



ЕВРОПА



Здоровье молодых людей и окружающая их среда

Исследование “Поведение детей
школьного возраста в отношении
здоровья” (HBSC):
результаты международного
обследования 2001/2002 гг.





Здоровье молодых людей и окружающая их среда

Исследование “Поведение детей школьного возраста в
отношении здоровья” (HBSC):
результаты международного обследования 2001/2002 гг.

Под редакцией
Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan,
Rebecca Smith, Wolfgang Settertobulte, Oddrun Samdal
и Vivian Barnekow Rasmussen

WHO Library Cataloguing in Publication Data

Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey / edited by Candace Currie ... [et al.].

(Health Policy for Children and Adolescents ; No. 4)

1. Adolescent medicine 2. Child welfare 3. Health behavior 4. Health surveys 5. Health policy 6. Europe 7. Canada 8. United States I. Currie, Candace II. Roberts, Chris III. Morgan, Antony IV. Smith, Rebecca V. Settertobulte, Wolfgang VI. Samdal, Oddrun VII. Barnekow Rasmussen, Vivian

ISBN 9 789289 043724

(NLM Classification : WS 460)

Фотографии:

Глава 1 – © European Commission/EPA Photo/AFI/Elmars Rudzitis.

Главы 2 и 3 – © РИА “Новости”.

Главы 4 и 5 – © The Image Works/Topham

ISBN 9 789289 043724

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, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении или на получение разрешения на цитирование или перевод можно заполнить в режиме он-лайн на веб-сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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 не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Отпечатано в Дании

Содержание

Коллектив авторов	v
Выражение благодарности.....	xi
<i>Предисловие</i>	xii
<i>Вступление</i>	xiv
1. Введение – <i>Candace Currie u Chris Roberts</i>	1
Исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC).....	1
Обследование в рамках проекта HBSC в 2001–2002 годах	3
Обзор отчета: цель и содержание.....	4
Представление результатов в главах 2–4.....	5
Совместное исследование и укрепление кадрового потенциала	6
Литература.....	7
2. Обстоятельства жизни молодых людей.....	9
Введение – <i>Antony Morgan</i>	9
Социально-экономическое неравенство – <i>William Boyce u Lorenza Dallago</i>	13
Семья – <i>Michael Pedersen, Maria Carmen Granado Alcón, Carmen Moreno Rodriguez u Rebecca Smith</i>	27
Сверстники – <i>Wolfgang Settertobulte u Margarida Gaspar de Matos</i>	35
Школа – <i>Oddrun Samdal, Wolfgang Dür u John Freeman</i>	43
Заключение – <i>Antony Morgan</i>	54
3. Здоровье и влияющее на него поведение молодых людей	55
Введение – <i>Saoirse Nic Gabhainn</i>	55
Здоровье и благополучие – <i>Torbjørn Torsheim, Raili Välimaa u Mia Danielson</i>	57
Курение табака – <i>Emmanuelle Godeau, Giora Rahav u Anne Hublet</i>	66
Употребление алкоголя – <i>Holger Schmid u Saoirse Nic Gabhainn</i>	77
Употребление конопли – <i>Tom ter Bogt, Anastasios Fotiou u Saoirse Nic Gabhainn</i>	89
Физическая активность – <i>Chris Roberts, Jorma Tynjälä u Александр Комков</i>	96
Малоподвижное поведение – <i>Joanna Todd u Dorothy Currie</i>	104
Пищевые привычки – <i>Carine Vereecken, Kristiina Ojala u Marina Delgrande Jordan</i>	117
Представление о красоте тела, регулирование веса и масса тела – <i>Caroline Mulvihill, Ágnes Németh u Carine Vereecken</i>	128
Гигиена полости рта – <i>Lea Maes, Mai Maser u Sisko Honkala</i>	139
Причинение обид слабым, драки и издевательства – <i>Wendy M. Craig u Yossi Harel</i>	142
Травмы – <i>William Pickett</i>	155
Сексуальное здоровье – <i>Jim Ross, Emmanuelle Godeau u Sonia Dias</i>	164
Заключение – <i>Saoirse Nic Gabhainn</i>	173

4. Объяснение взаимосвязи между здоровьем молодых людей и их гигиеническим поведением.....	175
Введение – <i>Oddrun Samdal u Leslie Alexander</i>	175
Социально-экономическое неравенство и здоровье – <i>Bjørn Holstein, Nina Parry-Langdon, Alessio Zambon, Candace Currie u Chris Roberts</i>	177
Семья и здоровье – <i>Michael Pedersen, Maria Carmen Granado Alcón u Carmen Moreno Rodriguez</i>	185
Сверстники и здоровье – <i>Wolfgang Settertobulte u Margarida Gaspar de Matos</i>	190
Школа и здоровье – <i>Ulrike Ravens-Sieberer, Gyöngyi Kökönyei u Christiane Thomas</i>	196
Половое созревание и здоровье – <i>Candace Currie u Ágnes Németh</i>	209
Комментарий – <i>Oddrun Samdal u Leslie Alexander</i>	219
5. Обсуждение и значение результатов обследования – <i>Antony Morgan</i>	221
Введение	221
Программно-стратегический контекст проведения HBSC в 2001/2002 годах.....	222
Создание доказательной базы по проблеме здоровья и благополучия молодых людей	224
Значение полученных результатов для политики и практики	228
Приложение 1. Методы – <i>Chris Roberts, Jorma Tynjälä, Dorothy Currie u Matt King</i>	233
Приложение 2. Сводные таблицы показателей здоровья и связанного со здоровьем поведения	245

Коллектив авторов

Редакционная коллегия HBSC

Candace Currie

Международный координатор HBSC, руководитель группы научных разработок HBSC, научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков, Эдинбургский университет, Шотландия, Соединенное Королевство

Antony Morgan

Группа разработки политики HBSC, руководитель отдела исследований и информации, Управление развития здравоохранения, Лондон, Соединенное Королевство.

Vivian Barnekow Rasmussen

Технический советник, Укрепление здоровья молодежи, Европейское региональное бюро ВОЗ

Chris Roberts

Группа научных разработок HBSC, Управление укрепления здоровья, Правительство Уэльсской ассамблеи, Кардиф, Уэльс, Соединенное Королевство

Oddrun Samdal

Управляющий банком данных HBSC, научно-исследовательский центр укрепления здоровья, Бергенский университет, Норвегия

Wolfgang Settertobulte

Центр публикаций HBSC, старший научный сотрудник, факультет общественного здравоохранения, Билефельдский университет, Германия

Rebecca Smith

Помощник международного координатора HBSC, международный координационный центр HBSC, научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков, Эдинбургский университет, Шотландия, Соединенное Королевство

Ведущие исследователи и члены групп HBSC

Страна или область	Исследователи и члены групп	Учреждение
Австрия	Wolfgang Dür, Katharina Mravlag, Robert Griebler	Институт социологии здравоохранения и медицины имени Людвиг Бальцмана, Венский университет
Англия	Antony Morgan, Caroline Mulvihill	Управление развития здравоохранения, Лондон

Страна или область	Исследователи и члены групп	Учреждение
Бельгия (фламандская область)	Lea Maes, Carine Vereecken, Anne Hublet	Факультет общественного здоровья Гентского университета
Бельгия (франкоязычная область)	Danielle Piette, Patrick de Smet, Damien Favresse, Yves Coppieters, Laurence Kohn, Alain Leveque	Свободный Брюссельский университет
Бывшая Югославская Республика Македония	Lina Kostarova Unkovska, Katerina Naumova, Dejan Atanasov, Zhaneta Chonteva, Kristina Egumenovska, Ana Gjoric	Центр психосоциальных и кризисных действий, Скопье
Венгрия	Anna Aszmann, Gyöngyi Kökönyei, Ágnes Németh, Mónika Szabó Edit Sebestyén	Национальный институт охраны детства, Будапешт Национальный институт профилактики наркомании, Будапешт
Германия	Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Wolfgang Settertobulte Andreas Klocke, Ulrich Becker Wolfgang Melzer, Cornelia Haehne, Sabine Zubrägel Ulrike Ravens-Sieberer, Christiane Thomas	Факультет общественного здравоохранения, Билефельдский университет Университет прикладной науки, Франкфурт Кафедра педагогики, Дрезденский технический университет Институт Роберта Коха, Берлин
Греция	Anna Kokkevi, Manina Terzidou, Anastasios Fotiou, Maria Spyropoulou, Clive Richardson	Научно-исследовательский институт психического здоровья, Афинский университет
Гренландия	J. Michael Pedersen Maria Carmen Granado Alcón	НБSC-Гренландия, Копенгаген, Дания Кафедра психологии, университет Гуэльва, Испания
Дания	Pernille Due, Bjørn Holstein, Anette Andersen, Ina Borup, Lis Hentze Poulsen, Birgit Pallesen, Mette Rasmussen	Кафедра социальной медицины, Копенгагенский университет

Страна или область	Исследователи и члены групп	Учреждение
Израиль	Yossi Harel, Michal Molcho, Efrat Tillinger, Kaled Abu-Asba	Кафедра социологии и антропологии, университет Бар-Илан, Рамат Ганн
Ирландия	Saoirse Nic Gabhainn, Cecily Kelleher, Helen Corrigan, Pauline Clerkin	Кафедра укрепления здоровья, Национальный университет Ирландии, Гэлуэй
Испания	Carmen Moreno Rodriguez, Pedro Juan Pérez Moreno, Victoria Muñoz Tinoco	Факультет психологии, Севильский университет
	Joan Manuel Batista Inmaculada Sánchez Queija	Кафедра методики, университет ESADE, Барселона Факультет психологии, Мадридский университет
Италия	Franco Cavallo, Alessio Zambon, Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Paola Dalmasso	Кафедра общественного здравоохранения и микробиологии Туринского университета
	Massimo Santinello, Lorenza Dallago, Alessio Vieno	Кафедра психологии развития и социализации, Падуанский университет
Канада	William Boyce, Matt King	Группа оценки социальных программ, Королевский университет, Кингстон
	Wendy Craig	Кафедра психологии, Королевский университет, Кингстон
	Lesley Doering	Министерство здравоохранения Канады, Оттава
	John Freeman	Педагогический факультет, Королевский университет, Кингстон, Министерство здравоохранения Канады, Оттава
	Ian Janssen	Кафедра здоровья населения и эпидемиологии, Королевский университет, Кингстон, Министерство здравоохранения Канады, Оттава

Страна или область	Исследователи и члены групп	Учреждение
Канада (прод.)	William Pickett	Кафедра здоровья населения и эпидемиологии, Королевский университет, Кингстон
Латвия	Iveta Pudule, Daiga Grinberga	Центр укрепления здоровья, Рига
	Ilze Kalnins	Кафедра общественного здравоохранения, университет Торонто, Канада
	Rasa Kotello, Diana Puntule	Институт общественного здравоохранения, Рига
	Ieva Ranka, Uldis Teibe, Anita Villerusa	Рижский государственный университет
Литва	Apolinaras Zaborskis, Joana Makari, Skirmante Starkuviene, Linas Sumskas, Nida Zemaitiene	Лаборатория социальной педиатрии, Каунасский медицинский университет
Мальта	Marianne Massa, Hugo Agius Muscat, Francis A. Borg	Департамент укрепления здоровья, Флориана
Нидерланды	Wilma Vollebergh, Saskia van Dorsselaer	Нидерландский институт психического здоровья и наркомании, Утрехт, кафедра охраны детства и семьи, Ньюмегенский университет
	Tom ter Bogt	Факультет социологии, Утрехтский университет, Нидерландский институт психического здоровья и наркомании, Утрехт
Норвегия	Oddrun Samdal, Jørn Hetland, Torbjørn Torsheim	Научно-исследовательский центр укрепления здоровья, Бергенский университет
Польша	Barbara Woynarowska, Anna Kowalewska	Педагогический факультет, Варшавский университет
	Joanna Mazur, Agnieszka Malkowska	Национальный научно-исследовательский институт охраны материнства и детства, Варшава

Страна или область	Исследователи и члены групп	Учреждение
Португалия	Margarida Gaspar de Matos, José Alves Diniz, Celeste Simões, Paula Lebre, Susana Carvalhosa, Carla Reis, Tania Gaspar, Doria Santos	Факультет двигательной деятельности человека, Лиссабонский технический университет
	Aldina Gonçalves, Sonia Dias	Институт гигиены и тропической медицины, Новый Лиссабонский университет
Российская Федерация	Александр Комков, Людмила Лубышева, Александр Малинин	Санкт-Петербургский научно- исследовательский институт физической культуры, Санкт- Петербург
Словакия	Miro Bronis, Beata Jancekova	Национальный институт общественного здраво- охранения, Братислава
Словения	Eva Stergar, Vesna Pucelj	Институт общественного здравоохранения Республики Словения, Любляна
Соединенные Штаты Америки	Mary Overpeck, Rebecca Tingle, Julia Gage	Бюро охраны материнства и детства, Министерство здравоохранения и обслуживания человека США, Роквилл
	Mary Hediger	Национальный институт охраны детства и развития человека, Бетезда
	Jim Ross, Lori Marshall, Tonja Kyle	“Макро интернэшнл”, Калвертон
Украина	Ольга Балакирева, Александр Яременко	Украинский институт социальных исследований, Киев
Уэльс	Chris Roberts, Nina Parry-Langdon	Служба укрепления здоровья, Правительство Уэльской ассамблеи, Кардифф Службы помощи населению, Роквилл

Страна или область	Исследователи и члены групп	Учреждение
Финляндия	Jorma Tynjälä, Lasse Kannas, Anita Kanervirta, Kristiina Ojala, Raili Välimaa, Jari Villberg	Кафедра наук о здоровье, Университет Ювяскяля
Франция	Emmanuelle Godeau, Félix Navarro, Céline Vignes, Denise Sand-François	Медицинская служба Тулузы
Хорватия	Marina Kuzman, Iva Pejnovic Franelic, Ivana Pavic Simetin	Хорватский национальный институт общественного здравоохранения, Загреб
Чешская Республика	Ladislav Csémy, Jarmila Razova František David Krch Hana Provazníková Hana Sovinova	Пражский психиатрический центр Университетская больница, Карлов университет, Прага Медицинский факультет, Карлов университет, Прага Национальный институт здравоохранения, Прага
Швейцария	Holger Schmid, Marina Delgrande Jordan, Emmanuel Kuntsche, Hervé Küendig	Швейцарский институт алкоголизма и профилактики проблем наркомании, Лозанна
Швеция	Ulla Marklund, Mia Danielson	Национальный институт общественного здраво- охранения, Стокгольм
Шотландия	Candace Currie, Leslie Alexander, Dorothy Currie, Géraldine Debard, Rebecca Smith, Joanna Todd	Научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков, Эдинбургский университет
Эстония	Mai Maser, Kädi Lepp	Национальный институт развития здравоохранения, Таллинн

Выражение благодарности

“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. Полные сведения для установления связи с ними можно найти на веб-сайте HBSC¹.

Редакционная коллегия выражает особую благодарность Leslie Alexander и Géraldine Debard (Эдинбургский университет), и Matthias Richter (Билефельдский университет) за их вклад в процесс окончательного редактирования отчета. Особой признательности заслуживает Мэри Джонстон (Министерство здравоохранения Канады) за ее большой вклад в планирование работ по составлению данного отчета перед ее выходом из состава участников исследования.

Финансирование сбора данных в каждой стране осуществлялось на государственном уровне. Мы благодарны за финансовую поддержку, предоставленную различными министерствами, научно-исследовательскими фондами и другими финансовыми органами из участвующих в программе стран и областей. Мы особенно благодарны области Тоскана и Фонду больницы Мейера за их помощь в опубликовании настоящего отчета.

Наконец, мы очень благодарны за сотрудничество всем молодым людям, которые согласились поделиться с нами своим опытом, а также школам и органам образования в каждой участвовавшей в исследовании стране за то, что они сделали возможным проведение обследования.

Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan, Rebecca Smith, Wolfgang Settertobulte,
Oddrun Samdal и Vivian Barnekow Rasmussen

¹ HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org>, доступ 26 января 2004 г.).

Предисловие

Исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC) представляет собой уникальную возможность глубоко изучить здоровье и поведение молодых людей. Оно позволяет получить информацию о той части нашего общества, проблемы которой нередко остаются без должного внимания, но для которой, тем не менее, программно-стратегические меры и инициативы в области здравоохранения, осуществляемые на основе качественных исследований и информации, способны принести наибольшую пользу.

Настоящий отчет о международном обследовании по программе HBSC представляет интерес для всех, кто работает на благо этой возрастной группы и непосредственно общается с нею – для лиц, определяющих политику, тех, кто занимается разработкой планов, педагогов, учителей, родителей и опекунов - и, конечно, для самих молодых людей. ВОЗ благодарна исследователям, выполняющим эту работу, но особенно благодарна она молодым людям, которые участвовали в этом исследовании. Данные, которые здесь представлены, - это их данные, они получены благодаря их открытости и готовности поделиться тем, что во многих случаях является глубоко личной проблемой. Без их доверия и сотрудничества никакого отчета о международном обследовании в рамках HBSC просто не было бы.

Исследование было выполнено на обширном географическом пространстве и охватывает широкий спектр тем здравоохранения. К ним относятся физические, эмоциональные и психологические аспекты здоровья, влияние семьи, школы и сверстников, социально-экономические факторы, а также факторы развития. Качество и ценность информации, содержащейся в отчете, очень высоки, поэтому данный международный отчет необходимо довести до всех ключевых лиц, которые заинтересованы в укреплении здоровья молодых людей или непосредственно отвечают за него.

Для того, чтобы добиться максимального практического применения и воздействия этой публикации, Европейское региональное бюро ВОЗ через недавно созданный им Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие будет проводить ежегодные форумы, позволяющие обсуждать результаты HBSC, создавать возможности для отстаивания интересов здоровья молодежи и упрочивать решимость укреплять здоровье молодых людей. Этот процесс является частью более широкого плана, позволяющего сделать полученные результаты более доступными для широкого круга заинтересованных партнеров на международном, национальном и местном уровнях. Первоочередной задачей является привлечение более серьезного внимания к отчетам, особенно со стороны лиц, вырабатывающих политику, учреждений здравоохранения и средств массовой информации.

Прилагая усилия к распространению получаемых результатов, мы в ВОЗ должны в то же время добиваться того, чтобы главным предметом нашего внимания в процессе этой работы были молодые люди. Мы рассматриваем их как полноправных партнеров в определении круга проблем, рассмотрении стратегий и примеров передового опыта и обсуждении вариантов и альтернативных мер по укреплению их здоровья. Дети и подростки как полноправные граждане имеют право отстаивать интересы собственного здоровья и действовать согласно с этими интересами. Они также должны рассчитывать на то, что активное укрепление и охрана их здоровья будет фундаментальной программной

целью во всех цивилизованных обществах. Предлагаемый вниманию читателя отчет о международном обследовании в рамках HBSC и деятельность ВОЗ по его пропаганде и распространению должны стать важным средством повышения внимания к проблемам здоровья молодых людей.

Erio Ziglio
*Руководитель отделения “Инвестиции в здоровье и развитие”
Европейское региональное бюро ВОЗ*

Вступление

Забота о состоянии здоровья молодых людей является жизненно важной задачей государств-членов ВОЗ и Европейского региона в целом. Молодому поколению принадлежит будущее, и мы, взрослые, обязаны делать все, чтобы поддерживать здоровье молодых людей и разумно вкладывать нужные средства в укрепление их здоровья. Нам нужна здоровая, сбалансированная, равноправная основа, на которой могли бы расти и процветать молодые члены общества.

Проводимое ВОЗ совместное исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC) представляет собой уникальное начинание, позволяющее углубить наше понимание воспринимаемого молодыми людьми здоровья, а также их знаний, установок и поведения в отношении здоровья. Мы знаем, что социальные установки, модели поведения и образа жизни, которые оказывают огромное влияние на благосостояние, формируются в раннем возрасте. Вот почему важно знать, какие факторы определяют эти модели, сохраняющиеся на всю жизнь.

Программа HBSC позволяет заполнить пробел в научных исследованиях по проблемам возрастной группы 11–15 лет – людей, которые признаются неотъемлемой частью общества, а не просто будущими взрослыми. Исследование носит поистине совместный характер и является добрым примером международного сотрудничества, обмена знаниями и информацией. Результаты исследования HBSC служат практическим ресурсом для работы органов здравоохранения и укрепления здоровья. Получаемая информация все больше используется в качестве дополнения к обширной базе данных “Здоровье для всех”; проливая свет на проблемы той категории европейского населения, данных о которой хронически не хватало как в европейском регионе, так и во всем мире.

Европейское региональное бюро ВОЗ гордится тем, что в исследовании приняло участие столько стран и областей, которые являются активными участниками программы HBSC. В это исследование внесли свой вклад многие европейские страны, а также Канада и Соединенные Штаты Америки, что дало возможность получить конечный продукт, значение которого выходит далеко за рамки обычного проекта и который позволяет осуществлять широкие географические сравнения, имеющие большое значение для оценки тенденций в состоянии здоровья и поведении. Мы надеемся, что скоро все государства-члены Европейского региона, вдохновленные этим отчетом, станут участниками программы HBSC и будут заниматься этой важной работой.

Все эти годы исследования по программе HBSC играют ключевую роль в получении фактических данных, необходимых для выработки действенных направлений политики и программ, направленных на создание лучших возможностей для укрепления здоровья молодежи. Мы предсказываем, что программа HBSC будет и дальше способствовать обсуждению вопросов здоровья молодежи и укреплению решимости обеспечивать здоровье молодых людей на территории Европейского региона и за его пределами.

Настоящий отчет о международном обследовании в рамках HBSC является еще одним проявлением стремления Регионального бюро и государств-членов подходить к здоровью как к фундаментальному праву человека, которым обладают молодые люди. В отчете ясно показано, что необходимо сделать еще очень много, чтобы добиться улучшения здоровья детей и подростков в регионе.

Marc Danzon

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Глава 1

Введение – *Candace Currie и Chris Roberts*

Исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья”¹ (HBSC)

Международное исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC), начатое 22 года назад, осуществляется международной сетью научно-исследовательских групп в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ. Его цель состоит в том, чтобы получить новое представление о положении дел и улучшить понимание различных аспектов, относящихся к здоровью, благосостоянию и гигиеническому поведению подростков, а также к окружающей их социальной среде. Исследование HBSC было начато в 1982 г. учеными из трех стран (1). Однако с того времени число участвующих в нем научно-исследовательских групп увеличилось за счет присоединения новых стран и регионов (табл. 1.1).

В данном исследовании здоровье подростков рассматривается в самом широком смысле, т.е. как состояние физического, социального и эмоционального благополучия, а не только как отсутствие болезни; иными словами, здоровье рассматривается как ресурс, обеспечивающий

¹ Прим. переводчика: в данной публикации для удобства изложения во многих случаях вышеуказанный термин будет заменяться термином “гигиеническое поведение”, который довольно часто используется в научной литературе как термин, относящийся не только к гигиене, но и ко всем аспектам поведения, влияющего на здоровье человека.

Таблица 1.1. Обследования в рамках проекта HBSC: страны и регионы, включенные в международные массивы данных

Обследования HBSC					
1983/1984	1985/1986	1989/1990	1993/1994	1997/1998	2001/2002
Англия Финляндия Норвегия Австрия Дания ^b	Финляндия Норвегия Австрия Бельгия (франц.) Венгрия Израиль Шотландия Испания Швеция Швейцария Уэльс ^b Дания ^b Нидерланды ^b	Финляндия Норвегия Австрия Бельгия ^a Венгрия Шотландия Испания Швеция Швейцария Уэльс Дания ^b Нидерланды ^b Канада Латвия ^b Сев. Ирландия ^b Польша	Финляндия Норвегия Австрия Бельгия (франц.) Венгрия Израиль Шотландия Испания Швеция Швейцария Уэльс Дания Канада Латвия Сев. Ирландия Польша Бельгия (фламанд.) Чешская Республика Эстония Франция Германия Гренландия Литва Российская Федерация Словакия	Финляндия Норвегия Австрия Бельгия (франц.) Венгрия Израиль Шотландия Швеция Швейцария Уэльс Дания Канада Латвия Сев. Ирландия Польша Бельгия (фламанд.) Чешская Республика Эстония Франция Германия Гренландия Литва Российская Федерация Словакия Англия Греция Португалия Ирландия Ирландия США	Финляндия Норвегия Австрия Бельгия (франц.) Венгрия Израиль Шотландия Испания Швеция Швейцария Уэльс Дания Канада Латвия Польша Бельгия (фламанд.) Чешская Республика Эстония Франция Германия Гренландия Литва Российская Федерация Англия Греция Португалия Ирландия США Бывшая югославская Республика Македония Нидерланды Италия Хорватия Мальта Словения

^a Массив национальных данных.^b Обследование проведено после запланированных сроков выполнения работ.

их повседневную жизнедеятельность. Исследование HBSC уникально потому, что оно предусматривает не только мониторинг здоровья и гигиенического поведения подростков во временном масштабе и в различных странах, но и учет различных составляющих их здоровья в более широком контексте. Для того чтобы понять, какие факторы влияют на здоровье и гигиеническое поведение подростков, изучается как окружающая их социально-экономическая среда, так и условия, характеризующие их жизнь дома, в школе, в группах сверстников.

Исследование HBSC обеспечивает широту и глубину информации, не достижимые при проведении большинства мониторинговых исследований. В частности, в рамках этого проекта разработана специальная научная методика, имеющая под собой прочную концептуальную основу и включающая согласованный набор показателей социальных и индивидуальных детерминант здоровья, а также медицинских и поведенческих результатов. Все они подробно описаны в протоколе международного научного исследования для проведения обследования в 2001–2002 гг. (2).

Обследование в рамках проекта HBSC в 2001–2002 годах

Результаты обследований, проводимых в рамках проекта HBSC каждые четыре года, помогают расширять наши научные знания, а также направлять и корректировать политику и практику укрепления здоровья подростков и их санитарного просвещения на национальном и международном уровнях. Обследование 2001–2002 годов, на результатах которого основан настоящий отчет, является шестым и самым последним по времени в серии обследований. Оно было успешно проведено в 35 странах и областях (табл. 1.1).

Данные собираются во всех участвующих в проекте странах и областях путем проведения обследований на базе школ с использованием протокола международного научного исследования. Инструментом обследования является стандартный вопросник, разработанный международной научно-исследовательской сетью. В целевой контингент исследования входят посещающие школу молодые люди в возрасте 11, 13 и 15 лет. Эти три возрастные группы представляют наступление подросткового возраста – периода, когда молодые люди оказываются перед лицом проблем, связанных с физическими и эмоциональными изменениями, и переходного периода, когда они начинают принимать важные для дальнейшей личной и профессиональной жизни решения.

Вопросник состоит из набора обязательных пунктов, которые каждая страна или область должны использовать для того, чтобы было легче собрать общую для всех совокупность одних и тех же данных. Эти данные и представлены в настоящем международном отчете. Кроме того, для сбора данных по специфическим темам в вопросник включены факультативные пункты. Данные по этим пунктам будут представлены в следующих публикациях.

Методы обследования подробно описываются в Приложении 1. В настоящей же главе дается краткое их изложение.

Формирование выборки и сбор данных

В 2001–2002 годах обследование в рамках проекта HBSC было проведено в следующих странах и областях Американского и Европейского регионов ВОЗ: в Австрии, Бельгии (среди фламандской и франкоязычной частей населения), Канаде, Хорватии, Чешской Республике, Дании, Англии, Эстонии, Финляндии, Франции, Германии, Греции, Гренландии, Венгрии, Ирландии, Израиле, Италии, Латвии, Литве, Мальте, Нидерландах, Норвегии, Польше, Португалии, Российской Федерации, Шотландии, Словакии, Испании, Швеции, Швейцарии, бывшей Югославской Республике Македония, Украине, США и Уэльсе.

В Германии была сформирована выборка по федеральным землям (Берлин, Гессен, Северный Рейн-Вестфалия и Саксония). Раздельные исследования проводились среди фламандского и франкоязычного населения Бельгии, а также в Англии, Шотландии и Уэльсе в Соединённом Королевстве. Поскольку в Гренландии численность населения относительно мала, была

проведена перепись детей школьного возраста и в обследование были включены все дети, зарегистрированные как учащиеся школ и входящие в целевые возрастные группы, кроме тех, кого не было в школе в день анкетирования. Во всех странах работа по сбору данных на местах проводилась в период с осени 2001 года до весны 2002 года. К сожалению, размер выборки в Словакии был признан слишком малым, и поэтому в международный массив данных 2001–2002 годов данные по Словакии не вошли.

В каждой стране в каждой из трех возрастных групп было опрошено около 1500 респондентов. Дети отбирались по групповому принципу выборки, при котором начальными единицами выборки были учебный класс или школа. Выборка из школьного списка бралась в том случае, когда не было списков учащихся по классам. Требование о минимальном рекомендуемом размере выборки в большинстве стран и областей было соблюдено.

Было сделано все для того, чтобы обеспечить строгое следование протоколу HBSC, а также непротиворечивость инструментов обследования и методики сбора и обработки данных. Опрос и заполнение вопросников в школьных классах проводили специально обученные сотрудники, учителя и школьные медсестры. По завершении сбора данных на местах проводилась их предварительная подготовка с использованием стандартной документации, а затем данные передавались в Международный банк данных HBSC в университете г. Бергена, Норвегия. Там данные проверялись, «очищались» и возвращались в страны для утверждения перед помещением их в международный массив.

Обзор отчета: цель и содержание

Настоящий отчет является одним из серии отчетов, предназначенных для различных категорий пользователей, ответственных за разработку программ по укреплению здоровья и благополучия детей школьного возраста: это и лица, вырабатывающие политику на различных уровнях власти, и неправительственные организации, и специалисты в таких областях, как здравоохранение, образование, социальное обеспечение, правосудие и организация досуга.

Огромное влияние на общество и, следовательно, на политических деятелей, лиц, вырабатывающих политику и принимающих решения, и на государственные ведомства оказывают средства массовой информации как общего профиля, так и специализированные. Они важны для обследования как средство распространения, выхода на широкую аудиторию и улучшения понимания его результатов общественностью. Кроме того, пользу от этих данных получают и педагоги, которые благодаря им смогут лучше понимать детей, которых они учат. Эти данные могут быть чрезвычайно полезны для высших учебных заведений, в которых учатся будущие учителя и медицинские работники, а также для квалифицированных специалистов в самых разных областях, включая здравоохранение. Таким образом, эти данные должны быть доступны как для студентов, так и для специалистов, повышающих свою квалификацию.

Имеются отчеты о результатах международных обследований в рамках HBSC 1993/1994 годов и 1997/1998 годов (3,4). В настоящем отчете впервые в полном объеме представляются данные международного обследования HBSC 2001/2002 годов.

Лицам, вырабатывающим политику, нужно работать с самой современной информацией о распространенности наиболее важных для здоровья типов поведения и ключевых показателей здоровья. Именно эти данные и занимают центральное место в отчете (глава 3).

Отличительной особенностью данного отчета является то, что полученные результаты представлены в их социальном контексте и в контексте развития (главы 2 и 4). Так, рассматривается вся совокупность важных факторов, влияющих на здоровье и гигиеническое поведение детей школьного возраста – социально-экономические условия, семья, школьная среда, отношения со сверстниками и процесс взросления. Помимо этого, как показано в главе 5, описания социально-экономических аспектов жизни в разных странах и областях можно использовать для выработки показателей укрепления и формирования здоровья молодёжи.

В главе 2 предоставлены основные данные описательного характера по таким темам, как социально-экономическое положение семьи, структура семьи и общение внутри семьи, группы

сверстников и структура дружеских связей, а также школьное окружение. В предыдущих исследованиях, проведенных как в рамках HBSC, так и в других программах, было показано, что эти социальные условия оказывают большое влияние на здоровье молодежи в самом широком смысле. Поэтому в отчете уделено должное внимание многокомпонентной социальной среде, в которой формируется здоровье. Эта среда должна учитываться при осуществлении любых мер по укреплению здоровья молодежи и при планировании вмешательств и профилактических программ.

Основным разделом отчета является глава 3. Она посвящена здоровью и гигиеническому поведению девочек и мальчиков в возрасте 11, 13 и 15 лет. Данные представлены в следующих подразделах: здоровье и благополучие, курение, потребление алкоголя, употребление конопли, физическая активность и малоподвижный образ жизни, пищевые привычки и представление о красоте тела, гигиена полости рта, хулиганство и драки, травматизм и сексуальное здоровье. Многие из этих тем были рассмотрены в предыдущих международных отчетах HBSC, но в настоящем отчете впервые представлены всеобъемлющие данные различных стран о сексуальном здоровье и употреблении конопли.

В главе 4 демонстрируется значимость социальных условий и условий развития на примере рассмотрения некоторых зависимостей между определенными факторами общих условий и сформировавшимся в результате здоровьем и поведением. Эта глава служит скорее для целей иллюстрации, нежели всеобъемлющего представления данных. Более сложная картина того, что влияет на здоровье молодежи, будет развернута в последующих отчетах HBSC и научных публикациях. Публикации по предыдущим обследованиям в рамках HBSC находятся на веб-сайте HBSC (5).

В главе 5 обобщены основные результаты обследования, которые представлены в главах 2–4, а также рассмотрено их значение для дальнейшего развития направлений политики и программ укрепления здоровья и повышения благополучия молодежи.

Представление результатов в главах 2–4

В настоящем отчете большинство результатов показаны в виде количественных соотношений в простых гистограммах с разбивкой по странам/областям, возрасту и полу и представлены в порядке убывания распространенности для мальчиков и девочек вместе. Однако на рисунках в главе 4 страны и области расположены в алфавитном порядке (в английском написании), поскольку здесь задача заключается в том, чтобы продемонстрировать зависимости между переменными величинами и/или сходства закономерностей, а не в том, чтобы ранжировать страны по убывающей. Обычно представляются данные по одной или нескольким категориям ответов, как, например, доля курящих каждую неделю. В нескольких разделах авторы также представили зависимости между рассматриваемыми переменными и факторами, связанными с ними, в форме простых двумерных ассоциаций. В большинстве случаев эти ассоциации были рассчитаны путем агрегирования данных по всем странам, чтобы выделить общие закономерности.

Интерпретация результатов

Возможность понимания сходств и различий между участвующими в исследовании странами и областями, а также видения того, как эти сходства и различия меняются с течением времени, должны иметь многие исследователи и лица, вырабатывающие политику. Способность решать подобные задачи является одним из несомненных достоинств таких международных исследований, как HBSC, и в настоящее время прилагаются усилия к тому, чтобы унифицировать методы, с помощью которых это делается в каждой стране. Но, несмотря на это, к интерпретации данных, представленных в этом отчете, необходимо подходить с определенной осторожностью.

Некоторые подробности формирования выборки приведены в Приложении 1, однако уже сейчас важно хотя бы вкратце коснуться некоторых аспектов плана выборочного обследования в рамках HBSC, которые могут иметь значение для интерпретации представленных

здесь результатов. Групповой принцип формирования выборки, применяемый в данном исследовании, приводит к определенной корреляции пунктов среди респондентов в зависимости от того, насколько респонденты, входящие в одну группу (как, например, школьный класс), проявляют сходство поведения или взглядов. Например, у детей в одном и том же классе с большей вероятностью будет наблюдаться одинаковое мнение о том, нравится ли им школа, чем одинаковое мнение о том, насколько легко проходит их общение со своими родителями. Поэтому небольшим процентным различиями (например, между мальчиками и девочками или между странами и областями) по таким пунктам, где уровень объединения в группу меньше (например, общение с родителями), можно придавать больший вес.

Как уже говорилось, вследствие малого размера выборки в Гренландии и на Мальте использованные там стратегии выборочного обследования отличались от стратегий, которые применялись в других районах. Доверительные интервалы для данных, собранных в Гренландии, находятся в пределах рекомендованных значений, заданных в протоколе исследования HBSC, когда данные представляются или для всей области в целом или с разбивкой по признаку пола. Однако, когда данные разукрупняются по возрасту и полу, доверительные интервалы могут быть 4–8%, т.е. примерно вдвое больше, чем интервалы для данных по другим странам и областям.

План формирования выборки, конечно, имеет большое значение, однако при рассмотрении представленных здесь результатов необходимо принимать во внимание и многие другие факторы. Исследованием было охвачено много различных систем школьного образования и много культур и языков; различались также и методы проведения обследования как в пределах одной страны, так и между странами и областями. В тех случаях, когда в состав любого пункта обследования должно входить определение понятия, нельзя недооценивать важности культуры и языка: например, когда даются общие определения физической активности или хулиганства. Выборки могут также различаться и по таким переменным, как возраст, социально-экономическое положение, школьная система и географический охват. Может различаться посещаемость школы, а это различие может вносить систематическую ошибку в представляемые данные. Например, предыдущие исследования показывают, что вероятность курения среди детей, пропускающих занятия, значительно выше и поэтому число курящих может в представленных данных оказаться заниженным (6). Кроме того, на некоторые переменные, такие, как рацион питания и физическая активность, могут влиять сезонные различия в сроках сбора данных на местах. Поэтому выборки могут различаться как в географическом, так и во временном аспекте, и этого нельзя упускать из виду (7).

Учитывая весь этот спектр осложняющих факторов, сравнения между странами и областями, а также во времени следует интерпретировать с определенной осторожностью. Из анализов видно, что не следует придавать слишком большого значения различиям в шесть процентов или менее. В то же время представляется маловероятным, чтобы некоторые значительные различия и большие сходства, представленные в этом отчете, объяснялись только различиями в методологии.

Совместное исследование и укрепление кадрового потенциала

Данный отчет был написан 48 авторами при участии членов редакционной коллегии международной исследовательской сети HBSC. Авторы отдельных глав принимали участие в разработке протокола HBSC (2), работая вместе в целевых тематических группах; подходы же, применяемые в этих группах, зависели от разных научных областей, в которых работают авторы, и от их знакомства с парадигмами исследования в родственных областях. Поэтому главы отчета отражают их видение здоровья молодежи с точки зрения психологии, социологии и здравоохранения. Это разнообразие подходов обогащает отчет, представляя вниманию лиц, вырабатывающих политику, и практиков широкий диапазон точек зрения.

Одна из ключевых задач исследования HBSC заключается в создании и развитии исследовательского потенциала в участвующих странах и областях, особенно в странах,

которые недавно стали принимать участие в программе и у которых нет традиции проведения исследований по проблемам здоровья детей школьного возраста. Участие в подготовке отчета явилось одним из способов поощрения совместных исследований и содействия в укреплении кадрового потенциала в некоторых из недавно созданных исследовательских групп. Это также дало начинающим исследователям возможность воспользоваться опытом участников программы HBSC с более солидным стажем.

Сотрудничество с ВОЗ

С тех пор, как исследование HBSC стало совместным исследованием в рамках ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ прилагает значительные усилия к тому, чтобы его результаты шире использовались в практике. Они широко применяются в деятельности самой ВОЗ, а принятый в исследовании подход и его направленность на социальные и экономические детерминанты здоровья полностью соответствуют программной платформе ВОЗ “Здоровье для всех” (8). Кроме того, ВОЗ влияет на развитие исследования HBSC тем, что определяет особо важные вопросы здравоохранения и способствует распространению результатов, например, через публикацию в той серии, к которой принадлежит и эта книга, предназначенная для широкой аудитории. ВОЗ также представлена в группе разработки политики HBSC.

В партнерстве Регионального бюро и HBSC участвует и Офис Европейского бюро ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие. Благодаря этому создается много возможностей дальнейшего развития исследования, например, путем организации форума по вопросам здравоохранения, в рамках которого в 2004 году планируется провести мероприятие, посвященное здоровью молодых людей, для обсуждения результатов, представленных в настоящем отчете.

Как было заявлено, цели исследования HBSC шире, чем просто сбор данных. Исследование направлено на укрепление здоровья путем пропаганды использования научных результатов, а это может способствовать развитию политики и программ, нацеленных на молодых людей, медицинских работников, семьи, школы и общественность на национальном и международном уровне.

Во всем мире растет понимание того, что на здоровье во всех возрастных группах влияет окружающая социальная, культурная, экономическая, политическая и физическая среда. Этот факт все чаще учитывается в новых программах общественного здравоохранения и системах программных целей и принципов, в которых в качестве приоритетов для дальнейших действий выделяются социально-экономические детерминанты здоровья. Информация, содержащаяся в данном отчете, призвана содействовать этому процессу.

Литература

1. Aarø LE et al. Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1986, 1(1):17–33.
2. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
3. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).
4. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
5. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study [веб-сайт]. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).

6. Charlton A, Blair V. Absence from school related to children's and parental smoking habits. *British Medical Journal* 1989, 289:90–92.
7. Smith C, Wold B, Moore L. Health behaviour research with adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school-aged children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 1992, 2:41–44.
8. *ЗДОРОВЬЕ-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 (Европейская серия “Здоровье для всех”, № 6; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).



Глава 2

Обстоятельства жизни молодых людей

Введение – Antony Morgan

Существенное влияние на способность молодых людей обрести, поддерживать и сохранять свое здоровье и благополучие оказывают жизненные обстоятельства. Кроме того, как показывают результаты исследований, большое значение для здоровья в долгосрочном плане имеют опыт и воздействие различных факторов, переживаемые в течение всей жизни, но особенно в ее начале; больше того, они могут стать одной из первопричин неравенства в отношении здоровья в дальнейшей жизни (1). С самого начала исследование HBSC было направлено на то, чтобы понять связь между здоровьем и гигиеническим поведением подростков посредством изучения социальных, экологических и психологических факторов, влияющих на здоровье (2). За прошедшие с тех пор годы в процессе исследования были разработаны модули вопросов, которые уже помогли продемонстрировать важность этих более широких влияний на здоровье и обладают еще не до конца использованным потенциалом отображения моделей здоровья и гигиенического поведения в различных социальных контекстах (3–5).

Учитывая, что в сфере формирования международной политики усиливается курс на то, чтобы при разработке стратегий здравоохранения принимать во внимание условия жизни людей, представляется своевременной ориентация программы HBSC на повышение уровня общественного интереса к информации об обстоятельствах жизни молодежи. При этом HBSC

будет демонстрировать свои возможности вносить вклад в создание доказательной базы, предназначенной для сокращения различий в уровне здоровья, которые наблюдаются во всем мире между группами, различающимися по своему социально-экономическому положению, географическому местоположению, полу, расе и этнической принадлежности (6).

В предыдущих отчетах HBSC (7–8) семья, школа, сверстники и социально-экономические обстоятельства уже выделялись в качестве ключевых факторов среды, влияющих на здоровье и гигиеническое поведение молодежи. В следующих четырех разделах данной главы читатель познакомится с ними более подробно. В этих разделах:

- обсуждается их значение для здоровья молодых людей;
- описываются некоторые меры, принимаемые для того, чтобы показать их значимость для здоровья и гигиенического поведения молодых людей;
- иллюстрируются различия и сходства в комбинациях этих факторов среды между странами и областями, возрастными группами и полами.

Эти разделы создают базу для более детального аналитического подхода, принятого в главе 4, где рассматриваются зависимости между этими факторами среды и различными последствиями для здоровья и связанных со здоровьем аспектов жизни.

Важность факторов среды

За последние 10 лет на международном уровне возросло признание значимости более широких детерминант здоровья. В результате были разработаны модели для определения спектра детерминант и их влияния на здоровье. Одной из таких моделей, часто используемых в международных и национальных программных документах, является т.н. “радуга политики” Далгрена (9), которая описывает слои влияния на потенциал здоровья отдельного человека (рис. 2.1). Она представляет собой социальную модель здоровья, которая включает неизменные факторы, такие, как возраст, пол и генетические характеристики, а также набор потенциально поддающихся изменению факторов, как подвластных, так и не подвластных контролю отдельного человека.

Whitehead (10) описывает эти слои влияния в контексте действий, которые должны предпринять лица, вырабатывающие политику, для решения проблемы неравенства в отношении здоровья. Эта модель наводит на вопросы о том, как сильно факторы в каждом слое влияют на здоровье, насколько возможно изменить определенные факторы и что требуется сделать для того, чтобы факторы в одном слое могли повлиять на те факторы, с которыми они связаны в других слоях.

С точки зрения научного исследования модель представляет собой хорошую основу для выработки аналитических методик для проверки существующих теорий о здоровье и гигиеническом поведении молодых людей и для помощи в разработке новых теорий. Модель подтверждает необходимость построения этих методик на уровнях индивидуума, окружающей среды (включая социальное взаимодействие) и общества, о чем говорилось в предыдущих протоколах исследования HBSC (4,5).

В течение многих лет в программе HBSC поощрялся широкий подход к пониманию здоровья и гигиенического поведения молодых людей, исследование не было ограничено концепциями или рамками какой-либо определенной теоретической точки зрения. В исследовании интегрированы разнообразные концептуальные подходы, отражающие участие исследователей разного научного и предметного профиля (3). В том и заключается сильная сторона исследования HBSC, что оно способно принять целый ряд дополняющих и часто пересекающихся подходов, и это дает возможность вырабатывать более тонкое и многогранное понимание здоровья у молодых людей.

Некоторые авторы (11,12) призывают развивать новые теории для объяснения различий в состоянии и охране здоровья различных групп населения, живущих в разных условиях и обстоятельствах. Развитие любой новой теории строится на способности точного

Рисунок 2.1. "Радуга политики"



Источник: по работе Dahlgren (9).

концептуального осмысления и измерения определенного изучаемого явления. Одной из уникальных особенностей исследования HBSC является наличие широкого диапазона проверенных и апробированных социальных индикаторов, подкрепляющих развитие теории, при котором используется социальная модель здоровья.

Лицам, вырабатывающим политику, исследователям и практикам, заинтересованным в укреплении здоровья и благополучия молодых людей, необходимо понимать влияние семьи, школы, сверстников и социально-экономической среды. В последующих четырех разделах представлена та работа, которая была проделана в этих областях в течение последних нескольких лет. Они дают HBSC возможность прибавить новые знания к сложной мозаике детерминантов здоровья, описанных Далгреном (9). В них задаются условия, в которых должен использоваться целый ряд показателей факторов среды, описанных в главе 4 настоящего отчета, где здоровье молодых людей исследуется в увязке с обстоятельствами их жизни.

Литература

1. Holland P et al. *Life course influences on health in early old age*. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 6).
2. Currie C. *A review of the Health Behaviour in School-Aged Children study (1995–1999) and plans for the future (1999–2004)*. Edinburgh, University of Edinburgh, 1999.
3. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).

4. Currie C et al. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998.
5. Wold B, Aarø LE, Smith C. *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study Research protocol for the 1993–94 survey*. Bergen, University of Bergen, 1993.
6. Zollner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(59):6–11.
7. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).
8. Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
9. Dahlgren G. *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Volume II – Intersectoral action for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
10. Whitehead M. Tackling health inequalities: a review of policy initiatives. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds. *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. London, Kings Fund, 1995.
11. Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well being. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:143–166.
12. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International* 1998, 13(2):99–120.

Социально-экономическое неравенство –

William Boyce и Lorenza Dallago

Введение

В этом разделе объясняются основные причины, по которым необходимо изучать влияние социально-экономического статуса на неравенство молодых людей в отношении здоровья. Принимать во внимание неравенство крайне важно при определении направлений политики общественного здравоохранения для групп населения, выделенных по социальному, демографическому или географическому признаку (1). Социально-экономический статус, который считается главной социальной основой неравенства, является составным критерием, объединяющим в себе экономическое положение (доход), социальное положение (образование) и положение с точки зрения работы (род занятия). Хотя изменить социально-экономическое неравенство на уровне страны очень трудно, оно остается чрезвычайно важным фактором, прогнозирующим здоровье в любом возрасте.

Влияние социально-экономического неравенства на здоровье взрослых

Социально-экономический статус важен для здоровья как по теоретическим, так и по практическим причинам. С точки зрения научного исследования было показано, что различия в этом статусе оказывают как непосредственное, так и косвенное воздействие на здоровье (2). Такие формы гигиенического поведения, как курение, соблюдение диеты, физическая активность и употребление алкоголя, напрямую связаны как с социально-экономическим статусом, так и с последствиями для здоровья взрослых. Существуют также свидетельства того, что психологические характеристики взрослых людей, такие как депрессия, враждебность, состояние тревоги, заниженная самооценка, психологический стресс и недостаток сил для психофизиологической адаптации, косвенно связаны с низким социально-экономическим статусом (3–5) и что эта связь имеет место при любом уровне доходов. Мало того, что люди, живущие в бедности, имеют более слабое здоровье по сравнению с теми, кто живет в более благоприятных условиях; у людей с наивысшим уровнем доходов лучше здоровье, чем даже у тех, кто расположен на шкале доходов чуть-чуть ниже (6,7). Такая закономерность затрудняет понимание того, каким образом социально-экономический статус влияет на здоровье.

По этому поводу есть два направления рассуждений. Первое исходит из материалистической позиции, согласно которой неблагоприятное состояние здоровья бедных обусловлено главным образом непосредственным физиологическим влиянием более низкого абсолютного материального уровня – плохих жилищных условий, плохого питания и недостаточного отопления. Второе направление исходит из психологической точки зрения: предполагается, что слабое здоровье является результатом стресса, связанного с осознанием своего худшего материального положения по сравнению с соседями или другими соответствующими референтными группами. Нахождение на более низкой социальной ступени может приводить к хроническим психическим и эмоциональным заболеваниям, которые ведут к прямым физиологическим последствиям, а также к косвенной подверженности воздействию поведенческих рисков в форме способов снятия напряжения, таких, как курение, употребление алкоголя и переедание. Придерживаясь этих различных точек зрения, исследователи акцентируют внимание либо на абсолютных различиях в материальном положении, либо на относительных различиях в социальном статусе, используя соответствующие каждому случаю критерии социально-экономического статуса.

Бедность

С практической точки зрения связь между социально-экономическим статусом и здоровьем привлекает к себе внимание потому, что в индустриальных странах постоянно возрастает социально-экономическое неравенство и число людей, живущих в бедности. Это наблюдается во всей западной части Европейского региона ВОЗ, в Канаде и США. В восточной части Европейского региона ВОЗ увеличивающийся разрыв между бедными и богатыми пришел на

смену относительному равенству в уровне жизни и доступе к возможностям жизненного успеха, которое существовало до 90-х годов (8,9). Рост социально-экономического неравенства изменил условия жизни детей и подростков в семье. Глобализация или реструктуризация экономики привела к снижению материального и социального благополучия, поскольку родители все чаще оказываются безработными, имеют низкооплачиваемую работу или работают по контракту без социальных гарантий.

В большинстве индустриальных стран от 5 до 15 процентов всех детей моложе 16 лет живут в бедности, определяемой по национальным критериям (10). Самые низкие показатели детской бедности в скандинавских странах, за ними идут страны Северной Европы. В странах Южной Европы и в Соединенном Королевстве число детей, живущих в бедных семьях, намного выше. Страны восточной части Европейского региона имеют очень высокие показатели бедности в пересчете на стабильные (с поправкой на инфляцию) международные доллары, однако относительные показатели бедности в этих странах колеблются в широких пределах. В США уровень детской бедности намного выше, чем можно было бы предположить, судя по уровню национального дохода (11).

По данным нового исследования, проведенного при поддержке Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (12), детей, живущих в бедности, намного больше, чем показывает официальная статистика. В отдельные годы в период 90-х годов в Германии, Венгрии, Ирландии, Испании, Соединенном Королевстве и США фиксировались показатели детской бедности 8–25%, однако доля детей, которые когда-либо жили в условиях бедности, была значительно выше. В Соединенном Королевстве, например, в условиях бедности по крайней мере однажды в течение пяти лет жили 39% детей – это более чем в два раза выше показателя детской бедности за любой отдельный год. Аналогичная картина наблюдалась во многих странах Европейского региона. За десятилетний период каждый пятый ребенок в Германии и больше, чем двое из пяти детей в США по крайней мере однажды жили в бедности (11,13). Даже периодическая бедность может оказать существенное влияние на здоровье молодых людей во время наиболее уязвимых периодов развития в их жизни.

Как описано в следующем разделе, в последние годы также изменилась структура семьи. Молодые люди живут в семьях самых разнообразных структур: это семьи с одним родителем, приемные семьи и так называемые “вахтовые” семьи, члены которых живут вместе только часть времени из-за специфики работы родителей. Была установлена связь между структурой семьи и бедностью (11,14), когда определенные типы семей чаще других живут в бедности. Например, лишь 37% молодых людей живут в семьях с числом детей три и более, но в то же время эти семьи составляют почти половину всех семей, которые живут в бедности (14,15). Однако существуют и другие факторы, влияющие на связь между бедностью и размером семьи. Например, одинокие родители – обычно это молодые матери – больше рискуют оказаться за чертой бедности, но у них также чаще бывают малые семьи (16,17). С другой стороны, большие семьи чаще встречаются у определенных этнических групп, среди которых также отмечается более высокий уровень безработицы (17–19).

Фактические данные, подтверждающие социальное неравенство в отношении здоровья молодых людей

Как показывают исследования, важнейшим фактором, определяющим здоровье взрослых и детей по целому ряду показателей, включая смертность, заболеваемость, психосоматические и телесные болезни, а также субъективно оцениваемое здоровье, является неравенство в социально-экономическом статусе (7,20). Доказательства влияния социального неравенства на здоровье подростков намного менее очевидны. Одни авторы находят тесную взаимосвязь между социально-экономическим статусом и здоровьем молодых людей (21–23), в то время как другие признают лишь слабую зависимость или вообще не усматривают связи (24,25). Последние рассматривают подростковый возраст как период, когда молодые люди добиваются и получают независимость от своих родителей. На этом основании эти авторы полагают, что в этот период жизни происходит социальное уравнивание, благодаря которому наибольшее

влияние на подростков оказывают их сверстники, и это влияние перевешивает любую другую характеристику семьи, включая и социально-экономический статус.

Подытоживая вышесказанное, необходимо отметить, что одной из важнейших задач исследования HBSC является изучение различий в социально-экономическом статусе, его связи (связей) со здоровьем, гигиеническим поведением (например, курение или физкультура) и последствиями для здоровья молодых людей. Для этого исследователи HBSC разработали критерии и показатели социально-экономического статуса молодых людей и путем проведения серии обследований, включая описываемое в настоящем отчете, изучили зависимость между социально-экономическим статусом и его последствиями для здоровья.

В данном разделе преследуются две главные цели: привести факты, подтверждающие наличие социально-экономического неравенства в странах и областях HBSC, и представить наиболее подходящий метод измерения этого неравенства между молодыми людьми. В главе 4 рассматриваются зависимости между социально-экономическим статусом и несколькими последствиями для здоровья.

Измерение социально-экономического статуса молодежи

На протяжении многих лет в исследовании HBSC использовался ряд критериев, которые акцентируют внимание на объективном и субъективном социально-экономическом статусе семьи. В предыдущих обследованиях сообщалось о занятии родителей, материальном достатке семьи и субъективно воспринимаемом богатстве, что, по сути, является критериями социального статуса. Молодые люди знают о социально-экономическом неравенстве и неравных возможностях (26,27), но некоторые из них не способны точно сообщить о роде занятий или уровне образования своих родителей, тем более об их доходах (28). Когда данные об этих критериях социального положения и относительного богатства собраны, они могут быть использованы для проведения анализа картины внутри страны и объяснения различий в некоторых последствиях для здоровья и в поведении (29). Однако для проведения сравнений между странами они уже не столь пригодны, поскольку для этого нужно, чтобы были сопоставимы системы кодировки занятий, условия на рынке труда и программы социального обеспечения.

В данном отчете для анализа неравенства в социально-экономическом статусе изучаются различия в доходе, выражающиеся в потреблении материальных благ, и используется принятая в исследовании HBSC шкала достатка семьи. Мы решили использовать богатство семьи (потребление материальных благ) как косвенный показатель дохода семьи, так от молодых людей часто трудно добиться четкой информации об уровне дохода родителей и семьи, особенно в случае с детьми более младшего возраста и детьми, которые не живут в семьях с традиционной структурой.

Методы

Разработка критерия состоятельности семьи: шкала достатка семьи

Шкала достатка семьи (ШДС), разработанная для первых обследований по программе HBSC в качестве критерия состоятельности семьи (28,29), также использовалась в обследовании 2001/2002 годов (30). ШДС концептуально связана с общими индексами материальных лишений (31,32) и имеет сходство с индексом домашнего достатка (33). Она включает в себя следующие четыре пункта, на которые молодые люди, скорее всего, смогут ответить: наличие автомобиля в семье, количество человек на одну спальню, семейный отпуск и наличие компьютера.

Имеет ли ваша семья легковой автомобиль, фургон или грузовик? Были предложены следующие варианты ответов: *нет* (=1); *да, один* (=2); *да, два или больше* (=3). Этот пункт является компонентом шотландского индекса лишений, разработанного Carstairs и Morris (31), который широко используется в исследованиях неравенства в отношении здоровья.

Имеете ли вы свою собственную отдельную спальню? Были предложены следующие варианты ответов: *нет* (=1); *да* (=2). Этот пункт является простым косвенным показателем переполненности, классифицируемым Townsend (32) как лишения с точки зрения жилищных условий, а также компонентом шотландского индекса лишений.

В течение последних 12 месяцев сколько раз вы уезжали со своей семьей во время отпуска? Были предложены следующие варианты ответов: *ни разу* (=1); *один раз* (=2); *два раза* (=3); *более двух раз* (=4). Этот пункт является показателем лишений с точки зрения наличия средств в семье (32).

Сколько компьютеров имеется в вашей семье? Были предложены следующие варианты ответов: *ни одного* (=1); *один* (=2); *два* (=3); *больше двух* (=4). Этот пункт был добавлен к вопроснику в обследовании 2001/2002 годов и предназначен для того, чтобы определить семьи с более высоким социально-экономическим статусом в богатых странах.

Этим вопросам могут быть свойственны определенные систематические ошибки и недостатки. Например, ответы на вопрос о владении автомобилем могут различаться в зависимости от того, проживают респонденты в городской или в сельской местности. Совместное пользование спальней может быть связано с культурой и с размером семьи, а также зависеть от возраста и пола детей.

Для каждого молодого человека рассчитывался общий балл по ШДС, основанный на его ответах на указанные четыре пункта². Для проведения анализа мы использовали трехбалльную ординальную шкалу, по которой отметка ШДС 1 (число баллов = 0–3) указывала на низкий достаток, ШДС 2 (число баллов = 4,5) указывала на средний достаток, а ШДС 3 (число баллов = 6, 7) указывала на высокий уровень достатка.

Результаты

На рисунках 2.2–2.5 показаны проценты ответов молодых людей, отвечавших на отдельные пункты ШДС. Большинство молодых людей сообщило о наличии в семье по крайней мере одного автомобиля, за исключением Гренландии и Украины (рис. 2.2). В более двух третей стран и областей молодые люди сообщают о наличии в семье двух или более транспортных средств. Таким образом, владение несколькими автомобилями распространено весьма широко, особенно в странах Северной Америки и Франции. В некоторых богатых странах молодые люди сообщают, что в их семье нет автомобиля, однако трудно сказать наверняка, вызвано ли это бедностью или нежеланием иметь автомобиль. В богатых странах с хорошо развитыми транспортными системами может быть выше уровень пользования общественным транспортом.

Большинство молодых людей во всех странах и областях сообщают, что имеют собственную спальню (рис. 2.3): в странах Северной и Западной Европы такие ответы составляют более 90%, в странах Южной Европы и в восточной части Европейского региона ВОЗ несколько меньше. Эту разницу можно объяснить различиями в семейном достатке, но возможно также и влияние размеров жилищ в городских или плотно застроенных районах, а также размера семьи.

Отъезд всей семьей в отпуск – дело обычное для всех, но количество отпусков различается в широких пределах. В Гренландии, Мальте, Латвии и Украине самая большая доля семей, которые во время отпуска никуда не выезжают (рис. 2.4). Способы проведения семейного отпуска могут отражать культурные и социальные традиции, поскольку в некоторых менее богатых странах большое число молодых людей сообщают о том, что уезжали в отпуск более двух раз.

Наконец, число компьютеров в семье выяснялось для того, чтобы оценить распределение богатства в странах с более высоким уровнем доходов (рис. 2.5). Неудивительно, что число молодых людей, сообщивших о том, что в их семьях имеется по несколько компьютеров, больше в странах Западной и Северной Европы и Северной Америки. В большинстве стран и областей почти все молодые люди сообщают, что в их семьях имеется по одному компьютеру. Только в Латвии, Литве, Российской Федерации, бывшей Югославской Республике Македонии и на Украине большинство молодых людей сообщают, что в их семьях компьютера нет.

На рисунке 2.6 показан разброс общих баллов по ШДС среди стран и областей, участвующих в HBSC: процент семей с высоким уровнем достатка (ШДС 3) явно выше в Северной и Западной

² Общий балл ШДС рассчитывался следующим образом:

- перекодировать АВТОМОБИЛЬ (1 = 0) (2 = 1) (3 = 2);
- перекодировать СПАЛЬНЯ (1 = 0) (2 = 1);
- перекодировать ОТПУСК, КОМПЬЮТЕР (1 = 0) (2 = 1) (3, 4 = 2);
- вычислить ШДС = МАШИНА+СПАЛЬНЯ+ОТПУСК+КОМПЬЮТЕР;
- перекодировать ШДС (0, 1, 2, 3 = 1) (4, 5 = 2) (6, 7 = 3).

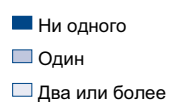
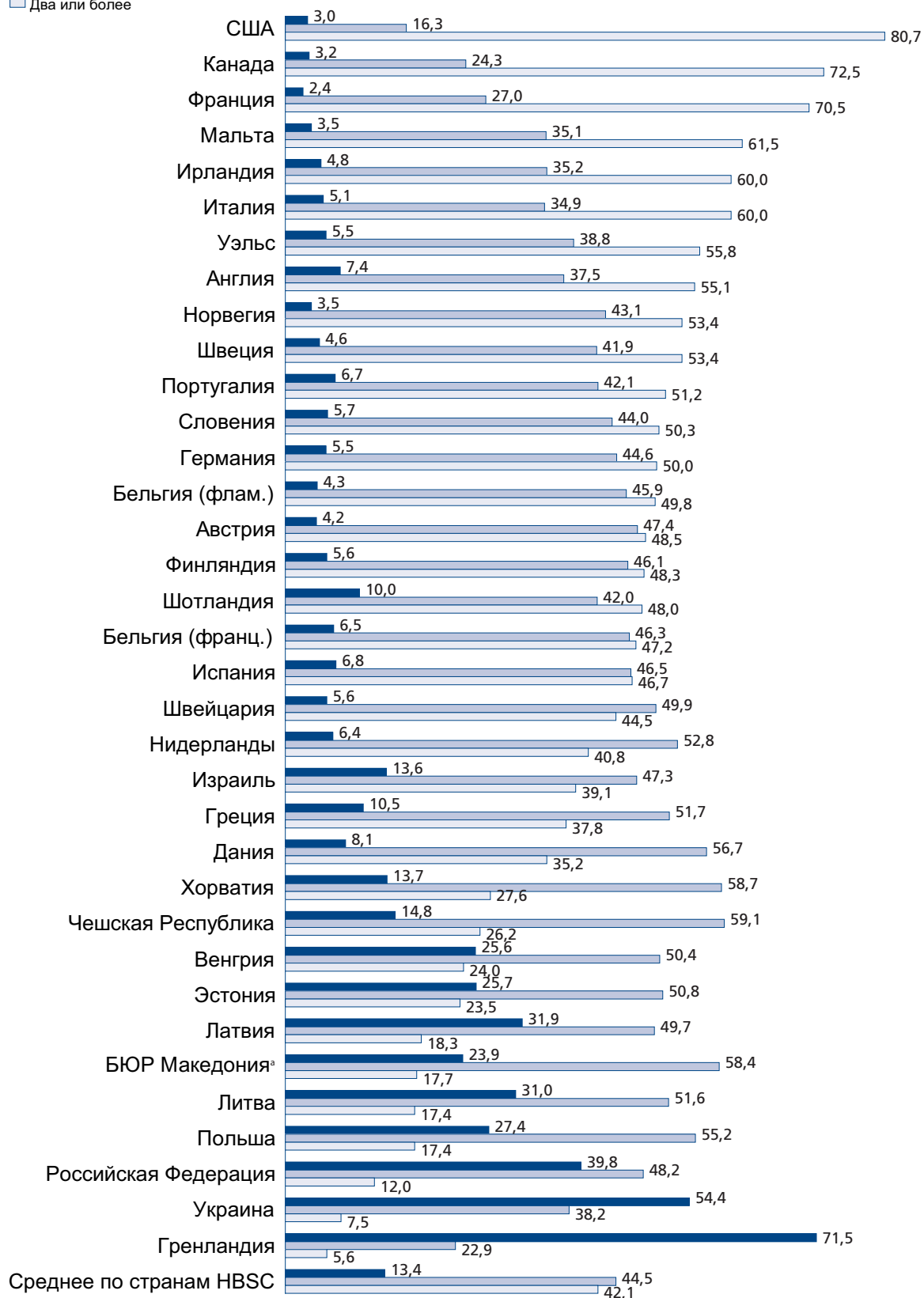


Рисунок 2.2. Количество автомобилей в семье по всем трем возрастным группам (%)



^а Бывшая Югославская Республика Македония.

Рисунок 2.3. Молодые люди, имеющие собственную спальню, по всем трем возрастным группам (%)

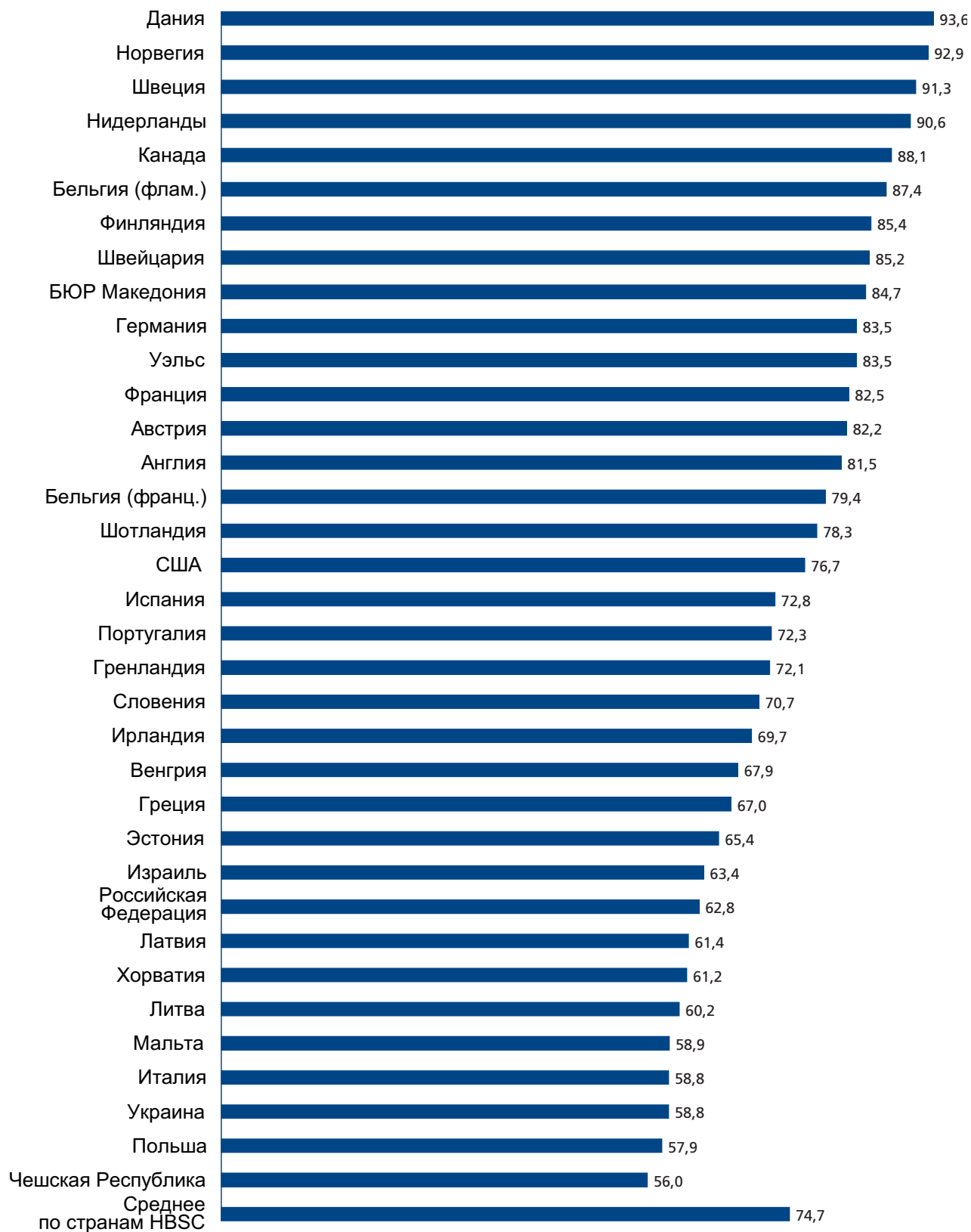
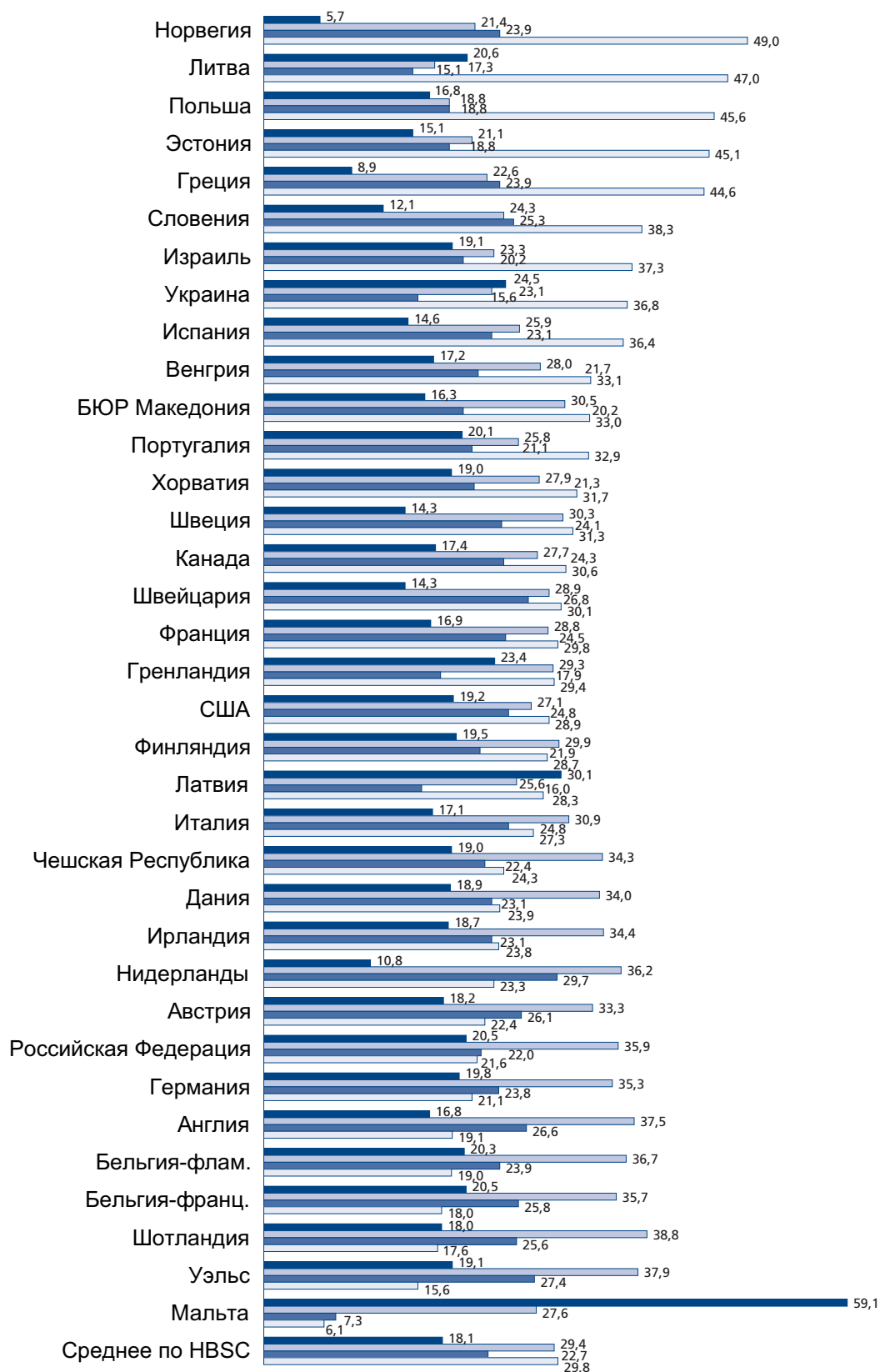
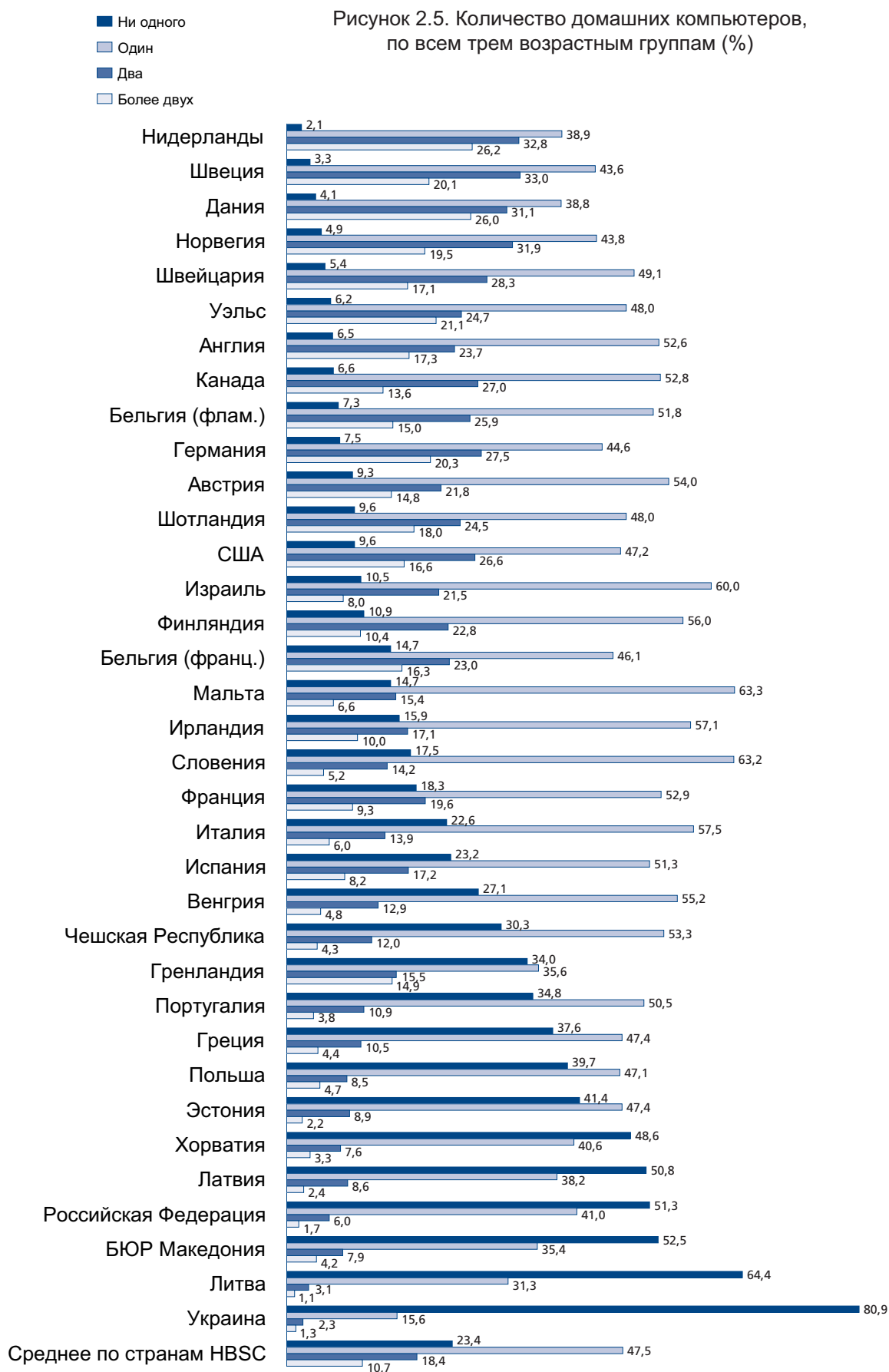


Рисунок 2.4. Число семейных отпусков за последние 12 месяцев по всем трем возрастным группам (%)





Европе и в Северной Америке. В этих странах также меньше семей с низким уровнем достатка (ШДС 1), за исключением Израиля. Результаты обследования указывают на более высокий процент семей с низким достатком в восточной части региона, в частности, в Содружестве Независимых Государств (СНГ). Средиземноморские страны (Израиль, Италия, Испания) находятся по этому показателю в середине шкалы.

Эти данные также демонстрируют эффект зеркального отражения: молодые люди, живущие в более богатых странах (таких, как Канада, Норвегия, Швеция и США), чаще всего сообщают о высоком уровне достатка в своих семьях, тогда как молодые люди из более бедных стран (таких как Литва, Российская Федерация и Украина) сообщают о низком уровне достатка. А вот ШДС 2, то есть средний уровень достатка составляет постоянную долю (34–48%) каждой выборки во всех странах, кроме Украины. Таким образом, группа семей со средним доходом в большинстве стран и областей HBSC по размеру примерно одинакова.

Справедливость критерия ШДС

Данные ШДС иллюстрируют убедительную закономерность в социально-экономическом неравенстве в странах и областях HBSC. В большинстве из них показатели ШДС отсутствовали в менее чем 3% ответов. Тем не менее, действительность социально-экономического критерия для молодых людей также зависит от его связи с другими критериями, такими, например, как занятие родителей. В обследованиях HBSC и во многих других исследованиях род профессиональных занятий отца и матери является ключевым индикатором социально-экономического статуса (34–36). Однако, поскольку системы кодирования видов профессиональных занятий в различных странах различаются и не всегда строго сопоставимы, эти критерии обычно представляют больше ценности для анализов внутри страны, чем для сравнений между странами. Тем не менее, профессия родителей должна хотя бы в умеренной степени быть связана с ШДС, раз уж оба эти критерии являются действительными критериями оценки социально-экономического статуса.

В обследовании HBSC для измерения фактора профессии родителей мы спрашивали молодых людей о роде работы (например, инженер, руководитель конторы) и месте работы (например, больница, ферма) матери и отца. Свободные (т.е. без предлагаемых вариантов) ответы молодых людей кодировались в восемь категорий – от высокого социально-экономического статуса до низкого. В каждой стране и области была выработана пятибалльная схема кодировки, основанная либо на главной системе классификации видов деятельности, используемой там, либо на статусе, обычно придаваемом различным видам занятия. Таким образом, могла различаться, например, классификация учителей. Для классификации видов занятия родителей мы использовали три дополнительных категории: экономически активный (поиск работы), экономически неактивный (учащийся, больной, пенсионер), или не поддающийся классификации (для кодирования недостаточно информации).

Можно продемонстрировать действительность критерия ШДС, если изучить связь между общими баллами по ШДС и категориями, относящимися к роду занятия отца (таблица 2.1). Для этих анализов были использованы все пять категорий, относящихся к роду занятия отца, – от высокого до низкого социально-экономического статуса. Категории “экономически активный”, “экономически неактивный” и “не поддающийся классификации” были исключены. В анализе была использована выборка из 22 стран и областей HBSC, где 70% или более всех ответов входили в эти пять категорий. В 18 странах и областях связь ШДС с профессией отца располагалась в умеренном диапазоне (коэффициент корреляции r Спирмена ≥ 0.20). Эти величины указывают на то, что ШДС хотя и не идентична роду занятия родителей, но все же может служить адекватным косвенным показателем и может быть с полным основанием использована для изучения форм социально-экономического неравенства и их связи со здоровьем подростков в международном контексте.

Обсуждение результатов

В документе “Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ” (37) рассматриваются социальные и экономические факторы, влияющие на

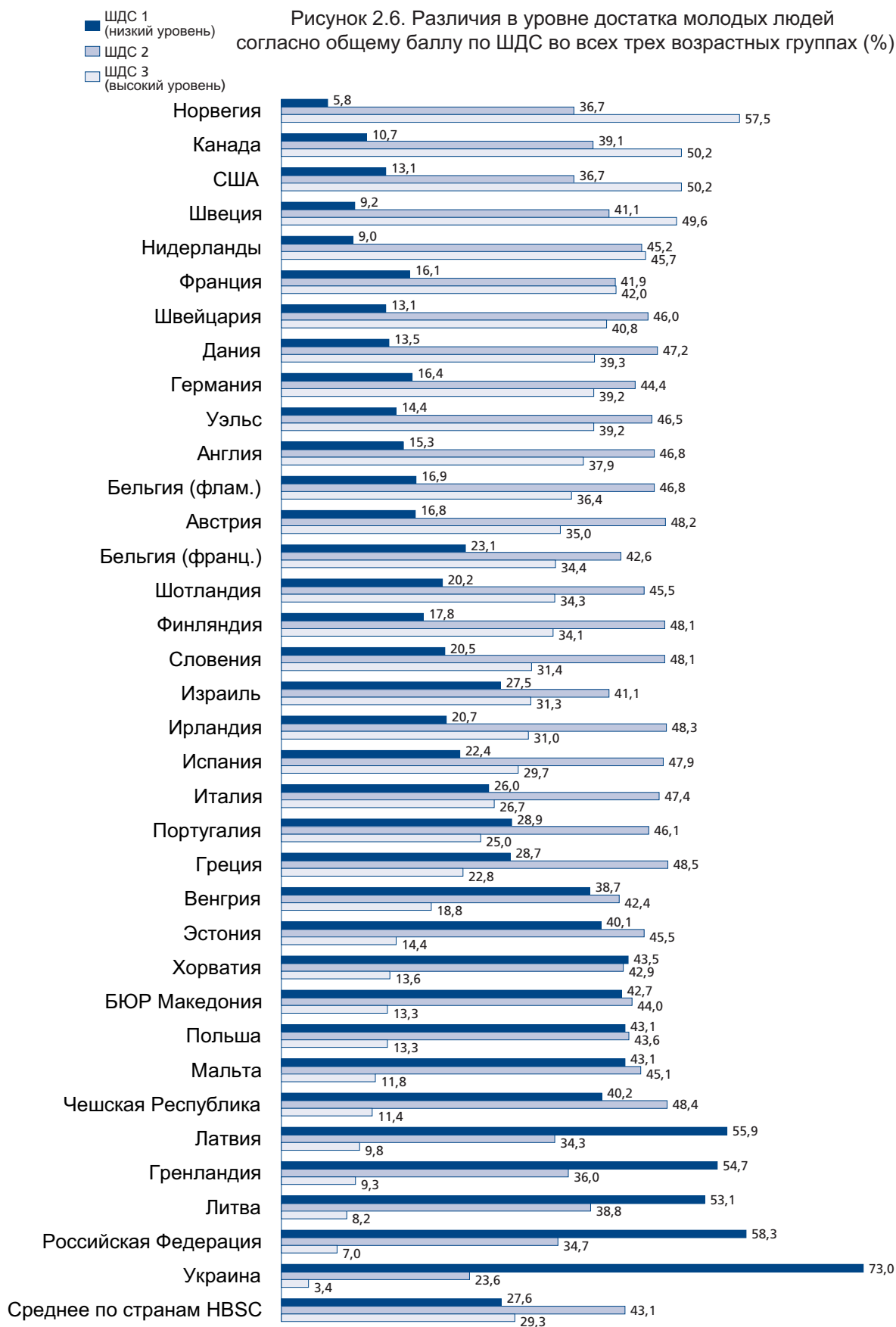


Таблица 2.1. Связь между баллами по ШДС и родом занятия отца

Страна или область	ρ -коэффициент Спирмена
Бельгия (фламандская часть)	0,25
Венгрия	0,30
Германия	0,32
Греция	0,31
Дания	0,25
Израиль	0,27
Ирландия	0,18
Испания	0,26
Италия	0,20
Канада	0,19
Мальта	0,27
Норвегия	0,14
Польша	0,34
Португалия	0,31
Российская Федерация	0,22
Словения	0,30
США	0,26
Франция	0,27
Хорватия	0,25
Чешская Республика	0,24
Швейцария	0,24
Эстония	0,24

здоровье и приводящие к существованию неравенства среди различных групп населения. Программа призывает к активным действиям: “разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен по крайней мере на одну четверть во всех государствах-членах за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания” (37). Государственная политика поэтому должна быть направлена на устранение коренных причин социально-экономического неравенства.

Структура распределения богатства, представленная в этом разделе, соответствует структуре, о которой сообщается в других документах (38). Молодые люди в странах восточной части Европейского региона ВОЗ сообщают о более высоком уровне большинства видов материальных лишений, хотя на отмеченную структуру распределения богатства также могут влиять различия в структуре семьи и инфраструктуре страны (например, в системах городского транспорта).

Стратегия исследования HBSC способствует улучшению понимания социально-экономического статуса молодых людей и повышению возможности осуществлять мониторинг прогресса на пути к достижению стратегической цели сокращения неравенства в доходах. Она показывает, что абсолютный материальный достаток среди молодых людей вполне поддается оценке и сравнению между разными странами и областями.

Ранее уже была продемонстрирована тесная положительная зависимость между ШДС и различными последствиями для здоровья (такими, как удовлетворенность жизнью и самооценка здоровья) и гигиеническим поведением (правильное питание, занятия физкультурой) (29,39). Другие анализы взаимосвязи между ШДС и формами поведения, связанными с риском для здоровья (например, курение и алкогольное опьянение), показали более сложную зависимость, которая в разных странах проявляется по-разному (39). Для того, чтобы определить, является ли гигиеническое поведение молодых людей из состоятельных семей менее опасным для

здоровья и обладают ли эти молодые люди более высоким уровнем благополучия, чем их сверстники из менее обеспеченных семей, необходимы дальнейшие исследования. Наконец, необходимо также проанализировать связи между баллами по ШДС и психологическими и эмоциональными последствиями и психосоматическими симптомами. Примеры такого анализа с акцентом на зависимость между баллами по ШДС и отдельными последствиями для здоровья и гигиенического поведения представлены в главе 4.

ШДС – это, несомненно, надежный и практичный инструмент, предназначенный для получения от молодых людей информации об абсолютном достатке или лишениях в их семьях (28,39). ШДС также использовалась в качестве независимой переменной для прогноза связи между социально-экономическим статусом и здоровьем молодых людей в рамках проводимых в странах исследований травматизма (40), пищевого статуса (41) и ряда показателей здоровья и гигиенического поведения (28). Не так давно ШДС использовалась для объяснения складывающихся структур самооценки здоровья в 22 странах на основании данных обследования HBSC 1997/1998 годов (42).

В настоящее время проводятся дальнейшие проверки действительности ассоциаций между ШДС и другими критериями национального богатства (как, например, валовой внутренний продукт, медианный доход и другие индикаторы). Они должны способствовать принятию ШДС в качестве нового стандарта измерения материального благосостояния молодых людей.

Литература

1. Alleyne G et al. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Pan American Journal of Public Health*, 2002, 12(6): 388–397.
2. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994, 49:15–24.
3. Barefoot JC et al. Hostility pattern and health implications: correlates of Cook–Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychology*, 1991, 10:18–24.
4. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993, 64:131–140.
5. Harris TO. Life stress and illness: the question of specificity. *Annals of Behavioural Medicine*, 1991, 1: 211–219.
6. Adelstein AM. Life-style in occupational cancer. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 1980, 6:953–962.
7. Marmot MG et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 1991, 337(8754):1387–1393.
8. Notburga O, Wagner GG, eds. *Income inequality and poverty in eastern and western Europe*. Heidelberg, Physica-Verlag, 1997.
9. Offe C. *Varieties of transition: the east European and east German experience*. Cambridge, MA, MIT Press, 1997.
10. Atkinson A, Rainwater L, Smeeding TM. *Doing poorly: the real income of American children in a comparative perspective*. Luxembourg Income Study Working Paper No. 127. Paris, Organization for Economic Co-operation and development, 1995 (Social Policy Studies, No.18).
11. Rainwater L, Smeeding TM, Coder J. Child poverty across states, nations and continents. In: Vlemminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:33–74.
12. *Poverty and exclusion among urban children*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2003 (Innocenti Digest, No. 10; <http://www.unicef-icdc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=342>, взято с веб-сайта 29 января 2004 г.)
13. Bradbury B, Jantti M. Child poverty across the industrialized world: evidence from the Luxembourg Income Study. In: Vlemminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:11–32.
14. Bradshaw J. Comparisons of child poverty and deprivation internationally. In: Bradshaw J, ed. *The well-being of children in the UK*. London, Save the Children, 2002:17–26.

15. Adelman L, Bradshaw J. *Children in poverty in Britain: an analysis of the Family Resources Survey 1994/95*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 1998.
16. Bradbury B, Jantti M. *Child poverty across industrialized nations*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 1999. (Innocenti Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, No. 71).
17. Bradshaw J. Child poverty and child outcomes, *Children & Society*, 2002, 16:131–140.
18. Department for Work and Pensions. *Households below average income 1994/5–2000/01*. Leeds, Corporate Document Services, 2002.
19. European Commission. *Joint report on social inclusion*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2001/ke4202521_en.html, взято с веб-сайта 2 апреля 2004 г.).
20. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: A cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal*, 1998, 312: 1004–1007.
21. Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(10):1522–1528.
22. Halldorsson M et al. Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents – a comparative study of the five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 2000, 10(4):281–288.
23. Barrera M et al. Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Community Psychology*, 2002, 30(2):135–152.
24. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
25. MacIntyre S, West P. Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Social Science and Medicine*, 1991, 32(4):385–402.
26. Duncan G, Brooks-Gunn J, Klebanov P. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 1994, 65:296–318.
27. Jensen B, Jensen BB. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. Copenhagen, Ministry of the Interior and Health, 2002.
28. Currie CE et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 1997, 12:385–397.
29. Currie C. Socioeconomic circumstances among school-aged children in Europe and North America. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:347–364.
30. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
31. Carstairs V, Morris R. *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen, Aberdeen University Press, 1991.
32. Townsend P. Deprivation. *Journal of Social Policy*, 1987, 16:125–146.
33. Wardle K, Robb K, Johnson F. Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(8):595–599.
34. Aarø L, Wold B. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). A WHO cross-national survey. Research Protocol for the 1989/90 study*. Bergen, University of Bergen Research Centre for Health Promotion, 1989.
35. Wold B, Aarø L, Smith C. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): a WHO cross-national survey. Research protocol for the 1993/94 survey*. Bergen, Research Centre for Health Promotion: University of Bergen, 1993.
36. Woodroffe C et al. *Children, teenagers and health: the key data*. Buckingham, Open University Press, 1993.
37. *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (European Health for All Series, No. 5;

- http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_39, взято с веб-сайта 20 февраля 2004 г.).
38. Sheram K, Subbotina TP. *Beyond economic growth: meeting the challenge of global development*. Washington, DC, World Bank, 2000 (<http://www.worldbank.org/depweb/beyond/global/chapter2.html>, взято с веб-сайта 29 января 2004 г.).
 39. Mullan E, Currie C. Social inequalities and adolescent health: cross-national patterns from the 1998 HBSC survey. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
 40. Williams J et al. Socioeconomic status and adolescent injuries. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1881–1891.
 41. Inchley J et al. Dietary trends among Scottish schoolchildren. *The Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2001, 14:207–216.
 42. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine* (in press) (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.032>, взято с веб-сайта 2 апреля 2004 г.).

Семья – Michael Pedersen, Maria Carmen Granado Alcón, Carmen Moreno Rodriguez и Rebecca Smith

Введение

Семья – это, пожалуй, наиболее важная среда, в которой развивается ребенок, среда, в которой он впервые усваивает нормы социального поведения и социальные установки. Некоторые считают семью самой важной средой, в которой возникают концепции, связанные со здоровьем (1). Влияние семьи продолжается в подростковом возрасте и, в большей или меньшей степени, на протяжении всей жизни.

Семья не является закрытой и статичной единицей. Это сложная и динамичная система, которая оказывает влияние на социальное, культурное и историческое развитие и сама подвержена влиянию этого развития (2), а также индивидуальных циклов развития и переходных периодов (3). Один из наиболее важных переходных периодов наступает при достижении ребенком подросткового возраста. В эти годы в результате физических, когнитивных и социальных изменений, которые происходят с подростком, система семьи должна приспосабливаться ко многим новым обстоятельствам (4,5). Например, учащаются конфликты между родителями и детьми, происходят изменения в восприятии ребенком власти родителей и реакции на нее (6,7). Однако на протяжении всего процесса отдаления ребенка от родителей значение семьи как эмоционального ресурса может оставаться прежним (8,9).

Изменение структуры семьи

В результате социальных, культурных и экономических изменений картина структур семьи в ходе истории постоянно эволюционировала. Значительные изменения в структуре семьи в Европейском регионе и Северной Америке произошли за последние десятилетия XX века. Последствия снижения рождаемости, роста показателей раздельного жительства супругов и разводов, а также уменьшения количества браков для традиционной структуры семьи хорошо известны и отражены документально (10,11).

Помимо роста количества семей с одним родителем, растущее число разводов или раздельного жительства родителей и последующее создание новых отношений сожительства создает для молодых людей все более сложные и разнообразные по форме условия жизни. За последние десятилетия для описания семейных структур, которые традиционно назывались приёмными семьями, возникла новая терминология. Сегодня распространены такие термины, как “восстановленная”, “воссозданная” или “смешанная” семья, которые охватывают понятие плюрализма отношений, когда создаются новые семьи. Например, в такие семьи очень часто входят дети от предыдущих браков или сожительств и дети, родившиеся в новой семье. Таким образом, смешанная семья с точки зрения одного ребёнка может быть приёмной, а с точки зрения другого ребёнка она будет биологической, полной семьёй. Ребенок может также быть частью двух семей, когда оба биологических родителя создают новые семьи, или он может жить большую часть времени с одним биологическим родителем, но также чувствовать себя частью приёмной семьи, которая у него образовалась через другого родителя.

С различными аспектами семейной жизни связаны многие защитные факторы и факторы риска, имеющие большое значение для здоровья молодых людей (1). При некоторых структурах семьи (семьи с одним родителем и приёмные семьи) можно априорно предсказывать повышенный риск для формирования здоровья, как, например, повышенный риск курения (12,13). Влияние существенных изменений в семейном положении, таких, как развод или раздельное жительство родителей, смерть родителей или создание новой приёмной семьи, может проявляться по-разному.

Как уже было отмечено в разделе, посвященном социально-экономическому неравенству, семьи с одним родителем больше рискуют жить в бедности, а это является одной из ключевых переменных для прогноза здоровья. Помимо этого, в широких пределах различаются как условия жизни так называемых традиционных, или полных семей (с двумя биологическими родителями),

так и их влияние на здоровье и развитие молодых людей. В значительной степени способствуют изменениям в типах семьи такие факторы, как отсутствие работы у родителей или длинный рабочий день, а также тесные связи с семьей, состоящей из нескольких поколений.

Динамика семьи

Независимо от структуры семьи ее основная функция остается неизменной: обеспечивать физические и психологические потребности своих членов, особенно детей. Свои обязанности родители выполняют по-разному: например, путем создания упорядоченной окружающей среды, в которой ребенок живет и организует свою повседневную жизнь, через собственное отношение к развитию и образованию и свои ценности в этой сфере и через взаимодействие с детьми, которое облегчает развитие и установление контактов с другими средами, такими, как сверстники и школа (14).

Влияние родителей и семейной жизни на развитие детей может рассматриваться с многих точек зрения: родители как образец для подражания, стили родительского воспитания, родительские нормы и ценности, социальная поддержка и участие родителей и родственников в воспитании ребенка. В широких рамках исследования HBSC охватить все эти вопросы в международных стандартных вопросниках не представляется ни возможным, ни целесообразным. Исследование направлено на изучение общения между родителями и детьми как широкого показателя качества этой первичной социальной связи.

Методы

Структура семьи

Пункты, касающиеся структуры семьи, в предыдущих обследованиях в рамках HBSC были сосредоточены на простом наборе вопросов о составе семьи. В обследовании 2001/2002 годов эти пункты были пересмотрены и расширены таким образом, чтобы учитывались различные семейные структуры. Вопрос о структуре позволил детям, живущим в семьях с более сложной организацией, давать ответы о двух семьях, а не только об одной. Вопрос был разбит на две колонки, по одной для каждой семьи, с перечнем людей, с которыми ребенок может жить в каждом доме: родители, приемные родители, братья и сестры, члены семьи, представляющие разные поколения, или другие взрослые. В нем также предусматривался вариант для тех, кто проживает в приемном доме или в детском доме. В кратком введении разъяснялась структура вопроса, и респонденту предлагалось определить, какая из двух колонок соответствует его основному или единственному дому. Следующий вопрос был направлен на то, чтобы оценить количество времени, которое ребенок проводит в каждом из двух домов.

Новый формат вопроса был предназначен не только для того, чтобы получить более ясную картину конфигурации семьи, но также и для того, чтобы повысить чувствительность анкеты путем предоставления респондентам возможности найти вариант ответа, который точно соответствовал бы их индивидуальным обстоятельствам.

Для целей данного отчета количество категорий структуры семьи было уменьшено до четырех: проживание с обоими родителями, семья с одним родителем, приемная семья и другие типы семьи, с основным домом в качестве базиса. В последующих анализах будет исследована возможность использования этих данных для получения более детальной картины разных структур семьи: например, влияние размера семьи и распространенность участия обоих родителей в воспитании ребенка, когда ребенок регулярно живет в домах своих проживающих раздельно родителей, и распространенность семей с одним родителем, в которых ребенок не имеет постоянного контакта с тем родителем, на чьем попечении он не находится.

Общение с родителями

Вопрос об общении с родителями был включен в предыдущие четыре обследования HBSC в качестве надежного критерия качества отношений между родителями и ребенком. Вопрос состоял в том, насколько легко или трудно детям разговаривать с разными людьми, включая родителей:

Насколько легко вам разговаривать со следующими людьми о вещах, которые по-настоящему вас беспокоят? Отец/мать. Варианты ответов: очень легко; легко; трудно; очень трудно; не имею такого человека или не вижу с ним (ней). Данные, представленные в этой главе, отражают ответы молодых людей, сообщающих, что им трудно или очень трудно разговаривать со своей матерью и/или отцом.

Результаты

Структура семьи

На рисунке 2.7 показаны типы структуры семьи и процент молодых людей во всех странах и областях, которые, по их словам, живут в каждом из этих типов. Во всех странах и областях большинство молодых людей (78% от общей выборки) сообщают, что живут с обоими родителями. Однако наблюдаются значительные различия между странами и областями. Например, в Гренландии и США о том, что они живут с обоими родителями, сообщают около 60% детей, тогда как в Италии, Греции, на Мальте и в бывшей Югославской Республике Македония об этом сообщают более 90%. Многие из этих различий объясняются культурными и общественными нормами и экономическими факторами. В частности, в тех странах Европейского региона, где меньше всего семей с одним родителем или приемных семей, часто существуют сильные религиозные традиции.

Приемные семьи чаще встречаются в странах Северной и Северо-Западной Европы, тогда как во многих странах восточной части Европейского региона намного выше доля семей с одним родителем. Например, в Уэльсе и Дании наблюдается почти равное количество семей с одним родителем и приемных семей, а в Латвии и Российской Федерации количество семей с одним родителем более чем в два раза превышает количество приемных семей.

Общение с родителями

Субъективно оцениваемая легкость общения с родителями значительно различается в разных странах (рис. 2.8, 2.9). Такие страны, как Нидерланды, Словения и бывшая Югославская Республика Македония, стабильно удерживаются в верхней четверти во всех половозрастных группах; другие же страны, такие, как Бельгия (франкоязычная часть) и США, стабильно находятся в нижней четверти.

В целом, молодым людям во всех возрастных группах и во всех странах и областях легче общаться с матерью, чем с отцом. Хотя существенных различий между мальчиками и девочками в легкости общения с матерью нет, были выявлены четкие гендерные различия в общении с отцом.

Во всех странах и областях девочкам труднее, чем мальчикам, разговаривать со своим отцом. К 15-ти годам менее половины девочек в более двух третей участвовавших в обследовании стран сообщают о легкости общения со своими отцами. Среди мальчиков в возрасте 15 лет это же наблюдается только на Мальте. На рисунках 2.10 и 2.11 показано, как субъективно воспринимаемая трудность общения с родителями растет по мере взросления во всех странах и областях. Среди девочек, в частности, трудность общения с отцами возрастает более резко.

Обсуждение результатов

Представленные в этом разделе данные дают широкую картину различных структур семьи, в которой живут молодые люди, и качества общения в рамках семьи. Структура семьи является лишь одним из многих факторов, которые необходимо учитывать при изучении семьи как среды, влияющей на здоровье и благополучие молодых людей. Связанные со здоровьем переменные часто в большей степени различаются внутри семейных структур, а не между ними, а объясняются эти различия часто могут социально-экономическими факторами или динамикой семьи. В главе 4 (сс. 185–189) описывается зависимость между структурой семьи, общением с родителями и переменными характеристиками последствий для здоровья.

Данные по структуре семьи представляют интерес и с чисто демографической точки зрения. Очень немногие международные исследования включают сбор информации о структуре семьи

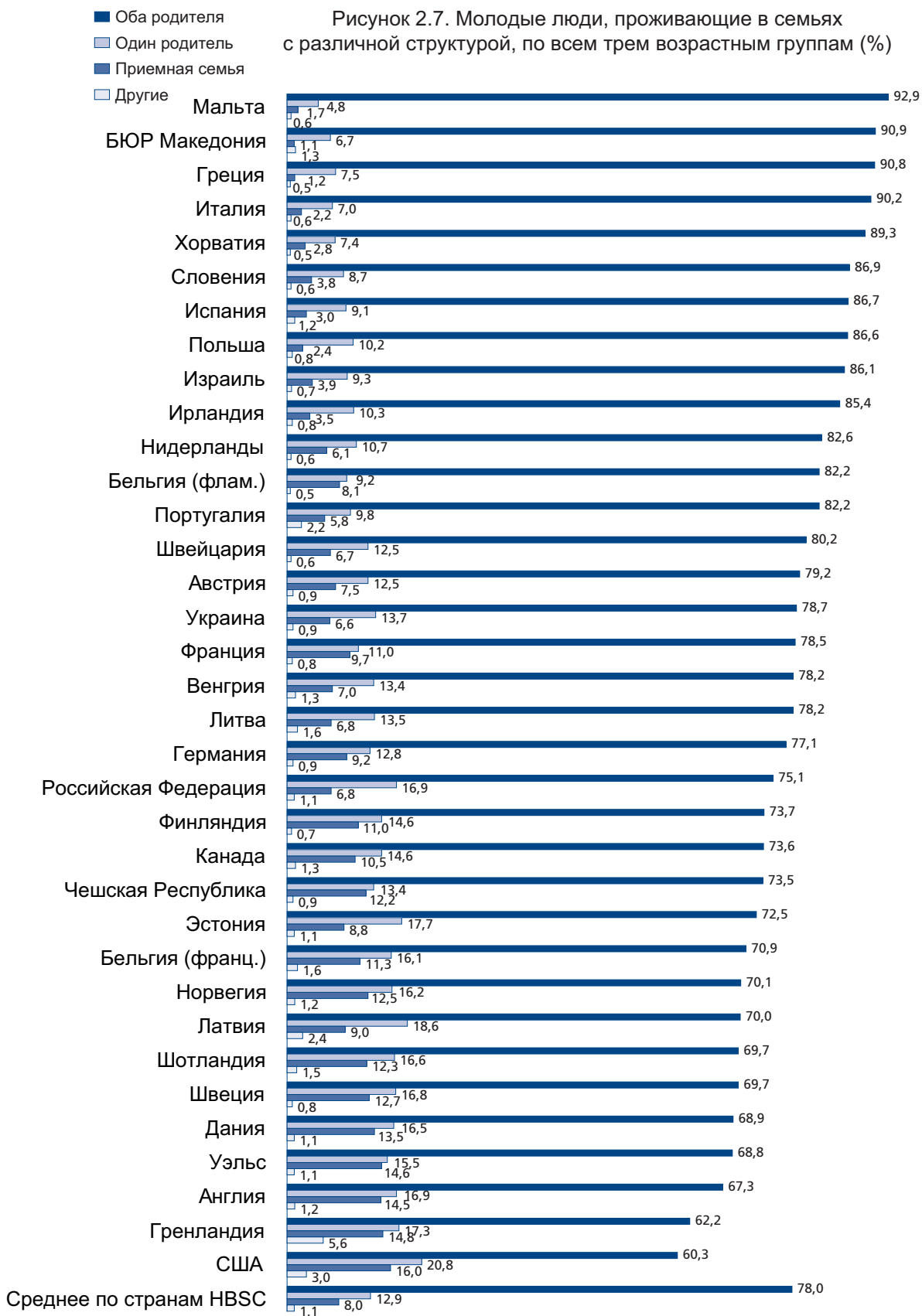


Рисунок 2.8. Молодые люди, которым легко разговаривать со своей матерью (%)

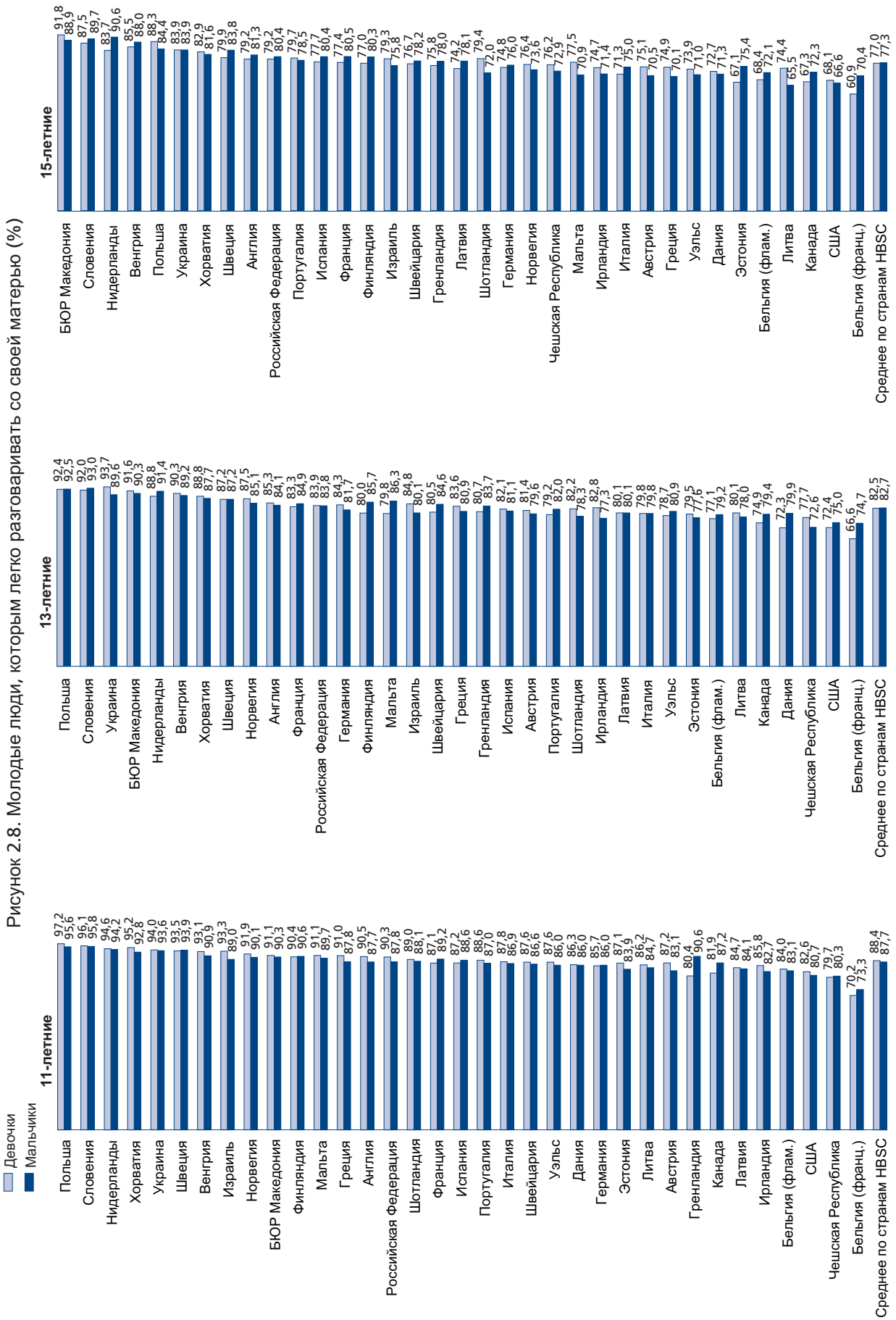


Рисунок 2.9. Молодые люди, которым легко разговаривать со своим отцом (%)

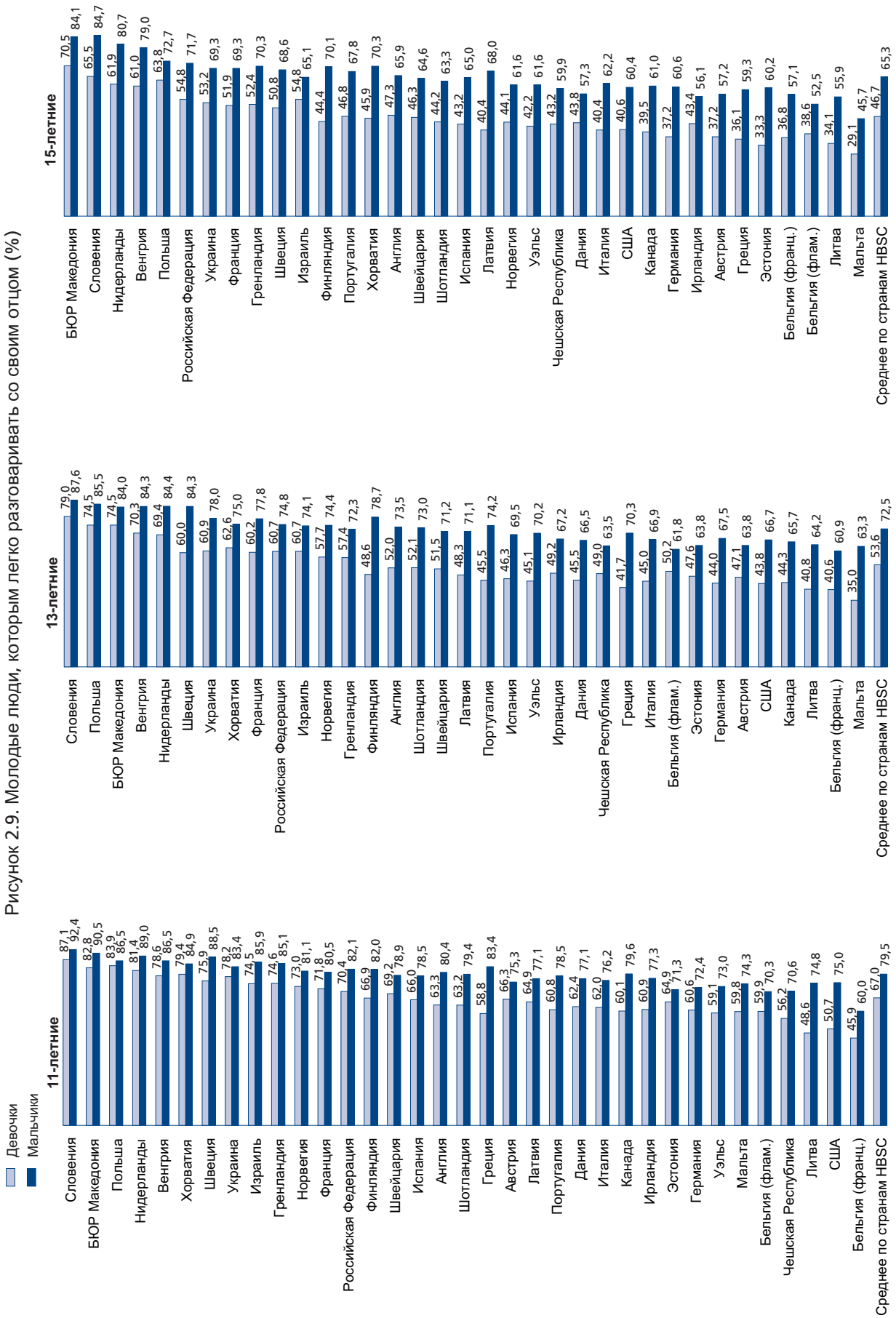


Рисунок 2.10. Молодые люди, которым трудно разговаривать со своей матерью (%)

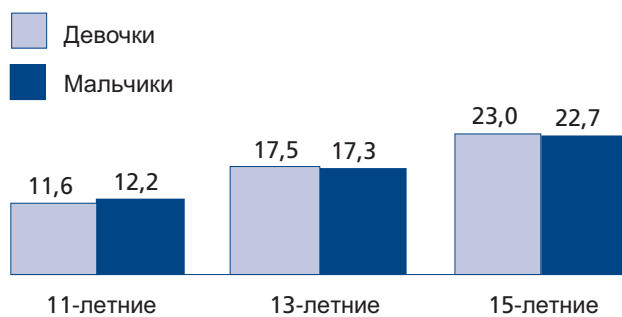
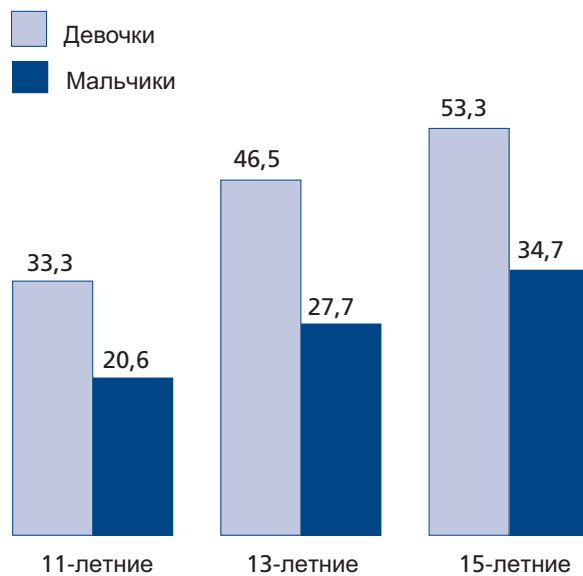


Рисунок 2.11. Молодые люди, которым трудно разговаривать со своим отцом (%)



с точки зрения ребёнка (15). Существующая демографическая информация такого рода часто основана на количествах браков и разводов, тогда как данные, представленные здесь, сообщали сами молодые люди, и касаются они как пар, живущих в гражданском браке, так и официальных супругов. Поэтому программа HBSC может вносить важный вклад в современные исследования, изучающие не только семью как среду, влияющую на здоровье молодых людей, но и демографию семьи во всех странах и областях.

Литература

1. Tinsley BJ et al. Health promotion for parents. In: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting. Practical issues in parenting*. Vol. 5. Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum Associates, 2002:311–328.
2. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
3. Cowan PA, Hetherington M, eds. *Family transitions*. Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum Associates, 1991.
4. Collins WA, Russell G. Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: a developmental analysis. *Developmental Review*, 1991, 11:99–136.
5. Oliva A. Desarrollo social durante la adolescencia [Развитие личности в подростковом периоде]. En: Palacios J, Marchesi A, Coll C, eds. *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* [Психология развития и обучение. Том 1. Психология развития]. Madrid, Alianza Editorial, Psicología y Educación, 1999:493–517.
6. Laursen B, Coy K, Collins WA. Reconsidering changes in parent–child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Development*, 1998, 69:817–832.
7. Smetana JG. Adolescents' and parents' reasoning about family conflict. *Child Development*, 1989, 59: 321–335.
8. Montemayor R, Eberly M, Flannery DJ. Effects of pubertal status and conversation topic on parent and adolescent affective expression. *Journal of Early Adolescence*, 1993, 13:431–447.
9. Steinberg L. We know some things: adolescent–parent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 2001, 11:1–20.
10. Coleman J, Hendry LB. *The nature of adolescence*, 3rd ed. London, Routledge, 1999.
11. Coleman J, Roker D, eds. *Supporting parents of teenagers. A handbook for professionals*. London, Jessica Kingsley Publishers, 2001.
12. Granado-Alcón MC, Pedersen M. Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 2001, 60:52–63.
13. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
14. Palacios J, Rodrigo MJ. La familia como contexto de desarrollo humano [Семья как среда для развития человека]. En: Rodrigo MJ, Palacios, J, eds. *Familia y desarrollo humano* [Семья и развитие человека]. Madrid, Alianza Editorial, Psicología y Educación, 1998:25–44.
15. Andersson G. Children's experience of family disruption and family formation: evidence from 16 FFS countries. *Demographic Research*, 2002, 7(7):343–363 (<http://www.demographic-research.org/>, взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).

Сверстники – Wolfgang Settertobulte и Margarida Gaspar de Matos

Введение

Исследование HBSC предназначено для того, чтобы охватить критически важный период в развитии, когда молодые люди приспосабливаются к физическим изменениям в организме, исследуют свою сексуальность, утверждают свою индивидуальность, пытаются получить большую независимость и все больше опираются на группы друзей. Во всем отчете постоянно подчеркивается важность влияния сверстников.

Группа сверстников оказывает несомненное воздействие на гигиеническое поведение и установки подростка, влияя на нормы и ценности и подкрепляя их, устанавливая социальную и культурную самобытность и задавая модели поведения. С точки зрения здоровья влияние сверстников носит сложный характер и содержит в себе как защитные факторы, так и факторы риска.

Положительное отношение и признание “своим” со стороны сверстников чрезвычайно важно для здорового развития молодых людей, и у тех, кто не смог интегрироваться в общество сверстников, гораздо чаще проявляются проблемы физического и психического здоровья (1). Изоляция от сверстников в подростковом возрасте может приводить к чувству одиночества и появлению симптомов, свидетельствующих о психологическом неблагополучии (2). Взаимные контакты с друзьями обычно улучшают социальные навыки и укрепляют способность справляться со стрессовыми событиями (3).

С другой стороны, в подростковом возрасте влияние друзей может приводить к рискованным формам поведения. В предыдущих обследованиях HBSC были выявлены более высокие проценты курения и потребления алкоголя и случаев алкогольного опьянения (4,5) среди тех молодых людей, которые часто встречаются со своими сверстниками по вечерам. Исследования культуры сверстников в подростковом возрасте показали, что характер круга дружеского общения, побуждающий подростка к рискованным формам поведения, или, наоборот, его защитный характер определяется субкультурной ориентацией группы (6,7). Еще предстоит выяснить, иницируются ли установки и поведение группой, или же молодые люди сами выбирают группы со сходными установками, чтобы укрепить их у себя. Вероятно, в какой-то мере верны обе гипотезы (8,9).

Из-за ограниченности места во всеобъемлющем списке вопросов обследования в рамках HBSC сосредоточены на изучении подверженности влиянию сверстников. Это позволяет выявить сеть социальных связей молодых людей и влияние сверстников в некоторой системе социальных отношений, включающей семью, школу и микрорайон.

Методы

В обследованиях HBSC для изучения подверженности влиянию сверстников были использованы два главных индикатора: размер группы дружеского общения и частота контактов с друзьями. В обследование 2001/2002 годов был включен дополнительный пункт: контакты с друзьями через электронные средства связи.

Вопрос о группе дружеского общения касался числа близких друзей и их пола. *Сколько близких друзей мужского и женского пола у вас есть в настоящее время?* Варианты ответа были дифференцированы по полу: *ни одного; один; два; три или более*. В представленных здесь таблицах показаны молодые люди, имеющие трех и более близких друзей, что указывает на наличие достаточно большой группы, в которой происходят изучаемые социальные процессы. Наличие только одного или двух близких друзей указывало бы на социальные связи другого вида.

Частота контактов с друзьями измерялась, во-первых, с помощью двух вопросов о встречах с друзьями днем и вечером. *Сколько дней в неделю вы обычно проводите время с друзьями сразу*

после школы? Были предложены варианты ответов от 0 дней до 5 дней (или 6 дней, в зависимости от системы школьного образования в стране). *Сколько вечеров в неделю вы обычно проводите со своими друзьями вне дома?* Были предложены варианты ответов от 0 вечеров до 7 вечеров.

В настоящем разделе представлены данные о тех молодых людях, которые сообщают, что встречаются с друзьями четыре раза в неделю или чаще, как сразу после школы, так и вечером.

Поскольку электронные средства связи приобретают все большее значение в повседневном общении, добавленный новый вопрос касался частоты контактов со сверстниками по телефону, электронной почте или посредством текстовых сообщений. *Как часто вы говорите со своим другом (друзьями) по телефону или посылаете текстовые сообщения или послания по электронной почте?* Были предложены следующие варианты ответов: *редко или никогда; 1 или 2 дня в неделю; 3 или 4 дня в неделю; 5 или 6 дней в неделю; каждый день*. В этом разделе представлены данные о тех, кто ответил, что общается с друзьями каждый день.

Результаты

Размер группы дружеского общения

Данные о среднем числе близких друзей различаются между странами и областями в неожиданно широких пределах (рис. 2.12). Во всех возрастных группах доля молодых людей, имеющих трех или более друзей своего пола, составляет 60–90%. Географическое распределение этих различий можно приблизительно представить по оси от северо-запада к юго-востоку Европейского региона. В то время как в англоязычных странах (Канада, Англия, Шотландия, США и Уэльс), в Израиле и в скандинавских странах этот показатель составляет 80–90% ответов, в средиземноморских и восточноевропейских странах частота такого ответа составляет около 70% или менее. Единственными исключениями оказались Финляндия и Гренландия, где частота такого ответа примерно 75%. Такая картина распределения устойчиво сохраняется во всех трех возрастных группах лишь с небольшой, статистически незначительной разницей.

Хотя обычно считается, что девочки характеризуются большей социальной привязанностью, результаты обследования в большинстве стран и областей показывают, что мальчики чаще имеют трех или более близких друзей. Исключениями здесь являются лишь англоязычные страны, скандинавские страны и Мальта. Внутри отдельных стран это гендерное различие устойчиво во всех возрастных группах.

По-видимому, на размер группы дружеского общения влияет культурная среда. Самым очевидным объяснением этого является различие в семантическом значении “близких друзей”. Это объяснение подкрепляется и тем фактом, что в группах стран со схожими типами языка наблюдается одинаковая частота ответов. Однако типом языка все же нельзя объяснить характер распределения – от высокой частоты на севере до более низкой частоты на юге. Это указывает на то, что в том, как молодые люди выбирают своих друзей, есть и культурные различия.

Частота контактов между сверстниками

Количество времени, которое молодые люди проводят со своими друзьями, может быть параметром, позволяющим довольно точно прогнозировать влияние группы сверстников на индивидуума, поскольку оно указывает на важное место, которое группа занимает в процессе развития личности. Частые встречи с друзьями часто ассоциируют с различными видами рискованного поведения. Подробнее этот вопрос рассматривается в главе 4 (с. 190–195).

На рисунке 2.13 показаны проценты молодых людей, которые днем проводят с друзьями время четыре дня в неделю или чаще. На уровне стран и областей связи между числом друзей и временем, которое они проводят вместе после школы, видимо, нет, поскольку ранжирование для этих двух переменных значительно различается. Тем не менее, на индивидуальном уровне картина может быть иной. Несомненно, большое влияние на географические различия оказывают различия в системах школьного образования: в тех странах, где учебное время обычно продолжается и после обеда, вероятность встречи с друзьями после школы меньше, чем в тех странах, где учеба в школе обычно заканчивается в обеденное время.

Рисунок 2.12. Молодые люди, имеющие трех и более близких друзей одного и того же пола (%)

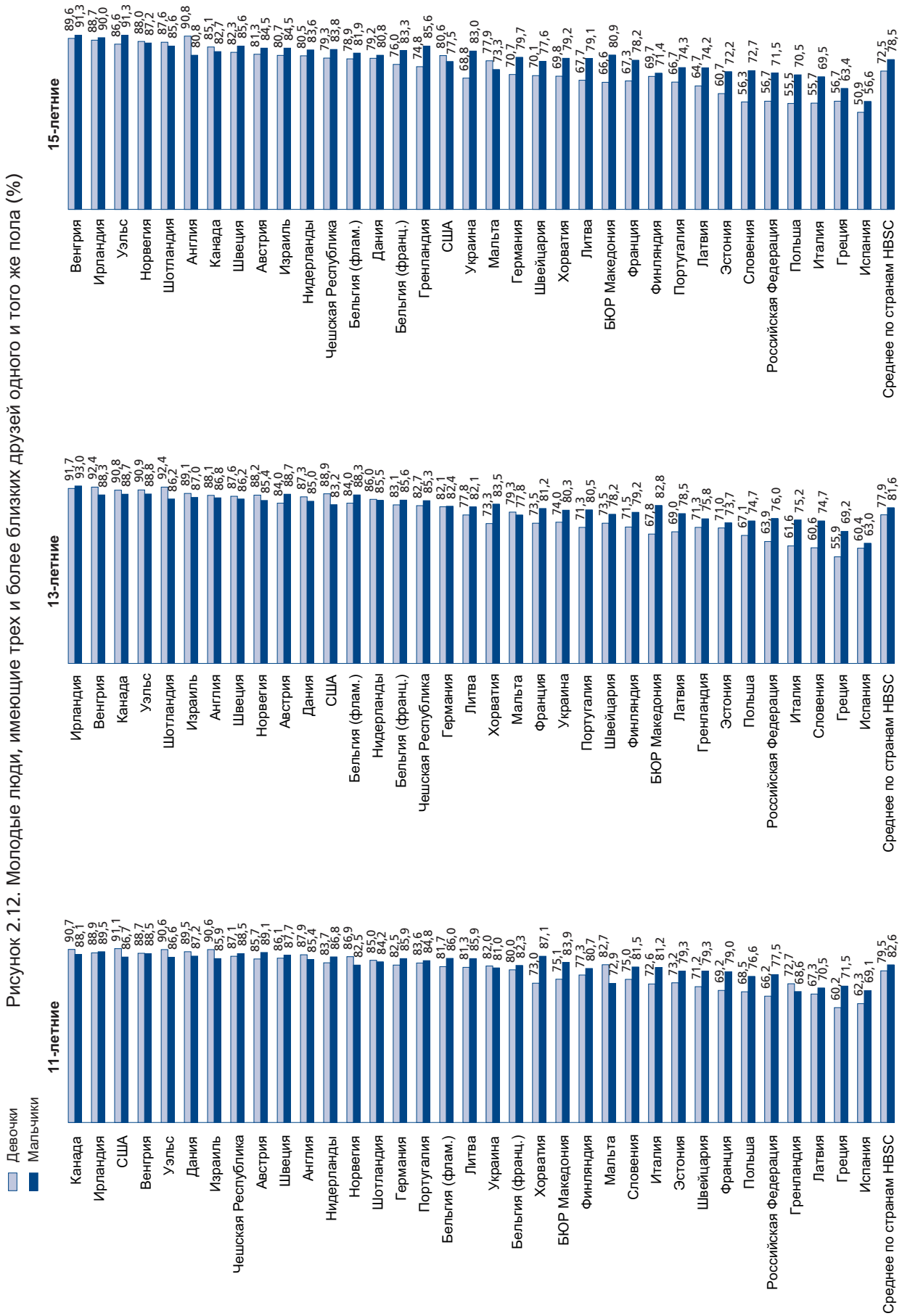
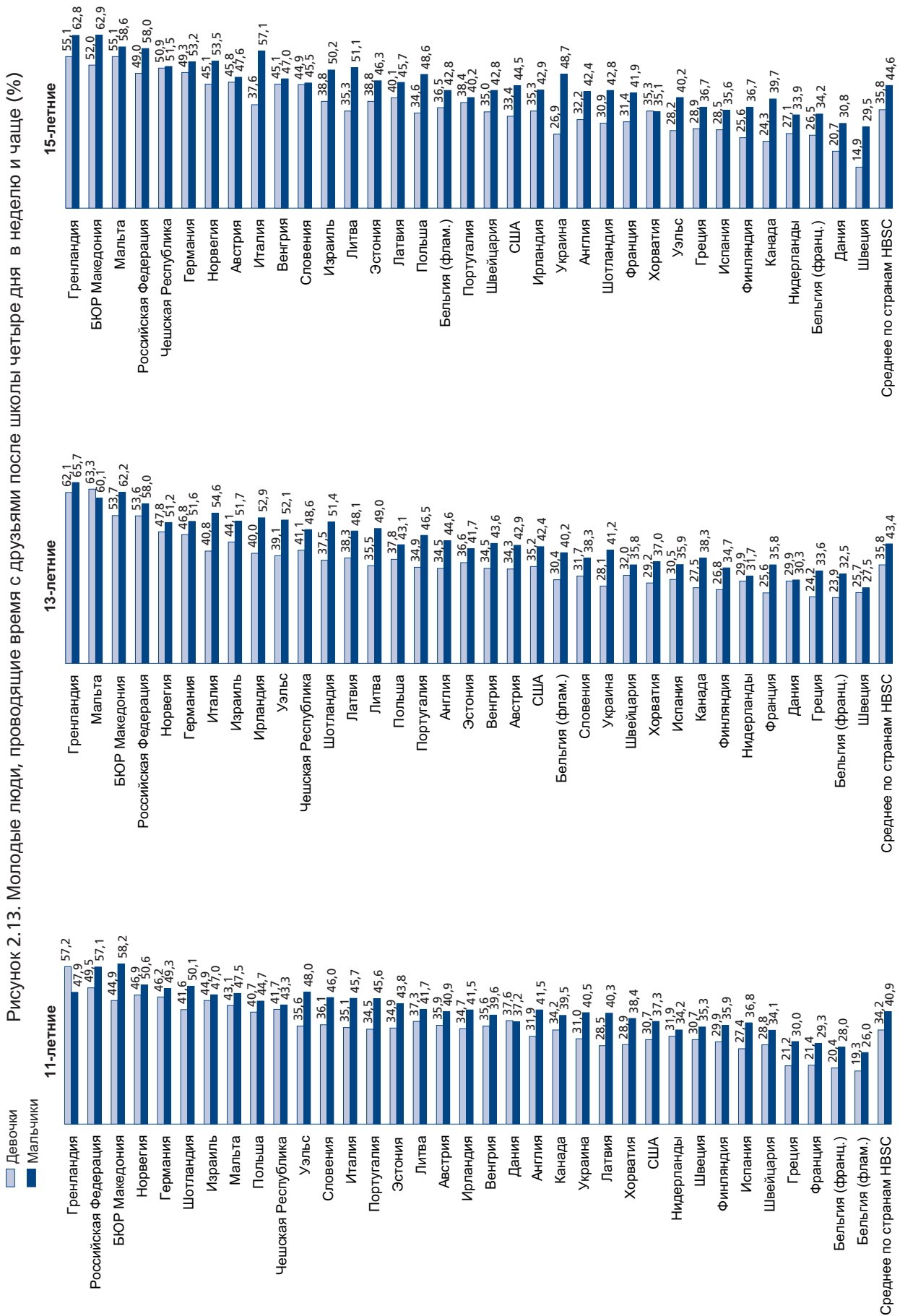


Рисунок 2.13. Молодые люди, проводящие время с друзьями после школы четыре дня в неделю и чаще (%)



Между странами и областями наблюдаются большие различия. Например, в Гренландии и на Мальте более 60% 13-летних молодых людей регулярно встречаются с друзьями после школы, а в Бельгии (франкоязычная часть), Греции и Швеции этот показатель составляет менее 30%. В большинстве стран и областей мальчики встречаются с друзьями после школы чаще, чем девочки (табл. 2.2).

Таблица 2.2. Молодые люди, проводящие время с друзьями после школы 4 раза в неделю и чаще (%)

Возрастные группы (лет)	Девочки (%)	Мальчики (%)	В среднем (%)
11	34,2	40,9	37,5
13	35,8	43,4	39,5
15	35,8	44,6	40,0

На рисунке 2.14 показано количество молодых людей, встречающихся с друзьями вечером четыре раза в неделю или чаще. И в этом случае различия между странами очень велики. Среди 11-летних детей процент варьирует от примерно 50% в Финляндии, Гренландии, Российской Федерации, Шотландии и Уэльсе до менее 10% в таких странах как, например, Бельгия (франкоязычная часть), Венгрия и Швейцария. Такое же распределение повторяется во всех возрастных группах. С возрастом постепенно увеличивается частота встреч с друзьями по вечерам и, как и можно было ожидать, это связано с большей степенью независимости, предоставляемой молодым людям по мере взросления.

Во всех странах и регионах, кроме Гренландии, мальчики встречаются со своими друзьями по вечерам чаще, чем девочки. Гендерные различия в этой переменной в целом проявляют географическую закономерность: во всех возрастных группах различие между мальчиками и девочками увеличивается с севера на юг.

Контакты по электронным каналам связи

За последние годы доступность и использование электронных средств связи резко возросли, в особенности в связи с бумом использования мобильных телефонов. Исходя из предположения о том, что такой способ контактов между сверстниками может стать еще одним аспектом взаимного воздействия сверстников, в стандартную международную анкету в обследовании 2001/2002 годов был добавлен вопрос о частоте таких контактов.

Диапазон различий между странами и областями снова оказался очень большим (рис. 2.15). Например, в Российской Федерации 48% 11-летних девочек сообщают о ежедневных контактах с друзьями с помощью электронных средств связи, а во Франции этот показатель составил лишь 3%. С возрастом использование электронных средств связи в большинстве стран и областей увеличивается, особенно между 11 и 13 годами. Среди 15-летних в некоторых странах и областях оно возрастает еще больше, а в некоторых остаётся постоянным, как, например, в Российской Федерации. Здесь лидирующие позиции по частоте контактов занимают Хорватия, Дания, Греция, Израиль и Норвегия, где показатели составляют около 50%. За очень немногими исключениями во всех возрастных группах девочки чаще, чем мальчики, используют электронные средства для того, чтобы общаться со своими друзьями. В большинстве стран и областей это гендерное различие с возрастом увеличивается.

В отличие от встреч с друзьями по вечерам, этот вид контактов со сверстниками не имеет заметных географических или культурных особенностей. Конечно же, уровень использования электронных средств связи молодыми людьми зависит от таких обстоятельств, как доступность и стоимость систем и аппаратов связи.

Рисунок 2.14. Молодые люди, проводящие время с друзьями вечером четыре раза в неделю и чаще (%)

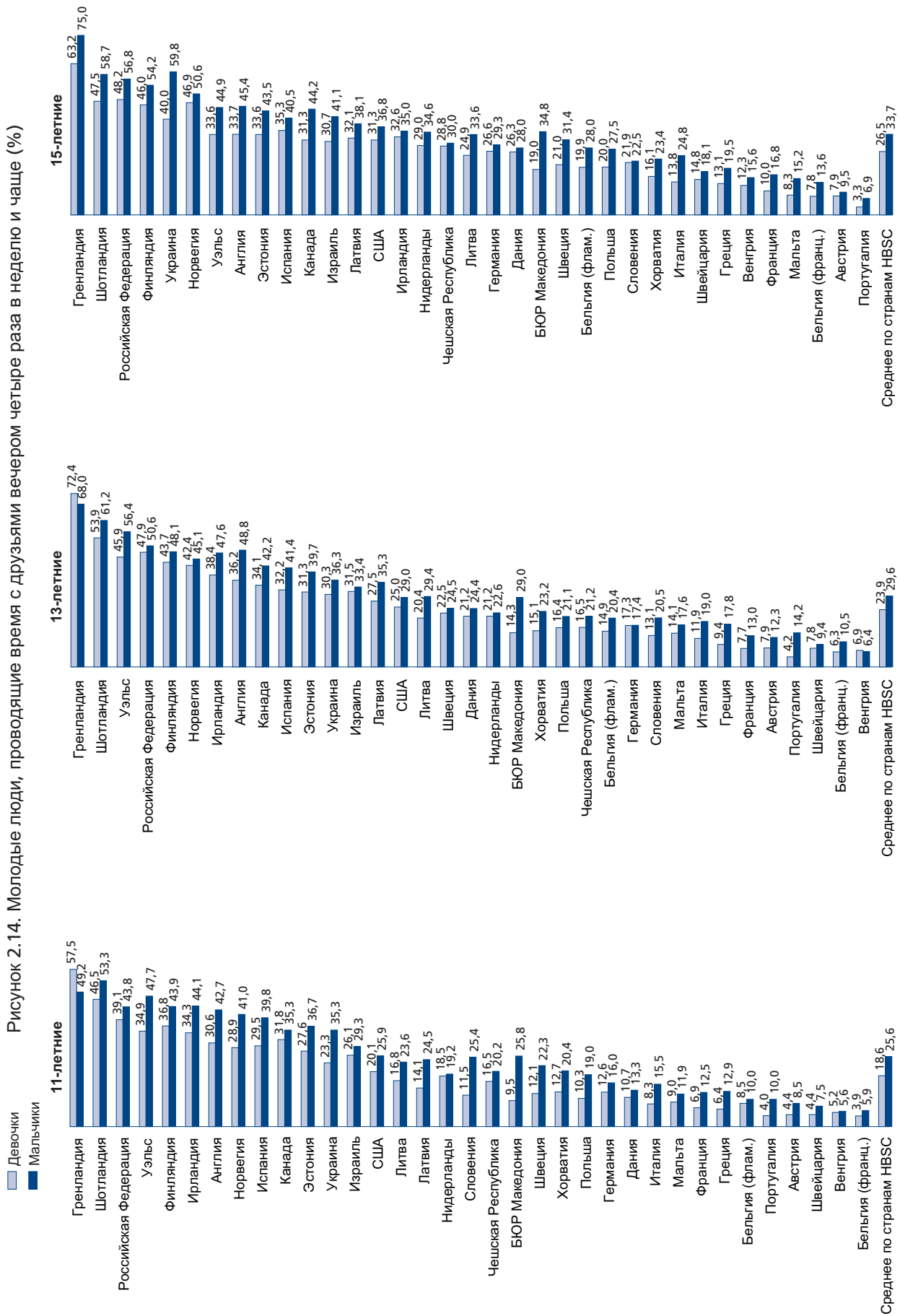
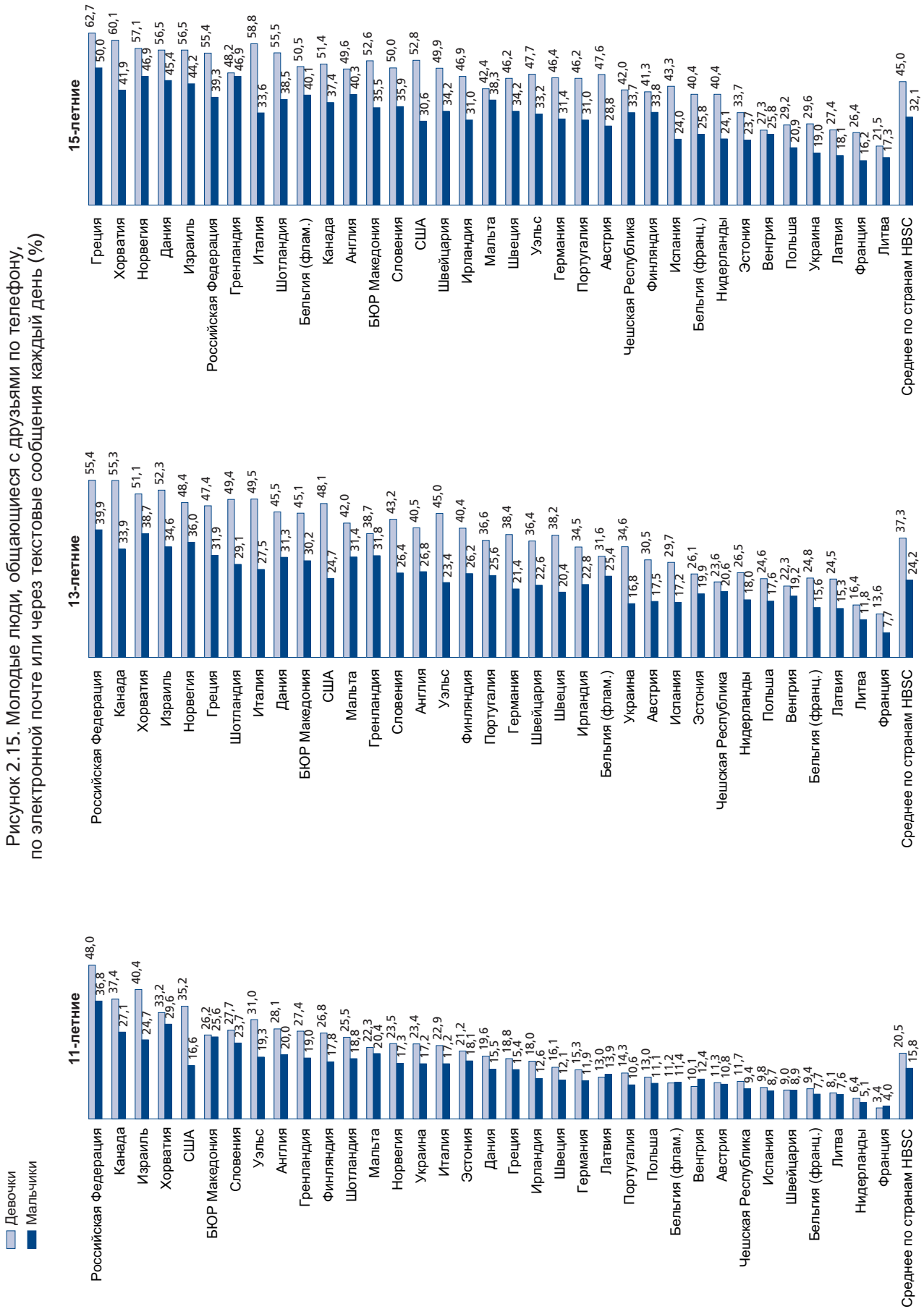


Рисунок 2.15. Молодые люди, общающиеся с друзьями по телефону, по электронной почте или через текстовые сообщения каждый день (%)



Обсуждение результатов

Общение со сверстниками в Европейском регионе и в Северной Америке увеличивается по мере взросления во всех культурных средах, так как в период полового созревания молодые люди расширяют социальную сеть контактов со своими сверстниками. На наступление и скорость этого процесса влияют несколько факторов, таких, как культурные нормы, традиции и возможности. Предположительно, на возможности контактов между сверстниками в младшей возрастной группе влияет система школьного образования и организованный досуг, а в старших возрастных группах эти контакты все чаще организуются самостоятельно и происходят в других условиях.

В странах Южной Европы мальчики собираются по вечерам чаще, чем девочки. Возможно, у них больше свободы, или же девочки предпочитают проводить больше времени, выполняя домашнюю работу (см. главу 3, сс. 104–116) или занимаясь чем-нибудь другим.

Общение по электронной почте или по телефону увеличивается с возрастом и может способствовать укреплению связей в группах дружеского общения. Более высокая частота использования электронных средств связи среди девочек может быть связана с тем, что они реже проводят вечера с друзьями. В главе 4 (сс. 190–195) рассматривается влияние размера группы сверстников и частоты контактов с друзьями на последствия для здоровья и обращается особое внимание на гендерные различия.

Литература

1. Page RM, Scanlan A, Deringer N. Childhood loneliness and isolation: implications and strategies for childhood educators. *Child Study Journal*, 24(2):107–118.
2. Muuss R, Porton H. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
3. Berndt TJ. Friendship and friends' influence in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 1992, 1(5):156–159.
4. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
5. Settertobulte W. Family and peer relations. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002:39–48 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
6. Berndt TJ, Savin-Williams RC. Variations in friendships and peer-group relationships in adolescence. In: Tolan P, Cohler B, eds. *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. New York, Wiley, 1993.
7. Cohen J. High school subculture and the adolescent world. *Adolescence*, 1979, 14(55):491–502.
8. Abrams D, Hogg MA. Social identification, self-categorisation and social influence. In: Stroebe W, Hewstone MRC, eds. *European review of social psychology*, Vol. 1. Bountiful, UT, Horizon Pubs & Distributors, 1990:195–228.
9. Hopkins N. Peer group processes and adolescent health related behaviour: more than 'peer group pressure'? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1994, 4:329–345.

Школа – Oddrun Samdal, Wolfgang Dür и John Freeman

Введение

Системы школьного образования стран и областей, участвующих в исследовании HBSC, значительно различаются по всем параметрам – от национальной политики в области образования до ресурсов, выделяемых школам, причем внутри каждой страны школы тоже сильно различаются между собой. Однако независимо от системы образования, школа оказывает огромное влияние на жизнь молодых людей во всех странах.

Школьная среда или психосоциальный климат в школе изучались главным образом с точки зрения улучшения успеваемости молодых людей (1–3), однако они представляют огромный интерес и точки зрения здоровья (4–6). Молодые люди, которым нравится ходить в школу, чаще испытывают чувство удовлетворенности собой и сообщают о высоком уровне субъективного благополучия. Напротив, молодые люди, которым не нравится школа, чаще учатся неудовлетворительно, что может приводить к ощущениям стресса. Это, в свою очередь, может приводить к субъективным жалобам на здоровье и к низкой степени удовлетворенности жизнью. Очевидно, что эта связь является двунаправленной, то есть молодые люди, у которых меньше субъективных жалоб на здоровье и которые больше удовлетворены жизнью, с большей вероятностью будут хорошо учиться в школе (7).

Изучение влияния школьной среды на здоровье и благополучие молодых людей как в школе, так и в целом представляет большую ценность (6,8). Школа относится к числу основных сред, в которых дети живут на протяжении по крайней мере 9–10 лет своей жизни. Так как молодые люди проводят в школе по 6–8 часов в день, выполняя свою работу учащихся, их положение можно сравнить с положением взрослых в их рабочей среде. Научными исследованиями было установлено, что психосоциальные аспекты рабочей среды оказывают влияние на здоровье взрослых, оцениваемое с их слов, и на их гигиеническое поведение (9,10). По аналогии с этим, повседневная жизнь в школе также может оказывать влияние на здоровье и благополучие молодых людей, хотя точный характер этого влияния менее очевиден.

Наш интерес к изучению жизни молодых людей в школе основывается на выявленной предыдущими обследованиями в рамках HBSC тесной зависимости между отношением к школе и состоянием здоровья со слов учащегося и его гигиеническим поведением (11–13). Чем больше молодым людям нравится школа, тем меньше они склонны к курению или употреблению алкоголя и тем больше вероятность того, они будут чувствовать себя довольными жизнью. Для того, чтобы лучше понять формирование здоровья и гигиенического поведения молодых людей, необходимо определить аспекты школьной среды, которые усиливают или ослабляют чувство удовлетворенности. С этой точки зрения школу можно рассматривать как ресурс укрепления или как фактор риска для здоровья молодых людей. Поскольку отношение к школе несомненно оказывает влияние на здоровье и гигиеническое поведение молодых людей, оно является одним из ключевых концепций исследования HBSC. В исследование также включена успеваемость молодых людей, чтобы определить, каким образом она связана с отношением к школе и, возможно, со здоровьем, оцениваемым со слов молодых людей, и гигиеническим поведением.

В исследованиях рабочей среды взрослых эта среда рассматривается на уровне всей организации и целостно, и ставится цель изучить воздействие организации труда на удовлетворенность работой и на общее состояние здоровья и благополучие. При этом изучаются три ключевых аспекта рабочей среды (10,14): самостоятельность и контроль, субъективно воспринимаемые требования и субъективно воспринимаемая поддержка. Основной акцент делается на то, каким образом уравниваются контроль и требования и каким образом поддержка компенсирует любой субъективно воспринимаемый дисбаланс. В исследовании HBSC были выбраны эквивалентные концепции: поддержка сверстников и субъективно воспринимаемая школьная нагрузка или требования. Это позволяет изучить связь между психическим напряжением и поддержкой с одной стороны и удовлетворенностью молодых людей школой и успеваемостью с другой.

Межличностные отношения, складывающиеся в школьном коллективе, могут иметь большое значение для благополучия молодых людей. Особое внимание уделяется поддержке, поскольку отношения между сверстниками имеют в жизни детей школьного возраста ключевое значение (15). Субъективно воспринимаемая школьная нагрузка может иметь особенно большое значение для восприятия молодыми людьми нервного напряжения, и, следовательно, для здоровья. Более того, эта концепция тесно связана с академической успеваемостью.

Наконец, отношение к школе связано с академической успеваемостью. Дети, которым нравится школа, обычно учатся лучше, и наоборот (16). Более того, все эти четыре концепции пересекаются друг с другом. Например, учащимся, которые испытывают высокий уровень школьной нагрузки, школа, вероятно, будет нравиться меньше, особенно если они не получают высоких оценок или не ощущают поддержки сверстников.

Методы

Четыре основных концепции измерялись шестью пунктами.

Отношение к школе определялось с помощью одного пункта: *Как вы относитесь к школе в настоящее время?* Были предложены следующие варианты ответов: *очень нравится; немного нравится; не очень нравится; совсем не нравится.*

Другой пункт касался успеваемости: *По вашему мнению, как ваш классный руководитель (учителя) оценивает вашу успеваемость по сравнению с успеваемостью одноклассников?* Были предложены следующие варианты ответов: *очень хорошо; хорошо; средне; ниже среднего.*

Поддержка сверстников измерялась тремя пунктами в форме утверждений, с которыми респондентов просили согласиться или не согласиться. *Учащимся моего класса (классов) нравится быть вместе. Большинство учащихся моего класса (классов) добрые и отзывчивые. Другие учащиеся принимают меня таким, какой я есть.* Были предложены следующие варианты ответов: *полностью согласен; согласен; и да, и нет; не согласен; совершенно не согласен.*

Заключительный пункт позволял измерить школьную нагрузку. *Насколько трудной вам кажется школьная работа, которую вы должны выполнять?* Были предложены следующие варианты ответов: *нисколько не трудной; немного трудной; трудной; очень трудной.*

Результаты

Положительное отношение к школе

Положительное отношение к школе снижается с возрастом во всех странах и областях (рис. 2.16). В целом школа больше нравится девочкам, чем мальчикам.

Процент детей, сообщающих о том, что им очень нравится школа, различается в разных странах и областях в огромных пределах. В бывшей Югославской Республике Македонии о высокой степени удовлетворенности школой сообщают более 80% 11-летних и более 50% 13-летних и 15-летних. В Хорватии, Чешской Республике, Эстонии и Финляндии такие ответы составляют менее 20% среди 11-летних и 10% среди 13- и 15-летних молодых людей. В большинстве стран и областей школа очень нравится 25–50% 11-летних и 10–20% 13- и 15-летних. Это можно считать довольно низким уровнем удовлетворенности школой.

Академическая успеваемость

На рисунке 2.17 показано, что доля молодых людей, сообщающих о хорошей или очень хорошей успеваемости, с возрастом снижается, но не так существенно, как по показателю положительного отношения к школе. Как и в случае отношения к школе, девочки чаще сообщают о хороших результатах учебы.

Хотя страны и области различаются по доле молодых людей, которые сообщают о хороших результатах учебы, эти различия не так велики, как различия в отношении удовлетворенности школой. В Хорватии, Греции и Македонии о высокой успеваемости сообщают около 90% 11-летних и более 70% 13- и 15-летних молодых людей. А вот в Эстонии, Российской Федерации и на Украине о таком же уровне успеваемости сообщают только 35–50% молодых людей во всех трех возрастных группах. Аналогичная ситуация среди 13- и 15-летних школьников наблюдается в Германии.

Рисунок 2.16. Молодые люди, которым очень нравится школа (%)

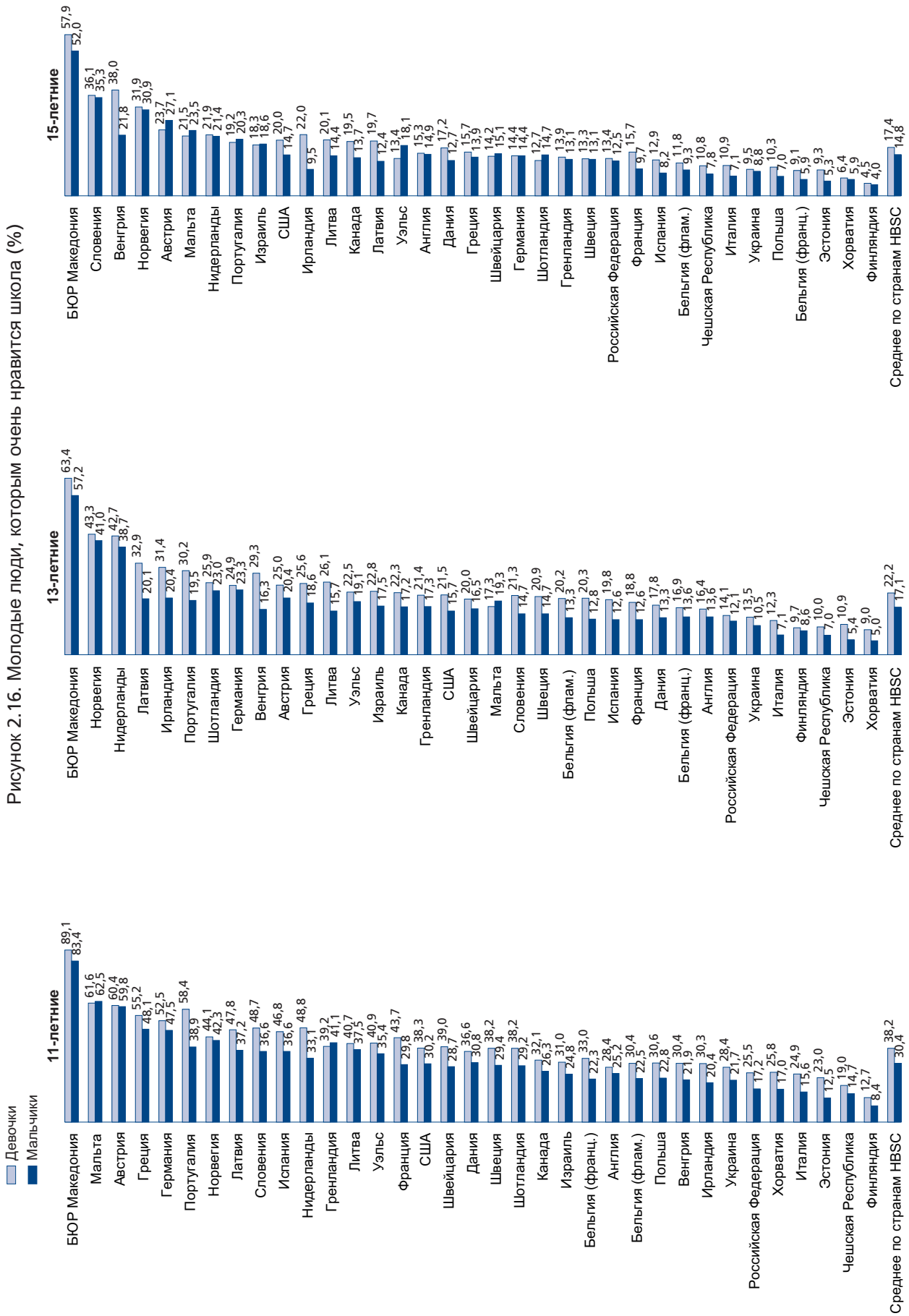
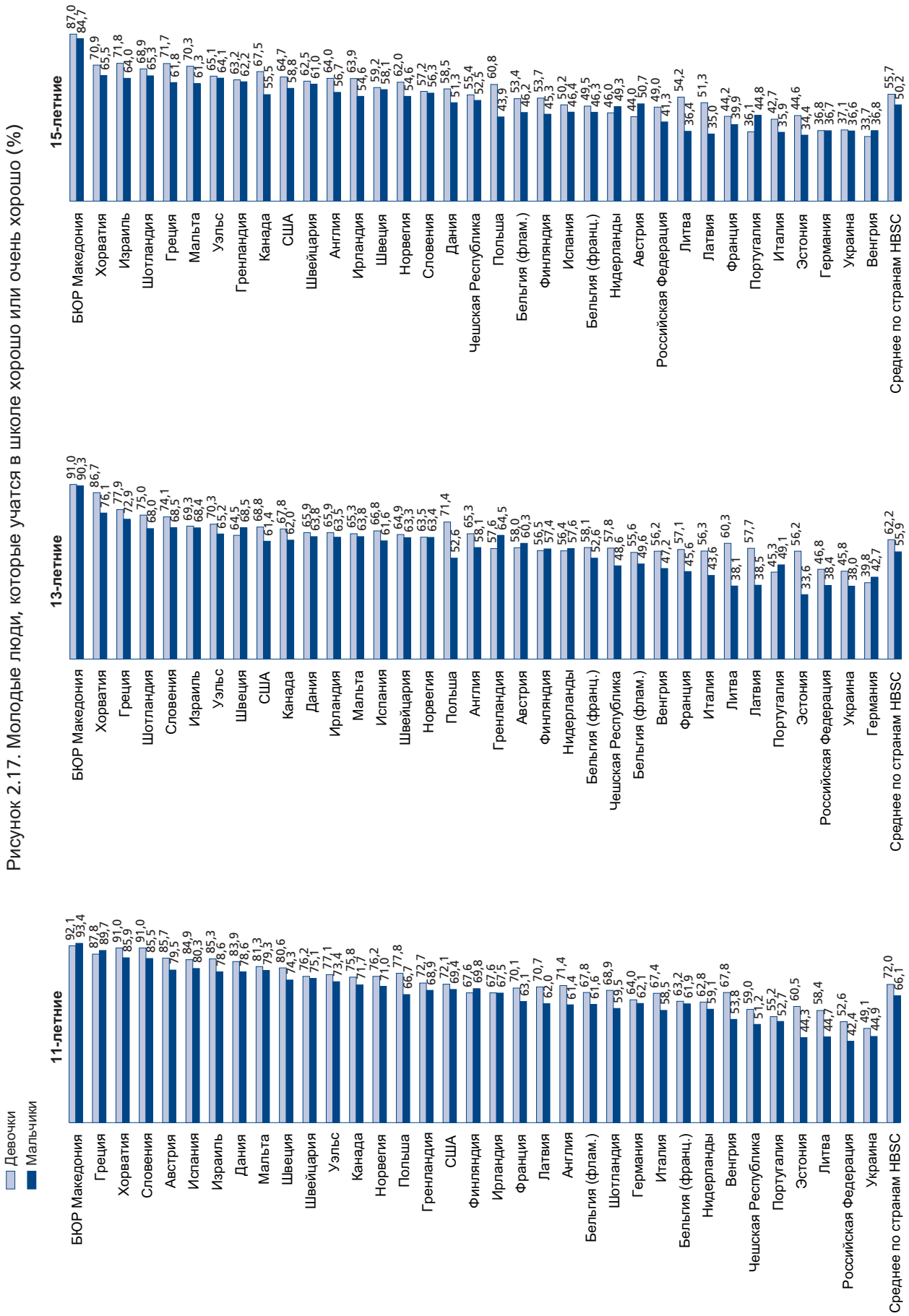


Рисунок 2.17. Молодые люди, которые учатся в школе хорошо или очень хорошо (%)



Поддержка сверстников

Во всех странах и областях общие результаты по трем пунктам, измеряющим поддержку сверстников (процент респондентов, согласных или абсолютно согласных с тем, что их сверстникам нравится быть вместе, что их сверстники принимают их и что их сверстники являются добрыми и отзывчивыми), оказались весьма схожими. В качестве примера здесь представлены только данные о молодых людях, согласных с тем, что их сверстники добры и отзывчивы (рис. 2.18).

Различия между возрастными группами не выражены, однако процент детей, согласных с тем, что их сверстники добры и отзывчивы, среди 11-летних обычно выше, чем среди 13- и 15-летних. Различия между мальчиками и девочками незначительны. Диапазон различий между странами и регионами аналогичен диапазону различий в успеваемости. В верхней части диапазона 80–90% 11-летних и 70–80% 13- и 15-летних в Португалии, Швеции, Швейцарии и бывшей Югославской Республике Македонии согласны с утверждением, предложенным в пункте вопросника. Соответствующие показатели в нижней части диапазона составляют 30%–50% среди всех трех возрастных групп в Чешской Республике, Англии и Российской Федерации

Ощущение школьной нагрузки

Ответы об ощущении школьной нагрузки различаются очень широко и характеризуются тем же распределением, что и ответы об отношении к школе (рис. 2.19). Во всех странах и областях чем старше школьники, тем больше ощущаемая ими школьная нагрузка. В целом, в возрастной группе 15 лет девочки ощущают школьную нагрузку сильнее, чем мальчики, но среди 11–13 летних гендерные различия не настолько очевидны.

Наибольшая школьная нагрузка ложится, по-видимому, на молодых людей во всех трех возрастных группах в Литве и на Мальте: около 44% 11-летних и 65%–80% 13- и 15-летних сообщают о том, что ощущают некоторую или большую нагрузку школьной учебы. Меньше всего молодых людей сообщают об ощущении школьной нагрузки в Нидерландах (во всех трех возрастных группах), Австрии (11 и 13 лет), Бельгии (франкоязычная часть) и Германии (13 и 15 лет). В этих странах и областях около 25% молодых людей сообщили о трудности учебы в школе, за исключением 11- и 13-летних школьников в Нидерландах (соответственно 5% и 13%) и 11-летних молодых людей в Австрии (10%).

Взаимосвязь между изученными факторами

Данные по всем возрастным группам демонстрируют положительную зависимость между академической успеваемостью и положительным отношением к школе: $r = 0,26$ для 11-летних, $r = 0,28$ для 13-летних и $r = 0,29$ для 15-летних (коэффициент корреляции Пирсона). Поскольку данные являются одномоментными, вывести вектор этой зависимости невозможно, то есть нельзя определить, влияет ли академическая успеваемость, о которой сообщает респондент, на положительное отношение к школе, или наоборот. Теоретически существуют аргументы в поддержку обеих точек зрения. Логично предположить, что молодые люди, которые хорошо успевают и достигают наиболее важных целей школьного обучения, более склонны к положительному отношению к школе, но можно утверждать и то, что учащиеся, которые любят школу, имеют больше заинтересованности и мотивации к тому, чтобы хорошо учиться.

В практическом плане это означает, что, если эта зависимость является причинно-следственной, то улучшение условий в одной области может содействовать улучшению в другой. Таким образом, мы исследовали аспекты психосоциального климата школы и то, как они связаны с этими факторами.

Анализ данных по всем странам и областям показывает наличие слабо-умеренной зависимости для каждой возрастной группы между академической успеваемостью с одной стороны и поддержкой сверстников и восприятием школьной нагрузки с другой (табл. 2.3). Последняя зависимость отрицательная, из чего следует, что чем больше субъективно ощущаемая школьная нагрузка, тем ниже академическая успеваемость. Конечно, эту зависимость можно в равной мере толковать и наоборот: чем больше молодые люди чувствуют, что учителя не

Рисунок 2.18. Молодые люди, считающие, что их сверстники добры и отзывчивы (%)

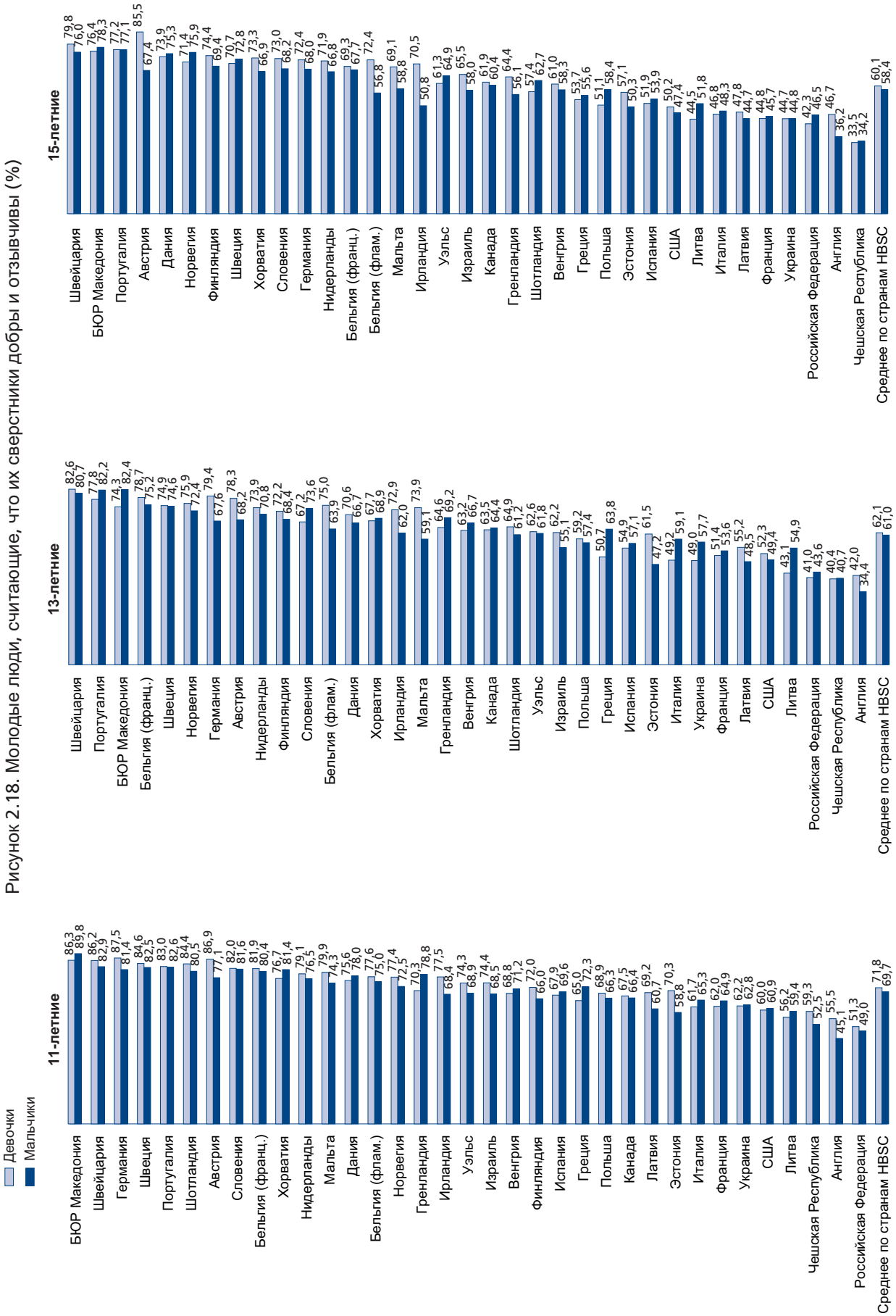


Рисунок 2.19. Молодые люди, ощущающие тяжесть школьной нагрузки (%)

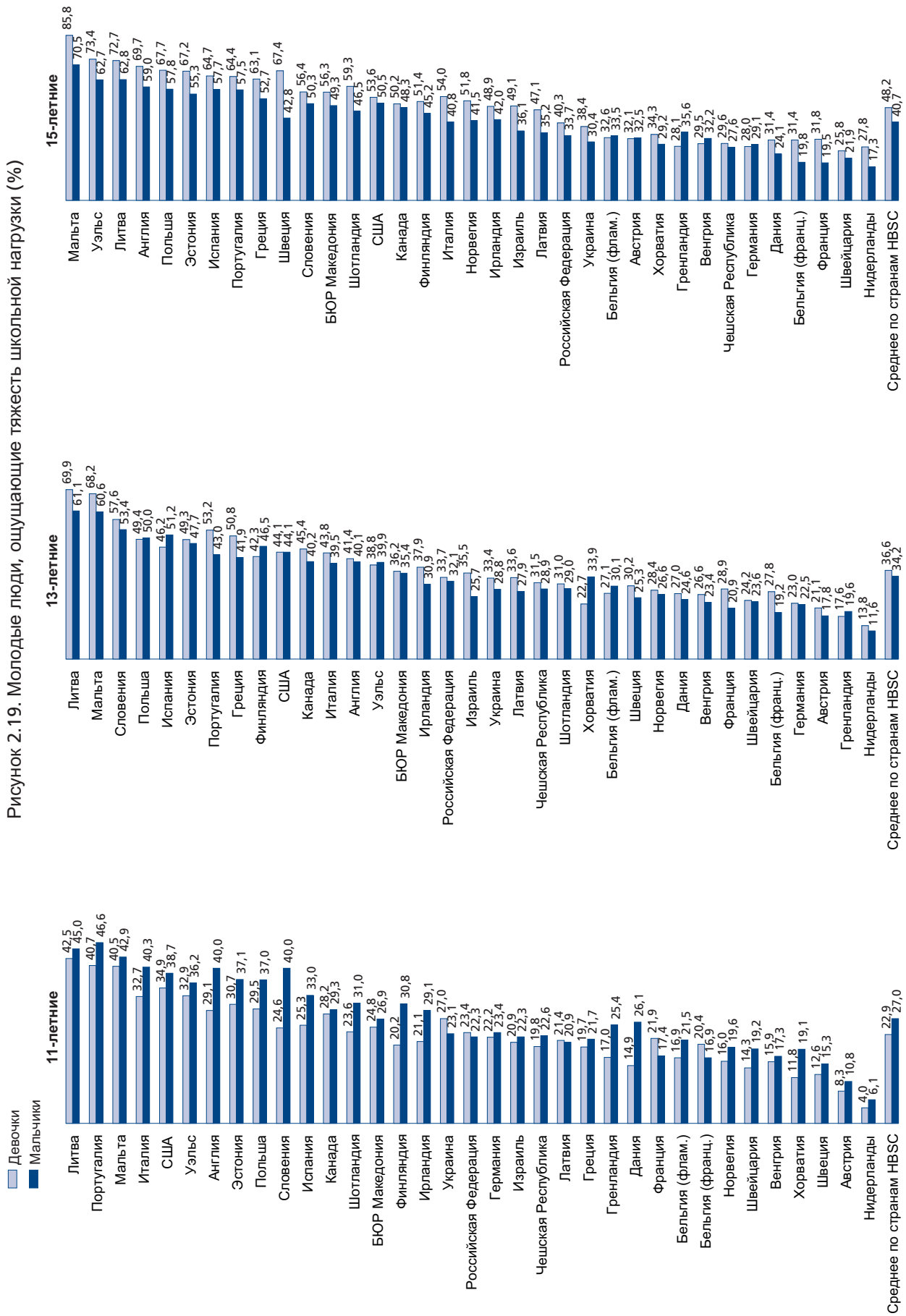


Таблица 2.3. Корреляция^a между поддержкой со стороны сверстников, ощущением тяжести школьной нагрузки, академической успеваемостью и положительным отношением к школе (коэффициент корреляции Пирсона)

Факторы	Успеваемость			Положительное отношение к школе		
	11 лет	13 лет	15 лет	11 лет	13 лет	15 лет
Поддержка сверстников	0,14	0,10	0,09	0,24	0,22	0,23
Ощущение тяжести школьной нагрузки	-0,18	-0,13	-0,06	-0,26	-0,22	-0,15

^a Статистическая значимость $P \leq 0,01$.

удовлетворены их успеваемостью, тем больше вероятность, что их будет “давить” школьная нагрузка. Независимо от того, как толковать этот вектор, очевидная зависимость между этими факторами подчеркивает, насколько важно, чтобы учителя поддерживали разумный баланс в своих требованиях к ученикам.

Зависимость между поддержкой со стороны сверстников и академической успеваемостью является положительной, то есть молодые люди, чувствующие, что они пользуются поддержкой своих сверстников, обычно сообщают о хорошей успеваемости. Эта зависимость ослабевает по мере взросления, равно как и связь с восприятием школьной нагрузки.

Умеренную зависимость между положительным отношением к школе с одной стороны и поддержкой сверстников и восприятием школьной нагрузки с другой стороны можно наблюдать во всех возрастных группах, хотя последний тип зависимости является негативным. В отличие от академической успеваемости, сила связи между поддержкой со стороны сверстников и положительным отношением к школе не снижается. Это указывает на то, что указанные зависимости остаются устойчивыми во всех трех возрастных группах на протяжении всего охваченного обследованием периода.

Однако сила зависимости между ощущением тяжести школьной нагрузки и положительным отношением к школе с возрастом несколько снижается: это свидетельствует о том, что ощущение тяжести школьной нагрузки может оказывать не такое уж сильное влияние по мере того, как учащиеся вырастают или научаются справляться с этой нагрузкой.

Обсуждение результатов

Возрастные и гендерные различия в восприятии школы

В ходе обследования в рамках HBSC в 2001/2002 годах были выявлены возрастные и гендерные различия в двух итоговых критериях: положительное отношение к школе и академическая успеваемость. Старшим респондентам школа, по всей видимости, нравится меньше, и они считают, что у них хуже успеваемость. Девочки чаще, чем мальчики, сообщают о том, что им нравится школа и что они хорошо учатся. Эти различия показывают, что школа не создает однородной среды для всех. Этот важный факт следует учитывать при исследовании влияния школы на здоровье молодых людей.

Субъективно ощущаемая поддержка сверстников мало зависит от возраста и пола. Учитывая положительную зависимость во всех возрастных группах между получением поддержки сверстников с одной стороны и положительным отношением к школе и хорошей успеваемостью с другой, ощущение такой поддержки должно стать важной частью развития школьного образования: это одно из фундаментальных условий успешной учебы в школе. Это

наблюдение выглядит особенно актуальным с точки зрения здоровья, поскольку поддержка сверстников важна для благополучия молодых людей, особенно когда они становятся старше (17,18) (см. главу 4, сс. 190–195). Высокий уровень субъективно воспринимаемой поддержки сверстников может, таким образом, являться своеобразной защитой от отрицательных последствий для здоровья ощущения тяжести школьной нагрузки.

Ощущаемая тяжесть школьной нагрузки увеличивается с возрастом и в наибольшей степени проявляется среди девочек в возрасте 15 лет. Это увеличение может быть связано с растущей важностью получения хороших оценок на экзаменах. Было установлено, что определенное ощущение тяжести школьной нагрузки помогает добиваться хорошей успеваемости, так как стимулирует положительное стремление. Однако ощущение того, что нагрузка превосходит способности, будет, скорее всего, негативным фактором и может привести к неудачам, а это может повлиять на мотивацию и результаты учебы (2,19).

Возможно и другое толкование: по мере взросления уменьшается вероятность того, что молодые люди будут положительно относиться к предъявляемым к ним требованиям учителей. У них повышается способность контролировать и формировать свои показатели учебы, что может вести к выработке большей ответственности за учебу и к усилению ощущаемых трудностей. Кроме того, в период полового созревания у молодых людей есть и другие задачи, связанные с развитием, и эти задачи не менее, а может быть и более важны для них, чем учеба в школе.

Диапазон выявленных различий между странами

По всем критериям восприятия школы между странами и областями наблюдаются существенные различия. Ранжирование сохраняется достаточно устойчиво, особенно среди стран в нижней четверти. Большинство стран и областей, находящихся на низком уровне по показателю положительного отношения к школе, также находятся на низком уровне по критерию поддержки сверстников и на высоком уровне по ощущению тяжести школьной нагрузки.

Эти различия, несомненно, отражают различия в школьной среде и системах образования. Изучение и анализ таких демографических факторов выходят за рамки данного отчета, однако некоторые страны провели отдельное обследование на уровне школ для выяснения проблем школьной политики в отношении психосоциальной среды в школе. Эти данные могут пролить больше света на выявленные различия.

Возрастные различия в зависимости между школьной жизнью и положительным отношением к школе

Сила зависимости между поддержкой сверстников и положительным отношением к школе одинакова во всех возрастных группах, и это свидетельствует о том, что значимость поддержки сверстников сильно не изменяется.

Однако возрастные различия возникают в зависимости между ощущением тяжести школьной нагрузки и положительным отношением к школе – здесь повторяется закономерность, наблюдаемая в отношении академической успеваемости. По мере взросления зависимость между ощущением тяжести школьной нагрузки и положительным отношением к школе ослабевает, несмотря на то, что уровень трудности учебы возрастает. Причина этого может заключаться в том, что старшие школьники лучше подготовлены к восприятию и преодолению трудности, и поэтому она не столь сильно влияет на их отношение к школе.

Практические выводы

Отрицательная зависимость между ощущением тяжести школьной нагрузки с одной стороны и академической успеваемостью и отношением к школе с другой, а также положительная зависимость между успеваемостью и положительным отношением к школе совмещаются и образуют четкую модель. Эта модель отличает школьную жизнь молодых людей, которые воспринимают себя успевающими при сильной для них школьной нагрузке и с удовольствием посещающими школу, от школьной жизни тех, кто не воспринимает себя таковыми. С системной

точки зрения может возникнуть вопрос: а что делают школы для формирования таких моделей? Ответить на него можно, изучив педагогические подходы, применяемые в школах. Добиться большей заинтересованности в учебе и большей ответственности за результаты, чтобы тем самым достичь целей учебы, можно, если предоставить всем молодым людям больше прав в принятии решений относительно целей учебы и методов обучения.

Важность субъективно воспринимаемой поддержки со стороны сверстников как для академической успеваемости, так и для положительного отношения к школе подчеркивает необходимость на первое место выдвигать такие виды деятельности в школе, которые способствуют выработке товарищества и предупреждают хулиганство и вражду по отношению к сверстникам.

Одним из способов систематического улучшения психосоциального климата в школе и отношений между сверстниками является создание таких систем, которые обеспечивают школьную среду, способствующую укреплению здоровья, посредством соблюдения методических рекомендаций Европейской сети школ, содействующих укреплению здоровья (20,21). Первоочередная цель инициативы “Школы, содействующие укреплению здоровья” (22) заключается в привлечении всех членов школьного сообщества (учащихся, педагогического коллектива, родителей и службы школьного здравоохранения) к выявлению тех аспектов школьной среды, которые должны быть улучшены, и к разработке и осуществлению направленных на достижение этой цели вмешательств.

В школах, где учащиеся активно участвуют в планировании и организации мероприятий, отмечается снижение уровня вандализма и проблем дисциплины, и как ученики, так и учителя отмечают рост общей удовлетворенности школой со стороны молодых людей. Такое участие облегчает формирование привязанности молодых людей к школьному сообществу, включая и их сверстников (21).

Литература

1. Ma X, Wilkins J. The development of science achievement in middle and high school: individual differences and school effects. *Evaluation Review*, 2002, 26:395–417.
2. Mortimore P. *The road to improvement: reflections on school effectiveness*. Lisse, Swets & Zeitlinger Publishers, 1998.
3. Papanastasiou C. Effects of background and school factors on mathematics achievement. *Educational Research & Evaluation*, 2002, 8:55–70.
4. Schultz EW et al. School climate: psychological health and wellbeing in school. *Journal of School Health*, 1987, 57(10):432–436.
5. Samdal O. *The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective wellbeing*. Bergen, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1998.
6. Samdal O et al. Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 1998, 13(3): 383–397.
7. Roeser RW, Eccles JS, Sameroff AJ. School as a context of early adolescents' academic and social-emotional development: a summary of research findings. *Elementary School Journal*, 2000, 100: 443–471.
8. Perry, CL, Kelder SH et al. The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. In: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, Oxford University Press, 1993:73–96.
9. Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand–control model. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1765–1770.
10. Vahtera J et al. Effect of change on the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:484–493.
11. Nutbeam D, Aarø LE. Smoking and pupil attitudes towards school: the implications for health education with young people. *Health Education Research*, 1991, 6(4):415–421.

12. Nutbeam D et al. Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1993, 29(Suppl.1):25–30.
13. Samdal O et al. Students' perception of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research*, 2000, 8(2):141–167.
14. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.
15. Demaray MK, Malecki CK. The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 2002, 39:305–316.
16. Moon TR, Callahan CM. Middle school students' attitudes toward school. *Research in middle level. Education Quarterly*, 1999, 22:59–72.
17. Cauce AM et al. Social support in young children: measurement, structure, and behavioral impact. In: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR. *Social support: an interactional view*. New York, John Wiley & Sons, 1990:64–94.
18. Cauce AM et al. Social support during adolescence: methodological and theoretical considerations. In: Hurrelmann K, Hamilton SF. *Social problems and social contexts in adolescence: perspectives across boundaries*. New York, Aldine De Gruyter, 1996:131–151.
19. Mortimore P. The nature and findings of research on school effectiveness in the primary sector. In: Riddell S, Brown S, eds. *School effectiveness research: Its messages for school improvement*. Edinburgh, Education Department, The Scottish Office, 1991.
20. Parsons C et al. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 1996, 55(3):311–321.
21. Wold, B, Samdal O, eds. *Health promotion with children and adolescents – the development of a supportive school environment: experiences from the Norwegian schools in the “European Network of Health Promoting Schools”*. Bergen, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1999 (HEMIL Report No. 7).
22. European Network of Health Promoting Schools ENHPS [веб-сайт]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, взято с веб-сайта 2 февраля 2004 г.).

Заключение – *Anthony Morgan*

В главе 2 описываются четыре ключевых фактора внешних условий, определяющих здоровье и гигиеническое поведение молодых людей – социально-экономический статус, семья, сверстники и школа, и показаны модели сочетания и взаимодействия этих факторов в разных поло-возрастных группах и странах и областях, участвующих в обследовании в рамках HBSC. При этом авторы предложили новый набор показателей для изучения здоровья молодых людей в зависимости от их социально-демографической среды в условиях взаимодействия этих факторов.

Показатели, описанные в данной главе, имеют ценность и как промежуточные исходы для здоровья, и как средство для вторичных анализов, имеющих целью установление зависимости между средой и условиями, в которых живут молодые люди, и их здоровьем. Эти показатели дают возможность понять, посредством каких механизмов факторы внешних условий влияют на здоровье. Ключевые результаты, описанные в этой главе, таковы:

1. Несмотря на то, что применение инструментов обследования для классификации социально-экономических условий жизни молодых людей имеет свои трудности, показатель ШДС HBSC может быть использован для оценки их абсолютного материального благополучия и сравнения результатов между странами и областями.
2. В странах Северной и Западной Европы и в Северной Америке в состоятельных семьях живет больше молодых людей, чем в восточной части Европейского региона.
3. Большинство молодых людей во всех странах и областях по-прежнему живут в семьях с обоими родителями, хотя в целом семьи с одним родителем чаще встречаются в странах Северной и Северо-Западной Европы и в Северной Америке.
4. В большинстве стран и областей матери являются более доступным источником социальной поддержки детям, чем отцы.
5. Несмотря на то, что во всех странах общение со сверстниками с возрастом становится активнее, в общении сверстников существует гендерное неравенство, обусловленное особенностями культуры.
6. По мере взросления молодые люди начинают относиться к школе менее положительно, воспринимают свою успеваемость как неудовлетворительную и ощущают большую тяжесть школьной нагрузки. Однако по общим процентным показателям страны и области значительно отличаются друг от друга.

В главе 4 рассматривается связь показателей, представленных в главе 2, с целым спектром последствий для здоровья и гигиенического поведения.



Глава 3

Здоровье и влияющее на него поведение молодых людей

Введение – Saoirse Nic Gabhainn

В настоящей главе представлены данные о здоровье и влияющем на него поведении, описанные во введении и в протоколе исследования HBSC для обследования в рамках HBSC в 2001/2002 годах (1). Они предназначены для того, чтобы достичь цели этого международного исследования: содействовать организации мониторинга поведения в отношении здоровья (гигиенического поведения) как в каждой отдельной стране, так и в плане сравнения между странами и областями, и помочь тем, кто формирует политику в области здравоохранения, образования и социального обеспечения.

Подростковый возраст считается периодом относительно крепкого здоровья и низкой смертности, когда различия в состоянии здоровья минимальны (2). Это также время огромных изменений в физических, психологических, экономических и социальных условиях, на фоне которых складывается влияющее на здоровье поведение. Поведение, которое вредит здоровью или поддерживает или укрепляет его в детстве и в юности, ассоциирует с последствиями, связанными со здоровьем, в краткосрочной перспективе и позволяет прогнозировать заболеваемость и пользование медико-санитарными услугами в дальнейшем (3–6). Модели поведения, установившиеся в раннем периоде жизни, часто сохраняются и во взрослом возрасте. Более того, поведение, причиняющее вред здоровью, может косвенно влиять на отношение к учебе и на психосоциальное развитие (7).

Одна из главных проблем, стоявших перед группами исследователей HBSC в период проведения обследования в 2001/2002 годах, состояла в том, чтобы одни пункты анкеты обновить таким образом, чтобы привести их в соответствие с новыми фактическими данными эпидемиологии и психометрии, а другие пункты сохранить для того, чтобы дать возможность измерять изменения с течением времени. Это привело к целому ряду важных улучшений в вопросах анкеты. Эти улучшения подробно описаны в протоколе HBSC (1), где также приводятся обосновывающие их доводы и информация об их апробации. Например, вопросы, касающиеся физической активности, были существенно пересмотрены с тем, чтобы включить в них новую меру физической активности – “умеренно-интенсивную” (8), а вопросы, касающиеся малоподвижных занятий, теперь включают время, проведенное за компьютером, и выполнение домашних заданий. Изменения в пунктах о позитивном здоровье и благополучии включают измененную версию “лестницы удовлетворенности жизнью” Кантрила (9). Дополнительно были собраны данные о возрасте, в котором, со слов респондента, началось употребление психотропных средств. Несмотря на то, что некоторые из стран и областей, участвующих в исследовании HBSC, не смогли включить вопросы о сексуальном поведении из-за их чувствительности, данные, впервые полученные от такого большого числа стран, представляют особую ценность.

Одной из сильных сторон исследования HBSC остается широкий диапазон охвата проблем гигиенического поведения. Пункты, содержащиеся в международном стандартном вопроснике 2001/2002 годов, охватывают диапазон от наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения (употребление психотропных веществ, представление о красоте тела и соблюдение особой диеты) до форм поведения, ведущих к основным причинам смертности среди молодых людей (насилие и травмы), а также включают вопросы, на которые существенное влияние оказывают окружающие условия, в которых живут молодые люди. Таким образом, данные, содержащиеся в этой главе, не должны рассматриваться вне их культурного, политического и межличностного контекста, который в отдельных своих аспектах описывается в Главе 2.

Литература

1. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
2. Goodman E. The role of socio-economic status gradients in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1522–1528.
3. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fibre in childhood. *Pediatrics*, 1995, 96:985–988.
4. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67(Suppl. 3):S1–S10.
5. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
6. Irwin CE, Burg SJ, Cart CU. America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31(6):91–121.
7. Koivusilta L, Arja R, Andres V. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(4): 577–593.
8. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 155(5):554–559.
9. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.

Здоровье и благополучие – *Torbjørn Torsheim, Raili Välimaa и Mia Danielson*

Введение

В данном разделе дается обзор ответов молодых людей о состоянии их здоровья по всем половозрастным группам и странам. Он основан на исходном допущении о том, что здоровье является важным ресурсом и что здоровье молодых людей служит хорошим индикатором здоровья общества в целом (1). Знание состояния здоровья молодых людей может дать важные сведения об их способности преодолевать возникающие на их пути трудности и помочь выявить группы или категории риска.

Здоровье как ресурс

ВОЗ определяет здоровье как ресурс, позволяющий жить продуктивной жизнью (2). Плохое здоровье может значительно снизить функциональные возможности и помешать достижению жизненных целей. Некоторые из наиболее актуальных проблем здоровья в современном обществе, таких, как костно-мышечные боли, хроническая усталость и депрессия, относятся скорее к функциональным расстройствам, чем к определенным болезням. В качестве примера того, что можно назвать растущей эпидемией нетрудоспособности, можно привести тот факт, что до 50% справок о продолжительной нетрудоспособности могут быть отнесены на счет проблем, которые не имеют объективных симптомов патологии (3), но у которых главным признаком является неспособность выполнять требования трудовой жизни. Если скоро здоровье есть ресурс, то вложения средств в общественное здравоохранение – это вопрос не только профилактики или лечения болезней, но также и обеспечения людям возможности оптимально функционировать перед лицом существующих требований и задач.

В подростковом возрасте здоровье – это особенно важный ресурс, а плохое здоровье может иметь далеко идущие негативные последствия. Молодым людям в период перехода к взрослому возрасту приходится преодолевать самые различные трудности. Когда они здоровы – в физическом, эмоциональном и социальном смысле – это помогает им успешно справляться с такими трудностями. Укрепление здоровья молодежи может принести большую пользу в долгосрочной перспективе и для отдельного человека, и для общества.

Три субъективных показателя здоровья

Обычно данные о здоровье получают из национальной статистики о заболеваемости и смертности. Однако, хотя заболеваемость и смертность и являются важными показателями здоровья, о подростковом возрасте они могут давать лишь ограниченную информацию, так как в этот период жизни показатели заболеваемости и смертности очень низки. В данном разделе подчеркивается необходимость иметь более всеобъемлющий набор критериев и оценивается здоровье молодых людей с помощью субъективных показателей, выводимых на основании ощущений и ответов молодых респондентов.

Для использования субъективных показателей есть несколько причин. Во-первых, согласно принципу расширения прав и возможностей, описание здоровья молодых людей должно включать их собственные точки зрения и определения своего психического и физического благополучия (4). Во-вторых, акцент на субъективное ощущение здоровья имеет более непосредственное отношение ко всей категории “молодые люди”, чем стандартные показатели заболеваемости и смертности, потому что он включает всех молодых людей, а не только клинические подгруппы. В-третьих, с точки зрения последствий, субъективные показатели имеют вполне объективные поведенческие последствия. Субъективно ощущаемые молодыми людьми проблемы здоровья побуждают их искать медицинских советов и консультаций, принимать лекарства и пропускать занятия в школе независимо от тех физических состояний, на которых основаны их ощущения.

Представленные здесь результаты строятся на трех показателях: самооценке своего здоровья, субъективных жалобах на здоровье и удовлетворенности жизнью. Эти ключевые аспекты здоровья и благополучия использовались во всех обследованиях в рамках HBSC.

Главным показателем является субъективный опыт людей, для исследования которого их часто просят дать оценку собственному здоровью. Такие оценки дают очень ценную информацию. Исследования взрослого населения ясно показывают, что кажущиеся субъективными оценки здоровья позволяют предсказывать объективные исходы для здоровья, включая смертность, и более того – совпадают с ними (5).

Когда молодым людям предлагается классифицировать вызывающие тревогу проблемы здоровья, они неизменно присваивают высокий ранг соматическим и психическим жалобам (6–8). Мы предпочитаем использовать в качестве общего обозначения термин “субъективные жалобы на здоровье” (9). Таким образом мы не принимаем никаких допущений в отношении того, являются ли первичные причины таких жалоб биологическими или психологическими, а просто фиксируем тот факт, что респондент испытывает проблемы и сообщает о них. Жалобы на здоровье обычно группируются (10,11), поэтому субъективные жалобы на здоровье можно рассматривать не как изолированные симптомы, а как синдром, при котором индивид одновременно регулярно имеет две жалобы или более – от головной боли, которую испытывает время от времени большинство молодых людей, до клинических проявлений соматических или аффективных симптомов, нарушающих нормальное функционирование. Такие функциональные нарушения ассоциируются со снижением академической успеваемости (12), с учащением обращений за первичной медицинской помощью (13) и увеличением приема лекарств (14).

Мы используем показатель удовлетворенности жизнью (15) для измерения общей оценки молодыми людьми своей жизни. Это позволяет непосредственно оценить, насколько молодые люди способны выполнить стоящие перед ними задачи, связанные с развитием, по отношению к сверстникам, родителям, учебе. Для молодых людей их социальные отношения с родителями и сверстниками входят в число наиболее важных соотносительных понятий удовлетворенности жизнью.

Методы

Измерение здоровья и благополучия

Измерение здоровья и благополучия с помощью анкетного опроса имеет как преимущества, так и недостатки. С одной стороны, это стандарт, и поэтому можно проводить сравнения между индивидами и странами; этот метод не инвазивный и рассчитан на то, чтобы гарантировать неприкосновенность личной жизни и анонимность респондентов; анкетный опрос можно проводить оперативно.

С другой стороны, фиксированный стандартный вопросник ограничивает глубину и охват измерений по сравнению с более качественными методами.

Вопрос по самооценке здоровья был сформулирован следующим образом: *Считаете ли Вы свое здоровье превосходным; хорошим; удовлетворительным; плохим?* Представленные здесь результаты касаются молодых людей, ответивших, что их здоровье удовлетворительное или плохое, и для определения этих двух ответов используется термин “неважное здоровье”. Эта группа может считаться группой особого риска, т.к. значительное большинство молодых людей классифицируют свое здоровье как превосходное.

Мы использовали стандартный перечень симптомов для измерения субъективной оценки жалоб на здоровье (10,16). *Как часто за последние 6 месяцев у Вас были следующие состояния: головная боль; боль в животе; боль в спине; неважное самочувствие; раздражительность или плохое настроение; ощущение беспокойства; вы не могли заснуть; головокружение.* Предлагались следующие варианты ответа: *почти каждый день; чаще, чем раз в неделю; почти каждую неделю; почти каждый месяц; редко или никогда.*

Множественные периодически повторяющиеся жалобы на здоровье могут указывать на значительно более тяжелую нагрузку на способность выполнять ежедневные функции и на общее благополучие, чем одиночные симптомы. Поэтому представленные здесь результаты касаются молодых людей, которые сообщают о наличии у них множественных жалоб на здоровье несколько раз в неделю или каждый день. Когда множественные жалобы повторяются

в течение одной недели, это может иметь гораздо большие последствия, чем когда жалобы бывают раз в месяц или раз в неделю.

Удовлетворенность жизнью определялась с помощью метода измерения, известного под названием “лестница Кантрила” (17). Она имеет 10 ступенек: вершина лестницы соответствует наилучшей возможной жизни, а подножие – наихудшей возможной жизни. Молодым людям предлагалось указать, на какой ступеньке этой лестницы они поставили бы свою жизнь в настоящее время. *Вот изображение лестницы. Верхняя ступенька, 10-я, – это наилучшая возможная для вас жизнь, а нижняя ступенька, нулевая, – это наихудшая возможная для вас жизнь. В целом на какой ступеньке Вы, по Вашему мнению, находитесь в данный момент? Отметьте галочкой клетку рядом с числом, которое наилучшим образом описывает ступеньку, на которой Вы стоите.* Отметка 6 или выше была определена в качестве положительного уровня удовлетворенности жизнью.

Результаты

Самооценка здоровья

В таблице 3.1 показано, что доля молодых людей, классифицирующих свое здоровье как удовлетворительное или плохое, значительно различается в зависимости от возраста и пола. Неважное здоровье чаще встречается у девочек, и число таких ответов значительно увеличивается с возрастом.

Таблица 3.1. Молодые люди, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое (%)

Пол	Удовлетворительное или плохое здоровье (%)		
	11-летние	13-летние	15-летние
Девочки	15,7	20,8	27,2
Мальчики	12,1	13,6	16,1

Рисунок 3.1 перекликается с возрастными и гендерными различиями, показанными в таблице 3.1, но здесь показано, что страны и области не только существенно различаются по самооценке здоровья, но и проявляют определенную последовательность в своих относительных позициях. В целом, различия в классификации здоровья больше среди девочек. Уровни неважного здоровья, о котором сообщают девочки, колеблются в пределах от 4–44% у 11-летних, 10–54% у 13-летних до 13–63% у 15-летних. Латвия, Литва, Российская Федерация и Украина – четыре из шести стран с наиболее высокими уровнями во всех возрастных и обеих гендерных группах, в то время как Греция, Израиль, бывшая Югославская Республика Македония и Испания неизменно характеризуются низкими уровнями.

Субъективные жалобы на здоровье

Девочки сообщают о множественных субъективных жалобах на здоровье чаще, чем мальчики, и эти уровни повышаются с возрастом, в то время как у мальчиков они меняются незначительно (таблица 3.2).

На рисунке 3.2 иллюстрируется постоянная общая картина гендерных различий во всех возрастных группах. В большинстве стран и областей гендерные различия с возрастом увеличиваются. Среди 15-летних особенно значительны гендерные различия в балтийских странах и в некоторых южных странах Европейского региона, включая Хорватию, Грецию, Италию, Португалию и Испанию.

Уровни множественных субъективных жалоб на здоровье значительно различаются в разных странах и областях: например, от 15% в Германии до 43% в Италии среди 11-летних мальчиков. Число множественных субъективных жалоб на здоровье неизменно выше у молодых людей в Греции, Израиле, Италии и неизменно ниже в Австрии, Германии, Швейцарии.

Таблица 3.2. Молодые люди, у которых бывают множественные субъективные жалобы на здоровье (%)

Пол	Множественные жалобы на здоровье (%)		
	11-летние	13-летние	15-летние
Девочки	33,6	38,2	43,5
Мальчики	26,9	25,8	25,6

Удовлетворенность жизнью

В таблице 3.3 показана общая картина удовлетворенности жизнью по возрастным и гендерным группам. Очень большой процент молодых людей помещает себя выше середины лестницы Кантрила (оценки ≥ 6), указывая тем самым на высокий уровень своей удовлетворенности жизнью. Если сравнить возрастные группы, можно увидеть незначительную тенденцию к снижению удовлетворенности жизнью, особенно среди девочек.

Несмотря на то, что большинство молодых людей удовлетворены своей жизнью во всех странах и областях, географические различия довольно существенны и сохраняются во всех возрастных группах (рис. 3.3). Оценки неизменно высоки в Финляндии и Нидерландах и сравнительно низки в Латвии, Литве и на Украине.

Таблица 3.3. Молодые люди, у которых оценки выше середины шкалы удовлетворенности жизнью (%)

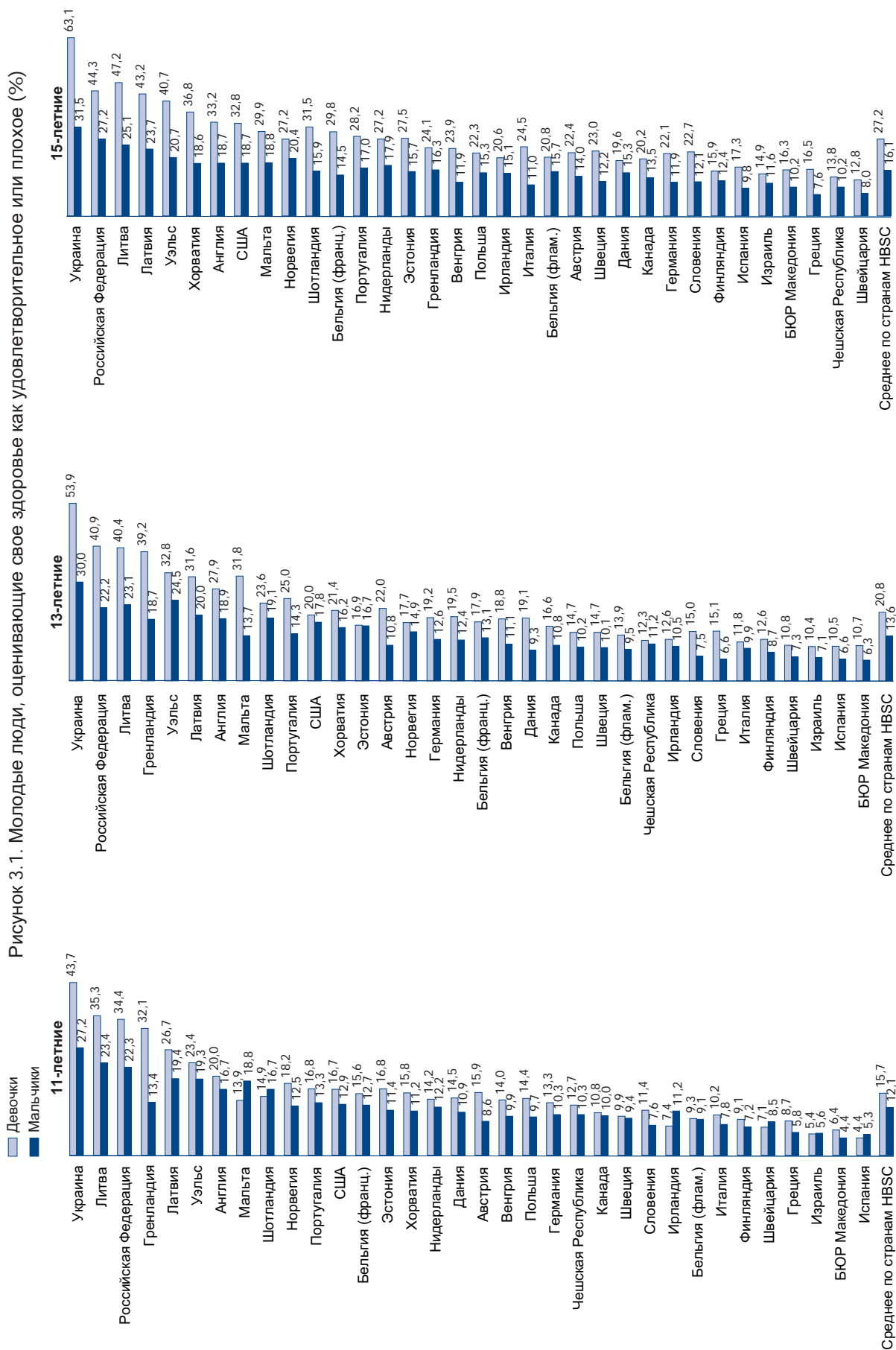
Пол	Удовлетворенность жизнью (%)		
	11-летние	13-летние	15-летние
Девочки	87,1	82,5	77,4
Мальчики	88,1	86,9	84,5

Обсуждение результатов

Результаты, представленные в этом разделе, можно расценивать одновременно положительно и отрицательно. Положительно то, что большинство опрошенных молодых людей классифицируют свое здоровье как хорошее или превосходное, не имеют множественных жалоб на здоровье и удовлетворены своей жизнью. Плохо то, что значительное меньшинство молодых людей придерживается противоположной точки зрения о своем здоровье. Наблюдаемые вариации в самооценке здоровья позволяют предположить, что говорить о подростковом возрасте как о периоде хорошего здоровья означало бы упрощенное видение картины. Было бы правильнее охарактеризовать этот возраст как период возрастающего неравенства в отношении здоровья. В данном разделе выделяются два важных источника неравенства в отношении здоровья: пол и страна или область. В последующих разделах содержание и значение этих двух факторов раскрываются более подробно.

Наиболее достоверные из полученных результатов обследования заключаются в том, что между 11 и 15 годами значительно увеличиваются гендерные различия в здоровье, когда у девочек возрастает риск неудовлетворительного субъективно оцениваемого здоровья. По всем показателям субъективная оценка здоровья у мальчиков и девочек в 11 лет находится на сопоставимых уровнях, но 15-летние девочки сообщают о гораздо менее благоприятной картине здоровья, чем мальчики: у них выше число ответов, указывающих на неважное здоровье, на наличие жалоб на здоровье, и ниже показатели удовлетворенности жизнью. Почти во всех странах и областях отмечается тенденция к постепенному возрастанию гендерных различий,

Рисунок 3.1. Молодые люди, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое (%)



Примечание: данные по Франции отсутствуют.

Рисунок 3.2. Молодые люди, у которых бывают две или более субъективных жалобы на здоровье чаще одного раза в неделю (%)

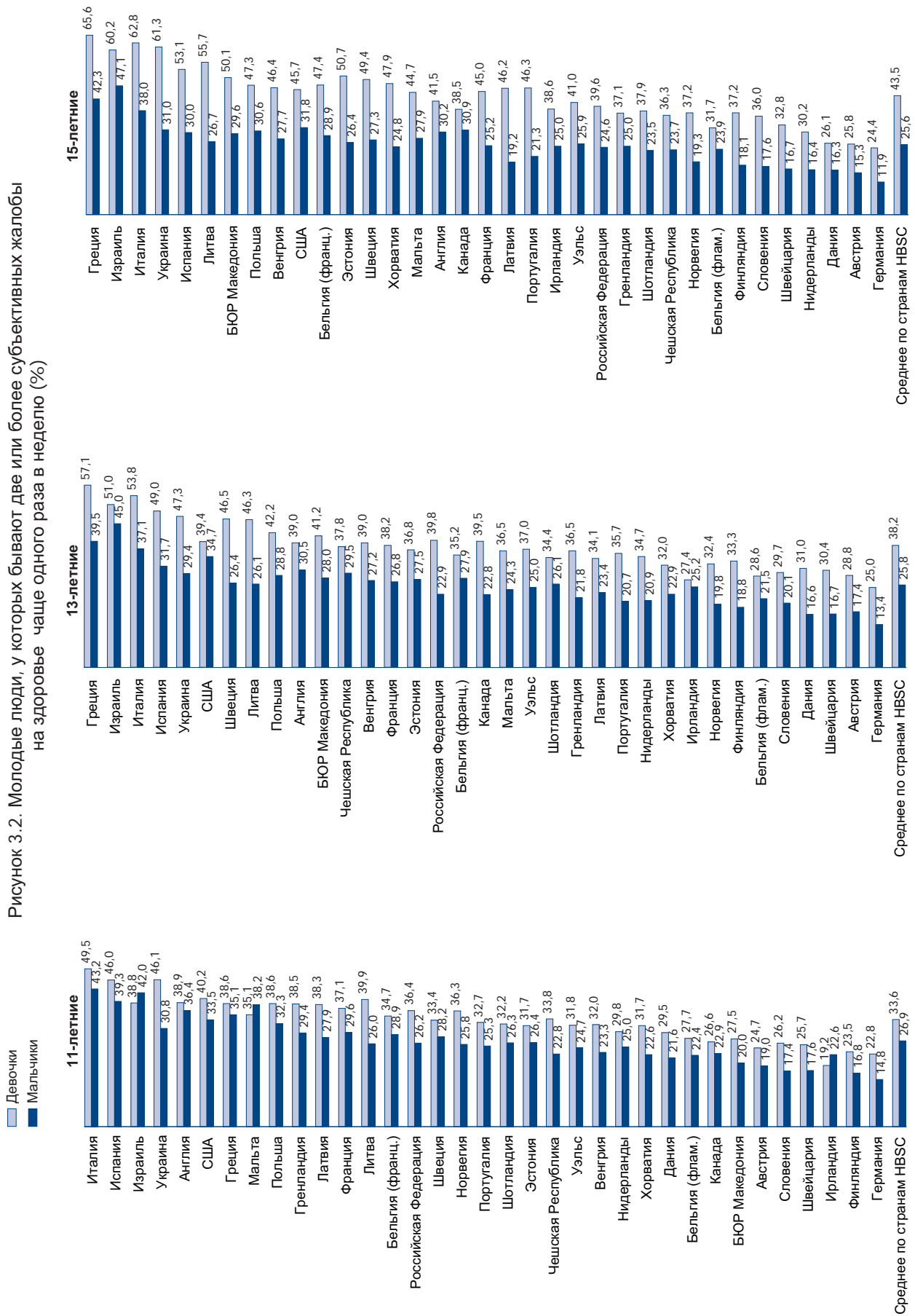
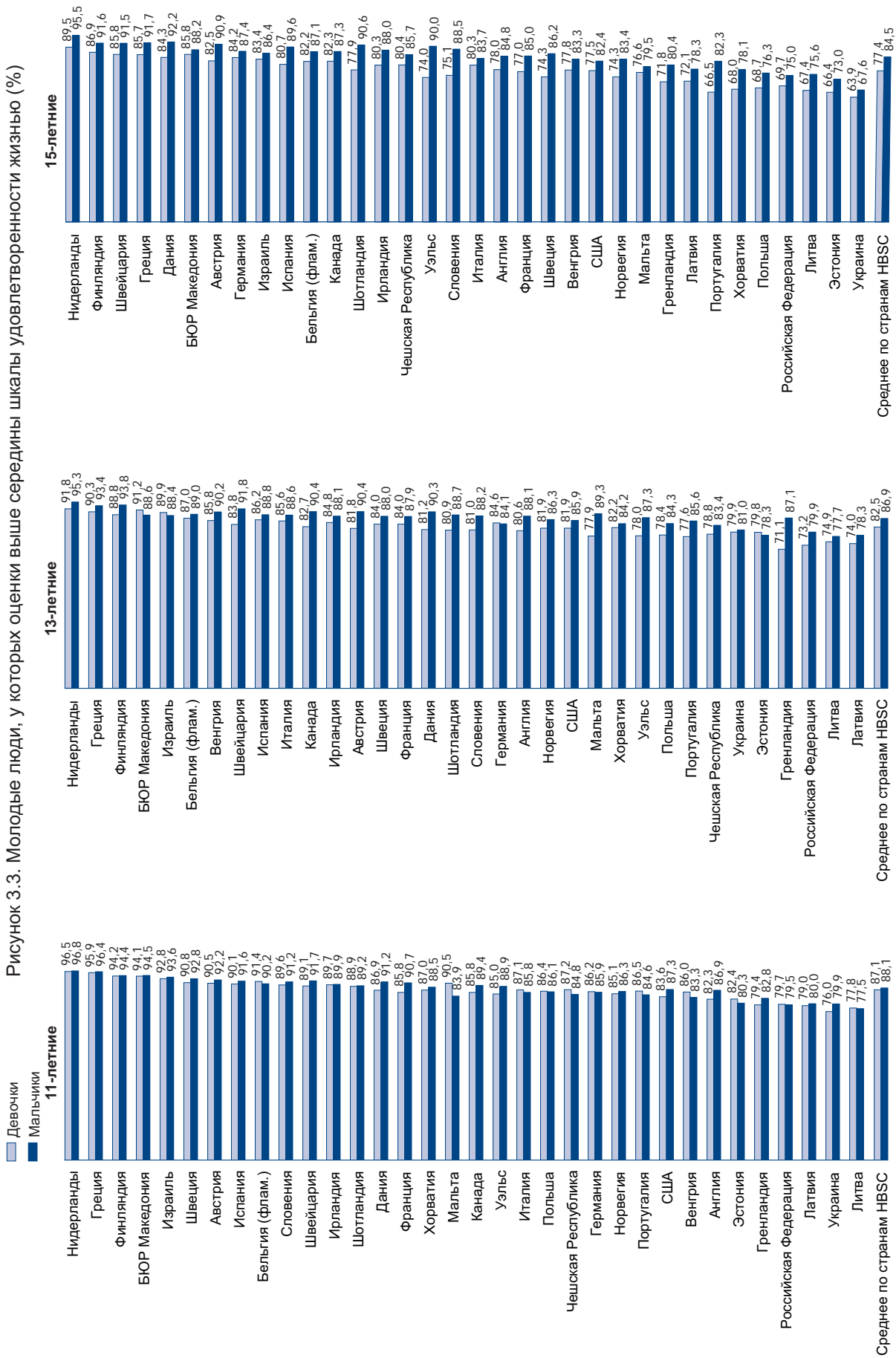


Рисунок 3.3. Молодые люди, у которых оценки выше середины шкалы удовлетворенности жизнью (%)



Примечание: данные по Бельгии (франкоязычн.) отсутствуют.

и это указывает на то, что сравнительно более высокий риск низкой субъективной оценки здоровья среди девочек относительно независим от социальных и культурных факторов.

Хотя в настоящем разделе невозможно привести данные для объяснения гендерных различий в состоянии здоровья, можно, тем не менее, проанализировать три фактора, которые в принципе могут способствовать этим различиям.

Во-первых, эти различия могут в определенной степени быть отнесены на счет биологического созревания и наступления половой зрелости. Контрольные исследования, проведенные в Финляндии (18), после исключения таких факторов, как свидания и употребление спиртных напитков, показали более высокий уровень жалоб на здоровье у рано созревших девушек. Некоторые из гендерных различий также могут объясняться усилением боли и наступлением первых месячных. В главе 4 (с. 209–218) рассматривается влияние полового созревания и сроков его наступления на здоровье и благополучие молодежи.

Вторым фактором, обуславливающим гендерные различия, является то, что девочки проявляют больше озабоченности в таких вопросах как представление о красоте тела, социальные отношения и школа (19,20). Поскольку девочкам в большей степени, чем мальчикам, приходится сталкиваться с более противоречивыми задачами социального поведения, они также могут быть более уязвимы для ослабления здоровья.

В-третьих, одним из объяснений гендерных различий может быть и то, что социальное поведение учит девочек в большей мере отдавать себе отчет в своем физическом и эмоциональном состоянии и иметь более низкий порог обнаружения нарушений здоровья и сообщения о них (21). Принцип “мальчики не плачут” может не позволять мальчикам жаловаться на здоровье. Таким образом, увеличивающиеся гендерные различия могут объясняться тем, что мальчики относительно меньше рассказывают о проблемах здоровья.

Эти объяснения не исключают друг друга, но отражают процессы, которые могут проходить параллельно или даже взаимодействовать. Важный вопрос заключается в том, что совокупные эффекты этих процессов создают существенное гендерное различие в состоянии здоровья молодых людей. Если это толковать в первую очередь как естественный ход развития, то возникает риск упустить из виду явления, которые могут оказывать сильное влияние на здоровье общества. Плохое субъективно оцениваемое здоровье подвергает 15-летних девочек дополнительному риску в период перехода от подросткового возраста к взрослому.

Хотя и не было проведено никаких формальных статистических испытаний, различия во всех показателях здоровья и благополучия между странами значительно больше, чем можно было бы ожидать от чисто случайных обстоятельств (Приложение 1). Это свидетельствует о том, что вклад в неравенство в отношении здоровья в подростковом возрасте вносят факторы, свойственные разным странам.

В той или иной степени различия в здоровье и благополучии между странами последовательно проявляются во всех показателях. В частности, молодые люди из балтийских государств (кроме Эстонии) и восточных стран Европейского региона обычно чаще сообщают о неважном здоровье и реже – об удовлетворенности жизнью. Закономерность можно описать просто в виде градиента в состоянии здоровья молодежи по линии восток-запад; это в первом приближении указывает на то, что социальные и структурные условия в значительной мере служат объяснением наблюдаемых различий. Данная модель близко соответствует картине, документально отраженной в исследовании Micklewright и Stewart (22) о значительных социально-экономических различиях между центральными и восточными странами Европы и странами Европейского Союза (ЕС). По сравнению со средним уровнем ЕС, центральные и восточные страны Европейского региона имеют значительно более низкий национальный доход и значительно более высокий уровень неравенства доходов. Попытки объяснить географические различия в состоянии здоровья и благополучии, возможно, потребуют сосредоточить внимание на структурных и экономических условиях.

В данном разделе документально отражено неравенство в состоянии здоровья среди молодых людей по трем показателям. Несмотря на то, что большинство респондентов отмечают в целом хорошее субъективно оцениваемое здоровье, многочисленное меньшинство указывает на

различные нарушения здоровья и может входить в группу повышенного риска по неспособности справляться с трудностями жизни, с которыми сталкиваются молодые люди в общении со сверстниками, в академической успеваемости и в развитии своей личности.

Литература

1. Köhler L. Child public health. A new basis for child health workers. *European Journal of Public Health*, 1998, 8(3):253–255.
2. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, взято с веб-сайта 3 февраля 2004 г.).
3. Tellnes G et al. Incidence of sickness certification. Proposal for use as a health status indicator. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1989, 7(2):111–117.
4. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, Oxford University Press, 1993.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1):21–37.
6. Eme R, Maisak R, Goodale W. Seriousness of adolescent problems. *Adolescence*, 1979, 14:93–99.
7. Henker B, Whalen CK, O’Neil R. Worldly and workaday worries: contemporary concerns of children and young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1995, 23:685–702.
8. Greene AL. Early adolescents’ perceptions of stress. *Journal of Early Adolescence*, 1988, 8(4):391–403.
9. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 4(2):105–116.
10. 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.
11. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children’s Somatization Inventory. *Psychological Assessment*, 1991, 3(4):588–595.
12. Krilov LR et al. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 1998, 102(2):360–366.
13. Belmaker E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1985, 1(1,2).
14. Hansen EH et al. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Annals of Pharmacotherapy*, 2003, 37(3):361–366.
15. Diener E. Subjective well-being – The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000, 55(1):34–43.
16. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 2001, 24(5):611–624.
17. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.
18. Aro H, Taipale V. The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen- to sixteen-year-old Finnish girls. *Child Development*, 1987, 58(1):261–268.
19. Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 1999, 35(1):232–245.
20. Nolen Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 1994, 115(3):424–443.
21. VanWijk CMTG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(2):231–246.
22. Micklewright J, Stewart K. Child well-being in the EU and enlargement to the east. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001.

Курение табака – *Emmanuelle Godeau, Giora Rahav и Anne Hublet*

Введение

Всемирная организация здравоохранения (2) определяет, что курение табака является основной причиной преждевременного развития болезней и смерти в развитых странах (1): в 1999 году курение стало причиной 14% всех случаев смерти в Европейском регионе ВОЗ (2).

Хотя подавляющее большинство смертей, связанных с курением, случается в среднем и преклонном возрасте, привычка к курению, бесспорно, формируется еще в подростковом возрасте. Например, в США около 80% взрослых курильщиков, по их словам, начали курить до 18 лет (3). Молодые курильщики могут приобрести эту привычку и табачную зависимость, еще не достигнув взрослого возраста, что затрудняет им возможность бросить курить и увеличивает вероятность нарушений здоровья, связанных с табаком. Чем позже человек начинает курить, тем менее вероятно, что у него разовьется табачная зависимость (3). Pierce и Gilpin (4) подсчитали, что половина курящих мальчиков-подростков будут продолжать курить в течение минимум 16 лет, тогда как девочки будут курить не менее 20 лет (4).

Хотя острые и ранние негативные последствия употребления алкоголя для здоровья более непосредственно очевидны и тяжелы, чем последствия употребления табака (см. следующий раздел), курение приводит к расстройствам здоровья молодых людей в краткосрочной перспективе, которые выражаются, среди прочего, в пониженной функции легких, кашле, стертостороннем дыхании и одышке, снижении физической работоспособности, в большей восприимчивости к респираторным заболеваниям и повышении их тяжести (3). Тем не менее, многие молодые люди считают, что курение приятно, стильно и делает их более взрослыми (5).

Обзор литературы показывает, что молодых людей к курению приводит целый ряд факторов (6), в том числе поведение, установки и ожидания как родителей, так и сверстников. Существует больше вероятности, что молодые люди начнут курить, если курят их родители, старшие братья или сестры и друзья. Однако было показано, что поддержка родителей является фактором защиты от начала курения, особенно через привлечение к работе в школе и к внеклассным занятиям (7). Особое влияние оказывают курящие сверстники, поскольку часто именно от них молодой человек получает первую сигарету, они создают впечатление о повсеместном распространении курения и помогают создавать те нормы, соответствовать которым стремятся молодые люди (8). Влияние сверстников, явное или подразумеваемое, часто представляется как основная причина курения подростков (9). С повышенным риском регулярного курения ассоциирует также подверженность неблагоприятным условиям жизни, таким, как жестокое обращение с детьми и стрессовые события (10), равно как и заниженная самооценка (11).

С точки зрения стиля жизни, курение также связано с другими типами рискованного поведения, такими, как незаконное употребление лекарственных препаратов, употребление алкоголя и антиобщественное поведение. Например среди молодых курильщиков в 3 раза больше тех, кто регулярно употребляет алкоголь, и в 8 раз больше тех, кто курит коноплю, чем среди некурящих (12). Наконец, курение, вероятно, является основным путем, ведущим к другим формам употребления психоактивных веществ (13).

Большинство молодых людей наизусть знают опасности, связанные с курением, хотя они недооценивают всей тяжести его последствий и собственную уязвимость (14). Их мысли сосредоточены на сиюминутном удовольствии, а не на долгосрочных вредных последствиях. Например, они надеются, что курение поможет им справляться с повседневными стрессами, облегчит контакты с лицами противоположного пола, если они будут делиться сигаретами, и, особенно среди девушек, поможет снизить или контролировать массу тела (15).

Методы

Для того, чтобы получить широкую картину поведения в отношении курения, в обследовании в рамках HBSC 2001/2002 годов были использованы три вопроса – от экспериментирования до теперешнего статуса курильщика.

Первым был вопрос “*Курили ли Вы когда-нибудь табак (хотя бы одну сигарету, сигару или трубку)?*” Предложенными категориями ответов были “да” и “нет”. Это определение тех, кто когда-либо курил, охватывает самых разных людей, включая тех, кто только пробует, тех, кто может в конечном счете стать постоянным курильщиком, тех, кто уже курит постоянно, тех, кто уже бросил курить, тех, кто может бросить курить в ближайшем будущем, и тех, кто курит время от времени.

Второй вопрос касался частоты курения: *Как часто Вы курите табак в настоящее время?* Предложенные варианты ответа: *я не курю; курю каждый день; курю по крайней мере раз в неделю, но не ежедневно; курю меньше одного раза в неделю.*

Частота курения выражается как еженедельное и ежедневное курение. Данные, представленные здесь, имеют иерархическую структуру; иными словами, те, кто курит ежедневно, включены в группу курящих еженедельно, а те и другие включены в группу когда-либо куривших. Хотя эти вопросы прямо не измеряют никотиновую зависимость, они являются показателями поведения, которое может отражать зависимость. Представленные данные позволяют проследить переход от экспериментирования к периодическому курению и далее к более регулярному употреблению табака. Постоянные курильщики в наибольшей степени подвержены риску продолжения курения во взрослом возрасте с последующими негативными последствиями в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Эти два вопроса были включены в несколько обследований в рамках HBSC. Многие страны используют их в качестве инструмента наблюдения, позволяющего осуществлять мониторинг употребления табака во временном масштабе. Взятые вместе, они помогают показать изменения и тенденции во всех циклах обследования. В аналогичных исследованиях были использованы альтернативные вопросы, но в исследовании HBSC акцент делается на непрерывность и сравнимость наблюдений. Поэтому эти вопросы HBSC были сохранены в их нынешнем формате.

В обследовании 2001/2002 годов был добавлен третий вопрос, позволяющий зафиксировать возраст, в котором молодой человек впервые закурил. Он был включен в короткий перечень пунктов, касающихся наступления определенной формы поведения, включая употребление алкоголя и достижение состояния опьянения: *В каком возрасте Вы впервые совершили следующие поступки: ... выкурили сигарету (больше, чем просто подымили)?* Вариантами ответа были “*не совершал никогда*” или “*мне было ... лет*”.

Оценка возраста начала курения сигарет в младших возрастных группах, охваченных исследованием, имеет явный методологический недостаток: объективная оценка может быть получена только после того, как все, кто потенциально мог спровоцировать данное поведение, успели сделать это. Окно возможности здесь узкое, поскольку некоторые из тех, кто был отнесен к категории никогда не куривших, все же могут попробовать курить позднее, таким образом повышая средний возраст приобщения к курению. Чтобы минимизировать эту проблему и избежать дальнейшей путаницы вследствие разных восстанавливаемых в памяти периодов между этими тремя возрастными группами, анализ данных о начале курения ограничивается здесь группой 15-летних.

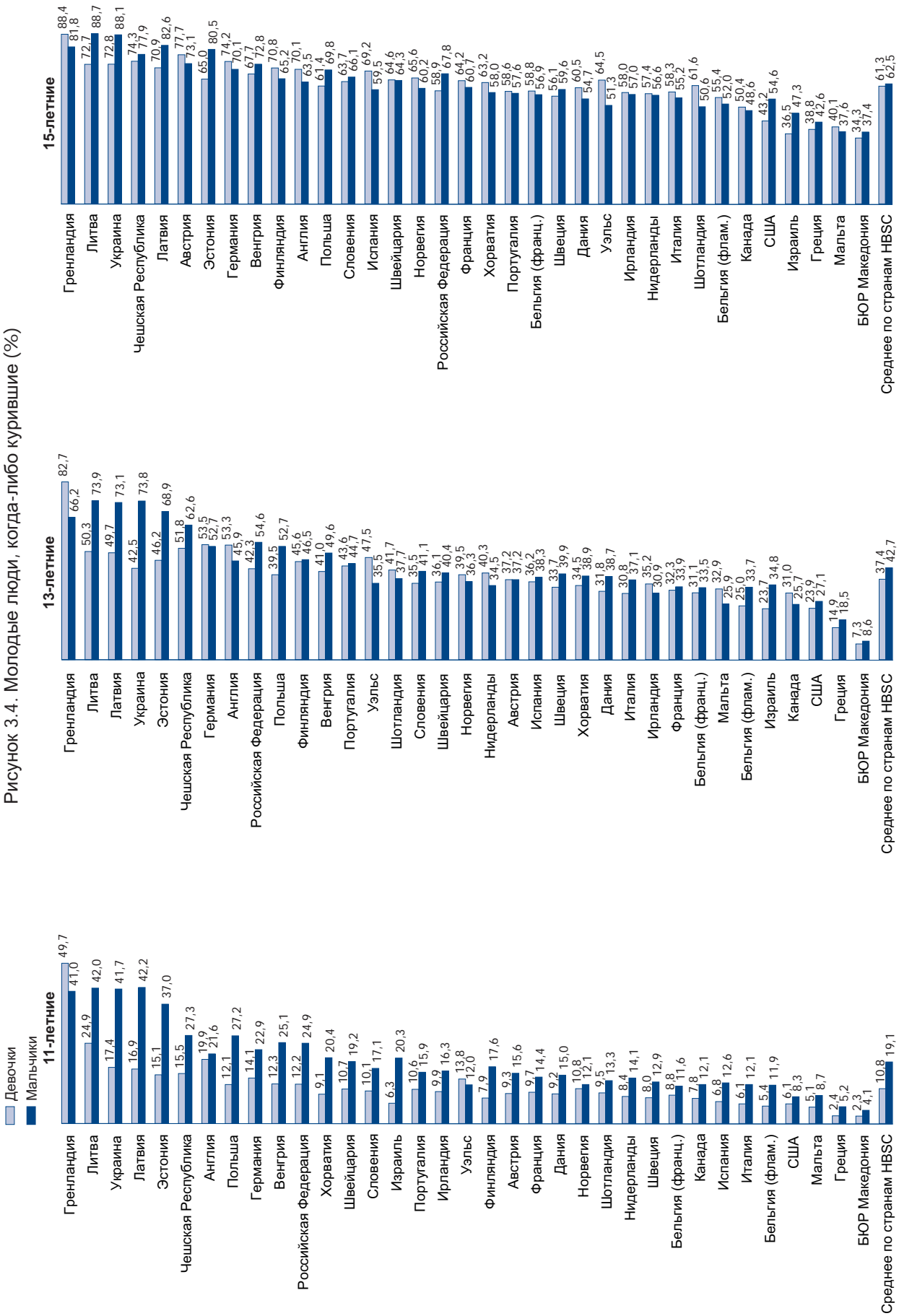
Результаты

Когда-либо курившие

Учитывая, что измерение факта курения когда-либо по определению носит совокупный характер, во всех странах и областях проценты молодых людей, сообщающих о том, что они курили, с возрастом увеличивается: от 15% среди 11-летних до 40% среди 13-летних и до 62% среди 15-летних (рис. 3.4). Среди 11-летних этот процент ниже 25% в 30 странах, среди 13-летних он ниже 25% только в 2 странах и ни в одной стране – среди 15-летних. Такие страны, как Греция, бывшая Югославская Республика Македония и Соединенные Штаты Америки, неизменно характеризуются низкими процентами во всех возрастных группах, в то время как в Эстонии, Гренландии, Латвии, Литве и Украине отмечаются высокие проценты.

Везде, кроме бывшей Югославской Республики Македонии, проценты куривших когда-либо детей возрастают больше в возрасте между 11 и 13 годами, чем между 13 и 15 годами. Почти в

Рисунок 3.4. Молодые люди, когда-либо курившие (%)



половине стран и областей эти проценты не менее чем в три раза выше у 13-летних, чем у 11-летних. Наибольшая разница отмечается на Мальте, где процент повышается с 7% до 30%.

Очевидны также гендерные различия. Почти во всех странах и областях процент когда-либо куривших среди 11-летних значительно выше среди мальчиков, чем среди девочек. Однако среди 13-летних это различие отмечается уже менее, чем в половине стран и областей, в одной трети стран проценты курящих приблизительно равны среди мальчиков и девочек, а более, чем в четверти стран когда-либо куривших девочек больше, чем мальчиков. Эта тенденция сохраняется среди 15-летних, где когда-либо куривших девочек больше, чем мальчиков более, чем в половине стран и областей, причем особенно выражены эти различия в Шотландии и Уэльсе. Напротив, во всех возрастных группах восточно-европейских стран и в некоторых центрально-европейских странах, где общий процент наибольший, мальчики пробуют курить табак чаще, чем девочки. В этой группе стран наибольшие гендерные различия отмечаются в Эстонии, Литве и Украине. В Израиле и США также повторяется эта картина, хотя и с меньшими процентами.

Курение в настоящее время

Частота

В целом по странам и областям 84% молодых людей сообщают, что не курят. Около одной трети из 16%, которые курят, делают это реже, чем раз в неделю (5%), а другие две трети (11%) курят по крайней мере раз в неделю, причем 7% из них (почти половина курящих) курят ежедневно. За этими общими цифрами, однако, скрываются поразительные возрастные, гендерные и географические различия.

Еженедельное курение

Как уже отмечалось, курящие каждую неделю включают в себя тех, кто курит хотя бы один раз в неделю, и тех, кто курит каждый день. Если брать все страны и области вместе, процент еженедельно курящих увеличивается с возрастом от 2% среди 11-летних до 8% среди 13-летних и до 24% среди 15-летних (рис. 3.5). За исключением Гренландии, где проценты исключительно высоки, еженедельно курящие дети во всех странах и областях включают не более 5% 11-летних, 15% 13-летних и 35% 15-летних. Почти везде их процент возрастает более резко между 11 и 13 годами, чем между 13 и 15 годами.

Гендерные различия следуют схеме изменений, аналогичной схемам, установленным для когда-либо куривших. Например, среди 15-летних в более чем половине стран и областей (главным образом в Северной и Западной Европе) девочки чаще или так же часто, как и мальчики, курят хотя бы раз в неделю. В других странах и областях наблюдается обратная картина. Среди 13-летних, например, еженедельное курение среди девочек встречается в 2 раза чаще, чем среди мальчиков, в Шотландии и Уэльсе, но по крайней мере в 2 раза чаще среди мальчиков, чем среди девочек, в Латвии, бывшей Югославской Республике Македонии и на Украине.

Ежедневное курение

Ежедневное курение, как и еженедельное, значительно возрастает с возрастом: на 1%, 5% и 18% соответственно среди 11, 13 и 15-летних (рис. 3.6). Доля курящих ежедневно меньше 3% среди 11-летних во всех странах и областях, не более 10% среди 13-летних везде, кроме Германии и Гренландии, и 30% среди 15-летних в большинстве стран и областей. В подавляющем большинстве стран отмечается более существенное увеличение процента между 11 и 13 годами, чем между 13 и 15 годами.

Наблюдаемые гендерные различия такие же, как и различия в случае других переменных. Среди 15-летних девочки так же часто, как и мальчики, если не чаще, курят каждый день более, чем в половине стран и областей (главным образом в Северной и Западной Европе). В остальных странах и областях наоборот – среди 15-летних, например, девочки примерно в 2 раза чаще, чем мальчики, курят ежедневно в Швеции и Уэльсе, а Эстонии, Литве и Украине мальчики курят ежедневно более чем в 2 раза чаще, чем девочки.

Рисунок 3.5. Молодые люди, которые курят хотя бы раз в неделю (%)

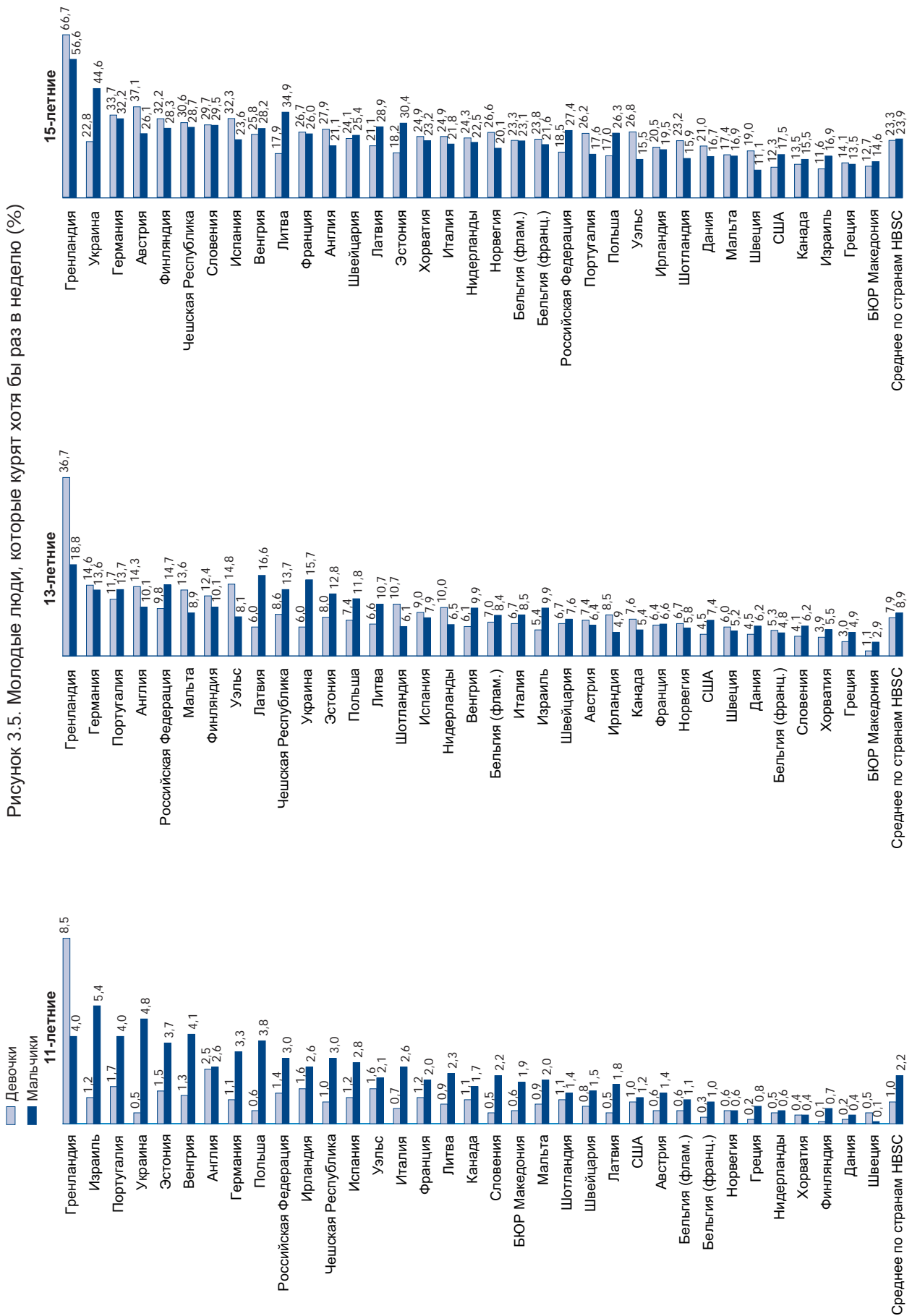
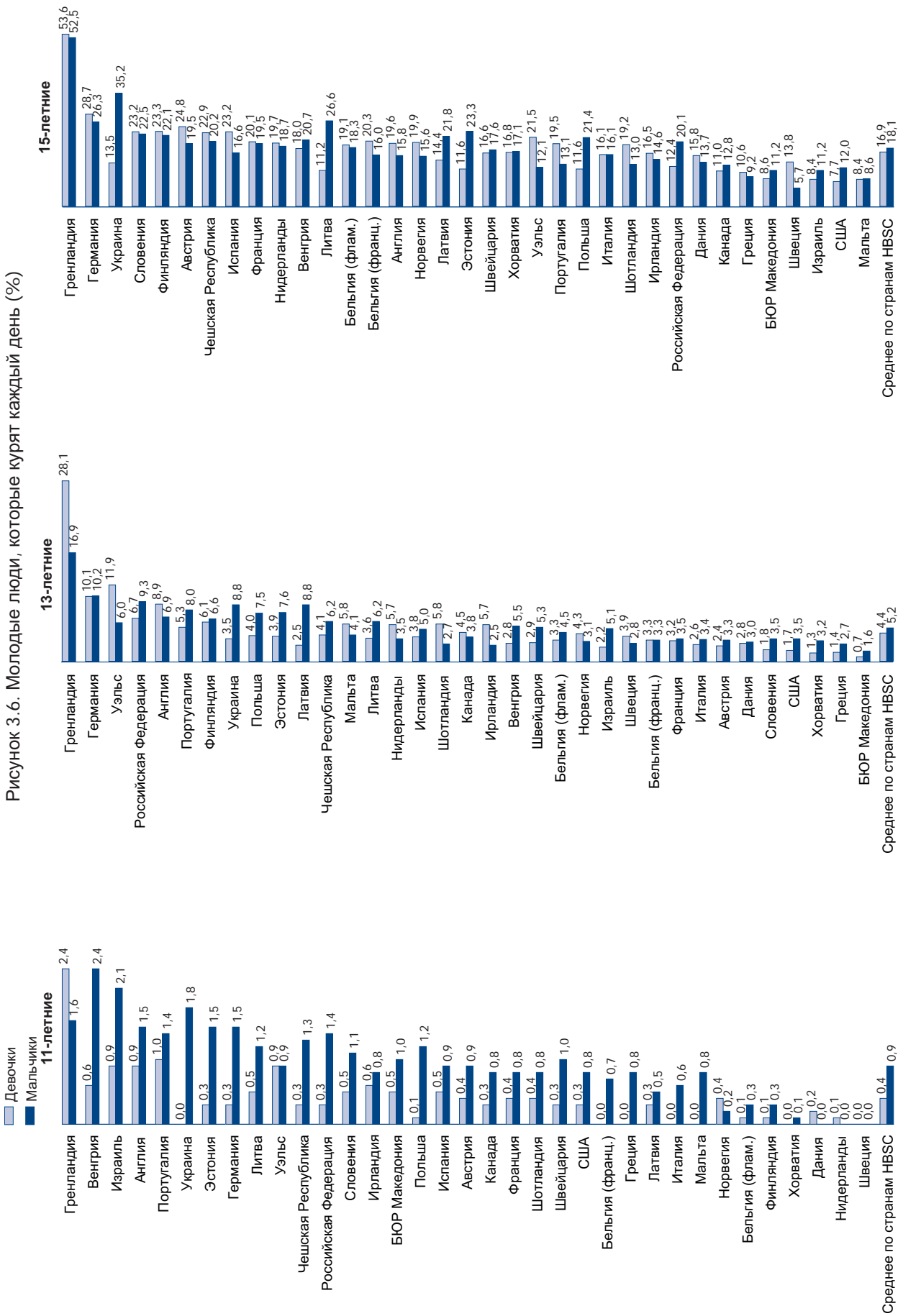


Рисунок 3.6. Молодые люди, которые курят каждый день (%)



Начало курения

Как было отмечено выше, по методологическим причинам, связанным с процессом приобщения к курению в исследуемом контингенте, представленный в данном разделе анализ ограничивается возрастной группой 15-летних.

На рисунке 3.7 показан возраст, в котором три категории 15-летних подростков, по их словам, впервые выкурили сигарету, сигару или трубку. Среди 15-летних респондентов, ответивших, что они курили хотя бы один раз, средний возраст начала курения составляет 12,5 лет, но колеблется при этом от 11,4 лет в Литве до 13,7 лет в Греции и Израиле. Соответствующая цифра по курящим еженедельно составляет 12,2 лет и колеблется в диапазоне от 11,2 лет в США до 13,4 лет в Греции и Израиле; по курящим ежедневно цифры такие: средний возраст 12,1 лет, диапазон от 10,7 лет в США до 13,2 лет в Израиле.

Частота курения среди 15-летних, по-видимому, ассоциирует с возрастом, в котором они начали курить: чем раньше была выкурена первая сигарета, тем больше доля постоянных курильщиков. Среди тех, кто курит сегодня и впервые выкурил сигарету, сигару или трубку до 10 лет, 69% курят как минимум один раз в неделю, а 49% курят ежедневно. Напротив, среди тех, кто начал курить в 15 лет, 61% сообщили о том, что курят как минимум раз в неделю, а 37% – ежедневно.

За исключением Гренландии, Мальты, Шотландии и Уэльса, мальчики, которые сообщают о том, что когда-либо уже курили, начинают курить раньше, чем девочки. Гендерные различия наиболее выражены в Украине, где девочки начинают курить более чем на 2 года позже мальчиков. Для тех, кто курит еженедельно и ежедневно, характерна одна и та же модель гендерных различий. Только в Гренландии и Шотландии начало курения как среди курящих еженедельно, так и курящих ежедневно, раньше происходит среди девочек.

Обсуждение результатов

Принимая во внимание вред, который наносит здоровью курение табака, и то, что это первый шаг на пути, который может привести к другим формам употребления психоактивных веществ, тот факт, что две трети 15-летних и более чем одна треть 13-летних уже попробовали курить табак, вызывает большую тревогу. За этими совокупными данными скрываются значительные различия между странами и областями.

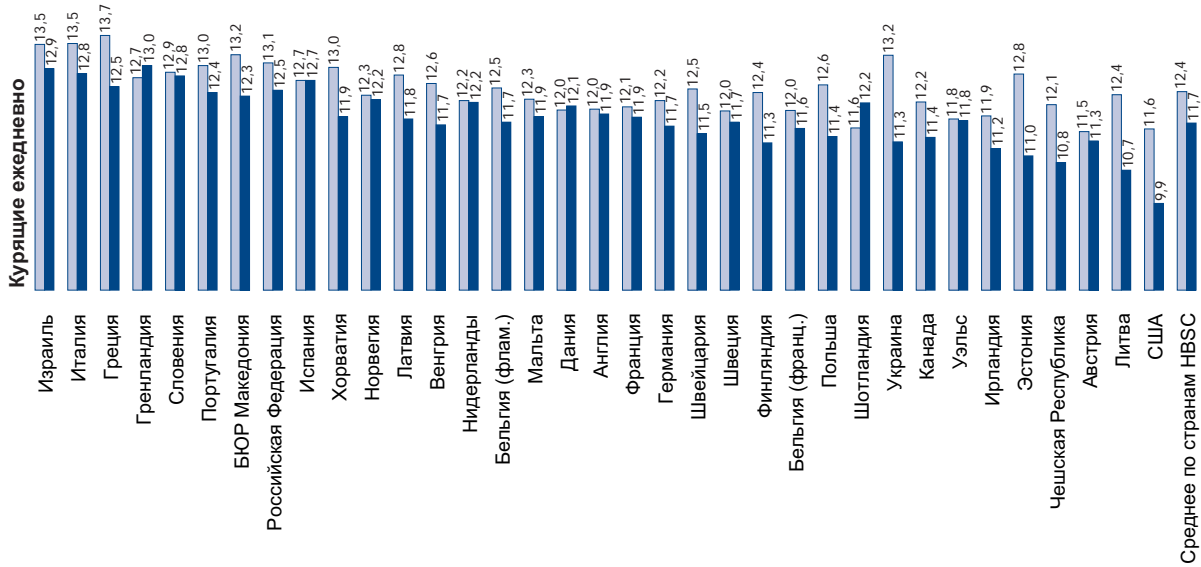
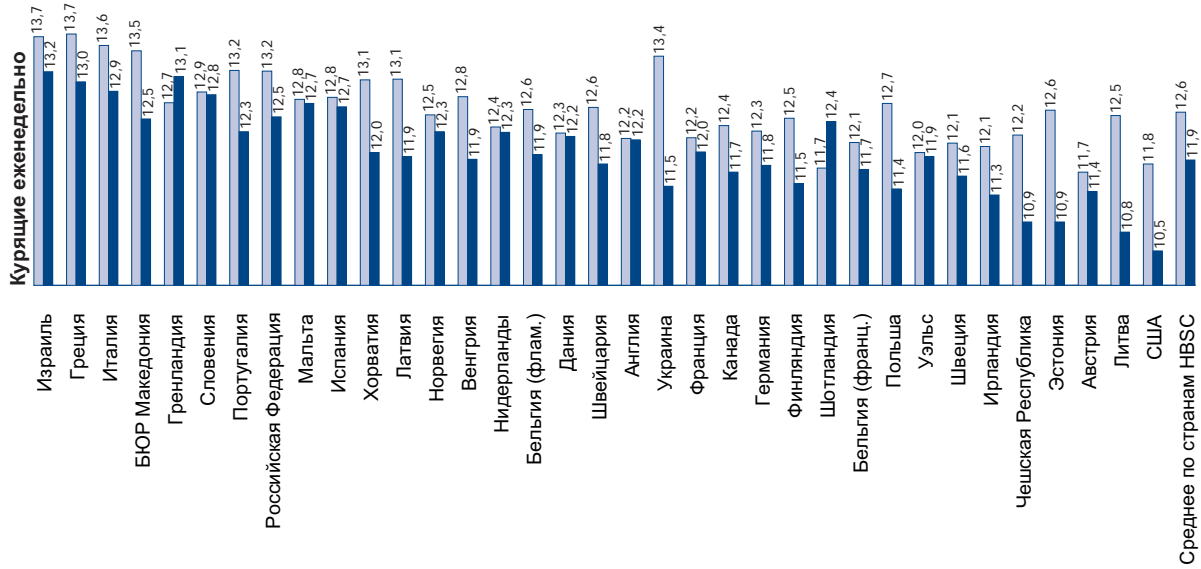
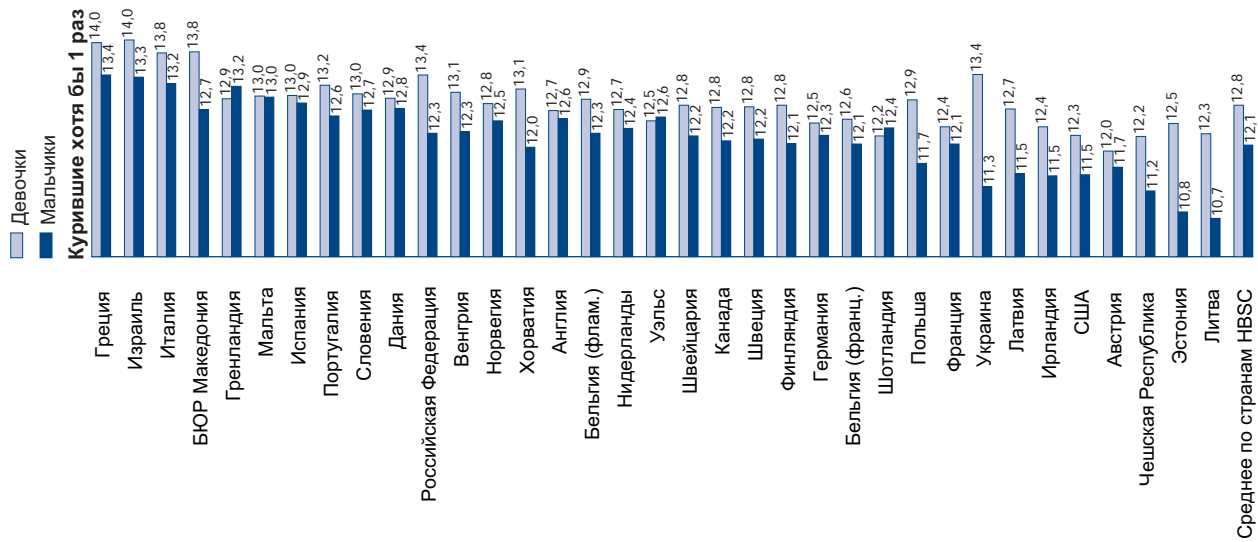
Очень важным результатом является то, что процент курящих девочек в ряде стран и областей продолжает расти. Особенно явно это проявляется среди 15-летних – число курящих среди девочек больше, чем среди мальчиков. Лишь в немногих восточных странах Европейского региона доля курящих мальчиков намного больше, чем доля девочек. Среди мальчиков по-прежнему сохраняется большая вероятность более раннего начала курения, чем среди девочек.

За небольшим исключением, результаты обследования подтверждают общую географическую закономерность в гендерных различиях в курении, особенно в более старших возрастных группах: в восточных странах Европейского региона курящих мальчиков больше, чем девочек, в центральных и южных странах гендерные различия минимальны, а в северных и западных европейских странах курящих девочек больше, чем мальчиков.

Все это может означать, что появилась новая закономерность в гендерных различиях, которая в обследовании в рамках HBSC 1997/1998 годов отмечалась только среди тех, кто курит ежедневно и еженедельно в старшей возрастной группе (16,17). Эта закономерность может быть связана с более широкими переменами в социальном статусе женщин в промышленно развитых странах и соответствует эпидемической кривой, наблюдающейся в отношении взрослого населения в этих странах (18,19).

Не удивительно, что во всех странах доля курящих с возрастом увеличивается, и чем раньше начинают курить, тем выше процент постоянного курения. Тем не менее, проценты употребления табака в трех категориях (курил когда-либо, курит еженедельно, курит ежедневно) заслуживают тщательного исследования. Учитывая кумулятивный характер категории когда-либо куривших, доля тех, кто когда-либо курил, неизбежно увеличивается с возрастом. Кроме того, курение

Рисунок 3.7. Возраст начала курения среди 15-летних (лет)



ради баловства (с целью экспериментирования) не всегда приводит к постоянному курению. Увеличение числа респондентов, сообщающих о курении еженедельно и ежедневно, может отражать уменьшение контроля за подростками со стороны взрослых по мере того, как подростки становятся старше, а также процесс прогрессирования и привыкания, который по крайней мере в некоторых случаях может дойти до стадии зависимости и наркомании. Подтверждением этого прогрессирования является то, что более высокий процент курящих среди 15-летних обычно ассоциирует с более ранним началом курения. К тому же, конечно, 15-летние имеют больше денег и возможностей приобретать сигареты, чем дети младших возрастных групп. Также в этом возрасте курение считается более приемлемым и создает больше социальной поддержки.

В тех странах и областях HBSC, где процент курящих остается высоким, политика и программы борьбы с употреблением табака среди молодых людей, видимо, недостаточно эффективны. Однако, если бы такие меры вообще не осуществлялись, процент курящих мог бы быть еще выше. Например в США, где, по данным обследования HBSC, в 2001/2002 годы уровень табакокурения был относительно низкий, распространенность курения начала снижаться после достижения пика в 1997 году. Считается, что это связано с повышением розничных цен на сигареты (с декабря 1997 года по май 2001 года на 70%), с усилиями по предупреждению употребления табака, предпринимаемыми в школах, и с воздействием на молодых людей кампаний по предупреждению курения, проводимых в средствах массовой информации на уровне штатов и на федеральном уровне (20). Снижение произошло несмотря на то, что табачные компании резко увеличили расходы на рекламу и пропаганду, и несмотря на частый показ курения в фильмах (21). Эта ситуация резко отличается от ситуации в странах, где курение считается более распространено, например, в Германии и Украине. Легкий доступ к табаку, более активное воздействие рекламы и относительно слабые меры контроля здесь могут подрывать возможности изменения ситуации даже в тех случаях, когда в школах и осуществляются соответствующие программы. Этот вывод подтверждает проведенное недавно исследование эффективности профилактических программ в США (22). Исследование показывает, что меры вмешательства на программно-стратегическом уровне, направленные на ограничение курения среди молодых людей, такие, как законы о чистом воздухе, повышение цен через механизм налогообложения, контрреклама и строгое применение действующих законов, ограничивающих продажу табачных изделий несовершеннолетним, должны сочетаться с профилактическими программами в школах, чтобы обеспечить максимальный и долгосрочный эффект (22).

В целом распространенность курения не изменилась по сравнению с предыдущими обследованиями HBSC, однако за средними цифрами скрывается ее снижение в одних странах и повышение в других. В таких странах, как Эстония, Чешская Республика и Литва, процент курящих ежедневно среди 15-летних мальчиков и/или девочек возрос на 12% по сравнению с процентами, выявленными в обследовании HBSC 1997/1998 годов (17). Например, в Литве доля ежедневно курящих среди мальчиков повысилась с 15% в 1997/1998 годах до 27% в 2001/2002 годах. В то же время в большинстве западноевропейских стран среди 15-летних этот процент стабилизировался или снизился менее чем на 5%. Среди мальчиков в Израиле, Шотландии и Уэльсе и среди девочек в Канаде процент ежедневно курящих снизился по крайней мере на 6% (с 19%, 18%, 17% и 21% в 1997/98 годах до 13%, 12%, 11% и 11% в 2001/2002 годах, соответственно). Для лучшего понимания этого процесса нужен дополнительный углубленный количественный и качественный анализ на уровне страны и на индивидуальном уровне.

Результаты обследования 2001/2002 годов указывают на то, что странам следует разрабатывать всеобъемлющие программы вмешательств в интересах здоровья молодых людей и рассмотреть возможность принятия программ, учитывающих гендерные проблемы. В качестве целевой категории особенно должны быть выделены девочки-подростки, так как среди них процент постоянно курящих растет быстрее (или, по крайней мере, снижается медленнее), и это может привести в будущем к последствиям для здоровья, обусловленным гендерной принадлежностью. Например, есть мнение, что сочетание курения с приемом пероральных противозачаточных средств увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний и влияет на репродуктивное здоровье (23). Кроме того, курение матери связано с тем, что дети подвергаются воздействию

среды табачного дыма и в будущем молодые люди тоже могут стать курильщиками (24). Курение среди женщин может иметь значительное влияние на среду, в которой развивается и растет следующее поколение.

Литература

1. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
2. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
3. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994 (http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr_1994/index-htm, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
4. Pierce JP, Gilpin E. How long will today's new adolescent smokers be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 1996, 86(2):253–256.
5. *Pharmacists and action on tobacco*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (Smoke-free Europe 12; <http://www.euro.who.int/document/E61288.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
6. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 1998, 7:409–420.
7. Simantov E et al. Health compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 2(1):85–101.
8. Carvajal S et al. Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: cross sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27(4):255–265.
9. Engels R et al. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Preventive Medicine*, 1998, 27(3):348–357.
10. Anda RF et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 1999, 283(15):1652–1658.
11. Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):673–682.
12. Lamkin L, Houston TP. Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care*, 1998, 25(1):123–135.
13. Kandel DB, ed. *Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis*. New York, Cambridge University Press, 2002.
14. Pallonen UE et al. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 1998, 23(3):303–324.
15. Verduykt P. Summary of the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M et al. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002: 15–32.
16. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
17. Hublet A, Maes L. Exploring gender differences in smoking among adolescents using the HBSC database. In: Lambert M et al. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002:33–54.
18. Pampel FC. Cigarette diffusion and sex differences in smoking. *Journal of Health and Social Behavior*, 2001, 42:388–404.

19. Sasco AJ. Evolution of smoking among women in Europe. In: Lang P, Greiser E, eds. *European symposium on smoking and pregnancy – The chance for action. Proceedings*. Bremen, Bremen Institute for Prevention Research and Social Action (BIPS), 1999:13–22.
20. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. *Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2001*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse, 2002 (NIH Publication No. 02-5105).
21. Trends in cigarette smoking among high school students United States, 1991–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(19):409–412.
22. Eccles J, Gootman JA, eds. *Community programs to promote youth development. Committee on community-level programs for youth*. Washington, DC, National Academy Press, 2002.
23. Kendrick JS, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 1990s. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175(3):528–535.
24. *Women and smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2002 (http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_for_women/Executive_Summary.htm, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).

Употребление алкоголя – *Holger Schmid и Saoirse Nic Gabhainn*

Введение

В большинстве из 35 стран и областей, участвующих в исследованиях в рамках проекта HBSC, употребление алкоголя является частью культуры; в 1996 году ежегодное потребление алкоголя на душу населения примерно в половине из них превышало 10 литров (1). Для молодых людей, проживающих в этих странах и областях, важными примерами для подражания в отношении потребления алкоголя служат взрослые, сверстники, братья и сестры, а также персонажи, фигурирующие в средствах массовой информации (2). Подростки, начинающие активно употреблять алкоголь, делают это под влиянием не только различных социальных факторов, но и личных убеждений и целей, а также присущих их семье и обществу особенностей и традиций. Понимание функции алкоголя в жизни личности может помочь объяснению того, какое место он занимает в жизни молодых людей (3).

Алкоголь может представлять собой одну из желанных привилегий взрослой жизни, и его употребление дает возможность молодым людям почувствовать себя старше. Они могут видеть в нем средство утверждения своей самостоятельности и достижения независимости от родителей или опекунов. В группе сверстников алкоголь может облегчить общение и приобретение новых друзей, повысить популярность в их глазах или повлиять на имидж молодых людей в среде сверстников. Он может также употребляться, потому что подросток ошибочно считает, что все его сверстники пьют, и он хочет быть как все. Кроме того, алкоголь может служить средством, помогающим подросткам расслабиться и соответствовать тем требованиям, которые, как им кажется, к ним предъявляются. Сиюминутная привлекательность алкоголя имеет в глазах молодежи гораздо большее значение, чем отдаленные или даже самые ближайшие последствия его употребления, тем более что в коммерческой рекламе употребление алкоголя ассоциируется с целым рядом положительных моментов, имеющих большое значение для молодых людей, такими, как чувство товарищества, мужественность, сексуальность, романтичность, уход от скучных проблем и приключения. Образы, создаваемые в средствах массовой информации специально для молодежи, редко показывают какие-нибудь отрицательные последствия употребления алкоголя – чувство неловкости, похмелье, несчастные случаи и насилие (4).

Среди молодежи часто наблюдаются отрицательные последствия употребления алкоголя для здоровья, и многие случаи смерти, связанные с алкоголем, происходят в относительно раннем возрасте (5). К числу таких последствий относятся также преднамеренные и непреднамеренные травмы – и те и другие связаны с регулярным употреблением спиртного. Негативные социальные последствия включают пропуск занятий в школе, отставание в учебе, беспорядочные и незащищенные половые сношения, ссоры с друзьями, буйное поведение и неприятности с полицией (6,7). Однако, как отмечает ВОЗ (1), многие из имеющихся фактических данных об употреблении алкоголя и его последствиях неубедительны, получены из небольших по масштабам обследований или основаны на личных впечатлениях или описательных сообщениях.

В настоящем разделе содержится общее описание употреблению алкоголя в большой репрезентативной выборке молодых людей во многих странах с разбивкой по половозрастным группам.

Методы

В обследовании HBSC 2001–2002 годов молодым людям задавались вопросы о том, сколько раз в неделю они обычно употребляют алкоголь, как часто они пьют различные алкогольные напитки и, если они когда-либо бывают пьяными, то как часто это случается. Кроме того, их спрашивали, с какого возраста они начали употреблять алкоголь и в каком возрасте они в первый раз были пьяны. В предыдущих обследованиях в рамках HBSC использовались три первых пункта (8).

Частоту употребления алкоголя позволяет измерить следующий пункт: *Сколько раз в неделю Вы обычно употребляете какие-либо алкогольные напитки?* Были предложены следующие

категории ответов: *никогда; менее одного раза в неделю; один раз в неделю; 2–4 дня в неделю; 5–6 дней в неделю; один раз в день, каждый день; больше одного раза каждый день*. Этот пункт был включен в перечень пунктов, касающихся частоты употребления различных пищевых продуктов и напитков. Еженедельное употребление алкоголя определяется как употребление со слов респондента один раз в неделю или чаще.

Три вопроса касались частоты употребления пива, вина и крепких спиртных напитков: *Как часто в настоящее время Вы употребляете что-либо спиртное, например, пиво, вино или крепкие напитки? Постарайтесь включить в ответ даже те случаи, когда Вы выпивали лишь малое количество алкоголя*. Категориями возможных ответов были: *каждый день; каждую неделю; каждый месяц; редко; никогда*.

В некоторых странах и областях, где имелись алкогольные напитки, специально предназначенные для молодежи (такие, как слабоалкогольные газированные напитки, крепкое пиво и сидр), в вопросники включались дополнительные пункты, уточняющие тип напитков. Так как спектр типов доступных алкогольных напитков чрезвычайно широк, представленный здесь анализ ограничен тремя доминирующими категориями или типами, о которых спрашивали респондентов во всех странах и областях.

Данные о состоянии опьянения со слов респондентов были получены с помощью вопроса *“Выпивали ли Вы когда-либо столько алкоголя, что были действительно пьяны? Возможными категориями ответов были: нет, никогда; да, однажды; да, 2–3 раза; да, 4–10 раз; да, более 10 раз*. Этот пункт служит мерой чрезмерного употребления алкоголя.

Для оценки возраста, в котором респондент начал употреблять алкоголь, и возраста, в котором он первый раз был пьян, в вопросник был включен новый вопрос, касающийся употребления и алкоголя, и табака: *В каком возрасте Вы в первый раз совершили следующее: Выпили спиртное (больше, чем небольшое количество); Напились пьяным?* Предложенными категориями ответов были: *никогда; мне было ... лет*. Этот вопрос был добавлен в обследование 2001/2002 годов потому, что чем раньше начинается употребление алкоголя, тем выше вероятность того, что у человека сложится такая модель образа жизни, которая включает употребление алкоголя, и тем выше у него будет риск связанных с ним негативных последствий для здоровья (9).

Результаты

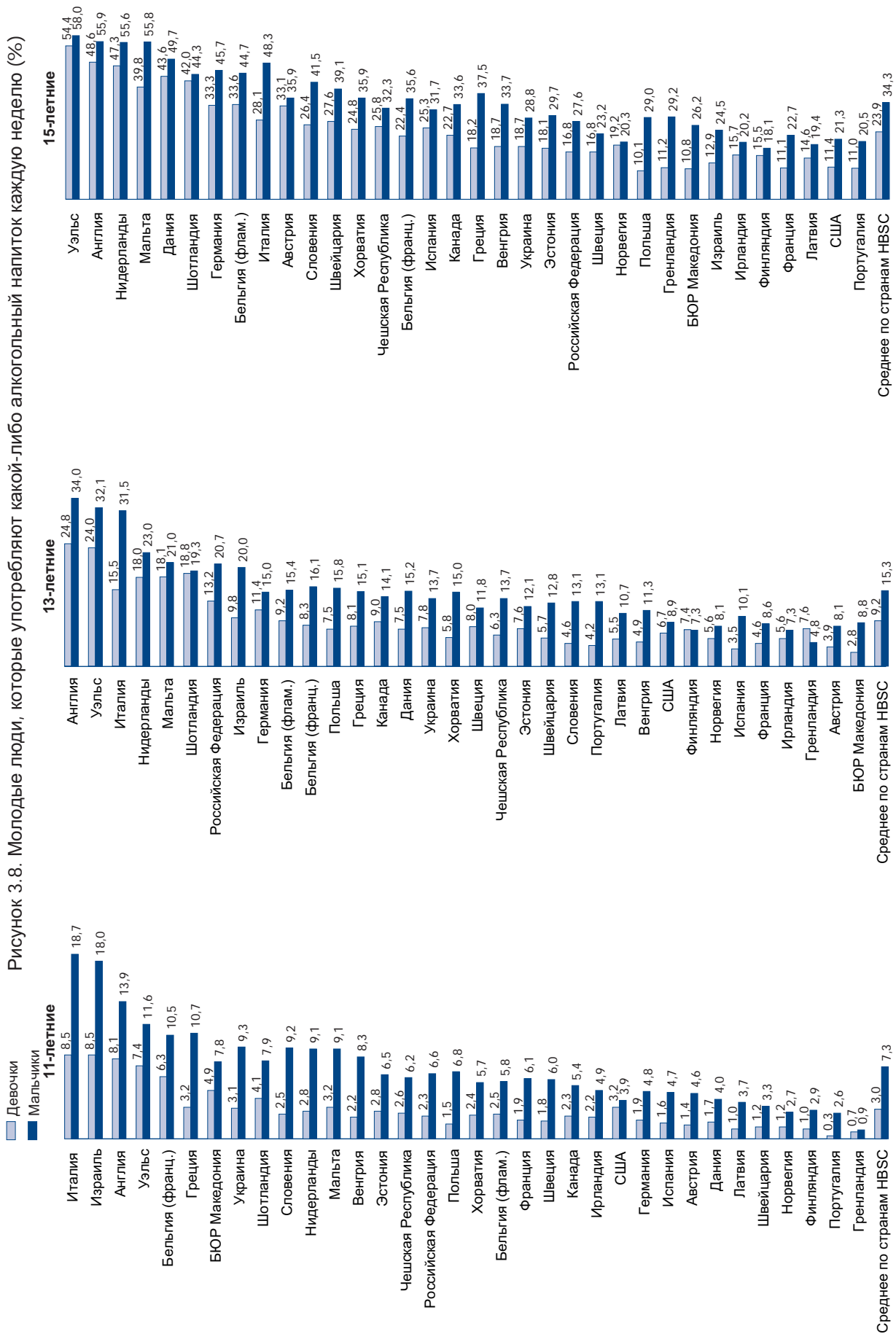
Частота употребления алкоголя

Данные о еженедельном употреблении спиртного представлены в отчете как показатель регулярности употребления алкоголя. В среднем по всем странам регулярно пьющими со слов респондентов являются 5% 11-летних, 12% 13-летних и 29% 15-летних (рис. 3.8).

По этому показателю, однако, наблюдаются существенные географические различия. Процент еженедельно выпивающих среди 11-летних самый высокий в Израиле и Италии, а самый низкий – в Финляндии, Гренландии, Норвегии и Португалии. В одной трети стран и областей процент еженедельно выпивающих не превосходит 5%. По всем возрастным группам наибольший процент наблюдается в Англии и Уэльсе, но в зависимости от возраста расположение стран по этому показателю может изменяться. Например, Мальта и Нидерланды имеют высокий процент регулярно выпивающих среди 13- и 15-летних, в то время как в Израиле этот показатель с возрастом не повышается. Показатели еженедельного употребления спиртного среди 15-летних в Англии, Нидерландах и Уэльсе превышают 50%, но в Финляндии, Франции, Латвии, Португалии и США они ниже 17%.

Мальчики склонны к регулярному употреблению алкоголя чаще, чем девочки. В отличие от показателей распространенности курения, такая картина проявляется во всех трех возрастных группах и во всех странах, за исключением 13-летних в Финляндии и 11- и 13-летних в Гренландии. Различия по гендерному признаку с возрастом увеличиваются, но варьируются по степени между странами и областями. Значительной величины гендерные различия в распространенности регулярного употребления спиртного достигают в Греции, Италии и Польше, а в таких странах, как Австрия, Финляндия, Норвегия Шотландия и Уэльс, они незначительны.

Рисунок 3.8. Молодые люди, которые употребляют какой-либо алкогольный напиток каждую неделю (%)



Примечание: данные по Литве отсутствуют.

Частота употребления пива, вина и крепких напитков

Молодые люди отдают явное предпочтение определенным видам спиртных напитков (рис. 3.9–3.11). Доминирующее положение в структуре потребления алкоголя в этой возрастной группе занимает пиво (10,11). Однако некоторые страны уже сообщают, что среди девочек на первое место по популярности вышли недавно появившиеся слабоалкогольные газированные напитки (12). Большинство сортов пива содержит 4–6% алкоголя, хотя в некоторых сортах его меньше или не содержится совсем или же доходит до 14%. Молодежь менее склонна употреблять вино, крепость которого обычно находится в пределах 10–14%. Спиртные напитки, полученные путём перегонки, могут значительно различаться между собой по крепости, но обычно содержат более 35% чистого спирта.

В большинстве стран и областей все три возрастные группы вино предпочитают пиво. Как и следовало ожидать, с возрастом потребление спиртных напитков возрастает (табл. 3.4).

Таблица 3.4. Еженедельное употребление пива, вина и крепких напитков (%)

Напиток	Потребление (%)		
	11-летние	13-летние	15-летние
Пиво	2,4	6,6	18,3
Вино	1,8	3,6	7,2
Крепкие напитки	1,1	3,8	11,0

В группе 15-летних, например, в Дании, Италии, Венгрии, Англии и на Мальте, мальчики сообщают, что часто употребляют более одного вида спиртных напитков. При этом в Англии и на Мальте мальчики указывают, что часто употребляют все три вида спиртных напитков, в Дании – пиво и крепкие напитки, в Венгрии и Италии – вино и крепкие напитки. Наибольший уровень потребления крепких напитков среди мальчиков наблюдается там, где высоки показатели частого употребления пива и/или вина (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,64$).

Аналогичная картина вырисовывается и среди 15-летних девочек: больше всего распространено частое употребление более одного вида напитков в Дании, Англии и на Мальте. В Англии и на Мальте девочки часто пьют вино и крепкие напитки, а в Дании – пиво и крепкие напитки. Как и среди мальчиков, больше девочек употребляют крепкие напитки там, где со слов респондентов также высок уровень потребления пива и/или вина (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,38$).

Частота случаев опьянения

В отчете представлены проценты молодых людей, которые, по их словам, бывали пьяны два раза и более, поскольку молодые люди, которые становятся пьяными более одного раза, подвергаются большему риску наступления отрицательных последствий для здоровья. Этот показатель также является той пороговой точкой, о которой чаще всего сообщают в научной литературе по данному вопросу (10).

Во всех странах и областях и во всех возрастных группах мальчики чаще, чем девочки, отмечали, что были пьяны два раза и более (рис. 3.12). Наибольшие гендерные различия наблюдаются среди 15-летних и наименьшие – среди 11-летних. Среди 13-летних и 15-летних наиболее высока распространенность случаев опьянения в Дании, Англии, Гренландии и Уэльсе; в категории 11-летних наивысшим показателем распространенности также характеризуются Англия и Уэльс.

Начало употребления алкоголя и случаев опьянения

Для того, чтобы повысить точность и сравнимость результатов (по тем же причинам, что были приведены в отношении начала курения в предыдущем разделе), анализ возраста начала

Рисунок 3.9. Молодые люди, которые пьют пиво каждую неделю (%)

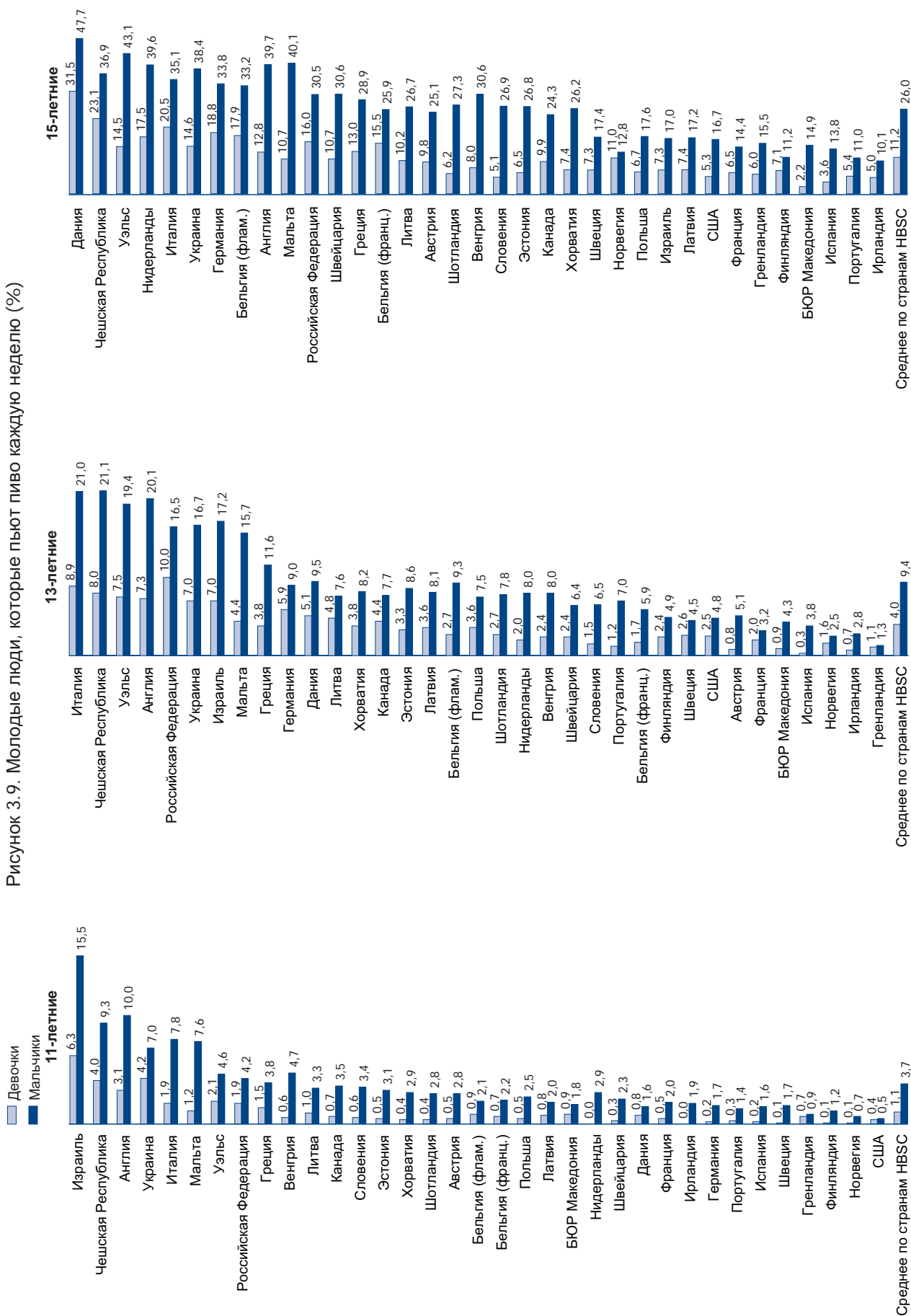


Рисунок 3.10. Молодые люди, которые пьют вино каждую неделю (%)

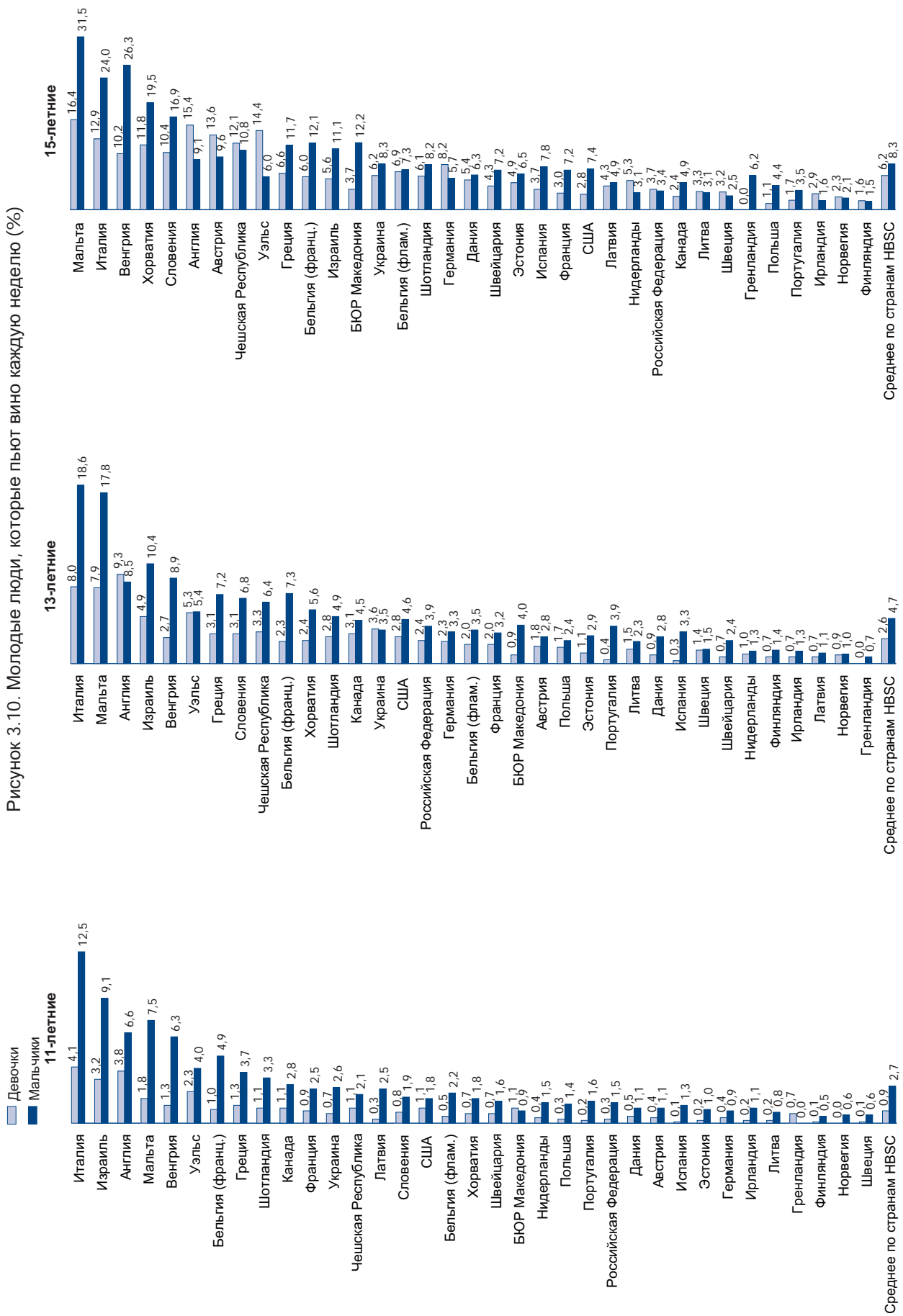


Рисунок 3.11. Молодые люди, которые пьют крепкие напитки каждую неделю (%)

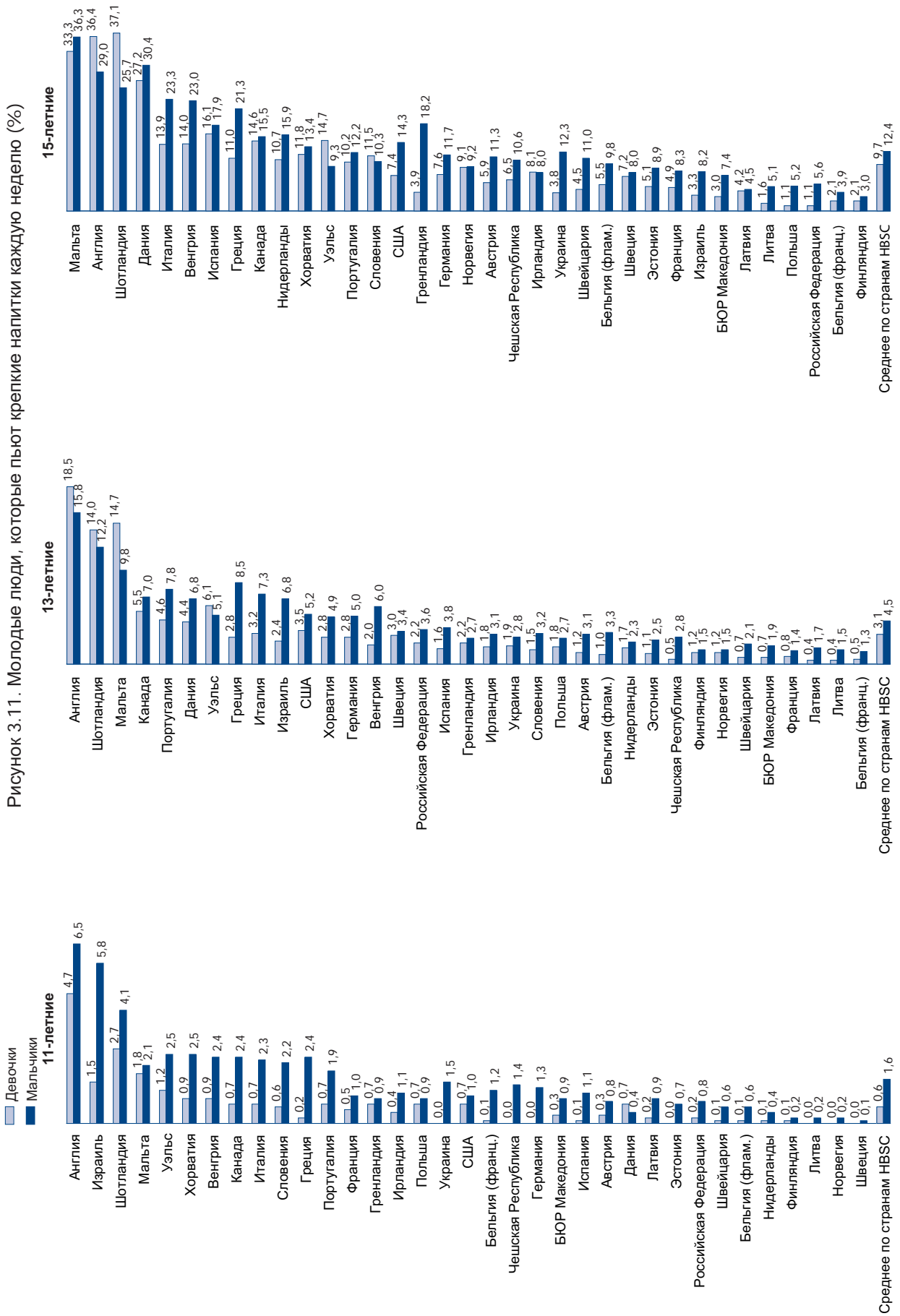
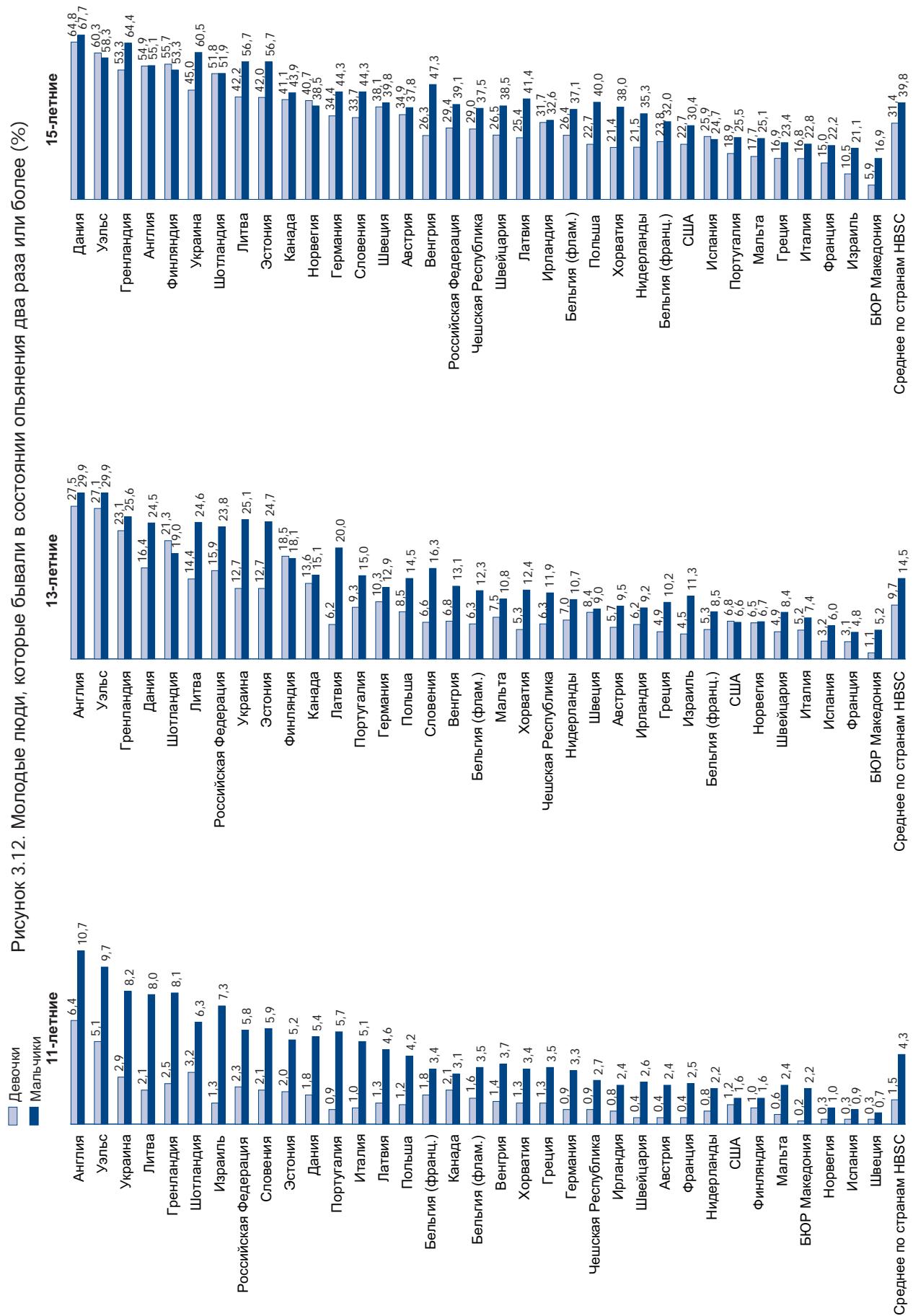


Рисунок 3.12. Молодые люди, которые бывали в состоянии опьянения два раза или более (%)



употребления алкоголя и наступления случаев опьянения ограничивается категорией 15-летних.

Из обследованных молодых людей 20% всех мальчиков и 22% всех девочек сообщают, что они никогда не употребляли спиртного. Те из мальчиков, которые употребляли алкоголь, отмечают, что сделали это в первый раз в среднем возрасте 12,3 лет (стандартное отклонение 2,3 года), а из девочек – в среднем возрасте 12,9 лет (стандартное отклонение 1,9 года) (рис. 3.13). Относительно рано молодые люди начинают пить в Австрии, Чешской Республике и Литве, и несколько позже – в Финляндии, Гренландии, Израиле, Италии и Российской Федерации. Чем старше средний возраст начала употребления алкоголя в стране или области, тем меньше гендерные различия (коэффициент корреляции Пирсона $r=-0,28$).

Средний возраст первого случая опьянения составляет 13,6 лет среди мальчиков (стандартное отклонение 1,7 года) и 13,9 лет среди девочек (стандартное отклонение 1,2 года) (рис. 3.13). В относительно раннем возрасте впервые доводят себя до состояния опьянения молодые люди в Австрии и США, в несколько более позднем возрасте – в Италии, Израиле, Португалии и Украине. Как и в случае начала употребления спиртного, мальчики, по их словам, начинают доходить до состояния опьянения в более раннем возрасте, чем девочки. В отличие от результатов, касающихся употребления алкоголя в первый раз, когда гендерные различия обычно уменьшаются в тех странах, где начало употребления алкогольных напитков происходит позднее, в отношении возраста наступления первого состояния опьянения такой закономерности не выявлено.

Обсуждение результатов

Полученные данные указывают на значительные гендерные различия по всем показателям употребления алкоголя. Любопытно, что гендерные различия в возрасте начала употребления алкоголя меньше, но в отношении еженедельного употребления и состояния опьянения эти различия более существенны. В возрасте 15 лет мальчики чаще употребляют алкоголь регулярно и с целью достигнуть опьянения. Более одной трети молодых людей сообщают, что были пьяными два раза и более, при этом мальчики сообщают об этом чаще, чем девочки. Важную роль в реализации стремления к воздействию алкоголя играет употребление крепких напитков, и оно же ассоциирует с неадекватным поведением в целом (13,14). Высокий уровень потребления крепких напитков наблюдается в тех странах и областях, где также сообщают о высоком уровне потребления всех видов спиртных напитков. Таким образом, молодые люди, сообщающие об употреблении крепких напитков, отнюдь не всегда сообщают о потреблении меньших количеств вина или пива.

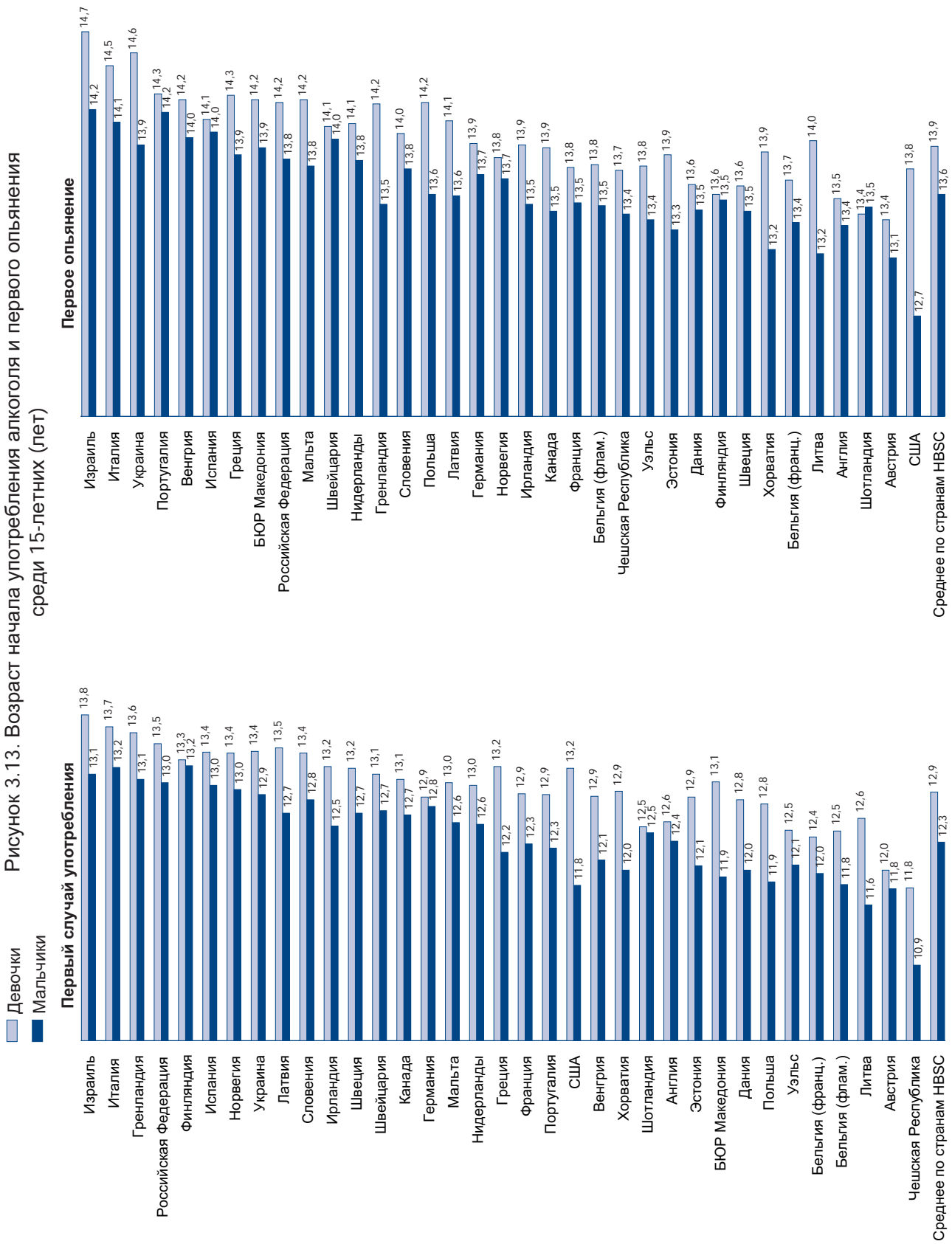
Структура потребления алкоголя среди молодых людей в разных странах и областях значительно различается, и эти различия отражают разную культуру питания. Например, в Израиле и Италии молодые люди сообщают об относительно позднем возрасте начала употребления алкоголя и наступления опьянения, но там очень распространено регулярное употребление спиртного. В Финляндии высок процент молодых людей, сообщающих о наступлении опьянения, но низок процент тех, кто пьет каждую неделю, а в Италии молодые люди реже бывают пьяными, но высок процент регулярного потребления пива, вина и крепких напитков.

Страны и регионы могут быть сгруппированы в соответствии с их традициями употребления алкоголя (15). Одна группа включает страны Средиземноморского бассейна, производящие вино и являющиеся преимущественно католическими или православными – это Франция, Греция, Италия и Испания. Здесь 15-летние начинают пить в относительно более позднем возрасте и среди них невысок процент тех, кто доходит до опьянения.

Другую группу стран (Дания, Финляндия, Норвегия и Швеция) можно определить как представляющую северную традицию питания, где потребляют сравнительно мало вина. В некоторых из них состояние опьянения в первый раз отмечается в довольно раннем возрасте (Дания, Финляндия и Швеция) и широко распространено среди молодежи (особенно в Дании).

В странах восточной половины Европейского региона, таких, как Чешская Республика, Венгрия, Российская Федерация и государства Балтии, культура питания взрослых более

Рисунок 3.13. Возраст начала употребления алкоголя и первого опьянения среди 15-летних (лет)



ориентирована на крепкие напитки, но полученные данные не указывают ни на особо высокий, ни на особо низкий процент молодых людей, регулярно употребляющих спиртные напитки или бывающих пьяными. В отличие от взрослого населения в этих странах, среди 15-летних распространенность употребления крепких напитков относительно невелика (1).

В странах Западной Европы (таких, как Бельгия, Англия, Германия, Ирландия, Нидерланды, Шотландия и Уэльс) отмечается относительно ранний возраст первого опьянения и высокий процент 15-летних молодых людей, еженедельно употребляющих алкоголь и регулярно употребляющих пиво.

Алкоголь является таким психактивным веществом, которое обычно несет в себе положительную коннотацию для молодых людей, но играет важную роль в этиологии серьезных неблагоприятных последствий для их здоровья. Если целью потребления алкоголя является достижение состояния опьянения, а результатом – интоксикация, можно ожидать пагубных последствий для здоровья. Алкогольное отравление приводит к потере управления движениями и критичности суждений, а также к снижению уровней торможения. Среди подростков младшего возраста такие эффекты, как названные выше, могут наступать даже при относительно малом количестве потребленного алкоголя (16,17).

Высокая степень распространенности пагубного потребления алкоголя и значительные различия между странами в культуре питания представляют большую трудность для медицинских работников в реализации комплексных программ просвещения, лечения и нормативного регулирования, активно поощряемых ВОЗ (1), и указывают на то, что такие программы должны разрабатываться в соответствии со спецификой потребностей каждой страны. Молодым людям особенно необходимо больше знать о потенциальных вредных последствиях пьянства (18). Помимо образовательных и оздоровительных антиалкогольных мероприятий, которые направлены непосредственно на молодежь и чаще всего реализуются на базе школ и местных культурно-просветительных центров и центров здоровья, необходимо подумать и о других факторах, влияющих на потребление алкоголя молодыми людьми, например, о семье. Результаты продольного исследования, охватившего более 30 лет, показывают, что молодые люди с прочными семейными привязанностями оказываются более защищенными от формирования неадекватных моделей поведения во взрослом возрасте (19). Некоторые специалисты предлагают распространить на молодежь принципы таких программ, как “Разумное питье” (20) и выработать принципы так называемого “разумного риска” (21). С другой стороны, не вполне ясно, какое воздействие оказывает обучение разумному употреблению алкоголя (например, в кругу семьи) (19). Во всяком случае, необходимо критически проанализировать и оценить, что происходит, когда молодых людей научили правильно действовать в ситуациях риска вообще и риска при употреблении алкоголя, в частности.

Перспективными представляются профилактические программы, формирование умений и навыков и кратковременные меры вмешательства на базе школ, особенно в сочетании с вмешательствами по месту жительства. В тех странах, где еще не проводятся кампании в средствах массовой информации, не введены ограничения на рекламу и отсутствует регулирование доступности алкоголя для молодежи путем введения правил для точек розничной торговли (регулирующих их количество, часы работы и предусматривающих инструктирование менеджеров и персонала, и т.д.), правительству необходимо подумать о разработке и осуществлении таких мер. Возможные законодательные нормы, которые могли бы быть приняты в рамках широкомасштабных мер профилактики, включают систему лицензирования производства и продажи алкоголя, нанесение на тару с напитками предупреждающих надписей о вреде алкоголя и налоги на алкогольные напитки (это, пожалуй, важнее для молодых потребителей, чутко реагирующих на изменение цен).

Литература

1. *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/HSC/SAB/99.11).
2. Petraitis J et al. Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 1998, 33(13):2561–2604.
3. Schulenberg JE, Maggs JL. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14(Suppl.): 54–70.
4. Atkin CK. Effects of media alcohol messages on adolescent audiences. In: Comstock GA, ed. *Adolescent medicine: state of the art review*. Philadelphia, Hanley and Belfus, 1993.
5. Murray CJL, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1436–1442.
6. Perkins HW. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14(Suppl.):164–172.
7. Wechsler H et al. Health and behavioural consequences of binge drinking in college – A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 1994, 272:1671–1677.
8. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53 взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).
9. Hawkins JD et al. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58(3):280–290.
10. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
11. Hibell B et al. *The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
12. Janin Jacquat B, François Y, Schmid H. Konsum psychoaktiver Substanzen. In: Schmid H, Kuntsche EN, Delgrande M, eds. *Anpassen, ausweichen, aufl ehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern, Haupt, 2001:347–391.
13. Smart RG, Walsh GW. Do some types of alcoholic beverages lead to more problems for adolescents? *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:35–38.
14. Kilty KM. Drinking styles of adolescents and young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51: 556–564.
15. Bloomfield K, Ahlström S et al. *Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. A European Union Biomed-II concerted action*. Berlin, Institute for Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology, Free University Berlin, 1999.
16. Midanik LT. Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures. *Addiction*, 1999, 94(6):887–897.
17. Windle M, Shope JT, Bukstein O. Alcohol use. In: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996:115–160.
18. Murgraff V, Parrott A, Bennett P. Risky single-occasion drinking amongst young people – Definition, correlates, policy, and intervention: a broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*, 1999, 34(1):3–14.
19. Ensminger ME, Juon HS. Transition to adulthood among high-risk youth. In: Jessor J, eds. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
20. *Sensible drinking. The report of an inter-departmental working group*. London, United Kingdom Department of Health, 1995.
21. Franzkowiak P. Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, eds. *Drogenkonsum in der Partyszene: Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand*. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2002:107–124.

Употребление конопли – *Tom ter Bogt, Anastasios Fotiou и Saoirse Nic Gabhainn*

Введение

Конопля является наиболее широко распространенным веществом, употребляемым как взрослыми, так и подростками, после алкоголя и табака, несмотря на то, что ее употребление считается незаконным в большинстве стран и областей, участвующих в программе HBSC (1,2). В 90-е годы в Европейском регионе произошел рост потребления конопли. Например, с 1995 по 1999 год употребление конопли сократилось только в 3 из 21 страны, участвовавших в европейском проекте “Обследование европейских школ на предмет потребления алкоголя и других наркотиков” (ESPAD). В 14 странах в 1999 году оно было выше, чем в 1995 году, причем иногда в 2 раза и более. Тем не менее, уровень употребления конопли в настоящее время и в продолжение всей жизни колеблется в широком диапазоне. В некоторых странах в целевой группе обследования ESPAD (15-летние подростки) процент постоянно употребляющих коноплю превышает 30%, но в других странах их меньше 10%. В целом, мальчики чаще сообщают о том, что пробуют коноплю, чем девочки (1). В США около половины старшеклассников сообщают, что пробовали коноплю, а одна треть сообщила об употреблении ее в течение предыдущего месяца. Употребление конопли в США достигло абсолютного максимума в 70-е годы, затем несколько снизилось в 80-е годы и снова поднялось в 90-е (2).

Эти данные указывают на то, что рост экспериментирования подростков с употреблением конопли наблюдается во всех промышленно развитых странах. Как в Европейском регионе, так и в США этот рост может быть частью более широкой тенденции к росту потребления незаконных препаратов. Молодые люди сообщают о большем употреблении наркотиков и о том, что начинают они это делать в более раннем возрасте (1,2).

В том, что касается употребления конопли, подростки подвергаются противоречивым влияниям. С одной стороны, она представляется как угроза здоровью и психической устойчивости и даже как ступенька к употреблению более тяжелых наркотиков. С другой стороны, ей придается романтический ореол как одному из наркотиков, употребляемых поп-звездами и другими популярными личностями, которым молодежь стремится подражать (3). Родители и учителя могут повлиять на снижение потребления конопли, если будут рассказывать подросткам о потенциальном вреде конопли. Тем не менее, как и в случае употребления алкоголя и курения табака, молодые люди могут рассматривать баловство с коноплей как один из элементов взросления, т.е. с их стороны это может быть попыткой утверждения своего статуса взрослого человека (4).

В то время, как действия родителей, других лиц, выступающих в роли образца для подражания, программно-стратегические меры, кампании в СМИ, – все это в какой-то мере оказывает определенное влияние на отношение к законным и незаконным психоактивным веществам (3), самым сильным фактором, позволяющим прогнозировать индивидуальное потребление наркотиков, все же является отношение к потреблению наркотиков в группе сверстников. Молодые люди могут подбирать себе друзей, которые разделяют их психосоциальные установки, тем самым подкрепляя свои взгляды и оправдывая свое поведение (5). Сверстники задают модель использования наркотиков, формируют нормы, установки и ценности, создают возможности для их употребления и оказывают в этом поддержку. Соотнесение употребления наркотиков с друзьями превращает эту идею в совершенно нормальную и поощряет молодых людей к их употреблению (6–8). Для некоторых подростков принятие наркотиков может быть попыткой заявить о своем независимом статусе, подобном статусу взрослого, утверждая при этом чувство отчуждения от мира взрослых. Они могут воспринимать это как важный аспект сопротивления подростковой культуры миру взрослых (9).

Употребление конопли от случая к случаю представляется нормой среди значительного меньшинства молодых людей в Европейском регионе и в Северной Америке. В нескольких исследованиях утверждается, что такая структура употребления конопли отнюдь не обязательно

является вредной, по крайней мере, в социальном отношении. Имеются свидетельства, позволяющие предположить, что подростки, употребляющие алкоголь или коноплю в малых дозах, лучше адаптируются к социальным условиям и имеют более развитые социальные навыки, чем те, кто вообще не употребляет психоактивных веществ или, напротив, употребляет их в слишком больших количествах (10,11).

Важно, однако, отличать периодическое употребление конопли от частого. Последнее ассоциирует со многими негативными последствиями. Частое употребление наркотиков в раннем возрасте предвещает отчисление из школы, незащищенный секс и девиантное поведение (12). Употребление конопли само по себе не обязательно порождает эти проблемы. Потребители психоактивных веществ еще до того, как начинают злоупотреблять алкоголем и наркотиками, реже бывают самостоятельными, общительными, заслуживающими доверия или способными планировать наперед (10). Употребление конопли может обострить их проблемы. Интенсивное употребление ассоциирует с проблемами в школе, депрессией, ухудшением физического состояния, рискованным и девиантным поведением (13). Недавние исследования подтверждают, что курение конопли может вызывать психозы и депрессии, особенно среди тех, кто склонен к ним (14–18).

Методы

Поскольку употребление конопли детьми и младшими подростками встречается довольно редко, вопросы на эту тему задавались только 15-летним.

Молодым людям были заданы два вопроса о том, использовали ли они когда-нибудь коноплю и, если использовали, то как часто в течение предыдущего года:

- *Вы когда-либо употребляли коноплю в своей жизни?*
- *Употребляли ли Вы коноплю в течение последних 12 месяцев?*

Категории возможных ответов на оба вопроса: *никогда; один или два раза; от 3 до 5 раз; от 6 до 9 раз; от 10 до 19 раз; от 20 раз до 39 раз; более 39 раз.*

Некоторые молодые люди пробуют коноплю один или несколько раз, а затем прекращают, тогда как другие употребляют ее более регулярно. Есть те, кто употребляет коноплю для расслабления, и те, кто постоянно использует ее в больших количествах, причем последних меньше. Среди тех, кто сообщает об употреблении конопли хотя бы раз в жизни, было выделено 4 группы по количеству раз употребления:

Группы	Употребление в последние 12 месяцев
Бывшие пользователи	0 раз
Пробующие	1–2 раза
Использующие для расслабления	3–39 раз
Потребляющие в больших количествах	≥ 40 раз

Результаты

Когда-либо употреблявшие коноплю

Географические различия в процентах тех, кто когда-либо употреблял коноплю, весьма существенны (рис. 3.14): от менее 10% в Греции, Израиле, Литве, Мальте, Швеции и бывшей Югославской Республике Македонии до более 40% в Канаде, Англии, Гренландии и Швейцарии. Большинство стран Восточной и Северной Европы находятся в нижней части рисунка 3.14. За исключением Испании и, в меньшей степени, Италии и Португалии, большинство южных стран Европейского региона (такие как Греция, Израиль, Мальта, Македония) обычно имеют более низкие цифры. Интересно, что Швейцария резко выделяется своими высокими показателями на фоне соседних с нею стран.

В целом о том, что они попробовали коноплю, больше сообщают мальчики, чем девочки. При этом наибольшие гендерные различия отмечаются в основном в восточных и южных странах Европейского региона.

Употребление конопли в течение текущего года

Процент тех, кто употреблял коноплю в течение предыдущего года, близок к проценту тех, кто употреблял ее хотя бы раз (рис. 3.14). Это дает основание предположить, что имеются две основные группы потребителей: те, кто попробовал наркотик до 14 лет и продолжали потреблять его, и те, кто начал употреблять коноплю в течение предыдущего года.

В целом наблюдается та же картина географического распределения, что и в случае тех, кто когда-либо пробовал коноплю. Она включает поразительные географические различия: от 3% в бывшей Югославской Республике Македония до 40% в Канаде. Более 30% 15-летних сообщают, что они употребляли коноплю в предыдущем году, в таких странах как Канада, Англия, Гренландия, Шотландия, Испания, Швейцария и США. Напротив, распространенность во многих других странах, особенно на востоке региона, относительно низка. Между этими крайностями находится группа стран с умеренной распространенностью, в основном в Центральной и Западной Европе (Бельгия в ее фламандской области, Чешская Республика, Дания, Франция, Германия и Нидерланды).

Также, как в случае с теми, кто попробовал коноплю хотя бы один раз, использование ее в течение предыдущего года чаще наблюдается среди мальчиков, чем среди девочек. Эти гендерные различия наиболее выражены в восточных и южных странах Европейского региона, однако заметное исключение составляет Испания.

Постоянное употребление конопли и его частота

Для сравнения структуры распределения тех молодых людей, которые сообщают о том, что употребляют коноплю, на рисунке 3.15 показаны доли каждой национальной выборки в целом, которые были отнесены к четырем группам пользователей. В целом, употребление для пробы и для расслабления встречается гораздо чаще, чем употребление в больших количествах. Потребители в больших количествах составляют 5–10% выборок в Канаде, Англии, Шотландии, Испании, Швейцарии и США; 4–5% выборок в Бельгии (франкоязычная область), Франции и Словении и около 3% – в Бельгии (фламандская область), Чешской Республике, Германии, Гренландии, Ирландии, Италии, Нидерландах, Португалии и Уэльсе. В большинстве остальных стран группы потребителей больших количеств относительно невелики: менее 2%. Во всех странах о потреблении конопли в больших количествах чаще сообщают мальчики, чем девочки.

Обсуждение результатов

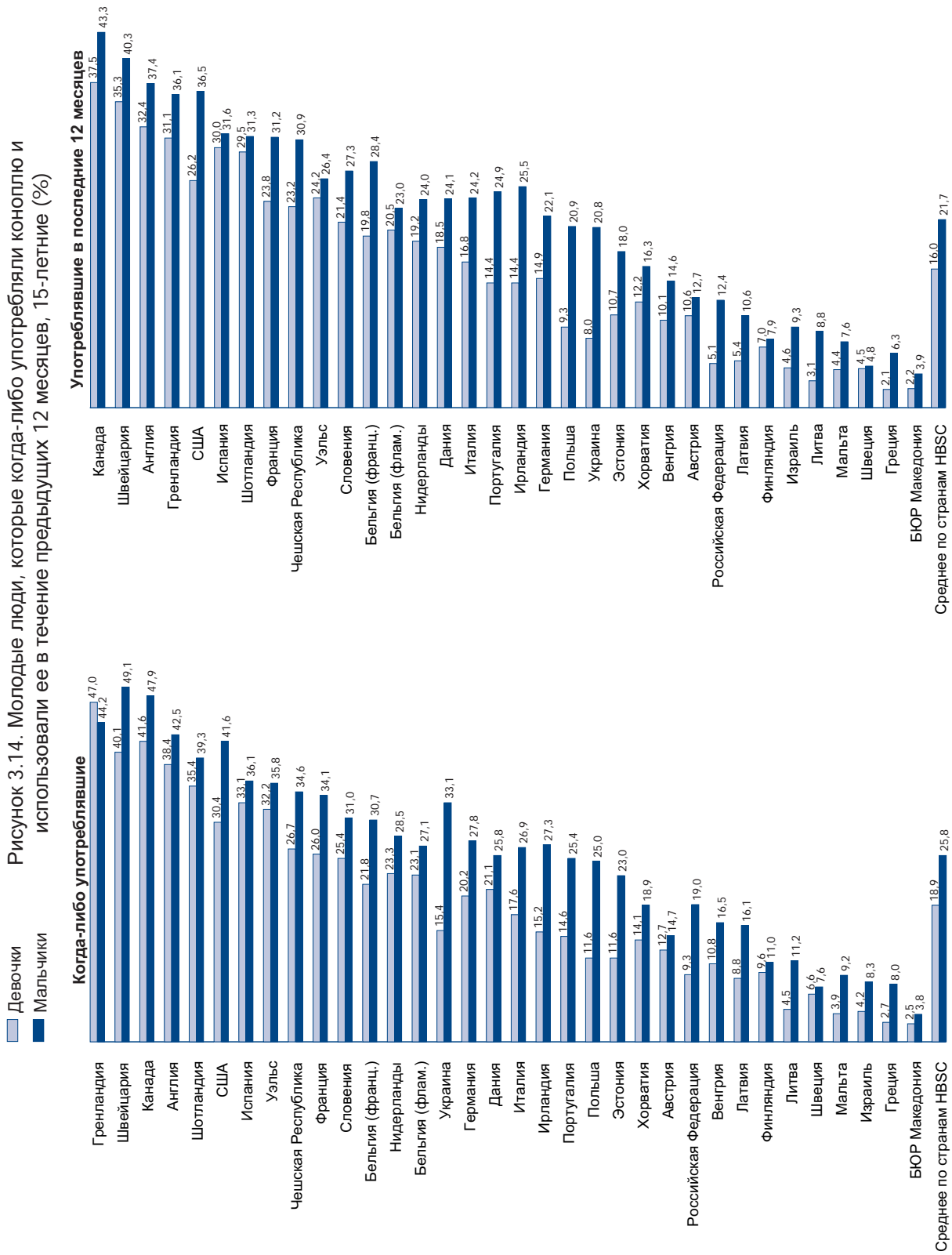
Употребление конопли как для знакомства с ней, так и на регулярной основе наиболее широко распространено в Канаде, Англии, Гренландии, Швейцарии и США. За ними следует большинство остальных западных стран Европейского региона. В целом восточные, северные и южные страны Европейского региона имеют самые низкие показатели. Исследования HBSC и ESPAD показывают довольно сходное географическое распределение в потреблении конопли, хотя по отдельным странам между ними могут быть некоторые различия (1).

Некоторые исследования указывают на то, что различия внутри Региона или даже во всем мире в ближайшем будущем могут сократиться. Исследование ESPAD (1) свидетельствует о том, что происходит быстрый рост употребления конопли молодыми людьми в большинстве восточных и северных стран Региона и сокращение различий с показателями распространенности в западноевропейских странах и Северной Америке.

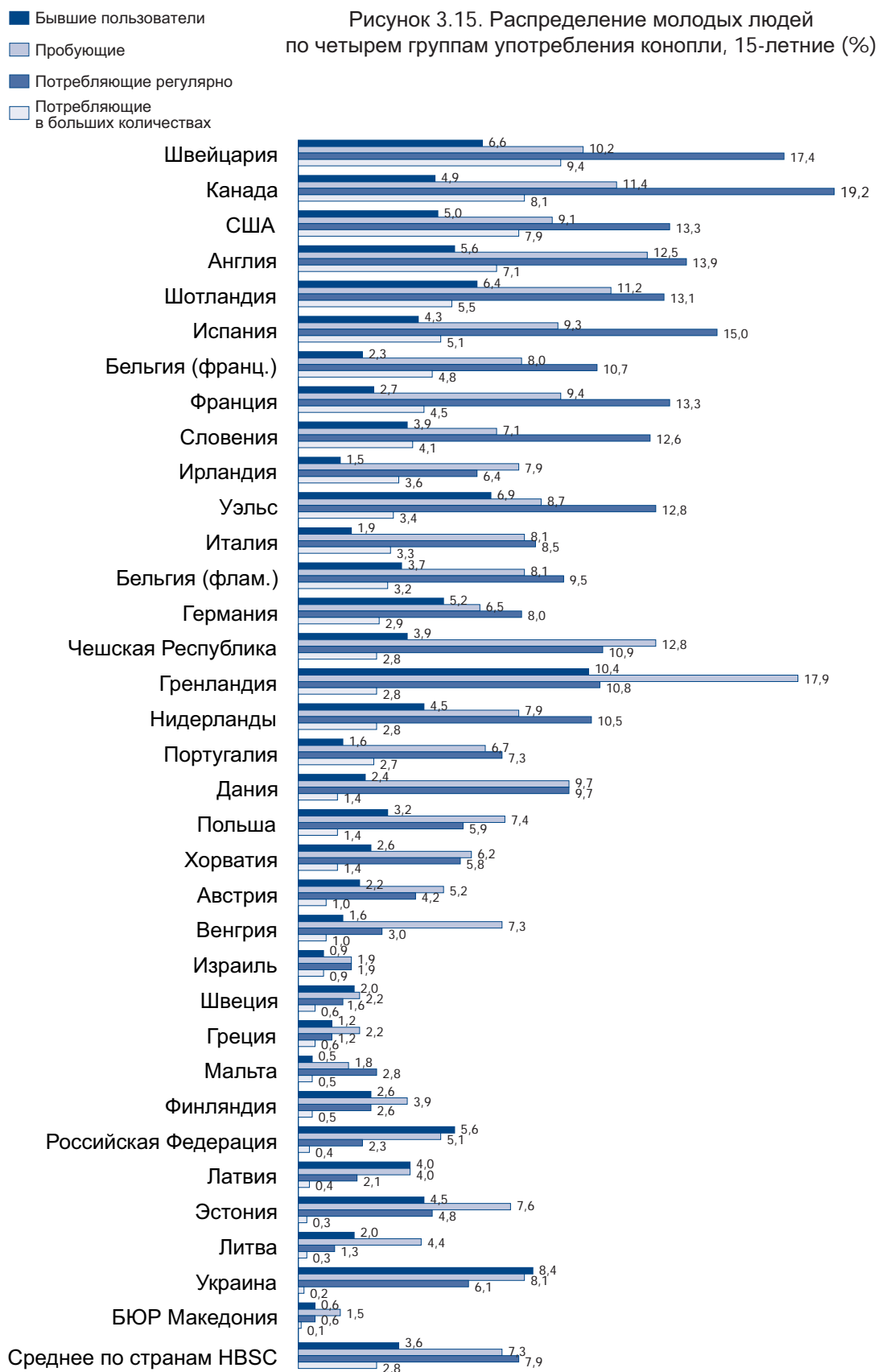
В ближайшем будущем также могут стать менее заметными гендерные различия. В восточных и южных странах Европейского региона девочки сообщают об употреблении конопли реже, чем мальчики (за исключением Испании). Изменяющаяся структура употребления наркотиков в Северной Америке и Западной Европе может дать представление о том, как будет меняться эта структура в будущем в других странах.

Хотя исследования и показывают, что употребление конопли для расслабления может не сказываться отрицательно на социальном функционировании, однако потребление конопли в больших количествах может быть показателем отклонения от нормального поведения как с точки зрения внутреннего состояния, так и во внешних проявлениях (например, депрессия, совершение

Рисунок 3.14. Молодые люди, которые когда-либо употребляли коноплю и использовали ее в течение предыдущих 12 месяцев, 15-летние (%)



Примечание: отсутствуют данные по Норвегии.



Примечание: отсутствуют данные по Норвегии.

рискованных поступков и девиантное поведение) (12,13). Хотя большинство потребителей конопли во всех странах и областях входят в группы пробующих или употребляющих коноплю для расслабления и, по-видимому, способны контролировать свое употребление, выборка HBSC включает относительно молодые возрастные группы. Те немногие молодые люди, которые сообщают о потреблении конопли в больших количествах на данном этапе своей жизни, вполне могут составлять группу риска по отрицательным медицинским и социальным последствиям и должны быть объектом целенаправленных вмешательств.

Употребление конопли остается незаконным почти во всех странах, участвующих в исследованиях HBSC. Этот факт, по-видимому, никак не соотносится с растущей долей подростков, которые считают курение конопли одним из элементов нормального набора поведенческих стереотипов и культуры группы сверстников. Наблюдаются большие различия в политике в отношении наркотиков и их употребления в Европейском регионе и Северной Америке. Политика государства (включая программы санитарного просвещения, укрепления здоровья и консультирования в школах, семьях и на уровне местного населения) должна предусматривать меры как в связи с ростом потребления конопли, так и в связи с тем, что значительная часть молодых людей относится к этому наркотику так же, как и к другим в культурном отношении легитимным психоактивным веществам, таким, как алкоголь.

Эффективность мер вмешательства в этой сфере изучалась во многих исследованиях, большинство из которых были проведены в США. В обзорах, таких, как работа Cuijpers (19), указывается, что школьные программы, основанные на использовании интерактивного метода, в принципе имеются, но их распространение в Европе и США ограничено. Также могут быть эффективны профилактические и лечебные программы, осуществляемые на базе семьи и ориентированные на местное население. Кампании в средствах массовой информации продемонстрировали способность повысить уровень знаний о наркотиках, но оказались не столь успешными в предупреждении или сокращении употребления наркотиков. Тем не менее, они могут дать положительные результаты в сочетании с другими дополняющими их программами (19). Какими бы ни были национальные программы – либеральными или жестко ограничительными – страны должны вырабатывать учебно-воспитательные и профилактические программы, разъясняющие молодым людям вред постоянного употребления конопли в больших количествах.

Литература

1. Hibell B et al. *The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
2. Johnston L et al. *Monitoring the future*. Ann Arbor, Institute for Social Research, 1999.
3. Bachman J. Explaining recent increases in students' marijuana use: impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(6):887–892.
4. Engels RCME. *Forbidden fruits: social dynamics in smoking and drinking behavior of adolescents*. Maastricht, University of Maastricht, 1998.
5. Arnett JD. Heavy metal music and reckless behaviour among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1991, 20:573–592.
6. Shofield PE et al. The influence of group identification on the adoption of peer group smoking norms. *Psychology and Health*, 2001, 16:1–6.
7. Baumann KE, Ennett ST. On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 1996, 91:185–198.
8. Hansen WB, O'Malley PM. Drug use. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996:161–192.
9. Schmid H. Cannabis use in Switzerland: the role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology*, 2001, 60:99–107.
10. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal enquiry. *American Psychologist*, 1990, 45:612–630.

11. Engels RCME, ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001, 30:675–695.
12. Brook J et al. The risks for late adolescence of early marijuana use. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1549–1554.
13. Kandell D et al. Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997, 25:121–132.
14. Van Os J et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156: 319–327 (2002).
15. Arseneault L et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, 2002, 325:1199–1201.
16. Zammit S et al. Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 2002, 325:1199–1201.
17. Fergusson DM et al. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 2003, 33:15–21.
18. Patton GC et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 2002, 325:1195–1198.
19. Cuijpers P. Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2003, 10:7–20.

Физическая активность – *Chris Roberts, Jorma Tynjälä и Александр Комков*

Введение

Положительное влияние физической активности на здоровье взрослых людей хорошо исследовано и подтверждено документально; регулярная физическая активность может значительно улучшить качество жизни как в физическом, так и в психологическом аспектах (1,2). Однако эта зависимость носит сложный характер в том смысле, что многое зависит от типа и объема физической нагрузки. Регулярная физическая активность может снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, рака толстой кишки, инсулиннезависимого диабета и остеопороза. Она также может благотворно влиять на людей, страдающих артритами, ожирением и психическими расстройствами, такими, как состояние тревоги и депрессия. Повышение физической активности часто ассоциирует с улучшением физического состояния, что в свою очередь может влиять на качество сна (3). Сон чрезвычайно важен для здоровья и для качества жизни в целом.

Польза физической активности для здоровья молодых людей исследована не так хорошо, хотя в проведенных обзорах было выявлено незначительное положительное влияние на такие итоговые показатели здоровья, как аэробная выносливость, кровяное давление, содержание липидов в крови, здоровье костной системы и психическое благополучие (4,5). Кроме того, польза активного детства может быть перенесена и во взрослую жизнь: физически активный ребенок вероятнее всего будет и активным взрослым (6). Однако с возрастанием уровня физической активности возрастает и вероятность костно-мышечных травм. Данные предыдущих обследований в рамках HBSC показывают, что более половины травм, требующих медицинской помощи, были получены во время занятий спортом или рекреационных занятий (7). Тем не менее, учитывая пользу для здоровья молодых людей, повышение уровней физической активности среди них является важной задачей общественного здравоохранения (8).

Большая работа была проделана для выявления основных факторов, определяющих уровень физической активности, чтобы устранить возможные препятствия и создать больше возможностей для занятий физкультурой. Например предыдущие исследования HBSC показывают, что уровень физической активности с возрастом снижается, особенно у девочек (9). Многочисленные недавние исследования документально зафиксировали факторы, связанные с физической активностью молодежи. Sallis et al. (8) дают ценный обзор выполненных в этой области работ и высказывают мнение, что к числу основных детерминант относятся демографические факторы (большая вероятность активности среди людей младшего возраста, особенно у мальчиков), психологические факторы (самооценка своей компетентности и получение удовольствия), социальные факторы (одобрение со стороны родителей, братьев и сестер и сверстников), а также физическая среда (наличие инфраструктуры и программ).

Рекомендуемые уровни физической активности

В последние годы широко обсуждается вопрос о том, каковы должны быть правильные методические указания в отношении физической активности на популяционном уровне, например, точки зрения интенсивности и продолжительности занятий. В основном эти дискуссии касаются взрослых, а не подростков, но складывающиеся единое мнение и вырабатываемые рекомендации одинаково относятся и к тем и к другим. В них подчеркивается необходимость поддерживать активность умеренной интенсивности, исходя из того, что накопление такой активности в течение длительного времени может принести пользу здоровью (2).

В 1997 году группа международных экспертов пересмотрела методические указания для подростков и выдвинула две основные рекомендации. Во-первых, молодые люди, ведущие малоподвижный образ жизни, должны заниматься физической активностью хотя бы умеренной интенсивности по крайней мере 30 минут в день. Умеренная интенсивность была определена как физическая активность, эквивалентная быстрой ходьбе, при которой идущий чувствует разогревание и легкую одышку. Во-вторых, и это самое важное, все молодые люди в идеале

должны заниматься такой активностью 1 час в день (10,11). Два раза в неделю или более следует заниматься упражнениями, развивающими мышечную силу, гибкость и опорно-двигательный аппарат.

Современные методические указания значительно отличаются от тех, которые были приняты в 1994 году (12). Рекомендованные ранее занятия от умеренной до высокой интенсивности три раза в неделю и более в настоящее время не являются частью стандартных рекомендаций. Переход от 30 к 60 минутам ежедневных занятий в значительной степени объясняется тем, что большинство молодых людей и так активны в течение 30 минут в день, а также тем, что большую тревогу вызывает растущая распространенность ожирения.

Методы

Как отмечают Welk et al. (13), измерить физическую активность у молодых людей нелегко. Трудность возрастает, если попытаться измерить ее в разных странах. Если говорить конкретно об исследовании HBSC, то в составлении пунктов вопросника для обследования на базе школ, которое охватывает широкий спектр вопросов здоровья и связанных с ним интересов, существует три основных ограничивающих фактора: время, которое могут выделить школы, имеющееся в вопроснике место и необходимость обеспечить согласованность с пунктами, касающимися других областей. В практическом плане это означает, что пункты, относящиеся к физической активности, неизбежно ограничены по своему охвату и в них не могут использоваться такие физические показатели, как частота сердечных сокращений. В обследовании 1997/1998 годов было два пункта, касающихся физической активности, а именно, сколько часов в неделю и как часто молодые люди занимаются физическими упражнениями (14). Таким путем была сделана попытка определить количество напряженных физических занятий молодых людей в свободное время. Однако при переходе к нынешним методическим рекомендациям, описанным выше, в обследование 2001/2002 годов были введены пересмотренные вопросы, касающиеся физической активности хотя бы умеренной степени интенсивности, которой молодые люди занимались в школе и/или в свободное время как в течение предыдущей недели, так и в течение типичной для себя недели.

Критерий выявления физической активности от умеренной до высокой интенсивности (MVPA), созданный Prochaska et al. (15), состоит из двух вопросов, касающихся количества дней, когда подростки занимаются физической активностью хотя бы умеренной интенсивности в течение по крайней мере 60 минут.

Вопросам предшествовало приведенное ниже определение физической активности, видоизмененное для целей обследования HBSC, чтобы можно было включить занятия физкультурой в школе. *Физическая активность – это любая деятельность, в результате которой у вас повышается сердцебиение и учащается дыхание в течение некоторого времени. Физическая активность может заключаться в занятиях спортом, школьных занятиях, в играх с друзьями или в ходьбе пешком в школу. Примерами физической активности являются: бег, быстрая ходьба, катание на роликовых коньках, езда на велосипеде, танцы, катание на скейтборде, плавание, футбол, баскетбол, серфинг. Отвечая на следующие два вопроса, суммируйте время, которое вы затрачиваете на физическую активность каждый день.*

Первый вопрос касался физической активности за предыдущую неделю, второй вопрос относился к типичной неделе.

- *В течение последних 7 дней сколько дней Вы были физически активны, по крайней мере 60 минут в день?*
- *В течение типичной или обычной недели сколько дней Вы физически активны в общей сложности по крайней мере 60 минут в день?*

Варианты ответов на оба вопроса были: 0 дней; 1 день, 2 дня ... 7 дней.

Итоговый балл рассчитывался путем усреднения результатов по обоим пунктам. 5 баллов и более означает, что респондент относится к категории соответствующих основной рекомендации

затрачивать на физическую активность умеренной интенсивности более одного часа в день в большинство дней. Исследования критерия MVPA в США показали, что он позволяет получить достаточно точную оценку числа тех людей, кто соответствует этой рекомендации. Prochaska et al. (15) пришли к выводу, что данный критерий является приемлемым способом оценки общей физической активности и выполнения нынешней рекомендации. Для исследований HBSC важно также, что этот метод не требует много времени и хорошо коррелирует с объективной мерой физической активности.

В разделе представлены указанные респондентами данные о среднем количестве дней, когда они бывают физически активными в общей сложности один час и более, а также доли молодых людей, соблюдающих рекомендации нынешних методических указаний: 60 минут физической активности или более в течение 5 и более дней в неделю. Обследование 2001/2002 годов также включает дополняющие критерии малоподвижного поведения: просмотр телевизора, использование компьютера и выполнение домашних заданий. Эти критерии рассматриваются в следующих разделах.

Результаты

Средние уровни физической активности

Усреднение времени физической активности в течение предыдущей недели и в течение типичной недели показывает, что молодые люди физически активны в течение часа или более 3,8 дня в неделю. Отмечаются широкие различия между странами и областями: уровни активности колеблются от 3,4 дней в Бельгии (фламандская область) до 4,9 дней в Ирландии среди мальчиков и от 2,7 дней во Франции до 4,1 дней в Канаде среди девочек. Несмотря на различия между возрастными группами, некоторые страны и области неизменно оказываются в верхней четверти (Канада, Англия, Ирландия и Литва) или в нижней четверти (Бельгия в ее фламандской области, Франция, Италия и Португалия) (рис. 3.16).

Во всех странах и во всех трех возрастных группах мальчики чаще, чем девочки, сообщают о том, что они физически активны по крайней мере один час в день: 4,1 дня и 3,5 дня, соответственно. Однако эти гендерные различия тоже не везде одинаковы. Например, среди 15-летних разница между мальчиками и девочками составляет не менее одного дня в Греции и Украине, а в Нидерландах она минимальна.

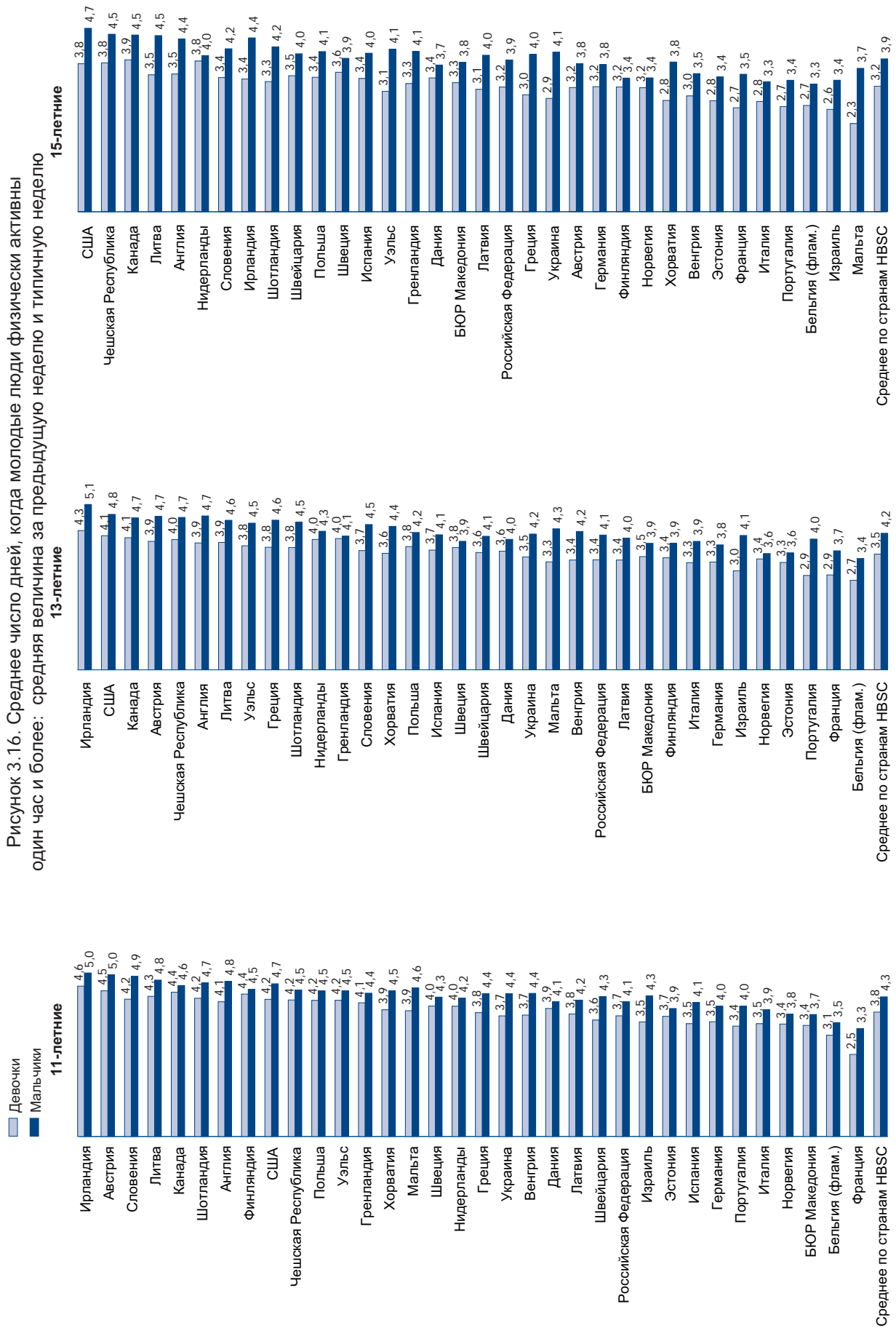
С возрастом частота физической активности снижается, хотя это снижение в одних странах и областях выражено больше, чем в других. Например, в Австрии, Шотландии и Уэльсе снижение среди девочек составляет примерно 1 день, а в небольшой группе стран (Франция, Нидерланды и Испания) различия минимальны. Хотя сокращение уровня активности с возрастом наблюдается в обоих полах, в большинстве стран и областей оно более явно среди девочек (рис. 3.16).

Соблюдение нынешних методических указаний в отношении физической активности

Используя критерий MVPA, который предполагает усреднение за предыдущую неделю и типичную неделю, примерно треть всех молодых людей (34%) сообщают о том, что занимаются физическими упражнениями на том уровне, который соответствует нынешним методическим рекомендациям: один час или более хотя бы умеренной интенсивности пять дней в неделю или более. Однако и здесь наблюдались широкие различия: процент респондентов, давших такой ответ, колебался от 26% в Бельгии (фламандская область) до 57% в Ирландии среди мальчиков и от 12% во Франции до 44% в США среди девочек. Несмотря на различия между возрастными группами, некоторые страны и области неизменно оказываются в верхней четверти (Канада, Англия, Ирландия, Литва и США) или в нижней четверти (Бельгия в ее фламандской области, Эстония, Италия, Норвегия и Португалия) (рис. 3.17).

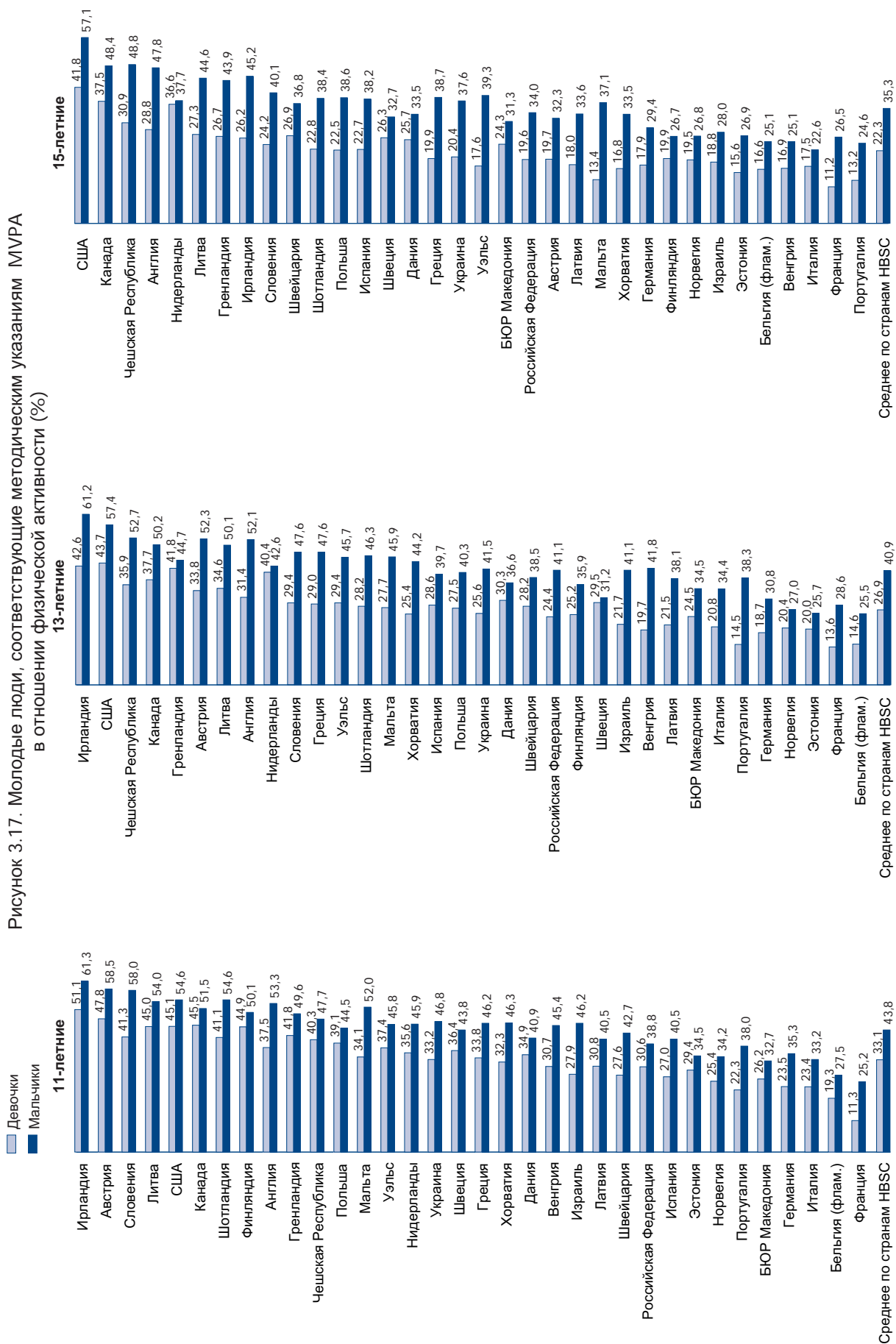
Во всех странах и областях и во всех трех возрастных группах больше мальчиков соответствуют нынешним методическим указаниям (40%), чем девочек (27%). Более чем в половине стран и областей гендерные различия превышают 10%, хотя можно наблюдать колебания в этих различиях в разных возрастных группах. Среди 15-летних, например, на Мальте и в Уэльсе, разница между мальчиками и девочками составила 24%, в Италии всего 5%, а в Нидерландах 1%.

Рисунок 3.16. Среднее число дней, когда молодые люди физически активны один час и более: средняя величина за предыдущую неделю и типичную неделю



Примечание: отсутствуют данные по Бельгии (франкоязычная область).

Рисунок 3.17. Молодые люди, соответствующие методическим указаниям МВРА в отношении физической активности (%)



В подавляющем большинстве стран и областей доля респондентов, соответствующих нынешним методическим рекомендациям, с возрастом уменьшается, хотя закономерность уменьшения бывает разная. Например, в Австрии, Венгрии и Шотландии наблюдается чистый градиент. В других же странах уровень физической активности между 11 и 13 годами снижается больше, чем между 13 и 15 годами (Швеция), или наоборот (Греция). Наконец, в небольшой группе стран никакого снижения уровня с возрастом не отмечается: Франция, Нидерланды, Швейцария, бывшая Югославская Республика Македония и США.

Обсуждение

Как и в любом международном исследовании, представленные здесь сравнительные данные следует интерпретировать с осторожностью. Например, в разных странах и областях обследования проводились в разное время, а сезонные различия могут влиять на физические занятия на свежем воздухе. К тому же следует учитывать и особенности перевода на разные языки, например, определения понятия “физическая активность от умеренной до высокой интенсивности”.

Однако несмотря на это, исследование HBSC, как ни одно другое исследование, позволяет измерить физическую активность молодых людей в Европейском регионе ВОЗ и в Северной Америке. Представленные здесь результаты свидетельствуют о том, что значительное число молодых людей во всех странах не соответствует действующим рекомендациям. Даже там, где регулярные занятия физическими упражнениями распространены больше, в подавляющем большинстве случаев менее половины молодых людей сообщают о том, что они физически активны на рекомендуемом уровне. К тому же очень неравномерно распределение уровня физической активности по странам, гендерным и возрастным группам. Показатели физической активности выше в Австрии, Канаде, Англии, Ирландии, Литве и США, ниже – в Бельгии (фламандская область), Франции, Италии и Португалии. В ранее опубликованных исследованиях выявлены аналогичные различия между странами, возрастными и гендерными группами, хотя эти исследования охватывали меньшие группы стран (16).

Недостаток данных по взрослому населению затрудняет сравнение среди взрослого населения на международном уровне, но обследование Европейского Союза, проведенное в 1999 году и посвященное отношению потребителей к физической активности, массе тела и здоровью, дает некоторую ограниченную информацию о физической активности (17). Чаще всего сообщали о занятии физическими упражнениями более 5 часов в течение типичной недели взрослые в Австрии, Финляндии, Ирландии, Нидерландах и Швеции, а реже всего в Бельгии, Франции, Греции, Италии и Португалии. Соответствие этих данных данным HBSC просто поразительное, особенно в отношении стран, где уровень физической активности наиболее низкий.

Как уже отмечалось выше, при сравнении уровней физической активности молодых людей между странами должны учитываться проблемы методологического характера, однако представляется крайне маловероятным, что этими проблемами можно объяснить все возникающие различия. Основные детерминанты физической активности для молодых людей отмечены выше, но нужно посмотреть, могут ли помочь в интерпретации различий между странами факторы, имеющие значение для отдельной страны. Одним из очевидных примеров здесь является роль физического воспитания в школе, которое, вероятно, оказывает очень большое влияние, особенно в свете возрастающей нехватки времени и упора на академическую успеваемость. Эта проблема особо выделена в одном из докладов Европейской инициативы “Здоровое сердце” (18), где показано, как количество часов физического воспитания и его организация варьируют в разных странах. На количество физической активности также может влиять количество свободного времени в течение школьного дня для неорганизованной физической активности. Имеются методические указания, основанные на фактических данных, о том, как организовывать рациональное физическое воспитание в школе, например, методики, изданные Центрами по борьбе с заболеваниями и их профилактике (CDC) в США (19).

Немалый интерес также представляет присутствие в числе стран, сообщающих о наименьшей физической активности, теплых южных европейских стран, таких, как Португалия и южные

районы Франции и Италии. Хотя респондентов просили включить все формы физической активности, те из них, кто обычно проводит свободное время в неорганизованных занятиях на свежем воздухе, могли не обратить на эту просьбу внимание и сосредоточиться более на организованных занятиях в центрах досуга или в плавательном бассейне. В некоторых странах необходимо провести качественное исследование для более детального изучения этой проблемы. Другими важными факторами, которые могут играть определенную роль в объяснении столь широких географических различий, могут быть факторы окружающей среды, в частности, способы, какими респонденты добираются до школы (например, едут на машине, а не идут пешком и не едут на велосипеде) и наличие и доступность мест проведения досуга. Кроме того, страны могут различаться по степени зависимости популярности от спортивных достижений, и эти различия тоже могут оказывать определенное влияние на представленные здесь результаты.

Эти результаты ясно показывают, что мальчики чаще, чем девочки, соответствуют нынешним методическим указаниям в отношении частоты физических упражнений, хотя величина этих гендерных различий в разных странах и областях разная. Кроме того, уровни физической активности снижаются по мере взросления молодых людей, особенно среди девочек. Но и здесь зависимость между возрастом и уровнями активности в разных странах и областях разная. В результате введения в обследование 2001/2002 годов разных критериев физической активности приводимая здесь информация отличается от информации, которая была представлена в предыдущих отчетах HBSC, и поэтому отслеживать тенденции трудно. Тем не менее, приведенные здесь результаты, касающиеся возрастных и гендерных различий, не противоречат результатам прежних обследований (9,20,21).

Результаты показывают, что для повышения уровней физической активности нужно проводить большую работу, чтобы извлечь максимальную пользу для здоровья. Тем, кто вырабатывает политику и программы, следует иметь в виду главные препятствия, мешающие заниматься физическими упражнениями, и имеющиеся фактические данные об эффективности вмешательств. Систематический обзор, проведенный недавно Центром сбора фактических данных для информационной поддержки и координации политики и практики, позволил установить, что не хватает обстоятельных, солидных исследований с целью изучения мер вмешательства для повышения физической активности, но из тех немногих исследований, что были осуществлены, вытекают следующие главные выводы (22). Всякие усилия, направленные на повышение уровней физической активности среди молодых людей, должны учитывать факторы, препятствующие и способствующие участию, на которые указали сами молодые люди (например, расширение числа вариантов занятий по физкультуре в школе, акцентирование внимания на социальных аспектах спорта), и гендерные вопросы, в особенности потребности девочек (например, как следует оборудованные раздевалки в школе). Кроме того, лицам, вырабатывающим политику, следовало бы уделять больше внимания задачам более широкого общественного значения, таким, как обеспеченность физкультурно-спортивными сооружениями. Представленные в этом документе данные HBSC также указывают на важность решения проблемы снижения уровня физической активности как мальчиков, так и девочек по мере их взросления и на необходимость приведения инициатив в соответствие с этой проблемой. Наконец, принимаемые меры должны отражать культурные особенности, учитывая широкие различия в уровнях активности во всех 35 странах и областях, о которых имеются данные.

Литература

1. Sallis J, Owen N. *Physical activity and behavioural medicine*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
2. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
3. Shapiro CM et al. Fitness facilitates sleep. *European Journal of Applied Physiology*, 1984, 53:1–4.
4. Sallis JF, ed. Physical activity guidelines for adolescents (special issue). *Pediatric Exercise Science*, 1994, 6:299–463.

5. Riddoch C. Relationships between physical activity and health in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
6. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67(Suppl. 3):S1–S10.
7. Williams JM et al. Sports-related injuries among Scottish adolescents aged 11–15. *British Journal of Sports Medicine*, 1998, 32:291–296.
8. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 32(5):963–975.
9. Hickman M, Roberts C, Gaspar de Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:73–82 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
10. Biddle S, Sallis J, Cavill N. Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
11. Pate R, Trost S, Williams C. Critique of existing guidelines for physical activity in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
12. Sallis JF, Patrick K. Physical activity guidelines for adolescents: consensus statement. *Pediatric Exercise Science*, 1994, 6:302–314.
13. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2000, 71(2):59–73.
14. Currie C et al. *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998.
15. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 2001, 155:554–559.
16. Telama R et al. *Physical fitness, sporting lifestyles and Olympic ideals: cross-cultural studies on youth sport in Europe*. Schorndorf, Hofmann, 2002 (Sports Science Studies, Vol. 11).
17. Institute of European Food Studies (Dublin). *A pan-EU survey of consumer attitudes to physical activity, body-weight and health*. Luxembourg, European Commission, 1999.
18. Logstrup S, ed. *Children and young people – the importance of physical activity*. Brussels, European Heart Health Initiative, 2001.
19. Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 1997, 46(RR-6):1–36.
20. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).
21. King A, Coles B. *The health of Canada's youth: views and behaviours of 11, 13 and 15 year-olds from 11 countries*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1992.
22. *Young people and physical activity: a systematic review of research on barriers and facilitators*. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2001.

Малоподвижное поведение – Joanna Todd и Dorothy Currie

Введение

В данном разделе рассматриваются три вида сидячих занятий и дается их краткий анализ в свете закономерностей, наблюдаемых в физической активности молодых людей. В настоящее время высказывается серьезная озабоченность по поводу того, что молодые люди много времени проводят перед экранами телевизоров (1), и того влияния, которое это оказывает на уровень их физической активности. Другим популярным видом сидячего препровождения свободного времени, который может вытеснить физическую активность и который вызывает такую же озабоченность, является быстро распространившееся за последние десять лет пользование компьютером. Некоторые исследования показывают, что длительное и интенсивное использование компьютера оказывает негативное влияние на благополучие людей (2). Кроме того, количество часов, затраченных на приготовление домашних заданий, также ограничивает время, остающееся на активное проведение досуга.

Беспокойство вызывает тот факт, что возрастание уровня малоподвижного поведения снижает расход энергии, в то время как поступление энергии остается неизменным, что ведет к росту распространенности избыточной массы тела и ожирению среди детей и подростков (3–6). Ожирение у детей может развиваться со временем от незначительного нарушения баланса энергии (7). В результате у детей могут появиться такие проблемы как инсулиннезависимый диабет, развитие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, легочные осложнения и психосоциальные проблемы (8). Вопросы, связанные с массой тела и регулированием веса, рассматриваются в одном из последующих разделов этой главы.

Несмотря на то, что растущая популярность просмотра телевизора и других видов сидячих занятий повсеместно воспринимается как фактор, способствующий формированию все более неактивного поколения, имеются свидетельства того, что те, кто входит в категорию высоких уровней пользования электронными средствами массовой информации, физически более активны, чем пользователи, входящие в категорию низкого уровня пользования (9,10). Более того, некоторыми исследованиями установлена положительная связь между продолжительным и интенсивным использованием компьютера и успехами в учебе, уверенностью в себе и уровнем социальной физической активности (9,11).

Методы

Вопросы, относящиеся к малоподвижному поведению, дополняют измерение физической активности тем, что также позволяют измерить степень малоподвижности. Для этого были использованы три пункта: просмотр телевизора и видеофильмов, использование компьютера и выполнение школьных домашних заданий.

Важно было провести различие между сидячими видами занятий в выходные и будние дни, чтобы получить более точное представление о том, сколько времени тратится на каждое из них. На количество времени участия в этих занятиях влияют разнообразные факторы, зависящие от того, находятся ли молодые люди в школе или нет. Так как определение выходного дня различается в разных странах и даже на территории одной и той же страны, данные об участии в малоподвижных занятиях в будние дни и в выходные представлены отдельно.

Участникам обследования были заданы следующие вопросы, касающиеся времени, затрачиваемого на малоподвижные занятия:

- *Сколько приблизительно часов в день Вы обычно смотрите телевизор (включая видеофильмы) в свободное время?*
- *Сколько приблизительно часов в день Вы обычно пользуетесь компьютером (включая игры, переписку по электронной почте, чаты и пользование Интернетом) в свободное время?*
- *Сколько приблизительно часов в день Вы обычно тратите на выполнение школьного домашнего задания во внеурочное время?*

Для всех трех вопросов предложенные варианты ответов были одинаковы как для будних дней, так и для выходных: *несколько; около получаса в день; около 1 часа в день; около 2 часов в день; около 3 часов в день; около 4 часов в день; около 5 часов в день; около 6 часов в день; около 7 часов в день и более*. Ответы были объединены в 3 категории:

- высокие уровни просмотра телевизора (≥ 4 часов в день)
- высокие уровни пользования компьютером (≥ 3 часов в день)
- длительное выполнение домашних заданий (≥ 3 часов в день).

Временные категории, отобранные для анализа, были сформированы таким образом, чтобы отразить крайности в каждом виде занятий, особенно по выходным дням. Поскольку молодые люди могут одновременно участвовать в нескольких видах сидячих занятий – например, выполнять домашнее задание на компьютере или при включенном телевизоре – было некорректно просто суммировать время, посвящаемое каждому из них.

Два пункта позволяли измерить MVPA (физическая активность от умеренной до высокой интенсивности) так, как описано в предыдущих разделах. Оценивались направление и величина ассоциации между указанными тремя видами сидячих занятий и MVPA. Рассчитывались значения корреляции по Спирмену между количеством часов, затрачиваемым на каждое сидячее занятие каждый будний день, и средним числом дней с одним или более часов физической активности от средней до высокой интенсивности (MVPA).

Результаты

Смотрение телевизора и видеofilьмов

Более четверти всех респондентов (26%) сообщают о высоких уровнях пользования телевизором каждый будний день (рис. 3.18). По выходным дням это число достигает 45% (рис. 3.19). Во всех странах и областях, за исключением Израиля, молодые люди по выходным дням смотрят телевизор больше, чем по будням. Однако различия между странами и областями значительны: от 11% в Швейцарии до 46% в Израиле по будням и от 28% в Италии до 70% в Украине по выходным дням.

Если расположить страны и области по показателям просмотра телевизора в будние дни и выходные или разными возрастными группами, то по каждому показателю расположение будет в целом разным. Тем не менее, некоторые страны постоянно оказываются в верхней четверти (Эстония, Латвия, Литва, Украина) или в нижней четверти (Австрия и Швейцария) по количеству часов, проводимых перед телевизором как по будням, так и по выходным дням всеми возрастными группами.

Никаких прямых сравнений с обследованием HBSC 1997/1998 годов сделано быть не может, т.к. пункт о пользовании телевизором несколько изменился (12).

В большинстве стран и областей и во всех возрастных группах мальчиков, сообщающих о высоком уровне пользования телевизором, чуть больше, чем девочек (28% и 24% по будням, 48% и 43% по выходным, соответственно). В немногих странах девочки в некоторых возрастных группах сообщают о таких уровнях, которые аналогичны уровням просмотра телевизора среди мальчиков или даже выше. Абсолютные гендерные различия редко превышают 10%. Несмотря на географические различия в процентах респондентов с высоким уровнем просмотра телевизора, относительные гендерные различия невелики; проценты мальчиков, сообщающих о высоких уровнях пользования телевизором, такие же, как среди девочек, или превышают проценты среди девочек до полутора раз.

В большинстве стран и областей уровни интенсивного пользования телевизором по выходным дням немного возрастают между 11 и 13 годами. В возрасте 15 лет уровни просмотра остаются такими же по выходным дням, но по будням снижаются примерно до того же уровня, какой отмечается в возрасте 11 лет. Наибольшие абсолютные различия между 11 и 15 годами отмечаются в Австрии, Франции и Германии, где просмотр телевизора по выходным дням увеличивается примерно на 20%. Все эти три страны, однако, находятся в нижней четверти по

Рисунок 3.18. Молодые люди, которые смотрят телевизор по будням ≥ 4 часа в день (%)

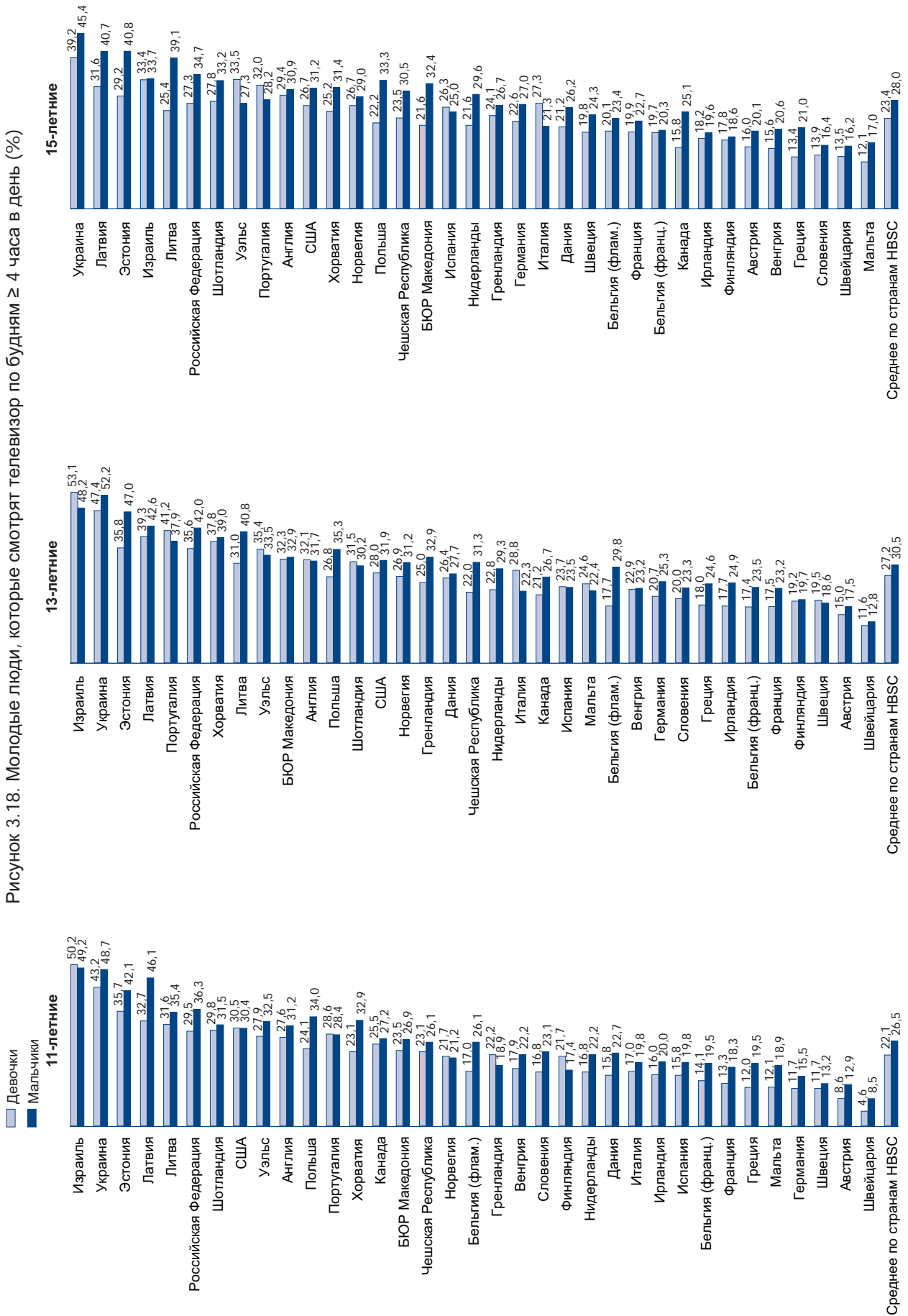
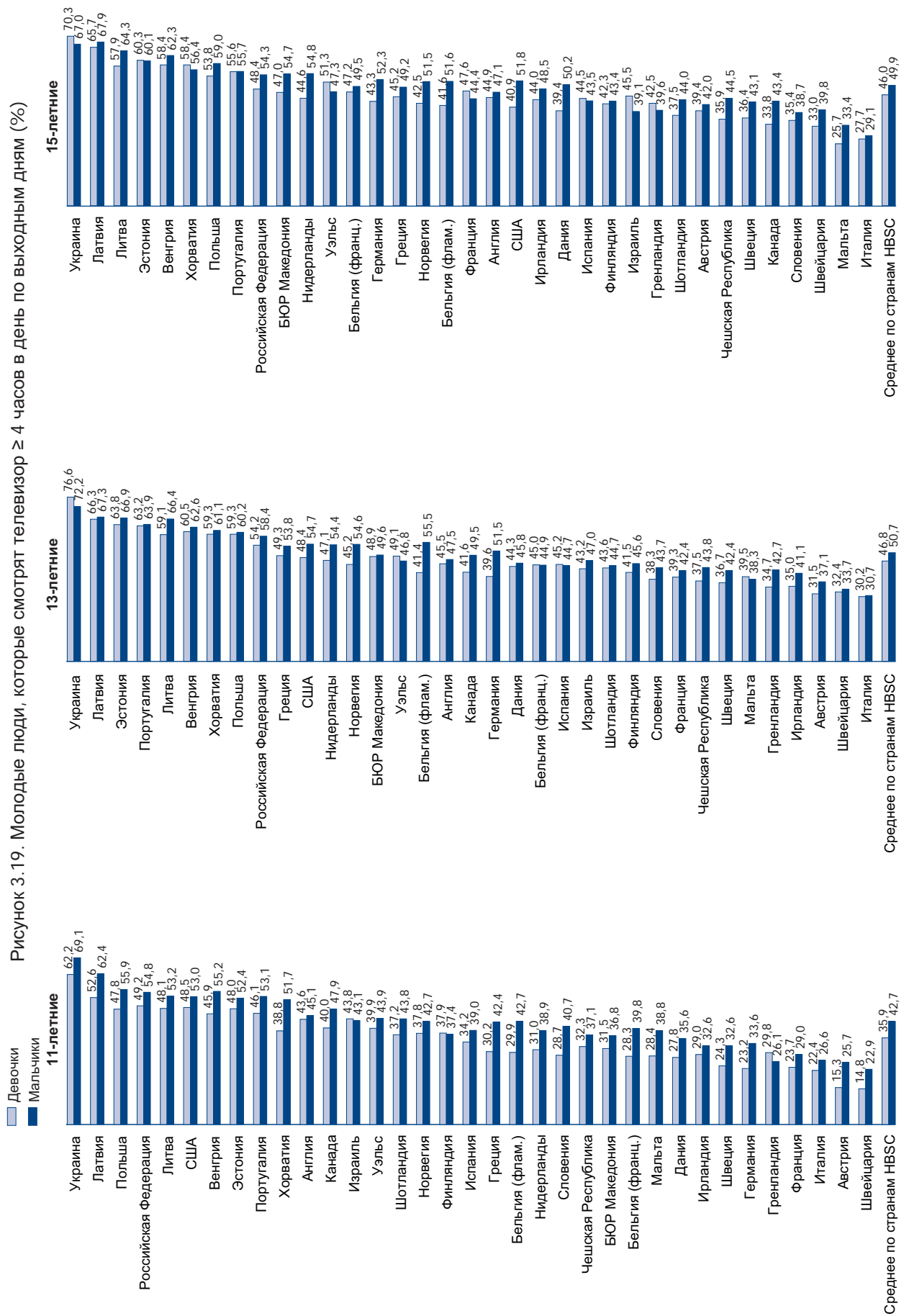


Рисунок 3.19. Молодые люди, которые смотрят телевизор ≥ 4 часов в день по выходным дням (%)



процентам высокого уровня просмотра телевизора по выходным дням в возрастной группе 11-летних.

Пользование компьютером

Во всех странах и областях процент молодых людей, сообщающих о высоких уровнях пользования компьютером в выходные дни, выше, чем этот же процент для будних дней (рис. 3.20 и 3.21). Показатели различаются в разных странах и областях более чем на 20% в диапазоне от 7% в Швейцарии до 30% в Израиле по будням и от 11% в Италии до 35% в Израиле по выходным дням.

Расположение стран по показателям пользования компьютером различается между использованием в будние дни и в выходные и между использованием разными возрастными группами, хотя некоторые страны стабильно оказываются в верхней (Канада и Израиль) или нижней (Франция и Италия) квартилях.

Во всех странах и областях среди тех, кто сообщает о высоких уровнях пользования компьютером как в течение недели, так и по выходным, мальчиков больше, чем девочек (21% и 7% по будням и 35% и 15% по выходным, соответственно). Наименьшие относительные гендерные различия наблюдаются в Канаде и США, а наибольшие – в Дании и Финляндии, где проценты среди мальчиков примерно в шесть раз выше, чем среди девочек, по пользованию компьютером в будние дни и в пять раз выше по пользованию в выходные. Такие значительные гендерные различия наблюдаются во всех трех возрастных группах.

С возрастом пользование компьютером в большинстве стран возрастает, причем главным образом в период между 11 и 13 годами. После этого между странами и областями начинаются различия: в одних странах уровень пользования компьютером продолжает расти, в то время как в других странах он снижается или остается на том же уровне, что и в 13 лет. Схемы изменений с возрастом у мальчиков и девочек различаются. Почти во всех странах и областях процент мальчиков, сообщающих о высоком уровне пользования компьютером, в 15 лет выше, чем в 11 лет. У девочек картина гораздо сложнее: в одних странах и областях наблюдается рост процента девочек с высоким уровнем пользования компьютером между 11 и 15 годами, а в одной трети стран сообщается о его снижении.

Выполнение школьных домашних заданий

Средний процент молодых людей, которые затрачивают много часов на выполнение домашних заданий по будням и по выходным, одинаков и составляет 19% (рис. 3.22 и 3.23). Однако между отдельными странами и областями наблюдаются существенные различия: от 2% в Финляндии до 60% в Греции для будней и от 2% в Финляндии до 54% в Греции для выходных.

Примерно в половине стран и областей молодых людей, которые тратят на выполнение домашних заданий по 3 часа и более по выходным дням, больше, чем молодых людей, которые тратят столько же времени по будням, а в другой половине стран – наоборот. Самое большое относительное увеличение процента таких молодых людей наблюдается в Бельгии (фламандская область) – от 14% по будням до 24% по выходным. В Норвегии наблюдается самое большое относительное снижение – от 12% по будням до 4% по выходным.

Расположение стран и областей по этим показателям различается между будними днями и выходными и между разными возрастными группами, хотя некоторые страны стабильно оказываются в верхней (Хорватия, Греция, Венгрия, Мальта и Российская Федерация) или нижней (Финляндия и Швеция) квартилях как для будней и выходных, так и для всех возрастных групп.

Во всех странах и областях, кроме одной, среди респондентов, затрачивающих на выполнение домашних заданий много времени как в будние дни, так и в выходные, девочек больше, чем мальчиков. Наибольшие гендерные различия наблюдаются в Литве – процент таких девочек более чем в 2,5 раза больше, чем процент мальчиков. В целом процент девочек в 1,2–2 раза выше, чем процент мальчиков. В 11 лет гендерные различия выражены меньше всего, но в 13 и 15 лет в большинстве стран и областей они проявляются в отношении как будних дней, так и выходных.

Рисунок 3.20. Молодые люди, которые пользуются компьютером по будням ≥ 3 часов в день (%)

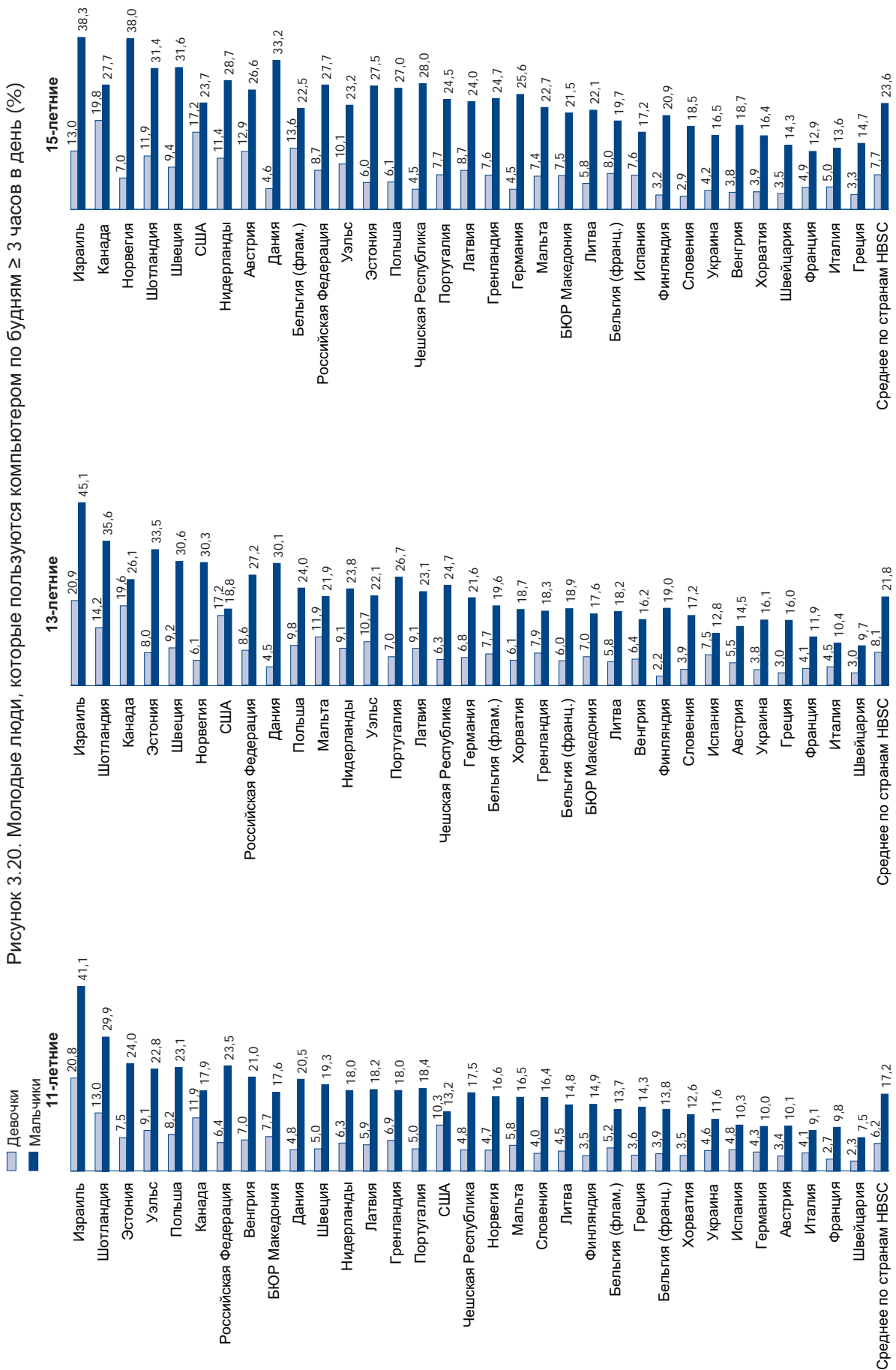
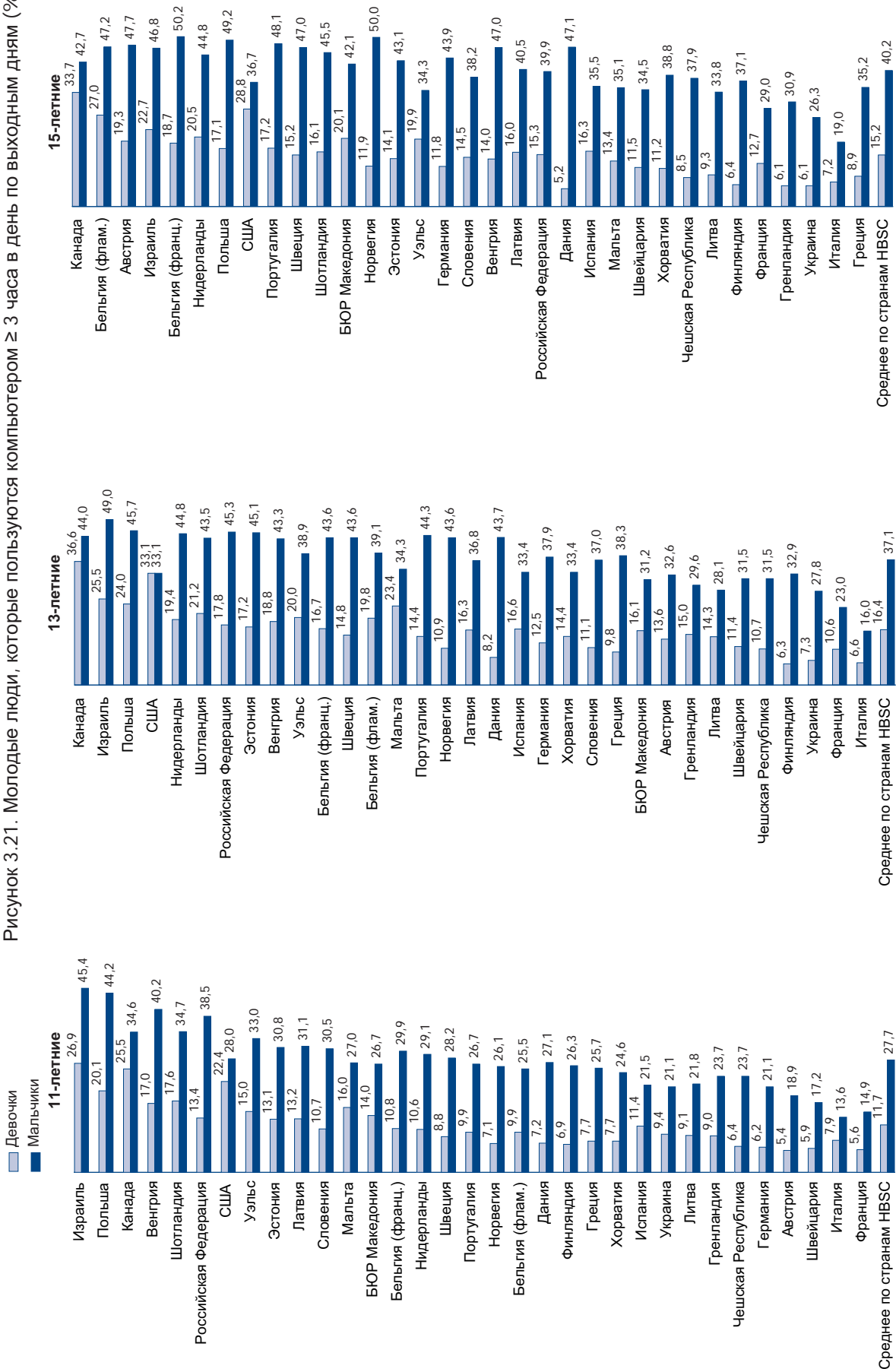


Рисунок 3.21. Молодые люди, которые пользуются компьютером ≥ 3 часа в день по выходным дням (%)



Примечание: отсутствуют данные по Англии и Ирландии.

Рисунок 3.22. Молодые люди, которые затрачивают на выполнение домашних заданий по будням ≥ 3 часов в день (%)

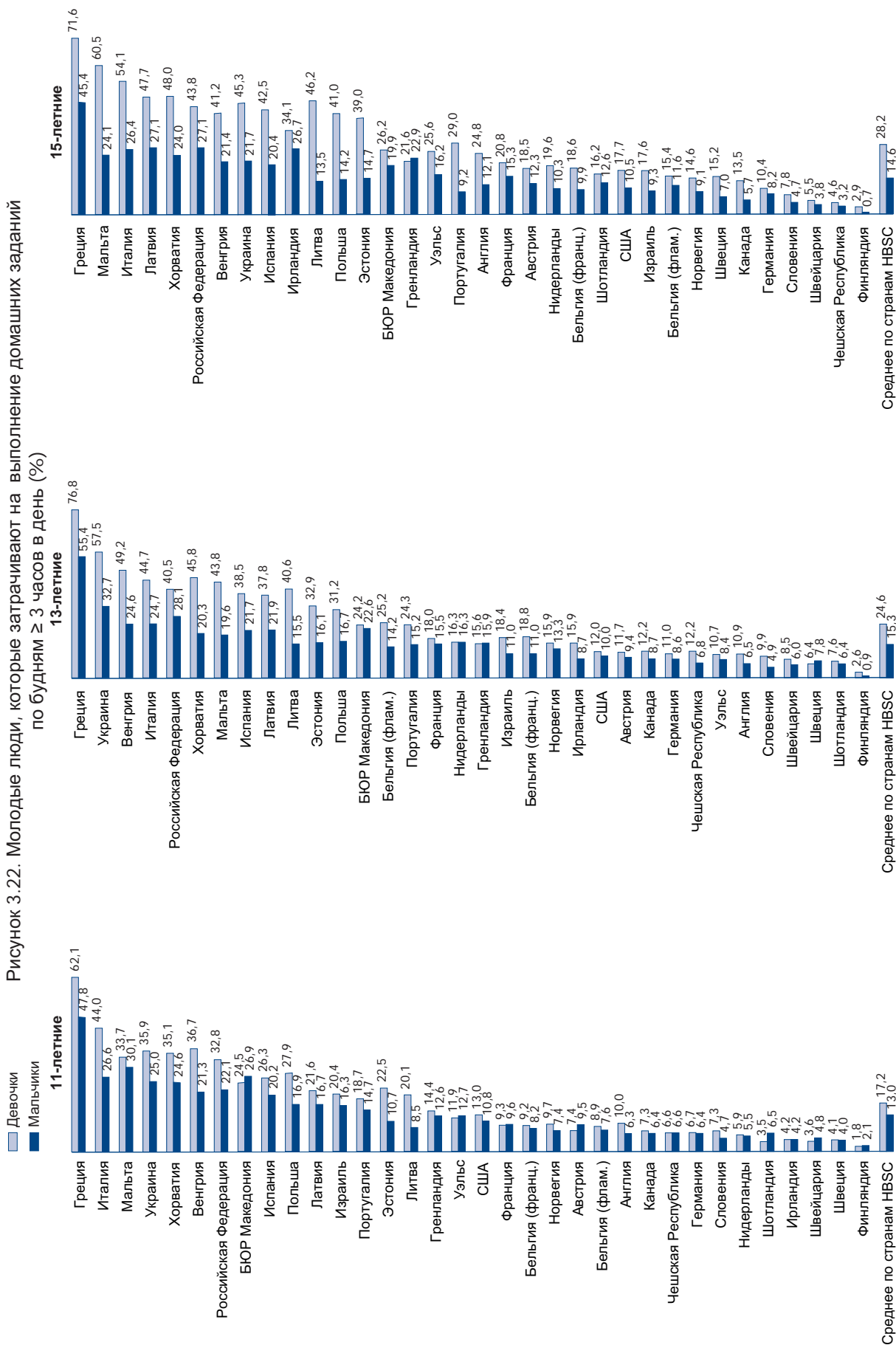
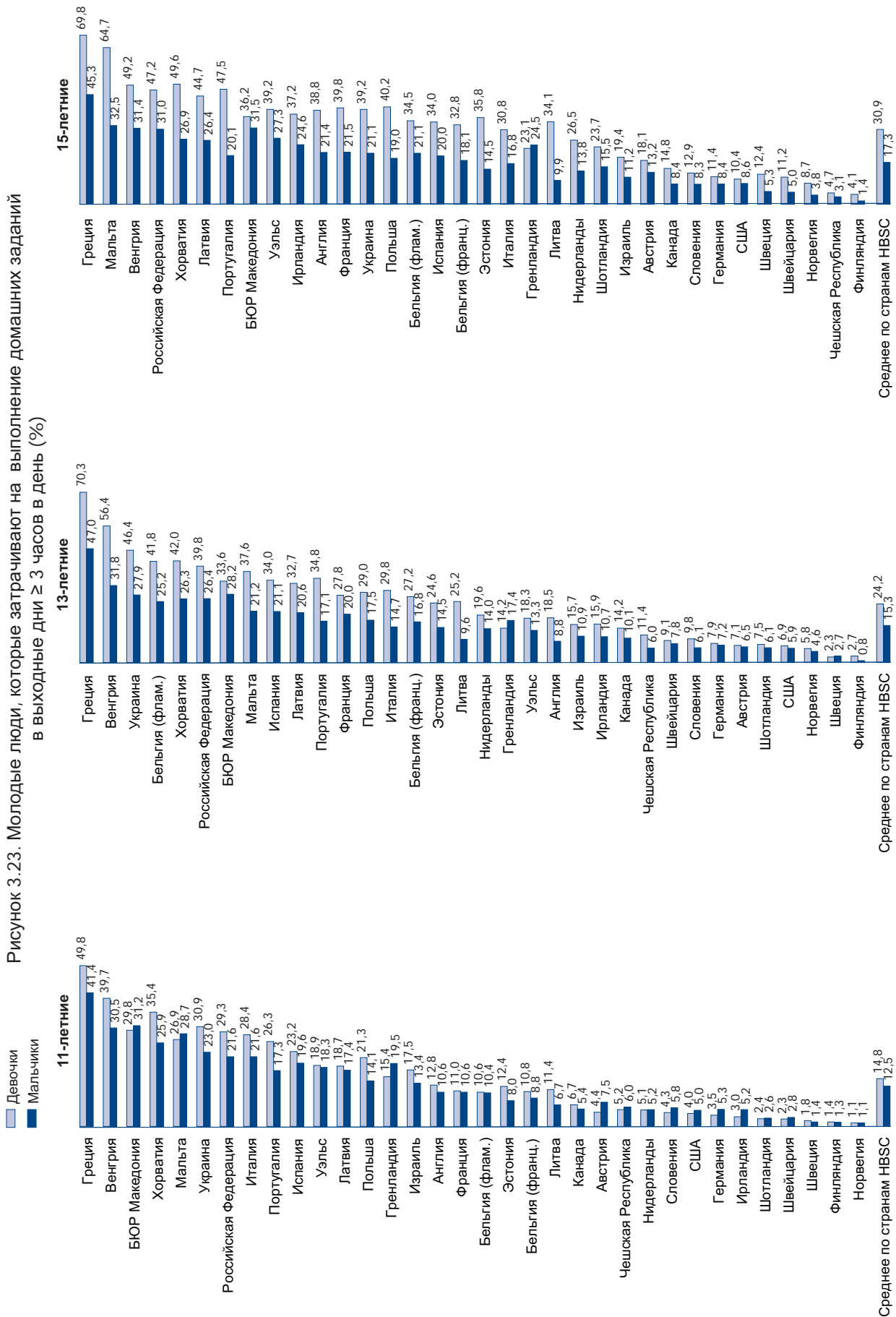


Рисунок 3.23. Молодые люди, которые затрачивают на выполнение домашних заданий в выходные дни ≥ 3 часов в день (%)



Доля молодых людей, затрачивающих много часов на выполнение домашних заданий как по будням, так и по выходным, с возрастом увеличивается, причем в большей степени в период между 11 и 13 годами, чем между 13 и 15 годами.

Схемы возрастных изменений у мальчиков и девочек разные. Среди девочек только в Чешской Республике и Израиле наблюдается сокращение процента тех, кто тратит много часов на домашние задания как в будние дни, так и в выходные, в период с 11 до 15 лет. А вот среди мальчиков сокращение этого процента в возрасте от 11 до 15 лет наблюдается примерно в половине стран и областей, но только в 4 странах отмечается сокращение времени на домашние задания в выходные дни.

Связи между малоподвижным поведением и физической активностью

Анализ связей между малоподвижным поведением и характером физической активности выявил географические и гендерные различия, причем наивысший значимый коэффициент корреляции составил 0,17. И хотя направление связи между малоподвижным поведением и физической активностью не оказалось постоянным во всех странах, некоторые закономерности все же можно было заметить.

Для девочек в большинстве стран и областей была установлена значимая отрицательная связь между уровнем просмотра телевизора и физической активностью в большинстве стран и регионов, а именно: физическая активность по мере увеличения времени просмотра телевизора снижалась. Только в половине стран отмечается позитивная связь между использованием компьютером/временем, затрачиваемым на домашние задания, и физической активностью.

В большинстве стран и областей значимых связей между физической активностью и малоподвижным поведением среди мальчиков не установлено. Там же, где значимая связь установлена, она выявляется между использованием телевизором и физической активностью, а также между использованием компьютером и физической активностью, причем в обоих случаях эта связь отрицательная. У девочек наблюдается противоположная картина. В тех немногих странах, где отмечена значимая связь между временем, затрачиваемым на приготовление домашних заданий, и уровнем физической активности среди мальчиков, направление связи изменчиво и четкой закономерности не проявляет.

Обсуждение результатов

Доля молодых людей, сообщающих о высоких уровнях пользования телевизором и компьютером и многих часах, затрачиваемых на приготовление домашних заданий, характеризуется широкими географическими различиями, но первый из этих трех видов сидячих занятий распространен более всего. В 29 из 35 стран и областей о высоких уровнях пользования телевизором по будням сообщает больше молодых людей, чем о высоких уровнях пользования компьютером и о многих часах, затрачиваемых на выполнение домашних заданий, а в 33 из 35 стран и областей – по выходным дням. Около 25% респондентов сообщают, что смотрят телевизор и видео 4 часа в день по будням и почти 50% – по выходным.

Таким образом, во многих странах и областях просмотр телевизора занимает значительную часть свободного времени молодых людей. Это может стать поводом для беспокойства, так как установлены связи между просмотром телевизора и как ожирением, так и потреблением высококалорийной пищи (7), а время, затраченное на сидение перед телевизором, сокращает время, остающееся для активных занятий. Не зря Американская академия педиатрии рекомендует, чтобы дети проводили перед телевизором не более 2 часов в сутки (1). Значительная часть обследованных молодых детей этой рекомендации не соблюдает.

Как и следовало ожидать, во всех странах и областях больше молодых людей сообщают о высоких уровнях пользования телевизором (кроме Израиля) и компьютером по выходным, когда у них больше свободного времени. В Израиле время, остающееся в выходные дня для пользования средствами массовой информации, может значительно сокращаться из-за необходимости соблюдать религиозные требования.

Высокий уровень пользования телевизором и компьютером может объясняться многими факторами. Разнообразие и качество телевизионных программ может значительно различаться в странах, и это в сочетании с культурными традициями и/или отношением родителей может влиять на количество времени, которое молодые люди проводят перед телевизором. Высокие уровни пользования средствами массовой информации зависят от легкости доступа к соответствующему оборудованию, и это обстоятельство может отражаться в ранжировании стран по проценту респондентов с высокими уровнями пользования компьютером. Однако в некоторых наиболее богатых странах и областях с большим числом компьютеров, находящихся в личной собственности, количество молодых людей, которые сообщают о высоком уровне пользования компьютером, сравнительно невелико, что свидетельствует о том, что доступность компьютеров – это лишь частичное объяснение. На количество времени, проводимое за компьютером, может также влиять стоимость доступа к Интернету, а появление видеоигровых машин во многих странах может уменьшать это количество времени. Во многих странах меняется способ пользования компьютером молодыми людьми. Все более популярными способами становятся загрузка в компьютер музыки и общение через так называемые чат-пункты, или пункты общения через Интернет, которые сулят гораздо больший потенциал придания этому виду сидячих занятий определенного социального элемента.

Высокие уровни пользования телевизором или компьютером могут восприниматься положительно или отрицательно в зависимости от содержания телепередач, которые смотрят молодые люди, или цели использования компьютера.

Географические различия в процентах респондентов, сообщающих о многих часах, затрачиваемых на выполнение домашних заданий как по будням, так и по выходным дням, могут отражать различия между школьными системами и/или в продолжительности школьного дня. Там, где школьный день короток, ученикам может потребоваться выполнять регулярный объем работы дома. Если же школьный день долог, домашние задания могут обычно не задаваться. Объем домашней работы может увеличиваться вследствие занятий с репетиторами вне школы для подготовки к экзаменам, как это имеет место в Греции. В некоторых странах школьные программы могут быть настолько плотными или сложными, что молодым людям приходится заниматься дополнительно дома независимо от продолжительности школьного дня. Также школьные системы и страны могут различаться по тому, каково отношение к домашним заданиям и какое значение придается академической успеваемости.

Хотя проценты молодых людей, сообщающих о высоком уровне участия во всех трех видах занятий, с возрастом меняются, в этих изменениях не видно четкой закономерности, и они различаются среди девочек и мальчиков. Проценты мальчиков, сообщающих о высоких уровнях пользования компьютером по будням и в выходные дни и о высоких уровнях пользования телевизором и многих часах, затрачиваемых на выполнение домашних заданий в выходные дни, увеличиваются в возрасте от 11 до 15 лет почти во всех странах и областях. Изменения с возрастом среди мальчиков по показателю пользования телевизором и по времени выполнения домашних заданий в будние дни носят смешанный характер. Среди девочек почти во всех странах и областях число респондентов, сообщающих о многих часах, затрачиваемых на выполнение домашних заданий по будням и в выходные дни, и о высоких уровнях пользования телевизором в будние дни увеличивается между 11 и 15 годами. Изменения с возрастом в процентах среди девочек по показателям пользования телевизором в будние дни и компьютером по будням и в выходные дни носят смешанный характер. Как между странами, так и внутри одной и той же страны мальчики и девочки по-разному преодолевают возрастающие с возрастом нагрузки, связанные с потребностью в социальном общении с одной стороны и с необходимостью хорошо учиться с другой стороны. Эти разные способы зависят от индивидуальных приоритетов, которые в свою очередь зависят от социальных норм в каждой стране.

Для всех трех видов сидячих занятий характерны стабильные гендерные различия, меняющиеся по своей степени. Наибольшие различия проявляются в пользовании компьютером: в большинстве стран и областей общий процент мальчиков, сообщающих о высоком уровне пользования, почти вдвое превышает процент девочек. В отношении времени выполнения

домашних заданий гендерные различия менее выражены и принимают противоположное направление: девочек, сообщающих о многих часах, затрачиваемых на этот вид занятий, в 1,2–2 раза больше. Различия в просмотрении телевизора невелики по сравнению с двумя другими видами занятий: здесь о высоких уровнях пользования сообщают несколько больше мальчиков, чем девочек.

Связи между этими тремя видами сидячих занятий и физической активностью во всех трех случаях слабы. Они характеризуются гендерными, возрастными и географическими различиями, и поэтому не возникает никакой четкой закономерности. Противоречивая картина связи между использованием компьютером/выполнением домашних заданий и физической активностью может частично быть отнесена на счет значительных гендерных различий, выявленных в этих видах сидячих занятий. С другой стороны, сравнительно небольшие гендерные различия в использовании телевизором могут способствовать более последовательной закономерности в странах и регионах, выражающейся в слабой отрицательной связи между использованием телевизором и физической активностью.

Эти данные не подтверждают мнение о том, что высокий уровень малоподвижного поведения непосредственно связан с низким уровнем физической активности, и подразумевают, что сокращение времени, проводимого перед телевизором, может и не оказывать значительного влияния на расход энергии. Однако просмотр телевизора и видеofilьмов может повлиять на общий энергетический баланс через свою связь с увеличением поступления энергии и тем самым способствовать ожирению детей.

Итак, хотя показатели участия в этих сидячих видах занятий значительно варьируют, какой-либо четкой закономерности в распределении стран и областей в верхней и нижней квартилях нет. Между странами и областями наблюдается гораздо больше сходств в стабильном гендерном различии в высоких уровнях пользования компьютером и времени, затрачиваемого на выполнение домашних заданий. Если просмотр телевизора и видеofilьмов одинаково популярно среди мальчиков и девочек, то высокие уровни пользования компьютером больше распространены среди мальчиков, а затрачивание многих часов на выполнение домашних заданий – среди девочек. Возможно, последнее обстоятельство объясняется тем, что мальчики и девочки по-разному используют компьютер. Вопрос о разных видах занятий с компьютером в обследовании HBSC 2001/2002 годов не исследовался, поэтому выводы тут делать нельзя.

Еще сложнее объяснить устойчивые гендерные различия в числе респондентов, затрачивающих многие часы на выполнение домашних заданий, т.к. домашние задания задаются одинаковые и девочкам, и мальчикам. Может быть, мальчики работают быстрее и поэтому за меньшее время успевают сделать домашнее задание? Или девочки более прилежны, чем мальчики, и поэтому больше стараются и тратят больше времени? Имеют ли девочки больше стимулов к академической успеваемости? Будут ли эти различия сокращаться по мере того, как будет достигаться большее равенство полов в Европейском регионе ВОЗ и в Северной Америке? На все эти интригующие вопросы могут дать ответ только качественные исследования.

Литература

1. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 2001, 107(2): 423–426.
2. Kraut R et al. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychology*, 1998, 53:1017–1031.
3. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 1985, 75(5):807–812.
4. Andersen RE et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. *JAMA*, 1998, 279(12):938–942.
5. Hernandez B et al. Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International Journal of Obesity*, 1999, 23:845–854.
6. Guan-Sheng MA et al. Effect of television viewing on pediatric obesity. *Biomedical and Environmental Sciences*, 2002, 15:291–297.

7. Dietz W. Factors associated with childhood obesity. *Nutrition*, 1991, 7(4):290–291.
8. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet*, 2002, 360:473–482.
9. Ho SMY, Lee TMC. Computer use and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29:259–266.
10. Marshall SJ et al. Clustering of sedentary behaviours and physical activity among youth: a cross-national study. *Pediatric Exercise Science*, 2002, 14(4):401–417.
11. Rocheleau B. Computer use by school-age children: trends, patterns, and predictors. *Journal of Educational Computing Research*, 1995, 12(1):1–17.
12. Hickman M, Roberts C, Gaspar de Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:73–82 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).

Пищевые привычки – *Carine Vereecken, Kristiina Ojala и Marina Delgrande Jordan*

Введение

Подростковый возраст – это период, когда возрастают физиологические потребности в пищевых веществах и особое значение приобретает потребление рациона питания высокого пищевого качества (1). ВОЗ считает, что молодые люди, у которых с раннего возраста выработались здоровые пищевые привычки, имеют больше вероятности сохранить их и в зрелом возрасте и у них будет меньше риска таких хронических заболеваний, как сердечно-сосудистые, рак, инсулиннезависимый диабет и остеопороз (2,3).

Сбалансированное и рациональное питание в детском и подростковом возрасте способно уменьшить риск таких непосредственных проблем здоровья, как кариес зубов, анемия, задержка конституционального развития, избыточная масса тела и ожирение. Также важна и структура питания. Например пропуск завтрака ведет к утреннему утомлению и мешает умственной деятельности и учению, т.е. приводит к последствиям, которые более выражены у молодых людей, относящихся к группе риска по питанию, нежели у тех, кто получает хорошее питание (4). Те, кто пропускает завтрак, также чаще в течение оставшегося дня потребляют легкие закуски с высоким содержанием жира и низким содержанием пищевых волокон (5). Кроме того, завтрак, особенно, если он включает обогащенные зерновые продукты, ассоциирует с лучшим общим пищевым статусом (6), и молодые люди, которые по крайней мере дважды сытно едят в течение дня с легкой закуской в промежутке между основными приемами пищи или без нее, имеют рацион питания с большей плотностью пищевых веществ (7).

Большое влияние на фактическое питание, особенно в подростковом возрасте, оказывают социальные факторы. Пищевые привычки молодых людей отражают ослабление влияния семьи и усиление влияния сверстников на выбор продуктов и структуру приема пищи. Изменения в пищевых привычках в этом возрасте могут быть связаны с потребностью заявить о свободе от контроля родителей и добиться утверждения себя как личности (8,9). Эта распускающаяся независимость может проявляться в том, что подростки чаще питаются вне дома или школы, что нередко включает пищу, покупаемую на вынос в ресторанах быстрого питания (10). Дети и подростки также испытывают воздействие специально направленных на них широкомасштабных кампаний маркетинга и рекламы.

Еще одним фактором влияния на пищевые привычки являются культурные императивы, широко распространенные в промышленно развитых странах и заставляющие стремиться к так называемой идеальной фигуре. Особое значение для молодых людей может иметь желание быть худощавым и боязнь позорного клейма ожирения, и это может оказывать значительное влияние на представления о красоте тела, уважительное отношение к телу и самооценку молодых людей.

Предпочитаемые молодыми людьми режимы приема пищи и легких закусок могут ухудшить содержание рациона в подростковом возрасте, поскольку такие режимы могут вести к сокращению потребления фруктов и овощей, которые являются важным источником углеводов, витаминов и минералов. Обильное и регулярное потребление овощей и фруктов может снизить риск развития дегенеративного хронического заболевания. Потребление безалкогольных напитков и сладостей, содержащих большое количество “пустых калорий”, препятствует поступлению более питательных пищевых продуктов и может мешать соблюдению современных рекомендаций о правильном питании (11). Более того, имеется предположение о том, что употребление подслащенных напитков связано с ростом распространенности ожирения (12).

Методы

Измерять пищевые привычки у детей и подростков сложно. Эти сложности усугубляются различиями в культуре и климате между странами и областями, участвующими в исследованиях

HBSC. Стандартные методы оценки фактического питания, такие, как дневники питания и неоднократное суточное воспроизведение питания, дорого стоят и требуют много времени, поэтому в данном исследовании они не использовались. Подробные вопросники о частоте приема пищевых продуктов также не подходят из-за ограниченности места в стандартном международном вопроснике, а также из-за широких различий в структуре фактического питания. Поэтому в обследовании 2001/2002 годов использовался набор пунктов, интересующих большинство стран и областей и отражающих общие для всех стран пищевые привычки – схемы приемов пищи и потребление фруктов, овощей, сладостей и безалкогольных напитков.

Схемы приемов пищи оценивались вопросами, касающимися частоты приема завтрака, обеда (приема пищи в середине дня) и ужина (вечернего приема пищи). Молодых людей просили ответить отдельно о питании в будни и в выходные дни.

Как часто Вы обычно завтракаете (больше, чем стакан молока или фруктового сока)? Варианты ответов для будней: *я никогда не завтракаю в течение недели; один день; два дня; три дня; четыре дня; пять дней.* Варианты ответов для выходных дней: *я никогда не завтракаю в выходные дни; обычно я завтракаю только один день (в субботу ИЛИ в воскресенье); обычно я завтракаю оба выходных дня (в субботу И в воскресенье).*

Один и тот же тип вопроса задавался о всех трех приемах пищи, но данные представлены только о завтраках, т.к. этот прием пищи молодые люди пропускают чаще всего.

Вопрос о потреблении пищевых продуктов был такой: *Сколько раз в неделю Вы обычно едите или пьете ... фрукты/овощи/кондитерские изделия (конфеты или шоколад)/ кока-колу или другие безалкогольные напитки, в которых содержится сахар?* Варианты ответа: *никогда; реже, чем раз в неделю; один раз в неделю, 2–4 дня в неделю; 5–6 дней в неделю; один раз в день ежедневно; каждый день больше одного раза.*

Варианты ответов для вопросника 2001/2002 годов были пересмотрены таким образом, чтобы придать им более всеобъемлющий характер, поэтому сравнение с данными предыдущих обследований в рамках HBSC по этим переменным невозможно.

Результаты

К сравнению между странами нужно подходить осторожно. Как уже отмечалось, особое внимание при изучении различий между странами в пищевых привычках должно уделяться культурным факторам. Например местные блюда могут содержать большое количество овощей в скрытом виде (скажем, в супах или в сложных блюдах), и это может влиять на ранжирование стран и областей по показателю потребления фруктов и овощей. На потребление фруктов, овощей и безалкогольных напитков также могут влиять сезонные различия в период сбора данных на местах. Географические различия могут также зависеть от наличия пищевых продуктов в продаже и от цен на них.

Потребление завтрака

На рисунке 3.24 показаны проценты молодых людей, которые завтракают каждое утро по будням: в среднем 69% мальчиков и 60% девочек. Однако цифры на рисунке свидетельствуют о больших географических различиях: от 40% до 90% среди 11-летних, от 36% до 79% среди 13-летних и от 34% до 75% среди 15-летних.

Мальчики завтракают чаще, чем девочки. С возрастом это гендерное различие проявляется сильнее: между 11 и 15 годами, количество регулярно завтракающих снижается на 9% среди мальчиков и на 17% среди девочек. В Англии, Шотландии и Уэльсе эта разница к 15 годам достигает 20%. Наиболее заметно снижение с возрастом среди девочек в Нидерландах, где оно достигает 29%.

Потребление фруктов

В среднем только 30% мальчиков и 37% девочек сообщают о ежедневном потреблении фруктов. Наибольшее потребление фруктов наблюдается в Израиле (49% мальчиков и 54% девочек), наименьшее – в Эстонии (17% мальчиков и 23% девочек) (рис. 3.25).

Рисунок 3.24. Молодые люди, которые завтракают по будням каждый день (%)

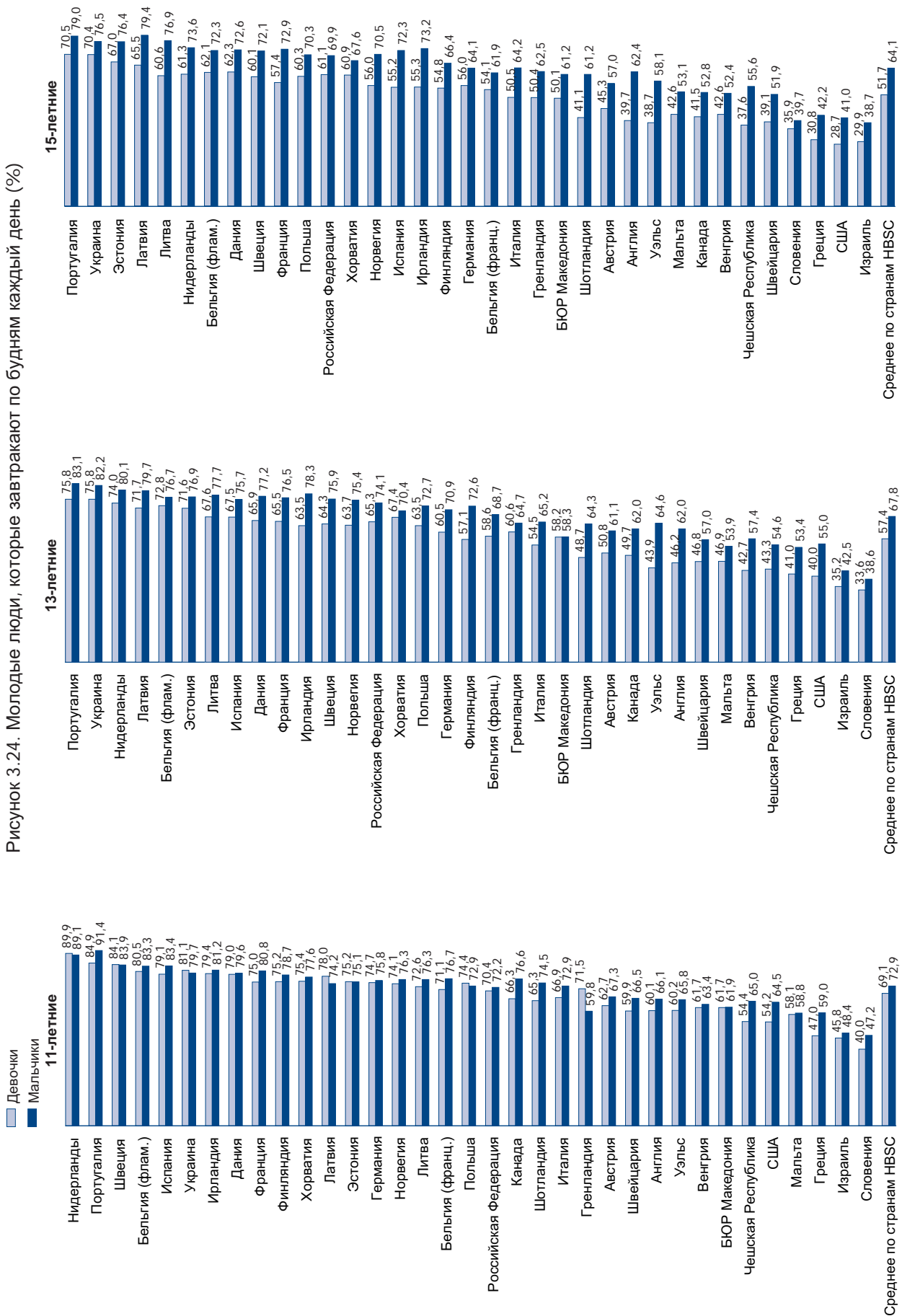
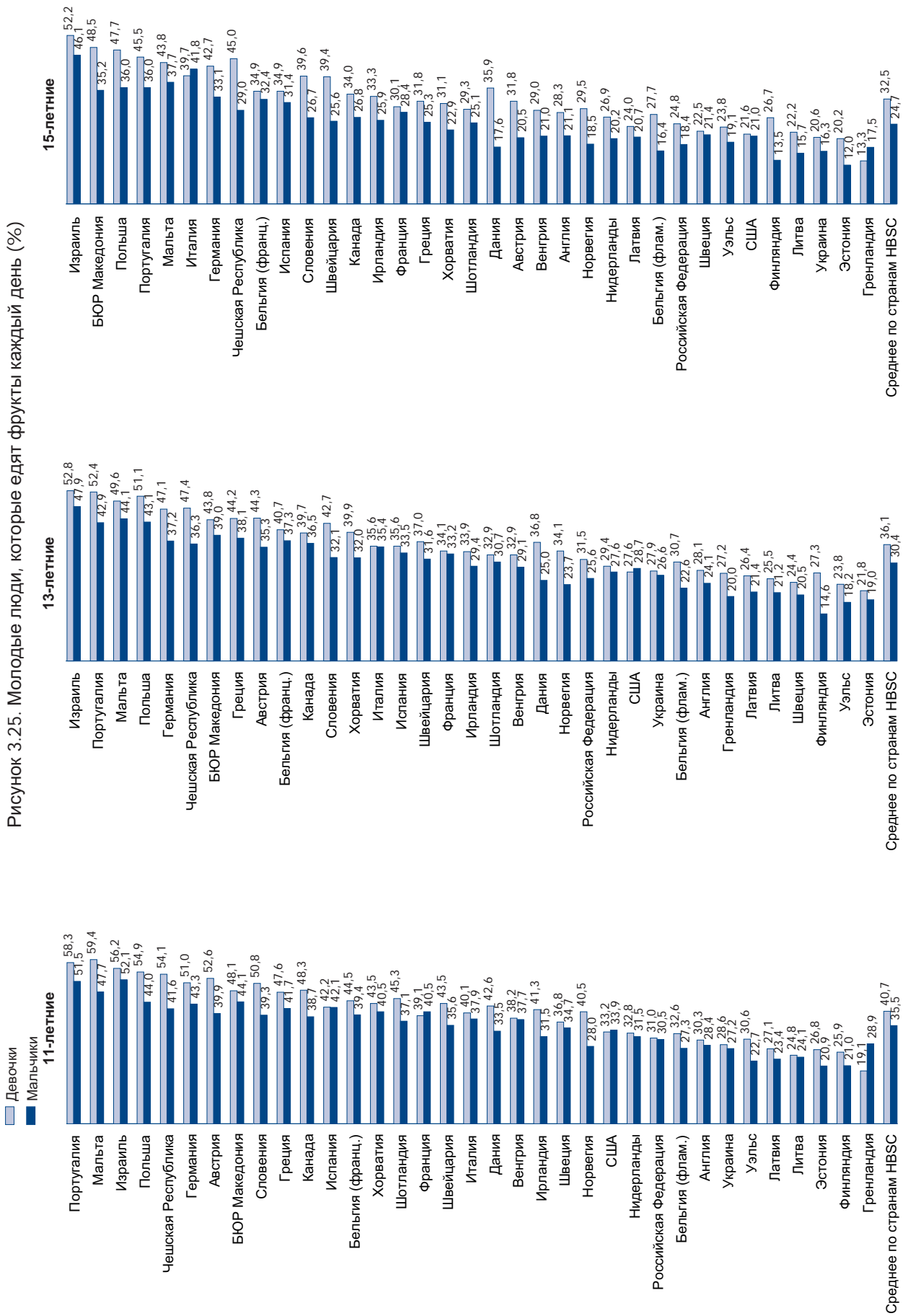


Рисунок 3.25. Молодые люди, которые едят фрукты каждый день (%)



В целом пять и более дней в неделю едят фрукты 45% мальчиков и 51% девочек, при этом ответы находятся в диапазоне от 30% до 67%. В 16 странах и областях более 25% молодых людей едят фрукты редко (раз в неделю или реже).

Почти во всех странах и областях о ежедневном потреблении фруктов больше сообщают девочки, хотя здесь имеются значительные географические различия.

Во всех странах и областях, кроме Италии, доля молодых людей, ежедневно потребляющих фрукты, с возрастом снижается. У мальчиков это снижение больше: в двух третях стран и областей более чем на 10%. У девочек подобное снижение наблюдается только в одной трети стран.

Потребление овощей

Во всех странах и областях, за исключением Бельгии (фламандская область), о ежедневном потреблении овощей сообщают менее 50% всех молодых людей (рис. 3.26).

Как и в случае потребления фруктов, девочки сообщают о потреблении овощей чаще, чем мальчики – 34% и 28%, соответственно. В трех странах (Бельгия в ее фламандской области, Финляндия и Германия) эта разница превышает 10%, в 17 странах она превышает 5%.

Сравнение трех возрастных групп показывает небольшое общее снижение на 4–5% между возрастом 11 и 15 лет. Снижение в процентах респондентов, ежедневно потребляющих овощи, между этими возрастами превышает 10% для обоих полов в Хорватии и Франции, среди мальчиков – в Гренландии и Литве, среди девочек – в Норвегии и Португалии.

Безалкогольные напитки

О ежедневном потреблении безалкогольных напитков сообщают 40% и более молодых людей в Израиле, на Мальте, в Нидерландах, Словении, Шотландии и США (рис. 3.27). Наиболее низкое потребление безалкогольных напитков во всех возрастных группах отмечается в некоторых скандинавских странах (Дании, Финляндии и Швеции), в балтийских странах (Эстонии, Латвии, Литве), а также Греции и Украине, где о ежедневном потреблении сообщают менее 20% респондентов.

32% мальчиков и 25% девочек сообщают о том, что ежедневно пьют подслащенные безалкогольные напитки, но в то же время 32% мальчиков и 43% девочек пьют их не чаще одного раза в неделю. И по этому последнему показателю страны также широко различаются между собой: например, от 18% в Шотландии до 60% в Литве.

В отличие от потребления фруктов и овощей, в большинстве стран и областей и в большинстве возрастных групп мальчики чаще, чем девочки, пьют безалкогольные напитки ежедневно, за очень редкими исключениями. Хотя среди 11-летних эта гендерная разница сравнительно невелика (29% мальчиков и 23% девочек), к возрасту 15 лет она увеличивается (35% мальчиков и 26% девочек).

В Португалии, однако, 15-летние мальчики и девочки пьют меньше безалкогольных напитков, чем 11-летние. Во всех остальных странах и областях эти различия невелики или немного увеличиваются с возрастом. Различия между возрастными группами превышают 10% среди мальчиков в девяти странах и областях, а среди девочек только в 2 странах.

Сладости

Почти одна треть молодых людей едят конфеты или шоколад один и более раз в день (рис. 3.28) и приблизительно столько же (29%) употребляют их один раз в неделю или реже. Молодые люди в Дании, Финляндии, Норвегии и Швеции сообщают о том, что едят сладости реже. Самый высокий процент ежедневно потребляющих конфеты и шоколад на Мальте (54%), за которой следуют Шотландия и Ирландия (соответственно 45% и 49%).

В целом, возрастные и гендерные различия в потреблении конфет и шоколада ничтожны по сравнению с различиями в потреблении других продуктов и напитков.

Обсуждение результатов

Полученные данные отражают значительные различия в потреблении пищевых продуктов между странами и областями. Эти различия зависят от многих факторов: культурных норм

Рисунок 3.2.6. Молодые люди, которые едят овощи каждый день (%)

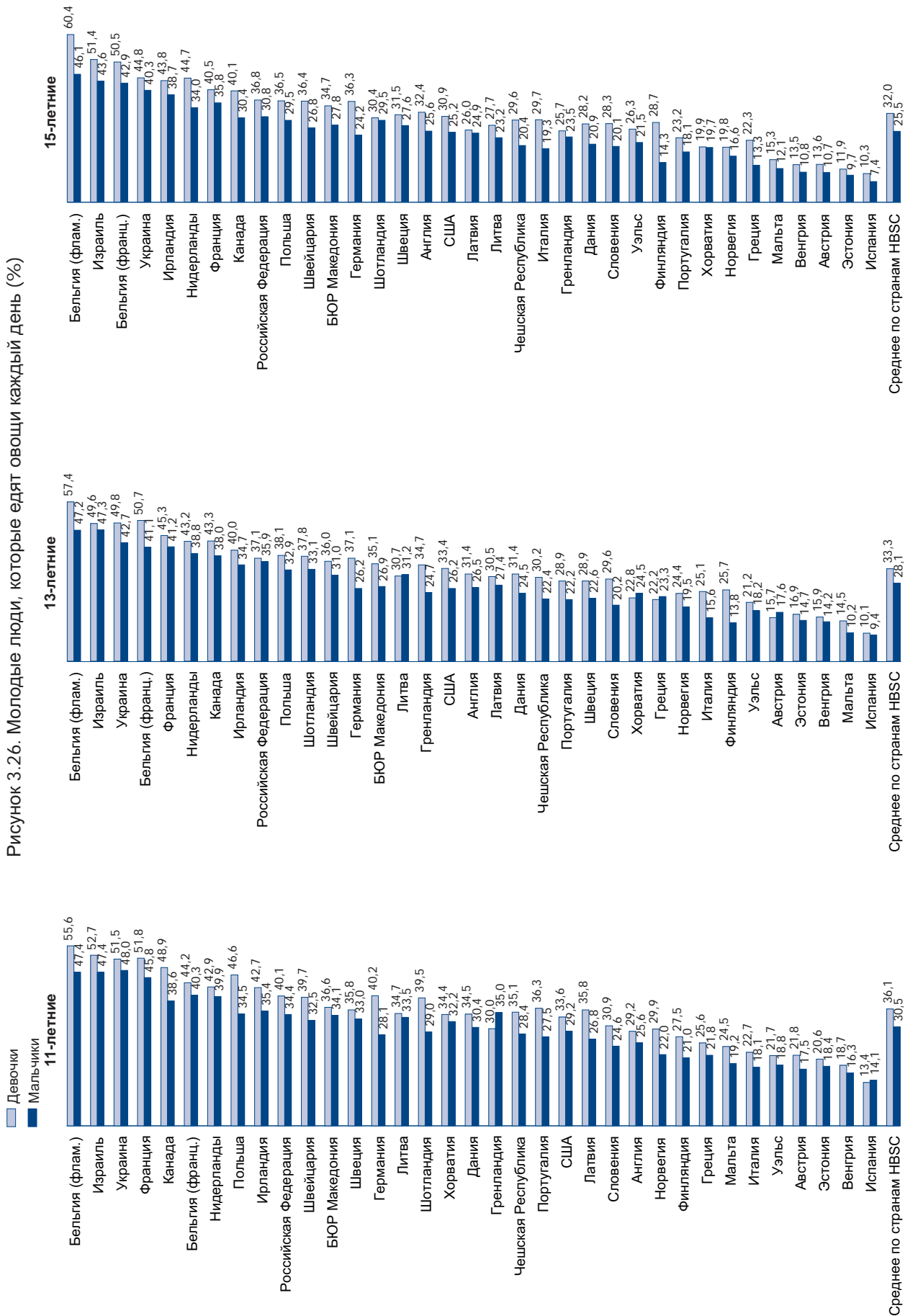


Рисунок 3.27. Молодые люди, которые пьют безалкогольные напитки каждый день (%)

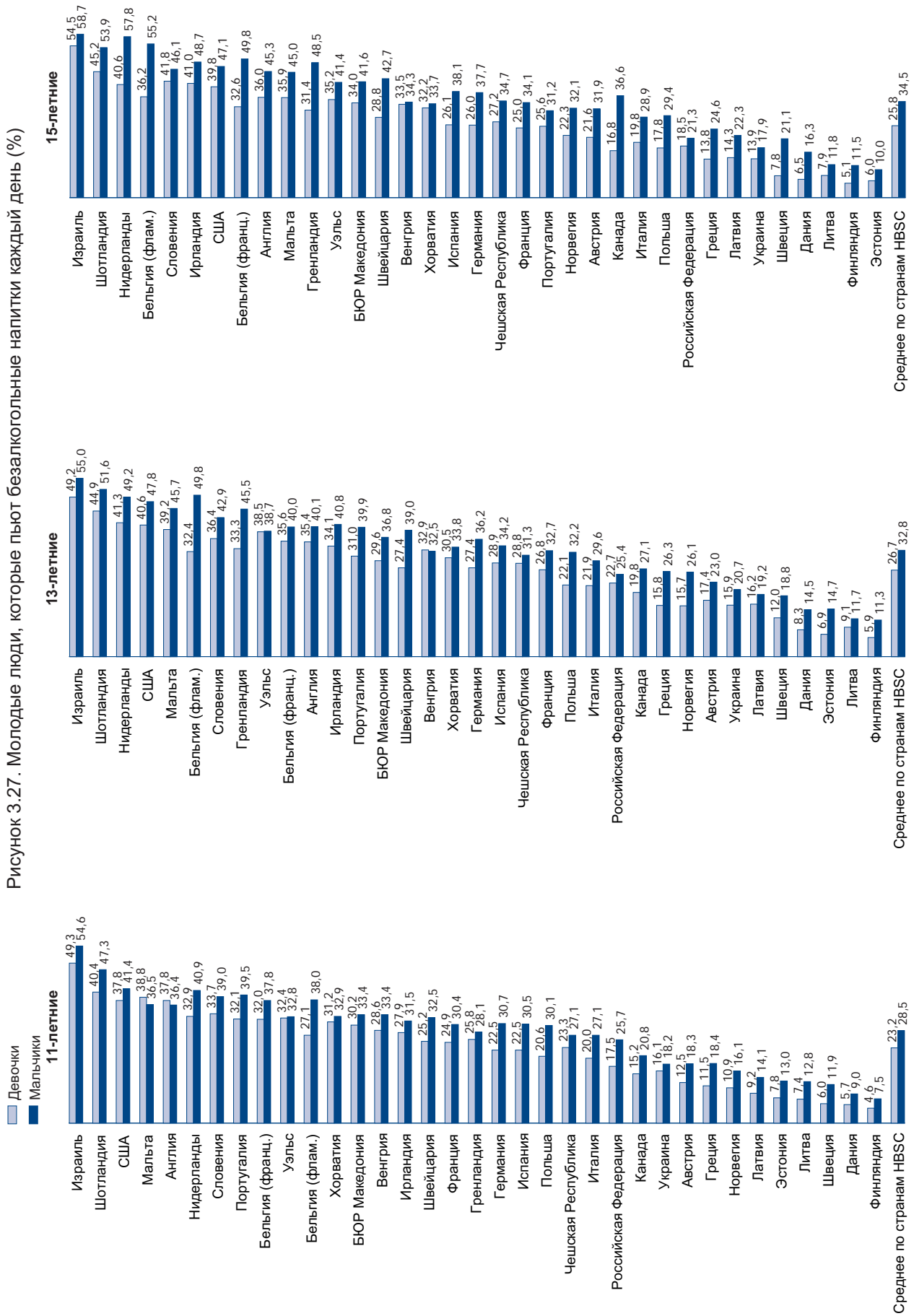
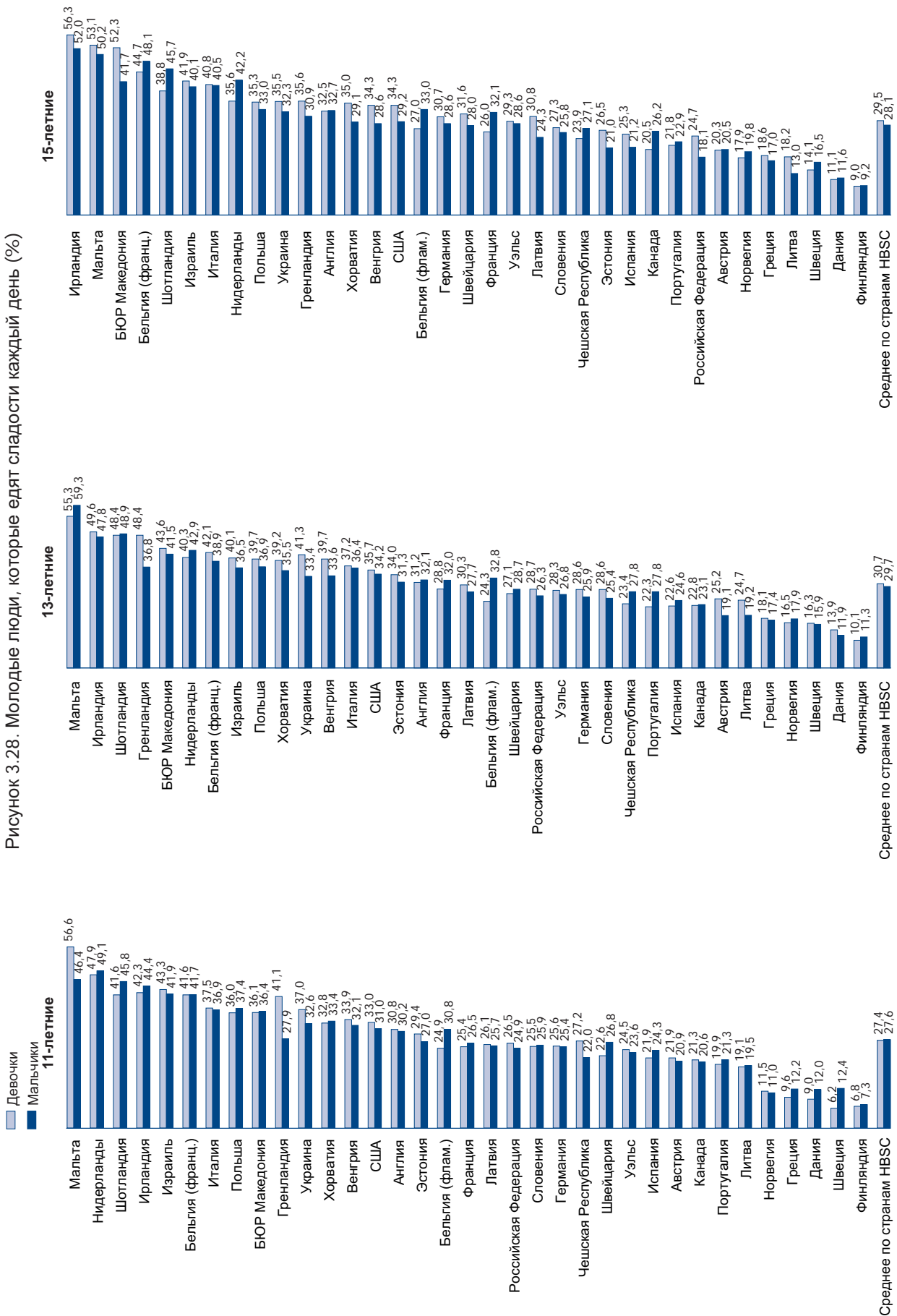


Рисунок 3.28. Молодые люди, которые едят сладости каждый день (%)



и традиций, доступности (особенно это касается фруктов и овощей), уровня цен, рекламы и государственной политики, направленной на регулирование или поддержку вопросов, связанных с пищевыми продуктами (например, политика в отношении пищевых продуктов в школах и программы санитарного просвещения).

Полученные результаты свидетельствуют о том, среди подростков широко распространены высокие уровни потребления сладостей и безалкогольных напитков. Кроме того, значительное число молодых людей пропускают завтраки и мало едят фруктов и овощей. Лишь около 30% молодых людей едят фрукты ежедневно, несмотря на то, что в последнее десятилетие во многих странах предпринимается больше усилий, направленных на пропаганду потребления фруктов и овощей как средства уменьшения риска развития хронических заболеваний, связанных с питанием. Еще меньше молодых людей ежедневно едят овощи. С другой стороны, значительно возросло за последние десятилетия потребление безалкогольных напитков – во многих странах и областях около 30% молодых людей пьют их ежедневно.

Также обращают на себя внимание гендерные и возрастные различия в процентах респондентов, пропускающих завтраки, потребляющих овощи и фрукты и безалкогольные напитки. Более высокий процент девочек, которые, по их словам, обходятся без завтрака, может объясняться отчасти тем, что относительно большая часть из них стремятся похудеть или поддержать свой вес (см. следующий раздел). Пропуск принятия пищи, в особенности завтрака, может быть, и является популярным методом регулирования массы тела, но часто он приводит к повышенному потреблению легких закусок в течение утра взамен завтрака, а эти легкие закуски часто представляют собой пищевые продукты с высоким содержанием сахара и жиров (13). Также ростом озабоченности массой тела и фигурой может объясняться и более высокая частота потребления девочками фруктов и овощей и меньшая частота потребления безалкогольных напитков. Другими возможными причинами являются меньшие потребности в потреблении энергии (14), осведомленность в медицинских вопросах и культурные и гендерные влияния социального общения (15,16).

Еще одним фактором, влияющим на наблюдаемые пищевые привычки, может быть возрастающая независимость и самостоятельность. В детстве родители могут влиять на структуру потребления пищевых продуктов, ограничивая их наличие и доступность, а также моделируя пищевые привычки, подкрепляя положительные привычки и поддерживая дисциплину. Однако по мере того, как дети растут, они могут использовать выбор пищевых продуктов в качестве элемента процесса утверждения своей индивидуальности. Распространено стремление молодых людей в большей степени регулировать структуру своего питания путем, например, пропуска приемов пищи или приготовления собственной еды (17). Процесс утверждения своей индивидуальности часто предполагает отрицание семейных ценностей и сопровождается растущим влиянием сверстников и возрастающим участием в социальной жизни вне семьи. В то же время реклама безалкогольных напитков убеждает молодых людей в том, что утолять жажду нужно современным, молодежным, приятным и популярным способом (18), тогда как реклама овощей и фруктов пока еще не нацелена специально на молодежь.

Международные данные приводят к выводу, что необходимы программы, направленные на улучшение пищевых привычек подростков. Однако разработка эффективных стратегий требует понимания пищевого поведения подростков и влияющих на него факторов. В проведенном недавно исследовании (19) была создана модель, которая позволяет концептуально представить пищевое поведение подростков как сложную функцию взаимодействующих влияний на уровне индивидуума (например, биологические и психологические факторы), социальной среды (например, семья и сверстники), физической окружающей среды (например, школа и точки быстрого питания), а также на уровнях макросистемы или общества (например, средства массовой информации, социальные и культурные нормы). Если эта модель будет использоваться как основа для разработки мер вмешательства, молодые люди получили бы логически последовательные идеи о здоровом питании в самых разнообразных условиях и из разнообразных источников, включая дом, школу, организации здравоохранения, общественные организации, средства массовой информации и государственные ведомства. Кроме того, удалось

бы улучшить имидж здоровых пищевых привычек и сделать более доступными вкусные, удобные для потребления и менее дорогие пищевые продукты; это определенно помогло бы молодым людям улучшить ассортимент выбираемых пищевых продуктов.

При изучении пищевых привычек молодых людей необходимо принимать во внимание и другие факторы образа жизни. Рационы питания с высоким содержанием жиров и высокой калорийностью и малоподвижный образ жизни стали причиной растущей распространенности ожирения среди молодежи во всем мире. С другой стороны, социальные императивы, заставляющие стремиться к достижению искаженного идеала тела, создают то, что называется “нарушением питания от изобилия” (18). Эти вопросы более подробно рассматриваются в следующем разделе.

Пищевые привычки следует рассматривать в более широком социальном контексте. Выбор пищевых продуктов и напитков, например, тесно связан с социально-экономическим статусом. Молодые люди из групп более низкого социально-экономического статуса потребляют легкие закуски и сладости и пропускают завтраки чаще и едят фруктов и овощей меньше, чем молодые люди из групп с более высоким социально-экономическим статусом. (2,20). Поэтому нужно провести исследование этих более широких социальных факторов, влияющих на пищевые привычки.

Литература

1. Dwyer JT. Childhood, youth and old age. In: Garrow JS, James WPT, eds. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh, Churchill-Livingstone, 1993:394–408.
2. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf, взято с веб-сайта 10 февраля 2004 г.).
3. Pirouznia M. The influence of nutrition knowledge on eating behaviour – The role of grade level. *Nutrition & Food Science*, 2001, 31:62–66.
4. Pollitt E, Mathews R. Breakfast and cognition: an integrative summary. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 67:804S–813S.
5. Resnicow K. The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 1991, 61:81–85.
6. Ruxton CH, Kirk TR. Breakfast: a review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry. *British Journal of Nutrition*, 1997, 78:199–213.
7. Siega-Riz AM, Carson T, Popkin B. Three squares or mostly snacks – What do teens really eat? A sociodemographic study of meal patterns. *Journal of Adolescent Health*, 1998, 22:29–36.
8. Truswell AS, Darnton-Hill I. Food habits of adolescents. *Nutrition Reviews*, 1991, 39:73–99.
9. Thomas J. Food choices and preferences of schoolchildren. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1990, 50:49–57.
10. Greenwood CT, Richardson DP. Nutrition during adolescence. *World Review of Nutrition & Dietetics*, 1979, 33:1–41.
11. Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:436–441.
12. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 2001, 357:505–508.
13. Anderson AS, MacIntyre S, West P. Adolescent meal patterns: grazing habits in the west of Scotland. *Health Bulletin*, 1993, 51:158–165.
14. Rolls BJ, Fedoroff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology*, 1991, 10:133–142.
15. Karisto A, Prättälä R, Berg MA. The good, the bad, and the ugly. Differences and changes in health related lifestyles. In: Kjaernes U et al., eds. *Regulating markets regulating people. On food and nutrition policy*. Oslo, Novus Press, 1993:185–204.
16. Nathanson CA. Sex roles as variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health*, 1977, 3:142–155.

17. Quandt SA. Social and cultural influences on food consumption and nutritional status. In: Shils ME et al., eds. *Modern nutrition in health and disease*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999:1783–1792.
18. Schneider D. International trends in adolescent nutrition. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:955–967.
19. Story M, Neumark-Sztainer D, French SA. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:40–51.
20. Höglund D, Samuelson G, Mark A. Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52:784–789.

Представление о красоте тела, регулирование веса и масса тела – *Caroline Mulvihill, Ágnes Németh и Carine Vereecken*

Введение

Мало кто сомневается в том, что к числу наиболее важных событий, к которым молодым людям нужно приспособиться, относится вся совокупность изменений физического и физиологического характера, которые происходят в подростковом возрасте, включая непрерывное развитие самоуважения. Тому есть несколько причин. Физические изменения могут вызвать изменения в образе тела и тем самым в ощущении своего “я”. Интеллектуальное развитие и эмоциональная независимость делают возможным более комплексное и искушенное представление о самом себе, и с некоторыми изменениями в этом представлении связан переходный характер подросткового возраста, в частности, происходящие в это время изменения социальных ролей (1). Взаимосвязь между образом тела и самоуважением в настоящее достоверно установлена (2,3), и у девушек она выражена сильнее (4,5). Гендерные различия наглядно проявляются и в том, как подростки – мальчики и девочки – оценивают свое тело. Девочки склонны рассматривать свое тело главным образом как средство привлечения к себе других, тогда как мальчики воспринимают свое тело как средство полноценного функционирования во внешней среде (6).

Исследования, проведенные в течение последних 30 лет, показывают, что преобладающие в современном обществе культурные влияния идеалов стройности и соблюдения диеты с целью похудения проникли и в среду подростков. Поэтому молодые люди, особенно девочки, часто чувствуют себя толстыми и недовольными своим телом. Общеизвестными особенностями подросткового поведения стали соблюдение специальной диеты и другие способы регулирования веса, которые служат средством достижения идеального тела. Нередко подросткам бывает сложно правильно классифицировать себя с точки зрения своего веса, и поэтому сильным мотивом озабоченности по поводу веса и соблюдения диеты с целью похудения у них выступает не действительный их вес, а представление о нем как об избыточном. Для многих девушек целью может быть не нормальный, а недостаточный вес (7); мальчики же чаще воспринимают себя худыми и занимаются увеличением массы тела (наращиванием мышц) (8).

Вызывает беспокойство соблюдение молодыми людьми диеты с целью похудения и использование других методов регулирования веса, поскольку они могут ассоциировать с неблагоприятными физическими и психологическими последствиями. Сидящие на диете более подвержены раздражительности, нарушениям сна, нарушениям менструального цикла, задержке роста и полового созревания, возникновению дефицитов пищевых веществ (9). Соблюдение диеты с целью похудения может заметно влиять на психологическое благополучие (10), в частности, оно тесно связано с депрессией (11) и снижением ощущения самоуважения (12). Polivy и соавторы пришли к выводу, что “люди с низким уровнем самоуважения, которые прибегают к диете – часто, по грустной иронии судьбы, в попытке повысить уровень самоуважения – могут оказаться в еще худшем состоянии, чем если бы они не пытались себя улучшить” (12). Кроме того, соблюдение диеты может включать в себя и менее приемлемые методы, такие, как пропуск приемов пищи (особенно завтрака), голодание (13) и крайние меры – вызывание искусственных рвот и злоупотребление слабительными (14). Это чаще случается среди девушек. Под влиянием культурных факторов молодые люди, особенно девушки, стремясь достичь недостижимой массы тела, могут прибегать к крайним методам в своем питании, в результате чего у них могут выработаться негативные психологические характеристики (14). Наконец, учитывая потенциально смертельные последствия, вызывает озабоченность описываемая ассоциация между соблюдением диеты и развитием нарушений приема пищи (15).

Среди физических изменений, происходящих в подростковом возрасте, может быть одно вредное для здоровья: накопление излишней массы тела, которое может привести к ожирению. Ожирение представляет собой одну из главных проблем общественного здравоохранения, которую ВОЗ описывает как “глобальная эпидемия” (16) ввиду ее высокой и растущей

распространенности. Было показано, что избыточная масса тела и ожирение у молодых людей в значительной степени ассоциируют с хронической болезненностью и смертностью. Наиболее значимым долгосрочным последствием ожирения в детстве является его продолжение во взрослом возрасте. Имеются убедительные доказательства этой связи (17,18), которые указывают на то, что избыточная масса тела в подростковом возрасте ухудшает здоровье в долгосрочной перспективе, поскольку она ассоциирует с повышенной смертностью, особенно от коронарной болезни сердца, атеросклероза и рака ободочной и прямой кишки (17). Кроме того, с раннего возраста вырабатывается стереотипное негативное отношение к ожирению (19,20), и тучные люди могут сталкиваться с дискриминацией при получении образования или на работе (21,22). Наконец, была высказана мысль о том, что без принятия энергичных мер по профилактике и лечению ожирения оно имеет значительные и сохраняющиеся долгое время медицинские и социальные последствия (23).

В озабоченности по поводу образа тела, регулирования веса и массы тела у молодых людей проявляются два совершенно противоположных аспекта. Часто подростки испытывают недовольство своей массой тела и прибегают к мерам регулирования веса, которые ассоциируют с негативными физическими и психологическими изменениями. И наоборот, возрастает также распространенность избыточной массы тела и ожирения, а это в свою очередь связано с последствиями для здоровья в отдаленной перспективе.

Методы

С помощью вопросника HBSC оценивалось субъективное восприятие респондентами веса тела и их поведение, связанное с соблюдением диеты и регулированием веса.

Образ тела касался единственный пункт: *Считаете ли Вы, что ваше тело ...? Предлагаемые варианты ответа: слишком худое; немного худое; в целом нормальное; слегка полноватое; слишком полное.* Последние два ответа объединялись в качестве показателя субъективное неудовлетворенности своей массой тела.

Вопрос, относящийся к поведению, связанному с регулированием веса: *В настоящее время соблюдаете ли вы диету или делаете что-нибудь еще для того, чтобы сбавить вес?* Предлагаемые варианты ответа: *нет, мой вес в порядке; нет, но я хотел бы немного сбросить вес; нет, потому что хочу набрать вес; да.* Данные о последнем ответе представлены здесь в качестве показателя соблюдения диеты с целью похудения и поведения, связанного с регулированием веса.

В других пунктах собиралась информация о росте и весе тела:

- *Сколько Вы весите без одежды?*
- *Каков Ваш рост без обуви?*

Эти данные использовались для расчета индекса массы тела (ИМТ)³ респондентов. Некоторые страны разрешали давать ответ в стоунах, фунтах, футах и дюймах, которые пересчитывались в килограммы и метры.

Использование только ИМТ – т.е. критериев избыточной массы тела (ИМТ 25,0 – 29,9) и ожирения (ИМТ \geq 30,0) – для классификации молодых людей не годится, так как возникают методологические проблемы, вызванные нормальным ускоренным ростом в этой возрастной группе, особенно в период полового созревания. Поэтому для расчета распространенности избыточной массы тела были использованы международные граничные точки ИМТ для каждого возраста и пола. Эти граничные точки были вычислены на основании объединенных в пул международных результатов измерений ИМТ почти 200 000 человек и рекомендуются для использования при международных сравнениях распространенности избыточной массы тела и ожирения (24). По этим результатам обследуемые распределялись далее на группы предожирения и ожирения, что соответствует величинам ИМТ взрослых 25,0 – 29,9 и \geq 30,0 и более.

³ ИМТ = вес (кг)/рост (м²).

Представленные здесь результаты показывают проценты молодых людей с предожирением (имеющих избыточную массу тела) и с ожирением. Термин “избыточная масса тела” охватывает обе группы.

Результаты

Образ тела

На рисунке 3.29 показаны проценты молодых людей, сообщающих о неудовлетворенности своим телом (т.е. ощущающих себя немного толстыми или слишком толстыми). Видны явные гендерные различия: респондентов, сообщающих о неудовлетворенности своей массой тела, больше среди девочек (36%), чем среди мальчиков (22%). У девочек неудовлетворенность возрастает с возрастом – от 28% среди 11-летних до 42% среди 15-летних. У мальчиков она не изменяется и остается в пределах 20–24%.

У 11-летних примерно в половине стран и областей уровни неудовлетворенности среди мальчиков и девочек одинаковы и находятся в пределах 5%. В остальных странах и областях девочек, сообщающих о чувстве неудовлетворенности своей массой тела, на 8–12% больше, чем мальчиков, за исключением Словении, где эта разница достигает 20%.

У 13-летних и 15-летних гендерные различия выражены больше. В большинстве стран и областей уровни неудовлетворенности своей массой тела возрастают у девочек, а у мальчиков остаются на прежнем уровне. Среди 13-летних только в Российской Федерации и бывшей Югославской Республике Македонии отмечаются одинаковые уровни неудовлетворенности с разницей в пределах 5%. Среди 15-летних ни в одной стране или области подобных сходств не отмечается. Уровни неудовлетворенности у 13-летних девочек на 10–20% выше, чем у мальчиков, но в Польше и Словении различие достигает более 20%. Среди 15-летних уровни среди девочек также на 20% выше в Польше и Словении и на 30% выше в Литве и Шотландии.

У мальчиков наиболее высокие уровни неудовлетворенности своей массой тела во всех трех возрастных группах отмечаются в Австрии, Бельгии (фламандская область), Бельгии (франкоязычная область), Германии, Испании, США и Уэльсе. Наибольшие уровни неудовлетворенности среди девочек отмечаются в Бельгии (фламандская область), Бельгии (франкоязычная область), Германии, Польше, Шотландии и Словении. В Российской Федерации и Украине уровни неудовлетворенности намного ниже среднего во всех возрастных группах как среди мальчиков, так и среди девочек.

Соблюдение диеты и поведение, связанное с регулированием веса

Как и в неудовлетворенности весом своего тела, в соблюдении диеты с целью похудения и в поведении, связанном с регулированием веса, наблюдаются четкие гендерные различия (рис. 3.30): среди девочек процент респондентов с такой характеристикой поведения выше, чем среди мальчиков (18% против 8%). С возрастом этот процент среди девочек увеличивается с 12% у 11-летних до 23% у 15-летних. Среди мальчиков, напротив, он остается стабильным между 9% и 7%.

В 11-летнем возрасте гендерные различия менее выражены, но к 15 годам девочки во всех странах и областях в 3 раза чаще, чем мальчики, сообщают о том, что занимаются регулированием своего веса. Ни в одной стране не зафиксированы сходные результаты для мальчиков и девочек среди 13-летних или 15-летних. В 13-летнем возрасте распространенность этой характеристики поведения в среднем на 15–30% выше среди девочек, чем среди мальчиков, а к 15 годам разница между девочками и мальчиками достигает 20–40%.

Наибольший процент мальчиков, соблюдающих диету и занимающихся регулированием своего веса, отмечается в Дании, Венгрии, Израиле, Мальте и США. Среди девочек процент выше всего в Дании, Венгрии, Израиле, Шотландии, США и Уэльсе. Повышенные проценты респондентов, сообщавших о соблюдении диеты, отмечались в Израиле и США и в обследовании HBSC 1997/1998 годов, что свидетельствует о постоянстве уровня в этих странах в течение последних 4 лет.

Рисунок 3.2.9. Молодые люди, не удовлетворенные своей массой тела (%)

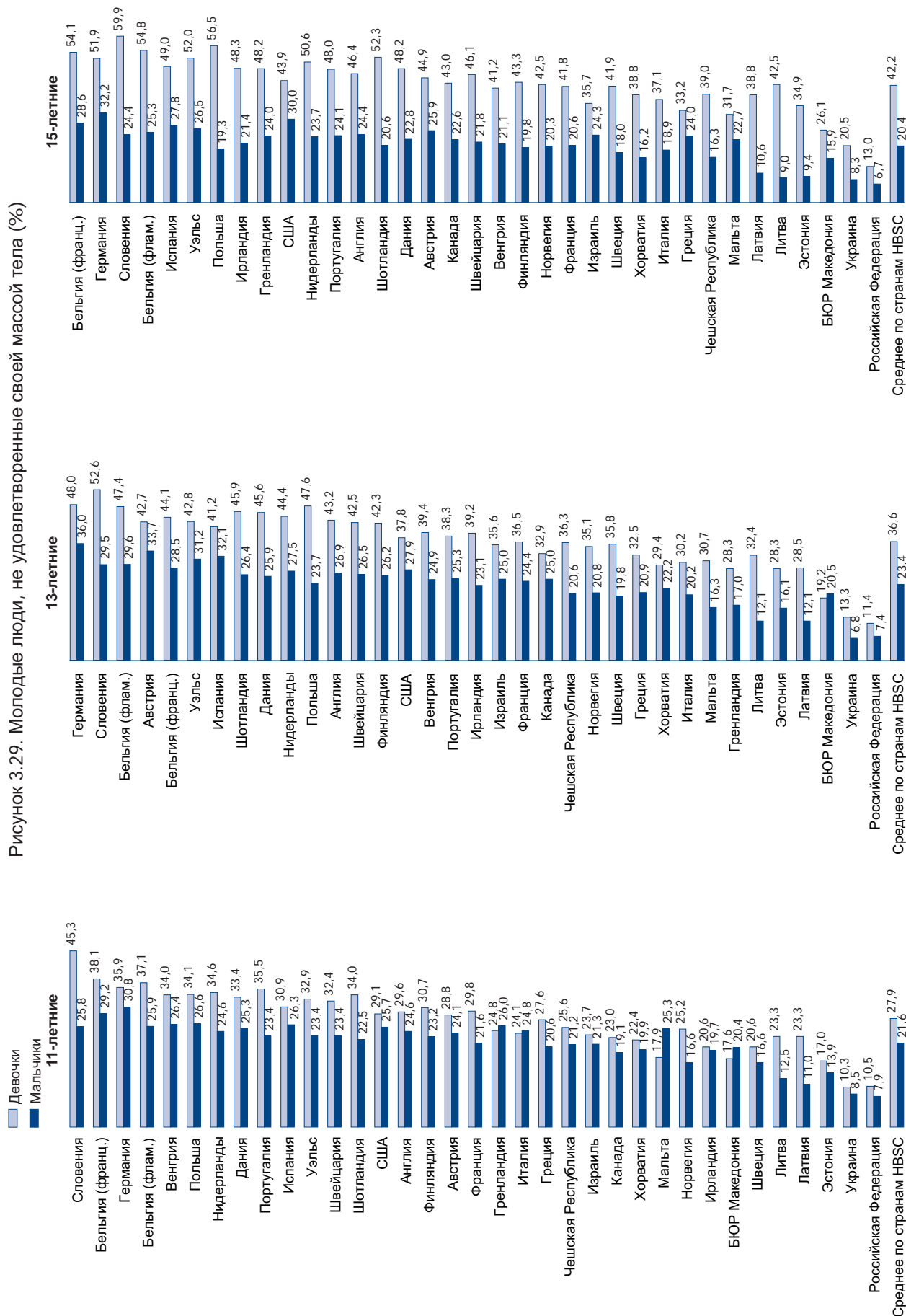
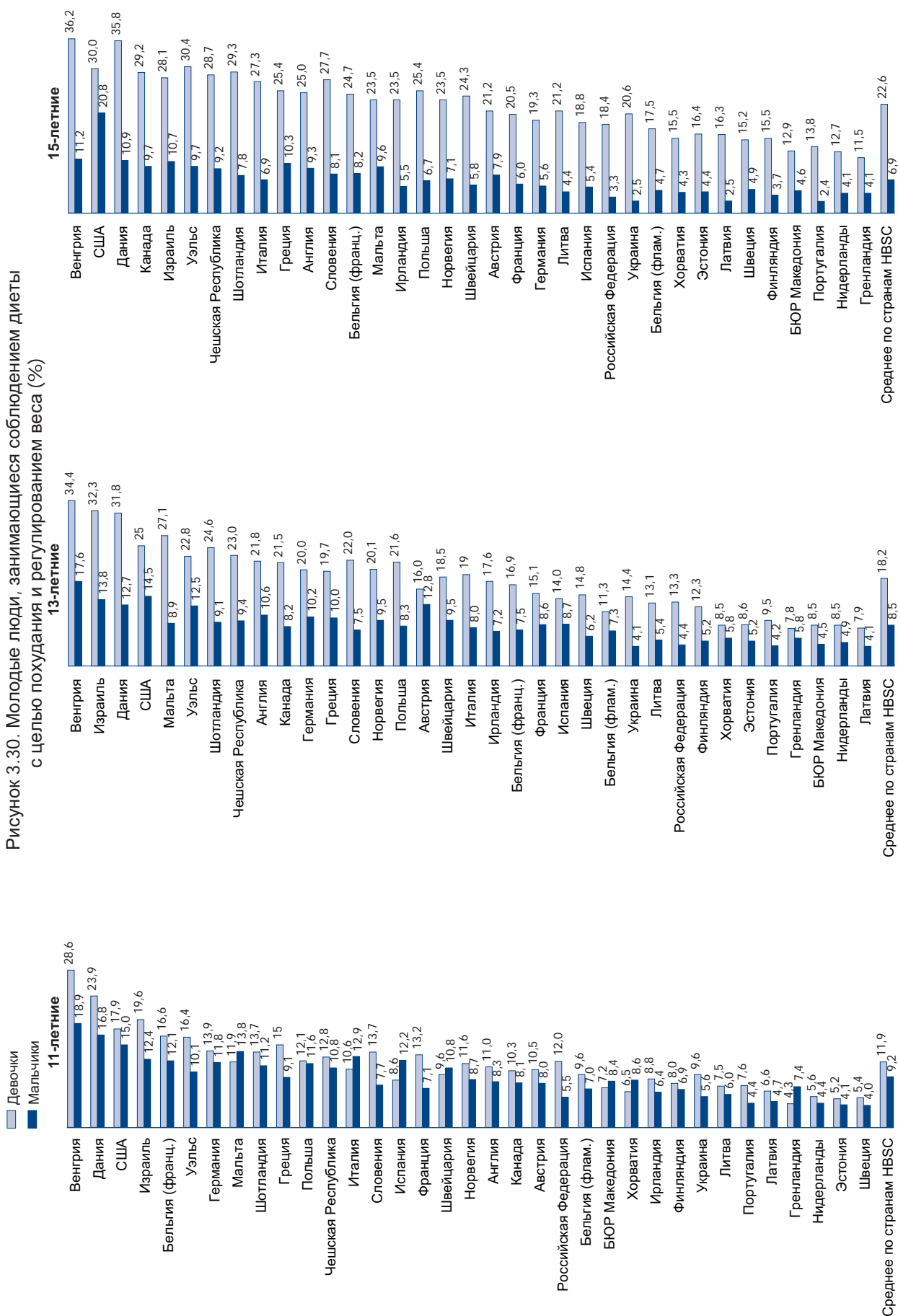


Рисунок 3.30. Молодые люди, занимающиеся соблюдением диеты с целью похудения и регулированием веса (%)



Сравнение неудовлетворенности весом тела и поведения, связанного с регулированием веса

Результаты обследования свидетельствуют об аналогичных гендерных различиях в уровнях неудовлетворенности своим телом, соблюдения диеты и регулирования веса. У девочек эти уровни выше и с возрастом повышаются еще больше, тогда как у мальчиков они остаются стабильными.

Тем не менее, среди девочек нет точного соответствия между неудовлетворенностью весом тела и соблюдением диеты и регулированием веса. Девочек, старающихся регулировать свой вес, меньше (18%), чем девочек, неудовлетворенных своим весом (36%). Такие же результаты наблюдаются и при изучении данных по возрастным группам: 12% против 28% среди 11-летних, 18% против 37% среди 13-летних и 23% против 42% среди 15-летних. Также имеются значительные различия и между странами и областями. Например, в Бельгии (фламандская область), Германии, Гренландии, Нидерландах, Польше, Португалии, Словении и Испании разница между уровнями этих двух показателей у девочек 15 лет составляет более 30%.

Избыточная масса тела (предожирение и ожирение)

На рисунке 3.31 представлены проценты 13- и 15-летних молодых людей, имеющих избыточную массу тела, во всех странах и областях, участвующих в программе HBSC.

Информация об 11-летних не представлена из-за высокого процента отсутствующих данных (19% по сравнению с 14% и 9% соответственно у 13- и 15-летних). Также отсутствовала очень большая часть данных об ИМТ (более 25%) в Бельгии (франкоязычная область), Англии, Гренландии, Ирландии, Литве, Мальте и Шотландии. В таблице 3.5 показано отсутствие данных по возрасту, полу и стране или области. Ввиду возможной систематической погрешности ответов, содержащейся в этих данных (см. ниже), к интерпретации результатов, полученных в этих странах, нужно подходить осторожно.

Процент мальчиков и девочек с избыточной массой тела (объединенное общее число молодых людей, имеющих предожирение и ожирение) среди 13-летних и 15-летних различается в разных странах и областях в огромных пределах (от 3% до 34%). Наибольший процент молодых людей с избыточной массой тела среди мальчиков и девочек во всех возрастных группах имеют Канада, Гренландия, Мальта, США и Уэльс. При этом хорошо видна зависимость между предожирением и развитием ожирения: страны с более высокими процентами предожирения также сообщают о большей распространенности ожирения.

Процент 13-летних и 15-летних, имеющих избыточную массу тела, характеризуется определенным географическим распределением. Наибольшая распространенность отмечается в Канаде, Гренландии, США, за которыми идут Англия, Шотландия и Уэльс и некоторые южно-европейские страны – Греция, Италия, Мальта, Португалия и Испания. В скандинавских странах и странах Центральной Европы процент молодых людей с избыточной массой тела ниже, а самый низкий процент отмечается в восточной части Европейского региона ВОЗ.

Среди 13-летних в ряде стран мальчики имеют избыточную массу тела чаще, чем девочки; наибольшие гендерные различия отмечаются в Канаде, Испании и на Мальте. В 10 странах процент мальчиков с избыточной массой тела также выше и среди 15-летних, а наибольшие гендерные различия в этой возрастной группе наблюдаются в Хорватии, Греции, Италии, Мальте, Словении и США.

Сравнение между возрастными группами не показывает зависимости между процентами респондентов с избыточной массой тела в 13- и 15-летнем возрасте. Число стран и областей, в которых распространенность повышается или снижается между возрастными 13 и 15 лет, одинаково для обоих полов, и каких-либо географических различий не отмечается.

В группе 13-летних наибольшая распространенность ожирения среди мальчиков (4–9%) отмечается в Канаде, Англии, Мальте, Португалии, США и Уэльсе, а среди девочек (2–6%) – в Канаде, Англии, Ирландии, Мальте, Шотландии и США. За исключением Швеции и Украины, распространенность ожирения намного выше среди мальчиков: до 5 раз выше, чем среди девочек. В Дании, Гренландии и Латвии показатели распространенности ожирения среди девочек и мальчиков одинаковы.

Рисунок 3.31. Молодые люди, имеющие избыточную массу тела по критерию ИМТ, 13- и 15-летние

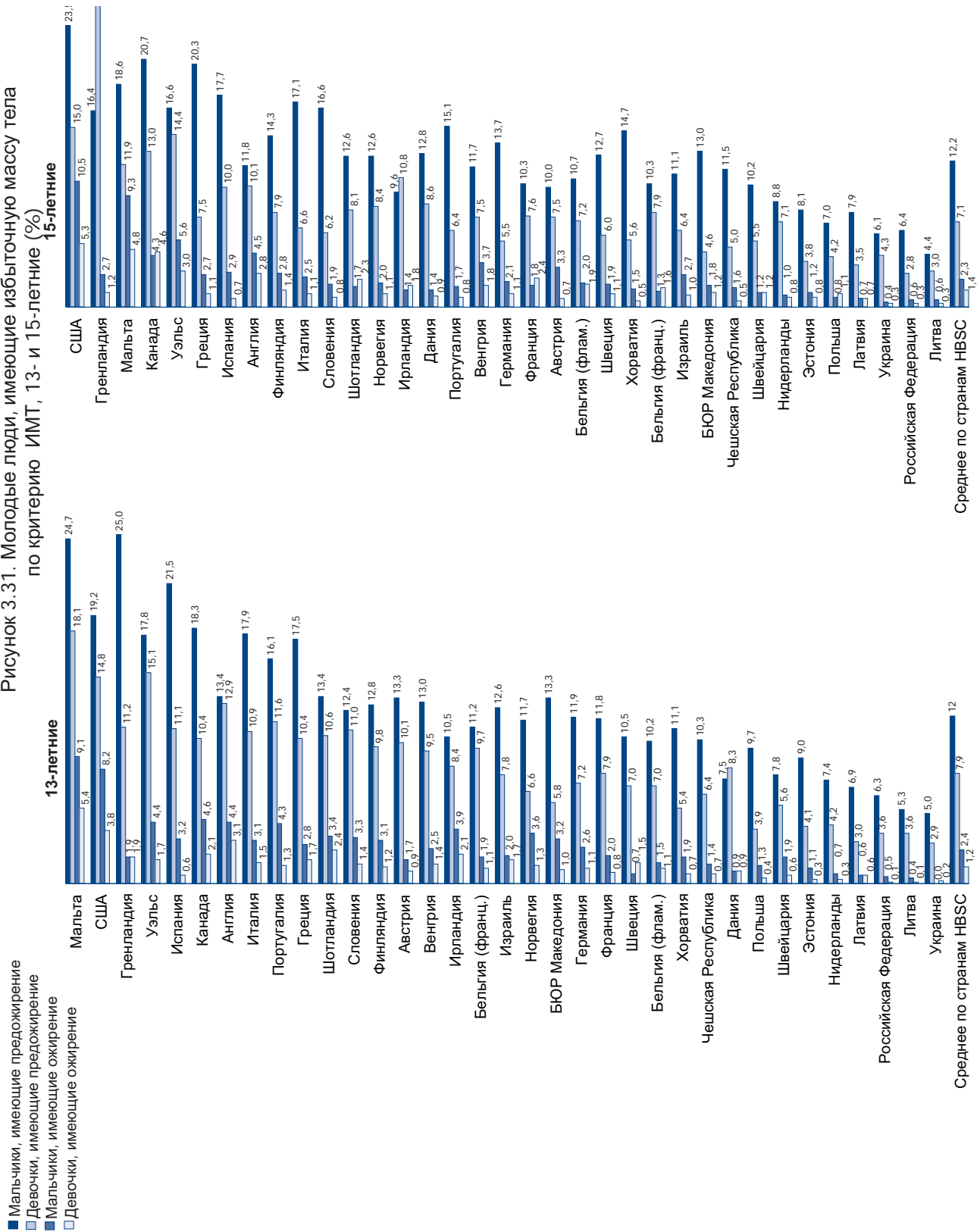


Таблица 3.5. Отсутствие данных об ИМТ в обследовании HBSC 2001/2002 годов по возрасту и полу (%)

Страна или область	13-летние (%)		15-летние (%)	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Австрия	7,8	5,5	7,4	6,9
Англия	37,5	42,1	23,0	25,2
Бельгия (флам.)	8,7	7,5	5,9	4,1
Бельгия (франк.)	25,2	29,1	25,8	23,7
БЮР Македония	7,5	11,8	7,4	7,5
Венгрия	7,1	4,7	2,7	2,1
Германия	11,8	11,3	9,1	9,6
Гренландия	33,5	43,9	21,8	36,7
Греция	5,0	5,4	3,3	3,8
Дания	12,3	11,7	8,0	8,7
Израиль	22,4	24,1	14,0	15,7
Ирландия	59,9	61,3	36,5	51,6
Испания	23,8	20,1	15,5	10,8
Италия	5,7	4,9	4,0	3,8
Канада	14,2	16,5	6,6	10,6
Латвия	13,1	9,5	8,7	5,7
Литва	28,2	21,9	18,1	13,8
Мальта	52,6	54,5	24,0	35,0
Нидерланды	10,7	9,9	9,4	7,4
Норвегия	11,0	11,1	6,9	7,5
Польша	6,0	6,1	3,7	3,9
Португалия	7,5	11,2	6,1	6,1
Российская Федерация	8,4	7,5	4,5	4,0
Словения	2,7	2,2	3,4	2,0
США	11,9	13,0	7,6	4,8
Украина	12,2	10,5	4,5	4,5
Уэльс	17,2	20,7	10,9	9,4
Финляндия	4,0	3,4	2,1	1,6
Франция	7,6	6,4	3,6	3,1
Хорватия	4,0	4,3	4,6	2,3
Чешская Республика	0,4	0,5	0,7	0,0
Швейцария	9,8	8,1	4,9	5,6
Швеция	10,7	10,1	5,9	6,4
Шотландия	52,1	56,2	39,6	46,1
Эстония	6,4	3,4	4,8	1,7

Среди 15-летних результаты обследования такие же. Наивысшая распространенность ожирения отмечена в Канаде, Англии, Мальте, США и Уэльсе: 4–11% среди мальчиков и 3–5% среди девочек. Как и в более младшей возрастной группе, большинство стран и областей (за исключением Бельгии во франкоязычной области, Канады, Франции, Ирландии, Польши и Шотландии) сообщают о более высокой распространенности ожирения среди мальчиков. Гендерные различия, однако, невелики; среди мальчиков уровни распространенности в среднем в 2–3 раза выше, чем среди девочек. В Латвии и Швейцарии распространенность ожирения одинакова среди мальчиков и девочек.

Как и в случае результатов, характеризующих избыточную массу тела, никакой зависимости между уровнями ожирения в 13 и 15 лет не прослеживается. Во всех странах и областях между этими двумя возрастами не происходит ни большого роста, ни снижения распространенности ожирения.

Отсутствие данных об ИМТ

Как уже отмечалось, особенно много данных об ИМТ отсутствуют в Бельгии (франкоязычная область), Англии, Гренландии, Ирландии, Литве, Мальте и Шотландии. За исключением Бельгии (франкоязычная область), Ирландии и Литвы, эти страны и области имеют самую высокую распространенность избыточной массы тела и ожирения.

Анализ характеристик молодых людей, которые не сообщают о своем росте и массе тела, в сравнении с теми, кто эти данные сообщил, выявляет весьма любопытные факты. Молодые люди, которые не сообщают о своем росте и весе:

- реже принадлежат к группам с более высоким социально-экономическим статусом;
- реже бывают физически активны;
- чаще сидят на диете или чувствуют необходимость сбавить вес (за некоторыми исключениями, как, например, мальчики в Англии, Шотландии, Испании и Уэльсе и девочки на Мальте);
- чаще потребляют меньше фруктов, овощей и, как это ни удивительно, сладостей (только 13-летние).

Эти результаты позволяют предположить, что среди молодых людей, которые не сообщают о своем росте и весе, чаще бывают мальчики и девочки, имеющие избыточную массу тела и ожирение и не удовлетворенные размерами и весом своего тела. Эти обстоятельства могли повлиять на их ответы на вопросы, содержащиеся в вопроснике. К тому же, конечно, многие молодые люди в странах и областях с высоким процентом отсутствия данных просто могут не знать своего роста и веса и поэтому не в состоянии дать точных ответов. Несомненно, свою роль здесь сыграло и то, что, например, в школах в разных странах применяют разные методы измерения роста и веса.

Обсуждение результатов

Результаты обследования в рамках HBSC подтверждают, что неудовлетворенность своим весом, соблюдение диеты и поведение, связанное с регулированием веса, широко распространены среди молодых людей, особенно среди девочек (14). По мере взросления девочек их чувства озабоченности усиливаются, а важным причинным фактором усиления озабоченности могут быть физические изменения, происходящие у них в период полового созревания (14).

Также сильным мотивационным фактором, влияющим на решение девочек соблюдать диету и заниматься регулированием своего веса, является субъективное восприятие избыточной массы тела и неудовлетворенность весом, а не фактический вес. Такое поведение в этой возрастной группе ассоциирует с негативными физическими и психологическими изменениями и может привести к угрожающим жизни последствиям, включая расстройства питания (9–15).

Анализ данных обследования HBSC, полученных из США, показал, что время наступления полового созревания у подростков связано с размерами тела и полнотой (25). Этим может объясняться отсутствие связи между 13-летними и 15-летними в распространенности избыточной массы тела, т.к. время наступления пубертатных изменений может варьировать. Увеличение или уменьшение распространенности избыточной массы тела между обеими возрастными группами происходит в одинаковом числе стран и областей. В главе 4 влияние пубертатных изменений рассмотрено более подробно.

На озабоченность молодых людей по поводу размеров и веса тела влияют и другие факторы. Было показано, что большое влияние на развитие избыточности массы тела, снижение положительного восприятия собственного тела и озабоченность по поводу веса оказывает принадлежность к той или иной социально-экономической категории (26). Необходимо исследовать также связи между пищевым поведением, физической активностью и малоподвижным поведением. Соблюдение диеты с целью похудения ассоциирует с негативной практикой фактического питания (9,13). Рекомендуется способствовать физической активности и добиваться сокращения малоподвижного поведения среди молодых людей. Ежедневные физические упражнения могут оказаться лучшим и более безопасным способом регулирования

веса тела, чем соблюдение диеты, и не будут приводить к развитию нарушений питания (15). Наконец, необходимо принимать во внимание и то, как масса тела и неудовлетворенность своим весом влияют на здоровье и благополучие молодых людей.

Высокая распространенность избыточной массы тела во многих странах является свидетельством мировой тенденции (16). Предупреждение чрезмерной прибавки в весе у молодых людей препятствовало бы развитию ожирения, которое чревато последствиями для здоровья в будущем (17). Поэтому представляется чрезвычайно важным разрабатывать действенные и соответствующие конкретным обстоятельствам специальные программы и стратегии, основанные на фактических данных, по предотвращению и лечению избыточной массы тела и ожирения у молодежи.

Некоторые обследования молодых людей, например Национальное обследование с целью изучения здоровья и питания, цикл III (27) и Национальное продольное исследование здоровья подростков в США (28) позволили собрать точные данные со слов респондентов о росте и весе. Хотя абсолютные значения ИМТ при сборе данных со слов респондентов могут оказаться заниженными, было определено, что 94% молодых людей в возрасте 12–16 лет были правильно классифицированы как имеющие нормальный вес или имеющие ожирение (27). Это свидетельствует о том, что расчет распространенности избыточной массы тела и ожирения на основании сообщений респондентов о росте и весе довольно точен. Кроме того, связь между избыточным весом и привычками образа жизни молодых людей (например, пищевыми привычками и участием в физической активности), определенная на основании измерений роста и веса, не отличается от связи, определенной на основании роста и веса со слов респондентов (27). Впрочем, другие исследователи приходят к выводу, что к величинам со слов респондентов следует относиться осторожно (29–31).

Лица, вырабатывающие политику, и все, кто участвует в разработке программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья, должны учитывать, что сегодня молодежь живет в среде, которая провоцирует ожирение: например, факторы повседневной жизни, такие, как пользование транспортом вместо ходьбы или езды на велосипеде и отсутствие доступа к более здоровой пище, могут способствовать возникновению избыточной массы тела и ожирению. В то же время они должны думать и о том, как уменьшить влияние избыточной массы тела и ожирения на образ тела и оценку собственного тела. Необходим сбалансированный подход: нужно добиваться того, чтобы молодые люди поддерживали здоровую массу тела и в то же время были защищены от дискомфорта, создаваемого негативным образом тела и методами регулирования веса.

Литература

1. Coleman JC, Henry L. *The nature of adolescence*. London, Routledge, 1990.
2. Mendelson BK, White DR. Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 1982, 54:899–905.
3. Mendelson BK, White DR. Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 1985, 21:90–96.
4. Tobin-Richards MH, Boxer AM, Petersen AC. The psychological significance of pubertal change: sex differences in perceptions of self during early adolescence. In: Brooks-Gunn J, Petersen AC, eds. *Girls at puberty: biological and psychosocial perpectives*. New York, Plenum Press, 1983.
5. Mintz LB, Betz NE. Sex differences in the nature, realism and correlates of body image. *Sex Roles*, 1986, 15:185–195.
6. Lerner RM, Orlos JB, Knapp JR. Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents. *Adolescence*, 1976, 11:313–326.
7. Koff E, Rierdan J. Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12:307–312.
8. Kilpatrick M, O'hannessian C, Bartholomew JB. Adolescent weight management and perceptions: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 1999, 69:148–152.

9. Pesa J. Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 69:196–201.
10. Mann AH et al. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 1983, 13:573–580.
11. Casper RC, Offer D. Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom? *Pediatrics*, 1990, 86:384–390.
12. Polivy J, Heatherton TF, Herman CP. Self-esteem, restraint and eating behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97:354–356.
13. Edmunds H, Hill AJ. Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, 25:435–440.
14. Hill AJ. Causes and consequences of dieting and anorexia. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1993, 52:211–218.
15. Patton GC et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 1999, 318:765–768.
16. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
17. Power C, Lake JK, Cole TJ. Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *International Journal of Obesity*, 1997, 21:507–526.
18. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
19. Richardson SA et al. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 1961, 26:241–247.
20. Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:562–569.
21. Canning, H, Mayer J. Obesity – Its possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*, 1996, 275:1172–1174.
22. Gortmaker SL et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1008–1112.
23. Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 2):S2–S11.
24. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 2000, 320:1–6.
25. Hediger ML et al. *Body size and risk behaviors in relation to pubertal status for US adolescents: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey*. Bethesda, National Institute of Child and Health Development, 2003.
26. Drewnowski A, Kurth CL, Krahn DD. Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 16:61–65.
27. Strauss RS. Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. *International Journal of Obesity*, 1999, 23:904–908.
28. Goodman E, Hinden BR, Khandelwal S. Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*, 2000, 106:52–58.
29. Tienboon P, Wahlqvist ML, Rutishauser IHE. Self-reported weight and height in adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 13:528–532.
30. Crawley HF, Portides G. Self-reported versus measured height, weight and body mass index amongst 16–17 year old British teenagers. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:579–584.
31. Brener NC et al. Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:281–287.

Гигиена полости рта – *Lea Maes, Mai Maser и Sisko Honkala*

Введение

Болезни полости рта – самые распространенные из всех заболеваний в индустриально развитых странах (1). Но гигиена полости рта подразумевает не только здоровые зубы; она имеет значение и для здоровья других органов и систем. Болезни зубов являются обычной причиной боли (2) и достаточно серьезной причиной нетрудоспособности и физических недостатков. Плохое здоровье полости рта ограничивает личный выбор и социальные возможности человека. Нездоровье полости рта снижает удовлетворенность жизнью точно так же, как и болезни других систем организма (3,4).

Наиболее распространенные заболевания ротовой полости – кариес и периодонтит – могут считаться болезнями, обусловленными поведением, т.к. их можно легко предупредить путем ограничения потребления сахаросодержащих продуктов, строгим соблюдением гигиены полости рта и регулярной чисткой зубов с помощью фторосодержащей пасты (1). За последние десятилетия во многих европейских странах и в Северной Америке заболеваемость кариесом зубов сократилась (5–9), но при этом сохраняются большие социально-экономические различия в пользовании профилактическими мерами и распространенности болезни (10). Чистка зубов остается основным способом профилактики для всех, а ее рекомендуемая для всех частота – два раза в день, утром и вечером (11,12).

Методы

Во всех обследованиях в рамках HBSC привычки поддерживать гигиену полости рта определялись с помощью следующего вопроса: *Как часто Вы чистите зубы? Возможные ответы: более одного раза в день; один раз в день; по крайней мере раз в неделю, но не ежедневно; никогда.*

Результаты

Географические различия в частоте чистки зубов широки (рис. 3.32). Среди 15-летних наиболее высокая распространенность соблюдения рекомендаций в отношении чистки зубов наблюдается в Дании, Норвегии, Швейцарии и Швеции ($\geq 80\%$), а наименьшая – в Бельгии (фламандская область), Финляндии, Греции, Литве, Мальте, Испании и Украине ($\geq 50\%$). В большинстве стран и областей уровни соблюдения различаются между возрастными группами лишь немного. Во всех странах и областях и во всех возрастных группах девочки сообщают, что чистят зубы, чаще, чем мальчики, и иногда эта разница превышает 20%.

Если взять чистку зубов один раз в день, то среди 11-летних детей 10% не достигают даже этой частоты в Гренландии, Латвии, Литве и на Мальте. Среди 15-летних эта цифра превышает 10% только на Мальте.

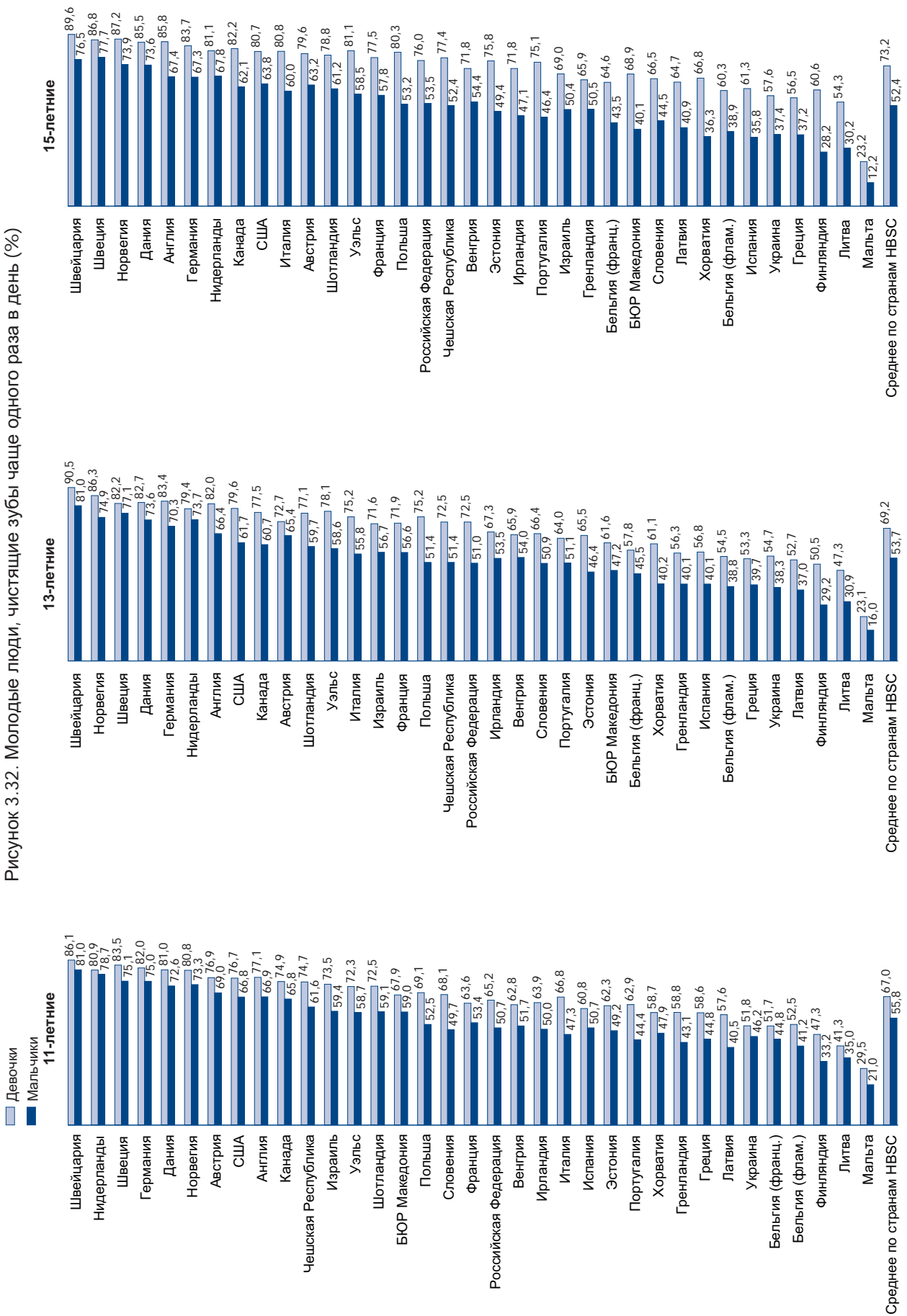
Обсуждение результатов

Предыдущие исследования, из которых несколько были построены на данных HBSC, показали, что девочки чистят зубы чаще, чем мальчики (13–14) и что в частоте чистки зубов в Европейском регионе имеются значительные географические различия (13,15–17). По-видимому, эта тенденция сохраняется и поныне.

Полученные ранее результаты также свидетельствуют о том, что более старшие дети чистят зубы чаще, чем младшие, но обследование 2001/2002 годов показывает, что это относится только к некоторым странам и областям и не является общей тенденцией. В подростковом возрасте привычка чистить зубы, по всей видимости, остается достаточно стабильной, что является очень важным соображением при выборе целевой аудиторией для санитарного просвещения.

Широкие географические различия в регулярности чистки зубов по-прежнему являются серьезной проблемой для укрепления здоровья полости рта в нескольких странах. Хотя в нескольких странах Европейского региона распространенность чистки зубов как минимум два раза в день и высока, в большинстве стран все еще требуется улучшение ситуации. Необходимо

Рисунок 3.32. Молодые люди, чистящие зубы чаще одного раза в день (%)



осуществлять различные программы, способствующие повышению регулярности чистки зубов, особенно среди мальчиков и младших школьников.

Литература

1. Honkala E et al. A case study in oral health promotion. In: *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels and Luxemburg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
2. Reisine S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 1985, 75:27–30.
3. Shaw W, Meek S, Jones D. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*, 1980, 7:75–80.
4. Smith J, Sheiman A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1979, 7:305–310.
5. Truin GJ et al. Caries prevalence amongst schoolchildren in The Hague between 1969 and 1993. *Caries Research*, 1994, 28:176–80.
6. Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHA-NESS III, 1988–1994. *Journal of the American Dental Association*, 1998, 129:1229–1238.
7. Marthaler TM. Caries status in Europe and predictions of future trends. *Caries Research*, 1990, 24:381–396.
8. Von der Fehr FR, Haugejorden O. The start of caries decline and related fluoride use in Norway. *European Journal of Oral Science*, 1997, 105:21–26.
9. Brown LJ. Trends in total caries experience: permanent and primary teeth. *Journal of the American Dental Association*, 2000, 131(1):93–100.
10. Truin GJ et al. Time trends in caries experience of 6- and 12-year-old children of different socioeconomic status in The Hague. *Caries Research*, 1998, 32:1–4.
11. Sheiham A. Prevention and control of periodontal disease. In: Klavan B et al., eds. *International conference on research in the biology of periodontal disease*. Chicago, University of Illinois, 1977:309–376.
12. Frandsen, A. Mechanical oral hygiene practices. State of the science review. In: Loe H, Kleinman DV, eds. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford, IRL Press, 1986:93–116.
13. Kuusela S et al. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993–1994. *Journal of Dental Research*, 1997, 76:1–9.
14. Addy M et al. The effect of tooth-brushing frequency, tooth-brushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dental Health*, 1990, 7:237–247.
15. Honkala E, Kannas L, Rise J. Oral health habits of schoolchildren in 11 European countries. *International Dental Journal*, 1990, 40:211–217.
16. Schou L, Currie C, McQueen D. Using a “lifestyle” perspective to understand tooth brushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1990, 18:230–234.
17. Rise J et al. Distribution of dental behaviours in Nordic schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1991, 19:9–13.

Причинение обид слабым, драки и издевательства – *Wendy M. Craig и Yossi Harel*

Введение

Агрессивное поведение в школах является проблемой во многих странах мира (1–5). Причинение обид слабым, издевательства и драки являются разными формами участия в насилии в подростковом возрасте (5,6). Причинение обид слабым – это проблема взаимоотношений: это утверждение своей власти над другими в межличностных отношениях через агрессивность. Причинение обид слабым включает в себя физические или словесные действия с враждебным умыслом, вызывает у жертв страдание, повторяется неоднократно и подразумевает разницу в силе между обидчиками и их жертвами (5). Издевательства путем причинения обид происходят тогда, когда человека делают объектом агрессивного поведения; жертвой обычно является кто-нибудь слабее мучителя, который может быть больше, сильнее или старше. Многократное причинение обид закрепляет отношения подчинения между обидчиками и их жертвами: первые обретают власть, вторые теряют ее. При таких отношениях дети, которых обижают, все больше оказываются неспособными постоять за себя. Драка представляет собой агрессивное поведение, и участвующие в ней люди относительно равны по возрасту и силе.

Наряду с непосредственными последствиями причинение обид, издевательства и драки имеют долгосрочные негативные последствия для всех, кто вовлечен в такие формы поведения: обидчиков и задира (7), жертв (8), драчунов и тех, кто наблюдает за подобными отношениями (9). Ретроспективные исследования показывают, что обидчики и задиры обычно остаются таковыми и во взрослом возрасте, и дети их тоже становятся обидчиками и задирами; аналогичным образом у детей, над которыми издеваются, потом дети тоже становятся жертвами издевательства (7).

Perler и Craig (10) исследовали проблему причинения обид слабым с точки зрения развития личности и утверждают, что этот тип агрессивного поведения заслуживает особого внимания потому, что он лежит в основе многих проблем, связанных с межличностным насилием. Причинение обид слабым может быть первым шагом по пути непрекращающегося агрессивного поведения, которое включает в себя применение силы и агрессивность. Это же сочетание силы и агрессивности, которое проявляется в причинении обид слабым на детской площадке, выступает одним из главных компонентов сексуальных домогательств и преследований на работе, агрессивного поведения во время свиданий и в семейной жизни, а также издевательства над детьми и стариками (10). Продольные исследования показывают, что агрессивность и задиристость в детстве ассоциирует с антиобщественным поведением во взрослой жизни, таким, как преступное поведение, и с ограниченностью возможностей достижения социально желательных целей, таких, как стабильная работа и устойчивые межличностные отношения (7). Дети, являющиеся жертвами издевательства, также подвержены риску различных негативных последствий. Они больше испытывают беспокойство и неуверенность (5), имеют заниженную самооценку и более одиноки (3), они чаще бывают отверженными своими сверстниками и находятся в подавленном состоянии (8), чем другие. Для детей предрасположение к состоянию жертвы издевательства стабильно. Olweus (11) установил, что мальчики, бывшие жертвами издевательства в 13 лет, также подвергались издевательствам и в 16 лет. Могут также страдать и сверстники от того, что чувствуют принуждение со стороны группы к участию в издевательствах. Даже простое наблюдение за издевательствами может привести к эмоциональному расстройству (9).

Причастность к причинению обид слабым и издевательствам дорого обходится индивидууму, семье, школе и обществу. На обидчиков и жертв приходится тратить средства в течение всей жизни, так как они становятся объектами функционирования многочисленных систем, таких, как психиатрические службы, службы по работе с малолетними правонарушителями, специальные воспитательные и социальные службы. Важнейшей задачей является разрыв этой порочной модели поведения. Распространенность и серьезность проблемы причинения обид слабым и издевательства заставляет исследователей изучать факторы риска и защиты,

связанные с возникновением, сохранением и прекращением этих форм поведения. Полученные знания могут быть применены для того, чтобы определить направление социальной политики и выработать действенные меры вмешательства по искоренению или хотя бы сдерживанию этой проблемы.

Методы

Вопросы, касающиеся причинения обид слабым и использованные в данном обследовании, были разработаны Olweus (11). Перед вопросом давалось определение причинения обид: *Мы говорим, что учащегося обижают, тогда, когда другой учащийся или группа учащихся говорит или делает что-либо злобное или неприятное по отношению к нему. Также обижают – это когда учащегося постоянно дразнят так, что ему это не нравится, или когда его намеренно не принимают в какие-то действия или события. Но когда два учащихся, примерно равных по силам, ссорятся или дерутся, это уже не считается, что кого-то обижают. Также не считается, что кого-то обижают, если его (или ее) дразнят по-дружески и шутливо.* Это всеобъемлющее определение включает понятие намеренного неприятия как формы причинения обиды и помогает по возможности уменьшить трудность перевода, особенно перевода на языки, в которых отсутствует конкретное слово для обозначения причинения обид.

После определения были поставлены два вопроса: один о положении обижаемого, другой о причинении обид другим:

- *Как часто Вас обижали в школе за последние два-три месяца?*
- *Как часто Вы принимали участие в причинении обид какому-либо другому ученику (или ученикам) за последние два-три месяца?*

Предложенные варианты ответа были почти идентичны: *за последние два месяца меня ни разу не обижали (или я ни разу не обижал других учеников в школе); это случилось только один или два раза; 2 или 3 раза в месяц; почти каждую неделю; несколько раз в неделю.*

Изучались два уровня участия: страдание от обид или причинение обид другим по крайней мере один раз за последние два-три месяца и страдание от обид или причинение обид другим по крайней мере 2-3 раза в месяц. Такой метод оценки распространенности причинения обид давно принят в исследованиях (5) и был подтвержден в других обследованиях в рамках HBSC (9,12).

Для оценки участия в драках использовался один пункт: *Сколько раз Вы дрались за последние 12 месяцев?* Варианты ответа: *я не дрался; дрался 1 раз, 2 раза, 3 раза, 4 раза или более.*

Молодые люди, которые сообщали об участии в драке в любой форме в течение последних 12 месяцев, определялись как драчуны. Данные о постоянных драчунах (тех, кто участвовал в драках 3 и более раз в течение предшествующих 12 месяцев) представлены таким же образом, как и данные относительно причинения обид слабым. Такой метод был апробирован в предшествующих обследованиях HBSC.

Результаты

В процентах молодых людей, которые сообщают о причинении обид, издевательствах и драках, наблюдаются широкие географические различия. Различия в распространенности таких форм поведения просто поразительны: видимо, в одних странах такое поведение считается более допустимым с точки зрения культуры, чем в других. К тому же, как показывают последние данные, понятие “причинение обид слабому” трудно поддается определению в некоторых языках, поэтому и перевести английское слово “bullying” может быть трудно. Поэтому колебания в распространенности этой формы поведения между странами следует интерпретировать осторожно.

Причинение обид другим в школе

Около 35% молодых людей в обследовании HBSC сообщают о том, что они по крайней мере один раз принимали участие в причинении обид другим школьникам в течение последних двух

месяцев (рис. 3.33). Этот показатель существенно различается в разных странах и областях: от 9% до 54% среди 11-летних, от 17% до 71% среди 13-летних и от 19% до 73% среди 15-летних. Средние проценты для трех возрастных групп составляют соответственно 30%, 38% и 36%. Причинение обид чаще встречается среди 13-летних, чем среди 11-летних, и у мальчиков чаще, чем у девочек.

На рисунке 3.34 представлено распределение тех, кто обижает других более часто. Как и следовало ожидать, их процент ниже, чем процент тех, кто обижает других реже – всего 11%. Однако, как и в случае тех, кто обижал других по крайней мере один раз за последние два месяца, за этим общим процентом скрываются значительные различия между странами и областями: от 2% до 24% у 11-летних, от 4% до 37% у 13-летних и от 3% до 41% у 15-летних. Средние показатели частого причинения обид для трех возрастных групп составляют 9%, 12% и 13%, соответственно.

На обоих уровнях частоты во всех трех возрастных группах в верхней квинтиле стабильно находятся Австрия, Эстония, Германия, Латвия, Литва, Швейцария и Украина, а в нижней – Чешская Республика, Ирландия, Шотландия, Словения, Швеция, бывшая Югославская Республика Македония и Уэльс.

Гендерные и возрастные различия

Во всех странах и во всех возрастных группах мальчики чаще сообщают о том, что обижают других, чем девочки. Эти гендерные различия особенно резко выражены в процентах частого причинения обид другим, и примерно в трех четвертых стран и областей намного большие проценты характерны для мальчиков.

В большинстве стран и областей наибольший прирост в проценте сообщающих о причинении обид другим происходит в период между 11 и 13 годами. В двадцати странах пик причинения обид другим по крайней мере один раз за последние два месяца приходится на 13 лет. Во всех возрастных группах в 10 странах и областях отмечается увеличение процента с возрастом, в 3 странах отмечается одинаковый уровень (Бельгия – фламандская область, Бельгия – франкоговорящая область и Гренландия) и в 2 странах отмечается снижение данного показателя с возрастом (Израиль и Норвегия).

Респонденты, которых обижали в школе

На рисунке 3.35 показано распределение процента респондентов, которых обижали в школе: около 34% всех молодых людей во всех 35 странах отмечают, что их обижали по крайней мере 1 раз за последние 2 месяца. Этот процент варьирует в разных странах и областях в значительных пределах: от 14% до 63% среди 11-летних, от 17% до 69% среди 13-летних и от 12% до 61% среди 15-летних. Средний процент респондентов, которых обижали в школе, для трех возрастных групп составляет соответственно 38%, 36% и 27%.

Если респондента обижали в школе два или три раза или более в течение последних 2 месяцев, это является показателем неоднократных издевательств, что указывает на его принадлежность к группе риска. Во всех 35 странах и областях о том, что их обижали так часто, сообщили 11% молодых людей. Но и в этом случае также отмечается большой разброс процентов по странам и областям (от 2% до 36%) и по возрастным группам (от 4% до 36% среди 11-летних, от 6% до 36% среди 13-летних и от 2% до 32% среди 15-летних) (рис. 3.36). Средние проценты для трех возрастных групп составляют соответственно 15%, 14% и 10%.

По обоим уровням частоты верхнюю квинтиль во всех возрастных группах занимают Эстония, Гренландия, Латвия, Литва, Португалия и Украина. Эстония и Литва также входят в верхнюю квинтиль по процентам страдания от обид, и это свидетельствует о том, что значительная часть молодых людей в этих странах обижает других или терпит обиды и издевательства. Напротив, Хорватия, Чешская Республика, Словения и Швеция входят в нижнюю квинтиль по издевательствам для всех возрастов. Три страны (Чешская Республика, Словения и Швеция) отмечают у себя низкий уровень как причинения обид, так и издевательств.

Рисунок 3.33. Молодые люди, которые обижали других хотя бы раз за предыдущие два месяца (%)

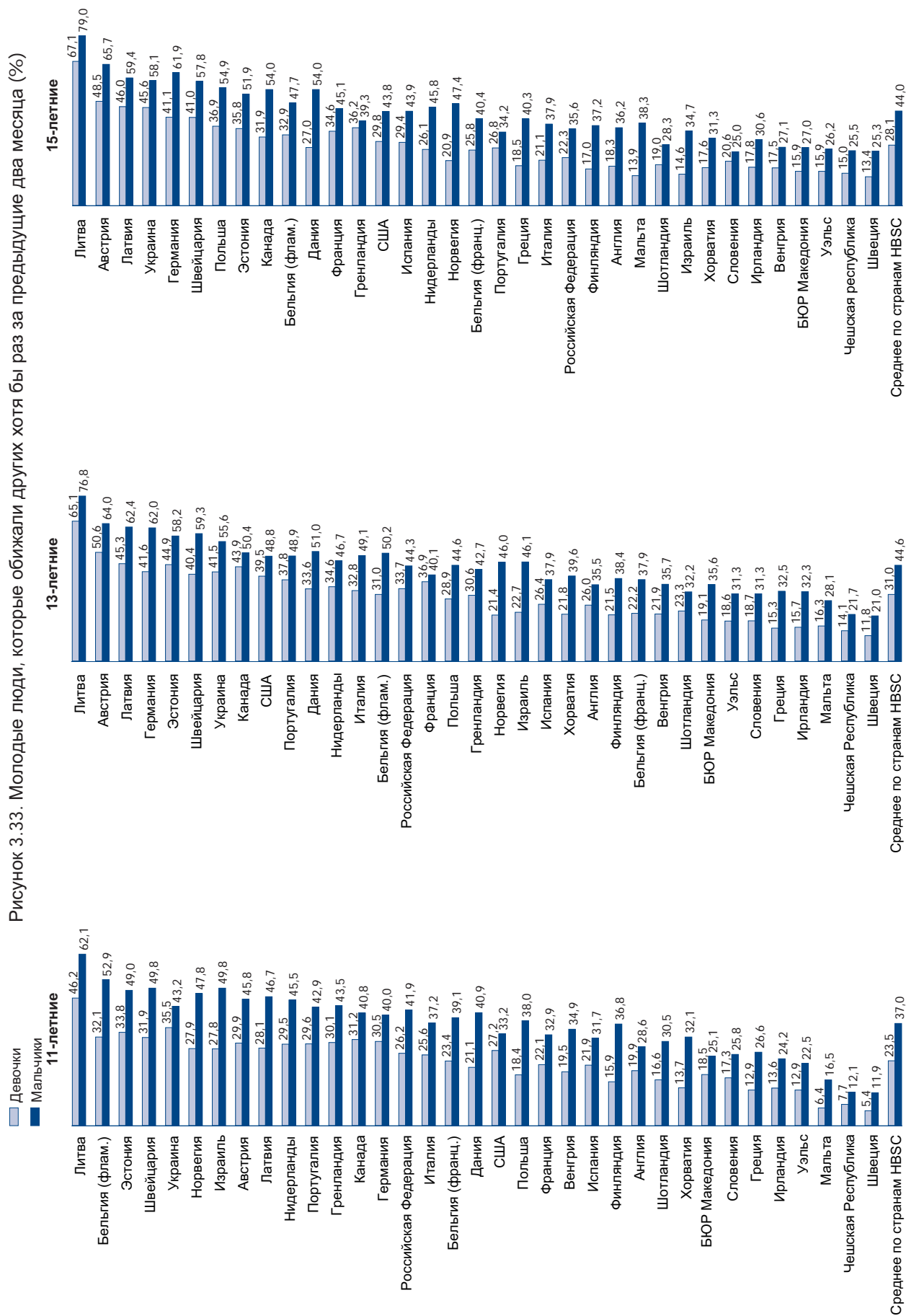


Рисунок 3.34. Молодые люди, которые обижали других не менее двух-трех раз в месяц за предыдущие два месяца (%)

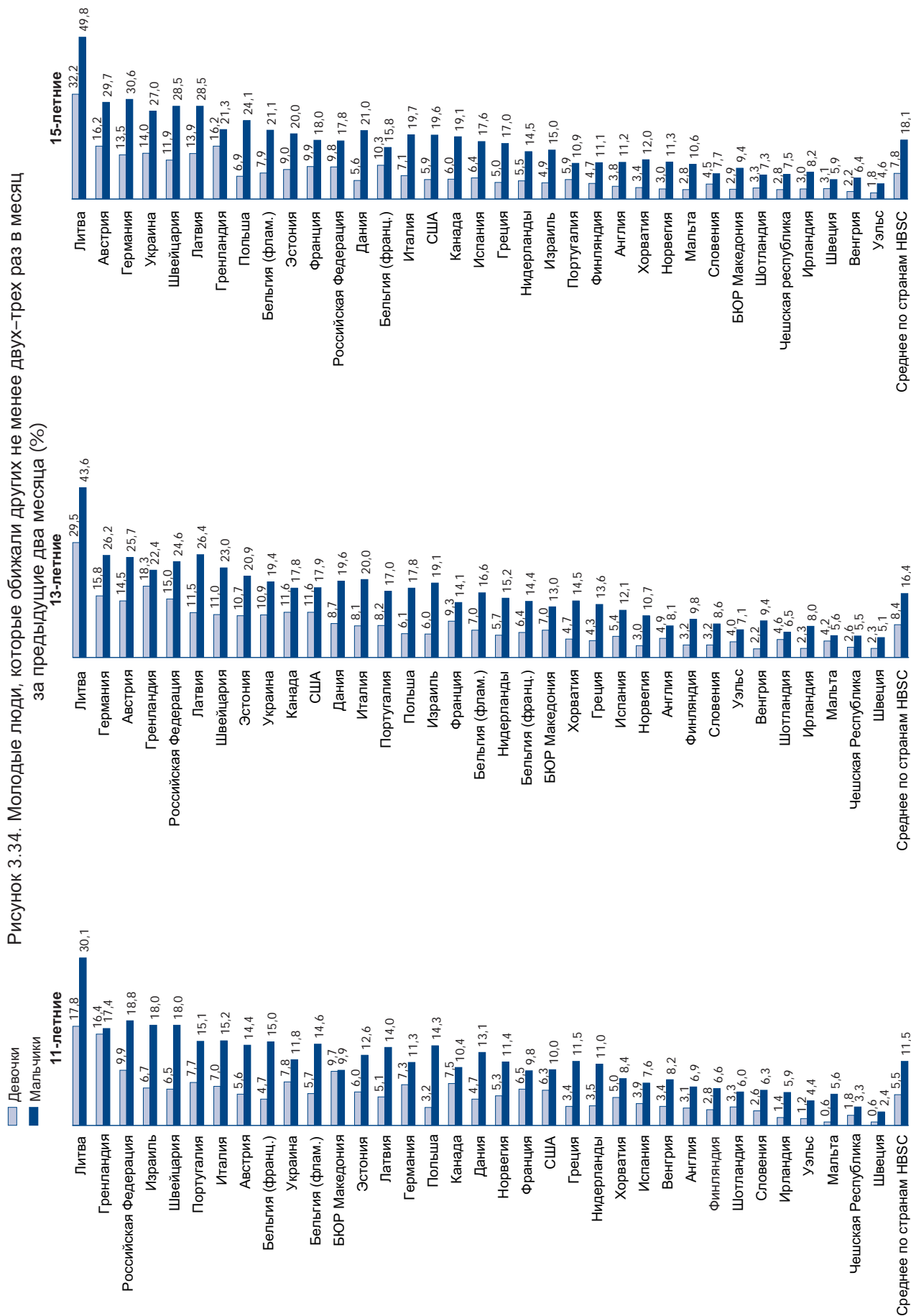


Рисунок 3.35. Молодые люди, которых обижали хотя бы раз за предыдущие два месяца (%)

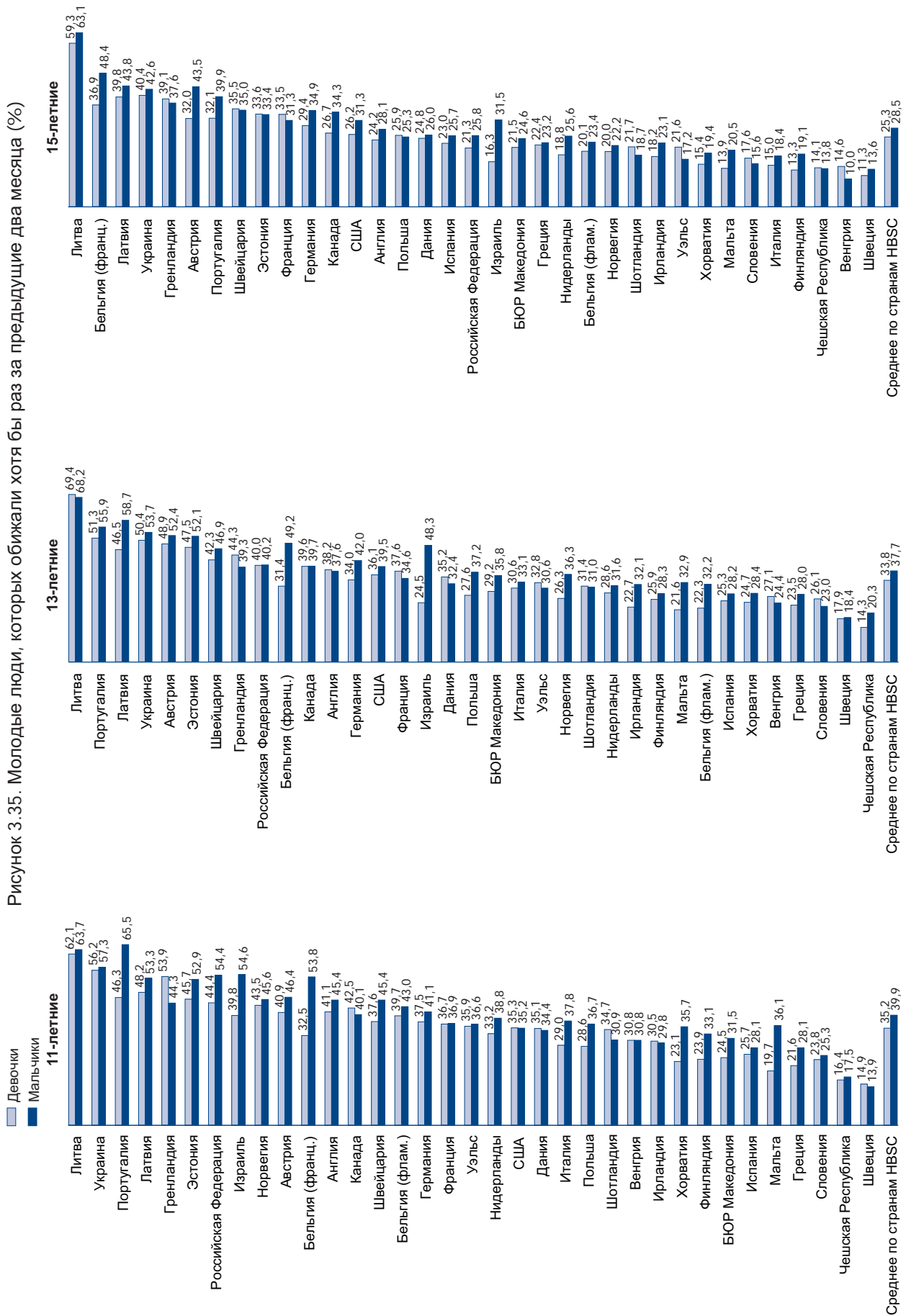
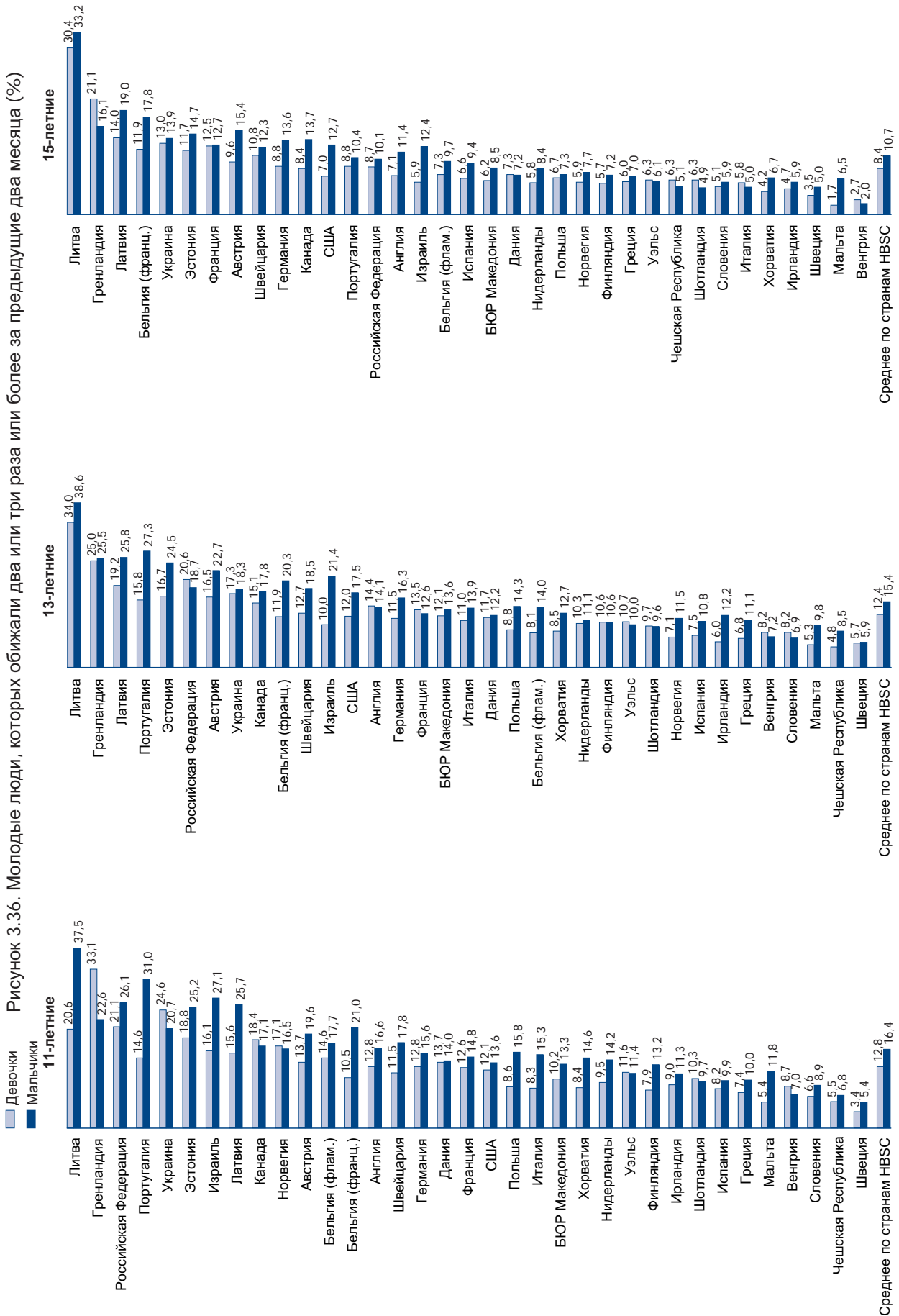


Рисунок 3.36. Молодые люди, которых обижали два или три раза или более за предыдущие два месяца (%)



Гендерные и возрастные различия

В отличие от процентов респондентов, обижающих других, которые среди мальчиков намного выше, чем среди девочек, среди объектов издевательства гендерные различия относительно невелики. Хотя в некоторых странах и областях, таких, как Бельгия (франкоязычная область) и Израиль, процент мальчиков, сообщающих о том, что их обижают, выше, чем среди девочек, в большинстве стран отмечается больше сходства в процентах среди мальчиков и девочек, нежели различий, а в некоторых даже немного больше девочек, сообщающих о том, что переносили издевательства. Во многих странах и областях гендерные различия в разных возрастных группах разные и не наблюдается какой-то последовательной картины. Однако, если взять показатель страдания от обид по крайней мере один раз за последние два месяца в широком плане во всех странах и областях, окажется, что с возрастом гендерные различия уменьшаются. Различия малы или отсутствуют в 21, 25 и 28 странах и областях соответственно в группах 11-, 13- и 15-летних.

На обоих уровнях частоты в большинстве стран и областях отмечается значительное снижение издевательства с возрастом. В некоторых странах (таких, как Венгрия, Италия, Израиль, Норвегия и Российская Федерация) этот показатель снижается более чем наполовину в возрасте от 11 до 15 лет, а в семи странах его пик достигается в 13 лет.

Участие в драках

В среднем, 39% всех молодых людей сообщают, что в течение предыдущего года они участвовали по крайней мере в одной драке (рис. 3.37). Процент участия в драках варьирует по странам и областям (24–53% среди 11-летних, 26–52% среди 13-летних и 20–48% среди 15-летних), но эти колебания немного меньше, чем колебания в процентах причинения обид и издевательства. Средние проценты для трех возрастных групп составляют 42%, 40% и 34%, соответственно.

Из всех молодых людей 10% сообщают, что участвовали в драках чаще – три и более раз за предыдущий год (рис. 3.38). Эти проценты в разных возрастных группах разные: 7–26% среди 11-летних, 8–21% среди 13-летних и 4–18% среди 15-летних. Средние показатели для трех возрастных групп составляют 12%, 9% и 7%, соответственно.

При обоих уровнях частоты участия в драках Эстония, Венгрия и Литва находятся в верхней четверти во всех возрастных группах. Эстония и Литва также находятся в верхней четверти по показателю причинения обид слабым во всех возрастных группах. В нижней же четверти во всех возрастных группах стабильно находятся Финляндия, Германия и бывшая Югославская Республика Македония, причем последняя также является единственной страной, стабильно находящейся в нижней четверти по причинению обид и дракам.

Гендерные и возрастные различия

Участие в драках характеризуется значительными гендерными различиями во всех странах и областях и возрастных группах. Процент участия в драках у мальчиков как минимум в два раза выше, чем у девочек, а во многих случаях он выше более чем в три раза.

В большинстве стран отмечаются либо одинаковые проценты участия в драках, либо их снижение с возрастом. Наибольшее снижение по данному показателю наблюдается в Израиле, Португалии и Испании – более чем на 20%.

Одновременное проявление форм поведения, связанных с драками, страданием от обид и причинением обид другим

Рисунок 3.39 дает редкую возможность увидеть одновременное проявление трех разных форм агрессивного поведения у респондентов среди 163 000 молодых людей, обследованных в 35 странах и областях в рамках HBSC. Наибольшая часть из них не участвует ни в одной из этих трех форм подросткового насилия. Меньшая часть респондентов подвергается издевательствам, но не участвует в драках и не обижает других.

Из рассматриваемых форм агрессивного поведения больше молодых людей участвуют в драках, чем в причинении обид другим. Незначительная группа принимает участие в драках и

Рисунок 3.37. Молодые люди, которые участвовали в драке хотя бы раз за предыдущие 12 месяцев (%)

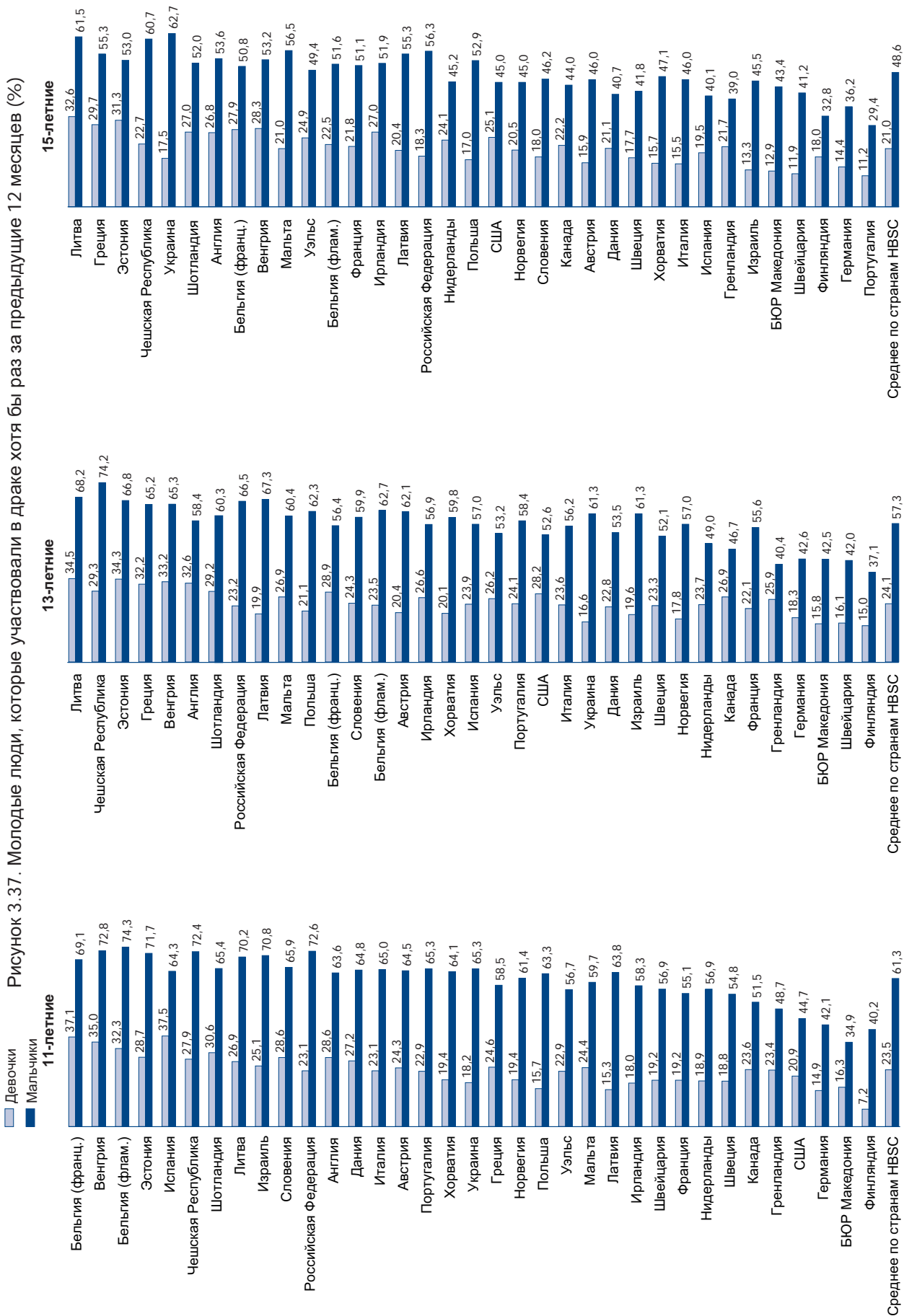


Рисунок 3.38. Молодые люди, которые участвовали в драке три или более раз за предыдущие 12 месяцев (%)

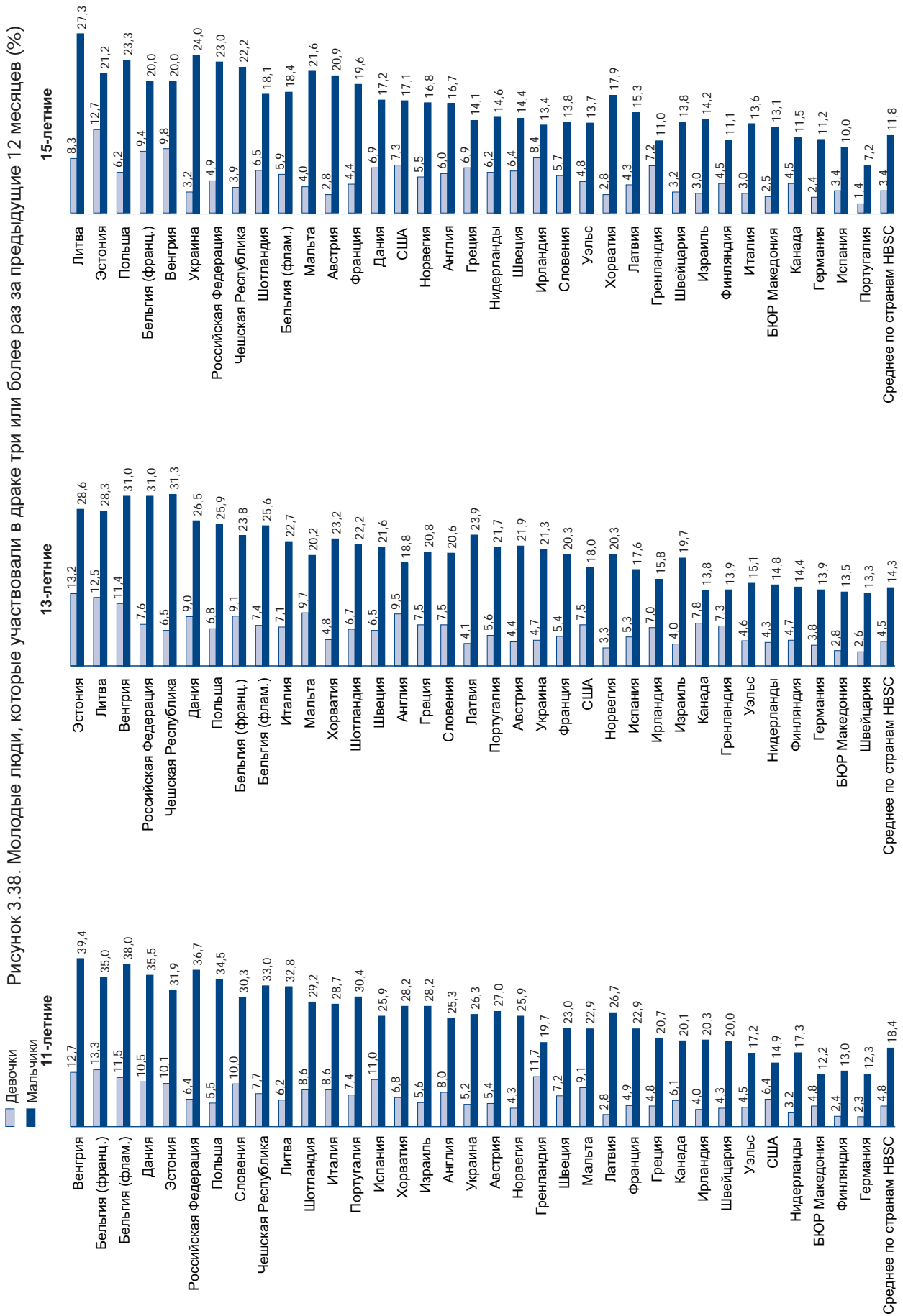
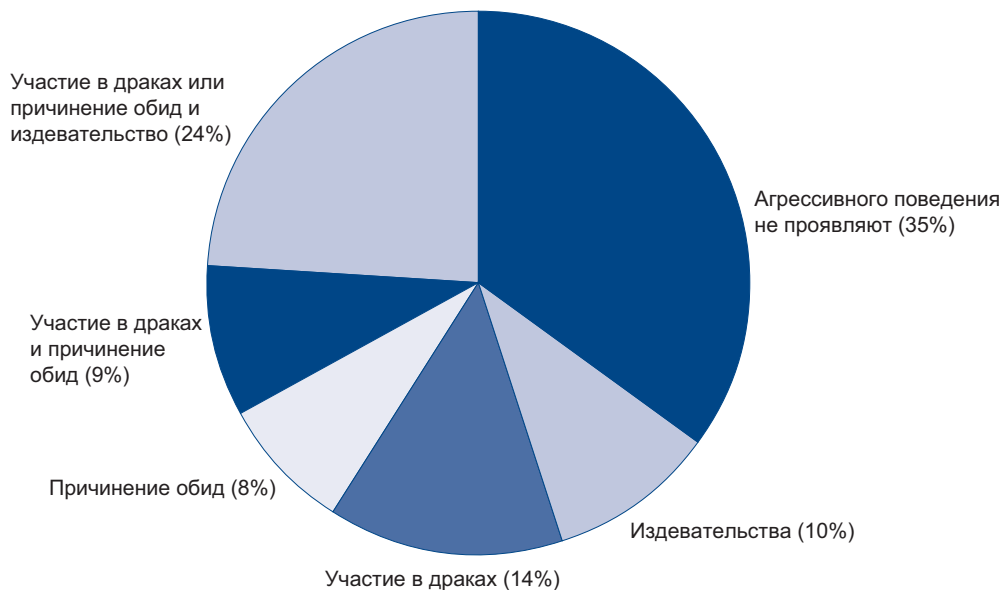


Рис. 3.39. Одновременное проявление форм поведения, связанных с участием в драках, причинением обид и страданием от обид



обижает других, но большая группа молодых людей сообщает о том, что связана с агрессивным поведением в качестве либо драчунов, либо обидчиков и в качестве жертв издевательств.

Обсуждение результатов

Во всех странах мальчики чаще, чем девочки, сообщают о том, что обижают других и дерутся. Этот результат не обязательно указывает на то, что мальчики более агрессивны, чем девочки. Скорее, это означает, что они чаще проявляют такую открытую форму агрессивного поведения, тогда как девочки могут чаще прибегать к более скрытым формам не прямой агрессивности, которые в данном обследовании не изучались (13). В других популяционных обследованиях сообщается об аналогичных гендерных моделях поведения. Хотя в одних странах и областях гендерные различия более выражены, чем в других, поражает постоянство, с которым исследователи получают этот результат. В отличие от достоверно установленных и устойчивых гендерных различий в открытых формах агрессивного поведения, результаты в отношении издевательств в разных странах и областях не столь постоянны.

Возрастные тенденции в поведении, связанном с причинением обид и участием в драках, различаются между странами и областями. Возрастные изменения, связанные с причинением обид, не так постоянны и одинаковы в разных странах и областях, как изменения, связанные с драками. Это может указывать на то, что в понятии причинения обид существуют культурные и языковые нормы. В обследовании было выявлено определенное постоянство результатов как в отношении драк, так и в отношении причинения обид: эти формы поведения обычно проявляются чаще примерно в 13 лет. Это может быть связано и с другими факторами, такими, как половое созревание (особенно у мальчиков) или переход в другую школу.

Приведенные результаты показывают, что драки, причинение обид и издевательства происходят часто. Это вызывает серьезную озабоченность по поводу возможных последствий такого поведения для здоровья молодых людей. Например, одна треть всех опрошенных молодых людей отмечает, что испытали каждую из этих форм поведения. Хотя их распространенность по мере возрастания частоты уменьшается (то есть, три и более драк за прошедший год или участие в причинении обид другим не менее двух раз в месяц), есть много доказательств того, что многие дети проявляют такие формы поведения или являются их жертвами, а незначительное меньшинство проявляет их регулярно. Чем чаще у молодых людей проявляются подобные

формы поведения, тем вероятнее, что им будет грозить возникновение проблем в эмоциональной, физической, психологической сферах и в учебе (3,5,8,9,11,14,15). Аналогичным образом около четверти опрошенных сообщают о том, что они допускали агрессивное поведение по отношению к другим и сами являлись жертвами издевательств. Они также подвержены риску развития физических, социальных и психологических проблем в будущем. Оба типа агрессивного поведения среди мальчиков проявляются почти в два раза чаще, чем среди девочек.

Результаты исследования дают богатый материал для разработки политики в области здравоохранения. Они демонстрируют масштабы проблем, связанных с драками, причинением обид и издевательствами, и подчеркивают важность подхода к этим формам поведения как к серьезному вопросу психического и физического здоровья. Эти формы поведения не знают национальных границ и проявляются во многих культурах.

Признание этого факта является лишь первым шагом. Для того, чтобы принимать действенные меры вмешательства и добиваться снижения распространенности негативного поведения, нужно, чтобы социальная политика строилась на данных научных исследований. Появляется все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что благодаря системным, охватывающим всю школу вмешательствам, проблемы причинения обид и издевательств могут быть уменьшены (4–6,14). Однако этот процесс изменений требует больших усилий и проходит медленно; нужны действенные меры вмешательства для того, чтобы работать с молодыми людьми, которые обижают других, с теми, кого обижают, а также с группами сверстников, учителями, родителями и широкой общественностью. Наиболее эффективные меры вмешательства, как, например, меры, реализованные в Норвегии, позволяют снизить уровень причинения обид и издевательств на 50% (5). Это значит, что все еще многие молодые люди подвергаются риску регулярных издевательств со стороны своих сверстников и что многие агрессивные молодые люди не получают столь необходимой им помощи для того, чтобы сойти с того пути, который может привести их к долгосрочным негативным последствиям для здоровья.

Риск, которому подвергаются молодые люди в связи с драками, причинением обид и/или издевательствами, одинаков не для всех. Мера риска зависит от того, насколько серьезна проблема, как часто она проявляется и как глубоко она пустила корни. Например 36% молодых людей никогда не участвуют в драках и не обижают других, но само присутствие при этом оказывает на них негативное влияние. Другие проявляют эти формы поведения от случая к случаю, и для них, по-видимому, самым лучшим вмешательством будет универсальная программа, направленная на изменение характера их поведения и привлечение к профилактике агрессивного поведения. Около 11–14% молодых людей часто участвуют в драках или обижают других и поэтому, вероятно, испытывают негативные последствия такого поведения. Им исправить труднее всех, и они нуждаются в наиболее интенсивной форме вмешательства. Необходимо выявлять таких молодых людей посредством обследований и поддерживать их с помощью целенаправленных и комплексных мер вмешательства.

Наконец, на эти формы поведения оказывает влияние возраст. Уменьшить эту проблему можно, если своевременно принять меры, а это значит, что нужно проводить целенаправленную работу с детьми до того, как начнет расти распространенность этих форм поведения. Поэтому, с точки зрения политики, необходимо иметь наготове профилактические программы задолго до того, как ребенку исполнится 11 лет.

Тот факт, что агрессивное поведение и издевательства со стороны сверстников представляют собой значительную помеху на пути к здоровой образовательной, социальной и эмоциональной адаптации, быстро получает повсеместное признание. Если не принимать своевременных мер, у молодых людей, склонных к агрессивному поведению, может сложиться система негативных отношений со своей семьей, учителями, сверстниками и сердечными друзьями, и проблемы взаимоотношений будут расти, словно снежный ком. Со временем, по мере отчуждения молодых людей от положительного социального влияния и поддержки, возможности изменения их поведения снижаются. Высокая распространенность и негативные последствия агрессивности и издевательств причиняют значительный ущерб обществу, а также снижают потенциал молодых людей.

Литература

1. Rigby K, Slee P. Bullying among Australian children: reported behaviour and attitudes to victims. *Journal of Social Psychology*, 1991, 131:615–627.
2. Craig WM, Peters D, Konarski R. *Bullying and victimization among Canadian school children*. Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, 1998.
3. Boulton MJ, Underwood K. Bully/Victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 1992, 62:73–87.
4. Smith PK, Sharpe S. The problem of school bullying. In: Smith PK, Sharpe S, eds. *School bullying*. London, Routledge, 1994.
5. Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1991:411–448
6. Pepler DJ et al. An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1994, 13:95–110.
7. Farrington DP. Understanding and preventing bullying. In: Tonry M, Morris N, eds. *Crime and justice, Vol. 17*. Chicago, University of Chicago Press, 1993:381–458.
8. Craig W. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 1998, 24:123–130.
9. El-Sheik M, Cummings EM, Goetch VL. Coping with adults' angry behaviour: behavioural, physiological and verbal responses in preschoolers. *Developmental Psychology*, 1989, 25:490–498.
10. Pepler D, Craig W. *Making a difference in bullying. LaMarsh report*. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
11. Olweus D. School-yard bullying – Grounds for intervention. *School Safety*, 1987, 6:4–11.
12. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
13. Cairns RB, Cairns BD. *Lifelines and risk: pathways of youth in our time*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
14. Harel Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1999, 11:121–134.
15. Laufer A, Harel Y. The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2003, 15(3):235–244.

Травмы – William Pickett

Введение

Травмы и их последствия являются своего рода тихой эпидемией, которую переживают молодые люди во всем мире. Во второй половине 20 века в некоторых странах травмы потеснили инфекционные болезни в качестве главной причины смерти среди детей и подростков (1). Угроза травматизма резко возрастает при переходе детей в подростковый возраст (2), когда на долю непреднамеренных и преднамеренных травм приходится свыше 70% всех смертей среди молодых людей (3).

Издержки, связанные с травматизмом, можно измерять различными способами. На индивидуальном уровне травмы могут причинять боль, страдания, приводить к потере времени и трудоспособности, а также создавать различные неудобства для травмированных и для их семей. Более серьезные травмы могут вызывать необходимость серьезного лечения и реабилитации, приводить к постоянной инвалидности и даже к смерти. Последствия травматизма для общества измеряются в денежном выражении как стоимость лечения, реабилитации и потерь производительности. Например, в США в начале 90-х годов травмы среди молодых людей оборачивались десятками миллиардов долларов экономических потерь ежегодно (4,5). Из-за повышенного риска травматизма у молодых людей травмы также являются ведущей причиной потери потенциальных лет жизни до достижения возраста 65 лет (6).

Методы

Распространенность травматизма измерялась с помощью единственного вопроса, который был признан приемлемым для молодых людей, когда его успешно использовали в предыдущих обследованиях в рамках HBSC и в других исследованиях (7,8). Перед этим пунктом вопросника было дано определение травмы.

В ходе действий в таких ситуациях, как, например, спортивные игры или драки в различных местах, например, на улице или дома, многие молодые люди получают повреждения или травмы. Травмы могут включать в себя также отравления и ожоги. Травмы не включают в себя заболевания, такие, например, как корь или грипп. Следующий ниже вопрос касается травм, которые у вас могли быть в течение последних 12 месяцев.

- *В течение последних 12 месяцев сколько раз Вы были травмированы и обращались (или должны были обратиться) за помощью к врачу или медицинской сестре?*

Предложенные варианты ответа: *я не был травмирован за последние 12 месяцев; 1 раз; 2 раза; 3 раза; 4 раза и более.*

Примеры медицинской помощи включали госпитализацию, потребность в обращении в отделение неотложной помощи и получение медицинской помощи у врача в частном кабинете или в поликлинике. Ограничение понятия травмы случаями, требующими медицинского вмешательства, – общепринятый и часто применяемый в исследованиях подход. Для соблюдения преемственности с методикой предшествующих исследований и для оптимизации уровней воспроизведения по памяти в описываемом обследовании использовался годичный период воспроизведения (9).

Результаты

Для анализа имелись два главных показателя травматизма: как часто молодые люди сообщали по крайней мере об одной травме, потребовавшей медицинского вмешательства, за предыдущий год, и о нескольких (больше одной) таких травм за этот же год (10).

Интерпретировать сравнения между странами следует осторожно, т.к. анкетирование проводилось в каждой стране в разное время года. В распространенности травматизма существуют сезонные различия, а молодые люди обычно точнее вспоминают недавние травмы (9). Каждый из этих факторов вполне мог повлиять на величины коэффициентов травматизма, наблюдаемые

в странах и областях. Колебания между этими величинами также могут быть отнесены на счет различий в системах здравоохранения и в доступе к медицинской помощи или различий в подверженности опасным факторам окружающей среды и небезопасным видам занятий.

В таблице 3.6 представлены заметно высокие проценты молодых людей, сообщивших по крайней мере об одной травме, потребовавшей медицинского вмешательства, за предыдущие 12 месяцев. Общий средний показатель составляет 45%. В таблице также приведены средние по всем странам и областям величины с разбивкой по полу и возрасту, а также наиболее высокие и низкие показатели, но не показано общее количество травм. Около 50% молодых людей сообщают о двух и более травмах, 5% – о получении травм четыре раза и более. Эти данные показывают, что травматизм в исследуемой категории молодых людей представляет собой огромную проблему здравоохранения.

На рис. 3.40 показаны проценты молодых людей, получивших хотя бы одну травму в течение предыдущего года. В цифрах видны значительные географические различия: 26–60% среди 11-летних, 28–60% среди 13-летних и 28–57% среди 15-летних. Средние проценты для каждой из трех возрастных групп на удивление близки: 46% среди 11- и 13-летних и 44% среди 15-летних. Во всех возрастных группах в нижней четверти стабильно находятся Эстония, Венгрия, Польша, Македония и Украина, а в верхней четверти – Австрия, Германия, Испания и Уэльс.

На рисунке 3.41 представлены проценты молодых людей, сообщивших о двух травмах или более за предыдущий год. И здесь тоже имеются географические различия (29–56% среди 11-летних, 31–54% среди 13-летних и 32–54% среди 15-летних). Средние проценты в возрастных группах практически одинаковы (46% среди 11-летних, 45% среди 13- и 15-летних). Канада, Дания, Англия, Франция, Германия и США находятся в верхней четверти, Чешская Республика, Финляндия, Польша, Нидерланды и Македония – в нижней четверти.

Гендерные и возрастные различия

В каждой из 35 стран и областей и в каждой возрастной группе (всего 105 сравнений) мальчики чаще, чем девочки, получали одну и более травм, которые потребовали медицинской помощи. Этот результат совпадает с данными, которые можно найти практически во всей имеющейся литературе по проблеме детского травматизма, основанной на популяционных исследованиях. Во всех культурах во всем мире мальчики с большей вероятностью, чем девочки, подвергаются риску получить физическую травму, и это выливается в более высокие коэффициенты травматизма. И хотя в одних странах и областях гендерные различия более выражены, чем в других, устойчивость и постоянство этой тенденции нельзя не заметить.

В целом проценты молодых людей, сообщивших о травмах, характеризуются заметно выраженным постоянством во всех возрастных группах. Из 35 стран и областей в 20 сообщается о практически стабильных процентах во всех трех возрастных группах. Только в четырех из остальных стран и областей – в Бельгии (франкоязычная область), Хорватии, Израиле и Российской Федерации сообщается о различиях между коэффициентами травматизма в возрастных группах, превышающих 7%. В этих четырех странах коэффициенты травматизма заметно снижаются с возрастом: с 60% до 47% в Израиле, с 48% до 38% в Российской Федерации, с 44% до 35% в Хорватии и с 42% до 34% в Бельгии (франкоязычная область). В Канаде, Эстонии, Испании и Швейцарии наблюдается увеличение возрастных показателей травм на 5–7% главным образом между 11 и 13 годами.

В нескольких странах – Канаде, Франции, Норвегии и Швейцарии – масштабы проблемы травматизма, выражающиеся в относительном ранжировании стран, с возрастом увеличиваются. Обратная тенденция – заметное снижение в относительном ранжировании – отмечается в Бельгии (фламандская область), Англии, Израиле и Литве. Здесь отмечены только страны, которые перемешаются из первой четверти во вторую.

Обсуждение результатов

Результаты исследования HBSC по травматизму позволяют получить общее представление о масштабах и распределении проблемы и убеждают в важности этого вопроса. Травматизм

Таблица 3.6. Молодые люди, которые получили травмы за предыдущие 12 месяцев (%)

Воз- раст (лет)	Получили одну или более травм (в % ко всей выборке HSBC)						Получили две или более травм (% тех, кто сообщил о получении травмы)					
	Мальчики			Девочки			Мальчики			Девочки		
	Средний	Низкий	Высокий	Средний	Низкий	Высокий	Средний	Низкий	Высокий	Средний	Низкий	Высокий
11	51,7	31,5	68,5	40,6	20,7	52,1	49,7	27,5	61,2	41,7	29,9	61,2
13	52,9	33,4	66,2	39,9	21,4	54,7	48,8	30,3	57,9	40,8	29,2	52,4
15	50,8	33,4	62,9	37,6	22,1	51,4	48,2	33,2	58,0	41,7	27,0	53,0

Рисунок 3.40. Молодые люди, получившие одну травму или более в течение предыдущих 12 месяцев (%)

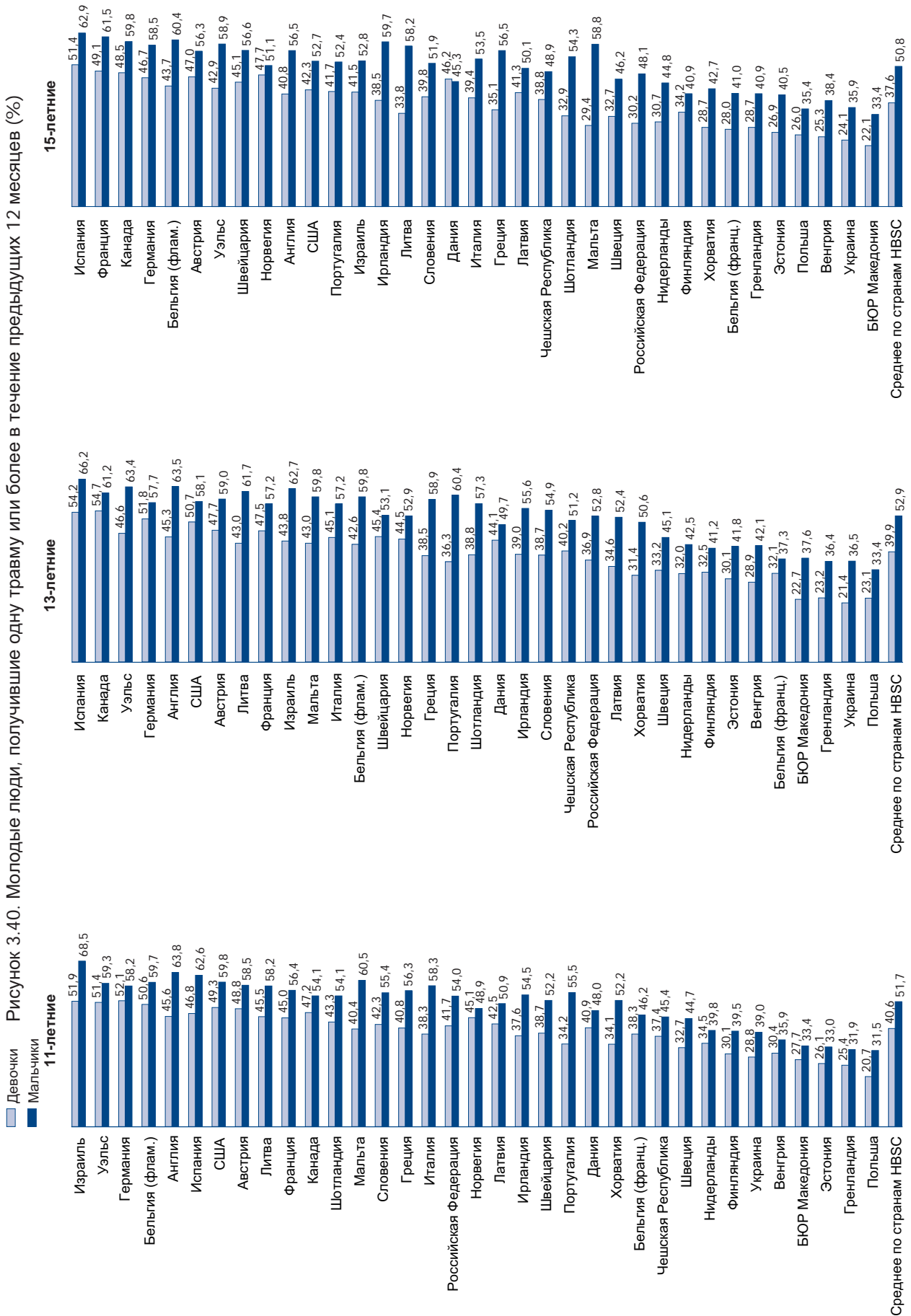
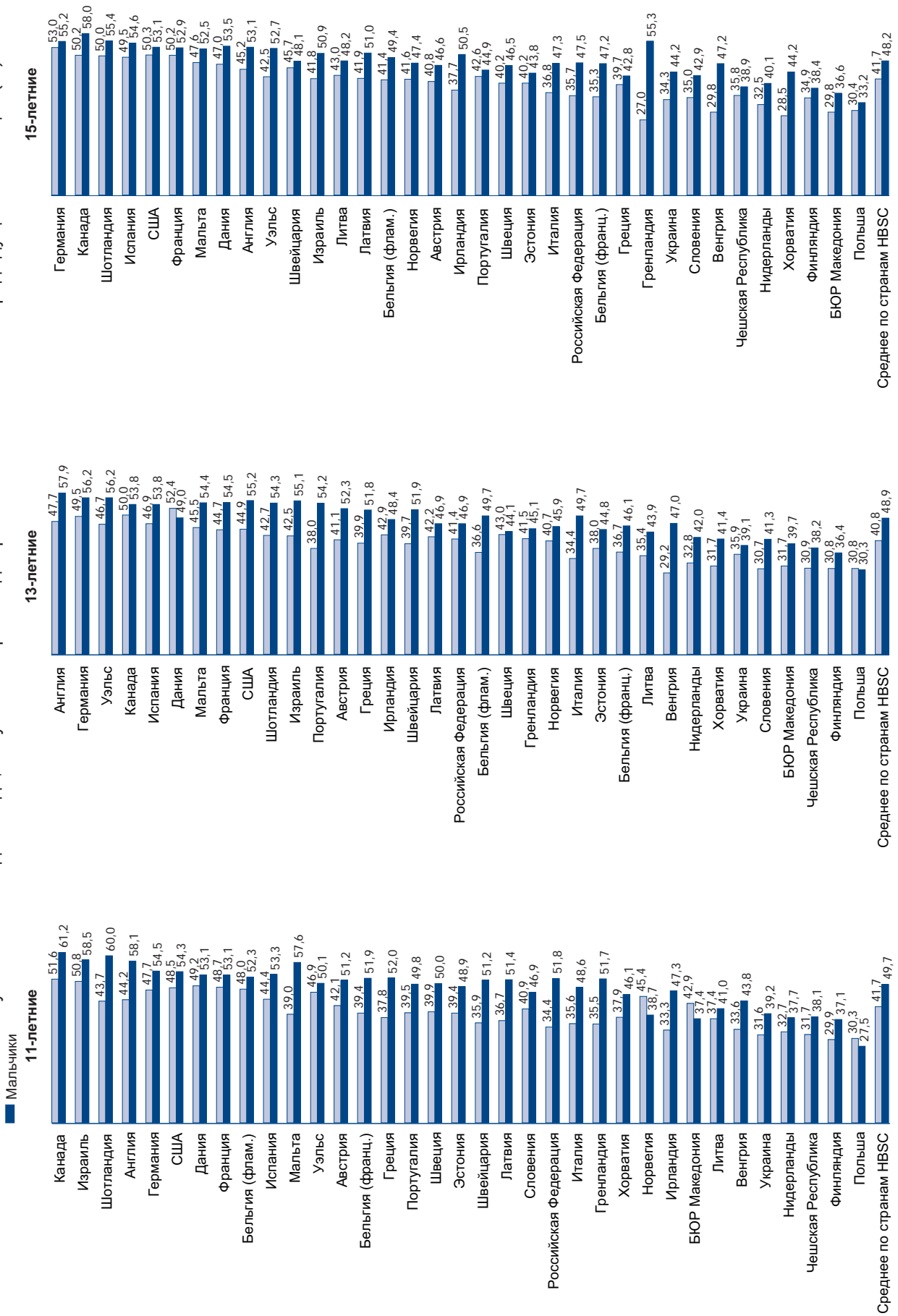


Рисунок 3.41. Молодые люди, получившие травмы два раза или более в течение предыдущих 12 месяцев (%)



является ведущей причиной смертности и заболеваемости среди молодых людей, и мало найдется других проблем, которые оказывали бы такое же большое влияние на их здоровье.

О показателях травматизма, которые были выявлены в предыдущих обследованиях в рамках HBSC, были опубликованы отчеты стран (11) и международные отчеты (12). Правда, ни в одном международном отчете сравнение структуры травматизма в разных странах не приводится, но в имеющихся отчетах содержится указание на некоторые повторяющиеся закономерности. Наиболее частой внешней причиной большинства травм, получаемых молодыми людьми, являются занятия спортом. Поэтому, как и следует ожидать при этой закономерности, травмы обычно происходят на спортивных объектах, в условиях школы и дома, в местах организованных и неорганизованных занятий.

Предыдущие исследования, в основу которых были положены данные HBSC, показали, что травмы наносят тяжелый ущерб здоровью молодых людей. Хотя большинство травм относится к разряду легких и лечатся в амбулаторных условиях, до 20% травм все же влекут за собой серьезные последствия. Основными видами травм являются переломы, повреждения мягких тканей, ушибы и травмы головы и шеи. Все это оборачивается частыми обращениями к врачу, в медпункты или пункты скорой помощи, а также госпитализацией пострадавших. Нередко требуется и хирургическое вмешательство. Большинство регистрируемых травм приводит к пропуску одного или более дней занятий в школе или других привычных занятий, и совокупное воздействие этих событий на пострадавших и на общество в целом поистине очень велико. Травматизм приводит к значительным потерям в производительности и в способности жить полноценной жизнью.

Различия между странами в статистике травматизма могут быть отнесены на счет различий в системах здравоохранения разных стран. Общеизвестно, что большое влияние на показатели травматизма оказывает доступ к медицинской помощи. В крайнем своем проявлении отсутствие возможности обратиться за медицинской помощью снижает проценты тяжелых травм, требующих медицинского вмешательства (до 30%), просто потому, что пострадавшие не получают необходимого лечения (13). Предоставление адекватных медико-санитарных услуг является важной детерминантой здоровья. Незалеченные травмы могут вести к излишним болям и страданиям. Долгосрочные последствия незалеченных травм могут включать инвалидность, которой можно было избежать.

Большой интерес проявляется к социальной этиологии травматизма – социальным условиям и другим факторам, ведущим к повышенному риску травматизма. Одним из самых любопытных факторов является социально-экономический статус; считается, что бедность ставит молодых людей в условия особенно высокого риска (14). Эта социальная тенденция наблюдалась в общих популяционных исследованиях с целью изучения смертности от травматизма (14), госпитализации по поводу травм (15) и медицинской помощи в связи с травмами (16). Такая же тенденция наблюдалась в некоторых (17), но не всех (7) исследованиях на базе HBSC по изучению связи между социально-экономическим статусом и травматизмом. Отсутствие выявленной связи может объясняться доминированием травм, получаемых во время организованных занятий спортом среди молодых людей в возрасте 11–15 лет.

Наконец, в подростковом возрасте молодые люди часто начинают вести себя так, что это может вредить их здоровью, например начинают курить, выпивать, употреблять наркотики в кругу приятелей и проявлять открыто агрессивное поведение – обижать других и участвовать в драках (см. предыдущие разделы в этой главе). К тому же они могут пренебрегать общепринятыми мерами безопасности, например не пристегивают ремни безопасности в автомобиле. Социальные исследования показывают, что группы молодые люди часто подвергают себя множественным факторам риска или проявляют рискованное по многим аспектам поведение. Такое поведение наблюдается в группах молодых людей во всем мире (18). Полные масштабы его последствий до конца еще не изучены, хотя доказано, что риск травм в подростковом возрасте увеличивается в соответствии с количеством форм рискованного поведения. Picket et al. (19) с помощью данных обследования HBSC 1997/98 годов показали, что во всех странах среди молодых людей во всех возрастных группах обоих полов можно наблюдать градиенты поведения, связанного с

множественными факторами риска и травматизма, и эти градиенты носят особенно выраженный характер в отношении наиболее серьезных травм. У молодых людей, сообщающих о поведении, связанном одновременно с несколькими факторами риска, в 10 раз больше вероятности получить травму, чем у тех, кто не проявляет такого поведения (19). Эта социальная тенденция приобретает все большую глобальную значимость.

Значение результатов исследования для выбора политики

Результаты исследования имеют большое значение для формирования политики здравоохранения, которое проявляется в четырех аспектах. Во-первых, они отчетливо демонстрируют значение травматизма как одной из ведущих проблем здоровья молодых людей. Это указывает на необходимость принятия крупномасштабных мер по борьбе с травматизмом на национальном и международном уровнях: нужны меры, направленные на решение проблемы травматизма как одной из первоочередных в общественном здравоохранении, и целевое выделение средств на поиск новаторских и действенных решений.

Во-вторых, судя по состоянию публикаций об исследованиях по борьбе с травматизмом, травматизм как одна из первоочередных проблем здравоохранения получил признание недавно. Большей зрелости должна достичь травматология. Для этого потребуются целевые капиталовложения для финансирования исследований и новых инициатив в сфере образования, чтобы увеличить число специалистов, занимающихся данной проблемой, и повысить уровень их организации.

В третьих, подавляющее большинство травм, полученных молодыми людьми, происходит в одной из четырех категорий среды: дома, в школе, в организованных спортивных сооружениях или стадионах и на улице или на дороге. Некоторые из этих сред в большей степени поддаются изменению, чем другие. В целом среда, ассоциирующая с травматизмом молодых людей, несомненно, должна быть сделана максимально безопасной. Нужны принципиально новые направления политики, способствующие улучшению домашней и школьной среды и условий для занятия спортом с точки зрения максимального предупреждения травматизма.

Наконец, в настоящее время разработаны различные стратегии первичной профилактики, направленные на борьбу с травматизмом подростков. К ним относятся методики в сфере образования, направленные на сокращение проявлений рискованного поведения и на воспитание навыков безопасного поведения. К ним также относятся стратегии, предусматривающие обеспечение соблюдения законов и правил, предназначенных для защиты детей и молодежи, а также техническая политика, предполагающая максимальное повышение безопасности среды, в которой живут молодые люди. Бесспорно, все эти стратегии и направления политики могут быть действенными, однако для разработки государственной политики нужна базовая исходная информация о масштабах и распределении проблемы. Наличие такой информации помогло бы лучше планировать меры вмешательства и определять их очередность. А для оценки эффективности прилагаемых усилий было бы полезно наладить мониторинг состояния и изменения этой проблемы с течением времени.

Заключение

Травматизм – одна из самых серьезных проблем здравоохранения, с которыми сталкиваются молодые люди во всем мире. До 60% респондентов, участвовавших в обследовании HBSC 2001/2002 годов, в течение последних 12 месяцев имели травмы, потребовавшие медицинской помощи. Процент травматизма выше среди мальчиков, чем среди девочек, однако в целом проблема существенна во всех возрастных группах. Данный анализ не предусматривал изучение вопросов о внешних причинах этих травм и о том, были ли они намеренными.

Результаты исследования HBSC позволяют установить значимость травматизма как одной из главных проблем здоровья молодых людей, но они не столь полезны для определения направления и постановки целевых показателей для работы по борьбе с травматизмом. Кроме того, травматология как наука еще не достигла стадии зрелости, а для целей профилактики крайне нужна дополнительная информация. Например, готовность общества признать травматизм

важной проблемой общественного здравоохранения не везде одинакова, поэтому еще многому предстоит научиться, чтобы знать, как наилучшим образом изменить общественное мнение. Этот аспект работы по борьбе с травматизмом сам по себе представляет целую науку – науку, которой нельзя пренебрегать, если ставится задача разработки полноценных стратегий и их реализации.

Значимость травматизма как одной из главных проблем здравоохранения должна быть признана и при разработке национальной и международной политики в области охраны здоровья молодых людей. Необходимо поддерживать и усиливать вызывающие доверие программы исследований, чтобы понять причины и следствия травматизма и разработать оптимальные методы профилактики. В эти усилия должны быть вовлечены и сами молодые люди. Наконец, существует постоянная необходимость в повышении безопасности среды, в которой живут молодые люди – условий дома, в школе, в местах спортивных занятий и в другой среде, где молодые люди подвергаются риску. Все эти меры могут способствовать уменьшению тех огромных потерь, которые несут молодые люди и общество в целом из-за травматизма.

Литература

1. WISQARSTM (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) [онлайновая база данных]. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2004 (<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>, взято с веб-сайта 14 января 2004 г.).
2. Lescohier I, Scavo Gallagher S. Unintentional injury. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York, Plenum Press, 1996.
3. Institute of Medicine Committee on Injury Prevention and Control. *Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment*. Washington, DC, National Academy of Sciences. 1999.
4. Max W, Rice DP, MacKenzie EJ. The lifetime cost of injury. *Inquiry*, 1990, 27(4):332–343.
5. Dansceco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987–1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*, 1995, 85:99–104.
6. Injury mortality atlas of the United States, 1979–1987. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 1991, 40(49):846–848.
7. Currie CE et al. Incidence and distribution of injury among schoolchildren aged 11–15. *Injury Prevention*, 1996, 2(1):21–25.
8. Scheidt PC et al. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(7):932–938.
9. Harel Y et al. The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(4):599–605.
10. Chiolero A, Schmid H. Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: the case of Switzerland. *Sozial und Praventivmedizin*, 2002, 47(5):289–297.
11. King A, Boyce W, King M. *Trends in the health of Canadian youth – La santé des jeunes, tendances au Canada*. Ottawa, Health Canada, 1999.
12. Harel Y, Kanny D. A cross national perspective on youth injuries in 22 countries: findings from the 1994 World Health Organization Health Behaviour in School-aged Children. *Proceedings of the 4th World Conference on Injury Prevention and Control, Amsterdam, 17–20 May 1998*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 1999.
13. Overpeck MD, Kotch JB. The effect of US children's access to care on medical attention for injuries. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(3):402–404.
14. Nersesian WS et al. Childhood death and poverty: a study of all childhood deaths in Maine, 1976 to 1980. *Pediatrics*, 1985, 75:41–50.
15. Durkin MS et al. Low-income neighborhoods and the risk of severe pediatric injury: a small-area analysis in northern Manhattan. *American Journal of Public Health*, 1994, 84:587–592.
16. Faelker T, Pickett W, Brison RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population-based epidemiological study in Ontario, Canada. *Injury Prevention*, 2000, 6(3):203–208.
17. Mazur J et al. Adolescent injuries in relation to economic status: an international perspective. *Injury Control and Safety Promotion*, 2001, 8(3):179–182.

18. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
19. Pickett W et al. Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2002, 156:786–793.

Сексуальное здоровье – *Jim Ross, Emmanuelle Godeau и Sonia Dias*

Введение

Сексуальное здоровье представляет собой существенную составляющую общего, социального и личного благополучия молодежи (1). Оно может быть определено как позитивная совокупность физического, эмоционального, интеллектуального и социального аспектов сексуальности. Одним из главных аспектов развития в подростковом возрасте является консолидация индивидуальности в целом и индивидуальности сексуальной в частности. Развитие сексуальности в подростковом возрасте предполагает физические изменения, связанные с половым созреванием, психологические изменения и события в межличностных отношениях. Подросткам необходимо учиться быть уверенными в себе, разбираться в своих чувствах, касающихся взаимоотношения полов, и сохранять здоровые и правильные отношения с другими людьми.

Подростковый возраст – это, с одной стороны, время открывающихся возможностей, когда молодой человек ищет и пробует новые пути и идеи, но с другой стороны – это время уязвимости и риска. К счастью, большинство подростков переживают эти перемены с положительным исходом. Тем не менее, некоторые особенности поведения, связанные с подростковом возрастом, такие, как непосредственность, социальная незрелость, склонность к риску и непостоянство настроения, могут отрицательно отразиться и на многих вопросах, касающихся сексуального здоровья.

Среди вопросов общественного здравоохранения, связанных с сексуальным здоровьем подростков, наибольшую озабоченность вызывают подростковая беременность и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). Эти явления вызывают у молодых людей значительные медицинские, социальные и экономические проблемы, однако их вполне можно предупредить согласованными усилиями семьи, школы, учреждений здравоохранения и образования и общественных организаций. Успех разработки эффективных программ работы в школе и с населением на местном уровне отчасти зависит от того, насколько возможно получить информацию о характере сексуального поведения и степени его проявления среди подростков. Для того, чтобы выработать правильную политику и программы, срочно нужна современная информация о вопросах, связанных с сексуальным здоровьем молодых людей. Чтобы сделать предпринимаемые меры вмешательства одновременно всеохватывающими и по-настоящему целенаправленными, необходимо иметь более полное и верное понимание социальных и культурных факторов, определяющих совершение рискованных поступков в сексуальных отношениях, а также соответствующих им защитных факторов.

Методы

Международных данных о сексуальном здоровье подростков имеется мало. Обследование в рамках HBSC 2001/2002 годов явилось первым обследованием, в которое был включен минимальный набор стандартных пунктов о сексуальном здоровье, предназначенный для работы с 15-летними. До этого такие пункты были факультативными. Протокол обследования HBSC 1989/1990 годов включал факультативные блоки вопросов о взаимоотношениях и сексуальном поведении и о знаниях о ВИЧ-инфекции и об отношении к ней. Страны и регионы, где использовались эти пункты, применяли их в основном для своих целей, а сравнения между странами не публиковались. В обследование 1997/1998 годов ряд стран и областей включили вопросы о сексуальном здоровье, но они различались по охвату и содержанию. Такое отсутствие сопоставимости позволяло лишь в ограниченной степени сравнивать данные между странами (2). Очевидная потребность в более широких и сопоставимых между странами данных привела к тому, что в обследование 2001/2002 годов был включен ряд обязательных вопросов о сексуальном здоровье.

Пункты о сексуальном здоровье, описываемые подробно ниже, были заимствованы из обследования поведения молодежи, связанного с риском (YRBS), которое было проведено

в США (3). Хотя эти пункты и прошли широкую проверку на понимание опрашиваемыми, использовались в течение более десяти лет и позволяли получить достоверные данные в США (4,5), в европейских странах их проверки на достоверность не проводилось. Ответить на вопросы о сексуальном здоровье предлагалось только 15-летним участникам обследования, т.к. подавляющее большинство подростков более младшего возраста половых связей еще не испытало и для младших возрастных групп подобные вопросы считаются слишком деликатными. Было использовано четыре пункта:

- *Имели ли Вы когда-либо половые сношения? (Иногда это называется “заниматься любовью”, “заниматься сексом” или “доходить в своих отношениях до конца”).* Предложенные варианты ответа: *да, нет.*
- *Сколько лет Вам было, когда Вы в первый раз имели половое сношение?* Предложенные варианты ответа: *я еще не имел(а) половых сношений; в 11 лет или ранее; в 12 лет; в 13 лет; в 14 лет; в 15 лет.*
- *Когда Вы в последний раз имели половое сношение, использовали ли Вы или Ваш партнер презерватив?* Возможные ответы: *я еще не имел(а) половых сношений; да; нет.*
- *Когда Вы в последний раз имели половое сношение, какие способы предупреждения беременности использовали Вы или Ваша партнерша (Ваш партнер)?* Предложенные варианты ответа: *я еще не имел(а) половых сношений; никаких способов предупреждения беременности не использовалось; противозачаточные таблетки; презервативы; спермицидный аэрозоль или пена; прекращение полового акта; [Национальный вариант – если угодно, вопросники могут включать дополнительные характерные для данной страны или области варианты]; другой метод; не уверен(а).*

Первый вопрос содержит наводящие уточнения, помогающие молодому человеку понять значение термина “половое сношение”. Исследования с целью подтверждения действительности показали, что ответы на эти вопросы действительности соответствуют (6) и большинство молодых людей интерпретируют эти уточнения как указывающие на вагинальное половое сношение. Поэтому риск заражения ИППП через другие формы сексуального поведения этими вопросами оценен быть не мог. Другим недостатком этих данных является то, что, вопрос о том, имели ли молодые люди когда-либо половое сношение, не выявлял тех, кто сексуально активен в настоящее время и поэтому подвергается риску забеременеть и заразиться ИППП.

Возраст при первом половом сношении выяснялся потому, что считается, что первое половое сношение, совершенное в раннем возрасте, связано с незапланированным и незащищенным половым актом и поэтому сопряжено с большим риском нежелательной беременности и заражения ИППП. Кроме того, вступление в первое половое сношение в раннем возрасте связано с другими формами рискованного поведения. С первым половым сношением в раннем возрасте, которое часто бывает непреднамеренным и незащищенным, отчетливо ассоциируют алкоголь и наркотики (7–9).

Исследования показали, что подростки часто затрудняются в обобщенном виде указать использование ими противозачаточных средств даже на протяжении коротких промежутков времени, потому что пользуются они ими непостоянно (10). Подростки могут использовать презерватив, противозачаточные таблетки или другие виды контрацепции спорадически, в зависимости от ситуации и полового партнера. Кроме этого, когда респондентов спрашивают о типичном поведении, они (как взрослые, так и молодые люди) склонны давать необъективные ответы и описывать социально желательный тип поведения. Ответы, касающиеся последнего сношения, обычно более надежны и больше соответствуют действительности, чем ответы о типичном поведении. При анализе данных, приведенных в ответах на эти два вопроса, молодые люди, которые в ответ на оба вопроса сообщали, что они или их партнеры пользовались во время последнего полового сношения презервативом, для этого анализа рассматривались как использовавшие презерватив в двух целях, т.е. для предупреждения и беременности и заражения ИППП.

Для целей этого анализа ответы на четвертый вопрос были объединены, чтобы определить общее число 15-летних, которые сообщили об использовании по крайней мере одного способа контрацепции. Предварительно зашифрованные ответы о прерывании полового акта сюда не включались, т.к. этот способ не обеспечивает или почти не обеспечивает предохранения от беременности. Включались национальные варианты ответов и другие вписанные ответы. В будущих анализах данных об использовании презервативов и других противозачаточных средств таким ответам будет уделяться особое внимание.

Исключение данных о сексуальном здоровье

В обследование в рамках HBSC 2001/2002 годов в 31 стране из 35 в вопросники были включены 1 или более из 4 вопросов о сексуальном здоровье. Четыре страны – Дания, Ирландия, Норвегия и США – не включили ни одного вопроса о сексуальном здоровье на том основании, что это с большой вероятностью могло оказать негативное влияние на заполняемость вопросника школами. Данные, полученные на Мальте, были исключены из анализа, т.к. там были использованы другие формулировки вопросов и поэтому данные были несопоставимы. Две страны задавали меньше четырех вопросов, но собранные ими данные были включены в анализ. Чешская Республика включила только вопрос о том, имел ли респондент когда-либо половое сношение, а Российская Федерация – только вопросы о том, имел ли респондент когда-либо половое сношение, и о возрасте при первом половом сношении. Италия включила все 4 вопроса, но сформулировала иначе вопрос о способах контрацепции, поэтому эти данные из анализа были исключены. В двух странах вопросы о сексуальном здоровье были заданы менее, чем половине национальной выборки. В Израиле задавались все вопросы о сексуальном здоровье, но, как и в прошлом, не в религиозных школах. Германия использовала полный набор вопросов, но только в двух землях (Саксония и Берлин).

Результаты

Вопросы о сексуальном здоровье позволяют изучить четыре вопроса исследования:

- Какая доля исследуемого контингента испытала половые сношения?
- Какая доля сексуально активного контингента испытала половые сношения в раннем возрасте?
- Сколько людей в сексуально активном контингенте предохраняют себя и своих партнеров с помощью презервативов?
- Сколько людей в сексуально активном контингенте предохраняют себя и своих партнеров от беременности, используя какой-либо вид контрацепции?

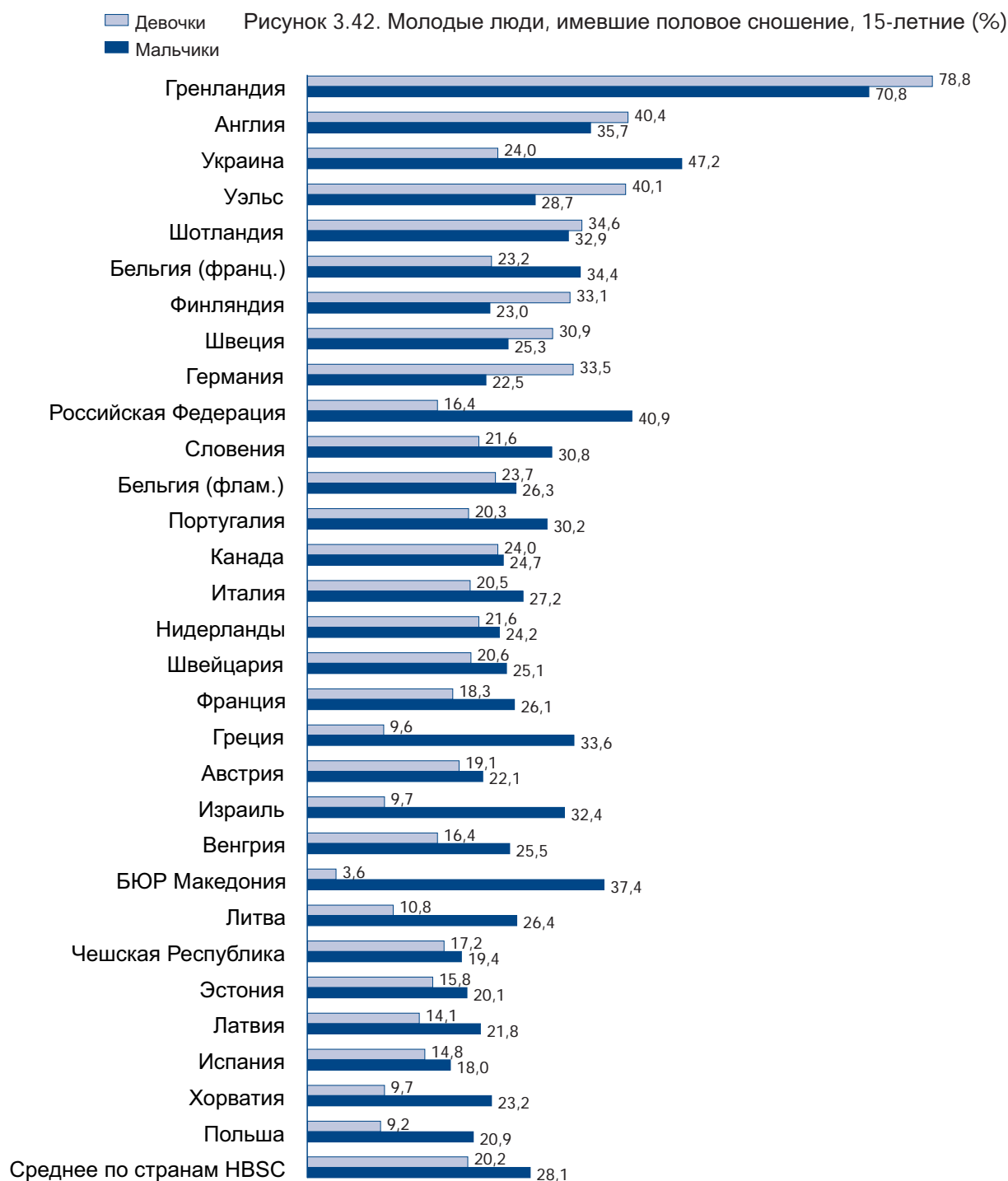
Как отмечалось выше, для этих анализов ответы на вопрос о способах контрацепции были объединены, чтобы получить сводные данные.

Опыт половых сношений

Вопрос о том, имели ли 15-летние молодые люди когда-либо половое сношение, был задан в тридцати из общего числа стран и областей, включенных в анализ. Различия в ответах поистине поразительны (рис. 3.42).

Процент 15-летних респондентов, которые сообщают о том, что они вступали в половое сношение, колеблется от 15% в Польше до 75% в Гренландии. В девяти странах и областях, в основном в Восточной и Центральной Европе, а также в Испании об опыте половых сношений сообщают менее одной пятой 15-летних. В верхней части этого спектра находятся Англия, Шотландия, Уэльс и Украина, где половые сношения имели более трети опрошенных или даже больше.

Очень широки гендерные различия. Среди мальчиков процент положительных ответов колеблется от 18% в Испании до 71% в Гренландии. К нижней группе тяготеют Чешская Республика, Эстония, Польша и Испания, где этот показатель составляет около 20%. В



Примечание: отсутствуют данные по Дании, Ирландии, Мальте, Норвегии и США.

противоположной части спектра находятся девять стран и областей, где половые сношения имели треть или более мальчиков. Среди девочек доля положительных ответов колебалась от 4% в бывшей Югославской Республике Македонии до 79% в Гренландии. В 15 странах и областях эти показатели менее 20%, но в шести других странах они составляют 33% и более.

Интересно отметить, что в последней группе стран среди респондентов, имевших половые сношения, больше девочек, чем мальчиков. Наибольшие различия отмечаются в Германии и Уэльсе. В восьми странах преобладает более традиционная картина – мальчиков, имевших половые сношения, как минимум в два раза больше, чем девочек, причем в Греции и Израиле их больше в 3 раза, а в Македонии – в 10 раз.

Возраст при первом половом сношении

Средний возраст при первом половом сношении среди 15-летних респондентов колеблется от 13,5 лет в Литве до 14,6 лет в Украине (рис. 3.43). В большинстве стран и областей у мальчиков он несколько ниже, чем у девочек – в Литве и Украине 13,5–14,5 лет и 13,6–14,9, соответственно. Наибольшая гендерная разница – около 1 года наблюдается в Португалии.

Пользование презервативом

Число сексуально активных молодых людей, которые сообщают о пользовании при последнем половом сношении презервативом, колеблется от 64% в Финляндии до 89% в Греции (рис. 3.44). В шести странах и областях эти показатели составляют 70% или менее (в нижней части находятся Финляндия и Швеция), а в семи других странах – от 80% до почти 90% (наиболее высокие показатели в Греции и Испании).

Почти во всех странах и областях мальчики чаще сообщают о пользовании презервативом при последнем половом сношении, чем девочки. Гендерные различия иногда могут быть очень велики, как, например, в Бельгии (фламандская область) и Украине. Процент респондентов, сообщающих о пользовании презервативом, колеблется от 68,5% в Португалии до 91%, в Греции среди мальчиков и от 58% в Швеции до 89% в Испании среди девочек.

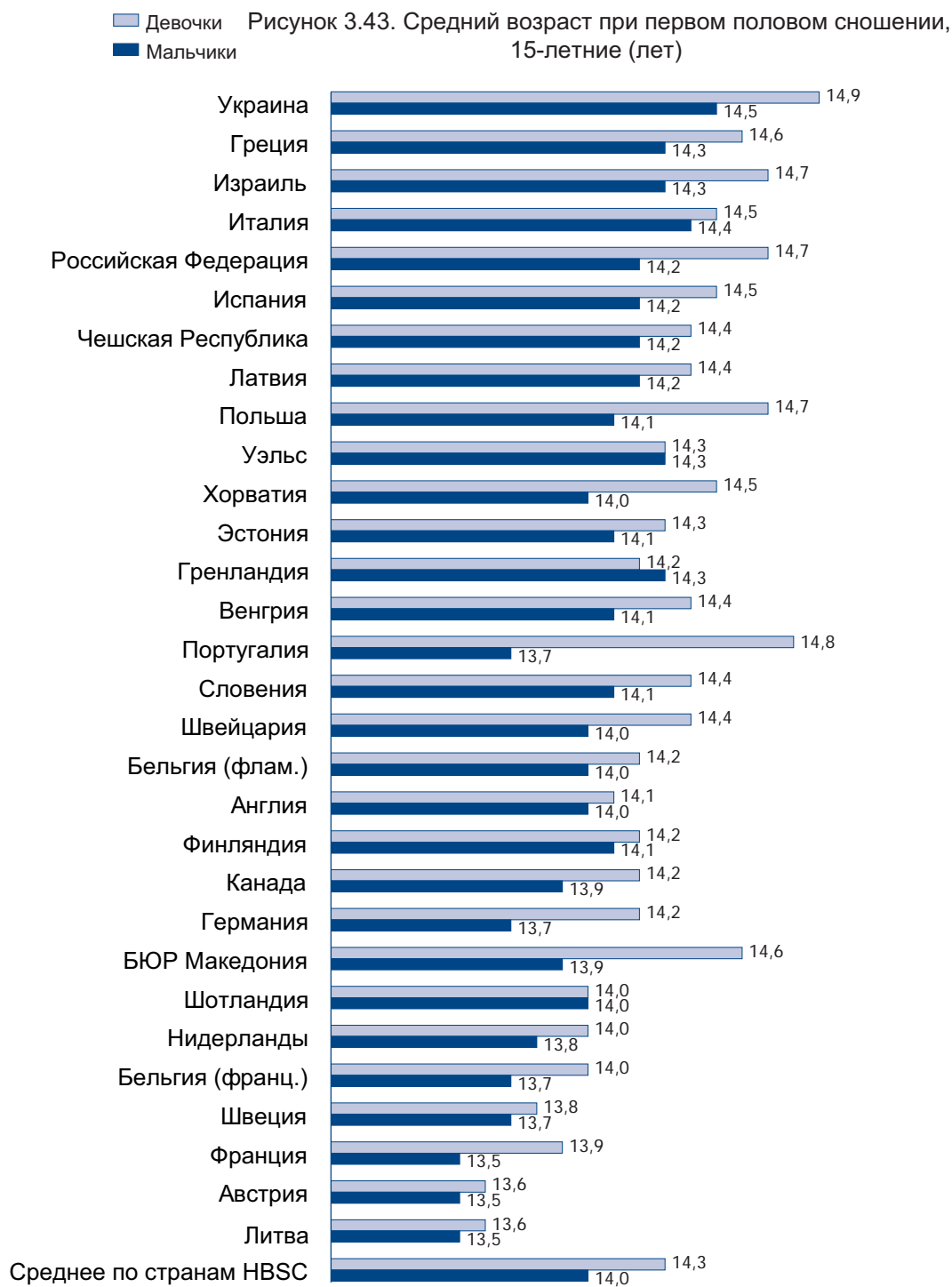
Применение контрацепции

Процент сексуально активных молодых людей, которые сообщают о применении при последнем половом сношении по крайней мере одного метода контрацепции, включая (но не только) презерватив или противозачаточные таблетки, колеблется от 73% в Польше до 95% в Нидерландах (рис. 3.44). В семи странах эта доля ниже 80%, а в восьми странах она находится на уровне 90% или выше.

Доля тех, кто сообщает о применении контрацепции, колеблется от 73% в Польше до 92% в Нидерландах среди мальчиков и от 68% в Украине до 97% в Нидерландах среди девочек. По тому, среди кого выше процент применяющих контрацепцию – среди мальчиков или среди девочек – страны и области разделились почти поровну; во многих из них гендерные показатели почти одинаковы. Намного чаще, чем девочки, применяют противозачаточные средства мальчики в Греции, Венгрии, Израиле и Украине. Девочки же применяют их чаще, чем мальчики, в Англии, Германии, Гренландии, Португалии и Швейцарии.

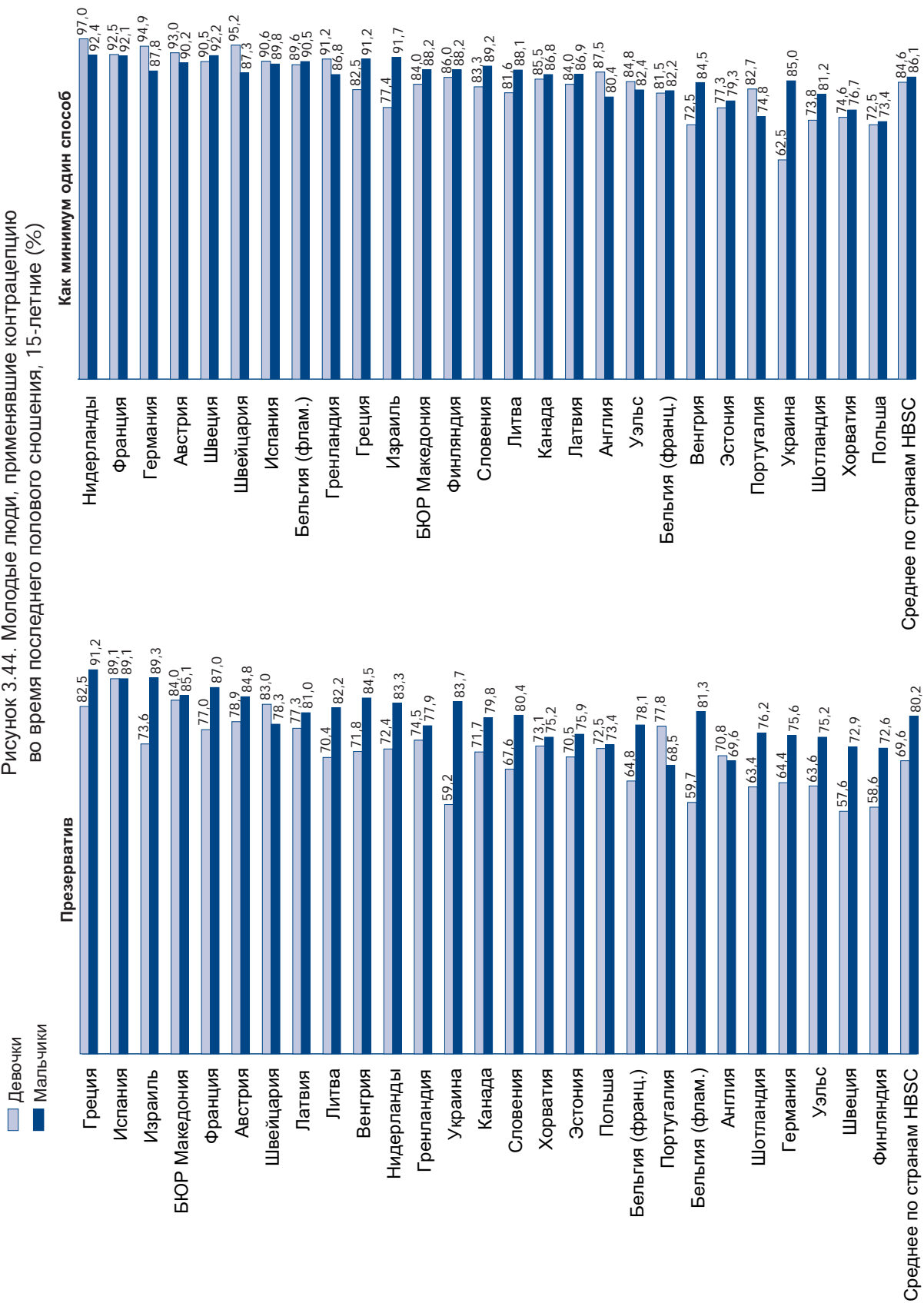
Обсуждение результатов

Ответы на четыре вопроса, относящиеся к сексуальному здоровью, демонстрируют заметные различия между странами и областями, участвующими в программе HBSC, по количеству 15-летних молодых людей, вступавших в половые сношения, по среднему возрасту при первом половом сношении и по пользованию противозачаточными средствами во время последнего полового сношения. Различия между странами, несомненно, отражают фундаментальные культурные, социальные, религиозные особенности и различия в сфере образования, а также в государственной политике. Наиболее важным результатом представляется различие между странами и областями в использовании презервативов. В то время как в шести странах пользовались презервативом во время последнего полового сношения не более 70% сексуально



Примечание: отсутствуют данные по Дании, Ирландии, Мальте, Норвегии и США.

Рисунок 3.44. Молодые люди, применявшие контрацепцию во время последнего полового сношения, 15-летние (%)



Примечание: отсутствуют данные по Чешской Республике, Дании, Ирландии, Италии, Мальте, Норвегии, Российской Федерации и США.

активных молодых людей, то в семи других странах – 80–90%. Эти результаты имеют большое значение для выработки дальнейшей политики. Однако в контексте программы HBSC дополнительный анализ даст возможность изучить факторы, определяющие пользование презервативами в отдельно взятой стране и в разных странах, в сопоставлении с другими рискованными формами поведения (в частности, с потреблением наркотиков и алкоголя), а также с такими факторами, как привязанность к школе и местному сообществу, успеваемость в школе и отношения с родителями.

Анализ гендерных различий показывает, что во многих странах и областях происходит разрушение традиционных представлений о том, как должны вести себя молодые люди в зависимости от принадлежности к тому или другому полу. Например, почти в одной трети стран и областей, участвующих в программе HBSC, мальчики имеют опыт половых сношений в два раза чаще, чем девочки, но в то же время гораздо больше таких стран, где различий между полами почти нет, а в 6 странах и областях (Англии, Финляндии, Германии, Гренландии, Шотландии и Уэльсе) девочки чаще, чем мальчики, сообщают о том, что уже вступали в половые сношения. Почти во всех странах и областях мальчики чаще, чем девочки, сообщают, что пользовались презервативом во время последнего полового сношения. Иногда гендерные различия могут быть довольно велики, как, например в Бельгии (фламандская область) и Украине. Эти гендерные различия вызывают ряд сложных вопросов, касающихся культурной среды, государственной политики и содержания программ санитарного просвещения.

Исследование HBSC не является идеальным средством получения полной картины возрастного распределения начала половой активности, потому что даже старшим респондентам пошел всего лишь шестнадцатый год жизни, а большинство молодых людей еще не начинали проявлять сексуальной активности. Тем не менее, тот контингент в данном исследовании, который определен как сексуально активный, состоит в значительной степени из лиц, рано начавших половую жизнь, которые по определению считаются группой риска по вступлению в незапланированные и незащищенные половые сношения и по другим рискованным формам поведения, связанным с импульсивностью. С другой стороны, за некоторыми заслуживающими внимания исключениями, значительный процент этих респондентов, рано начавших половую жизнь, во многих странах и областях сообщают об использовании презервативов. Это свидетельствует о том, что молодые люди не только получили разнообразную информацию о безопасном сексе, но и в значительной своей части, по-видимому, положительно восприняли ее и применяют на практике. Данные о тенденциях в сексуальном поведении, особенно в отношении использования презервативов, весьма ограничены, поскольку это был первый цикл исследования HBSC, в который были включены обязательные стандартные вопросы о сексуальном поведении (11).

Для того, чтобы понять причины различий в конкретной практике контрацепции в каждой из стран и областей, участвующих в HBSC, и выработать эффективный возрастной критерий для оценки этой практики, планируется провести дальнейший анализ способов контрацепции. Дальнейший анализ также будет проводиться с целью изучения различий в факторах риска и защиты, связанных с сексуальным поведением, между отдельными лицами и между странами.

Литература

1. Raphael D. Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 1996, 19:6–16.
2. Ross J, Wyatt W. Sexual behaviour. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:115–120 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято веб-сайта 20 января 2004 г.).
3. Kolbe LJ, Kann L, Collins JL. Overview of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Public Health Reports*, 1993, 108(Supplement 1):2–10.
4. Brener N et al. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141(6):575–580.

5. Brener N, Kann L et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31:336–342.
6. Orr DP, Fortenberry JD, Blythe M. Validity of self-reported sexual behaviors in adolescent women using biomarker outcomes. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:261–266.
7. Flanigan, BJ, Hitch MA. Alcohol use, sexual intercourse and contraception: an exploratory study. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31(3):6–40.
8. Robertson JA, Plant MA. Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22(1):75–78.
9. Traeen B, Lundin Kvaalem I. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996, 9(7):995–1006.
10. Morris L, Warren CW, Aral SO. Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes. *Public Health Reports*, 1993, 108(Suppl. 1):31–36.
11. Trends in sexual risk behaviors among high school students – United States, 1991–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51:856–859.

Заклучение – Saoirse Nic Gabhainn

В данной главе представлено наиболее полное на сегодняшний день изложение данных о поведении, влияющем на здоровье в подростковом возрасте. Поиск поддающихся обобщению закономерностей в столь обширной совокупности данных со всей очевидностью подводит нас к рассмотрению роли таких индивидуальных характеристик, как возраст и пол, где закономерности в целом проявляются наиболее явно. Тем не менее, нельзя игнорировать существенные различия внутри отдельных стран и, более того, внутри отдельных подвыборок в странах. Также при толковании данных, касающихся физической активности, пищевого поведения и травматизма, должны приниматься в расчет различия во времени сбора данных.

Поразительные гендерные различия между странами и областями и между возрастными группами, а в некоторых случаях и рост гендерных различий по мере взросления иллюстрируют важность гендерных факторов в исследованиях и в практике общественного здравоохранения и укрепления здоровья. В целом мальчики явно более активны физически: они чаще занимаются физкультурой и спортом, чаще участвуют в драках и обижают других или являются жертвами обид, чаще получают травмы. Но несмотря на это, они также чаще сообщают об избыточной массе тела или ожирении, реже употребляют фрукты и овощи, чаще употребляют безалкогольные напитки и проводят больше времени перед телевизором или компьютером. Мальчики также чаще употребляют алкоголь и коноплю. Девочки в целом чаще сообщают о более низкой самооценке здоровья и удовлетворенности жизнью или удовлетворенности своим телом и о более высоком уровне субъективных жалоб на здоровье. Они более склонны пропускать завтраки и чаще сообщают о соблюдении диеты с целью похудения.

Если рассматривать общее ослабление поведения, поддерживающего здоровье, и усиление поведения, способного причинять вред здоровью, во всех возрастных группах на фоне данных о возрасте наступления такого поведения, то можно сделать вывод о том, что критический возраст для проведения первичной профилактики – это ранний подростковый возраст. Наиболее очевидно это по отношению к курению. Эти широкие общие закономерности проявляются не в каждой подвыборке, и именно в этом кроется возможность выявления контекстуальных факторов наибольшего влияния, заслуживающих дальнейшего внимания. Например, проценты травматизма и пользования презервативом существенно различаются между странами и областями, физическая активность с возрастом не снижается во всех странах, а гендерные различия в занятии физическими упражнениями минимальны в некоторых странах.

Все авторы этой главы высказали важные наблюдения, которые необходимо проверять и отслеживать в дальнейшем. При этом необходимо будет поставить следующие вопросы:

- Существует ли эпидемическая кривая в распространенности курения среди лиц женского пола и, если существует, каковы могут быть последствия?
- Почему те, кто пьют больше пива и вина, также пьют больше крепких напитков, вместо того, чтобы заменить употребление одного вида алкоголя на другой?
- Почему мальчики затрачивают гораздо меньше времени на домашние задания, чем девочки?
- Почему девочки сообщают о том, что соблюдают диету с целью похудения, даже тогда, когда они не сообщают о наличии у них избыточного веса?
- Почему дети в некоторых странах реже могут сообщить о своем росте и весе?
- Какие факторы влияют на ассоциации между физическими и сидячими видами деятельности?

Все авторы отмечают сложную взаимозависимость факторов, связанных и взаимодействующих с гигиеническим поведением подростков. Важнейшее значение имеет успешное вмешательство, и хотя оно не может быть одномерным, оно может иметь строгую направленность. Для противодействия множественным факторам риска и наслаивающимся друг на друга формам гигиенического поведения требуются сильное руководство, железная политическая воля и интеграция на международном, национальном и территориальном уровнях.

Необходима не только б́ольшая осведомленность о возможных последствиях определенных форм гигиенического поведения, но и внимание к качеству и доступности результатов научных исследований. Глава 3 представляет собой серьезную попытку разгадать один из аспектов этой сложной головоломки.



Глава 4

Объяснение взаимосвязи между здоровьем молодых людей и их гигиеническим поведением

Введение – Oddrun Samdal и Leslie Alexander

В главе 2 представлены четыре главные составляющие обстоятельств жизни молодых людей, которые изучались в ходе обследования в рамках HBSC 2001/2002 годов: социально-экономическое положение, семья, сверстники и школа. Почему так важно изучать эти составляющие во взаимосвязи со здоровьем молодых людей и влияющим на здоровье поведением? Это важный вопрос для тех, чья работа не включает составляющей обстоятельств жизни.

Вопросы рациона питания в главе 4 не рассматриваются, однако пример из этой области может оказаться полезным. Конечно, измерение фактического потребления подростками сахара и представление полученных в результате данных с разбивкой по полу и возрасту само по себе весьма ценно, но практическая полезность таких данных может быть ограничена. Если целью является улучшение благополучия и пропаганда более здоровых, сбалансированных рационов питания через стратегии целенаправленных вмешательств, тогда отсутствие данных о переменных, связанных с составляющими условий жизни, делает осуществление этих стратегий куда более трудным.

Предпочтения, касающиеся пищевых продуктов, зависят от географических и культурных факторов, а также от социально-экономических возможностей и доступности пищевых продуктов. Эти предпочтения в питании могут также подкрепляться или, наоборот, ослабляться под влиянием структурного и социального аспектов школьной среды, семьи и сверстников. Таким образом, понимание контекста, как в примере с потреблением сахара, может помочь в том, чтобы меры вмешательства более полно учитывали все нюансы ситуации, соответствовали обстоятельствам и были эффективными. Это понимание также может помочь сузить чересчур широкое обобщение при описании того или иного исхода для здоровья. Более того, многие утверждают, что контекст, или условия жизни, сами по себе могут оказывать гораздо большее воздействие, чем индивидуальные формы поведения.

В главе 4 представлены некоторые предварительные исследования того, как контекст может формировать здоровье и влияющее на здоровье поведение молодых людей. Кроме указанных четырех составляющих обстоятельств жизни, здесь вводится привязка по времени к половому созреванию как одному из аспектов условий, в которых происходит развитие девочек, способных влиять на их здоровье и гигиеническое поведение.

В данной главе каждая составляющая контекста рассматривается отдельно с точки зрения ее связи с отдельными последствиями для здоровья, однако планируется провести последующий анализ данных HBSC с целью изучения совокупности переменных контекста. В будущем перед исследованием HBSC будет стоять сложная задача – построить модели, которые будут учитывать сложную матрицу социальных условий и условий психофизического развития, и описать посредством анализа, как они взаимодействуют между собой и влияют на здоровье молодых людей.

В главе 4 подчеркивается неповторимая особенность исследования HBSC, которая отличает его от обследований, главная цель которых состоит, например, в мониторинге рискованных форм поведения и проблем здоровья. Главное достоинство программы HBSC, помимо того, что она дает возможность анализировать рискованные и способствующие здоровью формы поведения и показатели здоровья и благополучия с точки зрения тенденций и сравнения между странами, заключается еще и в том, что в ней обращается внимание на различные условия, в которых живут молодые люди. Как уже говорилось в главе 2 (с. 9–12), понимание контекста жизненно необходимо для усилий, направленных на укрепление здоровья.

Работа по изучению этой взаимосвязи продолжается. На основании предыдущих наборов данных HBSC уже опубликовано немало статей. В Интернете имеется исчерпывающий обзор этих публикаций⁴. Однако глубокий анализ данных обследования 2001/2002 годов только начинается.

В главе 4 в каждом разделе рассматривается какой-то один элемент контекста: социально-экономическое неравенство, семья, сверстники, школа и контекст психофизического развития, в котором наступает половая зрелость, и этот элемент анализируется в его связи с отдельными последствиями для здоровья и гигиенического поведения. В каждом разделе используется несколько иной аналитический подход в зависимости от того, какие ставятся концептуальные или теоретические вопросы.

⁴ HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study [веб-сайт]. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).

Социально-экономическое неравенство и здоровье – *Bjørn Holstein, Nina Parry-Langdon, Alessio Zambon, Candace Currie и Chris Roberts*

Введение

В главе 2 (с. 13–26) подчеркивается влияние социального неравенства на здоровье молодых людей как проблема, которой необходимо уделять первоочередное внимание как в научных исследованиях, так и при выработке политики. Для того, чтобы было легче проводить исследования, которые расширят наше понимание влияния социально-экономического положения на здоровье и гигиеническое поведение подростков, необходимо разработать такие показатели этого положения, которые можно использовать на международном уровне. Исследования HBSC внесли вклад в развитие методики, о котором говорится в главе 2. Целью данного раздела является расширение понимания проявлений социального неравенства в здоровье молодых людей, для чего рассматриваются связи между достатком семьи (с использованием ШДС – шкалы достатка семьи, описанной в главе 2) и некоторыми критериями здоровья и гигиенического поведения.

В прежних исследованиях HBSC было установлено, что зависимость между социально-экономическим положением и последствиями для здоровья изменяется в соответствии с тем, какой используется показатель и какие измеряются последствия (1,2). В других литературных источниках на эту тему также сообщается о подобной разнородности полученных результатов, которые характеризуются колебаниями в последствиях для здоровья и различиями между полами, возрастными группами и странами.

Многие исследования детей и подростков показали, что в семьях с низким социально-экономическим положением у них наблюдается больше проблем со здоровьем, чем у их сверстников из семей с высоким социально-экономическим положением (3–6). Это относится к таким показателям, как смертность (4,6–8), травматизм (9), распространенность диагностированных заболеваний (10–12), рост тела и ИМТ (6), оценка респондентами собственного здоровья и субъективные жалобы на здоровье (2,13–16) и поведение, связанное с риском для здоровья (8,17,18). В Великобритании Reading (3) приходит к выводу, что почти во всех аспектах здоровье детей, живущих в бедности, хуже, чем у детей из состоятельных семейств. Обзор международных публикаций и анализ новых данных, полученных в США, позволили выявить наличие обусловленных принадлежностью к определенному социальному классу градиентов по удовлетворенности своим здоровьем, способности преодолевать угрозы здоровью и пребыванию в наилучшем состоянии здоровья в целом (5). Исследованиями в некоторых других странах установлен недостаток фактических данных, которые свидетельствовали бы о неравенстве в отношении здоровья в среднем подростковом возрасте (19,20). В результате была выдвинута гипотеза о выравнивании здоровья у молодых людей в обществе постмодерна, в соответствии с которой утверждалось, что субкультурные влияния у молодых людей более важны для некоторых последствий для здоровья, чем социально-экономическое положение семьи (21).

Вне всякого сомнения, в этой области нужны дополнительные эмпирические факты. Благодаря тому, что в 35 странах и областях, участвовавших в обследовании HBSC 2001/2002 годов, используется стандартный критерий оценки социально-экономического положения и рассматривается несколько различных исходов с точки зрения здоровья и гигиенического поведения, информация, содержащаяся в этом разделе, может способствовать выработке более глубокого понимания природы неравенства в отношении здоровья среди подростков.

Методы

В данном разделе представлены двумерные связи между общими баллами по ШДС и четырьмя последствиями для здоровья и поведения для 11-, 13- и 15-летних мальчиков и девочек в каждой стране и области. Как и в главе 2, для ШДС используется трехбалльная ординальная шкала, где ШДС 1 (число баллов = 0,1,2,3) указывает на низкий достаток, ШДС 2 (число баллов = 4, 5) указывает на средний достаток, а ШДС 3 (число баллов = 6, 7) – на высокий достаток семьи.

Критерии измерения последствий включают два показателя здоровья, описанных в главе 3 (сс. 57–58): оценку собственного здоровья респондентом и субъективные жалобы на здоровье. Восемь субъективных жалоб на здоровье, довольно обычных в этой возрастной группе, включают: головную боль; боль в животе; боль в спине; неважное самочувствие, раздражительность или плохое настроение; ощущение беспокойства; трудно заснуть; головокружение (22). Рассматриваются две формы гигиенического поведения: физическая активность как показатель поведения, направленного на укрепление здоровья (см. главу 3, сс. 96–103), и курение как показатель поведения, причиняющего вред здоровью (см. главу 3, сс. 66–76).

Для каждого из показателей статистическая значимость градиента в баллах ШДС по странам и областям и по полу оценивается с помощью критерия хи-квадрат тенденции. Этот критерий применим, когда одна из представленных в таблице переменных имеет отчетливо видимый порядок (т.е. числа баллов по ШДС от низких до высоких). В сносках показано, где градиент ШДС для рассматриваемого показателя не является статистически значимым на уровне $P < 0,05$.

Результаты

На рисунке 4.1 показаны проценты молодых людей, которые оценивают свое здоровье как плохое или удовлетворительное (в противоположность хорошему или отличному) по странам и областям, полу и баллам по ШДС. Как среди мальчиков, так и среди девочек отмечается относительно четкий градиент для большинства стран и областей, показывающий уменьшающуюся долю тех, кто хуже оценивает свое здоровье, по мере роста достатка семьи. В небольшом числе случаев статистически значимого градиента нет: в Гренландии, Норвегии, Испании, Швейцарии и бывшей Югославской Республике Македонии – среди мальчиков; в Дании, Гренландии и Латвии – среди девочек. Как описано в главе 3, во всех странах среди девочек респондентов, сообщающих о низкой оценке собственного здоровья, больше, чем среди мальчиков.

На рис. 4.2 показаны проценты молодых людей, которые сообщают, что у них была по крайней мере одна субъективная жалоба на здоровье каждый день, с разбивкой по странам и областям, полу и баллам ШДС. Распространенность ежедневных субъективных жалоб на здоровье связана с ШДС среди мальчиков и девочек во многих, но не всех странах и областях. Эта связь статистически значима в большинстве стран и областей среди девочек, но только в половине стран среди мальчиков. В Австрии, Мальте, Российской Федерации и бывшей Югославской Республике Македонии нет четко выраженного градиента снижения распространенности ежедневных жалоб на здоровье по мере роста достатка семьи как среди мальчиков, так и среди девочек.

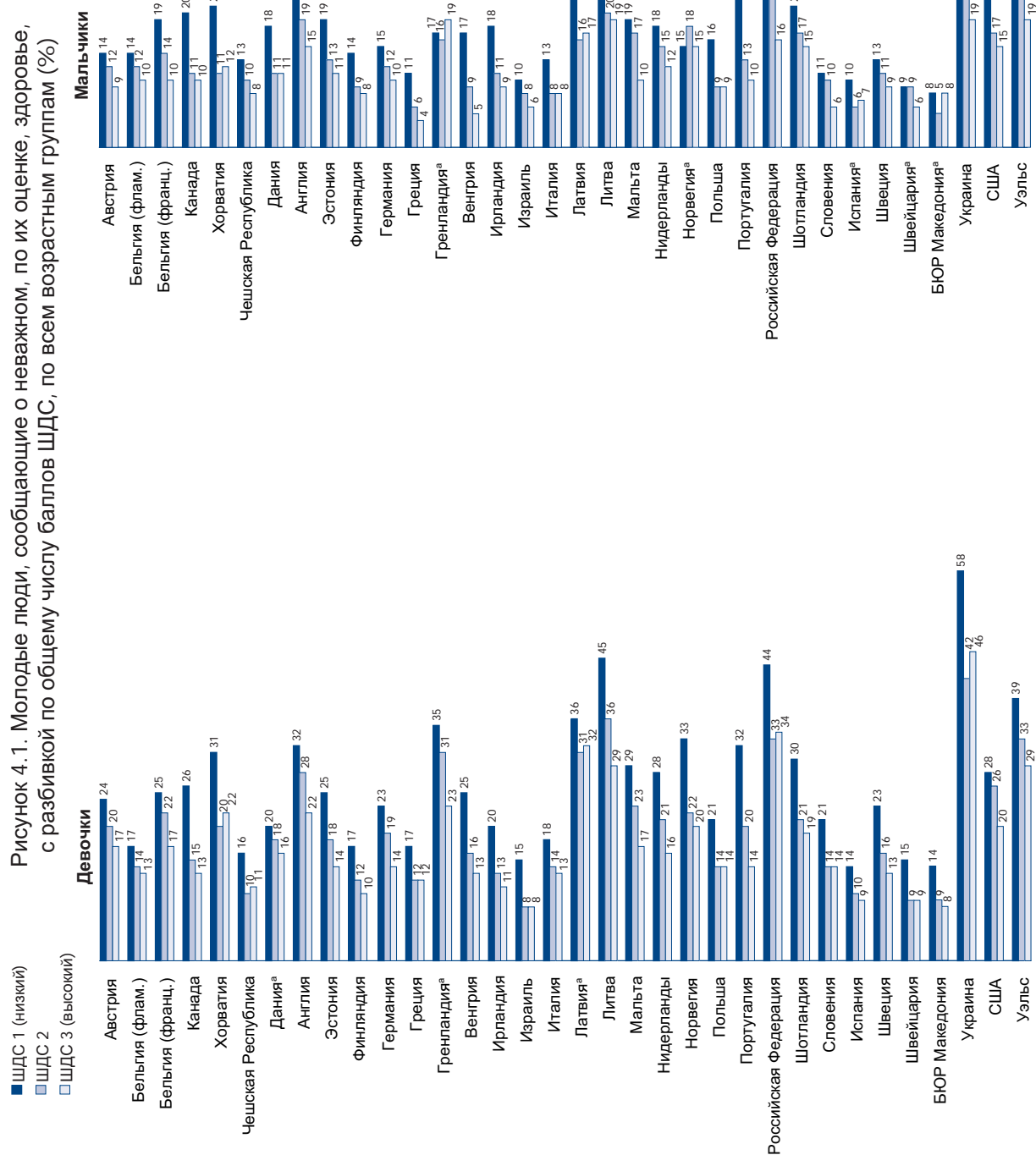
На рис. 4.3 показана связь между ШДС и физической активностью – занятием физическими упражнениями по крайней мере в течение одного часа четыре или более дней в течение типичной недели. В большинстве стран и областей доля молодых людей с таким уровнем активности растет с увеличением баллов по ШДС для обоих полов, но особенно это выражено у девочек. Однако в ряде случаев градиент статистически не значим: в Австрии, Мальте и Польше у мальчиков, в Гренландии и Швейцарии у девочек. В целом, как описано в главе 3, среди девочек уровень физической активности ниже, чем среди мальчиков.

Наконец, на рис. 4.4 показан процент курящих еженедельно по странам и областям, полу и по баллам ШДС. Связь между числом баллов ШДС и еженедельным курением менее постоянна, чем связи, представленные на рис. 4.1– 4.3. У девочек еженедельное курение четко ассоциирует с ШДС в 13 странах и областях. Аналогичная закономерность снижения в распространенности курения с ростом баллов ШДС отмечена у мальчиков, хотя связь статистически значима только в семи странах и областях.

Обсуждение результатов

В большинстве стран и областей установлены последовательные градиенты в оценке респондентами собственного здоровья в зависимости от достатка семьи (ШДС), что подтверждает результаты ранее проведенного исследования HBSC (23). За редким исключением, худшее

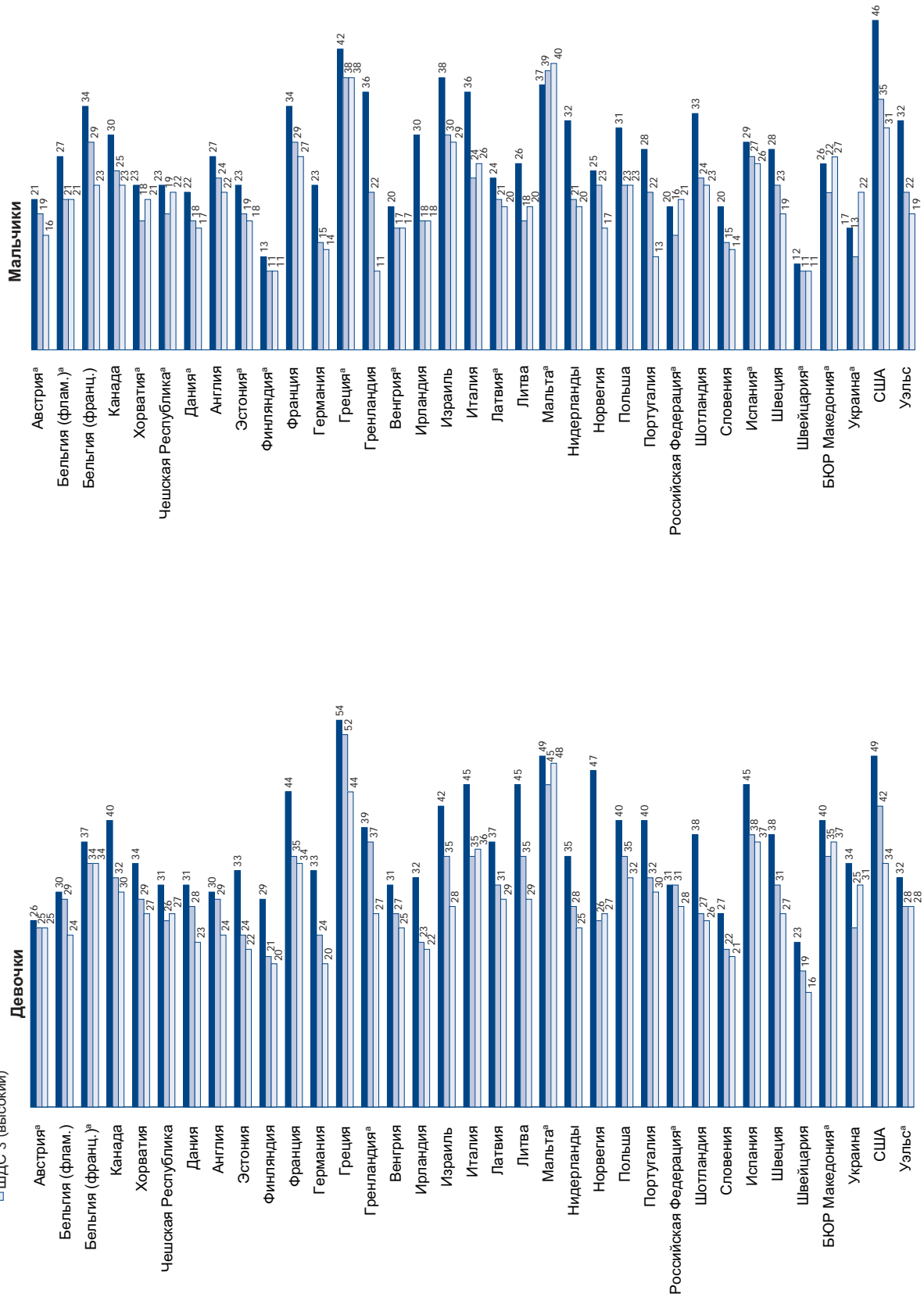
Рисунок 4.1. Молодые люди, сообщające о неважном, по их оценке, здоровье, с разбивкой по общему числу баллов ШДС, по всем возрастным группам (%)



^a Градиент ШДС статистически не значим на уровне $P < 0,05$.

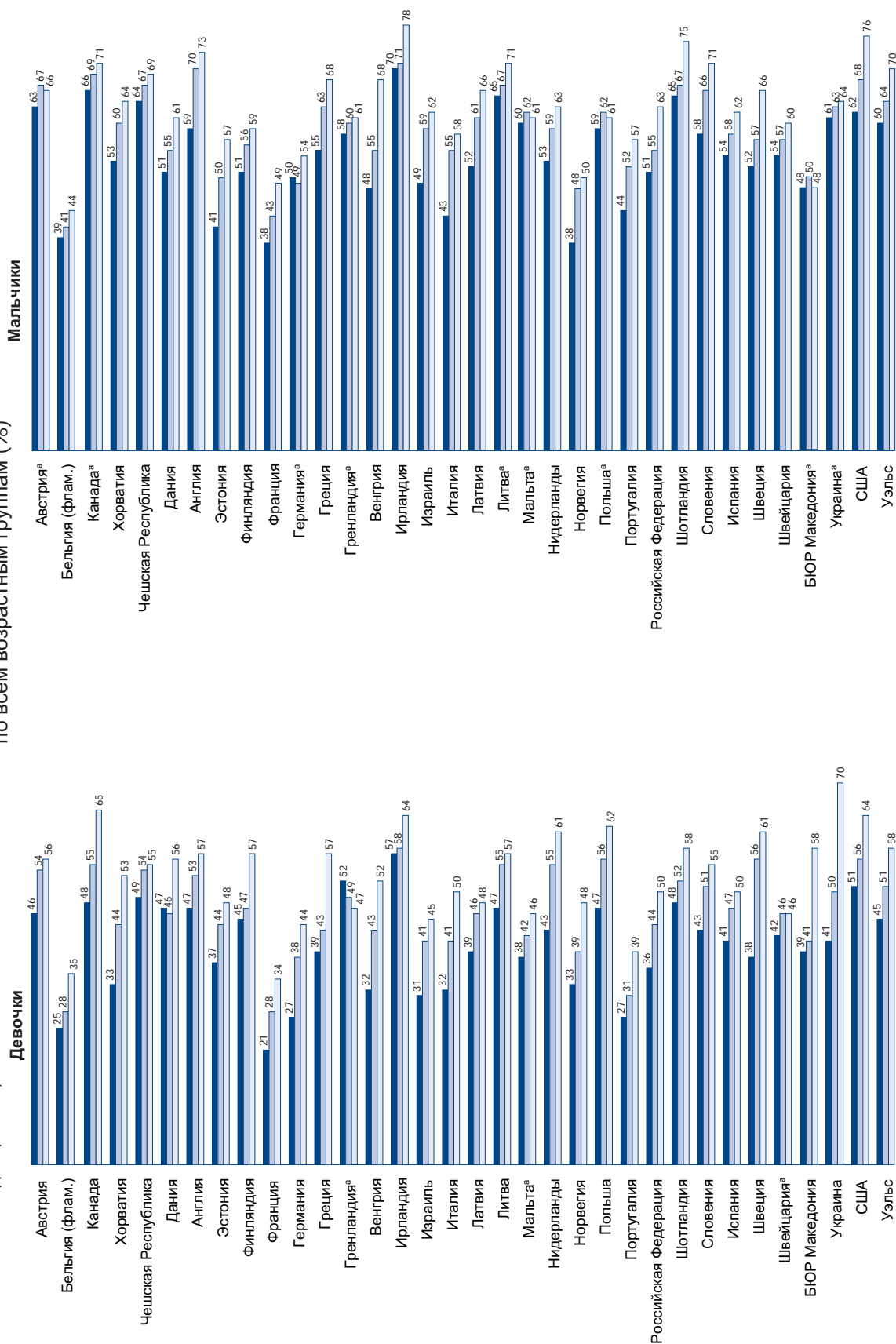
Примечание: данные по Франции отсутствуют.

Рисунок 4.2. Молодые люди, у которых была хотя бы одна субъективная жалоба на здоровье ежедневно, с разбивкой по общему числу баллов ШДС, по всем возрастным группам (%)



^a Градиент ШДС статистически не значим на уровне $P < 0,05$.

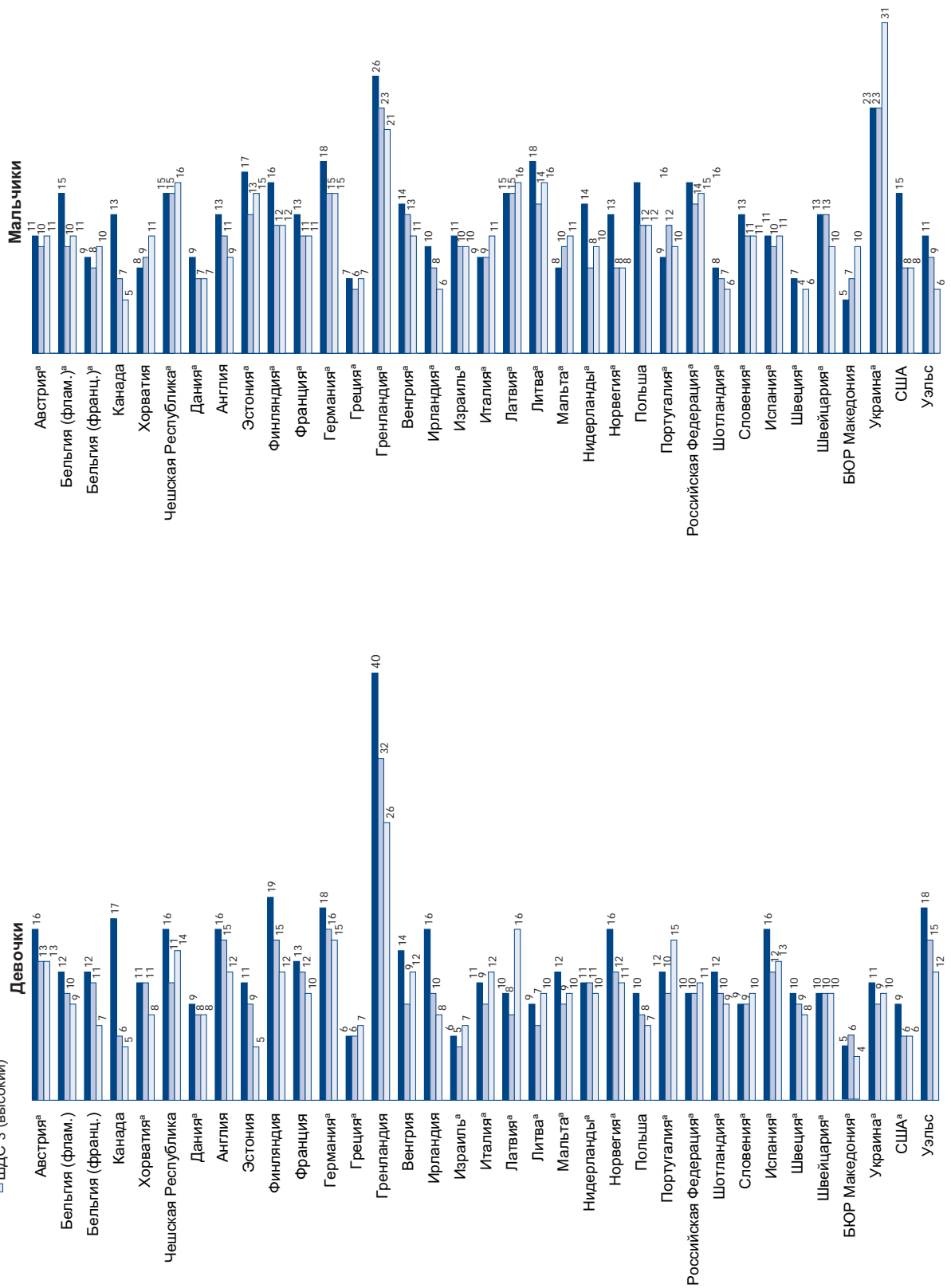
Рисунок 4.3. Молодые люди, занимающиеся физическими упражнениями по крайней мере 60 минут 4–7 дней в неделю, с разбивкой по общему числу баллов ШДС, по всем возрастным группам (%)



^а Градиент ШДС статистически не значим на уровне $P < 0,05$.
Примечание: данные по Бельгии (франкоязычная область) отсутствуют.

■ ШДС 1 (низкий) ■ ШДС 2 ■ ШДС 3 (высокий)

Рис. 4.4. Молодые люди, курящие еженедельно, с разбивкой по общему числу баллов ШДС, по всем возрастным группы (%)



^а Градиент ШДС статистически не значим на уровне $P < 0.05$.

здоровье, таким образом, ассоциирует с более низким уровнем достатка семьи. В тоже время по уровню субъективных жалоб на здоровье последовательный градиент ШДС установлен в большинстве стран и областей среди девочек и только в половине стран – среди мальчиков.

Большинство стран и областей характеризуются последовательными градиентами по физической активности в зависимости от уровня достатка семьи в отношении мальчиков и девочек, причем более высокий достаток ассоциирует с более высоким уровнем физической активности. Однако в данных о связи курения с числом баллов по ШДС последовательности очень мало.

Подытоживая вышесказанное, можно отметить, что представленные здесь результаты подтверждают основной вывод выполненных на сегодняшний день исследований социального неравенства в уровне здоровья молодых людей о том, что зависимость между социально-экономическим положением и здоровьем варьирует в зависимости от измеряемых последствий для здоровья, пола и страны. Хотя выводить причинно-следственные связи из данных одномоментного исследования нельзя, некоторые критерии оценки здоровья и гигиенического поведения (такие, как оценка респондентами собственного здоровья и физическая активность), по-видимому, больше других чувствительны к социально-экономическим обстоятельствам семьи. По всей видимости, во многих странах и областях на курение как среди мальчиков, так и среди девочек большее влияние оказывают другие социальные и индивидуальные факторы, а не достаток семьи. Например, предыдущее обследование HBSC показало выраженную корреляцию между курением и суммой располагаемых денег, которые могут поступать из разных источников за пределами семейного круга (17).

Этот раздел дает возможность сравнить социально-экономические градиенты в здоровье между полами и между странами, используя для этого единый показатель социально-экономического положения. В нем приводятся доводы о том, что ШДС – это полезный инструмент сравнительного исследования проявлений социального неравенства в последствиях для здоровья в разных странах, которые характеризуются большими различиями в общем достатке и профессиональной структуре общества.

Механизмы, лежащие в основе социального неравенства в отношении здоровья, сложны и, по всей вероятности, являются результатом нескольких взаимодействующих процессов. Некоторые утверждают, что материальное благосостояние играет ключевую роль в формировании неравенства в уровне здоровья (4,15), и ШДС, отражая данные об уровне достатка, является попыткой подойти к решению этого вопроса. Согласно другой гипотезе, могут также быть важны и психосоциальные процессы, и определенную роль в здоровье и поведении молодых людей может играть субъективное восприятие неравенства. Rahkonen и Lahelma (19) предполагают, что важным психосоциальным фактором являются устремления молодых людей. West (20) считает, что важным для здоровья социальным фактором является культура сверстников. Наконец, у молодых людей из семей с низким социально-экономическим положением могут быть ослаблены социальные связи со школой (21,24), которые могут содействовать проявлению влияния социально-экономического положения на здоровье.

Исследование HBSC дает возможность изучить уровни проявлений социального неравенства в отношении здоровья относительно таких факторов общих условий (контекста), как политика в области укрепления здоровья, экономики и социального обеспечения, а также экономические макрофакторы. К числу последних могут относиться общий достаток, неравенство доходов и инвестиции в здоровье и образование. Больше узнать о влиянии этих факторов можно из исследований стран с относительно низкой степенью социального неравенства в отношении здоровья среди молодых людей.

Литература

1. Currier C et al., eds. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).

2. Currie CE et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 1997, 12:385–397.
3. Reading R. Poverty and the health of children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 1997, 76:463–467.
4. Spencer NJ. *Poverty and child health*. Oxford, Radcliffe Medical Press, 1996.
5. Starfield B et al. Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:354–361.
6. Woodroffe C et al. *Children, teenagers and health. The key data*. Buckingham, Open University Press, 1993.
7. Bremberg S. [Социальные неравенства в отношении состояния здоровья среди детей и молодежи в Швеции]. Stockholm, National Institute of Public Health, 2002 (на шведском языке).
8. Olsen O, Madsen M. Effects of maternal education on infant mortality and stillbirths in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 22:128–136.
9. Laflamme L, Engstrom K. Socioeconomic differences in Swedish children and adolescents injured in road traffic incidents: cross sectional study. *BMJ*, 2002, 324:396–397.
10. Burr ML, Verrall C, Kaur B. Social deprivation and asthma. *Respiratory Medicine*, 1997, 91:603–608.
11. Mielck A, Reitmeir P, Wjst M. Severity of childhood asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 1996, 25:388–393.
12. Petersen T et al. [Здоровье детей в конце периода обязательного обучения в школе]. Copenhagen, National Institute of Public Health, 2000 (на датском языке).
13. Berntsson LT. *Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996* [диссертация]. Gothenburg, Nordic School of Public Health, 2000.
14. Halldorsson M et al. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:200–204.
15. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Journal*, 1994, 151:431–437.
16. van der Lucht LF, Groothoff J. Social inequalities and health among children aged 10–11 in the Netherlands: causes and consequences. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1305–1311.
17. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
18. Lowry R et al. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, 1996, 276:792–797.
19. Rahkonen O, Lahelma E. Gender, social class and illness among young people. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:649–656.
20. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
21. Vuille JC, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:287–293.
22. Haugland S. *School related stress, physical activity, and health complaints in adolescence* [диссертация]. Bergen, University of Bergen, 2001.
23. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine* (в печати)(<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.032>, взято с веб-сайта 2 апреля 2004 г.).
24. 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.

Семья и здоровье – *Michael Pedersen, Maria Carmen Granado Alcón и Carmen Moreno Rodriguez*

Введение

Исследование HBSC дает широкие возможности для того, чтобы начать изучение последствий для здоровья в свете как семейных отношений, так и структур семьи. Несмотря на продолжающееся изменение в определении семьи и все более положительное отношение в некоторых культурах к альтернативным структурам семьи, значение качества отношений в семейной ячейке теперь признается едва ли не более важным, чем ее структура. Неотъемлемой частью здорового развития молодых людей является то, как семья функционирует, а не то, как определяется ее членство.

Была высказана мысль о том, что позитивные отношения с родителями уменьшают вероятность проявления молодыми людьми рискованного поведения, например, курения (1). Они ассоциируют с такими позитивными последствиями для здоровья, как субъективное ощущение благополучия (2–4). Кроме того, в качестве одного из аспектов полноценных отношений было определено открытое общение между родителем и ребенком (2,5).

В данном разделе рассматриваются различные типы структур семьи и жизненного окружения, которые были представлены в главе 2 (с. 27–34). Многих людей, занимающихся исследованиями в области здравоохранения и социальной политикой, например, беспокоит возможное влияние изменений в структуре семьи на благополучие ее членов, особенно молодых людей. Например, структура семьи может влиять на модели общения, хотя, вероятно, любое влияние будет многомерным. Другие исследователи больше обеспокоены последствиями для здоровья, ассоциирующимися с различными типами домашней среды (2,6). Например, жизнь в доме, где легко общаться друг с другом, может уменьшить вероятность рискованного поведения.

В этом разделе анализируется оценка респондентом собственного здоровья и курение в зависимости от субъективно воспринимаемой легкости общения с родителями и структуры семьи.

Методы

Легкость общения как с матерями, так и с отцами рассматривалась как один из аспектов ориентированных на поддержку отношений с родителями, который может иметь положительное влияние на жизнь молодых людей. Анализ показателя оценки респондентами собственного здоровья сосредоточен на доле 11-, 13- и 15-летних респондентов, оценивающих свое здоровье как хорошее или отличное. Мы выбрали именно эти категории ответов как представляющие позитивные последствия для здоровья. Дополнительно мы исследовали ответы тех молодых людей, которые сообщают, что они не курят и, таким образом, избегают этой формы рискованного поведения.

Нами также исследовалась структура семьи. Из-за вариативности этого параметра в различных странах для представленных здесь анализов была отобрана подгруппа стран и областей: Дания, Англия, Норвегия, Швеция, США и Уэльс. Здесь не менее 10% респондентов сообщают о проживании в семье либо с обоими родителями, либо с одним родителем или с отчимом (мачехой). Последующий анализ сосредоточен именно на этих молодых людях, по которым имелся непротиворечивый набор данных (n=24153). Для целей иллюстрации и в некоторых случаях из-за малого числа респондентов в каждой категории мы объединили ответы по категориям семей с одним родителем и семей с отчимом (мачехой).

Полное описание рассмотренных переменных дается в главах 2 и 3 (с. 28, сс. 58–59, 66–67).

Результаты

Общение и оценка респондентами собственного здоровья

В главе 2 сообщается о большей субъективно воспринимаемой молодыми людьми легкости общения с матерью и выраженными различиями в легкости общения с отцом между мальчиками

Анализ с агрегированием данных (с использованием критерия хи-квадрат и проверкой различий в процентах), полученных из шести стран подгруппы (не показаны), и отдельные анализы по полу и странам (таблицы 4.1 и 4.2), показывают, что легкость общения с матерью и с отцом значимо ассоциирует с хорошей или отличной оценкой респондентом своего здоровья.

Если посмотреть на страны и области по отдельности, в таблице 4.1 показаны весьма схожие диапазоны значений (процентов с хорошим или отличным здоровьем) среди мальчиков, оценивающих общение с матерями и отцами как легкое или очень легкое. Есть лишь незначительное совпадение этих процентов с процентами среди тех, кто оценивает общение с родителями как трудное. Девочки, которым легко общаться с обоими родителями, характеризуются схожими диапазонами процентов по самооценке здоровья (табл. 4.2). Эти проценты частично совпадают с процентами среди тех девочек, которые считают, что им трудно общаться с матерями и отцами.

Таблица 4.1. Мальчики, оценивающие свое здоровье как хорошее или отличное, с разбивкой по странам и субъективно воспринимаемой легкости общения с родителями (%)

Страна	Мальчики с хорошим здоровьем (%)			
	Общение с матерью		Общение с отцом	
	Легкое	Трудное	Легкое	Трудное
Дания	90,5	81,9	91,3	83,4
Англия	83,6	74,1	84,9	74,7
Норвегия	86,7	76,6	88,3	76,3
Швеция	91,2	80,0	91,7	82,5
США	86,6	78,0	87,9	77,7
Уэльс	81,5	70,3	81,6	74,2

Таблица 4.2. Девочки, оценивающие свое здоровье как хорошее или отличное, с разбивкой по странам и субъективно воспринимаемой легкости общения с родителями (%)

Страна	Девочки с хорошим здоровьем (%)			
	Общение с матерью		Общение с отцом	
	Легкое	Трудное	Легкое	Трудное
Дания	86,1	74,2	88,4	78,3
Англия	75,9	65,2	77,8	70,2
Норвегия	81,6	67,3	84,1	73,5
Швеция	87,0	69,9	90,1	75,8
США	80,8	67,7	84,4	71,9
Уэльс	72,2	58,3	75,3	64,0

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что в странах и областях устойчиво сохраняется закономерность: лучшее здоровье ассоциирует с лучшим качеством общения.

Общение и неупотребление табака

Анализ с агрегированием данных, полученных из шести стран подгруппы (не показаны), и отдельные анализы по полу и странам (таблицы 4.3 и 4.4) показывают, что легкость общения с обоими родителями значимо ассоциирует с неупотреблением табака.

Таблица 4.3. Некурящие мальчики, с разбивкой по странам и по субъективно воспринимаемой легкости общения с родителями (%)

Страна	Некурящие мальчики (%)			
	Общение с матерью		Общение с отцом	
	Легкое	Трудное	Легкое	Трудное
Дания	89,1	82,4	89,9	83,4
Англия	87,1	76,5	86,9	81,4
Норвегия	88,0	75,8	88,6	79,0
Швеция	92,4	77,5	93,4	79,5
США	87,7	82,7	88,2	82,9
Уэльс	90,9	80,5	90,7	84,7

Таблица 4.4. Доля некурящих девочек, с разбивкой по странам и по субъективно воспринимаемой легкости общения с родителями (%)

Страна	Некурящие девочки (%)			
	Общение с матерью		Общение с отцом	
	Легкое	Трудное	Легкое	Трудное
Дания	88,8	82,3	90,1	84,6
Англия	83,1	66,6	85,4	75,1
Норвегия	84,4	68,2	88,4	73,3
Швеция	89,4	77,0	91,1	82,3
США	92,2	83,8	94,1	86,9
Уэльс	86,8	69,3	89,2	77,9

Таблицы 4.3 и 4.4 показывают, что, как и в случае оценки респондентами своего здоровья, наблюдаются очень схожие диапазоны значений (проценты некурящих) среди мальчиков, которые общаются со своими родителями легко или очень легко. Никакого совпадения процентов с теми, кто считает такое общение трудным, не наблюдается. Среди девочек легкость общения с обоими родителями ассоциирует с аналогичными диапазонами процентов. Эти проценты незначительно совпадают с процентами среди тех, у кого затруднено общение с матерью и отцом.

Структура семьи

Как отмечено в главе 3, на здоровье молодых людей может влиять множество факторов, и структура семьи – это лишь один из таких факторов, которые следует учитывать при исследовании различий.

В шести странах и областях подгруппы 74% молодых людей (n=17105), по данным опроса, проживают с обоими родителями, а 26% (n=5964) живут с одним родителем или один из родителей у них неродной.

Общение

Имеются небольшие, но статистически значимые различия в легкости общения с матерями в зависимости от структуры семьи. У молодых людей из полных семей общение несколько легче (83%), чем у молодых людей в объединенной категории семей с одним родителем и семей, в которых один из родителей неродной (79%). То же можно сказать об общении с отцами (64% в полной семье против 59% в семье с одним родителем или семье с одним родителем неродным).

Структура семьи и оценка респондентами собственного здоровья

Мальчики чаще, чем девочки, сообщают о том, что их здоровье хорошее или отличное, независимо от структуры семьи.

В целом оценка собственного здоровья значимо ассоциирует со структурой семьи, т.к. молодых людей с хорошей или отличной оценкой собственного здоровья больше среди тех, кто живет с обоими родителями, чем среди тех, кто живет в семье с одним родителем или где один из родителей неродной (83% и 78%, соответственно). Эта зависимость сохраняется и при анализе по полу (таблица 4.5). Исключение составляют мальчики в Дании и девочки в Швеции и Норвегии. Тем не менее, различия в процентах тех, кто имеет хорошее или отличное здоровье, в зависимости от структуры семьи относительно невелики и стабильно ниже 10% для обоих полов.

Таблица 4.5. Доля молодых людей с хорошим или отличным здоровьем, по странам и типам структуры семьи (%)

Страна	Мальчики с хорошим здоровьем (%)		Девочки с хорошим здоровьем (%)	
	Оба родителя	Семья с одним родителем или одним из родителей неродным	Оба родителя	Семья с одним родителем или одним из родителей неродным
Швеция	90,8	87,4	86,0	82,3
Дания	89,3	86,0	84,9	79,8
Норвегия	86,4	82,2	80,8	77,0
США	85,8	81,8	79,6	72,1
Англия	83,4	78,9	76,1	69,0
Уэльс	81,5	73,5	70,9	64,3

Таблица 4.6. Некурящие молодые люди, с разбивкой по странам и структуре семьи (%)

Страна	Некурящие мальчики (%)		Некурящие девочки (%)	
	Оба родителя	Семья с единственным родителем и с одним из родителей неродным	Оба родителя	Семья с единственным родителем и с одним из родителей неродным
Дания	89,4	82,6	87,9	85,1
Англия	87,5	79,6	84,2	71,1
Норвегия	87,9	81,3	83,9	75,7
Швеция	91,5	89,1	90,7	81,3
США	88,0	83,2	92,0	85,3
Уэльс	90,2	84,0	86,3	74,2

Структура семьи и неупотребление табака

Девочки курят чаще вне зависимости от структуры семьи.

В целом же неупотребление табака статистически значимо ассоциирует со структурой семьи – в семье с единственным родителем или в семье, где один из родителей неродной, живет меньше некурящих молодых людей, чем в семье с обоими родителями (88% и 80%, соответственно). Связи между структурой семьи и неупотреблением табака статистически значимы для обоих полов, за исключением девочек в Дании и мальчиков в Швеции (табл. 4.6).

Обсуждение результатов

Представленное в этом разделе предварительное изучение подмножества данных показывает, что контекст семьи связан как с оценкой респондентами собственного здоровья, так и с курением. Однако можно возразить, что эти результаты поднимают больше вопросов, чем дают ответов.

Одна из сильных сторон исследования HBSC состоит в том, что оно направлено на изучение поведения в зависимости от целого ряда факторов, влияющих на здоровье и благополучие детей и подростков. В данном разделе подчеркиваются защитные аспекты как общения, так и структуры семьи. Это не значит, что в семьях, где общение субъективно воспринимается как неудовлетворительное, дети непременно курят. В равной степени мы не хотим сказать, что все молодые люди из семей с единственным или неродным родителем всегда имеют плохое здоровье. В действительности все, что можно сказать на основании этих результатов – это то, что и общение и структура, по всей видимости, влияют на здоровье. Но они ни в коем случае не единственные детерминанты исходов с точки зрения здоровья, и более того, известно, что их влияние смягчается другими социальными и индивидуальными факторами.

В других разделах этой книги авторы приводят убедительные аргументы о том, влияние на здоровье и благополучие молодых людей оказывают, например, и социально-экономическое положение, и школьная среда и сложившиеся модели питания и физической активности. Последующий же анализ как структуры семьи, так и общения будет строиться на более широком подходе.

Одним из недостатков представленных в этом разделе пунктов анализа состоит в том, что они относятся лишь к некоторому подмножеству респондентов. Объясняется это тем, что в эти пункты была включена структура семьи. В некоторых странах семьи еще заметно различаются по своей структуре, но преобладают семьи с двумя родителями. Другой недостаток в том, что обязательный вопросник HBSC содержит очень мало пунктов, которые посвящены семье и ее потенциальному влиянию на параметры последствий для здоровья. Тем не менее, многие страны и области, участвующие в проекте HBSC, уделили внимание и семье, так что в последующих публикациях эти взаимосвязи и взаимное влияние будут рассмотрены более полно.

Литература

1. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
2. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).
3. Garnefski N, Diekstra R. Adolescents from one parent, stepparent, and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 1997, 20:201–208.
4. Swarr AE, Richards M. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 1996, 32(4):636–646.
5. Field T et al. Adolescents' intimacy with parents and friends. *Adolescence*, 1995, 30(117):133–140.
6. Furstenberg FF. Coming of age in a changing family system. In: Feldman SS, Elliott GR, eds. *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1993:147–170.

Сверстники и здоровье – *Wolfgang Settertobulte и Margarida Gaspar de Matos*

Введение

В главе 2 (с. 35–42) дается введение к вопросу о том, какое большое влияние оказывает на личность в подростковом возрасте группа сверстников; в данном разделе значение этого влияния для здоровья разбирается более подробно.

Группа сверстников рассматривается как один из механизмов, посредством которых можно влиять на поведение молодых людей, связанное со здоровьем. Процесс влияния сверстников объясняется по-разному. Согласно одной точке зрения, причиной начала и продолжения рискованного поведения является активное влияние группы сверстников (1,2). Однако не всегда ясно, действительно ли подростки ищут друзей с такими же, как у них, моделями поведения, или является ли подражание другим членам группы сверстников одним из следствий ее воздействия, что приводит к возникновению аналогичных моделей поведения среди ее членов. В некоторых теориях подчеркивается важность нажима, заставляющего подражать остальным, как элемента процесса общения внутри группы (3), и это может вести к ослаблению или усилению проявлений рискованного поведения. Например, к независимым переменным, прогнозирующим курение среди девочек, относятся большее число баллов по шкале общительности и наличие курящих друзей (4,5). Рискованное поведение, в частности, курение сигарет, может быть открытым проявлением тех ценностей, которых придерживаются в некоторых группах сверстников. Такое рискованное поведение также помогает поддерживать сплоченность группы, служа средством сближения через общие ритуалы. Эта концептуальная модель предполагает, что подвергание своего здоровья различным формам риска является коллективным поведением, которое задается определенными нормами группы сверстников, и что ценности возникают из потребности в социальной интеграции и самовыражении группы (6).

Молодые люди с высокой степенью социальной компетентности могут иметь больше близких друзей и лучшие социальные привязанности (7,8). Молодые люди, обладающие социальными навыками, лучше подготовлены к тому, чтобы улучшить свою социальную компетентность и навыки решения проблем через взаимодействие в группе сверстников. Проявления этого можно видеть в таких областях, как принятие решений, расстановка приоритетов, сопротивление нажиму со стороны группы и лидерство (9). Более того, показано, что хорошие навыки общения и высокая степень социальной привязанности обладают эффектом защиты от неблагоприятного влияния группы сверстников, например, на употребление алкоголя и наркотиков (10,11).

Большинство исследований, касающихся влияния сверстников, сосредоточены на рисках, которые вытекают из вовлечения в группы сверстников, однако общение со сверстниками также играет важную роль в развитии защитных факторов. Berndt (12) делает вывод, что существуют оба типа влияния, в зависимости от личных и социальных потребностей подростка, и их нужно принимать во внимание, чтобы понять сложную динамику влияний сверстников. Молодые люди отрабатывают и совершенствуют свои социальные навыки и способность преодолевать стрессовые события через взаимодействие с друзьями (13). Наличие нескольких близких друзей указывает на способность завязывать близкие отношения с другими. Наличие значительной социальной поддержки ассоциирует с субъективно воспринимаемым здоровьем и гигиеническим поведением (14–16).

В этом разделе представлено несколько пунктов предварительного анализа зависимости между критериями принадлежности к группе сверстников (число близких друзей и частота встреч с ними) и несколькими критериями поведения, создающего риск для здоровья, и поведения, способствующего укреплению здоровья.

Методы

С целью иллюстрации данные представлены только по одной возрастной группе – по 13-летним. В целях анализа зависимости между количеством близких друзей и последствиями для здоровья

выборка была разделена на две группы: мальчиков и девочек, у которых два или меньше близких друзей и у которых три или больше близких друзей. Также учитывалось влияние гендерного фактора.

Исследовалась частота встреч с друзьями (два или менее раз в неделю и три или более раз). Описание соответствующих вопросов, заданных в ходе обследования, приведено в главе 2 (с. 35–36).

В качестве типичных форм рискованного поведения были выбраны следующие переменные: ежедневное курение, употребление алкоголя более двух раз в неделю и пребывание в состоянии опьянения два раза и более. Подробности о соответствующих вопросах приводятся в главе 3 (с. 66–67, 77–78).

В качестве примера поведения, способствующего укреплению здоровья, была выбрана физическая активность (см. главу 3, с. 97–98). У тех, кто сообщал о высоком уровне физической активности, были проанализированы как число, так и пол друзей.

Результаты

Размер группы сверстников

Результаты предыдущих обследований в рамках HBSC показывают, что регулярное курение тесно связано с контактами со сверстниками и с другими формами рискованного поведения (2,17).

Среди мальчиков и девочек в возрасте 13 лет процент курящих ежедневно невелик. Тем не менее, на рис. 4.5 показано, что как мальчики, так и девочки, сообщающие о том, что у них есть три или более близких друзей (подруг), также чаще сообщают и о том, что они курят каждый день. Эта связь, по-видимому, зависит и от пола друзей. Среди 13-летних девочек с тремя и более друзьями вероятность ежедневного курения увеличивается более чем в два раза, если среди их друзей есть мальчики.

Также было изучено влияние друзей на модели физической активности. О своей физической активности чаще сообщают респонденты, имеющие наибольшее число друзей (рис. 4.6). Среди 13-летних мальчиков процент физически активных примерно на 10% выше в тех случаях, когда они имеют трех и более друзей, независимо от их пола. Девочки с тремя и более друзьями также сообщают о большей физической активности.

Количество и время контактов со сверстниками

Обследование 2001/2002 годов подтверждает результаты предыдущих обследований в рамках HBSC, свидетельствующие о том, что имеется связь между частотой встреч с друзьями и рискованным поведением (1,2). На рискованное поведение могут влиять все виды встреч – днем после школы, вечером или по электронным каналам связи. Если влияние дневных встреч и контактов по телефону или электронной почте сравнительно невелико (данные не показаны), то частые встречи по вечерам более тесно ассоциируют с употреблением психоактивных веществ. Рис. 4.7 иллюстрирует процент ежедневно курящих в зависимости от частоты встреч с друзьями по вечерам. Риск ежедневного курения выше как среди мальчиков, так и среди девочек, встречающихся со своими друзьями по вечерам три и более раз в неделю.

Аналогичные результаты можно видеть и в отношении потребления алкоголя (табл. 4.7). Частота встреч с друзьями по вечерам тесно ассоциирует с риском регулярного потребления алкоголя.

Среди 13-летних мальчиков вероятность потребления алкоголя более двух раз в неделю возрастает в 2,6 раза при частоте встреч с друзьями по вечерам три и более раз в неделю. Для девочек относительный риск составляет 3,9 раз. На индивидуальном уровне корреляция между частотой случаев опьянения и регулярным потреблением алкоголя совсем слаба, однако обнаруживаются аналогичные картины связи с частотой контактов со сверстниками: вероятность того, что подростки доведут себя до состояния опьянения, повышается в три или четыре раза, если они встречаются с друзьями три или более раз в неделю по вечерам.

Частота контактов со сверстниками по вечерам также связана с физической активностью (рис. 4.8). Среди тринадцатилетних девочек, которые сообщают о том, что встречаются со

Рисунок 4.5. Молодые люди, курящие ежедневно, в зависимости от числа и пола друзей, 13-летние (%)

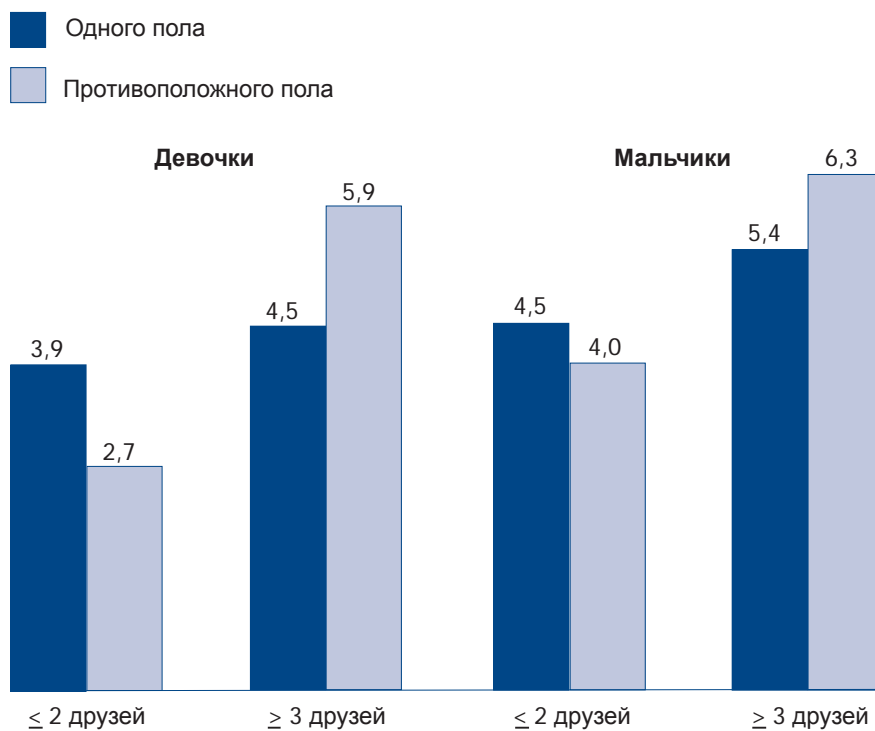


Рисунок 4.6. Молодые люди, которые бывают физически активными не менее 60 минут в день 4–7 дней в неделю, в зависимости от числа и пола друзей, 13-летние (%)

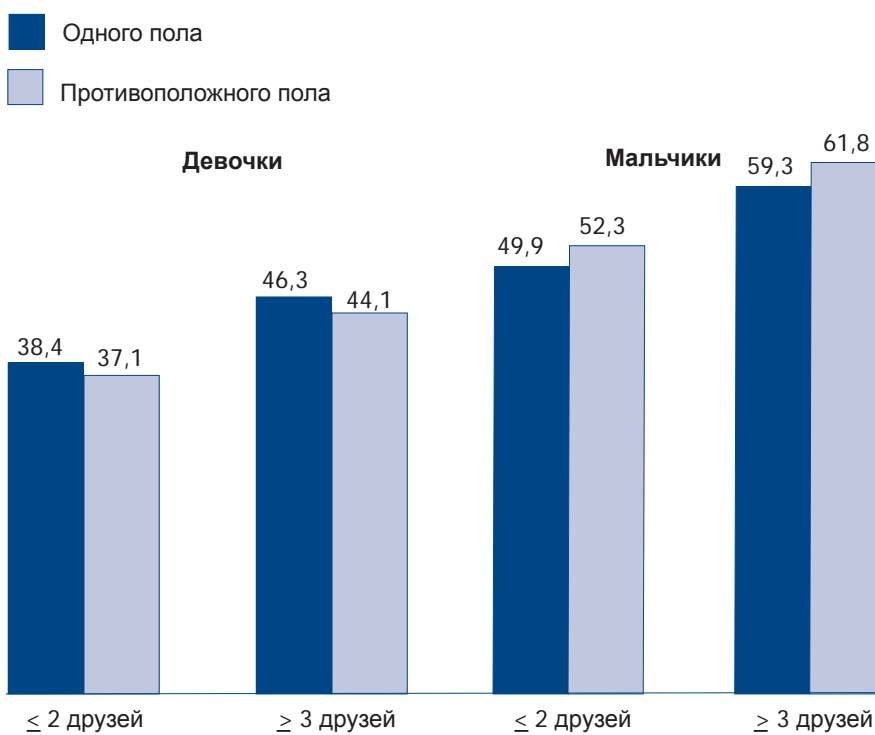


Рисунок 4.7. Молодые люди, курящие ежедневно, в зависимости от числа встреч с друзьями по вечерам, 13-летние (%)

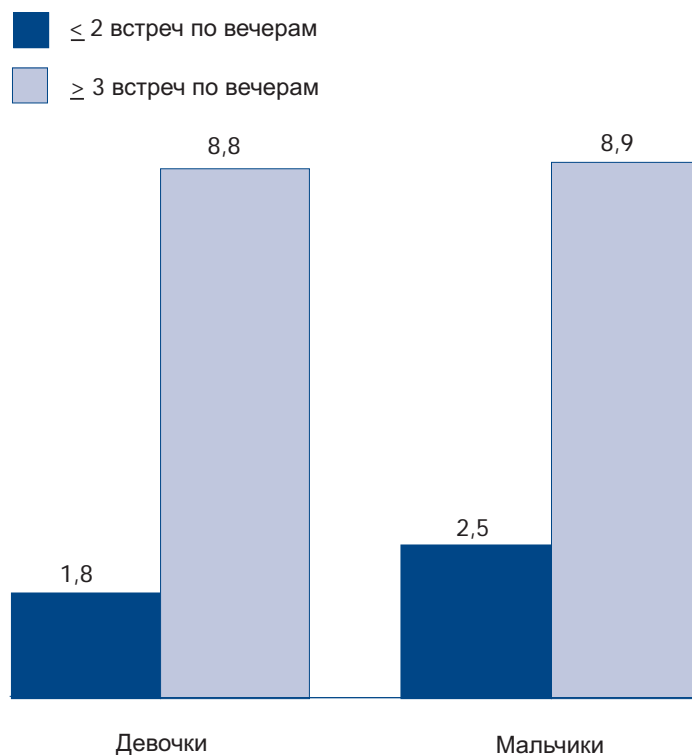


Рис. 4.8. Молодые люди, которые бывают физически активными не менее 60 минут в день 4–7 дней в неделю, в зависимости от числа встреч с друзьями по вечерам, 13-летние (%)

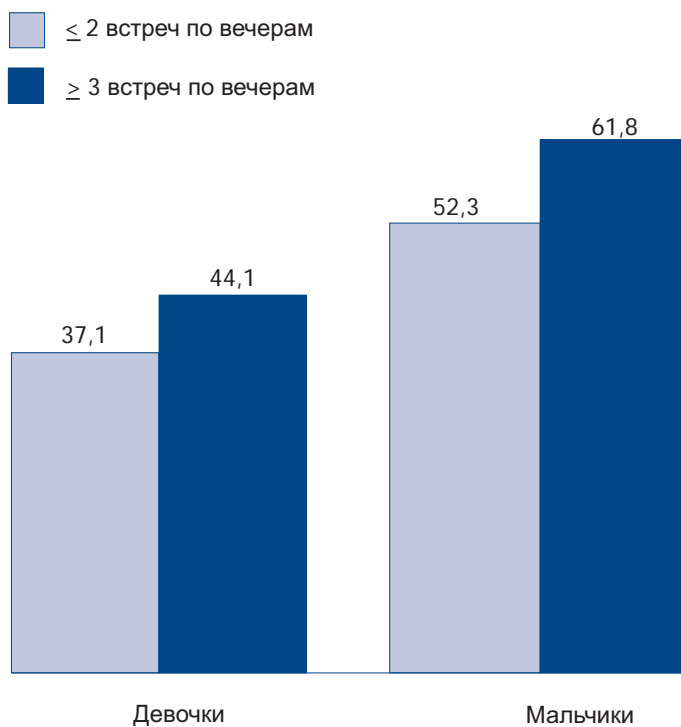


Таблица 4.7. Связь между употреблением алкоголя и встречами с друзьями по вечерам ≥ 3 раз в неделю, 13-летние

Потребление алкоголя	Коэффициенты вероятности возрастания	
	Мальчики	Девочки
Регулярное потребление (> 2 раз в неделю)	2,6	3,9
Были пьяными (> 2 раз)	3,4	4,0

Примечание: коэффициенты вероятности рассчитывались с использованием логистической регрессии. Все связи статистически значимы ($P < 0,001$).

сверстниками более трех вечеров в неделю, на 7% больше таких, кто сообщает о физической активности более четырех дней в неделю. Среди 13-летних мальчиков это различие составляет примерно 10%. Эти данные показывают, что контакты со сверстниками с такой частотой могут быть временем рискованного поведения, но они же могут быть и временем занятия спортом и другими видами физической активности, полезными для здорового развития.

Обсуждение результатов

Некоторые факты указывают на то, что девочки, имеющие контакты со сверстниками противоположного пола, чаще курят. Хотя все встречи с друзьями, независимо от их формы, могут создавать возможность и служить стимулом для того, чтобы попробовать на себе испытать рискованное поведение, встречи по вечерам ассоциируют с более высоким риском. Этот результат был получен и в предыдущих обследованиях в рамках HBSC.

Результаты показывают, что встречи сверстников ассоциируют не только с рискованным поведением (таким, как употребление психоактивных веществ), но и с поведением, способствующим укреплению здоровья (таким, как физическая активность). Это подчеркивает тот факт, что в подростковом возрасте эти формы поведения проявляются главным образом в социальных действиях, предпринимаемых в группе. Подростки редко пьют спиртное и курят в одиночестве и обычно занимаются физической активностью, например, спортом в компании с другими. Предпочтения в отношении совместных действиях определяются и другими характеристиками групп сверстников, а не только размером группы и частотой контактов в группе. Хотя по этим темам здесь не представлено никаких данных, в будущем при анализе данных будут проанализированы и охватывающие их факультативные вопросы.

Стратегии, направленные на предупреждение рискованных форм поведения и противодействие нажиму со стороны групп сверстников, должны учитывать потребности молодых людей, связанные с развитием. Пожалуй, подростковый возраст – не самый подходящий период для принятия профилактических мер, направленных просто на то, чтобы избежать рискованного поведения за счет уменьшения контактов с группой сверстников. Гораздо более перспективной стратегией представляется упор на содействие выработке социальной компетентности, включая такие вопросы, как межличностное общение, решение проблем, эмоциональная отзывчивость и перспективы будущего для индивида, путем дискуссий и ролевых игр (18,19).

Литература

1. King AJC, Boyce WF, King MA. *Trends in the health of Canadian youth*. Ottawa, Health Canada, 1999.
2. Settertobulte W. Family and peer relations. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:39–48 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).

3. Hopkins N. Peer group processes and adolescent health related behaviour: more than 'peer group pressure'? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1994, 4:329–345.
4. Killen JD et al. Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65(6):1011–1016.
5. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Predicting adult smoking: the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Education Research*, 1996, 11(3): 309–315.
6. Connop H, King A, Boyce W. *Youth smoking and the role of the peer group*. Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 1999 (Working Paper Series, No. 47).
7. Bell NJ et al. Family relationships and social competence during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1985, 14(5):109–119.
8. Decovic M, Meeus W. Peer relations in adolescence: effects of parenting and adolescents' self concept. *Journal of Adolescence*, 1997, 20(2):163–176.
9. Erwin P. *Friendship and peer relations in children*. Chichester, Wiley, 1993.
10. Ardelt M, Day L. Parents, siblings, and peers: close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 2002, 22(3):310–349.
11. Brody G, Ge X. Linking parenting process and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 2001, 16(3):351–362.
12. Berndt T. Friendship and friends' influence in adolescence. In: Muuss R, Porton H, eds. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
13. Berndt T. Friendship and friends' influence in adolescence. *Current directions in psychological science*, 1992, 1(5):156–159.
14. Cohen SW. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98:310–357.
15. Taylor A, Sylvestre J, Botschner J. Social support is something you do, not something you provide: implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability*, 1998, 25(4).
16. Muuss R, Porton H. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
17. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
18. Matos M. Body, movement, social behaviour and social learning theory. *Portuguese Journal of Human Performance Studies*, 1995, 11(1):45–52.
19. Matos M, Simões C, Carvalhosa S. *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social* [Развитие жизненных навыков для предупреждения социальной дезадаптации]. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Instituto de Reinserção Social–Ministério da Justiça, 2000 (на португальском языке).

Школа и здоровье – *Ulrike Ravens-Sieberer, Gyöngyi Kökönyei и Christiane Thomas*

Введение

В главе 2 (с.с. 43–53) содержится анализ школы как места работы молодых людей и рассматривается вопрос о том, как они воспринимают различные аспекты школы, такие, как поддержка и учебная нагрузка, в зависимости от возраста и пола. В данном же разделе главное внимание уделяется влиянию школы на здоровье прежде всего с целью изучения зависимости между субъективными восприятиями молодых людей своей школьной среды, адаптацией к школе и последствиями для здоровья.

То, что переживают и испытывают в школе молодые люди, т.е. их жизнь в школе можно рассматривать как критический период развития их самооценки, самовосприятия и гигиенического поведения. Эти факторы влияют на субъективно воспринимаемое ими общее состояние здоровья и удовлетворенность жизнью как настоящей, так и будущей. В подростковом возрасте молодые люди переживают изменения не только в своем организме, но и в функционировании систем социальной поддержки, таких, как семья, школа и сверстники (1). По мере того, как у людей развивается собственное достоинство и компетентность в учебной и социальной сферах, они утверждают себя как личности (2). В учебной сфере одной из важнейших детерминант представления о самом себе является успеваемость, тогда как на развивающееся представление о себе в социальной сфере влияние оказывает признание и поддержка со стороны сверстников, особенно одноклассников. Таким образом, поскольку школа является тем контекстом, в котором происходит большая часть взаимодействий между сверстниками и в котором оценивается академическая успеваемость, именно эта среда имеет решающее значение для развития в подростковом возрасте.

Благоприятная школьная среда (например, комфортный социальный климат, в котором есть поддержка со стороны сверстников) и успешная адаптация к школе (о чем свидетельствуют академическая успеваемость и низкие уровни стресса, связанного со школой) могут повысить ощущение успеха и компетентности, а это в свою очередь ведет к большему благополучию и большей удовлетворенности жизнью и меньшему количеству субъективных жалоб на здоровье. И наоборот, отсутствие успехов в учебе и низкий уровень признания со стороны сверстников может привести к уменьшению положительных последствий для здоровья и увеличению проявлений рискованного поведения (3). Соответственно, школьный контекст представляется одновременно и фактором риска, и ресурсом, обеспечивающим физическое, эмоциональное и социальное благополучие (4–6). Результаты продольного исследования, проведенного Jessor и соавторами (7), показывают, что такие факторы, как хорошая успеваемость в школе (на которую указывает средний балл за каждый класс) и позитивное отношение к школе и друзьям (непричинение обид другим и неприятие обид со стороны других) защищают от формирования проблемного поведения. Ведь в классе товарищи по учебе не принимают ни тех, кто обижает слабых, ни тех, кого обижают, у тех и у других хуже здоровье и они с большей вероятностью проявляют рискованное поведение. Кроме того, причинение обид и издевательства коррелируют с низкой психосоциальной адаптацией (8,9). Издевательства со стороны сверстников ведут к тому, что возникают внутренние проблемы (например, депрессия, ощущение беспокойства, соматические жалобы) и проблемы с внешним проявлением (такие, как агрессивность), и у жертв подрывается чувство собственного достоинства (10).

Возраст и пол также играют роль в определении того, какие факторы школьной среды негативно влияют на здоровье. Когда главное внимание уделяется планам на будущее, осуществление которых зависит от академической успеваемости, это может вызывать стресс у учащихся старших классов, в то время как такой фактор, как неприятие сверстниками, может оказывать большое влияние на здоровье учащихся младших и средних классов (11). Старшие школьники также, по-видимому, чувствуют меньшую удовлетворенность школой, чем младшие (12).

Что касается гендерных различий, то представительницы женского пола в течение всей жизни, по-видимому, больше, чем мужчины, опираются на свой круг социального общения во время стрессовых ситуаций (13); поэтому субъективное ощущение недостатка такой поддержки у лиц женского пола в подростковом возрасте может приводить к ухудшению субъективно оцениваемого здоровья и меньшей удовлетворенности жизнью (11). Кроме того, главные детерминанты самооценки у девочек – это физическая привлекательность и социальное признание. Субъективно воспринимаемая неудача в любой области может также иметь отрицательное влияние на общее состояние здоровья (14,15). К тому же девочки могут быть больше, чем мальчики, подвержены как эмоциональным нарушениям, так и субъективным жалобам на здоровье (16,17). Очевидно, что эти гендерные различия начинают формироваться в раннем возрасте (18).

Согласно теориям, субъективные жалобы на здоровье являются реакцией на стресс. Одним из потенциальных источников стресса у детей и подростков является школьная среда, т.е. учебные занятия и социальный климат (преподаватели, сверстники). Неудовлетворенность школьной средой и связанная с нею низкая степень удовлетворенности жизнью могут частично отражать проблемы в приспособлении к школьным требованиям, таким, как требования в отношении успеваемости (19,20). Напротив, положительное восприятие социального климата класса или школы в целом ассоциирует с наличием у подростка меньшего числа эмоциональных и поведенческих проблем (21). По данным предыдущих исследований HBSC, молодые люди, сообщающие о более высоком качестве жизни и лучшем самочувствии, удовлетворены школой, чувствуют поддержку одноклассников и оценивают предъявляемые к ним требования как не слишком высокие (12). Персистентные психосоматические симптомы в детстве могут быть результатом низкой академической и социальной компетентности (22) и могут увеличить вероятность проблем во взрослой жизни. Например, ощущение необъяснимых рецидивирующих болей в области живота в детстве является предвестником возникновения чувства тревоги и низкого уровня социального функционирования во взрослой жизни (23).

Кроме того, существенное влияние на здоровье оказывает самооценка. Низкая самооценка позволяет прогнозировать неблагоприятные последствия для здоровья, тогда как высокие баллы самооценки служат указанием на благоприятные последствия, такие, как хорошее настроение и отсутствие соматических и психологических симптомов (24).

Таким образом, имеется множество фактических данных, свидетельствующих о том, что прочность и доброжелательный характер отношений, сложившихся в социальном контексте школы, могут хотя бы частично определять состояние здоровья индивидуума.

В главе 2 показано, что старшим школьникам (и в целом мальчикам) школа обычно нравится меньше, и они оценивают свою академическую успеваемость ниже. Поэтому при обсуждении и анализе зависимости между школьными факторами и здоровьем нужно принимать во внимание различия в переживаниях и восприятии школьной среды молодыми людьми, а также роль факторов возраста и пола в этих различиях. В анализе, приведенном в главе 3 (с. 57–65), делается вывод, что 15-летние девочки входят в особую группу риска по низкому субъективному состоянию здоровья. По этой причине здесь представлены две совокупности данных: одна по всему обследованному контингенту молодых людей, другая только по 15-летним. И вновь следует отметить, что данные одномоментного исследования, такие, как данные HBSC, позволяют описать связи между школьными факторами и последствиями для здоровья, но вывести из них причинно-следственные механизмы нельзя.

Методы

В анализе, представленном в данном разделе, было использовано четыре пункта: отношение к школе, академическая успеваемость, поддержка сверстников и ощущение школьной нагрузки (они описаны в главе 2, с. 44). Они используются как по отдельности, так и в составе совокупного критерия оценки школьной жизни. Балл оценки школьной жизни рассчитывался для каждого молодого человека в соответствии с ответами на эти четыре пункта. Респонденты были разделены на категории имеющих положительную, среднюю или отрицательную оценку своей школьной жизни.

Молодым людям с положительной оценкой школьной жизни школа очень нравится, у них хорошие или очень хорошие отметки, они не ощущают трудности школьной нагрузки и согласны или решительно согласны с тремя утверждениями о своих одноклассниках:

- большинство их одноклассников добры и отзывчивы;
- одноклассники принимают их такими, какие они есть;
- большинству учеников в классе нравится быть вместе.

Молодым людям с преимущественно отрицательной оценкой школьной жизни школа не нравится, уровень успеваемости у них ниже среднего, они ощущают тяжесть школьной нагрузки и не согласны по крайней мере с двумя из трех приведенных выше утверждений о своих одноклассниках. Молодые люди из средней группы оценивают свою успеваемость как среднюю, ощущают определенную тяжесть школьной нагрузки и не согласны с одним из утверждений о своих одноклассниках.

В этом разделе рассматривается взаимосвязь между причинением обид со стороны школьников и последствиями для здоровья. В целях анализа был использован показатель частоты причинения обид другим или перенесения обид от других два раза в месяц и более. Пункты, касающиеся причинения обид, описаны более подробно в главе 3 (с. 143).

Последствия для здоровья, отобранные для анализа в данном разделе, включают оценку здоровья со слов респондента (хорошее или отличное), удовлетворенность жизнью (6 и более баллов по “лестнице Кантрила”), субъективные жалобы на здоровье (два и более симптомов либо ежедневно, либо несколько раз в неделю) и курение (по крайней мере раз в неделю). В главе 3 приведены три пункта, касающихся субъективного здоровья (с. 58), и пункт, касающийся курения (с. 66).

В представленных здесь анализах используются как совокупные данные по каждому полу по всем 35 странам и областям, участвующим в проекте HBSC, так и данные по отдельным странам. В таблицах 4.8–4.10 представлены совокупные данные анализа по 15-летним, а также коэффициенты корреляции Спирмена. На рис. 4.9–4.12 представлены данные по отдельным странам сразу для всех трех возрастных групп 11-, 13- и 15-летних, с разбивкой по полу.

Таблица 4.8. Связи между школьными переменными и последствиями для здоровья, 15-летние

Последствия для здоровья	Высокая успеваемость		Школа очень нравится		Ощущение большой школьной нагрузки		Высокий уровень поддержки со стороны учащихся	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
Множественные субъективные жалобы на здоровье	-0,13	-0,10	-0,22	-0,18	0,25	0,21	-0,16	-0,16
Хорошее или отличное состояние здоровья со слов респондента	0,21	0,18	0,18	0,15	-0,13	-0,11	0,20	0,20
Высокая удовлетворенность жизнью	0,23	0,19	0,25	0,19	-0,16	-0,15	0,24	0,21
Частое курение	-0,25	-0,22	-0,18	-0,16	0,02	0,02	-0,01	-0,04
Степень статистической связи								
Слабая (< 0,1)			Средняя (0,1– 0,25)			Сильная (> 0,25)		

^a коэффициент корреляции ρ Спирмена.

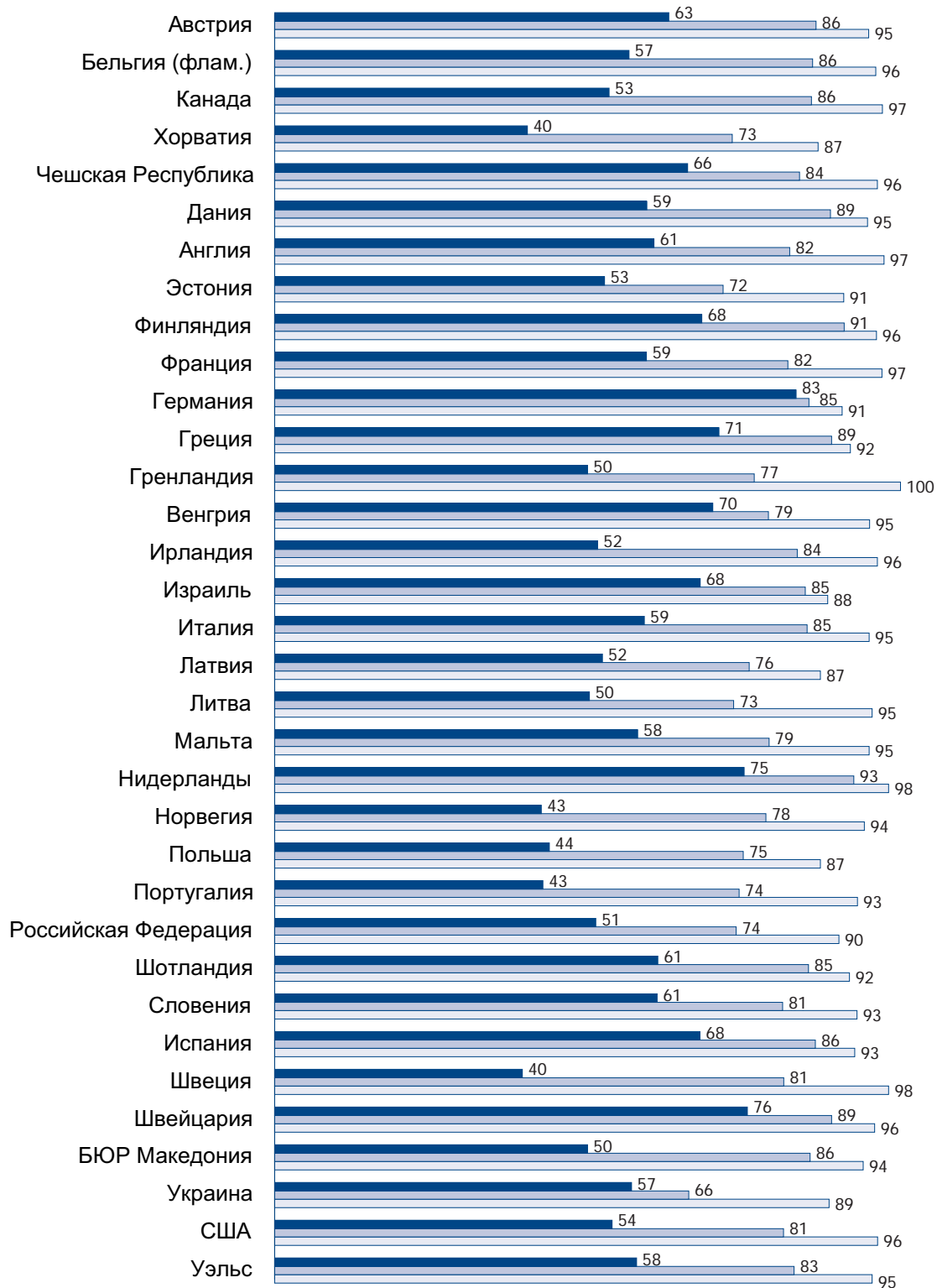
Результаты

Школьные детерминанты и последствия для здоровья

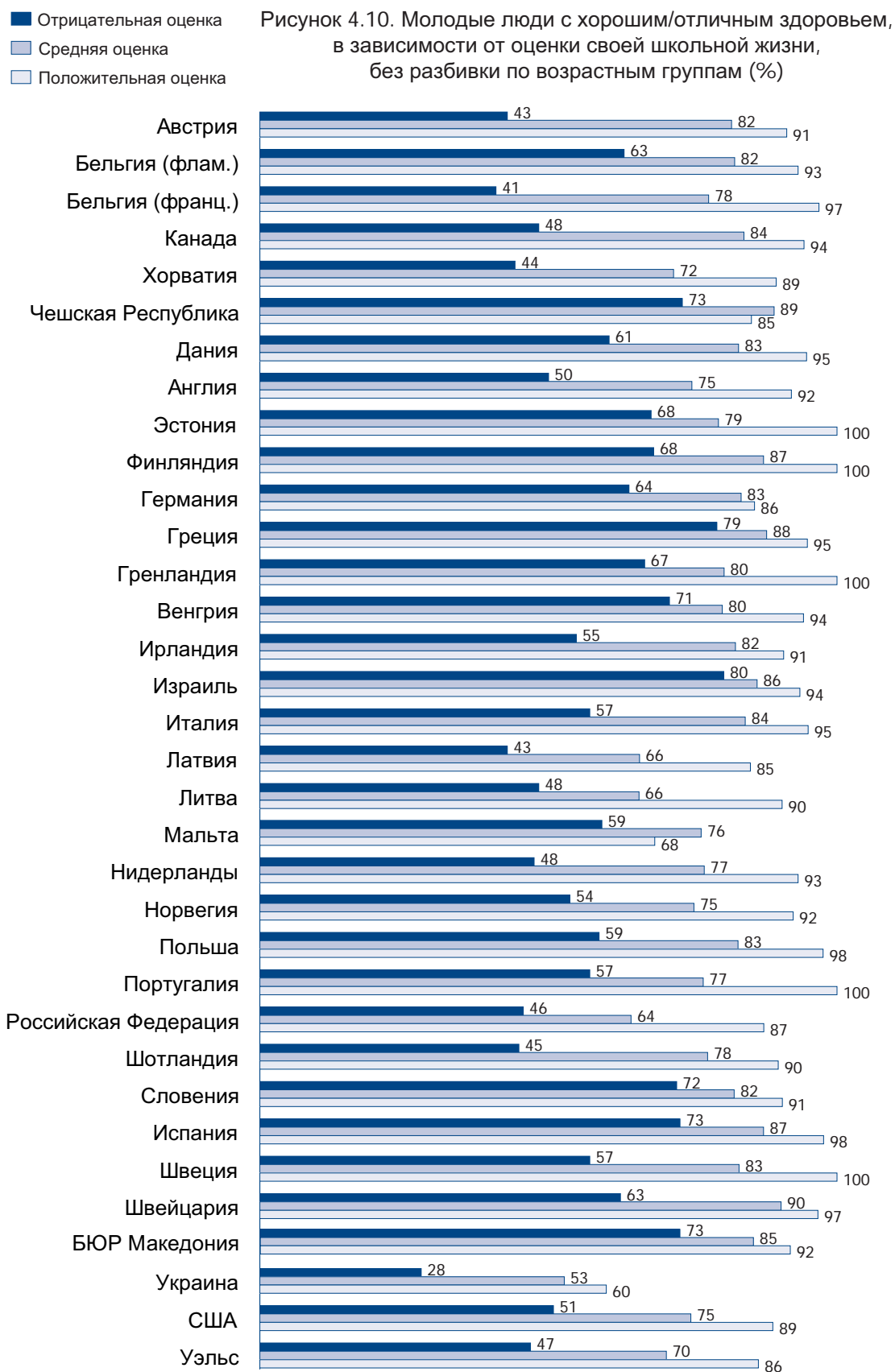
Вначале был проведен анализ и расчет данных, касающихся 15-летних респондентов во всех странах и областях. Анализы проводились отдельно для мальчиков и девочек, поскольку в прежних публикациях настоятельно подчеркивается, что связи между школьными переменными

- Отрицательная оценка
- Средняя оценка
- Положительная оценка

Рисунок 4.9. Молодые люди с высокой степенью удовлетворенности жизнью в зависимости от оценки своей школьной жизни, без разбивки по возрастным группам (%)



Примечание: отсутствуют данные по Бельгии (франкоязычная область).



Примечание: отсутствуют данные по Франции.

и последствиями для здоровья зависят от пола. Например, девочки больше, чем мальчики, склонны к субъективным жалобам на здоровье в результате стресса в школе. В таблице 4.8 с помощью совокупных данных по всем странам и областям показаны факторы последствий для здоровья и их связи со школьной средой и переменными адаптации к школе.

Детерминанты достаточно слабо коррелируют с выбранными последствиями для здоровья, при этом фактических данных о гендерных различиях в выявленных картинах связи имеется мало. Академическая успеваемость ассоциирует с меньшим числом субъективных жалоб на здоровье, хорошим общим состоянием здоровья со слов респондента, большей общей удовлетворенностью жизнью и меньшим риском курения. Подобная картина наблюдается у молодых людей, которые сообщают, что им нравится школа. Молодые люди, которые не ощущают большой трудности школьной нагрузки, намного больше удовлетворены своей жизнью, и у них меньше субъективных жалоб на здоровье. На субъективное ощущение здоровья молодых людей также, по-видимому, влияет социальная поддержка со стороны сверстников.

Субъективно оцениваемая школьная жизнь и последствия для здоровья

Описываемый ниже анализ основан на данных, касающихся молодых людей в возрасте 11–15 лет, по отдельным странам.

В обследовании HBSC 2001/2002 годов удовлетворенность жизнью измерялась с помощью т.н. лестницы Кантрила, в которой имеется десять ступенек – от наихудшей до наилучшей возможной жизни. Уровень шестой ступеньки и выше использовался как указывающий на удовлетворенность жизнью. Молодые люди с положительной оценкой школьной жизни высказывают большую удовлетворенность жизнью: от 87% в Хорватии, Латвии и Польше до 98% в Швеции и Нидерландах (рис. 4.9). И наоборот, те, кто отрицательно оценивают свою школьную жизнь, меньше удовлетворены жизнью: процент таких респондентов колеблется от 40% в Хорватии и Швеции до 83% в Германии. Подобная картина характерна для всех стран и областей.

В обследовании 2001/2002 годов молодым людям предлагалось оценить свое здоровье как отличное, хорошее, удовлетворительное или плохое. В анализе, представленном в этом разделе, внимание было сосредоточено на данных, полученных от молодых людей, которые оценили свое здоровье как отличное или хорошее. Как показано на рис. 4.10, в оценке здоровья со слов респондента наблюдается та же закономерность, что и в отношении удовлетворенности жизнью. От 60% (Украина) до 100% (Эстония, Финляндия, Гренландия, Португалия и Швеция) молодых людей с положительной оценкой своей школьной жизни оценивают свое здоровье как хорошее или отличное: эти проценты до двух раз превышают уровень среди тех, кто отрицательно оценивает свою школьную жизнь (от 28% в Украине до 80% в Израиле). Эта общая закономерность обнаруживается во всех странах и областях, участвующих в программе HBSC, хотя, как отмечено в главе 3, они различаются по уровням оценки здоровья со слов респондентов.

Субъективные жалобы на здоровье включают головную боль, боль в животе, боль в спине, неважное самочувствие, раздражительность, ощущение беспокойства, трудно заснуть, головокружение. Молодые люди с положительной оценкой своей школьной жизни меньше страдают от множественных повторяющихся жалоб на здоровье, чем оценивающие свою школьную жизнь отрицательно (рис. 4.11) Процент первых колеблется от 8 % (Финляндия) до 64 % (Эстония), а процент вторых – от 68 % (Австрия, Дания) до 93 % (франкоязычная область Бельгии, Италия). Это различие можно наблюдать во всех странах и областях, независимо от различий между ними по среднему проценту молодых людей, сообщающих о множественных повторяющихся жалоб на здоровье.

Такая же картина была выявлена в отношении зависимости между частым курением и субъективной оценкой школьной жизни во всех странах и областях, кроме Португалии и Гренландии, хотя средний процент часто курящих колеблется в широких пределах. Среди молодых людей с отрицательной оценкой школьной жизни больше тех, кто курит часто, чем среди молодых людей с положительной оценкой (рис. 4.12). Процент первых (от 21% в Греции до

64% в Венгрии) превышает в ряде случаев в шесть раз процент вторых (от 3% в Англии до 27% в Финляндии). Только в Гренландии отмечена противоположная картина: среди респондентов с положительной оценкой школьной жизни больше тех, кто курит по крайней мере раз в неделю. В Португалии в обеих группах процент часто курящих одинаков.

Гендерные различия в оценке школьной жизни и последствия для здоровья

Для того, чтобы изучить вопрос о том, как удовлетворенность жизнью, оценка здоровья со слов респондента, повторяющиеся субъективные жалобы на здоровье и частое курение зависят от оценки школьной жизни в разных гендерных группах, анализ связей выполнялся отдельно для девочек и для мальчиков с использованием данных, полученных только от 15-летних.

Более 90% всей выборки 15-летних школьников в исследовании HBSC, которые сообщают о положительной оценке своей школьной жизни, также сообщают и о высокой степени удовлетворенности жизнью и об оценке своего здоровья как очень хорошего (табл. 4.9). Около 80% всех респондентов с отрицательной оценкой школьной жизни сообщают о множественных повторяющихся жалобах на здоровье, а 37% сообщают о частом курении. Если разбить выборку по гендерному признаку, можно увидеть, что девочки с отрицательной оценкой школьной жизни значительно реже сообщают о высокой степени удовлетворенности жизнью и хорошем или отличном здоровье, чем девочки с положительной оценкой школьной жизни. Среди них также значительно более высокий процент тех, кто сообщает о множественных повторяющихся субъективных жалобах на здоровье. В то же время среди мальчиков различия в частоте сообщения об этих последствиях для здоровья в зависимости от оценки школьной жизни не столь значительны⁵. Кроме того, во всех возрастных группах девочки сообщают о более низких уровнях последствий для здоровья, чем мальчики. Эти результаты убедительно подтверждают мнение о том, что 15-летние девочки являются группой риска по неудовлетворительному субъективному состоянию здоровья в связи с отрицательной оценкой своей жизни в школе.

Причинение обид слабым и здоровье

Как было показано в главе 3, причинение обид слабым является серьезным фактором риска негативных последствий для здоровья. Для анализа того, какое воздействие оказывает причинение обид слабым, рассчитывались корреляции на основании суммарных совокупных данных по 15-летним респондентам, с разбивкой по полу.

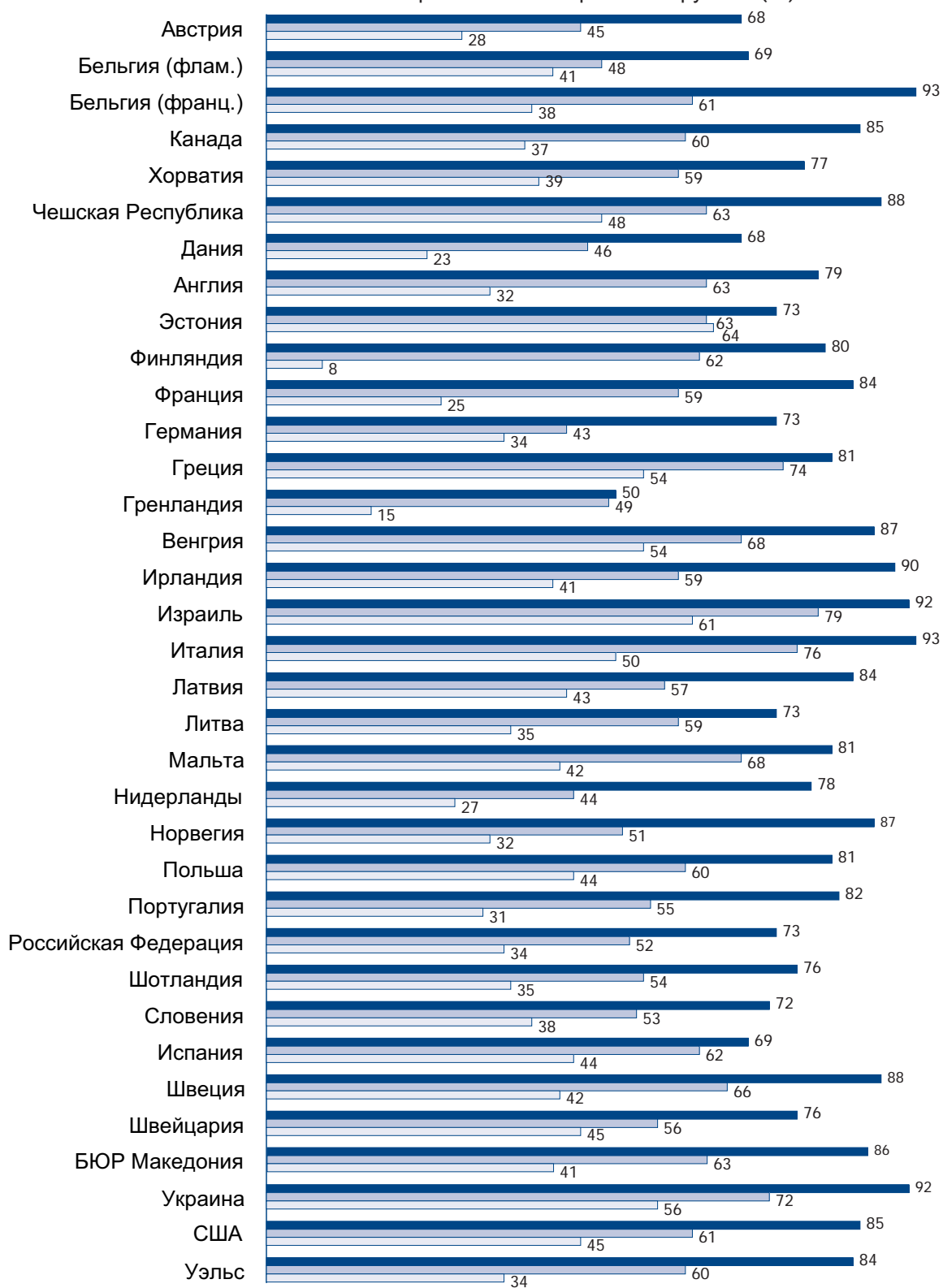
Таблица 4.9. Гендерные различия в последствиях для здоровья в зависимости от оценки школьной жизни, 15-летние (%)

Последствия для здоровья	Положительная оценка (%)			Средняя оценка (%)			Отрицательная оценка (%)		
	Девочки	Мальчики	Все	Девочки	Мальчики	Все	Девочки	Мальчики	Все
Высокая удовлетворенность жизнью	93,4	94,7	94,0	78,2	85,4	81,6	53,0	63,4	57,6
Хорошее или отличное здоровье по оценке респондента	89,3	95,0	91,8	73,4	84,6	78,6	49,1	65,1	56,3
Множественные повторяющиеся жалобы на здоровье	45,7	30,3	38,9	68,1	49,1	59,1	86,5	71,7	79,9
Частое курение	12,9	12,2	12,6	22,8	23,5	23,1	35,6	38,0	36,7

⁵ Статистически значимая связь между полом и группами с разными оценками школьной жизни изучалась с помощью дисперсионного анализа (ANOVA). Результаты анализа "пол x оценка школьной жизни" следующие: субъективные жалобы на здоровье: $P = 0,019$; оценка здоровья со слов респондента: $P < 0,001$; удовлетворенность жизнью: $P < 0,001$; курение: $P = 0,428$.

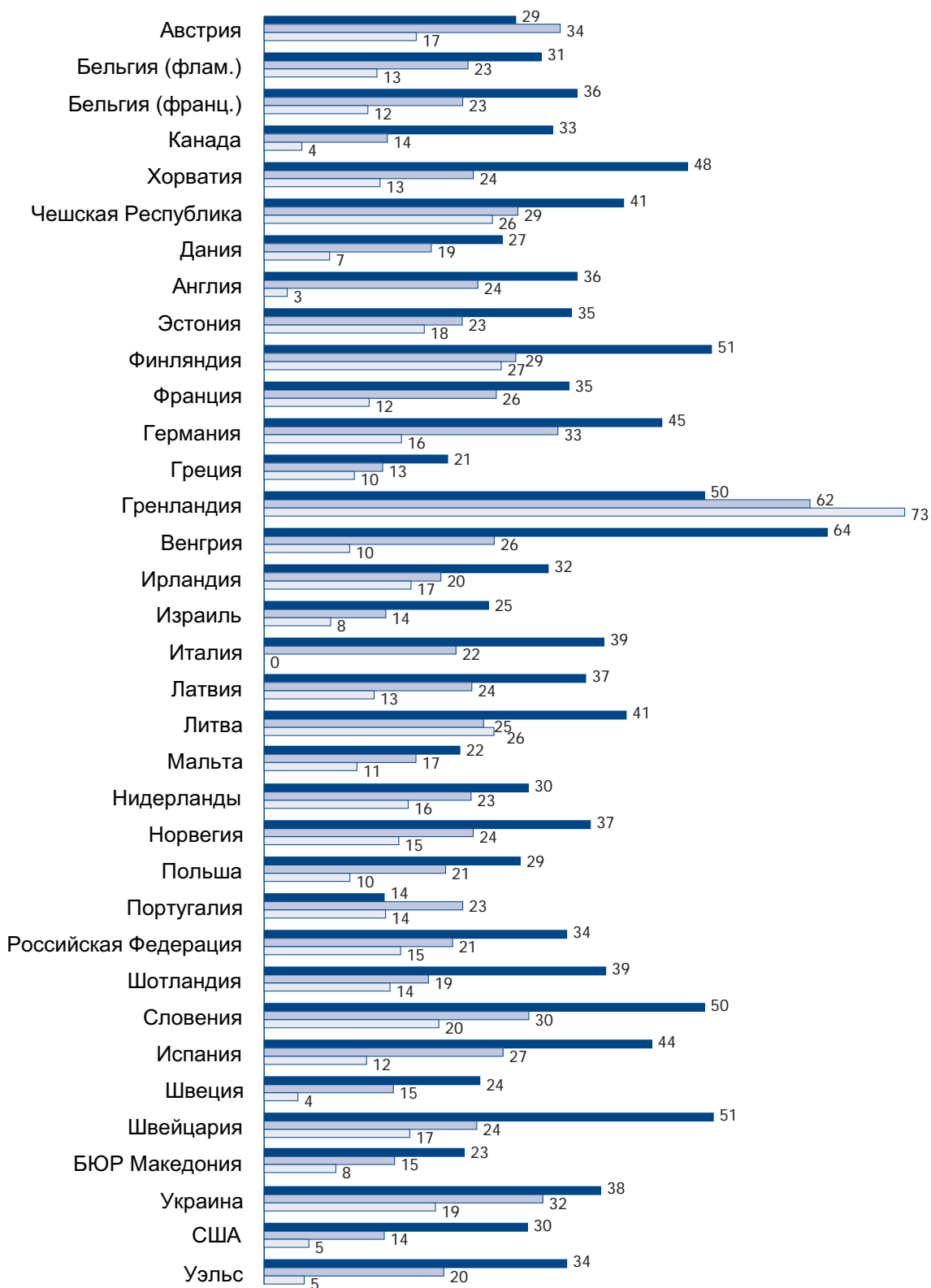
- Отрицательная оценка
- Средняя оценка
- Положительная оценка

Рисунок 4.11. Молодые люди, имеющие две и более субъективных жалоба на здоровье в неделю в зависимости от оценки школьной жизни, без разбивки по возрастным группам (%)



- Отрицательная оценка
- Средняя оценка
- Положительная оценка

Рисунок 4.12. Молодые люди, курящие не менее раза в неделю, в зависимости от оценки школьной жизни, без разбивки по возрастным группам (%)



В таблице 4.10 представлена степень связей между детерминантами (респондента обижали или он обижал других) и последствиями для здоровья (субъективные жалобы на здоровье, оценка здоровья со слов респондента, удовлетворенность жизнью и курение). Обе детерминанты умеренно ассоциируют с субъективными жалобами на здоровье как у мальчиков, так и у девочек. Когда респондента обижают другие, это несколько сильнее ассоциирует с пониженной удовлетворенностью жизнью, чем в случае, когда респондент сам обижает других, однако, когда респондент обижает других, это сильнее ассоциирует с курением. Гендерных различий в этих зависимостях не выявлено.

Так как социальные связи и поддержка играют важную роль в формировании самоуважения, ощущение признания и уважения со стороны сверстников вносит существенный вклад в хорошую субъективную оценку общего состояния здоровья как у мальчиков, так и у девочек.

Обсуждение результатов

Зависимость между школьной средой и адаптацией к школе с одной стороны и последствиями, связанными со здоровьем, с другой стороны, устойчивость которой демонстрируют данные по всем странам, показывает, что эта среда является важным фактором, влияющим на здоровье молодых людей. Однако направление причинности остается неясным: удовлетворенность школой и ее социальными компонентами может вести к повышению удовлетворенности жизнью и субъективно оцениваемого состояния здоровья, или же высокая степень удовлетворенности жизнью и хорошее субъективно оцениваемое здоровье могут вести к повышению степени удовлетворенности школьной средой. Более того, между изучаемыми явлениями вероятны динамические взаимодействия. Для представления ясного аргумента мы рассматриваем школу как причинный фактор, а здоровье как следствие, хотя и признаем, что эта зависимость, скорее всего, более сложна и динамична.

Субъективная оценка здоровья и оценка школьной жизни

Изучение зависимости между различными элементами школьной жизни и последствиями для здоровья показывает, что она проявляется как среди мальчиков, так и среди девочек, и лучшие последствия по всем критериям здоровья оказываются у тех, кому нравится школа, кто чувствует себя хорошо успевающим учеником, имеет высокий уровень поддержки со стороны других учащихся и не ощущает трудности школьной нагрузки. При использовании составного критерия “оценка школьной жизни” оказывается, что школьная среда больше влияет на субъективно оцениваемое общее состояние здоровья, удовлетворенность жизнью и наличие субъективных жалоб на здоровье у девочек, чем у мальчиков.

Таблица 4.10. Связи между страданием от обид/причинением обид другим и негативными последствиями для здоровья, 15-летние

Показатели здоровья	Страдание от обид		Причинение обид другим	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
Множественные субъективные жалобы на здоровье	0,18	0,17	0,14	0,16
Хорошее или отличное здоровье со слов респондента	-0,09	-0,12	-0,07	-0,05
Высокая удовлетворенность жизнью	-0,13	-0,15	-0,08	-0,07
Частое курение	0,01	0,01	0,17	0,17
Степень статистической связи ^а				
Слабая (< 0,1)	Средняя (0,1–0,25)	Сильная (> 0,25)		

^а коэффициент корреляции ρ Спирмена.

В подростковом возрасте социальная поддержка со стороны одноклассников влияет на здоровье и благополучие. Социальные отношения и поддержку можно рассматривать как компоненты, имеющие важнейшее значение для жизни человека, так как они дают общее ощущение принадлежности или обеспечивают поддержку либо в определенной ситуации, либо при решении определенной задачи. Для того, чтобы предупредить появление проблем, имеющих прямое отношение к здоровью, таких, как субъективные жалобы на здоровье и неудовлетворенность жизнью, требования в отношении учебы в школе и другие связанные со школой требования должны быть адаптированы к уровню развития и функциональных возможностей школьников. Непосредственное влияние на самоуважение и общее благополучие оказывает академическая успеваемость. Успевающим в учебе молодым людям обычно нравится школа, в то время как неуспевающие обычно чувствуют отчуждение от нее. Мы утверждаем, что субъективно воспринимаемая социальная поддержка и успеваемость влияют на формирование у молодых людей самоуважения, самовосприятия и гигиенического поведения, что в свою очередь влияет на их настоящее и будущее здоровье и удовлетворенность жизнью. Планирование любых программ медико-санитарных или педагогических вмешательств требует тщательного изучения сложного взаимодействия этих факторов и участия других значимых факторов.

Субъективная оценка здоровья и причинение обид

Наши результаты указывают на то, что причинение обид ассоциирует с отрицательными последствиями для здоровья и что жертвы испытывают большее влияние, чем мучители. У жертв чаще бывают субъективные жалобы на здоровье, они сообщают о более низкой оценке собственного здоровья и более низких уровнях удовлетворенности жизнью. Хотя между теми, кто обижает других, и теми, кто никого не обижает, и имеются статистические различия, они невелики и не имеют практической значимости для практических работников и лиц, вырабатывающих политику. Однако и те, кто обижает других, и те, кого обижают, подвержены риску развития негативных последствий для здоровья.

Поэтому для того, чтобы защитить молодых людей от насилия и улучшить качество их жизни, необходимо громче говорить о причинении обид слабым в школе, и в некоторых странах с этой целью уже осуществлен ряд профилактических программ (25–27). В главе 3 (с. 152–153) представлено более подробное обсуждение проблемы профилактики школьного хулиганства и издевательств над слабыми.

Результаты в разных странах

В описаниях связей между аспектами школьной жизни и различными последствиями для здоровья в разных странах и областях иллюстрируются четкие и последовательные закономерности. Эти закономерности будут подвергнуты более детальному анализу для подготовки будущих отчетов.

Анализ, представленный в данном разделе, подтверждает наличие в большинстве стран и областей зависимости между более положительным восприятием школы и лучшей субъективной оценкой здоровья. Наблюдаемая картина указывает на то, что с этих позиций можно многое объяснить относительно причин различий в субъективной оценке здоровья, удовлетворенности жизнью, жалобах на здоровье и рискованном поведении. Для того, чтобы дать объяснение этих различий, может потребоваться больше внимания уделить различиям в школах и школьной среде между странами.

Значение для выработки политики

Насколько важны связи между субъективной оценкой здоровья и оценкой школьной жизни для тех, кто формирует политику, и для практических работников? Следует ли уделять гораздо больше внимания девочкам на всем протяжении их учебы в школе? Учитывая незначительную силу этих связей и величину их влияния на здоровье молодых людей, вряд ли это было бы оправданным. Несмотря на наблюдаемые гендерные различия, все-таки ощущение тяжести школьной нагрузки, академическая неуспеваемость, негативное отношение к школе и

недостаточность поддержки со стороны сверстников – это проблемы, которые практически одинаково беспокоят как девочек, так и мальчиков. Все эти обстоятельства могут приводить к снижению качества жизни, ухудшению субъективной оценки здоровья, увеличению числа субъективных жалоб на здоровье и возрастанию риска курения.

Заключение

Здоровая школьная среда должна рассматриваться как фактор, благоприятный для здоровья, и поэтому необходимо прилагать все усилия к тому, чтобы сделать условия в школе еще лучше для всех молодых людей, независимо от их возраста и пола. Первым шагом на этом пути было признание важности здоровой школьной среды в Оттавской хартии об укреплении здоровья (*Ottawa Charter for Health Promotion*) (28). Европейская сеть школ, способствующих укреплению здоровья (29), решительно проводит курс на укрепление здоровья в школах, превращая их в безопасную и благоприятную для укрепления здоровья социальную и физическую среду.

Литература

1. Garnefski N. Age differences in depressive symptoms, antisocial behaviour, and the negative perceptions of family, schools, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:1175–1181.
2. Erikson EH, Erikson, JM. *The life cycle completed*. New York, Norton, 1998.
3. Seiffge-Krenke I et al. Coping with school-related stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 2001, 6:123–132.
4. Lerner RM, Galambos NL. Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 1998, 49:413–446.
5. Roeser RW, Midgley C, Urdan TC. Perceptions of the school psychological environment and early adolescents' psychological and behavioural functioning in school: the mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology*, 1996, 88:408–422.
6. King A. School as a healthy environment. In: Currie C et al. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998:60–63.
7. Jessor R et al. Protective factors in adolescent problem behaviour: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 1995, 31:923–933.
8. Nansel TR et al. Bullying behaviours among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 2001, 285:2094–2100.
9. Spivak H, Prothrow-Stith D. The need to address bullying – An important component of violence prevention. *JAMA*, 2001, 285(16):2131–2132.
10. Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 2001, 52:83–110.
11. Wagner BM, Compas BE. Gender, instrumentality and expressivity: moderators of adjustment to stress during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18:383–406.
12. Samdal O, Dür W. The school environment and the health of adolescents. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:49–64 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
13. Taylor SE et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-flight. *Psychological Review*, 2000, 107:411–429.
14. Cole M, Cole SR. *The development of children*, 3rd ed. New York, W.H. Freeman and Company, 1996.
15. Hankin BL, Ambranson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 2001, 127:773–796.
16. Kolip P, Schmidt B. *Gender and health in adolescence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.
17. Scheidt P, Overpack MD. Adolescents' general health and wellbeing. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. WHO Regional Office for Europe, 2000:24–38 (Health

- Policy for Children and Adolescence, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
18. Hankin BL et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, 107:128–140.
 19. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 2001, 24:701–713.
 20. Torsheim T, Aarø LE, Wold B. Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and Medicine*, 2001, 53: 603–614.
 21. Kuperminc GP et al. Perceived school climate and difficulties in the social adjustment of middle school students. *Applied Developmental Science*, 1997, 1(2):76–88.
 22. Walker LS, Claar RL, Garber J. Social consequences of children's pain: when do they encourage symptom maintenance? *Journal of Paediatric Psychology*, 2002, 27:689–698.
 23. Campo JV et al. Adult outcomes of paediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? *Pediatrics*, 2001, 108(E1).
 24. Rosenberg M et al. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 1995, 60:141–156.
 25. Cunningham PB, Henggeler SW. Implementation of an empirically based drug and violence prevention and intervention program in public school settings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001, 30(2):221–232.
 26. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1994, 35(7):1171–1190.
 27. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Anti-bullying interventions at school: aspects of programme adaptation and critical issues for further programme development. *Health Promotion International*, 2001, 16:155–167.
 28. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, взято с веб-сайта 3 февраля 2004 г.).
 29. European Network of Health Promoting Schools [веб-сайт]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, взято с веб-сайта 20 февраля 2004 г.).

Половое созревание и здоровье – *Candace Currie и Ágnes Németh*

Введение

В подростковом возрасте развитие, включая формирование здоровья, определяется индивидуальными личностными характеристиками и жизненным опытом в сочетании с влиянием факторов окружающей среды. Если в предыдущих разделах главы 4 исследуется влияние социальных факторов, то в этом разделе рассматривается процесс полового созревания и его возможное воздействие на здоровье и гигиеническое поведение молодых людей. Возрастная группа молодых людей, исследуемых в программе HBSC, отмечена периодом полового созревания – фазой развития человека, во время которой происходит ускоренный физический рост и наступает половая зрелость.

В период полового созревания лежащие в его основе биологические процессы ведут к физическим изменениям, которые вызывают очевидные изменения в интеллектуальной, эмоциональной, социальной и поведенческой сферах, и многие из этих изменений приводят к последствиям, связанным со здоровьем. Люди различаются по времени начала полового созревания, как и по темпам физических изменений. Одни достигают половой зрелости намного раньше других, и это объясняется влиянием широкого спектра факторов: генетических и биологических, стресса, социально-экономического положения, присутствием токсинов в окружающей среде, качеством и рационом питания, физическими упражнениями, количеством жировой клетчатки, весом тела и хроническими заболеваниями (1). Данный раздел посвящен изучению того, как время наступления полового созревания соотносится с последствиями для здоровья, особенно здоровья девочек, и в нем утверждается, что программы и стратегии укрепления здоровья должны разрабатываться на основе понимания этого вопроса.

По-видимому, способность молодых людей приспосабливаться к изменениям, вызванным половым созреванием, по крайней мере частично зависит от времени наступления полового созревания по сравнению с большинством сверстников (2). В общем случае совпадение по времени с большинством сверстников, по-видимому, облегчает приспособление к изменениям у девочек. Отклонение от нормы, особенно ранняя половая зрелость, очевидно, создает для девочек особый риск определенных последствий для здоровья. Этот риск может вытекать и из психологических, и из социальных реакций на раннее созревание.

Одну из главных трудностей адаптации могут представлять изменения в физическом облике, происходящие во время полового созревания. Как показано в главе 3 (с. 128–138), в период полового созревания мысли молодых людей все больше и больше заняты их собственным телом (3). Это может влиять на то, что они думают о себе и как они контактируют с другими, и в конечном счете может влиять на их социальное и гигиеническое поведение. В предыдущих исследованиях HBSC было установлено, что удовлетворенность своей внешностью способствует ощущению счастья и уверенности как у мальчиков, так и у девочек (4), но особенно важна она для самооценки девочек (5).

Раннее наступление полового созревания может представлять риск для здоровья у девочек в плане негативного образа своего тела. Поскольку у них больше относительное количество жировой клетчатки, чем у их сверстниц, созревающих медленнее, они могут с большей вероятностью считать себя слишком толстыми и что им необходимо похудеть (6). Это может привести к постоянной озабоченности регулированием своего веса и к нездоровому отношению к пище, что часто наблюдается среди многих молодых женщин (7,8). Раннее созревание также ассоциирует с другими формами рискованного поведения, в том числе с более ранним началом половой жизни и употреблением психоактивных веществ (9,10).

Если в США и в некоторых европейских странах изучению влияния сроков наступления полового созревания на последствия, связанные со здоровьем, было посвящено много исследований, то исследований, которые охватывали бы несколько разных стран, проведено совсем мало (11). Поэтому программа HBSC уникальна тем, что дает возможность изучить

аспекты воздействия полового созревания на здоровье и поведенческие реакции в большом количестве стран Европейского региона ВОЗ, а также в США и Канаде. Однако недостатком исследования является то, что по причинам, разъясняемым ниже, данные о половом созревании собирались только среди девочек.

Методы

Подобрать подходящие критерии оценки полового созревания для использования в международных обследованиях является для HBSC непростой задачей. Вопросы, касающиеся физического развития, должны быть выдержанными с точки зрения культуры, понятными, обладать достаточной чувствительностью и быть приемлемыми не только для молодых людей, но и для школ и родителей.

Принимая во внимание все эти требования, в качестве надежного показателя полового созревания у девочек было выбрано начало менструации (менархе) (11). Подходящего показателя для мальчиков в обследовании 2001/2002 годов установлено не было, поэтому в этом разделе о мальчиках не говорится. Однако некоторые страны и области все же включили показатели мужского полового созревания, используемые в других исследованиях, и их результаты будут использованы при разработке показателей для мальчиков в будущих обследованиях в рамках HBSC.

Группа, отобранная для изучения в этом разделе, включает 15-летних девочек, подавляющее большинство которых (97%) достигло первой менструации. Анализируется зависимость между возрастом наступления первой менструации со слов респондентов и рядом последствий, связанных со здоровьем, которые в предыдущем исследовании были выделены как зависящие от времени полового созревания. Сравнимые группы состоят из девочек, отнесенных к категориям раннего созревания (возраст первой менструации 9–11 лет), созревания в положенный срок (возраст первой менструации 12 или 13 лет) и позднего созревания (возраст первой менструации 14 лет или старше). Девочки, сообщившие о наступлении первой менструации в 8 лет или ранее ($n = 24$), в расчет не принимались. Анализ не включает Гренландии ввиду малого числа 15-летних девочек в выборке.

При рассмотрении результатов нужно принять во внимание тот факт, что некоторые анализы строились на малом числе респондентов, в зависимости от изучаемых последствий для здоровья.

Результаты

Возраст первой менструации и здоровье

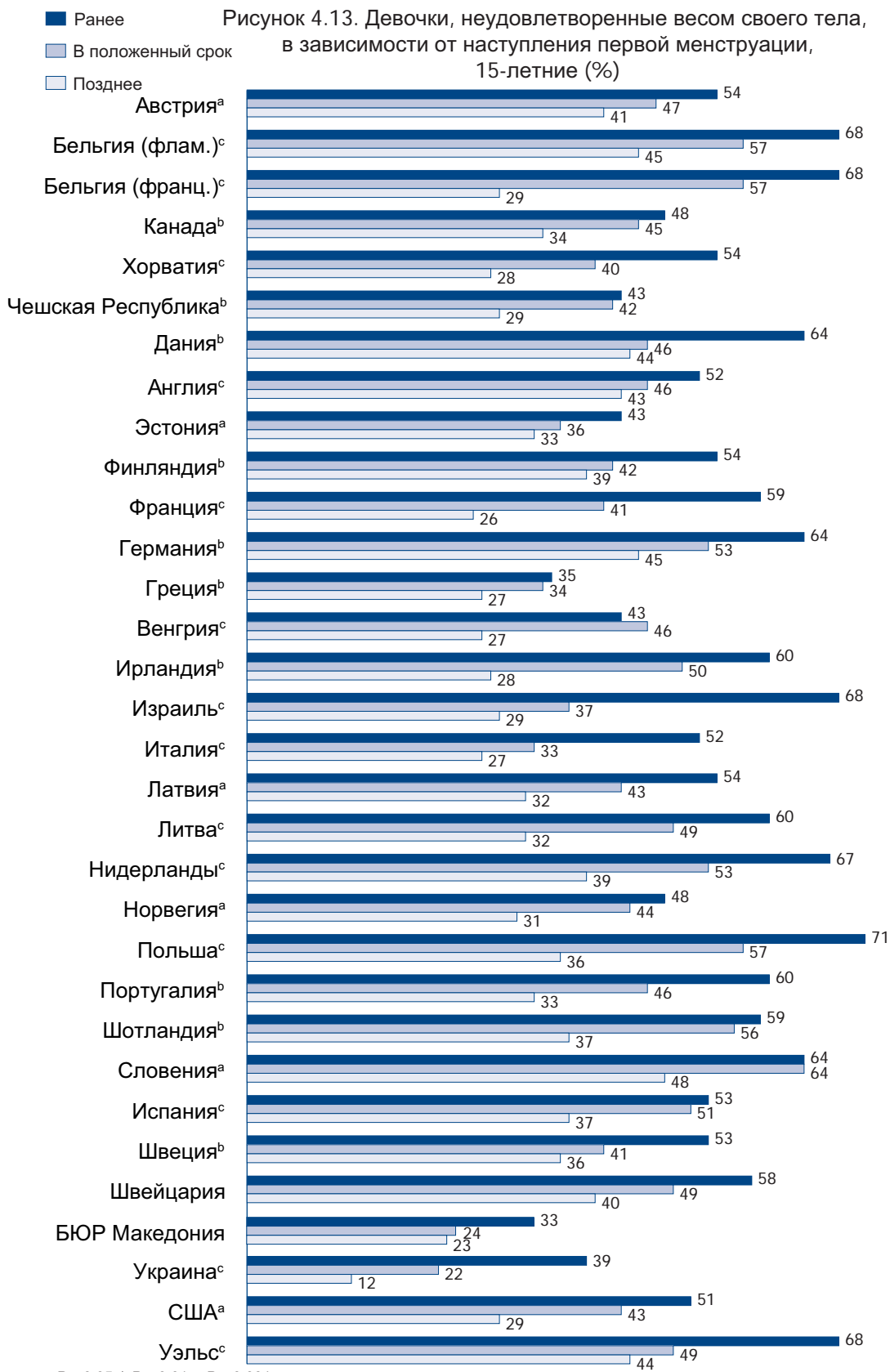
Из 15-летних девочек, сообщающих о достижении первой менструации (97%, $n = 23\,287$), 16% были отнесены к категории раннего созревания, 64% – к категории созревания в положенный срок и 20% – к категории позднего созревания.

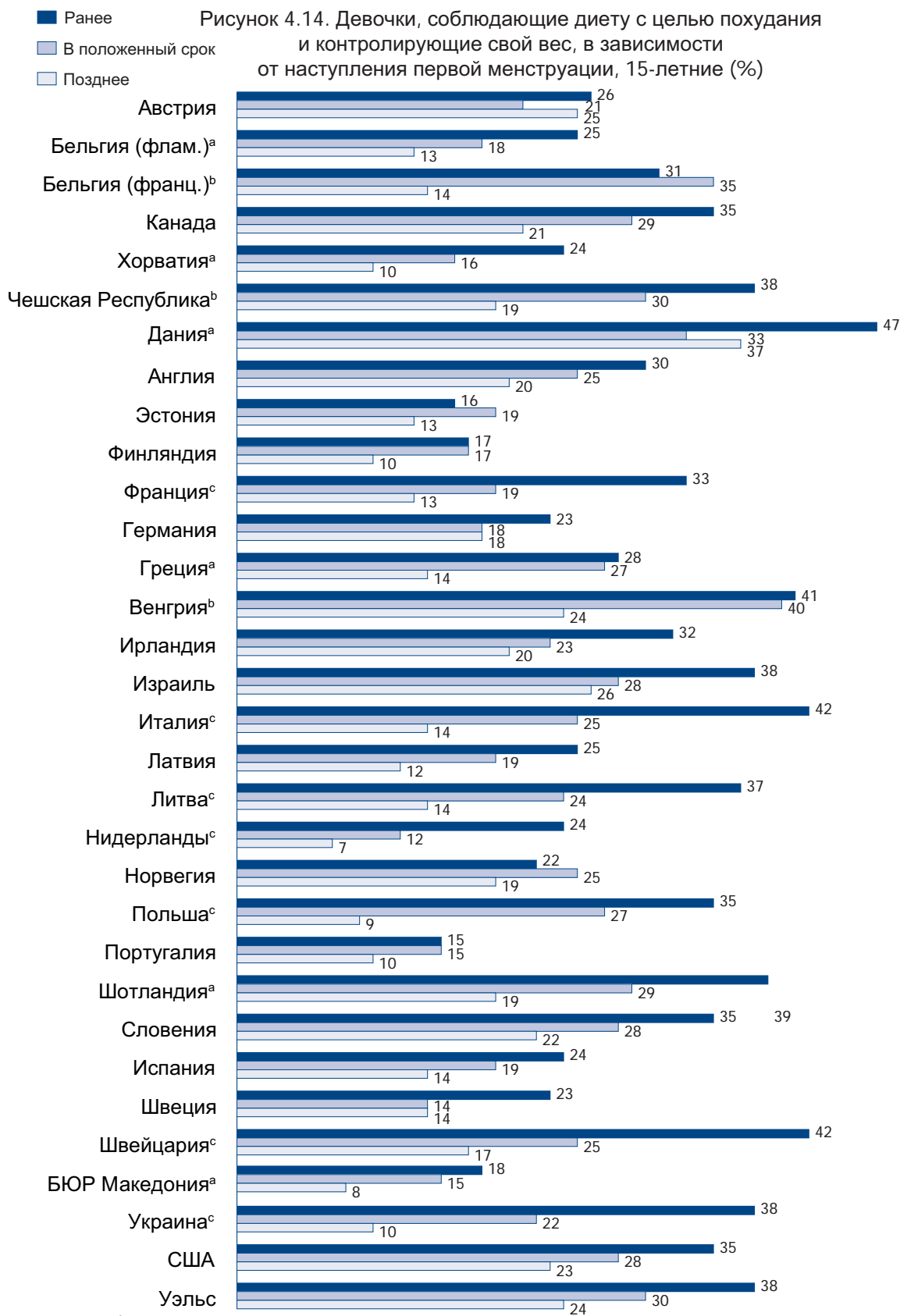
Данные о переменных “наступление первой менструации” и “неудовлетворенность своим весом” имелись по 32 странам и областям. Во всех, кроме двух, девочки, достигшие первой менструации в 11 лет или ранее, чаще сообщают о том, что они слишком толсты, чем девочки, созревшие в положенный срок или поздно (рис. 4.13). В 30 странах и областях эта связь статистически значима.

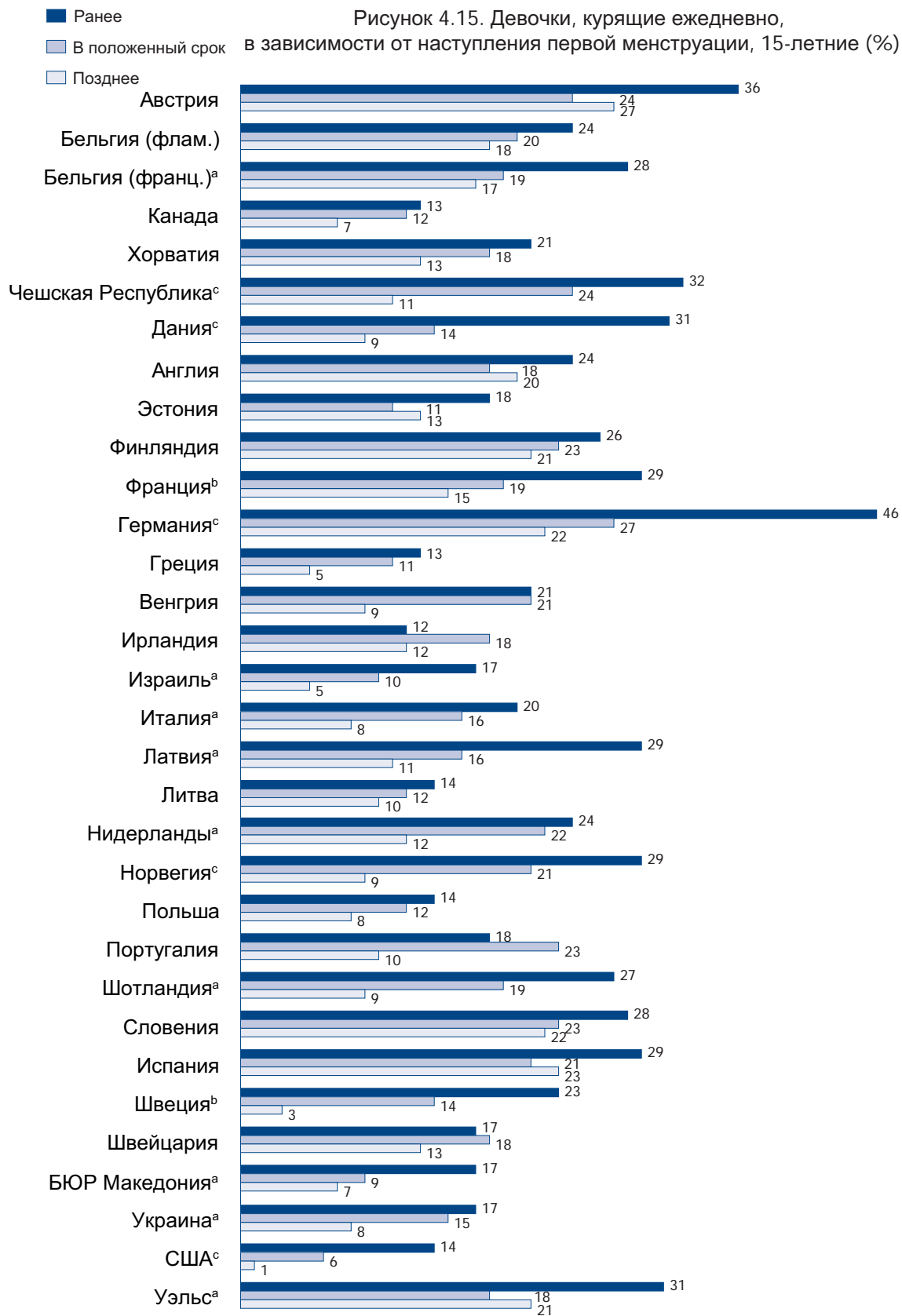
Как отмечено в главе 3, попытки похудеть с помощью диет или других средств – обычное явление в жизни девочек-подростков. Данные о соблюдении диеты с целью похудения и первой менструации имелись по 32 странам и областям; во всех, за исключением 5 из них, соблюдение диеты было особенно распространено среди девочек, у которых созревание наступило рано (рис. 4.14). В 16 странах и областях эта связь статистически значима.

Данные о ежедневном курении и первой менструации имелись по 32 странам и областям. В 27 из них ежедневное курение более распространено среди рано созревших девочек, чем среди созревших поздно (рис. 4.15). Эта связь статистически значима в 16 странах и областях.

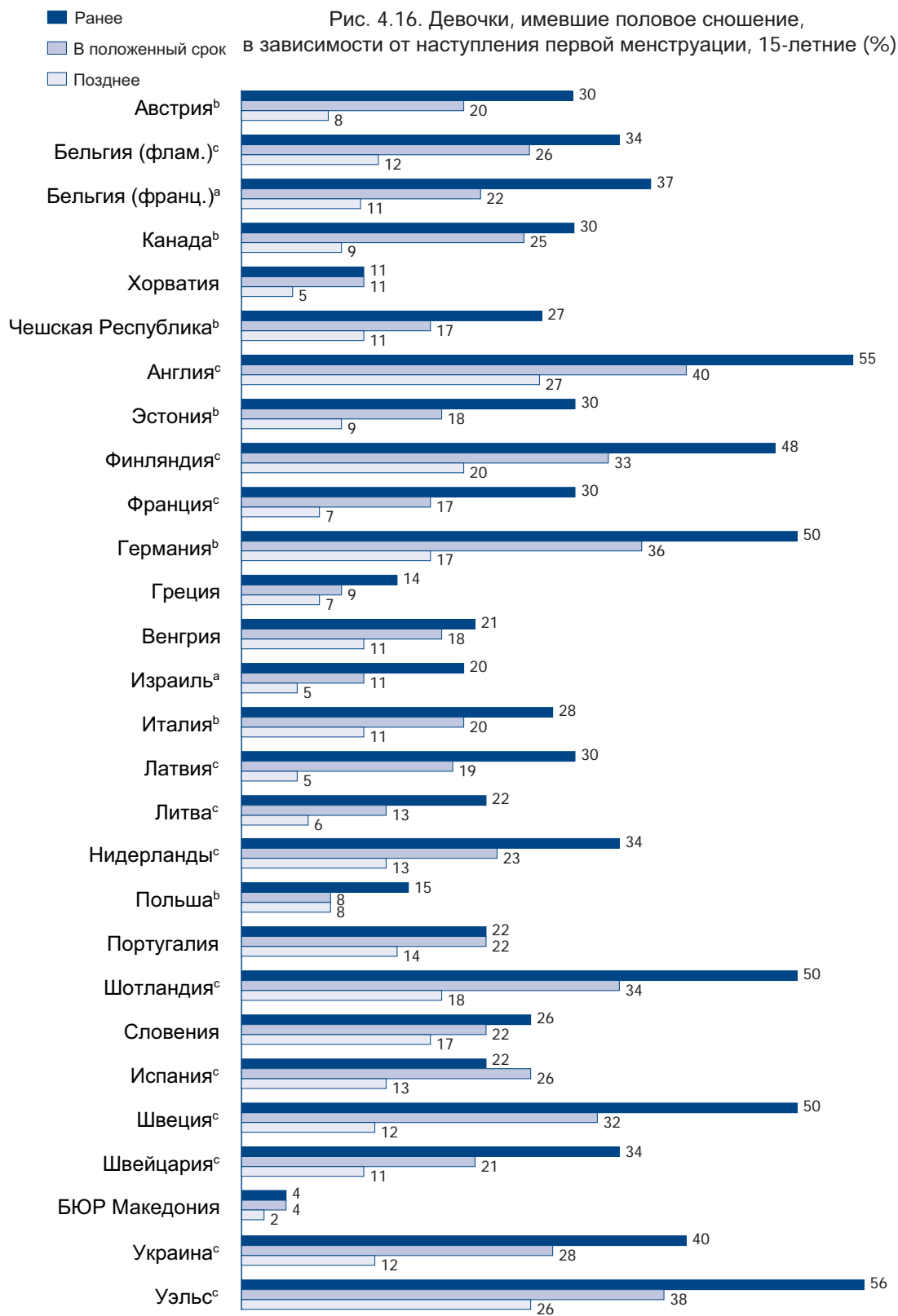
Данные о переменных “опыт полового сношения” и “возраст наступления первой менструации” имелись по 28 странам и областям. Анализ показал, что во всех странах, кроме четырех, чем







Примечание: отсутствуют данные по Гренландии, Мальте и Российской Федерации.



Примечание: отсутствуют данные по Дании, Гренландии, Ирландии, Мальте, Норвегии, Российской Федерации и США.

меньше возраст наступления первой менструации, тем больше вероятность того, что девочки будут сообщать о том, что они имели половое сношение (рис. 4.16). В 22 странах и областях связь между ранним наступлением первой менструации и ранними половыми сношениями была статистически значима.

Обсуждение результатов

Сроки полового созревания у девочек колеблются в широких пределах, и этот фактор необходимо принимать во внимание при всякой попытке понять их здоровье, гигиеническое поведение и благополучие. Раннее наступление первой менструации затрагивает небольшую, но значительную часть девочек – примерно одну из шести в данном обследовании – и, по-видимому, ставит их в ситуацию особого риска по негативным последствиям для здоровья. К ним относятся курение, неудовлетворенность весом тела, нездоровое питание и раннее начало половой жизни, что совпадает с результатами, полученными в недавних исследованиях (9,10,12–15). Интересно отметить, что среди 15-летних девочек, включенных в данное исследование, влияние наступления первой менструации в 11 лет и раньше проявляется спустя четыре года или позже. В опубликованном до этого исследовании HBSC было установлено, что раннее наступление половой зрелости влияет на образ тела и самооценку у девочек 11 и 13 лет (6), однако представленные здесь новые результаты анализа показывают, что влияние раннего полового созревания сохраняется довольно долгое время. Больше того, недавние исследования выявили последствия раннего полового созревания девочек, проявляющиеся в среднем возрасте (16).

То, о чем не говорится в анализе – это причины, по которым раннее созревание является фактором риска для девочек. Некоторым объяснением может служить психологическое влияние, связанное с образом тела и субъективными представлениями о привлекательности. В западной культуре распространено мнение о том, что самой желательной формой для девушек и женщин является тонкая фигура, и это мнение подкрепляется образами, подаваемыми средствами массовой информации (17). Раннее половое созревание с большой вероятностью ассоциирует с увеличением доли жировой клетчатки и более округлыми формами тела. Девочки, переживающие это, могут быть недовольными формой своего тела, когда сравнивают себя со сверстницами, которые созревают поздно и потому выглядят более худыми. Принято считать, что девочки-подростки особенно чувствительно воспринимают представления в СМИ так называемого идеального женского тела как стройного и тонкого и даже граничащего с чрезмерной худобой. Потребление девочками информации из журналов, телепередач и фильмов приводит к тому, что их воображение насыщено этими образами, и из-за этого увеличивается вероятность их неудовлетворенности формой и размерами своего собственного тела. В других исследованиях также было отмечено возрастание озабоченности девочек-подростков вопросами веса и похудения (15,18).

Учитывая то обстоятельство, что образы стройных и тонких фигур, пропагандируемые СМИ, мелькают на экранах и в прессе Северной Америки и Западной Европы дольше, можно было бы ожидать наличия различий между восточными и западными странами, участвующими в программе HBSC, в отношении связи между ранней половой зрелостью и неудовлетворенностью своим телом. Однако одна и та же картина, неизменно наблюдаемая практически во всех странах и областях, охваченных обзором, указывает на то, что предпочтение тонкой фигуры у молодых женщин проникло во все культуры Европейского региона. Желание быть стройной может также объяснять раннее начало курения среди некоторых девочек, так как некоторые считают, что курение является эффективным методом регулирования веса (19).

Еще одним фактором, который объясняет влияние времени полового созревания на последствия для здоровья девочек-подростков, может быть общение со сверстниками (9). Высказывалось предположение, что рано созревающие девочки часто воспринимаются так, словно они старше своего возраста и более зрелые, чем другие девочки того же возраста. Поэтому они могут общаться с более старшими сверстниками и, следовательно, иметь больше возможностей употреблять психоактивные вещества; более того, на них даже может оказываться больше нажима со стороны сверстников, чтобы приобщить их к этому. Поскольку они еще

совсем молоды, они могут также более чутко воспринимать необходимость соответствовать представлениям и идеям, бытующим среди сверстников (20). Более раннее начало сексуального поведения, о котором сообщают рано созревшие девочки, охваченные HBSC и другими исследованиями (9), может быть также результатом их социального общения с более старшими сверстниками. Кроме того, гормональные изменения, связанные с половым созреванием, повышают сексуальный интерес и могут быть связаны с ранним началом сексуальной активности рано созревших девочек (20). Половое созревание также делает особ женского пола сексуально привлекательными для лиц мужского пола, и дружба с лицами противоположного пола после созревания распространена больше (9).

В данном разделе раннее половое созревание представлено как фактор риска наступления негативных последствий для здоровья девочек, тогда как в предыдущих разделах был выявлен ряд таких социальных факторов риска, как плохо поддерживаемое общение в семье, низкий уровень достатка семьи и негативное отношение к школе. Какой эффект дает накопление этих рисков? Некоторые исследователи начали применять биосоциальный подход и исследовать взаимодействие пубертатных и социальных факторов. Например, в исследовании проблем питания у девочек в США (8) установлено, что сроки полового созревания и взаимоотношения с родителями дают значительные синергические эффекты (8). В данном случае более близкие и дружественные отношения дочерей с матерями и отцами усиливают положительные эффекты полового созревания в положенный срок и уменьшают вероятность развития проблем питания. В исследовании, проведенном в Германии (21), рассматривались влияния сроков полового созревания, внутрисемейных процессов и способов проведения досуга на время вступления в первое половое сношение. Было установлено, что модель, которая включает контроль со стороны родителей, рискованные способы проведения досуга и раннее половое созревание, позволяет значимо предсказывать приобщение девочек и мальчиков к половой жизни.

Применение биосоциального подхода к анализу данных HBSC предполагает разработку вопросов для исследования взаимодействия между сроками полового созревания и влияниями со стороны сверстников, семьи и школы. Например, есть ли больше вероятности того, что рано созревшие девочки общаются со сверстниками по вечерам и имеют больше друзей противоположного пола? (В этом отчете и в других исследованиях уже высказывалась мысль о причастности этих социальных закономерностей к раннему началу употребления психоактивных веществ и раннему приобщению к половой жизни). Увеличивает ли низкий уровень общения с родителями риск, связанный с ранним половым созреванием девочек? Для того, чтобы ответить на эти вопросы, нужен дополнительный анализ данных. Однако уже теперь очевидно, что во многих странах Европы и Северной Америки раннее созревание создает для девочек большой риск возникновения целого ряда негативных последствий для здоровья, который может усугубляться другими факторами риска, вытекающими из социальной среды, в которой они растут.

Заключение

Родители и школа должны быть осведомлены о вопросах, описанных в данном разделе и в отчетах об аналогичных исследованиях, так как это позволит минимизировать проблемы, которые могут возникать в результате раннего полового созревания. Чтобы быть в состоянии решать проблемы, связанные с образом тела и правильным регулированием веса, преодолевать трудности социального и сексуального характера, которые могут возникать в связи с ранним физическим развитием, девочкам нужна поддержка и совет родителей и школы.

Особая роль принадлежит школе: например, нужно проявлять деликатность при обсуждении проблем веса и размеров тела в классе, вырабатывать общую линию и практические способы противодействия школьным хулиганам и обидчикам слабых, требовать, чтобы лица, ответственные за занятия спортом и физкультурой, понимали ту неловкость, которую испытывают некоторые девочки, когда вынуждены пользоваться общими раздевалками и выполнять различные упражнения на глазах у всех. Для повышения осведомленности в этом вопросе нужно вовлечение всех педагогов и работников школы. В Шотландии разработана учебная программа для преподавателей “Особенности развития в подростковом возрасте”;

направленная на то, чтобы дать общие знания о привычках питания подростков, образе тела и половом созревании.

Аналогичным образом, при разработке программ укрепления здоровья для этой возрастной группы в различных странах необходимо принимать во внимание факторы риска, связанные с ранним началом курения и половой жизни среди девочек с ранним половым созреванием. Чрезвычайно важно и то, чтобы гигиеническое просвещение соответствовало потребностям развития молодых людей и чтобы в нем учитывались различия в уровне зрелости в одной и той же возрастной группе.

Будущие исследования по программе HBSC

Благодаря данным, собранным в обследовании 2001/2002 годов, программа HBSC обладает способностью внести существенный вклад в понимание влияния сроков полового созревания на здоровье, гигиеническое поведение и благополучие девочек в Европейском регионе ВОЗ и Северной Америке. Попытка изучить этот вопрос не предпринималась ни в одном из сопоставимых международных обследований. Анализ собранных данных будет продолжен с целью изучения всего спектра последствий для здоровья и гигиенического поведения, обусловленных временем полового созревания, так как здесь представлено всего четыре примера: образ тела, регулирование веса тела, курение и сексуальное поведение. Также будут исследоваться различия между странами и областями, чтобы показать любые закономерности в этих последствиях, которые могут быть связаны с различиями в обусловленных культурой реакциях на половое созревание, например, в степени родительского контроля.

Хотя в обследовании HBSC 2001/2002 годов и было поднято немало интересных вопросов, данные о половом созревании, собранные в этом обследовании, ограничены. Результаты исследования показывают, что первая менструация – это относительно яркое и запоминающееся событие в жизни девочек, поэтому ответы респондентов по памяти точны, хотя эта точность и уменьшается с увеличением промежутка между первой менструацией и временем ответа на вопросы (23). В исследовании HBSC временной промежуток составляет всего несколько лет; тем не менее, в будущие обследования в рамках HBSC следует включить не один, а несколько показателей полового созревания у девочек, поскольку есть критерии более надежные и менее надежные.

Как отмечалось выше, в настоящее обследование не были включены критерии полового созревания мальчиков ввиду трудности подбора подходящих показателей, пригодных для использования в международных сравнениях. Из-за недостатка исследований, посвященных последствиям для здоровья, связанным с половым созреванием мальчиков, в будущие обследования HBSC должны быть включены соответствующие показатели. При выборе пунктов для международного обследования HBSC 2005/2006 годов будет приниматься во внимание недавно опубликованный обзор измерения полового созревания (24), а также опыт отдельных стран и областей, которые при проведении своих обследований в 2001/2002 годах включили собственные вопросы.

Литература

1. Kipke M. *Adolescent development and the biology of puberty: summary of a workshop on new research*, National Research Council, Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1999.
2. Silbereisen RK, Kracke B. Self-reported maturational timing and adaptation in adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K. *Health risks and developmental transitions in adolescence*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
3. Richards MH et al. Relation of weight to body image in pubertal girls and boys from two communities. *Developmental Psychology*, 1990, 26(2):313–321.
4. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, взято с веб-сайта 28 января 2004 г.).

5. Harter S. Self and identity development. In: Feldman S, Elder G, eds. *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1990.
6. Williams JM, Currie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 2000, 20:129–149.
7. Graber JA et al. Prediction of eating problems: an 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 1994, 30:823–834.
8. Swarr AE, Richards M. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 1996, 32(4):636–646.
9. Flannery DJ, Rowe DC, Gulley, BL. Impact of pubertal status, timing, and age: adolescent sexual experience and delinquency. *Journal of Adolescent Research*, 1993, 8(1):21–40.
10. Tschann JM et al. Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychology*, 1994, 13(4): 326–333.
11. Wang Y, Adair L. How does maturity adjustment influence the estimates of overweight prevalence in adolescents from different countries using an international reference? *International Journal of Obesity*, 2001, 25:550–558.
12. Abraham S, O'Dea JA. Body mass index, menarche, and perception of dieting among peripubertal adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 2001, 29(1):23–28.
13. Harrel JS et al. Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomic and developmental status. *Journal of Adolescent Health*, 1998, 23(5):271–279.
14. Lanza ST, Collins LM. Pubertal timing and the onset of substance use in females during early adolescence. *Prevention Science*, 2002, 3(1):69–82.
15. O'Dea JA, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence*, 1999, 34(136):671–679.
16. Stattin H, Kerr M. *The future life implications of early and late pubertal maturation in females*. Oxford, New College, Oxford University, 2002.
17. *Eating disorders, body images and the media*. London, British Medical Association, 2000.
18. Attie I, Brooks-Gunn J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 1989, 25:70–79.
19. Crisp A et al. Why may teenage girls persist in smoking? *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):657–672.
20. Brooks-Gunn J, Furstenberg Jr FF. Adolescent sexual behaviour (health and development). *American Psychologist*, 1989, 44(2):249–257.
21. Udry JR, Talbert L, Morris NM. Biosocial foundations for adolescent female sexuality. *Demography*, 1986, 23(2):217–230.
22. *Growing through Adolescence: a training pack based on a health promoting school approach to healthy eating*. Edinburgh, NHS Health Scotland and Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh (в печати).
23. Mesche LL, Silbereisen RK. The influences of puberty, family process, and leisure activities on the timing of first sexual experience. *Journal of Adolescence*, 1997, 20:403–418.
24. Coleman L, Coleman J. The measurement of puberty: a review. *Journal of Adolescence*, 2002, 5:535–550.

Комментарий – Oddrun Samdal и Leslie Alexander

В каждом разделе главы 4 показано, что молодые люди с позитивным жизненным опытом – те, кто чувствует, что у них есть поддержка и достаточные ресурсы – сообщают и о более высоких уровнях удовлетворенности жизнью, у них меньше жалоб на здоровье и они проявляют поведение, более способствующее укреплению здоровья, чем те, у которых жизненный опыт негативный.

Говоря об обстановке в семье, молодые люди, которые сообщают о том, что им легко общаться с матерью и/или отцом, также сообщают о более крепком здоровье и меньше курят, чем молодые люди, которым такое общение дается с трудом. Изучение структурных аспектов семьи в подгруппе из шести стран и областей показало заметные различия. Молодые люди, живущие с обоими родителями, сообщают о более крепком здоровье и меньше курят, чем те, кто живет в семьях с одним родителем или с приемными родителями. Однако общение детей с родителями в семьях последнего типа лишь немного труднее, поэтому в данных HBSC, включая данные о социально-экономическом положении и качестве отношений молодых людей как с семьей, так и со сверстниками, необходимо искать другие факторы, связанные со структурой семьи, которые могут влиять на здоровье и гигиеническое поведение молодых людей.

В большинстве стран и областей, участвующих в программе HBSC, социально-экономическое положение стабильно связано со здоровьем и гигиеническим поведением. Общая тенденция состоит в том, что молодые люди, которые оценивают свое социально-экономическое положение как высокое, сообщают и о лучшем здоровье, у них меньше субъективных жалоб на здоровье и более высокие уровни физической активности. Аналогичная зависимость наблюдается и в отношении курения, но она менее стабильна, чем зависимость в отношении состояния здоровья, жалоб на здоровье и физической активности. Это указывает на то, что более важную роль в определении этого поведения могут играть другие социальные, культурные факторы и факторы развития.

В том, что касается школьной среды, все страны и области проявляют чрезвычайно выраженную и стабильную закономерность, подтверждающую характеристику школы как средоточия факторов риска и источника поддержки и помощи. Молодые люди, сообщающие, о том, что им школа нравится и что они ощущают поддержку сверстников, также сообщают о меньшем стрессе, связанном со школой. Они также сообщают, что их не обижают, у них лучше здоровье, выше уровни удовлетворенности жизнью, меньше повторяющихся жалоб на здоровье и они меньше курят по сравнению с теми, у кого оценка школьной жизни более негативная.

На здоровье молодых людей также влияют контакты со сверстниками. Те, кто сообщают, что у них много друзей, также сообщают и о поведении, которое в большей степени способствует здоровью, и о поведении, которое в большей степени ставит здоровье под угрозу, чем поведение тех, у кого мало друзей: например, они сообщают о более высоких уровнях и физической активности, и курения. Гендерное распределение в кругу друзей может определенным образом влиять на то, способствует ли принятый тип гигиенического поведения укреплению здоровья или ставит здоровье под угрозу, как это было показано в отношении курения среди 13-летних девочек. Влияние общения в сочетании с процессом полового созревания требует дальнейшего изучения. Проведение значительного количества времени с друзьями по вечерам также, по-видимому, в большей степени связано с поведением, которое ставит под угрозу здоровье, чем частые встречи с друзьями после школы. Однако на эти последствия, связанные со здоровьем, влияет множество других факторов и не в последнюю очередь такой фактор, как когда и с кем проводится время.

Значение времени полового созревания для здоровья и гигиенического поведения девочек подчеркивает необходимость рассматривать как условия, в которых происходит психофизическое развитие, так и социальные условия жизни, и поэтому в будущих исследованиях следует обратить внимание на взаимодействие между ними. Риск курения, соблюдения диеты с целью похудения и раннего приобщения к половой жизни может быть предсказан по срокам полового созревания девочек. В последующих анализах данных необходимо изучить вопрос о том, в какой степени

социальная поддержка родителей, сверстников и школы может смягчить эти последствия, а также роль общения со сверстниками, особенно с точки зрения отношений с противоположным полом.

Исследовательский характер материала этого раздела подчеркивает, что проект HBSC способен вносить важный вклад в углубление понимания того, как окружающие молодых людей условия формируют их здоровье, и тем самым направлять в нужное русло политику и практические усилия по укреплению их здоровья.



Глава 5

Обсуждение и значение результатов обследования –

Antony Morgan

Введение⁶

В настоящей книге представлены предварительные результаты шестого обследования по программе HBSC. В ней содержится большой объем информации о здоровье, благополучии, гигиеническом поведении и обстоятельствах жизни более чем 162 000 молодых людей в возрасте 11–15 лет, живущих в 35 странах и областях в Европейском регионе ВОЗ и Северной Америке.

В отчете убедительно показано, что данное исследование способно обеспечить изучение здоровья и гигиенического поведения молодых людей в широком диапазоне культур и внешних условий. Глава 2 знакомит читателя с целым рядом ключевых факторов среды (взаимоотношения со сверстниками, школьная среда, семья и социально-экономическое положение) и показывает, какое отношение они имеют к здоровью молодых людей. В главе 3 представлены ключевые показатели здоровья и гигиенического поведения и описываются наблюдаемые в них

⁶ Особой благодарности заслуживают Lina Kostarova Unkovska (Центр психосоциальной помощи и помощи в кризисных ситуациях, Скопье, бывшая Югославская Республика Македония) и Ilze Kalnins (Университет Торонто, Канада) за их ценный вклад в написание этой главы.

географические, возрастные и гендерные закономерности. В главе 4 иллюстрируется, каким образом можно использовать данные HBSC для исследования зависимости между новой совокупностью социальных показателей и показателей развития, представляющих обстоятельства жизни молодых людей, и показателями здоровья и гигиенического поведения, представленными в главе 3.

Цель главы 5 состоит в том, чтобы представить программно-стратегический контекст, имеющий отношение к исследованию HBSC, подытожить основные результаты, представленные в главах 2–4, и обсудить значение этих результатов для выработки политики и программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия молодых людей в Европейском регионе и Северной Америке.

Программно-стратегический контекст проведения HBSC в 2001/2002 годах

Во всем мире в новых программах развития общественного здравоохранения все большее признание получает тот факт, что все происходящее со здоровьем определяется не только генетическими факторами и индивидуальным образом жизни, но и широким спектром социальных, культурных, экономических, политических и экологических факторов (1–3). В соответствии с документом об основах политики достижения здоровья для всех в 21 столетии “Здоровье-21” (1), государства-члены Европейского региона ВОЗ приняли на себя обязательства по разработке, осуществлению, мониторингу и оценке новаторской политики, в которой объединяются предпринимаемые в настоящее время усилия по пропаганде здорового образа жизни и учитываются физические, экономические, социальные и культурные условия жизни.

Эти новые программы разрабатываются на основе растущего массива фактических данных, накопленных за последние 20 лет, которые убедительно показывают, что люди, живущие в неблагоприятных социальных условиях, более склонны к заболеваниям, тяжелым недомоганиям и инвалидности и умирают раньше, чем обеспеченные люди (4–7). Кроме того, фактические данные из всех стран мира указывают на увеличения разрыва в состоянии здоровья и в медицинском обслуживании, обусловленного различиями в социально-экономическом положении, географическом расположении, гендерными, расовыми, этническими и возрастными различиями (8,9).

Хотя в научной литературе и продолжаются дебаты о том, существует ли неравенство в отношении здоровья в подростковом возрасте (10,11), Call и др. (12) утверждают, что все то, что происходит со здоровьем в этот критический период развития, будет иметь длительные последствия как для индивидуума, так и для общества в целом. Другими словами, независимо от того, существует ли в этот период неравенство или нет, подростковый возраст – это самое удачное время, когда нужно вкладывать средства в молодежь и помогать им как можно лучше провести годы своей юности, одновременно закладывая прочный фундамент их будущего здоровья.

С одной стороны, существует большое количество фактических данных о многочисленных типах и причинах неравенства в отношении здоровья, а с другой стороны, в литературе (13,14) укрепляется единое мнение о том, что нам известно намного меньше в отношении того, что нужно делать в связи с этим. Вот почему на уровне отдельных стран и на международном уровне сегодня предпринимаются серьезные усилия по созданию базы доказательных данных о наиболее эффективных начинаниях и вмешательствах, направленных на снижение неравенства в отношении здоровья (6,7,15). Исследование HBSC имеет уникальную возможность внести вклад в эти усилия, предпринимаемые в интересах подростков, в плане установления степени неравенства в отношении здоровья, которое может иметь место в этой возрастной группе, и в плане обеспечения более глубокого понимания того, какие действия, направленные на укрепление здоровья для всех, нужны и сейчас, и в будущем.

Сегодня по-прежнему еще очень многое нужно узнать о том, как лучше всего бороться с неравенством в отношении здоровья. Gillies (14) показал, что эффективные вмешательства, направленные на укрепление здоровья, особенно среди наиболее бедных групп населения, характеризуются активным участием людей, на которых эти вмешательства направлены, во всех аспектах их разработки и осуществления, и при этих условиях дают наибольший эффект. Нынешняя политика, проводимая отдельными странами и на международном уровне (1,2), во главу угла вновь ставит методы работы, предполагающие участие населения на местном уровне, чтобы расширить права и возможности людей, входящих в группы повышенного риска, и обеспечить участие целевых групп сообразно с обстоятельствами.

Gillies утверждает, что эффективные стратегии укрепления здоровья должны гарантировать такое участие в определении основных направлений работы на местном и общенациональном уровнях и сотрудничество между общественностью и главными действующими лицами, будь то специалисты в различных областях, работодатели, медицинские работники, организации или лица, вырабатывающие политику. Представление о детях как о заинтересованных партнерах, чье мнение тоже необходимо учитывать, пока еще медленно внедряется в сознание, но Декларация Организации Объединенных Наций о правах ребенка служит объединяющим началом для сторонников участия детей. Необходимость такого участия отражена в целях Международного детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (16), которые поощряют общественные организации и частный сектор к тому, чтобы содействовать вовлечению детей в принятие решений, которые влияют на их жизнь.

Earls и Carlson (17) отмечают, что успех деятельности по укреплению здоровья детей зависит от фундаментального изменения в подходах к улучшению условий среды, в которой растут дети, при уважении их правоспособности как граждан. Call и др. (12) предупреждают, что, если подростков не будут считать неотъемлемой частью общества, а будут относиться к ним как к некоей посторонней части общества, это может означать как минимум потерю целого поколения и одной из важнейших возможностей обеспечить прогресс общества.

Идеи участия в жизни общества и усиления роли гражданского общества в разработке и реализации политики стимулируют проходящие в среде ученых, лиц, вырабатывающих политику, и практических работников дискуссии о потенциальном вкладе социального капитала в уменьшение неравенства в отношении здоровья. Эта концепция признает, что системы социальных связей и уровни участия и доверия в данном сообществе оказывают важное влияние на здоровье отдельных его членов и на потенциал местного населения в решении проблем здоровья (18). Некоторые авторы (14,19) рассматривают социальный капитал как одно из средств создания базы доказательных данных, которые демонстрируют успех подходов, построенных на активном участии местного населения. Но если о значимости социального капитала для здоровья взрослых известно много благодаря быстро растущему объему исследований в этой области, то о его значимости для здоровья молодых людей известно гораздо меньше. В исследовании HBSC 2001/2002 годов был разработан уникальный модуль вопросов для исследования концепции социального капитала применительно к молодым людям, и многие страны и области включили эти вопросы в свои вопросники в качестве факультативных пунктов. Хотя в настоящем отчете данные о социальном капитале не представлены ввиду факультативного статуса этих пунктов, дальнейший анализ полученных данных мог бы многое дать для понимания роли социального капитала в формировании здоровья молодых людей.

Таким образом, во всем мире растет число стран, которые включили решение проблемы неравенства в отношении здоровья в свои стратегии здравоохранения в качестве ключевого пункта. Уже сегодня в некоторых странах многое делается, чтобы уменьшить неравенство, но многое еще предстоит узнать о наиболее эффективных подходах к решению задачи улучшения здоровья самых уязвимых членов общества. Поэтому нужно срочно создать базу фактических данных о неравенстве среди молодых людей, которая стала бы шагом на пути к решению этой проблемы. Исследование HBSC идеально подходит для проведения работы по созданию такой базы данных.

Создание доказательной базы по проблеме здоровья и благополучия молодых людей

В этом разделе приводится наиболее важная информация из 35 стран и областей по более, чем 50 показателям, описанным в главах 2 и 4, и дается современная картина здоровья, гигиенического поведения и обстоятельств жизни молодых людей в Европейском регионе и Северной Америке. Приводятся также подтверждения важности социального контекста жизни молодых людей, основанные на результатах ряда вторичных анализов, целью которых является установление связей между обстоятельствами жизни и последствиями для здоровья и последствиями, имеющими отношение к здоровью.

Оценка респондентами своего здоровья и благополучия

В целом, как выявили измерения с помощью трех показателей субъективно оцениваемого здоровья и благополучия, здоровье и благополучие молодых людей, участвовавших в обследовании, хорошее. Большинство респондентов удовлетворены своей жизнью, воспринимают свое здоровье как хорошее и не страдают регулярными расстройствами здоровья, такими, как головные боли или боли в животе.

Однако значительное меньшинство респондентов оценивает свое здоровье как удовлетворительное или плохое и испытывает целый ряд повторяющихся расстройств здоровья. Эти негативные показатели здоровья среди старших респондентов встречаются чаще, чем среди младших, и среди девочек чаще, чем среди мальчиков. Особенно чувствительными к нарушениям здоровья оказываются пятнадцатилетние девочки, среди которых более 25% оценивают свое здоровье как удовлетворительное или плохое, а 44% сообщают об одной или более жалоб на здоровье более одного раза в неделю. Эта картина устойчиво обнаруживается в большинстве стран и областей, участвующих в исследовании HBSC, хотя в целом в восточных странах Европейского региона выявляется тенденция к более высоким процентам респондентов с неважным здоровьем и меньшей степенью удовлетворенности жизнью. В странах Южной Европы обычно выше процент респондентов с жалобами на здоровье во всех возрастных группах.

Курение, употребление алкоголя и наркотиков

Попытки пробовать табак и алкоголь распространены повсеместно, а значительное число молодых людей переходит затем к регулярному их употреблению. Потребление этих веществ с возрастом увеличивается, и к 15 годам 23% молодых людей курят, а 29% употребляют алкоголь еженедельно. Употребление конопли также широко распространено среди 15-летних, 22% пробовали ее, а 8% сообщают о регулярном употреблении (от 3 до 39 раз в течение прошлого года). Тем не менее, за этими цифрами кроются важные различия между странами и областями.

В целом мальчики чаще сообщают об употреблении табака, алкоголя и конопли, хотя за этим обобщением скрывается ряд интересных и значительных географических различий. Например, процент курящих среди 15-летних девочек равен проценту среди мальчиков или превышает его примерно в половине стран и областей, в одной стране это различие приближается к 10%. Процент курящих обычно ниже в восточных странах Европейского региона, и там мальчики курят чаще, чем девочки.

Страны и области значительно различаются по потреблению алкоголя с точки зрения как количества, так и типов напитков. Например, самый высокий процент 15-летних, сообщающих о еженедельном потреблении алкоголя, оказался в три с половиной раза больше минимального процента. Значительные географические различия в структуре потребления алкоголя среди молодых людей отражают различия в культуре питья. В Израиле и Италии, например, молодые люди сообщают об относительно позднем начале употребления алкоголя и впервые испытанном состоянии опьянения. Однако регулярное потребление алкоголя в этих странах распространено очень широко. В Финляндии высокий процент молодых людей, доведших себя до состояния

опьянения, но низкий процент еженедельно пьющих, в то время как в Италии низкий процент доведших себя до состояния опьянения, но высокий процент регулярного потребления пива, вина и крепких алкогольных напитков.

Наибольшие различия между странами и областями отмечаются в употреблении конопли; молодые люди в Канаде более чем в 13 раз чаще сообщают об употреблении конопли за последний год, чем их сверстники в бывшей Югославской Республике Македонии. Однако, несмотря на эти широкие различия, не менее 20% молодых людей употребляли коноплю за последний год более чем в половине стран и областей.

Физическая активность и малоподвижное поведение

В настоящем отчете показано, что, несмотря на важность физической активности для укрепления здоровья и благополучия, значительное число молодых людей во всех странах и областях не следуют современным рекомендациям: менее 50% респондентов во всех возрастных группах в большинстве стран и областей. Уровень физической активности неуклонно падает с возрастом, причем особенно резко у девочек. За этими цифрами может скрываться более специфическая картина физической активности в некоторых странах и областях; при этом в этой картине наблюдаются широкие географические различия. Например, среди 15-летних процент респондентов, соблюдающих рекомендации, колеблется от 50% в стране, стоящей на первом месте по уровню физической активности (США), до менее 20% в стране, занимающей последнее место (Португалия).

Хотя опрошенные молодые люди проводят значительное количество времени у телевизора, работая на компьютере и выполняя домашнюю работу, между уровнями малоподвижного образа жизни и уровнями физической активности была выявлена лишь слабая положительная связь. Тем не менее, время, потраченное на эти сидячие занятия, уменьшает время, которое остается на занятия более активные.

В целом более четверти молодых людей проводят много времени у телевизора (четыре или более часов в день), седьмая часть проводит более 3 часов в день за компьютером, а почти пятая часть тратит более 3 часов в день по будням на выполнение домашнего задания. Картина малоподвижного поведения также характеризуется значительными географическими различиями. Например, среди 11-летних отмечалась почти семикратная разница в высоких уровнях просмотра телевизора, шестикратная разница в высоких уровнях пользования компьютером и семнадцатикратная разница в проведении долгих часов за выполнением домашнего задания по будням. Однако во всех странах и областях отмечаются устойчивые гендерные различия в высоком уровне пользования компьютером и выполнении домашних заданий по будням. Если просмотр телевизора и видеофильмов повсеместно популярно как среди мальчиков, так и среди девочек, то высокий уровень пользования компьютером больше характерен для мальчиков, а длительное выполнение домашнего задания – для девочек.

Пищевые привычки, образ тела и ожирение

Данные, полученные в этом обследовании, показывают, что значительное число молодых людей не выполняют современных рекомендаций в отношении питания. Потребление фруктов и овощей во всей выборке в обследовании HBSC относительно низко и с возрастом снижается. Например, процент тех, кто сообщает о ежедневном употреблении фруктов, снижается с 38% среди 11-летних до 33% среди 13-летних и до 29% среди 15-летних. Во всех возрастных группах среди девочек устойчиво отмечается более частое употребление фруктов, чем среди мальчиков. Аналогичная картина складывается и в отношении употребления овощей. Наибольшие различия по странам и областям отмечаются среди 15-летних – трехкратные и пятикратные различия в ежедневном потреблении фруктов и овощей, соответственно.

Неудовлетворенность весом своего тела распространена как среди мальчиков, так и среди девочек, хотя девочек, оценивающих свое тело как слишком полное, намного больше (более 33% девочек и лишь немногим более 20% мальчиков), и больше девочек соблюдают диету или предпринимают иные меры для похудения (17,5% девочек и 8,2% мальчиков). С возрастом

процент проявляющих обе эти формы поведения значительно увеличивается среди девочек, но не среди мальчиков. Обследование показывает, что хотя в неудовлетворенности весом своего тела имеются существенные географические различия, о попытках похудеть сообщают 23% девочек в возрасте 15 лет.

Для расчета ИМТ (индекса массы тела) использовались величины роста и веса со слов респондентов, а по ИМТ определялись уровни предожирения и ожирения. Хотя эти цифры следует использовать осторожно, был сделан ряд важных наблюдений. Мальчики во всех странах и областях значимо чаще имеют избыточный вес, чем девочки. В целом приблизительно один из семи 15-летних мальчиков имеет избыточный вес (предожирение и ожирение), и это соотношение увеличивается до более одного из трех в стране, стоящей по этому показателю на первом месте (США).

Гигиена полости рта

В основном подавляющее большинство молодых людей чистят зубы чаще одного раза в день, соблюдая рекомендуемую частоту чистки зубов два раза в день; среди девочек этот процент выше, чем среди мальчиков. Здесь тоже наблюдаются существенные географические различия. Наименьшая доля 15-летних молодых людей, часто чистящих зубы, составляет один из пяти.

Травмы, причинение обид слабым и драки

Среди обследованных молодых людей распространены травмы, требующие медицинского вмешательства. Всего во всех возрастных группах по крайней мере об одной травме в прошлом году сообщают 45%; около 50% сообщают о двух и более, а 5% – о четырех и более травмах. Во всех странах и областях во всех возрастных группах мальчики неизменно получают травмы чаще, чем девочки, причем проценты в группах 11-, 13- и 15-летних на удивление схожи. Тем не менее, есть важные географические различия: например, в стране, занимающей первое место, процент травматизма (по крайней мере одна травма за прошедшие 12 месяцев) среди 15-летних был почти вдвое выше, чем в стране, занимающей последнее место. Во всех трех возрастных группах процент травматизма ниже в Эстонии, Венгрии, Польше и Македонии, а выше в Австрии, Германии, Испании и Уэльсе.

Немало фактов свидетельствуют о том, что участие в причинении обид слабым и в драках, а также страдание от издевательств со стороны других – распространенные явления во всех возрастных группах. Каждый третий из молодых людей сообщает о причастности по крайней мере к одному из этих явлений за прошедший год, хотя конкретные проценты по отдельным странам и областям различаются в широких пределах. Например, процент участия в причинении обид слабым среди 13-летних колеблется от 17% до 71%. Мальчики сообщают о причинении обид и участии в драках чаще, чем девочки, во всех странах и областях, при этом в 75% стран процент среди мальчиков в два раза и более превышает процент среди девочек. Однако в отношении страдания от издевательств гендерные различия между странами менее стабильны.

Сексуальное здоровье

В целом более одной пятой 15-летних респондентов сообщают о том, что имели половое сношение, однако разница между самыми высокими и самыми низкими процентами таких респондентов составляет 2,5 раза. Есть и гендерные различия. Например, почти в одной трети стран и областей мальчики в два и более раза чаще, чем девочки, имеют опыт половых сношений. Гораздо больше таких стран, где этот показатель для обоих полов почти одинаков, а в пяти странах (Англия, Финляндия, Германия, Шотландия и Уэльс) девочки чаще, чем мальчики, вступали в половые сношения.

Что касается использования противозачаточных средств, то 75% 15-летних сообщают об использовании презерватива во время последнего полового сношения (показатель колеблется от 64% до 89%). Мальчики в целом чаще сообщают об использовании презерватива: в нескольких странах и областях гендерные различия в использовании презерватива достигают 20%.

Обстоятельства жизни и их влияние на здоровье

Для понимания описанной выше картины поведения необходимо разобраться в том, в какой социальной среде растут молодые люди. В главе 2 представлен спектр социальных показателей, которые можно использовать для описания обстоятельств жизни молодых людей с точки зрения социального положения и жизни в семье, школе и среди сверстников. Здесь представлены ключевые данные из глав 2 и 4, которые описывают географические, возрастные и гендерные различия в обстоятельствах жизни. Эти данные на реальных примерах иллюстрируют некоторые из первых результатов, которые позволяют установить связь между средой, в которой живут молодые люди, и целым рядом последствий для здоровья, которые измерялись в данном обследовании.

Анализ данных обследования HBSC 2001/2002 годов показал, что, как и следовало ожидать, доля семей с высоким уровнем достатка выше в Северной и Западной Европе, а также в Северной Америке. В странах же Центральной и Восточной Европы, напротив, больше семей с низким уровнем достатка.

Среди обследованных молодых людей более трех четвертых сообщают, что живут с обоими родителями; чуть больше одной десятой живут с одним родителем и менее одной десятой живут в семье с приемными родителями. Тот факт, что большинство молодых людей живут в семьях с обоими родителями, характерен для всех стран и областей, а вот число семей с одним родителем характеризуется значительными географическими различиями. Например, между странами с наибольшим и наименьшим числом таких семей существует четырехкратное различие. На закономерности в структуре семьи несомненное влияние оказывают различия в культурном контексте и нормах общества.

В целом молодым людям во всех возрастных группах, странах и областях легче общаться с матерью, чем с отцом. Девочкам труднее разговаривать с отцом, чем мальчикам: об этом сообщают более половины 15-летних девочек в двух третях стран и областей.

Наличие трех или более близких друзей достаточно распространено во всех возрастных группах и во всех странах и областях. Несмотря на географические различия, по крайней мере половина молодых людей в стране, занимающей последнее место по этому показателю (Испания), сообщают о том, что у них есть круг близких друзей. Однако страны и области отличаются друг от друга по частоте контактов с друзьями. Например, хотя среди 15-летних менее трети респондентов сообщают о том, что проводят со своими друзьями четыре и более вечеров в неделю, проценты сообщающих об этом колеблются от более 50% в странах и областях, находящихся на первом месте по этому показателю, до 15% в странах и областях, находящихся на последнем месте.

Значительные географические, возрастные и гендерные различия наблюдаются в оценке молодыми людьми своей школьной жизни. Старшим школьникам школа нравится меньше, они хуже оценивают свою успеваемость, больше ощущают трудность школьной нагрузки, хотя социальная поддержка со стороны сверстников находится приблизительно на одном уровне во всех возрастных группах и в целом оценивается как хорошая. Девочкам школа нравится чаще, чем мальчикам, у них сильно выражено чувство достигнутых успехов, но они больше ощущают тяжесть школьной нагрузки. Хотя такая картина аналогична для всех стран и областей, общие проценты различаются в весьма широких пределах. Например, было выявлено:

- более чем 8-кратное различие между странами, занимающими первое и последнее места по проценту 13-летних респондентов, которым нравится школа;
- почти 3-кратное различие по проценту 15-летних девочек, сообщающих о хорошей успеваемости в школе; и
- 4-кратное различие по проценту 15-летних мальчиков, ощущающих трудность школьной нагрузки.

В этой главе представлены результаты предварительного анализа зависимости между социальной средой и условиями, в которых происходит развитие, с одной стороны, и

последствиями для здоровья с другой стороны. Они иллюстрируют важность этой зависимости для всего того, что происходит со здоровьем, и для формирования поведения, влияющего на здоровье. Целый ряд последствий для здоровья и поведения показывает, как важна для благополучия поддержка в семье и школе. Позитивная оценка школьной жизни ассоциирует с более высокой субъективной оценкой собственного здоровья и удовлетворенностью жизнью, меньшим количеством жалоб на здоровье и более низким риском курения.

Молодые люди из семей с меньшим достатком чаще дают более низкую оценку собственного здоровья, реже занимаются физической активностью и имеют больше субъективных жалоб на здоровье (особенно девочки). Зависимость между достатком семьи и курением менее очевидна.

В главе 4 (с. 209–218) также иллюстрируется важность полового созревания как одного из условий, в которых происходит развитие. Раннее появление первой менструации (менархе) в этом исследовании отмечается у небольшой, но значимой части девочек (приблизительно у одной шестой). Из-за этого, по-видимому, они подвергаются особому риску негативных последствий для здоровья, таких, как курение, неудовлетворенность своим весом, соблюдение нездорового режима и рациона питания и раннее начало половой жизни. Это подтверждается результатами других исследований. Влияние раннего начала первой менструации (в 11 лет или ранее) можно наблюдать четыре года спустя или позже, при обследовании 15-летних девочек. Более того, в литературе есть данные о том, что влияние раннего начала первой менструации может продолжаться всю жизнь (20). В будущих обследованиях HBSC необходимо также изучить влияние сроков полового созревания на здоровье мальчиков, так как в этом вопросе в литературе имеется пробел, особенно в плане сравнения между странами.

Важным фактором, позволяющим прогнозировать гигиеническое поведение, выступают группы сверстников, влияние которых может быть положительным, отрицательным или смешанным. В ходе обследования было установлено, что определенное влияние на картину в отношении курения и физической активности оказывают размер группы сверстников, а также ее гендерный состав. Когда молодой человек проводит больше вечеров с друзьями в течение недели, это ассоциирует с более высокими уровнями не только физической активности, но и курения и потребления алкоголя, включая стадию опьянения. Будущая работа в рамках программы HBSC позволит лучше понять те особенности групп сверстников, которые способствуют поведению, ведущему к укреплению здоровья, а не создающему риск для здоровья.

Соценоккой респондентами собственного здоровья и курением среди респондентов ассоциируют структура семьи и легкость общения как с матерью, так и с отцом. В целом результаты совпадают для обоих полов и для всех стран и областей, демонстрируя ценность благоприятных семейных отношений. Они также подчеркивают необходимость дальнейшей работы по изучению роли взаимоотношений между родителями и их детьми-подростками в формировании будущего здоровья.

Значение полученных результатов для политики и практики

Как уже упоминалось, представленные здесь результаты базируются на предварительном анализе данных обследования HBSC 2001/2002 годов. Эти данные облегчают непрерывный мониторинг здоровья и гигиенического поведения молодых людей в Европейском регионе ВОЗ и Северной Америке и способствуют более глубокому пониманию основных детерминант здоровья молодых людей 11–15-летнего возраста. Цель этого отчета – представить фактические данные, необходимые для того, чтобы убедить международное, национальное, региональные и местные сообщества в том, что продолжение инвестиций в формирование здоровья молодых людей сегодня поможет поддержать их здоровье в будущем и укрепить здоровье общества в целом. Для того, чтобы данные были полностью использованы в этих целях, нужна дальнейшая работа, в то время как ряд возникающих ключевых вопросов заслуживают того, чтобы ими занялись немедленно.

1. Хотя факты указывают на то, что большинство молодых людей считают себя здоровыми и удовлетворенными жизнью, значительная часть молодых людей в отдельных странах и в целом во всех странах и областях ведет такой образ жизни и проявляет такие формы поведения, которые могут повредить их здоровью. Это означает, что укрепление здоровья, особенно среди тех, кто живет в неблагоприятных условиях, остается приоритетом международной и национальной политики.
2. Состояние здоровья включенных в обследование молодых людей и происходящие в нем изменения существенно различаются по целому ряду показателей, описанных в этом отчете. Поэтому необходим дальнейший анализ, чтобы можно было с максимальной полнотой использовать данные для выявления того, почему и как возникают эти различия. Разобраться в том, почему некоторые страны и области отстают по определенным показателям здоровья, и чему можно научиться у тех стран, которые находятся впереди по этим показателям, может помочь анализ, ориентированный на программно-стратегический контекст. Еще важнее то, что на международном уровне требуется предпринять меры по укреплению организационно-кадрового потенциала, чтобы страны и области с низким уровнем здоровья и гигиенического поведения могли заимствовать опыт тех стран, в которых благодаря политике государства, направленной на укрепление здоровья, были достигнуты улучшения.
3. Данное обследование демонстрирует ряд гендерных и возрастных различий в том, что происходит со здоровьем. Программы, направленные на укрепление здоровья, должны учитывать различия в темпах развития молодых людей 11–15-летнего возраста и возникающие вследствие этого различия в их потребностях. Политика и программы, разрабатываемые для конкретных половозрастных групп, позволили бы создать более благоприятные условия для обеспечения равных возможностей молодым людям добиваться и поддерживать здоровье и благополучие.
4. Анализ, представленный в данном отчете, подтверждает важность условий жизни молодых людей для оценки их здоровья и гигиенического поведения. Обстоятельства жизни, включая достаток семьи и ее структуру, социальную поддержку со стороны семьи, сверстников и школьной среды, оказывают влияние на здоровье. Согласно оценкам, более 70% из того, что определяет здоровье, находится вне сферы компетентности медицинских служб и может быть причислено к демографическим, социальным, экономическим и экологическим условиям (21). Поэтому направления политики и партнерство между государственными ведомствами и различными секторами здравоохранения могут быть более эффективными, если в них будут приниматься во внимание эти множественные факторы влияния. Добрым примером межведомственного подхода к выработке политики на международном уровне служит Европейская сеть школ, способствующих укреплению здоровья (22), работающая через министерства здравоохранения и министерства образования.
5. Укрепления здоровья и снижения неравенства в отношении здоровья можно добиться только совместными усилиями на разных уровнях. Поэтому важно, чтобы лица, вырабатывающие политику, понимали те разные типы мер, которые нужны для конкретных групп в конкретные периоды времени для достижения улучшений в состоянии здоровья молодых людей. Whitehead et al. (23) классифицируют крупномасштабные программные меры по их цели и вызвавшим их причинам. В схеме Zollner (9) предлагаются действия, которые нужно предпринять на международном, национальном, территориальном и местном уровнях⁷. Необходимо создать базу доказательных данных о здоровье молодых людей с учетом этих общих рекомендаций.

⁷ Международный уровень важен для противодействия влияниям на макроуровне и укрепления солидарности. Национальный уровень наиболее важен для создания системы программно-стратегических целей и принципов, на которых будут строиться конкретные действия, социальная справедливость и структура ответственности. На территориальном уровне имеется потенциал для совершенствования и рационализации государственного управления и объединения усилий секторов в интересах социального и экономического развития. Действия на уровне местного сообщества наиболее важны для достижения приемлемых уровней качества жизни, занятости, образования и досуга.

- б. Уже известно многое о детерминантах здоровья молодых людей, но есть еще некоторые пробелы в информации и понимании, которые сдерживают прогресс, особенно в решении проблемы неравенства в отношении здоровья. Поэтому необходимо срочно создать базу доказательных данных, которая поможет углубить понимание взаимосвязей в сложной матрице детерминант здоровья. Это позволит понять, как лучше всего добиться изменений, которые пошли бы на пользу делу укрепления здоровья. И в этом отношении программа HBSC имеет уникальную возможность способствовать созданию такой базы доказательных данных, в частности, путем сбора данных о социальных детерминантах здоровья.

Активное вовлечение молодых людей

Кроме того, существует настоятельная необходимость в том, чтобы при выработке решений о наиболее подходящих и действенных средствах и способах действий придавать больше значения тому, что переживают и испытывают сами молодые люди. Как показано в предыдущем разделе о значении полученных результатов обследования HBSC для политики, многое еще предстоит сделать на уровне отдельного индивида и на уровне общества, чтобы улучшить здоровье молодых людей.

Исследования все больше показывают, что молодые люди не просто пассивно реагируют на решения и действия взрослых. Как отмечают Kalnins et al. (24), они активно участвуют в строительстве и определении собственной жизни, жизни окружающих их людей и общества, в котором они живут, и именно в таком качестве их следует рассматривать. Jensen и Jensen (25), например, показали, что дети и подростки имеют четко определенные установки и ясные представления о здоровье и социальном неравенстве и конкретные идеи относительно улучшения условий, влияющих на их здоровье. В работе по достижению изменений они видят себя активными участниками и заявляют, что готовы прилагать усилия для укрепления здоровья на разных уровнях, включая уровень индивида, семьи, школы и окружающего их мира.

Как отмечает Moore (26), при разработке новых показателей формирования здоровья молодых людей исследователям необходимо думать о том, можно ли разработать некоторые из этих показателей с участием самих молодых людей, и как это сделать.

Необходим сдвиг в мышлении в таком направлении, чтобы приоритет при выработке политики отдавался выяснению взглядов молодых людей и привлечению их к процессу выработки политики. В контексте новых концепций, рассматривающих подростков как социально активных действующих лиц, выдвинутые здесь рекомендации должны привести к активному участию молодых людей в укреплении их собственного здоровья, здоровья их семей, школ и местных общин. Но и в этом случае, хотя в литературе имеются некоторые фактические данные, касающиеся здоровья взрослых (14), которые демонстрируют связь между методами, предполагающими широкое участие заинтересованных партнеров, и измеряемыми последствиями для здоровья, внимания потенциальным выгодам для молодых людей уделяется мало. Данные, полученные из факультативных пунктов вопросника HBSC и все еще ожидающие своего анализа, могли бы заполнить этот пробел. McNeish (27) призывает тех, кто работает в сфере укрепления здоровья, разрабатывать такие подходы на основе широкого участия заинтересованных партнеров, которые не носили бы характера строгих предписаний, а соответствовали бы конкретным обстоятельствам и максимально расширяли свободу выбора. На международном уровне следует накапливать существующие знания о наиболее эффективных способах вовлечения молодых людей с использованием качественных и количественных подходов.

Заключение

Итак, хотя обследование HBSC 2001/2002 годов дает немало положительной информации о состоянии здоровья молодых людей, не вызывает сомнения тот факт, что еще многое предстоит сделать, особенно для того, чтобы дать равный шанс здоровья и благополучия молодым людям из необеспеченных категорий населения. Нужно продолжать работу, чтобы получить новые знания, максимально использовать существующую информацию из разных стран и

вырабатывать подходы, которые предполагают полное вовлечение молодых людей во все аспекты процесса формирования здоровья.

Цель данного отчета состоит в том, чтобы стать отправной точкой для следующего этапа деятельности по укреплению здоровья молодых людей.

Литература

1. *Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №. 6); http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
2. *Saving lives: our healthier nation*. London, Department of Health, 1999.
3. King A. *The New Zealand health strategy*, Wellington, Ministry of Health, 2000.
4. Black JMND, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth, Penguin, 1982.
5. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
6. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office, 1998 (<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>, взято с веб-сайта 25 февраля 2004 г.).
7. Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
8. *Equity in health and health care: A WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 1996.
9. Zollner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(Suppl. 59):6–11.
10. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
11. Sacker A, Schoon B, Bartley M. Social inequality and psychosocial adjustment throughout childhood: magnitude and mechanisms. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:863–880.
12. Call K et al. Adolescent health and well-being in the twenty first century: a global perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 2002, 12(1):69–98.
13. Exworthy M et al. *Understanding health variations and policy variations*. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 5).
14. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2):99–120.
15. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels and Luxembourg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
16. *The state of the world's children*. New York, United Nations Children's Fund, 2003.
17. Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well-being. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:143–166.
18. Woolcock M. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research*, 2001, 2(1):12–15.
19. Baum F. Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, 53:195–196.
20. Stattin H, Kerr M. *The future life implications of early and late pubertal maturation in females*. Oxford, New College, Oxford University, 2002.
21. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010, Vol. II. Objectives for improving health. Part B: focus areas 15–28. Appendices*. Washington, DC, US Government Printing Office, 2000 (<http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume2>, взято с веб-сайта 24 февраля 2004 г.).
22. European Network of Health Promoting Schools [веб-сайт]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, взято с веб-сайта 20 февраля 2004 г.).

23. Whitehead M, Dahlgren G, Diderichsen F. *Social inequalities in health: what are the issues for health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
24. Kalnins I et al. Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 1992, 7:53–59.
25. Jensen B, Jensen BB. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. Copenhagen, Danish University of Education, 2002.
26. Moore H. *Promoting the health of children and young people: setting a research agenda*. London, Health Education Authority, 1998.
27. McNeish D. *From rhetoric to reality: participatory approaches to health promotion with young people*. London, Health Education Authority, 1999.

Приложение 1. Методы –

Chris Roberts, Jorma Tynjälä

Dorothy Currie и Matt King

Главная цель этого технического приложения состоит в том, чтобы дать информацию о процедурах формирования выборки и сбора данных, используемых в обследовании HBSC 2001/2002 годов, а также помочь читателю в интерпретации результатов, представленных в отчете.

Выборка

Каждая страна и область должна формировать свою выборку так, чтобы удовлетворялись ее собственные потребности в действительных сравнениях во времени и между областями и внутри каждой области. Однако в международном исследовательском проекте, в котором проводятся сравнения между разными странами, формирование выборки каждой участвующей в исследовании страной должно также осуществляться одинаковым способом. Действительные сравнения между странами особенно важны для выявления общих для всех стран и областей признаков, а также различий между ними. Также важно, чтобы исследователи и лица, вырабатывающие политику, в каждой стране и области считали выборку репрезентативной и таким образом могли быть уверенными в актуальности полученных результатов для инициатив по укреплению здоровья. Многих участников обследования больше интересуют данные, позволяющие судить об изменениях во времени в их странах и областях, а не сравнения между странами, т.к. информация о таких изменениях дает им возможность оценить влияние мер по укреплению здоровья на уровне страны и области. В данном разделе в обобщенном виде представлены методы и процедуры формирования выборки, использованные в 2001/2002 годах. Все подробности содержатся в нынешнем протоколе HBSC (1).

Обследуемая совокупность

В качестве контингентов для обследования были выбраны учащиеся школ, достигшие 11, 13 и 15 лет, т.е. молодые люди на двенадцатом, четырнадцатом и шестнадцатом году жизни. В одних странах и областях каждая возрастная группа состоит из учащихся одного класса, так как молодые люди каждый год переводятся в следующий класс. В других странах и областях одних молодых людей оставляют на второй год, а других досрочно переводят в старший класс, и таких тоже необходимо включать в выборку наряду с теми, кто переходит из класса в класс обычным темпом. У 90% респондентов не должно быть отклонения более чем на шесть 6 месяцев от среднего возраста для каждой возрастной группы, а остальные 10% могут находиться в пределах не более 12 месяцев от среднего возраста. Желательный средний возраст для этих трех возрастных групп составляет 11,5 лет, 13,5 лет и 15,5 лет, соответственно.

В идеале должны быть обследованы все молодые люди в соответствующей возрастной группе, будь то учащиеся частных, государственных или специальных школ. В действительности же для небольшого количества респондентов бывает трудно заполнить вопросник или они находятся в закрытых учреждениях с ограниченным доступом. Предполагается, что для включения в

выборку может быть использовано около 95% подходящего для выборочного обследования целевого контингента. Большинство стран и регионов стратифицируют свои выборки, чтобы обеспечить достаточно полный географический охват.

В 2001/2002 годах в Германии была сформирована региональная выборка по федеральным землям (Берлин, Гессен, Северный Рейн-Вестфалия и Саксония). Раздельные обследования проводились во фламандской и франкоязычной областях Бельгии, а также в Англии, Шотландии и Уэльсе. Поскольку население Гренландии относительно невелико, был проведен сплошной опрос всех школьников, за исключением тех, кто отсутствовал в школе в день обследования.

Формирование выборки

В тех случаях, когда группой, или первичной единицей отбора был школьный класс (или школа при отсутствии базы для отбора, состоящей из классов), а не отдельный учащийся, как в простой случайной выборке, использовался групповой принцип отбора. Хотя групповой метод отбора в целом не так точен, как простое формирование выборки по случайному принципу, с административной точки зрения он удобен и эффективен и может быть так же точен, как и метод формирования выборки по случайному принципу, если при этом соответственно увеличивается размер выборки.

Когда применяется групповой принцип отбора, ответы учащихся нельзя считать независимыми, т.к. респонденты в одном и том же классе или школе с большей вероятностью будут похожи друг на друга, а не на учащихся в целом. Поэтому групповой принцип отбора дает среднеквадратичные отклонения, которые обычно бывают больше, чем если бы выборка такого же размера была сформирована по принципу простого случайного отбора (2). Если возрастают среднеквадратичные отклонения, то и размер выборки тоже нужно увеличить, чтобы сохранить уровень точности оценок. Коэффициент составления выборки – это величина, на которую необходимо умножить размер выборки, вычисленный для простой случайной выборки, чтобы учесть сложное формирование выборки, и которая определяется как соотношение между среднеквадратичным отклонением, выведенным из комплексного обследования, и среднеквадратичным отклонением, полученным при простой случайной выборке (3).

Рекомендованный минимальный размер выборки для каждой из трех возрастных групп был установлен в количестве 1536 учащихся. В этом расчете на основании анализа данных обследований HBSC 1993/1994 годов и 1997/1998 годов принималось допущение о 95-процентном доверительном интервале $\pm 3\%$ вокруг доли 50% и коэффициент составления выборки 1,2 (4,5). Доверительные интервалы обычно представляются для того, чтобы указать уровень точности, связанный с оценками обследования, иллюстрируя степень репрезентативности выборки для той совокупности, из которой она взята (6).

Отбор участников в выборку

Учитывая различия между странами в школьных системах, возрасте поступления в школу, а также в уровнях отставания и/или опережения школьников в учебе, предложить какой-то единообразный подход к формированию выборки, который был бы в равной мере применим для всех, очень трудно. Чтобы преодолеть эту трудность, в качестве приоритетного признака для процедуры отбора участников выборки в данном исследовании был взят возраст. Поэтому каждая из трех выборок возрастных групп отобрана из числа всех лиц, входящих в соответствующую возрастную группу. Там, где все учащиеся подходящего возраста учатся в одном классе, выборка может быть отобрана только из числа учащихся в этом классе, но там, где возрастные группы разбросаны по разным классам, отбор производится из всех классов. Положение усложняется еще больше, когда исследуемая совокупность оказывается разделенной между двумя различными уровнями – начальной и средней школой.

Там, где количество классов, которые удовлетворяют критериям для включения в выборку, было неизвестно, их количество определялось по количеству учащихся в каждой школе. Если

в школе имеется четыре класса, соответствующих критериям для включения в выборку, то у каждого из них должна быть такая же вероятность попасть в выборку, как и у школы, в которой есть только один класс, удовлетворяющий критериям для включения в выборку. Поэтому каждой школе придавался вес в зависимости от количества классов, удовлетворяющих критериям включения в выборку. В тех случаях, когда выбиралась школа с двумя или более классами, в выборку отбирался один класс по случайному принципу. Тем самым обеспечивалось равенство вероятности отбора для любого класса в исследуемой совокупности. Исходя из допущения о том, что среднее число учащихся в каждом классе составляет 25 человек, было высказано предположение, что для достижения рекомендованного размера выборки 1536 учащихся на каждую возрастную группу в каждой стране или области потребуется 62 класса.

В некоторых странах или областях для того, чтобы минимизировать необходимое количество школ, в школах делалась произвольная выборка из классов для одной возрастной группы, а затем в этих же школах делалась выборка из классов для двух других возрастных групп. Странам и областям было предложено при решении вопроса о том, сколько школ потребуется для достижения запланированного размера выборки, принимать во внимание ожидаемый размер класса, а также уровень посещаемости и уровень согласия на участие в обследовании.

Для получения средних возрастов 11,5 лет, 13,5 лет и 15,5 лет обследование в каждой стране и области проводилось в наиболее подходящее время года. В тех странах, где учащиеся определенной возрастной группы находятся на разных ступенях обучения (например, когда ученики остаются на второй год или переводятся досрочно в следующий класс в зависимости от академической успеваемости), в большинстве случаев выборка производится из всех классов (т.е. ступеней обучения). В таких случаях страны и области создавали эквивалент класса (как группы совместно обучающихся детей) на основе распределения учащихся по ступеням обучения. Дальнейшие подробности формирования выборки содержатся в протоколе исследования (1).

Сбор данных и подготовка массива

В подавляющем большинстве случаев анкетирование проводилось в школах между октябрём 2001 года и маем 2002 года. Период сбора данных в каждой стране и области указан в таблице 1.

В большинстве стран и областей вопросники доставлялись в школы, анкетирование проводилось учителями, и вопросники сдавались после их заполнения в научно-исследовательское учреждение, проводящее обследование. Однако в некоторых странах анкетирование проводили научные работники, чтобы уменьшить нагрузку на школы. Весь персонал, участвовавший в сборе данных на местах, прошел полный курс обучения и соблюдал согласованные методические указания.

Массивы данных из всех 35 стран и областей подготавливались и передавались в Международный банк данных HBSC при Норвежской службе обработки социологических данных университета г. Берген. Данные проверялись и очищались в соответствии со строгими критериями (1). Убирались данные по молодым людям, чей возраст выходил за пределы установленных возрастных диапазонов, и документально фиксировались все отклонения от международного стандарта. Полный набор инструкций по очистке данных содержится в протоколе исследования (1).

В таблицах 2 и 3 представлена информация о респондентах, включенных в международный массив данных. В обследовании 2001/2002 годов содержатся данные о более чем 160 000 молодых людей. Эти респонденты распределены достаточно равномерно по гендерным и возрастным группам. Средний возраст, рассчитанный по всей выборке для трех возрастных групп, составляет 11,6 лет, 13,6 лет и 15,6 лет соответственно для 11-, 13- и 15-летних. Есть, однако, и отклонения в пределах от 10,8 в Австрии до 12,3 лет в Гренландии в младшей возрастной группе, при аналогичной картине отклонений в возрастных группах 13 и 15 лет.

Таблица 1. Даты сбора данных на местах в обследовании HBSC 2001/2002 годов, по странам и областям

Страна	Период обследования
Австрия	Октябрь–ноябрь 2001
Англия	Март 2002
Бельгия (фламандск.)	Март–апрель 2002
Бельгия (франкоязычн.)	Январь–февраль 2002
БЮР Македония	Март 2002
Венгрия	Март–апрель 2002
Германия	Март–май 2002
Гренландия	Май 2002
Греция	Октябрь–ноябрь 2002
Дания	Январь–февраль 2002
Израиль	Май–июнь 2002
Ирландия	Апрель–июнь 2002
Испания	Апрель–май 2002
Италия	Апрель 2002
Канада	Январь–февраль 2002
Латвия	Ноябрь–декабрь 2001
Литва	Февраль–март 2002
Мальта	Январь 2002
Нидерланды	Октябрь–ноябрь 2001
Норвегия	Декабрь 2001
Польша	Февраль–март 2002
Португалия	Март–апрель 2002
Российская Федерация	Март 2002
Словения	Март 2002
США	Ноябрь–декабрь 2001
Украина	Февраль 2002
Уэльс	Февраль–март 2002
Финляндия	Март–май 2002
Франция	Март–июнь 2002
Хорватия	Февраль–март 2002
Чешская Республика	Май 2002
Швейцария	Март–май 2002
Швеция	Ноябрь–декабрь 2001
Шотландия	Февраль–апрель 2002
Эстония	Октябрь–ноябрь 2001

Анализ и интерпретация данных

При интерпретации результатов, представленных в этом отчете, должно быть решено несколько важных вопросов. В данном разделе рассматриваются два из них: влияние структуры выборки и наиболее подходящий анализ и способ представления данных.

Влияние процедуры формирования выборки на интерпретацию результатов

Источники потенциальной погрешности в данных обследования HBSC, особенно в связи с погрешностью выборки, рассмотрены в других работах (4). В этом же разделе даются некоторые советы по тем ключевым вопросам, которые необходимо принимать во внимание при интерпретации данных, представленных в настоящем отчете.

Подобно большинству социальных исследований, обследование в рамках HBSC базируется на выборке респондентов, а не на сплошном обследовании населения (за исключением Гренландии). Погрешность выборки и другие источники случайной погрешности (например, ошибки при

Таблица 2. Количество респондентов, участвовавших в обследовании HBSC 2001/2002 годов, по странам и регионам, полу и возрастной группе

Страна или область	Пол		Возрастная группа (лет)			Всего
	Мальчики	Девочки	11	13	15	
Австрия	2241	2231	1590	1584	1298	4472
Англия	2943	3138	2239	2069	1773	6081
Бельгия (фламандск.)	2996	3293	2153	2106	2030	6289
Бельгия (франкояз.)	2069	2254	1439	1503	1381	4323
БЮР Македония	2053	2108	1348	1401	1412	4161
Венгрия	1848	2316	1371	1463	1330	4164
Германия	2786	2864	2100	1801	1749	5650
Гренландия	386	505	295	356	240	891
Греция	1870	1937	1252	1231	1324	3807
Дания	2259	2413	1710	1582	1380	4672
Израиль	2625	3036	1892	2202	1567	5661
Ирландия	1302	1573	1012	944	919	2875
Испания	2873	2954	2105	1966	1756	5827
Италия	2125	2261	1524	1633	1229	4386
Канада	1996	2365	1641	1513	1207	4361
Латвия	1633	1848	1195	1169	1117	3481
Литва	2887	2758	1867	1873	1905	5645
Мальта	905	1075	619	694	667	1980
Нидерланды	2120	2149	1477	1519	1273	4269
Норвегия	2554	2469	1660	1739	1624	5023
Польша	3204	3179	2100	2131	2152	6383
Португалия	1419	1521	1174	964	802	2940
Российская Федерация	3752	4285	2522	2940	2575	8037
Словения	1996	1960	1474	1413	1069	3956
США	2322	2703	1479	1921	1625	5025
Украина	1893	2197	1192	1297	1601	4090
Уэльс	2004	1883	1351	1372	1164	3887
Финляндия	2713	2675	1911	1732	1745	5388
Франция	4054	4131	2671	2900	2614	8185
Хорватия	2180	2217	1451	1500	1446	4397
Чешская Республика	2412	2600	1691	1661	1660	5012
Швейцария	2309	2370	1468	1671	1540	4679
Швеция	1978	1948	1499	1201	1226	3926
Шотландия	2246	2158	1743	1512	1149	4404
Эстония	1983	1996	1288	1424	1267	3979
Всего	78 936	83 370	55 503	55 987	50 816	162 306

истолковании вопросов) можно оценить путем вычисления дисперсии или среднеквадратичного отклонения оценки выборки. Во многих наиболее популярных статистических программах при вычислении дисперсии оценки обследования предполагается, что выборка сформирована по простому случайному принципу. Если бы это было так, выборка формировалась бы путем отбора индивидуумов по случайному принципу из базы, в которой содержался список всех детей школьного возраста в каждой стране или области. При такой схеме среднеквадратичное отклонение (se) можно рассчитать, взяв представляющую интерес долю выборки и вставив эти цифры в следующее уравнение:

$$se(p) = \sqrt{\frac{pq}{n}} \quad \text{где } q = 1 - p$$

n = число респондентов
 p = доля респондентов с характеристиками

Таблица 3. Средний возраст респондентов, участвовавших в обследовании HBSC 2001/2002 годов, по странам или областям и возрастным группам

Страна	11-летние	13-летние	15-летние
Австрия	10,8	12,8	14,8
Англия	11,9	13,9	15,9
Бельгия (фламандск.)	11,5	13,5	15,5
Бельгия (франкояз.)	11,5	13,4	15,5
БЮР Македония	11,5	13,5	15,5
Венгрия	11,5	13,5	15,5
Германия	11,6	13,6	15,7
Гренландия	12,3	14,3	16,4
Греция	11,4	13,3	15,3
Дания	11,8	13,8	15,8
Израиль	12,0	14,1	16,0
Ирландия	11,7	13,5	15,4
Испания	11,5	13,5	15,5
Италия	11,8	13,8	15,9
Канада	11,8	13,8	15,7
Латвия	11,6	13,6	15,5
Литва	11,7	13,7	15,7
Мальта	11,7	13,7	15,6
Нидерланды	11,5	13,5	15,5
Норвегия	11,5	13,5	15,5
Польша	11,7	13,7	15,7
Португалия	12,1	14,2	16,1
Российская Федерация	11,6	13,6	15,6
Словения	11,7	13,7	15,8
США	11,6	13,5	15,5
Украина	11,9	13,9	16,0
Уэльс	12,0	14,0	16,0
Финляндия	11,8	13,8	15,8
Франция	11,2	13,1	15,1
Хорватия	11,4	13,4	15,4
Чешская Республика	11,5	13,5	15,4
Швейцария	11,7	13,8	15,8
Швеция	11,4	13,5	15,5
Шотландия	11,5	13,6	15,5
Эстония	11,4	13,3	15,3
Всего	11,6	13,6	15,6

Например, выборка 11-летних в Уэльсе составляет 1351 ($n = 1351$), из которых 36% сообщают, что их обижали по крайней мере один раз за предыдущие два месяца ($p = 0,36$), поэтому:

$$se(p) = \sqrt{\frac{(0,36 \times 0,64)}{1351}} = 0,013 \text{ или } 1,3 \%$$

95%-й доверительный интервал оценки обследования выражается формулой:

$$P \pm 1,96 \times se(p)$$

что в рассматриваемом примере дает доверительный интервал $36\% \pm 2,5\%$ (или 33,5–38,5%). Проще говоря, эти результаты указывают на то, что есть 95%-я вероятность того, что

истинная величина для исследуемой совокупности находится где-то в пределах рассчитанных интервалов.

Однако, как было отмечено выше, в обследовании HBSC используется групповой метод формирования выборки, при котором первичной единицей выборки является класс (или школа), а не отдельный ученик, как в простой случайной выборке. Учитывая такую схему, нельзя принимать допущения о том, что ответы учащихся будут независимыми, т.к. учащиеся одного и того же класса или школы скорее будут похожи друг на друга, чем на учащихся в целом. Поэтому метод групповой выборки ведет к среднеквадратичным отклонениям, которые обычно бывают выше, чем было бы в том случае, если бы выборка такого же размера была сформирована методом простой случайной выборки. Следовательно, среднеквадратичные отклонения должны рассчитываться наиболее подходящим методом, в котором принимается во внимание корреляция молодых людей в школах или классах.

Кроме того, ряд стран и областей стратифицируют свои выборки, разбивая свою базу выборки на меньшие единицы (часто географические области), чтобы обеспечить охват всех областей. Эта стратификация может уменьшить среднеквадратичные отклонения и должна приниматься во внимание при их вычислении.

В настоящее время для расчета среднеквадратичных отклонений имеются различные пакеты статистических программ, в которых учитываются сложные схемы формирования выборки. В качестве альтернативы представлению истинных среднеквадратичных отклонений (то есть учитывающих сложные схемы формирования выборки) для всех представляющих интерес процентных величин в таком отчете, как данный отчет, дается несколько коэффициентов составления выборки. Коэффициент составления выборки (*deft*) в данном случае представляет собой отношение среднеквадратичного отклонения, выведенного из группового метода формирования выборки со стратификацией, к среднеквадратичному отклонению, полученному исходя из применения метода простой случайной выборки (3). Если взять пример причинения обид слабым среди 11-летних школьников в Уэльсе, истинное среднеквадратичное отклонение, полученное для этой оценки, составляет 1,6% и дает 95%-е доверительные интервалы вокруг оценки 32,9%–39,1%. Это сопоставимо с доверительным интервалом 33,5%–38,5% при допущении принципа простой случайной выборки. Величина *deft* для этой оценки составляет 1,6/1,3, или 1,23.

Для небольшого числа стран и областей были рассчитаны коэффициенты составления выборки для некоторых переменных, которые и представлены в таблицах 4–6 для 11-, 13- и 15-летних респондентов. Не представлены величины коэффициентов для переменных “ежедневное курение” и “были в состоянии опьянения два или более раз” для 11-летних ввиду чрезвычайно малой распространенности этих переменных (во многих странах и областях менее 1%). Истинные среднеквадратичные отклонения рассчитывались с помощью программного пакета Stata (7). В таблицах 4–6 показаны существенные колебания в величинах коэффициента составления выборки между отобранными переменными для каждой страны или области и возрастной группы, хотя можно видеть и некоторые закономерности. Например, величины коэффициента составления выборки обычно выше в ряде стран и областей для переменных, касающихся школы или групп друзей (таких, как удовлетворенность школой и проведение четырех или более вечеров с друзьями каждую неделю) и некоторых форм рискованного поведения (например, ежедневное курение). И наоборот, меньшие величины коэффициента отмечаются для таких переменных, как академическая успеваемость, легкость общения с родителями и получение травм за прошедший год. Более низкие величины коэффициента свидетельствует о том, что возможность сходства мнений или поведения учащихся одной и той же школы или класса не больше, чем возможность сходства взглядов и поведения других учащихся, отобранных по чисто случайному принципу.

Используя правильную величину коэффициента составления выборки (см. таблицы 4–6), можно оценить истинное среднеквадратичное отклонение (и доверительный интервал) переменной, учитывающее сложную схему составления выборки, путем умножения среднеквадратичного отклонения (исходя из формирования выборки по принципу простой случайной выборки) на соответствующий коэффициент составления выборки.

Таблица 4. Коэффициенты составления выборки для некоторых переменных в обследовании HBSC 2001/2002 годов, 11-летние респонденты

Переменные	Финляндия	Венгрия	Латвия	Норвегия	Португалия	Шотландия	БЮР Македония	Уэльс
Употребляют фрукты ежедневно	1,01	1,15	1,09	1,16	1,18	1,36	1,43	1,34
Выполняют рекомендации по физической активности ^а	1,61	1,18	1,26	1,58	1,24	1,46	1,24	1,39
Имеют плохое или удовлетворительное здоровье	0,95	1,19	1,22	1,07	1,14	1,20	1,25	1,15
За последние несколько месяцев их обижали	1,17	1,55	1,21	1,34	1,31	1,24	1,52	1,21
Получили травмы за последний год	1,13	1,19	1,02	1,21	1,07	1,24	1,54	1,27
Школа им нравится	1,18	1,46	1,41	1,20	1,12	1,44	1,83	1,55
Академическая успеваемость ^б	1,33	1,29	1,40	1,09	1,15	1,32	1,18	1,10
Проводят с друзьями четыре или более вечеров в неделю	1,46	1,46	1,31	1,40	1,16	1,64	1,47	1,84
Ежедневно пользуются электронной связью	1,06	1,24	1,54	1,12	1,07	1,24	1,59	1,05
Им легко общаться со своей матерью	1,05	1,27	1,06	1,10	0,98	1,14	1,35	1,14

^а Число баллов MVPA 5 или более (см. главу 3, сс. 96–103).

^б Те, кто считают, что учатся в школе хорошо или очень хорошо.

Таблица 5. Коэффициенты составления выборки для некоторых переменных в обследовании HBSC 2001/2002 годов, 13-летние респонденты

Переменные	Финляндия	Венгрия	Латвия	Норвегия	Португалия	Шотландия	БЮР Македония	Уэльс
Курят ежедневно	1,42	1,46	1,30	1,25	1,43	1,12	1,01	1,36
Были пьяны два или более раз	1,29	1,17	1,22	1,20	1,22	1,18	1,29	1,30
Употребляют фрукты ежедневно	1,18	1,25	1,14	1,17	1,04	1,14	1,27	1,18
Выполняют рекомендации по физической активности ^а	1,15	1,41	1,15	1,25	1,13	1,21	1,23	1,22
Имеют плохое или удовлетворительное здоровье	1,00	1,38	1,28	1,10	1,25	1,26	1,34	1,12
За последние несколько месяцев их обижали	1,17	1,14	1,18	1,28	1,26	1,03	1,43	1,21
Получили травмы за последний год	1,09	1,11	1,15	1,14	1,11	1,17	1,50	1,30
Школа им нравится	1,43	2,48	1,61	1,36	1,29	1,17	2,31	1,32
Академическая успеваемость ^б	1,18	1,24	1,21	1,27	1,06	1,12	1,25	1,21
Проводят с друзьями четыре или более вечеров в неделю	1,53	1,35	1,27	1,51	1,09	1,46	1,50	2,16
Ежедневно пользуются электронной связью	1,13	1,13	1,61	1,09	1,33	1,14	1,79	1,16
Им легко общаться со своей матерью	1,23	1,09	1,16	1,11	1,20	1,17	1,23	1,00

^а Число баллов MVPA 5 или более (см. главу 3, сс. 96–103).

^б Те, кто считают, что учатся в школе хорошо или очень хорошо.

Таблица 6. Коэффициенты составления выборки для некоторых переменных в обследовании HBSC 2001/2002 годов, 15-летние респонденты

Переменные	Финляндия	Венгрия	Латвия	Норвегия	Португалия	Шотландия	БЮР Македония	Уэльс
Курят ежедневно	1,11	1,79	1,29	1,29	1,11	1,26	1,57	1,62
Были пьяны два или более раз	1,26	1,95	1,35	1,56	1,14	1,15	1,37	1,01
Употребляют фрукты ежедневно	1,18	1,24	1,04	1,24	1,08	1,08	1,35	1,11
Выполняют рекомендации по физической активности ^а	1,26	1,50	1,12	1,25	1,36	1,30	1,07	1,16
Имеют плохое или удовлетворительное здоровье	1,11	1,41	1,19	0,95	1,00	1,23	1,30	1,34
За последние несколько месяцев их обижали	1,16	1,12	1,26	1,42	1,03	0,98	1,67	1,23
Получили травмы за последний год	1,08	1,20	1,26	0,98	1,01	1,12	1,40	1,25
Школа им нравится	1,09	1,88	1,37	1,21	1,30	1,06	2,42	1,20
Академическая успеваемость ^б	1,08	1,85	1,06	0,96	1,10	0,95	1,36	1,29
Проводят с друзьями четыре или более вечеров в неделю	1,44	1,56	1,29	1,30	1,05	1,35	1,68	1,54
Ежедневно пользуются электронной связью	1,27	1,41	1,67	1,26	1,22	1,19	2,10	0,98
Им легко общаться со своей матерью	1,00	1,10	1,13	1,02	0,93	0,94	1,18	1,12

^а Число баллов MVPA 5 или более (см. главу 3, сс. 96–103).

^б Те, кто считают, что учатся в школе хорошо или очень хорошо.

Анализ данных и представление результатов

Подавляющее большинство оценочных данных обследования, представленных в настоящем отчете, – это проценты, представленные в формате простой гистограммы с разбивкой по странам и областям, по возрасту и полу. Иногда эти оценочные данные могут незначительно отличаться от тех данных, что представлены в других источниках (например, в национальных отчетах или журнальных статьях). Чаще всего это может происходить в тех случаях, когда какие-то отдельные вопросы изучаются глубже и два или более вопросов объединяются для создания нового критерия, как, например, оценка нынешней структуры потребления спиртных напитков среди молодых людей с использованием частоты как потребления алкоголя, так и употребления алкоголя когда-либо в жизни, со слов респондентов. Обычно представляются данные из одной категории ответов (или комбинации категорий ответов). В идеале для каждой оценочной величины, полученной в результате обследования, должны даваться доверительные интервалы, которые указывают вероятный диапазон величин, которые могут быть обнаружены в исследуемой совокупности. Для отчета такого объема, как данный отчет, это не представляется возможным, но в таблице 7 представлены приблизительные доверительные интервалы для целого ряда процентных величин. При расчете этих интервалов размер выборки принимается равным 750, учитывая, что данные для каждой страны разбиваются по возрасту и полу. Кроме того, был принят коэффициент составления выборки 1,2, чтобы учесть сгруппированный характер полученных данных. Доверительные интервалы симметричны вокруг 50%: например, доверительный интервал для 40% и для 60% составляет $\pm 4,2\%$, для 70% и для 30% он составляет $\pm 3,9\%$ и т.д. Например, если оценочный процент 15-летних девочек, курящих еженедельно, в Уэльсе равен 27%, то 95%-й доверительный интервал составляет около $\pm 3,9\%$, а истинная цифра для всей совокупности будет находиться где-то между 23% и 31%.

Таблица 7. Примерный диапазон доверительного интервала на уровне 95% для обследования HBSC 2001/02 годов

Пропорция (%)	Доверительный интервал (%)
5	$\pm 1,9$
10	$\pm 2,6$
15	$\pm 3,1$
20	$\pm 3,4$
25	$\pm 3,7$
30	$\pm 3,9$
35	$\pm 4,1$
40	$\pm 4,2$
45	$\pm 4,3$
50	$\pm 4,3$

В нескольких разделах авторы также представили связь между представляющими интерес переменными и факторами, связанными с этими переменными, в виде простых двумерных связей; например, в главе 2 представлены данные о поддержке со стороны учащихся и положительном отношении к школе. Учитывая номинальный или порядковый характер многих переменных HBSC, был выполнен анализ, в котором использовалась главным образом непараметрическая статистика типа коэффициентов рангово-порядковой корреляции Спирмена (8). В большинстве случаев эти связи рассчитывались путем агрегирования данных по всем странам и областям, и основной целью при этом было описание общих закономерностей.

Ввиду большого объема выборки при работе со всем массивом данных статистическая значимость каждой связи представлена не была. При таком большом объеме выборки можно ожидать, что подавляющее большинство коэффициентов, какими бы малыми они ни были, будут статистически значимыми, а представление величин P не будет иметь смысла.

Литература

1. Roberts C, François Y, King A. Sampling. In: Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001:28–33 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
2. Levy SP, Lemeshow S. *Sampling of populations. Methods and applications*. New York, Wiley, 1991.
3. Kish L. *Survey sampling*. New York, Wiley, 1965.
4. Roberts C. Sample design and sampling error. In: King A, et al. *The health of youth. A cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996:211–216 (WHO Regional Publications, European Series, No .69). http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53; взято с веб-сайта 20 января 2004 г.).
5. Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, взято с веб-сайта 27 января 2004 г.).
6. Gardner MJ, Altman DG. *Statistics with confidence: confidence intervals and statistical guidelines*, 2nd ed. London, BMJ Publishing, 2000.
7. Stata statistical software: release 8.0. College Station, TX, Stata Corporation, 2003.
8. Siegel S, Castellan N. *Nonparametric statistics for the behavioural sciences*, 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 1988.

Приложение 2. Сводные таблицы показателей здоровья и связанного со здоровьем поведения

В таблицах в обобщенном виде представлены результаты обследования HBSC 2001/2002 годов по показателям, рассмотренным в главе 3. Приведены ссылки на соответствующие страницы оригинала отчета.

Таблица 1. Здоровье и благополучие (см. также стр. 57–65)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
“Неважное здоровье” (%)						
11-летние	12,1	5,3–27,2	15,7	4,4–43,7	13,9	4,9–35,1
13-летние	13,6	6,3–30,0	20,8	10,7–53,9	17,3	8,5–42,1
15-летние	16,1	8,0–31,5	27,2	12,8–63,1	21,9	10,4–47,3
Два и более симптомов, чаще одного раза в неделю (%)						
11-летние	26,9	14,8–43,2	33,6	19,2–49,5	30,3	18,8–46,3
13-летние	25,8	13,4–45,0	38,2	25,0–57,1	32,2	19,3–48,6
15-летние	25,6	11,9–47,1	43,5	24,4–65,6	35,0	18,4–54,4
Удовлетворенность жизнью, балл по шкале “лестница Кантрилла” ≥ 6 (%)						
11-летние	88,1	77,5–96,8	87,1	76,0–96,5	87,6	77,6–96,6
13-летние	86,9	77,7–95,3	82,5	71,1–91,8	84,6	76,1–93,6
15-летние	84,5	67,6–95,5	77,4	63,9–89,5	80,8	65,8–92,5

Таблица 2. Курение табака (см. также стр. 66–76)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Когда-либо курили (%)						
11-летние	19,1	4,1–42,2	10,8	2,3–49,7	14,9	3,2–46
13-летние	42,7	8,6–73,9	37,4	7,3–82,7	40,0	7,9–75,4
15-летние	62,5	37,4–88,7	61,3	34,3–88,4	61,9	35,8–85,7
Курят каждую неделю (%)						
11-летние	2,2	0,1–5,4	1,0	0,1–8,5	1,6	0,3–6,6
13-летние	8,9	2,9–18,8	7,9	1,1–36,7	8,4	2,0–28,9
15-летние	23,9	11,1–56,6	23,3	11,6–66,7	23,6	13,6–62,4
Курят ежедневно (%)						
11-летние	0,9	0,0–2,4	0,4	0,0–2,4	0,6	0,0–2,1
13-летние	5,2	1,6–16,9	4,4	0,7–28,1	4,8	1,1–23,1
15-летние	18,1	5,7–52,5	16,9	7,7–53,6	17,5	8,5–53,2
Средний возраст начала курения, 15-летние (лет)						
Среди тех, кто когда либо курил	12,1	10,7–13,4	12,8	12,0–14,0	12,5	11,4–13,7
Среди курящих еженедельно	11,9	10,5–13,2	12,6	11,8–13,7	12,2	11,2–13,4
Среди курящих ежедневно	11,7	9,9–12,9	12,4	11,5–13,7	12,1	10,7–13,2

Таблица 3. Употребление алкоголя (см. также стр. 77–95)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Выпивают каждую неделю (%)						
11-летние	7,3	0,9–18,7	3,0	0,3–8,5	5,1	0,8–13,7
13-летние	15,3	4,8–34,0	9,2	2,8–24,8	12,2	5,8–29,4
15-летние	34,3	18,1–58,0	23,9	10,1–54,4	28,8	15,5–56,3
Пьют пиво каждую неделю (%)						
11-летние	3,7	0,5–15,5	1,1	0,0–6,3	2,4	0,4–10,9
13-летние	9,4	1,3–21,1	4,0	0,3–10	6,6	1,2–14,8
15-летние	26	10,1–47,7	11,2	2,2–31,5	18,3	7–39,2
Пьют вино каждую неделю (%)						
11-летние	2,7	0,0–12,5	0,9	0,0–4,1	1,8	0,3–8,4
13-летние	4,7	0,7–18,6	2,6	0,0–9,3	3,6	0,3–13,2
15-летние	8,3	1,5–31,5	6,2	0,0–16,4	7,2	1,6–23,5
Пьют крепкие спиртные напитки каждую неделю (%)						
11-летние	1,6	0,1–6,5	0,6	0,0–4,7	1,1	0,1–5,6
13-летние	4,5	1,3–15,8	3,1	0,4–18,5	3,8	0,9–17,2
15-летние	12,4	3,0–36,3	9,7	1,1–37,1	11,0	2,5–34,7
Были пьяными два и более раз (%)						
11-летние	4,3	0,7–10,7	1,5	0,2–6,4	2,9	0,5–8,5
13-летние	14,5	4,8–29,9	9,7	1,1–27,5	12,1	3,1–28,7
15-летние	39,8	16,9–67,7	31,4	5,9–64,8	35,4	11,2–66,2
Средний возраст употребления алкоголя в первый раз, 15-летние (%)	12,3	10,9–13,1	12,9	11,8–13,8	12,7	11,4–13,5
Средний возраст первого опьянения, 15-летние (%)	13,6	12,7–14,2	13,9	13,4–14,7	13,7	13,3–14,4

Таблица 4. Употребление конопли (см. также стр. 89–95)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Когда-либо употребляли коноплю, 15-летние (%)	25,8	3,8–49,1	18,9	2,5–47,0	22,2	3,1–45,8
В текущем году употребляли коноплю, 15-летние (%)	21,7	3,9–43,3	16,0	2,1–37,5	18,7	3,1–40,0

Таблица 5. Физическая активность (см. также стр. 96–103)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Занимаются в течение часа или более четыре или более раз в среднем за последнюю и типичную недели (среднее число дней)						
11-летние	4,3	3,3–5,0	3,8	2,5–4,6	4,1	2,9–4,8
13-летние	4,2	3,4–5,1	3,6	2,8–4,3	3,9	3,1–4,7
15-летние	3,9	3,3–4,7	3,2	2,3–3,9	3,5	2,9–4,2
Соблюдают рекомендации о физической активности (%)						
11-летние	43,8	25,2–61,3	33,1	11,3–51,1	38,5	18,3–56,2
13-летние	40,9	25,5–61,2	26,9	13,6–43,7	33,7	19,6–51,4
15-летние	35,3	22,6–57,1	22,3	11,2–41,8	28,5	18,6–48,8

Таблица 6. Малоподвижное поведение (см. также стр. 104–116)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Смотрят телевизор						
≥ 4 часов в день по будням (%)						
11-летние	26,5	8,5–49,2	22,1	4,6–50,2	24,3	6,5–49,7
13-летние	30,5	12,8–52,2	27,2	11,6–53,1	28,8	12,2–51,0
15-летние	28,0	16,2–45,4	23,4	12,1–39,2	25,6	14,4–42,3
Смотрят телевизор						
≥ 4 часов в день по выходным (%)						
11-летние	42,7	22,9–69,1	35,9	14,8–62,2	39,2	18,8–65,8
13-летние	50,7	30,7–72,2	46,8	30,2–76,6	48,7	30,5–74,4
15-летние	49,9	29,1–67,9	46	25,7–70,3	47,8	28,4–68,6
Пользуются компьютером						
≥ 3 часов в день по будням (%)						
11-летние	17,2	7,5–41,1	6,2	2,3–20,8	11,7	4,9–31,0
13-летние	21,8	9,7–45,1	8,1	2,2–20,9	14,8	6,2–31,6
15-летние	23,6	12,9–38,3	7,7	2,9–19,8	15,3	8,8–24,5
Пользуются компьютером						
≥ 3 часов в день по выходным (%)						
11-летние	27,7	13,6–45,4	11,7	5,4–26,9	19,7	10,2–36,2
13-летние	37,1	16,0–49,0	16,4	6,3–36,6	26,5	11,2–40,0
15-летние	40,2	19,0–50,2	15,2	5,2–33,7	27,2	12,5–37,6
Выполняют домашнюю работу						
≥ 3 часов в день по будням (%)						
11-летние	13,0	2,1–47,8	17,2	1,8–62,1	15,1	2,0–54,9
13-летние	15,3	0,9–55,4	24,6	2,6–76,7	20,1	1,7–66,4
15-летние	14,6	0,7–45,4	28,2	2,9–71,6	21,7	1,8–58,9
Выполняют домашнюю работу						
≥ 3 часов в день по выходным (%)						
11-летние	12,5	1,1–41,4	14,8	1,1–49,8	13,7	1,1–45,6
13-летние	15,3	0,8–47,0	24,2	2,3–70,3	19,9	1,8–59,0
15-летние	17,3	1,4–45,3	30,9	4,1–69,8	24,4	2,8–57,9

Таблица 7. Пищевые привычки (см. также стр. 117–127)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Завтракают каждый день учебы в школе (%)						
11-летние	72,9	47,2–91,4	69,1	40,0–89,9	71,0	43,6–89,5
13-летние	67,8	38,6–83,1	57,4	33,6–75,8	62,5	36,1–79,3
15-летние	64,1	38,7–79,4	51,7	28,7–70,5	57,6	33,9–74,5
Едят фрукты каждый день (%)						
11-летние	35,5	20,9–52,1	40,7	19,1–59,4	38,1	23,4–54,9
13-летние	30,4	14,6–47,9	36,1	21,8–52,8	33,3	20,4–50,7
15-летние	24,7	12,0–46,1	32,5	13,3–52,2	28,8	15,1–49,5
Едят овощи каждый день (%)						
11-летние	30,5	14,1–48,0	36,1	13,4–55,6	33,3	13,7–51,8
13-летние	28,1	9,4–47,3	33,3	10,1–57,4	30,8	9,8–52,7
15-летние	25,5	7,4–46,1	32,0	10,3–60,4	28,9	9,0–53,2
Пьют безалкогольные напитки каждый день (%)						
11-летние	28,5	7,5–54,6	23,2	4,6–49,3	25,8	6,0–51,9
13-летние	32,8	11,3–55,0	26,7	5,9–49,2	29,7	8,6–51,7
15-летние	34,5	10,0–58,7	25,8	5,1–54,5	29,9	8,0–56,4
Едят сладости каждый день (%)						
11-летние	27,6	7,3–49,1	27,4	6,2–56,6	27,5	7,0–52,3
13-летние	29,7	11,3–59,3	30,7	10,1–55,3	30,2	10,7–57,2
15-летние	28,1	9,2–52,0	29,5	9,0–56,3	28,9	9,1–54,7

Таблица 8. Представление о красоте тела, регулирование веса и масса тела (см. также стр. 128–138)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Не удовлетворены своим телом – чуть полные/слишком полные (%)						
11-летние	21,6	7,9–30,8	27,9	10,3–45,3	24,8	9,2–35,5
13-летние	23,4	6,8–36,0	36,6	11,4–52,6	30,2	9,5–42,1
15-летние	20,4	6,7–32,2	42,2	13,0–59,9	31,9	10,2–43,0
Находятся на диете или что-то делают для похудения (%)						
11-летние	9,2	4,0–18,9	11,9	4,3–28,6	10,5	4,7–23,9
13-летние	8,5	4,1–17,6	18,2	7,8–34,4	13,4	6,0–26,6
15-летние	6,9	2,4–20,8	22,6	11,5–36,2	15,1	8,4–26,6
Избыточная масса тела (%)						
13-летние	12,0	5,0–25,0	7,9	2,9–18,1	9,9	3,9–21,3
15-летние	12,2	4,4–23,5	7,1	2,8–30,1	9,5	3,7–23,7
Ожирение (%)						
13-летние	2,4	0,0–9,1	1,2	0,1–5,4	1,8	0,1–7,2
15-летние	2,3	0,4–10,5	1,4	0,3–5,3	1,9	0,4–7,7
Избыточная масса тела/ожирение (%)						
13-летние	–	–	–	–	11,7	4,0–28,5
15-летние	–	–	–	–	11,4	4,1–26,6

Таблица 9. Гигиена полости рта (см. также стр. 139–141)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Чистят зубы чаще раза в день (%)						
11-летние	55,8	21,0–81,0	67,0	29,5–86,1	61,5	25,9–83,6
13-летние	53,7	16,0–81,0	69,2	23,1–90,5	61,6	19,7–86,0
15-летние	52,4	12,2–77,7	73,2	23,2–89,6	63,3	18,0–82,9

Таблица 10. Причинение обид слабым, драки и издевательства (см. также стр. 142–154)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Обижали других в школе хотя бы раз за последние месяцы (%)						
11-летние	37,0	11,9–62,1	23,5	5,4–46,2	30,2	8,6–54,3
13-летние	44,6	21,0–76,8	31,0	11,8–65,1	37,6	16,5–71,1
15-летние	44,0	25,0–79,0	28,1	13,4–67,1	35,7	19,3–73,3
Обижали других в школе не менее 2–3 раз в течение последних месяцев (%)						
11-летние	11,5	2,4–30,1	5,5	0,6–17,8	8,5	1,5–24,1
13-летние	16,4	5,1–43,6	8,4	2,2–29,5	12,3	3,7–36,7
15-летние	18,1	4,6–49,8	7,8	1,8–32,2	12,7	3,2–41,3
Терпели обиды в школе хотя бы раз за последние месяцы (%)						
11-летние	39,9	13,9–65,5	35,2	14,9–62,1	37,6	14,4–63,0
13-летние	37,7	18,4–68,2	33,8	14,3–69,4	35,7	17,1–68,8
15-летние	28,5	10,0–63,1	25,3	11,3–59,3	26,8	12,4–61,2
Терпели обиды в школе не менее 2–3 раз в течение последних месяцев (%)						
11-летние	16,4	5,4–37,5	12,8	3,4–33,1	14,6	4,4–35,1
13-летние	15,4	5,9–38,6	12,4	4,8–34,0	13,8	5,8–36,3
15-летние	10,7	2,0–33,2	8,4	1,7–30,4	9,5	2,4–31,8
Участвовали в драке хотя бы раз за последние 12 месяцев (%)						
11-летние	61,3	34,9–74,3	23,5	7,2–37,1	42,3	23,9–53,2
13-летние	57,3	37,1–74,2	24,1	15,0–34,5	40,3	26,2–51,7
15-летние	48,6	29,4–62,7	21,0	11,2–32,6	34,2	19,8–47,5
Участвовали в драке ≥ 3 раз за последние 12 месяцев (%)						
11-летние	18,4	12,2–39,4	4,8	2,3–13,3	11,6	7,4–25,6
13-летние	14,3	13,3–31,3	4,5	2,6–13,2	9,3	7,7–20,7
15-летние	11,8	7,2–27,3	3,4	1,4–12,7	7,4	4,1–18,1

Таблица 11. Травмы (см. также стр. 155–163)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Имели травмы (и требовали медицинского вмешательства) ≥ 1 раз за последний год (%)						
11-летние	51,7	31,5–68,5	40,6	20,7–52,1	46,1	26,2–60,2
13-летние	52,9	33,4–66,2	39,9	21,4–54,7	46,3	28,3–60,2
15-летние	50,8	33,4–62,9	37,6	22,1–51,4	43,9	27,6–56,8
Имели травмы (и требовали медицинского вмешательства) ≥ 2 раз за последний год (%)						
11-летние	49,7	27,5–61,2	41,7	29,9–51,6	46,2	28,6–56,3
13-летние	48,9	30,3–57,9	40,8	29,2–52,4	45,3	30,5–53,6
15-летние	48,2	33,2–58,0	41,7	27,0–53,0	45,3	32,0–54,2

Таблица 12. Сексуальное здоровье (см. также стр. 164–172)

Показатель	Мальчики		Девочки		Всего	
	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей	В среднем по HBSC	Диапазон для стран и областей
Имели половое сношение, 15-летние (%)	28,1	18,0–70,8	20,2	3,6–78,8	23,9	14,8–75,4
Средний возраст при первом половом сношении, 15-летние (лет)	14,0	13,5–14,5	14,3	13,6–14,9	14,1	13,5–14,6
Использовали презерватив при , последнем половом сношении, сексуально активные, 15-летние (%)	80,2	68,5–91,2	69,6	57,6–89,1	75,5	64,1–89,2
Использовали какой либо способ контрацепции при последнем половом сношении, сексуально активные, 15-летние (%)	86,1	73,4–92,4	84,6	62,5–97,0	85,4	73,1–94,6

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Молодые люди составляют ту часть общества, для которой крупномасштабные программные меры и инициативы в области здравоохранения, основанные на серьезных научных исследованиях и информации, способны принести наибольшую пользу. Цель исследования “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)” состоит в том, чтобы с помощью настоящего международного отчета о результатах последнего проведенного в его рамках обследования представить новейшую информацию, которая необходима лицам, вырабатывающим политику на различных уровнях государственного управления, неправительственным организациям и специалистам в таких областях, как здравоохранение, образование, социальные услуги, правосудие и организация отдыха.

Настоящий отчет является первым полным представлением международных данных, полученных в ходе обследования в рамках HBSC 2001/2002 годов. В обследовании изучались физические, эмоциональные и психологические аспекты здоровья и влияние семьи, школы и сверстников на молодых людей в возрасте 11, 13 и 15 лет в 35 странах и областях Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. В основной части отчета содержатся исчерпывающие данные по всем странам о здоровье и благополучии, курении, потреблении алкоголя, физической активности и малоподвижном поведении, травматизме и – впервые – о потреблении конопли и о сексуальном здоровье. В других главах описываются общие условия, на фоне которых формируется здоровье молодых людей, показаны определенные зависимости между этими условиями и здоровьем и рассматривается значение основных результатов обследования для разработки будущих направлений политики и программ.

Полезность результатов обследования в рамках HBSC повышается благодаря его впечатляющим масштабам. В этой книге приводится информация высокого качества, представляющая ценность для всех, кто работает в интересах детей и подростков и непосредственно занимается с ними – будь то лица, формирующие политику, сотрудники планирующих органов, практические работники, педагоги, родители или лица, осуществляющие уход за детьми и подростками – и, конечно же, для самих молодых людей. Данный международный отчет должен дойти до всех ключевых действующих лиц, которые заинтересованы в укреплении здоровья молодых людей или отвечают за это.

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл. адрес: postmaster@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

