

Особливості оцінювання якості життя шкільної молоді, пов'язаної з її здоров'ям

Ю. О. Павлова

Науково-дослідний інститут Львівського державного університету фізичної культури, Львів, Україна

Резюме. Проаналізована методологія дослідження якості життя шкільної молоді, пов'язаної з її здоров'ям. Розглянуті особливості оцінки фізичного (фізична активність, енергичність, спортивна компетенція), психологічного (настрій, емоції, задоволення життям), соціального (характер взаємозв'язків у шкільному середовищі, стосунки з ровесниками) та матеріального благополуччя дітей та молоді з урахуванням факторів здоров'я зберегаючої шкільної середовища. Досліджені умови ефективного валідації та впровадження методик оцінки якості життя для масштабних популяційних досліджень.
Ключові слова: якість життя, здоров'я, діти, молодь.

Summary. The methodology of studying of health related life quality of youth was analyzed. The features for evaluation of physical well-being (physical activity, energy, athletic competence), psychological well-being (mood, emotions, life satisfaction), social well-being (the nature of relationships in the school environment, relationships with peers) and material well-being of children and young people were considered. The factors of health-school environment were taking into account. The conditions for effective validation and implementation of methods for life quality evaluation for large-scale population studies were studied

Key words: quality of life, health, children, youth.

Постановка проблеми. Неінфекційні хвороби зумовлюють кожні три смерті з п'яти та суттєво погіршують соціально-економічний розвиток. Щороку у Європейському регіоні ВООЗ від них помирає 8,3 млн осіб та втрачається 115,7 млн років здорового життя [1]. У зв'язку із цим показники здоров'я важливі при оцінюванні рівня розвитку кожної країни.

Дуже велике значення для суспільства має здоров'я дітей та молоді. У статті 12 Конвенції ООН «Про права дитини» зазначено, що дитина має право вільно висловлювати власні погляди, причому її поглядам приділяється належна увага згідно із віком та зрілістю. Починаючи із юного віку діти самостійно висловлюють думки, демонструють певне ставлення до власного здоров'я. Розуміння дітьми цього поняття необхідне для здійснення коротко- та довготривалих прогнозів щодо суспільного здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження якості життя — ключовий елемент сучасних міжнародних популяційних досліджень стану здоров'я та впливу на нього демографічних, соціальних, психологічних чинників [7, 10, 12, 14, 21]. Вивчення якості життя як медико-соціального явища дозволяє не тільки зосереджувати увагу на патологічних процесах, позитивній

чи негативній дії лікувальних заходів, але й прогнозувати продуктивність праці, можливу втрату працездатності.

На сьогодні у наукових працях проаналізовано проблему визначення якості життя різних вікових груп, які страждають на гострі чи хронічні захворювання [6, 24, 33]. Мало уваги приділено тим групам населення, які практично здорові і не мають патологій. Незважаючи на існуючі теоретичні моделі, які зосереджуються на можливих симптомах захворювань або на функціональному стані чи самопочутті [11, 15, 32], дослідниками виявлено та охарактеризовано лише 40 % чинників, що обумовлюють якість життя, пов'язану зі здоров'ям. Механізми, які лежать в основі впливу цих чинників, остаточно не зрозумілі та мало вивчені.

Під час оцінювання ефективності вітчизняних заходів охорони здоров'я, освітніх, в тому числі превентивних програм, виявлення груп ризиків не використовується підхід, який би передбачав вивчення широкого спектра показників, зосереджував увагу на суб'єктивному сприйнятті здоров'я та щоденного функціонування, а також на позитивних аспектах буття людини, її емоціях. Гостро на сьогодні постає проблема застосування новітніх концепцій, які б дозволили інтегрально

охарактеризувати фізичне, психологічне, емоційне та соціальне здоров'я людини, врахувати чинники навколишнього середовища, життєві цінності та навички індивіда. Згадані суперечності обумовлені перш за все відсутністю популяційних досліджень якості життя українців. Важливою залишається також проблема розробки, валідації та використання методів досліджень, які дозволили б порівнювати якість життя, пов'язану зі здоров'ям мешканців різних країн світу, створення нормативних баз даних для різних регіонів, визначення довготривалого впливу способу життя на фізичне і психічне здоров'я.

Мета дослідження — проаналізувати особливості оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, шкільної молоді у контексті проведення масштабних популяційних досліджень.

Методи та організація дослідження. Для досягнення мети було використано такі методи: теоретичне узагальнення та порівняння, критичний та системно-структурний аналіз, анкетування, математична статистика.

Якість життя, пов'язану зі здоров'ям школярів 10-го класу, визначали за допомогою анкети MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form 36). Участь у дослідженні взяли 230 хлопців та 230 дівчат. Опитування проводили у Львові, 18 районах Львівської області та чотирьох містах обласного підпорядкування (Червоноград, Стрий, Трускавець та Дрогобич). У межах кожної територіальної одиниці на базі двох загальноосвітніх навчальних закладів опитано по 10 хлопців та дівчат.

Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювали за допомогою програми «Origin».

Результати та їх обговорення. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (Health-related quality of life, HRQOL) — багатовимірне поняття, що 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, рівня його фізичної та суспільної активності. У медичній практиці такі вимірювання дозволяють зрозуміти пріоритети пацієнта, полегшити його спілкування з медичним персоналом, відстежити зміни у стані здоров'я хворого у процесі лікування та реабілітації. Проте можна стверджувати, що оцінювання якості життя також дуже важливе для визначення психосоціального, освітнього і медичного обслуговування осіб, які не страждають на гострі чи хронічні захворювання.

Загалом на сьогодні існує 98 різних інструментів для оцінювання якості життя дітей та підлітків, з них 30 загальних та 64 спеціальних

(орієнтованих на пацієнтів, які страждають на певне захворювання) [20]. «Ядром» більшості загальних методик є базові концепції, пов'язані з фізичним, психічним та соціальним здоров'ям. Найнижча вікова межа при суб'єктивному визначенні якості життя складає 5–6 років. У загальних анкетах увагу зосереджено на самостійних відповідях дітей та підлітків, враховано можливість проведення контрольного опитування серед батьків. Натомість одна чверть спеціальних методик розрахована винятково на осіб, які доглядають за хворим — батьків, опікунів, медичний персонал тощо.

Для створення стандартизованої міжнародної методики, яка б концептуально і лінгвістично підходила для застосування у різних країнах світу у Європейському регіоні, був реалізований проект KIDSCREEN. Він був обумовлений необхідністю ідентифікувати чинники, що впливають на життя дітей і молоді, виявити осіб, які перебувають у групі ризику у зв'язку із невисокими показниками суб'єктивного здоров'я, відстежити зміни у стані здоров'я дітей у певному часовому проміжку, оцінити профілактичні заходи, що проводяться службами охорони здоров'я.

Цільовою аудиторією проекту були особи 8–18 років. Проект реалізовувався протягом трьох років (2001–2004 рр.) у 13 країнах (Австрії, Чехії, Франції, Німеччині, Греції, Угорщині, Ірландії, Польщі, Іспанії, Швеції, Швейцарії, Нідерландах, Великій Британії). Під час першого етапу було здійснено огляд літератури, проведено консультації з експертами, встановлено обсяг і тематику анкети. Учасники «пілотного» опитування — понад 25 тис. громадян Австрії, Франції, Німеччини, Нідерландів, Іспанії, Швейцарії та Великої Британії. Як один із результатів проекту — запропоновано якість життя дітей розглядати з урахуванням холистичної моделі здоров'я та виділяти у цій багатоскладовій структурі фізичну, психологічну, соціальну і матеріальну компоненти (табл. 1).

Активно на сьогодні у медичній практиці і популяційних дослідженнях використовують вимірювальну систему PedsQL [31]. У цій анкеті можна виокремити базову частину (14 питань), яка дозволяє оцінити фізичне, психічне і соціальне благополуччя та змінні модулі, що стосуються конкретного захворювання — раку, діабету, цистозного фіброзу тощо. Також анкета існує у кількох різновидах — для дітей 5–7, 8–12, 13–18 років, а також для батьків. Така конструкція дозволяє подолати певні несумісності, які є у загальних і спеціальних анкетах, а також врахувати рівень розвитку дитини. У деяких випадках

ТАБЛИЦЯ 1 – Оцінювання якості життя дітей за допомогою анкети KIDSCREEN-52 [29]

Компонента якості	Структура анкети	Показники, що вивчаються
Фізична	Фізичне благополуччя	Рівень фізичної активності, енергійність
Психологічна	Психологічне благополуччя	Психологічний стан, позитивні емоції, задоволеність життям
	Настрій та емоції	Депресія, негативні емоції, стрес
	Самосприйняття	Оцінювання власного вигляду та тіла
Соціальна	Автономія	Проведення вільного часу та можливість налагоджувати стосунки з іншими людьми
	Стосунки з батьками і атмосфера вдома	Родинні стосунки
	Соціальний контакт з однолітками	Взаємовідносини респондента з іншими дітьми
	Соціальне сприйняття	Стосунки у школі
	Шкільне середовище	Сприйняття власних когнітивних здібностей, можливість зосереджуватися і навчатися
Матеріальна	Фінансові ресурси	Матеріальне становище

дитина не може оцінити власну якість життя, оскільки є занадто малою, хворою або неповносправною. У такому випадку важлива участь батьків в анкетуванні, оскільки вони можуть передати сприйняття якості життя дітьми (так зване проксі-опитування).

Аналіз подібних методик показує, що суб'єктивна оцінка якості життя насамперед залежить від володіння мовленнєвими навичками, які дозволяють розуміти, про що запитується, та сформулювати відповідь. Оскільки багато анкет мають на меті вивчити досвід протягом певного періоду (наприклад, за минулий тиждень чи місяць), важливим є розуміння поняття «час» та вміння оперувати ним.

Деякі індикатори якості життя актуальні для одного віку, але нехарактерні для іншого. Наприклад, значення стосунків із протилежною статтю, можливість навчатися, проведення вільного часу суттєво відрізняються у дітей віком 5, 10 та 15 років. Так, Д. Френч та ін. [16] запропонували три форми Child Asthma Questionnaires, які відрізняються за змістом, довжиною та шкалою відповідей. Діти наймолодшої вікової групи (4–7 років) разом із 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 з допомогою батьків заповнюють дещо довшу анкету (23 запитання), враховуючи відношення до їх активності та частоти симптомів. Діти віком 12–16 років відповідають на 41 запитання, шкала є у цифровій формі.

На сьогодні в Україні не розроблено спеціальних національних анкет для вивчення якості життя; найчастіше застосовують перекладений на українську мову питальник MOS SF-36 [5]. Цей

короткий питальник був основним інструментом Міжнародного проекту визначення якості життя (IQOLA Project) [34], ефективним при вивченні благополуччя населення, стану здоров'я популяції, результатів лікування тощо. На відміну від інших питальників, які в основному орієнтовані на осіб із певними захворюваннями, його можна використовувати для вивчення HRQOL здорових людей, зокрема молоді віком від 14 років. Згідно з SF-36, якість життя оцінюють у балах (максимальний показник – 100, мінімальний – 0) за такими шкалами:

1) фізична активність – оцінювання щоденного фізичного навантаження (чим вищий показник, тим більше фізичне навантаження може виконати респондент);

2) роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності – взаємозв'язок між щоденною діяльністю і фізичним станом (чим вищий показник, тим менше фізичне здоров'я впливає на щоденну діяльність);

3) рівень болю (чим вищий показник, тим менше больові відчуття заважають щоденній діяльності респондента);

4) життєздатність – оцінювання рівня життєвого тону (чим вищий показник, тим більше часу респондент відчував себе бадьорим та енергійним);

5) соціальна активність – оцінювання відносин із оточуючими (низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів у зв'язку з погіршенням емоційного і фізичного стану);

6) психічне здоров'я (чим вищий цей показник, тим кращий настрій був у респондента);

7) обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем (чим вищий показник, тим менше негативні емоції впливають на виконання повсякденної роботи);

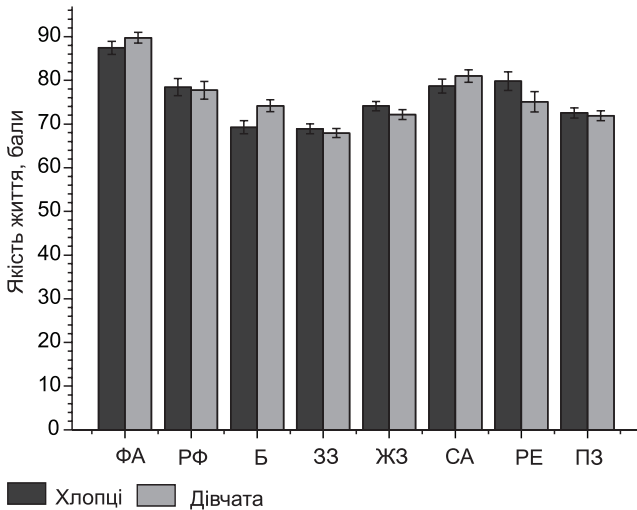


Рисунок 1 – Якість життя школярів 10-го класу, визначена за допомогою анкети MOS SF 36: ФА – фізична активність; РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; Б – рівень болю; ЗЗ – загальний стан здоров'я; ЖЗ – життєздатність; СА – соціальна активність; РЕ – обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем; ПЗ – психічне здоров'я

8) загальний стан здоров'я – суб'єктивна оцінка власного стану здоров'я.

Необхідно зауважити, що для українців характерні невисокі показники якості життя за усіма згаданими шкалами [2–4]. Негативні тенденції можна простежити уже під час відповідей школярів 10-го класу. У цієї вікової групи ще не спостерігається статистично достовірних відмінностей між результатами дівчат та хлопців, проте низькою, подібно до показників інших вікових груп, є якість життя за шкалами «Біль», «Загальний стан здоров'я», «Життєздатність», «Психічне здоров'я» (рис. 1).

Можна, стверджувати, що при визначенні якості життя дітей та молоді зосереджують увагу на таких чинниках: 1) об'єктивних умовах, у яких проживає дитина; 2) суб'єктивних почуттях задоволеності життям; 3) об'єктивних та суб'єктивних чинниках, взаємозв'язках між складовими якості життя і цінностями, прагненнями і очікуваннями дитини (рис. 2). У межах такої структури вивчають благополуччя: фізичне (рівень рухової активності, енергійності, спортивну компетенцію, спосіб проведення вільного часу, здатність виконувати повсякденну роботу тощо); психологічне (здійснюється аналіз психічного стану, зокрема позитивних та негативних емоцій та задоволеності життям); соціальне (взаємозв'язки у шкільному середовищі, стосунки з однолітками) та матеріальне.

Рухову активність часто розглядають як регульовану компоненту способу життя, що має

безпосереднє відношення до профілактики фізичних і психічних захворювань, а також девіантної поведінки, тому цей показник викликає особливе зацікавлення науковців у зв'язку із прогностичним значенням. Рівень рухової активності під час популяційних досліджень оцінюють зазвичай у балах або у метаболічних еквівалентах. Для цього застосовують елементи питальників PAQ-A, PAQ-C [23] або IPAQ (International physical activity questionnaire). За допомогою PAQ-A та PAQ-C можна визначити загальний рівень рухової активності дитини, але не конкретні енерговитрати (у метаболічних еквівалентах, ккал тощо). Ці питальники не рекомендують використовувати під час шкільних канікул. IPAQ розрахований на осіб старших 15 років та дозволяє визначити енерговитрати у метаболічних еквівалентах на виконання фізичної роботи у вільний час, вдома, на присадибній ділянці, в навчальному закладі тощо.

Фізичне благополуччя тісно корелює з самооцінкою власних досягнень, які, у свою чергу, обумовлюють спосіб проведення вільного часу, участь в організованій діяльності (наприклад, відвідування спортивних секцій), а також спортивну компетентність, для вивчення якої використовують висловлювання, запропоновані С. Хартером [17, 18], У. Скіфеле [26], В. Бретшнайдером та Е. Герлахом [9]:

«Мені подобається моє тіло таким, яким воно є», «Я вважаю своє тіло некрасивим», «У мене прекрасні результати у спорті», «Під час занять

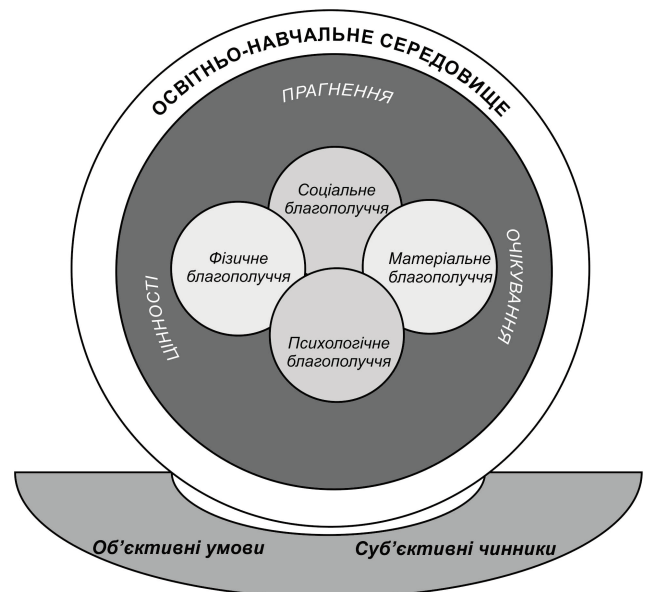


Рисунок 2 – Чинники, що впливають на якість життя дітей та молоді

фізичною культурою я зовсім не помічаю, як летить час», «У спорті я досягаю кращих результатів швидше, ніж мої однолітки», «Якщо хтось згадує про спорт, у мене всередині все ніби стискається», «Під час занять фізичною культурою я забуваю про все», «Нові вправи на уроках фізичної культури я засвоюю дуже швидко», «У вільний час я б найбільш охоче займався фізичною культурою і спортом», «Мої результати у фізичній культурі і спорті такі ж хороші, як і у моїх однолітків», «У мене погані успіхи у фізичній культурі та спорті» тощо.

Для дослідження матеріального благополуччя дитини використовують шкалу оцінювання економічного статусу сім'ї «Family Affluence Scale». Вона допомагає охарактеризувати умови життя — чи має дитина окрему кімнату, скільки разів за останні 12 місяців вона була на відпочинку, чи має родина автомобіль, скільки комп'ютерів є вдома. Ця анкета пройшла ретельну перевірку у рамках проекту HBSC («Health Behaviour in School-aged Children», «Поведінка дітей шкільного віку щодо власного здоров'я») [8].

Відомо, що за період навчання у школі значно зменшується кількість здорових дітей та збільшується частка учнів, які страждають на хронічні захворювання. Впровадження нових форм навчання та збільшення кількості інноваційних навчальних закладів, з одного боку, спрямоване на підвищення рівня освітніх послуг, а з іншого — передбачає значну інтенсифікацію навчального процесу, що, у свою чергу, збільшує спектр внутрішніх шкільних чинників, які впливають на здоров'я дитини. Навчальний заклад має безпосередній вплив на збереження і зміцнення здоров'я учнів. Протягом останніх 30 років за сприяння ВООЗ, ЮНІСЕФ і ЮНЕСКО реалізовано проекти, що сприяють створенню здоров'язберігаючого середовища — «Школи сприяння здоров'ю», «Комплексна програма зі збереження здоров'я школяра», «Школи дружні до дитини» тощо. Оскільки навчальний заклад може створювати умови для зміцнення і збереження здоров'я учнів, при оцінюванні якості життя необхідно враховувати особливості освітнього середовища.

Відповідно до моделі, запропонованої Л. Колбе [22], здоров'язбігаючі навчальні заклади перш за все характеризуються спрямуванням шкільної програми на фізичні, розумові, емоційні і соціальні аспекти здоров'я та наявністю добре налагоджених систем фізичного виховання, харчування, медико-профілактичної роботи, соціально-психологічної служби. Найчастіше під час моніторингу здоров'я та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям школярів, у навчальних

закладах використовують такі показники [19, 25, 27, 28, 30]:

1) відповідність запиту батьків та учнів діяльності школи з питань збереження та зміцнення здоров'я;

2) співвідношення кількості дітей з різними захворюваннями до вступу у школу та при її закінченні;

3) відносна кількість дітей, які займаються у спеціалізованій медичній групі;

4) відносна кількість дітей, задіяних у превентивних програмах, спрямованих на запобігання вживання алкоголю, наркотиків, куріння та профілактики ВІЛ/СНІДу;

5) випадки травматизму у школі під час навчально-виховного процесу;

6) кількість днів хвороби, що припадає на одного учня;

7) відносна кількість дітей, які часто хворіють;

8) наявність у школі стадіону, площадки, басейну, налагодженого харчування.

Оцінювання якості життя дітей застосовують при розподілі державних ресурсів, при визначенні наслідків превентивних програм, соціального забезпечення, медичного обслуговування, раннього виявлення груп ризику, ранжування чинників, які мають негативний вплив на здоров'я, прогнозування здоров'я популяції у майбутньому тощо. У зв'язку з широкою зоною застосування існують певні труднощі у доборі методики для дослідження. Оскільки деякі з них є доволі специфічними, наприклад, розробленими лише для епідеміологічних досліджень чи для визначення ефективності державних програм, важливо дотримуватись таких умов: [13]:

1) ввести чітке та конкретне визначення, що розуміється під поняттям «якість життя»;

2) включити до питальника базову частину, яку можна використовувати для дітей та молоді, незалежно від стану здоров'я;

3) застосувати об'єктивні та суб'єктивні підходи;

4) врахувати рівень розвитку дитини;

5) проаналізувати значущість для дитини кожної складової якості життя;

6) ввести нормативні показники для населення і для конкретної групи дітей зокрема.

Висновки. Для оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, необхідно вивчити фізичне (рухову активність, енергійність, спортивну компетенцію тощо), психологічне (настрій, емоції, задоволеність життям), соціальне (характер стосунків з однолітками) та матеріальне благополуччя, врахувати чинники шкільного середовища.

Однією із необхідних умов валідації методики для масштабних популяційних досліджень є врахування розвитку дитини, а саме її ментальної та мовної компетентності, вміння оперувати поняттям «час». При розробці (виборі, доопрацюванні) методики необхідно: 1) чітко сформулювати у протоколі мету, методи, основні принципи дослідження; 2) провести на різних етапах дослідження консультації з усіма учасниками (діти, батьки, опікуни) та врахувати отримані результати;

3) вивчити важливі з точки зору повсякденного життя умови і чинники; 4) дізнатися, чи може методика дозволити виявити наслідки лікування або реабілітації; 5) врахувати рівень розвитку респондентів, передбачити форми для осіб різного віку, а також проксі-опитування; 6) передбачити можливість інформування респондентів про результати дослідження та їх вплив на лікування, превентивні програми, державну політику у майбутньому.

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения [Электронный ресурс] – ВОЗ, 2005. – 154 с. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int>.
2. Павлова Ю. О. Якість життя та фізична активність як показники здоров'язбережної компетенції педагогів / Ю. О. Павлова // Педагогіка, психологія та медико-біол. проблеми фіз. виховання і спорту. – 2012. – №3. – С. 85–90.
3. Павлова Ю. Фізична активність та якість життя студентів першого та другого року навчання / Ю. Павлова, В. Тулайдан // Молода спортивна наука України. – 2012. – Вип. 16, Т. 4. – С. 92–99.
4. Павлова Ю. Вплив фізичної активності на якість життя студентів / Ю. Павлова, В. Тулайдан, Б. Виноградський // Вісник Черніг. нац. пед. ун-ту. Сер.: Пед. науки. Фіз. виховання та спорт. – Чернігів, 2011. – Т. 1., Вип. 91, – С. 350–355.
5. 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 // Укр. пульмонолог. журн. – 2002. – № 3. – С. 9–11.
6. A Comparison of Health-Related Quality of Life for Individuals with Mental Health Disorders and Common Chronic Medical Conditions / E. L. Cook, J. S. Harman // Public Health Rep. – 2008. – Vol. 123 (1). – P. 45–51.
7. Becker M. A. US experience: consumer responsive quality of life measurement / M. A. Becker // Can. J. of Community Mental Health. – 1998. – Suppl. 3. – P. 41–52.
8. 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 (pp. 13–25) Kopenhagen: WHO, 2004. – P. 13–25.
9. Brettschneider W–D. Sportengagement und Entwicklung im Kindesalter / W–D. Brettschneider, E. Gerlac // Eine Evaluation zum Paderborner Talentmodell. –Aachen: Meyer & Meyer, 2004. – 194 p.
10. Canadian normative data for the SF-36 health survey / [W. M. Hopman, T. Towheed, T. Anastassiades et al.] // Can. Med. Association J. – 2000. – Vol. 163, N 3. – P. 265–271.
11. Cella D. F. Quality of life: concepts and definition / D. F. Cella // Journal of Pain and symptom management. – 1994. – Vol. 9, № 3. – P. 186–192.
12. Clarke P. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources / P. Clarke, S. E. Black // J. Applied Gerontology. – 2005. – Vol. 24, N 4. – P. 319–336.

References

1. The report about Status of Health in Europe, 2005. The actions of Public Health for Improvement of children and total population health [Electronic resource] – World Health Organization, 2005. – 154 p. – Access mode : <http://www.euro.who.int>.
2. Pavlova Yu. A. Quality of life and physical activity as indicators of health-preserving competence of teachers / Yu. A. Pavlova // Pedagogy, psychology and medical-biological problems of physical education and sport. – 2012. – N 3. – P. 85–90.
3. Pavlova Yu. Physical activity quality of life for first and second year student's // Yu. Pavlova, V. Tulaydan // Young sport science of Ukraine. – 2012. – Vol. 4. – P. 92–99.
4. Pavlova Yu. The influence of physical activity on quality of students life / Yu. Pavlova, V. Tulaydan, B. Vynogradskyi // J. of Chernigov National Pedagogical University. Pedagogical science. Physical education and sport. – Chernigov, 2011. – N 91, V. 1. – P. 350–355.
5. Feschenko Yu. I. The procedure of adaptation international Quality of life Questionnaire MOS SF-36 in Ukraine. The experience of administration for asthma patients / Yu. I. Feschenko, Yu. M. Mostovoy, Yu. V. Babiychuk // Ukrainian pulmonological Journal. – 2002. – N 3. – P. 9–11.
6. A Comparison of Health-Related Quality of Life for Individuals with Mental Health Disorders and Common Chronic Medical Conditions / E. L. Cook, J. S. Harman // Public Health Rep. – 2008. – Vol. 123 (1). – P. 45–51.
7. Becker M. A. US experience: consumer responsive quality of life measurement / M. A. Becker // Can. J. of Community Mental Health. – 1998. – Suppl. 3. – P. 41–52.
8. 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 (pp. 13–25) Kopenhagen: WHO, 2004. – P. 13–25.
9. Brettschneider W–D. Sportengagement und Entwicklung im Kindesalter / W–D. Brettschneider, E. Gerlac // Eine Evaluation zum Paderborner Talentmodell. –Aachen: Meyer & Meyer, 2004. – 194 p.
10. Canadian normative data for the SF-36 health survey / [W. M. Hopman, T. Towheed, T. Anastassiades et al.] // Can. Med. Association J. – 2000. – Vol. 163, N 3. – P. 265–271.
11. Cella D. F. Quality of life: concepts and definition / D. F. Cella // Journal of Pain and symptom management. – 1994. – Vol. 9, № 3. – P. 186–192.
12. Clarke P. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources / P. Clarke, S. E. Black // J. Applied Gerontology. – 2005. – Vol. 24, N 4. – P. 319–336.

13. *Cummins R. A.* Comprehensive Quality of Life Scale – Intellectual Disability: ComQol-15 / R. A. Cummins–Melbourne: School of Psychology, Deakin University, 1997. – 55 p.
14. *Demont-Heinrich C.* The association between physical activity, mental health and quality of life: a population-based study / C. Demont-Heinrich // *Health Watch*. – 2009. – Vol. 71. – P. 1–4.
15. *Felce D.* Quality of life: its definition and measurement / D. Felce, J. Perry // *Res. Dev. Disabil.* – 1995. – Vol. 16 (1). – P. 51–74.
16. *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.
17. *Harter S.* Manual for the self–perception profile for children / S. Harter. – Denver: University of Denver. – 1985. – 56 p.
18. *Harter S.* The perceived competence scale for children / S. Harter // *Child Development*. – 1982. – N 53. – P. 87–97.
19. *Hawkins J. D.* Broadening the vision of education: schools as health promoting environments / J. D. Hawkins, R. F. Catalano // *J. of School Health*. – 1990. – Vol. 60. – P. 178–181.
20. *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.
21. *Health-related quality of life of overweight and obese children* / [J. Williams, M. Wake, K. Hesketh et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2005. – Vol. 293. – P. 70–76.
22. *Kolbe L. J.* Increasing the impact of school health promotion programs: emerging research perspective's / L. J. Kolbe // *Health Education*. – 1986. – Vol. 17. – P. 47–52.
23. *Kowalski K. C.* The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A): manual / K. C. Kowalski, R. E. Peter Crocker, M. Rachel Donen. – University of Saskatchewan, 2004. – 37 p.
24. *Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations* / G. C. Wendel-Vos, A. J. Schuit, M. A. Tijhuis, D. Kromhout // *Qual. Life Res.* – 2004. – Vol. 13. – P. 667–677.
25. *Monitoring and evaluation guidance for school health – thematic indicators* [Electronic resource]. – Unesco, 2013. – 53 p. – Access mode: <http://www.unesco.org>.
26. *Schiefele, U.* Interest, learning, and motivation / U. Schiefele // *Educational Psychologist*. – 1991. – Vol. 26. – P. 299–323.
27. *St Leger L. H.* The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence / L. H. St Leger // *Health Education Research*. – 1990. – Vol. 14. – P. 51–69.
28. *Stears D.* Evaluating the implementation of the European Network of Health Promoting Schools in six European countries / D. Stears // *Health Education*. – 1998. – Vol. 5. – P. 173–181.
29. *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.
13. *Cummins R. A.* Comprehensive Quality of Life Scale – Intellectual Disability: ComQol-15 / R. A. Cummins–Melbourne: School of Psychology, Deakin University, 1997. – 55 p.
14. *Demont-Heinrich C.* The association between physical activity, mental health and quality of life: a population-based study / C. Demont-Heinrich // *Health Watch*. – 2009. – Vol. 71. – P. 1–4.
15. *Felce D.* Quality of life: its definition and measurement / D. Felce, J. Perry // *Res. Dev. Disabil.* – 1995. – Vol. 16 (1). – P. 51–74.
16. *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.
17. *Harter S.* Manual for the self–perception profile for children / S. Harter. – Denver: University of Denver. – 1985. – 56 p.
18. *Harter S.* The perceived competence scale for children / S. Harter // *Child Development*. – 1982. – N 53. – P. 87–97.
19. *Hawkins J. D.* Broadening the vision of education: schools as health promoting environments / J. D. Hawkins, R. F. Catalano // *J. of School Health*. – 1990. – Vol. 60. – P. 178–181.
20. *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.
21. *Health-related quality of life of overweight and obese children* / [J. Williams, M. Wake, K. Hesketh et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2005. – Vol. 293. – P. 70–76.
22. *Kolbe L. J.* Increasing the impact of school health promotion programs: emerging research perspective's / L. J. Kolbe // *Health Education*. – 1986. – Vol. 17. – P. 47–52.
23. *Kowalski K. C.* The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A) : manual / K. C. Kowalski, R. E. Peter Crocker, M. Rachel Donen. – University of Saskatchewan, 2004. – 37 p.
24. *Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations* / G. C. Wendel-Vos, A. J. Schuit, M. A. Tijhuis, D. Kromhout // *Qual. Life Res.* – 2004. – Vol. 13. – P. 667–677.
25. *Monitoring and evaluation guidance for school health – thematic indicators* [Electronic resource]. – Unesco, 2013. – 53 p. – Access mode : <http://www.unesco.org>.
26. *Schiefele, U.* Interest, learning, and motivation / U. Schiefele // *Educational Psychologist*. – 1991. – Vol. 26. – P. 299–323.
27. *St Leger L. H.* The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence / L. H. St Leger // *Health Education Research*. – 1990. – Vol. 14. – P. 51–69.
28. *Stears D.* Evaluating the implementation of the European Network of Health Promoting Schools in six European countries / D. Stears // *Health Education*. – 1998. – Vol. 5. – P. 173–181.
29. *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.

Sieberer, A. Gosch, L. Rajmil [et al] // Value Health. – 2008. – V. 11. – P. 645–658.

30. *Thomas C.* Implementing the European Network of Health Promoting Schools in Bulgaria, the Czech Republic, Lithuania and Poland: vision and reality / C. Thomas, C. Parsons, D. Stears // Health Promotion International. – 1998. – Vol. 13. – P. 329–338.

31. *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.

32. *Veenhoven R.* The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life / R. Veenhoven // J. of Happiness Studies. – 2000. – Vol. 1. – P. 1–39.

33. *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.

34. *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.

30. *Thomas C.* Implementing the European Network of Health Promoting Schools in Bulgaria, the Czech Republic, Lithuania and Poland: vision and reality / C. Thomas, C. Parsons, D. Stears // Health Promotion International. – 1998. – Vol. 13. – P. 329–338.

31. *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.

32. *Veenhoven R.* The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life / R. Veenhoven // J. of Happiness Studies. – 2000. – Vol. 1. – P. 1–39.

33. *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.

34. *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.

Надійшла 20.11.2013