

ЧАСТЬ 3. ОБСУЖДЕНИЕ

ГЛАВА 6. ВОЗРАСТ

ВОЗРАСТ

Возрастные группы, включенные в обследование HBSC, – это 11, 13 и 15-летние школьники, – охватывают начало подросткового периода, а также ранний и средний этапы подросткового развития. В этот период происходят быстрые изменения в физическом, эмоциональном и психологическом состоянии, непрерывная трансформация взаимоотношений с родителями и сверстниками, формирование индивидуальности и ценностей, но в то же время устанавливаются модели оздоровительного поведения и форм поведения, причиняющих вред здоровью (1). Уже существующие или возникающие неравенства в отношении здоровья связаны с состоянием здоровья и оказывают влияние на его качество во взрослой жизни (2). В связи с этим для поддержки и охраны здоровья и благополучия подрастающего поколения жизненно необходимо получить представление о возрастных траекториях развития, формирующихся в подростковый период.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

В рамках обследования HBSC 2009-2010 гг. рассматривались возрастные различия в социальных отношениях со сверстниками и восприятии социального контекста в школе и за ее стенами. В возрасте между 11 и 15 годами происходит снижение показателя существования трех или более близких друзей того же пола у респондентов, возможно, из-за возникающей большей близости отношений, что компенсирует их количество. В большинстве стран школьники старшего возраста чаще проводят вечера вне дома с друзьями и общаются с ними по электронным каналам связи.

Возрастные тенденции в восприятии школьной среды, напротив, становятся более негативными: в 15 лет меньшее количество учащихся сообщают о том, что им «очень нравится школа», по сравнению с 11-летним возрастом. Это сокращение в большинстве стран и областей статистически значимо и относительно велико, при этом сообщается о различиях, превышающих 15%. Почти во всех странах и областях позитивное восприятие своей успеваемости в школе и поддержки со стороны сверстников с возрастом снижается.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Аналогичные устойчивые возрастные тенденции прослеживаются в отношении жалоб на здоровье и самооценки здоровья, при этом с возрастом увеличивается частота сообщений о множественных жалобах на здоровье и о плохом или удовлетворительном его состоянии. В большинстве стран и областей среди девочек повышение распространенности этих отрицательных показателей здоровья в период между 11 и 15 годами превышает 10%, тогда как для мальчиков рост распространенности обычно составляет меньшую величину. По мере взросления удовлетворенность жизнью уменьшается: почти во всех странах и областях среди девочек эта тенденция является статистически значимой.

Средний показатель избыточной массы тела для всех стран у учащихся 11 – 15-летнего возраста составляет 14%. Среди мальчиков показатели массы тела в разбивке по возрастным группам относительно сходны, тогда как у девочек в старших возрастных группах эти показатели ниже. Тенденции в поведении, направленном на снижение массы тела, для мальчиков и девочек противоположны: 15-летние девочки чаще сообщают о действиях, направленных на снижение массы тела, чем 11-летние, тогда как у мальчиков отмечена противоположная возрастная тенденция.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Связанные с возрастом тенденции как укрепляющих здоровье, так и наносящих ему вред форм поведения, характеризуются заметно выраженным постоянством. Подростки более раннего возраста чаще сообщают о формах поведения, способствующих укреплению здоровья, тогда как с возрастом чаще наблюдаются поведенческие факторы риска для здоровья.

По мере взросления показатели, связанные с ежедневным завтраком и употреблением фруктов, снижаются почти во всех странах и областях, при этом как среди мальчиков, так и среди девочек различие между 11-летними и 15-летними учащимися составляло около 15% или более. Общая тенденция ежедневного употребления безалкогольных напитков увеличивается в период между 11 и 15 годами, при этом наиболее заметно эта тенденция выражена у мальчиков.

Почти во всех странах и областях выполнение методических указаний относительно необходимости ежедневной физической активности (не менее одного часа MVPA ежедневно) зарегистрировано значительно чаще среди 11-летних по сравнению с 15-летними. В большинстве стран и областей телевизор чаще смотрят школьники старшего возраста.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ

Формы поведения, ставящие под угрозу здоровье (особенно курение или употребление алкоголя), как представляется, получают большее распространение в период с 13-летнего до 15-летнего возраста. Специфика этих изменений для групп старшего возраста в каждой стране своя. У мальчиков с возрастом повышаются показатели еженедельного курения, еженедельного употребления алкоголя, частота случаев опьянения и экспериментирования с коноплей. В противоположность этому, распространенность травм, требующих медицинского вмешательства, не характеризуется статистически значимыми изменениями в период с 11 до 15 лет.

ОБСУЖДЕНИЕ

С возрастом наблюдается возрастающее бремя негативных ощущений в отношении здоровья и поведенческих факторов риска для здоровья. Этот установленный факт поднимает вопрос о том, до какой степени рост негативных моментов связан с индивидуальными характеристиками, включая общее развитие и адаптацию при переходе из детского в подростковый возраст, и до какой – с опытом проживания в условиях, где дети развиваются (дома, в школе и при проведении досуга).

Возраст с 11 до 15 лет для большинства подростков является периодом полового созревания, включая биологические изменения и осознанно происходящую самоидентификацию, начало становления личности. При раннем половом созревании наблюдаются повышенные уровни проявления форм поведения, наносящего вред здоровью (3). В пубертатный период мальчики и девочки проходят этап исследования нового опыта и большей самостоятельности, но, вероятно, понятие о надлежащих границах того и другого варьируется в зависимости от принятых культурных норм. В 11-летнем возрасте относительно немного детей вступают в пубертатный период, что может объяснить, почему для этой возрастной группы наблюдается очень немного различий в восприятии своего здоровья и самочувствия и в формах поведения в отношении здоровья по странам. Большие различия скорее будут наблюдаться по мере взросления детей.

Вероятно, родители обладают более весомым влиянием на поведение 11-летних в отношении своего здоровья, чем их сверстники (4). Родители формируют социальные нормы и являют своим поведением образец для подражания. Они помогают структурировать поведение своих детей, задавая тон в отношении режима принятия пищи и рациона питания, сна, учебы и проведения досуга. Регулирование родителями распорядка дня ребенка, вероятно, происходит по аналогичному сценарию, как в рамках одной страны, так и во всем разнообразии стран, хотя масштабы и виды такого регулирования будут различаться в зависимости от уровня зрелости ребенка.

По мере взросления детей родители начинают давать им возможность принимать свои собственные решения относительно того, каким образом заполнять свое время и с кем его проводить, хотя некоторые базовые ограничения по-прежнему будут применяться. В старших возрастных группах родительские нормы по-прежнему обладают влиянием на детей и важны для предупреждения поведения, угрожающего здоровью (5), но с ними уже будет соперничать влияние со стороны сверстников, которое у подростков по мере взросления приобретает все большую значимость (4,6). Группа сверстников обладает все возрастающим влиянием на повседневную жизнь ребят, при этом оно выражается в ролевом моделировании внутригруппового поведения (поведения, которое считается адекватным и важным для группы, например, курения или экспериментирования с алкоголем). Кроме того, сверстники предоставляют социальную поддержку в повседневных занятиях и в борьбе со стрессогенными факторами, особенно в отношении семейных конфликтов (4).

Таким образом, вступление в подростковый период предоставляет больше самостоятельности в выборе поведения и друзей, с которыми проводить время, но, вместе с тем, родители ожидают от своих детей способности адекватно заботиться о себе в большем количестве ситуаций. Школы все чаще ответственность за учебный процесс возлагают на учащихся, что открывает перед ними больше возможностей, но также потенциально создает у них ощущение большего стресса вследствие большей ответственности (7).

Связанные с возрастом различия, установленные в ходе обследования HBSC, представляют собой взаимодействие между индивидуумом и его или ее опытом в различных социальных контекстах (с семьей или сверстниками, на досуге или в школе) (8). Научные исследования позволяют предположить, что одни и те же индивидуальные и социальные влияния могут затрагивать различные поведенческие факторы в отношении здоровья. Учитывая это, в деле укрепления здоровья подростков тем большее значение приобретает установление индивидуальных и социальных факторов, влияющих на соответствующие формы их поведения в отношении здоровья и непосредственно на само здоровье (9).

Рассматривая категорию возраста в более долгосрочной перспективе, следует отметить, что детский или подростковый опыт социальных контекстов и поведенческих факторов, влияющих на здоровье, также могут воздействовать на здоровье подростков и оставлять след на протяжении всей жизни (10). Например, ребята, начинающие курить, с большей вероятностью будут продолжать курить во взрослой жизни, и, таким образом, им будет угрожать ухудшение здоровья в плане риска сердечно-сосудистых заболеваний и онкологии. Переживания, связанные с нервным напряжением в школе, приводящие к тому, что число психосоматических жалоб множится, также, скорее всего, распространятся и на взрослую жизнь. Вот почему так важно на ранних этапах предупредить приобщение к рискованным формам поведения, осуществляя вмешательства, направленные на предоставление юношам и девушкам возможностей для здорового развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди 13 и 15-летних возрастает распространенность наносящих вред здоровью поведенческих факторов, при этом степень роста и специфика распространенности варьируются по странам. Это указывает на то, что социальный, культурный и экономический контексты в странах могут играть заметную роль при формировании представлений и поведения молодого поколения в отношении здоровья. Траектории изменений, связанных с периодом полового созревания, скорее всего, взаимодействуют с контекстуальными влияниями.

Наблюдаемые возрастные различия в социальных контекстах, представлениях о здоровье и формах поведения в отношении здоровья подчеркивают необходимость разработки ориентированных на различные возрастные группы мероприятий, направленных на укрепление здоровья и благополучие юношей и девушек. Такие мероприятия должны, к примеру, отражать взаимодействие между развитием, связанным с половым созреванием, и контекстуальными влияниями. Установлено, что условия школы являются наиболее адекватной точкой приложения усилий в реализации таких мероприятий с использованием знаний и навыков учителей и вспомогательного медицинского персонала (11).

ЛИТЕРАТУРА

1. Rice P, Dolgin K. *The adolescent: development, relationships and culture*, 10th ed. Boston, MA, Allyn and Bacon, 2002.
2. Sun SS et al. Childhood obesity predicts adult metabolic syndrome: the Fels Longitudinal Study. *Journal of Pediatrics*, 2008, 152(2):191–200.
3. Golub MS et al. Public health implications of altered puberty timing. *Pediatrics*, 2008, 121:S218.
4. Ciairano S et al. Patterns of adolescent friendships, psychological adjustment and antisocial behavior: the moderating role of family stress and friendship reciprocity. *International Journal of Behavioral Development*, 2007, 31(6):539–548.
5. DiClemente RJ et al. Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 2001, 107(6):1363–1368.
6. Cauce AM, Srebniak DS. Returning to social support systems: a morphological analysis of social networks. *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18(4):609–616.
7. Torsheim T, Aaroe LE, Wold B. School-related stress, social support, and distress: prospective analysis of reciprocal and multi-level relationships. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2003, 44(2):153–159.
8. McLeroy KR et al. An ecological perspective on health promoting programs. *Health Education Quarterly*, 1988, 15:351–377.
9. Peters LWH et al. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 2009, 24(2):198–223.
10. Due P et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011, 39(6)(Suppl.):62–78.
11. Ward NL, Linke LH. Commentary: understanding adolescent health-risk behaviors from a prevention science perspective. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2011, 39(1):53–56.

ГЛАВА 7. ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Гендерная принадлежность является важной категорией социальной дифференциации. Знание о существовании гендерных различий и сходств, а также понимание и умение объяснить их являются необходимыми условиями разработки успешных и целенаправленных мероприятий. Основываясь на этих принципах, Европейское региональное бюро ВОЗ констатировало следующее (1):

«Для достижения наивысшего уровня здоровья стратегии здравоохранения должны признавать, что для мужчин и женщин из-за их биологических различий и их гендерных ролей, характерны различные потребности, препятствия и возможности (1)».

В данном контексте уместно говорить о биологических факторах (в числе которых гормональные изменения, физические изменения, связанные с развитием вторичных половых признаков, а также созревание структур мозга (2)), и социальных ожиданиях в отношении мужского или женского аспектов (гендерных ролей). Суть гендерных ролей коренится в биологических различиях, но формируются они обществом. А значит, они могут модифицироваться и различаться по странам (3).

В данном разделе представлен обзор гендерных различий в состоянии здоровья подростков и формах поведения в отношении здоровья в странах Европы и Северной Америке. В обследовании HBSC показано, где существуют четкие гендерные различия, а где наблюдается гендерное равенство в этих вопросах, при этом картина различается по странам. Информация по гендерному аспекту важна для разработки мер и стратегий, направленных на укрепление здоровья и профилактику болезней, к планированию которых, возможно, необходимо применять различные подходы в зависимости от того, ориентированы они на девочек или мальчиков.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Степень гендерных различий между странами позволяет предположить, что социальный и культурный факторы играют важную роль в формировании гендерных ролей, показателей здоровья и форм поведения в отношении здоровья девочек и мальчиков. В рамках обследования HBSC проводится сбор информации по основным социальным контекстам (таким как социальная поддержка подростков со стороны семьи, сверстников и школы), что позволяет рассмотреть гендерные различия в их взаимосвязях и изучить вопрос о том, каким образом они могут оказывать воздействие на здоровье.

Мальчики с большей вероятностью говорят о своих многочисленных дружеских отношениях и о том, что проводят больше времени с друзьями, но что касается общения по электронным каналам связи, то здесь гендерная картина меняется – девочки чаще сообщают о социальном общении в этом плане.

Отвечая на вопрос о том, легко ли общаться с родителями, мальчики с большей вероятностью сообщают о том, что им легче разговаривать со своим отцом относительно вещей, которые действительно их волнуют. В плане общения с матерью не существует каких-либо четких различий.

Девочки чаще говорят о высокой удовлетворенности школой и высокой самооценке своей успеваемости, что свидетельствует о более позитивном опыте их школьной жизни. В отношении поддержки со стороны одноклассников четких гендерных различий не обнаружено. С возрастом гендерная картина в отношении школьной нагрузки меняется таким образом, что ее восприятие как тяжелой становится более распространенным среди мальчиков раннего возраста и девочек постарше.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Несмотря на социальные изменения и сокращение гендерных разрывов во многих областях, гендерные различия в отношении здоровья и благополучия по-прежнему сохраняются. Девочки дают более низкую оценку состояния своего здоровья, самочувствия и удовлетворенности жизнью, при этом гендерное различие является наибольшим в старшей возрастной группе, где девочки чаще сообщают об удовлетворительном или плохом состоянии здоровья и жалуются на психосоматические проблемы. Среди мальчиков наблюдается бóльшая распространенность травм, требующих медицинского вмешательства.

Мальчики более склонны к избыточной массе тела или ожирению, при этом с возрастом гендерное различие увеличивается. Вместе с тем, девочки с большей вероятностью сообщают о том, что они недовольны своей фигурой, и что им необходимо похудеть.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

По результатам обследования HBSC среди школьников выявляются четкие гендерные различия в плане форм поведения в отношении здоровья. Девочки чаще употребляют фрукты и меньше пьют безалкогольных прохладительных напитков. Вместе с тем, они чаще пропускают завтрак и с большей вероятностью прибегают к диетам для регулирования своего веса. Мальчики более активны физически, а девочки с неизменной последовательностью сообщают о том, что чистят зубы чаще, чем раз в день.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ

Четкие гендерные различия также прослеживаются в отношении форм поведения, опасного для здоровья. Мальчики в целом чаще сообщают об употреблении алкоголя, и кроме того, большему числу мальчиков в возрасте до 13 лет на собственном опыте знакомо состояние опьянения. Большая распространенность случаев опьянения обычно наблюдается среди мальчиков, то же можно сказать и о потреблении конопли. Закономерности в отношении сексуального поведения в раннем возрасте не столь последовательны. Где-то мальчики с большей вероятностью сообщают о том, что имели опыт полового акта (преимущественно в странах Восточной Европы), а в каких-то странах и областях – девочки (преимущественно в странах Северной и Западной Европы).

Мальчики всех возрастных групп с большей вероятностью курят каждую неделю, хотя в ряде стран девочки старшего возраста сообщают о более высоких уровнях курения. Мальчики неизменно чаще сообщают об участии в драках и о причинении обид слабым; они также с большей вероятностью являются объектом причинения обид.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные обследования HBSC отражают гендерные социальные взаимоотношения, сформированные в результате гендерной социализации, процесса, в ходе которого мальчики и девочки познают мужскую и женскую суть, а также в результате ожиданий общества, которые в разных странах могут быть различными (4). Гендерная социализация ведет к тому, что с подростковыми проблемами школьники справляются способами, соответствующими их гендерной принадлежности, что влияет на развитие сопряженных с риском для здоровья форм поведения и социальных сетей (5). Социальные сети мальчиков основываются на видах деятельности, наиболее распространенными среди которых являются физическая активность высокой интенсивности и занятия спортом, тогда как социальные сети и дружеские отношения девочек основываются на межличностном общении. И те, и другие, как представляется, используют контакты по электронным каналам связи преимущественно для подкрепления существующих взаимоотношений (6).

Во многих странах и областях девочки в школе учатся лучше. Мальчики отстают; им чаще не нравится школа, и они ниже оценивают свою успеваемость. Делать школы более привлекательными для девочек могут такие факторы, как методы обучения и системы приема экзаменов (7).

Требуется внимания настойчиво повторяющаяся гендерная специфика самооценки состояния здоровья, в соответствии с которой девочки сообщают о более низкой субъективной его оценке. Это может являться отражением более высоких ожиданий девочек в отношении повседневной жизни или гендерной предубежденности в подходе к измерению субъективной оценки здоровья. Возможно, основное внимание в вопросах анкет HBSC сосредоточено на реакциях на стресс, характерных для женщин (таких как головная боль, боль в животе и ощущение беспокойства), а не на реакциях, основанных на чувстве гнева, которые чаще наблюдаются у мальчиков (8,9).

Различия в удовлетворенности своей фигурой можно отнести на счет физических изменений в период полового созревания. Фигура мальчика изменяется в желаемом направлении, становясь более мускулистой и мощной, тогда как девочки теряют свою так называемую идеальную форму с увеличением массы жировой ткани.

Девочки чаще едят фрукты и овощи, но также склонны пропускать завтрак, заниматься снижением веса и быть менее активными физически. Такое поведение отражает тот факт, что они думают о своем здоровье, но также весьма озабочены тем, как выглядит их тело. В австралийском исследовании, в котором изучался вопрос о причинах неучастия

девочек в спортивных занятиях, отмечается, что девочки определяют спортивные занятия как «неприкольные»; они чувствовали, что, занимаясь спортом, они нарушают традиционные гендерные границы, и были обеспокоены тем, что их внешность приобретет мужские черты (10).

Как представляется, гендерные различия в отношении курения меняются и значимым образом варьируются по странам (11). В странах Восточной Европы мальчики курят больше, чем девочки, и тогда как в предыдущих обследованиях HBSC было установлено, что девочки в ряде стран Западной Европы и в Канаде курят больше, сегодня гендерные различия сглажены. В отношении курения социальный градиент представляет большую важность, чем гендерные различия в странах с более высоким СЭС, тогда как курение мальчиков преобладает в странах с более низким СЭС.

Мальчики чаще употребляют коноплю и алкоголь и чаще сообщают об участии в драках и причинении обид слабым. Можно считать, что эти представляющие угрозу для здоровья поведенческие факторы характеризуются гендерным признаком, поскольку молодые люди стараются вести себя в соответствии с доминирующими нормами мужественности и женственности: в качестве примера можно привести употребление большого количества алкоголя среди мальчиков и регулирование веса среди девочек (12). Остающиеся неизменными различия в количестве травм также можно объяснить гендерными стереотипами, подталкивающими мальчиков к более рискованным формам поведения, которые соответствуют понятиям о мужественности (12).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В усилиях, направленных на укрепление здоровья и профилактику болезней, следует учитывать наблюдаемые гендерные различия в состоянии здоровья и поведении в отношении здоровья. При распространении рекомендаций в отношении здоровья, возможно, необходимо учитывать гендерные особенности целевой аудитории, при этом в школьных мероприятиях по укреплению здоровья и профилактике болезней уделяя больше внимания потребностям мальчиков. Самооценка девочек по-прежнему тесно связана с тем, как выглядит их фигура.

В связи с этим в деятельности, направленной на укрепление психического здоровья, требуется больше внимания уделять повышению у них самоуважения, повышению самооценки и предупреждению развития негативных представлений относительно своей фигуры. А в целом можно сказать, что следует больше ориентировать деятельность по укреплению здоровья на мальчиков, поскольку они сообщают о более высоких уровнях рискованных форм поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здравоохранительные аспекты обеспечения справедливости и равноправия в отношении полов: необходимость прогресса*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (<http://www.euro.who.int/document/a75328.R.pdf>, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
2. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 2007, 369(9567):1130–1139.
3. Rudman LA, Glick P. *The social psychology of gender: how power and intimacy shape gender relations*. New York, Guilford Press, 2008.
4. Martin CL, Ruble DN. Children's search for gender cues: cognitive perspectives on gender development. *Current Directions in Psychological Science*, 2004, 13:67–70.
5. Rose AJ, Rudolph KD. A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioural development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 2006, 132:98–131.
6. Subrahmanyam K, Greenfield P. Online communication and adolescent relationships. *The Future of Children*, 2008, 18:119–146.
7. Machin S, McNally S. *Gender and student achievement in English schools*. London, Centre for the Economics of Education, London School of Economics and Political Science, 2006:58.
8. Ruiz-Cantero M et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiological Community Health*, 2007, 61(Suppl. II):ii46–ii53.
9. Eichler M et al. Gender bias in medical research. *Women & Therapy*, 1992, 12(4):61–70.
10. Slater A, Tiggemann M. "Uncool to do sport": a focus group study of adolescent girls' reasons for withdrawing from physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 2010, 11:619–626.
11. Hublet A et al. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*, 2006, 6:280.
12. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 2000, 50:1385–1401.

ГЛАВА 8. ДОСТАТОК СЕМЬИ

ДОСТАТОК СЕМЬИ

Социальные неравенства отмечаются при исследовании большей части показателей, при этом в целом при более высоком достатке семьи наблюдаются более положительные последствия для здоровья, формы поведения в отношении здоровья и положительный социальный контекст в плане семьи, сверстников и школы. Вместе с тем, поведенческие факторы риска представляют более сложную картину, где часто не прослеживается связь с достатком семьи.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Подросткам из семей с более высоким достатком легче общаться с матерью и отцом, они характеризуются более высокой степенью поддержки со стороны одноклассников и имеют большее количество близких друзей. У них также более высокая оценка своих школьных успехов, хотя здесь и не наблюдается систематической связи с восприятием тяжести школьной нагрузки и отношением к школе.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Неравенства, связанные с достатком семьи, очевидны по целому ряду последствий для здоровья. Прослеживается положительная корреляция между более высокими показателями ШДС и самооценкой здоровья и удовлетворенностью жизнью, при этом отрицательная зависимость наблюдается с распространенностью жалоб на здоровье (значимая для обоих полов и для большинства стран). Распространенность избыточной массы тела и восприятия своей полноты как излишней примерно в половине стран находится в отрицательной зависимости от достатка семьи, при этом такая зависимость более явно выражена в западных странах. Вместе с тем, число травм, требующих медицинского вмешательства, возрастает с ростом достатка семьи.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Более высокому достатку соответствуют более высокие уровни MVPA, большее потребление фруктов и, до некоторой степени, меньшее потребление безалкогольных напитков, и кроме того, дети из семей с более высоким достатком с большей вероятностью завтракают каждый день. В меньшинстве стран обнаружена значимая зависимость между низким достатком семьи и меньшей распространенностью ежедневной MVPA. Обычно наблюдается связь между более высоким достатком семьи и снижением распространенности проведения времени за телевизором в будние дни в течение двух часов и более.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ

Примечательным исключением по сравнению с другими областями здоровья является отсутствие каких-либо четких закономерностей, связанных с неравенствами в отношении здоровья в сфере форм поведения, сопряженных с риском. Как оказывается, достаток семьи в меньшей степени влияет на такие параметры, как употребление алкоголя и употребление алкоголя с риском для здоровья, по сравнению с другими сферами. В редких случаях возникновения зависимости ее направленность противоположна другим сферам. Так, наблюдается связь между более высоким ШДС и более высокими уровнями форм поведения, сопряженных с риском для здоровья, таких как употребление алкоголя, при этом в меньшинстве стран и областей у мальчиков и лишь в нескольких у девочек прослеживается значимая зависимость между более высокими уровнями еженедельного употребления алкоголя и высоким уровнем достатка семьи. В ряде стран наблюдается значимая зависимость между высоким уровнем достатка семьи и более высокими уровнями состояний опьянения в раннем возрасте.

Лишь в небольшом количестве стран и преимущественно среди мальчиков наблюдается значимая зависимость между показателем недавнего использования конопли и высоким достатком семьи, тогда как в большинстве стран еженедельное курение табака более распространено среди мальчиков и девочек и из семей с низким достатком. Эта зависимость является статистически значимой в 9 странах для мальчиков и 13 для девочек: лишь в Румынии обнаружена значимая положительная зависимость между достатком семьи и еженедельным табакокурением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Нет единого фактора, объясняющего те неравенства, которые существуют в различных контекстах и аспектах здоровья. Например, наиболее вероятно, что механизмы, участвующие в формировании социального неравенства в отношении количества близких друзей отличаются от механизмов, связанных с MVPA и употреблением фруктов (1). Материальная состоятельность может представлять собой лишь маркер привлекательности и популярности в отношении количества

близких друзей (2), но она является необходимым фактором, обуславливающим покупательную способность в отношении приобретения фруктов (3), особенно в странах, где фрукты являются дорогостоящим продуктом. Это свидетельствует о высокой степени специфичности механизмов, касающихся СЭС (4). И хотя достаток семьи является маркером материальной состоятельности, процессы, лежащие в основе этого, не обязательно должны носить строго материальный характер.

Неравенства в общих показателях здоровья и самочувствия, которые просматриваются в результатах данного исследования, в большой степени вторят результатам предыдущих обследований HBSC (5,6) и других научных исследований (7–9) и убедительно заставляют признать существование неравенств в отношении здоровья у подростков. Эти неравенства частично отражают социально обусловленные различия в подверженности стрессу, психофизиологической адаптации и поведении в отношении здоровья (9,10), являясь свидетельствами поведенческих, психосоциальных и материальных процессов. Это может служить сигналом накапливающегося риска, связанного с СЭС. Общие показатели здоровья и самочувствия, такие как самооценка состояния здоровья и удовлетворенность жизнью поэтому представляют особенную ценность как индикаторы существования неравенства в данном конкретном обществе.

Наблюдаемые взаимоотношения между более высоким достатком и рационом и режимом питания не противоречат предыдущим исследованиям (11,12). Отчасти неравенство можно отнести на счет относительной дороговизны фруктов в сравнении с другими пищевыми продуктами (3), кроме того, экономические факторы также могут вносить свой вклад в отношении ежедневного завтрака, поскольку семьи с низким достатком могут испытывать трудности с покупкой питательных пищевых продуктов для завтрака.

Высказывается предположение, что сверстники, школа и средства массовой информации оказывают корректирующее влияние на показатели здоровья и самочувствия подростков (13). Это предположение оказывается верным лишь для подгруппы показателей, особенно для форм поведения, сопряженных с риском. Относительное отсутствие социальных неравенств в отношении рискованных форм поведения может показаться весьма поразительным, учитывая закономерность, которая наблюдается в отношении других аспектов здоровья и иных контекстов. Но, тем не менее, отсутствие зависимости отмечено и в других исследованиях (14,15), и в предыдущих обследованиях HBSC (5,6). Рискованные формы поведения обычно формируются в период, когда влияние семьи снижается, а влияние других социальных факторов возрастает (6), особенно со стороны сверстников и социальных сетей (16). В свете этого и роль достатка семьи приобретает меньшее значение, что согласуется с идеей корректировки влияния.

Семейный контекст является эпицентром неравенства в отношении здоровья, но закономерности неравенства, связанные с уровнем состоятельности семьи, с очевидностью распространяются и на сферу школы, и на сверстников. В большинстве стран наблюдается положительная зависимость между достатком семьи и восприятием школьной успеваемости, и почти в половине стран – между достатком семьи и восприятием поддержки со стороны одноклассников. Образование и школьное обучение являются ключевыми инструментами сокращения неравенств в отношении здоровья, в связи с чем важно отметить, что текущая ситуация в школах, как представляется, является ситуацией социального воспроизводства и характеризуется более высокой школьной успеваемостью детей из семей с высоким достатком и большей поддержкой таких детей школой: эту ситуацию можно описать как «образовательный» путь формирования социальных неравенств в отношении здоровья (1).

Установление дружеских взаимоотношений со сверстниками представляет собой важнейшую задачу в области развития в подростковый период, и прослеживается связь этого аспекта с более высокими уровнями психосоциального благополучия и позитивного развития (17). По аналогии с другим исследованием (18), результаты обследования HBSC позволяют предположить, что подростки могут иметь различные возможности создания социальных связей со сверстниками. Подростки из семей с более низким достатком с меньшей вероятностью сообщают о наличии трех или более друзей. Таким образом, усилия по профилактике и укреплению здоровья следует сосредоточить на содействии формированию дружеских отношений между подростками из неблагополучной среды (из семей или стран с низким уровнем дохода), оказывая поддержку в преодолении факторов, препятствующих созданию социальных связей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из уникальных аспектов новейшего обследования HBSC является возможность обобщения картины неравенств в отношении здоровья по странам и областям. По аналогии с результатами ряда других исследований, в направленности этих неравенств наблюдается высокая степень последовательности. Вместе с тем, по небольшому

количеству параметров отмечается расхождение в воздействии, при этом в одних территориях наблюдаются значимые положительные зависимости, а в других – значимые отрицательные. В обследовании не включена информация, которая может объяснить расхождение по странам и областям.

Обследование HBSC полагается на единственный показатель СЭС, и в самом этом факте кроется потенциальное ограничение. СЭС является многомерным понятием (19), и при наличии множественных показателей неравенства можно добиться более глубокого понимания ситуации. Это указывает на центральную задачу в исследовании по вопросам здоровья: построение показателей СЭС, которые являются надлежащими с точки зрения этапов развития подростков и «учитывающими культурный аспект» (20,21). Таких альтернативных показателей в настоящее время нет, а возможность межстрановых сравнений традиционных показателей СЭС (доход, образование и сфера занятости) для данной возрастной группы вызывает сомнения. В данной ситуации ШДС является наилучшим из имеющихся вариантов инструмента измерения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Due P et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011, 39(6)(Suppl.):62–78.
2. Kennedy E. Correlates of perceived popularity among peers: a study of race and gender differences among middle school students. *The Journal of Negro Education*, 1995, 64(2):186–195.
3. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2008, 87(5):1107–1117.
4. Chen E, Matthews KA, Boyce WT. Socioeconomic differences in children's health: how and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 2002, 128(2):295–329.
5. Currie С и др. ред., *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, No.4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
6. Currie C et al., eds. *Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children study: international report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (Health Policy for Children and Adolescents, No.5) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
7. Levin KA et al. National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: a multilevel study in 35 countries. *Social Indicators Research*, 2011, 104(2):179–194.
8. Holstein BE et al., HBSC Social Inequalities Focus Group. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):260–270.
9. Richter M et al. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(3):396–403.
10. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(1):1–12.
11. Vereecken C et al., HBSC Eating & Dieting Focus Group. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):180–190.
12. Vereecken CA et al. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):224–232.
13. West P, Sweeting H. Evidence on equalisation in health in youth from the west of Scotland. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(1):13–27.
14. Richter M, Leppin A, Nic Gabhainn S. The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents: findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*, 2006, 6:289.
15. Elgar FJ et al. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):245–250.
16. Bauman KE, Ennett ST. On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 1996, 91(2):185–198.
17. Masten AS et al. The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Development*, 1995, 66(6):1635–1659.
18. Coulton C, Irwin M. Parental and community level correlates of participation in out-of-school activities among children living in low income neighborhoods. *Children and Youth Services Review*, 2009, 31(3):300–308.
19. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 1988, 10:87–121.
20. Currie C et al. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 2008, 66(6):1429–1436.
21. Oakes JM, Rossi PH. The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(4):769–784.

ГЛАВА 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты обследования HBSC за 2009-2010 гг. указывают на то, что подростки во всех странах и областях сообщают о хорошем здоровье и самочувствии и высокой удовлетворенности жизнью, здоровых формах поведения и положительном опыте и взаимоотношениях в семье, школе и в более широком контексте среды обитания.

Тем не менее, значимые неравенства в отношении здоровья и социальных показателей в отношении возраста, гендерного аспекта и СЭС очевидны. Так, самооценка здоровья и удовлетворенность жизнью снижаются с возрастом, и эти показатели ниже среди девочек и подростков из семей с меньшим достатком. Ставящие под угрозу здоровье формы поведения, такие как курение, употребление алкоголя и низкие уровни потребления фруктов и овощей свойственны значительной доле подростков. Эти поведенческие факторы получают большую распространенность с возрастом и по мере сокращения СЭС, и они более характерны для мальчиков. Субъективные жалобы на здоровье также возрастают с возрастом, но большая их распространенность наблюдается среди девочек.

Неравенства, связанные с возрастом и гендерным аспектом, наблюдаются в отношении переживаемого в школе стресса, при этом 15-летние сообщают о более высоких уровнях нервного напряжения, связанного со школьной жизнью, которые также высоки среди девочек. Девочки в возрасте 15 лет чаще сообщают о меньшем количестве близких друзей, чем мальчики и девочки раннего возраста, при этом школьники из групп более низкого экономического статуса также сообщают о меньшем количестве близких друзей по сравнению с учащимися из семей с более высоким достатком. Что касается семьи, то подростки из старших возрастных групп и групп более низкого социально-экономического статуса чаще сообщают о трудностях, с которыми они сталкиваются в разговорах с матерью.

Систематические различия, связанные с возрастом, гендерным аспектом и СЭС по параметрам здоровья и самочувствия, последствий поведения для здоровья и опыта в различных условиях жизни приводят к неравенствам в отношении здоровья, что требует разработки международных и национальных мер политики и осуществления действий. Необходимо, чтобы эти меры политики и действия были направлены на детерминанты наблюдаемых неравенств в отношении здоровья в детском и подростковом возрасте, с тем чтобы у всего молодого поколения была возможность достичь максимально осуществимого уровня своего теперешнего и будущего здоровья и благополучия, и с тем, чтобы выявленные неравенства не распространялись на взрослые годы, со всеми возможными негативными последствиями для жизни человека и развития общества.

Необходимо, чтобы программы укрепления здоровья учитывали возрастные, гендерные и социально-экономические различия в путях развития подростков, и чтобы своей целью обозначали равные возможности для всех. Необходимо, чтобы они были ориентированы не только на здоровье и последствия поведения в отношении здоровья, но также и на социальный контекст, в котором живут школьники. Такого рода широкомасштабные действия помогут предотвратить и сократить неравенства в отношении здоровья и стимулировать неуклонное позитивное развитие для подростков, вне зависимости от существующих неравенств.

Необходимо и впредь развивать базу доказательных данных по вопросам возрастных, гендерных и социально-экономических неравенств в отношении здоровья и благополучия для обоснованного совершенствования результативности действий и мер политики, направленных на укрепление здоровья. Уникальные данные обследования HBSC предоставляют богатый ресурс для подобной работы.

Тем не менее, для обеспечения положительных результатов недостаточно развивать базу надежных доказательных данных по влиянию социальных факторов на здоровье молодого поколения. Сеть HBSC работает совместно с ВОЗ над развитием процесса, при котором научные данные не только информируют политику и практику, но также и оказывают влияние на их формирование.

Данные, представленные в настоящем докладе, указывают на целый диапазон вариантов политики, которые, в случае их осуществления, смогут внести вклад в общее улучшение здоровья подростков и в сокращение неравенств в отношении здоровья. Помимо разработки политики внимание должно также быть уделено условиям ее эффективной реализации.

Высказывались доводы относительно того, что одной из причин неудачной реализации программ является чрезмерно большое внимание «модели дефицита» (1), что является подходом, характеризующимся оценкой проблем и потребностей, а не установлением условий, необходимых индивидуумам и сообществам для максимального проявления своего потенциала здоровья. «Ресурсная модель» (2) предоставляет систематический подход к установлению набора основных необходимых ресурсов для здоровья и наиболее эффективных путей к укреплению здоровья и развития. Исследование HBSC ориентировано на эту модель, как было продемонстрировано на недавно состоявшемся международном симпозиуме, где были представлены убедительные доводы (основанные на данных HBSC) в отношении того, каким образом можно объединить ресурсы личностные и ресурсы окружающей среды в поддержку здорового развития (3).

Общая цель данного доклада заключается в стимулировании диалога по вопросам научного исследования и политики в поддержку развития международных действий, направленных на то, чтобы дать возможность юному поколению испытать оптимальное здоровье и благополучие. Обследование HBSC предоставляет мощный инструмент для использования сравнений между странами с тем, чтобы способствовать действиям по осуществлению мер политики двумя четкими путями:

- новые данные и тенденции, представленные в международных докладах, помогают повысить информированность заинтересованных участников о существующих в странах приоритетных медицинских и социальных вопросах;
- дополнительный анализ позволяет оценить последствия социальных и экономических изменений, а также политики и законодательства для благополучия, что будет способствовать развитию как национальной, так и международной политики.

Это, последнее, уже происходит в рамках программы научного исследования HBSC, где внимание сконцентрировано на временных тенденциях, что позволит сформировать более полноценную картину влияния широких социальных и экономических изменений, произошедших за несколько последних десятилетий, на здоровье молодого поколения. Исходя из этого, в настоящее время разрабатываются новые научные темы по вопросам неравенств в отношении здоровья школьников в качестве предмета изучения в обследовании HBSC 2013–2014 гг.

Сеть HBSC будет и впредь развивать инициативы, способствующие оптимизации потенциала, которым обладают ее уникальные данные в отношении содействия обеспечению здоровья юного поколения сегодня и в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Global Health Promotion*, 2007, 14(2)(Suppl.):17–22.
2. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in a global context: theory methods action*. New York, Springer, 2010.
3. *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Madrid, Ministry of Health and Social Policy, 2010.

ПРИЛОЖЕНИЕ. МЕТОДОЛОГИЯ И ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

МЕТОДОЛОГИЯ И ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

МЕТОДОЛОГИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ HBSC 2009-2010 ГГ.

Ниже представлен обзор научных методов, использованных сетью исследователей программы HBSC в ходе проведения обследования 2009–2010 гг. С более подробной информацией относительно этих методов можно ознакомиться, зарегистрировавшись в режиме онлайн для получения копии протокола международного исследования HBSC 2009/2010 гг. (1) или обратившись к ссылке Roberts и др. (2).

Формирование выборки

Формирование выборки для каждой страны определялось задачей получить данные на национальном уровне о подростках в возрасте 11, 13 и 15 лет, посещающих общеобразовательную школу. От исследовательских групп в странах требуется включить не менее 95% детей этих возрастных групп в базу выборки. В каждой стране небольшая часть детей, не включенных в выборку, это те, кто не посещают школу, или те, кто посещают школу для детей, которым требуется дополнительная корректирующая помощь.

Каждая исследовательская группа использовала вероятностный метод формирования групповой стратифицированной выборки, при которой единицей выборки являлся класс. Страны таким образом рассчитали по времени сбор данных, чтобы средний возраст учащихся в рамках выборок был как можно ближе к 11,5, 13,5 и 15,5 годам. Этого можно добиться посредством формирования выборки мальчиков и девочек по всем школьным годам, содержащим целевые возрастные группы (например, там, где достаточно широко используются экстренное прохождение школьной программы с переходом на более высокий уровень или оставление учащихся на второй год обучения), или посредством ориентации на такие школьные годы, когда можно найти почти все необходимое количество подростков в каждой возрастной группе. В последнем случае сбор данных планируется как можно ближе к дате, которая определяет начало учебного года, для того, чтобы обеспечить охват большей части 11, 13 и 15-летних учащихся.

Рекомендованный размер выборки в каждой возрастной группе каждой страны составлял 1500 учащихся. Анализ данных предшествующих исследований HBSC свидетельствует о том, что такой размер выборки обеспечивает для каждой возрастной группы 95%-ный доверительный интервал $\pm 3\%$ к расчетной доле 50%. Рекомендованный размер выборки учитывает коэффициент формирования выборки ($deft = 1,2$), который отражает фактор воздействия принципа формирования выборки (групповой принцип, стратификация и взвешивание) на точность оценок. Дело в том, что использование формирования групповой выборки снижает точность по сравнению с формированием по принципу простой случайной выборки, состоящей из такого же числа отдельных школьников, в связи с вероятностью того факта, что учащиеся одного и того же класса или школы имеют аналогичные характеристики. Таким образом, для обеспечения желаемого уровня точности при использовании группового принципа формирования выборки необходим больший ее размер по сравнению с простой случайной выборкой.

На практике многие страны делают выбор в пользу превышения минимального размера выборки в каждой возрастной группе с целью повышения точности оценок в подпопуляциях. Поскольку в Исландии и Гренландии численность населения подросткового возраста относительно мала, надлежащим был признан подход, основанный на переписи детского населения. В Российской Федерации база выборки охватывала ряд областей, а не всю территорию страны.

Проведение обследования

Почти во всех странах в период между октябрем 2009 г. и маем 2010 г. в школах были розданы вопросники для самостоятельного заполнения учащимися с сохранением анонимности. В одних странах их раздавали исследователи, в других – преподаватели, согласно стандартному протоколу, который предоставлялся исследовательскими группами страны. Во всех странах и в каждой школе в отдельности был соблюден этический принцип и получено соответствующее информированное согласие на проведение исследования. Родителям и детям были предоставлены стандартизированная информация относительно обследования и приглашение принять в нем участие. Ниже приведена таблица, в которой указан период сбора данных для каждой страны и области, включенных в данный отчет.

ТАБЛИЦА. ДАТЫ СБОРА ДАННЫХ НА МЕСТАХ В РАМКАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ HBSC 2009/2010 гг.

Страна	Период сбора данных	Страна	Период сбора данных
Австрия	Май–июнь 2010 г.	Норвегия	Декабрь 2009 г.–июнь 2010 г.
Англия	Сентябрь 2009 г.–июль 2010 г.	Польша	Февраль–апрель 2010 г.
Армения	Апрель–май 2010 г.	Португалия	Ноябрь 2009 г.–январь 2010 г.
Бельгия (фламанд.)	Май–июнь 2010 г.	Российская Федерация	Февраль–май 2010 г.
Бельгия (франц.)	Март–июнь 2010 г.	Румыния	Апрель–май 2010 г.
Венгрия	Март–май 2010 г.	Словакия	Май–июнь 2010 г.
Германия	Февраль–июль 2010 г.	Словения	Январь–февраль 2010 г.
Гренландия	Апрель–июнь 2010 г.	Соединенные Штаты Америки	Октябрь 2009 г.–май 2010 г.
Греция	Февраль–март 2010 г.	Турция	Май 2010 г.
Дания	Февраль–март 2010 г.	Украина	Февраль 2010 г.
Ирландия	Апрель–июнь 2010 г.	Уэльс	Октябрь 2009 г.–январь 2010 г.
Исландия	Ноябрь 2009 г.–февраль 2010 г.	Финляндия	Март–май 2010 г.
Испания	Март–июнь 2010 г.	Франция	Апрель–июнь 2010 г.
Италия	Ноябрь 2009 г.–март 2010 г.	Хорватия	Март–июнь 2010 г.
Канада	Сентябрь 2009 г.–июнь 2010 г.	Чешская Республика	Июнь 2010 г.
Латвия	Ноябрь 2009 г.–февраль 2010 г.	Швейцария	Январь–апрель 2010 г.
Литва	Февраль–май 2010 г.	Швеция	Ноябрь–декабрь 2009 г.
Люксембург	Май–июль 2010 г.	Шотландия	Январь–апрель 2010 г.
МКД ^a	Октябрь 2010 г.	Эстония	Февраль–апрель 2010 г.
Нидерланды	Октябрь–декабрь 2009 г.		

^a Бывшая югославская Республика Македония.

Заполнение анкет, конечный размер выборки и средние возраста

В большинстве стран доля заполненных анкет превышала 60%. Среди наиболее часто выдвигаемых причин отказа от заполнения анкет был тот факт, что школы принимали решение не участвовать в проведении обследования в связи с недостатком времени или недавним участием в других обследованиях. Более подробную информацию относительно показателя отклика на предложение о заполнении анкет можно найти на веб-сайте HBSC (3).

В большинстве стран в конечном итоге размер выборки в каждой возрастной группе достигал установленного уровня в 1500 школьников или превышал его. По вышеупомянутым причинам такого размера выборки нельзя было ожидать от Гренландии и Исландии (ниже приводится таблица).

ТАБЛИЦА. КОЛИЧЕСТВО РЕСПОНДЕНТОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ОБСЛЕДОВАНИИ HBSC 2009/2010 ГГ.

Страна	Пол		Возрастная группа			Всего
	Мальчики	Девочки	11-летние	13-летние	15-летние	
Австрия	2456	2547	1457	1726	1820	5003
Англия	1522	1981	1185	1200	1118	3503
Армения	1343	1490	889	1029	915	2833
Бельгия (фламанд.)	2086	2094	1501	1453	1226	4180
Бельгия (франц.)	1985	2027	1275	1396	1341	4012
Венгрия	2257	2530	1473	1581	1733	4787
Германия	2406	2549	1687	1628	1640	4955
Гренландия	586	619	384	424	397	1205
Греция	2380	2519	1639	1612	1648	4899
Дания	1914	2132	1558	1262	1226	4046
Ирландия	2522	2202	1148	1881	1695	4724
Исландия	5569	5480	3623	3746	3680	11049
Испания	2466	2574	1257	1780	2003	5040
Италия	2408	2403	1585	1680	1546	4811
Канада	7711	7999	4490	5779	5441	15710
Латвия	2054	2210	1492	1397	1375	4264
Литва	2740	2583	1811	1720	1792	5323
Люксембург	2044	2028	1079	1611	1382	4072
МКД ^a	1952	1945	1079	1282	1536	3897
Нидерланды	2219	2301	1483	1580	1457	4520
Норвегия	2171	2167	1679	1320	1339	4338
Польша	2065	2176	1395	1436	1410	4241
Португалия	1878	2158	1183	1300	1553	4036
Российская Фед.	2576	2598	2052	1275	1847	5174
Румыния	2647	2705	1624	1726	2002	5352
Словакия	2561	2720	1427	1940	1914	5281
Словения	2761	2668	1803	1811	1815	5429
Соед. Штаты	3260	3014	1903	2479	1892	6274
Турция	2652	2922	1902	1912	1760	5574
Украина	2809	3081	2131	1862	1897	5890
Уэльс	2746	2665	1885	1889	1637	5411
Финляндия	3179	3428	2345	2152	2110	6607
Франция	3030	2990	2042	2072	1906	6020
Хорватия	3012	3240	1879	1949	2424	6252
Чешская Респ.	2135	2269	1426	1456	1522	4404
Швейцария	3320	3291	1843	2522	2246	6611
Швеция	3312	3333	2264	2291	2090	6645
Шотландия	3319	3419	2055	2116	2567	6738
Эстония	2022	2202	1416	1410	1398	4224
Всего	102 075	105 259	66 349	70 685	70 300	207 334

^a Бывшая югославская Республика Македония.

В итоге средний возраст по всей выборке составлял 11,6, 13,5 и 15,5 лет (см. таблицу ниже). Отклонения варьировались от 11,1 до 11,8 в младшей возрастной группе, с аналогичной картиной среди 13 и 15-летних. В большой степени это объясняется тем, что страны использовали целенаправленный подход к формированию выборки, но не могли осуществить сбор данных вблизи даты, определяющей начало учебного года.

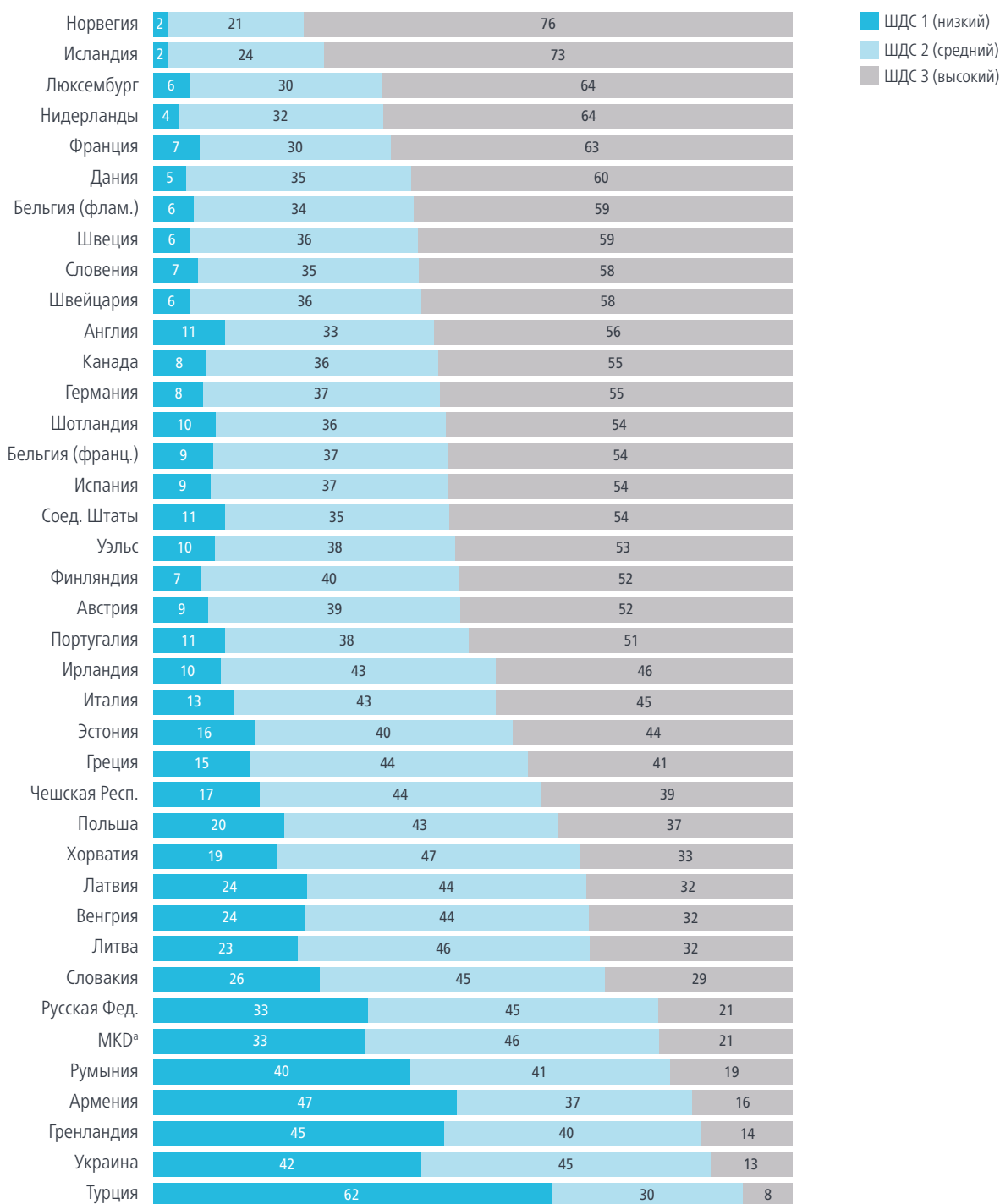
ТАБЛИЦА. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ РЕСПОНДЕНТОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ОБСЛЕДОВАНИИ HBSC 2009/2010 гг.

Страна	Возрастная группа		
	11-летние	13-летние	15-летние
Австрия	11,4	13,3	15,3
Англия	11,7	13,6	15,6
Армения	11,5	13,5	15,5
Бельгия (фламанд.)	11,4	13,4	15,5
Бельгия (франц.)	11,5	13,5	15,5
Венгрия	11,5	13,5	15,5
Германия	11,4	13,4	15,4
Гренландия	11,5	13,5	15,5
Греция	11,7	13,7	15,7
Дания	11,7	13,7	15,7
Ирландия	11,6	13,5	15,5
Исландия	11,5	13,5	15,5
Испания	11,5	13,5	15,5
Италия	11,4	13,4	15,4
Канада	11,7	13,5	15,5
Латвия	11,5	13,6	15,6
Литва	11,6	13,7	15,7
Люксембург	11,5	13,5	15,5
МКД ^a	11,5	13,5	15,5
Нидерланды	11,6	13,5	15,4
Норвегия	11,6	13,6	15,5
Польша	11,7	13,7	15,7
Португалия	11,5	13,5	15,5
Российская Федерация	11,6	13,3	15,4
Румыния	11,1	13,1	15,1
Словакия	11,6	13,5	15,3
Словения	11,6	13,6	15,6
Соединенные Штаты Америки	11,5	13,5	15,5
Турция	11,8	13,7	15,8
Украина	11,8	13,7	15,7
Уэльс	11,7	13,7	15,7
Финляндия	11,7	13,7	15,7
Франция	11,4	13,4	15,5
Хорватия	11,5	13,5	15,5
Чешская Республика	11,5	13,5	15,4
Швейцария	11,5	13,5	15,4
Швеция	11,5	13,5	15,5
Шотландия	11,5	13,5	15,5
Эстония	11,8	13,8	15,8
Всего	11,6	13,5	15,5

^a Бывшая югославская Республика Македония.

На рисунке, приведенном ниже, представлен обзор достатка семьи в соответствии с баллами по ШДС в странах. За получением дальнейшей информации относительно ШДС можно обратиться к протоколу международного исследования программы HBSC (1).

РИСУНОК. ДОСТАТОК СЕМЬИ В СООТВЕТСТВИИ С ОБЩИМИ БАЛЛАМИ ПО ШДС (ВСЕ ВОЗРАСТА)



* Бывшая югославская Республика Македония.

Анализ

В ряде случаев отсутствуют данные по странам; исключения отмечены в соответствующих разделах данных. Здесь представлены таблицы по ряду показателей с различными граничными точками (такими как ежедневное курение) с некоторыми дополнительными показателями, не упомянутыми в части 2.

Анализ возрастного и гендерного аспектов учитывает воздействие построения обследования (включая стратификацию, групповую выборку и взвешивание) на точность представленных оценок. Был установлен 5%-ый уровень значимости. Анализ с учетом построения обзора осуществлен с использованием пакета программного обеспечения аналитического прогноза (Complex Survey Package Predictive Analytics SoftWare (PASW) Statistics 18.0 (SPSS Inc., 2009, Chicago IL) или STATA v10 (StataCorp, 2007, College Station, TX: StataCorp LP). Были проведены расчеты с использованием критерия хи-квадрат на независимость, с учетом построения обследования с целью оценки статистической значимости гендерных различий. С учетом построения обследования был использован критерий хи-квадрат на тенденцию для оценки значимости различий в распространенности показателей по возрастным группам и уровням достатка семьи. Статистическая значимость была использована в качестве ориентира при интерпретации данных и, в частности, для того, чтобы не придавать чрезмерного значения небольшим различиям; в тексте обсуждаются лишь достоверные, устойчивые зависимости между достатком семьи и отдельными переменными.

ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ниже приводятся таблицы дополнительных данных, которые соотносятся с разделами части 2:

1. социальный контекст:

- структура семьи: подростки, живущие в семьях различного типа;
- проводят время с друзьями после школы четыре или более дней в неделю;

2. показатели здоровья и самочувствия:

- испытывают головную боль чаще, чем раз в неделю;
- плохое настроение бывает чаще, чем раз в неделю;
- избыточная масса тела и ожирение: показатели отсутствующих данных по ИМТ;
- избыточная масса тела и ожирение, с использованием принятого в ВОЗ показателя роста;

3. формы поведения в отношении здоровья:

- ежедневное употребление овощей;
- физическая активность высокой интенсивности в течение двух или более часов в неделю;
- использование компьютера для отправки электронной почты, работы в Интернете или выполнения домашних заданий в свое свободное время в течение двух или более часов в будние дни;
- компьютерные игры или игры на других электронных носителях в течение двух или более часов в будние дни;

4. формы поведения, сопряженные с риском:

- когда-либо курившие табак;
- ежедневное курение;
- употребление пива не менее одного раза в неделю;
- употребление вина не менее одного раза в неделю;
- употребление крепких спиртных напитков не менее одного раза в неделю;
- употребление слабоалкогольных коктейлей («алкопопс»), не менее одного раза в неделю;
- употребление алкоголя впервые в возрасте 13 лет или ранее;
- группы потребителей конопли;
- употребление конопли за последние 12 месяцев;
- участие в драке не менее одного раза за последние 12 месяцев;
- был в качестве жертвы причинения обид («буллинг») в школе не менее одного раза за последнюю пару месяцев;
- причинение обид слабым («буллинг») в школе не менее одного раза за последнюю пару месяцев.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ: СТРУКТУРА СЕМЬИ: ПОДРОСТКИ, ЖИВУЩИЕ В СЕМЬЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

Страны и области	Оба родителя (%)	Один из родителей (%)	Приемная семья (%)	Прочее (%)
Гренландия	49	29	7	14
Соед. Штаты	58	23	15	4
Уэльс	60	24	12	4
Латвия	62	23	12	3
Англия	65	20	13	2
Эстония	66	19	14	2
Бельгия (франц.)	66	16	16	2
Шотландия	66	21	11	2
Канада	67	18	11	3
Чешская Респ.	68	16	14	3
Дания	68	19	12	1
Литва	69	20	9	3
Исландия	69	16	13	1
Бельгия (флам.)	70	14	14	2
Венгрия	71	17	10	2
Франция	71	14	13	1
Финляндия	71	15	13	1
Норвегия	72	14	12	2
Швеция	72	13	14	1
Люксембург	74	15	10	2
Украина	74	16	8	3
Австрия	74	18	7	2
Румыния	74	17	3	5
Германия	75	15	9	1
Ирландия	76	15	7	2
Швейцария	77	14	8	1
Словакия	78	14	6	2
Португалия	79	12	7	2
Нидерланды	80	13	7	1
Польша	81	13	5	2
Турция	81	14	1	3
Испания	82	12	3	3
Словения	82	11	5	1
Италия	84	12	2	2
Греция	85	10	3	1
МКД ^a	87	10	1	2
Хорватия	88	8	3	1
Армения	88	10	1	1

Примечание. Нет данных по Российской Федерации.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, в условиях какой семьи они проживают, и живут ли они на два дома или на две семьи, а также с кем они проживают большую часть времени. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, проживающих в основном с обоими родителями, в приемной семье, в семье с одним из родителей или как-либо иначе (например, в приемном доме или за ними присматривают лица, не являющиеся родителями).

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПРОВОДЯТ ВРЕМЯ С ДРУЗЬЯМИ ПОСЛЕ ШКОЛЫ ЧЕТЫРЕ ДНЯ В НЕДЕЛЮ ИЛИ ЧАЩЕ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
МКД ^a	69	65	67	МКД ^a	69	60	64	МКД ^a	66	60	63
Украина	64	61	62	Гренландия	57	61	59	Гренландия	66	55	61
Румыния	56	52	54	Украина	62	55	59	Армения	70	42	56
Польша	51	54	53	Словакия	58	52	55	Словакия	58	52	55
Гренландия	49	51	50	Румыния	59	44	52	Украина	60	47	53
Словакия	48	50	49	Латвия	51	46	48	Люксембург	53	46	50
Англия	50	43	46	Армения	54	42	48	Хорватия	52	46	49
Хорватия	51	40	45	Люксембург	53	42	47	Италия	53	41	47
Латвия	46	44	45	Чешская Респ.	43	50	46	Литва	51	42	47
Литва	45	45	45	Польша	49	43	46	Венгрия	49	43	46
Норвегия	48	41	44	Италия	47	43	45	Чешская Респ.	43	48	46
Чешская Респ.	44	43	44	Хорватия	50	39	45	Латвия	46	43	44
Люксембург	46	37	42	Литва	45	44	44	Австрия	49	40	44
Ирландия	39	42	41	Англия	47	36	41	Румыния	49	39	44
Армения	50	30	40	Испания	44	35	40	Польша	46	40	43
Исландия	41	38	40	Исландия	40	39	39	Словения	43	40	42
Эстония	40	39	39	Ирландия	41	35	38	Англия	49	31	40
Австрия	40	36	38	Эстония	41	34	38	Испания	41	37	39
Германия	39	36	37	Австрия	43	31	37	Греция	46	30	38
Португалия	42	32	37	Словения	36	37	36	Франция	41	32	36
Словения	38	36	37	Норвегия	40	32	36	Исландия	37	35	36
Испания	41	32	36	Греция	38	32	35	Соед. Штаты	41	30	36
Уэльс	40	31	36	Португалия	37	32	35	Швейцария	37	33	35
Италия	37	34	36	Уэльс	38	31	34	Португалия	35	30	33
Финляндия	39	31	35	Венгрия	39	30	34	Норвегия	36	29	33
Шотландия	38	30	34	Германия	37	31	34	Эстония	34	29	32
Соед. Штаты	36	31	33	Шотландия	37	31	34	Германия	34	28	31
Венгрия	33	31	32	Франция	35	31	33	Ирландия	35	26	30
Швеция	34	30	32	Соед. Штаты	35	28	32	Канада	32	25	29
Греция	34	27	31	Финляндия	35	24	30	Финляндия	35	21	28
Франция	33	28	30	Канада	33	25	29	Уэльс	34	22	28
Канада	32	25	29	Швейцария	29	26	27	Бельгия (флам.)	31	24	28
Нидерланды	30	27	28	Бельгия (флам.)	27	26	26	Швеция	29	25	27
Швейцария	29	23	26	Швеция	28	25	26	Шотландия	29	24	27
Дания	28	21	25	Дания	24	25	25	Бельгия (франц.)	26	18	22
Турция	26	17	21	Турция	29	15	22	Нидерланды	24	19	21
Бельгия (франц.)	22	15	19	Нидерланды	24	18	21	Дания	23	18	21
Бельгия (флам.)	21	16	19	Бельгия (франц.)	21	16	19	Турция	28	13	20
Среднее НВSC	41	36	38	Среднее НВSC	41	35	38	Среднее НВSC	42	34	38

Примечание. Нет данных по Российской Федерации.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько дней в неделю они обычно проводят с друзьями сразу после школы. Варианты ответа варьировались от «0» до «5» дней. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые проводят время с друзьями после школы четыре или более дней в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И САМОЧУВСТВИЯ: ИСПЫТЫВАЮТ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ ЧАЩЕ, ЧЕМ РАЗ В НЕДЕЛЮ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Турция	23	32	27	Турция	25	36	31	Италия	15	42	29
Италия	20	30	25	Армения	21	27	24	Турция	22	35	29
Армения	26	23	25	Российская Фед.	20	28	24	Армения	16	37	26
Румыния	22	24	23	Словакия	18	29	24	Румыния	15	33	24
Гренландия	19	27	23	Италия	16	31	23	Гренландия	18	28	23
Словакия	19	24	21	Бельгия (франц.)	20	27	23	Бельгия (франц.)	14	32	23
Российская Фед.	16	26	21	Румыния	14	31	23	Греция	14	31	23
Латвия	16	22	19	Гренландия	21	22	22	Российская Фед.	15	30	23
Бельгия (франц.)	15	23	19	Литва	16	26	21	Соед. Штаты	14	31	23
Польша	16	21	19	Польша	17	23	20	Польша	13	31	22
Украина	13	24	18	Нидерланды	15	24	20	Литва	15	28	22
Литва	16	21	18	Греция	11	28	19	Венгрия	15	29	22
Нидерланды	15	21	18	Украина	13	25	19	Англия	14	28	21
Англия	14	22	18	Соед. Штаты	13	25	19	Украина	10	33	21
Соед. Штаты	15	19	17	Чешская Респ.	14	23	19	Словакия	15	27	21
Венгрия	16	18	17	Латвия	15	21	18	Чешская Респ.	13	28	20
Чешская Респ.	13	21	17	Эстония	14	21	17	Люксембург	13	26	19
Испания	14	18	16	Англия	13	21	17	Швеция	11	28	19
Исландия	13	19	16	Венгрия	11	23	17	Латвия	13	26	19
Уэльс	12	16	14	Исландия	14	20	17	Канада	12	27	19
Эстония	12	16	14	Уэльс	12	21	17	Исландия	13	25	19
Канада	11	16	13	Франция	13	20	17	Шотландия	12	26	19
Франция	11	16	13	Канада	11	21	16	Ирландия	12	26	19
Норвегия	10	17	13	Люксембург	13	19	16	Уэльс	10	27	18
Бельгия (флам.)	11	13	12	Шотландия	13	18	16	Эстония	13	24	18
Ирландия	11	13	12	Испания	12	19	15	Франция	11	24	17
Финляндия	9	15	12	Швеция	9	20	15	Испания	11	23	17
Германия	10	13	12	Швейцария	12	18	15	Нидерланды	10	23	17
Греция	9	14	11	Бельгия (флам.)	12	17	15	Австрия	10	22	16
Шотландия	11	12	11	Австрия	10	19	15	Норвегия	10	22	16
Португалия	9	13	11	Ирландия	11	16	14	Бельгия (флам.)	8	23	16
Хорватия	9	12	11	Норвегия	9	17	13	Португалия	10	21	15
Швейцария	11	11	11	Финляндия	8	17	13	МКD ^a	8	23	15
Австрия	11	11	11	Германия	7	17	12	Швейцария	9	22	15
Швеция	9	12	10	МКD ^a	8	16	12	Финляндия	8	22	15
Люксембург	8	12	10	Португалия	8	15	11	Хорватия	8	21	15
МКD ^a	8	12	10	Хорватия	8	15	11	Германия	6	22	14
Дания	7	11	9	Дания	7	15	11	Дания	8	15	12
Словения	7	8	7	Словения	8	10	9	Словения	6	14	10
Среднее HBSC	13	18	16	Среднее HBSC	13	22	17	Среднее HBSC	12	26	19

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос, как часто за последние шесть месяцев они испытывали следующие симптомы: головную боль; боль в животе; плохое настроение; раздражительность или вспыльчивость; нервозность; трудности с засыпанием и головокружение. Для каждого из симптомов варианты ответов варьировались от «почти каждый день» до «редко или никогда». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, испытывавших головную боль чаще, чем раз в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И САМОЧУВСТВИЯ: ПЛОХОЕ НАСТРОЕНИЕ БЫВАЕТ ЧАЩЕ, ЧЕМ РАЗ В НЕДЕЛЮ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Турция	37	48	42	Турция	41	58	49	Турция	40	52	46
Румыния	25	30	28	Румыния	27	40	33	Италия	24	51	37
Италия	22	29	26	Италия	22	40	31	Армения	25	47	36
Армения	23	24	24	Армения	22	36	29	Румыния	24	45	35
Литва	16	21	18	Греция	17	33	25	Греция	23	36	29
Гренландия	11	26	18	Литва	16	32	24	Гренландия	14	37	25
Эстония	13	22	18	Гренландия	15	29	22	Литва	13	30	22
Словакия	15	19	17	Словакия	16	28	22	Венгрия	16	27	21
Латвия	13	18	15	МКД ^а	16	26	21	Украина	10	32	21
Норвегия	11	18	14	Эстония	10	29	20	Люксембург	14	28	21
Канада	12	15	14	Швейцария	9	24	17	Словакия	14	26	20
Исландия	11	15	13	Венгрия	14	19	16	Швеция	10	28	19
Украина	10	16	13	Польша	13	20	16	Чешская Респ.	13	24	19
Люксембург	11	16	13	Испания	12	19	16	Англия	9	28	19
Венгрия	13	13	13	Люксембург	8	22	15	Польша	13	23	18
Швейцария	9	17	13	Англия	10	20	15	МКД ^а	12	24	18
МКД ^а	10	16	13	Франция	10	20	15	Соед. Штаты	12	24	18
Польша	10	16	13	Чешская Респ.	10	19	15	Испания	13	23	18
Испания	11	14	12	Украина	9	20	14	Норвегия	8	27	18
Англия	9	16	12	Канада	10	19	14	Исландия	12	24	18
Греция	11	13	12	Швеция	9	20	14	Эстония	10	25	17
Соед. Штаты	11	14	12	Соед. Штаты	10	18	14	Бельгия (франц.)	11	24	17
Франция	10	13	12	Шотландия	12	16	14	Ирландия	12	22	17
Чешская Респ.	10	14	12	Латвия	11	17	14	Канада	12	21	17
Бельгия (франц.)	9	13	11	Португалия	9	18	13	Франция	12	21	17
Российская Фед.	8	14	11	Бельгия (франц.)	12	15	13	Шотландия	11	21	16
Ирландия	10	13	11	Норвегия	7	19	13	Латвия	11	21	16
Португалия	9	12	11	Российская Фед.	10	16	13	Уэльс	9	23	16
Дания	6	14	10	Исландия	9	16	13	Российская Фед.	10	18	14
Швеция	8	10	9	Уэльс	9	17	13	Португалия	11	17	14
Хорватия	8	10	9	Ирландия	9	14	11	Швейцария	8	20	14
Уэльс	7	10	9	Хорватия	7	15	11	Хорватия	7	19	13
Нидерланды	6	10	8	Дания	4	15	9	Бельгия (флам.)	9	14	12
Шотландия	7	9	8	Словения	5	12	8	Германия	6	14	10
Финляндия	7	8	7	Финляндия	6	11	8	Финляндия	6	14	10
Германия	5	9	7	Германия	5	12	8	Словения	5	14	10
Словения	5	9	7	Нидерланды	6	10	8	Австрия	6	11	8
Австрия	6	6	6	Бельгия (флам.)	6	8	7	Нидерланды	5	11	8
Бельгия (флам.)	4	4	4	Австрия	4	9	6	Дания	4	12	8
Среднее HBSC	11	16	13	Среднее HBSC	12	21	16	Среднее HBSC	21	25	19

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос, как часто за последние шесть месяцев они испытывали следующие симптомы: головную боль; боль в животе; плохое настроение; раздражительность или вспыльчивость; нервозность; трудности с засыпанием и головокружение. Для каждого из симптомов варианты ответов варьировались от «почти каждый день» до «редко или никогда». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, у которых бывает плохое настроение чаще, чем раз в неделю.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И САМОЧУВСТВИЯ: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ: ПОКАЗАТЕЛИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ДАННЫХ ПО ИМТ

Страны и области	11-летние подростки (%)	Страны и области	13-летние подростки (%)	Страны и области	15-летние подростки (%)
Ирландия	84	Ирландия	74	Ирландия	56
Шотландия	71	Шотландия	64	Шотландия	52
Уэльс	69	Англия	58	Гренландия	42
Англия	67	Уэльс	52	Англия	40
Гренландия	49	Гренландия	44	Уэльс	33
Литва	37	Бельгия (франц.)	32	Бельгия (франц.)	25
Бельгия (франц.)	35	Литва	27	Литва	20
Канада	34	Армения	24	Армения	17
Швеция	29	Канада	23	Франция	17
Соед. Штаты	28	Франция	21	Германия	15
Армения	28	Нидерланды	19	Норвегия	15
Норвегия	26	Норвегия	19	Эстония	14
Франция	24	Эстония	19	Канада	14
Эстония	24	Германия	18	МКД ^a	11
Исландия	23	Швеция	15	Нидерланды	11
Дания	21	МКД ^a	15	Швеция	11
МКД ^a	20	Соед. Штаты	14	Российская Фед.	10
Италия	20	Российская Фед.	13	Люксембург	9
Германия	19	Дания	13	Испания	9
Румыния	17	Исландия	13	Исландия	8
Нидерланды	17	Словакия	11	Австрия	8
Словакия	16	Румыния	11	Италия	7
Венгрия	14	Люксембург	10	Словакия	7
Украина	13	Венгрия	10	Соед. Штаты	7
Люксембург	11	Италия	10	Бельгия (флам.)	7
Российская Фед.	11	Австрия	9	Дания	7
Латвия	10	Швейцария	9	Украина	6
Швейцария	10	Украина	8	Швейцария	6
Австрия	10	Испания	8	Португалия	5
Бельгия (флам.)	9	Латвия	8	Венгрия	5
Турция	8	Турция	8	Румыния	5
Португалия	8	Бельгия (флам.)	7	Греция	5
Хорватия	7	Португалия	7	Турция	5
Словения	7	Финляндия	7	Словения	5
Польша	7	Словения	5	Финляндия	4
Испания	7	Хорватия	4	Латвия	4
Греция	5	Польша	4	Хорватия	4
Финляндия	5	Греция	4	Чешская Респ.	3
Чешская Респ.	4	Чешская Респ.	3	Польша	3
Среднее HBSC	23	Среднее HBSC	18	Среднее HBSC	14

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, какой у них рост (без обуви) и вес (без одежды). На основе этой информации был вычислен ИМТ и определены граничные точки для избыточной массы тела и ожирения. Представленные здесь данные отражают уровни отсутствующих данных по всем странам и областям.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И САМОЧУВСТВИЯ: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИНЯТОГО В ВОЗ ПОКАЗАТЕЛЯ РОСТА

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Соед. Штаты	42	35	39	Соед. Штаты	40	26	33	Соед. Штаты	38	29	34
Греция	41	24	33	Греция	34	19	27	Канада	28	19	23
Португалия	37	25	32	Португалия	31	18	25	Греция	32	14	23
Ирландия	37	23	30	Гренландия	19	28	24	Уэльс	26	17	21
Канада	37	23	30	Испания	30	17	23	Словения	27	15	21
Испания	35	24	30	Канада	27	19	23	Португалия	24	17	20
Польша	36	23	29	Хорватия	30	15	23	Исландия	24	15	20
Италия	35	22	29	Италия	27	17	22	Италия	26	12	19
Гренландия	30	24	27	Польша	28	16	22	Люксембург	25	13	19
МКД ^a	33	20	27	Словения	27	16	22	Хорватия	27	11	19
Хорватия	33	21	27	Уэльс	26	17	22	Гренландия	22	16	19
Румыния	33	19	26	Финляндия	25	17	21	Румыния	27	10	19
Словения	31	20	26	МКД ^a	26	15	21	Испания	23	14	19
Уэльс	30	21	26	Австрия	25	15	20	Австрия	24	12	18
Российская Фед.	32	18	25	Эстония	23	16	20	Венгрия	22	12	17
Эстония	29	19	24	Румыния	25	15	20	Чешская Респ.	22	12	17
Чешская Респ.	31	16	23	Венгрия	26	13	19	Германия	21	12	17
Венгрия	29	18	23	Чешская Респ.	28	11	19	Норвегия	21	12	17
Финляндия	29	17	23	Турция	25	14	19	Ирландия	19	14	16
Армения	26	17	22	Словакия	28	10	19	МКД ^a	24	8	16
Словакия	29	13	22	Исландия	23	14	19	Финляндия	20	12	16
Шотландия	23	20	22	Германия	21	16	19	Польша	20	12	16
Австрия	25	17	21	Люксембург	23	14	19	Шотландия	18	13	16
Литва	27	13	20	Армения	24	13	18	Швеция	20	8	14
Турция	26	14	20	Швеция	20	11	16	Бельгия (франц.)	18	10	14
Швеция	24	16	20	Латвия	19	12	16	Эстония	17	10	14
Люксембург	23	15	19	Российская Фед.	22	9	16	Швейцария	18	9	13
Германия	23	14	19	Франция	18	13	16	Бельгия (флам.)	16	11	13
Исландия	22	14	18	Бельгия (франц.)	20	11	16	Турция	19	7	13
Латвия	23	12	18	Ирландия	20	11	15	Словакия	18	8	13
Украина	22	12	17	Норвегия	19	11	15	Англия	14	12	13
Англия	18	17	17	Украина	21	9	15	Украина	17	8	12
Норвегия	21	12	17	Шотландия	20	10	15	Франция	16	8	12
Бельгия (франц.)	19	13	16	Литва	18	11	15	Латвия	15	9	12
Франция	19	11	15	Англия	11	17	14	Дания	12	9	11
Дания	16	14	15	Бельгия (флам.)	14	14	14	Литва	15	5	10
Бельгия (флам.)	15	14	15	Дания	15	11	13	Армения	15	6	10
Нидерланды	15	12	13	Швейцария	18	9	13	Нидерланды	14	6	10
Швейцария	14	9	11	Нидерланды	13	10	12	Российская Фед.	13	7	10
Среднее НВSC	28	18	23	Среднее НВSC	24	14	19	Среднее НВSC	21	12	16

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, какой у них рост (без обуви) и вес (без одежды). На основе этой информации был вычислен ИМТ и определены граничные точки для избыточной массы тела и ожирения с использованием принятого в ВОЗ показателя роста для детей школьного возраста и подростков от 5 до 19 лет с целью контроля за их ростом (1). Представленные здесь данные отражают долю респондентов с ИМТ, превышающим на одно стандартное отклонение среднее значение ИМТ, принятое в ВОЗ, для их возраста.

1. de Onis M et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85(9):661–668 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/en/index.html>, по состоянию на 2 марта 2012 г.).

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ: ЕЖЕДНЕВНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Бельгия (флам.)	50	56	53	Бельгия (флам.)	51	65	58	Бельгия (флам.)	46	61	53
Украина	46	55	51	Бельгия (франц.)	45	53	49	Бельгия (франц.)	46	59	53
Франция	47	52	49	Украина	40	50	45	Франция	38	47	43
Дания	41	52	47	Франция	42	47	44	Канада	38	47	42
Нидерланды	41	52	46	Канада	40	47	43	Дания	33	49	41
Швейцария	42	50	46	Нидерланды	39	45	42	Украина	37	44	41
Бельгия (франц.)	45	45	45	Швейцария	38	46	42	Ирландия	39	42	40
Канада	39	50	44	Ирландия	37	44	41	Швейцария	34	45	40
Ирландия	39	48	44	Англия	37	44	41	Нидерланды	35	42	38
Швеция	36	47	41	Дания	37	41	39	Гренландия	35	40	38
МКД ^a	38	44	41	Соед. Штаты	35	40	38	Англия	34	41	38
Англия	35	45	40	Гренландия	34	39	36	Армения	33	37	35
Румыния	35	44	40	МКД ^a	30	41	36	Швеция	30	39	34
Шотландия	35	43	39	Шотландия	33	38	35	Шотландия	31	37	34
Гренландия	34	44	39	Швеция	30	36	33	МКД ^a	27	38	33
Соед. Штаты	34	44	39	Уэльс	30	36	33	Соед. Штаты	31	34	33
Люксембург	36	40	38	Греция	28	36	32	Уэльс	30	34	32
Чешская Респ.	30	43	36	Румыния	28	36	32	Греция	25	33	29
Греция	33	37	35	Российская Фед.	33	30	32	Российская Фед.	28	29	29
Норвегия	31	37	34	Турция	27	36	32	Чешская Респ.	21	36	28
Российская Фед.	33	35	34	Чешская Респ.	27	34	31	Норвегия	23	33	28
Литва	28	39	33	Люксембург	28	33	30	Люксембург	24	32	28
Португалия	30	35	33	Армения	26	33	30	Румыния	21	32	27
Словакия	31	34	32	Норвегия	27	28	28	Польша	21	30	26
Уэльс	29	33	31	Словакия	25	29	27	Турция	21	31	26
Турция	26	36	31	Португалия	24	29	27	Германия	17	33	25
Польша	26	35	31	Венгрия	24	29	27	Финляндия	14	35	25
Исландия	25	36	30	Австрия	20	30	25	Португалия	19	28	24
Венгрия	26	33	29	Польша	23	28	25	Литва	20	28	24
Словения	27	32	29	Исландия	21	29	25	Словакия	20	25	23
Армения	27	31	29	Германия	18	31	24	Италия	20	26	23
Латвия	27	31	29	Италия	22	27	24	Исландия	19	27	23
Хорватия	27	31	29	Словения	20	28	24	Словения	17	26	22
Австрия	25	33	29	Латвия	21	27	24	Венгрия	20	22	21
Финляндия	26	30	28	Литва	21	26	23	Хорватия	19	23	21
Германия	21	32	27	Хорватия	21	23	22	Латвия	16	25	21
Испания	23	25	24	Финляндия	19	26	22	Испания	15	24	19
Италия	20	27	23	Испания	18	24	21	Эстония	16	21	18
Эстония	20	24	22	Эстония	20	19	19	Австрия	12	23	18
Среднее HBSC	32	40	36	Среднее HBSC	29	35	32	Среднее HBSC	26	35	31

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они употребляют овощи. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «чаще, чем раз в день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, употребляющих овощи по крайней мере ежедневно, или чаще одного раза в день.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

**ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ: ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ**

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Нидерланды	82	79	80	Нидерланды	79	75	77	Нидерланды	81	70	75
Люксембург	81	68	75	Норвегия	75	70	73	Норвегия	73	67	70
Швейцария	78	63	70	Дания	78	66	72	Дания	71	67	69
Дания	75	64	70	Люксембург	80	61	70	Люксембург	77	57	67
Финляндия	73	64	69	Швейцария	76	63	69	Германия	73	57	65
Норвегия	68	64	66	Австрия	76	55	66	Исландия	66	63	64
Бельгия (флам.)	70	57	64	Германия	70	59	64	Швейцария	73	55	64
Австрия	69	51	60	Греция	69	52	60	Канада	66	59	62
Греция	65	53	59	Исландия	60	60	60	Бельгия (флам.)	68	52	60
Германия	64	52	58	Шотландия	67	53	60	Шотландия	65	54	60
Канада	60	52	56	Бельгия (флам.)	68	52	60	Бельгия (франц.)	68	49	58
Бельгия (франц.)	65	47	56	Финляндия	64	55	59	Финляндия	59	55	57
Шотландия	58	52	55	Бельгия (франц.)	66	53	59	Англия	66	47	57
Франция	63	45	54	Канада	63	54	58	Швеция	61	50	56
Исландия	54	51	52	Швеция	59	51	55	Австрия	66	43	55
Швеция	55	50	52	Франция	67	43	55	Греция	64	43	53
Ирландия	55	45	50	Италия	65	45	55	Франция	65	40	53
Англия	52	45	49	Уэльс	58	46	52	Уэльс	62	43	53
Российская Фед.	53	39	46	Англия	55	48	52	Италия	64	38	51
Словения	53	39	46	Ирландия	57	46	51	Соед. Штаты	58	38	48
Словакия	55	37	46	Словения	57	44	50	Венгрия	60	36	48
Уэльс	51	40	46	Венгрия	58	42	50	Словакия	58	36	47
Италия	55	36	45	Соед. Штаты	54	41	48	Ирландия	55	38	47
Венгрия	52	37	45	Словакия	55	37	46	Российская Фед.	54	38	46
Соед. Штаты	48	40	44	Хорватия	54	35	44	Словения	55	36	45
Испания	53	31	42	Российская Фед.	49	37	43	Испания	56	34	45
Польша	46	35	40	Латвия	48	37	42	Латвия	51	39	45
Чешская Респ.	46	35	40	Португалия	51	29	40	Литва	57	33	45
Хорватия	49	32	40	Чешская Респ.	48	32	40	Эстония	47	40	44
Латвия	43	34	38	Армения	47	32	40	Гренландия	50	37	43
Украина	43	31	37	Украина	46	33	39	Португалия	56	30	43
Гренландия	35	38	36	Эстония	40	35	37	Хорватия	54	27	41
Эстония	39	33	36	Литва	48	26	37	Польша	49	27	38
Армения	47	25	36	Польша	44	29	36	Чешская Респ.	47	28	37
Португалия	41	23	32	Гренландия	44	28	36	Украина	50	25	37
Турция	40	24	32	МКD ^a	41	29	35	МКD ^a	47	26	37
Литва	38	26	32	Румыния	46	20	33	Армения	50	23	36
Румыния	40	23	32	Турция	43	19	31	Турция	46	16	31
МКD ^a	33	19	26	Испания	41	16	29	Румыния	38	17	28
Среднее HBSC	55	43	49	Среднее HBSC	58	44	51	Среднее HBSC	60	42	51

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько часов в неделю они обычно бывали физически активны в свое свободное время (помимо школьных занятий), до такой степени, что у них перехватывало дыхание или до пота. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, для которых характерна физическая активность высокой интенсивности в течение двух или более часов в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРА ДЛЯ ОТПРАВКИ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ, РАБОТЫ В ИНТЕРНЕТЕ И ВЫПОЛНЕНИЯ ДОМАШНИХ ЗАДАНИЙ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ЧАСОВ В БУДНИЕ ДНИ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Польша	47	44	45	Нидерланды	58	64	61	Исландия	71	75	73
Российская Фед.	43	46	44	Эстония	53	66	60	Норвегия	65	81	73
Эстония	44	39	41	Уэльс	52	66	59	Англия	68	75	71
Уэльс	37	44	41	Англия	48	66	57	Эстония	64	76	70
Словакия	42	39	40	Словакия	53	61	57	Нидерланды	62	75	69
Англия	36	41	39	Польша	54	56	55	Словакия	65	70	68
Нидерланды	36	35	36	Исландия	53	55	54	Дания	64	66	65
Шотландия	33	38	35	Шотландия	45	61	53	Польша	64	66	65
Румыния	38	30	34	Португалия	52	54	53	Швеция	61	69	65
Финляндия	31	35	33	Швеция	46	58	52	Уэльс	61	68	65
Португалия	33	32	33	Норвегия	43	57	50	Чешская Респ.	57	70	64
Канада	29	36	32	Финляндия	44	55	50	Шотландия	60	67	63
Хорватия	34	29	32	Дания	45	53	49	Российская Фед.	59	65	62
Турция	35	29	32	Российская Фед.	45	53	49	Латвия	54	64	59
Латвия	30	32	31	Канада	40	57	48	Финляндия	58	60	59
Швеция	31	31	31	Латвия	41	55	48	МКД ^а	58	60	59
Дания	33	28	31	Чешская Респ.	40	56	48	Хорватия	54	61	57
Бельгия (флам.)	31	30	31	МКД ^а	49	46	47	Германия	55	58	56
МКД ^а	35	25	30	Хорватия	43	50	47	Румыния	57	55	56
Литва	33	26	29	Венгрия	45	47	46	Канада	50	61	56
Исландия	30	28	29	Словения	42	50	46	Люксембург	56	55	55
Венгрия	33	25	29	Румыния	49	41	45	Португалия	60	51	55
Чешская Респ.	27	29	28	Люксембург	41	45	43	Словения	51	58	55
Греция	33	22	27	Греция	41	43	42	Австрия	53	56	55
Словения	26	28	27	Литва	38	44	41	Италия	51	57	54
Франция	27	24	26	Бельгия (флам.)	38	44	41	Венгрия	53	53	53
Испания	26	25	25	Испания	40	42	41	Литва	47	57	52
Армения	30	16	23	Германия	38	44	41	Греция	54	49	52
Италия	23	23	23	Италия	36	46	41	Испания	48	56	52
Норвегия	22	24	23	Франция	36	43	40	Бельгия (флам.)	48	53	50
Украина	24	19	22	Турция	39	37	38	Франция	43	52	48
Австрия	24	19	22	Австрия	35	38	36	Швейцария	42	45	44
Люксембург	20	18	19	Соед. Штаты	23	39	31	Армения	47	34	40
Бельгия (франц.)	19	19	19	Бельгия (франц.)	28	34	31	Соед. Штаты	34	43	39
Соед. Штаты	18	19	18	Украина	30	27	29	Бельгия (франц.)	38	39	38
Германия	18	17	18	Армения	33	24	29	Турция	40	33	37
Ирландия	15	17	16	Ирландия	25	31	28	Украина	32	37	35
Швейцария	12	11	12	Швейцария	25	30	28	Ирландия	30	33	31
Гренландия	12	8	10	Гренландия	16	16	16	Гренландия	23	28	26
Среднее НВSC	29	28	29	Среднее НВSC	41	48	44	Среднее НВSC	53	57	55

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько часов в день они пользуются компьютером для отправки электронной почты, работы в Интернете или выполнения домашних заданий в свое свободное время по будням и в выходные дни. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, использующих компьютер для этих целей в течение двух или более часов каждый будний день.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ: КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ ИЛИ ИГРЫ
НА ДРУГИХ ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ЧАСОВ В БУДНИЕ ДНИ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Норвегия	—	—	—	Румыния	70	50	60	Румыния	68	52	60
Румыния	57	43	50	Шотландия	69	31	50	МКД ^а	59	40	50
Эстония	62	32	47	Эстония	68	32	50	Швеция	66	28	47
Польша	57	34	46	Швеция	61	37	49	Российская Фед.	61	31	46
Шотландия	63	29	46	МКД ^а	56	41	49	Дания	68	22	45
Российская Фед.	54	36	45	Уэльс	63	34	48	Шотландия	64	26	45
Уэльс	54	32	43	Российская Фед.	57	38	48	Эстония	63	21	42
Словакия	57	29	43	Дания	64	31	47	Германия	56	27	41
Дания	57	28	42	Словакия	65	26	46	Чешская Респ.	62	21	41
Англия	54	24	39	Польша	65	27	46	Польша	62	20	41
Швеция	52	25	39	Чешская Респ.	62	28	45	Канада	52	27	40
Латвия	53	23	38	Латвия	63	23	43	Армения	51	28	39
Чешская Респ.	50	24	37	Канада	53	30	41	Уэльс	54	22	38
Нидерланды	48	26	37	Англия	61	22	41	Словакия	59	17	38
Финляндия	45	25	35	Нидерланды	55	26	41	Венгрия	53	23	38
Канада	45	25	35	Венгрия	55	26	40	Норвегия	61	14	38
МКД ^а	43	26	35	Португалия	49	28	39	Нидерланды	59	16	37
Украина	42	26	34	Хорватия	51	26	39	Бельгия (франц.)	45	29	37
Португалия	43	23	33	Германия	46	31	38	Латвия	59	15	37
Хорватия	45	21	33	Франция	49	25	37	Испания	43	31	37
Армения	41	24	33	Армения	45	29	37	Италия	44	26	35
Венгрия	41	24	32	Украина	48	25	37	Австрия	47	23	35
Франция	39	21	30	Греция	50	23	37	Хорватия	46	23	35
Греция	41	19	30	Норвегия	54	15	34	Греция	49	18	34
Словения	39	17	28	Испания	39	29	34	Португалия	51	16	34
Испания	35	21	28	Австрия	43	24	34	Турция	45	22	33
Бельгия (флам.)	36	17	26	Италия	40	26	33	Украина	44	23	33
Гренландия	38	15	26	Бельгия (франц.)	36	29	33	Англия	50	13	32
Турция	33	19	26	Люксембург	40	24	32	Люксембург	44	19	32
Бельгия (франц.)	26	22	24	Турция	41	22	31	Бельгия (флам.)	44	14	29
Соед. Штаты	31	17	24	Финляндия	49	12	31	Исландия	51	6	29
Италия	31	16	24	Словения	47	14	31	Франция	41	15	28
Ирландия	32	15	24	Бельгия (флам.)	40	20	30	Словения	46	9	28
Австрия	29	16	22	Исландия	48	10	29	Финляндия	45	9	27
Исландия	34	11	22	Соед. Штаты	32	20	26	Гренландия	35	11	23
Германия	26	16	21	Гренландия	39	12	25	Соед. Штаты	28	13	20
Люксембург	23	16	19	Ирландия	35	14	24	Ирландия	28	12	20
Швейцария	16	8	12	Швейцария	24	12	18	Швейцария	28	8	18
Среднее HBSC	40	22	31	Среднее HBSC	50	25	37	Среднее HBSC	49	20	35

Примечание. Нет данных по Литвы и Норвегии (11-летних).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько часов в день они посвящают компьютерным играм или играм на других электронных носителях в свое свободное время в будние дни и в выходные. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, тратящих два часа или более каждый будний день на компьютерные игры или игры на других электронных носителях.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: КОГДА-ЛИБО КУРИВШИЕ ТАБАК

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Гренландия	45	43	44	Гренландия	63	68	66	Гренландия	82	88	85
Латвия	41	24	32	Латвия	66	56	61	Латвия	81	81	81
Эстония	29	16	23	Эстония	57	51	54	Литва	77	70	74
Российская Фед.	27	18	22	Литва	56	47	52	Чешская Респ.	70	75	73
Литва	31	12	22	Чешская Респ.	50	51	50	Эстония	77	65	71
Чешская Респ.	25	16	21	Словакия	44	37	40	Венгрия	63	63	63
Украина	25	10	18	Хорватия	41	35	38	Хорватия	62	62	62
Словакия	23	11	17	Украина	46	30	38	Украина	69	53	61
Хорватия	22	10	16	Венгрия	39	35	37	Словакия	64	57	61
Польша	16	9	13	Российская Фед.	34	30	32	Австрия	57	63	60
Венгрия	14	10	12	Швейцария	36	26	31	Люксембург	56	56	56
Румыния	15	7	11	Польша	35	26	31	Швейцария	60	50	55
Швейцария	14	6	10	Люксембург	32	26	29	Польша	57	53	55
Франция	11	5	8	Австрия	29	28	29	Франция	53	55	54
Финляндия	10	5	8	Финляндия	31	26	28	Словения	53	53	53
Словения	10	5	7	Словения	30	24	27	Италия	52	53	52
Норвегия	9	5	7	Румыния	31	22	27	Финляндия	52	49	51
Люксембург	8	6	7	Франция	27	25	26	Российская Фед.	52	47	49
Бельгия (франц.)	9	4	6	Дания	24	26	25	Румыния	55	43	49
Португалия	8	4	6	Португалия	26	23	24	Швеция	45	52	49
Дания	9	3	6	Швеция	24	22	23	Дания	45	51	48
Германия	8	4	6	Бельгия (франц.)	25	20	23	Испания	41	54	48
Австрия	8	4	6	Италия	26	19	22	Германия	50	46	48
Швеция	7	5	6	Испания	23	20	21	Бельгия (франц.)	46	48	47
Нидерланды	7	4	5	Германия	23	18	21	Бельгия (флам.)	47	44	45
Ирландия	6	4	5	Уэльс	17	22	19	Португалия	44	43	44
МКD ^a	6	3	5	Англия	21	18	19	Нидерланды	45	43	44
Соед. Штаты	7	3	5	Шотландия	17	20	18	Греция	42	42	42
Армения	7	2	4	Норвегия	23	13	18	Уэльс	38	46	42
Испания	6	2	4	Нидерланды	20	15	18	Англия	37	45	41
Канада	4	4	4	Бельгия (флам.)	18	15	16	Норвегия	40	40	40
Италия	6	2	4	Ирландия	17	15	16	Шотландия	37	42	39
Бельгия (флам.)	6	2	4	Греция	15	15	15	Ирландия	38	40	39
Англия	3	4	3	Соед. Штаты	15	13	14	Канада	31	34	32
Уэльс	4	3	3	Канада	13	14	13	Соед. Штаты	30	31	30
Шотландия	4	3	3	Армения	17	3	10	МКD ^a	33	26	30
Греция	5	1	3	Исландия	11	7	9	Исландия	33	26	29
Исландия	4	1	2	МКD ^a	10	6	8	Армения	33	11	22
Среднее HBSC	13	7	10	Среднее HBSC	29	25	27	Среднее HBSC	50	49	49

Примечание. Нет данных по Турции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, курили ли они когда-либо табак (не менее одной сигареты, сигары или трубки). Варианты ответа были «да» или «нет». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, ответивших «да».

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: ЕЖЕДНЕВНОЕ КУРЕНИЕ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Гренландия	3	3	3	Гренландия	16	25	21	Гренландия	48	48	48
Российская Фед.	4	1	3	Чешская Респ.	6	6	6	Венгрия	21	19	20
Румыния	3	1	2	Латвия	7	4	5	Хорватия	21	19	20
MKD ^a	2	1	1	Польша	5	5	5	Литва	26	13	20
Венгрия	1	0	1	Эстония	6	3	5	Австрия	18	21	19
Чешская Респ.	1	0	1	Словакия	6	3	4	Латвия	23	14	18
Англия	1	1	1	Литва	6	2	4	Чешская Респ.	16	20	18
Украина	1	0	1	Российская Фед.	5	3	4	Италия	15	16	16
Армения	0	1	1	Румыния	4	3	3	Украина	23	8	15
Франция	1	0	1	Украина	5	2	3	Люксембург	17	14	15
Польша	1	0	1	Шотландия	4	3	3	Финляндия	15	13	14
Словакия	1	0	1	Венгрия	4	2	3	Франция	15	14	14
Греция	1	0	0	Финляндия	4	2	3	Словения	14	13	14
Литва	1	0	0	Хорватия	4	2	3	Румыния	18	10	14
Соед. Штаты	1	0	0	Уэльс	2	3	3	Испания	11	16	14
Австрия	1	0	0	Австрия	3	3	3	Эстония	16	10	13
Ирландия	0	0	0	Люксембург	3	3	3	Словакия	15	9	12
Бельгия (франц.)	0	0	0	Испания	3	3	3	Российская Фед.	15	9	12
Люксембург	1	0	0	Дания	2	3	2	Бельгия (франц.)	12	11	12
Латвия	0	0	0	Франция	2	3	2	Нидерланды	10	12	11
Финляндия	0	0	0	Англия	2	3	2	Бельгия (флам.)	11	11	11
Италия	1	0	0	Бельгия (франц.)	3	1	2	Швейцария	13	10	11
Германия	0	0	0	Швейцария	3	2	2	Шотландия	10	11	11
Испания	0	0	0	Нидерланды	2	2	2	Греция	13	8	10
Швейцария	0	0	0	Бельгия (флам.)	3	2	2	Уэльс	8	12	10
Исландия	0	0	0	Ирландия	3	2	2	Германия	10	10	10
Канада	0	0	0	Германия	2	1	2	Польша	12	8	10
Шотландия	0	0	0	Италия	2	2	2	Дания	10	10	10
Португалия	0	0	0	Канада	2	2	2	Ирландия	9	10	10
Хорватия	0	0	0	Греция	2	1	2	Швеция	7	9	8
Бельгия (флам.)	0	0	0	Швеция	2	2	2	MKD ^a	9	7	8
Дания	0	0	0	Словения	2	1	2	Англия	6	9	8
Норвегия	0	0	0	Норвегия	2	0	1	Португалия	7	6	7
Словения	0	0	0	Португалия	2	1	1	Норвегия	6	6	6
Уэльс	0	0	0	Соед. Штаты	1	1	1	Исландия	6	5	6
Швеция	0	0	0	MKD ^a	1	1	1	Канада	5	5	5
Эстония	0	0	0	Исландия	1	1	1	Соед. Штаты	5	4	4
Нидерланды	0	0	0	Армения	1	0	1	Армения	8	1	4
Среднее HBSC	1	0	1	Среднее HBSC	3	3	3	Среднее HBSC	14	12	13

Примечание. Нет данных по Турции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они в настоящее время курят табак. Варианты ответа варьировались от «каждый день» до «я не курю». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, ответивших, что курят каждый день.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УПОТРЕБЛЕНИЕ ПИВА НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Финляндия	—	—	—	Чешская Респ.	17	10	14	Чешская Респ.	39	20	30
Армения	11	3	7	Украина	15	7	11	Украина	39	18	29
Украина	9	3	6	Румыния	15	3	9	Австрия	31	9	20
Румыния	9	2	6	Словакия	10	4	7	Хорватия	30	9	20
Чешская Респ.	7	4	5	Хорватия	11	3	7	Греция	27	12	20
Словакия	5	3	4	Армения	12	1	7	Уэльс	26	11	19
Российская Фед.	4	2	3	Уэльс	8	4	6	Бельгия (флам.)	26	10	18
Хорватия	5	1	3	Англия	7	3	5	Словения	26	10	18
Италия	4	1	2	Словения	7	3	5	Италия	24	11	18
Дания	2	2	2	Российская Фед.	6	3	5	Румыния	26	5	16
МКД ^а	4	1	2	Польша	7	2	5	Бельгия (франц.)	20	10	15
Гренландия	2	2	2	Италия	7	1	4	Германия	21	8	15
Соед. Штаты	2	1	1	Греция	7	2	4	Англия	23	6	14
Венгрия	3	0	1	Латвия	7	1	4	Нидерланды	21	6	14
Латвия	2	1	1	Дания	4	3	4	Венгрия	21	6	13
Бельгия (франц.)	2	0	1	Литва	5	2	4	Словакия	19	7	13
Уэльс	2	1	1	Швейцария	5	2	3	Швейцария	20	6	13
Англия	2	0	1	Венгрия	6	1	3	Литва	19	7	13
Литва	2	0	1	Бельгия (флам.)	5	1	3	Дания	18	7	12
Словения	1	1	1	Шотландия	5	1	3	Латвия	19	5	12
Бельгия (флам.)	1	1	1	Австрия	4	2	3	Люксембург	17	6	12
Греция	1	0	1	Эстония	4	1	3	Шотландия	19	4	11
Польша	1	1	1	Бельгия (франц.)	4	1	2	Испания	14	8	11
Швейцария	1	0	1	Испания	3	2	2	Армения	18	5	11
Шотландия	1	0	1	Норвегия	3	1	2	Польша	14	8	11
Канада	1	0	1	Германия	4	1	2	Франция	16	6	11
Нидерланды	0	1	1	Франция	3	1	2	МКД ^а	15	5	10
Эстония	1	0	1	Соед. Штаты	3	1	2	Канада	13	6	9
Австрия	1	0	1	МКД ^а	3	1	2	Эстония	15	2	9
Люксембург	1	0	1	Нидерланды	2	1	2	Российская Фед.	9	6	8
Франция	1	0	1	Канада	3	1	2	Норвегия	8	5	7
Испания	1	0	0	Ирландия	3	1	2	Соед. Штаты	6	5	6
Исландия	1	0	0	Люксембург	2	1	2	Португалия	8	3	5
Германия	1	0	0	Гренландия	2	1	1	Ирландия	8	2	5
Португалия	1	0	0	Исландия	2	1	1	Исландия	6	3	5
Ирландия	1	0	0	Финляндия	2	1	1	Финляндия	5	4	5
Швеция	0	0	0	Португалия	2	0	1	Швеция	6	2	4
Норвегия	0	0	0	Швеция	1	1	1	Гренландия	3	4	3
Среднее НВSC	3	1	2	Среднее НВSC	6	2	4	Среднее НВSC	18	7	13

Примечание. Нет данных по Турции и Финляндии (11-летних).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они пили алкогольные напитки, и им был предложен перечень напитков: пиво, вино, крепкие спиртные напитки, слабоалкогольные коктейли («алкопопс») или какой-либо другой напиток, содержащий алкоголь. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «каждый день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые пьют пиво не менее раза в неделю.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УПОТРЕБЛЕНИЕ ВИНА НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Финляндия	—	—	—	Армения	13	6	9	Хорватия	23	13	18
Армения	15	4	10	Хорватия	12	4	8	Венгрия	20	11	16
Румыния	8	2	5	Чешская Респ.	7	6	6	Чешская Респ.	12	14	13
Италия	4	2	3	Италия	7	3	5	Словения	14	9	12
Хорватия	4	1	3	Румыния	8	1	5	Армения	15	6	11
Дания	3	2	3	Дания	5	3	4	Греция	10	8	9
Украина	3	1	2	Греция	5	2	3	Австрия	10	8	9
Чешская Респ.	3	1	2	Венгрия	4	2	3	Италия	12	5	8
Венгрия	2	1	2	Украина	4	2	3	Румыния	12	2	7
Российская Фед.	2	1	2	Российская Фед.	4	2	3	Украина	8	5	6
Бельгия (франц.)	3	0	2	Уэльс	3	2	3	Англия	4	6	5
Соед. Штаты	2	1	1	Словения	4	1	2	Словакия	7	3	5
МКД ^a	2	0	1	Словакия	3	2	2	МКД ^a	6	4	5
Словакия	1	1	1	Англия	2	2	2	Уэльс	4	5	4
Англия	2	0	1	Шотландия	2	2	2	Бельгия (франц.)	5	3	4
Уэльс	1	1	1	Бельгия (флам.)	3	1	2	Шотландия	4	4	4
Греция	2	0	1	Швейцария	2	1	2	Нидерланды	1	7	4
Польша	1	0	1	Австрия	2	1	2	Испания	4	3	4
Словения	1	0	1	Бельгия (франц.)	2	1	2	Российская Фед.	6	2	4
Швейцария	1	0	1	Соед. Штаты	2	2	2	Бельгия (флам.)	4	4	4
Гренландия	1	1	1	Испания	2	1	2	Франция	4	2	3
Шотландия	1	1	1	Польша	2	1	2	Германия	2	3	3
Франция	1	0	1	Эстония	2	1	1	Дания	4	1	3
Австрия	1	0	1	Франция	1	1	1	Люксембург	4	1	3
Бельгия (флам.)	1	0	1	МКД ^a	2	0	1	Латвия	3	2	3
Латвия	0	1	0	Люксембург	2	1	1	Соед. Штаты	2	2	2
Канада	1	0	0	Ирландия	2	1	1	Швейцария	3	1	2
Испания	1	0	0	Норвегия	1	1	1	Канада	3	2	2
Нидерланды	0	1	0	Канада	1	0	1	Польша	3	2	2
Ирландия	1	0	0	Латвия	1	0	1	Эстония	3	2	2
Люксембург	1	0	0	Исландия	1	0	1	Ирландия	3	2	2
Исландия	1	0	0	Литва	1	0	1	Литва	4	1	2
Португалия	1	0	0	Гренландия	1	1	1	Исландия	3	1	2
Литва	0	0	0	Германия	1	0	1	Португалия	3	1	2
Эстония	0	0	0	Нидерланды	1	0	0	Швеция	1	1	1
Германия	0	0	0	Финляндия	1	0	0	Норвегия	1	1	1
Норвегия	0	0	0	Португалия	0	0	0	Гренландия	1	1	1
Швеция	0	0	0	Швеция	0	0	0	Финляндия	1	1	1
Среднее HBSC	2	1	1	Среднее HBSC	3	1	2	Среднее HBSC	6	4	5

Примечание. Нет данных по Турции и Финляндии (11-летних).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они пили алкогольные напитки, и им был предложен перечень напитков: пиво, вино, крепкие спиртные напитки, слабоалкогольные коктейли («алкопопс») или какой-либо другой напиток, содержащий алкоголь. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «каждый день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые пьют вино не менее одного раза в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УПОТРЕБЛЕНИЕ КРЕПКИХ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Финляндия	—	—	—	Словакия	5	4	4	Греция	22	17	19
Армения	6	2	4	Уэльс	3	5	4	Австрия	17	16	16
Румыния	4	1	3	Армения	7	2	4	Испания	15	17	16
Украина	3	1	2	Хорватия	6	2	4	Шотландия	12	15	14
Дания	2	2	2	Испания	5	3	4	Венгрия	17	10	13
Хорватия	3	0	2	Шотландия	4	4	4	Хорватия	16	11	13
Соед. Штаты	2	0	1	Чешская Респ.	3	4	4	Словения	12	12	12
Российская Фед.	1	1	1	Дания	4	3	4	Дания	14	9	11
Чешская Респ.	2	0	1	Румыния	6	1	3	Чешская Респ.	13	10	11
Италия	2	0	1	Швейцария	4	3	3	Уэльс	8	13	11
Люксембург	1	1	1	Греция	3	3	3	Словакия	13	8	10
Словакия	1	1	1	Эстония	2	3	3	Люксембург	11	9	10
Гренландия	1	1	1	Польша	3	2	3	Италия	13	7	10
Швейцария	1	0	1	Люксембург	3	2	3	Швейцария	10	7	9
Венгрия	1	0	1	Украина	4	1	2	Англия	8	8	8
Англия	1	0	1	Англия	2	3	2	Канада	8	8	8
Польша	1	0	1	Канада	2	2	2	Франция	9	5	7
Бельгия (франц.)	1	0	1	Словения	3	1	2	Эстония	9	4	7
Словения	1	0	1	Австрия	3	2	2	Украина	10	3	7
МКД ^а	1	0	0	Ирландия	3	1	2	Ирландия	8	6	7
Шотландия	1	0	0	Литва	2	1	2	Бельгия (флам.)	8	4	6
Нидерланды	0	1	0	Венгрия	3	1	2	МКД ^а	8	4	6
Австрия	1	0	0	Российская Фед.	3	1	2	Латвия	8	4	6
Ирландия	1	0	0	Франция	2	1	2	Соед. Штаты	7	5	6
Испания	1	0	0	Соед. Штаты	2	1	2	Литва	8	3	5
Греция	1	0	0	Бельгия (флам.)	2	1	2	Армения	8	2	5
Канада	0	0	0	Португалия	2	1	1	Португалия	5	4	5
Уэльс	0	0	0	Латвия	2	0	1	Швеция	5	5	5
Латвия	0	0	0	Норвегия	1	1	1	Германия	6	3	4
Исландия	0	0	0	Италия	1	1	1	Румыния	7	1	4
Бельгия (флам.)	0	0	0	МКД ^а	2	1	1	Исландия	5	2	4
Португалия	0	0	0	Исландия	1	0	1	Российская Фед.	5	2	3
Франция	0	0	0	Германия	1	1	1	Польша	4	3	3
Германия	0	0	0	Гренландия	2	0	1	Гренландия	3	3	3
Норвегия	0	0	0	Бельгия (франц.)	1	0	1	Бельгия (франц.)	4	2	3
Литва	0	0	0	Швеция	1	0	1	Норвегия	3	2	3
Эстония	0	0	0	Финляндия	1	0	1	Финляндия	2	2	2
Швеция	0	0	0	Нидерланды	0	1	1	Нидерланды	1	2	2
Среднее HBSC	1	0	1	Среднее HBSC	3	2	2	Среднее HBSC	9	6	8

Примечание. Нет данных по Турции и Финляндии (11-летних).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они пили алкогольные напитки, и им был предложен перечень напитков: пиво, вино, крепкие спиртные напитки, слабоалкогольные коктейли («алкопопс») или какой-либо другой напиток, содержащий алкоголь. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «каждый день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые пьют крепкие спиртные напитки не менее одного раза в неделю.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

**ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УПОТРЕБЛЕНИЕ СЛАБОАЛКОГОЛЬНЫХ
КОКТЕЙЛЕЙ («АЛКОПОПС») НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ**

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Финляндия	—	—	—	Украина	10	10	10	Австрия	18	18	18
Украина	6	3	4	Уэльс	5	9	7	Украина	17	17	17
Румыния	6	1	3	Италия	8	5	7	Италия	18	13	15
Италия	5	1	3	Греция	9	4	7	Хорватия	14	14	14
Венгрия	3	2	2	Литва	6	5	6	Уэльс	11	18	14
Российская Фед.	3	2	2	Дания	6	5	5	Дания	14	13	14
Дания	3	2	2	Эстония	5	6	5	Греция	15	12	13
Хорватия	3	1	2	Латвия	6	4	5	Латвия	10	16	13
Соед. Штаты	3	1	2	Чешская Респ.	6	4	5	Литва	13	13	13
Чешская Респ.	3	1	2	Хорватия	7	3	5	Шотландия	9	14	11
Гренландия	1	2	2	Шотландия	4	5	4	Англия	9	13	11
Бельгия (франц.)	2	1	1	Англия	3	5	4	Венгрия	13	8	11
Латвия	2	1	1	Российская Фед.	5	2	3	Чешская Респ.	12	9	10
Литва	2	0	1	Словения	4	3	3	Бельгия (франц.)	11	9	10
Шотландия	1	1	1	Румыния	5	1	3	Эстония	9	11	10
Греция	2	1	1	Канада	3	3	3	Нидерланды	9	10	10
Уэльс	1	1	1	Венгрия	5	1	3	Германия	10	8	9
Польша	1	0	1	Гренландия	3	3	3	Словения	10	6	8
Нидерланды	1	1	1	Польша	4	2	3	Бельгия (флам.)	9	6	7
Словения	1	0	1	Бельгия (франц.)	3	2	3	Испания	8	6	7
Франция	1	0	1	Австрия	3	2	3	Канада	6	8	7
Эстония	1	0	1	Испания	3	2	3	Швейцария	8	6	7
Канада	1	1	1	Нидерланды	3	2	2	Соед. Штаты	6	6	6
Англия	1	0	1	Соед. Штаты	3	2	2	Российская Фед.	7	5	6
Словакия	1	1	1	Ирландия	3	2	2	Норвегия	5	6	5
Швейцария	1	0	1	Швейцария	3	2	2	Люксембург	7	3	5
МКД ^а	1	0	1	Франция	2	2	2	Франция	6	3	5
Австрия	1	0	0	Бельгия (флам.)	3	1	2	Ирландия	5	4	4
Испания	1	0	0	Норвегия	2	1	2	Гренландия	3	5	4
Ирландия	1	0	0	Германия	2	1	1	Румыния	7	1	4
Исландия	1	0	0	Люксембург	2	1	1	Исландия	3	3	3
Бельгия (флам.)	1	0	0	Исландия	2	0	1	Португалия	4	2	3
Норвегия	0	0	0	Словакия	1	1	1	Швейцария	3	3	3
Германия	0	0	0	МКД ^а	2	0	1	Польша	4	1	3
Люксембург	0	0	0	Швеция	1	1	1	Словакия	3	2	3
Швеция	0	0	0	Португалия	1	1	1	МКД ^а	3	1	2
Португалия	0	0	0	Финляндия	1	1	1	Финляндия	1	1	1
Среднее HBSC	2	1	1	Среднее HBSC	4	3	3	Среднее HBSC	9	8	8

Примечание. Нет данных по Армении, Турции и Финляндии (11-летних).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они пили алкогольные напитки, и им был предложен перечень напитков: пиво, вино, крепкие спиртные напитки, слабоалкогольные коктейли («алкопопс») или какой-либо другой напиток, содержащий алкоголь. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «каждый день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые пьют слабоалкогольные коктейли не менее одного раза в неделю.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ВПЕРВЫЕ В ВОЗРАСТЕ 13 ЛЕТ И РАНЕЕ

Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мальчики	Девочки	Всего
Эстония	66	58	62
Чешская Респ.	59	56	58
Литва	60	54	57
Латвия	52	51	51
Хорватия	57	44	50
Польша	53	43	48
Бельгия (флам.)	51	44	48
Венгрия	53	42	47
Греция	51	41	46
Словения	51	39	45
Дания	45	45	45
Англия	47	43	45
Австрия	47	42	44
Германия	46	42	44
Шотландия	45	42	44
Нидерланды	46	39	43
Испания	41	43	42
Португалия	46	38	42
Армения	48	35	41
Бельгия (франц.)	43	38	40
Уэльс	40	40	40
Франция	44	33	38
Гренландия	37	36	37
Швейцария	40	33	37
Канада	35	31	33
Ирландия	35	31	33
Словакия	36	27	32
МКД ^a	42	22	32
Люксембург	33	30	32
Украина	33	29	31
Италия	33	24	29
Финляндия	27	29	28
Румыния	33	22	27
Российская Фед.	26	25	26
Швеция	22	25	23
Соед. Штаты	21	19	20
Норвегия	20	18	19
Исландия	13	9	11
Среднее HBSC	41	36	39

Примечание. Нет данных по Турции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, в каком возрасте они попробовали спиртное. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые попробовали алкоголь впервые в 13 лет или ранее.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: ГРУППЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КОНОПЛИ

Страны и области	Прекратившие употребление			Страны и области	Экспериментирующие		
	15-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)		
	Мальчики	Девочки	Всего		Мальчики	Девочки	Всего
Чешская Респ.	10	9	9	Чешская Респ.	11	11	11
Гренландия	10	6	8	Латвия	11	10	11
Литва	10	5	7	Испания	11	10	10
Эстония	9	6	7	Швейцария	9	9	9
Латвия	7	7	7	Франция	9	9	9
Соед. Штаты	7	6	6	Литва	11	6	9
Словения	7	4	6	Канада	8	9	9
Швейцария	7	4	6	Эстония	9	7	8
Канада	6	5	5	Словения	9	7	8
Венгрия	6	4	5	Англия	7	8	8
Бельгия (франц.)	5	5	5	Польша	8	6	7
Франция	6	3	5	Соед. Штаты	6	8	7
Украина	6	3	5	Нидерланды	7	6	7
Бельгия (флам.)	4	5	4	Словакия	7	6	7
Словакия	5	3	4	Уэльс	6	7	7
Англия	4	5	4	Бельгия (флам.)	8	6	7
Польша	5	4	4	Шотландия	7	6	7
Люксембург	5	3	4	Венгрия	6	6	6
Дания	4	4	4	Италия	7	4	6
Российская Фед.	5	2	4	Хорватия	6	5	6
Испания	4	3	4	Бельгия (франц.)	6	5	5
Нидерланды	4	3	4	Дания	6	5	5
Шотландия	4	3	3	Люксембург	6	5	5
Хорватия	4	3	3	Финляндия	6	5	5
Австрия	2	4	3	Ирландия	5	5	5
Германия	3	3	3	Германия	5	4	5
Италия	3	2	3	Украина	7	2	4
Румыния	3	2	3	Португалия	5	3	4
Португалия	3	2	2	Австрия	4	4	4
Уэльс	2	2	2	Румыния	5	2	4
Исландия	3	1	2	Гренландия	2	4	3
Ирландия	2	2	2	Исландия	4	2	3
Норвегия	1	1	1	Греция	4	1	2
Греция	1	1	1	Российская Фед.	3	1	2
Финляндия	1	1	1	Норвегия	3	2	2
Армения	2	0	1	Армения	2	0	1
МКД ^a	1	0	1	МКД ^a	1	0	0
Среднее HBSC	4	3	4	Среднее HBSC	6	5	6

Примечание. Нет данных по Турции и Швеции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам (только 15-летним) был задан вопрос о том, употребляли ли они коноплю: когда-либо в жизни; за последние 12 месяцев; за последние 30 дней. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «40 раз или более». В соответствии с частотой использования конопли были выделены следующие четыре группы ее потребителей:

^a Бывшая югославская Республика Македония.

Страны и области	Регулярные потребители				Часто употребляющие		
	15-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)		
	Мальчики	Девочки	Всего		Мальчики	Девочки	Всего
Канада	13	14	14	Канада	7	5	6
Швейцария	13	9	11	Соед. Штаты	6	3	5
Франция	12	10	11	Испания	5	2	3
Соед. Штаты	11	10	10	Бельгия (франц.)	4	2	3
Испания	10	10	10	Швейцария	4	1	3
Италия	10	8	9	Люксембург	4	2	3
Уэльс	8	9	9	Словения	3	2	3
Нидерланды	8	8	8	Уэльс	4	1	3
Чешская Респ.	8	9	8	Франция	4	1	3
Англия	7	9	8	Шотландия	4	1	2
Бельгия (флам.)	10	6	8	Чешская Респ.	3	2	2
Словения	8	6	7	Англия	3	1	2
Бельгия (франц.)	7	6	7	Ирландия	3	1	2
Шотландия	8	6	7	Австрия	3	0	2
Польша	9	4	7	Италия	3	1	2
Люксембург	6	6	6	Нидерланды	3	0	2
Латвия	8	4	6	Хорватия	2	1	1
Ирландия	7	4	6	Португалия	2	0	1
Словакия	6	3	5	Гренландия	2	0	1
Эстония	6	4	5	Бельгия (флам.)	2	0	1
Гренландия	6	3	5	Латвия	2	0	1
Дания	4	5	4	Польша	2	0	1
Австрия	5	4	4	Дания	2	0	1
Литва	6	2	4	Российская Фед.	1	1	1
Португалия	5	3	4	Исландия	2	0	1
Венгрия	5	2	3	Греция	2	0	1
Хорватия	4	2	3	Эстония	1	0	1
Исландия	4	2	3	Венгрия	2	0	1
Германия	4	1	3	Германия	1	0	1
Греция	3	2	3	Украина	2	0	1
Финляндия	2	2	2	Словакия	1	0	1
Румыния	3	1	2	Литва	1	0	1
Украина	3	1	2	Финляндия	1	0	1
МКD ^a	2	1	1	Норвегия	1	0	1
Норвегия	2	1	1	МКD ^a	1	0	0
Армения	3	0	1	Армения	1	0	0
Российская Фед.	1	1	1	Румыния	0	0	0
Среднее HBSC	6	5	5	Среднее HBSC	2	1	2

- **прекратившие употребление:** те, кто употребляли коноплю не менее одного раза в жизни, но не использовали ее за последние 30 дней или последние 12 месяцев;
 - **экспериментирующие:** те, кто за последние 12 месяцев употребляли коноплю 1 - 2 раза;
 - **регулярные потребители:** те, кто за последние 12 месяцев употребляли коноплю 3 -39 раз;
 - **часто употребляющие:** употреблявшие коноплю 40 раз или более за последние 12 месяцев.
- Представленные здесь данные отражают долю респондентов в каждой из этих групп.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мальчики	Девочки	Всего
Канада	28	28	28
Швейцария	28	20	24
Испания	26	22	24
Франция	24	21	23
Соед. Штаты	24	20	22
Чешская Респ.	21	22	21
Уэльс	20	18	19
Латвия	22	15	18
Словения	21	15	18
Англия	17	18	18
Нидерланды	19	15	17
Италия	20	13	17
Бельгия (франц.)	18	14	16
Бельгия (флам.)	19	13	16
Шотландия	19	13	16
Люксембург	17	13	15
Польша	19	10	15
Эстония	17	12	14
Литва	19	9	14
Гренландия	15	12	13
Словакия	16	10	13
Ирландия	16	10	13
Дания	12	11	11
Венгрия	13	8	10
Австрия	12	8	10
Хорватия	12	8	10
Португалия	13	7	10
Финляндия	9	7	8
Германия	11	6	8
Украина	11	2	7
Исландия	10	4	7
Румыния	9	3	6
Греция	10	3	6
Российская Фед.	7	4	5
Швеция	7	4	5
Норвегия	6	3	4
Армения	8	1	4
MKD ^a	3	1	2
Среднее HBSC	16	11	13

Примечание. Нет данных по Турции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам (только 15-летним) был задан вопрос о том, употребляли ли они коноплю за последние 12 месяцев. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «40 раз или более». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, употреблявших коноплю по крайней мере один раз за последние 12 месяцев.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: УЧАСТИЕ В ДРАКЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Швейцария	—	—	—	Швейцария	—	—	—	Греция	68	33	50
Бельгия (франц.)	80	47	63	Испания	97	90	93	Армения	80	20	50
Латвия	76	30	53	Греция	70	35	52	Бельгия (франц.)	51	27	39
Армения	80	22	51	Армения	80	22	51	Чешская Респ.	56	21	39
Чешская Респ.	73	25	49	Бельгия (франц.)	68	31	50	Словакия	52	25	38
Венгрия	65	30	48	Чешская Респ.	71	25	48	Румыния	55	20	37
Словения	63	28	46	Венгрия	65	30	47	Венгрия	50	23	36
Греция	60	32	46	Словения	66	28	47	Ирландия	49	24	36
Румыния	61	26	44	Румыния	66	26	46	Австрия	53	20	36
Украина	67	21	44	Хорватия	65	27	46	Украина	54	18	36
Польша	67	20	44	Латвия	64	22	43	Италия	51	20	36
Испания	58	27	42	Украина	61	24	42	Литва	51	20	35
Российская Фед.	60	24	42	Литва	60	24	42	Люксембург	46	24	35
Хорватия	62	20	41	Российская Фед.	57	26	42	Латвия	50	19	35
Канада	56	25	40	Словакия	58	24	41	Словения	48	20	34
Исландия	58	22	40	Австрия	59	19	39	Российская Фед.	47	21	34
Франция	56	24	40	Англия	52	24	38	Соед. Штаты	41	25	33
Англия	57	22	40	Канада	50	24	37	Хорватия	48	17	33
Шотландия	57	22	39	Соед. Штаты	45	27	36	Уэльс	42	23	33
Литва	61	17	39	Франция	52	20	36	Нидерланды	43	22	32
Дания	56	21	38	Уэльс	48	23	35	Бельгия (флам.)	41	24	32
Словакия	54	20	37	Италия	51	20	35	Испания	43	21	32
Италия	54	19	37	Шотландия	48	21	35	Канада	43	20	31
Нидерланды	53	20	37	Ирландия	49	20	35	Англия	41	21	31
Эстония	54	17	35	Польша	53	15	34	МКД ^а	48	14	31
Ирландия	51	20	35	Исландия	51	16	33	Шотландия	39	21	30
Швеция	52	19	35	Швеция	45	20	32	Польша	48	12	30
Австрия	54	16	35	МКД ^а	47	17	32	Франция	42	18	30
Бельгия (флам.)	52	18	35	Нидерланды	44	19	31	Швейцария	43	16	29
Соед. Штаты	45	22	33	Дания	45	17	31	Швеция	35	20	27
Уэльс	48	18	33	Португалия	45	17	31	Финляндия	35	16	26
Люксембург	43	20	31	Люксембург	40	20	30	Эстония	35	15	25
Португалия	49	13	31	Эстония	46	14	30	Португалия	33	15	24
Финляндия	48	12	30	Гренландия	41	19	30	Исландия	32	12	22
Гренландия	43	15	29	Финляндия	43	15	29	Дания	31	12	22
Германия	42	13	28	Бельгия (флам.)	42	13	28	Гренландия	28	13	21
МКД ^а	35	15	25	Германия	35	11	23	Германия	26	10	18
Среднее НВSC	57	22	39	Среднее НВSC	55	23	39	Среднее НВSC	45	19	32

Примечание. Нет данных по Норвегии, Турции и Швейцарии (11 и 13-летних).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько раз за последние 12 месяцев они участвовали в драке. Варианты ответа варьировались от «за последние 12 месяцев я ни разу не участвовал в драке» до «четыре раза или более». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые участвовали в драке по крайней мере один раз за последние 12 месяцев.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

**ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: БЫЛ В КАЧЕСТВЕ ЖЕРТВЫ ПРИЧИНЕНИЯ
ОБИД («БУЛЛИНГ») В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА ЗА ПОСЛЕДНЮЮ ПАРУ МЕСЯЦЕВ**

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Литва	59	56	57	Литва	58	58	58	Бельгия (франц.)	55	39	47
Латвия	56	52	54	Бельгия (франц.)	63	46	54	Литва	49	45	47
Бельгия (франц.)	61	43	52	Латвия	50	48	49	Австрия	45	32	38
Эстония	51	47	49	Украина	44	48	46	Румыния	43	33	38
Украина	48	49	49	Эстония	50	42	46	Украина	36	38	37
Российская Фед.	45	43	44	Румыния	48	42	45	Латвия	37	36	37
Канада	42	43	42	Австрия	47	41	44	Гренландия	35	34	35
Швейцария	47	36	41	Португалия	47	37	42	Португалия	38	28	33
Румыния	45	36	40	Российская Фед.	42	40	41	Швейцария	32	28	30
Португалия	47	32	40	Гренландия	39	38	39	Греция	34	26	30
Бельгия (флам.)	41	38	40	Швейцария	40	36	38	Германия	32	26	29
Гренландия	44	35	39	Канада	36	38	37	Франция	28	28	28
Австрия	43	35	39	Франция	37	34	36	Эстония	29	26	27
Франция	36	40	38	Финляндия	35	30	32	Канада	28	26	27
Венгрия	40	31	36	Англия	32	31	32	Российская Фед.	27	27	27
Финляндия	37	33	35	Германия	30	32	31	Люксембург	25	27	26
Люксембург	36	33	34	Люксембург	31	29	30	Ирландия	26	23	25
Соед. Штаты	34	32	33	Словакия	33	26	30	Уэльс	27	22	25
Нидерланды	35	30	32	Соед. Штаты	31	29	30	Финляндия	25	22	24
Ирландия	33	32	32	Уэльс	31	28	30	Бельгия (флам.)	24	21	23
Англия	30	33	32	Венгрия	31	27	29	Норвегия	24	19	21
Польша	36	28	32	Греция	30	27	28	Англия	21	21	21
Норвегия	30	31	31	Польша	35	21	28	Соед. Штаты	20	21	20
Словакия	35	25	30	Ирландия	29	25	27	Словакия	20	20	20
Германия	32	27	30	Норвегия	29	24	26	Польша	24	15	19
Уэльс	31	29	30	Шотландия	26	26	26	Венгрия	18	19	19
Шотландия	25	32	28	МКD ^a	32	19	25	Шотландия	21	15	18
Дания	25	25	25	Бельгия (флам.)	27	23	25	Нидерланды	21	13	17
Греция	24	25	25	Нидерланды	26	23	24	МКD ^a	21	12	16
Исландия	26	23	25	Словения	26	23	24	Словения	19	14	16
МКD ^a	26	18	22	Хорватия	21	19	20	Чешская Респ.	15	15	15
Словения	21	21	21	Исландия	23	17	20	Хорватия	14	13	13
Хорватия	21	16	19	Дания	19	21	20	Дания	14	12	13
Испания	20	11	16	Чешская Респ.	17	16	17	Исландия	12	11	12
Италия	20	10	15	Испания	20	12	16	Испания	14	9	12
Чешская Респ.	16	14	15	Швеция	14	13	13	Швеция	9	10	9
Швеция	14	14	14	Италия	13	10	11	Армения	9	9	9
Армения	16	12	14	Армения	13	9	11	Италия	9	6	7
Среднее HBSC	34	30	32	Среднее HBSC	33	29	31	Среднее HBSC	25	22	24

Примечание. Нет данных по Турции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они являлись жертвой причинения обид («буллинг») в школе за последнюю пару месяцев. Варианты ответа варьировались от «меня не обижали в школе за последнюю пару месяцев» до «несколько раз в неделю». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которых обижали в школе не менее одного раза за последнюю пару месяцев.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

**ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ: ПРИЧИНЕНИЕ ОБИД СЛАБЫМ В ШКОЛЕ
НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА ЗА ПОСЛЕДнюю ПАРУ МЕСЯЦЕВ**

Страны и области	11-летние подростки (%)			Страны и области	13-летние подростки (%)			Страны и области	15-летние подростки (%)		
	Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего		Мал.	Дев.	Всего
Латвия	59	45	51	Латвия	69	59	65	Румыния	68	61	64
Румыния	52	44	48	Румыния	66	59	63	Латвия	63	59	61
Литва	54	37	45	Литва	65	55	60	Литва	66	48	57
Эстония	53	35	44	Эстония	64	42	53	Греция	65	37	51
Бельгия (франц.)	52	33	42	Украина	54	47	50	Австрия	63	37	50
Украина	47	37	42	Швейцария	57	39	48	Швейцария	59	38	48
Швейцария	48	26	37	Австрия	57	37	47	Гренландия	51	45	48
Гренландия	41	32	37	Гренландия	46	41	44	Украина	50	42	46
Российская Фед.	41	29	35	Бельгия (франц.)	51	36	43	Германия	54	31	43
Бельгия (флам.)	40	25	33	Франция	46	38	42	Франция	50	35	42
Польша	41	23	32	Германия	48	36	42	Эстония	53	30	41
Словакия	38	25	32	Словакия	46	35	40	Люксембург	47	34	41
Франция	35	28	32	Греция	51	29	40	Бельгия (франц.)	45	35	40
Австрия	40	22	31	Канада	42	37	40	Бельгия (флам.)	42	35	38
Португалия	40	21	31	Португалия	45	33	39	Словакия	45	32	38
Канада	34	27	30	Российская Фед.	45	33	39	Канада	44	32	38
Люксембург	35	26	30	Люксембург	44	32	38	Польша	45	24	35
Нидерланды	35	20	28	Бельгия (флам.)	37	29	33	Российская Фед.	38	25	32
Греция	34	20	27	Словения	40	25	33	Нидерланды	39	24	31
Германия	31	22	26	Финляндия	39	26	32	Финляндия	39	22	31
Венгрия	33	19	26	Соед. Штаты	34	30	32	Соед. Штаты	33	25	29
Финляндия	35	16	26	Польша	41	23	32	Португалия	36	21	28
Соед. Штаты	25	21	23	Нидерланды	35	25	30	Словения	34	20	27
МКД ^a	29	17	23	Венгрия	37	21	29	МКД ^a	34	20	27
Словения	26	16	21	МКД ^a	36	20	28	Норвегия	38	16	27
Норвегия	26	16	21	Хорватия	33	18	26	Венгрия	31	16	24
Дания	26	13	19	Англия	33	18	26	Дания	31	16	23
Исландия	27	11	19	Норвегия	33	16	24	Англия	31	15	23
Шотландия	21	14	17	Уэльс	28	19	23	Хорватия	30	16	23
Ирландия	20	12	16	Испания	27	19	23	Испания	26	18	22
Испания	19	10	15	Дания	25	18	22	Уэльс	28	13	20
Италия	20	8	14	Шотландия	25	15	20	Италия	22	16	19
Англия	18	10	14	Италия	24	14	19	Ирландия	28	11	19
Хорватия	20	8	14	Исландия	25	12	18	Шотландия	26	11	18
Армения	22	5	13	Армения	24	8	16	Чешская Респ.	23	13	18
Уэльс	15	9	12	Швеция	19	13	16	Швеция	21	11	16
Чешская Респ.	11	8	9	Ирландия	21	10	16	Армения	22	8	15
Швеция	13	6	9	Чешская Респ.	18	12	15	Исландия	18	8	13
Среднее HBSC	33	21	27	Среднее HBSC	40	28	34	Среднее HBSC	40	26	33

Примечание. Нет данных по Турции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они принимали участие в причинении обид и издевательствах над другими учащимися в школе за последнюю пару месяцев. Варианты ответа варьировались от «я не обижал слабых в школе за последнюю пару месяцев» до «несколько раз в неделю». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые обижали слабых в школе за последнюю пару месяцев.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ЛИТЕРАТУРА

1. Currie C et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/10 survey*. St Andrews, Child and Adolescent Health Research Unit, Vienna, Ludwig Boltzmann Institute of Health Promotion Research, 2010.
2. Roberts C et al., eds. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54(Suppl. 2):140–150.
3. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study [web site]. St Andrews, CAHRU, University of St Andrews, 2002 (<http://www.hbsc.org>, по состоянию на 16 февраля 2012 г.).

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

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ

ИССЛЕДОВАНИЕ «ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО

ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ» (HBSC):

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ 2009–2010 ГГ.

Эта книга является новейшим дополнением к серии отчетов по вопросам здоровья подростков в рамках исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC). В ней представлены результаты обследования 2009–2010 гг., касающиеся влияния демографических и социальных факторов на здоровье подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет из 39 стран и областей Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. Отвечая на вопросы анкетированного обследования, школьники давали описание социального контекста своей жизни (отношения с членами семьи, сверстниками и школой), физического и психического здоровья, поведенческих факторов здоровья (пищевые привычки, регулярность чистки зубов и физическая активность) и рискованных форм поведения (табакокурение, употребление алкоголя и потребление конопли, сексуальное поведение, участие в драках, причинение обид и издевательств над слабыми).

Использовались определенные методы статистического анализа для установления значимых различий в распространенности показателей здоровья и социальных факторов в разбивке по гендерному признаку, возрасту и уровням достатка семьи. Полученные результаты позволяют получить более глубокое представление о социальных детерминантах здоровья и благополучия юного поколения.

Целью исследования HBSC является, посредством составления международного отчета по результатам последнего обследования, предоставление новейшей информации, в которой нуждаются формирующие политику руководители на разных уровнях государственной власти, неправительственные организации и специалисты в таких сферах, как здравоохранение, образование, социальное обеспечение, юстиция, организация досуга и отдыха, для защиты и укрепления здоровья молодого поколения.

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: contact@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>



ISBN 978 92 890 4423 3

Оригинал: Английский

cahru ...

child and adolescent health research unit