

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Е.Н. Приступа, Ю.А. Павлова

Львовский государственный университет физической культуры, Львов, Украина

Для связи с авторами: 79007, Украина, г. Львов, ул. Костюшка, 11, Львовский государственный университет физической культуры. E-mail: pavlova.j.o@gmail.com

Аннотация:

Статья посвящена проблемам разработки и применения новейших концепций, позволяющих интегрально охарактеризовать физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, а также учесть факторы окружающей среды, жизненные ценности и навыки индивида. Целью исследования был анализ существующих моделей качества жизни и определение значения показателей здоровья в количественных измерениях благополучия человека. Рассмотрены модели качества жизни, основанные на объективных и субъективных показателях. Охарактеризованы показатели здоровья, которые предоставляют критическую информацию о популяционном здоровье и превентивных программах. Определена роль физической активности в повышении качества жизни. Проанализированы особенности количественной оценки качества жизни с использованием международных вопросников.

Ключевые слова: качество жизни, здоровье, физическая активность.

THE RESEARCH OF LIFE QUALITY OF DIFFERENT AGE POPULATION GROUPS

E. N. Prystupa, Yu. A. Pavlova

Lviv State University of Physical Culture, Lviv, Ukraine

Abstract:

The article is devoted to the problems of development and application of new concepts for integrated characterization of physical, psychological, emotional and social health, environmental factors, life values and skills. The aim of the study was to analyze the existing model of life quality and determine the value of health indicators in the quantitative measurement of human well-being. The models of life quality based on objective and subjective indicators were examined. The health indicators that provide critical information on the population's health and prevention programs were characterized. The role of physical activity in improving of life quality was defined. The features of quantitative assessment of life quality using international questionnaires were analyzed.

Key words: quality of life, health, physical activity.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Ключевым элементом современных международных популяционных исследований состояния здоровья и изучения воздействия на него демографических, социальных и психологических факторов можно считать качество жизни. Его изучают в социологическом, социально-экономическом или только в экономическом контексте, но особого внимания заслуживает качество жизни как медико-социальное явление.

Традиционные медицинские исследования сосредоточены на изучении патологических процессов, на положительном

или отрицательном воздействии лечебных мероприятий, а следовательно, во многих случаях «обходят» пациента, не позволяют прогнозировать производительность труда или потерю трудоспособности. Несмотря на существующие теоретические модели, акцентирующие внимание на возможных симптомах заболеваний, на функциональном состоянии или самочувствии, исследователями выявлены и охарактеризованы лишь 40% факторов, обуславливающих качество жизни. В данное время весьма актуальна проблема разработки и применения новейших концепций, позволяющих интегрально

охарактеризовать физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, факторы окружающей среды, жизненные ценности и навыки индивида.

Цель исследования – проанализировать существующие модели качества жизни и выяснить значение показателей здоровья в количественных измерениях благополучия человека.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение данных научной литературы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Первые работы по изучению качества жизни рассматривают благополучие человека в контексте удовлетворения различных потребностей – базовых, связанных с обеспечением физического выживания (потребность в пище, жилье, семье), и высших (потребность в безопасности, развитии, обучении, совершенствовании, самоутверждении) (А. Маслоу, 1954, 1968). Заинтересованность субъективным компонентом, рассмотрение жизни отдельного индивида сквозь призму существующей культуры и системы ценностей, способствовали развитию современных концепций качества жизни.

На сегодня нет единого подхода к трактованию понятия качества жизни. Так, Р. Винховен определяет его как совокупность четырех составляющих, тесно связанных между собой – факторов окружающей среды, жизненных умений индивида, полезности жизни, собственной «внутренней» оценки жизни [1]. Вместе с тем Д. Селла выделяет в качестве жизни такой домен как благополучие, которое в свою очередь, можно разделить на функциональное, социальное, физическое и эмоциональное [2]. А. Новик под качеством жизни понимает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, которая основывается на субъективном восприятии [3]. Р. Тартар и коллеги считают, что качество жизни включает в себя поведенческие и когнитивные способности личности, эмоциональное благополучие, способность осуществлять по-

вседневную и профессиональную деятельность, выполнять социальные роли [4].

Известные на сегодня модели качества жизни базируются на физическом, психологическом и социальном здоровье, социальной активности, финансовых возможностях, самостоятельности и т.п. В моделях, которые предусматривают изучение объективных показателей, учитывают медико-демографические (например, состояние здоровья, продолжительность жизни, доступ к медицинским услугам), социально-экономические (прожиточный минимум, наличие жилья, образовательный уровень, иерархия в обществе) и право-политические показатели (уровень преступности, право производить и использовать продукты по собственному желанию, право хранить заработанное или самостоятельно его тратить, право на развод, аборт, суицид, эвтаназию и т.д.) [5, 6, 7]. Модели, основанные на субъективных составляющих, анализируют уровень удовлетворенности жизнью, психологическое состояние, достижения и убеждения индивида, общественную мораль [8,9]. Среди моделей, которые изучают и субъективные, и объективные показатели, можно выделить несколько разновидностей:

1) модели, согласно которым качество жизни напрямую коррелирует с состоянием здоровья. В них обычно учтено состояние физического и психического здоровья, способность адаптироваться к условиям окружающей среды, контролировать негативные эмоции, сохранять привычное позитивное настроение, уровень ежедневной физической активности, потребность в услугах социальной службы или в медицинской помощи; риск как социально-биологическое явление; общечеловеческие свободы; жилищные условия, уровень безопасности в обществе; имеющиеся возможности для духовного развития и самореализации, социальные роли и статус респондента в обществе [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

2) модели социального благополучия, которые анализируют взаимосвязи в социуме. Соответственно, в них учитывается общий прожиточный минимум, показатели право-

вых нарушений, характеристика соседей, степень загрязнения окружающей среды, доступ к образовательным услугам, спортивным и развлекательным сооружениям, магазинам, удобство транспортной сети [18, 19]. Как одну из разновидностей можно выделить модели, которые акцентируют внимание на внешней среде. Они основаны на принципе обучения в течение всей жизни и предусматривают возможность изменения среды в соответствии с потребностями социальной жизни или стремление к самовыражению [20].

Значительная часть упомянутых моделей нашла практическое применение в медицинских и популяционных исследованиях [21, 22, 23, 24]. В таких случаях внимание сосредоточено на психофизическом и соматическом здоровье человека, его жизненных ценностях, а также социально-экономическом развитии общества (Health-related quality of life, HRQOL). Необходимость учета показателей здоровья для разных возрастных групп подтверждено результатами многочисленных социологических опросов. Хорошее состояние здоровья находится на 3–4-м месте среди всех ценностей для молодых людей и на первом – для лиц старше 65 лет [26].

На сегодня разработано несколько моделей, которые непосредственно характеризуют качество жизни, связанное со здоровьем. Наиболее известна Торонтская модель, учитывающая личные достижения человека, его функционирование и социальные роли, уровень удовлетворенности жизнью, способность пользоваться имеющимися благами и возможностями (University of Toronto, 2004). Качество жизни, согласно этой модели, состоит из трех доменов – «Существование», «Принадлежность» и «Становление». Составляющие «Существования» – физическое бытие (физическое здоровье, личная гигиена, питание, физическая активность, способность выполнять повседневную работу и т.п.), психологическое бытие (психическое здоровье, чувства, самоуважение, самоконтроль), духовное бытие (личные ценности и стандарты, духовные верования). «Принадлежность» рассматривают в пределах

взаимосвязей индивида с окружающим миром, составляющими этого домена являются физические принадлежности (дом, рабочее место, сад, соседи, община) и общественная принадлежность (доход, трудоустройство, деятельность социальных служб и служб здравоохранения, эффективность образовательных и рекреационных программ, участие в общественных событиях, уровень общественной активности). «Становление» – это достижение и реализация персональных целей, надежд, желаний; части этого домена – практическое становление (активность дома, в учебном заведении, на работе, волонтерская деятельность), проведение свободного времени (разновидности активности, способствующие отдыху и снижению уровню стресса), а также усовершенствование (активность, способствующая самосовершенствованию и приспособлению к меняющимся условиям среды).

И. Уилсон и П. Клэри в качестве жизни, связанном со здоровьем, выделяют следующие составляющие: «Характеристика индивида», «Биологические и физиологические факторы», «Симптомы», «Функциональное состояние», «Характеристика окружающей среды», «Общее восприятие собственного здоровья» (рис. 1); согласно этой модели, HRQOL связано, в первую очередь, с физическим функционированием и социальными факторами и зависит от субъективной оценки собственного здоровья [27].



Рис. 1. Модель качества жизни, связанного со здоровьем (за Wilson I., Cleary P., 1995)

Модель качества жизни D. Felce, J. Perry (1995) предполагает изучение объективных и субъективных показателей, анализ нормативных данных с обязательным учетом индивидуальных особенностей. О мультикомпонентности

этой структуры свидетельствует выделение материального, физического, социального, эмоционального и продуктивного благополучия, каждое из которых разделено на субдомены (рис. 2).

	Материальное благополучие	Физическое благополучие
	Доход Жилищные условия Транспорт	Состояние здоровья Самочувствие Личная безопасность
Социальное благополучие	Эмоциональное благополучие	Профессиональное благополучие
Личные отношения Участие общины	Оптимизм Уважение и статус Психическое здоровье Стресс Вера, убеждения	Компетенции Производительность труда

Рис. 2. Пространственная структура качества жизни, связанного со здоровьем [28]

Таким образом, при анализе моделей HRQOL можно отметить, что комплексными индикаторами качества жизни являются показатели здоровья, поскольку именно в них отражены биологические, духовные, социальные связи человека, достижения культуры и образования. Индикаторы качества жизни, связанные со здо-

ровьем, предусматривают анализ рождаемости, смертности и заболеваемости популяции, доступ к здравоохранению, характеризуют образ жизни индивида, физическую и социальную среду, качество услуг здравоохранения (табл. 1). Такие показатели являются мощным инструментом мониторинга и предоставляют критическую информацию о популяционном здоровье, эффективности превентивных программ в области образования, медицины и социального обеспечения, позволяют количественно установить различия относительно качества жизни различных групп населения, а значит выявить группы риска и установить условия, при которых профилактическая программа будет результативной.

Необходимо отметить, что первоочередной причиной ухудшения медико-демографической ситуации, а также качества жизни являются заболевания, обусловленные нездоровым образом жизни и вредными привычками. Так называемые неинфекционные болезни вызывают три смерти из пяти и ухудшают социально-экономическое развитие любой страны. Единственным «регулируемым» фактором образа жизни и необходимой

Таблица 1 – Индикаторы качества жизни, связанного со здоровьем

Группа показателей	Индикаторы
Медико-демографические	<i>Связанные с рождаемостью и смертностью:</i> ожидаемая продолжительность жизни, смертность среди младенцев и подростков, процент детей с низкой массой тела при рождении, характеристика пренатального ухода, рождаемость среди подростков, смертность от заболеваний (например рака легких) и т. д. <i>Связанные с заболеваемостью и состоянием здоровья:</i> количество дней в течение месяца с плохим самочувствием, самооценивание здоровья, индекс массы тела, распространение в популяции неинфекционных заболеваний, обусловленных образом жизни
Поведенческие	Уровень физической активности, питание, наличие вредных привычек, необоснованное использование лекарственных препаратов
Управленческие	Наличие медицинского страхования, медицинская помощь, в том числе четко разработанные медицинские протоколы; профилактические услуги, безопасность пациента и медицинские ошибки, возможные барьеры получения медицинских услуг (языковые, культурные, территориальные), общие расходы на здравоохранение и лечение, сравнение ресурсов, используемых на одного пациента в различных лечебных учреждениях
Связанные с физической и социальной средой	Уровень загрязнения окружающей среды, доступ к общественному транспорту, жилью, образованию, образовательный уровень родителей, характеристика семейной среды (стресс и депрессии у родителей, практика грудного вскармливания, чтение детям, частота приема пищи и т.д.)

составляющей профилактики различных заболеваний является физическая активность. Согласно рекомендациям American College of Sports Medicine и American Heart Association, для сохранения и улучшения здоровья взрослые лица, не страдающие острыми или хроническими заболеваниями, кроме базовой физической активности, должны выполнять аэробную работу средней мощности интенсивностью 3–6 METs не реже пяти дней в неделю продолжительностью не менее 30 минут в день. Такая регулярная физическая активность не только помогает предотвратить сердечно-сосудистые заболевания, диабет второго типа, онкозаболевания [29, 30], но и улучшает умственные способности и память [31], смягчает симптомы депрессии, снижает тревожность [33, 34, 35], повышает самооценку состояния здоровья [36, 37]. Последствиями недостатка физической активности являются депрессивные состояния, самоубийства, умышленные увечья, рискованное (девиантное) поведение, высокий индекс массы тела (ожирение), насилие и издевательства в учебных заведениях и за их пределами, употребление алкоголя, наркотиков, игровые зависимости [38].

Избыточная масса тела – одно из последствий недостаточной физической активности. Именно высокий индекс массы тела является причиной более 1 млн смертей ежегодно в европейском регионе [39]. Ожирение в детском возрасте приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям и диабету, а кроме того является причиной снижения самооценки и школьной успеваемости [40, 41, 45]. Дети и подростки с высоким индексом массы тела почти наверняка будут иметь лишний вес в зрелом возрасте. Обнаружено, что в течение последних десятилетий во многих европейских странах увеличилось количество подростков с индексом массы тела выше нормы. Так, например, относительная часть детей с избыточной массой тела увеличилась в Швейцарии с 4% в 1960 году до 18% в 2003 году [42], в Англии – с 8% в 1974 году до 20% в 2003 [43]; в Испании – более чем в два раза в течение 1985–2005 [44]. В США за последние 20 лет количество детей, страдающих ожирением, увеличилось в

три раза. Особое значение эта проблема приобретает в связи с гиподинамией. Так, в Дании 56% респондентов занимаются сидячей, малоподвижной работой на протяжении 6 и более часов в день, в Португалии – 24% [45]. Молодые европейцы физически активны на протяжении 1 часа 3,8 дней в неделю. Самый высокий уровень физической активности – в Австрии, Англии, Ирландии, Литве, а самый низкий – в Бельгии, Франции, Италии и Португалии.

Треть европейской молодежи не соблюдает никаких существующих рекомендаций по уровню физической активности, при этом количество таких лиц катастрофически увеличивается с взрослением. Около половины студентов Канады и 39% студентов США выполняют физические упражнения три и более раз в неделю, 47% американских студентов не выполняют физические упражнения значительной интенсивности вообще, а 17% можно считать физически неактивными [46, 47, 48]. Физически неактивными являются 11,3% студентов, обучающихся в Египте, 45,8% – в Саудовской Аравии, около 30% – в Китае и Бразилии [49].

Как один из показателей качества жизни, а не только состояния здоровья и самочувствия, используют количество дней активности. Дни активности – это количество дней за неделю или месяц, в течение которых у респондента не возникает трудностей с выполнением повседневных задач и он имеет хорошее самочувствие. В зависимости от времени года этот показатель в популяции здоровых лиц составляет 6–9 дней. При наличии психических заболеваний респонденты отмечают 17,6 «нездоровых дней», гипертонии, боли в спине – 12,2 дней, диабета – 12,3 дней и т.п. [50]. Респонденты, которые в свободное время не занимались физической культурой, в 3,6 раза чаще по сравнению с физически активными сверстниками жаловались на состояние здоровья и могли вспомнить более 5 дней с плохим самочувствием, у них был в 2,5 раза выше уровень неудовлетворенности жизнью [51].

Всего на сегодняшний день зарегистрировано более 1 000 опросников, которые ис-

пользуются для изучения качества жизни. Простейшие виды подразумевают оценку качества жизни по балльной шкале и сосредотачиваются на субъективных показателях. Поэтому более эффективным является использование групп вопросов, которые позволяют комплексно оценить жизнь человека, состояние его здоровья. Опросники можно разделить на два типа: общемедицинские (например, MOS SF-36 – Medical Outcome Survey – Short Form 36, PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory, Quality of Life Index, Quality of Well-Being Index, Nottingham Health Profile, Psychological General Well-being Index, McMaster Health Index Questionnaire, Child Health Questionnaire, EuroQoL-5D) и профильные (Sickness Impact Profile, FACT-An – Functional Assessment in Cancer Therapy-Anemia, FACT-BMT – Bone Marrow Transplantation, Asthma Symptom Checklist). Общемедицинские в отличие от профильных используют для оценки благополучия не только больных, но и здоровых респондентов, в частности в популяционных исследованиях значительное внимание уделено физическо-

му, психическому и социальному здоровью: болевым ощущениям, настроению, сну, социальным контактам или изоляции, а также взаимосвязи между состоянием здоровья и трудовой деятельностью, личной жизнью, активным отдыхом, социальными связями и т.д. (табл. 2). Профильные опросники применяют для изучения конкретных нозологий. В них учтены общие для многих заболеваний признаки (например, трудности в выполнении повседневных физических нагрузок, наличие и степень болевого синдрома), они позволяют определить эффективность лечения, его влияние на качество жизни респондента. Стоит отметить, что в медицинской практике параллельно используют общие и специализированные опросники. Например, при оценке качества жизни при артериальной гипертонии используют ряд различных опросников и шкал, описывающих различные параметры качества жизни больного [3]: благополучие (Psychological General Well-Being Index, Profile and Mood State, General Health Questionnaire, Symptom Rating Scale), симптомы (Health Status Index), сексуальную функцию (Sexual

Таблица 2 – Характеристика опросников, используемых в популяционных исследованиях для изучения качества жизни, связанного со здоровьем

Показатели	Опросники									
	SIP	HIE	NHP	QLI	DUKE	MOS FWBP	MOS SF-36	EUROQOL	SF-6D	
Физическое функционирование	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Социальное функционирование	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Повседневная деятельность	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Психологический дистресс	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Самооценка здоровья		+	+	+	+	+	+			
Боль (телесная)		+	+		+	+	+	+	+	
Энергичность/усталость		+	+		+	+	+		+	
Психологическое благополучие		+			+	+				
Сон	+		+		+	+				
Когнитивное функционирование	+				+	+				
Мероприятия по охране здоровья						+				

Примечание. «*» SIP – Sickness Impact Profile (1976); HIE – Health Insurance Experiment surveys (1979); NHP – Nottingham Health Profile (1980); QLI – Quality of Life Index (1981); DUKE – Duke Health Profile (1990); MOS FWBP – MOS Functioning and Well-Being Profile (1992); MOS SF-36 – Medical Outcome Survey – Short Form 36 (1992); EUROQOL – European Quality of Life Index (1990); SF-6D – SF-36 Utility Index (2002)

Symptom Distress Index), нарушения сна (Sleep Dysfunction Scale), побочные действия (Complaint Rate, Minor Symptom Evaluation Profile, Subjective Symptom-Assessment Profile, Aspect Scale) и т.д. В отдельную группу специальных опросников можно выделить те, которые подробно изучают одну из составляющих качества жизни, связанную со здоровьем – психологическое состояние – Psychological General Well Being Index, Profile of Mood State, когнитивную функцию – Digit Span Test, Trail Making Test и т. д.

Одним из наиболее известных является вопросник SF 36 [52]. Для его создания из 40 специализированных шкал были отобраны те, которые чаще всего использовались как теоретические основы популяционных исследований. Притом этот вопросник помогает сосредоточить внимание на тех составляющих здоровья, которые не являются специфическими для определенного возраста или заболевания. С помощью опросника MOS SF 36 можно оценить объем ежедневной физической нагрузки, влияние здоровья, боли, эмоций на повседневную деятельность, отношения респондента с окружающими, психическое состояние опрошиваемого, его настроение и эмоции.

Целевая группа вопросника KIDSCREEN-52 – дети и молодежь. KIDSCREEN-52 помогает оценить здоровье, в частности психическое состояние и наличие стресса, уровень физической активности, отношения с родителями и сверстниками, способ проведения свободного времени, учебную среду и материальное положение. Его использовали как основной инструмент одноименного европейского

проекта, направленного на разработку единой стандартизированной межнациональной методики, которая концептуально и лингвистически подходила бы для использования в различных странах. Участниками пилотного опроса были 25 200 граждан Австрии, Франции, Германии, Нидерландов, Испании, Швейцарии и Великобритании. Проект позволил выявить детей с низким показателем субъективного здоровья, а значит, в первую очередь, был направлен на раннюю коррекцию в группах риска.

ВЫВОДЫ

Оценивание качества жизни человека необходимо проводить с обязательным изучением индикаторов здоровья, среди которых в связи с распространенностью заболеваний, обусловленных образом жизни, определяющими являются поведенческие. Для количественной оценки качества жизни в популяционных исследованиях необходимо следующее:

- 1) выбрать единое определение качества жизни, которое станет основой исследования;
- 2) выбрать многокомпонентную модель качества жизни, структурные части которой сосредоточиваются на психофизическом и соматическом здоровье человека, его жизненных ценностях (микроуровень) и на социально-экономическом развитии общества (макроуровень);
- 3) учитывать возрастные, гендерные и культурно-этнические особенности, что предполагает анализ важности доменов качества жизни для различных групп населения;
- 4) использовать объективные и субъективные показатели.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Veenhoven R. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life // *Journal of Happiness Studies*. – 2000. – V. 1. – P. 1–39.
2. Cella D. F. Quality of life: concepts and definition // *Journal of Pain and symptom management*. – 1994. – V. 9, № 3. – P. 186–192.
3. Новак, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новак, Т.И. Ионова.– Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.
4. Tartar R. E., Biller Erb. S, Switala P. A. et al. The Quality of Life following Liver Transplantation: A Preliminary Report // *Gastroenterology Clinics of North America* – 1988. – Vol. 17, No. 2. – P. 207–217.
5. Rogerson R. J., Findlay A. M., Coombes M. G., Morris A. Indicators of quality of life // *Environment and Planning*. – 1989. – V. 21. – P. 1655–1666.
6. Sherman E., Schiffman L. G. Quality of life (QoL) assessment of older consumers: a retrospective review // *Journal of Business and Psychology*. – 1991. – V. 6. – P. 107–119.
7. Muntaner C., Lynch J. Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of bowling alonens implications for social epidemiology // *International Journal of Epidemiology*. – 2002. – V. 31. – P. 261–267.

8. Clarke P. J., Marshall V. W., Ryff C. D., Rosenthal C. J. Well-being in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging // *Canadian Journal on Aging*. – 2000. – V. 19. – P. 139–159.
9. Lawton M. P. The varieties of wellbeing // *Experimental Aging Research*. – 1983. – V. 9. – P. 65–72.
10. Bigelow D. A., McFarlane B. H., Olson M. M. Quality of life of community mental health programme clients: validating a measure // *Community Mental Health Journal*. – 1991. – V. 27. – P. 43–55.
11. Bowling A., Grundy E. Longitudinal studies of social networks and mortality in later life // *Reviews in Clinical Gerontology*. – 1998. – V. 8. – P. 353–361.
12. Grundy E., Bowling A. Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life // *Ageing and Mental Health*. – 1999. – V. 3. – P. 199–212.
13. Hornquist J. O. Quality of life: Concept and assessment // *Scandinavian Journal of Social Medicine*. – 1992. – V. 18, No 1. – P. 69–79.
14. Kaplan R. M., Anderson J. P. The general health policy model: an integrated approach // *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* / Spilker B. ed. – Philadelphia, Pa : Lippincott-Raven Publishers, 1996. – P. 309–322.
15. Larson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans // *Journal of Gerontology*. – 1978. – V. 33. – P. 109–125.
16. Testa M. A., Simonson D. C. Assessment of quality-of-life outcomes // *New England Journal of Medicine*. – 1996. – V. 334, No 13. – P. 835–840.
17. Ware J. E. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes // *Cancer*. – 1984. – V. 53, Suppl 10. – P. 2316–2326.
18. Cooper K., Arber S., Fee L., Ginn J. The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. – London : Health Education Authority, 1999. – P. 1–179.
19. Rogerson R. J., Findlay A. M., Coombes M. G., Morris A. Indicators of quality of life // *Environment and Planning*. – 1989. – V. 21. – P. 1655–1666.
20. Rogerson R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities // *Social Science and Medicine*. – 1995. – V. 41. – P. 1373–1382.
21. Becker M. A. US experience: consumer responsive quality of life measurement // *Canadian Journal of Community Mental Health*. – 1998. – Suppl. 3. – P. 41–52.
22. Hopman W. M., Towheed T., Anastassiades T. [et al.] Canadian normative data for the SF-36 health survey // *Canadian Medical Association Journal*. – 2000. – V. 163, No 3 – P. 265–271.
23. Wendel-Vos G. C., Schuit A. J., Tjshuis M. A., Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations // *Qual. Life Res.* – 2004. – V. 13. – P. 667–677.
24. Clarke P., Black S. E. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources // *J. of Applied Gerontology*. – 2005. – V. 24, No 4. – P. 319–336.
25. Wendel-Vos G. C., Schuit A. J., Tjshuis M. A., Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations // *Qual. Life Res.* – 2004. – V. 13. – P. 667–677.
26. Bowling A. Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement // *Measuring disease* / A. Bowling eds. – Philadelphia : Open University Press, 1995. – P. 1–19.
27. Saban K. L., Penckofer S. M., Androwich I., Bryant F. B. Health-related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: A pilot study // *Health and Quality of Life Outcomes* – 2007. – V. 5 (71) – 11 p.
28. Felce D., Perry J. Quality of life: its definition and measurement // *Res. Dev. Disabil.* – 1995. – V. 16 (1). – P. 51–74.
29. McTiernan A., Stanford J. L., Weiss N. S. et al. Occurrence of breast cancer in relation to recreational exercise in women age 50-64 years // *Epidemiology*. – 1996. – V. 7, No 6. – P. 598–604.
30. Frost H., Moffett J. A. K., Moser J. S. et al. Randomized controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain // *British Medical Journal*. – 1995. – V. 310. – P. 151–154.
31. Monteiro-Peluso M. A., Guerra L. H. Physical activity and mood // *Clinics*. – 2005. – V. 60, № 1 – P. 61–70.
32. de Moor M. H., Boomsma D. I., Stubbe J. H. et al. Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression // *Arch Gen Psychiatry*. – 2008. – V. 65 (8). – P. 897–905.
33. De Moor M. H. M., Beem A. L., Stubbe J. H. Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study // *Preventive Medicine*. – 2006. – V. 42. – P. 273–279.
34. Lawlor D. A., Hopker S. W. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials // *BMJ*. – 2001. – V. 322, No 7289. – P. 763–767.
35. Long B. C., Vanstavel R. Effects of exercise training on anxiety: a meta-analysis // *J. Appl. Sport Psychol.* – 1995. – V. 7, No 7. – P. 167–189.
36. Morimoto T., Oguma Y., Yamazaki S. et al. Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization // *Qual. Life Res.* – 2006. – V. 15. – P. 537–546.
37. Vuillemin A., Boini S., Bertrais S. et al. Leisure time physical activity and health-related quality of life // *Prev. Med.* – 2005. – V. 41. – P. 562–569.
38. Климацкая, Л.Г. Состояние и перспективы формирования здорового образа жизни младших школьников из России, Беларуси и Евросоюза / Л.Г. Климацкая, А.И. Шпаков, С. Ласкене, А.М. Васильевский – Новосибирск: Наука, 2011. – 188 с.
39. Philip W., James T., Jackson-Leach R. et al. Overweight and obesity (high body mass index) // *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.
40. Williams J., Wake M., Hesketh K. et al. Health-related quality of life of overweight and obese children // *Journal of the American Medical Association*. – 2005. – Vol. 293. – P. 70–76.
41. Reilly J. J. Descriptive epidemiology and health

- consequences of childhood obesity // Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2005. – Vol. 19. – P. 327–341.
42. Zimmermann M. B., Gbbeli C., Pntenerb C. et al. Overweight and obesity in 6–12 year old children in Switzerland // Swiss Medical Weekly. – 2004. – Vol. 134. – P. 523–528.
43. Stamatakis E., Primatesta P., Chinn S. et al. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of the socioeconomic factors? // Archives of Disease in Childhood. – 2005. – Vol. 90. – P. 999–1004.
44. Moreno L. A., Sarrna A., Popkin B. M. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country // European Journal of Clinical Nutrition. – 2002. – Vol. 56. – P. 992–1003.
45. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. – WHO, 2009. – 392 p.
46. Makrides L., Veinot F., Richard J. et al. A cardiovascular health needs assessment of university students living in residence // Canadian Journal of Public Health. – 1998. – Vol. 89, N 3. – P. 171–175.
47. Haberman S., Luffe D. Weighing in college students' diet and exercise behaviors // Journal of American College Health. – 1998. – Vol. 46, N 4. – P. 189–191.
48. Suminski R. R., R. Petosa, Utter A. C., Zhang J. J. Physical activity among ethnically diverse college students // Journal of American College Health. – 2002. – Vol. 51, N 2. – P. 75–80.
49. El-Gilany A-H., Badawi K., El-Khawaga G., Awadalla N. Physical activity profile of students in Mansoura University, Egypt // EMHJ. – 2011. – Vol. 17, N 8. – P. 694–702.
50. Cook E. L., Harman J. S. A Comparison of Health-Related Quality of Life for Individuals with Mental Health Disorders and Common Chronic Medical Conditions // Public Health Rep. – 2008. – V. 123 (1). – P. 45–51.
51. Demont-Heinrich C. The association between physical activity, mental health and quality of life: a population-based study // Health Watch. – 2009. – V. 71. – P. 1–4.
52. Ware J. E., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med. Care. – 1992. – V. 30. – P. 473–483.

BIBLIOGRAPHY

1. Veenhoven R. The four qualities of life (2000) Ordering concepts and measures of the good life. Journal of Happiness Studies. 1: 1–39.
2. Cella D. F. Quality of life: concepts and definition (1994) Journal of Pain and symptom management. 9(3): 186–192.
3. Novak A. A., Ionova T. I. (2007) The Study Guide of life quality in medicine. Olma Media Grupp. (in Russian)
4. Tartar R. E., Biller Erb. S., Switala P. A. et al. (1988) The Quality of Life following Liver Transplantation: A Preliminary Report. Gastroenterology Clinics of North America. 17 (2): 207–217.
5. Rogerson R. J., Findlay A. M., Coombes M. G., Morris A. (1989) Indicators of quality of life. Environment and Planning. 21: 1655–1666.
6. Sherman E., Schiffman L. G. (1991) Quality of life (QoL) assessment of older consumers: a retrospective review. Journal of Business and Psychology. 6: 107–119.
7. Muntaner C., Lynch J. (2002) Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of bowling alone's implications for social epidemiology. International Journal of Epidemiology. 31: 261–267.
8. Clarke P. J., Marshall V. W., Ryff C. D., Rosenthal C. J. (2000) Well-being in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging. Canadian Journal on Aging. 19: P. 139–159.
9. Lawton M. P. (1983) The varieties of wellbeing. Experimental Aging Research. 9: 65–72.
10. Bigelow D. A., McFarlane B. H., Olson M. M. (1991) Quality of life of community mental health programme clients: validating a measure. Community Mental Health Journal. 27: 43–55.
11. Bowling A., Grundy E. (1998) Longitudinal studies of social networks and mortality in later life. Reviews in Clinical Gerontology. 8: 353–361.
12. Grundy E., Bowling A. (1999) Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. Ageing and Mental Health. 3: 199–212.
13. Hornquist J. O. (1992) Quality of life: Concept and assessment. Scandinavian Journal of Social Medicine. 18 (1): P. 69–79.
14. Kaplan R. M., Anderson J. P. (1996) The general health policy model: an integrated approach. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers.
15. Larson R. (1978) Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. Journal of Gerontology. 33: 109–125.
16. Testa M. A., Simonson D. C. (1996) Assessment of quality-of-life outcomes. New England Journal of Medicine. 334 (13): 835–840.
17. Ware J. E. (1984) Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. Cancer. 53(10): 2316–2326.
18. Cooper K., Arber S., Fee L., Ginn J. (1999) The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. London, Health Education Authority.
19. Rogerson R. J., Findlay A. M., Coombes M. G., Morris A. (1989) Indicators of quality of life // Environment and Planning. 21: 1655–1666.
20. Rogerson R. J. (1995) Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. Social Science and Medicine. 41: 1373–1382.
21. Becker M. A. (1998) US experience: consumer responsive quality of life measurement // Canadian Journal of Community Mental Health. 3: 41–52.
22. Hopman W. M., Towheed T., Anastassiades T. et al. (2000) Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Medical Association Journal. 163 (3): 265–271.

23. Wendel-Vos G. C., Schuit A. J., Tijhuis M. A., Kromhout D. (2004) Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Qual. Life Res.* 13: 667–677.
24. Clarke P., Black S. E. (2005) Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources. *J. of Applied Gerontology.* 24 (4): 319 – 336.
25. Wendel-Vos G. C., Schuit A. J., Tijhuis M. A., Kromhout D. (2004) Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Qual. Life Res.* 13: 667–677.
26. Bowling A. (1995) Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. *Measuring disease.* Philadelphia : Open University Press.
27. Saban K. L., Penckofer S. M., Androwich I., Bryant F. B. (2007) Health-related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: A pilot study. *Health and Quality of Life Outcomes.* 5 (71)
28. Felce D., Perry J. (1995) Quality of life: its definition and measurement. *Res. Dev. Disabil.* 16 (1): 51–74.
29. McTiernan A., Stanford J. L., Weiss N. S. et al. (1996). Occurrence of breast cancer in relation to recreational exercise in women age 50-64 years. *Epidemiology.* 7 (6): 598–604.
30. Frost H., Moffett J. A. K., Moser J. S. et al. (1995) Randomized controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain // *British Medical Journal.* 310: 151–154.
31. Monteiro-Peluso M. A., Guerra L. H. (2005) Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics.* 60 (1): 61–70.
32. de Moor M. H., Boomsma D. I., Stubbe J. H. et al. (2008) Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. *Arch Gen Psychiatry.* 65 (8): 897–905.
33. De Moor M. H. M., Beem A. L., Stubbe J. H. (2006) Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study. *Preventive Medicine.* 42: 273–279.
34. Lawlor D. A. Hopker S. W. (2001) The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *BMJ.* 322 (7289): 763–767.
35. Long B. C., Vanstavel R. (1995) Effects of exercise training on anxiety: a meta-analysis. *J. Appl. Sport Psychol.* 7 (7): 167–189.
36. Morimoto T., Oguma Y., Yamazaki S. et al. (2006) Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization. *Qual. Life Res.* 15: 537–546.
37. Vuillemin A., Boini S., Bertrais S. et al. (2005) Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Prev. Med.* 41: 562–569.
38. Klimackaja L.G., Shpakov A.I., Laskene S., Vasilovskij A.M. (2011) Status and perspectives of formation of healthy lifestyle schoolchildren from Russia, Belarus and the European Union. Novosibirsk, Nauka (in Russian)
39. Philip W., James T., Jackson-Leach R. et al. (2004) Overweight and obesity (high body mass index) // 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. 1: 497–596.
40. Williams J., Wake M., Hesketh K. et al. (2005) Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association.* 293: 70–76.
41. Reilly J. J. (2005) Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism.* 19: 327–341.
42. Zimmermann M. B., Gbely C., Püntenerb C. et al. (2004) Overweight and obesity in 6–12 year old children in Switzerland. *Swiss Medical Weekly.* 134: 523–528.
43. Stamatakis E., Primatesta P., Chinn S. et al. (2005) Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of the socioeconomic factors? *Archives of Disease in Childhood.* 90: 999–1004.
44. Moreno L. A., Sarrna A., Popkin B. M. (2002) The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *European Journal of Clinical Nutrition.* 56: 992–1003.
45. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (2009). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO.
46. Makrides L., Veinot F., Richard J. et al. (1998) A cardiovascular health needs assessment of university students living in residence. *Canadian Journal of Public Health.* 89 (3): 171–175.
47. Haberman S., Luffe D. (1998) Weighing in college students' diet and exercise behaviors. *Journal of American College Health.* 46 (4): 189–191.
48. Suminski R. R., R. Petosa, Utter A. C., Zhang J. J. (2002) Physical activity among ethnically diverse college students. *Journal of American College Health.* 51 (2): 75–80.
49. El-Gilany A-H., Badawi K., El-Khawaga G., Awadalla N. (2011) Physical activity profile of students in Mansoura University, Egypt. *EMHJ.* 17 (8): 694–702.
50. Cook E. L., Harman J. S. (2008) A Comparison of Health-Related Quality of Life for Individuals with Mental Health Disorders and Common Chronic Medical Conditions. *Public Health Rep.* 123 (1): 45–51.
51. Demont-Heinrich C. (2009) The association between physical activity, mental health and quality of life: a population-based study. *Health Watch.* 71: 1–4.
52. Ware J. E., Sherbourne C. D. (1992) The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care.* 30: 473–483.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Приступа Евгений Никодимович – доктор педагогических наук, профессор, академик Украинской академии наук, ректор Львовского государственного университета физической культуры