

## СОЦІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

УДК 796.011-053.6(477)

ПАВЛОВА Ю. О.

Львівський державний університет фізичної культури

## Якість життя та здоров'я дітей та молоді України

**Анотація. Мета:** охарактеризувати параметри якості життя школярів. **Матеріали і методи:** дослідження проводили протягом 2012–2014 рр. на території Львівської області (Україна). За допомогою анкети PedsQL опитано 988 учнів віком 15–16 років, 300 – 13–14 років, 406 – 11–12 років. **Результати:** показано, що респонденти позитивно характеризують власне фізичне та соціальне здоров'я, проте їх психічний стан незадовільний. Відносна кількість дітей, які мають серйозні труднощі із базовою руховою активністю та проблеми при спілкуванні з оточуючими, не перевищує 7%. **Висновки:** виявлено, що середні показники благополуччя знаходяться у діапазоні 71,9–85,0 балів та достовірно знижуються із віком за шкалами «Здоров'я і активність», «Емоційний стан» та «Школа».

**Ключові слова:** здоров'я, рухова активність, якість життя, молодь.

**Вступ.** Якість життя становить нерозривне ціле із здоров'ям людини. Оцінювання якості життя дітей та молоді необхідне для виявлення груп ризику, встановлення ефективності превентивних програм різного рівня, прогнозування здоров'я населення у майбутньому.

Основні труднощі при оцінюванні якості життя дітей зумовлені фізичним та когнітивним розвитком, що у свою чергу вимагає уваги при виборі методик для дослідження. Якщо надати перевагу визначенню благополуччя, яке пропонує ВООЗ, то якість життя дітей та молоді буде визначатися їх здатністю брати участь у певній фізичній і соціальній активності [2–4].

На сьогодні існує близько 30 загальних та 64 спеціальних інструментів для оцінювання якості життя дітей та підлітків. «Ядром» більшості загальних методик є базові концепції, пов'язані із фізичним, психічним та соціальним здоров'ям [5; 6; 8].

Загальні методики дозволяють проаналізувати такі складові якості життя: фізичне здоров'я (фізичну та рухову активність, наявні відчуття болю, енергійність, захворюваність, практику імунізації), психологічне здоров'я (емоційний стан, когнітивне функціонування), соціальне здоров'я (стосунки з однолітками та рідними, проведення вільного часу з батьками тощо), навколишнє середовище (медичне обслуговування, безпечність умов існування), життєві компетентності тощо.

Для вивчення благополуччя дітей та молоді активно використовують вимірвальну систему PedsQL. Вона передбачає окремі варіанти анкети для різних вікових груп, а сам питальник складається із базової та спеціальної частин. Анкети PedsQL перекладені та адаптовані та використовуються у країнах Європи, Північної та Південної Америки та Азії [1; 2; 5; 8; 11].

В Україні PedsQL використовують для дослідження якості життя дітей із гострими чи хронічними захворюваннями. Тому актуальним залишається вивчення благополуччя практично здорових осіб, що дозволяє краще зрозуміти властиві для того чи іншого регіону норми здоров'я.

**Метою дослідження** було охарактеризувати параметри якості життя українських дітей та молоді.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати окремі показники здоров'я школярів (рухову активність, психологічний стан, стосунки з оточуючими).

2. Обчислити загальне значення якості життя та проаналізувати вікову динаміку благополуччя.

**Матеріал і методи дослідження.** У 2011–2014 рр. у Львівській області проводили соціологічне дослідження з використанням анкет PedsQL. У опитуванні за методикою PedsQL взяли участь 988 учнів 10 класу (вік 15–16 років), 300 – 8 класу (13–14 років), 406 – 6 класу (11–12 років). Відповіді на окремі запитання респонденти давали за 5-бальною шкалою Лайкерта. Визначали загальний показник якості життя, а також значення за шкалами «Здоров'я та активність», «Емоційний стан», «Стосунки», «Школа».

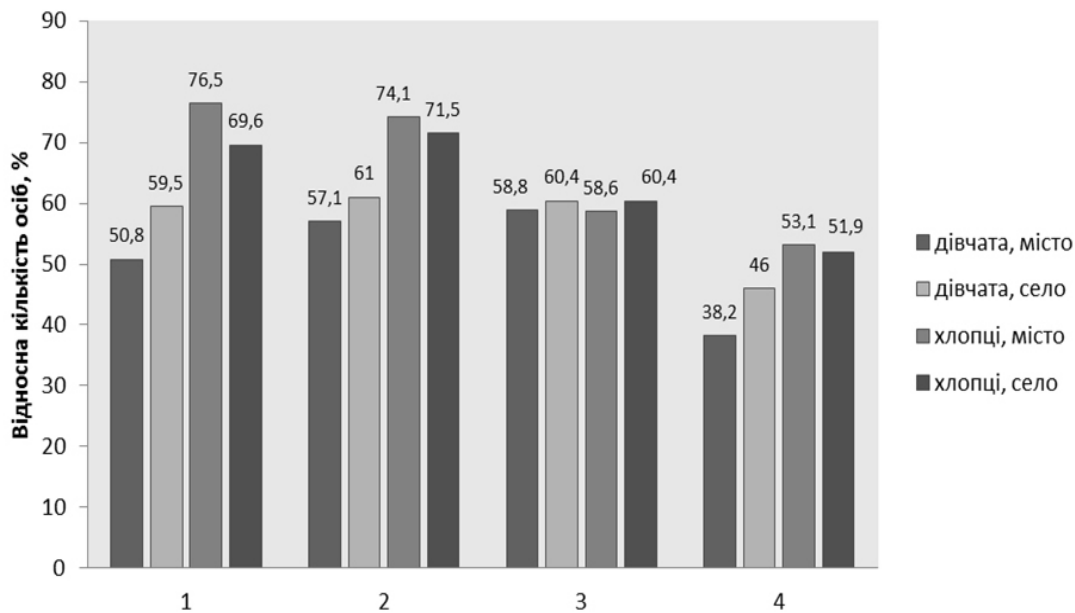
Для статистичної обробки даних використовували програму Origin.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

У опитуванні взяли участь респонденти, які не хворіли протягом останнього місяця. Більшість із них не мають жодних труднощів із основними різновидами базової рухової активності. Так, 76,9% дівчат-десятикласниць, які проживали у містах, 80,0% – у селах, 85,8% юнаків із міст та 78,9% із сіл зазначили, 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. 1).

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, 1,2–4,3% хлопців зазначили про те, що їм важко бігати (респонденти вибрали відповіді часто, майже завжди). Нижчі показники характерні для молоді із сільської місцевості. Відповіді «Інколи» або «Майже ніколи» вибрали 45,0% дівчат із міст, 35,7% – із сіл, 19,1% та 29,2% юнаків – із міст та сіл відповідно. Серед юнаків кількість респондентів, які відповідали «Ніколи», становить 69,6–76,5%, серед дівчат – 50,8–59,5%. А отже, кількість дівчат, які не мають жодних труднощів із бігом, є на 13,4–17,0% менша порівняно із хлопцями.

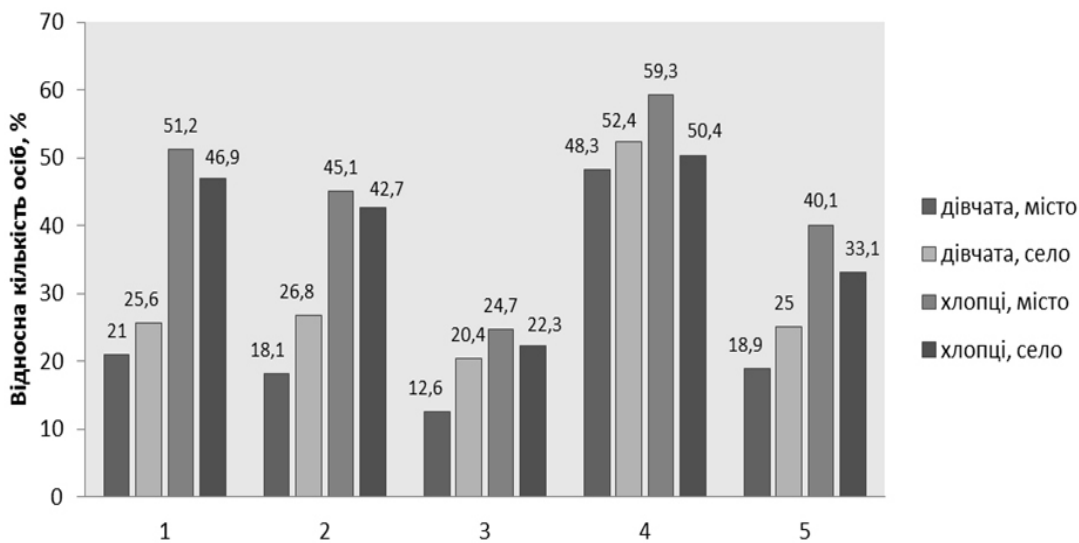
Подібні закономірності спостерігали щодо відповідей респондентів на твердження «Мені важко зай-



**Рис. 1. Здоров'я та активність учнів десятого класу:**

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

**Примітка.** У опитуванні взяли участь 238 дівчат із міст, 328 – із сіл, 162 – юнаків із міської місцевості, 260 – із сільської.



**Рис. 2. Психологічний стан учнів десятого класу:**

1 – респонденти не скаржаться на відчуття страху, 2 – не почувають себе пригніченими, 3 – злими, 4 – мають спокійний сон, 5 – не тривожаться через майбутнє

**Примітка.** У опитуванні взяли участь 238 дівчат із міст, 328 – із сіл, 162 – юнаків із міської місцевості, 260 – із сільської.

матися фізичними вправами і спортом». Майже половина дівчат, які проживають у містах (43,9%), мають певні труднощі під час занять фізичною культурою та спортом, натомість юнаки значно частіше вибирали протилежну відповідь. Відносна кількість респондентів, що не мають жодних проблем із заняттями фізичною культурою та спортом (вибрали відповідь «Ніколи»), становить 71,5–74,1%.

Не важко піднімати важкі речі 65,8–70,4% юнакам

та 41,5–45,8% дівчатам. Проте відносна кількість осіб, які не мають труднощів із виконанням хатньої роботи, суттєво не відрізняється у респондентів різної статі та становить близько 60%. Кожна п'ята дівчина, яка проживає у місті чи селі, часто відчуває фізичний біль, серед юнаків, які проживають у містах цей показник складає 16,1%, у селі – 22,6%.

В основному респонденти мають позитивні стосунки із однолітками – легко знаходять спільну мову з

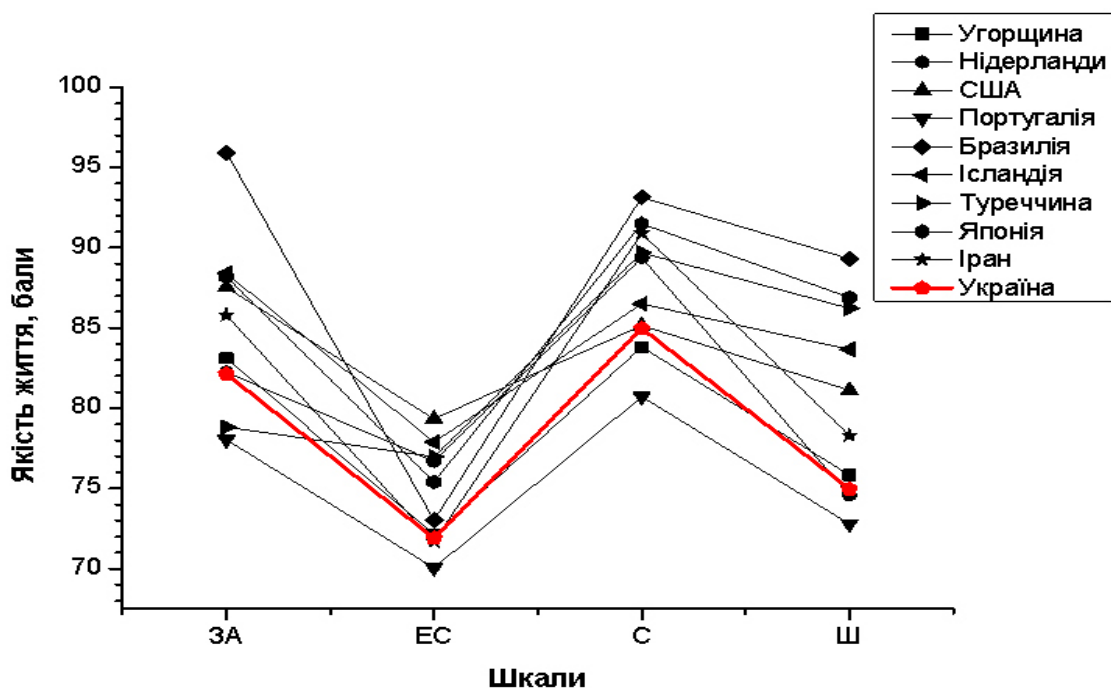


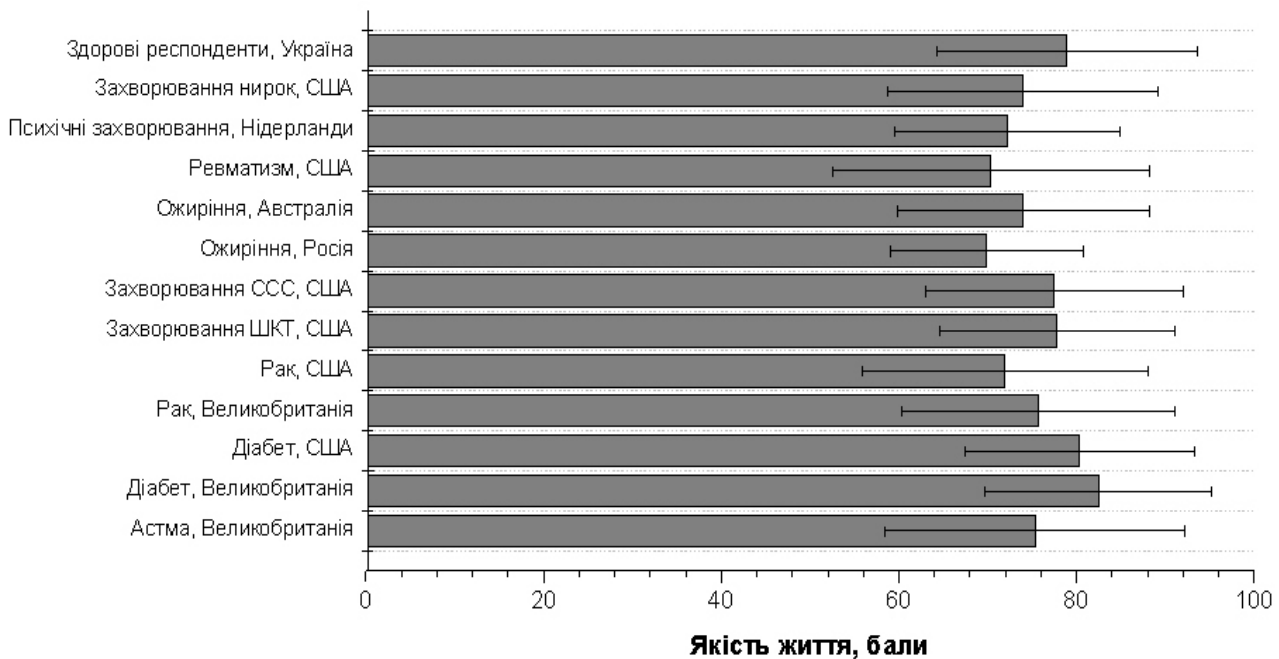
Рис. 3. Якість життя молоді (за власними результатами (n=988, вік 15–16 років) та даними літератури [2–5; 7–11]):

ЗА – «Здоров'я та активність», ЕС – «Емоційний стан», С – «Стосунки», Ш – «Школа»

Таблиця 1

Якість життя дітей та молоді різних країн світу

Джерело	Країна	Кількість респондентів, вік	Шкала, бали			
			Здоров'я та активність	Емоційний стан	Стосунки	Школа
Д. А. Клатчоан та ін. [8]	Бразилія	180, 5–18	95,9±5,8	73,0±16,5	93,1±10,5	89,3±11,8
П. Амیری та ін. [9]	Іран	848, 13–18	85,8±12,8	71,7±18,7	90,9±12,9	78,3±16,2
Е. К. Сварарсдоттір, Б. Орлігсдоттір [10]	Ісландія	330, 10–12	88,4±9,4	77,9±15,0	86,5±14,8	83,7±12,8
В. Енгелен та ін. [4]	Нідерланди	185, 13–18	82,2±9,2	76,7±15,2	89,4±11,6	74,6±13,2
П. Феррейра та ін. [3]	Португалія	50, 8–12	78,0±19,6	70,1±18,3	80,7±17,8	72,8±15,2
Дж. Варні та ін. [11]	США	5 480, 8–18	87,5±13,5	79,3±18,2	85,2±16,8	81,1±16,5
С. С. Басгул та ін. [2]	Туреччина	217, 5–18	78,8±18,3	77,0±14,9	89,7±13,1	86,2±13,2
А. Беркес та ін. [7]	Угорщина	366, 5–18	83,1±14,2	72,1±17,8	83,8±16,1	75,8±16,7
К. Кобаяші, К. Камібеплу [5]	Японія	489, >8	88,2±10,7	75,4±17,7	91,5±12,0	86,9±10,9
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
		988, 15–16	82,1±15,7	71,9±15,6	85,0±17,4	75,0±16,8



**Рис. 4.** Загальний показник якості життя української молоді (n=988, вік – 15–16 років) та респондентів інших країн світу, які страждають на різні захворювання (за даними [1; 6; 11]): ССС – серцево-судинні захворювання, ШКТ – шлунково-кишковий тракт

Таблиця 2

Якість життя хлопців та дівчат різного віку,  $\bar{X} \pm m$ 

Шкали	Якість життя, 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±15,56
Емоційний стан	75,9±17,8	81,7±13,9	69,4±16,9	76,1±17,52
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

іншими школярами 80,3% дівчат із міст, 82,3% – із сіл, 81,5% і 86,5% юнаків, які проживають у міській та сільській місцевості відповідно. Лише 4–7% респондентів зазначили, що однолітки часто або завжди кепкують з них чи не хочуть товаришувати, а також відчувають втому та неспокій під час спілкування із однокласниками.

Актуальними на сьогодні для школярів будь-якого віку є проблеми із психологічним здоров'ям, яке часто проявляється у нездатності зосереджуватися, виконувати протягом тривалого часу одноманітні завдання, запам'ятовувати, зберігати позитивний настрій тощо. Показники, які характеризують психічний стан респондентів, є гіршими за фізичний (рис. 2). 36,6% та 34,1% дівчат, які проживають у селі та місті відповідно, зауважують, що інколи, часто або майже завжди відчувають страх. Кількість юнаків, які вибирають такі ж відповіді є у два рази нижчою. Кожна друга дівчина та кожний третій юнак хвилюються за власне майбутнє, зокрема часто чи майже завжди – кожна сьома школярка та кожний десятий школяр. Лише 18,1% учени-

ць із міст та 26,8% із сіл відповіли, що ніколи не відчувають себе пригніченими, серед юнаків таких є майже половина (45,1% – із міст, 42,7% – із сіл). Неспокійно сплять 5,9–7,4% школярів, 48,3–59,3% школярів ніколи не мають проблем із сном, 25,9–33,1% респондентів – майже ніколи.

Часто або завжди важко зосередитися у класі 5–11% респондентам, при цьому дівчата вибирають ці відповіді у два рази рідше, ніж хлопці. Лише кожна п'ята учениця та кожний третій школяр не мають проблем із виконанням завдань у школі, кожний другий школяр та учениця завжди легко зосереджуються у класі, ніколи не забувають свої речі. Необхідно зауважити, що значна кількість респондентів не відвідує заняття у школі у зв'язку із поганим самопочуттям або щоб відвідати лікарню чи поліклініку. Ніколи не пропускають уроки з цих причин 22,3% учениць із міст, 36,3% – із сіл та 42,0% юнаків із міської місцевості, 40,8% – із сільської. Відповідь «Майже ніколи» вибрали 46,6% міських дівчат, 37,5% дівчат із сіл і 35,8% та 38,1% хлопців із міст і сіл відповідно, «Інколи» – обра-

ли кожна четверта дівчина та кожний 6–7 юнак. Кількість дітей, які часто або завжди пропускають заняття у школі через погане самопочуття становить 5,5% для школярів із міст, 2,1% – із сіл, 4,6% – юнаків із міст, 5,9% – із сіл.

Параметри якості життя українських школярів порівнювали із благополуччям респондентів із Північної та Південної Америки, Європи та Азії, а також вивчали дані молоді, що страждає на різні хронічні захворювання. Якість життя українських учнів майже за усіма шкалами нижча, ніж у дітей та молоді, які проживають у США, Бразилії, Туреччині, Ісландії, Японії, Ірані та Нідерландах (рис. 3). Середні значення благополуччя залежно від шкали становлять 71,9–85,0 балів.

Середні показники за шкалами «Здоров'я та активність», «Емоційний стан», «Стосунки» та «Школа» не відрізняються від даних для жителів Угорщини та вищі, ніж у Португалії (табл. 1). Значення за шкалою «Здоров'я та активність» в українців є на 13,8 балів нижче, ніж у громадян Бразилії, 6,3 та 6,1 бала – ніж у Ісландії та Японії відповідно, 5,4 бали – ніж у США, 3,7 балів – ніж в Ірані. У мешканців США, Ісландії, Туреччини та Японії показники шкали «Емоційний стан» є на 3,5–7,4 бали вищі, ніж у українців. Рівень соціальної активності (шкала «Стосунки») у школярів 10 класу високий; показники за цією шкалою найвищі та складають 84,9±17,4 балів.

Середній показник шкали «Стосунки» не відрізняється від значень, обчислених для населення США, але є нижчим на 8,1 балу, ніж у Бразилії, 6,5 балу – Японії, 5,9 балу – Ірані, 4,7 балу – Туреччині та 4,4 балу – Нідерландах. Значення за шкалою «Школа» становить 74,9±16,8 балів та є на 14,3 балу нижче, ніж у молоді Португалії, 11,2 бали – Туреччини, 11,9 балів – Японії.

Згідно з рекомендаціями розробників анкети PedsQL показники нижче 50 балів інтерпретують як погану якість життя, 51–75 балів – середню, вище 76 балів – високу. Проте важливим при оцінюванні благополуччя здорових респондентів є порівняння із групою осіб із гострими чи хронічними захворюваннями. Серед респондентів клінічної групи – діти та молоді США, Великобританії, Австралії, Нідерландів та Росії, які страждають на бронхіальну астму, захворювання кишково-шлункового тракту, судин і серця, рак, термінальну стадію хронічної ниркової недостатності, ожиріння, ревматизм, психічні захворювання (рис. 4). Загальний показник якості життя українських школярів становить 78,9±14,7 балів, що є на 3,8 балів нижче, порівняно із молоддю Великобританії та на 1,5 балу менше, ніж у молодих американців, які хворіють на діабет. Значення благополуччя українських учнів є на 3–5 балів нижче, ніж у молоді із розвинутих країн, яка

страждає на астму, ожиріння, ниркову недостатність, рак (у випадку Великобританії); на 7–9 балів – ніж у респондентів, у яких діагностовано рак, ожиріння (Росія), психічні розлади чи ревматизм. Показник якості життя здорових осіб практично не відрізнявся від даних респондентів із кишково-шлунковими чи серцево-судинними захворюваннями.

Молодші респонденти (вік 11–12 років) мають вищі показники за шкалами «Здоров'я і активність», «Емоційний стан» та «Школа» порівняно із старшими школярами (табл. 2). Значення шкали «Стосунки» достовірно не відрізнялися ( $p < 0,01$ ) та були на високому рівні у всіх груп респондентів. За цією шкалою відмінність між молодшими і старшими школярами становить лише 0,8% для дівчат та 2,7% для юнаків.

За шкалами «Емоційний стан» та «Школа» різниця є 5,5–6,5%. Для 11–12-річних дівчат значення якості життя за шкалою «Емоційний стан» становить 75,9±12,1 балів, для осіб віком 15–16 років – 69,4±16,9 балів; для хлопчиків – 81,7±13,9 балів, юнаків – 76,1±17,5 балів. Середнє значення якості життя за шкалою «Школа» знаходиться у межах 80,3–80,5 балів та статистично не відрізняється ( $p < 0,01$ ), незалежно від статі та віку. Показник для учениць десятого класу є нижчий лише на 6 балів, учнів – 4 бали. За шкалами «Здоров'я і активність», «Емоційний стан», «Стосунки» якість життя дівчат нижча, ніж хлопців, незалежно від віку респондентів.

**Висновки.** Респонденти позитивно характеризують власне фізичне та соціальне здоров'я, проте їх психічний стан є незадовільний. Високу оцінку фізичному здоров'ю та соціальній активності дали 50–75% респондентів, а психологічному здоров'ю – 13–60% опитаних. Відносна кількість дітей, які мають серйозні труднощі із базовою руховою активністю та проблеми при спілкуванні з оточуючими не перевищує 7%. Спостерігали відмінності у фізичному і психологічному самопочутті, щоденній активності школярів залежно від статі та місця проживання.

Якість життя українських школярів нижча, ніж у дітей та молоді із США, Бразилії, Туреччини, Ісландії, Японії, Ірані та Нідерландах. Середні показники благополуччя достовірно знижуються із віком за шкалами «Здоров'я і активність», «Емоційний стан» та «Школа». Загальний показник якості життя українських школярів становить 78,9±14,7 балів, що є нижчим на 3–7 балів, ніж у молоді із розвинутих країн, яка страждає на астму, ожиріння, ниркову недостатність, психічні розлади чи ревматизм.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у дослідженні можливості поліпшення якості життя дітей та молоді шляхом застосування оздоровчорекреаційних технологій.

#### Список використаної літератури:

1. Ахмедова Р. М. Ожирение у детей: оценка качества жизни / Р. М. Ахмедова, Л. В. Софронова // Педиатрия. – 2012. – № 5. – С. 122–124.
2. Başyol Ş. S. Parents' perception of the quality of life of children with intellectual disabilities / Ş. S. Başıyol, Çz. Ş. İneri, N. Zakın-Memik // The Turkish Journal of Pediatrics – 2011. – Vol. 53. – P. 541–546.
3. 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. Cavaleiro [et al.] // Health and Quality of Life Outcomes. – 2014. – Vol. 12, № 122. – 8 p.
4. 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, № 68. – 8 p.
5. Kobayashi K. Measuring quality of life in Japanese children: Development of the Japanese version of PedsQL / K. Kobayashi, K. Kamibepu // Pediatrics International. – 2010. – Vol. 52. – P. 80–88.
6. 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, № 22. – 7 p.



7. 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.
8. Quality of life among children from Sro Paulo, Brazil: the impact of demographic, family and socioeconomic variables / D. A. Klatchoian, C. A. Len, M. T. R. A. Terreri, M. O. E. Hilbrio // *Cad. Saude Pùblica*. – 2010. – Vol. 26, № 3. – P. 631–636.
9. 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.
10. 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.
11. 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, № 43. – 15 p.

Стаття надійшла до редакції: 10.03.2015 р.  
Опубліковано: 30.04.2015 р.

**Аннотация. Павлова Ю. А. Качество жизни и здоровье детей и молодежи Украины. Цель:** охарактеризовать параметры качества жизни школьников. **Материалы и методы:** исследования проводились в течение 2012–2014 гг. на территории Львовской области (Украина). С помощью анкеты PedsQL опрошено 988 учащихся в возрасте 15–16 лет, 300 – 13–14 лет, 406 – 11–12 лет. **Результаты:** показано, что респонденты положительно характеризуют собственное физическое и социальное здоровье, однако их психическое состояние неудовлетворительное. Относительное количество детей, имеющих серьезные трудности с базовой двигательной активностью и проблемы при общении с окружающими, не превышает 7%. **Выводы:** выявлено, что средние показатели благополучия находятся в диапазоне 71,9–85,0 баллов и достоверно снижаются с возрастом по шкалам «Здоровье и активность», «Эмоциональное состояние» и «Школа».

**Ключевые слова:** здоровье, двигательная активность, качество жизни, молодежь.

**Abstract. Pavlova Iu. Life quality and health of children and youth of Ukraine. Purpose:** to describe the parameters of schoolchildren's life quality. **Material and Methods:** the studies were conducted during 2012–2014 in L'viv region (Ukraine). 988 schoolchildren at the age of 15–16 years, 300 – at the age of 13–14 years, 406 – at the age of 11–12 years were surveyed with PedsQL questionnaire. **Results:** it was shown the respondents positively characterized the physical and social health, but their mental state was unsatisfactory. The amounts of children who had serious difficulties with basic physical activity and problems with social communication did not exceed 7%. **Conclusions:** the average life quality indicators were in the range 71,9–85,0 points and according scales Physical Health, Emotional Functioning, School Functioning significantly reduced with age.

**Keywords:** health, physical activity, quality of life, youth.

#### References:

1. Akhmedova R. M., Sofronova L. V. *Pediatriya [Pediatrics]*, 2012, vol. 5, pp. 122–124. (rus)
2. Başyıl Ş. S. Parents' perception of the quality of life of children with intellectual disabilities / Ş. S. Başyıl, Çz. Ş. Bneri, N. Zakın-Memik // *The Turkish Journal of Pediatrics* – 2011. – Vol. 53. – P. 541–546.
3. 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, № 122. – 8 p.
4. 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, № 68. – 8 p.
5. Kobayashi K. Measuring quality of life in Japanese children: Development of the Japanese version of PedsQL / K. Kobayashi, K. Kamibepu // *Pediatrics International*. – 2010. – Vol. 52. – P. 80–88.
6. 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, № 22. – 7 p.
7. 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.
8. Quality of life among children from Sro Paulo, Brazil: the impact of demographic, family and socioeconomic variables / D. A. Klatchoian, C. A. Len, M. T. R. A. Terreri, M. O. E. Hilbrio // *Cad. Saude Pùblica*. – 2010. – Vol. 26, № 3. – P. 631–636.
9. 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.
10. 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.
11. 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, № 43. – 15 p.

Received: 10.03.2015.  
Published: 30.04.2015.

**Павлова Юлія Олександрівна:** к. б. н.; Львівський державний університет фізичної культури: вул. Костюшка 11, м. Львів, 79007.

**Павлова Юлия Александровна:** к. б. н.; Львовский государственный университет физической культуры: ул. Костюшко 11, г. Львов, 79007.

**Iuliia Pavlova:** PhD (Biology); Lviv State University of Physical Culture: Kostyushko Str., 11, 79007, Lviv.

**ORCID.ORG/0000-0002-8111-4469**

**E-mail: pavlova.j.o@gmail.com**

#### Бібліографічний опис статті:

Павлова Ю. О. Якість життя та здоров'я дітей та молоді України / Ю. О. Павлова // *Слобожанський науково-спортивний вісник*. – Харків : ХДАФК, 2015. – № 2(46). – С. 148–153. – dx.doi.org/10.15391/snsv.2015-2.029

