хронічної захворюваності, поліпшення харчування учнів, реалізація права на безпечні й нешкідливі умови праці та навчання тощо;
- 4) академічна – впровадження факультативних курсів відповідної спрямованості, активне впровадження та реалізація здоров'язбережних технологій;
- 5) матеріально-технічна – поліпшення матеріально-технічного та методичного забезпечення навчального закладу.

Серед основних труднощів, які виникли впродовж минулого навчального року в школах сприяння здоров'ю Львівщини, респонденти називають матеріально-технічні чинники, а саме відсутність фінансування, брак наочних посібників, агітаційного матеріалу, відсутність кабінету здоров'я, відсутність шкільних автобусів для учнів з сільської місцевості, недостатню кількість спортивного обладнання, відсутність ремонту в спортивних залах, відсутність у школі медичного працівника, психолога, соціального працівника, а також суспільні – низьку підтримку громади, зокрема батьків, у превентивній роботі з дітьми та молоддю.

Респонденти зазначають про позитивний вплив проекту ШСЗ. На думку опитаних, зростає зацікавленість учасників навчально-виховного процесу щодо збереження та зміцнення здоров'я, спостерігається посилення взаємодії учнів, педагогів та батьків з питань посилення здоров'язбережної та матеріально-технічної спроможності закладу, відзначено зростання іміджу навчального закладу. Серед змін респонденти називали такі: активна участь учнів у проекті, зменшення кількості хворих дітей та учнів зі шкідливими звичками, збільшення кількості учнів та вчителів, які регулярно займаються спортом, участь у конкурсах з пропаганди здорового способу життя, краща обізнаність з епідеміологічною ситуацією, пов'язаною з ВІЛ-інфекцією, підвищення рівня толерантності в учнівському колективі, участь навчального закладу в моніторингових дослідженнях, поліпшення матеріально-технічної бази школи (обладнання кабінету лікувальної фізкультури, басейну, тренажерного залу, установлення кулерів з чистою водою, приладів для кварцування повітря).

Загалом можна стверджувати, що проектна діяльність шкіл сприяння здоров'ю забезпечує об'єктивні умови формування високої якості життя молоді. Діяльність навчального закладу в рамках проекту "Школа сприяння здоров'ю" сприяє забезпеченню високої якості життя молоді, оскільки має безпосередній вплив на низку субдоменів (рис. 5.14).

Так, організація медичних оглядів, упровадження здоров'язбережних інновацій, посилення рекреаційної та фізкультурно-оздоровчої роботи передбачають вплив на домен "Фізичний складник". У навчальних закладах здійснено аналіз та зіставлення результатів щорічних медичних оглядів, списків диспансерних хворих, у класних журналах ведеться листок здоров'я, паспорт фізичного розвитку учня, проводиться моніторинг стану здоров'я учнів спеціальної медичної групи, до діагностики залучені психолог, соціальний педагог, медичні працівники, які працюють у школі або у поліклініці чи лікарні, науково-педагогічні працівники.

Здоров'язбережна діяльність у навчальному закладі сприяє інтеграції та посиленню соціального капіталу (домен "Соціальна активність") шляхом максимальної реалізації потенціалу громади, об'єднання зусиль спеціалістів різного рівня для збереження здоров'я молодого покоління. Школа сприяння здоров'ю здатна поліпшити благополуччя згідно з доменом "Матеріальний складник", оскільки статус такого навчального закладу та досвід проектної діяльності допомагає отримати додаткове фінансування для модернізації матеріально-технічної бази, а також організувати спеціалізоване навчання педагогічних працівників з метою надання якісних освітніх послуг.

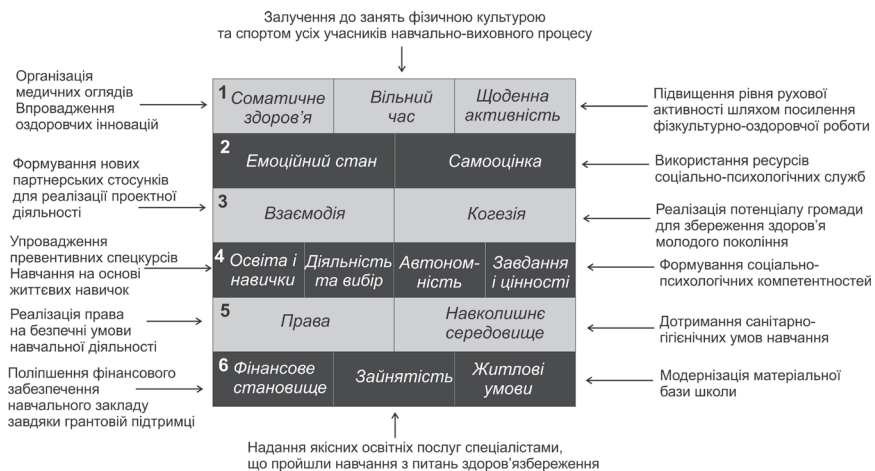


Рис. 5.14. Структурно-функціональна схема впливу здоров'язбережної проектної діяльності на якість життя молоді шкільного віку:

- 1 – фізичний складник; 2 – психічний складник; 3 – соціальна активність;
- 4 – розвиток та самоідентифікація; 5 – середовище;
- 6 – матеріальний складник

За рахунок добре налагодженої співпраці з громадами низка навчальних закладів взяла участь у проектах Європейського Союзу та ООН, орієнтованих на модернізацію матеріальної бази школи (купівля спортивного інвентарю, енергозбережні заходи тощо).

У школах сприяння здоров'ю впроваджено превентивні спеціалізовані навчальні курси, організовано навчання дітей на основі життєвих навичок, що передбачає формування системи цінностей, соціально-психологічних компетентностей, необхідних для здоров'я, безпеки та успіху молодої людини (поліпшення якості життя згідно з доменом “Розвиток та самоідентифікація”). Найбільш поширені програми та факультативні курси, що мають здоров'язбережні особливості, – це “Майбутнє починається сьогодні”, “Молодь на роздоріжжі”, “Особиста гідність. Безпека життя. Громадська позиція”, “Сприяння просвітницькій роботі “Рівний-рівному” серед молоді України”, “Бути щасливим. Я це можу”, “Скажи насильству НІ”, “Корисні навички”, “Захисти себе від ВІЛ” тощо. Також в учнівському самоврядуванні можна виокремити структурні одиниці, відповідальні за реалізацію превентивних проектів, проведення акцій, лекторських груп, тренінгів з превентивного виховання.

За допомогою регресійного аналізу встановлено критерії прогнозування високої якості життя респондентів шкільного віку з урахуванням соціально-демографічних показників, а також індикаторів доменів “Фізичний складник”, “Емоційний складник”, “Соціальна активність” та “Розвиток та самоідентифікація” (табл. 5.2).

За даними проведеного регресійного аналізу, суттєвими критеріями високого показника фізичного благополуччя молоді є стать (OR = 2,20, CI = 2,12–2,50), заняття в спортивній секції (OR = 2,80, CI = 2,56–3,21), заняття фізичною культурою та спортом у вільний час більше ніж 1 раз на тиждень, рівень рухової активності в школі (OR = 2,43, CI = 1,95–2,73), здорові харчові звички (OR = 1,52, CI = 1,44–2,03), спортивна компетентність (OR = 1,40, CI = 1,21–1,65) та навчання у школі сприяння здоров'ю (OR = 2,29, CI = 2,01–2,45). У випадку загального психічного благополуччя вагомий вплив мали навчання у ШСЗ (OR = 3,11, CI = 2,61–3,43), рівень рухової активності у школі (OR = 1,53, CI = 1,34–1,68), заняття в спортивній секції (OR = 2,13, CI = 1,93–2,42), відсутність булінгу (OR = 1,82, CI = 1,68–2,23), стосунки з однокласниками (OR = 1,55, CI = 1,23–1,87). Вплив на цей складник благополуччя також мали стать (OR = 2,60, CI = 2,45–2,82) та місце проживання (OR = 2,11, CI = 1,12–2,56).

При проведенні аналізу виявлено низку суттєвих предикторів благополуччя молоді. Шанси високого показника якості життя вищі у 2,2–2,6 рази в осіб чоловічої статі, у 2,1–2,8 рази – у респондентів, які займаються в спортивній секції, у 1,3–2,4 рази – у школярів, які мають високий рівень рухової активності та 2,3–3,1 рази – у молоді зі шкіл сприяння здоров'ю.

Таблиця 5.2

Предиктори якості життя молоді шкільного віку

Індикатор/показник	Загальне фізичне благополуччя		Загальне психічне благополуччя	
	OR	CI	OR	CI
<i>Соціально-демографічні чинники</i>				
Стать	2,20	2,12–2,50	2,60	2,45–2,82
Місце проживання	1,15	1,10–1,38	2,11	1,12–2,56
Матеріальне становище	0,67	0,42–1,17	0,82	0,43–0,98
Навчання у школі сприяння здоров'ю	2,29	2,01–2,45	3,11	2,61–3,43
<i>Фізичний складник</i>				
Регулярне харчування	0,92	0,78–1,34	0,50	0,34–1,2
Здорові харчові звички	1,52	1,44–2,03	1,32	1,21–1,45
Заняття в спортивній секції	2,80	2,56–3,21	2,13	1,93–2,42
Заняття фізичною культурою та спортом у вільний час більше ніж 1 раз на тиждень	2,12	1,52–2,46	1,32	1,08–1,67
Рівень рухової активності в школі	2,43	1,95–2,73	1,53	1,34–1,68
Проведення часу на свіжому повітрі	0,81	0,62–1,24	0,72	0,55–1,2
Пропуски навчання у зв'язку з поганим самопочуттям	0,89	0,62–1,04	0,20	0,12–0,48
<i>Психічний складник та соціальна активність</i>				
Стосунки з однокласниками	0,90	0,75–1,29	1,55	1,23–1,87
Булінг	1,14	1,12–1,38	1,82	1,68–2,23
Участь батьків у заняттях фізичною культурою та спортом	1,20	1,13–1,65	1,32	1,1–1,45
<i>Розвиток та самоідентифікація</i>				
Когнітивна компетентність	0,67	0,43–0,88	0,71	0,56–1,32
Спортивна компетентність	1,40	1,21–1,65	0,18	0,05–0,23

5.2.2. Якість життя молоді з навчальних закладів, які залучені до оздоровчої проектної діяльності

Серед респондентів, які навчаються у ШСЗ, 61,11 % вважають, що мають причини пишатися собою. В інших загальноосвітніх навчальних закладах таких осіб є на 7 % менше (рис. 5.15). У середніх загальноосвітніх закладах лише половина учнів задоволені собою, а також власними академічними успіхами, тоді як у ШСЗ таких дітей є на 7–11 % більше (табл. 5.3).

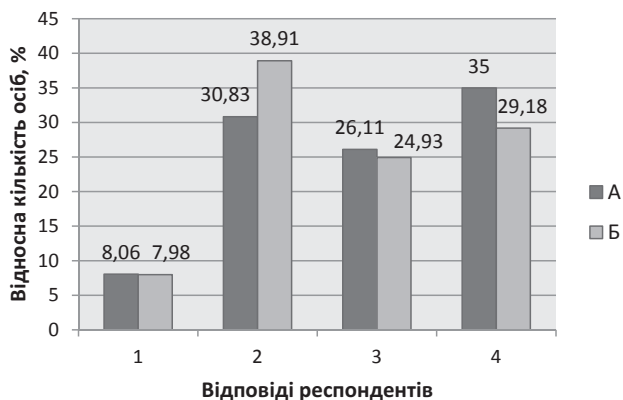


Рис. 5.15. Оцінювання власних досягнень респондентами:

1 – респондент не задоволений собою та власними успіхами; 2 – частково задоволений; 3 – майже повністю задоволений; 4 – повністю задоволений;

А – учні, які навчаються у школах сприяння здоров'ю (n = 1 080);

Б – школярі, які навчаються в інших загальноосвітніх навчальних закладах (n = 1 028).

Таблиця 5.3

Когнітивна та спортивна компетентності школярів

Запитання	Відносна кількість респондентів, які ствердно відповіли на запитання (у %)	
	школи сприяння здоров'ю (n = 1 080)	загальноосвітні навчальні заклади, які не мають статусу школи сприяння здоров'ю (n = 1 028)
Завдання, які дає вчитель у школі, та домашні завдання я можу виконувати дуже швидко	40,00	33,95
У школі я навчаюся погано	7,04	11,96
У мене хороші успіхи в школі	52,96	45,04
Я дуже задоволений собою	61,02	50,97
У спорті я швидше досягаю кращих результатів, ніж мої однолітки	36,02	29,96
Я маю дійсно хороший вигляд	72,96	65,95
Я вважаю своє тіло некрасивим	3,98	10,99

Із завданнями, які дає учитель на уроках або додому, справлялися дуже швидко 33,95% учнів із звичайних шкіл та 40,00% школярів, які навчалися в ШСЗ. Незадоволеними власною зовнішністю були 3,98% учнів шкіл сприяння здоров'ю, а в інших навчальних закладах цей показник становить 10,99%. Половина опитаних з ШСЗ (52,96%) зазначили про хорошу успішність у школі, натомість зауважили, що вчать погано 7,04% респондентів. Ці показники в інших навчальних закладах становили 45,04% та 11,96% відповідно.

Більша частина учнів зі шкіл сприяння здоров'ю (79,91%) не мають труднощів під час спілкувань з однолітками, а в інших навчальних закладах таку відповідь давав лише кожний третій опитаний (67,02%) (рис. 5.16).

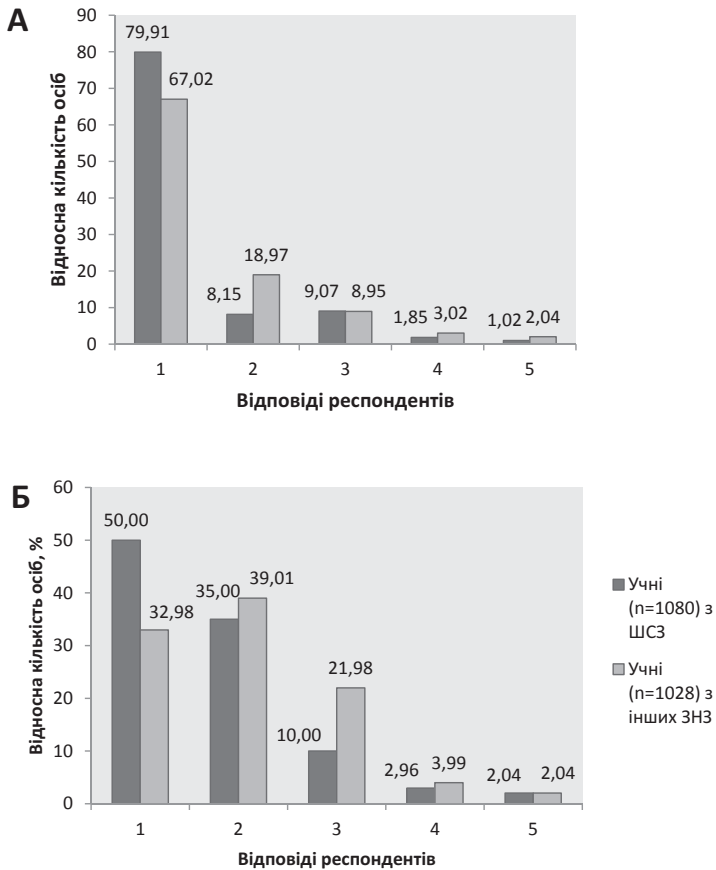


Рис. 5.16. Відповіді респондентів на запитання “Інші діти не хочуть товаришувати зі мною” (А) та “Я забуваю свої речі у школі” (Б):

1 – ніколи, 2 – майже ніколи, 3 – інколи, 4 – часто, 5 – майже завжди

На твердження “Я забуваю свої речі у школі” 50,00 % школярів з шкіл сприяння здоров’я відповіли “Ніколи”, 35,00 % “Майже ніколи”, 10,00 % – “Інколи”, 2,96 % – “Часто”, 2,04 % – “Майже завжди”. Відповіді респондентів з інших навчальних закладів розподілилися таким чином: 32,98 % – “Ніколи”, 39,01 % – “Майже ніколи”, 21,98 % – “Інколи”, 3,99 % – “Часто”, 2,04 % – “Майже завжди”.

У звичайних навчальних закладах вчиться на 10 % більше учнів, які мають труднощі з виконанням щоденних дій (зробили менше, ніж хотіли, відчували певні обмеження через фізичний стан або самопочуття, витратили на роботу більше часу тощо) порівняно з ШСЗ. Також погіршення психічного здоров’я (пригніченість, стурбованість) зауважували під час роботи в 4 рази частіше школярам із звичайних шкіл порівняно з респондентами зі шкіл сприяння здоров’ю (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Вплив фізичного та психічного здоров’я на щоденну активність школярів

Варіанти відповіді	Відносна кількість респондентів, %			
	школи сприяння здоров’ю (n = 1 080, 50 % дівчат)		загальноосвітні навчальні заклади, які не мають статусу школи сприяння здоров’ю (n = 1 028, 50 дівчат)	
	місто (n = 540)	село (n = 540)	місто (n = 572)	село (n = 456)
Фізичний стан обмежує щоденну активність				
Так	19,44	11,11	30,59	18,20
Ні	80,56	88,89	69,41	81,80
Психічний стан обмежує щоденну активність				
Так	5,37	4,44	20,28	15,35
Ні	94,63	95,56	79,72	84,65

Необхідно звернути увагу, що, незалежно від реалізації в навчальному закладі комплексних здоров’язбережних програм, кожному четвертому-п’ятому учневі важко виконувати щоденну роботу чи вчитися – виникали труднощі під час виконання енергійних дій (піднімання вантажів, біг, участь у спортивних змаганнях, прибирання в квартирі, пересування неважких меблів, піднімання або перенесення сумок з продуктами, піднімання на один або кілька поверхів сходами тощо). Кожний п’ятий школяр скаржився, що йому важко бігати, кожний шостому важко займатися фі-

зичними вправами і спортом, кожний четвертий не може піднімати і пересувати будь-які важкі речі. Респонденти (28,02 % у звичайних загальноосвітніх навчальних закладах та 21,02 % у школах сприяння здоров'ю) зазначили про те, що є не надто енергійними, багато опитаних пропускали заняття через погане самопочуття (25,00 % школярів із звичайних навчальних закладів та 14,63 % з ШСЗ).

Рівень фізичної активності на уроках фізичної культури був невисокий (рис. 5.17). Так, завжди були активними на уроках (гнали у спортивні ігри, бігали, стрибали тощо) лише 37,04 % респондентів з ШСЗ та 28,02 % із звичайних шкіл, 9–10 % учнів не брали участі у жодній фізичній активності на уроках, 8 % – майже ніколи, 19–24 % – інколи.

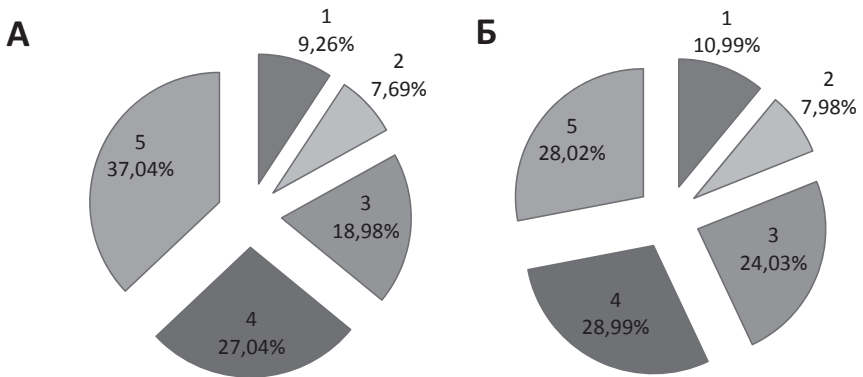


Рис. 5.17. Рівень активності школярів на уроках фізичної культури:

- 1 – учні не брали участі у жодній фізичній активності;
- 2 – майже ніколи не брали участі; 3 – інколи брали участь;
- 4 – дуже часто брали участь; 5 – завжди брали участь;

А – школярі, які навчаються у школах сприяння здоров'ю (n = 1 080);

Б – учні з інших загальноосвітніх навчальних закладів (n = 1 028)

Молодь, яка навчається у школах сприяння здоров'ю, має вищу якість життя (табл. 5.5). Значення параметрів благополуччя перебуває в діапазоні 71,8–91,7 бала. Середні значення за усіма параметрами якості життя вищі для школярів зі шкіл сприяння здоров'я. Статистично достовірні відмінності ($p < 0,01$) виявлено для шкал “Фізична активність”, “Біль”, “Загальний стан здоров'я”, “Життєздатність” та “Соціальна активність” (у випадку навчальних закладів, які розміщені в сільській місцевості). Усі параметри якості життя для учнів, що навчалися в міських школах сприяння здоров'я вищі, порівняно з навчальними закладами, які такого статусу не мають. Відмінності між середніми значеннями для шкали “Фізична активність” становили 7,0 бала,

“Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 7,8 бала, “Біль” – 6,1 бала, “Загальний стан здоров’я” – 6,2 бала, “Життєздатність” – 8,3 бала, “Соціальна активність” – 7,3 бала, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” – 4,6 бала, “Психічне здоров’я” – 6,2 бала.

Таблиця 5.5

**Порівняльна характеристика якості життя школярів,
які навчаються у навчальних закладах різних типах**

Шкали	Якість життя, бали (M ± SE)			
	школи сприяння здоров’ю		навчальні заклади, які не мають статусу школи сприяння здоров’ю	
	місто (n = 540)	село (n = 540)	місто (n = 572)	село (n = 456)
ФА	89,8 ± 0,6*	91,7 ± 0,7**	82,8 ± 1,3*	85,3 ± 1,2**
РФ	79,0 ± 1,3*	79,2 ± 0,9	71,2 ± 0,5*	77,3 ± 0,6
Б	83,2 ± 1,1*	84,4 ± 1,2**	77,1 ± 0,7*	80,2 ± 0,8**
ЗЗ	71,8 ± 0,9*	72,2 ± 1,4**	65,6 ± 0,8*	67,3 ± 1,3**
ЖЗ	73,5 ± 1,1*	74,5 ± 0,9**	65,2 ± 1,3*	68,4 ± 0,7**
СА	80,2 ± 0,8*	81,8 ± 1,8**	72,9 ± 1,2*	75,3 ± 0,8**
РЕ	83,2 ± 1,5*	85,3 ± 1,1	78,6 ± 0,9*	83,2 ± 1,3
ПЗ	72,9 ± 0,7*	73,7 ± 0,9	66,7 ± 1,3*	71,8 ± 1,4

Примітки: * – статистично достовірні відмінності між відповідними даними міських шкіл (p < 0,01);

** – статистично достовірні відмінності між відповідними даними сільських шкіл (p < 0,01).

Оцінювання загальної превентивної діяльності навчального закладу проводили за низкою показників, що є індикаторами компонентів якості життя (рис. 5.18): фізичний складник якості життя – “Творчі види діяльності”; психічний та соціальний складник – “Дружня обстановка у навчальному закладі”, “Відсутність фізичного покарання та насильства”, “Протидія булінгу та дискримінації”; соціальна активність, “Співпраця та активне навчання”, “Залучення батьків”; розвиток та самоідентифікація – “Прийняття рішень учнями”, “Якісна превентивна освіта”, “Співпраця та активне навчання”; зовнішнє середовище – “Санітарно-гігієнічні умови”, “Відсутність фізичного покарання та насильства”, “Протидія булінгу та дискримінації”.

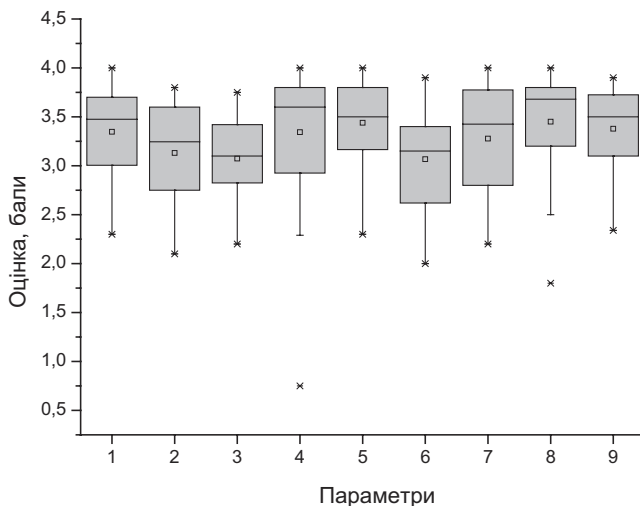


Рис. 5.18. Оцінювання превентивної діяльності школи учасниками навчально-виховного процесу (n = 420):

- 1 – дружня обстановка у навчальному закладі;
- 2 – санітарно-гігієнічні умови; 3 – співпраця та активне навчання;
- 4 – відсутність фізичного покарання та насильства; 5 – протидія булінгу та дискримінації; 6 – творчі види діяльності; 7 – залучення батьків;
- 8 – прийняття рішень учнями; 9 – якісна превентивна освіта

За результатами опитування адміністрації, педагогічного колективу та батьків виявлено, що усі учасники навчально-виховного процесу високо оцінюють діяльність, що проводиться в навчальному закладі. Відповіді усіх груп респондентів не відрізнялися ($p < 0,01$), тому при аналізі результатів враховували усі відповіді респондентів. Середні оцінки з проаналізованих показників перебувають у діапазоні 3,1–3,5 бала. Найнижчу середню оцінку спостерігали для показника “Співпраця та активне навчання”, найвищу – для показників “Дружня обстановка у навчальному закладі” (3,3 бала), “Протидія булінгу та дискримінації” (3,4 бала), “Прийняття рішень учнями” (3,5 бала), “Якісна превентивна освіта” (3,4 бала). Значення останніх параметрів були достовірно вищими ($p < 0,05$), ніж “Співпраця та активне навчання” та “Творчі види діяльності”.

Для показників “Відсутність фізичного покарання та насильства” та “Прийняття рішень учнями” спостерігали найнижчі мінімальні значення – 0,75 бала та 1,8 бала відповідно. Вузькі довірчі інтервали виявлено для показників “Співпраця та активне навчання” (3,0–3,2 бала), “Протидія булінгу та дискримінація” (3,3–3,5 бала), “Прийняття рішень учнями” (3,3–3,5 бала).

5.2.3. | Вплив превентивних програм на якість життя учасників навчально-виховного процесу

На думку експертів ВООЗ, діти та підлітки мають право отримати інформацію про здоров'я з врахуванням віку та статі; уникнути шкідливого впливу тютюну, алкоголю та інших речовин; перебувати в здоровому, безпечному оточенні; розвивати впевненість та навички для прийняття відповідальних рішень; вступати в доросле життя з навичками, які необхідні для здорового, продуктивного та щасливого життя.

Школи – важливі інституції, що зумовлюють такі складові якості життя як “Розвиток та самоідентифікація” та “Навколишнє середовище”, оскільки допомагають здобути знання, уміння і навички, визначити завдання та сформувані цінності, забезпечують рівний доступ до суспільних благ, у разі потреби допомагають здобути контроль над власним життям.

Чітке здоров'язбережне спрямування в шкільному освітньому середовищі мають такі навчальні предмети, як фізична культура, основи здоров'я, факультативні курси “Школа проти СНІДу”, “Забезпечення здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу”, “Сприяння просвітницькій роботі “рівний-рівному” серед молоді України”, “Майбутнє починається сьогодні”. Курс “Забезпечення здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу”, впроваджений у 200 навчальних закладах Львівської області, охоплює близько 6 000 школярів 10–11 класів Львівської області. Для створення передумов для формування позитивних змін в якості життя учасників навчально-виховного процесу було здійснено підготовку вчителів та навчання учнів. Ефективність роботи оцінювали окремо для кожної категорії учасників.

Метою першого етапу було підготувати вчителів основ здоров'я до тренерської роботи, щоб впровадити превентивний курс для молоді та формувати сприятливе шкільне середовище. Необхідно зазначити, що вчителів основ здоров'я система вищої освіти України донедавна не готувала, тому важливим було надати педагогам достовірну й повну інформацію з проблеми ВІЛ/СНІДу, можливість опанувати навчальні методики, ефективні для формування відповідального ставлення до здоров'я, толерантного ставлення до осіб, які інфіковані ВІЛ, а також посилити особисту мотивацію дорослих учасників навчально-виховного процесу до здорового способу життя.

Під час навчання педагоги ознайомилися з концепцією, змістом і методологічними засадами курсу, здобули уміння й навички, необхідні для проведення тренінгу, отримали можливість провести як тренер окремі уроки для молоді, проаналізували складові частини якості превентивної освіти та умови успішного впровадження курсу в школах. До проходження навчання вчителі основ здоров'я давали лише 50,7% правильних відповідей на пи-

тання анкети, максимальна кількість таких відповідей становила 47, мінімальна – 19 (табл. 5.6). Неправильною була кожна п'ята відповідь (17,9%). Після проходження навчання неправильних відповідей було в 1,5 раза менше, а відносна кількість правильних відповідей становила 74,6%. Це свідчить, що навчальний курс дав змогу поглибити знання про шляхи передачі, прояви та ознаки розвитку ВІЛ-інфекції, ризики інфікування в різних ситуаціях.

Таблиця 5.6

**Рівень знань педагогів
з питань шляхів передачі та профілактики ВІЛ/СНІДу**

Відповіді*	До навчання, абс. показник			Після навчання, абс. показник		
	M ± SE	Min	Max	M ± m	Min	Max
	Експериментальна група, n = 115					
Правильні	34 ± 2 ^{a, c}	19	47	50 ± 1 ^{a, d}	26	65
Неправильні	12 ± 3 ^{b, c}	2	24	8 ± 3 ^{b, d}	2	10
“Не знаю/не впевнений”	7 ± 4 ^c	5	27	12 ± 2	4	16
	Контрольна група, n = 100					
Правильні	35 ± 1 ^c	16	49	38 ± 2 ^d	17	50
Неправильні	10 ± 2 ^c	3	21	9 ± 2 ^c	2	19
“Не знаю/не впевнений”	7 ± 2 ^{b, c}	3	30	12 ± 2 ^{b, c}	3	28

Примітки: * – максимальна кількість правильних відповідей – 67;

^a – статистично достовірна різниця ($p < 0,01$) між результатами “До” та “Після” в межах однієї групи;

^b – статистично достовірна різниця ($p < 0,05$) між результатами “До” та “Після” в межах однієї групи;

^c – відсутня статистично достовірна різниця ($p < 0,05$) між результатами “До” або “Після” експериментальної та контрольної груп;

^d – статистично достовірна різниця ($p < 0,01$) між результатами “Після” експериментальної та контрольної груп.

Станом на 1 липня 2015 року в закладах охорони здоров'я служби профілактики та боротьби з СНІДом під медичним наглядом перебувало 124 279 ВІЛ-позитивних громадян України, з них 31 509 хворих з діагнозом СНІД. Показник поширеності інфекції становить 291,3 на 100 тис. населення України. Відомо, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії в Україні. За даними різних міжнародних організацій, лише 28% ВІЛ-інфікованих осіб пройшли тестування та знають про свій позитивний статус.

Гострою на сьогодні є проблема забезпечення соціальної адаптації, запобігання стигмі та дискримінації, що створює атмосферу напруженості

та страху в колективах, погіршує соціальну підтримку та якість соціальних контактів, а отже, зумовлює погіршення благополуччя усіх, незалежно від ВІЛ-статусу.

Навчальні завдання курсу передбачали заходи з запобігання стигмі й дискримінації та формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих. Стигма – це дискредитація індивіда, приписування йому соціально-негативних рис, що проявляється як неприйняття та уникання ВІЛ-позитивних осіб, їх дискримінація та ізоляція. Дискримінація відображає стигму на рівні дій та, зокрема, виявляється на рівні міжособистісних стосунків.

Було проаналізовано наслідки дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб, відпрацьовано вміння висловлювати співчуття та надавати підтримку. Оцінюючи сформованість рівня толерантності, аналізували сприйняття поведінки та способу життя ВІЛ-позитивних осіб, рівень співчуття до хворих, бажання підтримувати стосунки з ними (табл. 5.7).

Після проходження навчального курсу спостерігали підвищення рівня толерантності. Зокрема, достовірно зросли показники за параметрами “Сприйняття поведінки та способу життя” (на 1,4 бала), “Співчуття до хворого” (на 1,9 бала), “Визнання права хворого на належну медичну допомогу” (на 1 бал), “Бажання респондентів підтримувати стосунки з ВІЛ-інфікованим на роботі” (на 1,2 бала). Статистично достовірні зміни спостерігали для параметрів “Сприйняття поведінки і способу життя”, “Співчуття до хворого”, “Визнання права хворого на належну медичну допомогу”, “Бажання підтримувати стосунки з ВІЛ-інфікованими на роботі”. На відміну від учасників з експериментальної групи, у респондентів з контрольної групи спостерігали поліпшення показників лише за одним параметром “Сприйняття поведінки та способу життя”.

Освітні превентивні програми можуть сприяти забезпеченню належної якості життя учнів, оскільки безпосередньо впливають на різні складові частини благополуччя. Вивчення превентивного курсу “Забезпечення здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу” ґрунтується на розвитку життєвих навичок, а саме навчання відбувається у формі тренінгів. Це сприяє збереженню здоров'я шляхом формування поведінкового імунітету до негативного впливу оточення, зростанню рівня рухової активності як результату динамічного проведення уроку, підвищенню рівня самооцінки, оволодінню техніками контролю поведінки, поліпшенню соціальної підтримки та інтеграції у зв'язку з формуванням навичок переговорів та вирішення конфліктів, формуванню емпатії, поваги до праці та стилю мислення інших. Загалом педагогічну стратегію курсу спрямовано на не лише на підвищення рівня знань, але й зменшення схильності молоді до ризикованої поведінки та пропаганду родинних цінностей.

Ставлення до осіб із ВІЛ/СНІДом

Параметри, які було використано для оцінювання толерантності	Оцінка, бали (M (SD))			
	до прослухування курсу	після прослухування курсу	до прослухування курсу	після прослухування курсу
	експериментальна група (n = 115)		контрольна група (n = 100)	
Сприйняття поведінки та способу життя	4,8 (1,4) ^{a,b}	6,2 (1,1) ^{a,c}	4,7 (0,8) ^{a,b}	5,1 (0,9) ^{a,c}
Співчуття до хворого	3,6 (1,2) ^{a,b}	5,5 (0,7) ^{a,c}	3,7 (0,9) ^{a,b}	4,3 (0,9) ^{a,c}
Визнання права хворого на належну медичну допомогу	4,9 (1,4) ^{a,b}	5,9 (0,9) ^{a,d}	4,9 (1,3) ^b	4,9 (1,1) ^d
Бажання респондентів підтримувати стосунки з ВІЛ-інфікованими				
– вдома	4,3 (1,2) ^b	4,9 (0,4)	4,2 (0,8) ^b	4,4 (1,0)
– на роботі	4,1 (1,7) ^{a,b}	5,3 (0,9) ^{a,d}	4,2 (1,5) ^b	4,8 (0,7) ^d

Примітки: ^a – виявлено відмінності ($p < 0,01$) між даними “До” та “Після” в межах однієї групи;

^b – відсутні відмінності ($p < 0,01$) між даними “До” експериментальної та контрольної груп;

^c – виявлено відмінності ($p < 0,01$) між даними “Після” експериментальної та контрольної груп;

^d – виявлено відмінності ($p < 0,05$) між даними “Після” експериментальної та контрольної груп.

Пов’язану зі здоров’ям якість життя визначали відповідно до шкал “Здоров’я та активність”, “Емоційний стан”, “Стосунки”, “Школа” (табл. 5.8). Після навчання спостерігали підвищення якості життя за шкалами “Емоційний стан” (на 10,1 бала), “Стосунки” (на 5,1 бала) та “Школа” (на 8,2 бала). Загальний показник благополуччя зріс на 8,0 бала. Також превентивний курс сприяв поліпшенню психічного стану респондентів (рідше виникало відчуття страху, суму та пригнічення, невпевненості в майбутньому), підвищенню рівня соціальної інтеграції (зростала кількість та якість соціальних контактів), високій працездатності в навчальному закладі.

**Вплив превентивної програми
на якість життя школярів (M (SD), у балах)**

Шкали	Експериментальна група (n = 115)		Контрольна група (n = 100)	
	До впровадження курсу	Після впровадження курсу, бали	До впровадження курсу, бали	Після впровадження курсу, бали
Здоров'я і активність	83,2 ± 14,3 ^c	79,8 ± 11,3	80,1 ± 9,6 ^c	82,3 ± 7,9
Емоційний стан	70,4 ± 11,6 ^{a, c}	80,3 ± 9,4 ^{a, e}	71,5 ± 8,3 ^c	72,3 ± 9,4 ^{d, e}
Стосунки	82,3 ± 9,2 ^{b, c}	87,2 ± 10,8 ^{b, d}	82,8 ± 8,5 ^c	81,0 ± 8,8 ^d
Школа	70,2 ± 7,6 ^{a, c}	78,4 ± 8,2 ^{a, d}	71,4 ± 8,1 ^c	70,2 ± 7,9 ^d
Загальний показник	76,8 ± 15,2 ^{b, c}	82,8 ± 9,8 ^{b, e}	76,4 ± 13,1 ^c	78,2 ± 10,5 ^e

Примітки: ^a – виявлено відмінності ($p < 0,01$) між даними “До” та “Після” в межах однієї групи;

^b – виявлено відмінності ($p < 0,05$) між даними “До” та “Після” в межах однієї групи;

^c – немає відмінностей ($p < 0,01$) між даними “До” експериментальної та контрольної груп;

^d – виявлено відмінності ($p < 0,01$) між даними “Після” експериментальної та контрольної груп;

^e – виявлено відмінності ($p < 0,05$) між даними “Після” експериментальної та контрольної груп.

У респондентів з експериментальної групи спостерігали достовірне поліпшення загального показника благополуччя, а також якості життя, за окремими шкалами, тоді як в опитаних з контрольної групи статистично достовірних змін показників “До” та “Після” не спостерігали. В учнів з експериментальної групи виявлено достовірно вищі значення якості життя за шкалами “Емоційний стан”, “Стосунки” та “Школа” порівняно з учасниками контрольної групи. Якість життя за шкалою, що характеризує фізичне благополуччя респондентів (“Здоров’я та активність”), достовірно не поліпшувалася ні в експериментальній, ні в контрольній групі.

5.3. | Забезпечення якості життя осіб літнього віку з використанням оздоровчих та рекреаційних технологій

Однією з суб’єктивних комплексних характеристик, яка враховує фізичне, психологічне й соціальне благополуччя осіб літнього віку, є якість життя, пов’язана зі здоров’ям. Це динамічна величина, яка суттєво залежить від

статті, віку респондента та середовища існування. Стосунки з оточенням та робота – найважливіші для осіб віком 20–30 років, а для респондентів віком 65 років і старшим на першому місці серед усіх життєвих цінностей є стан здоров'я. Респонденти, які потребують допомоги та проживають у спеціалізованих установах, прагнуть насамперед самостійно приймати рішення, частіше спілкуватися з оточенням. Очевидно, рівень соціальної активності є особливо цінним індикатором якості життя осіб літнього віку, і відповідно висока якість життя залежить не тільки від оптимального функціонального стану, а від можливості самостійно брати участь у різноманітній діяльності. Окрім доброго здоров'я та стосунків у родині, матеріального благополуччя, важливим чинником хорошої старості є доступність освіти. Виявлено, що порівняно з іншими соціально-демографічними чинниками (сімейний стан, матеріальне становище), суттєвим предиктором високої якості життя осіб літнього віку був освітній рівень респондентів (загальний фізичний компонент якості життя – OR = 1,63 для осіб з повною вищою освітою та OR = 0,80 для опитаних з неповною вищою освітою; загальний психічний компонент – OR = 1,51 – за наявності вищої освіти, OR = 0,73 – неповної вищої освіти).

Ще одним показником високого благополуччя будь-якої вікової категорії є рівень фізичної активності. Відомо, що старіння супроводжується низкою негативних змін та захворювань, серед яких найпоширенішими є збільшення маси тіла за рахунок жирової тканини, зменшення м'язової маси, зростання крихкості кісток, розвиток серцево-судинних захворювань та діабету. При цьому літніх людей характеризують як найбільш малоактивну частину суспільства. Натомість фізична активність є ефективним засобом запобігання або сповільнення вікових змін. Кращий стан серцево-судинної системи, низький рівень захворюваності на остеопороз характерні для літніх людей, які мають вищий рівень фізичної активності. Фізично активні особи віком 62–78 років мають вищу якість життя порівняно з однолітками з низьким рівнем фізичної активності. Здорові респонденти похилого віку, які регулярно виконували фізичні вправи помірної інтенсивності більше ніж одну годину на тиждень, мали високі показники фізичного та психічного компонента якості життя. Навіть невисокий рівень фізичної активності зменшує ризик розвитку деменцій, поліпшує когнітивні функції, а регулярне виконання фізичних вправ середньої потужності сповільнює старіння та зменшує біологічний вік людини приблизно на 10–15 років [415].

Позитивна концепція старіння акцентує увагу на наявних можливостях та здоров'язбережній поведінці. Можна спостерігати зміщення акцентів від негативної парадигми старості, згідно з якою основну увагу зосереджено на незадовільному стані здоров'я, самотності, нездатності самостійно вирішувати, неповносправності, бідності, соціальній ізоляції, призупиненні

інтелектуального розвитку, до позитивних підходів. Старіння розглядають як природний стан живого організму, що в суспільному вимірі супроводжується зміною соціальних ролей (вихід на пенсію, потреба в допомозі) та появою нових можливостей для особистої реалізації. Серед основних потреб осіб літнього віку можна назвати збереження здоров'я, доступ до медичних послуг, активний зв'язок із соціумом, виконання суспільнокорисних завдань, використання вільного часу на власний розсуд, інтелектуальний розвиток, сталі стосунки та стабільне життя. Тому при визначенні якості життя старших людей необхідно звертати увагу на фізичне, емоційне та когнітивне функціонування, симптоми захворювань та сприйняття здоров'я, енергійність, задоволеність життям, матеріальне становище, здатність реалізовувати власні зацікавлення.

Зважаючи на значну кількість складових частин, структуру якості життя літньої людини було вивчено з використанням методичних підходів, які запропонував Р. Шалок [464]. На основі рекомендацій вченого була розроблена трирівнева структура якості життя літньої людини (рис. 5.19).

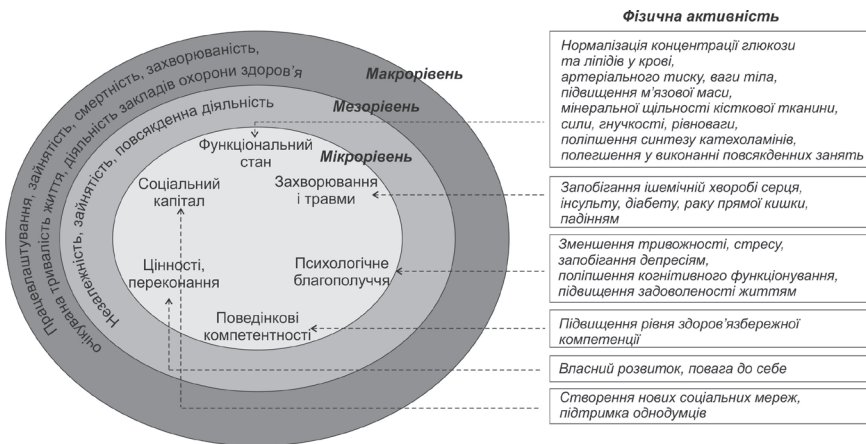


Рис. 5.19. Якість життя літньої людини та вплив на неї фізичної активності

На рівні мікросистеми якість життя має суб'єктивний характер; оцінюється відчуття задоволеності та щастя, а основними показниками є функціональний стан, фізичне здоров'я (захворювання і травми), психологічне благополуччя, соціальний капітал (соціальна активність, налагоджені контакти), цінності та переконання, поведінкові компетенції. Важливим компонентом якості життя літньої людини є життєві компетенції. Їх сформованість безпосередньо стосується прагнення пізнавати нове, умін-

ня налагоджувати і підтримувати соціальні контакти, зберігати власне здоров'я, підтримувати позитивний настрій тощо. Якість життя на рівні мезосистеми аналізуємо з врахуванням об'єктивних показників – рівня функціонування, участі в повсякденній діяльності, важливими також є самовизначення, автономність, освіта, зайнятість. Макросистема охоплює усі чинники навколишнього середовища, що своєю чергою зумовлюють стандарти життя, смертність, очікувану тривалість життя, кількість працевлаштованих, рівень грамотності тощо.

Освіта здатна безпосередньо вплинути на зміцнення здоров'я та поліпшення якості життя; навчально-освітня діяльність зумовлюватиме вироблення корисних для здоров'я навичок, загальний пізнавальний розвиток, суспільну активність, суттєвими також є позиційні ефекти та вплив референтної групи. Упровадження такої навчально-освітньої діяльності в Україні сприятиме “розумному старінню”, самостійності, самоствердженню, особистісному розвитку людей літнього віку; експериментальна апробація освітніх програм дасть змогу здобути необхідні знання щодо психофізіологічних особливостей людей літнього віку, допоможе підвищити мотивацію літніх людей до занять фізичною культурою, а отже, дозволить поліпшити якість життя; розроблення та апробація освітніх програм, спрямованих на промоцію здоров'я, формування вмінь та навичок, корисних для здорового способу життя, є відносно дешевою альтернативою підвищення тривалості та якості життя осіб літнього віку.

Відповідно важливим є формування спеціального освітнього та здоров'язбережнього середовища для людей літнього віку як чинника, що позитивно впливає на якість та тривалість життя.

У 2010 році при Львівському державному університеті фізичної культури створено Університет третього віку. Його слухачами стали особи після 55 років, які не працюють (перебувають на пенсії або є безробітними), але хочуть поглибити свої знання чи взяти участь у діяльності Університету третього віку. Розвиток мережі таких університетів є закономірним процесом, пов'язаним, передусім зі старінням європейських націй. Перший Університет третього віку був заснований 1973 року в Тулузі (Франція). Згодом такі ж навчальні заклади були створені в більшості європейських країн. Загалом навчальні проекти, до яких залучали старших людей, реалізовували з другої половини ХХ ст. у всіх розвинутих країнах світу. Так, у США в першій половині 50-х років особи літнього віку брали участь у різних програмах, організованих за участю державних установ, громадських організацій, приватних осіб. В Австралії, Новій Зеландії та Південній Кореї навчальні курси для осіб літнього віку були започатковані в першій половині 80-х років [485]. В Японії аналогічні заняття організовували вже в 60-х рр., а у 1980-х рр. було впроваджено навчальні курси “Програма по-

дальшої освіти осіб старшого віку”. У Швеції, Фінляндії та Данії аналогічні освітні послуги для осіб літнього віку надавали тільки державні університети. Зокрема, у Фінляндії було створено спеціальну Академію для осіб літнього віку, а також курси, які готували їх до виходу на пенсію.

При плануванні та створенні навчальних курсів були враховані потреби та побажання цільової аудиторії. За результатами анкетування (n = 100), проведеного у квітні-травні 2010 року в м. Львові, виявлено, що більшість респондентів (70 %) хочуть відвідувати заняття фізкультурно-оздоровчого спрямування. У зв’язку з цим, було розроблено модель функціонування навчального закладу для осіб літнього віку (рис. 5.20). Для підвищення якості життя осіб літнього віку було заплановано вивчення навчальних дисциплін, які сприяють фізичній та соціальній активності.

Упродовж 2010–2016 рр. в Університеті третього віку навчалось понад 1 000 осіб, які мали можливість вивчати такі предмети: “Здоров’я людини”, “Англійська мова”, “Німецька мова”, “Польська мова”, “Основи комп’ютерної грамотності”, “Самоменеджмент”, “Вплив музики на діяльність людини”, “Геронтопсихологія”, “Здоров’я літньої людини”, “Оздоровчі заняття зі скандинавської ходьби”, “Оздоровча гімнастика”, “Фізіологія людини”, “Туризм”, “Нетрадиційні методи оздоровлення”, “Львовознавство”, “Українська вишивка”, “Українська народна лялька” та інші.

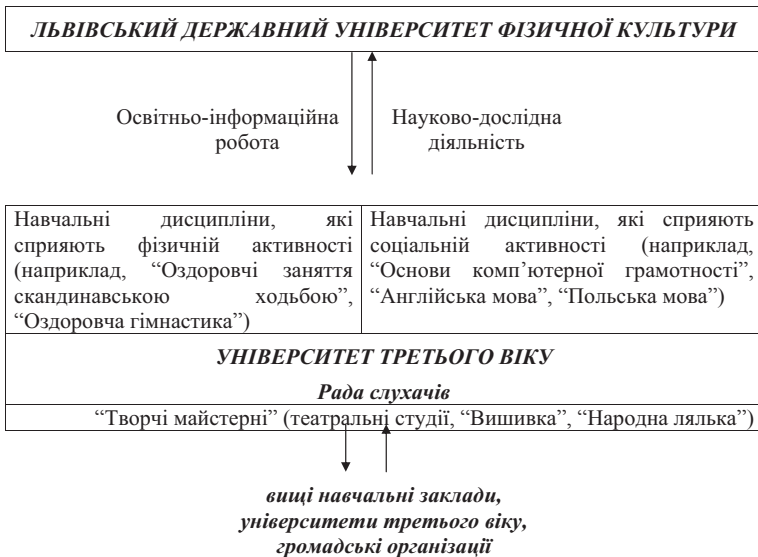


Рис. 5.20. Модель функціонування навчального закладу для осіб літнього віку – Університету третього віку

Метою діяльності Університету третього віку (УТВ) є залучення осіб літнього віку до навчання, активного суспільного життя, а також збереження їхнього фізичного, психологічного і духовного здоров'я. Пріоритетні напрями діяльності УТВ:

- пропагування здорового способу життя і підтримання різних форм активності (інтелектуальної і фізичної) з урахуванням віку, стану здоров'я та зацікавлень слухачів УТВ;
- сприяння всебічному фізичному та духовному розвитку слухачів УТВ;
- реалізація проектів і державних програм, спрямованих на підтримку людей літнього віку, співпрацю між мешканцями регіону і, особливо, між особами літнього віку і молоддю;
- організація масових заходів для людей літнього віку;
- проведення науково-дослідної діяльності у галузі фізичного виховання, спорту та здоров'я людини;
- налагодження зовнішніх зв'язків і співпраця з українськими й іноземними УТВ, вищими школами, державними і громадськими організаціями.

За особливостями функціонування можна виокремити два різновиди університетів третього віку. Для французької моделі характерні приналежність до вищого навчального закладу, викладання предмета “Суспільна геронтологія”, обов'язкове навчання фахівців, які можуть працювати з літніми людьми, а також впровадження спеціальних досліджень у галузі біології, психології та соціології. Британські моделі Університетів третього віку функціонують незалежно від навчальних закладів та організують навчання з використанням потенціалу слухачів та волонтерів.

Університет третього віку при Львівському державному університеті фізичної культури поєднав у собі кращі традиції британських та французьких аналогічних закладів. Завдання УТВ реалізуються за допомогою освітньо-інформаційної роботи (лекцій, семінарів, практичних занять, конференцій, зустрічей, круглих столів, конкурсів, вистав, концертів); співпраці з різними навчальними закладами, науковцями, державними і громадськими організаціями, місцевими й обласними радами; утворення груп самопомочі; формування навчальних циклів різної спрямованості під керівництвом самих слухачів чи спеціалістів із різних областей.

Актуальність і ефективність запропонованої моделі підтверджено результатами опитувань, проведених у 2011 / 2012 навчальному році. За результатами відповідей 150 абітурієнтів, 58,0% майбутніх слухачів мали бажання займатися оздоровчими заняттями скандинавською ходьбою, 61,3% – гімнастикою, 64,0% – туризмом, 60,0% – прослухати цикл лекцій “Здоров'я літньої людини”. Натомість відвідувати заняття з музики, теа-

тральних студій, прикладних мистецтв, іноземних мов чи історії хочуть лише 34,6% абітурієнтів. Окрім предметів фізкультурно-оздоровчого спрямування, значним зацікавленням користується навчання комп'ютерної грамотності (90,0% абітурієнтів).

Для визначення ефективності функціонування Університету третього віку як комплексної програми, спрямованої на збереження здоров'я, оцінювали благополуччя осіб літнього віку. Для цього порівнювали значення контрольних показників (якість життя та рівень рухової активності) осіб поважного віку до та після навчання в Університеті третього віку (рис. 5.21). Окремо аналізували відповіді слухачів, які впродовж навчального року відвідували заняття фізкультурно-оздоровчого напрямку (оздоровчу гімнастику або скандинавська ходьба).

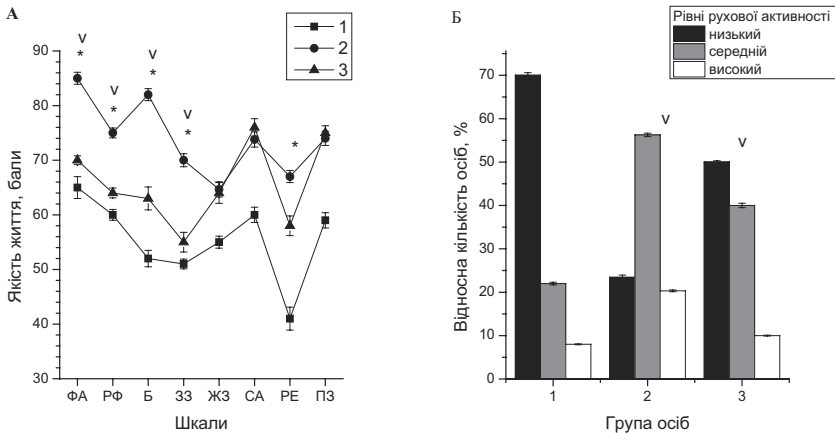


Рис. 5.21. Якість життя (А) та рівень рухової активності (Б) осіб літнього віку:

1 – абітурієнти Університету третього віку (n = 100);

2 – слухачі Університету третього віку,

які відвідували заняття фізкультурно-оздоровчого напрямку (n = 50);

3 – слухачі Університету третього віку,

які не відвідували заняття фізкультурно-оздоровчого напрямку (n = 50);

* – статистично достовірна відмінність (p < 0,05) між показниками групи 1 та 2;

v – статистично достовірна відмінність (p < 0,05) між показниками групи 2 та 3

Для абітурієнтів Університету третього віку були характерні дуже низькі показники за усіма шкалами якості життя. Респонденти зазначали про труднощі під час виконання щоденної роботи, відчували значний біль, звертали увагу на низький життєвий тонус і соціальну активність та загалом оцінювали стан свого фізичного й психічного здоров'я як поганий. Активна участь

у діяльності університету, незалежно від спрямованості навчання, сприяє поліпшенню якості життя за усіма шкалами. При цьому слухачі, які відвідували заняття фізкультурно-оздоровчого напрямку, а саме заняття зі скандинавської ходьби чи гімнастики, мали достовірно вищі показники за шкалами “Фізична активність”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем” порівняно з респондентами, які вивчали іноземні мови, мистецтво, музику, психологію чи історію.

Загалом, у слухачів, які відвідували практичні заняття з гімнастики чи скандинавської ходьби в 1,3–1,6 рази поліпшилися показники за шкалами “Фізична активність”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем” та “Психічне здоров’я”. Після року навчання 22,0% респондентів зазначили, що стан їхнього здоров’я поліпшився, у 43,0% залишився без змін, а 70,0% вказали, що зовсім не відчують труднощів із щоденною діяльністю (прибиранням у квартирі, перенесенням сумок з продуктами, підніманням сходами, переміщенням на відстань більше ніж 1 км тощо). Лише 3,0% слухачів зауважили, що більшість часу почують себе роздратованими, засмученими, виснаженими, пригніченими. Натомість 53,0% слухачів Університету третього віку були сповненими життя, 61,0% – спокійними увесь час або більшість часу. У 1,5 та 2 рази, відповідно зменшилася кількість опитуваних, яким пригніченість перешкоджає щоденній діяльності та стан здоров’я стає на заваді спілкуванню з сім’єю, друзями, сусідами.

Для 70,0% абітурієнтів Університету третього віку був характерний низький рівень рухової активності, 22,0% – середній, 8,0% – високий (див. рис. 5.21, Б). Після одного року навчання збільшується кількість осіб із середнім та високим рівнем рухової активності ($p < 0,01$). Так, у групі слухачів, які відвідували заняття фізкультурно-оздоровчого напрямку, у 2,5 рази збільшилася кількість осіб, які мають середній та високий рівень рухової активності, та в 3 рази зменшилася кількість осіб з низьким рівнем. У групі слухачів, які відвідували інші навчальні дисципліни, кількість осіб, які мають середній та високий рівень рухової активності, збільшилася лише в 1,8 та 1,3 рази відповідно.

ПІСЛЯМОВА

Незважаючи на значні наукові та практичні напрацювання українських та зарубіжних учених, зауважимо, що проблему формування, забезпечення та поліпшення якості життя різних груп населення досліджено недостатньо, а тому вона не була належно відображена у практичній діяльності.

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 забезпечують формування якості життя, поліпшують благополуччя населення, сприяють залученню до суспільного життя, допоможе зберегти трудовий потенціал, зменшить фінансові видатки на медичну й соціальну допомогу та продовжить тривалість життя українців.

Поняття "якість життя" активно розвивається в різних галузях науки, проте воно має суперечливий характер та відсутня комплексна інформація про цю категорію. У зв'язку з цим, існує певне протиріччя між багатовимірністю цього поняття та відсутністю чітко визначених складових частин якості життя та їхніх характеристик. Попри численні наукові дослідження, невизначеними є чинники, які впливають на якість життя людини, не здійснено їх оцінювання та ранжування, відсутні уніфіковані показники, актуальною також залишається проблема встановлення кількісного показника благополуччя.

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, охоплює фізичне, психологічне і соціальне буття людини, враховує її переконання, очікування та світосприйняття. Оцінювання якості життя, осердям якого є здоров'я, ґрунтується на суб'єктивному оцінюванні благополуччя індивіда та рівня його фізичної і суспільної активності. У медичній практиці такі вимірювання дають змогу зрозуміти пріоритети пацієнта, полегшити його спілкування з медичним персоналом, відстежити зміни в стані здоров'я хворого у процесі лікування та реабілітації. Проте можна стверджувати, що оцінювання якості життя має також важливе значення для встановлення психосоціального, освітнього і медичного обслуговування осіб, які не страждають від гострих чи хронічних захворювань. Це своєю чергою супроводжується низкою протиріч, серед яких необхідність створення систем оцінювання якості життя різних груп населення та недостатня розробленість і апробованість методів експрес-оцінювання, відсутність нормативних показників для українського населення. Також поліпшення якості життя вимагає виявлення чинників, що пов'язані з благополуччям та його зумовлюють, проте механізми, які лежать в основі впливу цих чинників, серед яких спосіб життя, досліджено недостатньо.

Праці щодо зв'язку між фізичною культурою й спортом та якістю життя доволі вузько спрямовані, оскільки основним об'єктом вивчення залишається соматичне здоров'я людини. Натомість недостатньо обґрунтованою залишається низка питань, що стосуються інших аспектів фізичної культури та високої якості життя населення. Серед них – психічне здоров'я, когнітивні здібності та рівень фізичної активності; фізична культура, спорт, освіта та працевлаштування; заняття фізичною культурою та спортом і запобігання асоціальній поведінці; фізична активність, соціальний капітал та соціальна інклюзія. Подальше вивчення зв'язку між якістю життя та заняттями фізичною культурою, зокрема у вільний час, необхідне для розроблення дієвих оздоровчих програм, спрямованих на формування високого рівня благополуччя осіб різного віку.

Аналіз та узагальнення інформації наукової літератури в галузі фізичної культури та спорту, вивчення основних напрямів поліпшення якості життя засобами фізичного виховання та спорту виявило доцільність напруження теоретичних і методичних основ, необхідних для прикладного корегування якості життя з використанням рекреаційно-оздоровчих технологій.

Необхідною умовою пізнання якості життя є формування моделі, яка міститиме ключові поняття і змінні. Розроблено складну багатокомпонентну теоретичну структуру якості життя відповідно до ієрархічного принципу, яка враховує позитивні й негативні аспекти та може бути застосована для осіб різного віку і статі. Основними частинами моделі якості життя визначено домени, субдомени, індикатори та змінні. Виокремлено п'ять доменів якості життя людини: “Фізичний складник” (субдомен – соматичне здоров'я, щоденна активність, вільний час), “Психічний складник” (емоційний стан, самооцінка), “Соціальна активність” (взаємодія, когезія), “Матеріальний складник” (фінансове становище, зайнятість, житлові умови), “Розвиток і самоідентифікація” (завдання та цінності, автономність, діяльність та вибір, освіта та навички) та “Середовище” (права, характеристика навколишнього середовища). У рамках запропонованої моделі виокремлено якість життя, осердям якої є здоров'я.

Оскільки базові компоненти якості життя схожі в осіб різного віку, то це дає змогу застосовувати єдиний інструмент вимірювання благополуччя незалежно від віку, статі, соціального статусу чи стану здоров'я респондента. Спеціалізовані вузько спрямовані оцінювальні системи не забезпечують розуміння якості життя. Вони ґрунтуються на твердженні, що саме відсутність захворювань свідчить про високу якість життя, а отже, містять показники, які не актуальні для основної групи населення. Такий підхід не забезпечує розуміння якості життя, а надає сукупність вибіркового показників для використання в медичній практиці.

Для комплексного вивчення якості життя на основі теоретичної структури якості життя розроблено моніторингову систему, складовими частинами якої визначено суб'єкти, показники, інструменти та діяльність. За результатами перевірки інструменту моніторингу виявлено високий рівень внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха вища ніж 0,70) та високу стабільність вибраних індикаторів (коефіцієнт кореляції за результатами "тест-ретест" становив 0,73–0,91). Отримана моніторингова система корисна для нагромадження великого масиву даних, формування й реалізації управлінських рішень.

Якість життя осіб підліткового віку перебуває у верхньому діапазоні згідно з кожною шкалою, проте є нижчою, ніж благополуччя молодого покоління інших країн світу. Показники для дівчат і хлопців з Львівської області збігаються з даними дітей Харківської області. У разі хронічних або гострих захворювань показники якості життя відображають зниження обсягу фізичних навантажень, труднощі у виконанні повсякденних завдань. Психічний стан дітей характеризується наявністю тривожності, депресивних станів.

Респонденти позитивно характеризують власне фізичне та соціальне здоров'я, проте їхній психічний стан незадовільний. Високо оцінюють фізичне здоров'я та соціальну активність 50–75% опитаних, психічне здоров'я – 13–60% опитаних. Серед респондентів підліткового віку кращу оцінку власному фізичному і психічному здоров'ю дають хлопці та дівчата, які проживають у сільській місцевості. Незалежно від місця проживання 4–5% дівчат та до 8% хлопців мають значні труднощі з виконанням найпростіших щоденних завдань – піднятися на один або кілька поверхів сходами, нахилитися, стати навколішки, самостійно митися та вдягатися. Кожний шостий учень скаржився на значні або помірні труднощі з самообслуговуванням, пішими прогулянками, підніманням сходами. Відчуття болю перешкождало нормальній роботі (зокрема роботі по господарству) третині школярів. Загалом відносна кількість дітей, які мають серйозні труднощі з базовою руховою активністю та проблеми під час спілкування з оточенням, не перевищує 7%.

Якість життя українських школярів нижча, ніж у дітей та молоді з США, Бразилії, Туреччини, Ісландії, Японії, Ірану та Нідерландів. Середні показники благополуччя становлять 71,9–85,0 бала та достовірно знижуються з віком за шкалами "Здоров'я і активність", "Емоційний стан" і "Школа". Нормативні дані різних країн світу свідчать, що для цієї вікової групи значення благополуччя, нижче ніж 75 балів, є ознакою хронічних захворювань. Зважаючи на те, що якість життя, пов'язана зі здоров'ям, з віком знижується, критичними для дітей та молоді можна вважати показники до 85 балів.

Досліджено якість життя осіб юнацького віку, показники благополуччя студентів різних спеціалізацій та динаміку їх змін під час навчання у виші.

Показники шкал “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” та “Психічне здоров’я” мали нижчий за середній рівень (менше ніж 70 балів). Як і у школярів, спостерігали відмінності в результатах осіб жіночої та чоловічої статі. Достовірні відмінності спостерігали за шкалами як фізичного, так і психічного компонента якості життя.

Найвища якість життя характерна для студентів фізкультурно-оздоровчого напрямку навчання, а також курсантів. Ці групи осіб юнацького віку найчастіше зауважують, що стан їхнього здоров’я впродовж року залишився без змін або поліпшився, вони мають найвищу працездатність та з легкістю виконують щоденні завдання різної складності. Достовірні відмінності, порівняно зі студентами інших спеціалізацій, виявлено для показників “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я” та “Життєздатність”. Якість життя студентів, які навчаються за напрямами “пожежна безпека” та “фізичне виховання” поліпшується впродовж навчання, тоді як у інших груп респондентів (наприклад, напрям навчання “історія”) – знижується.

Різниця в якості життя чоловіків та жінок особливо критична в осіб зрілого віку. Дуже низькими в жінок є показники благополуччя, що характеризують як фізичний, так і психічний стан (48,4 бала – “Загальний стан здоров’я”, 49,0 бала – “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”). Найвищі значення якості життя спостерігали в педагогів, які викладали фізичну культуру. В інших груп респондентів виявлено суттєве зниження загального психічного компонента (нижче ніж 50 балів), що виявляє наявність тривожності та депресивних станів.

З віком в осіб обох статей достовірно знижуються показники за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Біль”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності”. Суб’єктивна оцінка обсягу свого щоденного фізичного навантаження зменшується на 3–6 балів за кожні 10 років, суттєве погіршення емоційного стану відбувається у віці 31–40 років тощо, натомість інші параметри є відносно сталими величинами. Зниження згаданих показників очевидно зумовлені віковими змінами в організмі, збільшенням кількості осіб з хронічними захворюваннями.

Найнижчими в літніх людей є показники шкал “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” (44,0 бала), “Загальний стан здоров’я” (51,4 бала), “Біль” (52,2 бала). Опитані літні жінки не мають труднощів з щоденними справами, роботою по господарству та самообслуговуванням, 65,4 % респондентів зауважують, що фізичний стан здоров’я суттєво перешкоджає енергійним діям, третина респондентів через проблеми з фізичним здоров’ям не може ефективно працювати, 40 % опитаних скаржаться на біль.

Незважаючи на те, що літні респонденти оцінюють незадовільно власний стан здоров'я, більшість з них не помітили незадовільних змін упродовж року. Значні труднощі з щоденними справами має лише кожний десятий респондент, не може себе обслуговувати 1,3 % опитаних. Незадовільний фізичний або психічний стан перешкоджав роботі кожного третього опитаного.

Більшість показників якості життя аналогічні до даних респондентів літнього віку, які проживають в інших країнах світу та мають хронічні захворювання. Низькі значення якості життя різних груп населення дають змогу прогнозувати реалізацію загальної тенденції, відповідно до якої постійні незадовільні значення якості життя є наслідком початково низької якості життя в молодому віці. Не виявлено достовірних відмінностей за результатами благополуччя за шкалою "Психічне здоров'я" для осіб різного віку (підліткового, юнацького, зрілого та літнього). Такі ж закономірності встановлено щодо результатів осіб зрілого та літнього віку за шкалами "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності", "Рівень болю", "Життєздатність", "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності".

Проведено оцінювання впливу окремих складників способу життя (рухова активність, харчування, шкідливі звички, освітній рівень) на формування якості життя людини. За допомогою методик, що відповідають кращим світовим зразкам, досліджено рівень рухової активності, харчові звички, поширеність шкідливих звичок серед осіб різного віку та статі.

У результаті проведених досліджень виявлено, що найбільш тісно пов'язані з компонентами благополуччя та здатні на нього суттєво вплинути рівень фізичної активності та спосіб проведення вільного часу. На прикладі молоді встановлено, що фізичний стан, фізична дієздатність та рухова активність є єдиним параметром, що може об'єднати якість життя у комплексну структуру.

Незалежно від віку, особи з низьким рівнем рухової активності мали незадовільні показники якості життя. Так, у респондентів підліткового віку з високим рівнем рухової активності, показники "Фізична активність", "Біль", "Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності" перевищували 84 бали. Для підлітків тривалий перегляд передач, ігри за комп'ютером знижують якість життя ($r = -0,46$ – $-0,75$) за шкалами "Психічне здоров'я", "Загальний стан здоров'я", "Фізична активність", "Життєздатність", "Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності", "Біль". Вищу якість життя в осіб юнацького віку спостерігали у студентів, які проводять свій вільний час активно. Достовірні відмінності в показниках осіб з максимальною та мінімальною тривалістю рухової активності у вільний час встановлено для усіх шкал якості життя. В осіб зрілого віку виявлено тісний зв'язок між фізичною роботою середньої потужності, виконаною у вільний від робочий час, та шкалами "Загальний стан здоров'я" ($r = 0,30$), "Життєздатність"

($r = 0,37$), “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” ($r = 0,37$), “Психічне здоров’я” ($r = 0,30$). Показники якості життя осіб літнього віку тісно пов’язані з величиною енергетичних витрат на фізичну активність під час праці або навчання (для шкали “Фізична активність” – $r = 0,48$ та “Соціальна активність” – $r = 0,54$).

Залучення осіб юнацького та першого зрілого віку до фізкультурно-оздоровчих програм різної спрямованості сприяє не лише “перерозподілові” вільного часу, зокрема зниженню тривалості пасивного відпочинку, але й підвищенню якості життя за шкалами “Фізична активність”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Соціальна активність” та “Психічне здоров’я”.

За допомогою регресійного аналізу обчислено прогнозоване значення благополуччя осіб підліткового віку за різними параметрами за максимальної дії негативного чинника. Установлено, що за умови незадовільного фізичного стану (респондент постійно відчуває біль, нездатний піднятися на один поверх сходами, не може бігати, йому важко займатися фізичними вправами та спортом, піднімати будь-які важкі речі, приймати ванну, виконувати повсякденну роботу тощо) значення якості життя за усіма шкалами не перевищує 30 балів. Відсутність практики активної рекреації та вибір пасивного відпочинку у вихідні дні здатні знизити благополуччя молодого покоління на 15–20%.

Під час дослідження трофологічної культури осіб різного віку не виявлено прямих кореляційних зв’язків між якісним харчуванням та показниками благополуччя. Проте особи, які частіше споживали здорову їжу, дають вищу оцінку власному здоров’ю та схильні дотримуватися інших складових частин здорового способу життя.

Регулярне куріння та споживання алкоголю знижує якість життя осіб віком 20–55 років. За наявності шкідливих звичок спостерігали зниження показників благополуччя за шкалами “Рівень болю”, “Загальний стан здоров’я”, “Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності” і “Соціальна активність”. Натомість особи літнього віку (55–70 років), які споживали алкоголь два та більше разів на тиждень, мали вищі показники якості життя за шкалами “Фізична активність”, “Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність”, “Соціальна активність” та “Психічне здоров’я” (на 7,6 бала).

Охарактеризовано окремі параметри якості життя учасників навчально-виховного процесу, що є невід’ємною частиною доменів “Розвиток та самоідентифікація” та “Середовище”. Виявлено низку проблемних питань, що стосуються професійної готовності вчителів до реалізації оздоровчих та превентивних програм та формування толерантного середовища до осіб з різним станом здоров’я в навчальному закладі.

Ефективними з погляду формування якості життя людини можна вважати програми, які допомагають створити нові соціальні мережі, що здатні забезпечити високий рівень комунікації та підтримки для індивіда. Фізична культура та рекреація допомагає підвищити рівень соціальної згуртованості громади, що підвищує здатність суспільства забезпечити добробут усіх його членів та уникнути нерівності.

Програма “Мій спортивний майданчик Орлик 2012” має позитивний вплив на фізичну активність мешканців гмін, сприяє розвитку місцевих громад, забезпечує розвиток сфери послуг у регіонах. Найбільше зростання фізичної активності спостерігали серед мешканців невеликих містечок та осіб, молодших за 20 років. Залучення осіб з особливими потребами посилює інтегративну функцію цих спортивних споруд. Мешканці гмін задоволені створеними спортивними спорудами. Переважно майданчики використовують учні та студенти впродовж час навчального року. Проте додаткової уваги вимагають особи літнього віку, які також беруть активну участь у рекреаційно-оздоровчій діяльності. Оскільки саме відсутність вільного часу перешкоджає заняттям на спортивному майданчику, то важливого значення набуває здоров’язбережна та здоров’яформувальна просвітна робота, яка має корегувальне значення щодо ієрархії потреб людини, що своєю чергою змінює спосіб проведення дозвілля. Натомість перешкода “Відсутність доступу до споруди” (таку відповідь відзначив кожний десятий респондент) вимагає удосконалення системи транспортного сполучення регіону.

Установлено позитивний вплив окремого превентивного курсу на такі домени благополуччя педагогів і школярів як “Соціальна активність”, “Розвиток та самоідентифікація” та “Середовище”. Поліпшення пов’язаної зі здоров’ям якості життя школярів спостерігали за шкалами “Емоційний стан” (на 10,1 бала), “Стосунки” (на 5,1 бала) та “Школа” (на 8,2 бала).

Виявлено низку об’єктивних умов формування високої якості життя молоді в рамках оздоровчо-превентивної діяльності навчального закладу згідно з проектом “Школа сприяння здоров’ю”. Установлено предиктори благополуччя школярів. Шанси високого показника якості життя вищі у 2,2–2,6 раза в осіб чоловічої статі, у 2,1–2,8 раза – у респондентів, які займаються в спортивній секції, в 1,3–2,4 раза – у школярів, які мають високий рівень рухової активності, та 2,3–3,1 раза – у молоді зі шкіл сприяння здоров’ю. Таким чином, учні, які навчалися в школах сприяння здоров’ю, мали вищі за середні показники якості життя. Достовірні відмінності ($p < 0,01$) для міських шкіл спостерігали за усіма шкалами питальника SF 36. Якість життя учнів сільських шкіл відрізнялася ($p < 0,01$) лише за деякими параметрами фізичного та психічного благополуччя (шкали “Фізична активність”, “Біль”, “Загальний стан здоров’я”, “Життєздатність” та “Соціальна активність”).

Інтегровано наукові підходи різних галузей науки щодо поліпшення якості життя, здоров'я та організації фізкультурно-оздоровчої освіти для осіб літнього віку. Теоретично розроблено та практично реалізовано для осіб літнього віку концепцію освіти впродовж життя як чинника збереження психічної та фізичної дієздатності. Запропоновано концепцію середовища – університети третього віку – для осіб літнього віку, що сприяє збереженню здоров'я та сповільненню вікових змін. Значущість (соціальна, економічна, наукова) упровадження зазначеного проекту полягає в підвищенні якості життя людей літнього віку, наближенні тривалості життя українців до європейських стандартів. Ефективність функціонування вказаного навчального проекту визначено за допомогою якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, та рівня рухової активності. Під час досліджень виявлено, що відвідування занять фізкультурно-оздоровчого напрямку підвищує якість життя осіб літнього віку, а саме: збільшує обсяг щоденного фізичного навантаження, позитивно впливає на настрій і самопочуття, сприяє розширенню кола спілкування і збільшенню соціальної активності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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. Аналітична оцінка стану здоров'я населення старших вікових груп / Г. Я. Пархоменко, Г. В. Курчатова, О. І. Авраменко, В. В. Бідний // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 13–17.
3. Андреева О. В. Теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення : автореферат дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту : [спец.] 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / Олена Валеріївна Андреева ; НУФВСУ. – Київ, 2014. – 44 с.
4. Андреева О. Історичні, теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення / О. Андреева // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 2 (46). – С. 19–23.
5. Андреева О. Оцінка ставлення студентів до організації процесу фізичного виховання у вищих навчальних закладах / О. Андреева, О. Садовський // Молодіжний науковий вісник Східноєвроп. нац. ун-ту імені Лесі Українки : зб. наук. пр. – Луцьк, 2014. – № 15. – С. 31–35.
6. Андреева О. Розробка та впровадження технології проектування активної рекреаційної діяльності різних груп населення / О. Андреева // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2015. – № 1. – С. 4–9.
7. Андреева О. Технологія проектування рекреаційно-оздоровчої діяльності старшокласників / Олена Андреева, Наталія Ковальова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 2. – С. 29–33.
8. Андреева О. Обґрунтування та розроблення програми занять скандинавською ходьбою для школярів молодшого шкільного віку / О. Андреева, О. Саїнчук // Фізична активність, здоров'я і спорт. – Львів, 2015. – № 1 (19). – С. 3–10.
9. Апанасенко Г. Санология. Основы управления здоровьем / Апанасенко Г., Попова Л., Маглеваний А. – Saarbruchen : Lambert Academy Publisher, 2012. – 405 с.
10. Апанасенко Г. Л. Валеологические принципы физического воспитания // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні : зб. наук. пр. – Рівне : Принт Хауз, 2001. – Вип. 2. – С. 106–107.
11. Апанасенко Г. Л. Валеология как наука / Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. // Валеология. – 1996. – № 1. – С. 4–9.
12. Аристотель. Никомахова етика // Аристотель. Сочинения : в 4 т. / пер. с древнегреч.; общ. ред. А. И. Доватура. – Москва, 1983. – Т. 4. – 830 с.

13. Ахмедова Р. М. Ожирение у детей: оценка качества жизни / Р. М. Ахмедова, Л. В. Софронова // Педиатрия. – 2012. – № 5. – С. 122–124.
14. Бентам И. Введение в основание нравственности и законодательства / И. Бентам. – Москва, 1998. – 415 с.
15. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп : монографія / І. Боднар. – Львів : ЛДУФК, 2014. – 316 с.
16. Боднар І. Показники силової витривалості школярів різних медичних груп / І. Боднар, Ю. Петришин // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – № 1 (39). – С. 7–11.
17. Боднар І. Р. Фізичне виховання студентів з низьким рівнем фізичної підготовленості : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / І. Р. Боднар ; Волин. держ. ун-т. ім. Л. Українки. – Луцьк, 2000. – 19 с.
18. Бойченко Т. Валеологія – мистецтво бути здоровим / Т. Бойченко // Здоров’я та фізична культура. – 2005. – № 2. – С. 1–4.
19. Борек З. Особливості залучення населення до оздоровчо-рекреаційної діяльності (на прикладі Польщі) [Електронний ресурс] / З. Борек, Ю. Павлова, Б. Виноградський // Молодь та олімпійський рух : зб. тез доп. VIII Міжнар. наук. конф. – Київ, 2015. – С. 261–262. – Режим доступу : <http://uni-sport.edu.ua/naukova-robota/naukovi-konferentsiji-seminari.html> (дата перегляду : 8.11.2015).
20. Борек З. Поліпшення якості життя населення за допомогою оздоровчо-рекреаційного проекту “Мій майданчик «Орлик» 2012” [Електронний ресурс] / З. Борек, Ю. Павлова, Б. Виноградський // Спортивна наука України. – 2015. – № 1. – С. 76–82. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua> (дата перегляду : 8.11.2015)
21. Борек З. Польський досвід оздоровчо-рекреаційної діяльності з використанням спортивних споруд типу “Орлик” [Електронний ресурс] / З. Борек, Ю. Павлова, Б. Виноградський // Спортивна наука України. – 2015. – № 2. – С. 48–55. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua> (дата перегляду : 11.06.2016).
22. Булатова М. Здоров’я і фізична підготовленість населення України / М. Булатова, О. Литвин // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2004. – № 1. – С. 4–9.
23. Ващенко О. Готовність вчителя до використання здоров’язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі / Ващенко О., Свириденко С. // Здоров’я та фізична культура. – 2006. – № 8. – С. 1–6.
24. Виноградський Б. А. Моделирование сложных биомеханических систем і його реалізація в спорті / Б. А. Виноградський. – Л. : ЗУКЦ, 2007. – 284 с.
25. Вовченко И. И. Программирование занятий по оздоровительной ходьбе для детей младшего школьного возраста с различным уровнем фи-

зического состояния : дис. ... канд. наук по физ. воспитанию и спорту : 24.00.02 / И. И. Вовченко. – Киев, 2003. – 205 с.

26. Вовченко І. І. Фізична підготовленість студентів медичного коледжу / І. І. Вовченко, Т. В. Стаднік // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова – Харків, 2008. – № 8. – С. 39–41.

27. Вплив оздоровчих занять на фізичний стан студентів вищих навчальних закладів / С. А. Савчук, А. В. Хомич, О. В. Радченко, Л. М. Носарчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2009. – № 3 (7). – С. 89–92.

28. Гаркуша С. В. Здоров'язберезувальні педагогічні технології в системі освіти / С. В. Гаркуша // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури : [зб. наук. пр.] / за ред. Г. М. Арзютова. – Київ, 2013. – Вип. 4 (29). – С. 250–255.

29. Гоббс Т. Избранные произведения : в 2 т. / Т. Гоббс. – Москва, 1964. – Т. 2. – 583 с.

30. Голубева Г. Н. Содержание физкультурно-оздоровительных технологий формирования активного двигательного режима ребенка до 6 лет / Г. Н. Голубева // Теория и практика физической культуры. – 2009. – № 11. – С. 52–54.

31. Гончарова Н. Опыт использования рекреационно-оздоровительной технологии повышения физического состояния детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс] / Гончарова Н., Бутенко Г. // Спортивна наука України. – 2015. – № 5 (69). – С. 32–38. – Режим доступа : <http://sportscience.ldufk.edu.ua> (дата просмотра : 11.03.2016)

32. Гумен В. Вплив занять шейпінгом на фізичний стан студенток вищих навчальних закладів / В. Гумен, М. Линець // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Харків, 2006. – № 11. – С. 31–35.

33. Гуменюк С. В. Здоров'язберігаючі технології в системі освіти / С. В. Гуменюк // Науковий вісник Ужгород. ун-ту. Серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І. В. Козубовська. – Ужгород, 2013. – Вип. 26. – С. 55–57.

34. Гэлбрейт Дж. Общество достатка / Дж. Гэбрейт. – Москва, 1968. – 216 с.

35. Даниленко Г. М. Якість життя та здоров'я школярів / Г. М. Даниленко, Ж. В. Сотнікова // Вісник Харків. нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. Серія : Медицина. – Харків, 2005. – Вип. 10, № 658. – С. 61–67.

36. Демченко І. Основи здоров'я: моніторинг і оцінка / Демченко І., Костенко К., Поп К. – Київ, 2006. – 82 с.

37. Джеймс У. Воля к вере / У. Джеймс ; пер. с англ. С. И. Церетели [и др.] / сост. Л. В. Блинников, А. П. Поляков. – Москва, 1997. – 431 с.

38. Дзьобак О. Здоров'я молоді – скарб нації / О. Дзьобак, О. Сидорко // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини. – Львів, 2008. – Вип. 12, т 4. – С. 71–75.
39. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int> (дата просмотра : 12.11.2012).
40. Доценко О. М. Розвиток координаційних здібностей студенток спеціальної медичної групи в процесі фізичного виховання : автореф. дис. ... канд. пед. наук : [спец.] 13.00.02 “Теорія і методика виховання” / О. М. Доценко ; Нац. пед. ун-т. ім. М. П. Драгоманова. – Київ, 2011. – 20 с.
41. Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей” [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int> (дата просмотра : 17.12.2014).
42. Ефимова М. Р. Социальная статистика / М. Р. Ефимова, С. Г. Бычкова. – Москва : Финансы и статистика, 2003. – 560 с.
43. Єдинак Г. А. Соматотип і фізичне здоров'я підлітків / Г. А. Єдинак, В. М. Мисів // Вісник Прикарпат. ун-ту. Серія : Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2013. – Вип. 18. – С. 3–9.
44. Єдинак Г. А. Стан та деякі теоретичні аспекти посилення мотивації студентів до систематичної рухової активності оздоровчого спрямування // Г. Єдинак, Б. Мицкан, Л. Завацька // Вісник Прикарпат. ун-ту. Серія : Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2012. – Вип. 16. – С. 45–46.
45. Єфімова В. Здоров'язбережувальні технології в системі підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін / В. Єфімова // Науковий вісник МДУ імені В. О. Сухомлинського. – Миколаїв, 2010. – Вип. 1 (33). – С. 131–134.
46. Єфімова В. М. Здоров'язбережувальні технології у контексті педагогічних досліджень / В. М. Єфімова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 1. – С. 57–60.
47. Жданова О. Ставлення студентів до традиційного змісту урочної форми занять / О. Жданова, В. Базильчук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Харків, 2003. – № 17. – С. 46–51.
48. Жеребин В. М. Уровень жизни населения / В. М. Жеребин, А. Н. Романов. – Москва : Юнити-Дана, 2002. – 592 с.
49. Зайцев В. Физическая рекреация в структуре активного отдыха студентов / Зайцев В., Прусик К., Ермаков С. // Физическое воспитание студентов. – 2011. – № 1. – С. 68–77.
50. Заневський І. П. Модель проби Руф'є з урахуванням віку пацієнта / І. П. Заневський // Теорія та методика фізичного виховання. – 2013. – Вип. 2. – С. 17–27.

51. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : монографія / О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін [та ін.]. – Київ : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. – 128 с.
52. Здорова школа: аспекти моніторингу : навч. посіб. / Олена Шиян, Юлія Павлова, Ліліана Кудрик [та ін.] ; за наук. ред. Олени Шиян. – Львів : Кольорове небо, 2013. – 122 с.
53. Здорова школа: аспекти освітньої політики : навч. посіб. / авт. кол. : Шиян О. І., Павлова Ю. О., Іванова М. А. [та ін.] ; за наук. ред. Олени Шиян. – Львів, 2010. – 216 с.
54. Здорова школа : довідник шкіл сприяння здоров'ю Львівщини / уклад. Олена Шиян, Юлія Павлова ; за наук. ред. Олени Шиян – Л. : Кольорове небо, 2013. – Ч. 1. – 150 с.
55. Золкіна М. Сучасні українці: задоволеність життям, очікування від майбутнього, головні цінності / М. Золкіна // Громадська Думка. – 2012. – № 10. – С. 3–7.
56. Иеромонах Серафим (Роуз). Вкус истинного православия: Блаженный Августин, епископ Иппонский / Иеромонах Серафим (Роуз). – Москва, 2000. – 491 с.
57. Іванова Г. Є. Оптимізація фізкультурно-оздоровчої роботи в технічних вищих навчальних закладах шляхом валеологічної освіти студентів : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / Г. Є. Іванова ; Волин. держ. ун-т. ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2000. – 21 с.
58. Іваночко В. Дослідження мотивації студенток Львівської комерційної академії щодо різних видів фізичної активності / Вікторія Іваночко // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту / за заг. ред. Євгена Пристуши. – Львів, 2010. – Т. 2. – С. 82–86.
59. Іонова О. М. Здоров'язбереження особистості як психолого-педагогічна проблема / О. М. Іонова, Ю. С. Лукьянова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ, 2009. – № 1. – С. 69–72.
60. Каніщева О. П. Оцінка стану здоров'я студентів перших курсів технічних ВНЗ з низькими адаптаційними можливостями / О. П. Каніщева // Теорія та методика фізичного виховання. – 2010. – № 8. – С. 44–48.
61. Кант И. Антропология с прагматической точки зрения / И. Кант. – Москва, 2002. – 471 с.
62. Карпюк Р. Пріоритет здоров'язберігальних тенденцій у фізичному вихованні студентів вищих навчальних закладів / Р. Карпюк // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту імені Лесі Українки. – Луцьк, 2012. – № 4 (20). – С. 142–145.

63. Карпюк Р. Стратегія підвищення якості вищої фізкультурної освіти / Р. Карпюк // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту імені Лесі Українки. – Луцьк, 2015. – № 3 (31). – С. 21–24.
64. Карпюк Р. П. Концептуальні засади сучасної парадигми якості вищої фізкультурної освіти / Р. П. Карпюк // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – Київ, 2015. – Вип. 3К2 (57). – С. 154–156.
65. Кашуба В. Сучасні оздоровчі технології у фізичному вихованні дітей старшого дошкільного віку / В. Кашуба, О. Бондар // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – № 2. – С. 139–141.
66. Кириленко С. В. Соціально-педагогічні умови формування культури здоров'я старшокласників : автореф. дис. ... канд. пед. наук : [спец.] 13.00.07 “Теорія і методика виховання” / С. В. Кириленко ; Ін-т проблем виховання АПН України. – Київ, 2004. – 17 с.
67. Кікалішвілі М. В. Девіантна поведінка: поняття та ознаки / М. В. Кікалішвілі // Вісник Академії адвокатури України. – 2011. – № 3 (22). – С. 109–122.
68. Кіцула Л. М. Стан здоров'я дітей Львівської області / Л. М. Кіцула // Гігієна населених місць. – 2010. – № 55. – С. 322–325.
69. Клименко В. А. Якість життя дітей з алергічними захворюваннями / В. А. Клименко, Ю. В. Карпушенко // Астма та алергія. – 2014. – № 3. – 2014. – С. 26–29.
70. Ковалевська О. П. Житлові умови в системі характеристик якості життя [Електронний ресурс] / О. П. Ковалевська // Державне управління. – 2011. – № 3. – Режим доступу : <http://www.irbis-nbuv.gov.ua> (дата перегляду : 14.05. 2015).
71. Ковальчук Т. А. Якість життя дітей, що страждають на ювенільний ревматоїдний артрит, за результатами анкетування опитувальником СНQ / Т. А. Ковальчук // Современная педиатрия. – 2013. – № 2 (50). – С. 89–94.
72. Ковтюк Н. І. Аналіз оцінки показників якості життя у дітей / Н. І. Ковтюк // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 4 (64). – С. 195–200.
73. Компьютерное программирование оздоровительных физических упражнений / Сонькин В. Д., Заикин В. А., Зайцева Э. Н. [и др.] // Теория и практика физической культуры. – 1988. – № 6. – С. 5–6.
74. Кривицький С. Й. Фізичний стан студентів-першокурсників вузів різного профілю, які проживали на територіях радіаційного забруднення / С. Й. Кривицький, Р. З. Поташнюк // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Харків, 2001. – № 13. – С. 16–21.

75. Круцевич Т. Ю. Експрес-контроль фізичної підготовленості дітей та підлітків в умовах фізкультурно-оздоровчих занять / Т. Ю. Круцевич // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 64–69.

76. Круцевич Т. Ю. Управління процесом фізичного виховання / Т. Ю. Круцевич, В. В. Петровський // Теорія і методика фізичного виховання : підр. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту / за ред. Т. Ю. Круцевич. – Київ : Олімпійська література, 2008. – Т. 1, гл. 12. – С. 320–379.

77. Курочкіна М. В. Раціональні параметри фізкультурно-оздоровчих занять із студентами, які проживають в різних зонах радіаційного контролю : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / М. В. Курочкіна ; Волин. держ. ун-т. ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2000. – 19 с.

78. Кутек Т. Б. Підвищення фізичної підготовленості студенток, які проживають в умовах радіаційного забруднення : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / Т. Б. Кутек ; Львів. держ. ін-т фіз. культури. – Львів, 2001. – 21 с.

79. Левицька О. М. Диференційований підхід до корекції психофізичного стану студентів спеціальних медичних груп як проблема галузі фізичного виховання і спорту / О. М. Левицька, Г. А. Єдинак // Вісник Прикарпат. ун-ту. Серія: Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2013. – Вип. 17. – С. 136–142.

80. Людський розвиток регіонів України : монографія / за ред. Е. М. Лібанової. – Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 328 с.

81. Ляхова І. Сучасні фізкультурно-оздоровчі технології в системі фітнес-індустрії / І. Ляхова, М. Верховська // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту імені Лесі Українки. – Луцьк, 2015. – № 2 (30). – С. 51–54.

82. Магльований А. Організм і особистість. Діагностика та керування / А. Магльований, В. Белов, А. Котова. – Львів : Медична газета України, 1998. – С. 250.

83. Магльований А. В. Основи інформаційного поля здоров'я особистості / А. В. Магльований // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2010. – Вип. 81. – С. 285–289.

84. Магльований А. В. Працездатність студентів: оцінка, корекція, управління / А. В. Магльований, Г. Б. Сафронова, Г. Д. Галайтатий. – Львів : ДУ “ЛП”, 1997. – 128 с.

85. Малахова Ж. Здоров'єформирующие технологии в системе высшего образования / Ж. Малахова // Молодіжний науковий вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2012. – Вип. 8. – С. 28–31.

86. Малімон О. О. Диференційований підхід у процесі фізичного виховання студентів : монографія / О. О. Малімон. – Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2009. – 160 с.
87. Мандибура В. О. Рівень життя населення України та проблеми реформування механізмів його регулювання / В. О. Мандибура. – Київ, 1998. – 256 с.
88. Марков М. Технология и эффективность социального управления / М. Марков – Москва : Прогресс, 1982. – 267 с.
89. Мельниченко О. А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання : монографія / О. А. Мельниченко. – Харків : Магістр, 2008. – 232 с.
90. Методичні підходи до оцінювання рівня соматичного здоров'я / Яремко Є. О., Вовканич Л. С., Гриньків М. Я., Павлова Ю. О. – Л. : ЛДУФК, 2013. – 124 с.
91. Миннибаев Т. Ш. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний у студентов / Т. Ш. Миннибаев // Гигиена и санитария. – 1993. – № 3. – С. 55–57.
92. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.health.gov.ua> (дата перегляду : 11.08.2012)
93. Научно-технический прогресс и его социально-экономические последствия на период до 2005 года по Украинской ССР (комплексная программа). – Киев : Наук. думка, 1984. – 696 с.
94. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова / под ред. Ю. Л. Шевченко. – Москва : Геотар-мед, 2004. – 240 с.
95. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. А. А. Новик, Т. И. Ионова. – Москва : Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.
96. Носко М. О. Здоров'язбережувальні технології у фізичному вихованні : монографія / М. О. Носко, С. В. Гаркуша, О. М. Воеділова. – Київ : СПД Чалчинська Н. В., 2014. – 300 с.
97. Няньковський С. Л. Оцінка якості життя дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт / С. Л. Няньковський, О. Р. Садова // Проблеми клінічної педіатрії. – 2013. – Т. 2 (20). – С. 51–55.
98. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – Київ : Версо-04, 2010. – 60 с.
99. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / за ред. В. М. Пономаренко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 68 с.
100. Павлова Ю. А. Моделирование теоретической структуры качества жизни населения / Павлова Ю. А. // Современные проблемы формирования и укрепления здоровья : сб. науч. ст. ; гл. ред. А. Н. Герасевич. – Брест : БрГТУ, 2015. – С. 253–257.

101. Павлова Ю. Вплив превентивних програм на якість життя учасників навчально-виховного процесу / Ю. Павлова // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2016. – Вип. 136. – С. 156–159.

102. Павлова Ю. Вплив силових навантажень на якість життя і фізичне здоров'я / Юлія Павлова, Богдан Виноградський, Святослав Шеремета // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2014. – Вип. 18, т. 4. – С. 103–109.

103. Павлова Ю. Вплив способу проведення вільного часу на якість життя людини / Ю. Павлова, Б. Виноградський, С. Шеремета // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2015. – Вип. 129, т. 3. – С. 245–249.

104. Павлова Ю. Вплив фізичної активності на якість життя студентів / Ю. Павлова, В. Тулайдан, Б. Виноградський // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2011. – Вип. 91, т. 1. – С. 350–355.

105. Павлова Ю. Вплив фізкультурно-оздоровчої освіти на якість життя студентів / Ю. Павлова // Якість життя як критерій оцінки здоров'я дітей і підлітків : матеріали наук.-практ. конф. – Харків, 2011. – С. 118 – 120.

106. Павлова Ю. Забезпечення якості життя дітей та молоді в школах сприяння здоров'ю Львівської області / Ю. Павлова, О. Шиян // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – №2 (52). – С. 80–85.

107. Павлова Ю. Здоров'я та рухова активність у структурі якості життя осіб літнього віку [Електронний ресурс] / Ю. Павлова // Фізична культура, спорт та здоров'я : матеріали XV Міжнар. наук.-практ. конф. – Харків : ХДАФК, 2015 – 227–229 с. – Режим доступу : http://hdafk.kharkov.ua/docs/konferences/konf_10_12_2015.pdf (дата перегляду : 11.06.2016).

108. Павлова Ю. Здоровий спосіб життя школярів Львівської області / Юлія Павлова, Олена Шиян // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2011. – № 3 (5). – С. 67–76.

109. Павлова Ю. Значення превентивних програм у забезпеченні якості життя учасників навчально-виховного процесу / Ю. Павлова, О. Шиян // Освіта і здоров'я підростаючого покоління : зб. наук. пр. міжнар. симп. – Київ, 2016. – С. 238 – 240.

110. Павлова Ю. Значення рухової активності в структурі якості життя молоді / Юлія Павлова // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2015. – Вип. 19, т. 4. – С. 75–80.

111. Павлова Ю. О. Вплив фізичної активності на формування якості життя осіб літнього віку / Ю. О. Павлова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – № 1 (51). – С. 53–56.

112. Павлова Ю. О. Модель оцінювання рухової активності школярів / Ю. О. Павлова // Теорія та методика фізичного виховання. – 2013. – № 2. – С. 13–18.

113. Павлова Ю. О. Особливості забезпечення високої якості життя осіб літнього віку / Ю. О. Павлова // Педагогічні технології формування культури здоров'я особистості : матеріали II Всеукр. конф. молодих вчених і студ. – Чернігів : ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка, 2015 – С. 26–28.

114. Павлова Ю. О. Рухова активність і якість життя вчителів фізичної культури та основ здоров'я / Ю. О. Павлова // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2012. – Вип. 98, т. 3. – С. 241–245.

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

116. Павлова Ю. О. Технологія забезпечення належної якості життя у рамках комплексної превентивної діяльності навчального закладу // Педагогічні технології формування культури здоров'я особистості : матеріали III Всеукр. конф. молодих вчених і студентів. – Чернігів : ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка, 2016 – С. 90–92.

117. 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.

118. Павлова Ю. Особливості оцінювання якості життя шкільної молоді, пов'язаної з її здоров'ям / Ю. Павлова // Спортивна медицина. – 2014. – № 1. – С. 58–65.

119. Павлова Ю. Особливості проведення регіональних досліджень здоров'я, якості та способу життя шкільної молоді (досвід і перспективи Львівської області) [Електронний ресурс] / Ю. Павлова, О. Шиян // Спортивна наука України – 2014. – №3 (61). – С. 52–61. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua> (дата перегляду : 11.06.2016).

120. Павлова Ю. Оцінювання впливу рухової активності у прогнозуванні якості життя молоді / Ю. Павлова // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2014. – Вип. 118, т. 3. – С. 222–225.

121. Павлова Ю. Оцінювання здоров'я молоді у контексті вивчення якості життя / Ю. Павлова // Здоровий спосіб життя, фізична культура, спорт. Актуальні питання спортивної медицини. Реабілітація: фізична, медична, психологічна : тези I устан. наук.-практ. конф. – Київ, 2014. – С. 115–117.

122. Павлова Ю. Принципи “навчання упродовж життя” як необхідна умова збереження і зміцнення здоров'я осіб літнього віку (на прикладі Університетів третього віку) / Юлія Павлова // Молода спортивна наука

України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2013. – Вип. 17, т. 4. – С. 117–123.

123. Павлова Ю. Рівень соматичного здоров'я сучасної молоді (на прикладі студентів Ужгородського національного університету) / Юлія Павлова, Євген Приступа, Вікторія Тулайдан // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2011. – Вип. 15, т. 4. – С. 91–99.

124. Павлова Ю. Рухова активність як компонент якості життя студентів // Павлова Ю., Тулайдан В., Виноградський Б. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 1. – С. 102–106.

125. Павлова Ю. Рухова активність, харчування та якість життя молоді / Ю. Павлова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2015. – № 2. – С. 136–141.

126. Павлова Ю. Фізична активність та якість життя студентів першого та другого року навчання / Юлія Павлова, Вікторія Тулайдан // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2012. – Вип. 16, т. 4. – С. 92–99.

127. Павлова Ю. Якість життя літньої людини: значення здоров'я та рухової активності / Юлія Павлова // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2014. – № 1 (15) – С. 54–61.

128. Павлова Ю. Якість життя молоді з навчальних закладів, що залучені до здоров'язберігаючої проектної діяльності / Ю. Павлова, О. Шиян // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – Київ, 2016. – Вип. 3К 1 (70) 16. – С. 138–141.

129. Павлова Ю. Якість життя, пов'язана із здоров'ям, та рухова активність жінок та чоловіків активного віку / Ю. О. Павлова // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2012. – Вип. 102, т. 1. – С. 277–281.

130. Павлова Ю. Якість та спосіб життя майбутніх працівників аварійно-рятувальних служб / Ю. Павлова, Б. Виноградський, А. Ковальчук // Вісник Прикарпат. ун-ту. Серія: Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2013. – Вип. 18. – С. 18–24.

131. Павлова Ю. А. Здоровье и здоровый образ жизни детей и молодежи Львовской области (Украина) / Ю. А. Павлова // Проблемы здоровья в контексте международного сотрудничества : материалы международной науч.-практ. конф. – Брест, 2011. – С. 56–57.

132. Павлова Ю. А. Уровни компонентов качества жизни будущих работников аварийно-спасательных служб / Ю. А. Павлова, А. Н. Ковальчук, Б. А. Виноградский // Экология. Здоровье. Спорт : сб. науч. ст. V Междунар. науч.-практ. конф. – Чита, 2013. – С. 108–111.

133. Павлова Ю. О. Якість життя та фізична активність як показники здоров'язбережної компетенції педагогів / Ю. О. Павлова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 3. – С. 85–90.

134. Павлова Ю. Фізична активність людей літнього віку / Юлія Павлова, Любомир Вовканич, Богдан Виноградський // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 1. – С. 61–73.

135. Павлова Ю. А. Двигательная активность людей разного возраста (на примере жителей Львовской области, Украина) / Ю. А. Павлова // Международная научно-практическая конференция по проблемам физической культуры и спорта государств – участников Содружества Независимых Государств : материалы Междунар. науч.-практ. конференции : в 4 ч. / Белорус. гос. ун-т физ. культуры ; редкол. : Т. Д. Полякова (гл. ред.) [и др.]. – Минск : БГУФК, 2012. – Ч. 2. – С. 229–231.

136. Павлова Ю. А. Методология оценки качества жизни, связанного со здоровьем детей и молодежи / Ю. А. Павлова // Современные проблемы формирования и укрепления здоровья : сб. науч. ст. Междунар. науч.-практ. конф. – Брест, 2013. – С. 205–207.

137. Павлова Ю. О. Вплив професійних ризиків співробітників аварійно-рятувальних служб на їх здоров'я / Ю. О. Павлова, М. М. Трачук, Б. А. Виноградський // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2013. – Вип. 112, т. 3. – С. 277–281.

138. Павлова Ю. О. Здоров'я та якість життя молоді західного регіону [Електронний ресурс] / Ю. О. Павлова, Є. Н. Приступа // Фізична культура, спорт та здоров'я : тези XIV Міжнар. наук.-практ. конф. – Харків, 2014. – Режим доступу : <http://hdafk.kharkov.ua>.

139. Павлова Ю. О. Особливості підвищення кваліфікації та розвитку здоров'язбережної компетенції вчителів основ здоров'я / Ю. О. Павлова // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2013. – Вип. 107, т. 1.– С. 270–273.

140. Передерій А. В. Спеціальні олімпіади в сучасному світі : монографія / А. В. Передерій. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 296 с.

141. Петришин Ю. Показники рівня фізичної підготовленості учнів середнього шкільного віку [Електронний ресурс] / Петришин Ю., Дацків П. // Спортивна наука України. – 2014. – № 1. – С. 3–7. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua> (дата перегляду : 8.07.2015).

142. Платон. Сочинения : в 3 т. – Москва, 1971. – Т. 3, ч. I. – 687 с.

143. Поліпшення якості життя студентської молоді з урахуванням сучасних освітніх умов навчання у вищому навчальному закладі / В. Тулайдан, Ф. Музика, Б. Виноградський, Ю. Павлова [Електронний ресурс] //

Спортивна наука України. – 2012. – №3 (47). – С. 3–14. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua> (дата перегляду : 11.06.2016).

144. Пономаренко В. С. Рівень і якість життя населення України : монографія / В. С. Пономаренко, М. О. Кизим, Ф. В. Узунов. – Харків : ІНЖЕК, 2003. – 266 с.

145. Порівняльна статистична модель фізичної підготовленості студентів різних спеціальностей / Ю. Павлова, В. Тулайдан, Є. Приступа, Б. Виноградський // Теорія та методика фізичного виховання. – 2011. – № 3 (77). – С. 7–15.

146. Приступа Е. Н. Исследование качества жизни разных возрастных групп населения / Е. Н. Приступа, Ю. А. Павлова // Наука и спорт: современные тенденции. – 2013. – № 1, т. 1. – С. 12–21.

147. 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.

148. Приступа Є. Н. Здоров'я населення України: проблеми і перспективи / Є. Н. Приступа, Ю. О. Павлова // Здоровий спосіб життя, фізична культура, спорт. Актуальні питання спортивної медицини. Реабілітація: фізична, медична, психологічна : тези І установ. наук.-практ. конф. – Київ, 2014. – С. 129–131.

149. Приступа Е. Организационно-педагогические аспекты инклюзивного физического воспитания учащихся 1–3 групп здоровья / Е. Приступа, И. Боднар, Ю. Петришин // Наука и спорт: современные тенденции. – 2014. – Т. 2, вып. 1. – С. 118–123.

150. Приступа Є. Первинний аналіз причин летальних випадків під час уроків фізичного виховання / Євген Приступа, Андрій Вовканич, Юрій Петришин // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2015. – № 3 (21). – С. 18–27.

151. Процюк Т. Л. Якість життя хворих на бронхіальну астму дітей та чинники, що впливають на неї / Т. Л. Процюк // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики. – 2013. – № 3. – С. 66–68.

152. Путров С. Ю. Філософський аналіз змісту біосоціальних технологій впливу на здоров'я людини / С. Ю. Путров // Гуманітарний вісник ЗДІА. – 2013. – № 56. – С. 109–117.

153. Розкладка А. І. Результати психологічного дослідження якості життя дітей, що страждають на тяжкі сенсоневральні порушення слуху, залежно від генезу захворювання / А. І. Розкладка, Л. М. Вакуленко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 5. – С. 13–19.

154. Романчук С. Дискретність питань формування психофізичних якостей студентів технічних груп спеціальності мікро- та наноелектроніка / Сергій Романчук, Тетяна Людовик // Молода спортивна наука України :

зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2015. – Вип. 19, т. 2. – С. 244–250.

155. Романчук С. В. Активізація навчального процесу з фізичного виховання студентів щодо впровадження здоров'я зберезувальних методик / С. В. Романчук, А. П. Петрук, Р. Г. Биков // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): [зб. наук. пр.]. – Київ, 2015. – Вип. 5К(61)15. – С. 215–219.

156. Романчук С. В. Аналіз рухової активності студентів / Романчук С. В. // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2014. – Вип. 118, т. 1. – С. 304–307.

157. Рущенко І. П. Споживання наркотиків харківською молоддю: мода та звичка / Рущенко І. П., Сердюк О. О. // Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства : зб. наук. пр. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2008. – С. 538–542.

158. Савчук С. До питання про оздоровчі технології фізичного виховання студентів / С. Савчук, А. Хомич // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2010. – № 2 (10). – С. 38–41.

159. Саїнчук О. М. Програмування фізкультурно-оздоровчих занять скандинавською ходьбою у фізичному вихованні молодших школярів : дис. ... канд. наук по фіз. вихованню і спорту : 24.00.02 / О. М. Саїнчук ; НУФВСУ. – Киев, 2015. – 218 с.

160. Салук І. Вплив засобів різної спортивної спрямованості на фізичну підготовленість студентів / Іван Салук // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Львів, 2006. – Вип. 10, т. 1. – С. 187–191.

161. Семенова Н. В. Динаміка показників соматичного здоров'я студенток медичного коледжу 15–17 років упродовж дворічного періоду навчання / Н. В. Семенова, А. В. Магльований // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Л., 2014. – Т. 4. – С. 141–146.

162. Семенова Н. В. Рухова активність та психоемоційний стан студенток 15–17 років / Н. В. Семенова, А. В. Магльований // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту імені Лесі Українки. – Луцьк, 2015. – № 2 (3). – С. 95–98.

163. Словник української мови : в 11 т. / АН УРСР. Інститут мовознавства ; за ред. І. К. Білодіда. – Київ : Наукова думка, 1970–1980.

164. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н. К. Смирнов. – Москва : АРКТИ, 2006. – 320 с.

165. Сонькин В. Д. Проблема тестирования в оздоровительной физической культуре / Сонькин В. Д., Зайцева В. В., Тиунова О. В. // Теория и практика физической культуры. – 1993. – № 8. – С. 7–13.

166. Соціальні індикатори рівня життя населення : стат. зб. – Київ : Державний комітет статистики України, 2011. – 203 с.

167. Статистичний щорічник України за 2001 рік. / за ред. Осауленко О. Г.; Держ. ком. статистики України. – Київ : Техніка, 2002. – 644 с.

168. Сущенко Л. П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини / Л. П. Сущенко. – Запоріжжя : ЗДУ, 1999. – 308 с.

169. Томенко О. Міжнародний досвід організації проектів та програм зі здоров'язбереження і рухової активності різних груп населення [Електронний ресурс] / Олександр Томенко // Спортивна наука України. – 2014. – №3 (61). – С. 12–18. – Режим доступу : <http://sportsscience.ldufk.edu.ua> (дата перегляду : 18.12.2015).

170. Торбін В. Ф. Стан здоров'я дитячого населення та підлітків Львівської області / В. Ф. Торбін, М. К. Хобзей // Львівський медичний часопис. – 2008. – Т. 14, № 4. – С. 83–89.

171. Удотова Л. Ф. Соціальна статистика / Л. Ф. Удотова. – Київ : КНЕУ, 2002. – 376 с.

172. Ушаков И. Б. Экология человека опасных профессий / И. В. Ушаков. – Москва ; Воронеж : ВГУ, 2000. – 128 с.

173. Ушацький С. А. Організаційно-економічні умови формування та розвитку ринку доступного житла : монографія / С. А. Ушацький, А. В. Сердюк. – Вінниця : ВНТУ, 2011. – 176 с.

174. Фединак Н. Біологічний вік і темп старіння людей різних вікових груп / Назарій Фединак, Богдан Мицкан // Молодіжний науковий вісник : [зб. наук. пр.]. – Луцьк, 2013. – С. 45–40.

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

176. Фитнес-йога как современная технология укрепления психофизического состояния и психосоциального здоровья студенток специальных медицинских групп / Скурихина Н. В., Кудрявцев М. Д., Кузьмин В. А., Ермаков С. С. // Физическое воспитание студентов. – 2016. – № 2. – С. 24–31.

177. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию / Ф. Фукуяма. – Москва : АСТ, 2008. – 730 с.

178. Футорний С. М. Сравнительная характеристика составляющих качества жизни студентов Украины и России / С. М. Футорний // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні про-

блеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – Київ, 2014. – Вип. 10 (51). – С. 126–130.

179. 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

180. Характеристика показателей кардиореспираторной системы студентов, занимающихся гиревым спортом / Маглеваний А. В., Шимечко И. М., Боярчук А. М., Иваночко О. Ю // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 2. – С. 78–80.

181. Цись Д. І. Динаміка фізичної підготовленості студентів під впливом цілеспрямованого розвитку фізичних якостей / Д. І. Цись // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2012. – Вип. 102, т. 1. – С. 402–405.

182. Цись Д. І. Порівняльна характеристика соматичного здоров'я студентів I–IV курсів / Д. І. Цись // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2013. – Вип. 112, т. 3. – С. 346–349.

183. Цьось А. В. Сучасні технології викладання спортивних дисциплін / Цьось А. В., Балахнічова Г. В., Заремба Л. В. – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2010. – 132 с.

184. Цьось А. Рівень фізичної активності студентів вищих навчальних закладів / А. Цьось, Ю. Бергер, О. Сабіров // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2016. – № 3 (31). – С. 202–210.

185. Чернявський М. В. Рекреаційно-оздоровчі технології у процесі фізичного виховання молодших школярів : автореф. дис. ... канд. фіз. виховання та спорту : [спец.] 24.00.02 “Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / М. В. Чернявський. – Київ, 2012. – 20 с.

186. Чернявський М. В. Рекреаційно-оздоровчі технології у процесі фізичного виховання молодших школярів / М. В. Чернявський, О. В. Андреева // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 3. – С. 30–33.

187. Чесна гра: рекомендації з навчання футболу та життєвим навичкам. Посібник для тренерів / упоряд. Хеннінг Шик. – Київ : Інжиніринг, 2011. – 312 с.

188. Шиян О. Державна освітня політика з питань здорового способу життя молоді : монографія / О. Шиян. – Львів, 2010. – 296 с.

189. Шиян О. Рівень обізнаності вчителів фізичної культури з питань профілактики ВІЛ/ СНІДу [Електронний ресурс] / О. Шиян, Т. Віласе, Ю. Павлова // Спортивна наука України. – 2012. – №4 (48). – С. 19–24. – Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua>.

190. Язловецька О. Здоров'язберігаюча педагогіка та технології її реалізації / Оксана Язловецька // Наукові записки Кіровоград. держ. пед. ун-ту ім. В. Винниченка. Серія : Педагогічні науки. – 2014. – Вип. 131. – С. 234–238.

191. Якість життя населення пострадянських країн у соціологічному вимірі / В. С. Бакіров, В. Н. Ніколаєвський, О. І. Кізілов [та ін.] ; за ред. В. С. Бакірова. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2008. – 216 с.

192. Ярмак О. М. Аналіз фізичної підготовленості юнаків 15–17 років в процесі фізичного виховання / О. М. Ярмак // Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2014. – Вип. 118, т. 3. – С. 328–331.

193. A comparison between bottom-up, top-down, and bidirectional models of relationships between global and life facet satisfaction / C. E. Lance, G. L. Lautenschlager, E. E. Sloan, P. E. Varca // Journal of Personality. – 1989. – Vol. 57. – P. 601–624.

194. A functional MRI study of high-level cognition in the game of chess / M. Atherton, J. Zhuang, W. M. Bart [et al.] // Cognitive Brain Research. – 2002. – Vol. 16, is. 1. – P. 26–31.

195. Acute and chronic resistive exercise increase urinary chromium excretion in men as measured with an enriched chromium stable isotope / M. A. Rubin, J. P. Miller, A. S. Ryan [et al.] // J. Nutr. – 1998. – Vol. 128. – P. 73–78.

196. Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile / B. Starfield, M. Bergner, M. Ensminger [et al.] // Pediatrics. – 1993. – Vol. 91. – P. 430–435.

197. Adolescent participation in sports and adult physical activity / T. Tammelin, S. Näyhä, A. P. Hills, M.-R. Järvelin // American Journal of Preventive Medicine. – 2003. – Vol. 24, is. 1. – P. 22–28.

198. Almborg A.-H. Quality of life among swedish patients after stroke: psychometric evaluation of SF-36 / Ann-Helene Almborg, Stig Berg // J. Rehabil. Med. – 2009. – Vol. 41. – P. 48–53.

199. American Heart Association and nonprofit advocacy: past, present, and future: a policy recommendation from the American Heart Association / L. B. Goldstein, L. P. Whitsel, N. Meltzer [et al.] // Circulation. – 2011. – Vol. 123. – P. 816–832.

200. An investigation of the validity of the quality of well-being scale with pediatric oncology patients / A. S. Bradlyn, C. V. Harris, J. E. Warner [et al.] // Health Psychol. – 1993. – Vol. 12. – P. 246–50.

201. Analiza poziomu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej studentów uniwersytetów lwowskich na tle badań populacyjnych młodzieży akademickiej z Polski i Słowacji / Barabasz Zbigniew, Zadarko Emilian, Shyyan Olena [et al.] // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2011. – № 4 (6). – С. 66 – 73.

202. Andrews F. M. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality / Andrews F. M., Withey S. B., Stephen B. – New York : Plenum Press, 1976. – 476 p.
203. Aoyagi Y. Habitual physical activity and health in the elderly: the Nakanajo study / Y. Aoyagi, R. J. Shepard // *Geriatr. Gerontol. Int.* – 2010. – Vol. 10. – P. 236–243.
204. Assessing a conceptual framework of health-related quality of life in a HIV/ AIDS population / Vidrine D. J., Amick B. C., Gritz E. R., Arduino R. C. // *Qual. Life Res.* – 2005. – Vol. 14. – P. 923–933.
205. Assessing health-related quality-of-life and health state preference in persons with obesity / S. D. Mathias, C. L. Williamson, H.H. Colwell [et al.] // *Qual Life Res.* – 1997. – Vol. 6. – P. 311–322.
206. Assessing the impact of weight on quality of life. / R. L. Kolotkin, S. Head, M. Hamilton, C. J. Tse // *Obes. Res.* – 1995. – Vol. 3. – P. 49–56.
207. Assessment of quality of life among pediatric patients with cancer / R. K. Mulhern, M. E. Horowitz, J. Ochs [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1989. – Vol. 1. – P. 130–136.
208. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000–2012 / G. C. Vagetti, V. C. Barbosa Filho, N. B. Moreira [et al.] // *Revista Brasileira de Psiquiatria.* – 2014. – Vol. 36. – P. 76–88.
209. Associations between physical activity and quality of life outcomes in adults with severe obesity: a cross-sectional study prior to the beginning of a lifestyle intervention [Electronic resource] / R. Jepsen, E. Aadland, J. Andersen [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes.* – 2013. – Vol. 11. – Access mode : <http://www.hqlo.biomedcentral> (data of application : 11.08.2015).
210. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 behavioral risk factor surveillance system (BRFSS) survey / D. W. Brown, L. S. Balluz, G. W. Heath [et al.] // *Prev. Med.* – 2003. – Vol. 37. – P. 520–528.
211. Associations between self-reported and objective physical environmental factors and use of a community rail-trail / P. J. Troped, R. P. Saunders, R. R. Pate [et al.] // *Prev. Med.* – 2001. – Vol. 32. – P. 191–200.
212. Availability of recreational resources and physical activity in adults / A. V. Diez Roux, K. R. Evenson, A. P. McGinn, [et al.] // *Am. J. Public Health.* – 2007. – Vol. 97. – P. 493–499.
213. Başgül Ş. S. Parents' perception of the quality of life of children with intellectual disabilities / Ş. S. Başgül, Öz. Ş. Üneri, N. Çakın-Memik // *The Turkish Journal of Pediatrics* – 2011. – Vol. 53. – P. 541–546.
214. Baxter J. Social network factors associated with perceived quality of life / Baxter J., Shetterly S. M. // *Journal of Aging & Health.* – 1998. – Vol. 10 (3). – P. 287–311.

215. Beck A. M. Health enhancement and companion animal ownership / Beck A. M., Meyers N. M. // *Annual Review of Public Health*. – 1996. – Vol. 17. – P. 247–257.

216. Becker M. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness / Becker M., Diamond R., Sainfort F. // *Quality of Life Research*. – 1993. – Vol. 2. – P. 239–251.

217. Bergier B. Factor determining physical activity of Ukrainian students / Barbara Bergier, Anatolii Tsos, Józef Bergier // *Annals of agricultural and environmental medicine*. – 2014. – Vol 21, N 3. – P. 613–616.

218. Bergier J. Aktywność fizyczna i sedenteryjny tryb życia studentek z Ukrainy / Józef Bergier, Barbara Bergier, Anatolii Tsos // *Człowiek i Zdrowie*. – 2012. – N 2 (VI). – S. 124–137.

219. Berkman L. Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly / Berkman L., Leo-Summers L., Horwitz R. // *Annals of Internal Medicine*. – 1992. – Vol. 117. – P. 1003–1009.

220. Biernat E. Rekreacja i turystyka szkolna w procesie edukacji / Elżbieta Biernat, Ewa Kozdroń. – Warszawa : Wyższa Szkoła Edukacja w Sporcie, 2008. – 198 s.

221. Bigelow D. A. Quality of life of community mental health programme clients: validating a measure / D. A. Bigelow, B. H. McFarlane, M. M. Olson // *Community Mental Health Journal*. – 1991. – Vol. 27. – P. 43–55.

222. Birnbacher D. Quality of life – evaluation or description? / D. Birnbacher // *Ethical Theory and Moral Practice*. – 1999. – Vol. 2, N 1. – P. 25–36.

223. Blaxter M. Health and lifestyles / M. Blaxter. – New York : Routledge. – 1990. – 268 p.

224. Blaxter M. The causes of disease: women talking / M. Blaxter // *Social Science and Medicine*. – 1983. – Vol. 17 (2). – P. 56–69.

225. Boelhouwer J. Measuring well-being in the Netherlands: the SCP index from 1974 to 1997 / J. Boelhouwer, I. Stoop // *Social Indicators Research*. – 1999. – Vol. 48. – P. 51–75.

226. Bond J. Quality of life for people with dementia: approaches to the challenge of measurement / J. Bond // *Ageing and Society*. – 1999. – Vol. 19. – P. 561–579.

227. Bowling A. Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement / A. Bowling // *Measuring disease* / ed. A. Bowling – Philadelphia : Open University Press, 1995. – P. 1–19.

228. Bowling A. Longitudinal studies of social networks and mortality in later life / A. Bowling, E. Grundy // *Reviews in Clinical Gerontology*. – 1998. – Vol. 8. – P. 353–361.

229. Bowling A. Ageing well: quality of life in old age / Ann Bowling. – Maidenhead ; New York : Open University Press, 2005. – 273 p.

230. Boyce W. Socioeconomic inequality / W. Boyce, L. Dallago, C. Currie [et al.] // young people's health in context health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. – Kopenhagen : WHO, 2004. – P. 13–25.
231. Branca F. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. – WHO, 2009. – 392 p.
232. Brettschneider W-D. Sportengagement und Entwicklung im Kindesalter / W-D. Brettschneider, E. Gerlac // Eine Evaluation zum Paderborner Talentmodell. – Aachen : Meyer & Meyer, 2004. – 194 p.
233. Calman K. C. Quality of life in cancer patients an hypothesis / K. C. Calman // Journal of Medical Ethics. – 1984. – Vol. 10. – P. 124–127.
234. Campbell A. The sense of well-being in America / A. Campbell. – New York : McGraw-Hill, 1981. – 263 p.
235. Canadian normative data for the SF-36 health survey / W. M. Hopman, T. Towheed, T. Anastassiades [et al] // CMAJ. – 2000. – Vol. 163, N 3. – P. 265–271.
236. Carpenter D. M. Low back strengthening for the prevention and treatment of low back pain / D. M. Carpenter, B. W. Nelson // Med. Sci. Sports Exerc. – 1999. – Vol. 31. – P. 18–24.
237. Cella D. F. Quality of life: concepts and definition / D. F. Cella // Journal of Pain and symptom management. – 1994. – Vol. 9, N 3. – P. 186–192.
238. Chalip L. Sport, recreation and well-being / Chalip L., Thomas D. R., Voyle J. // Psychology and Social Change / ed. by D. R. Thomas, H. Veno. – Palmerston North, New Zealand : Dunmore Press, 1992. – P. 132–156.
239. Christoph B. Subjective well-being in the European union during the 90s / C. Bernhard, N. Heinz-Herbert // Social Indicators Research. – 2003. – Vol. 64, N 3. – P. 521–546.
240. Churchill D. N. Quality of life in end-state renal disease / D. N. Churchill, J. Morgan, G. W. Torrance // Peritoneal Dialysis. – 1984. – Bul. 4. – P. 20–23.
241. Clinical validation of the quality of life inventory: a measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment / Frisch M. B., Cornell J., Villanueva M., Retzlaff P. J. // Psychological Assessment. – 1992. – Vol. 4 (1). – P. 92–101.
242. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity: examples from european countries / Oliver Thommen Dombois, Sonja Kahlmeier, Eva Martin-Diener [et al.]. – WHO, 2006. – 33 p.
243. Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults / A. C. King, L. A. Pruitt, W. Phillips [et al.] // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. – 2000. – Vol. 55. – P. 74–83.
244. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36® health profiles and summary measures: summary of results from the Medical

Outcomes Study / Ware J. E., Kosinski M., Bayliss M. S. [et al.] // *Medical Care*. – 1995. – Supl. 4. – P. 264–279,

245. Conceptual model of health-related quality of life / Ferrans C. E., Zerwic J. J., Wilbur J. E., Larson J. L // *J. Nurs. Scholarsh.* – 2005. – Vol. 37. – P. 336–342.

246. Cook E. L. A comparison of health-related quality of life for individuals with mental health disorders and common chronic medical conditions / Erica L. Cook, Jeffrey S. Harman // *Public Health Rep.* – 2008. – Vol. 123 (1). – P. 45–51.

247. Cooper K. The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data / K. Cooper, S. Arber, L. Fee. – London : Health Education Authority, 1999. – P. 1–179.

248. Correlates of objectively measured physical activity in obese children / P. J. Morgan, A. D. Okely, D. P. Cliff [et al.] // *Obesity*. – 2008. – Vol. 16. – P. 2634–2641.

249. Cox J. L. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale / Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. // *British Journal of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150. – P. 782–786.

250. Cummins R. A. Objective and subjective quality of life: an interactive model / R. A. Cummins // *Social Indicators Research*. – 2000. – Vol. 52. – P. 55–72.

251. Cummins R. A. Assessing quality of life / R. A. Cummins // *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice* / ed. by Brown Roy. – Cheltenham : Stanley Thornes Ltd, 1997. – P. 116–150.

252. Cummins R. A. *Comprehensive Quality of Life Scale*. – Fifth Edition. – Melbourne : School of Psychology, Deakin University, 1997. – P. 1–51.

253. Cunningham G. Concepts guiding the study of the impact of the built environment on physical activity for older adults: a review of the literature / G. Cunningham, Y. Michael // *American Journal of Health Promotion*. – 2004. – Vol. 18. – P. 435–443.

254. d'Houtard A. The image of health: variations on perceptions by social class in a French population / A. d'Houtard, M. G. Field // *Sociology of Health and Illness*. – 1984. – Vol. 6. – P. 30–60.

255. Dal Grande E. Quality of life in South Australia as measured by the SF-36: population norms for 2002, trends from 1994 to 2002 and impact of chronic diseases and health risk factors on quality of life / Eleonora Dal Grande Anne Taylor. – South Australia : Population Research and Outcome Studies Unit Department of Human Services, 2004. – 68 p.

256. Department for Communities and Local Government. *Community spirit in England: a report on the 2009–10 citizenship survey* [Electronic resource] / Department for Communities and Local Government. – London : Crown, 2011. – 123 p. – Access mode : <http://www.nationalarchives.gov.uk/webarchive> (data of application : 11.08.2015).

257. Department for Health. No health without mental health – impact assessment [Electronic resource] / Department fo Health. – 2012. – 43 p. – Access mode : <https://www.gov.uk> (data of application : 11.08.2015).

258. Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: a prospective study generating a structural equation model / S. Hofer, W. Benzer, H. Alber [et al.] // *Psychosomatics*. – 2005. – Vol. 46, N 3. – P. 212–223.

259. Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma / L. Wettergren, M. Bjorkholm, U. Axdorph, A. Langius-Eklöf // *Qual Life Res*. – 2004. – Vol. 13 (8). – P. 1369–137.

260. Development of a measure to assess the perceived illness experience after treatment for cancer / C. Eiser, T. Havermans, A. Craft [et al.] // *Arch. Dis. Child*. – 1995. – Vol. 72. – P. 302–307.

261. Diener Ed. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators / Diener Ed, Suh Eunkook // *Social Indicators Research*. – 1997. – Vol. 40, N 1–2. – P. 189–216.

262. Dietary intake and nutritional status of children and adolescents in Europe / J. Lamberta, C. Agostonia, I. Elmadfaa [et al.] // *British Journal of Nutrition*. – 2004. – Vol. 92, suppl. 2. – P. 147–211.

263. Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: a randomized controlled trial [Electronic resource] / I. Imayama, C. M. Alfano, A. Kong [et al.] // *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. – 2011. – Vol. 8, N 118. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (data of application : 11.08.2015).

264. Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis / P. M. Rothwell, Z. McDowell, C. K. Wong, P. J. Dorman // *BMJ*. – 1997. – Vol. 314. – P. 1580–1588.

265. Domantay J. A. A. Health-related quality of life of futurephysicians at a Medical School in the Philippines: a cross-sectional study / Domantay J. A. A. // *SAGE*. – 2014. – P. 1–9.

266. Effect of diet and exercise on quality of life and fitness parameters among obese individuals [Electronic resource] / F. Perna, R. Bryner, D. Donley [et al.] // *Journal of Exercise Physiology*. – 1999. – Vol. 1, N 2. – Access mode : <http://www.asep.org> (data of application : 11.08.2015).

267. Effect of strength training on resting metabolic rate and physical activity: age and gender comparisons / J. T. Lemmer, F. M. Ivey, A. S. Ryan [et al.] // *Med. Sci. Sports Exerc*. – 2001. – Vol. 33. – P. 532–541.

268. Effect of training on health-related quality of life, pain and falls in osteoporotic women / A-C. G. Kronhed, I. Hallberg, L. Ödkvist, M. Möller // *Advances in Physiotherapy*. – 2009. – Vol. 11. – P. 154–165.

269. Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study / N. Taguchi, Y. Higaki, S. Inoue [et al.] // *J. Epidemiol.* – 2010. – Vol. 20. – P. 21–29.
270. Effects of a classroom-based program on physical activity and on-task behaviour / M. T. Mahar, S. K. Murphy, D. A. Rowe [et al.] // *Medicine and Science in Sports and Exercise.* – 2006. – Vol. 38. – P. 2086–2094.
271. Effects of exercise programs to prevent decline in health-related quality of life in highly deconditioned institutionalized elderly persons: a randomized controlled trial / A. Dechamps, P. Diolez, E. Thiaudiere [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2010. – Vol. 170. – P. 162–169.
272. Effects of exercise training on health status in patients with chronic heart failure / K. E. Flynn, I. L. Piña, D. J. Whellan [et al.] // *Journal of the American Medical Association.* – 2009. – Vol. 301, is. 14. – P. 1451–1459.
273. Effects of exercise training on older patients with major depression / J. A. Blumenthal, M. A. Babyak, K. A. Moore [et al.] // *Archives of Internal Medicine.* – 1999. – Vol. 159. – P. 2349–2356.
274. Eisen M. Measuring components of children's health status / M. Eisen, J. Ware, C. Donald // *Medical Care.* – 1979. – Vol. 17. – P. 902–921.
275. Eiser C. A review of measures of quality of life for children with chronic illness / C. Eiser, R. Morse // *Arch. Dis. Child.* – 2001. – Vol. 84. – P. 205–211.
276. Ekwall A. Dizzy – why not take a walk? Low level physical activity improves quality of life / A. Ekwall, A. Lindberg, M. Magnusson // *Gerontology.* – 2009. – Vol. 55. – P. 652–659.
277. Elliot D. L. The effects of sleep deprivation on fire fighters and EMS responders: final report / Elliot D. L., Kuehl K. S. – International Association of Fire Chiefs, 2007. – 95 p.
278. Elmadfa I. European nutrition and health report 2004 / I. Elmadfa, E. Weichselbaum // *Annals of Nutrition and Metabolism.* – 2004. – Vol. 48, suppl. 2. – P. 1–16.
279. Employment and volunteering for adults with intellectual disability / D. Trembath, S. Balandin, R. J. Stancliffe, L. Togher // *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities.* – 2010. – Vol. 7, is. 4. – P. 235–238.
280. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States / R. C. Brownson, E. A. Baker, R. A. Housemann [et al.] // *Am. J. Public Health.* – 2001. – Vol. 91. – P. 1995–2003.
281. Erikson R. Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research / *The Quality of Life* // Nussbaum M., Sen A. eds. – Oxford : Clarendon Press, 1993. – P. 67–87.

282. Ethnic differences in quality of life in adolescents among Chinese, Malay and Indians in Singapore / T. P. Ng, L. C. Lim, A. Jin, N. Shinfuku // *Qual. Life Res.* – 2005. – Vol. 14. – P. 1755–68.
283. European commission. Survey on perceptions of quality of life in 75 European cities [Electronic resource] / European commission. – 2007. – 16 p. – Access mode : <http://ec.europa.eu> (data of application : 11.08.2015).
284. European Opinion Research Group. Physical activity: special Eurobarometer, 183-6, Wave 558 [Electronic resource] / European Opinion Research Group. – Brussels, 2003. – 49 p. – Access mode : <http://ec.europa.eu> (data of application : 11.08.2015).
285. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder / J. A. Blumenthal, M. A. Babyak, P. M. Doraiswamy [et al.] // *Psychosomatic Medicine.* – 2007. – Vol. 69, is. 7. – P. 587–596.
286. Exercise improves executive function and achievement and alters brain activation in overweight children: a randomized controlled trial / C. L. Davis, P. D. Tomprowski, J. E. Dowell [et al.] // *Health Psychol.* – 2011. – Vol. 30 (1). – P. 91 – 98.
287. Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology* / G. Stathopoulou, M. Powers, A. Berry [et al.] // *Science and Practice.* – 2006. – Vol. 13, N 2. – P. 179–193.
288. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older / E. B. Larson, L. Wang, J. D. Bowen [et al.] // *Annals of Internal Medicine.* – 2006. – Vol. 144, is. 2. – P. 73–81.
289. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people / M. A. Fiatarone, E. F. O’Neil, N. D. Ryan [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1994. – Vol. 330. – P. 1769–1775.
290. Factors associated with the psychological well-being of adults with acute leukemia in remission / D. R. Evans, A. B. Thompson, G. B. Browne [et al.] // *Journal of Clinical Psychology* 1993. – Vol. 49. – P. 153–160.
291. Factors influencing quality of life in older women with heart disease / N. K. Janz, M. R. Janevic, J. A. Dodge [et al.] // *Med. Care.* – 2001. – Vol. 39, N 6. – P. 588–598.
292. Faculty of Public Health. Great Outdoors: how our natural Health Service and green space to improve wellbeing [Electronic resource]. / Faculty of Public Health. – 2010. – 8 p. – Access mode : <http://www.fph.org.uk> (data of application : 14.03.2014).
293. Fall severity and bone mineral density as risk factors for hip fracture in ambulatory elderly / S. L. Greenspan, E. R. Myers, L. A. Maitland [et al.] // *Journal of the American Medical Association.* – 1994. – Vol. 271. – P. 128–133.

294. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy / M. Farquhar // *Journal of Advanced Nursing*. – 1995. – Vol. 22, N 3. – P. 502–509.
295. Features of physical development, physical preparedness and functional state of boys and girls – students of Polish higher educational establishments / Prusik K., Prusik K., Kozina Zh., Iermakov S. // *Physical Education Of Students*. – 2013. – Vol. 1. – P. 54–61.
296. Felce D. Defining and applying the concept of quality of life / D. Felce // *Journal of Intellectual Disability Research*. – 1997. – Vol. 41, N 2. – P. 126–135.
297. Felce D. Quality of life: its definition and measurement / Felce D., Perry J. // *Res. Dev. Disabil.* – 1995. – Vol. 16, N 1. – P. 51–74.
298. Ferrans C. E. Quality of life index: development and psychometric properties / C. E. Ferrans, M. J. Powers // *Advances in Nursing Science*. – 1985. – Vol. 8. – P. 15–24.
299. Ferrans C. Quality of Life Index: Development and psychometric properties / C. Ferrans, M. Powers // *Advances in Nursing Science*. – 1985. – Vol. 8. – P. 15–24.
300. Ferreira P. L. Reliability and validity of PedsQL for Portuguese children aged 5–7 and 8–12 years / P. L. Ferreira, C. F. Baltazar, L. Cavalheiro [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2014. – Vol. 12, N 122. – 8 p.
301. Frailty and institutional life / Tester S., Hubbard G., Downs M. [et al.] // *Growing older quality of life in old age* / Walker A., Hennessy C. H. ed. – Maidenhead : Open University Press, 2004. – P. 189–209.
302. Frank L. Promoting public health through smart growth [Electronic resource] / Frank L., Kavage S., Liman T. – Vancouver, British Columbia. – 48 p. – Access mode : <http://www.vtppi.org> (data of application : 18.05.2015).
303. French D. J. The reproducibility of the childhood asthma questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4–16 years / D. J. French, M. J. Christie, A. J. Sowden // *Qual. Life Res.* – 1994. – Vol. 3. – P. 215–224.
304. Friedman E. Pet ownership, social support and one-year survival after acute myocardial infarction in the cardiac arrhythmia suppression trial (CAST) / Friedman E., Thomas S. A. // *American Journal of Cardiology*. – 1995. – Vol. 76. – P. 1213–1217.
305. From social integration to health: Durkheim in the new millennium / Berkman L. F., Glass T., Brissette I., Seeman T. E. // *Social Science and Medicine*. – 2000. – Vol. 51. – P. 843 – 857.
306. Frost J. The relationship of self-esteem and body satisfaction to exercise activity for male and female elementary school, high school, and university students / J. Frost, S. J. McKelvie // *Athletic Insight*. – 2005. – Vol. 7, is. 4. – P. 36–49.
307. Galambos C. M. Quality of life for the elder: a reality or an illusion? / Galambos C. M. // *Journal of Gerontological Social Work*. – 1997. – Vol. 27, N 3. – P. 27–44.

308. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions / F. Orfila, M. Ferrer, R. Lamarca [et al.] // *Soc Sci Med.* – 2006. – Vol. 63, N 9. – P. 2367–2380.
309. George L. K. Economic status and subjective well-being: a review of the literature and an agenda for future research / L. K. George // *Aging, Money, and Life Satisfaction* / ed. by N. E. Cutler, D. W. Gregg, M. P. Lawton. – New York : Springer, 1992. – P. 69–99.
310. Giannias D. A. A quality of life based ranking of Canadian cities / D. A. Giannias // *Urban Studies.* – 1998. – Vol. 35, N 12. – P. 2241–2251.
311. Glass A. Nursing home quality: a framework for analysis / A. Glass // *The Journal of Applied Gerontology.* – 1991. – Vol. 10, N 1. – P. 5–18.
312. Graveling R. A. Occupational health risks in firefighters: strategic consulting report / R. A. Graveling, J. O. Crawford. – IOM, 2010. – 256 p.
313. Grundy E. Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life / E. Grundy, A. Bowling // *Ageing and Mental Health.* – 1999. – Vol. 3. – P. 199–212.
314. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms [Electronic resource]. – 2005. – 15 p. – Access mode : <http://www.ipaq.ki.se> (data of application : 7.02.2011)
315. Guyatt G. H. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials / G. H. Guyatt, C. Bombardier, P. X. Tugwell // *CMAJ.* – 1986. – Vol. 134, N 8. – P. 889–895.
316. Haas B. K. A multidisciplinary concept analysis of quality of life / B. K. Haas // *West J. Nurs. Res.* – 1999. – Vol. 21. – P. 728–742.
317. Haas B. K. Clarification and integration of similar quality of life concepts / B. K. Haas // *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship.* – 1999. – Vol. 31, N 3. – P. 215–220
318. Hagger S. M. Physical self-concept in adolescence: generalizability of a multi-dimensional, hierarchical model across gender and grade / S. M. Hagger, S. H. Biddle, J. C. Wang // *Educational and Psychological Measurement.* – 2005. – Vol. 65, N 2. – P. 297–322.
319. Harter S. Manual for the self-perception profile for children / S. Harter. – Denver : University of Denver. – 1985. – 56 p.
320. Headey B. The sense of relative superiority – central to wellbeing / B. Headey, A. Wearing // *Social Indicators Research.* – 1988. – Vol. 20. – P. 497–516.
321. Health and other aspects of the quality of life of older people / Michalos A. C., Hubley A. M., Zumbo B. D., Hemingway D. // *Social Indicators Research.* – 2001. – Vol. 54. – P. 239–274.
322. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey / M. G. Lima, M. B. de Azevedo Barros, C. L. Galvão César [et al.] // *Cad. Saúde Pública.* – 2009. – Vol. 25, N 10. – P. 2159–2167.

323. Health related quality of life measured by SF-36: a population-based study in Shanghai, China / Rui Wang, Cheng Wu, Yanfang Zhao [et al.] // *BMC Public Health*. – 2008. – Vol. 8, N 292. – 8 p.
324. Health related quality of life of Dutch children: psychometric properties of the PedsQL in the Netherlands / V. Engelen, M. M. Haentjens, S. B. Detmar [et al.] // *BMC Pediatrics* – 2009. – Vol. 9, N 68. – 8 p.
325. Health related quality of life of university students in Lebanon: lifestyles behaviors and socio-demographic predictors / Ibtissam Sabbah, Hala Sabbah, Rania Khamis [et al.] // *Health* – 2013. – Vol. 5. – P. 1–12.
326. Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students / Ismelinda Maria Diniz Mendes Souza, Helena Borges Martins da Silva Paro, Rogerio Rizo Morales [et al.] // *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. – 2012. – Vol. 20, N 4. – P. 736–43.
327. Health-related quality of life and weight loss among overweight and obese U.S. adults, 2001 to 2002 / C. L. Bish, M. Blanck, L. M. Maynard [et al.] // *Obesity (Silver Spring)*. – 2006. – Vol. 11. – P. 2042–53.
328. Health-related quality of life in Canadian adolescents and young adults: normative data using the SF-36 / W. M. Hopman, C. Berger, L. Joseph [et al.] // *Canadian Journal of Public Health*. – 2009. – Vol. 100, N 100. – P. 449–452.
329. Health-related quality of life in Gulf War Era military personnel / Margaret D. Voelker, Kenneth G. Saag, David A. Schwartz [et al.] // *American Journal of Epidemiology*. – 2002. – Vol. 155, N 10. – P. 899–907.
330. Health-related quality of life in obese children and adolescents / Tsiros M. D., Olds T., Buckley J. D. [et al.] // *International Journal of Obesity*. – 2009. – Vol. 33. – P. 387–400.
331. Health-Related Quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific Instruments / M. Solans, S. Pane, M.-D. Estrada [et al.] // *Value Health*. – 2008. – Vol. 11. – P. 742–764.
332. Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam / Slottje P., Twisk J. W., Smidt N. [et al.] // *Qual. Life Res*. – 2007. – Vol. 16, N 2. – P. 239–252.
333. Health-related quality of life predicts future health care utilization and mortality in veterans with self-reported physician-diagnosed arthritis: the veterans arthritis quality of life study / Singh J. A., Nelson D. B., Fink H. A., Nichol K. L. // *Semin. Arthritis Rheum*. – 2005. – Vol. 34, N 5. – P. 755–765.
334. Health-related quality of life, functional impairment, and healthcare utilization by veterans: veterans' quality of life study / Singh J. A., Borowsky S. J., Nugent S. [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc*. – 2005. – Vol. 53, N 1. – P. 108–113.
335. Hematological complications and quality of life in hospitalized AIDS patients / Cosby C., Holzemer W. L., Henry S. B., Portillo C. J // *AIDS Patient Care STDS*. – 2000. – Vol. 14. – P. 269–279.

336. Heydari J. Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: implications for policy makers / J. Heydari, S. Khani, Z. Shahhosseini // *Indian Journal of Science and Technology*. – 2012. – Vol. 5, N 5. – P. 2782–2787.
337. Heyn P. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis / P. Heyn, B. C. Abreu, K. J. Ottenbacher // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – Vol. 85, is. 10. – P. 1694–704.
338. Hills P. Positive moods derived from leisure and their relationship to happiness and personality / P. Hills, M. Argyle // *Personality and Individual Differences*. – 1998. – Vol. 25, N 3. – P. 523–535.
339. Hoffman C. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs / C. Hoffman, D. Rice, H. Sung // *JAMA*. – 1996. – Vol. 276. – P. 1478–1479.
340. Hughey J. B. Social psychological dimensions of community satisfaction and quality of life: some obtained relations / Hughey J. B., J. W. Bardo // *Psychological Reports*. – 1987. – Vol. 61. – P. 239–246.
341. Human development report 2015 [Electronic resource]. – UNDP, 2015. – 274 p. – Access mode : <http://www.hdr.undp.org> (data of application : 4.03.2016)
342. Hyland M. E. A measure of positive health-related quality of life: the Satisfaction with Illness Scale / Hyland M. E., Kenyon C. A. P. // *Psychological Reports*. – 1992. – Vol. 71. – P. 1137–1138.
343. Iermakov S. S. Physical culture in life of eastern-european region students: modern state and prospects of development / S. S. Iermakov, M. Cieślicka, R. Muszkieta // *Physical Education Of Students*. – 2015. – Vol. 6. – P. 16–30.
344. Indicators of quality of life / R. J. Rogerson, A. M. Findlay, M. G. Coombes, A. Morris // *Environment and Planning*. – 1989. – Vol. 21. – P. 1655–1666.
345. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity / P. Gordon-Larsen, M. C. Nelson, P. Page, B. M. Popkin // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 117. – P. 417–424.
346. Institute of Medicine and National Research Council. Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity / Institute of Medicine and National Research Council. – Washington, DC : The National Academies Press, 2009. – 138 p.
347. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health / Brief A. P., Butcher A. H., George J. M., Link K. E // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1993. – Vol. 64, N 4. – P. 646–653.
348. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Electronic resource]. – 7th ed. – 2015. – 142 p. – Access mode : <http://www.diabetesatlas.org>.
349. Jakościowe i ilościowe aspekty aktywności fizycznej / W. Mynarski, M. Rozpara, B. Królikowska [et al.]. – Opole : Politechnika Opolska, 2012. – 190 s.
350. Janse A. J. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis / A. J. Janse, R. J. Gemke, C. S. Uiterwaal // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2004. – Vol. 57, N 7. – P. 653–661.

351. Jenkinson C. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / Crispin Jenkinson, Angela Coulter, Lucie Wright // *BMJ*. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.

352. Johnston D. F. Toward a comprehensive “quality of life” index / D. F. Johnston // *Social Indicators Research*. – 1988. – Vol. 20. – P. 473–496.

353. Jörngården A. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration [Electronic resource]. / A. Jörngården, L. Wettergen, L. von Essen // *Health Qual Life Outcomes*. – 2006. – Vol. 4, N 91. – Access mode : <http://hqlo.biomedcentral.com> (data of application : 11.06.2013).

354. Judge T. A. Another look at the job satisfaction-life satisfaction relationship / Judge T. A., Watanabe S. // *Journal of Applied Psychology*. – 1993. – Vol. 78. – P. 939–948.

355. Judge T. A. Effect of dysfunctional thought processes on subjective well-being and job satisfaction / Judge T. A., Locke E. A. // *Journal of Applied Psychology*. – 1993. – Vol. 7. – P. 475–490.

356. Junger J. Physical education and sport of Slovak university students at the beginning of the third millennium / Jan Junger // *Aktywność przez całe życie. Zdrowie i sprawność pod kontrolą – Krosno : Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie*, 2010. – S. 31–37.

357. Kacyper E. The Well-Being Index: A new monthly feature goes beyond the economic statistics to measure how well Americans are really doing / E. Kacapyr // *American Demographics*. – 1996. – Vol. 18. – P. 32–35.

358. Kahn R. Well-Being: Concepts and measures / R. Kahn, J. F. Thomas // *Journal of Social Issues* – 2002. – Vol. 58, N 4. – P. 627–644.

359. Kaplan R. M. The general health policy model: an integrated approach / R. M. Kaplan, J. P. Anderson // *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* / Spilker B. ed. – Philadelphia, Pa : Lippincott-Raven Publishers, 1996. – P. 309–322.

360. Karasimopoulou S. Children’s perceptions about their health-related quality of life: effects of a health education–social skills program / Smaragda Karasimopoulou, Vassiliki Derri, Eleni Zervoudaki // *Health Educ. Res.* – 2012. – Vol. 27, N 5. – P. 780–793.

361. Kavetsos G. The impact of physical activity on employment / G. Kavetsos // *Journal of Socio-Economics*. – 2011. – Vol. 40, is. 6. – P. 775–779.

362. Kim M. Quality of life among government employees / M. Kim, K. O. Cho // *Social Indicators Research*. – 2003. – Vol. 62, N 3. – P. 387–409.

363. Kimura K. Investigating the acute effect of an aerobic dance exercise programme on neuro-cognitive function in the elderly / K. Kimura, N. Hozumi // *Psychology of Sport and Exercise*. – 2012. – P. 623–629.

364. Kobayashi K. Measuring quality of life in Japanese children: Development of the Japanese version of PedsQL / K. Kobayashi, K. Kamibeppu // *Pediatrics International*. – 2010. – Vol. 52. – P. 80–88.
365. Kolotkin R. L. Quality of Life and obesity / R. L. Kolotkin, K. Meter, G. R. Williams // *Obesity reviews*. – 2001. – Vol. 2. – P. 219–229.
366. Kowalski K. C. The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A) : manual / Kent C. Kowalski, Peter R. E. Crocker, Rachel M. Donen. – University of Saskatchewan, 2004 – 37 p.
367. Kramer A. F. Exercise, Cognition and the Aging Brain / A. F. Kramer, K. I. Erickson, S. J. Colcombe // *Journal of Applied Psychology*. – 2006. – Vol. 101. – P. 1237–1242.
368. LaBarbera P. A. The role of materialism, religiosity, and demographics in subjective well-being / P. A. LaBarbera, Z. Gurhan // *Psychology and Marketing*. – 1997. – Vol. 14. – P. 71–97.
369. Landgraf J. M. Child health questionnaire (CHQ) / Landgraf J. M. // *Encyclopedia of quality of life and well-being research* / ed. Michalos Alex C. – Springer, 2014 – P. 698–702.
370. Larson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans / R. Larson // *Journal of Gerontology*. – 1978. – Vol. 33. – P. 109–125.
371. Larsson U. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study / U. Larsson, J. Karlsson, M. Sullivan // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* – 2002. – Vol. 26. – P. 417–24.
372. Lassey W. R. Quality of life for older people: an international perspective / Lassey W. R., Lassey M. L. – New Jersey : Prentice Hall, 2001. – 482 p.
373. Lawton M. P. The varieties of wellbeing / M. P. Lawton // *Experimental Aging Research*. – 1983. – Vol. 9. – P. 65–72.
374. Layne J. E. The effects of progressive resistance training on bone density: a review / J. E. Layne, M. E. Nelson // *Med. Sci. Sports Exerc.* – 1999. – Vol. 31. – P. 25–30.
375. Lechner M. Long-run labour market effects of individual sports activities / M. Lechner // *Journal of Health Economics*. – 2009. – Vol. 28. – P. 839–854.
376. Life quality and physical activity of Ukrainian residents / Iuliia Pavlova, Bogdan Vynogradskyi, Zbigniew Borek, Irena Borek // *Journal of Physical Education and Sport*. – 2015. – Vol. 15 (4), art. 124. – P. 809–814.
377. Lloyd K. M. The role of leisure in determining quality of life: issues of content and measurement / Lloyd K. M., Auld C. J. // *Social Indicators Research*. – 2002. – Vol. 57. – P. 43–71.
378. Mandzuk L. A concept analysis of quality of life / L. Mandzuk, D. McMillan // *J. Orthop. Nurs.* – 2005. – Vol. 9. – P. 12–18.
379. Markova E. East European immigration and community cohesion [Electronic resource] / Markova E., Black R. – York : Joseph Rowntree Foundation,

2007. – 80 p. – Access mode : <http://aeo.sllf.qmul.ac.uk/Files/CriticalThinking/immigration.pdf> (data of application : 12.04.2016).

380. Martinsen E. W. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression / E. W. Martinsen // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 62, is. 47. – P. 25–29.

381. Massam B. H. Quality of life: public planning and private living / B. H. Massam // *Progress in Planning*. – 2002. – Vol. 58, N 3. – P. 141–227.

382. McCrone P. R. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the armed forces: health economic consideration / Paul R. McCrone, Martin R. J. Knapp, Paul Cawkill // *J. Trauma Stress*. – 2003. – Vol. 16 (5). – P. 519–522.

383. Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scales / P. Upton, C. Eiser, I. Cheung, H. A. Hutchings [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2005. – Vol. 3, N 22. – 7 p.

384. Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form / T. Vogels, G. H. Verrips, S. P. Verloove-Vanhorick [et al.] // *Qual Life Res*. – 1998. – Vol. 7. – P. 457–65.

385. Measuring health-related quality of life in Hungarian children with heart disease: psychometric properties of the Hungarian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales and the Cardiac Module / A. Berkes, I. Pataki, M. Kiss [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes* – 2010. – Vol. 8, № 14. – 12 p.

386. Medical students' health-related quality of life – A comparative study / M. Latas, T. Stojkovi, T. Rali [et al.] // *Vojnosanit Pregl*. – 2014. – Vol. 71, N 8. – P. 751–756.

387. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors / Arsia Jamali, Shahnaz Tofangchiha, Raika Jamali [et al.] // *Medical Education*. – 2013. – Vol. 47. – P. 1001–1012.

388. Meeberg G. A. Quality of life: a concept analysis / G. A. Meeberg // *Journal of Advanced Nursing*. – 1993. – Vol. 18, N 1. – P. 32–38.

389. Megahed M. M. Health-related quality of life among students at King Khalid University – Mohail Asser / Mona Mohamed Megahed // *International Journal of Nursing Science*. – 2014. – Vol. 4, N 2. – P. 22–25.

390. Mensink G. B. Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugend gesund heitssurveys (KiGGS) / G. B. Mensink, C. Kleiser, A. Richter // *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. – 2007. – Vol. 50. – P. 609–623.

391. Mensink G. B. Was isst du? Ein Verzehrshäufigkeitsfrage bogen für Kinder und Jugendliche / G. B. Mensink, M. Burger // *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. – 2004. – Vol. 47. – P. 219–226.

392. Michalos A. C. Social indicators research and health-related quality of life research / A. C. MicMichalos // *Social Indicators Research*. – 2004. – Vol. 65, N 1. – P. 59.
393. Miller W. J. Effect of strength training on glucose tolerance and post-glucose insulin response / W. J. Miller, W. M. Sherman, J. L. Ivy // *Medicine and Science in Sports and Exercise*. – 1984. – Vol. 16. – P. 539–543.
394. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study / C. P. Wen, J. P. Wai, M. K. Tsai [et al.] // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 378. – P. 1244–1253.
395. Miringoff M. L. The social health of the nation: how America is really doing / M. L. Miringoff, M.-L. Miringoff, S. Opdycke. – New York : Oxford Univ. Press, 1999. – 248 p.
396. Mitra A. Painting the town green. The use of urban sustainability indicators in the United States of America / Anindita Mitra. – London : RICS, 2003. – 38 p.
397. Mookherjee H. N. Perceptions of well-being by metropolitan and nonmetropolitan populations in the United States / H. N. Mookherjee // *Journal of Social Psychology*. – 1992. – Vol. 132. – P. 513–524.
398. Moreno L. A. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country / L. A. Moreno, A. Sarria, B. M. Popkin // *European Journal of Clinical Nutrition*. – 2002. – Vol. 56. – P. 992–1003.
399. Moreno J. A. Physical self-perception in spanish adolescents: effects of gender and involment in physical activity / J. A. Moreno, E. Cervello // *Journal of Human Movement Studies*. – 2005. – Vol. 48. – P. 291–311.
400. Morgan S. The premier league. A commitment to social responsibility / S. Morgan // *Routledge Handbook of Sport and Corporate Social Responsibility* / ed. by Juan Luis Paramio Salcines, Kathy Babiak, Geoff Walters. – New York, 2013. – P. 251–262.
401. Morris M. D. The Physical Quality of Life Index (PQLI) / M. D. Morris // *Dev. Dig.* – 1980. – Vol. 18. – P. 95–109.
402. Morrison V. An introduction to health psychology / Val Morrison, Paul Bennett. – Harlow, England ; New York : Pearson Education, 2009. – 704 p.
403. Muntaner C. Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling alone's implications for social epidemiology / C. Muntaner, J. Lynch // *International Journal of Epidemiology*. – 2002. – Vol. 31. – P. 261–267.
404. Myers D. G. The funds, friends and faith of happy people / D. G. Myers // *American Psychologist*. – 2000. – Vol. 55, N 1. – P. 56–67.
405. National Center for Disease Control and Prevention. The State of Aging and Health in America 2013 [Electronic resource] / National Center for Disease Control and Prevention. – 60 p. – Access mode : <http://www.cdc.gov>.

406. Noll H. H. Social indicators research: Societal monitoring and social reporting / H. H. Noll, W. Zapf // *Trends and Perspectives in Empirical Social Research* / I. Borg, P. Mohler eds. – Berlin / New York : Walter de Gruyter, 1994. – P. 1–16.

407. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population / M. K. Hassan, A. V. Joshi, S. S. Madhavan, M. M. Amonkar // *International Journal of Obesity*. – 2003. – Vol. 27. – P. 1227–1232.

408. Objective physical activity accumulation in bouts and nonbouts and relation to markers of obesity in US adults [Electronic resource] / S. J. Strath, R. G. Holleman, D. L. Ronis [et al.] // *Preventing Chronic Disease*. – 2008. – Vol. 5, is. 4. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (data of application : 12.10.2015).

409. Osberg L. An index of economic well-being for selected OECD countries / L. Osberg, A. Sharpe // *Review of Income and Wealth*. – 2002. – Vol. 48, is. 3. – P. 291–316.

410. Overweight and obesity (high body mass index) / W. Philip, T. James, R. Jackson-Leach [et al.] // *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors* / Ezzati M., Lopez A. D., Rodgers A., Murray C. J. L. eds. – Geneva : World Health Organization, 2004. – Vol. 1. – P. 497–596.

411. Overweight and obesity in 6–12 year old children in Switzerland / M. B. Zimmermann, C. Gubeli, C. Puntener [et al.] // *Swiss Medical Weekly*. – 2004. – Vol. 134. – P. 523–528.

412. Overweight, obesity and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies / F. S. Luppino, L. M. de Wit, P. F. Bouvy [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67, is. 3. – P. 220–229.

413. Park-based physical activity in diverse communities of two U.S. cities: an observational study / M. F. Floyd, J. O. Spengler, J. E. Maddock [et al.] // *Am. J. Prev Med.* – 2008. – Vol. 34. – P. 299–305.

414. Pavlova Iu. Influence of sport and health education on students' quality of life in Ukraine / Iuliia Pavlova, Bogdan Vynogradskiy, Viktoriya Tulaydan // *Scientific Review of Physical Culture*. – 2013. – Vol. 3, N 2. – P. 131–138.

415. Pavlova Iu. Physical activity of elderly people / Iu. Pavlova, L. Vovkanych, B. Vynogradskiy // *Fizjoterapia*. – 2014. – T. 22, N 2. – S. 33–39.

416. Pavlova Iu. Professional level and life quality of physical culture and basics of health teachers of primary school / Iu. Pavlova, M. Stefankiv, B. Vynogradskiy // *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. – 2016. – Vol. 11 – P. 113–120.

417. Pavlova Iu. The physical activity of primary school age children / Pavlova Iu., Stefankiv M., Vynogradskiy B. // *Физическое развитие детей и мо-*

лодежи: морфологические и функциональные аспекты : сб. науч. статей ; гл. ред. А. Н. Герасевич. – Брест : Альтернатива, 2015. – С. 9–15.

418. Pavlova Iu. The health related life quality model in the structure of human general well-being / Iu. Pavlova // Моделювання та інформаційні технології у фізичному вихованні і спорті : тези доп. XII Міжнар. наук. конф. – Львів : ЛДУФК, 2016. – С. 29–31.

419. Peck L. D. The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism / L. D. Peck, O. R. Lightsey // *Journal of Counselling and Development*. – 2008. – Vol. 86, is. 2. – P. 184–192.

420. Physical activity among adolescents: when do parks matter? / S. H. Babey, T. Hastert, E. R. Brown // *Am. J. Prev. Med.* – 2008. – Vol. 34. – P. 345–348.

421. Physical activity and mental well-being in older people participating in the better ageing project / K. R. Fox, A. Stathi, J. McKenna, M. G. Davis // *Eur. J. Appl. Physiol.* – 2007. – Vol. 100. – P. 591–602.

422. Physical activity and performance at school, a systematic review of the literature including a methodological quality assessment / A. Singh, L. Uijtendewilligen, J. W. R. Twisk [et al.] // *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*. – 2012. – Vol. 166, is. 1. – P. 49–55.

423. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni / R. S. Paffenbarger, R. Hyde, A. L. Wing, C. Hsieh // *New England Journal of Medicine*. – 1986. – Vol. 314. – P. 605–613.

424. Physical activity, fitness, weight status, and cognitive performance in adolescents / J. R. Ruiz, F. B. Ortega, R. Castillo [et al.] // *The Journal of Pediatrics*. – 2010. – Vol. 157. – P. 917–922.

425. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in communitydwelling and institutionalized older adults / Salguero A., Martínez-García R., Molinero O., Márquez S. // *Arch. Gerontol. Geriatr.* – 2011. – Vol. 53. – P. 152–157.

426. Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children / Shoup J. A., Gattshall M., Dandamudi P., Estabrooks P. // *Quality of Life Research*. – 2008. – Vol. 17. – P. 407–412.

427. Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial / McAuley E., E. B. Blissmer, J. Katula [et al.] // *Annals of Behavioral Medicine*. – 2002. – Vol. 22. – P. 131–139.

428. Physical function and quality of life in older adults: sex differences / R. H. Wood, R. E. Gardner, K. A. Ferachi [et al.] // *Southern Medical Journal*. – 2008. – Vol. 98, N 5. – P. 504–512.

429. Physical function predicts improvement in quality of life in elderly Icelanders after 12 weeks of resistance exercise / O. G. Geirsdottir, A. Arnarson, K. Briem [et al.] // *J. Nutr. Health Aging*. – 2012. – Vol. 16. – P. 62–66.

430. Pill R. Choice of chance: further evidence on ideas of illness and responsibility for health / R. Pill, N. C. H. Stott // *Social Science and Medicine*. – 1985. – Vol. 20 (10). – P. 981–991.

431. Poliner M. Divine relations, social relations, and well-being / M. Poliner // *Journal of Health and Social Behaviour*. – 1989. – Vol. 30. – P. 92–104.

432. Posadzki P. Psychosocial conditions of quality of life among undergraduate students: a cross sectional survey / P. Posadzki, P. Musonda, G. Debska, R. Polczyk // *Applied Research Quality Life*. – 2009. – Vol. 4. – P. 239–258.

433. Prevalence of iron deficiency and health-related quality of life among female students / Marie-Ange Grondin, Marc Ruivard, Anne Perre'ève [et al.] // *Journal of the American College of Nutrition*. – 2008. – Vol. 27, N 2. – P. 337–341.

434. 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.

435. Prystupa E. Determinanty zdrowia ukraińskich uczniów / Evgen Prystupa, Iuliia Pavlova // *Społeczno-kulturovwe studia z kultury fizycznej / pod redakcją Kazimierza Obodyńskiego, Pawła Króla, Wojciecha Bajorka*. – Rzeszów : Uniwersytet Rzeszowski, 2012. – S. 682–691.

436. Prystupa E. Life Quality and physical activity of Ukrainian people / E. Prystupa, Iu. Pavlova // *Олимпийский спорт и спорт для всех: материалы XVIII Международного научного конгресса*. – Алматы, 2014. – Т. 3. – С. 428–431.

437. 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.

438. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction / W. Ruberman, R. Weinblatt, J. Goldberg, B. Chaudhary // *New England Journal of Medicine*. – 1984. – Vol. 311. – P. 552–559.

439. Public parks and physical activity among adolescent girls / D. A. Cohen, J. S. Ashwood, M. M. Scott [et al.] // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 118. – P. 1381–1389.

440. Quality of life among children from São Paulo, Brazil: the impact of demographic, family and socioeconomic variables / D. A. Klatchoian, C. A. Len, M. T. R. A. Terreri, M. O. E. Hilário // *Cad. Saúde Pública*. – 2010. – Vol. 26, N 3. – P. 631–636.

441. Quality of life and emotional change for middle-aged and elderly patients with diabetic retinopathy / Yu Y., Feng L., Shao Y. [et al.] // *Int. J. Ophthalmol*. – 2013. – Vol. 6, N 1. – P. 71–74.

442. Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population / Luiz Mário Baptista Martinelli, Bruno Moreira Mizutani, Anibal Mutti [et al.] // *CLINICS*. – 2008. – Vol. 63, N 6. – P. 783–788.

443. Quality of life can both influence and be an outcome of general health perceptions after heart surgery / L. Mathisen, M. H. Andersen, M. Veenstra [et al.] // *Qual. Life Outcomes*. – 2007. – Vol. 5, N 27. – 10 p.
444. Quality of life in older people / G. Livingston, V. Watkin, M. Manela, [et al.] // *Aging and Mental Health*. – 1998. – Vol. 2, N 1. – P. 20–23.
445. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province – differences between urban and rural dwellers / D. Żołnierczuk-Kieliszek, T. B. Kulik, M. J. Jarosz [et al.] // *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. – 2012. – Vol. 19, N 1. – P. 129–133.
446. Quality of life in women following coronary artery bypass graft surgery / Penckofer S., Ferrans C. E., Fink N. [et al.] // *Nurs. Sci. Q.* – 2005. – Vol. 18. – P. 176–183.
447. Quality of life indexes for National Policy: review and agenda for research / Hagerty Michael, Robert A. Cummins, Abbott L. Ferriss [et al.] // *Social Indicators Research*. – 2001. – Vol. 55. – P. 1–96.
448. Quality of life research in pediatric oncology: research methods and barriers / A. S. Bradlyn, A. K. Ritchey, C. V. Harris [et al.] // *Cancer*. – 1996. – Vol. 78. – P. 1333–1339.
449. Quality of life, elderly and physical activity / C. Pernambuco, B. Rodrigues, J. Bezerra [et al.] // *Health*. – 2012. – Vol. 4. – P. 88–93.
450. Quality of life: what are the implications for health promotion? / D. Raphael, I. Brown, R. Renwick, I. Rootman // *American Journal of Health and Behavior*. – 1997. – Vol. 21 (2). – P. 118–128.
451. Randomized trials with quality of life endpoints: are doctors' ratings of patients' physical symptoms interchangeable with patients' self-ratings? / R. J. Stephens, P. Hopwood, D. J. Girling, D. Machin // *Qual. Life Res.* – 1997. – Vol. 6. – P. 225–236.
452. Rapley M. Quality of life research. A critical introduction / Rapley M. – London : Sage, 2003. – 286 p.
453. Ravens-Sieberer U. Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results / U. Ravens-Sieberer, M. Bullinger // *Qual Life Res.* – 1998. – Vol. 7. – P. 399–407.
454. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States / Keener D., Goodman K., Lowry A. [et al.] // *MMWR Recomm Rep*. – 2009. – Vol. 58. – P. 1–26.
455. Redirecting the lives of urban black males / W. C. Farrell, J. H. Johnson, M. Sapp [et al.] // *Journal of Community Practice*. – 1996. – Vol. 2, is. 4. – P. 91–107.
456. Rejeski W. J. Physical activity and quality of life in older adults / W. J. Rejeski, Mihalko S. L. // *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. – 2001. – Vol. 56, N 11. – P. 23–35.

457. Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly / A. Lobo, P. Santos, J. Carvalho, J. Mota // *J. Geriatr Gerontol Int.* – 2008. – Vol. 8. – P. 284–90.
458. Relationships between physical activity and perceived qualities of life in old age. Results of the SNAC study / M. Rennemark, M. Lindwall, A. Halling, J. Berglund // *Aging Ment. Health.* – 2009. – Vol. 13. – P. 1–8.
459. Reliability and validity of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM 4.0 Generic Core Scales in adolescents / P. Amiri, E. M. Ardekani, S. Jalali-Farahani [et al.] // *Qual Life Res.* – 2010. – Vol. 19. – P. 1501–1508.
460. Resistance exercise training restores bone mineral density in heart transplant recipients / R. W. Braith, R. M. Mills, M. A. Welsch [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology.* – 1996. – Vol. 28. – P. 1471–1477.
461. Resistive training can reduce coronary risk factors without altering VO₂max or percent body fat / B. F. Hurley, J. M. Hagberg, A. P. Goldberg [et al.] // *Medicine and Science in Sports and Exercise* – 1987. – Vol. 20. – P. 150–154.
462. Rogerson R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities / R. J. Rogerson // *Social Science and Medicine.* – 1995. – Vol. 41. – P. 1373–1382.
463. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being / C. D. Ryff // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1989. – Vol. 73. – P. 1069–1081.
464. Schalock R. L. Three decades of quality of life / R. L. Schalock // *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities.* – 2000. – Vol. 15, N 2. – P. 116–127.
465. Scharf T. Social exclusion of older people in deprived urban communities of England / T. Scharf, C. Phillipson, A. E. Smith // *European Journal of Aging.* – 2003. – Vol. 2, N 2. – P. 76–87.
466. Schiefele U. Interest, learning, and motivation / U. Schiefele // *Educational Psychologist.* – 1991. – Vol. 26. – P. 299–323.
467. Schwimmer J. B. Health-related quality of life of severely obese children and adolescence / J. B. Schwimmer, T. M. Burwinkle, J. W. Varni // *American Medical Association.* – 2003. – Vol. 289. – P. 1813–1819.
468. Sheier M. F. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalised outcome expectancies / Sheier M. F., Carver C. S. // *Health Psychology.* – 1985. – Vol. 4. – P. 219–247.
469. Shephard R. J. Habitual physical activity and academic performance / R. J. Shephard // *Nutrition Reviews.* – 1996. – Vol. 54, is. 4. – P. 32–36.
470. Sherman E. Quality of life (QoL) assessment of older consumers: a retrospective review / E. Sherman, L. G. Schiffman // *Journal of Business and Psychology.* – 1991. – Vol. 6. – P. 107–119.

471. Sherry E (Re)engaging marginalised groups through sport: The Homeless World Cup / E. Sherry // *International Review for the Sociology of Sport*. – 2010. – Vol. 45, is. 1. – P. 59–71.
472. Shin D. C. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life / Shin D. C., Johnson D. M. // *Social Indicators Research*. – 1978. – Vol. 5. – P. 475–492.
473. Singer P. A. Quality end-of-life care: patients' perspectives / P. A. Singer, D. K. Martin, M. Kelner // *JAMA*. – 1999. – Vol. 281. – P. 163–168.
474. Sirgy M J. A method for assessing residents' satisfaction with community-based services: a quality-of-life perspective / M. J. Sirgy // *Social Indicators Research*. – 2000. – Vol. 49, N 3. – P. 279–316.
475. Sischo L. Oral health-related quality of life what, why, how, and future implications / L. Sischo, H. L. Broder // *J. Dent. Res*. – 2011. – P. 1264–1270.
476. Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional firefighters / Mary G. Carey, Salah S. Al-Zaiti, Grace E. Dean [et al.] // *J. Occup. Environ. Med*. – 2011. – Vol. 53 (8). – P. 928–933.
477. Smith A. E. Quality of life: a review / A. E. Smith // *Education and Ageing. Triangle Journals*. – 2000. – Vol. 15. – P. 419–435.
478. Smith K. W. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis / K. W. Smith, N. E. Avis, S. F. Assman // *Qual. Life Res*. – 1999. – Vol 8. – P. 447–459.
479. Snoek F. J. Quality of life: A closer look at measuring patients' well-being / F. J. Snoek // *Diabetes Spectrum*. – 2000. – Vol. 13, N 1. – P. 24–28.
480. Social Networks and Longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark / Olsen R. B., Olsen J., Gunner-Svensson F., Waldstom B. // *Social Science and Medicine*. – 1991. – Vol. 33, N 10. – P. 1189–1195.
481. Social welfare maximization in transmission enhancement considering network congestion / Hongrui Liu, Yanfang Shen, Zelda B. Zabinsky, Chen-Ching Liu // *IEEE Transactions on Power Systems*. – 2008. – Vol. 23, is. 3. – P. 1105–1114.
482. Socioeconomic status and perceptions of access and safety for physical activity / D. K. Wilson, K. A. Kirtland, B. E. Ainsworth [et al.] // *Ann. Behav. Med*. – 2004. – Vol. 28. – P. 20–28.
483. Stamatakis E. Moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviours in relation to body mass index-defined and waist circumference-defined obesity / E. Stamatakis, V. Hirani, K. Rennie // *British Journal of Nutrition*. – 2009. – Vol. 101. – P. 765–773.
484. Svavarsdottir E. K. Health-related quality of life in Icelandic school children / E. K. Svavarsdottir, B. Orlygsdottir // *Scand. J. Caring. Sci*. – 2006. – Vol. 20. – P. 209–15.

485. Swindell R. An international perspective of the University of the Third Age / R. Swindell, J. Thompson // *Educational Gerontology* – 1995. – Vol. 21, N 5. – P. 429–447.

486. Taillefer M. C. Health-related quality of life models: systematic review of the literature / Taillefer M. C., Dupuis G., Roberge M.-A., Lemay S. // *Social Indicators Research*. – 2003. – Vol. 64. – P. 293–323.

487. Tajvar M. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran [Electronic resource]. / M. Tajvar, M. Arab, A. Montazeri // *BMC Public Health*. – 2008. – Vol. 8 (323). – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (data of application : 18.10.2015).

488. Taylor R. M. A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness / R. M. Taylor, F. Gibson, L. S. Franck // *J. Clin. Nurs*. – 2008. – Vol. 17. – P. 823–1833.

489. Testa M. A. Assessment of quality-of-life outcomes / M. A. Testa, D. C. Simonson // *New England Journal of Medicine*. – 1996. – Vol. 334, N 13. – P. 835–840.

490. Tester J. M. The built environment: designing communities to promote physical activity in children / J. M. Tester // *Pediatrics*. – 2009. – Vol. 123. – P. 1591–1598.

491. The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences / G. O'Donovan, A. Blazevich, C. Boreham [et al.] // *Journal of Sports Sciences*. – 2010. – Vol. 28, is. 6. – P. 573–591.

492. The Alberta Physical Activity and Breast Cancer Prevention Trial: quality of life outcomes. / K. S. Courneya, A. L. Tamburrini, C. G. Woolcott [et al.] // *Prev. Med*. – 2011. – Vol. 52. – P. 26–32.

493. The association between exercise participation and well-being: a co-twin study / J. H. Stubbe, M. H. M. de Moor, D. I. Boomsma, E. J. C. de Geus // *Preventative Medicine*. – 2007. – Vol. 44. – P. 148–152.

494. The clinical effects of intensive, specific exercise on chronic low-back pain: A controlled study of 895 consecutive patients with one year follow-up / B. Nelson, E. O'Reilly, M. Miller [et al.] // *Orthopedics*. – 1995. – Vol. 18. – P. 971–981.

495. The effect of functional tasks exercise and resistance exercise on health-related quality of life and physical activity. A randomised controlled trial / P. L. de Vreede, N. L. van Meeteren, M. M. Samson [et al.] // *Gerontology*. – 2007. – Vol. 53. – P. 12–20.

496. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology / A. Rozanski, J. A. Blumentha, K. W. Davidson [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol*. – 2005. – Vol. 45. – P. 637–651.

497. The Happy Planet Index: an index of human well-being and environmental impact / M. Nic, A. Simms, S. Thompson, S Abdallah. – London : New Economics Foundation, 2006. – 58 p.
498. The impact of hearing loss on quality of life in older adults / D. S. Dalton, K. J. Cruickshanks, B. E. K. Klein [et al.] // *The Gerontologist*. – 2003. – Vol. 43, N 5. – P. 661–668.
499. The KIDSCREEN-52 Quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries / U. Ravens-Sieberer, A. Gosch, L. Rajmil [et al.] // *Value Health*. – 2008. – Vol. 11. – P. 645–658.
500. The Perceived Illness Experience Scale (PIE): reliability and validity revisited / C. Eiser, S. Kopel, P. Cool [et al.] // *Child Care Health Dev*. – 1999. – Vol. 25. – P. 179–90.
501. The physical and mental health of a large military cohort: baseline functional health status of the Millennium Cohort / Tyler C. Smith, Mark Zamorski, Besa Smith [et al.] // *BMC Public Health*. – 2007. – Vol. 7 (340). – 13 p.
502. The Physical Self: from motivation to well-being / ed. Fox K. R. – Champaign, Illinois : Human Kinetics, 1997. – 329 p.
503. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research / N. C. Theunissen, T. G. Vogels, H. M. Koopman [et al.] // *Qual Life Res*. – 1998. – Vol. 7. – P. 387–97.
504. The quality of life following liver transplantation: a preliminary report / R. E. Tartar, S. Erb, P. A. Biller [et al.] // *Gastroenterol Clin. North. Am.* – 1988. – Vol. 17. – P. 207–217.
505. The Quality of Life Profile – Adolescent Version: background, description, and initial validation / D. Raphael, E. Rukholm, I. Brown [et al.] // *J. Adolesc. Health*. – 1996. – Vol. 19. – P. 366–75.
506. The relative influence of individual and contextual socio-economic on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe / C. A. Vereecken, J. Inchley, S. V. Subramanian [et al.] // *European Journal of Public Health*. – 2005. – Vol. 15, N 3. – P. 224 – 232.
507. The US National Physical Activity plan [Electronic resource]. – 62 p. – Access mode : <http://physicalactivityplan.org> (data of application : 11.02.2016).
508. 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.
509. Todd J. Sedentary behaviour / J. Todd, D. Currie // *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2001/2002 survey (Health Policy for Children and*

Adolescents, № 4). – 2004. – Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe. – P. 98–109.

510. Torrance G. W. Measurement of health state utilities for economic appraisal / G. W. Torrance // *Journal of Health Economics*. – 1986. – Vol. 5. – P. 1–30.

511. Tsos A. Physical activity, physical development and eating habits within the lifestyle of students from Ukraine / A. Tsos, B. Bergier, J. Bergier // *Health Problems of Civilization*. – 2014. – Vol. 8, N 4. – P. 46–53.

512. Tsos A. Subjective health profiles among Ukrainian students of Medical Vocational School / A. Tsos, O. V. Oliynyk, A. Szepeleuk // *Health Problem of Civilization*. – 2016. – T. 10, N 1. – P. 32–38.

513. Twaddlle A. C. Health decisions and sick role variations: an exploration / A. C. Twaddlle // *Journal of Health and Social Behavior*. – 1969. – Vol. 10. – P. 105–114.

514. Urban form relationships with walk trip frequency and distance among youth / L. D. Frank, J. Kerr, J. Chapman, J. F. Sallis // *Am. J. Health Promot.* – 2007. – Vol. 21, sup. 4. – P. 305–311.

515. Vaez M. Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish university students / M. Vaez, L. Laflamme // *Social Behavior and Personality*. – 2008. – Vol. 36. – P. 183–196.

516. Validation of the European proxy KIDSCREEN-52 pilot test health-related quality of life questionnaire: first results / S. Robitail, M. C. Simeoni, M. Erchart [et al.] // *J. Adolesc. Health*. – 2006. – Vol. 39. – P. 596.e1–596.e10.

517. Validity and reliability of the Medical Outcomes Study Short Form-20 questionnaire as a measure of quality of life in elderly people living at home / Carver D. J., Chapman C. A., Salazar T., Stadnyk K. [et al.] // *Age and Ageing*. – 1999. – Vol. 28. – P. 169–174.

518. Vallerand A. H. Theories and conceptual models to guide quality of life related research / Vallerand A. H., Payne J. K // *Quality of life: from nursing and patient perspectives* / ed. by King C. R., Hinds P. S., Sudbury M. A. [et al.]. – USA : Jones & Bartlett Publishers, 2003. – P. 45–54.

519. Vanderhoek K. J. Effects of 32 weeks of resistance training on strength and balance in older osteopenic/osteoporotic women / K. J. Vanderhoek, D. C. Coupland, W. S. Parkhouse // *Clin. Exerc. Physiol.* – 2000. – Vol. 2. – P. 77–83.

520. Varni J. W. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/ severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales / J. W. Varni, C. A. Limbers, T. M. Burwinkle // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2007. – Vol. 5, N 43. – 15 p.

521. Varni J. W. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory / J. W. Varni, M. Seid, C. A. Rode // *Med. Care.* – 1999. – Vol. 37. – P. 126–139.
522. Veenhoven R. The four qualities of life. ordering concepts and measures of the good life / Ruut Veenhoven // *Journal of Happiness Studies.* – 2000. – Vol. 1. – P. 1–39.
523. Veenhoven R. Happy life expectancy: a comprehensive measure of quality of life in nations / R. Veenhoven // *Social Indicators Research.* – 1996. – Vol. 39. – P. 1–58.
524. Walker K. Social support networks and the crisis of bereavement / Walker K., Macbride A., Vachon M. L. S. // *Social Science and Medicine.* – 1997. – Vol. 11. – P. 34–41.
525. Wallander J. L. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications / J. L. Wallander, M. Schmitt // *Journal of Clinical Psychology.* – 2001. – Vol. 57, N 4. – P. 571–585.
526. Wankel L. M. The psychological and social benefits of sport and physical activity / Wankel L. M., Berger B. G. // *Journal of Leisure Research.* – 2005. – Vol. 22. – N 2. – P. 167–182.
527. Warburton D. E. R. Prescribing Exercise as Preventive Therapy / D. E. R. Warburton, C. W. Nicol, S. S. Bredin // *Canadian Medical Association Journal.* – 2006. – Vol. 174, is. 7. – P. 961–974.
528. Ware J. E. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // *Med. Care.* – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.
529. Ware J. E. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes / J. E. Ware // *Cancer.* – 1984. – Vol. 53, suppl. 10. – P. 2316–2326.
530. Weight-specific health-related quality of life in adolescents with extreme obesity / Modi A. C., Loux T. J., Bell S. K. [et al.] // *Obesity.* – 2008. – Vol. 16. – P. 2266–2271.
531. Well-being in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging / P. J. Clarke, V. W. Marshall, C. D. Ryff, C. J. Rosenthal // *Canadian Journal on Aging.* – 2000. – Vol. 19. – P. 139–159.
532. Wentowski G. J. Reciprocity and the coping strategies of older people: Cultural dimensions of network building / G. I. Wentowski // *Gertontologist.* – 1981. – Vol. 21. – P. 600–609.
533. What's the better life index? [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.oecdbetterlifeindex.org> (data of application : 3.12.2015).
534. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Electronic resource] / WHO. – 2009. – 62 p. – Access mode : <http://www.who.int> (data of application : 17.06.2014).

535. Williams J. Health-related quality of life of overweight and obese children / J. Williams, M. Wake, M. D. K. Hesketh // *Journal of the American Medical Association*. – 2005. – Vol. 293. – P. 70–76.

536. Wilson I. B. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes / Wilson I. B., Cleary P. D. // *JAMA*. – 1995. – Vol. 273. – P. 59–65.

537. Woodruff S. I. A longitudinal assessment of the impact of health / fitness status and health behavior on perceived quality of life // S. I. Woodruff, T. L. Conway // *Percept. Mot. Skills*. – 1992. – Vol. 75, N 1. – P. 3–14.

538. Woodruff S. I. Impact of health and fitness-related behavior on quality of life / S. I. Woodruff, T. L. Conway // *Social Indicators Research*. – 1992. – Vol. 26. – P. 391–405.

539. Work-nonwork conflict and the perceived quality of life / R. W. Rice, M. R. Frone, D. B. McFarlin // *Journal of Organizational Behaviour*. – 1992. – Vol. 13. – P. 155–168.

540. World Health Organization. Heidelberg guidelines for promoting physical activities among older persons / World Health Organization // *Journal of Aging and Physical Activity*. – 1997. – Vol. 5. – P. 2–8.

541. Yearlong physical activity and health-related quality of life in older Japanese adults: the Nakanojo study / Akitomo Yasunaga, Fumiharu Togo, Eiji Watanabe [et al.] // *Journal of Aging and Physical Activity*. – 2006. – Vol. 14. – P. 288–301.

542. Yogi Eficácia de um programa de exercícios físicos na qualidade de vida de mulheres com osteoporose / M. A. Auad, R. P. Simões, S. Rouhani, L. S. Castello // *Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde*. – 2008. – Vol. 33. – P. 31–35.

543. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international 2001/ 2002 survey [Electronic resource] / C. Currie, Ch. Roberts, A. Morgan [et al.] – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. – Access mode : <http://www.hbsc.org/publications/reports.html> (data of application : 18.12.2015).

544. Youth sport volunteering: developing social capital? / T. Kay, S. Bradbury // *Sport, Education and Society*. – 2009. – Vol. 14, is. 1. – P. 121–140.

545. Zeller M. H. Predictors of health-related quality of life in obese youth / M. H. Zeller, A. C. Modi // *Obesity*. – 2006. – Vol. 14. – P. 122–130.

ДОДАТКИ

Додаток А

Міжнародна анкета з вивчення якості життя

Будь-ласка, відповідайте на кожне запитання. Деякі питання схожі між собою за формою, але відрізняються за змістом. Для кожного запитання виберіть лише одну відповідь. Якщо Ви не впевнені щодо вибору, тоді пригадайте, що найперший варіант, який Ви розглянули, – найкращий.

1. Ваше здоров'я взагалі є...

- 1 прекрасне; 2 дуже добре; 3 добре;
4 задовільне; 5 погане.

2. Як Ви загалом оцінюєте Ваше здоров'я в теперішній час порівняно з тим, що було рік тому?

- ₁ набагато краще, ніж рік тому;
₂ трохи краще, ніж рік тому;
₃ майже таке саме, як рік тому;
₄ трохи гірше, ніж рік тому;
₅ набагато гірше, ніж рік тому.

3. Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня. Чи Ваш стан здоров'я в цей час перешкоджає Вам виконувати певні дії впродовж звичайного дня? Якщо перешкоджає, то наскільки? (У кожній лінійці відзначте клітинку, що найкраще описує Вашу відповідь).

	так, дуже перешко- джає	так, пере- шкоджає помірно	ні, не пере- шкоджає зовсім
а) енергійні дії (піднімати вагу, бігати, брати участь у спортивних змаганнях тощо).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
б) помірна активність (прибирати в квартирі, пилюсосити, пересувати неважкі меблі)...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
в) піднімати або носити сумки з продуктами	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

г) підніматися на декілька поверхів сходами	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
д) підніматися на один поверх сходами	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
е) нахилитися, стати навколішки, зігнутися	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
є) пройти понад один кілометр	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
ж) пройти декілька кварталів	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
з) пройти один квартал	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
і) самостійно митися та вдягатися	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4. Чи мали Ви якісь труднощі з виконанням своєї роботи чи іншої щоденної діяльності через Ваш фізичний стан за останні чотири тижні?

А) менше часу працювали...

₁ так; ₂ ні;

Б) зробили менше, ніж хотіли...

₁ так; ₂ ні;

В) були обмежені в деяких діях

₁ так; ₂ ні;

Г) мали труднощі під час виконання роботи (наприклад, витратили на неї більше часу)...

₁ так; ₂ ні.

5. Чи мали Ви за останні чотири тижні труднощі з роботою чи іншою щоденною діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, стурбованість)?

А) менше часу провели за роботою...

₁ так; ₂ ні;

Б) зробили менше, ніж хотіли...

₁ так; ₂ ні;

В) не могли працювати як звичайно...

₁ так; ₂ ні.

6. Наскільки часто за останні чотири тижні Ваші проблеми зі здоров'ям, емоційним станом перешкождали Вашому соціальному спілкуванню (з сім'єю, друзями, сусідами, колективом)?

₁ зовсім не заважали;

₂ дещо заважали;

₃ помірно заважали;

₄ лише трохи заважали;

₅ дуже заважали.

7. Чи зазнали Ви фізичного болю за останні чотири тижні і якою мірою?

- ₁ ніякого; ₂ дуже слабкого;
₃ слабого; ₄ помірного;
₅ сильного; ₆ дуже сильного.

8. Наскільки за останні чотири тижні біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включно із роботою за межами дому і роботою по дому)?

- ₁ зовсім не перешкоджав;
₂ зовсім мало перешкоджав;
₃ помірно перешкоджав;
₄ перешкоджав;
₅ надзвичайно перешкоджав.

9. Це запитання відносно того, як Ви себе почували та що відбувалося з Вами впродовж останніх чотирьох тижнів. Для кожного запитання, будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх чотирьох тижнів. Скільки часу впродовж останніх чотирьох тижнів Ви ...

	увесь час	біль-шість часу	часто	інколи	зрідка	ніколи
А) почувалися сповненим життя	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Б) були дуже дратівливі	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
В) почувалися таким пригніченим, що ні з чого не раділи	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Г) почувалися спокійним	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Д) почувалися сповненим (ною) енергії	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Е) почувалися засмученим (ною) і виснаженим (ною) душевно	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Є) почувалися виснаженим (ною) фізично	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Ж) були щасливим (вою)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
З) почувалися втомленим (ною)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

10. Як часто за останні чотири тижні фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)?

- ₁ увесь час; ₂ більшість часу;
₃ деякий час; ₄ небагато часу;
₅ ніколи.

11. Наскільки правильне або неправильне кожне з тверджень щодо Вас?

A. Мені здається, що я можу захворіти легше, ніж інші.

- ₁ цілком правильне; ₂ загалом правильне;
₃ не знаю; ₄ загалом неправильне;
₅ цілком неправильне.

B. Мое здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю.

- ₁ цілком правильне; ₂ загалом правильне;
₃ не знаю; ₄ загалом неправильне;
₅ цілком неправильне.

B. Я передчуваю погіршення здоров'я.

- ₁ цілком правильне; ₂ загалом правильне;
₃ не знаю; ₄ загалом неправильне;
₅ цілком неправильне.

Г. Мое здоров'я прекрасне.

- ₁ цілком правильне; ₂ загалом правильне;
₃ не знаю; ₄ загалом неправильне;
₅ цілком неправильне.

Анкета “Якість життя дитини”

Нижче подано перелік ситуацій, які можуть бути проблемою для Тебе. Відзнач («X»), наскільки характерною була кожна з цих ситуацій для Тебе *упродовж останнього місяця*.

ТВОЄ ЗДОРОВ'Я ТА АКТИВНІСТЬ	Ніколи	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
1. Мені важко піднятися більше ніж на один поверх сходами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Мені важко бігати	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Мені важко займатися фізичними вправами та спортом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Мені важко піднімати будь-які важкі речі	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Мені важко приймати ванну або митися в душі самостійно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Мені важко виконувати домашню повсякденну роботу	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Мені боляче	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Я не дуже енергійний	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ТВІЙ ЕМОЦІЙНИЙ СТАН	Ніколи	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
1. Мені страшно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Мені сумно або я пригнічений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Я злий	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. У мене неспокійний сон	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Я переживаю, що буде зі мною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ТВОЇ СТОСУНКИ З ОТОЧЕННЯМ	Ніколи	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
1. Мені важко знайти спільну мову зі своїми однолітками	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Інші підлітки не хочуть товаришувати зі мною	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Інші підлітки кепкують з мене	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Я не можу робити деякі речі, які роблять інші підлітки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Мені важко залишатися бадьорим з моїми однолітками	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>ПРО ШКОЛУ</i>	<i>Ніколи</i>	<i>Майже ніколи</i>	<i>Інколи</i>	<i>Часто</i>	<i>Майже завжди</i>
1. Мені важко зосередитися у класі	○	○	○	○	○
2. Я забуваю свої речі	○	○	○	○	○
3. Я маю труднощі з виконанням завдань у школі	○	○	○	○	○
4. Я пропускаю заняття у школі, тому що погано себе почуваю	○	○	○	○	○
5. Я пропускаю школу для того, щоб піти до лікаря (у поліклініку, лікарню)	○	○	○	○	○

**Опитувальник для визначення
рівня фізичної активності старших дітей
(Physical Activity Questionnaire for Older Children, PAQ-C)**

За допомогою наступних питань ми спробуємо визначити Твій рівень фізичної активності впродовж останніх 7 днів. Питання стосуватимуться такої фізичної активності (або занять спортом, рухливих ігор), під час якої Ти потієш, а згодом відчуваєш втому, також це будь-яка фізична активність, яка змушує Тебе швидше дихати.

**ЗАПАМ'ЯТАЙ: БУДЬ-ЯКА ТВОЯ ВІДПОВІДЬ Є ПРАВИЛЬНОЮ.
БУДЬ ЛАСКА ВІДПОВІДАЙ ЧЕСНО – ЦЕ НАДЗВИЧАЙНО ВАЖЛИВО!**

1. Твоя фізична активність у вільний час за останні 7 днів. Чи займався Ти яким-небудь різновидом фізичної активності, що названа нижче? Якщо ТАК, то як часто?

	Ні	1–2 рази на тиждень	3–4 рази на тиждень	5–6 разів на тиждень	Більше ніж 7 разів на тиждень
Стрибки зі скакалкою	○	○	○	○	○
Гребля	○	○	○	○	○
Катання на роликах	○	○	○	○	○
Гра у квача	○	○	○	○	○
Швидка ходьба	○	○	○	○	○
Їзда на велосипеді	○	○	○	○	○
Біг	○	○	○	○	○
Аеробіка	○	○	○	○	○
Плавання	○	○	○	○	○
Бейсбол, софтбол	○	○	○	○	○
Танці	○	○	○	○	○
Американський футбол	○	○	○	○	○
Бадмінтон	○	○	○	○	○
Скейтбординг	○	○	○	○	○
Футбол	○	○	○	○	○
Вуличний хокей	○	○	○	○	○
Волейбол	○	○	○	○	○
Хокей на траві, у залі	○	○	○	○	○
Баскетбол	○	○	○	○	○
Катання на ковзанах	○	○	○	○	○
Катання на лижах	○	○	○	○	○
Хокей на льоду	○	○	○	○	○
Інше	○	○	○	○	○
_____	○	○	○	○	○
_____	○	○	○	○	○

2. Як часто Ти був активний (грав у спортивні ігри, бігав, стрибав тощо) під час уроків фізкультури за останні 7 днів?

- О я не брав участі в жодній фізичній активності;
- О майже ніколи;
- О інколи;
- О дуже часто;
- О завжди.

3. Що Ти зазвичай робив під час перерв упродовж останніх 7 днів?

- О сидів (розмовляв, читав, виконував домашні завдання);
- О стояв чи ходив;
- О побігав, погрався трохи;
- О довго бігав або грався;
- О переважно тільки бігав або грався увесь час.

4. Що Ти зазвичай робив перед другим сніданком (ланчем) упродовж останніх 7 днів?

- О сидів (розмовляв, читав, виконував домашні завдання);
- О стояв чи ходив;
- О побігав, погрався трохи;
- О довго бігав або грався;
- О переважно тільки бігав або грався увесь час.

5. Скільки днів відразу після школи Ти займався спортом, танцями чи грав у спортивні (рухливі) ігри впродовж останніх 7 днів?

- О жодного;
- О 1 раз за попередній тиждень;
- О 2–3 рази за попередній тиждень;
- О 4 рази за попередній тиждень;
- О 5 разів за попередній тиждень.

6. Скільки вечорів Ти присвятив заняттям спортом, танцям, рухливим іграм упродовж останніх 7 днів?

- О жодного;
- О 1 раз за попередній тиждень;
- О 2–3 рази за попередній тиждень;
- О 4–5 разів за попередній тиждень;
- О 6–7 разів за попередній тиждень.

7. Скільки разів Ти займався спортом, танцями чи бавився в рухливі ігри впродовж останніх вихідних?

- О жодного;
- О 1 раз;

- 2–3 рази;
- 4–5 разів;
- 6 і більше разів.

8. Яке з наступних тверджень найкраще описує Твою діяльність за попередні 7 днів?

- О весь або більшість мого вільного часу я проводжу за виконанням справ, які вимагають зовсім небагато фізичних зусиль;
- О я інколи (1–2 рази на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи (наприклад, граю у спортивні ігри, бігаю, плаваю, катаюся на велосипеді, займаюся аеробікою тощо);
- О я часто (3–4 рази на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи;
- О я доволі часто (5–6 разів на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи;
- О я дуже часто (7 і більше разів на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи.

9. Як часто за останній тиждень Ти займався фізичними вправами (займався спортом, грав у рухливі ігри, танцював тощо)?

	<i>Ніколи</i>	<i>Дуже рідко</i>	<i>Інколи</i>	<i>Часто</i>	<i>Дуже часто</i>
Понеділок	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вівторок	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Середа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Четвер	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
П'ятниця	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Субота	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неділя	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Чи Ти хворів минулого тижня, чи заважало щось звичній фізичній активності?

- О так. Що саме заважало Тобі? _____);
- О ні.

Опитувальник для визначення рівня фізичної активності підлітків (Physical Activity Questionnaire for Adolescents, PAQ-A)

За допомогою наступних питань ми спробуємо визначити Твій рівень фізичної активності впродовж останніх 7 днів. Питання стосуватимуться такої фізичної активності (або занять спортом, рухливих ігор), під час якої Ти потієш, а згодом відчуваєш втому, також це будь-яка фізична активність, яка змушує Тебе швидше дихати.

*ЗАПАМ'ЯТАЙ: БУДЬ-ЯКА ТВОЯ ВІДПОВІДЬ Є ПРАВИЛЬНОЮ.
БУДЬ ЛАСКА, ВІДПОВІДАЙ ЧЕСНО – ЦЕ НАДЗВИЧАЙНО ВАЖЛИВО!*

1. Твоя фізична активність у вільний час за останні 7 днів. Чи займав-ся Ти яким-небудь різновидом фізичної активності, що названа нижче? Якщо ТАК, то як часто?

	Ні	1–2 рази на тиж- день	3–4 рази на тиж- день	5–6 разів на тиж- день	Більше ніж 7 разів на тиждень
Стрибки зі скакалкою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Гребля	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Катання на роликах	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Гра у квача	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Швидка ходьба	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Їзда на велосипеді	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Біг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Аеробіка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Плавання	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Бейсбол, софтбол	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Танці	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Американський футбол	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Бадмінтон	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Скейтбординг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Футбол	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вуличний хокей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Волейбол	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Хокей на траві, у залі	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Баскетбол	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Катання на ковзанах	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Катання на лижах	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Хокей на льоду	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Інше	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Як часто Ти був активний (грав у спортивні ігри, бігав, стрибав тощо) під час уроків фізкультури за останні 7 днів?

- я не брав участі в жодній фізичній активності;
- майже ніколи;
- іноколи;
- дуже часто;
- завжди.

3. Що Ти зазвичай робив перед другим сніданком (ланчем) упродовж останніх 7 днів?

- сидів (розмовляв, читав, виконував домашні завдання);
- стояв чи ходив;
- побігав, погрався трохи;
- довго бігав або грався;
- переважно тільки бігав або грався увесь час.

4. Скільки днів відразу після школи Ти займався спортом, танцями чи грав у спортивні (рухливі) ігри впродовж останніх 7 днів?

- жодного;
- 1 раз за попередній тиждень;
- 2–3 рази за попередній тиждень;
- 4 рази за попередній тиждень;
- 5 разів за попередній тиждень.

5. Скільки вечорів Ти присвятив заняттям спортом, танцям, рухливим іграм упродовж останніх 7 днів?

- жодного;
- 1 раз за попередній тиждень;
- 2–3 рази за попередній тиждень;
- 4–5 разів за попередній тиждень;
- 6–7 разів за попередній тиждень.

6. Скільки разів Ти займався спортом, танцями чи бавився в рухливі ігри впродовж останніх вихідних?

- жодного;
- 1 раз;

- 2–3 рази;
- 4–5 разів;
- 6 і більше разів.

7. Яке із наступних тверджень описує найкраще Твою діяльність за попередні 7 днів?

- О весь або більшість мого вільного часу я проводжу за виконанням справ, які вимагають зовсім небагато фізичних зусиль;
- О я інколи (1–2 рази на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи (наприклад, граю у спортивні ігри, бігаю, плаваю, катаюся на велосипеді, займаюся аеробікою тощо);
- О я часто (3–4 рази на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи;
- О я доволі часто (5–6 разів на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи;
- О я дуже часто (7 і більше разів на тиждень) у вільний час виконую фізичні вправи.

8. Як часто за останній тиждень Ти займався фізичними вправами (займався спортом, грав у рухливі ігри, танцював тощо)?

	<i>Ніколи</i>	<i>Дуже рідко</i>	<i>Інколи</i>	<i>Часто</i>	<i>Дуже часто</i>
Понеділок	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вівторок	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Середа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Четвер	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
П'ятниця	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Субота	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неділя	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Чи Ти хворів минулого тижня, чи заважало щось звичній фізичній активності?

- О так. Що саме заважало Тобі? _____);
- О ні.

**Міжнародний питальник
для визначення рівня фізичної активності
(International Physical Activity Questionnaire, IPAQ)**

Питання, які ми пропонуємо, стосуються часу, упродовж якого Ви були фізично активні **за останні 7 днів**. Будь ласка, відповідайте на кожне запитання, навіть якщо не вважаєте себе фізично активною людиною. Згадайте про всі види діяльності, якими Ви займаєтеся на роботі, вдома, у Вашому саду чи на присадибній ділянці, щоб дістатися з одного місця до іншого, під час відпочинку, а також, що Ви робили, коли займалися фізкультурою чи спортом.

Пригадайте всі різновиди **інтенсивної** чи **помірної** фізичної активності, яку Ви виконували впродовж **останніх 7 днів**. **Інтенсивна фізична активність** вимагає прикладання значних фізичних зусиль і зумовлює пришвидшення дихання. **Помірна фізична активність** вимагає прикладання помірних фізичних зусиль і дещо пришвидшує дихання порівняно із станом спокою.

Частина 1. Фізична активність, пов'язана з роботою

Ця частина стосується Вашої роботи (навчання, оплачувана робота, заняття сільським господарством, волонтерською роботою, відвідування курсів чи інша неоплачувана робота поза Вашим домом). Будьласка, не зараховуйте до неоплачуваної роботи хатню роботу, роботу на подвір'ї (городі), опіку над родиною. Цим питанням присвячено частину 3.

1. У Вас є робота або неоплачувана робота поза Вашим домом?

так;

ні. → *Переходьте до ЧАСТИНИ 2. Фізична активність, пов'язана із переміщенням.*

Наступні запитання стосуються всіх видів фізичної активності, які Ви зробили протягом 7 днів як частину Вашої оплачуваної або неоплачуваної роботи. Запитання не стосуються добирання з (до) роботи.

2. Скільки часу Ви приділили **інтенсивній фізичній активності**, такий як піднімання важких вантажів, копання, будівельні роботи, піднімання сходами **як частині Вашої роботи** впродовж останніх **7 днів**? Пригадайте тільки ту фізичну активність, яку Ви виконували щонайменше 10 хвилин за один раз.

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 4.*

3. Скільки часу Ви зазвичай витрачаєте на **інтенсивну фізичну активність**?

_____ годин на день;
_____ хвилин на день.

4. Згадайте про фізичну активність, яку Ви виконували щонайменше 10 хвилин. Протягом якого часу (за **останні 7 днів**) Ви виконували **помірну фізичну активність**, таку як перенесення легких вантажів, **як частину своєї роботи**. Будьласка, не враховуйте ходьбу.

_____ днів на тиждень;
 не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 6.*

5. Скільки часу Ви витрачаєте на **помірну фізичну активність**?

_____ годин на день;
_____ хвилин на день.

6. Упродовж якого часу за **останні 7 днів** Ви **ходили** щонайменше 10 хвилин **під час роботи**?

_____ днів на тиждень;
 не виконував такої діяльності. → *Переходьте до ЧАСТИНИ 2.*
Фізична активність, пов'язана з переміщенням.

7. Скільки часу Ви витрачаєте на таку **ходьбу**?

_____ годин на день;
_____ хвилин на день.

Частина 2. Фізична активність, пов'язана із переміщенням

Ці запитання стосуються способу переміщення з місця на місце, включно з добиранням до роботи, магазину, місць розваг тощо. Просимо врахувати лише діяльність, що тривала щонайменше 10 хвилин.

8. Скільки було днів за **останній тиждень (7 днів)**, коли Ви користувалися такими видами **транспорту**, як потяг, автобус, трамвай, машина тощо?

_____ днів на тиждень;
 не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 10*

9. Скільки часу Ви **їздили** потягом, автобусом, трамваем, машиною тощо?

_____ годин на день;
_____ хвилин на день.

Тепер подумайте лише про ходьбу або їзду на велосипеді для того щоб дістатися на роботу або з одного місця до іншого.

10. Скільки днів упродовж **останнього тижня (7 днів)** Ви їздили велосипедом щонайменше 10 хвилин, для того щоб дістатися з **одного місця до іншого**?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 12*

11. Скільки часу Ви їздили **велосипедом**, для того щоб дістатися з **одного місця до іншого**?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

12. Скільки було днів за **останній тиждень (7 днів)**, коли Ви ходили щонайменше 10 хвилин, для того щоб дістатися з **одного місця до іншого**?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до ЧАСТИНИ 3.*

Домашня робота, щоденна робота, турбота про родину.

13. Скільки часу Ви **ходите**, для того щоб дістатись з **одного місця до іншого**?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

Частина 3. Домашня робота, щоденна робота, турота про родину

Цей розділ стосується фізичної активності, якою Ви займалися за останній тиждень (7 днів) вдома і поза домом (домашня робота, садівництво, робота на подвір'ї, щоденні домашні роботи), турбота про сім'ю. **Просимо врахувати тільки діяльність, що тривала щонайменше 10 хвилин.**

14. Скільки днів за **останній тиждень (7 днів)** Ви займалися **інтенсивною фізичною активністю**, такою як піднімання важких вантажів, рубання дров, прибирання снігу, копання на присадибній ділянці чи на подвір'ї?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 16.*

15. Скільки часу Ви займаєтесь інтенсивною фізичною активністю на присадибній ділянці чи на подвір'ї?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

16. Скільки днів за **останній тиждень (7 днів)** Ви займалися **помірною фізичною активністю**, такою як піднімання легких вантажів, підмітання, миття вікон, прибирання листя на подвір'ї чи у городі?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 18.*

17. Скільки часу Ви займаєтеся **помірною фізичною активністю** на присадибній ділянці чи на подвір'ї?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

18. Скільки днів за **останній тиждень (7 днів)** Ви займалися **помірною фізичною активністю у Вашому будинку (квартирі)** (піднімання легких вантажів, підмітання, миття вікон та підлоги тощо)?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до ЧАСТИНИ 4.
Рекреація, спорт, фізична активність у вільний час.*

19. Скільки часу Ви займаєтеся **помірною фізичною активністю у Вашому будинку (квартирі)**?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

Частина 4. Рекреація, спорт, фізична активність у вільний час

Цей розділ стосується тієї фізичної активності, якою Ви займалися впродовж останнього тижня (7 днів) і яка була присвячена відпочинку, вільному проведенню часу, спорту, виконанню фізичних вправ. Під час відповіді на запитання просимо не брати до уваги ті різновиди фізичної активності, про які Ви вже згадували (фізична активність, пов'язана з роботою, переміщенням, хатньою роботою, опікою над родиною). Цим різновидам фізичної активності присвячені частини 1, 2 і 3 опитувальника. ***Просимо врахувати лише діяльність, що тривала щонайменше 10 хвилин.***

20. Скільки днів за **останній тиждень (7 днів)** Ви ходили у **вільний час**? (під час відповіді на питання не враховувати ходьбу, про яку Ви згадували вище).

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 22.*

21. Скільки часу Ви **ходите** у вільний час?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

22. Скільки днів за **останній тиждень (7 днів)** Ви займалися **інтенсивною фізичною активністю**, такою як аеробіка, біг, швидка їзда на велосипеді, швидке плавання у **вільний час**?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до запитання 24.*

23. Зазвичай в один із таких днів скільки часу Ви займалися **інтенсивною фізичною активністю** у вільний час?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

24. Скільки днів за **останній тиждень (7 днів)** Ви займалися **помірною фізичною активністю** (їзда на велосипеді в регулярному темпі, плавання у регулярному темпі, гра у волейбол тощо) у **вільний час**?

_____ днів на тиждень;

не виконував такої діяльності. → *Переходьте до ЧАСТИНИ 5.*

Час, проведений сидячи.

25. Скільки часу Ви займалися **помірною фізичною активністю** у вільний час?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

Частина 5. Час, проведений сидячи

Останні питання стосуються часу, який Ви проводите сидячи на роботі, вдома, під час навчання і у вільний час. Це може бути також час, проведений за столом, відвідин друзів, читання, час, проведений сидячи або лежачи для перегляду телебачення. Не беріть до уваги час, проведений у транспорті, про який Ви вже давали відповідь.

26. Скільки часу за **останній тиждень (7 днів)** Ви провели **сидячи у будень**?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

27. Скільки часу за **останній тиждень (7 днів)** Ви провели **сидячи у вихідний день**?

_____ годин на день;

_____ хвилин на день.

Анкета для оцінювання способу життя дітей

1	Клас _____	Школа _____	Район _____
2	Я...	<input type="radio"/> хлопчик	<input type="radio"/> дівчинка
3	Я народився (народилася) _____ рік _____ місяць		
4	Заняття фізичною культурою та спортом є для мене		
<i>неважливими</i>			<i>дуже важливими</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10		

5	Ти займаєшся у спортивній секції?		
	<input type="radio"/> Так (якій? _____)	<input type="radio"/> Раніше займався, тепер ні	<input type="radio"/> Ні

	Чи Твої батьки займаються фізичною культурою, спортом?	Щоденно	Кілька разів на тиждень	Один раз на тиждень	Зрідка	Не займаються взагалі
6	Моя мама займається спортом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Мій тато займається спортом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Чи часто Ти бігаєш та бавишся на свіжому повітрі?	Щоденно	Кілька разів на тиждень	Один раз на тиждень	Зрідка	Ніколи
8	Я проводжу час на свіжому повітрі	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9	Чи у Тебе є власна кімната?	Ні		Так	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Як часто за останні 12 місяців Ти їздив на канікулах куди-небудь із сім'єю за межі міста?	Взагалі не їздив	Один раз	Два рази	Більше ніж два рази
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11	У Твоїх батьків є автомобіль чи мікроавтобус?	Немає	Один	Два і більше	
		О	О	О	
12	Скільки комп'ютерів є у Твоїї сім'ї?	Жодного немає	Один	Два	Більше ніж два
		О	О	О	О

Як Ти добираєшся у школу і скільки часу на це витрачаєш?				
13	Пішки	О	___ раз на тиждень	___ хв
14	На велосипеді	О	___ раз на тиждень	___ хв
15	На автобусі	О	___ раз на тиждень	___ хв
16	Йду пішки до зупинки автобуса (маршрутки тощо)	О	___ раз на тиждень	___ хв
17	На машині	О	___ раз на тиждень	___ хв

Оціни себе за такими твердженнями		Не згодний	Частково згодний	Майже повністю згодний	Згодний, так воно і є
18	Мені подобається моє тіло таким, яким воно є	О	О	О	О
19	У мене прекрасні результати у спорті	О	О	О	О
20	Я часто забуваю те, що вивчив у школі	О	О	О	О
21	Порівняно з іншими я маю добрий вигляд	О	О	О	О
22	У мене є причина, щоб пишатися собою	О	О	О	О
23	Я часто сумую без причини	О	О	О	О
24	Я із задоволенням змінив би свою зовнішність	О	О	О	О
25	Під час уроків фізичної культури я зовсім не помічаю як проминає час	О	О	О	О
26	Завдання, які дає вчитель у школі, та домашні завдання я можу виконувати дуже швидко	О	О	О	О

27	Загалом, я дуже задоволений собою	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	У спорті я швидше досягаю кращих результатів, ніж мої однолітки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Якщо хтось згадує про спорт, то в мене всередині все ніби стискається	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	У мене хороші успіхи у школі	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Я про себе не дуже високої думки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Я рідко сміюся	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Інші діти виглядають краще, ніж я	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Під час уроків фізкультури я забуваю про все	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Нові вправи на уроках фізичної культури я засвоюю дуже швидко	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Я думаю, що я такий самий розумний, як і мої однолітки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Я думаю, що в мене все в порядку	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	У вільний час я найбільш охоче займався б фізичною культурою і спортом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Я маю дійсно добрий вигляд	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Я часто сиджу без діла, тому що не хочу нічого робити	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Мої результати у фізичній культурі і спорті такі ж хороші, як і у моїх однолітків	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	У школі я навчаюся погано	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Я вважаю своє тіло негарним	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44	Якщо інші веселяться, я не можу сміятися і веселитися з ними	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Я почуваю себе погано у власному тілі	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	У мене погані успіхи у фізичній культурі та спорті	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Я виглядаю краще, ніж більшість моїх друзів	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	На уроках мені важко відповідати на запитання	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Я більше нічому не радію і ніщо не приносить мені задоволення	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Як зазвичай ти харчуєшся в будень?		Регулярно?		Якщо ТАК, то з ким (відмітьте відповідь хрестиком «X»)			
		Так	Ні	бать- ки/се- стри,бра- ти/бабуся, дідуць	тільки брати, сестри	один	з друзья- ми
50	Перший сніда- нок вдома	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	Другий сніда- нок у школі	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52	Обід	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	Підвечірок (пиріж- ки, печиво, солодощі)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54	Підвечірок (фрукти)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55	Вечеря	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56	“Перекуска” пізно ввечері	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Як часто за останні 6 місяців ти споживав такі продукти?		Що-денно	Багато разів на тиж-день	1 раз на тиж-день	Менше ніж 1 раз на тиж-день або ніколи
57	Хліб із цільних злаків (зерновий хліб) або борошна грубого мелення, чорний хліб	○	○	○	○
58	Білий хліб, “змішаний” хліб (з житнього і пшеничного борошна)	○	○	○	○
59	Мармелад (варення), “Нутелла” (шоколадна паста)	○	○	○	○
60	Пластівці (кукурудзяні, вівсяні)	○	○	○	○
61	Мюслі	○	○	○	○
62	Твердий сир, домашній сир, йогурт	○	○	○	○
63	М’ясо	○	○	○	○
64	Ковбаса або шинка	○	○	○	○
65	Свіжі фрукти	○	○	○	○
66	Овочі	○	○	○	○
67	Макарони, локшина, спагеті (будь-якої форми та кольору)	○	○	○	○
68	Картопля	○	○	○	○
69	Рис	○	○	○	○
70	Солодощі, пиріжки, печиво	○	○	○	○
71	Солоне печиво, чіпси, горішки	○	○	○	○
72	Лимонад, кока-кола, фанта	○	○	○	○
73	Смажена картопля, картопля фрі	○	○	○	○
74	Риба, рибні палички	○	○	○	○
75	Піца	○	○	○	○
76	Ковбаса (варена, печена і т. д)	○	○	○	○
77	Гамбургери, “Біг-Мак”	○	○	○	○
78	Вода, мінеральна вода	○	○	○	○

Як часто Ти дивишся теле-візор і з ким?	Щоденно	Декілька разів на тиждень	Один раз на тиждень	Багато разів на місяць	Один раз на місяць або рідше	Ніколи
79 ... сам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80 ... з батьками	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81 ... з друзями	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Як часто Ти користуєшся комп'ютером і з ким?	Щоденно	Декілька разів на тиждень	Один раз на тиждень	Багато разів на місяць	Один раз на місяць або рідше	Ніколи
82 ... сам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83 ... з батьками	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84 ... з друзями	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Як часто Ти бавишся на ігровій приставці і з ким?	Щоденно	Декілька разів на тиждень	Один раз на тиждень	Багато разів на місяць	Один раз на місяць або рідше	Ніколи
85 ... сам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86 ... з батьками	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87 ... з друзями	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Скільки часу ти зазвичай дивишся телевизор, відео, DVD?	Зовсім не дивишся		~ 30 хв на день	~ 1 годину на день	~ 2 години на день	~ 3 години на день	~ 4 години на день	~ 5 годин на день	~ 6 годин і більше
	0	0							
88 У будень	0	0							
89 У вихідний день	0	0							

Скільки годин щодня у вільний час Ти користуєшся комп'ютером (бавишся в ігри, пишеш листи, виконуєш домашні завдання, використовуєш інтернет)?	Не використовую		~ 30 хв на день	~ 1 годину на день	~ 2 години на день	~ 3 години на день	~ 4 години на день	~ 5 годин на день	~ 6 годин і більше
	0	0							
90 У будень	0	0							
91 У вихідний день	0	0							

Скільки годин щодня ти бавишся на ігровій приставці?	Зовсім не бавлюся	~ 30 хв на день	~ 1 годину на день	~ 2 години на день	~ 3 години на день	~ 4 години на день	~ 5 годин на день	~ 6 годин і більше
93 У вихідний день	0	0	0	0	0	0	0	0

94	Найважче мені відмовитися від	Фізичної культури та спорту		
		Телевізора	Комп'ютера	Фізичної культури та спорту
		0	0	0

Наукове видання

ПАВЛОВА Юлія Олександрівна

**ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ**

Монографія

Редактори: **Оксана БОРИС, Єлизавета ЛУПИНІС**
Коректор **Ірина ЛАЙТАРУК**

Комп'ютерне верстання, дизайн – **Степан ОСІНЧУК**

Дизайн обкладинки – **Оксана ОСІНЧУК**

Підписано до друку 23.06.2016. Формат 60x84/16.

Папір офсет. Гарнітура Minion. Друк різнограф.

Ум. друк. арк. 22,69. Обл. вид. арк. 18,25.

Наклад 300 прим. Зам. № 126.



Львівський державний університет фізичної культури

Редакційно-видавничий відділ

79007, м. Львів, вул. Костюшка, 11

тел. +38 (032) 261-59-90

<http://www.ldufk.edu.ua/>

e-mail: redaktor@ldufk.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи

до Державного реєстру видавців, виготівників

та книгорозповсюджувачів видавничої продукції

ДК № 3354 від 24.12.2008 р.

Друк
ТзОВ НВФ «Українські технології»
79035, м. Львів, вул. Зелена, 251
тел./факс: +38 (032) 244-20-08

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
та книгорозповсюджувачів видавничої продукції
ДК №4732 від 12.06.2014 р.