

ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ВЕС ТЕЛА



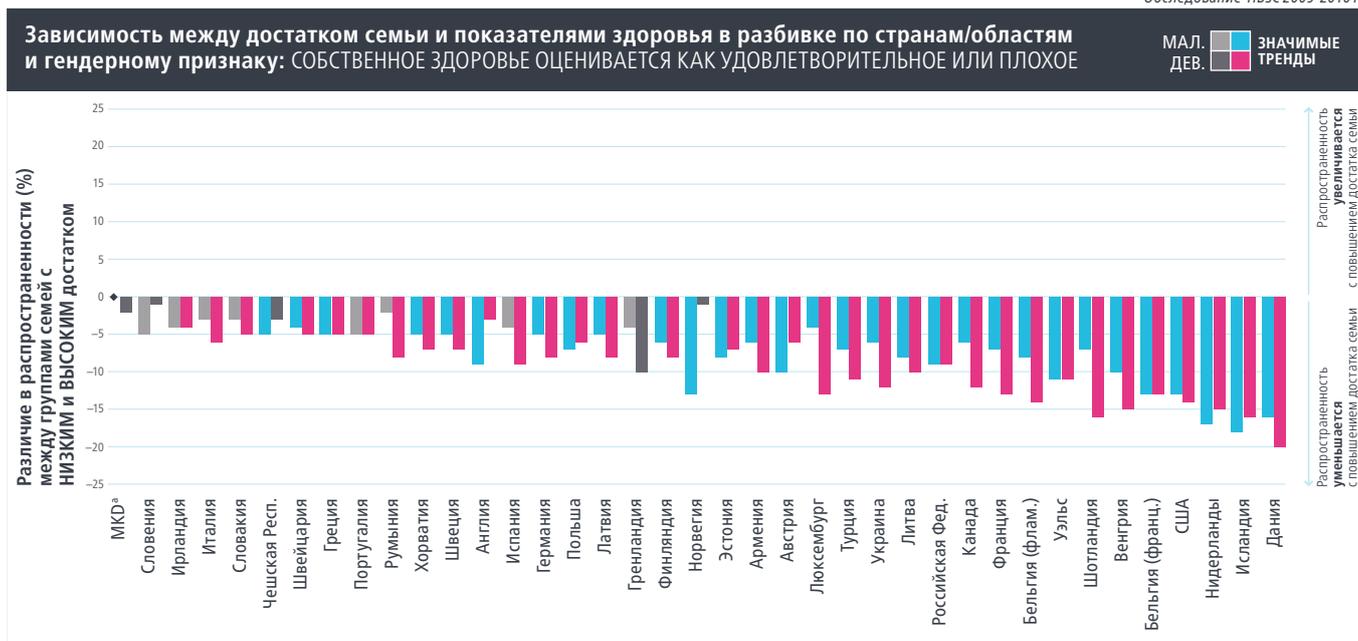
ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Хорошее физическое и эмоциональное здоровье позволяет мальчикам и девочкам справляться с задачами роста и облегчает вступление во взрослую жизнь (1).

Самооценка здоровья является субъективным показателем общего состояния здоровья и самочувствия. Полагают, что оценка подростками своего состояния здоровья формируется на основе общего ощущения жизнедеятельности, включая как параметры физического, так и нефизического здоровья (2), и она связана с широким набором индикаторов здоровья: медицинских, психологических, социальных и поведенческих показателей здоровья (3). Среди взрослого населения субъективные показатели здоровья тесно связаны с показателями использования услуг по предоставлению медицинской помощи, с показателями смертности и заболеваемости (4).

Установлены исходные характеристики, которые позволяют прогнозировать плохое здоровье и самочувствие в самооценке учащихся, такие как измененная структура семьи, неудовлетворительное общение с родителями (5–7) и низкий достаток семьи. Культурный статус также имеет большое значение: положение мигранта, уровень образования и доступ к образовательным, медицинским и социальным услугам (8).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено дать описание своего здоровья («считаете ли вы, что ваше здоровье...?»), при следующих вариантах ответа: «превосходное», «хорошее», «удовлетворительное» и «плохое». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые считают свое здоровье либо «удовлетворительным», либо «плохим».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Дети старшего возраста с большей вероятностью склонны считать свое здоровье удовлетворительным или плохим, при этом в большинстве стран для девочек и почти в половине стран для мальчиков повышение уровня распространенности удовлетворительного или плохого здоровья является достоверным показателем. В большинстве стран и областей изменение у девочек по всем возрастным группам превышало 10%, а у мальчиков изменения не столь велики.

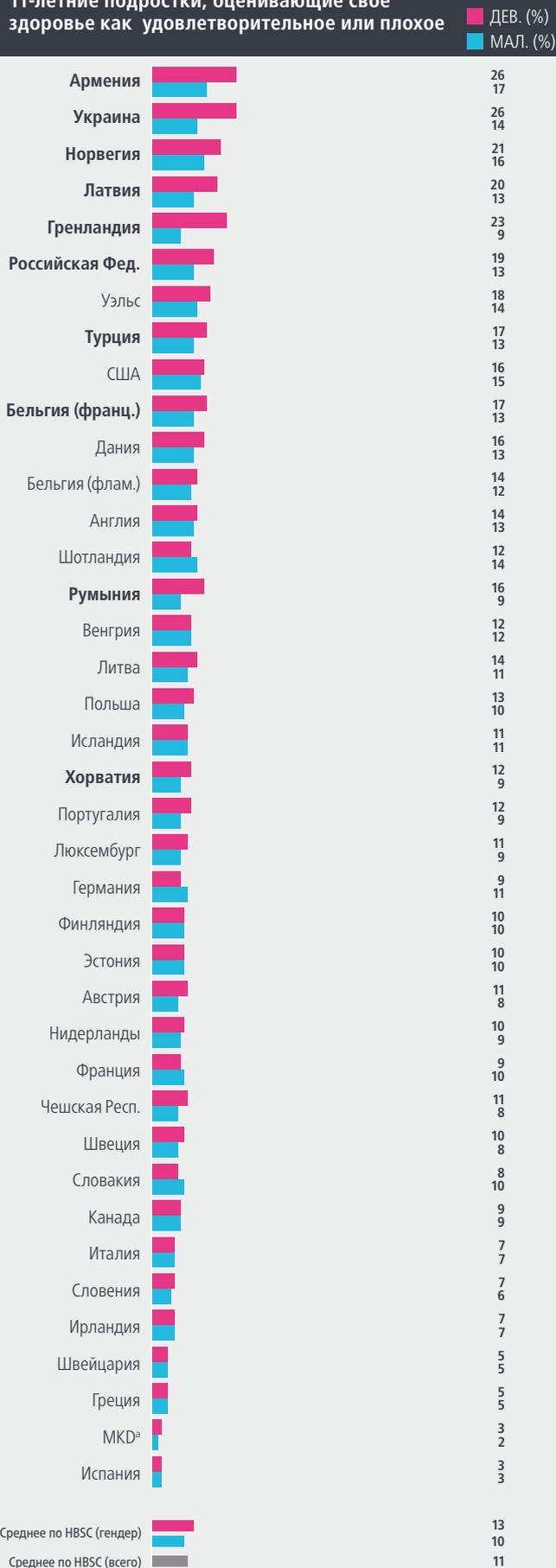
Гендерные различия

Девочки чаще, чем мальчики считали свое здоровье удовлетворительным или плохим. В 11-летнем возрасте гендерные различия были значимыми лишь в меньшинстве стран и областей, а в 13-летнем – в большинстве стран, тогда как в 15-летнем – уже почти во всех странах. Величина гендерных различий увеличивалась с возрастом и в 15 лет примерно в половине стран превышала 10%.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей и для обоих полов низкий достаток семьи коррелирует с более высоким уровнем распространенности удовлетворительного или плохого здоровья. Для девочек различие по показателю распространенности в зависимости от принадлежности к семье с низким или высоким достатком превышало 5% почти во всех странах и превышало 10% практически в половине стран и областей. Для мальчиков эти различия наблюдались в меньшем количестве стран и областей.

11-летние подростки, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое



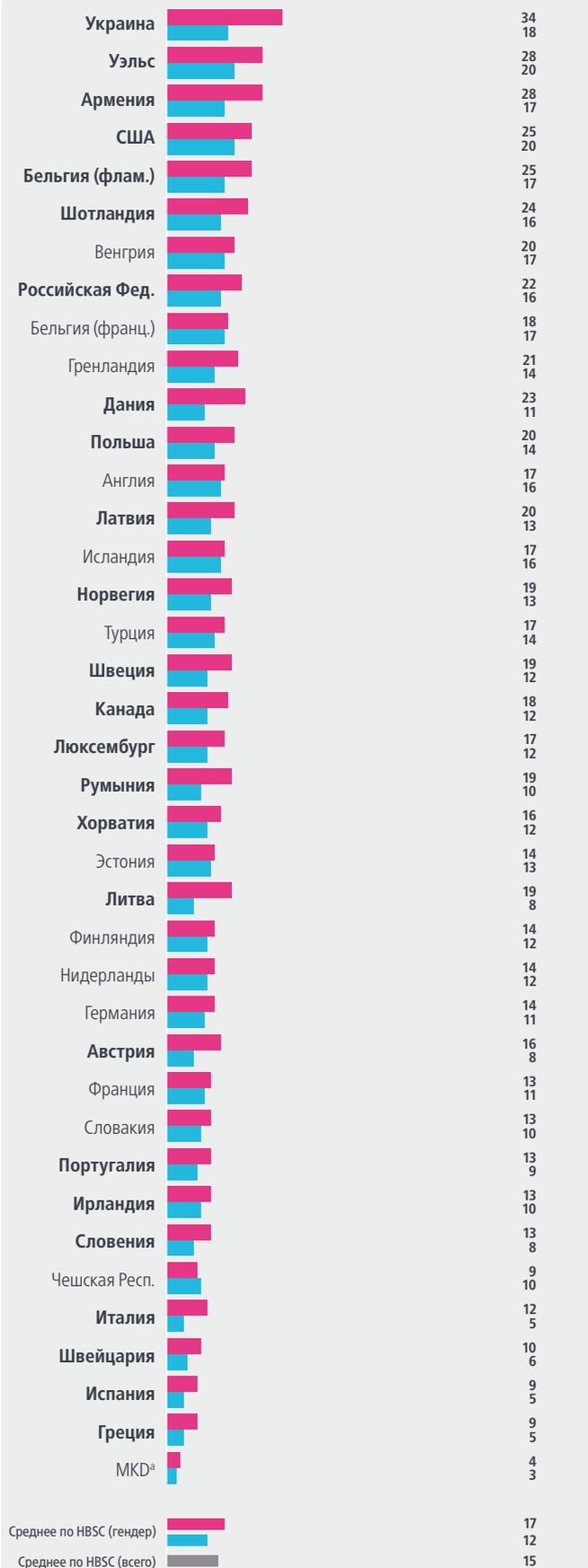
* Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

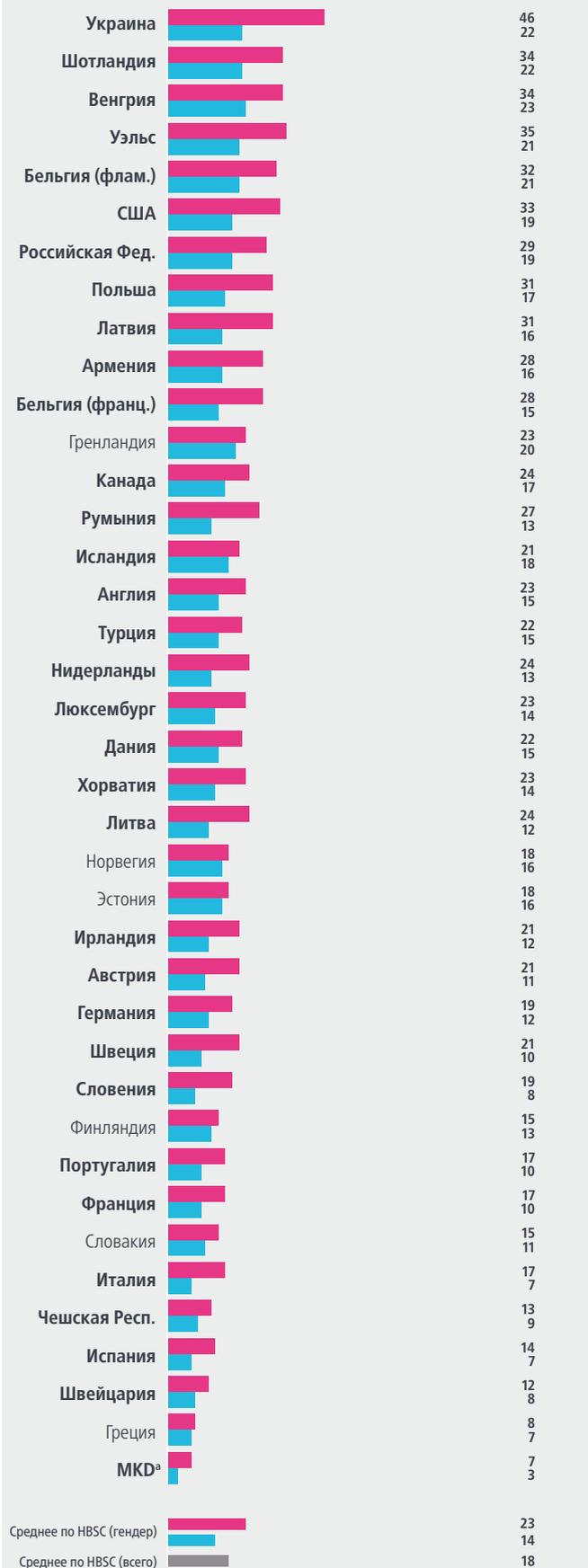
13-летние подростки, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

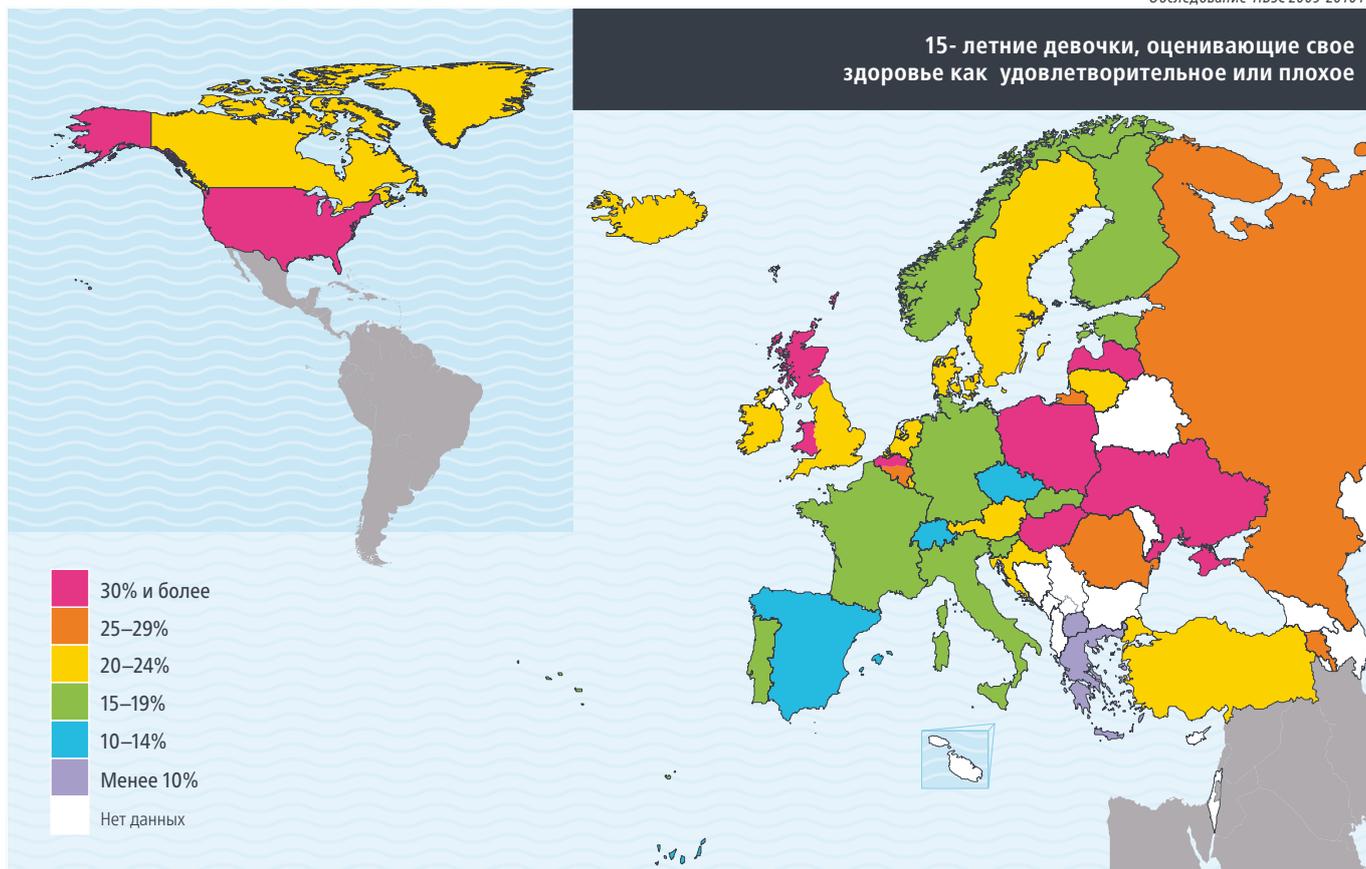


15-летние подростки, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

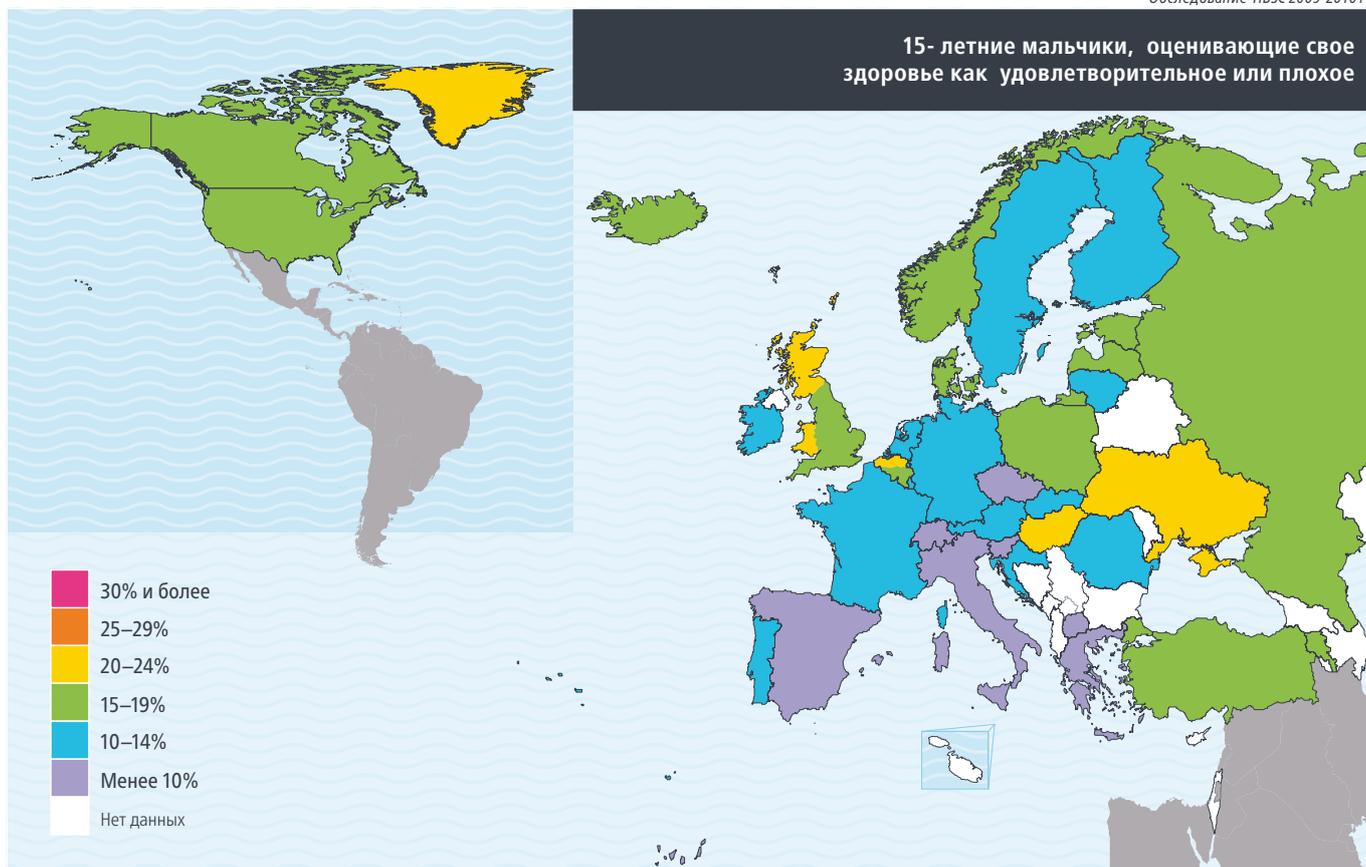
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ

Удовлетворенность жизнью, оценка качества своей жизни, является важным аспектом благополучия (9), который тесно увязан с субъективным состоянием здоровья (10). Ощущение счастья в детстве связано с обладанием навыками социализации и способностью адаптироваться к условиям среды, что в свою очередь ведет к более позитивным результатам во взрослом периоде жизни (11).

В подростковом возрасте удовлетворенность жизнью в большой степени зависит от переживаемого опыта и отношений. В числе основных защитных факторов – чувство связанности с родителями/семьей, включая социальную поддержку по меньшей мере со стороны одного проявляющего заботу взрослого; гармоничное общение в семье (12); и благожелательные сверстники, которые могут помочь приспособиться к новым ситуациям и противостоять жизненным стрессам (13). Удовлетворенность жизнью также связана со структурой семьи: дети и подростки, живущие с обоими родителями, выражают большую удовлетворенность жизнью в сравнении с теми, кто живет с другими родственниками, с людьми, не состоящими с ними в родственных отношениях, и/или с опекунами (14).

Важную роль играет и школьная среда. Одной из целей развития в подростковом возрасте является усвоение академических знаний (15), при этом школьная успеваемость оказывает большое позитивное влияние на удовлетворенность жизнью (16). Низкий уровень удовлетворенности жизнью и субъективного состояния здоровья связаны с такими факторами, как причинение обид слабым («буллинг») (17) и с психологическими аспектами (18).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено дать оценку своего уровня удовлетворенности жизнью, используя визуальную аналоговую шкалу. «Лестница Кантрила» имеет 11 ступенек: верхняя ступенька означает наилучшую возможную жизнь, а нижняя – наихудшую. Респондентам предложили указать, на какую ступеньку лестницы они могли бы поместить свою нынешнюю жизнь (от «0» до «10»). Высокая степень удовлетворенности жизнью была определена как «6» баллов и выше.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В период с 11 до 15 лет происходит значительное уменьшение распространенности удовлетворенности жизнью почти во всех странах и областях для девочек и в меньшинстве стран и областей для мальчиков. У девочек эта распространенность снижается с возрастом, при этом почти в половине из числа всех стран и областей такое снижение превышает 10%, а у мальчиков снижение менее выражено.

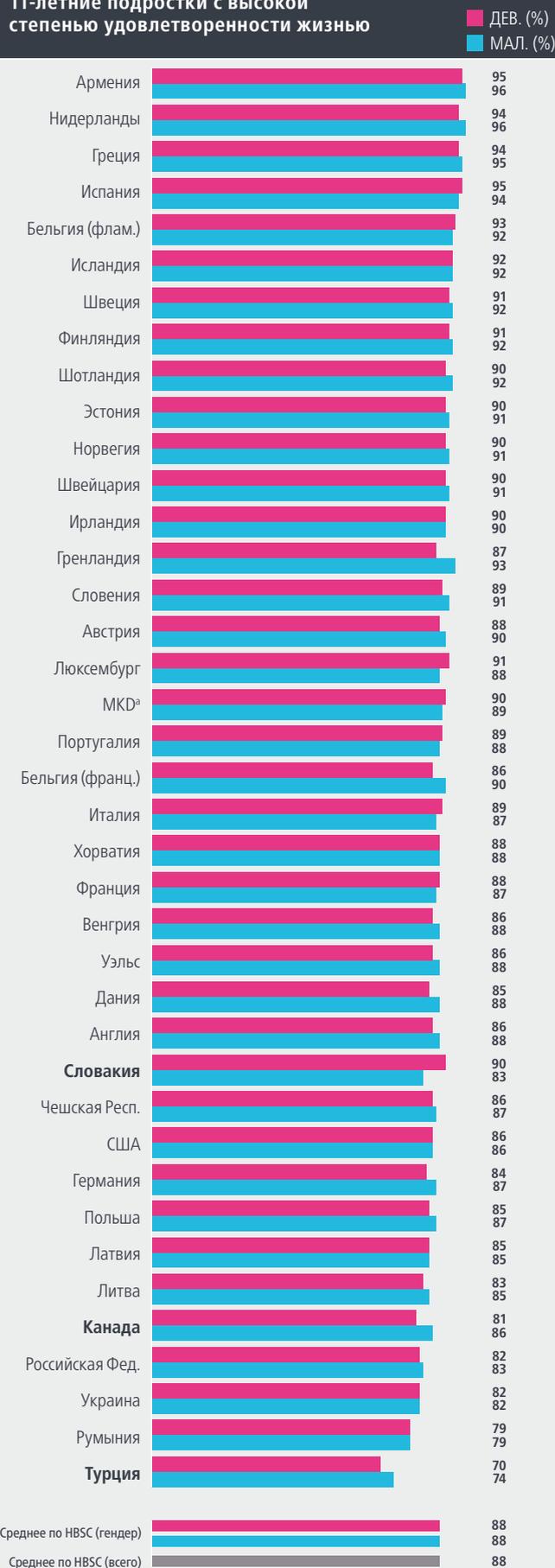
Гендерные различия

В 15-летнем возрасте у мальчиков прослеживается значительно более высокая распространенность удовлетворенности жизнью в большинстве стран и областей, а в 13 лет – менее, чем в половине. Существует меньше данных, свидетельствующих о значимом гендерном различии в 11 лет. В любом возрасте гендерные различия невелики и лишь в 15-летнем возрасте они превышали 10% в ряде стран.

Достаток семьи

Для мальчиков и девочек почти всех стран и областей существует прямая зависимость между высоким достатком семьи и высокой степенью удовлетворенности жизнью. Различие в распространенности высокой степени удовлетворенности жизнью между группами с низким и высоким достатком обычно было выше среди девочек, практически в половине стран и областей превышая 15%.

11-летние подростки с высокой степенью удовлетворенности жизнью



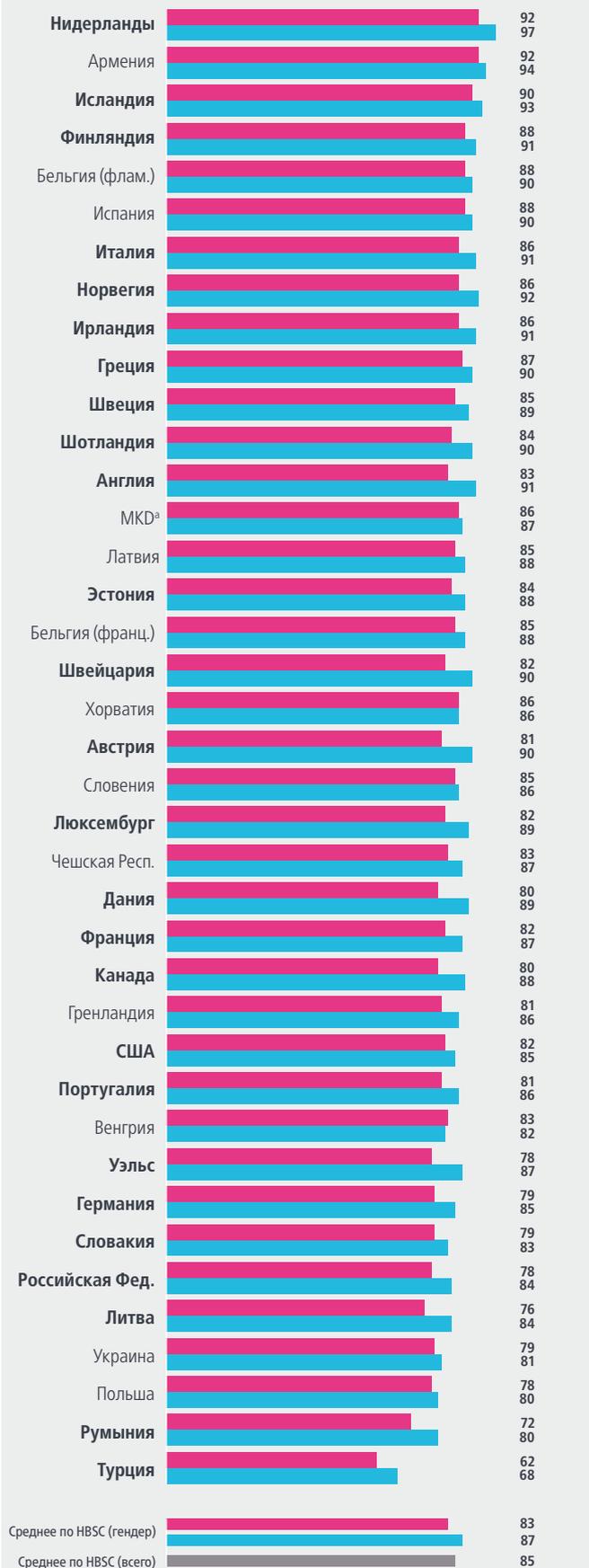
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

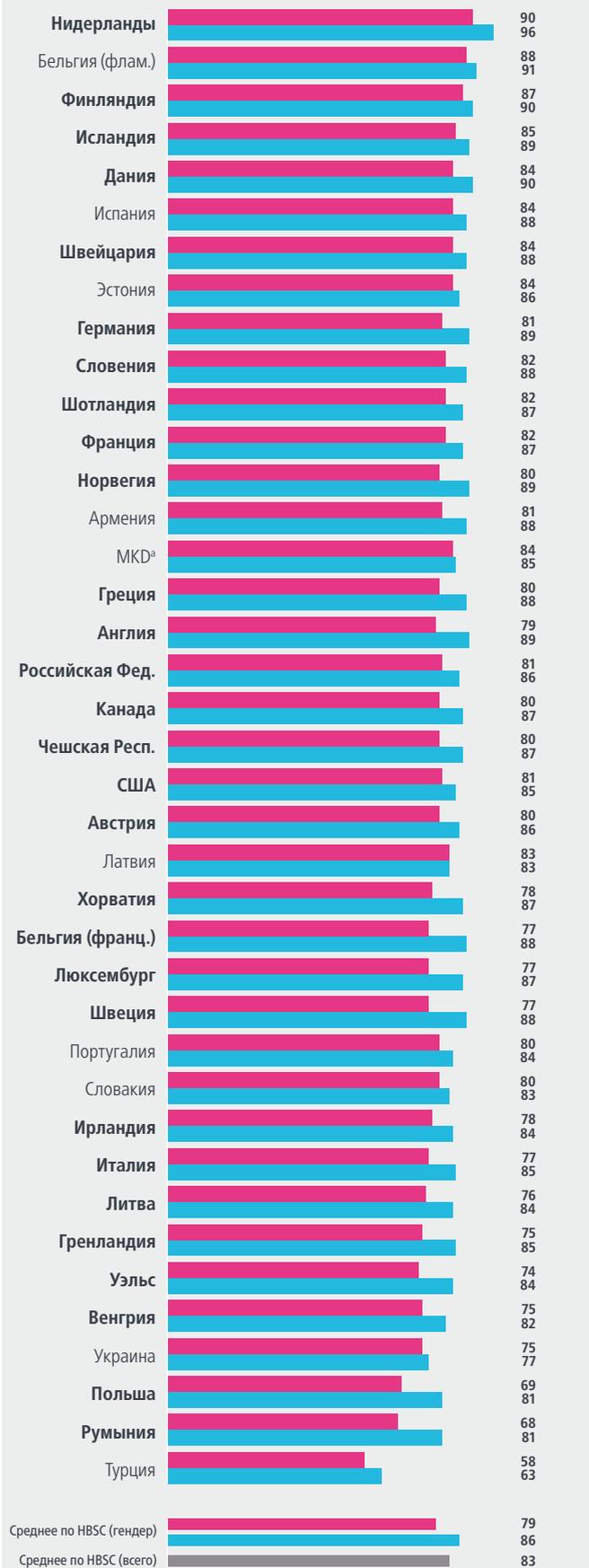
13-летние подростки с высокой степенью удовлетворенности жизнью

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

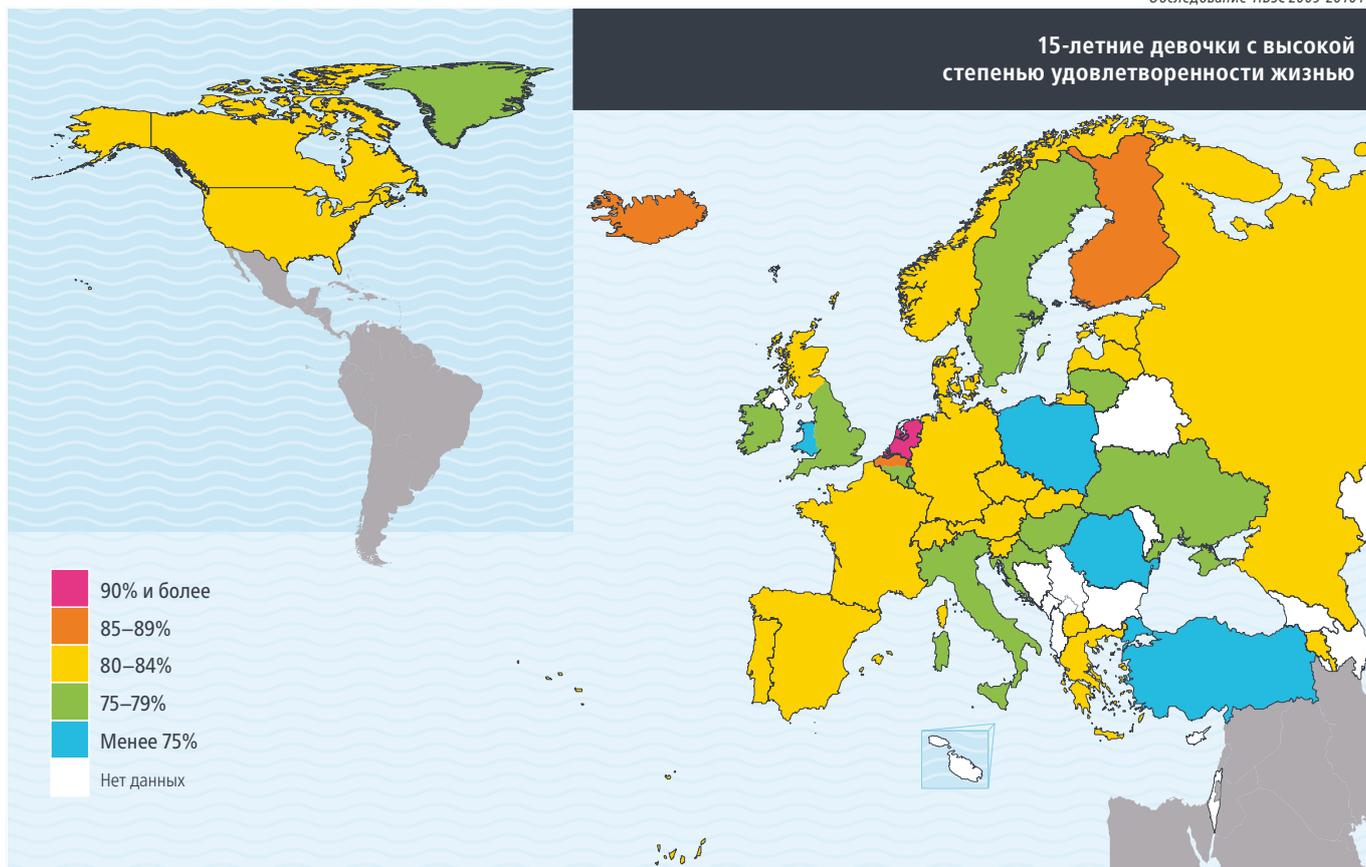


13-летние подростки с высокой степенью удовлетворенности жизнью

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

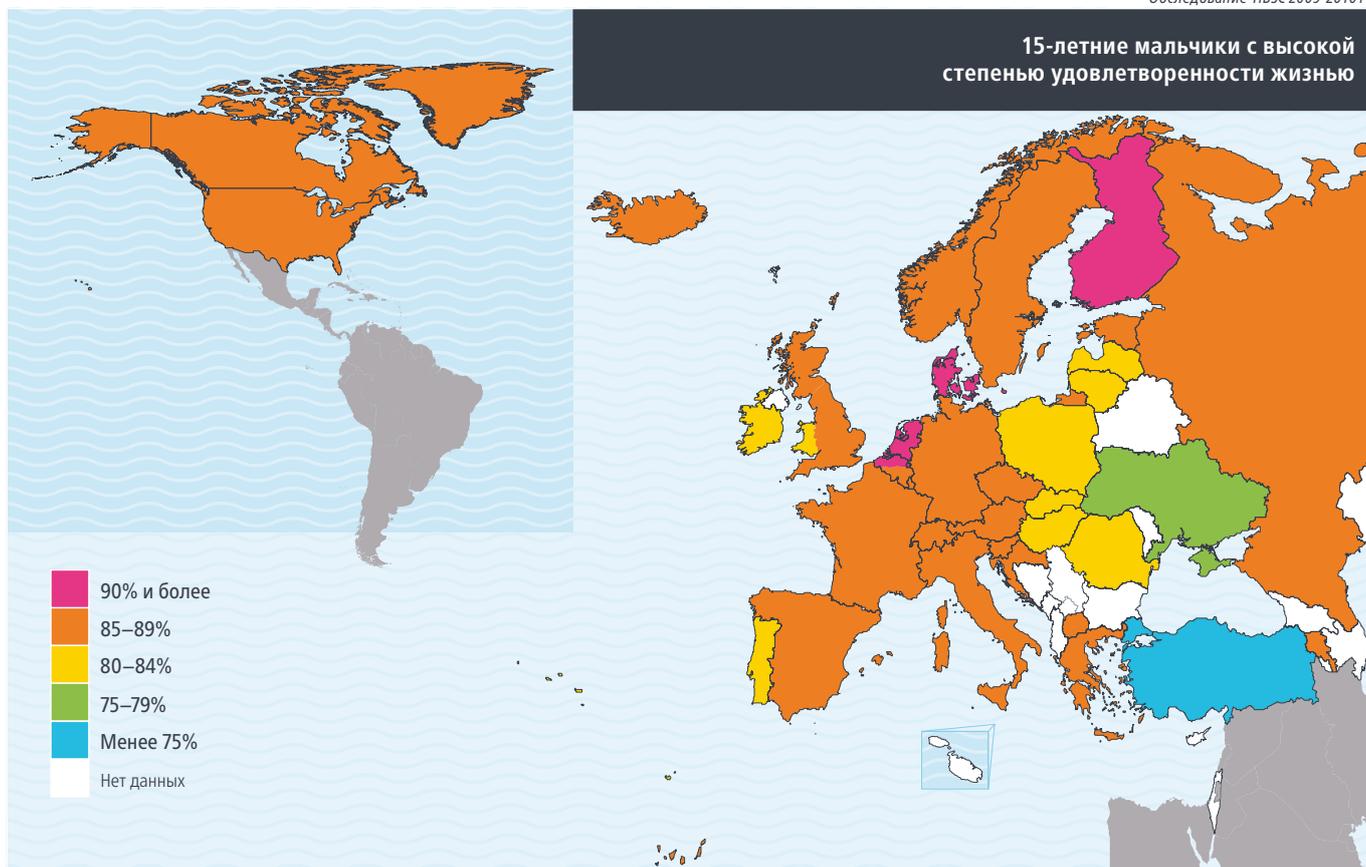
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



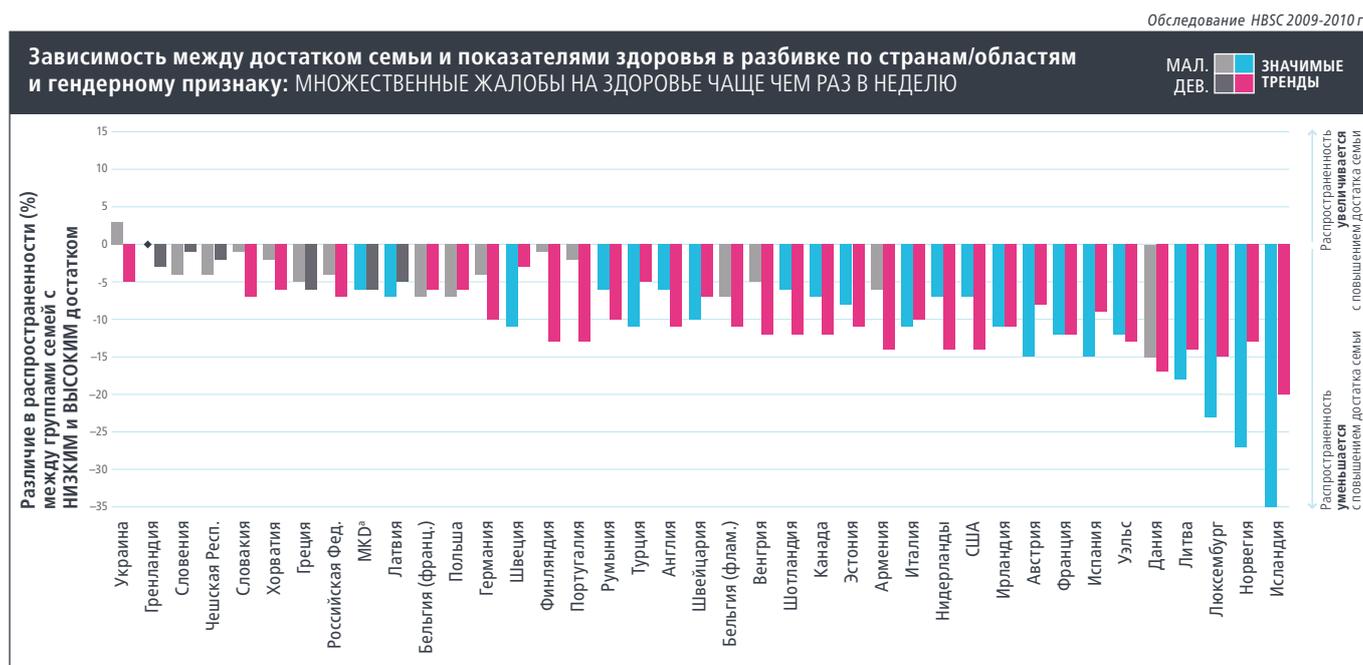
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ

Жалобы на здоровье, в числе которых соматические (головная боль, боли в спине) и психологические симптомы (нервозность или раздражительность) являются важным показателем уровня благополучия. Поскольку обычно одновременно возникают и те, и другие (1,19,20), они могут ложиться тяжелым бременем не только на индивидуума, но также и на систему оказания медицинской помощи.

Часто повторяющиеся и длительные стрессовые ситуации приводят к эмоциональному и психологическому напряжению, что в свою очередь провоцирует возникновение частых жалоб (20). Прослеживается связь между психосоматическими жалобами и семейными конфликтами, причинением обид, недостаточным приятием со стороны сверстников и недостаточной поддержкой со стороны родителей и учителей (21).

При позитивных взаимоотношениях в семье у подростков стабильно наблюдается более крепкое здоровье (22) тогда как при стрессовых семейных ситуациях отмечается больше проблем со здоровьем (23,24). Было также установлено, что школа может являться защитным фактором против возникновения множественных жалоб на здоровье (25).



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто за последние шесть месяцев они испытывали следующие симптомы: головную боль; боль в животе; плохое настроение, раздражительность или вспыльчивость; ощущение тревоги; было трудно заснуть; головокружение. Для каждого симптома варианты ответов варьировались от «почти каждый день» до «редко или никогда». Представленные здесь результаты отражают долю респондентов, которые сообщают о множественных (т. е. двух или более) жалобах на здоровье, возникавших чаще, чем раз в неделю за последние шесть месяцев.

Контрольный перечень симптомов, использованный в обследовании HBSC, представляет собой неклинический способ оценки состояния психического здоровья, отражающий две грани здоровья – психологическую и соматическую (1,2,26,27). Все пункты контрольного перечня могут быть использованы в совокупности для оценки психосоматических жалоб (28).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

У девочек распространенность множественных жалоб на здоровье с возрастом увеличивалась, при этом в большинстве стран и областей различие превышало 10%. У мальчиков лишь в нескольких странах и областях наблюдался значимый рост распространенности в период между 11-ю и 15-ю годами.

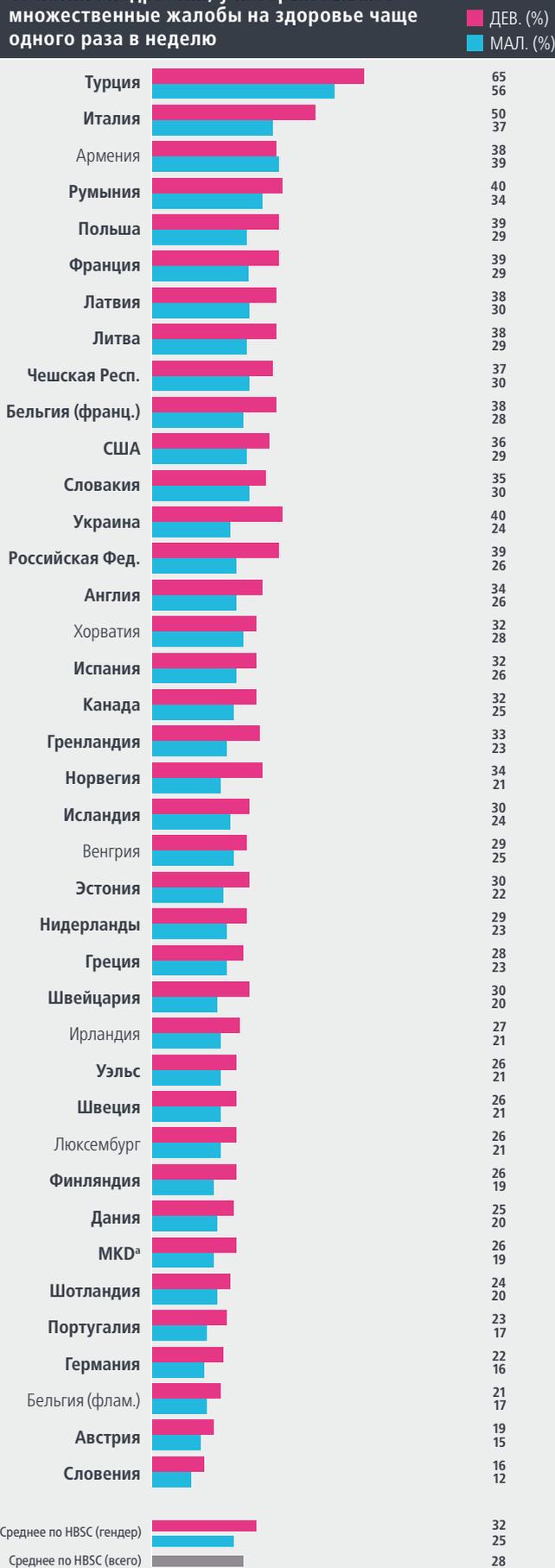
Гендерные различия

В большинстве стран и областей значительно с большей вероятностью сообщают о множественных жалобах на здоровье девочки. С возрастом гендерные различия в распространенности возрастают: в 11 лет различие между мальчиками и девочками, превышающее 10%, наблюдается в меньшинстве стран, тогда как в 15-летнем возрасте эта картина отмечена в большинстве стран.

Достаток семьи

Почти во всех странах и областях среди девочек и в большинстве стран среди мальчиков наблюдается значимая зависимость между более низким уровнем достатка семьи и более высокой распространенностью множественных жалоб на здоровье. У девочек в половине из числа всех стран и областей различие в распространенности между группами с низким и высоким уровнем достатка превышало 10%, у мальчиков различия менее выражены.

11-летние подростки, у которых бывают множественные жалобы на здоровье чаще одного раза в неделю

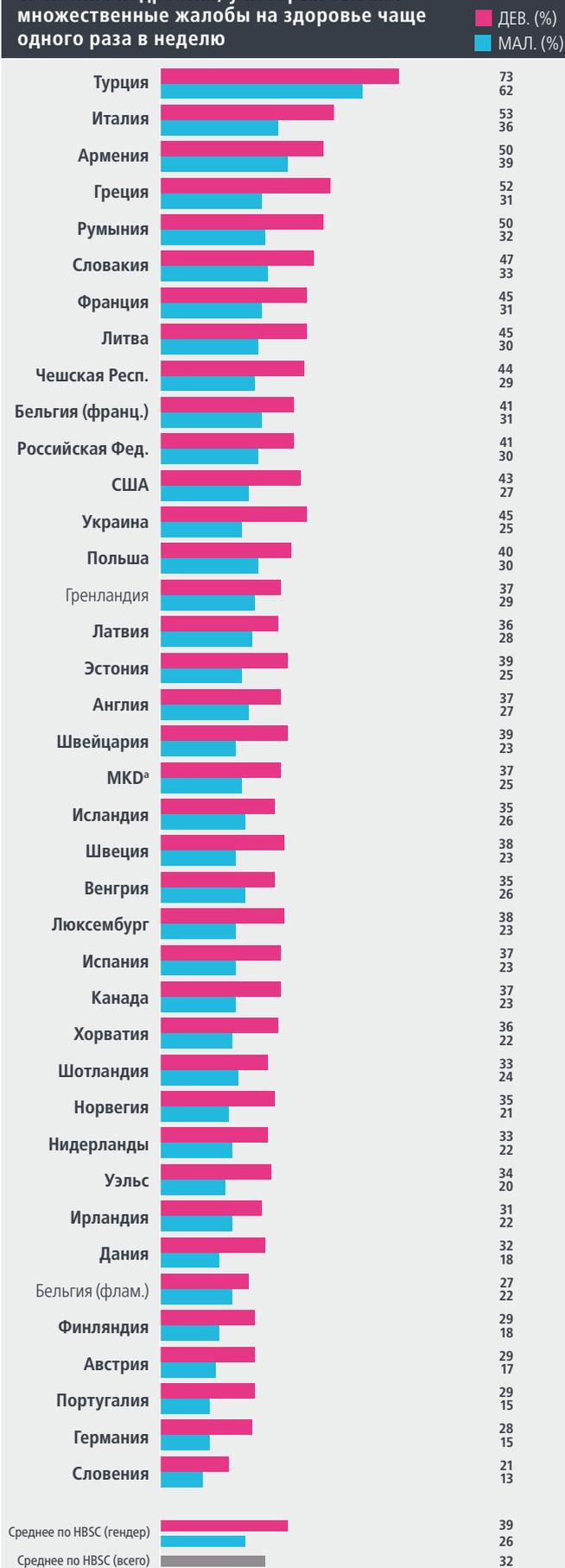


^а Бывшая югославская Республика Македония.

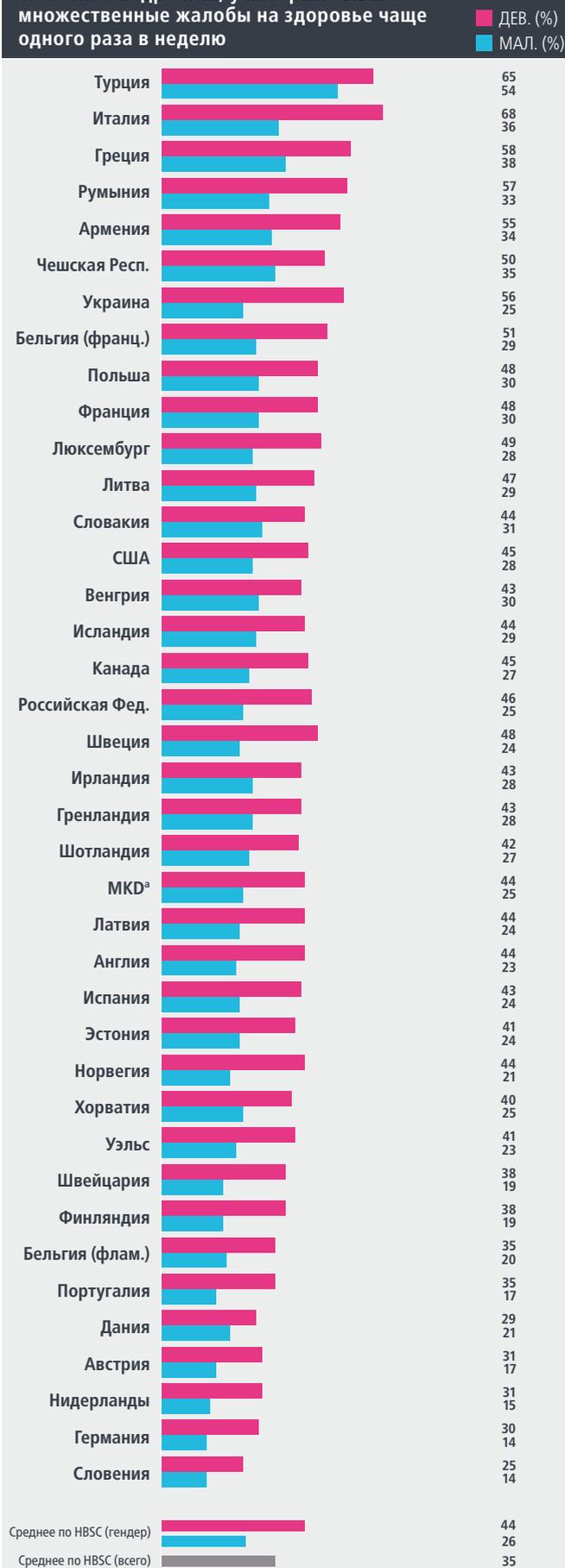
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

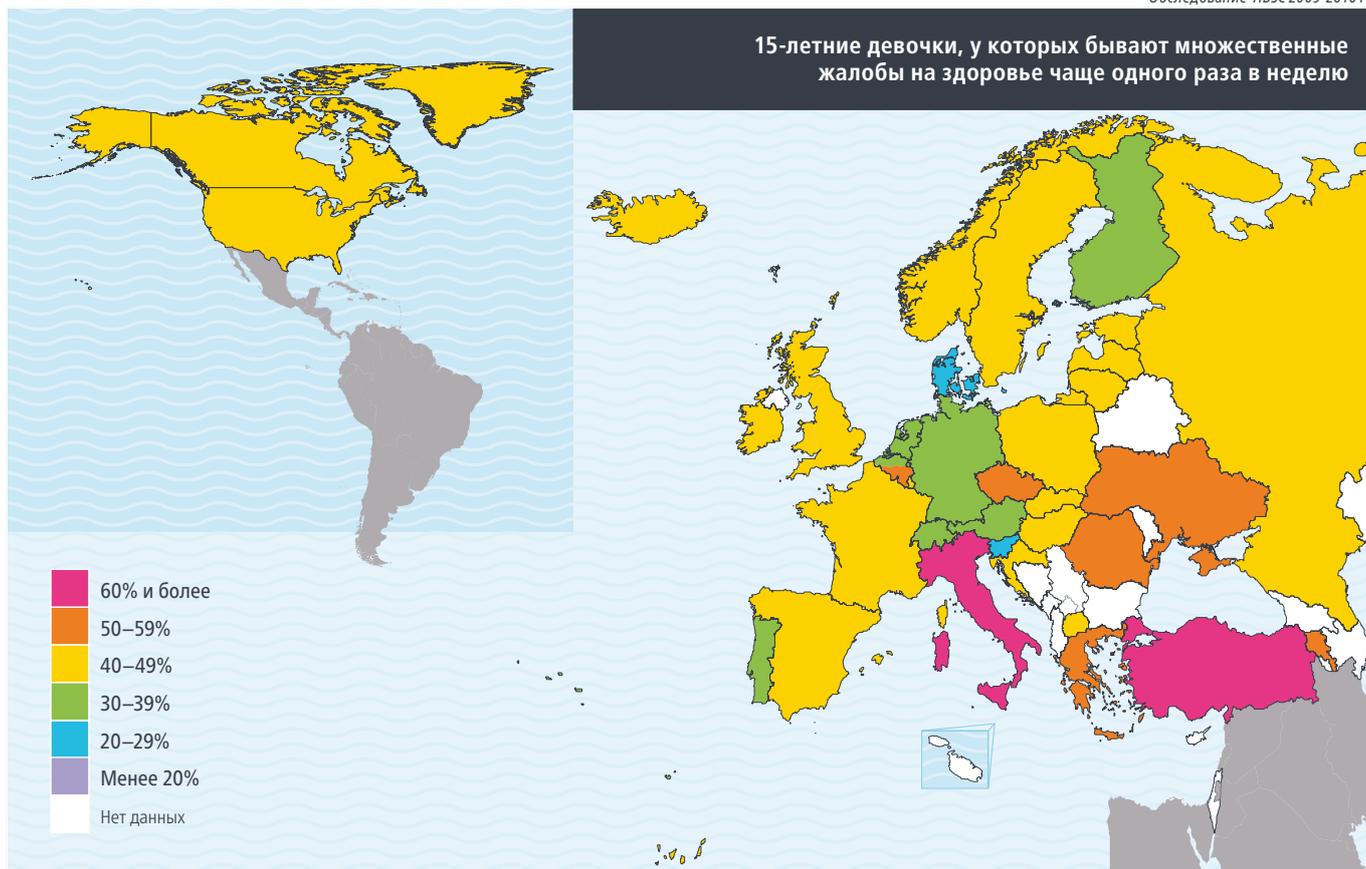
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, у которых бывают множественные жалобы на здоровье чаще одного раза в неделю

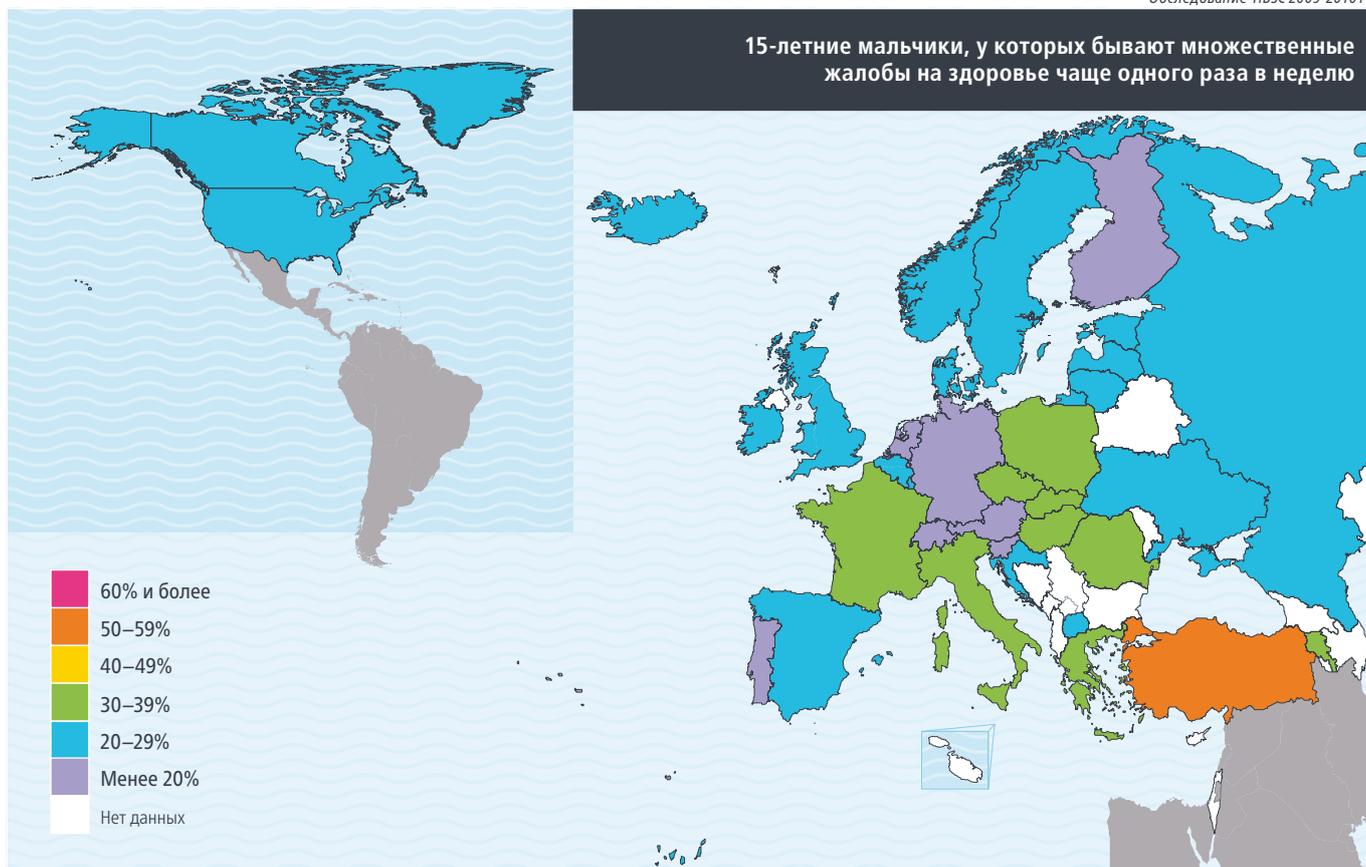


15-летние подростки, у которых бывают множественные жалобы на здоровье чаще одного раза в неделю

Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

В целом у подростков отмечается хорошее здоровье, но по ряду показателей существуют большие различия (29). По аналогии с результатами прошлых научных исследований (30,31), девочки сообщают о менее удовлетворительных показателях здоровья и самочувствия, и у них большая вероятность низкой самооценки своего здоровья, низкой удовлетворенности жизнью и множественных жалоб на здоровье. Это может объясняться различием в плане интернализации и экстернализации, но кроме того, могут играть роль также гендерные различия, связанные с половым созреванием (31).

Девочки в период между 11-ю и 15-ю годами сталкиваются с большими гормональными изменениями, чем мальчики (32), обычно они с большей готовностью выражают свои чувства и эмоции (33) и более склонны беспокоиться по поводу своего здоровья (34). Гендерные различия почти во всех странах и областях с возрастом становятся более выраженными, при этом у девочек старшего возраста систематически отмечается снижение показателей самооценки здоровья (18). Сообщение о все большем количестве симптомов с возрастом может быть связано со стрессом в школе (23), неблагоприятной домашней обстановкой (35) и неадекватными социальными взаимоотношениями (29,36).

Дружеские связи и качество взаимоотношений являются важными факторами, влияющими на субъективную оценку здоровья, например удовлетворенность жизнью (37). Более низкая удовлетворенность жизнью у девочек может отражать изменение межличностных отношений в подростковый период, что, возможно, главным образом связано с семейными отношениями, скорее чем с взаимоотношениями с друзьями (18). Большее воздействие на девочек может быть связано с их способностью к пониманию и внутреннему переживанию динамики межличностных взаимоотношений (38). Девочки также выражают большую неудовлетворенность тем, как они выглядят, чем мальчики, что особенно влияет на их самооценку, удовлетворенность жизнью и психическое здоровье (39).

Данные исследований различных культур показали существование связи между удовлетворенностью жизнью и удовлетворенностью финансовым положением (40). В большинстве стран наблюдается связь между высоким уровнем достатка семьи и более крепким здоровьем, большей удовлетворенностью жизнью и меньшим количеством жалоб на здоровье. Научные исследования по вопросам достатка семьи свидетельствуют о том, что дети из семей с более низким СЭС чаще ниже оценивают свое здоровье (6,41) а в странах с более низким СЭС существует тенденция к более высокой распространенности субъективных проблем со здоровьем. Социально-экономическое положение индивидуумов может оказать влияние на их объективное состояние здоровья и состояние здоровья в видении респондентов напрямую, через материальные условия, и косвенным образом, через социально-психологические факторы в зависимости от социально-экономического положения в структуре общества (42).

В географическом плане по всем трем аспектам здоровья и благополучия закономерностей не прослеживается.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости корректировки баланса между программами, направленными на улучшение физического и психосоциального здоровья молодых людей (43). Сосуществование физических и психологических симптомов позволяет предположить, что реализация общих программ в школе, направленных на освоение подростками навыков и знаний, которые позволят им справляться с этим трудным этапом жизни, вероятно, является наиболее эффективным путем. Требуется дальнейшая работа для подкрепления мер политики планами реализации на основе подробных знаний о процессах, связанных с половым созреванием.

Теория жизнеспособности («resilience theory») акцентирует значимость личностных ресурсов, которые защищают от

неблагоприятных жизненных условий (44). Данные HBSC отражают важные различия в отношении неравенств между мальчиками и девочками, странами и областями и социальными группами в рамках стран по таким параметрам, как самооценка здоровья, удовлетворенность жизнью и множественные жалобы на здоровье (45). Учитывая то, что уже известно относительно воздействия неравенств в отношении здоровья в детстве на будущее здоровье, важно обеспечить оценку программ, ориентированных на подростков, для получения представления об их относительной эффективности по всем аспектам неравенств.

Образование является фундаментальной детерминантой здоровья с точки зрения всех этапов жизни, поэтому целесообразно объединить программы, направленные на укрепление психического здоровья, с программами, направленными на обеспечение равных образовательных возможностей школьников из различных социальных слоев населения (46).

ЛИТЕРАТУРА

1. Petersen AC et al. Promoting mental health during the transition into adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K, eds. *Health risks and developmental transitions during adolescence*. New York, Cambridge University Press, 1997.
2. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. *Canadian Journal of Public Health*, 2002, 93(3):193–197.
3. Bredablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008, 36(1):12–20.
4. Kelly S, Baker A. Healthy life expectancy in Great Britain, 1980–1996 and its use as an indicator in United Kingdom Government strategies. *Health Statistics Quarterly*, 2000, 7:32–37.
5. Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. Школа и здоровье. 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, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
6. 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.
7. Schnohr C, Niclasen BV. Bullying among Greenlandic schoolchildren: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 2006, 65(4):305–312.
8. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 2002, 53:371–399.
9. Diener E. Subjective wellbeing: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 1999, 125:276–301.
10. Huebner E et al. Life satisfaction in children and youth: empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 2004, 41(1):81–93.
11. Morgan A et al. Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: *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, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
12. Levin KA, Currie C. Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction. A cross-sectional, multilevel analysis. *Health Education*, 2010, 110:152–168.
13. Schneider BH. *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London, Arnold, 2000.
14. Zullig K et al. Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 2005, 12(2):195–206.
15. Hurrelmann K, Lösel F. Basic issues and problem of health in adolescence. In: Hurrelmann K, Lösel F, eds. *Health hazards in adolescence*. Berlin, Walter de Gruyter, 1990:1–21.
16. Katja R et al. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *The Journal of School Health*, 2002, 72(6):243–249.
17. Gobina I et al. Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *International Journal of Public Health*, 2008, 53(5):272–276.
18. Piko BF. Satisfaction with life, psychosocial health and materialism among Hungarian youth. *Journal of Health Psychology*, 2006, 11(6):827–831.
19. Mikkelsen M, Salminen JJ, Kautiainen H. Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain*, 1997, 73(1):29–35.
20. Brosschot JF. Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2002, 43(2):113–121.
21. Gerber M, Pühse U. "Don't crack under pressure!" Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, 65(4):363–369.
22. Flourie E, Buchanan A. The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(1):63–78.
23. Karvonen S, Vikat A, Rimpelä M. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *Journal of Adolescence*, 2005, 28(1):1–16.

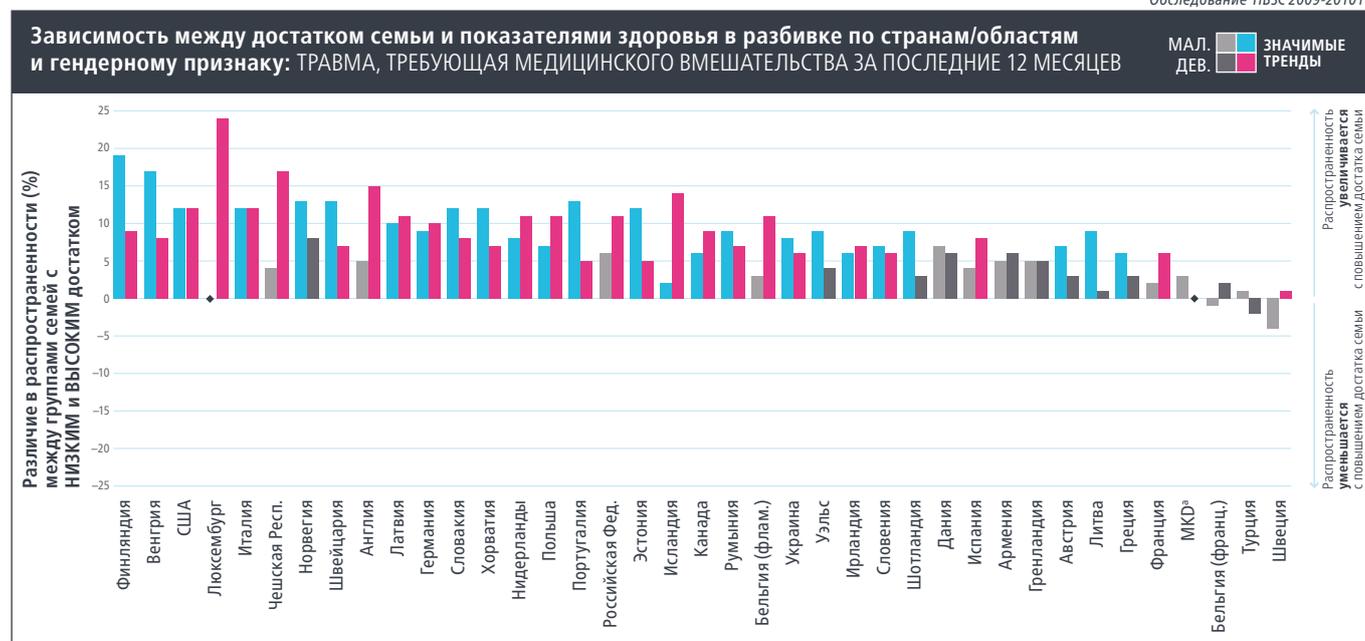
24. Kovacs M et al. Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46(9):776–782.
25. Karademas EC et al. Family, school and health in children and adolescents. *Journal of Health Psychology*, 2008, 13(8):1012–1020.
26. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4–10.
27. Hetland J, Torsheim T, Aarø LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(3):223–230.
28. Ravens-Sieberer U et al. and the HBSC Positive Health Group. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(3):294–299.
29. Glendinning A et al. Adolescence and health inequalities: extensions to Macintyre and West. *Social Science & Medicine*, 1992, 35(5):679–687.
30. Natvig GK et al. School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *The Journal of School Health*, 1999, 69(9):362–368.
31. Cavallo F et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 2006, 15(10):1577–1585.
32. Gådin KG, Hammarström A. A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European Journal of Public Health*, 2005, 15(4):380–385.
33. Maccoby EE. *The two sexes: growing up apart, coming together*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1998.
34. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 2007, 369(9567):1130–1139.
35. Freeman J et al. Protective roles of home and school environments for the health of young Canadians. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2011, 65(5):438–444.
36. 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.
37. Ma CQ, Huebner ES. Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 2008, 45(2):177–190.
38. Brown LM, Gilligan C. *Meeting at the crossroads: women's psychology and girls' development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
39. Marcotte D et al. Gender differences in depressive symptoms during adolescence. Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2002, 10(1):29–42.
40. Oishi S et al. Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1999, 25(8):980–990.
41. Richter M et al. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(3):396–403.
42. Lunc J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000:13–35.
43. Hawks SR et al. The forgotten dimensions in health education research. *Health Education Research*, 2008, 23(2):319–324.
44. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 2007, 2(Suppl. 2):17–22.
45. Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? *Journal of Adolescence*, 1998, 21(1):83–97.
46. Sznitman SR, Reisel L, Romer D. The neglected role of adolescent emotional well-being in national educational achievement: bridging the gap between education and mental health policies. *Journal of Adolescent Health*, 2011, 48(2):135–142.

ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Травматизм является основной причиной смертности и серьезной заболеваемости подростков в большинстве развитых стран, отвечая за 36% случаев смерти у детей до 15 лет (1). В детском возрасте по мере взросления риск травматизма резко возрастает (1). Травмы без смертельного исхода влекут за собой медицинские, психологические и социальные последствия, которые налагают значительное медицинское, социальное и экономическое бремя на общество.

В подростковый период травмы можно рассматривать как маркер образа жизни высокого риска, который подразумевает множественные поведенческие факторы риска и связанные со здоровьем последствия (2). Исследования показали, каким образом травматизм связан с другими поведенческими факторами риска, такими как потребление психотропных веществ (3,4) и прогул занятий в школе (5), также прослеживается связь между травматизмом и интенсивной физической активностью (4,6). Для разработки мероприятий по борьбе и предупреждению серьезного травматизма и смертности необходимым условием является получение представления о факторах, способствующих травматизму среди подростков (7,8).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, сколько раз за последние 12 месяцев они получали травмы, и их лечил врач или медицинская сестра. Варианты ответов варьировались от «за последние 12 месяцев я не получал травм» до «четыре раза или более». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые за последние 12 месяцев имели по крайней мере одну травму, требовавшую медицинского вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей не наблюдалось значимых различий в распространенности травматизма среди мальчиков и девочек в возрасте от 11 до 15 лет. В ряде стран в возрасте от 11 до 13 лет наблюдался рост травматизма, который к 15 годам снижался.

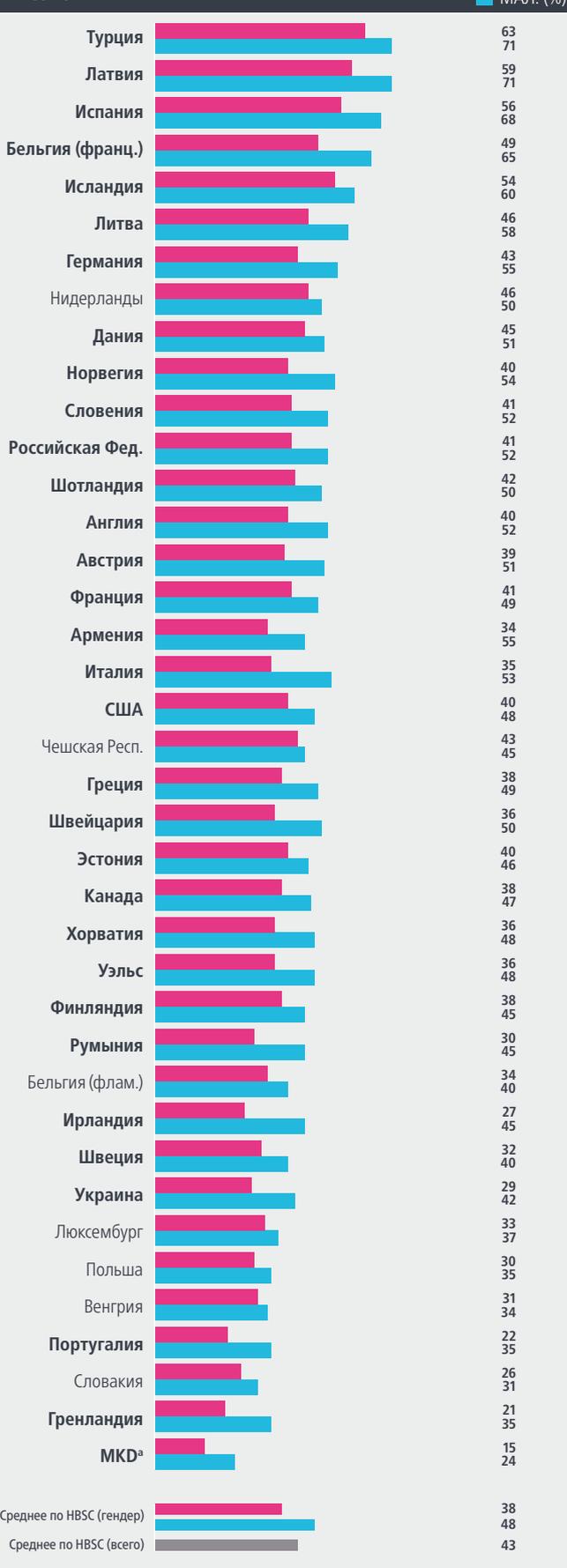
Гендерные различия

Почти во всех странах и областях мальчики во всех возрастных группах значительно с большей вероятностью сообщали о травмах, при этом примерно в половине стран и областей гендерные различия в распространенности превышали 10%.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей распространенность травматизма значительно выше среди подростков из семей с более высоким достатком, но лишь в небольшом числе стран разница в распространенности между группами с низким и высоким уровнем достатка превышала 10%.

11-летние подростки, имевшие за предшествующие 12 месяцев не менее одной травмы, требующей медицинского вмешательства

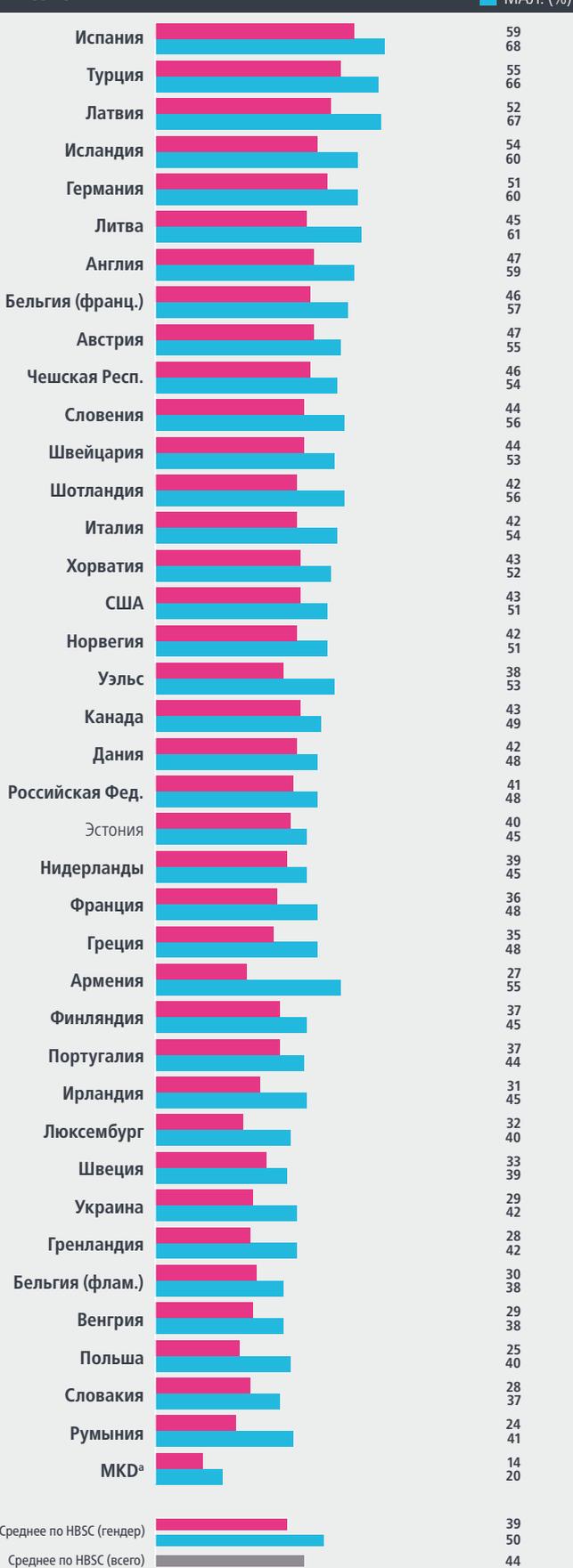


^а Бывшая югославская Республика Македония.

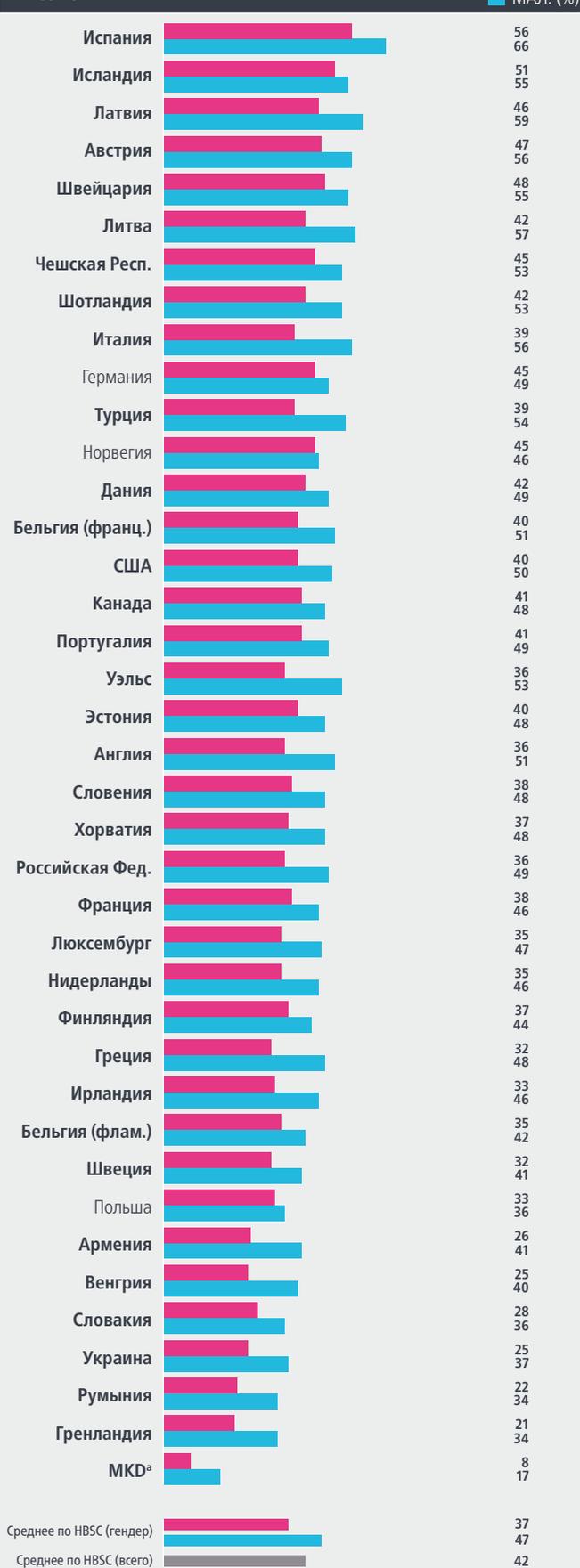
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

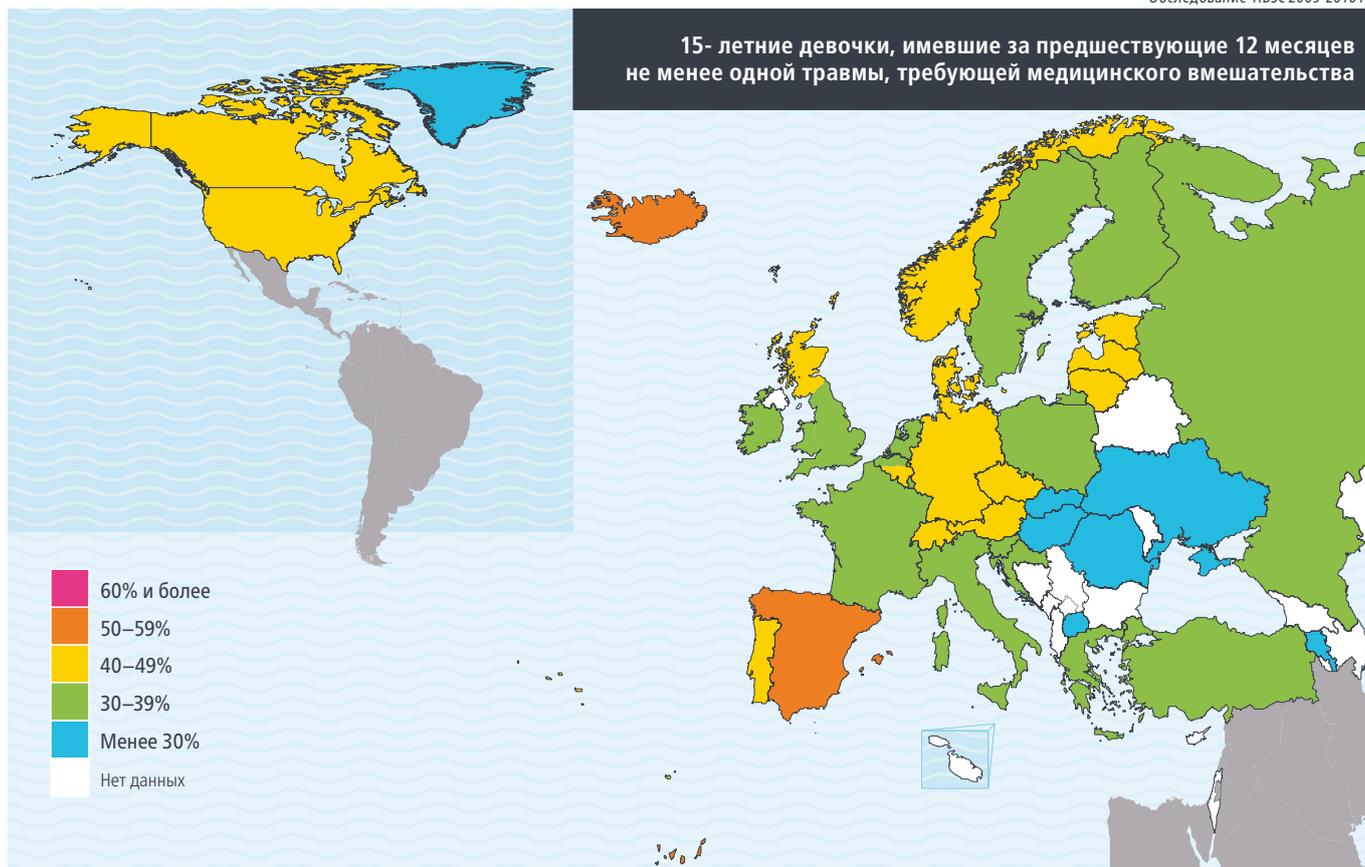
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, имевшие за предшествующие 12 месяцев не менее одной травмы, требующей медицинского вмешательства

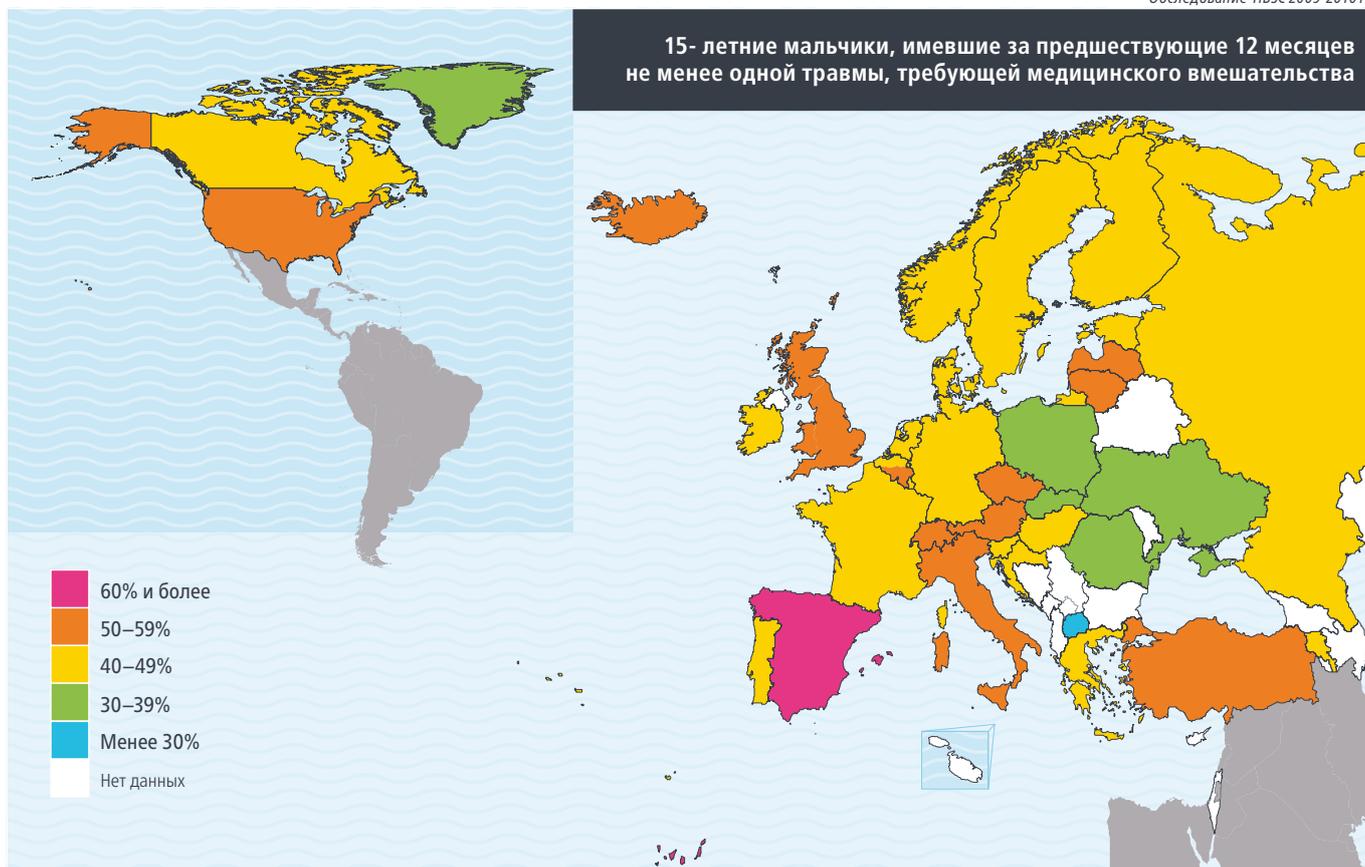


15-летние подростки, имевшие за предшествующие 12 месяцев не менее одной травмы, требующей медицинского вмешательства

Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Около половины мальчиков всех возрастов и треть девочек сообщили о том, что у них за предшествовавшие 12 месяцев было не менее одной травмы, требовавшей медицинского вмешательства, что позволяет предположить, что травмы являются обычным элементом жизни подростков.

Распространенность травм значительно варьируется по странам и областям. Это может отражать различия в тех мерах, которые общество предпринимает для обеспечения надлежащих уровней безопасности, для содействия развитию профилактических инициатив и предоставления доступа к медицинской помощи и обеспечения ее качества.

По всем странам и областям, а также возрастным группам вероятность получения травм мальчиками выше. Ту же тенденцию можно наблюдать и в отношении смертности в результате травматизма, особенно среди молодого населения (9), возможно в силу того, что мальчикам чаще свойственны рискованные формы поведения (10,11), или в силу того, что они больше занимаются спортом и более активны в физическом плане (12).

Данные, которые свидетельствуют о том, что вероятность сообщения подростками из семей с большим достатком о травмах выше, можно отнести на счет их более интенсивной физической активности и более легкого доступа к медицинской помощи (4).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Непреднамеренный травматизм является одной из важных первоочередных проблем здравоохранения почти во всех странах. Может быть установлена четкая связь между определением факторов риска, улучшением условий и состояния окружающей среды и улучшением показателей здоровья.

Большая часть выявленных социальных и средовых факторов риска поддается изменению. Необходимо предпринять эффективные меры, направленные на снижение частоты возникновения травм, в частности среди мальчиков и подростков из семей с низким достатком (13).

Хотя данные настоящего обследования HBSC не предоставляют информации по серьезности и типам травм, которые получают подростки, прошлые исследования позволяют предположить, что большая часть травм, о которых сообщили респонденты, происходит в результате дорожно-транспортных происшествий, либо дома, либо на спортивной площадке (12). Стратегии, направленные на снижение подросткового травматизма, включают следующие меры: использование привязных ремней, велосипедных и мотоциклетных шлемов, сокращение употребления алкоголя, установка в домашних условиях датчиков дыма и освоение необходимых спортивных навыков теми, кто подвергается высокому риску связанного со спортивной деятельностью травматизма (14).

Учитывая частоту, серьезность, потенциальную опасность смертельного исхода и инвалидности, которыми опасен травматизм, а также связанные с травматизмом финансовые издержки, предупреждение травматизма становится одной из основных целей общественного здравоохранения, направленных на укрепление здоровья подростков. Вместе с тем, исследователи в этой сфере подчеркивают, что важно применить взвешенный подход к вмешательствам, признавая тот факт, что ряд травм может являться естественным последствием роста и развития; если ценой предупреждения таких травм является сокращение физической активности, то в этом случае потери могут перевесить пользу (15).

ЛИТЕРАТУРА

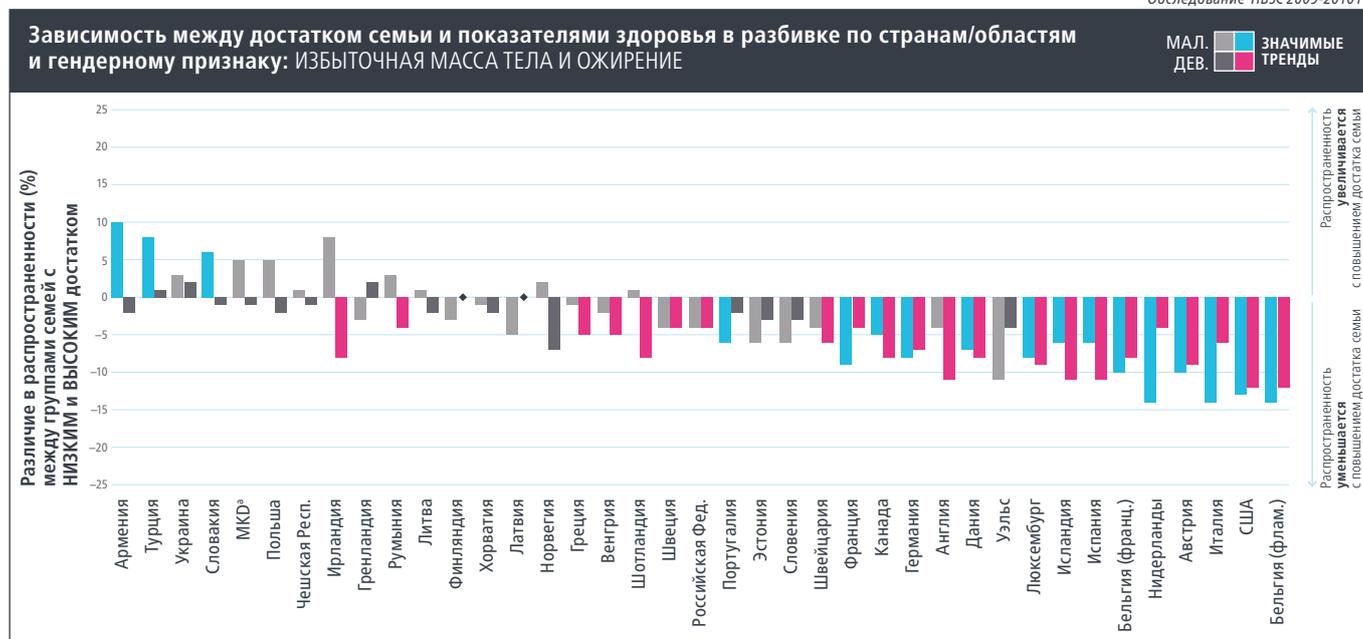
1. *Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe. Fact sheet EURO/02/06.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98607/fs0206e.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
2. Jessor R, Jessor SL. *Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth.* New York, Academic Press, 1990.
3. Pickett W et al. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 2005, 11(4):213–218.
4. De Looze ME et al. Early risk behaviors and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationship. *The Journal of Early Adolescence*, 2012, 32(1):101–122.
5. Pickett W et al. Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviours: a study of 11 329 Canadian adolescents. *Social Science & Medicine*, 2002, 55(6):1055–1068.
6. Janssen I. Influence of multiple risk behaviors on physical activity-related injuries in adolescents. *Pediatrics*, 2007, 119(3):e672–e680.
7. Holder P et al., eds. *Injury surveillance guidelines.* Geneva, World Health Organization, 2001.
8. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
9. *A league table of child deaths by injury in rich countries. Innocenti report card No. 2.* Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2001.
10. Morrongiello BA, Midgett C, Stanton KL. Gender biases in children's appraisals of injury risk and other children's risk-taking behaviors. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2000, 77(4):317–336.
11. Graine MA. Sex differences, effects of sex-stereotype conformity, age and internalisation on risk-taking among pedestrian adolescents. *Safety Science*, 2009, 47:1277–1283.
12. Molcho M et al. and the HBSC Violence and Injury Writing Group. The epidemiology of non-fatal injuries among 11-, 13- and 15-year-old youth in 11 countries: findings from the 1998 WHO HBSC cross-national survey. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2006, 13(4):205–211.
13. *Socio-environmentally determined health inequalities among children and adolescents.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
14. Abernethy L, Bleakley C. Strategies to prevent injury in adolescent sport: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 2007, 41(10):627–638.
15. Molcho M, Pickett W. Some thoughts about "acceptable" and "non-acceptable" childhood injuries. *Injury Prevention*, 2011, 17(3):147–148.

ВЕС ТЕЛА: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

Избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков по-прежнему остаются серьезными проблемами здравоохранения (1–3). Прослеживается связь со следующими проблемами для здоровья: апноэ во время сна, ортопедические проблемы (1,4), психологические последствия, такие как заниженная самооценка, стигматизация и депрессия (5,6), а также ухудшение качества жизни (7). Избыточный вес и ожирение в детстве оказывают серьезные последствия для здоровья, которые могут проявиться и во взрослой жизни (8), такие как метаболические нарушения, которые повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (1,4,9).

Причины избыточного веса и ожирения носят комплексный характер, включая взаимодействие генетических факторов и факторов среды, что влияет на избыточное потребление и/или ненадлежащий расход энергии. Данные HBSC свидетельствуют о том, что молодые люди с избыточной массой тела с большей вероятностью пропускают завтрак, менее активны физически (2,10) и больше смотрят телевизор (2).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, сколько они весят без одежды и каков их рост без обуви. Дети могли написать свой рост и вес в единицах измерения, принятых в их стране (в сантиметрах или дюймах, фунтах или килограммах соответственно). Эти данные были перекодированы соответственно в сантиметры и килограммы для вычисления индекса массы тела (ИМТ) по формуле: вес (кг), деленный на рост (м)².

В представленном здесь анализе использованы международные стандарты ИМТ для подростков (11) принятые Международной специальной рабочей группой по проблемам ожирения (IOTF), которые называют граничными величинами ИМТ IOTF. В приложении также представлены данные с использованием разработанных ВОЗ стандартов показателей роста ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В меньшинстве стран и областей 15-летние девочки с большей вероятностью, чем 11-летние, сообщают об избыточной массе тела, при этом различие статистически значимо. Среди мальчиков не прослеживается четких закономерностей между возрастом и распространенностью избыточной массы тела.

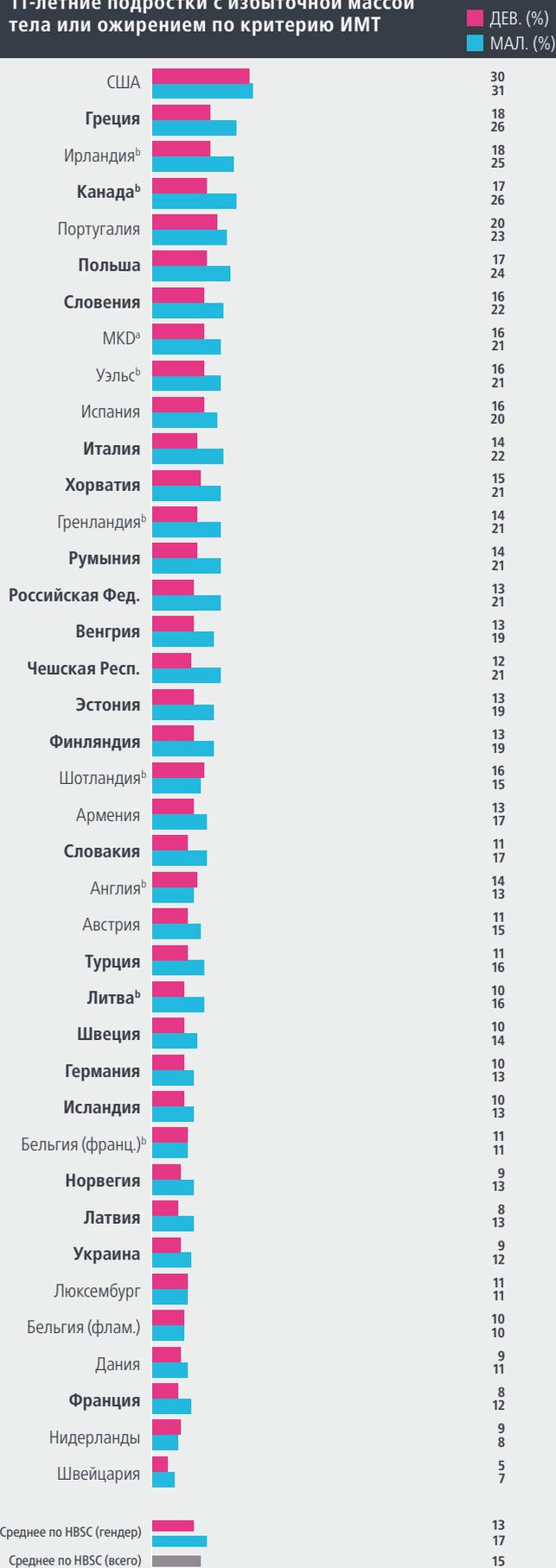
Гендерные различия

В 13 и 15 лет в подавляющем большинстве стран и областей у мальчиков обычно наблюдалась значимо бóльшая распространенность избыточной массы тела или ожирения, а в 11 лет – более чем в половине стран. Однако, гендерное различие превышало 10% лишь в небольшом количестве стран.

Достаток семьи

Для девочек и мальчиков примерно в половине стран и областей оказалась значимой связь между повышенной распространенностью избыточной массы тела и низким достатком семьи, но в Армении, Словакии и Турции (только среди мальчиков) связь отмечена между повышенной распространенностью этого показателя и более высоким достатком семьи.

11-летние подростки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ



^а Бывшая югославская Республика Македония.

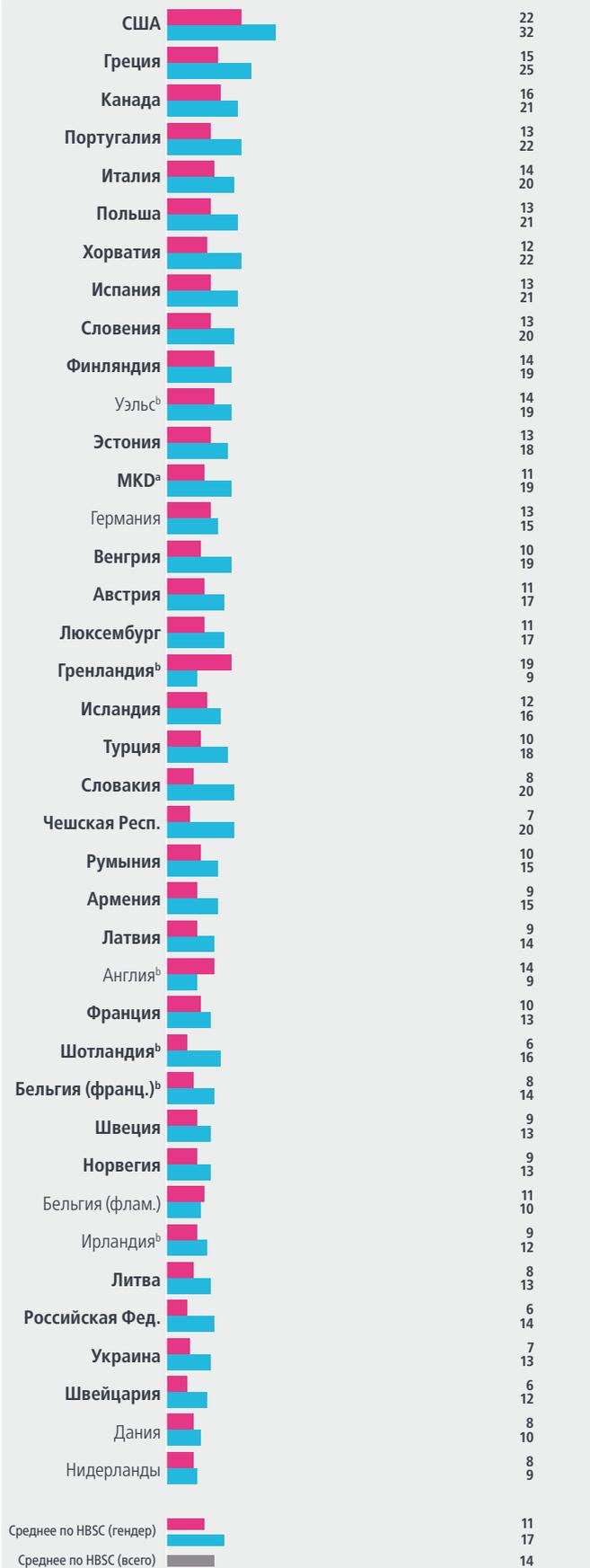
^б 30% или более данных отсутствует.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

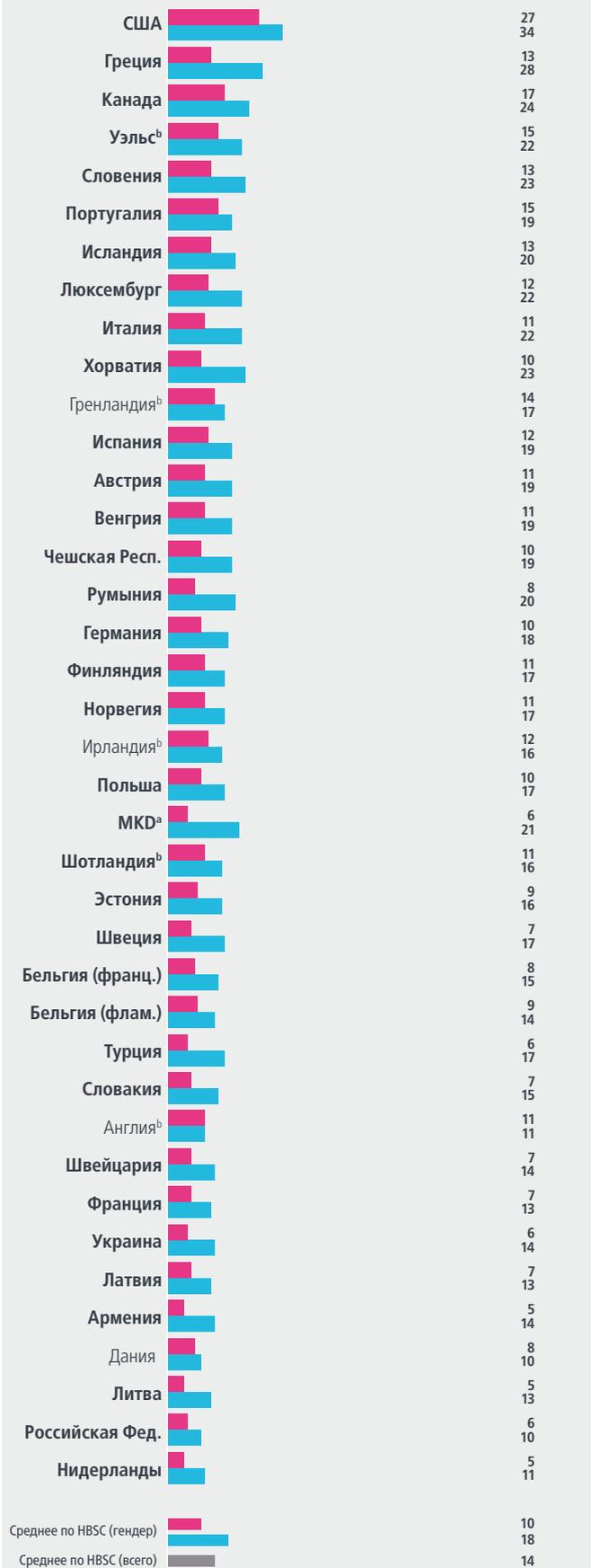
13-летние подростки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

^b30% или более данных отсутствует.

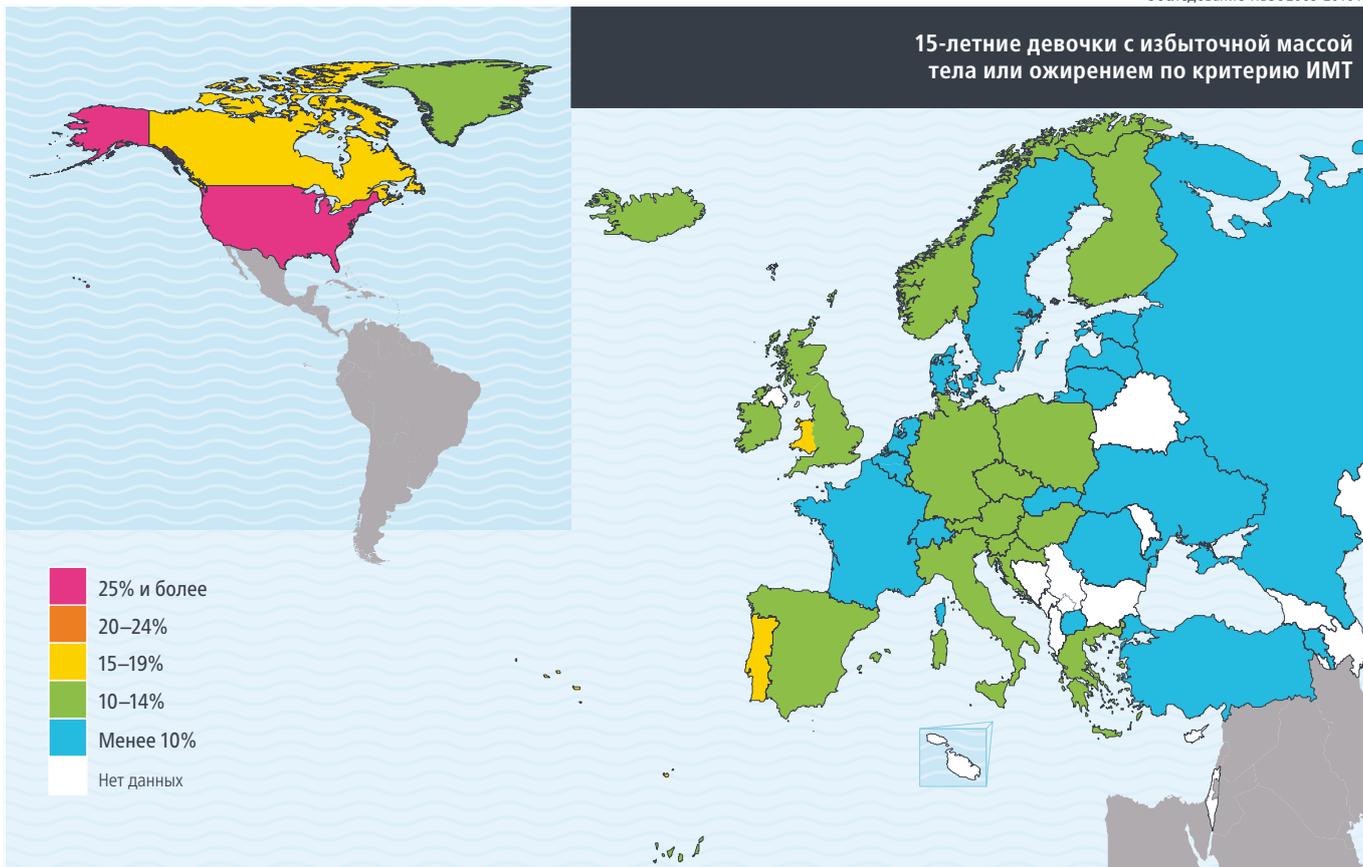
15-летние подростки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

^b30% или более данных отсутствует.Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при p<0,05).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

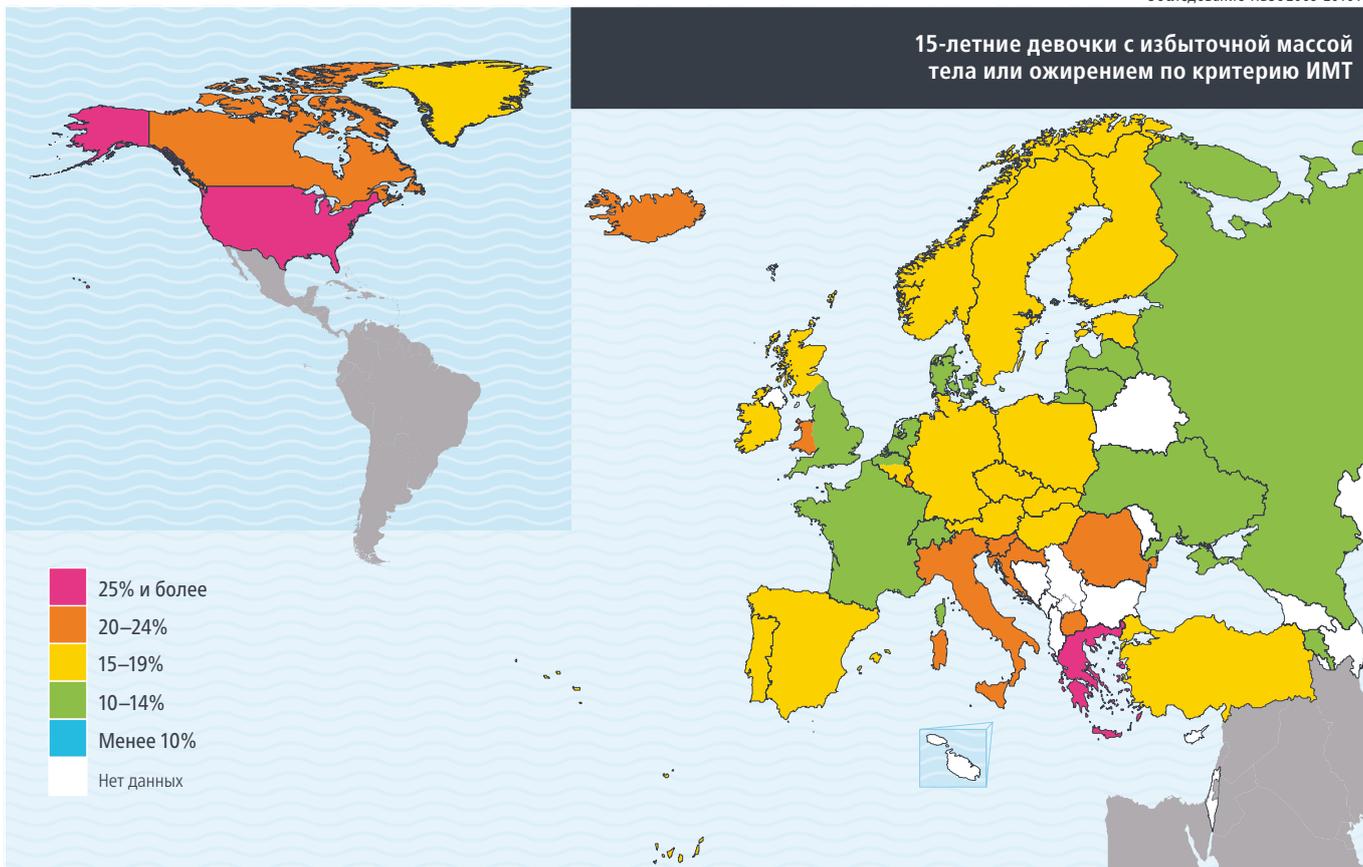
15-летние девочки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние девочки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ВЕС ТЕЛА: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О КРАСОТЕ ТЕЛА

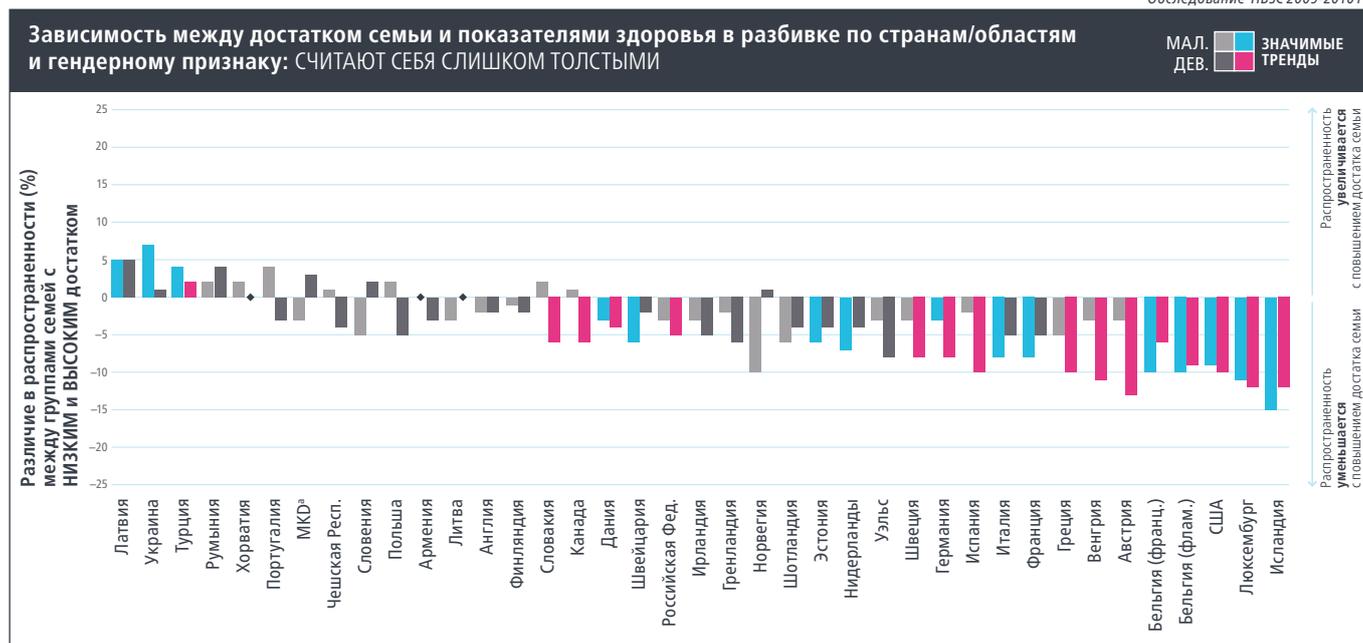
Представление о красоте тела является психологической конструкцией, частью представления о самом себе. Важность этого представления возрастает по мере того, как подростки начинают больше думать о том, какое у них тело, одновременно с происходящими в период полового созревания физическими изменениями. С возрастом удовлетворенность своим телом обычно снижается (12).

В промышленно развитых странах все более распространенным явлением становится избыточная масса тела и ожирение (13), люди чаще проявляют озабоченность и неудовлетворенность по поводу своего веса (14). Девочки особенно беспокоятся о том, какая у них фигура.

Неудовлетворенность телом ведет к регулированию веса, что оборачивается использованием нездоровых мер (15), таких как пропуск завтрака и слишком большое внимание вопросу снижения потребления калорий. Наблюдается также связь между неудовлетворенностью своим телом и более высоким уровнем использования психоактивных веществ (16), сопряженным с риском сексуальным поведением (17) и проблемным психическим здоровьем (18).

Факторами защиты против обеспокоенности излишней массой тела являются регулярная физическая активность (19), признание со стороны сверстников и семьи, а также хорошие социальные отношения (20).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



ИЗМЕРЕНИЕ

Подростков спросили о том, как они воспринимают свое тело. Варианты ответов варьировались от «слишком худое» до «слишком полное». Представленные здесь данные указывают на долю респондентов, которые воспринимали свое тело как «слишком полное», что было представлено в формулировке «слегка полноватое» либо «чрезмерно полное».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Почти во всех странах и областях 15-летние девочки со значительно большей вероятностью, чем 11-летние сообщают о том, что они «слишком полные». Различие в распространенности между 11 и 15-летними превышает 10% в большинстве стран и областей, а в меньшинстве – 15%. В большинстве стран между 11- и 15-летними мальчиками не прослеживается значимой тенденции в распространенности ответов «слишком полный», однако в небольшом числе стран и областей с возрастом наблюдается либо увеличение, либо снижение доли школьников, которые считают себя «слишком полными».

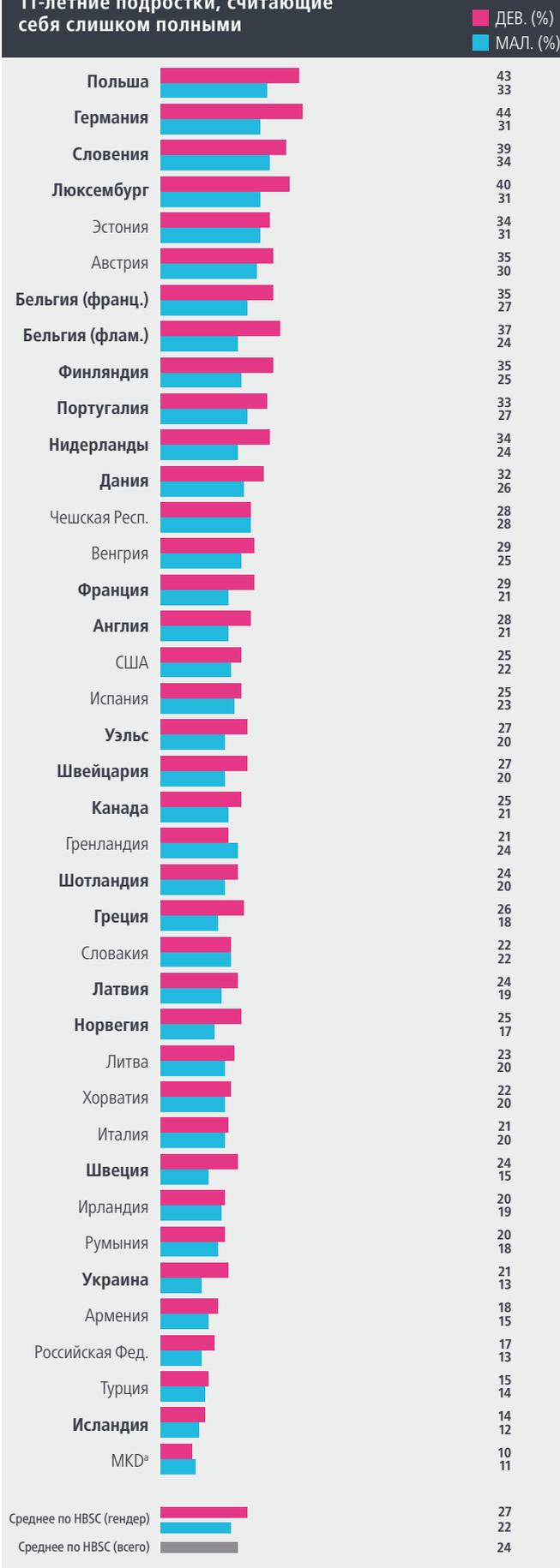
Гендерные различия

У девочек наблюдается значительно более высокий уровень распространенности ответов «слишком полная» во всех странах и областях в возрасте 15 лет, почти во всех странах и областях – в возрасте 13 лет и в большинстве – в возрасте 11 лет. По мере взросления тенденция гендерного различия возрастает, и это различие превышает 15% более чем в половине стран и областей для 15-летних.

Достаток семьи

Хотя в большинстве стран не было значимой зависимости между восприятием своего тела как «слишком полное» и достатком семьи, в нескольких странах и областях, особенно расположенных в Западной Европе и Северной Америке, связь между восприятием своего тела как «слишком полное» и низким достатком семьи являлась значимой.

11-летние подростки, считающие себя слишком полными



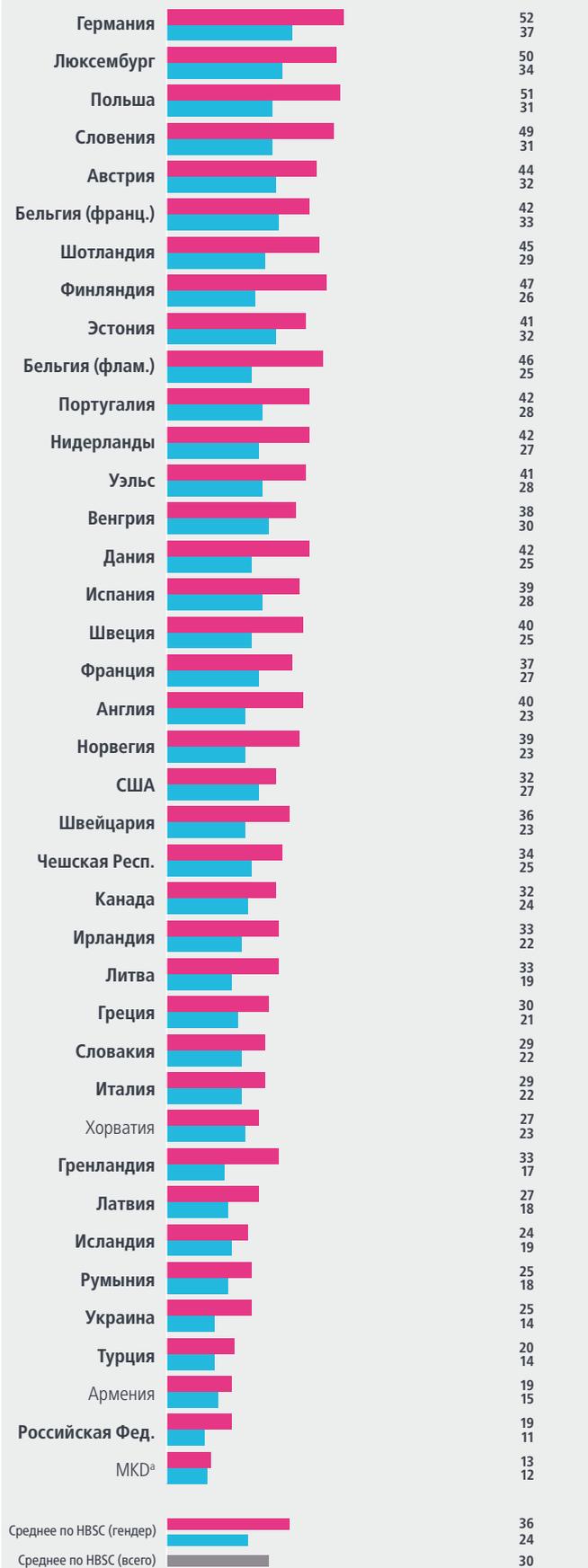
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

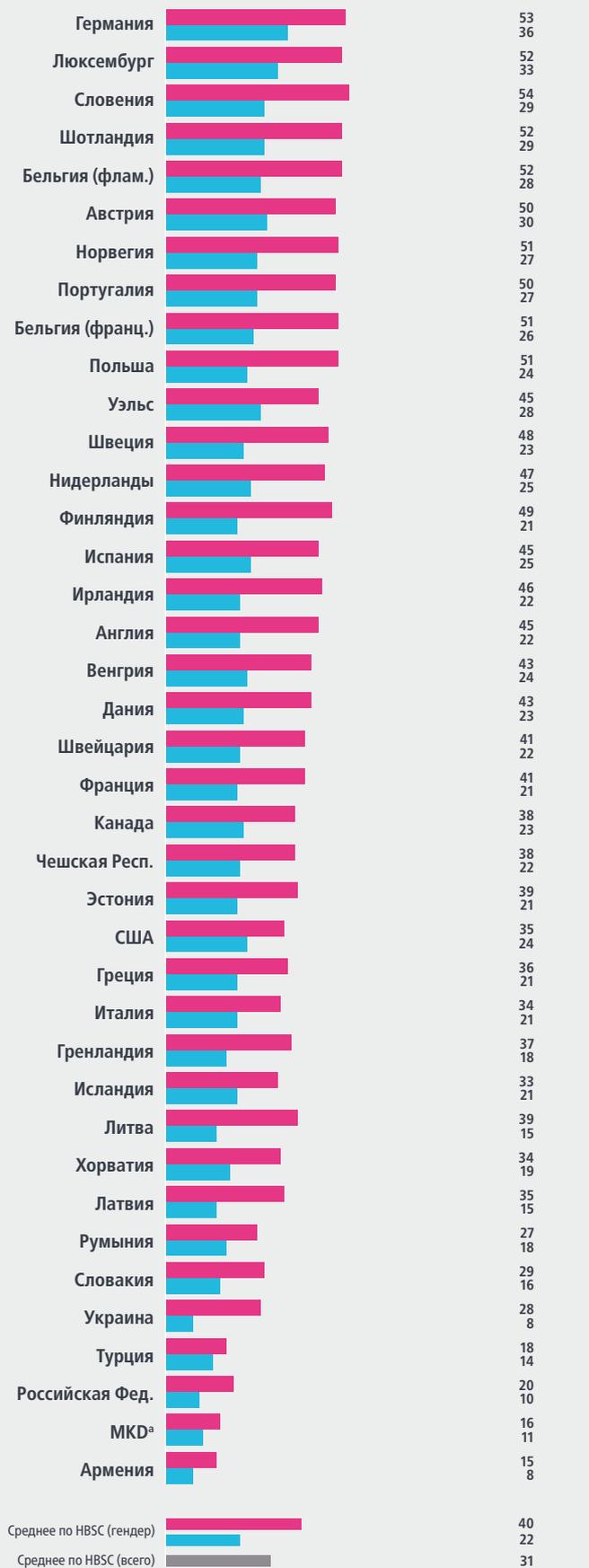
13-летние подростки, считающие себя слишком полными

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



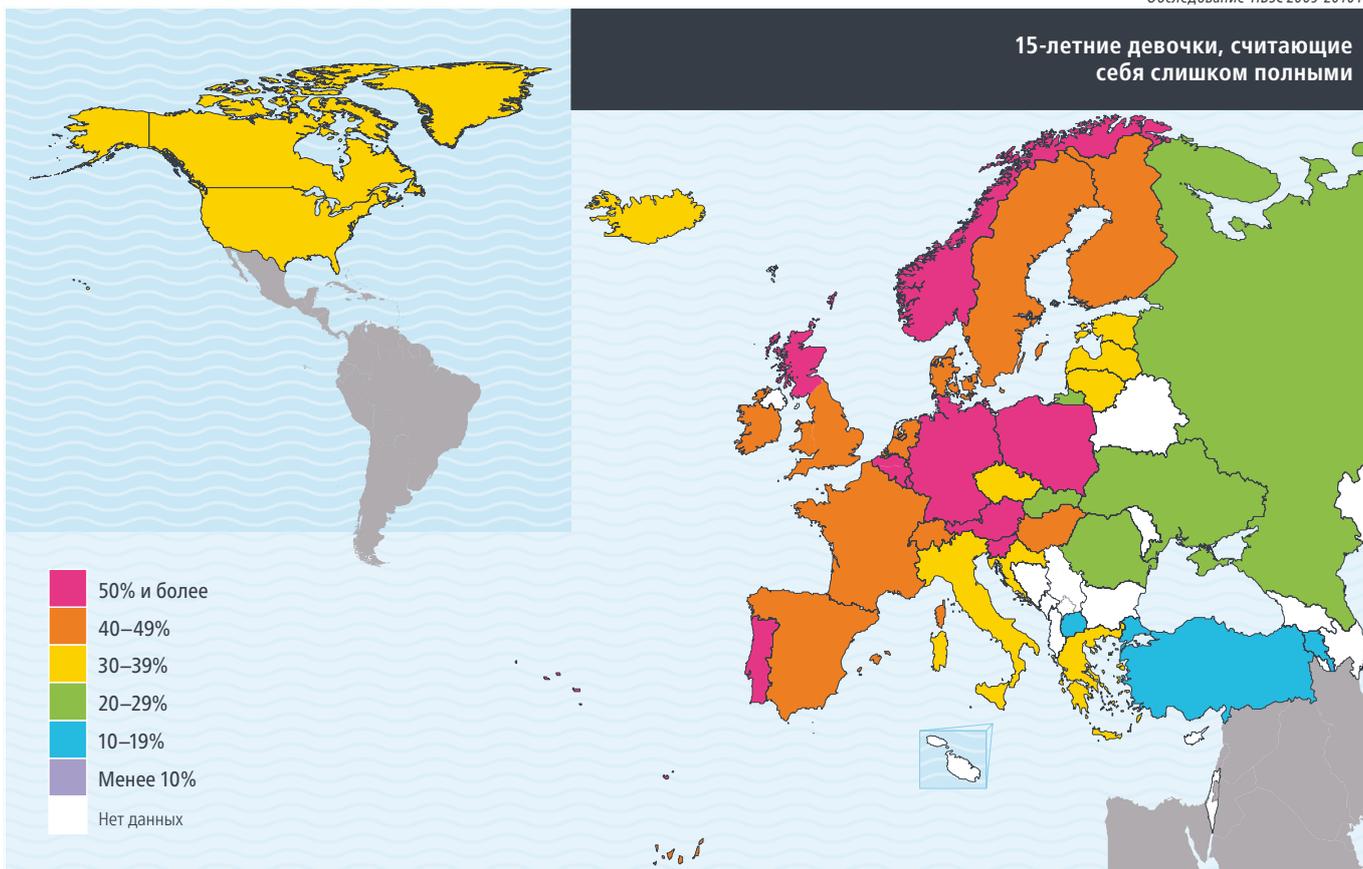
15-летние подростки, считающие себя слишком полными

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

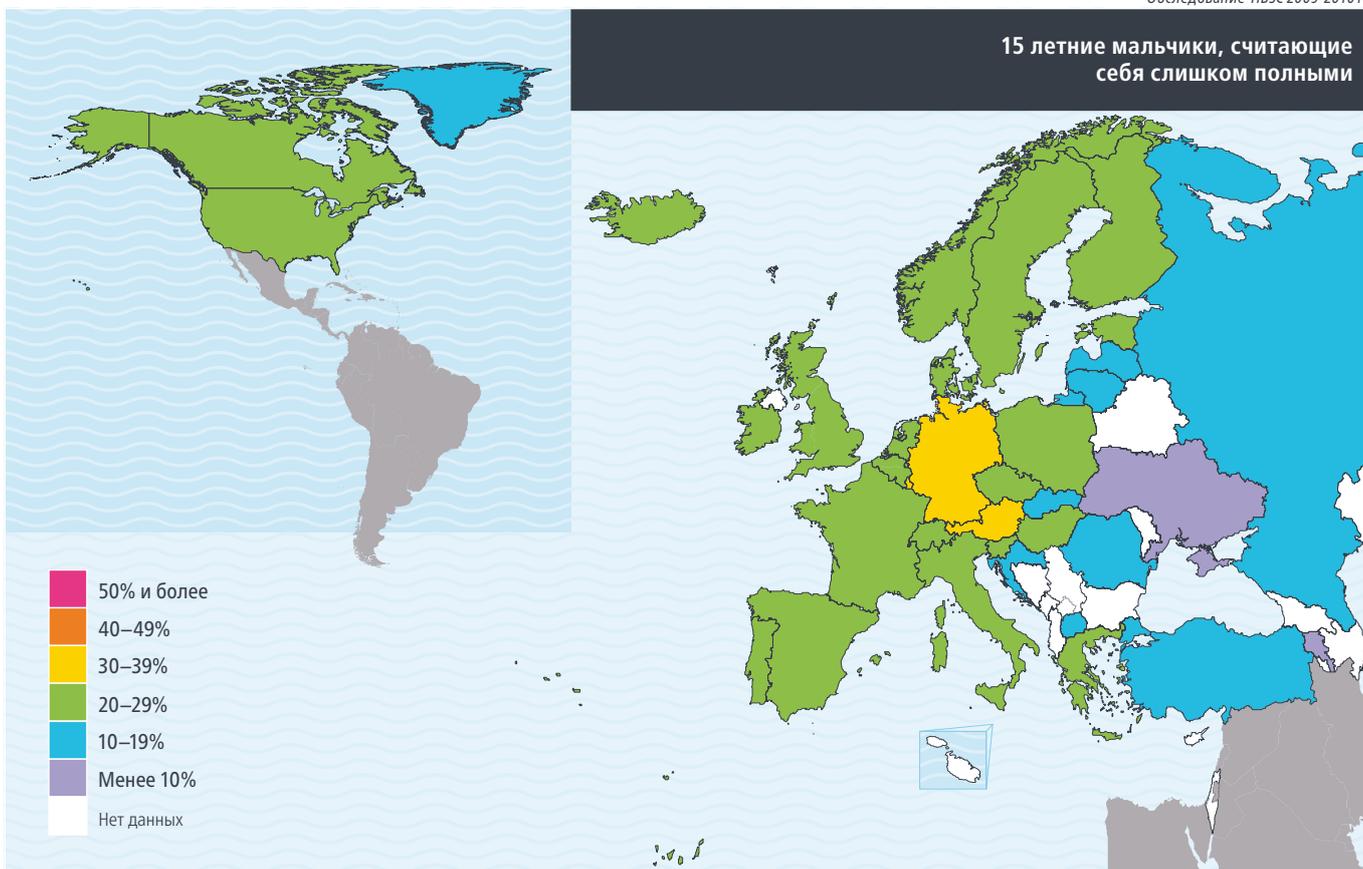
15-летние девочки, считающие себя слишком полными



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15 летние мальчики, считающие себя слишком полными



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

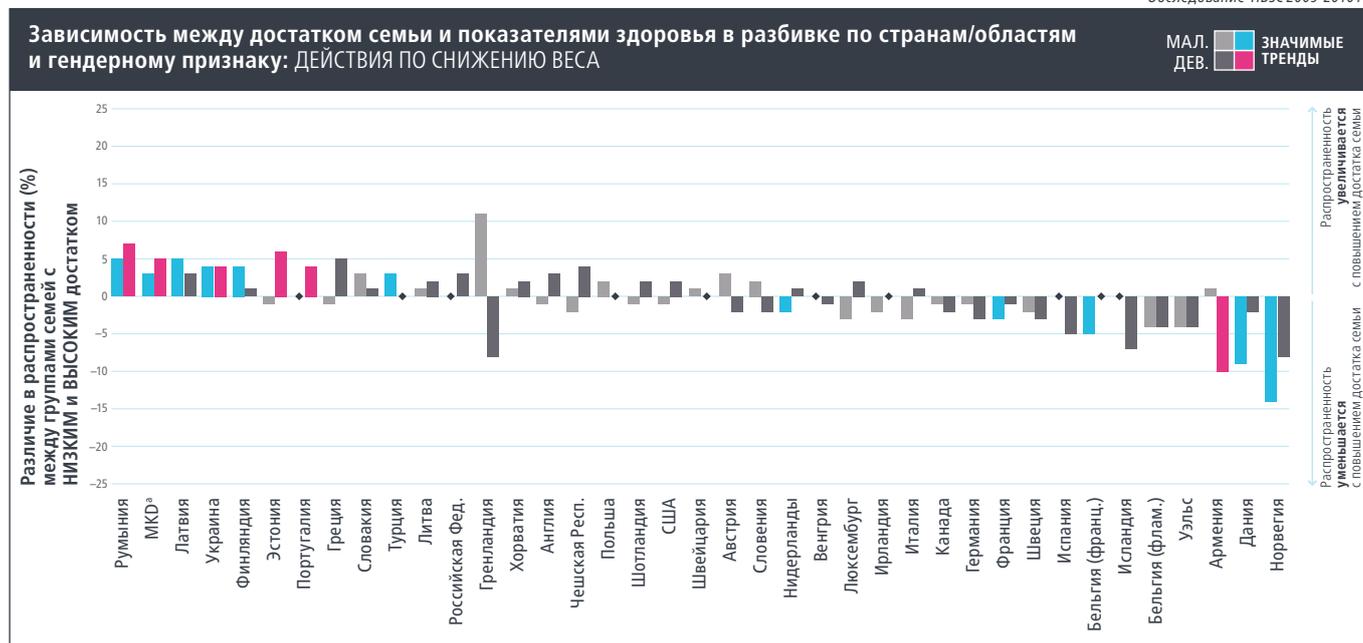
ВЕС ТЕЛА: ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ЕГО СНИЖЕНИЕ

Регулирование веса, если это происходит здоровым способом, является важным элементом заботы о своем здоровье. Многие подростки для регулирования своего веса обращаются к здоровому питанию и физическим упражнениям, хотя также имеются данные относительно использования нездоровых методов снижения веса (21). Парадоксальным образом, многократное соблюдение диеты с целью снижения веса может привести к его прибавке из-за длительного увлечения перекусами, переменяющимися с голоданием, за чем следует период бесконтрольного обеда или сокращения завтрака (22). Кроме того, прослеживается связь между чрезмерным соблюдением диеты и нарушениями питания (22) а также другими отрицательными психологическими последствиями, такими как заниженная самооценка (23).

Действия, направленные на снижение веса, в качестве метода обретения совершенного тела приобретают большое распространение среди подростков (24). Отношение большого числа девушек к своему телу как слишком полному, может быть результатом культурных норм, согласно которым девушки должны быть худыми, а это ведет к тому, что относительно большая доля девочек без избыточного веса прилагают усилия к его снижению (21).

Факторами, способными защитить уязвимых в этом отношении подростков, являются формирование позитивного отношения к образу своего тела, а также здоровых установок и привычек в отношении питания и физической активности (23). Родительская поддержка и положительный образец для подражания являются необходимыми условиями, способствующими формированию позитивных форм поведения, связанных с отношением к массе тела (25).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. ◆ Обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос «в настоящее время соблюдаете ли вы диету или делаете ли что-нибудь еще для того, чтобы сбавить вес?» Предлагаемые варианты ответа: «Нет, мой вес в порядке»; «Нет, но хотел(а) бы немного сбросить вес»; «Нет, мне надо набрать вес» и «Да». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые в настоящее время стремились снизить вес: соблюдали диету или предпринимали какие-либо другие действия с целью снижения веса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В подавляющем большинстве стран и областей 15-летние девочки значительно с большей степенью вероятности по сравнению с 11-летними сообщали о том, что они пытаются снизить вес. Превышение распространенности в основном составляло 5–15%. У мальчиков в большинстве стран не установлено значимой зависимости между распространенностью направленного на снижение веса поведения и возрастом. Но в нескольких странах наблюдалось значимое снижение распространенности этого показателя у мальчиков к 15 годам по сравнению с 11-летним возрастом. У девочек наблюдалась обратная картина.

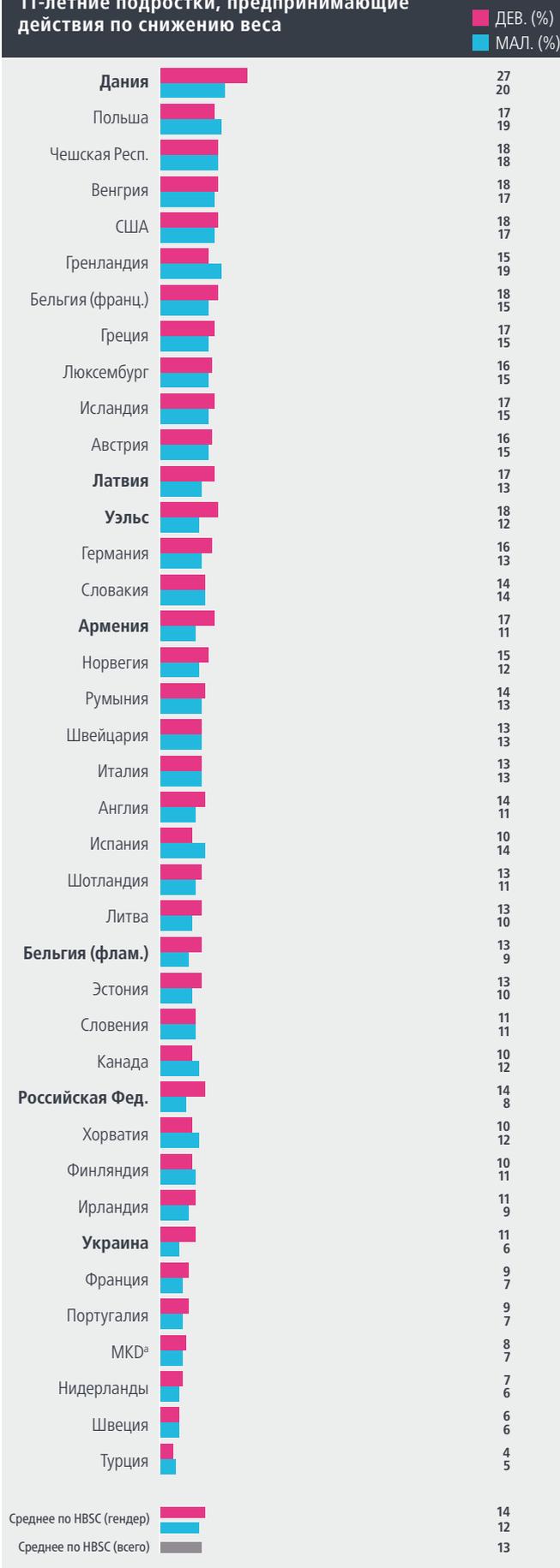
Гендерные различия

У 13- и 15-летних девочек прослеживалась бóльшая вероятность сообщать о направленном на снижение веса поведении в сравнении с мальчиками почти во всех странах и областях. Наблюдалась тенденция к увеличению масштаба гендерной разницы с возрастом.

Достаток семьи

В большинстве стран не прослеживается четкой связи между достатком семьи и распространенностью этого показателя.

11-летние подростки, предпринимающие действия по снижению веса



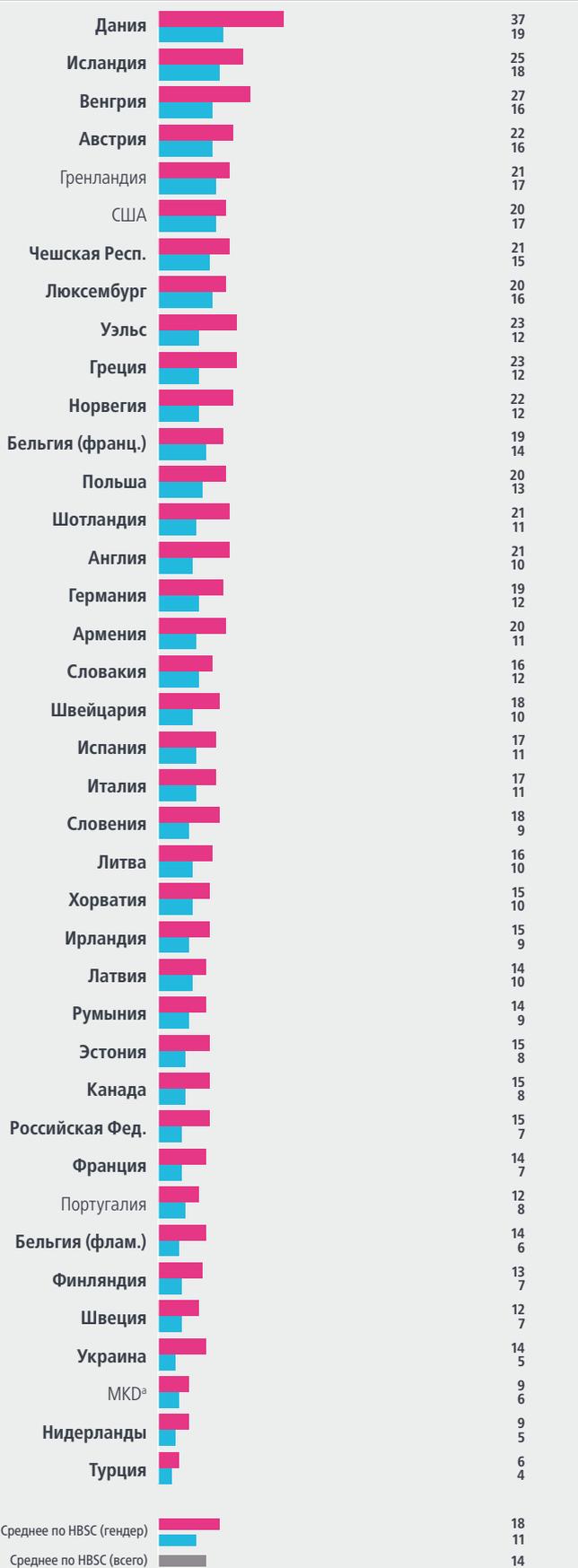
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

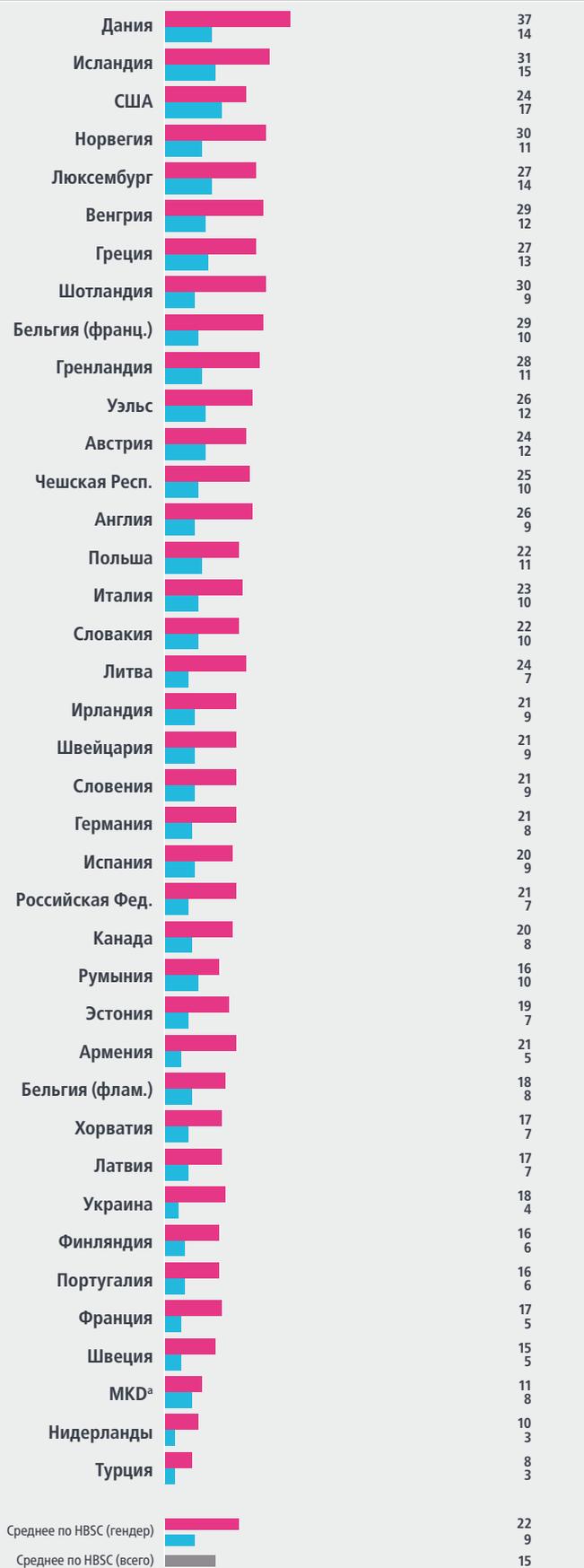
13-летние подростки, предпринимающие действия по снижению веса

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



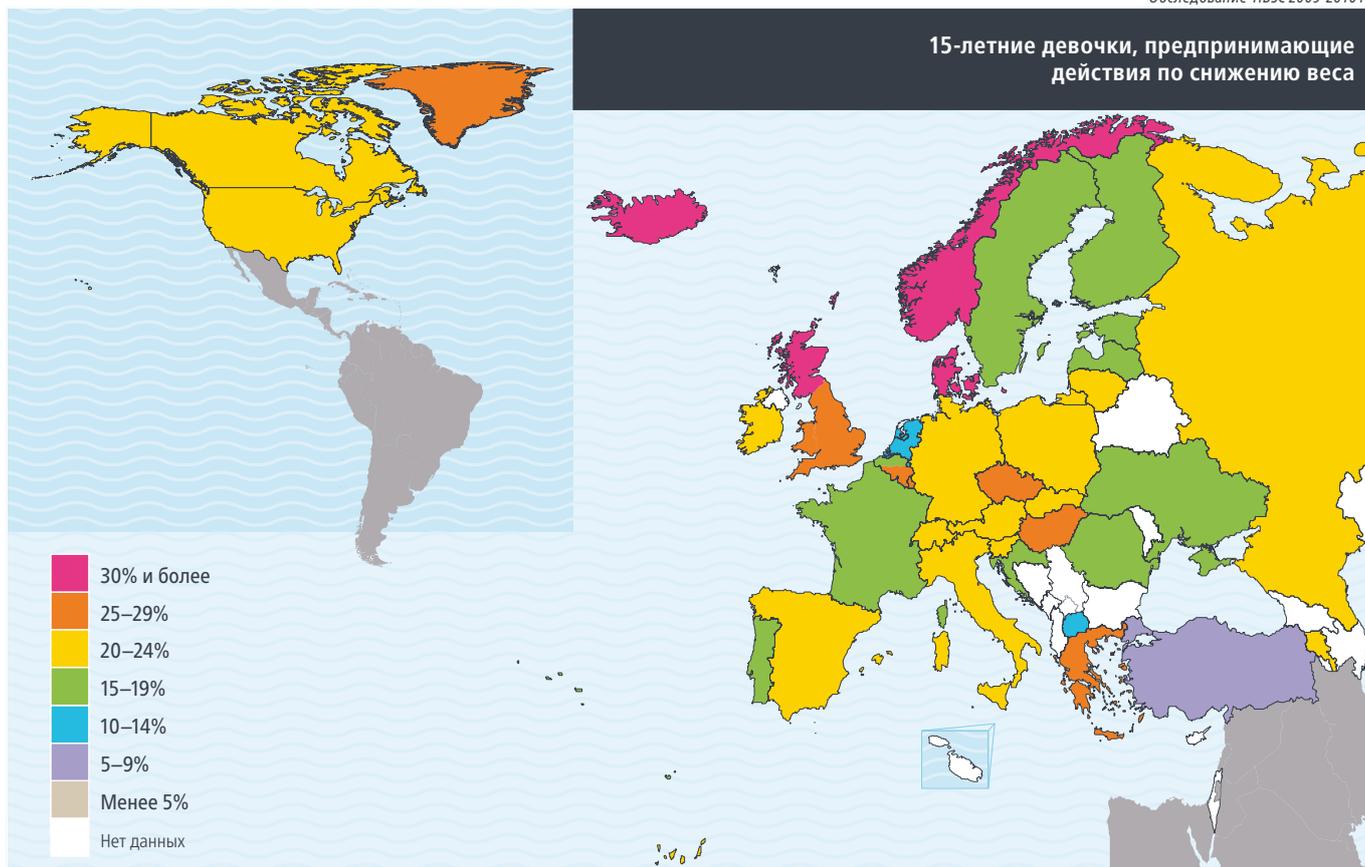
15-летние подростки, предпринимающие действия по снижению веса

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

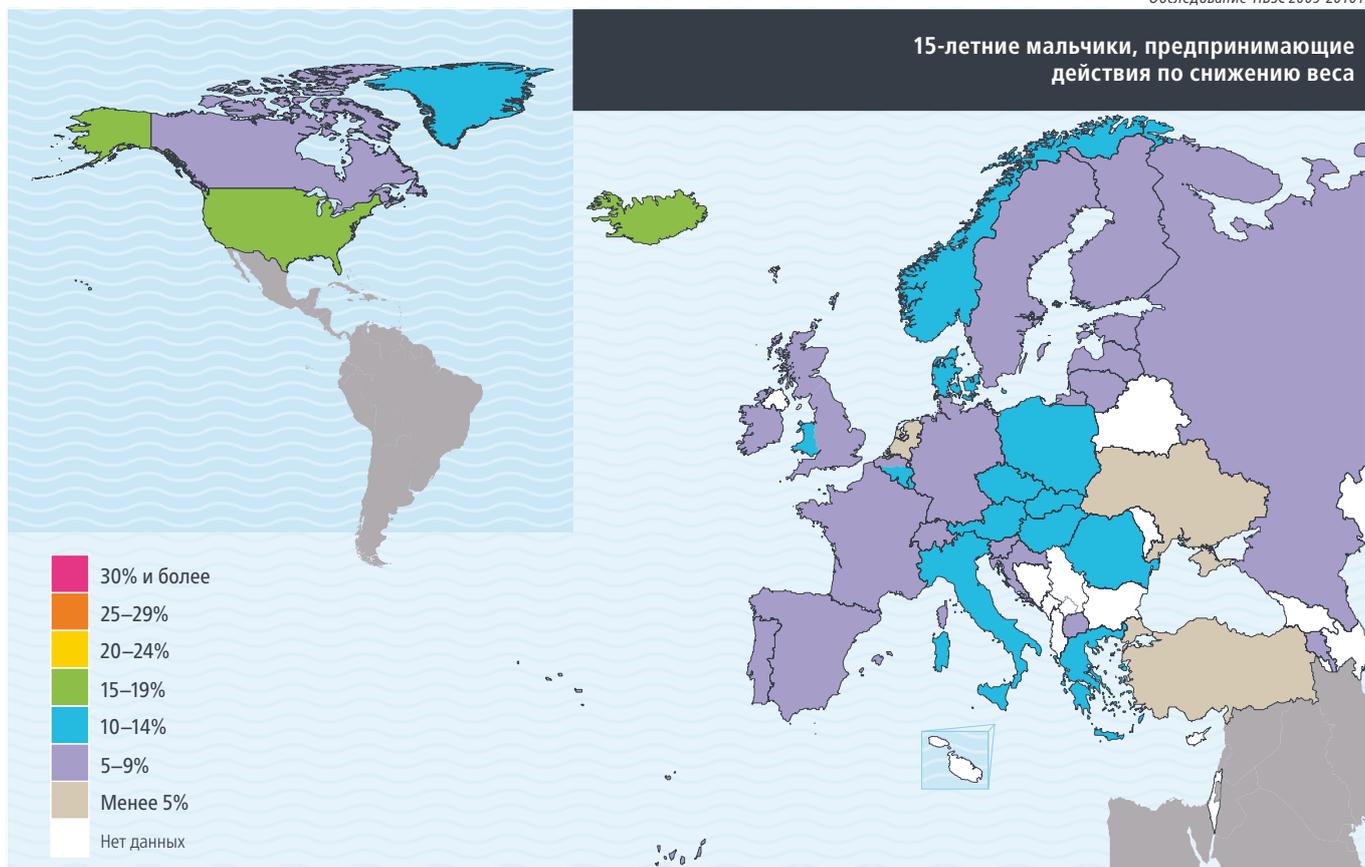
15-летние девочки, предпринимающие действия по снижению веса



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, предпринимающие действия по снижению веса



Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ВЕС ТЕЛА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Избыточная масса тела и ожирение

По аналогии с данными предыдущих исследований распространенность избыточной массы тела и ожирения варьируется по странам и областям. Не наблюдалось четкой возрастной специфики, но гендерные различия налицо.

В большинстве стран у мальчиков отмечается избыточный вес в большей степени, чем у девочек. Это может быть связано с тем, что девочки едят более здоровую пищу, тогда как мальчики предпочитают продукты категории быстрого питания – «фаст фуд» (26) также, возможно, родители с меньшей вероятностью поощряют мальчиков регулировать свой вес. Гендерные различия могут свидетельствовать и о том, что влияние среды наносит больше вреда мальчикам, или что профилактические меры менее эффективны в их отношении (2). Кроме того, в период полового созревания девочки обычно прибавляют в весе, что в свою очередь, может повлечь за собой соблюдение ими диеты.

В ряде стран также наблюдается связь между более высокой распространенностью избыточной массы тела и низким СЭС (27) – эта тенденция может формироваться за счет в большей степени способствующей развитию ожирения среды, характеризующейся низкими доходами (за счет ограниченного доступа к здоровым продуктам питания и меньших возможностей участвовать в физически активных мероприятиях, которые бывают платными) (28). Семьи с меньшим достатком не всегда заостряют внимание на важности здорового питания и физической активности для здоровья в настоящем и будущем.

Самые высокие показатели избыточной массы тела для мальчиков и девочек отмечены в Северной Америке, но распространенность ее также высока в южно-европейских и некоторых восточно-европейских странах.

Эти результаты следует трактовать с осторожностью, поскольку данные о росте и весе, которые использовались для определения ИМТ, были основаны на ответах самих школьников. Систематическая ошибка в данных для девочек может быть выше, чем для мальчиков, поскольку девочки в большей степени беспокоятся о своей внешности, особенно становясь старше (29).

Представление о красоте тела

Для Европы и Северной Америки, как представляется, характерны общие гендерные и возрастные закономерности восприятия образа тела, что не противоречит предыдущим исследованиям HBSC и другим данным (30–33).

Для девочек увеличение жировой массы тела, которое приходит с половым созреванием, идет вразрез с тем стереотипом идеальной фигуры, который навязывается средствами массовой информации. В результате у них может сформироваться негативное представление о своем теле (34). У мальчиков же в период полового созревания происходит наращивание мышечной ткани, у них становятся более широкими плечи, что как раз соответствует представлениям об идеальной мужской фигуре. Таким образом, у мальчиков может сформироваться более позитивное представление о себе (35).

В развитых странах наблюдается связь между большей распространенностью избыточной массы тела и более низким социально-экономическим положением (28). Социальные различия частично могут корениться в распространенности избыточной массы тела, поскольку это является одним из сильнейших факторов, способствующих развитию неудовлетворенности своим телом (36).

В Восточной Европе мальчики и девочки с меньшей вероятностью сообщают о том, что они «слишком полные»; тогда как в Западной и Центральной Европе наблюдается обратное.

Действия, направленные на снижение веса

К 13 годам попытки снижения веса являются характерной чертой образа жизни девочек, при этом устойчиво наблюдаются

более высокие показатели поведения, направленного на снижение веса, независимо от страны или области. У девочек с возрастом также повышается частота проявления таких действий, чего не наблюдается у мальчиков. Гендерные различия отчасти можно объяснить изменениями в связи с половым созреванием, при этом девочки рассматривают увеличение веса и жировой массы тела как препятствие к достижению идеальной фигуры (37).

Принадлежность к женскому полу является параметром, который намного более точно позволяет прогнозировать действия, направленные на снижение веса, чем уровень достатка семьи, где не усматривается четкой связи с такими действиями. Однако семейный фактор играет определенную роль, при этом прослеживается связь между более высоким уровнем образования родителей, бабушек и дедушек и более высокими требованиями девочек к своей внешности и весу тела (25).

Очевидных географических закономерностей по показателю распространенности поведения, направленного на снижение веса, не усматривается.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Установление и осознание существования общих факторов риска и защиты в отношении негативного восприятия своей фигуры, ожирения, нездоровых методов снижения веса и беспорядочного питания могут способствовать разработке соответствующих мер вмешательства по широкому спектру проблем, связанных с массой тела (22,28). Среди необходимых компонентов профилактики всех этих нарушений можно назвать надлежащее питание, активный образ жизни, предупреждение насмешек и стереотипного отношения к проблемам, касающимся массы тела и фигуры, грамотный подход к этим вопросам в средствах массовой информации и эффективное управление стрессом (38).

Для успешной работы профилактических программ может потребоваться интеграция биологических, психологических и социально-культурных подходов, которые учитывают вопросы, связанные как с потребностями индивидуумов, так и условиями жизни и средой (17,39–41). Также могут быть полезны стратегии гендерной направленности (42), учитывая тот факт, что проблемы, связанные с образом тела и весом в большой степени зависят от гендерной принадлежности, что объясняется различиями в развитии мальчиков и девочек в период полового созревания, а также различными социально-культурными ожиданиями.

Подростки часто затрудняются сформировать надлежащие суждения и сделать правильные выводы о своей фигуре. На самом деле именно субъективное восприятие массы тела как избыточной – а не реальный факт – является той мощной силой, которая кроется за действиями, направленными на снижение веса. Важность формирования позитивного отношения к образу своего тела у подростков, независимо от веса, подчеркивается тем, что наиболее важным фактором, ведущим к действиям, направленным на снижение веса, является полнота в восприятии самого подростка (21). Важно также, каким образом другие значимые лица, такие как родители, учителя, работники здравоохранения и сверстники относятся к внешности и весу: подростки, получающие одобрительные реакции в отношении своего тела, обычно начинают испытывать удовлетворенность своей фигурой, тогда как в обратном случае наблюдается связь между критическими замечаниями родителей и их поощрением к снижению веса и большей распространенностью соблюдения ребятами диеты (43).

ЛИТЕРАТУРА

1. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity Taskforce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
2. Haug E et al., HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):167–179.
3. Rokholm B, Baker JL, Sørensen TI. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obesity Reviews*, 2010, 11(12):835–846.
4. Reilly JJ et al. Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 2003, 88(9):748–752.
5. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010, 5(4):282–304.

6. Neumark-Sztainer D et al. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53(5):963–974.
7. Williams J et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*, 2005, 293(1):70–76.
8. Singh AS et al. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 2008, 9(5):474–488.
9. Ho TF. Cardiovascular risks associated with obesity in children and adolescents. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 2009, 38(1):48–49.
10. Must A, Tybor DJ. Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *International Journal of Obesity*, 2005, 29(Suppl. 2):S84–S96.
11. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 2000, 320(7244):1240–1243.
12. Eisenberg ME et al. Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, 61(4):521–527.
13. *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting*. Geneva, World Health Organization, 2010.
14. Cash TF et al. How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72(6):1081–1089.
15. Neumark-Sztainer D et al. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(2):244–251.
16. Kaufman AR, Augustson EM. Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: does body image matter? *Nicotine & Tobacco Research*, 2008, 10(8):1301–1309.
17. Kvaalem IL et al. Body evaluation and coital onset: a population-based longitudinal study. *Body Image*, 2011, 8(2):110–118.
18. Verplanken B, Velsvik R. Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 2008, 5(2):133–140.
19. Monteiro Gaspar M et al. Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children – a cross-sectional study. *Psychology of Sport and Exercise*, 2011, 12(5):563–569.
20. Barker ET, Galambos NL. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 2003, 23:141–165.
21. 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, 4:50.
22. Neumark-Sztainer D et al. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 2006, 106(4):559–568.
23. Neumark-Sztainer D et al. Overweight status and weight control behaviors in adolescents: longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Preventive Medicine*, 2006, 43(1):52–59.
24. Strauss RS. Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153(7):741–747.
25. Ahrén-Moonga J et al. Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study. *American Journal of Epidemiology*, 2009, 170(5):566–575.
26. Sweeting HN. Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence. *Nutrition Journal*, 2008, 7:1.
27. Reilly JJ. Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2005, 19(3):327–341.
28. O’Dea JA, Wilson R. Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*, 2006, 21(6):796–805.
29. Dupuy M et al. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011, 11:442.
30. Currie C et al., eds. *Inequalities in young people’s health. Health Behaviour in School-aged Children study: international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (Health Policy for Children and Adolescents, No.5) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
31. McCabe MP, Ricciardelli LA. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 2005, 43(5):653–668.
32. Lindberg SM, Grabe S, Hyde JS. Gender, pubertal development, and peer sexual harassment predict objectified body consciousness in early adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 2007, 17:723–742.
33. Bearman SK et al. The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 2006, 35(2):217–229.
34. *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98231/e89375.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
35. Smolak L, Stein JA. The relationship of drive for muscularity to sociocultural factors, self-esteem, physical attributes, gender role, and social comparison in middle school boys. *Body Image*, 2006, 3(2):121–129.
36. Muris P et al. Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 2005, 6(1):11–22.
37. Hargreaves DA, Tiggemann M. “Body image is for girls”: a qualitative study of boys’ body image. *Journal of Health Psychology*, 2006, 11(4):567–576.
38. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 2006, 21(6):770–782.
39. Sharma M. International school-based interventions for preventing obesity in children. *Obesity Reviews*, 2007, 8(2):155–167.
40. Doak CM et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 2006, 7(1):111–136.

41. O'Dea JA. School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: an overview of safe and effective interventions. *Health Education*, 2005, 1:11–33.
42. Richardson SM, Paxton SJ, Thomson JS. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. *Body Image*, 2009, 6(2):75–82.
43. Corning AF et al. Preventing the development of body issues in adolescent girls through intervention with their mothers. *Body Image*, 2010, 7:289–295.