

**ДОСВІД ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКО МОЛОДІ**

ДОСВІД ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКО МОЛОДІ – На основі анонімного анкетного опитування і об'єктивно визначених рівнів фізичного здоров'я студентів медичного коледжу було вивчено регіональні особливості стану здоров'я студентсько молоді з наступним порівнянням х із даними самооцінювання якості життя. Встановлено, що у більшості студентів рівень фізичного здоров'я був за межею “безпечного” рівня. Виявлено погіршення показників здоров'я серед молодих осіб як чоловічो, так і жіночо статі, а також з віком і курсом навчання. Отримані дані самооцінювання якості життя не відповідають рівням фізичного здоров'я і свідчать про несформованість потреби у здоров'ї студентів.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ – На основании анонимного анкетного опроса и объективно определенных уровней физического здоровья студентов медицинского колледжа, были изучены региональные особенности состояния здоровья студенческой молодежи с дальнейшим сравнением их с данными самооценки качества жизни. Установлено, что у большинства студентов уровень физического здоровья был за пределами “безопасного” уровня. Выявлено ухудшение показателей здоровья среди молодых людей как мужского, так и женского пола, а также с возрастом и курсом обучения. Полученные данные самооценки качества жизни не соответствуют уровням физического здоровья и свидетельствуют об отсутствии установки на здоровье.

THE EXPERIENCE OF RESEARCHING HEALTH STATUS AND INDICES OF LIVING STANDARDS OF YOUNG STUDENTS – On the basis of the anonymous questionnaire survey and objectively defined levels of physical health of medical college students, there have been studied regional peculiarities of young students' health status with its further comparison with the data of self-estimated living standards. It has been determined that the level of physical health of the majority of students exceeds the limit of 'safe' level. Health indices degradation among young people both male and female has been discovered that as well depends on age and year of study. The received data of self-estimated living standards does not coincide with the level of physical health and thus demonstrate students' unrecognition of health needs.

**Ключові слова:** якість життя, фізичне здоров'я, студентсько молоді.

**Ключевые слова:** качество жизни, физическое здоровье, студенческая молодежь.

**Key words:** living standards, physical health, young students.

**ВСТУП** Проблема здоров'я дітей і підлітків, а також молодих людей, котрі навчаються, є перманентно актуальною. Велику кількість наукових досліджень у цій області присвячено вивченню стану здоров'я у популяції дітей дошкільного та шкільного віку. Меншою мірою вивчали стан здоров'я і особливості способу життя в популяції студентсько молоді.

Студенти є однією з найчисельніших груп молодого покоління, а саме у 2010–2011 рр. х частка складала близько 2,5 млн осіб [11]. Із соціальних позицій студентство можна розглядати як специфічну групу населення, яка має сво відмінності щодо способу життя, особливості якого проявляються у певних моделях поведінки, цінностях, установках. Найбільша

кількість осіб, котрі навчаються у вищих навчальних закладах, належать до вікової групи 17–23 роки. У цьому віці молоді люди мають певний статус здоров'я, який вже сформувався за попередні роки, особливо впродовж навчання у школі [8]. Цей факт є незаперечним, оскільки за результатами наукових досліджень, а також офіційними статистичними даними – впродовж періоду навчання у загальноосвітніх навчальних закладах школярі втрачають близько третини свого здоров'я [11, 13].

Рівень фізичного, душевного, психічного і соціального благополуччя кожно людини формується залежно від співвідношення життєвих позицій та потреб індивідуума, а також виявів його здоров'я [1, 5]. Водночас, спосіб життя зі всіма його особливостями, характерними для студентсько молоді також відображається на стані здоров'я молодих осіб, котрі навчаються [9, 12].

Метою нашого дослідження стало вивчення показників якості життя за даними студентського самооцінювання з наступним порівнянням х з об'єктивно визначеним рівнем фізичного здоров'я сучасно студентсько молоді.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Для досягнення мети було розроблено авторську анкету, яка містила біля 250 питань стосовно способу життя (самооцінювання якості життя, матеріальний стан, соціальний статус, побутові умови, режим навчання та дозвілля, харчування, шкідливі звички тощо), наявність інфекційних і соматичних захворювань, а також детальні дані анамнезу, в тому числі спадкового.

Для визначення фізичного здоров'я використовували метод кількісно експрес-оцінки за Г. Л. Апанащенко (1998): визначення маси тіла, зросту з розрахунком масо-ростового співвідношення, життєво-емності легень з розрахунком “життєвого” індексу, динамометрії кистей рук з визначенням “силового” індексу, функціонального тестування серцево-судинної системи за індексом Робінсона (“подвійний добуток”), часом відновлення пульсу після 20 присідань з використанням бальної системи від (-2) до 7, залежно від величини кожного функціонального показника. Рівень здоров'я оцінювали за сумою балів усіх показників з виділенням 5 рівнів здоров'я [2, 4, 6].

Виконували також загальноклінічні дослідження та аналіз даних поглиблених медичних оглядів студентів, що традиційно проводяться у період навчання й результатів профілактичних обстежень лікарями-імунологами Львівського регіонального медичного центру клінічно імунології та алергології.

Статистичний аналіз проводили за допомогою програм Microsoft Excel та Statistica.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** В анкетуванні брали участь 603 студентів Львівського державного медичного коледжу імені Андрея Крупинського, 1–4-х курсів віком від 17 до 21 року. З них – 573 (95,02 %) дівчат і 30 (4,98 %) юнаків.

Для сомооцінювання якості життя студентам були запропоновані 3 варіанти відповідей з виокремленням найбільш значущих показників.

Результати оцінки якості життя були наступними:

– 131 (21,72 %) студентів відзначили відсутність труднощів;

– 447 (74,13 %) студентів відзначили незначні труднощі;

– 25 (4,15 %) студентів відзначили виражені труднощі.

Ми порівняли самооцінювання якості життя серед студентів початкових курсів і випускних курсів. З-поміж 367 студентів початкових курсів (17–18 років) 19,35 % відзначили відсутність труднощів, 77,11 % – незначні труднощі, а 3,54 % відзначили виражені труднощі. Серед показників незначних і виражених затруднень студенти початкових курсів найбільше виділили незадоволення соціально-побутовими умовами, харчуванням, режимом навчання та відпочинку. Очевидно це пояснюється перебуванням даних студентів, а особливо першокурсників в адаптаційному періоді щодо нових умов навчання у вищих навчальних закладах.

Водночас серед 236 студентів випускних курсів (19–21 рік) 25,42 % осіб відзначили відсутність труднощів; 69,49 % – незначні труднощі; 5,08 % відзначили виражені труднощі. Незначні та виражені труднощі студенти пов'язували з незадовільними матеріальним станом, соціально-побутовими умовами та впливом шкідливих факторів довкілля. Характерно, що студенти-випускники більшою мірою були задоволені соціальним статусом у зв'язку зі створенням сім'ї, народженням дітей, планами на майбутню професійну діяльність тощо. Відповідно вони менше уваги приділяли осмисленню фізичних потреб, хоча на покращання їх студенти не вказували. На нашу думку, така тенденція може бути прогностично несприятливою відносно індивідуального здоров'я.

Таким чином, більша половина студентів (74,13 %) у період навчання відзначали незначні труднощі щодо якості життя. Причому, така тенденція була виявлена як серед студентів молодших курсів, так і випускників. Але якщо першокурсники незначні труднощі пов'язували з фізичними та соціальними потребами, то студенти старших курсів – здебільшого із соціальними.

Інформативним надійним методом оцінки здоров'я людини як на індивідуальному, так і на груповому рівні вважається якість життя. У сучасних наукових дослідженнях часто вивчається оцінка якості життя, однак переважно – у пацієнтів з конкретною нозологічною формою [7, 16, 17]. Водночас аналіз даних про гендерні відмінності щодо якості життя є обмеженим [10, 14, 15].

Відомо, що низка хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань по-різному впливає на чоловіків і жінок через складну взаємодію між біологічною статтю й екологічними чинниками ризику.

Ми порівняли самооцінювання якості життя студентів за статтю. При цьому брали до уваги 3 запропоновані варіанти оцінки якості життя: 1 – відсутність труднощів, 2 – незначні труднощі, 3 – виражені труднощі (табл. 1).

Результати дослідження показали, що як студенти-дівчата (73,82 %), так і юнаки (80,0 %) частіше

**Таблиця 1. Гендерні особливості самооцінювання якості життя**

Досліджувані групи студентів (n=603)	Варіанти оцінки якості життя					
	1		2		3	
Дівчата (n=573)	абс.	%	абс.	%	абс.	%
		126	21,99	423	73,82	24
Юнаки (n=30)	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	6	20,00	24	80,00	–	–

відзначили незначні труднощі якості життя. Однак серед юнаків, на відміну від дівчат (4,19 %), не виявлено жодної особи з вираженими труднощами якості життя. Очевидно у студентів-юнаків меншою мірою сформований адекватний підхід до оцінювання якості життя, як сукупності чинників, що формують індивідуальне здоров'я.

Наступним етапом було визначення фізичного розвитку обстежених осіб методом експрес-оцінки рівня фізичного здоров'я за Г. Л. Апанасенком (1998), результати вказані в таблиці 2.

**Таблиця 2. Результати дослідження фізичного здоров'я студентів (за методом Г. Л. Апанасенка, 1998)**

Рівні здоров'я		Кількість студентів (n=603)	
		абс.	%
I	Низький	113	18,74
II	Нижче середнього	172	28,52
III	Середній	277	45,94
IV	Вище середнього	39	6,47
V	Високий	2	0,33

У результаті дослідження встановлено, що з 603 студентів тільки двоє осіб мали “високий” рівень фізичного здоров'я, що становить 0,33 % від усієї кількості досліджених юнаків та дівчат. До рівня здоров'я “вище середнього” було віднесено 6,47 % студентів, до “середнього” і “нижче середнього” рівнів відповідно 45,94 % та 28,52 % студентів. На жаль, 113 (18,74 %) студентів були віднесені до групи “низького” рівня фізичного здоров'я. До “безпечного” рівня здоров'я (“високий” та “вище середнього”) було віднесено лише 6 % студентів. Інші 93,20 % студентів перебували за межею “безпечного” рівня. Зауважимо, що при “безпечному” рівні здоров'я відсутні ендogenousні чинники ризику, які можуть спричинити маніфестацію хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань і низький ризик смерті [2, 3].

Ми порівняли отримані результати дослідження рівнів здоров'я студентів за статтю, віком і тривалістю навчання у коледжі (табл. 3, 4).

Залежно до статі рівень здоров'я студентів виявився наступним: “високий” рівень фізичного здоров'я серед студенток був у 2-х (0,35 %) осіб, “вище середнього” – у 39 (6,81 %), “середній рівень” – у 268 (46,77 %) осіб, “нижче середнього” – у 161 (28,10 %) особи і 103 (17,98 %) студентки мали “низький” рівень фізичного здоров'я.

З-поміж студентів-юнаків не виявилось жодної особи з “високим” та “вище середнього” рівнями здоров'я, із “середнім” рівнем було 9 (30,0 %) осіб, з

Таблиця 3. Результати дослідження фізичного здоров'я дівчат (за методом Г. Л. Апанасенка, 1998)

Рівні здоров'я		17 років (n=148)		18 років (n=197)		19 років (n=128)		20–21 рік (n=100)		Усього (n=573)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Низький	12	8,11	36	18,27	24	18,75	31	31,0	103	17,98
II	Нижче середнього	42	28,38	62	31,47	33	25,78	24	24,0	161	28,10
III	Середній	85	57,43	80	40,61	59	46,09	44	44,0	268	46,77
IV	Вище середнього	9	6,08	17	8,63	12	9,38	1	1,0	39	6,81
V	Високий	–	–	2	1,02	–	–	–	–	2	0,35

Таблиця 4. Результати дослідження фізичного здоров'я юнаків (за методом Г. Л. Апанасенка, 1998)

Рівні здоров'я		17 років (n=11)		18 років (n=8)		19 років (n=6)		20-21 рік (n=5)		Усього (n=30)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Низький	2	18,18	3	37,50	2	33,33	3	60,00	10	33,33
II	Нижче середнього	5	45,45	2	25,00	2	33,33	2	40,00	11	36,67
III	Середній	4	36,36	3	37,50	2	33,33	–	–	9	30,00
IV	Вище середнього	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
V	Високий	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

рівнем “нижче середнього” – 11 (36,67 %), з “низьким” – 10 (33,33 %) студентів-юнаків. Таким чином, за межею “безпечного” рівня розташувалися всі 100,0 % юнаків та 92,84 % дівчат.

Більшість студентів-дівчат з “низьким” рівнем здоров'я навчалися на 4-му курсі (20–21 рік), котрих у 2,5 раза було більше, ніж на першому курсі (17 років). Окрім цього, серед студенток 4-го курсу виявлено значно менше осіб з рівнем здоров'я “вище середнього” порівняно зі студентками 1-го року навчання. Коефіцієнт кореляції між віком і рівнями здоров'я становить (-0,17). Найбільшу частку склали студентки із “середнім” рівнем здоров'я (46,77 %) і лише 6,81 % – з рівнем здоров'я “вище середнього” та 2 особи (0,35 %) – з “високим”. Власне “вище середнього” і “високий” рівні здоров'я характеризуються як “безпечні”. Однак особливу увагу необхідно звернути на студенток, у яких виявлені рівні здоров'я “нижче середнього” – 28,1 % і “низький” – 17,98 %. Вони потребують подальшого медичного обстеження, оскільки в таких осіб проявляється феномен “саморозвитку” патологічного процесу без участі зовнішніх чинників (наприклад, погіршення умов життя) завдяки активації ендогенних чинників ризику. У цих випадках існує висока ймовірність розвитку дисфункції органів і систем та маніфестація патології у вигляді конкретно нозологічно форми [4].

Більшість юнаків з “низьким” рівнем здоров'я навчалися на 4-му курсі (20–21 рік), котрих у 3,3 раза було більше, ніж юнаків, які навчалися на першому курсі (17 років). Коефіцієнт кореляції між віком і рівнями здоров'я становив (-0,05). Найбільшу частку склали студенти з рівнем здоров'я “нижче середнього”

(36,67 %). На жаль, не виявлено осіб з рівнями здоров'я “вище середнього” і “високим”. Тобто серед юнаків не виявлено осіб, стан здоров'я яких можна було б віднести до “безпечного” рівня. Слід звернути увагу на той факт, що частка юнаків з “низьким” рівнем здоров'я була у 1,85 раза більшою за частку дівчат, хоча, як зазначалось вище, жоден з них не відзначав труднощі в оцінці якості життя. Тому особливу увагу необхідно звернути на ті групи студентів-юнаків, у яких виявлені рівні здоров'я “нижче середнього” – 36,67 % і “низький” – 33,33 %. Ці юнаки, аналогічно студентам-дівчатам, потребують подальшого медичного обстеження.

Таким чином, у більшості студентів медичного коледжу визначені “середній” і “нижче середнього” рівні фізичного здоров'я. Встановлено, що рівень здоров'я студентів як чоловічої, так і жіночої статі погіршувався з віком, відповідно до курсу навчання. До “безпечного” рівня здоров'я було віднесено 6,80 % студентів, решта 93,20 % студентів перебувала за межею “безпечного” рівня. З “високим” рівнем здоров'я виявлено лише 2 особи жіночої статі. Отже, особливу увагу в плані подальших медичних обстежень потребують студенти з “низьким” і “нижче середнього” рівнями здоров'я і, в першу чергу, юнаки.

Ми порівняли самооцінювання якості життя студентів відповідно до рівнів фізичного здоров'я (табл. 5).

За результатами досліджень встановлено, що найбільша частка студентів в усіх групах здоров'я вказувала наявність незначних труднощів (від 50,0 % до 75,8). 3-поміж студентів I–V груп задоволені життям були 35,9 % осіб з рівнем фізичного здоров'я “вище середнього”. Звертає на себе увагу той факт, що серед сту-

Таблиця 5. Результати самооцінювання якості життя студентами відповідно до рівнів фізичного здоров'я (n = 603)

Рівні здоров'я		Варіанти оцінки якості життя					
		1		2		3	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Низький (n=113)	26	23,0	82	72,6	5	4,4
II	Нижче середнього (n=172)	34	19,8	129	75,0	9	5,2
III	Середній (n=277)	57	20,6	210	75,8	10	3,6
IV	Вище середнього (n=39)	14	35,9	25	64,1	–	–
V	Високий (n=2)	1	50,0	1	50,0	–	–

дентів із рівнем здоров'я "нижче середнього" є найбільша частка (5,2 %) осіб з вираженим незадоволенням якості життя. Закономірним, що серед студентів із "безпечним" рівнем здоров'я не було виявлено жодної особи з вираженими труднощами щодо якості життя. Водночас, студенти з "високим" рівнем здоров'я відзначили або відсутність труднощів (50 %), або незначні труднощі (50 %).

Таким чином, встановлено, що поміж рівнями здо-

ров'я та часткою студентів, які вказали на відсутність труднощів, існує сильний прямий достовірний ( $p < 0,01$ ) кореляційний зв'язок ( $r = +0,85$ ). Тобто при покращанні рівня здоров'я збільшується частка осіб з відсутніми труднощами.

Нами проведена порівняльна оцінка якості життя студентів початкових (17–18 років) та старших (випускних) курсів (20–21 рік) відповідно до рівнів фізичного здоров'я (табл. 6, 7).

**Таблиця 6. Результати оцінки якості життя студентів початкових курсів (17–18 років) відповідно до рівнів фізичного здоров'я**

Рівні здоров'я		Варіанти оцінки якості життя					
		1		2		3	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Низький (n=56)	14	25,0	40	71,4	2	3,6
II	Нижче середнього (n=112)	24	21,4	83	74,1	5	4,5
III	Середній (n=171)	28	16,4	137	80,1	6	3,5
IV	Вище середнього (n=26)	5	19,2	21	80,8	–	–
V	Високий (n=26)	1	50,0	1	50,0	–	–

**Таблиця 7. Результати оцінки якості життя студентів випускних курсів (19–21 рік) відповідно до рівнів фізичного здоров'я**

Рівні здоров'я		Варіанти оцінки якості життя					
		1		2		3	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Низький (n=57)	12	21,1	42	73,7	3	5,3
II	Нижче середнього (n=60)	10	16,7	46	76,7	4	6,7
III	Середній (n=106)	29	27,4	73	68,9	4	3,8
IV	Вище середнього (n=13)	9	69,2	4	30,8	–	–
V	Високий (n=0)	–	–	–	–	–	–

Результати дослідження дозволяють стверджувати, що студенти всіх курсів навчання найчастіше відзначали незначні труднощі щодо якості життя. Однак з-поміж студентів початкових курсів цей показник виявився найбільшим (80,8 %) в осіб з рівнем здоров'я "вище середнього", на відміну від студентів випускних курсів, 76,7 % яких відзначили незначні затруднення, хоча їх рівень здоров'я був "нижче середнього". Цікавими виявились результати оцінки якості життя при відсутності труднощів: найбільшу частку (25,0 %) склали особи групи з "низьким рівнем" здоров'я серед студентів початкових курсів і з рівнем здоров'я "вище середнього" (69,2 %) у групі студентів старших курсів. Це ще раз наводить нас на думку про наявність перехідного адаптаційного періоду щодо зміни способу життя студентів-першокурсників.

Таким чином, встановлено, що поміж рівнями здоров'я у студентів молодших курсів і часткою осіб, котрі вказали на відсутність труднощів, існує прямий достовірний ( $p < 0,01$ ) кореляційний зв'язок ( $r = +0,55$ ). Проте даний зв'язок виявився дещо слабшим, а саме середньої сили.

Водночас, у студентів старших курсів кореляційно залежності поміж рівнями здоров'я та часткою студентів, які вказали на відсутність труднощів щодо якості життя, не виявлено ( $r = +0,06$ ,  $p > 0,05$ ). Однак в даній групі достовірно ( $p < 0,01$ ) зменшується частка осіб з вираженими труднощами при зростанні рівня здоров'я ( $r = -0,89$ ).

Очевидним є факт, що "низький" та "нижче середнього" рівні здоров'я студентів є наслідком невідповідності адаптаційних резервів організму до способу життя і потужності впливу шкідливих факторів довкілля, що діяли на студентів впродовж всіх років навчання в коледжі [1, 6]. На жаль, оцінка студентами цих факторів виявилась досить суб'єктивною, незважаючи на те, що вони отримують специфічні медичні знання. Таке відношення до власного здоров'я студентів-медиків відображає стратегію здоров'я сучасної медицини, направлену на подолання хвороби, а не на збереження здоров'я. Окрім цього дані проведених досліджень свідчать про несформованість потреби у здоров'ї молодого покоління та вказують на прямок профілактичної роботи сучасної системи охорони здоров'я щодо зміцнення здоров'я молоді.

**ВИСНОВКИ** 1. На незначні труднощі щодо якості життя вказували 74,13 % студентів медичного коледжу. Студенти початкових курсів незначні труднощі пов'язували з фізичними і соціальними потребами, а студенти старших курсів – здебільшого з соціальними.

2. У більшості студентів медичного коледжу визначені "середній" і "нижче середнього" рівні фізичного здоров'я. Частка юнаків з "низьким" рівнем здоров'я була у 1,85 рази більшою за частку дівчат. Рівень здоров'я студентів як чоловічої, так і жіночої статі погіршувався з віком і курсом навчання.

3. У всіх юнаків та 92,84 % дівчат стан здоров'я був за межею "безпечного" рівня. Особливо уваги в

плані подальших медичних обстежень потребують студенти з “низьким” і “нижче середнього” рівнями здоров'я і, в першу чергу, юнаки, кількість котрих становила 70,0 %.

4. Результати самооцінювання якості життя студентами показали, що при покращанні рівня здоров'я збільшувалась частка осіб, задоволених життям. Даний зв'язок в основному формувався завдяки показників студентів початкових курсів.

5. “Низький” та “нижче середнього” рівні здоров'я студентів є наслідком невідповідності адаптаційних резервів організму щодо способу життя і потужності впливу шкідливих факторів довкілля, вплив яких на студентів спостерігається впродовж всіх років навчання у коледжі.

**Перспективи подальших досліджень** У подальших роботах планується вивчення стану імунної системи студентів різних рівнів фізичного здоров'я з метою виявлення донозологічних станів і розробці ефективних заходів щодо профілактики захворювань.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Амосов М. М. Роздуми про здоров'я / М. М. Амосов. – К. : Здоров'я, 1990. – 168 с.
- Апанасенко Г. Л. Диагностика індивідуального здоров'я / А. Г. Апанасенко // Гигиена и санитария. – 2004. – № 2. – С. 55–58.
- Апанасенко Г.Л. Максимальная аэробная способность как критерий оптимальности онтогенеза / Г. Л. Апанасенко // Физиология человека. – 2010. – № 1. – С. 67–73.
- Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология / Г. В. Апанасенко, Р. Г. Попова. – К. : Здоров'я, 1998. – 247 с.
- Апанасенко Г. Л. Охрана здоровья здоровых, постановка проблемы в Украине и России / Г. Л. Апанасенко // Украинский медицинский часопис. – 2009. – № 4. – С. 122–124.
- Апанасенко Г. Л. Уровень соматического здоровья, его связь с физическим развитием и прогнозирование заболеваемости подростков / Г. Л. Апанасенко, В. К. Казакевич, Л. Д. Коровина // Валеология. – 2003. – № 1. – С. 19–24.
- Впровадження гендерного підходу в українсько-канадському проєкті “Молодь за здоров'я – 2” (з досвіду реалізації) / О. М. Балакірева, Ю. М. Галустьян, Н. Ф. Романова, Д. М. Дікова-Фаворська. – К. : Укр. ін-т соц. досл. – 2005. – 48 с.
- Григор'єв В. Й. Здоровий спосіб життя в контексті гуманітарного дискусю / В. Й. Григор'єв // Здоровий спосіб життя. – 2009. – № 42. – С. 13–15.
- Крамской С. И. Образ жизни и здоровье студентов: проблемы, анализ, опыт, рекомендации / С. И. Крамской, В. П. Зайцев // Физическая культура и здоровье. – 2006. – № 1 (7). – С. 38–41.
- Латышевская Н. И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов / Н. И. Латышевская, С. В. Клаучек, Н. П. Москаленко // Гигиена и санитария. – 2004. – № 1. – С. 51–53.
- Молодь за здоровий спосіб життя: щоріч. доп. Президенти України, Верховній Раді України, Каб. Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / Міністерство України у справах сім', молоді та спорту, Держ. ін-т розв. сім' та молоді; [редкол.: Н. Ф. Романова (голова) та ін.]. – К. : ТОВ “Основа”, 2010. – 156 с.
- Проблема постановки питання діагностики і керування здоров'ям в медицині та валеології / А. В. Магльований, О. Б. Кунинець, Г. М. Магльована [та ін.] // Здоровий спосіб життя. – 2006. – № 14. – С. 17–19.
- Формування здорового способу життя молоді: навч.-метод. посіб. для працівників соц. служб для сім', дітей та молоді / Т. В. Боднар, О. Г. Карпенко, Д. М. Дікова-Фаворська [та ін.]. – К. : Укр. ін-т соц. досл. – 2005. – 116 с.
- Gender and respiratory factors associated with dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease / J. P. de Torres [et al.] // Respir. Res. – 2007. – № 8. – P. 18.
- Low G. Examining the role of gender in health-related quality of life: perceptions of older adults with chronic obstructive pulmonary disease / G. Low // J. Gerontol. Nurs. – 2006. – № 21. – P. 42–49.
- Ofir D. Sex differences in perceived intensity of breathlessness during exercise with advancing age / D. Ofir // J. Appl. Physiol. – 2008. – № 104. – P. 1583–1593.
- Stahl E. Health-related quality of life is related to COPD severity / E. Stahl // Health Qual Life Outcomes. – 2005. – № 9. – P. 56.

Отримано 23.08.11