

ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В  
ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, № 6



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



## Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков

ИССЛЕДОВАНИЕ «ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ» (HBSC):  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
ОБСЛЕДОВАНИЯ 2009/2010 гг.



hbsc



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков

**ИССЛЕДОВАНИЕ «ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ» (HBSC):  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
ОБСЛЕДОВАНИЯ 2009/2010 ГГ.**

Под редакцией:

**Candace Currie  
Cara Zanotti  
Antony Morgan  
Dorothy Currie  
Margaretha de Looze  
Chris Roberts  
Oddrun Samdal  
Otto R.F. Smith  
Vivian Barnekow**

## WHO Library Cataloguing in Publication Data

Social determinants of health and well-being among young people : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey / edited by Candace Currie ... [et al.].

(Health Policy for Children and Adolescents; No. 6)

1. Adolescent 2. Child 3. Health behavior 4. Health surveys 5. Cross-cultural comparison 6. Health policy 7. Europe 8. North America I. Currie, Candace II. Zanotti, Cara III. Morgan, Antony IV. Currie, Dorothy V. de Looze, Margaretha VI. Roberts, Chris VII. Samdal, Oddrun VII. Smith, Otto R. F. IX. Barnekow, Vivian

ISBN 978 92 890 4423 3

NLM Classification: WS 460

**ISBN 978 92 890 4423 3**

Библиографическое описание:

Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»: международный отчет по результатам обследования 2009–2010 гг. / Под ред. Currie С и др. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Серия «Политика охраны здоровья детей и подростков», выпуск № 6)

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-новом режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

### © Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Коллектив авторов</b>	v	Школа: восприятие успешности своей	
<b>Выражение признательности</b>	xv	школьной деятельности	49
<b>Аббревиатуры</b>	xv	Школа: ощущение тяжести школьной нагрузки	53
<b>Предисловие</b>	xvi	Школа: поддержка одноклассников	57
<b>Вступление</b>	xviii	Школа: научное обсуждение и значение для политики	61
<b>ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>1</b>	<b>ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>65</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>2</b>	Позитивное здоровье: самооценка состояния здоровья	67
Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC)	2	Позитивное здоровье: удовлетворенность жизнью	71
Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков	4	Позитивное здоровье: множественные жалобы на здоровье	75
Критерии социальных неравенств	5	Позитивное здоровье: научное обсуждение и значение для политики	79
Обзор результатов предыдущих исследований HBSC	6	Травмы, требующие медицинского вмешательства	83
Социальный контекст формирования здоровья подростков	7	Травмы, требующие медицинского вмешательства: научное обсуждение и значение для политики	87
Литература	8	Вес тела: избыточная масса тела и ожирение	89
<b>ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ</b>	<b>11</b>	Вес тела: представление о красоте тела	93
<b>ГЛАВА 1. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ</b>	<b>13</b>	Вес тела: действия, направленные на его снижение	97
Возрастные и гендерные различия	14	Вес тела: научное обсуждение и значение для политики	101
Достаток семьи	14	<b>ГЛАВА 4. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>105</b>
Географические особенности	15	Пищевое поведение: завтрак	107
Виды изучаемых показателей	15	Пищевое поведение: употребление фруктов	111
Литература	16	Пищевое поведение: употребление безалкогольных прохладительных напитков	115
<b>ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ</b>	<b>17</b>	Пищевое поведение: научное обсуждение и значение для политики	119
Семья: общение с матерью	19	Гигиена полости рта	123
Семья: общение с отцом	23	Гигиена полости рта: научное обсуждение и значение для политики	127
Семья: научное обсуждение и значение для политики	27	Расход энергии: физическая активность от умеренной до высокой интенсивности	129
Сверстники: тесное дружеское общение	29	Расход энергии: малоподвижное поведение, время, проводимое за телевизором	133
Сверстники: проведение вечеров с друзьями	33	Расход энергии: научное обсуждение и значение для политики	137
Сверстники: общение с использованием электронных средств связи (ЭСС)	37		
Сверстники: научное обсуждение и значение для политики	41		
Школа: позитивное отношение к школе	45		

<b>ГЛАВА 5. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ</b>	139	Заключение	212
Табачокурение	141	Литература	212
Табачокурение: научное обсуждение и значение для политики	148	<b>ГЛАВА 8. ДОСТАТОК СЕМЬИ</b>	213
Употребление алкоголя	151	Социальный контекст	214
Употребление алкоголя: научное обсуждение и значение для политики	161	Показатели здоровья	214
Употребление конопли	163	Формы поведения в отношении здоровья	214
Употребление конопли: научное обсуждение и значение для политики	171	Формы поведения, сопряженные с риском	214
Сексуальное поведение: опыт полового сношения	173	Обсуждение	214
Сексуальное поведение: использование презервативов и противозачаточных таблеток	177	Заключение	215
Сексуальное поведение: научное обсуждение и значение для политики	182	Литература	216
Участие в драках	185	<b>ГЛАВА 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	217
Участие в драках: научное обсуждение и значение для политики	189	Литература	219
Положение обижаемого и причинение обид	191	<b>ПРИЛОЖЕНИЕ: МЕТОДОЛОГИЯ И ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ</b>	221
Положение обижаемого и причинение обид: научное обсуждение и значение для политики	200	Методология обследования HBSC 2009-2010 гг.	222
<b>ЧАСТЬ 3. ОБСУЖДЕНИЕ</b>	<b>203</b>	Таблицы дополнительных данных	228
<b>ГЛАВА 6. ВОЗРАСТ</b>	<b>205</b>	Литература	252
Социальный контекст	206		
Показатели здоровья	206		
Формы поведения в отношении здоровья	206		
Формы поведения, сопряженные с риском	207		
Обсуждение	207		
Заключение	208		
Литература	208		
<b>ГЛАВА 7. ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ</b>	<b>209</b>		
Социальный контекст	210		
Показатели здоровья	210		
Формы поведения в отношении здоровья	211		
Формы поведения, сопряженные с риском	211		
Обсуждение	211		

## КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Candace Currie	Международный координатор HBSC, научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков (CANRU), медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия) и председатель Группы научного развития HBSC
Cara Zanotti	Сотрудник по вопросам научных коммуникаций HBSC, Международный координационный центр HBSC, научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков (CANRU), медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Antony Morgan	Почетный научный сотрудник, Хартфордширский университет, Хэтфилд, Соединенное Королевство (Англия), и председатель Группы научных разработок HBSC
Dorothy Currie	Старший статистик, Международный координационный центр HBSC, CANRU, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия), и сопредседатель Группы разработки методологии HBSC
Margaretha de Looze	Студентка, PhD, факультет социальных и поведенческих наук, Утрехтский университет, Нидерланды
Chris Roberts	Руководитель по научной работе, Аналитическая группа по вопросам здоровья, социальных услуг и детей, Информационно-аналитические службы, Правительство Уэльса, Соединенное Королевство (Уэльс), и сопредседатель Группы разработки методологии HBSC
Oddrun Samdal	Управляющий банком данных HBSC, Центр управления данными HBSC, кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия
Otto R.F. Smith	Помощник управляющего банком данных HBSC, Центр управления данными HBSC, Кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия
Vivian Barnekow	Руководитель программы (и.о.), Здоровье и развитие детей и подростков, Неинфекционные заболевания и укрепление здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

### РЕДАКЦИОННАЯ И ОФОРМИТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

Alex Mathieson	Составитель и редактор текстов (фриланс), Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия)
Damian Mullan	Дизайнер, «So ... it begins», Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия)

## АВТОРЫ

### Часть/Глава

### Авторы

## ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ

Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC)	Cara Zanotti (Международный координационный центр HBSC) Otto R.F. Smith (Центр управления данными HBSC)
Что такое социальные детерминанты здоровья подростков Критерии социальных неравенств Обзор результатов предыдущих исследований HBSC Социальный контекст формирования здоровья подростков	Margaretha de Looze (Нидерланды), Cara Zanotti (Международный координационный центр HBSC), Antony Morgan (Соединенное Королевство (Англия)), Vivian Barnekow (Европейское региональное бюро ВОЗ)

## ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

### ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Общение с матерью Общение с отцом	Fiona Brooks (Англия), Apolinaras Zaborskis (Литва), Ágota Örkényi (Венгрия), Izabela Tabak (Польша), María del Carmen Granado Alcón (Испания), Ina Borup (Гренландия), Inês Camacho (Португалия), Ellen Klemera (Англия)
Близкие друзья	Michela Lenzi (Италия), Margarida Gaspar de Matos (Португалия), Gina Tomé (Португалия), Emese Zsiros (Венгрия), Winfried van der Sluijs (Шотландия), Margaretha de Looze (Нидерланды)
Проведение вечеров с друзьями	Emese Zsiros (Венгрия), Margarida Gaspar de Matos (Португалия), Michela Lenzi (Италия), Winfried van der Sluijs (Шотландия), Margaretha de Looze (Нидерланды)
Общение с использованием электронных средств связи (ЭСС)	Winfried van der Sluijs (Шотландия), Emese Zsiros (Венгрия), Michela Lenzi (Италия), Margarida Gaspar de Matos (Португалия), Gina Tomé (Португалия), Margaretha de Looze (Нидерланды)
Позитивное отношение к школе Восприятие успешности своей школьной деятельности Ощущение тяжести школьной нагрузки Поддержка одноклассников	Daniela Ramelow (Австрия), Don Klinger (Канада), Dorothy Currie (Шотландия), John Freeman (Канада), Lavina Damian (Румыния), Oana Negru (Румыния), Oddrun Samdal (Норвегия), Mette Rasmussen (Дания), Rosemarie Felder-Puig (Австрия)

### ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Оценка своего здоровья Удовлетворенность жизнью Множественные жалобы на здоровье	Veronika Ottova (Германия), Pilar Ramos Valverde (Испания), Joanna Mazur (Польша), Inese Gobina (Латвия), Helena Jericek (Словения), Tania Gaspar (Португалия), Raili Valimaa (Финляндия), Saskia van Dorsselaer (Нидерланды), Ulrike Ravens-Sieberer (Германия), Фокус-группа HBSC по позитивному здоровью
Травмы, требующие медицинского вмешательства	Michal Molcho (Ирландия)
Вес тела: избыточная масса тела и ожирение	Namanjeet Ahluwalia (Швеция)
Вес тела: действия, направленные на снижение веса	Kristiina Ojala (Финляндия)
Представление о красоте тела	Ágnes Németh (Венгрия)

### ГЛАВА 4. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Завтрак	Colette Kelly (Ирландия)
---------	--------------------------

<b>Часть/Глава</b>	<b>Авторы</b>
Употребление фруктов	John Freeman (Канада)
Употребление безалкогольных прохладительных напитков	Carine Vereecken (Бельгия (фламандская область))
Гигиена полости рта	Sisko Honkala (Финляндия), Eino Honkala (Финляндия), Kate Anne Levin (Шотландия)
Физическая активность	Ronald J Iannotti (Соединенные Штаты Америки), Michal Kalman (Чешская Республика), Joanna Inchley (Шотландия), Jorma Tynjälä (Финляндия), Jens Bucksch (Германия), Фокус-группа HBSC по физической активности
Малоподвижное поведение	Ronald J Iannotti (Соединенные Штаты Америки), Michal Kalman (Чешская Республика), Joanna Inchley (Шотландия), Jorma Tynjälä (Финляндия), Jens Bucksch (Германия), Фокус-группа HBSC по физической активности
<b>ГЛАВА 5. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ</b>	
Табак	Emmanuelle Godeau (Франция), Anastasios Fotiou (Греция), Anne Hublet (Бельгия (фламандская область)), Tibor Baska (Словакия)
Алкоголь	Mafalda Ferreira (Португалия), Emmanuel Kuntsche (Швейцария), Margaretha de Looze (Нидерланды), Tibor Baska (Словакия), Bruce Simons-Morton (Соединенные Штаты Америки), Tom ter Bogt (Нидерланды), Saoirse Nic Gabhainn (Ирландия)
Конопля	Tom ter Bogt (Нидерланды), Mafalda Ferreira (Portugal), Margaretha de Looze (Нидерланды), Saoirse Nic Gabhainn (Ирландия)
Опыт сексуальных отношений	Marta Reis (Португалия), Lúcia Ramiro (Португалия), Josephine Magnusen (Англия), Saoirse Nic Gabhainn (Ирландия), Emmanuelle Godeau (Франция), Фокус-группа HBSC по рискованным формам поведения
Использование презервативов и противозачаточных таблеток	Lúcia Ramiro (Португалия), Marta Reis (Португалия), Josephine Magnusson (Англия), Béat Windlin (Швейцария), Nathalie Moreau (Бельгия (франкоязычная область)), Emmanuelle Godeau (Франция), Margaretha de Looze (Нидерланды), Фокус-группа HBSC по рискованным формам поведения
Участие в драках	Michal Molcho (Ирландия)
Причинение обид	Michal Molcho (Ирландия)
<b>ЧАСТЬ 3. ОБСУЖДЕНИЕ</b>	
ГЛАВА 6. ВОЗРАСТ	Oddrun Samdal (Норвегия), Katrin Aasvee (Эстония), John Freeman (Канада)
ГЛАВА 7. ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ	Petra Kolip (Германия), Mette Rasmussen (Дания), Winfried van der Sluijs (Шотландия), Oddrun Samdal (Норвегия)
ГЛАВА 8. ДОСТАТОК СЕМЬИ	Torbjørn Torsheim (Норвегия), Katrin Aasvee (Эстония), Oddrun Samdal (Норвегия)
ГЛАВА 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	Oddrun Samdal (Норвегия)
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	Otto R.F. Smith (Центр управления данными HBSC), Cara Zanotti (Международный координационный центр HBSC)



## **АНАЛИЗ ДАННЫХ**

Dorothy Currie (Шотландия), Chris Roberts (Уэльс) (ведущие аналитики)

Anne Hublet (Бельгия (фламандская область)), Ivana Pavic Simeton (Хорватия), Nathalie Moreau (Бельгия (франкоязычная область)), Paola Dalmasso (Италия), Torbjørn Torsheim (Норвегия), Virginie Ehlinger (Франция), Will Pickett (Канада) (аналитики)

## **ПОМОЩЬ В РЕДАКТИРОВАНИИ**

Wendy Craig (Канада), John Freeman (Канада), Michal Molcho (Ирландия), Emmanuelle Godeau (Франция)

## **ТЕХНИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРОЕКТАМ ОТЧЕТА**

Bjørn Holstein (Дания), Birgit Niclasen (Гренландия), Matthias Richter (Германия), Zuzana Veselská (Словакия)

## **ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ**

Vivian Barnekow (руководитель программы (и.о.), Здоровье и развитие детей и подростков), Joao Joaquim Rodrigues da Silva Breda (руководитель программы, Питание, физическая активность и ожирение), Lars Fodgaard Møller (руководитель программы (и.о.), Алкоголь, запрещенные наркотики и пенитенциарное здравоохранение), Gunta Lazdane (руководитель программы, Сексуальное и репродуктивное здоровье), Kristina Mauer-Stender (руководитель программы (и.о.), Борьба против табакокурения), Dinesh Sethi (руководитель программы (и.о.), Предупреждение насилия и травматизма), Isabel Yordi Aguirre (технический специалист, Гендерные аспекты)

## ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ И ЧЛЕНЫ ГРУППЫ HBSC 2009-2010 ГГ.

<b>Международная координация обследования HBSC 2009-2010 гг.</b>	Candace Currie (международный координатор) Aixa Alemán-Díaz, Jehane Barbour, Dorothy Currie, Emily Healy, Ashley Theunissen, Cara Zanotti (координаторы)	Международный координационный центр HBSC, CAHRU, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Шотландия
<b>Управление банком данных обследования HBSC за 2009/2010 гг.</b>	Oddrun Samdal (Управляющий международным банком данных) Otto R.F. Smith (Управляющий банком данных)	Центр управления данными HBSC, кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия

Страна или область	Ведущие исследователи (жирным шрифтом) и члены группы	Учреждения
<b>Австрия</b>	<b>Wolfgang Dür</b> , Rosemarie Felder-Puig, Robert Griebler, Felix Hofmann, Ursula Mager, Markus Hojni, Daniela Ramelow, Katrin Unterweger	Институт исследований по укреплению здоровья имени Людвига Больцмана, Венский университет
<b>Албания</b>	<b>Elizana Petrela</b> , Gazmend Bejtja, Astrit Dauti, Zyhdi Dervishi, Lumuturi Merkuri, Engjell Mihali	Медицинский факультет, Университет Тираны
<b>Англия</b>	<b>Fiona Brooks, Antony Morgan</b> , Cath Fenton, Ellen Klemmer, Josefine Magnusson, Neil Spencer	Центр научных исследований первичной и коммунальной помощи, Хартфордширский университет, Хэтфилд
<b>Армения</b>	<b>Сергей Саргисян</b> , Ара Бабляян, Марина Мелкумова, Ева Мовсесян	Медицинский комплекс «Арабкир», Институт здоровья детей и подростков, Ереван
<b>Бельгия (фламанд.)</b>	<b>Carine Vereecken</b> , Bart De Clercq, Anne Hublet, Lea Maes	Факультет общественного здравоохранения, Гентский университет
<b>Бельгия (франц.)</b>	<b>Danielle Piette</b> , Pascale Decant, Damien Favresse, Isabelle Godin, Nathalie Moreau, Patrick de Smet	Брюссельский свободный университет
<b>Болгария</b>	<b>Lidiya Vasileva</b> , Bogdana Alexandrova, Elitsa Dimitrova, Evelina Bogdanova Irina Todorova, Anna Alexandrova-Karamanova Tatyana Kotzeva	Институт исследований населения и человека, Болгарская академия наук, Софийский научный центр психологии здоровья, София Бургасский свободный университет
<b>Бывшая югославская Республика Македония</b>	<b>Lina Kostrarova Unkovska</b> , Dejan Atanasov, Emilija Georgievska-Nanevska, Teodora Lazetic Blasko Kasapinov, Elena Kosevska, Bisera Rahic Sheruze Osmani	Центр социально-психологической помощи в кризисных ситуациях, Скопье Институт общественного здравоохранения Республики Македония, Скопье Государственный университет Тетова

Страна или область	Ведущие исследователи (жирным шрифтом) и члены группы	Учреждения
<b>Венгрия</b>	<b>Ágnes Németh</b> , Gyöngyi Kökönyei, András Költő, Ágota Örkényi, Gabriella Páll, Dora Varnai, Ildikó Zakariás, Emese Zsiros	Национальный институт охраны здоровья детей, Будапешт
<b>Германия</b>	<b>Petra Kolip</b> , Jens Bucksch, Kerstin Hoffarth, Matthias Richter  Veronika Ottova, Ulrike Ravens-Sieberer  Andreas Klocke	Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья детей и подростков: Школа общественного здравоохранения, Университет Билефельда  Медицинский центр Университета, Гамбург-Эппендорф  Университет прикладных наук, Франкфурт
<b>Гренландия</b>	<b>Birgit Niclasen</b>  Christina Schnohr  Ina Borup	Районное медицинское управление, Нуук  Институт общественного здравоохранения, Копенгагенский университет, Дания  Колледж общественного здравоохранения стран Северной Европы, Гётеборг, Швеция
<b>Греция</b>	<b>Anna Kokkevi</b> , Anastasios Fotiou, Eleftheria Kanavou, Clive Richardson, Myrto Stavrou, Maria Xanthaki	Научно-исследовательский университетский центр психического здоровья, Афины
<b>Дания</b>	<b>Pernille Due</b> , Anette Andersen, Pernille Bendtsen, Bjørn Holstein, Charlotte Kjær, Rikke Krølner, Trine Pagh Pedersen, Katrine Rich-Madsen, Mette Rasmussen, Signe Rayce, Chalida Svastisalee, Mogens Trab Damsgaard, Pia Elena Wickman Henriksen	Национальный институт общественного здравоохранения, Университет Южной Дании, Оденс
<b>Израиль</b>	<b>Yossi Harel-Fisch</b> , Shani Avikzer-Naveh, Gabriel Goldman, Renana HersHKovitz, Rinat Mashal, Ravit Meridor, Sophie Walsh, Sandra White	Международная научно-исследовательская программа по благополучию и здоровью подростков, Университет имени Бар-Илана, Рамат-Ган
<b>Ирландия</b>	<b>Saoirse Nic Gabhainn</b> , Natasha Clarke, Aoife Gavin, Colette Kelly, Michal Molcho, Christina Murphy, Larri Walker	Научно-исследовательский центр укрепления здоровья, Национальный университет Ирландии, Галвей (Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям в области укрепления здоровья)
<b>Исландия</b>	<b>Thoroddur Bjarnason</b> , Arsaell Arnarsson, Andrea Hjalmsdottir, Stefan H. Jonsson, Kjartan Olafsson, Sigrun Sveinbjornsdottir, Runar Vilhjalmsson	Университет Акурейри

Страна или область	Ведущие исследователи (жирным шрифтом) и члены группы	Учреждения
<b>Испания</b>	<b>Carmen Moreno Rodriguez</b> , Irene García Moya, Antonia Jiménez Iglesias, Pilar Ramos Valverde, Inmaculada Sánchez-Queija	Кафедра психологии развития и обучения, Севильский университет
	Francisco José Rivera de los Santos	Кафедра психологии развития и обучения, Хуэлвский университет
	Ana María López	Кафедра экспериментальной психологии, Севильский университет
	Maria del Carmen Granado Alcón	Кафедра методологии и поведенческих наук, Хуэлвский университет
<b>Италия</b>	<b>Franco Cavallo</b> , Alberto Borraccino, Lorena Charrier, Paola Dalmasso, Patrizia Lemma, Alessio Zambon	Кафедра общественного здравоохранения и микробиологии, Университет Турина
	Michela Lenzi, Massimo Santinello, Alessio Vieno	Кафедра психологии развития и социализации, Университет Падуи
	Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri, Stefania Rossi	Кафедра патофизиологии, экспериментальной медицины и общественного здравоохранения, Университет Сиены
	Daniela Baldassari	Региональный центр укрепления здоровья, Министерство здравоохранения региона Венето, Верона
<b>Канада</b>	<b>John Freeman</b>	Факультет образования, Кингстонский королевский университет
	<b>William Pickett</b>	Факультет медицинских наук, Кингстонский королевский университет
	Wendy Craig	Кафедра психологии, Кингстонский королевский университет
	Frank Elgar	Институт медицинских и социальных наук, Университет МакГилла, Монреаль
	Ian Janssen	Школа кинезиологии и медицинских исследований, Кингстонский королевский университет
	Matt King, Don Klinger	Факультет образования, Кингстонский королевский университет
	Patricia Walsh	Агентство общественного здравоохранения Канады

Страна или область	Ведущие исследователи (жирным шрифтом) и члены группы	Учреждения
<b>Латвия</b>	<b>Iveta Pudule</b> , Daiga Grinberga, Biruta Velika  Inese Gobina, Anita Villerusa	Центр экономики здравоохранения, Рига  Рижский университет имени Страдина
<b>Литва</b>	<b>Apolinaras Zaborskis</b> , Reda Lagūnaitė, Ilona Lenciauskiene, Linas Sumskas, Egle Vaitkaitiene, Nida Zemaitiene	Каунасский медицинский университет
<b>Люксембург</b>	<b>Yolande Wagener</b> , Dritan Brejko, Chantal Brochmann, Sophie Couffignal, Louise Crosby, Serge Krippner, Marie-Lise Lair, Guy Weber	Отдел профилактической и социальной медицины, Министерство здравоохранения, Люксембург
<b>Мальта</b>	<b>Marianne Massa</b>	Директорат по вопросам укрепления здоровья, Мзида
<b>Нидерланды</b>	<b>Wilma Vollebergh, Tom ter Bogt</b> , Margaretha de Looze, Gonneke Stevens  Saskia van Dorsselaer, Jacqueline Verdurmen  Simone de Roos	Факультет социальных и поведенческих наук, Утрехтский университет  Нидерландский институт психического здоровья и наркозависимости, Утрехт  Нидерландский институт социальных исследований, Гаага
<b>Норвегия</b>	<b>Oddrun Samdal</b> , Åge Røssing Diseth, Anne-Siri Fismen, Ellen Haug, Jørn Hetland, Fredrik Hansen, Ingrid Leversen, Ole Melkevik, Otto R.F. Smith, Marianne Skogbrott Birkeland, Torbjørn Torsheim, Bente Wold	Кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет
<b>Польша</b>	<b>Joanna Mazur</b> , Anna Dzielska, Hanna Kololo, Agnieszka Malkowska-Szkutnik, Izabela Tabak  Anna Kowalewska, Barbara Woynarowska	Отдел здоровья детей и подростков, Институт охраны здоровья матери и ребенка, Варшава  Биомедицинский и психологический фонды образовательного центра, факультет образования, Варшавский университет
<b>Португалия</b>	<b>Margarida Gaspar de Matos</b> , José Alves Diniz, Antonio Borges, Luis Calmeiro, Inês Camacho, Mafalda Ferriera, Tania Gaspar, Ana Paula Lebre, Lúcia Ramiro, Marta Reis, Celeste Simões, Gina Tomé	Факультет кинетики человека, Лиссабонский технический университет
<b>Российская Федерация</b>	<b>Александр Комков</b> , Александр Малинин	Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры
<b>Румыния</b>	<b>Adriana Baban</b> , Robert Balazsi, Alina Cosma, Catrinel Craciun, Lavina Damian, Eva Kallay, Oana Negru, Ana Maria Popescu, Diana Taut, Gabriel Vonas	Факультет психологии, Университет детских болезней, Клуж-Напока

Страна или область	Ведущие исследователи (жирным шрифтом) и члены группы	Учреждения
<b>Словакия</b>	<b>Andrea Madarasova Geckova</b> , Daniela Bobakova, Zuzana Katreniakova, Jaroslava Kopcakova, Peter Kolarcik, Zuzana Veselska  Tibor Baska, Martina Baskova  Jana Kollarova  Maria Sarkova	Кошицкий институт по изучению общества и здоровья, Медицинский факультет Университета Павла Йозефа Шафарика, Кошице  Медицинский факультет имени Йессениуса, Университет имени Комениуса, Мартин  Региональное Управление общественного здравоохранения  Кошицкий институт по изучению общества и здоровья
<b>Словения</b>	<b>Helena Jericek</b> , Maja Bajt, Vesna Pucelj, Nina Scagnetti, Tina Zupani	Институт общественного здравоохранения Республики Словения, Любляна
<b>Соединенные Штаты Америки</b>	<b>Ronald Iannotti</b> , Tilda Farhat, Denise Haynie, Leah Lipsky, Bruce Simons-Morton, Jing Wang  Charlotte Pratt  Vivian Faden, Ralph Hingson, Mary Kaye Kenney	Национальный институт охраны здоровья детей и развития человека, Бетезда  Национальный институт болезней сердца, легких и крови, Бетезда  Национальный институт лечения алкогольной зависимости и алкоголизма, Бетезда
<b>Турция</b>	<b>Oya Ercan</b> , Manolya Acar, Mujgan Alikasifoglu, Zeynep Alp, Ethem Erginoz, Sibel Lacinel, Ayse Tekin  Ömer Uysal  Deniz Albayrak Kaymak	Медицинский факультет, кафедра педиатрии, Стамбульский университет  Кафедра медицинской статистики и информатики, медицинский факультет Университета Безмиалем, Стамбул  Кафедра образования, Университет Bogazici, Стамбул
<b>Украина</b>	<b>Ольга Балакирева</b>  Тетяна Бондарь  Наталья Рингач	Институт экономики и прогнозирования, Национальная академия наук Украины, Киев  Украинский институт социальных исследований имени Александра Ярёмченко, Киев  Институт демографии и социальных исследований имени Птухи, Национальная академия наук Украины, Киев
<b>Уэльс</b>	<b>Chris Roberts</b> , Julie Lane, Justine Rolfe  Simon Murphy	Аналитическая группа по вопросам здоровья, социальных услуг и детей, Информационно- аналитические службы, правительство Уэльса, Кардифф  Центр разработки и оценки комплексных мер по улучшению общественного здравоохранения (DECIPer), Кардиффский университет

Страна или область	Ведущие исследователи (жирным шрифтом) и члены группы	Учреждения
Финляндия	<b>Jorma Tynjälä</b> , Lasse Kannas, Kristiina Ojala, Ilona Haapasalo, Raili Välimaa, Jari Villberg, Mika Vuori, Eina Honkala, Sisko Honkala	Факультет медицинских наук, Университет Ювяскюля
Франция	<b>Emmanuelle Godeau</b> , Félix Navarro, Verginie Ehlinger, Mariane Sentenac, Léona Pistre	Медицинская служба Ректората Тулузы
Хорватия	<b>Marina Kuzman</b> , Mario Hemen, Ivana Pavic Simetin, Martina Markelic, Iva Pejnovic Fraelic	Хорватский национальный институт общественного здравоохранения, Загреб
Чешская Республика	<b>Michal Kalman</b> , Thomas Brychta, Katerina Ivanova, Zdenek Hamrik, Jan Pavelka, Erik Sigmund, Peter Tavel  Csémy Ladislav  Dana Benesova  Jarmila Razova  Zuzana Tomcikova	Университет Палакого, Оломоуц  Пражский центр психиатрии  Форум подачи заявок, научных исследований и инноваций, Брно  Национальная сеть по вопросам укрепления здоровья, Прага  Пражский колледж социально-психологических исследований
Швейцария	<b>Emmanuel Kuntsche</b> , Edith Bacher, Marina Delgrande Jordan, Béat Windlin	Швейцарский информационный центр по алкогольной и наркозависимости, Научно-исследовательский институт, Лозанна
Швеция	<b>Lilly Augustine</b> , Maria Correll, Petra Löfstedt  Jan Lisspers, Ulrika Danielsson  Max Petzold  Namanjeet Ahluwalia	Шведский институт общественного здравоохранения  Университет Средней Швеции, Остерсунд  Школа общественного здравоохранения стран Северной Европы, Гётеборг  Парижский университет
Шотландия	<b>Candace Currie</b> , Dorothy Currie, Joanna Inchley, Joanna Kirby, Kate Anne Levin, Janine Muldoon, Winfried van der Sluijs	САНРУ, Медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс
Эстония	<b>Katrin Aasvee</b> , Mai Maser, Mariliis Tael, Krystiine Liiv, Anastassia Minossenko	Национальный институт развития здоровья, Таллинн

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

«Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) – это совместное международное исследование ВОЗ, проводимое во многих странах и предполагающее сотрудничество широкой сети исследователей из всех участвующих в нем стран и областей.

Финансирование сбора данных в каждой стране осуществлялось на государственном уровне. Редакционная коллегия благодарна за финансовую поддержку, предоставленную различными министерствами, научно-исследовательскими фондами и другими финансовыми структурами участвующих в программе стран и областей. Особой признательности заслуживает Национальная служба здравоохранения (NHS) Шотландии (Сотрудничающий центр ВОЗ в сфере укрепления здоровья), которая внесла вклад в финансирование Международного координационного центра HBSC, а также Норвежский директорат здравоохранения, который предоставил финансовую поддержку Центру управления данными HBSC. Щедрый вклад в создание отчета внесли область Тоскана и Университетская больница Сиены, Италия.

Мы благодарны за поддержку со стороны Норвежских служб данных социальных наук города Бергена за их работу по подготовке международного массива данных.

Мы хотели бы выразить признательность Philip de Winter Shaw и Karen Hunter из Университета Сент-Эндрюс, Шотландия, Соединенное Королевство, за их помощь в процессе редактирования; нашим замечательным партнерам, особенно Европейскому региональному бюро ВОЗ за неизменную поддержку; подросткам, которые с готовностью поделились с нами своим опытом, а также школам и органам образования в каждой участвовавшей в исследовании стране и области за то, что они сделали возможным проведение обследования.

Настоящий отчет посвящается памяти Александра Комкова, ведущего исследователя от Российской Федерации, который в рамках исследования HBSC возглавлял сбор данных по Российской Федерации с 1993 г. по 2010 г. Он был высоко авторитетным членом Фокус-группы HBSC по физической активности, имея большой опыт работы и внося неопределимый вклад в научную работу группы, а также в исследование HBSC в более широком масштабе.

**Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith и Vivian Barnekow.**

## АББРЕВИАТУРЫ

ИМТ	индекс массы тела
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
СЭС	социально-экономический статус
ШДС	Шкала достатка семьи (используемая в исследовании HBSC)
ЭСС	электронные средства связи
САНРУ	Научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков, Медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Шотландия, Соединенное Королевство (Международный координационный центр HBSC)
deft	(design factor) коэффициент погрешности, связанный с формированием выборки
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (исследование)
IOTF	Международная специальная рабочая группа по проблемам ожирения
ISO	Международная организация по стандартизации
MVPA	физическая активность от умеренной до высокой интенсивности



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) предоставляет возможность глубокого изучения поведения молодого поколения в отношении здоровья. Начиная с 1983г., когда впервые было проведено такого рода исследование, его уникальная методология позволила соприкоснуться с сотнями тысяч подростков во многих частях мира, формируя с течением времени базу данных, которая дает представление об особенностях и проблемах, связанных с их здоровьем и благополучием.

Внимание HBSC сосредоточено на широком диапазоне медицинских, образовательных, социальных и семейных аспектов, которые оказывают воздействие на здоровье и благополучие подростков. В предыдущих отчетах об этом исследовании были представлены гендерные, возрастные, географические факторы и аспекты, касающиеся дохода семьи. Настоящий, пятый международный отчет по результатам обследования HBSC, акцентирует внимание на социальных детерминантах здоровья и предоставляют полную картину здоровья и благополучия подростков, живущих в различных странах Европы и Северной Америки, на основании данных, собранных в ходе обследования 2009-2010 гг.

Значимость социальных детерминант здоровья, благополучия и развития юношей и девушек очевидна. Их мир – это мир огромнейших возможностей в отношении здоровья, образования, занятости, социальной жизни, открытий и самореализации. Но это также мир, наполненный рисками, которые могут повлиять на их способность достичь полноценного здоровья как в настоящем, так и в будущем, сократить их возможности в плане образования и профессиональной реализации и привести к социальному отчуждению, несвершившимся чаяниям и разочарованиям.

Настоящий отчет HBSC является богатым ресурсом для обеспечения более глубокого понимания социальных детерминант, которые, как известно, оказывают воздействие на здоровье и благополучие юного поколения. Изучаемые в исследовании обширные области – социальный контекст, последствия для здоровья, поведение в отношении здоровья и поведенческие факторы риска для здоровья – охватывают ключевые факторы, влияющие на здоровье подрастающего поколения, на их возможности и жизненные перспективы. В отчете представлены убедительные доказательные данные и информация иного рода, которые помогут странам в формировании своих собственных мер политики и программ, направленных на решение грядущих задач.

Мировой экономический спад подвергает риску повсеместно все системы, именно поэтому так важно, что результаты обследования HBSC позволяют странам направить свои ресурсы на осуществление наиболее эффективных вмешательств. Появляются свидетельства того, каким образом данные обследования HBSC оказывают воздействие на политику внутри стран; это очень перспективное практическое развитие событий, которое, как нам хотелось бы надеяться, будет продолжаться и в будущем, при соответствующей поддержке, обеспечивающей жизненно важную работу в рамках проекта HBSC.

Поддержка программе HBSC по-прежнему предоставляется через Форум ВОЗ/HBSC, начало которому было положено в 2008 г. Европейским офисом по инвестициям в здоровье и развитие, созданным Европейским региональным бюро ВОЗ. Цель форума – добиться максимально эффективного воздействия исследования HBSC во всех странах. К настоящему моменту в рамках Форума проведено три совещания, первое из которых акцентирует внимание на здоровых привычках питания и уровнях физической активности, второе – на социальной солидарности в сфере борьбы за психическое благополучие и третье – на несправедливости, обусловленной социальными факторами и средой. Совещания Форума используют предоставленную возможность для содействия обсуждению данных HBSC международными партнерами и содействуют преобразованию результатов научных исследований в эффективное формирование политики и практики.

Европейское региональное бюро ВОЗ гордится своим сотрудничеством с программой HBSC. Оно признает и отдает должное грандиозным усилиям научно-исследовательских групп, которые осуществляли сбор, анализ и синтез данных из стран и областей Европы и Северной Америки, которые принимали участие в обследовании 2009-2010 гг., а также редакционную группу, подготовившую настоящий отчет. Оно осознает также, что значимость и успех, по-прежнему

сопутствующие исследованию HBSC, являются результатом участия в нем 200 000 подростков из разных стран мира, которые щедро поделились своим временем, чтобы помочь воссоздать столь яркую картину их жизни. Сегодня мы ответственны перед ними за то, чтобы обеспечить максимально возможное использование странами собранных в ходе обследования данных во имя лучшего будущего для молодого поколения во всем мире.

**Erio Ziglio**

*Руководитель, Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ*

**Vivian Barnekow**

*Руководитель программы (и.о.), Здоровье и развитие детей и подростков, Неинфекционные заболевания и укрепление здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ*

## ВСТУПЛЕНИЕ

Здоровье и справедливость в вопросах здоровья имеют важное значение для развития всех стран. Именно поэтому новая стратегия ВОЗ для Европы Здоровье-2020, которую Региональное бюро разрабатывает в партнерстве с 53-мя государствами-членами в Европейском регионе, в качестве ключевых задач сформулировала укрепление здоровья населения и сокращение несправедливости в вопросах здоровья.

Решение вопросов, касающихся социальных детерминант здоровья и сокращения связанных с этим несправедливостей в отношении здоровья занимают центральное место в политике Здоровье-2020. Вот почему с таким большим энтузиазмом я приветствую тот факт, что основное внимание пятого международного отчета HBSC сосредоточено на социальных детерминантах здоровья.

HBSC признает, что плохое здоровье не объясняется лишь бактериями и генами. Имеют значение обстоятельства жизни подростков; их доступ к медицинскому обслуживанию, школам и возможностям проведения досуга; домашняя среда, в которой они живут, местные сообщества, поселки и города. Здоровье отражает также индивидуальные и культурные характеристики, такие как социальный статус, гендерная, этническая принадлежность, возраст, а также такие аспекты, как ценности и дискриминация. Словом, на здоровье человека и населения в целом серьезное влияние оказывают социальные детерминанты.

При изучении социальных детерминант рассматриваются факторы, выходящие за рамки областей, которые традиционно можно отнести к сфере «здоровья», но которые, тем не менее, оказывают серьезнейшее воздействие на здоровье и благополучие. Суть в том, чтобы определить и создать условия, в которых здоровье населения может процветать, обеспечить общегосударственную ответственность за его укрепление и сокращение неравенств в вопросах здоровья, увеличить потенциал для обеспечения надежного стратегического руководства в сфере здравоохранения в странах и на международном уровне и рассматривать здоровье как важнейший ресурс для всестороннего и устойчивого развития населения во всем Европейском регионе.

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются важнейшей причиной устранимой смертности и заболеваемости в Европейском регионе, и все большее беспокойство вызывает тот факт, что НИЗ, такие как ожирение и психические расстройства, являются серьезными факторами, оказывающими воздействие на здоровье и благополучие подрастающего поколения. Подверженность риску НИЗ аккумулируется в течение всей жизни, начиная с периода, предшествующего рождению, в раннем детском и подростковом возрасте, а затем и во взрослой жизни. По мере развития плана действий по реализации Европейской стратегии ВОЗ в отношении НИЗ все мы должны сохранять бдительность, защищая подрастающее поколение от этих заболеваний и укрепления позитивного здоровья.

Как и предыдущие отчеты HBSC, настоящий международный отчет свидетельствует о том, что, воздавая должное успехам в состоянии здоровья и благополучия многих юношей и девушек, вместе с тем необходимо отметить, что многие подростки по-прежнему переживают реальные и тревожащие их проблемы, такие как избыточная масса тела и ожирение, проблемы, связанные с самоуважением, удовлетворенностью жизнью, употреблением психотропных веществ и жестоким отношением сверстников. Источником данных при проведении обследования HBSC являются сами подростки, и совершенно необходимо, чтобы лица, формирующие политику, и практические работники в этих странах слушали, что они говорят. Их голоса должны стать движущей силой в решении проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья, таким образом, чтобы оказать позитивное воздействие на здоровье и будущее молодого поколения.

Отчет предоставляет убедительную доказательную базу данных в поддержку национальных и международных усилий по укреплению инициатив, оказывающих воздействие на здоровье и благополучие молодого поколения. Эта доказательная база может использоваться всеми государственными министерствами и ведомствами для того, чтобы отразить потребности, касающиеся охраны здоровья, в разрабатываемых ими мерах политики, чтобы определить

*первоочередные задачи и добиться их достижения, и для укрепления ценного ресурса, каковым является здоровье подрастающего поколения.*

*И снова подростки воспользовались возможностью, предоставленной обследованием HBSC, чтобы выразить собственное мнение – теперь от нас, тех, кому дороги их устремления, чаяния, здоровье и благополучие, требуются действия.*

**Zsuzsanna Jakab**

*Директор Европейского регионального бюро ВОЗ*



# ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ

## ВВЕДЕНИЕ

### ИССЛЕДОВАНИЕ «ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ» (HBSC)

HBSC, совместное исследование ВОЗ, в котором участвует большое число стран, занимается сбором данных о здоровье и благополучии, социальных условиях и поведении 11, 13 и 15-летних мальчиков и девочек раз в четыре года. Подробные контактные данные можно найти на веб-сайте HBSC (1).

Цель исследования HBSC состоит в том, чтобы, используя данные на национальном и международном уровнях:

- получить более полное представление о состоянии здоровья и благополучии молодого поколения;
- лучше понять социальные детерминанты здоровья;
- предоставить информацию для корректировки политики и практики с целью улучшения жизни подростков.

Первое обследование HBSC было проведено в 1983-1984 гг. в пяти странах. Последнее обследование включало уже 43 страны и области в Европе и Северной Америке. На таблице можно видеть, как происходит расширение международной сети стран, участвующих в исследовании, с момента проведения первого и до восьмого, новейшего обследования.

#### Исследовательский подход

Целью исследования HBSC является получение представления о здоровье подростков в их социальном контексте – дома, в школе, с семьей и друзьями. Исследователей в рамках сети HBSC интересует вопрос о том, каким образом эти факторы, порознь и вместе, влияют на здоровье мальчиков и девочек по мере их взросления. Сбор данных во всех участвующих странах и областях проводится на основе обследований в школах с использованием стандартной методологии, подробное описание которой приводится в протоколе международного исследования HBSC 2009-2010 гг (2).

В каждой стране с использованием метода случайной выборки отбирают подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет таким образом, чтобы выборка была репрезентативной в отношении всех проживающих в данной стране в данном возрастном диапазоне. Для проведения обследования 2009-2010 гг. по каждой возрастной группе было выбрано около 1500 учащихся в каждой из стран, принимающих участие в исследовании HBSC, что в совокупности составило примерно 200 000 школьников (см. приложение).

Из 43 стран и областей, принимавших участие в настоящем обследовании, 39 соответствовали критериям, установленным для опубликования данных в настоящем отчете. Страны и области, не включенные в отчет, либо не смогли представить данных вовремя, либо не сумели обеспечить финансирование. Обследование на местах проводилось в период с осени 2009 г. до весны 2010 г. Дополнительная информация о построении обследования приводится в приложении, а более подробное описание научно-исследовательского подхода изложено в протоколе международного исследования HBSC 2009-2010 гг. (2). Roberts и др. (3) приводят описание развития методологии с момента начала проведения исследования.

#### Важность научного изучения здоровья юного поколения

Подростки в период между 11 и 15 годами сталкиваются со множеством нагрузок и проблем, в числе которых возрастающие ожидания от их учебной успеваемости, изменяющиеся социальные взаимоотношения с семьей и сверстниками, а также физические и эмоциональные перемены, связанные с половым созреванием. Эти годы знаменуют собой период роста самостоятельности, когда формируется независимость в принятии решений, что может повлиять на их здоровье и поведение в отношении здоровья.

Поведение, которое формируется в этот переходный период, может закрепиться и во взрослой жизни, оказывая воздействие на такие аспекты, как психическое здоровье, появление и развитие жалоб на здоровье, курение, рацион питания, уровень физической активности и употребление алкоголя. Результаты исследования HBSC демонстрируют, как меняется поведение мальчиков и девочек, начиная с детского возраста, при переходе в подростковый период и во взрослую жизнь. Эти данные могут быть использованы для мониторинга за состоянием здоровья школьников и планирования результативных вмешательств, направленных на укрепление здоровья.

ИССЛЕДОВАНИЯ НВЭС: СТРАНЫ И РЕГИОНЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В МЕЖДУНАРОДНЫЕ НАБОРЫ ДАННЫХ

1983/1984	1985/1986	1989/1990	1993/1994	1997/1998	2001/2002	2005/2006	2009/2010
1 Англия	1 Финляндия	1 Финляндия	1 Финляндия	1 Финляндия	1 Финляндия	1 Финляндия	1 Финляндия
2 Финляндия	2 Норвегия	2 Норвегия	2 Норвегия	2 Норвегия	2 Норвегия	2 Норвегия	2 Норвегия
3 Норвегия	3 Австрия	3 Австрия	3 Австрия	3 Австрия	3 Австрия	3 Австрия	3 Австрия
4 Австрия	4 Бельгия <sup>а</sup>	4 Бельгия (франц.)	4 Бельгия (франц.)	4 Бельгия (франц.)	4 Бельгия (франц.)	4 Бельгия (франц.)	4 Бельгия (франц.)
5 Дания <sup>а</sup>	5 Венгрия	5 Венгрия	5 Венгрия	5 Венгрия	5 Венгрия	5 Венгрия	5 Венгрия
	6 Швейцария	6 Израиль	6 Израиль	6 Израиль	6 Израиль	6 Израиль	6 Израиль
	7 Шотландия	7 Шотландия	7 Шотландия	7 Шотландия	7 Шотландия	7 Шотландия	7 Шотландия
	8 Испания	8 Испания	8 Испания	8 Испания	8 Испания	8 Испания	8 Испания
	9 Швеция	9 Швеция	9 Швеция	9 Швеция	9 Швеция	9 Швеция	9 Швеция
	10 Швейцария	10 Швейцария	10 Швейцария	10 Швейцария	10 Швейцария	10 Швейцария	10 Швейцария
	11 Уэльс	11 Уэльс	11 Уэльс	11 Уэльс	11 Уэльс	11 Уэльс	11 Уэльс
	12 Дания <sup>а</sup>	12 Дания	12 Дания	12 Дания	12 Дания	12 Дания	12 Дания
	13 Нидерланды <sup>а</sup>	13 Канада	13 Канада	13 Канада	13 Канада	13 Канада	13 Канада
	14 Латвия <sup>а</sup>	14 Латвия	14 Латвия	14 Латвия	14 Латвия	14 Латвия	14 Латвия
	15 Венгрия	15 Польша	15 Польша	15 Польша	15 Польша	15 Польша	15 Польша
	16 Швейцария	16 Бельгия (флам.)	16 Бельгия (флам.)	16 Бельгия (флам.)	16 Бельгия (флам.)	16 Бельгия (флам.)	16 Бельгия (флам.)
	17 Шотландия	17 Чешская Респ.	17 Чешская Респ.	17 Чешская Респ.	17 Чешская Респ.	17 Чешская Респ.	17 Чешская Респ.
	18 Австрия	18 Эстония	18 Эстония	18 Эстония	18 Эстония	18 Эстония	18 Эстония
	19 Швеция	19 Франция	19 Франция	19 Франция	19 Франция	19 Франция	19 Франция
	20 Швейцария	20 Германия	20 Германия	20 Германия	20 Германия	20 Германия	20 Германия
	21 Дания <sup>а</sup>	21 Гренландия	21 Гренландия	21 Гренландия	21 Гренландия	21 Гренландия	21 Гренландия
	22 Нидерланды <sup>а</sup>	22 Литва	22 Литва	22 Литва	22 Литва	22 Литва	22 Литва
	23 Канада	23 Российская Фед.	23 Российская Фед.	23 Российская Фед.	23 Российская Фед.	23 Российская Фед.	23 Российская Фед.
	24 Латвия <sup>а</sup>	24 Словакия	24 Словакия	24 Словакия	24 Словакия	24 Словакия	24 Словакия
	25 Австрия	25 Англия	25 Англия	25 Англия	25 Англия	25 Англия	25 Англия
	26 Венгрия	26 Греция	26 Греция	26 Греция	26 Греция	26 Греция	26 Греция
	27 Шотландия	27 Португалия	27 Португалия	27 Португалия	27 Португалия	27 Португалия	27 Португалия
	28 Испания	28 Ирландия	28 Ирландия	28 Ирландия	28 Ирландия	28 Ирландия	28 Ирландия
	29 Швеция	29 США	29 США	29 США	29 США	29 США	29 США
	30 Финляндия	30 МКД <sup>б</sup>	30 МКД <sup>б</sup>	30 МКД <sup>б</sup>	30 МКД <sup>б</sup>	30 МКД <sup>б</sup>	30 МКД <sup>б</sup>
	31 Норвегия	31 Нидерланды	31 Нидерланды	31 Нидерланды	31 Нидерланды	31 Нидерланды	31 Нидерланды
	32 Австрия	32 Италия	32 Италия	32 Италия	32 Италия	32 Италия	32 Италия
	33 Бельгия	33 Хорватия	33 Хорватия	33 Хорватия	33 Хорватия	33 Хорватия	33 Хорватия
	34 Швейцария	34 Мальта	34 Мальта	34 Мальта	34 Мальта	34 Мальта	34 Мальта
	35 Уэльс	35 Словения	35 Словения	35 Словения	35 Словения	35 Словения	35 Словения
	36 Дания <sup>а</sup>	36 Украина	36 Украина	36 Украина	36 Украина	36 Украина	36 Украина
	37 Нидерланды <sup>а</sup>	37 Болгария	37 Болгария	37 Болгария	37 Болгария	37 Болгария	37 Болгария
	38 Финляндия	38 Испания	38 Испания	38 Испания	38 Испания	38 Испания	38 Люксембург
	39 Норвегия	39 Люксембург	39 Люксембург	39 Люксембург	39 Люксембург	39 Люксембург	39 Румыния
	40 Австрия	40 Румыния	40 Румыния	40 Румыния	40 Румыния	40 Румыния	40 Турция
	41 Дания <sup>а</sup>	41 Турция	41 Турция	41 Турция	41 Турция	41 Турция	41 Армения

<sup>а</sup> Исследование проведено после запланированных дат. <sup>б</sup> Национальный набор данных. \* Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ISO)). Прим. Хотя Албания и Болгария участвовали в исследовании 2009/2010 гг., они не вошли в список, так как национальные данные не были представлены в международный центр данных в установленный срок.



## Научно-исследовательская сеть HBSC

Число научных исследователей, работающих в рамках исследования HBSC в 43 странах и областях, превышает в настоящее время 300 человек. Информацию по каждой национальной группе исследователей можно найти на веб-сайте HBSC (1).

Исследованию предоставляется поддержка со стороны четырех специализированных центров:

- **Международный координационный центр** на базе научно-исследовательского отдела охраны здоровья детей и подростков медицинского факультета Университета Сент-Эндрюс, Шотландия, Соединенное Королевство;
- **Центр управления данными** на базе кафедры укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия;
- **Вспомогательный центр публикаций** на базе Университета Южной Дании, Оденс;
- **Группа по разработке протокола исследования** на базе Института укрепления здоровья имени Людвиг Больцмана, Венский университет, Австрия.

Группу исследователей возглавляет международный координатор, профессор Candace Currie, а управляющий банком данных – профессор Oddrun Samdal. Исследование финансируется на государственном уровне в каждой из участвующих стран.

## Работа с лицами, формирующими политику

Форум ВОЗ/HBSC создан с целью расширения знаний и понимания вопросов, относящихся к приоритетным условиям общественного здравоохранения с точки зрения социальных детерминант здоровья (4), он позволит научным исследователям, лицам, формирующим политику, и практикам собираться вместе для анализа данных, рассмотрения мер политики и вмешательств и формулирования извлеченных уроков.

В ходе этого процесса сравниваются и сопоставляются результаты исследования HBSC, опыт и модели из различных стран Европы. Конкретные задачи состоят в том, чтобы задокументировать, проанализировать данные и расширить знания и понимание проблематики посредством:

- преобразования результатов научных исследований по вопросам здоровья подростков в меры политики и действия в рамках сектора здравоохранения и за его пределами;
- наращивания масштабов разработки межсекторальных мер политики и вмешательств с целью укрепления здоровья молодого поколения;
- сокращения несправедливости в вопросах здоровья подростков;
- привлечения их самих к планированию, осуществлению и оценке мер политики и вмешательств.

Кульминацией процесса являются разработка сводного отчета и программного заявления, материалов по наращиванию потенциала и интеграция результатов этого процесса в предоставляемую государствам-членам поддержку со стороны ВОЗ и партнеров. Обычно совещания Форума совпадают с регулярно проводимыми министерскими конференциями ВОЗ по соответствующей тематике для обеспечения наибольшей результативности во всем цикле формирования политики.

Более подробную информацию о трех совещаниях, которые состоялись в период с 2006 по 2009 гг., можно найти на веб-сайтах HBSC и Европейского регионального бюро ВОЗ.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ

Данные, полученные за последние два десятилетия, указывают на связь между неблагоприятными социальными условиями и повышенными рисками для здоровья (5–7). Вот почему теперь вопросы неравенств в отношении здоровья учитываются при разработке международной политики. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья считает, что подавляющее большинство неравенств в вопросах здоровья между странами и внутри стран предотвратимо (8), и, тем не менее, эти проблемы по-прежнему продолжают затрагивать подростков во всех странах Европы и Северной Америки.

Медицинская статистика часто не уделяет внимания подросткам как самостоятельной группе населения, причисляя их либо к детям более старшего возраста, либо к взрослым более раннего возраста. Мало внимания уделялось

неравенствам, связанным с социально-экономическим статусом (СЭС), возрастным и гендерным аспектам в этой группе населения. В настоящем докладе сделана попытка установить и обсудить степень этих неравенств и акцентировать внимание на необходимости в профилактических действиях, направленных на то, чтобы «преобразовать этот уязвимый возраст в возраст возможностей» (9).

В целом у подростков Европейского региона ВОЗ в настоящее время состояние здоровья и развития лучше, чем когда-либо ранее, но в полной мере потенциал их здоровья пока не раскрывается. Это приводит к значительным социальным, экономическим и человеческим затратам и широким колебаниям в уровне здоровья населения в каждом государстве-члене. Состояние здоровья в этот критический период имеет последствия для индивидуумов и общества как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В работе Graham и Power по подходам к медицинским вмешательствам на протяжении всей жизни (10) подростковый возраст определяется как критический период, определяющий поведение во взрослой жизни в отношении табакокурения и употребления алкоголя, питания и физической активности. Неравенства в вопросах здоровья у взрослых отчасти предопределяются обстоятельствами жизни в более раннем возрасте.

Представленные в настоящем отчете результаты могут внести вклад в стратегию ВОЗ для Европы, Здоровье-2020, которая в настоящее время разрабатывается в ходе коллективного процесса с активным участием государств-членов и других партнеров, включая Европейский союз и входящие в его состав учреждения, ассоциации общественного здравоохранения, сети и гражданское общество. Целью является обеспечение обоснованной и последовательной рамочной политики, способной решать текущие и прогнозируемые будущие проблемы, угрожающие здоровью населения. Стратегия предоставит четкое общее видение и дорожную карту по обеспечению достижения здоровья и справедливости в вопросах здоровья в Европейском регионе, укреплению работы по улучшению здоровья населения и сокращению несправедливости в отношении здоровья посредством решения проблем, связанных с его социальными детерминантами. Отчасти движущей силой видения политики Здоровье-2020 является проведение подробного обзор характера и масштабов неравенств в вопросах здоровья и социальных детерминант здоровья в европейских странах и между ними.

Попытки решения проблемы неравенств в вопросах здоровья (и, следовательно, выполнения стратегических задач политики Здоровье-2020), должны включать рассмотрение различий в состоянии здоровья и их причин. Исследование HBSC проводит сбор данных по здоровью и поведению подростков в отношении здоровья с 1983 г. таким образом, что они позволяют дать сравнительную характеристику состояния здоровья детей школьного возраста из разных стран и получить более глубокое представление о неравенствах в зависимости от возраста, гендерной принадлежности и СЭС. HBSC признает значимость взаимоотношений, которые составляют непосредственный социальный контекст жизнедеятельности подростка поколения, и показывает каким образом семья, сверстники и школа могут обеспечить благоприятную для здорового развития окружающую среду. Исследование продемонстрировало еще один важный момент, который заключается в том, что не только показатели здоровья дифференцируются по возрасту, гендерному аспекту и СЭС, но также и окружающая социальная среда, в которой формируется юное поколение.

## КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНЫХ НЕРАВЕНСТВ

Социальные неравенства в вопросах здоровья традиционно измеряются посредством рассмотрения различий в СЭС, которые определяются положением индивидуума (или, в случае с подростками, положением их родителей) на рынке труда, образованием или доходом. Другими важными критериями социального различия являются гендерная, этническая принадлежность, возраст, место жительства и инвалидность: эти аспекты недостаточно изучены в плане последствий для здоровья юного поколения.

Для получения полной картины факторов, обуславливающих неравенства в вопросах здоровья, предлагается изучить эти детерминанты порознь (11). Это весьма важно в плане формирования политики, поскольку, как позволяют предположить научные данные, различные сегменты населения по-разному откликаются на одни и те же вмешательства в сфере здравоохранения. Поэтому исследователи могут сыграть важную роль в углублении представления о том, каким образом каждый из факторов неравенств в вопросах здоровья по отдельности влияет на здоровье, и каково может быть их совокупное воздействие. Настоящий отчет позволяет глубже понять характеристики социального пространства, в котором формируется здоровье школьников, представляя результаты обследования по программе HBSC 2009-2010 гг.

в разбивке по СЭС, гендерной принадлежности, возрасту и стране проживания, а предваряется все это описанием уже известных данных о взаимоотношении между социальными детерминантами и благополучием.

## ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДЫДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ HBSC

Обзор данных обследований HBSC, опубликованных в научных журналах и отчетах, позволил выделить ключевые результаты в отношении здоровья, а именно, влияние на здоровье вышеупомянутых факторов. Эта работа явилась основой для представления новых данных в настоящем отчете.

### Возрастные различия

Выборы школьников в отношении своего здоровья, включая привычки, связанные с питанием, физической активностью и употреблением психотропных веществ на протяжении подросткового периода, меняются. Во время этой фазы развития возникают и усугубляются неравенства в отношении здоровья, которые затем преобразуются в постоянные проблемы со здоровьем и неравенства во взрослой жизни (12,13). Эти данные имеют важное практическое значение в плане выбора подходящего времени для вмешательств в сфере охраны здоровья и подтверждают идею о том, что необходимо неустанно продолжать инвестиции в здоровье подростков для закрепления результатов, достигнутых в ходе осуществления вмешательств в раннем детском возрасте (9). Это жизненно важно для индивидуумов в процессе их роста, но это важно еще и как средство достижения максимальной отдачи по программам, ориентированным на инвестиции в раннем возрасте, и сокращения экономических последствий проблем со здоровьем.

### Гендерные различия

Предыдущие отчеты HBSC представляли по отдельности результаты для мальчиков и девочек, четко указывающие на существование гендерных различий в отношении здоровья, которые либо сохранялись, либо претерпевали изменения с течением времени. Мальчики в целом больше прибегают к направленным вовне, или экспрессивным формам поведения в отношении здоровья, таким как употребление алкоголя или участие в драках, тогда как девочки обычно подходят к вопросам здоровья более эмоционально, внутриличностно, или «интернализированно», что может проявляться в виде психосоматических симптомов или проблем с психическим здоровьем (14).

В подростковый период по мере взросления гендерные различия в отношении ряда форм поведения в отношении здоровья и показателей, таких как предпринимаемые в настоящее время многими попытки сбавить вес (15) и психосоматические жалобы (16–22), обычно возрастают, указывая на то, что подростковый период является важнейшим в формировании различий в состоянии здоровья, которые могут развиться и сохраниться на протяжении всей жизни. Адресное воздействие на здоровье подростков с учетом гендерного аспекта несет в себе значительный потенциал сокращения гендерных различий в отношении здоровья во взрослой жизни.

Масштабы гендерных различий варьируются в широком диапазоне между странами. Например, гендерное различие по параметру психологических и физиологических симптомов ярче выражено в странах с низким индексом развития с учетом гендерного фактора (16). Аналогичным образом, гендерное различие по показателю состояния опьянения больше в восточно-европейских странах (22). Эти данные подчеркивают необходимость учета факторов социального контекста на макроуровне при исследовании гендерных неравенств в вопросах здоровья среди подростков (17).

### Социально-экономические различия

В ходе исследования HBSC было установлено, что достаток семьи является важным фактором, позволяющим прогнозировать здоровье подростков. В целом фактор стоимости может ограничивать возможности семей в выборе здоровых форм поведения, например, в плане употребления фруктов и овощей (23–25) и участия в платных занятиях, связанных с физической активностью (26,27). Мальчики и девочки, живущие в семьях с низким доходом, с меньшей вероятностью имеют надлежащий доступ к ресурсам здоровья (28) и с большей вероятностью подвержены психосоциальному стрессу, что лежит в основе неравенств в вопросах здоровья по показателю самооценки здоровья и благополучия (29). Более глубокое представление об этих эффектах может позволить установить причины социально-экономических различий в вопросах здоровья взрослых, а также помочь определить возможные пути возникновения и сохранения неравенств в отношении их здоровья.

Значительное воздействие на здоровье юного поколения оказывает также распределение материальных благ внутри стран. В целом подростки в странах с большими различиями в распределении материальных благ являются более уязвимыми к негативным последствиям для здоровья, независимо от финансового состояния семьи (20,30–34).

## Различия между странами в отношении состояния здоровья

Различия в особенностях состояния здоровья и его социальных детерминант также наблюдаются между странами. За 30 лет проведения исследований HBSC стало возможным отследить развитие особенностей здоровья и образа жизни в контексте политических и экономических перемен. Например, за период между обследованиями HBSC 1997–1998 гг. и 2005–2006 гг. частота случаев опьянения у подростков возросла в среднем на 40% во всех участвовавших в обследовании восточно-европейских странах; в то же время, в 13-ти из 16-ти стран Западной Европы и Северной Америки этот показатель снизился в среднем на 25%. Эти тенденции можно отнести на счет мер политики, которые, соответственно, либо носили либеральный характер, либо внесли ограничения в индустрию производства и сбыта алкоголя, а также на счет изменений в социальных нормах и экономических факторах (35). Эти данные подчеркивают важность более широкого социального контекста и его возможного воздействия – как позитивного, так и негативного – на здоровье юного поколения.

Хотя географические особенности не анализировались в настоящем отчете, представленные карты позволяют провести сравнение между странами и областями. Будущие публикации HBSC могут пролить свет на эти межстрановые различия.

## СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Имеются некоторые данные, позволяющие предположить, что предлагаемые в рамках непосредственного социального контекста жизни подростков защитные механизмы и ресурсы могут смягчить воздействие ряда структурных детерминант неравенств в отношении здоровья, в числе которых бедность и лишения (36–38). То есть, понимание того, каким образом такие механизмы способны выполнять роль защитных факторов и факторов риска, может помочь в решении проблем неравенств в вопросах здоровья.

Научные исследования подтверждают тот факт, что подростки могут аккумулировать защитные факторы, увеличивая вероятность преодоления неблагоприятных ситуаций даже в условиях жизни с меньшим достатком (39). В исследовании HBSC акцентируется внимание на ряде факторов, связанных с этими широкими социальными компонентами среды, которые могут создать возможности для улучшения здоровья ребят.

### Семья

Чтобы семья могла играть роль защитного фактора, необходимым условием является общение с родителями. Поддержка со стороны семьи вооружает подростков умением справляться со стрессовыми ситуациями, защищая их от неблагоприятных последствий влияния ряда негативных факторов (40).

Мальчики и девочки, сообщающие о легкости общения со своими родителями, также с большей вероятностью сообщают о целом диапазоне положительных показателей здоровья и самочувствия, таких как более высокая самооценка здоровья, большая удовлетворенность жизнью (21) и имеют меньше физиологических и психологических жалоб (13). Совокупная поддержка со стороны родителей, сестер, братьев и сверстников является фактором, позволяющим с еще большей точностью прогнозировать позитивное здоровье: чем больше источников поддержки, тем большая вероятность позитивного здоровья у детей (41). Это говорит о том, что специалистам, работающим в сфере охраны здоровья подростков, следует не только решать вопросы, связанные непосредственно с проблемами здоровья, но также учитывать возможность влияния семьи на развитие поведенческих факторов, укрепляющих его.

### Отношения со сверстниками

Установление позитивных и дружеских отношений со сверстниками является важнейшим фактором, помогающим юному поколению справляться с задачами, связанными с развитием, такими как формирование и становление личности, развитие социальных навыков и самоуважения, а также утверждение своей самостоятельности.

В ходе проведения исследования HBSC, при изучении различных стран, были установлены сферы, в которых наличие гармоничных взаимоотношений со сверстниками служит защитным фактором с положительным воздействием на здоровье подростков, в числе прочего, приводя к уменьшению психологических жалоб (42). Подростки, участвующие в социальных сетях, как оказывается, имеют более позитивное восприятие своего здоровья и благополучия, им также свойственны более здоровые формы поведения (21). Таким образом, сверстники представляют собой ценный социальный фактор, который вносит вклад в здоровье и благополучие молодого поколения, но который также может обладать и отрицательным влиянием в плане приобщения к поведению, сопряженного с риском, такого как курение или употребление алкоголя: здесь все не так просто (43,44).

## Школьная среда

Школьная жизнь может иметь принципиальное значение в плане развития уважения к себе, восприятия себя как личности и поведения в отношении здоровья. Данные HBSC показывают: те, кто относятся к школе как благоприятной среде, скорее вырабатывают позитивные стереотипы поведения в отношении здоровья и имеют более высокие показатели здоровья и самочувствия, в числе которых высокая самооценка здоровья, высокие уровни удовлетворенности жизнью, небольшое число жалоб на здоровье (45–49) и низкая распространенность курения (50). Существование этих связей позволяет предположить, что школа играет важную роль в поддержке благополучия учащихся и защите их от приобщения к негативным формам поведения и от последствий этого.

## Микрорайон

Наблюдается связь между обеспечением в микрорайонах высоких уровней социального капитала и более высокими показателями состояния психического здоровья, более высокими показателями форм поведения, способствующих укреплению здоровья, меньшей степенью формирования поведенческих факторов риска, более высокими уровнями общего позитивного восприятия здоровья (39,51) и большей вероятностью физической активности (52). Таким образом, одним из средств решения проблемы неравенств в отношении здоровья является наращивание социального капитала в микрорайонах.

Обзор научных данных, полученных в результате последнего исследования HBSC, дает представление о новейших эмпирических результатах и подготавливает почву для понимания их важности и значимости для обсуждений, которые ведутся по вопросам здоровья подростков.

## ЛИТЕРАТУРА

1. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study [web site]. St Andrews, CAHRU, University of St Andrews, 2002 (<http://www.hbsc.org>, по состоянию на 16 февраля 2012).
2. Currie C et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/2010 survey*. Edinburgh, CAHRU, 2011.
3. Roberts C et al., eds. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54:S140–S150.
4. Koller T et al. Addressing the socioeconomic determinants of adolescent health: experience from the WHO/HBSC Forum 2007. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):278–284.
5. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office, 1998.
6. Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
7. *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 2006.
8. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение одной жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf), по состоянию на 28 февраля 2012 г.).
9. *Положение детей в мире, 2011 год. Использование возможностей подросткового возраста*, Нью-Йорк, ЮНИСЕФ, 2011 г.
10. Graham H, Power C. *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework*. London, Health Development Agency, 2004.
11. Kelly M et al. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to the WHO Commission on the Social Determinants of Health*. London, Universidad del Desarrollo/Nice, 2007.
12. Brener ND et al. Youth risk behavior surveillance – selected steps communities, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56(2):1–16.
13. Woodward M et al. Contribution of contemporaneous risk factors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. *Preventive Medicine*, 2003, 36(5):561–568.
14. Hurrelmann K, Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 2006, 14:20–28.
15. Ojala K et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2007, 4(1):50–60.
16. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4–10.
17. Torsheim T et al. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine*, 2006, 62(4):815–827.
18. Cavallo F et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 2006, 15(10):1577–1585.

19. Ravens-Sieberer U et al., HBSC Positive Health Focus Group. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):151–159.
20. Holstein BE et al., HBSC Social Inequalities Focus Group. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):260–270.
21. Moreno C et al., HBSC Peer Culture Focus Group. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):235–242.
22. Hurrelmann K, Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 2006, 14:20–28.
23. Richter M et al. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(4):203–212.
24. Vereecken CA et al. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):224–232.
25. Vereecken C et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):180–190.
26. Borraccino A et al. Socio-economic effects on meeting PA guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2009, 41(4):749–756.
27. Zambon A et al. Do welfare regimes mediate the effect of socioeconomic position on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America, and Israel. *International Journal of Health Services*, 2006, 36(2):309–329.
28. Nic Gabhainn S et al. How well protected are sexually active 15-year-olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002–2006. *International Journal of Public Health*, 2009, 54:S209–S215.
29. Kuusela S et al. Frequent use of sugar products by schoolchildren in 20 European countries, Israel and Canada in 1993/1994. *International Dental Journal*, 1999, 49(2):105–114.
30. Torsheim T et al. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine*, 2006, 62(4):815–827.
31. Elgar FJ et al. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):245–250.
32. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(1):1–12.
33. Due P et al., HBSC Obesity Writing Group. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *International Journal of Obesity*, 2009, 33(10):1084–1093.
34. Elgar FJ et al. Income inequality and school bullying: multilevel study of adolescents in 37 countries. *Journal of Adolescent Health*, 2009, 45(4):351–359.
35. Kuntsche E et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2011, 165(2):152–158.
36. Blum RW, McNeely C, Nonnemaker J. Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31(1)(Suppl.):28–39.
37. Morgan A. Social capital as a health asset for young people's health and wellbeing. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 2010, (Suppl. 2):19–42.
38. Scales P. Reducing risks and building development assets: essential actions for promoting adolescent health. *The Journal of School Health*, 1999, 69(3):13–19.
39. *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/84623/E91921.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf), по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
40. Waylen A, Stallard N, Stewart-Brown S. Parenting and health in mid-childhood: a longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(3):300–305.
41. Molcho M, Nic Gabhainn S, Kelleher C. Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier. *Irish Medical Journal*, 2007, 100:8:(Suppl.):33–36.
42. Zambon A et al. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2010, 64(1):89–95.
43. Kuntsche E. Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North America countries and regions. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2009, 163(2):119–125.
44. Simons-Morton B, Chen RS. Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviours*, 2006, 31(7):1211–1223.
45. Ravens-Sieberer U, Kokonyet G, Thonmas C. School and health. В: Currie С и др. ред. *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, No.4) ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/110232/e82923R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf), по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
46. Due P et al. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(9):692–698.
47. Vieno A et al. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 2007, 39:177–190.

48. Vieno A et al. School climate and well being in early adolescence: a comprehensive model. *European Journal of Social Psychology*, 2004, 2:219–237.
49. Freeman JG et al. The relationship of schools to emotional health and bullying. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):251–259.
50. Rasmussen M et al. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(6):607–612.
51. Boyce WF et al. Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *Journal of Adolescent Health*, 2008, 43(3):246–252.
52. Nichol M, Janssen I, Pickett W. Associations between neighborhood safety, availability of recreational facilities, and adolescent physical activity among Canadian youth. *Journal of Physical Activity & Health*, 2010, 7(4):442–450.