

ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, № 6



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков

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



hbsc



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков

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

Под редакцией:

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

WHO Library Cataloguing in Publication Data

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

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

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

ISBN 978 92 890 4423 3

NLM Classification: WS 460

ISBN 978 92 890 4423 3

Библиографическое описание:

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

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

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

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

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННАЯ И ОФОРМИТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

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

АВТОРЫ

Часть/Глава

Авторы

ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

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

ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

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

ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

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

ГЛАВА 4. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

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

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

АНАЛИЗ ДАННЫХ

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

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

ПОМОЩЬ В РЕДАКТИРОВАНИИ

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

ТЕХНИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРОЕКТАМ ОТЧЕТА

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

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

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

ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ И ЧЛЕНЫ ГРУППЫ HBSC 2009-2010 ГГ.

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

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

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

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

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

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

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

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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

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

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

АББРЕВИАТУРЫ

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

ПРЕДИСЛОВИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

Erio Ziglio

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

Vivian Barnekow

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

ВСТУПЛЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

Исследовательский подход

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

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

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

Важность научного изучения здоровья юного поколения

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

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

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

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

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

Научно-исследовательская сеть HBSC

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

Исследованию предоставляется поддержка со стороны четырех специализированных центров:

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

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

Работа с лицами, формирующими политику

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

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

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

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

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

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ

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

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

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

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

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

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

КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНЫХ НЕРАВЕНСТВ

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

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

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

ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДЫДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ HBSC

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

Возрастные различия

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

Гендерные различия

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

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

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

Социально-экономические различия

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

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

Различия между странами в отношении состояния здоровья

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

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

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

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

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

Семья

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

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

Отношения со сверстниками

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

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

Школьная среда

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

Микрорайон

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study [web site]. St Andrews, CAHRU, University of St Andrews, 2002 (<http://www.hbsc.org>, по состоянию на 16 февраля 2012).
2. Currie C et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/2010 survey*. Edinburgh, CAHRU, 2011.
3. Roberts C et al., eds. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54:5140–5150.
4. Koller T et al. Addressing the socioeconomic determinants of adolescent health: experience from the WHO/HBSC Forum 2007. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):278–284.
5. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office, 1998.
6. Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
7. *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 2006.
8. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение одной жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf, по состоянию на 28 февраля 2012 г.).
9. *Положение детей в мире, 2011 год. Использование возможностей подросткового возраста*, Нью-Йорк, ЮНИСЕФ, 2011 г.
10. Graham H, Power C. *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework*. London, Health Development Agency, 2004.
11. Kelly M et al. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to the WHO Commission on the Social Determinants of Health*. London, Universidad del Desarrollo/Nice, 2007.
12. Brener ND et al. Youth risk behavior surveillance – selected steps communities, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56(2):1–16.
13. Woodward M et al. Contribution of contemporaneous risk factors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. *Preventive Medicine*, 2003, 36(5):561–568.
14. Hurrelmann K, Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 2006, 14:20–28.
15. Ojala K et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2007, 4(1):50–60.
16. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4–10.
17. Torsheim T et al. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine*, 2006, 62(4):815–827.
18. Cavallo F et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 2006, 15(10):1577–1585.

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

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

ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

ГЛАВА 1. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ

В отчете представлены результаты обследования HBSC 2009-2010 гг., основное внимание которого было направлено на демографические и социальные детерминанты здоровья школьников. Статистический анализ выявил значимые различия в распространенности показателей здоровья и самочувствия и социальных показателей в разбивке по полу, возрастным группам и уровням достатка семьи. Цель состояла в предоставлении надежной систематической статистической базы данных для сравнительного описания картины в различных странах в отношении масштабов и тенденции различий между подгруппами. Полученные итоговые данные представлены в разделе результатов настоящей главы. Более подробная информация о проведенном анализе и его методах приводится в приложении.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Столбчатые гистограммы представляют данные по мальчикам и девочкам в каждой возрастной группе, отдельно для стран и областей, в порядке убывания распространенности (совокупно для мальчиков и девочек). Важно не придавать чрезмерного значения некоторым результатам ранжирования. Часто соседние страны и области разделяет разница лишь в несколько процентов, и это различие может быть не достоверным, исходя из данной выборки населения. Для облегчения восприятия процентные значения округлены до ближайшего целого числа.

Средние данные по HBSC, представленные в гистограммах, основаны на методе равного взвешивания в отношении каждой области, независимо от различий в размере полученной выборки или населения страны. Страны, выделенные жирным шрифтом – это те страны, где отмечено значимое гендерное различие в распространенности.

ДОСТАТОК СЕМЬИ

Шкала достатка семьи (ШДС), которая используется в обследовании HBSC (1) применена для измерения СЭС подростков. Она основывается на наборе вопросов, касающихся материальных условий их семей, в числе которых: наличие автомобиля в семье, количество человек на одну спальню, семейный отпуск и наличие домашних компьютеров.

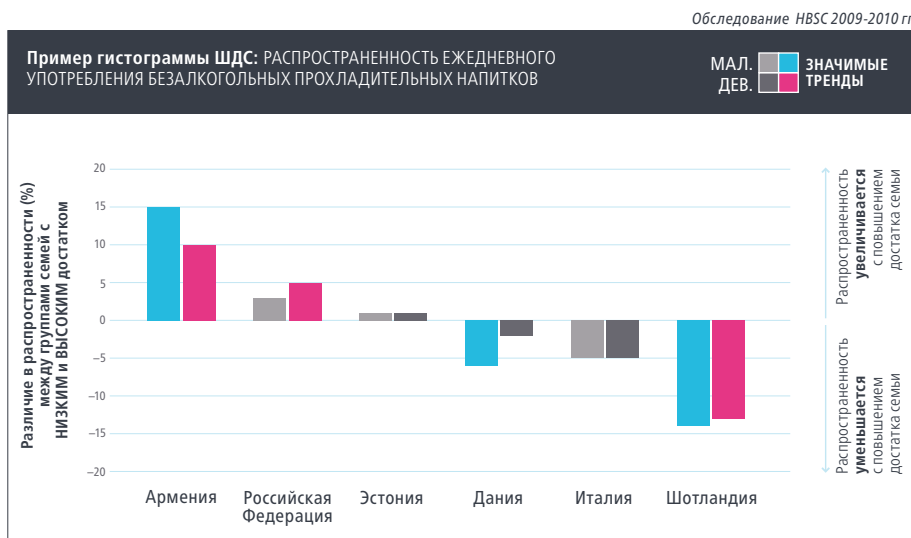
Бедность затрагивает меньшинство семей (хотя этот показатель варьируется от страны к стране). Все семьи могут быть отнесены к определенной категории в соответствии с их достатком. Подростки классифицируются в соответствии с общим баллом по пунктам, при этом общий балл перекодируется таким образом, чтобы обозначать определенный уровень достатка семьи – низкий, средний или высокий. В таблице приложения приводится обзор достатка семей в соответствии с баллами ШДС во всех странах. Более подробная информация относительно ШДС содержится в протоколе международного исследования HBSC (2).

Интерпретация цифровых значений ШДС

Столбчатые гистограммы в Главе 3 отражают взаимоотношения между достатком семьи и различными показателями здоровья и социальными показателями. Они указывают, увеличивается или снижается распространенность каждого показателя по мере повышения достатка семьи, при этом величина каждого различия в распространенности соответствует высокому или низкому достатку, а также показывает, установлено ли статистически значимое различие. Для простоты понимания на рисунке приводится пример лишь с шестью странами.

Доля подростков, ежедневно употребляющих безалкогольные прохладительные напитки в Армении, выше среди ребят из семей с более высоким достатком, что обозначается столбцами выше линии 0% (т.е. положительная зависимость). Эта положительная направленность статистически значима как для мальчиков, так и для девочек, о чем свидетельствуют столбцы голубого цвета для мальчиков и красного – для девочек. Высота столбцов указывает на степень различия между группами подростков из семей с высоким и низким достатком. В данном случае доля мальчиков из семей с высоким достатком, ежедневно употребляющих безалкогольные напитки, почти на 15% выше.

Распространенность в Российской Федерации и Эстонии также выше среди подростков из семей с высоким достатком, но различия в Эстонии невелики и не являются статистически значимыми, а рост этого показателя по мере увеличения достатка семьи в Российской Федерации является статистически значимым только для девочек. Столбцы, окрашенные серым цветом, означают, что любые различия в распространенности между группами с низким и высоким достатком семьи не являются значимыми: светло-серого цвета для мальчиков и темно-серого – для девочек.



Эта зависимость имеет противоположное направление в Дании, Италии и Шотландии, где ежедневная распространенность употребления безалкогольных напитков ниже среди подростков из семей с более высоким достатком, что обозначено столбцами, располагающимися ниже линии 0% (т.е., отрицательная зависимость). Степень снижения распространенности по мере увеличения дохода семьи в Шотландии особенно велика, при этом разница между подростками из семей с низким и высоким достатком превышает 10%. Это различие является статистически значимым (столбцы окрашены красным и голубым цветом). И хотя в Дании и Италии наблюдается одна и та же тенденция, статистически значимыми являются результаты лишь для мальчиков, живущих в Дании.

ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

По ряду показателей здоровья и самочувствия представлены географические карты распространенности различных показателей среди 15-летних мальчиков и девочек. На них указан широкий диапазон особенностей распространенности по странам Европы и Северной Америки и отражены различия между странами и гендерные различия. Граничные точки между цветовыми полосками фиксированы: лишь несколько процентов между двумя областями могут относиться к различным цветовым обозначениям.

ВИДЫ ИЗУЧАЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Рассматриваются четыре вида показателей:

- социальный контекст, особенно относящийся к семье, сверстникам и школе, которые обычно играют роль защитных факторов;
- показатели здоровья и самочувствия, характеризующие уровни здоровья и благополучия на момент проведения обследования;
- формы поведения в отношении здоровья, имеющие отношение к показателям, которые потенциально поддерживают здоровье;
- формы поведения, сопряженные с риском, имеющие отношение к показателям, которые потенциально наносят вред здоровью.

Каждый раздел содержит:

- краткий обзор литературы, который обосновывает важность данной темы и представляет уже имеющуюся по этому вопросу информацию;
- краткое резюме описательных данных по распространенности во всех странах изучаемой переменной в рамках социального контекста, поведения в отношении здоровья либо поведения, сопряженного с риском, или последствий для здоровья;
- столбчатые гистограммы и результаты по странам в разбивке по возрастному и гендерному аспектам;

- столбчатые гистограммы, демонстрирующие взаимоотношения между достатком семьи и каждой из переменных;
- научное обсуждение, предоставляющее интерпретацию результатов на основе научной литературы;
- практическое значение для политики, – в каких сферах и каким образом лица, формирующие политику, могут осуществлять необходимые действия;
- карты, иллюстрирующие межстрановые различия для 15-летних.

Все данные взяты из обязательного компонента вопросника, который использовался во всех странах в рамках обследования HBSC.

По некоторым пунктам из ряда стран данные не были получены. Например, некоторые страны исключили из вопросников пункты, касающиеся деликатных вопросов – так, Турция и Соединенные Штаты не проводили сбор данных по сексуальному здоровью, Турция также не проводила обследования по использованию психотропных веществ. Данные по сексуальному здоровью не представлены по ряду стран (несмотря на то, что они были собраны) в связи с различиями в формате вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Currie C et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/2010 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, 2011.

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

СЕМЬЯ
СВЕРСТНИКИ
ШКОЛА

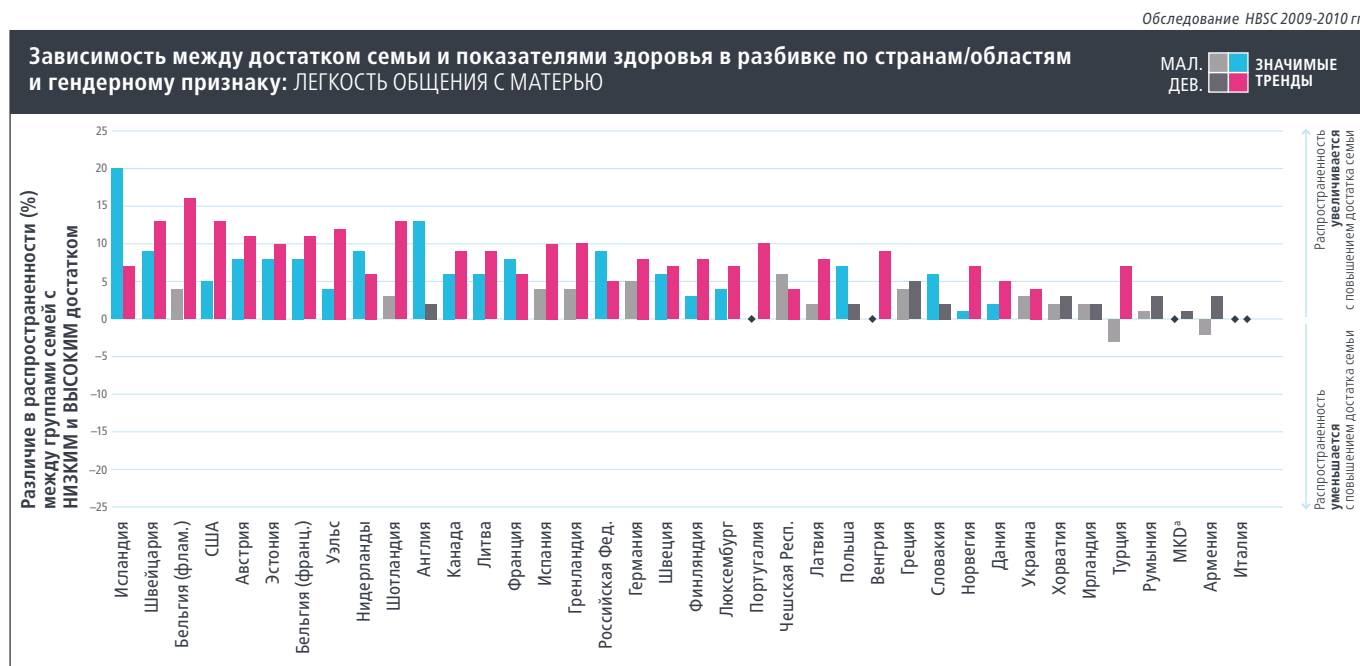


СЕМЬЯ: ОБЩЕНИЕ С МАТЕРЬЮ

Общение с родителями может являться одним из ресурсов семьи для защиты здоровья, содействующим развитию социальных ценностей, которые вооружают молодое поколение способностью справляться со стрессовыми ситуациями или могут защитить их от неблагоприятных влияний. Подростки (даже те из них, которые относятся к старшим возрастным группам), сообщающие о легкости общения со своими родителями, с большей вероятностью сообщают также о позитивном восприятии своей фигуры (1), более высокой самооценке здоровья (2), отсутствии привычки курить (2), более высокой удовлетворенности жизнью (3) и у них меньше соматических и психологических жалоб (4). Им также с меньшей вероятностью свойственны агрессивные формы поведения и использование психотропных веществ (5).

Среди факторов, способствующих легкости общения с матерью, можно назвать взаимно-интерактивный коммуникативный стиль, когда мать и ребенок способны свободно обсуждать любые вопросы, эффективное слушание матерью без выражения критики и доверительное отношение ребенка к ней (6).

Общение с матерью обычно используется в качестве параметра для характеристики качества общения в семье; в связи с этим зачастую невозможно выделить влияние каждого из родителей в отдельности.



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Словении.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, насколько легко им разговаривать с матерью о «вещах, которые действительно вас беспокоят». Варианты ответов варьировались от «очень легко» до «очень трудно». Данные, представленные здесь, отражают долю респондентов, сообщающих, что им «легко» или «очень легко» разговаривать с матерью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Почти во всех странах и областях среди мальчиков и девочек в возрасте 11 и 15 лет было обнаружено значимое снижение распространенности легкости общения с матерью. В большинстве стран снижение превысило 10%, и примерно в четверти стран – 15%.

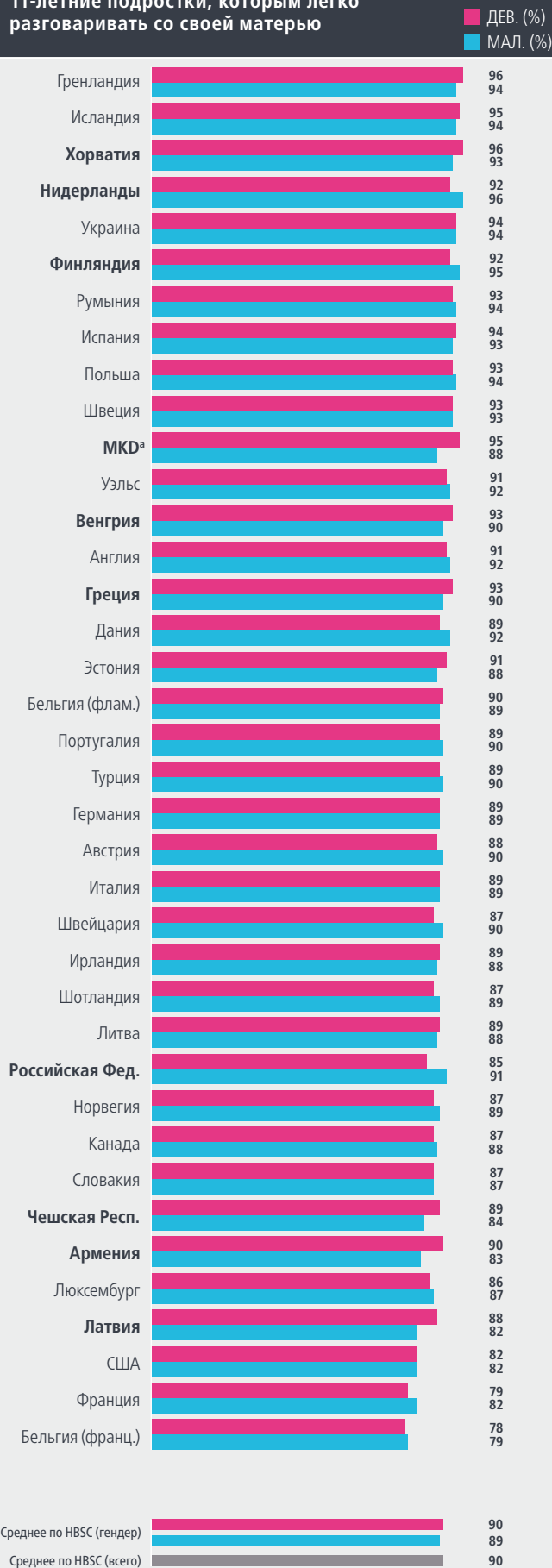
Гендерные различия

Различия в распространенности невелики, и они оказались значимыми лишь в нескольких странах и областях по каждой возрастной группе.

Достаток семьи

Почти во всех странах и областях для девочек и в большинстве стран и областей для мальчиков отмечена значимая зависимость между распространенностью и более высоким достатком семьи. Различия превышало 10% почти в половине и более 15% в небольшом количестве стран и областей как для мальчиков, так и для девочек.

11-летние подростки, которым легко разговаривать со своей матерью



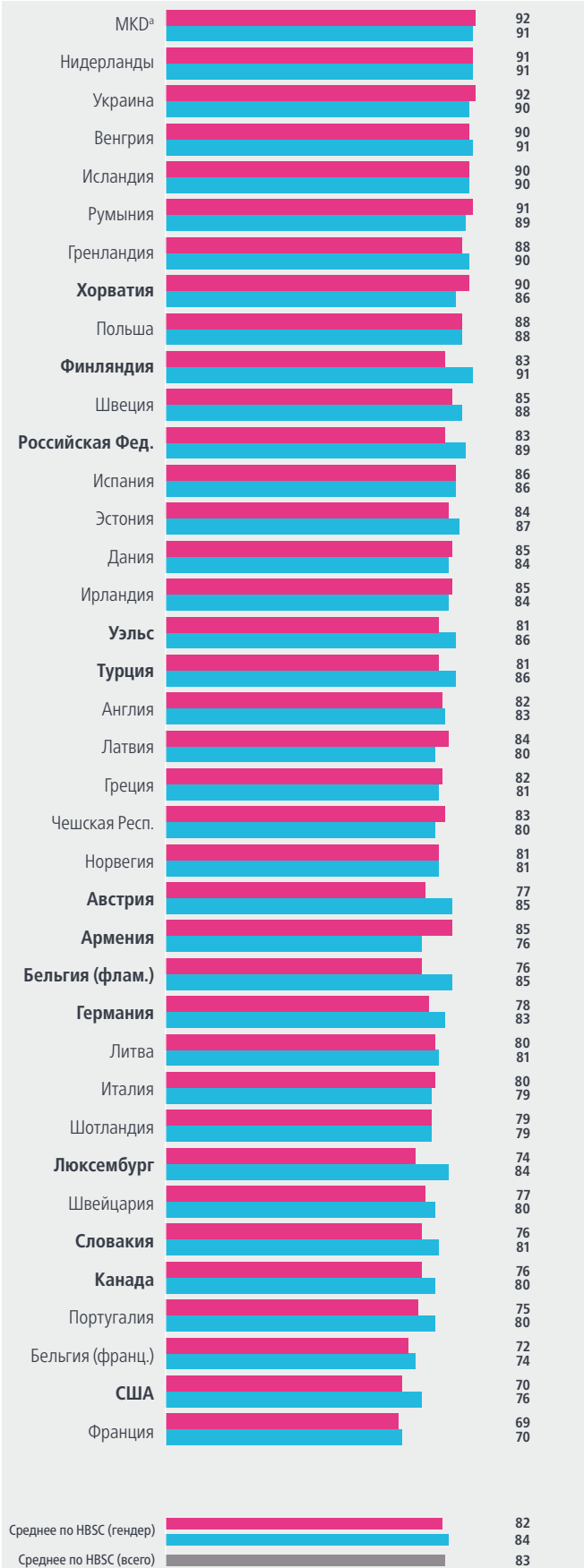
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

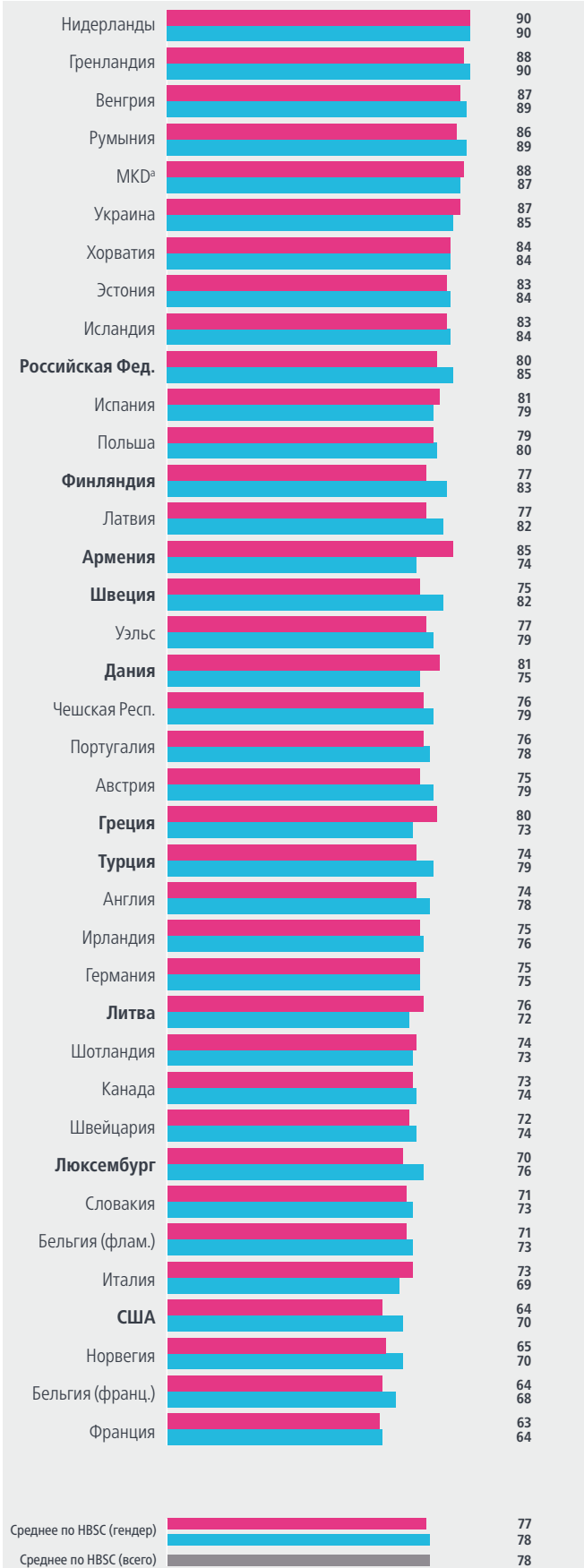
13-летние подростки, которым легко разговаривать со своей матерью

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

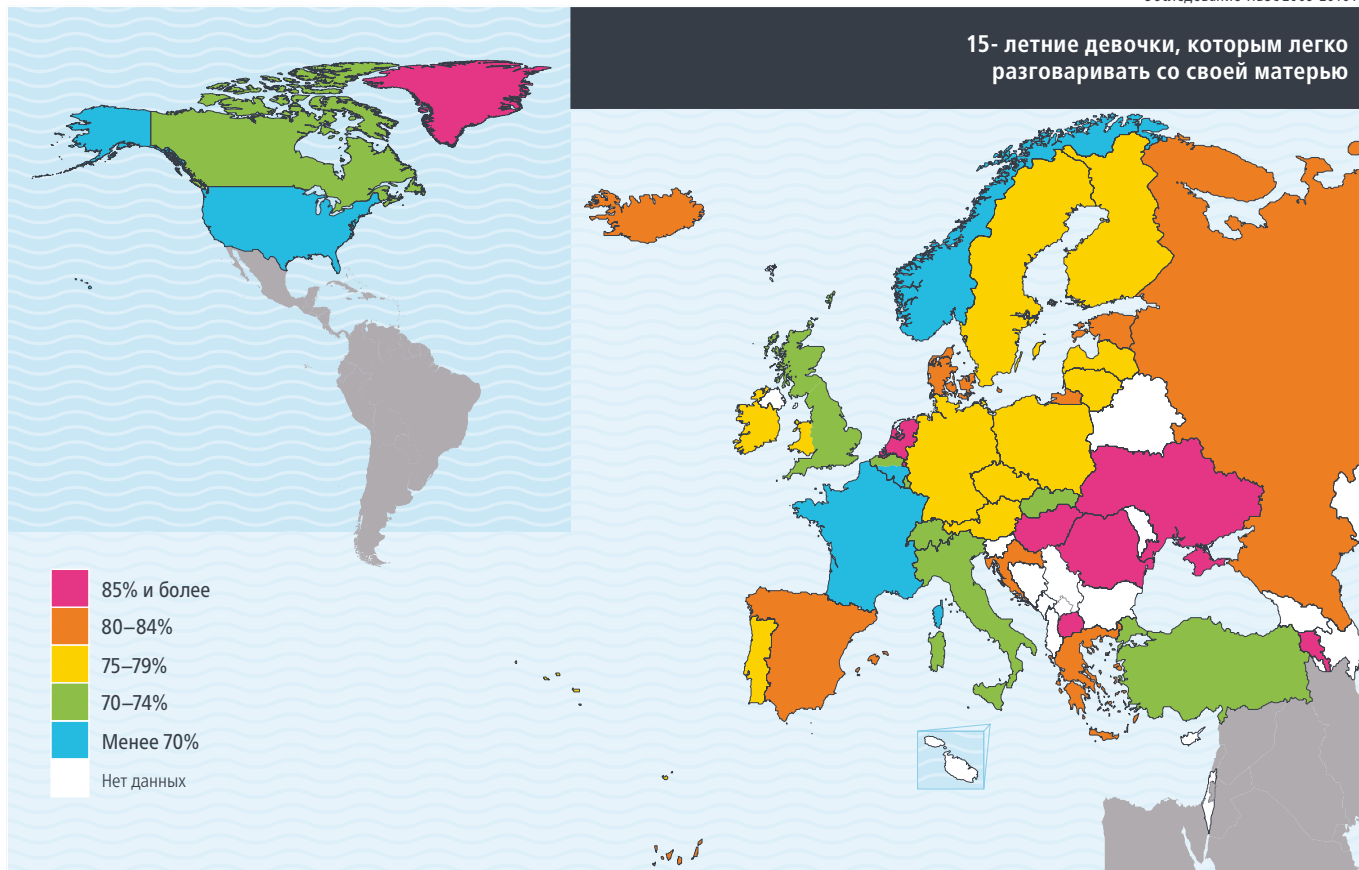


15-летние подростки, которым легко разговаривать со своей матерью

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

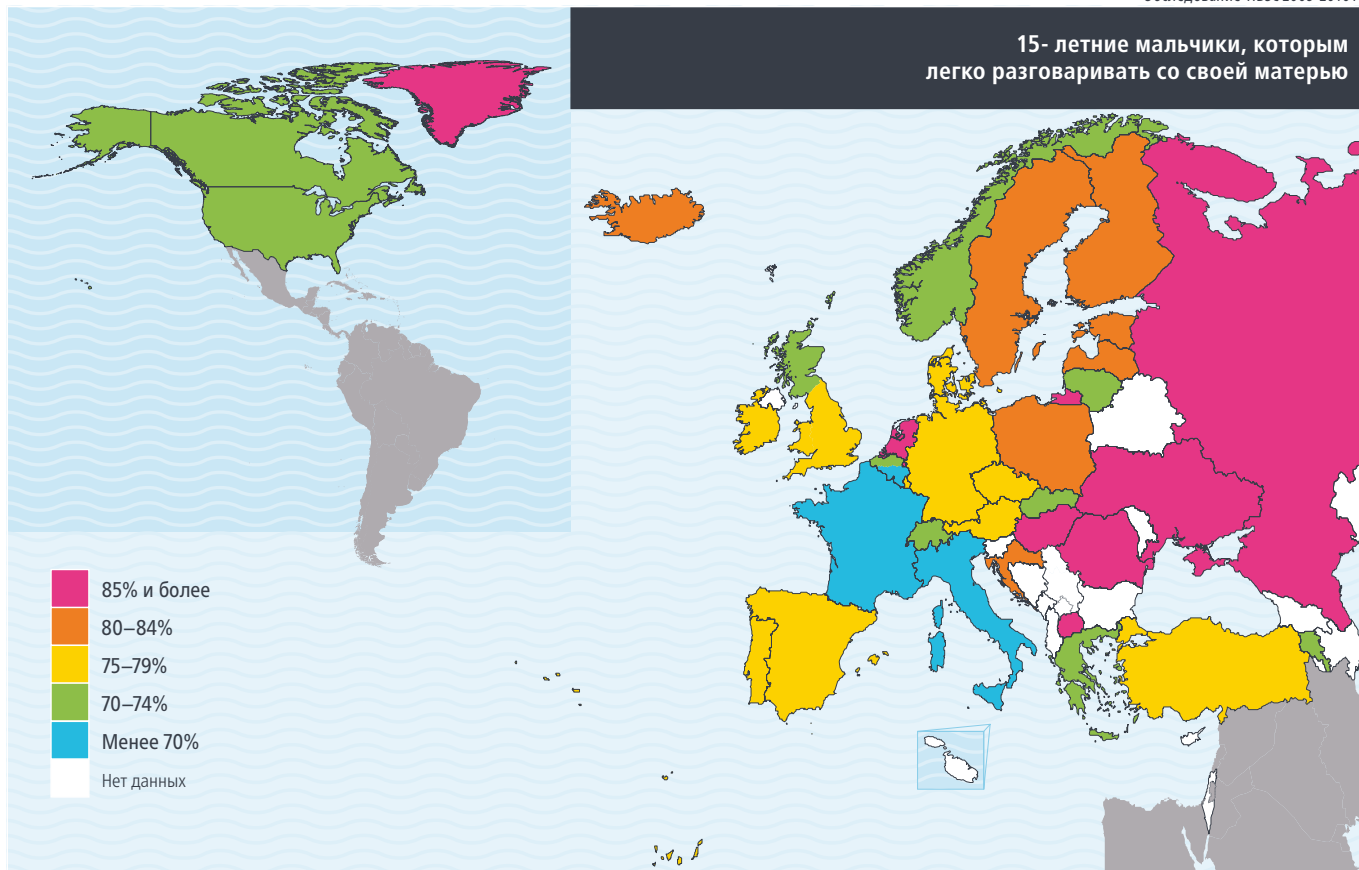
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$) Нет данных по Словении.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



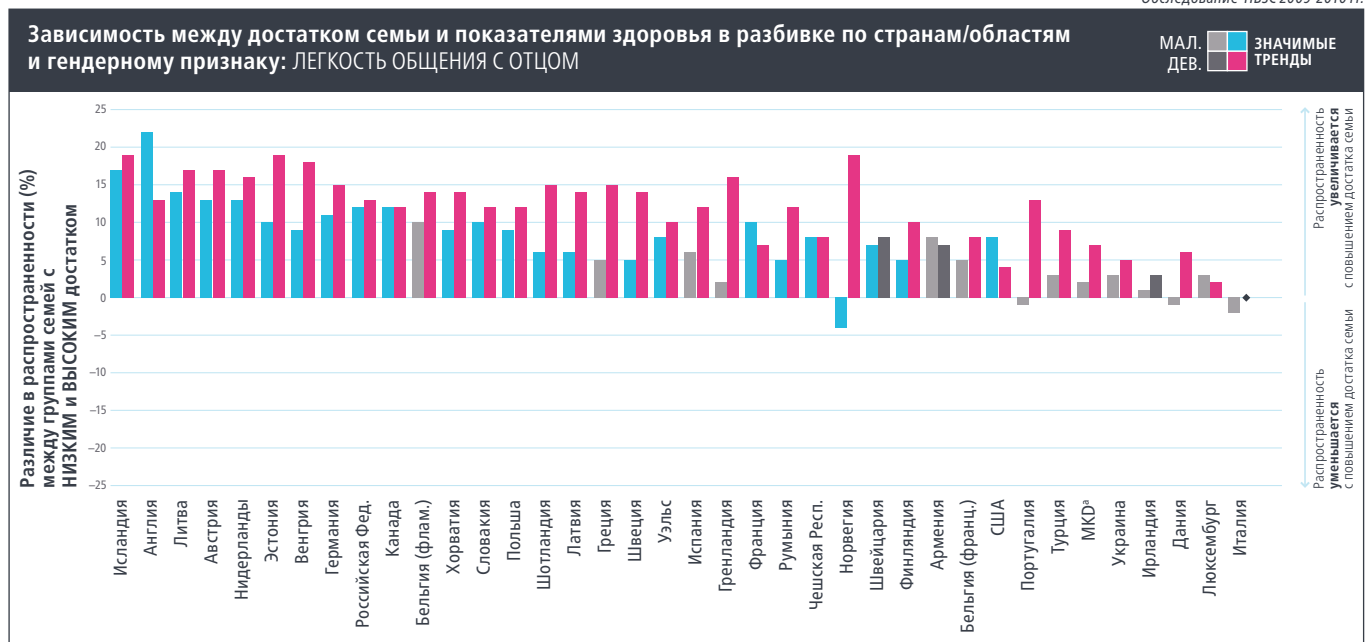
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

СЕМЬЯ: ОБЩЕНИЕ С ОТЦОМ

Отцы обычно не столь близки со своими детьми, как матери, и в большей степени сосредоточивают свое внимание на развитии способности работать с инструментами или на усовершенствовании практических навыков (7). Качество взаимоотношений, когда отец не живет в общем семейном доме или ведет хозяйство один, являясь одиноким родителем, как оказалось, обладает значительным воздействием на удовлетворенность жизнью у ребенка (8,9).

Легкость общения со своим отцом играет защитную функцию в поддержании эмоционального благополучия (8) и в формировании положительного восприятия своей фигуры, особенно среди девочек (1). Наблюдается связь между «теплым, открытым» стилем общения и меньшей агрессивностью и насилием среди мальчиков (10) а также более коммуникативными и поддерживающими взаимоотношениями с друзьями-мальчиками у девочек (11).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Словении.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, насколько легко им разговаривать со своим отцом о «вещах, которые действительно вас беспокоят». Варианты ответов варьировались от «очень легко» до «очень трудно». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которым разговаривать с отцом «легко» и «очень легко».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Во всех странах для девочек и почти во всех странах для мальчиков между 11 и 15 годами наблюдалось значимое снижение в распространенности. Возрастное изменение превышало 15% почти во всех странах для мальчиков и в меньшинстве стран для девочек.

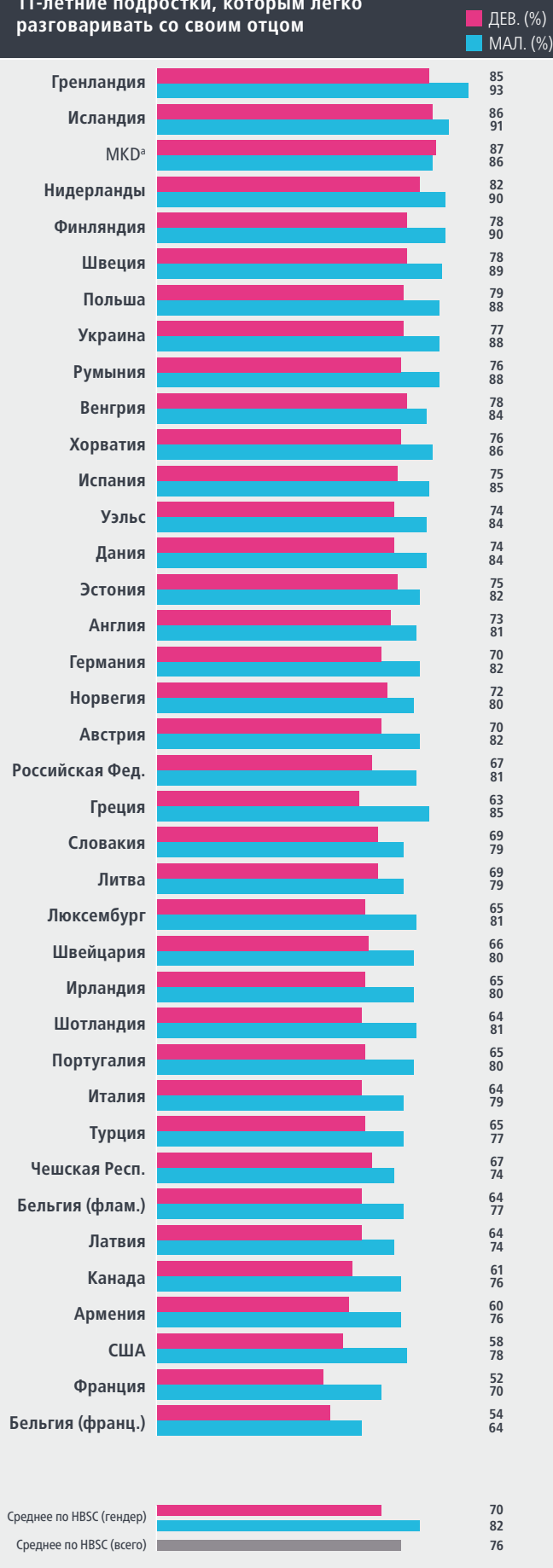
Гендерные различия

Во всех странах мальчики всех возрастов значительно с большей вероятностью сообщали о том, что им легко общаться со своим отцом (за исключением 11-летних мальчиков в бывшей югославской Республике Македония). Гендерное различие превышало 15% почти во всех странах в возрастных группах 13 и 15 лет.

Достаток семьи

Почти во всех странах и областях для девочек и в большинстве для мальчиков наблюдалась значимая зависимость между распространенностью и более высоким достатком семьи. Изменение распространенности превышало 10% почти во всех странах для девочек и менее чем в половине стран для мальчиков.

11-летние подростки, которым легко разговаривать со своим отцом



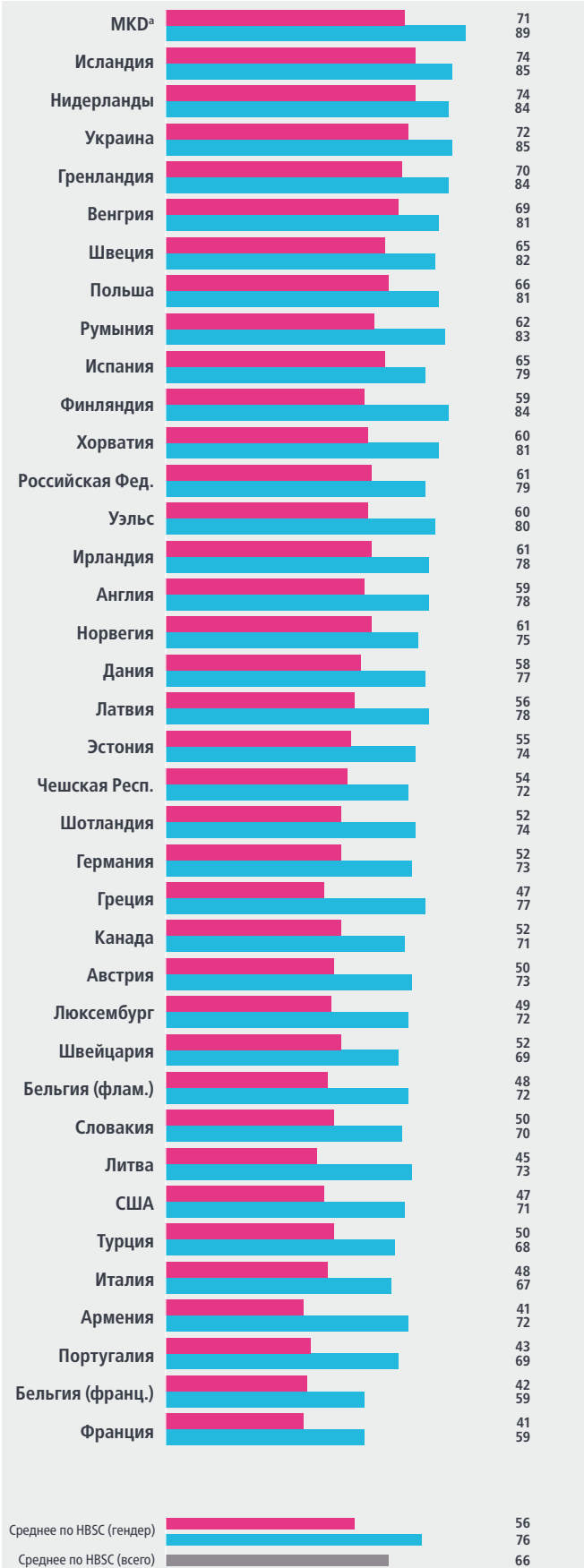
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

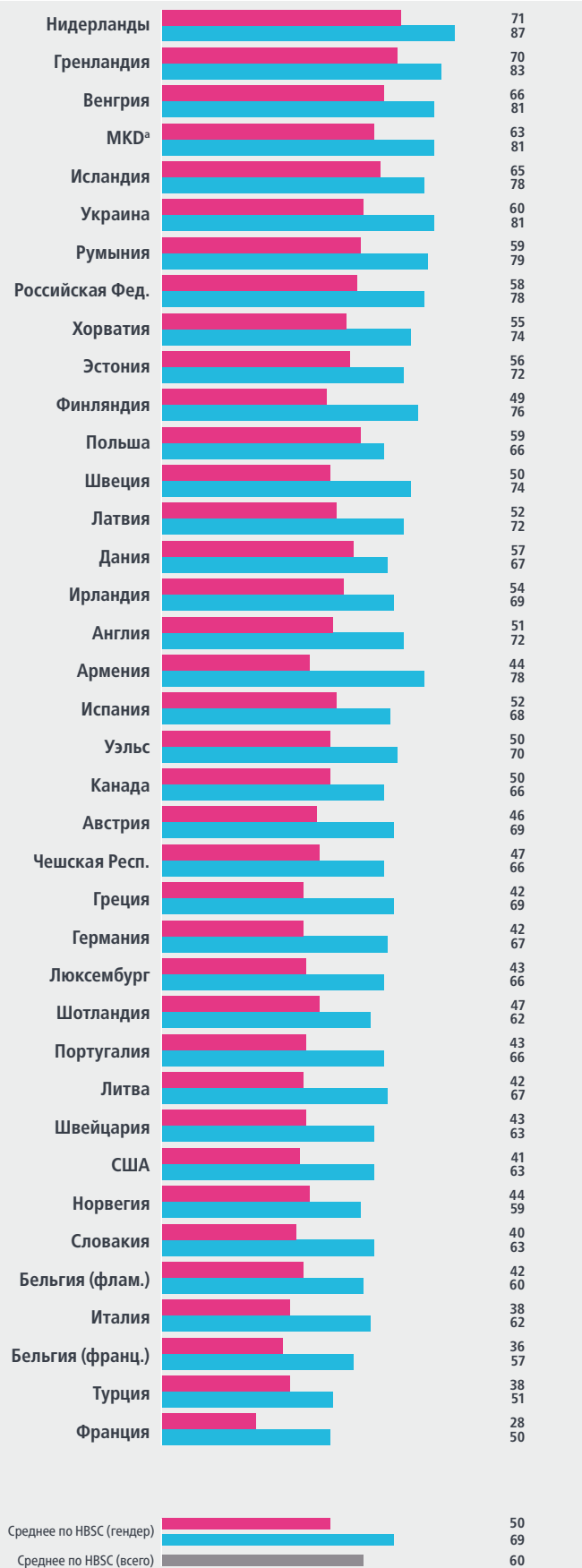
13-летние подростки, которым легко разговаривать со своим отцом

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



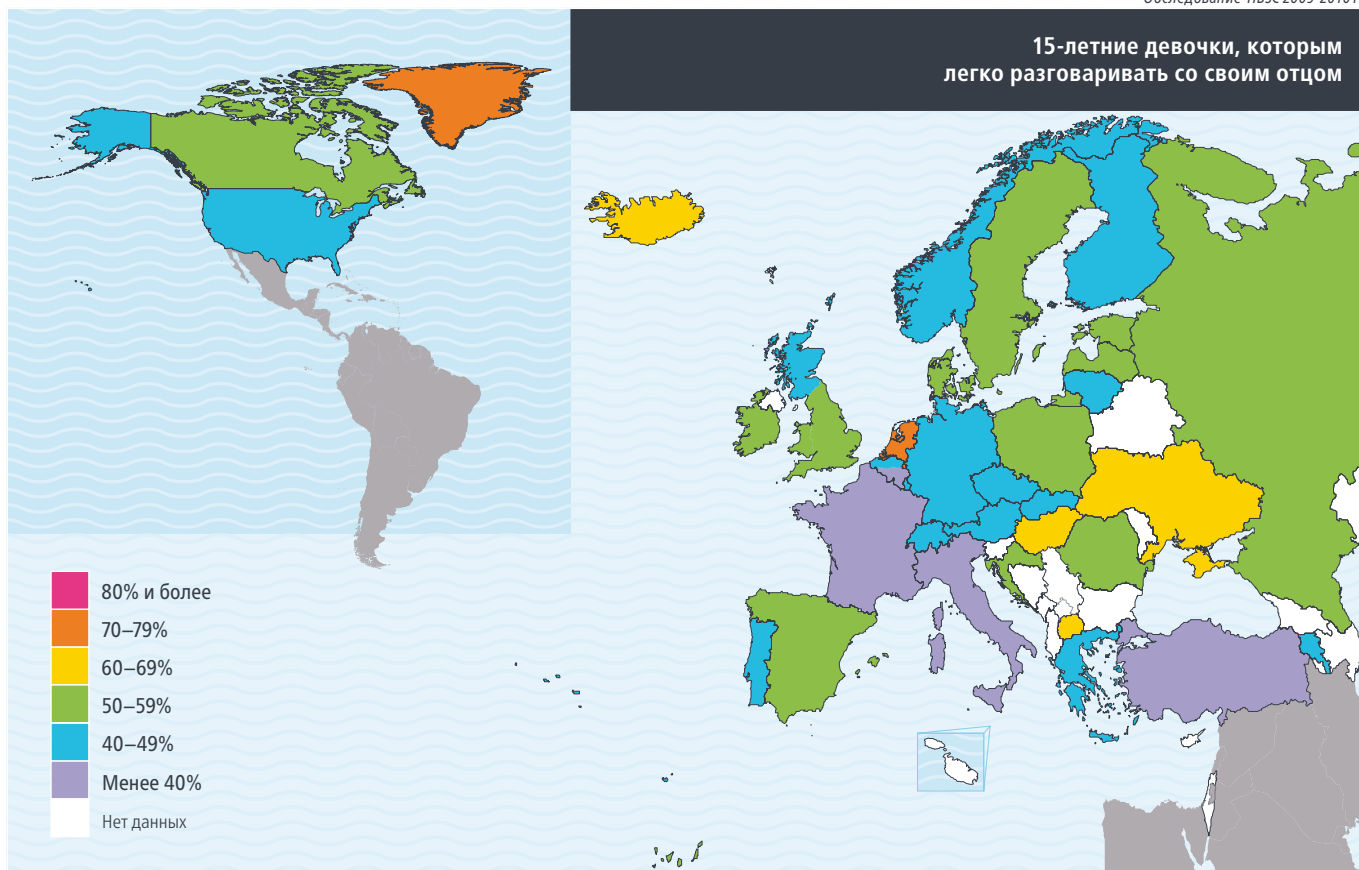
15-летние подростки, которым легко разговаривать со своим отцом

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

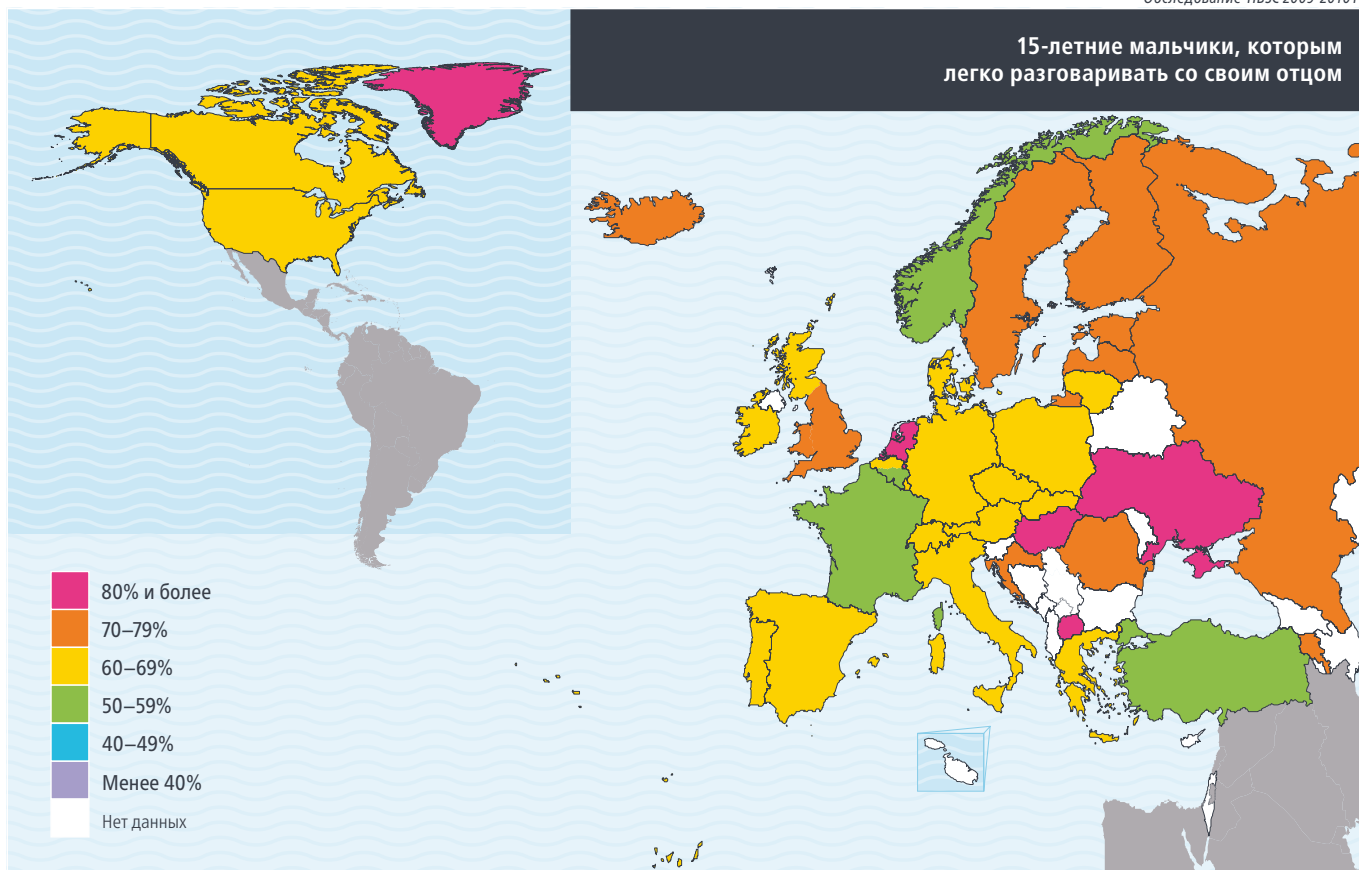
**15-летние девочки, которым
легко разговаривать со своим отцом**



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

**15-летние мальчики, которым
легко разговаривать со своим отцом**



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

СЕМЬЯ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Пропорционально большее количество подростков находят общение со своей матерью более легким. Гендерные различия в отношении общения с матерью невелики, но по параметру общения с отцом открываются некоторые гендерные особенности, которые состоят в том, что мальчики и подростки более ранней возрастной группы сообщают о более легком общении с отцом, чем девочки, особенно старшего возраста.

Подростки проводят больше времени со своей матерью и неизменно воспринимают ее как человека, более доступного для того, чтобы поделиться своими чувствами и тревогами (12). Различия могут быть отнесены на счет привычных в соответствии с принятыми нормами ожиданий мужской и женской ролей, согласно которым от матери ожидается предоставление большей эмоциональной поддержки (13).

С возрастом легкость общения с матерью и отцом значительно снижается: это нормально для периода взросления, когда родительское влияние сокращается при возрастающем влиянии сверстников (14).

Школьники из семей с большим достатком, особенно девочки, в большинстве стран чаще сообщают о большей легкости общения. Достаток семьи тесно связан с наличием материальных ресурсов для детей, более высоким уровнем образования родителей и возможностью создания более полноценной среды для обучения (15). Девочки из семей с низким достатком, которые сообщают о разобщенных взаимоотношениях со своей матерью, подвергаются наибольшему риску негативных последствий для здоровья и образования (16).

Семья также может играть роль ресурса для здоровья. Например, исследование, проведенное в Шотландии, установило, что, хотя нерегулярная чистка зубов более распространена в группах подростков из семей с небольшим достатком, этот показатель не был значимым среди тех, кто ежедневно завтракал и в целом был приобщен к совместным семейным трапезам, что позволяет предположить, что семья может играть важную роль в укреплении здоровья, независимо от ее экономического положения (17).

Девочки из стран Восточной и Южной Европы также с большей вероятностью сообщают о легкости общения со своей матерью по сравнению с девочками из стран Северной и Западной Европы и Северной Америки. Аналогичным образом, подростки и в странах Восточной Европы значительно с большей вероятностью сообщают о легкости общения со своим отцом.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Результаты отражают гендерные различия и демонстрируют, что легкость коммуникации ухудшается с возрастом, и группы с меньшим достатком сообщают о легкости общения с меньшей вероятностью. В связи с этим было бы полезно лицам, формирующим политику, и практическим работникам рассмотреть следующие вопросы.

- Необходимость дальнейшего развития родительских навыков, которых, возможно, было достаточно для защиты и воспитания детей в раннем возрасте, с тем, чтобы эффективно ориентировать их и далее на пути взросления.
- Родители, уделяющие большое внимание формированию высококачественного общения со своими детьми, могут таким образом внести вклад в их общее состояние здоровья и благополучия (12). Политика общественного здравоохранения, ориентированная на семьи с низким достатком (а именно эти семьи сообщают о наименьшей легкости общения), может помочь им в достижении этой задачи.
- На уровне института семьи адресованные родителям индивидуальные и групповые программы, улучшающие социально-психологические последствия для родителей и их детей, могут быть результативными в отношении повышения отзывчивости родителей и улучшения взаимодействия между родителями и детьми (18).

- Наличие более низких уровней легкости общения с отцом, о чем неизменно свидетельствуют результаты обследований HBSC, позволяет рекомендовать при формировании мер политики необходимость рассмотрения вопроса о том, каким образом следует оказывать поддержку отцам для улучшения качества их взаимоотношений с детьми.
- Можно начинать укрепление взаимоотношений между отцами и детьми с раннего детства, например, давая мужчинам возможность заботиться о своих детях и предоставляя им право брать отпуск по уходу за ребенком, что весьма распространено в скандинавских странах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fenton C et al. Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis. *Health & Social Care in the Community*, 2010, 18(2): 189–198.
2. Pedersen M и др. Семья и здоровье. В : Currie С и др. ред. *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, No.4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
3. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2010, 38(1):10–18.
4. Moreno C et al. HBSC Peer Culture Focus Group. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):235–242.
5. Pickett W et al. Social environments and physical aggression among 21 107 students in the United States and Canada. *The Journal of School Health*, 2009, 79(4):160–168.
6. Tamara D, Afifi AJ, Aldeis D. Why can't we just talk about it? Parents' and adolescents' conversations about sex. *Journal of Adolescent Research*, 2008, 23(6):689–721.
7. Shearer C, Crouter A, McHale S. Parents' perceptions of changes in mother–child and father–child relationships during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 2005, 20(6):662–684.
8. Sheeber LB et al. Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 2007, 116(1):144–154.
9. Levin K, Currie C. Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction : a cross-sectional multilevel analysis. *Health Education Research*, 2010, 110(3):152–168.
10. Lambert S, Cashwell C. Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal*, 2004, 12(2):22–28.
11. Donnellan MB, Larsen-Rife D, Conger RD. Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005, 88(3):562–576.
12. Steinberg LS. Parenting adolescents. In: Bornstein E, ed. *Handbook of parenting. Vol. 1. Children and parenting*, 2nd ed. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 2002.
13. White N. About fathers: masculinity and the social construction of fatherhood. *Journal of Sociology*, 1994, 30(2):119–131.
14. Santrock J. *Adolescence*, 11th ed. New York, McGraw-Hill, 2007.
15. Bornstein M, Bradley R. *Socioeconomic status, parenting, and child development*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 2003.
16. Pittman LD, Chase-Lansdale LD. African American adolescent girls in impoverished communities: parenting style and adolescent outcomes. *Journal of Research on Adolescence*, 2003, 11(2):199–224.
17. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2010, 38(1):10–18.
18. Barlow J et al. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 3(3):CD002964.

СВЕРСТНИКИ: ТЕСНОЕ ДРУЖЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ

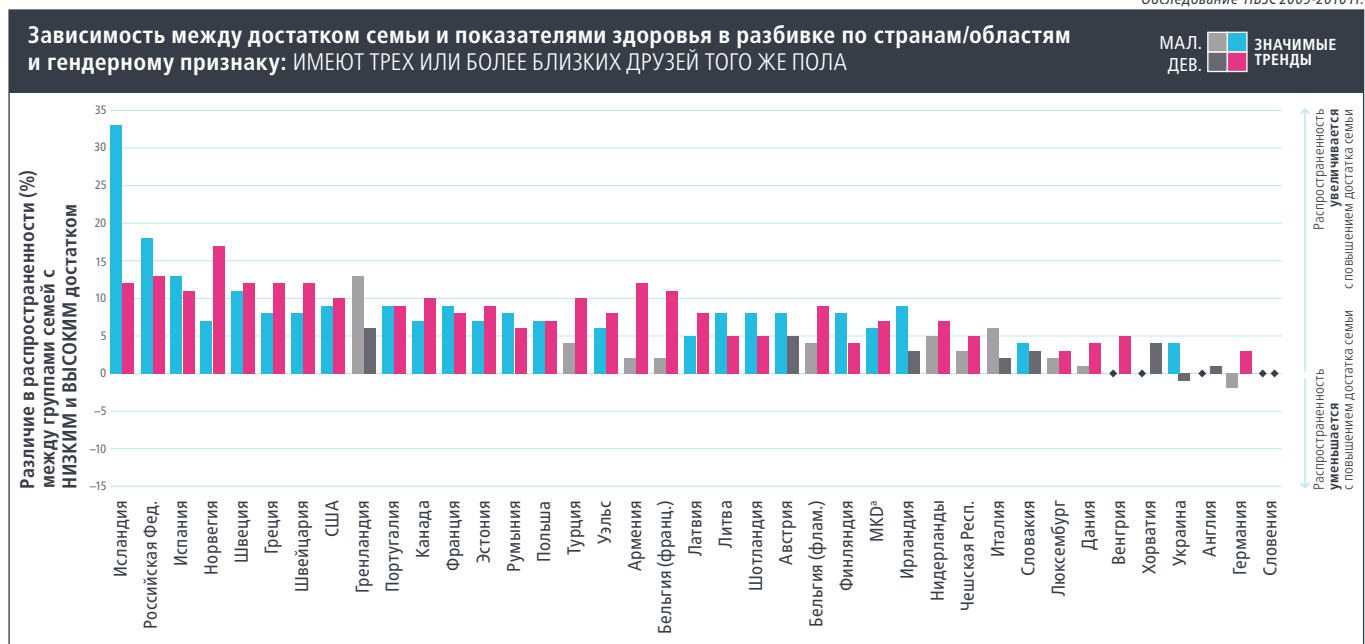
Формирование дружеских отношений со сверстниками является важнейшей задачей развития для мальчиков и девочек и может в долгосрочной перспективе влиять на их социальную адаптацию (1). Друзья составляют уникальный социальный контекст для приобретения основных навыков социализации (2), предлагают различные виды социальной поддержки и помогают ребятам, когда они оказываются в новых для них ситуациях и при столкновении со стрессовыми событиями жизни.

Существует связь между дружбой и позитивным развитием, способствующим достижению более высоких уровней счастья, самооценки и адаптации к школе (3). Ощущение поддержки со стороны сверстников также представляет собой защитный фактор против депрессивных настроений и ощущения изолированности (4–6).

У подростков с небольшим количеством друзей может не хватать возможностей освоения социальных навыков, они могут испытывать затруднения в общении с другими ребятами (7), иметь низкое мнение о своей ценности как личности и удовлетворенности жизнью и чаще страдать от депрессивного настроения. У них также существует большая вероятность становиться жертвами причинения обид (8).

Хорошие отношения с членами семьи и проживание позитивного опыта в школе могут способствовать развитию близких дружеских отношений (9), поэтому программам, направленным на содействие развитию подростков, следует учитывать самые разнообразные социальные контексты.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, сколько близких друзей мужского и женского пола у них есть в настоящее время. Варианты ответов варьировались от «ни одного» до «три или более», и ответы были дифференцированы по полу – отдельно для друзей мужского и женского пола. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, имеющих трех или более близких друзей одного с ними пола.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей распространенность трех или более близких друзей того же пола снижалась у подростков в возрасте между 13 и 15 годами. Это снижение было значимым у половины мальчиков и примерно у двух третей девочек.

Гендерные различия

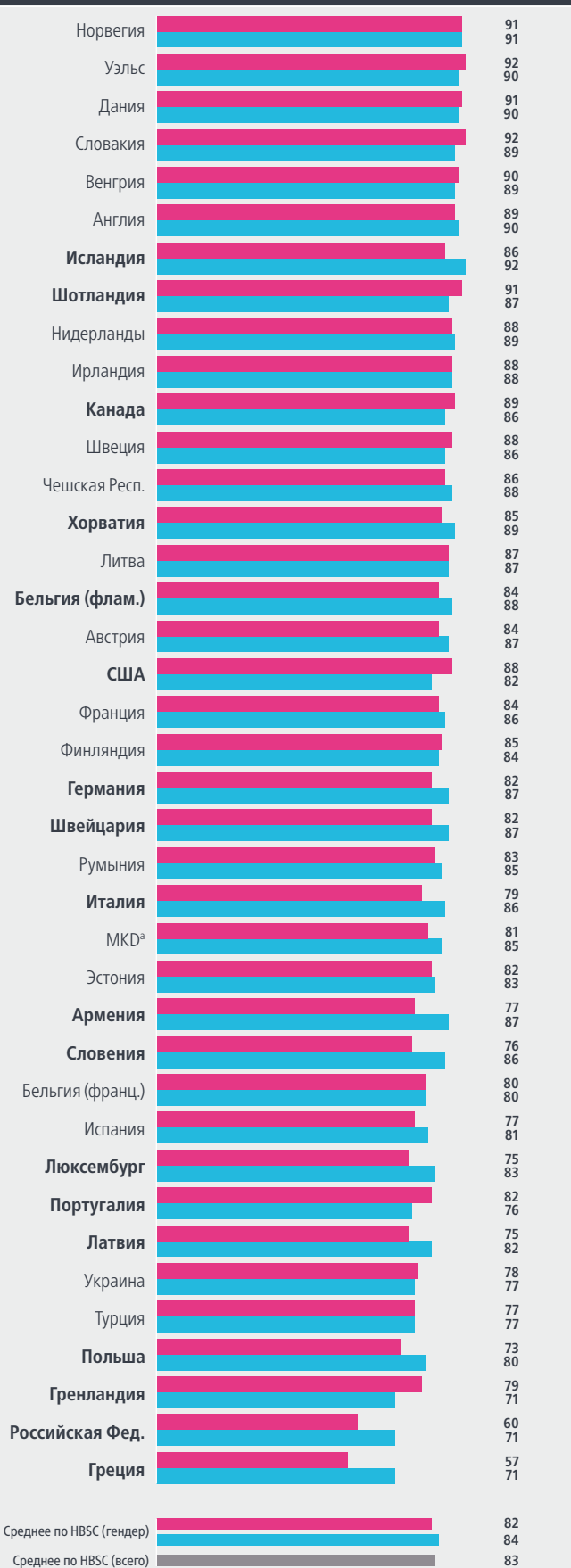
Мальчики значительно с большей долей вероятности сообщали об этом менее чем в половине стран и областей, а девочки – лишь в нескольких. В старших возрастных группах гендерные различия обычно были более ярко выражены.

Достаток семьи

В большинстве стран наблюдалась положительная зависимость между высоким достатком семьи и существованием у мальчиков и девочек трех или более близких друзей одного с ними пола.

11-летние подростки, имеющие трех или более близких друзей того же пола

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



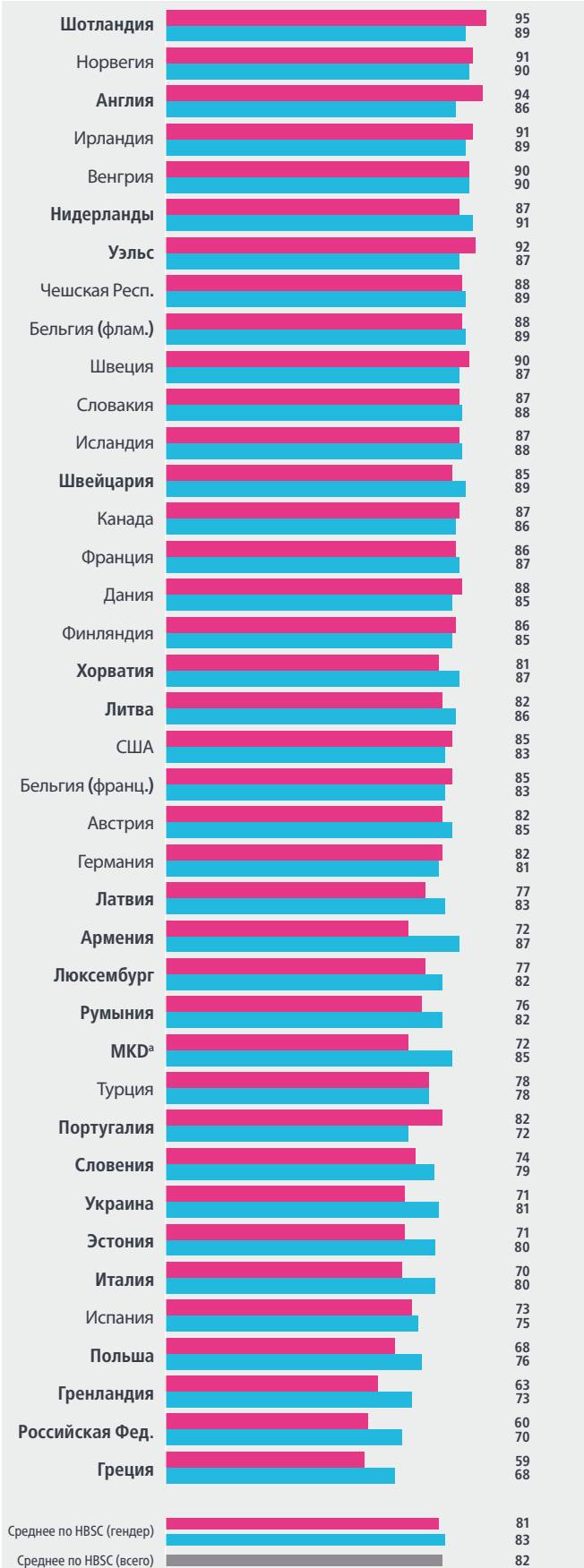
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

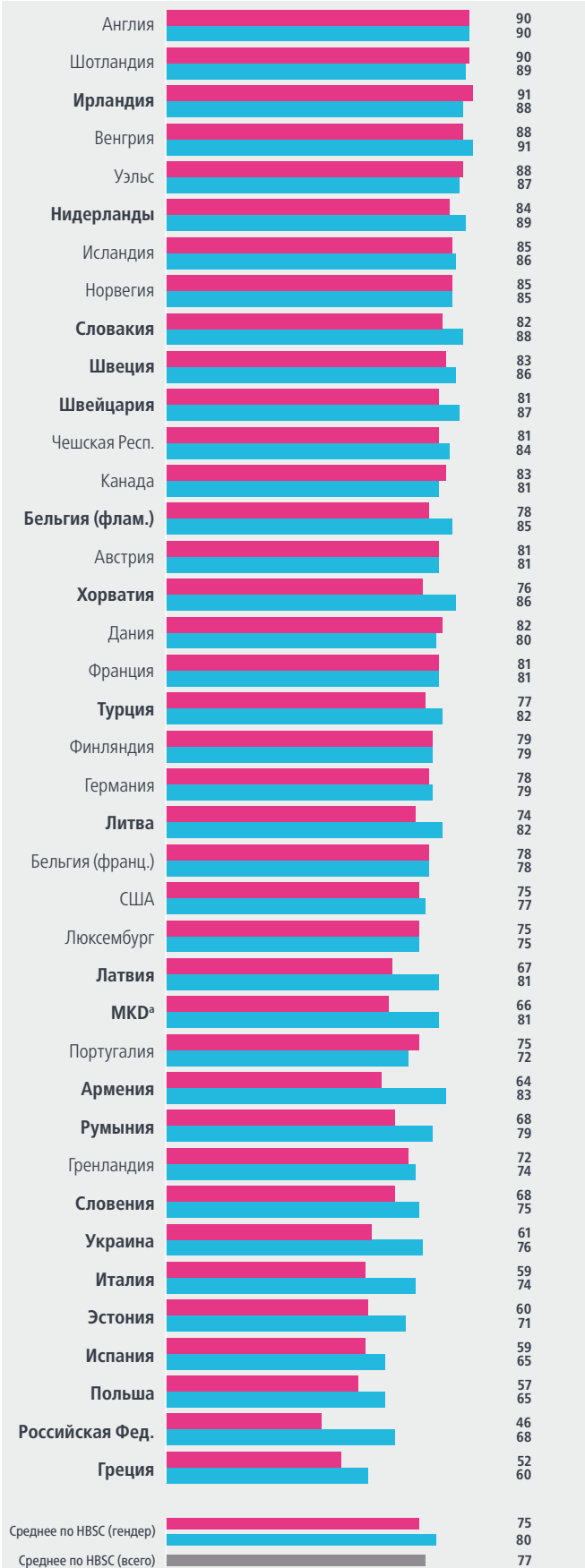
13-летние подростки, имеющие трех или более близких друзей того же пола

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



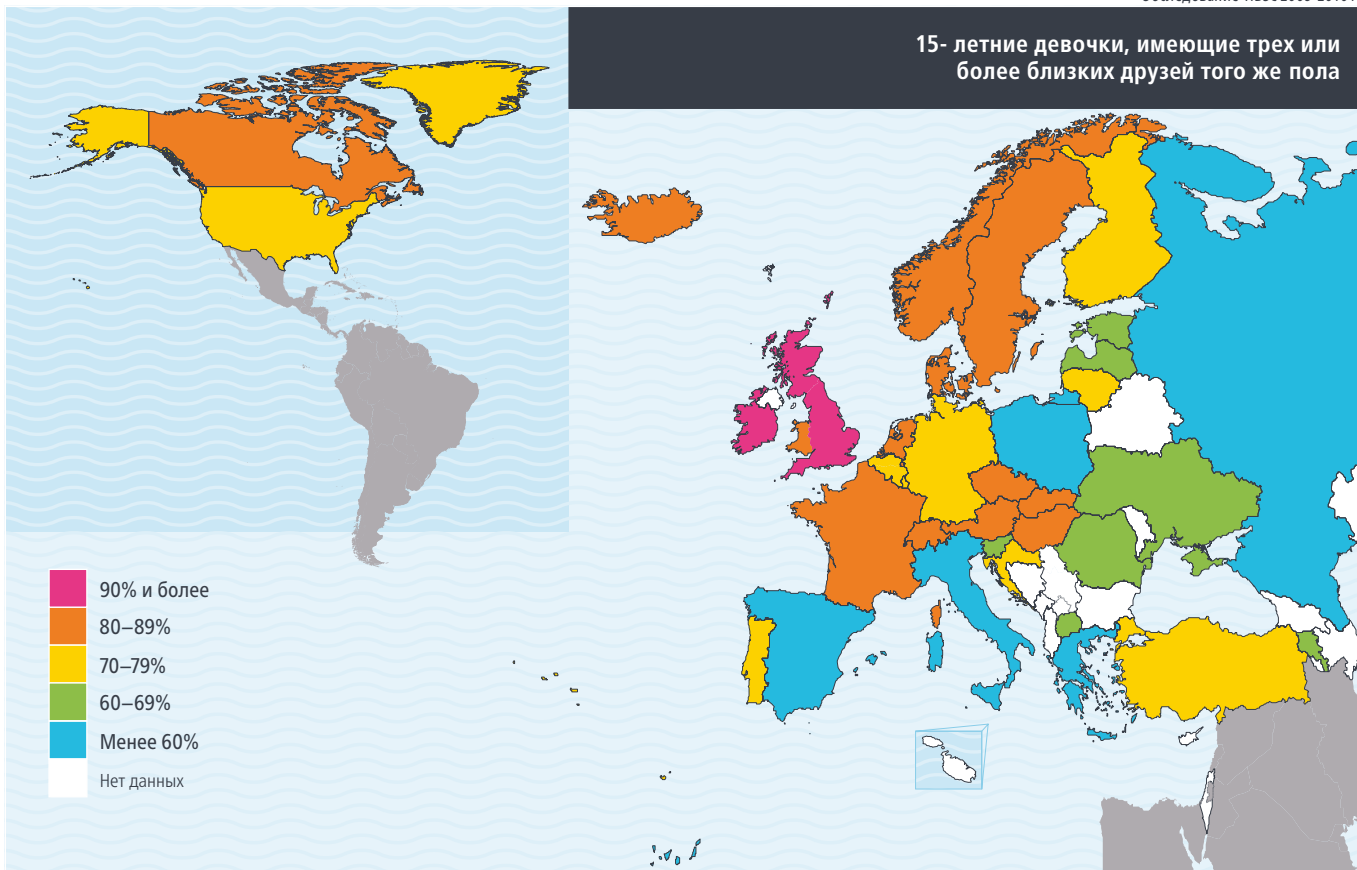
15-летние подростки, имеющие трех или более близких друзей того же пола

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

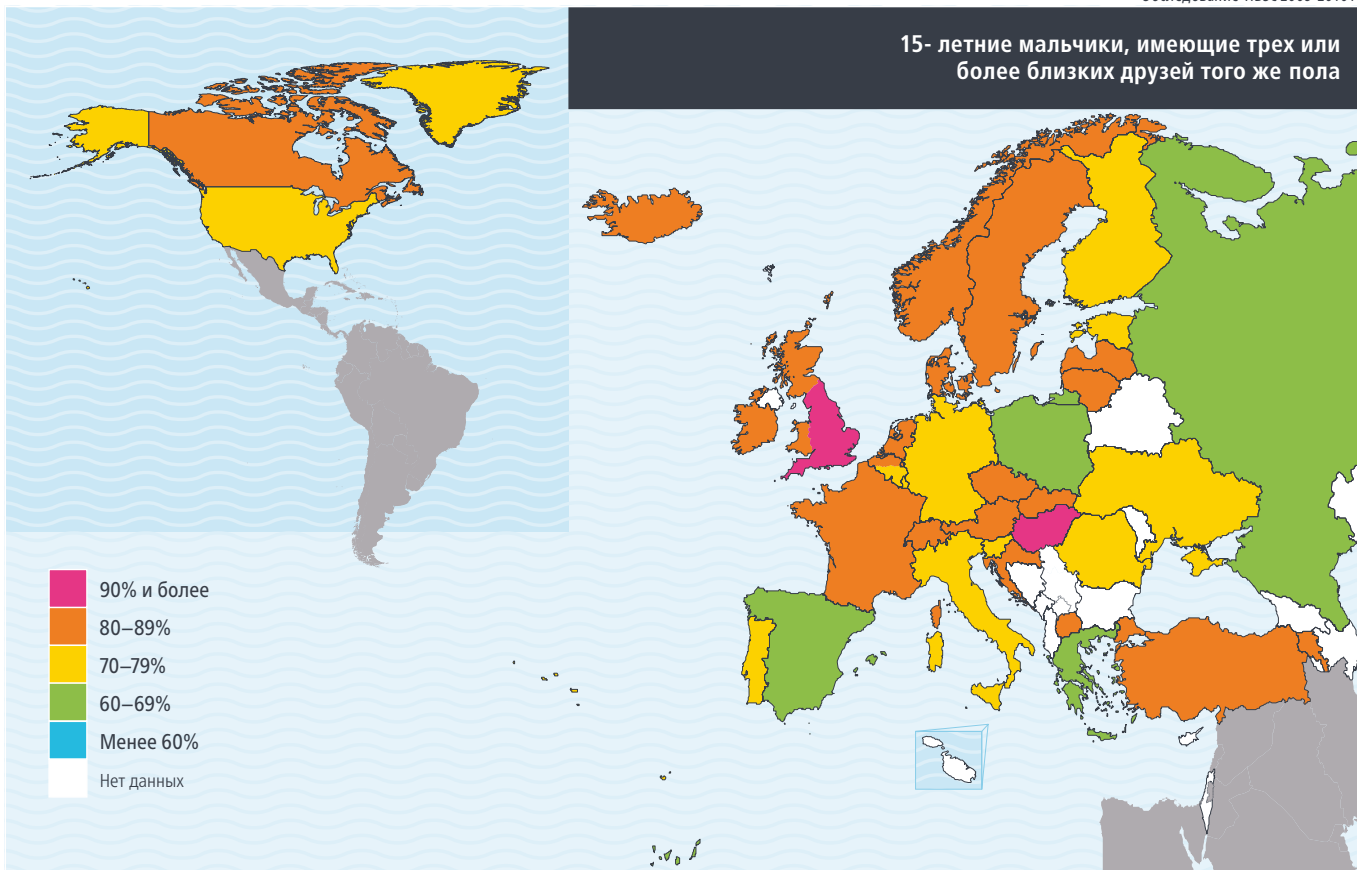
15-летние девочки, имеющие трех или более близких друзей того же пола



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, имеющие трех или более близких друзей того же пола



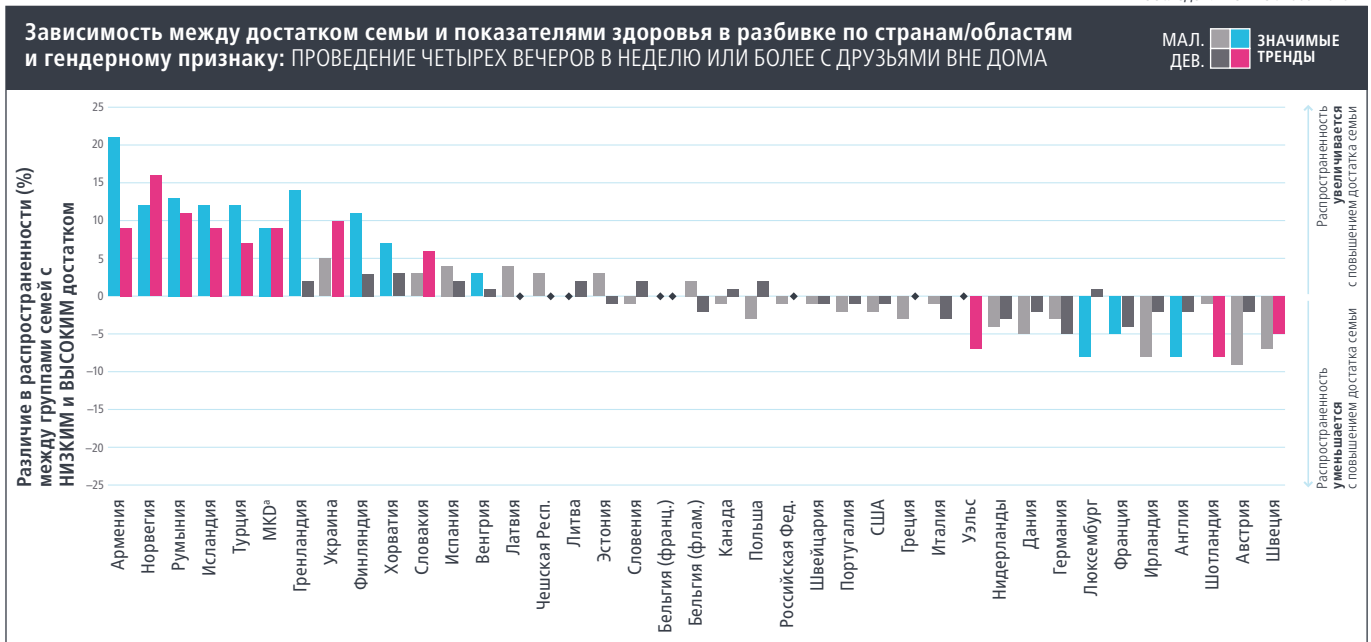
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

СВЕРСТНИКИ: ПРОВЕДЕНИЕ ВЕЧЕРОВ С ДРУЗЬЯМИ

В подростковый период сверстники приобретают все большее значение, и ребята находят все больше совместных занятий вне дома (7,8,10). Согласно предыдущим результатам обследования HBSC (9), с возрастом постепенно увеличивается частота встреч с друзьями. Нередко происходит и приобщение к формам поведения, сопряженным с риском (11).

Вместе с тем, контакты со сверстниками имеют важное значение в развитии защитных факторов: например, подростки, которые участвуют в работе молодежных клубов, как оказалось, имеют более позитивное восприятие своего здоровья и самочувствия, и им свойственны более здоровые формы поведения (6). Контакт со сверстниками благотворно влияет на способность мальчиков и девочек противостоять негативному давлению со стороны и позволяет им самим оказывать воздействие на поведение приятелей, так чтобы они все вместе могли повеселиться и расслабиться, не вовлекаясь в занятия, сопряженные с риском (12).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, сколько вечеров в неделю они обычно проводят с друзьями вне дома. Варианты ответов варьировались от «0» до «7» вечеров. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые проводят четыре вечера в неделю или более со своими друзьями вне дома.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей школьники более старшего возраста с большей вероятностью часто проводили вечера со своими сверстниками вне дома. Более чем в половине стран и областей эта зависимость была значимой для мальчиков и девочек.

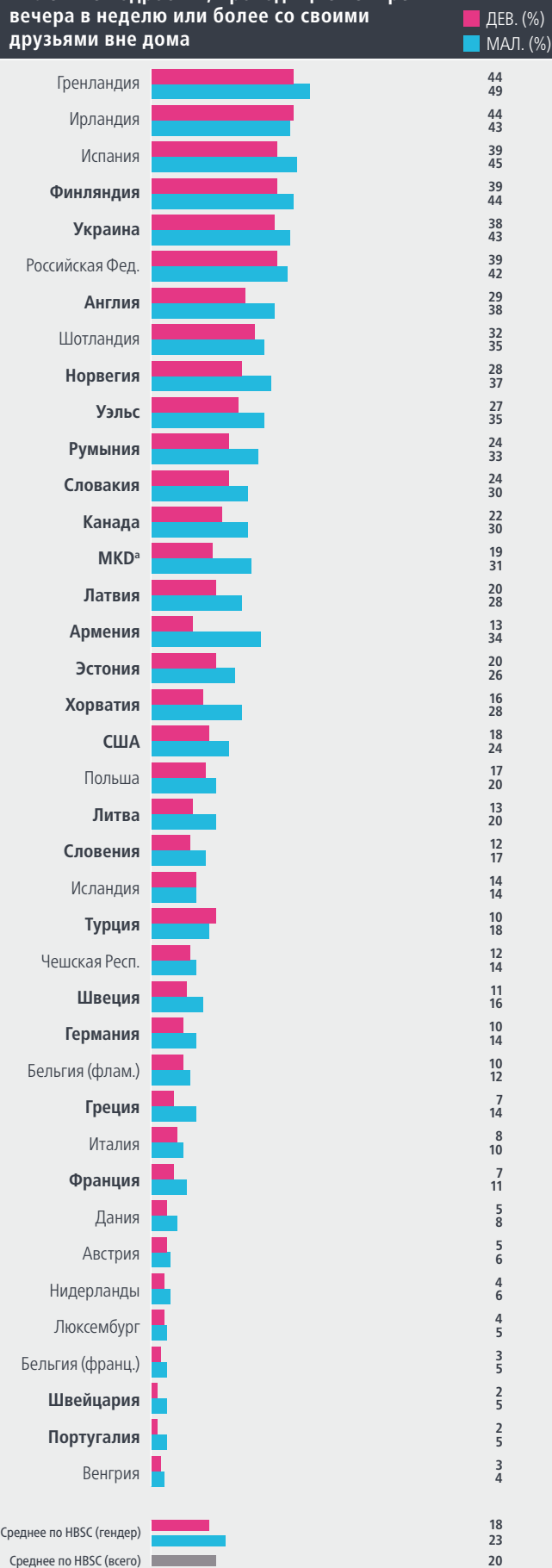
Гендерные различия

В большинстве стран мальчики в возрасте 11 и 15 лет с большей вероятностью встречались со своими друзьями вне дома, что для 13-летних наблюдалось лишь в меньшинстве стран и областей.

Достаток семьи

В небольшом количестве стран и областей наблюдалась положительная зависимость с более высоким достатком семьи для мальчиков и девочек.

11-летние подростки, проводящие четыре вечера в неделю или более со своими друзьями вне дома

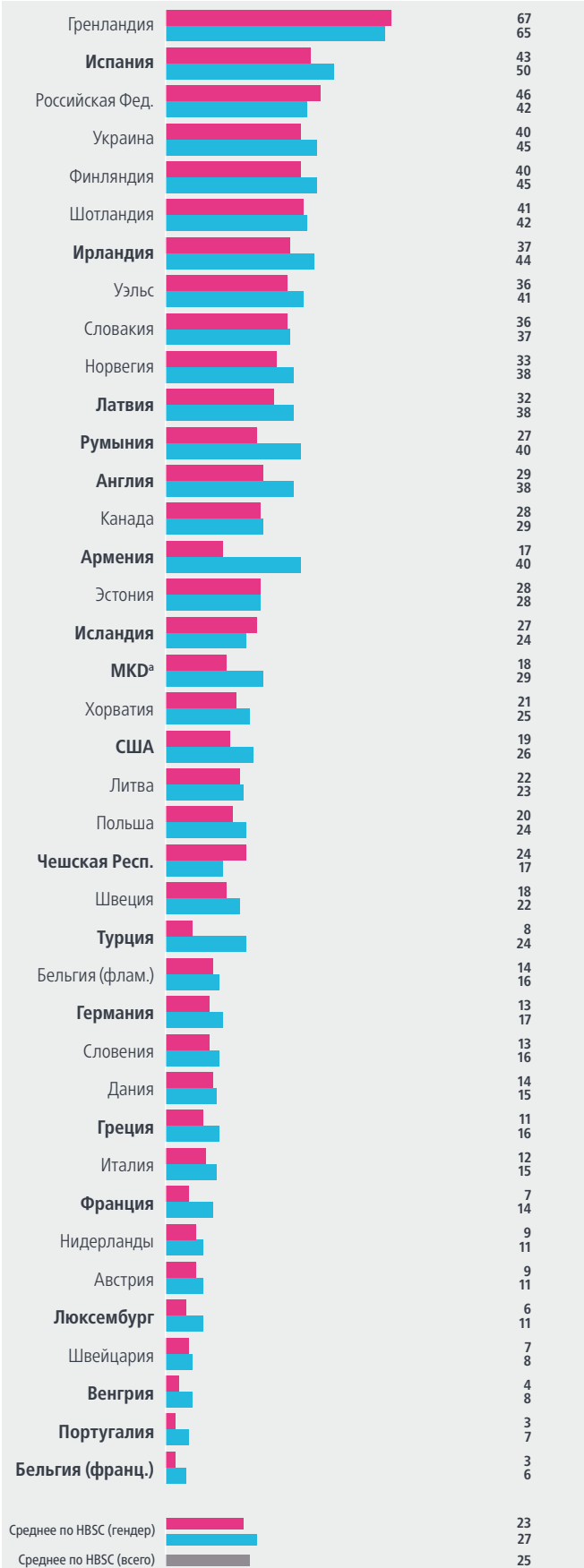


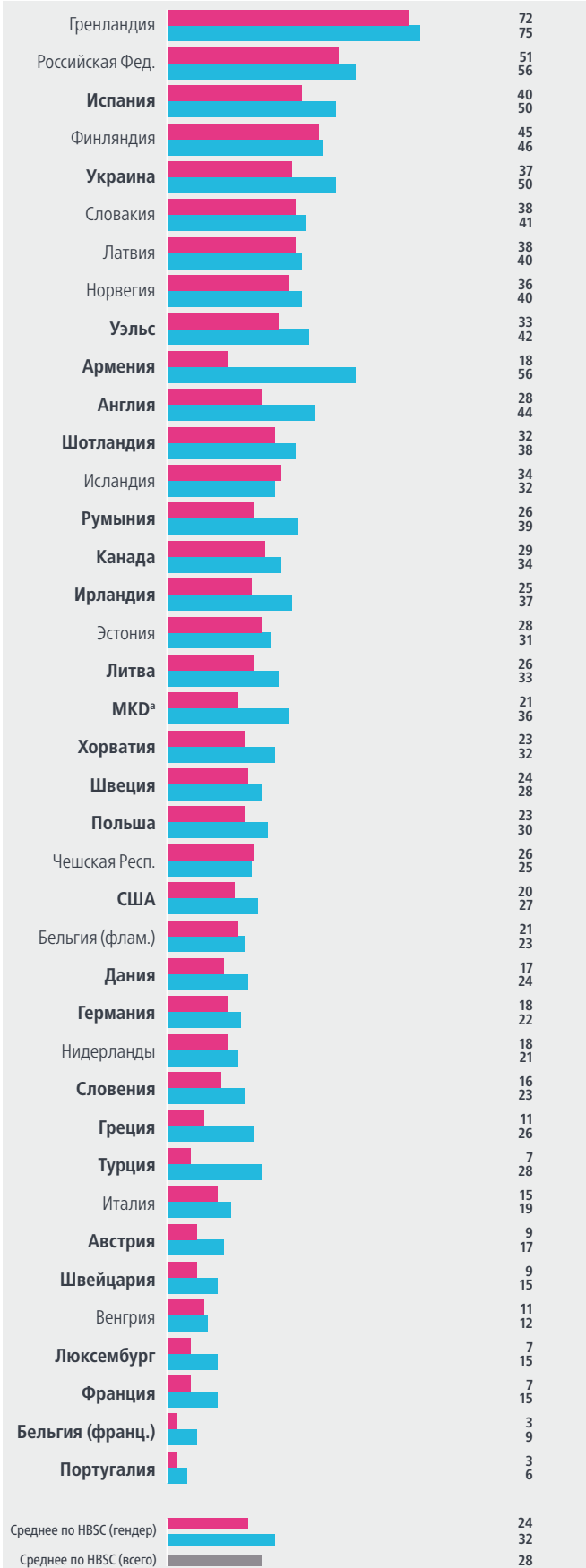
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

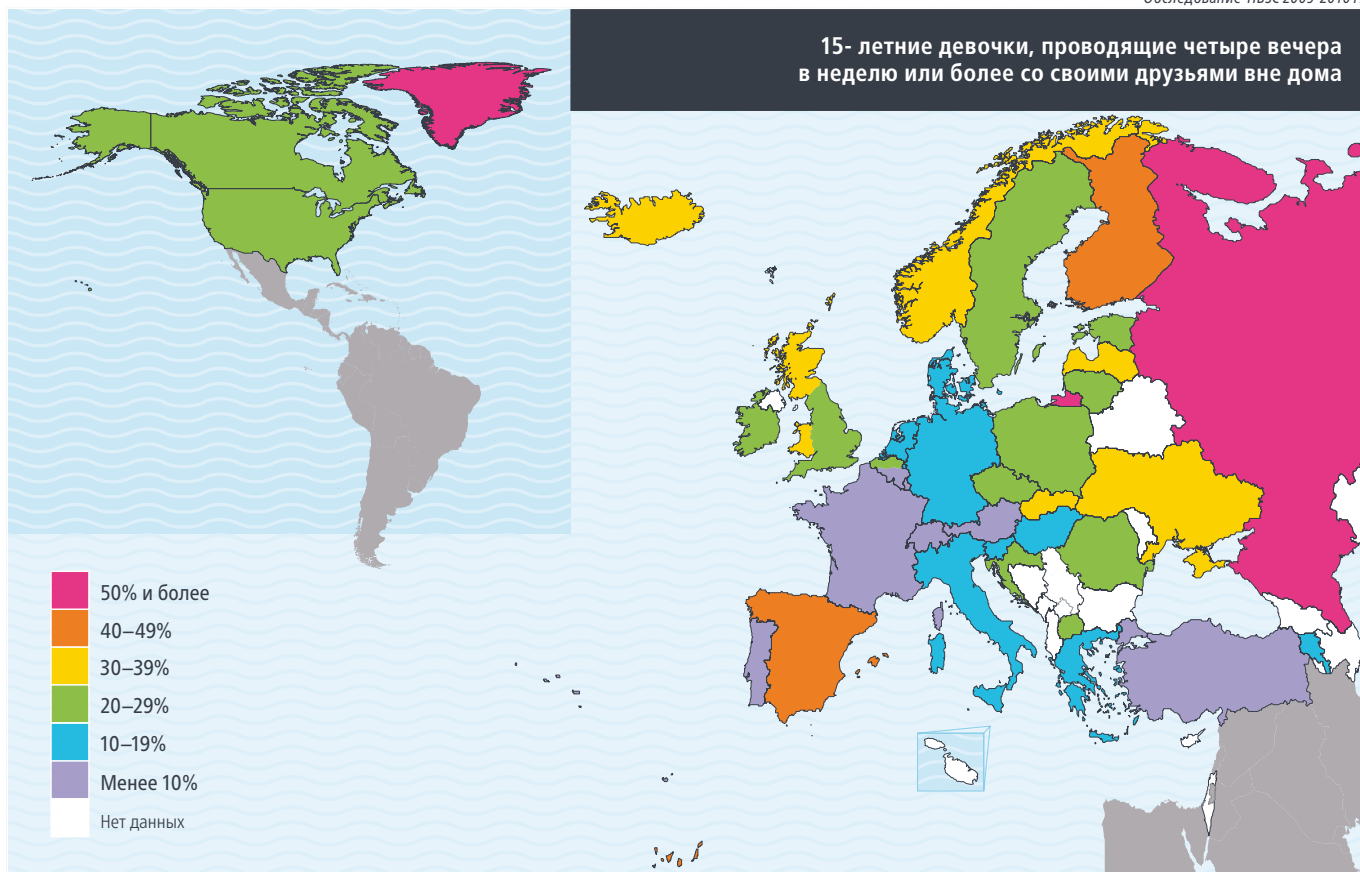
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, проводящие четыре вечера в неделю или более со своими друзьями вне дома

 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)

15-летние подростки, проводящие четыре вечера в неделю или более со своими друзьями вне дома

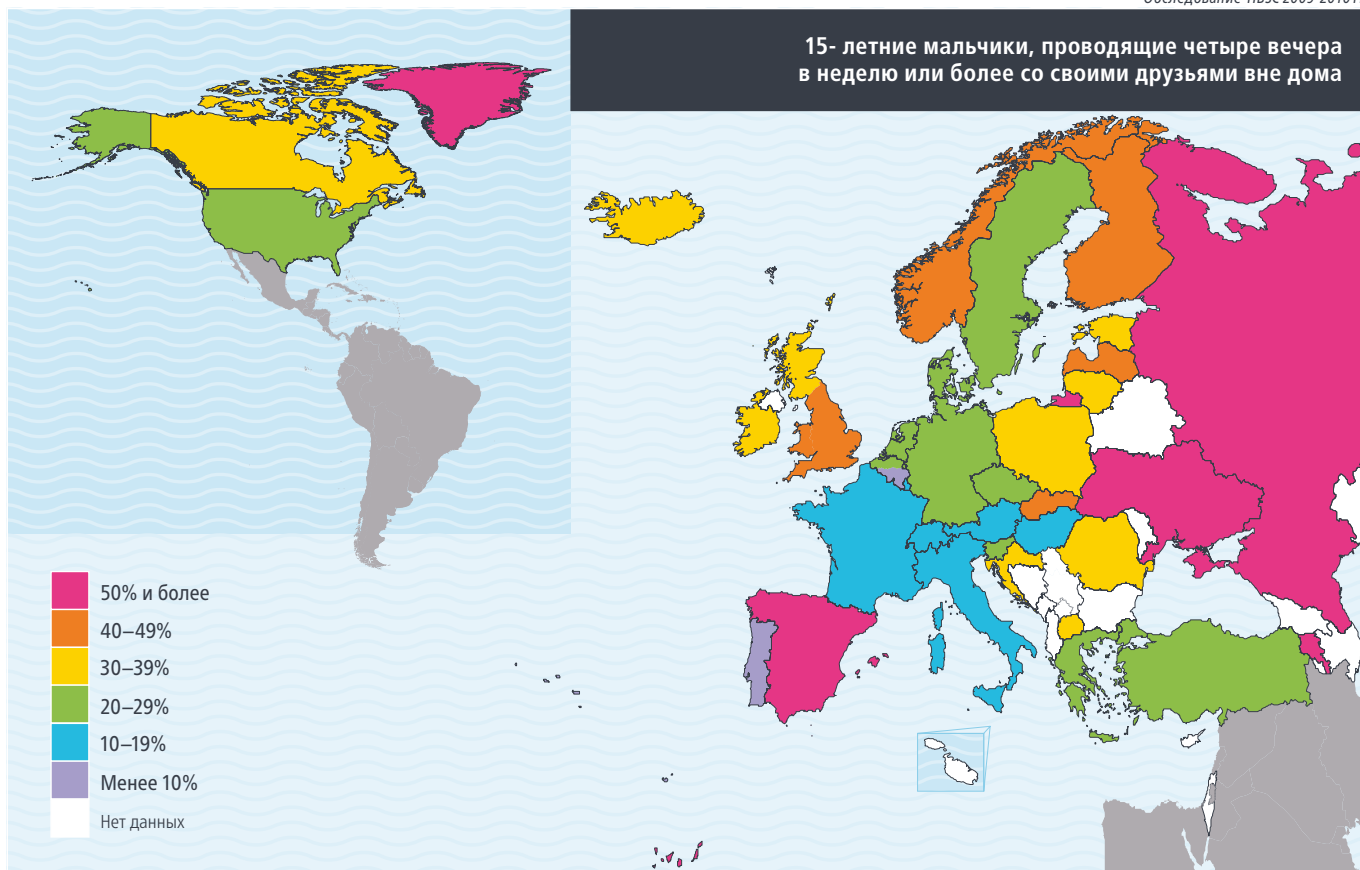
 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

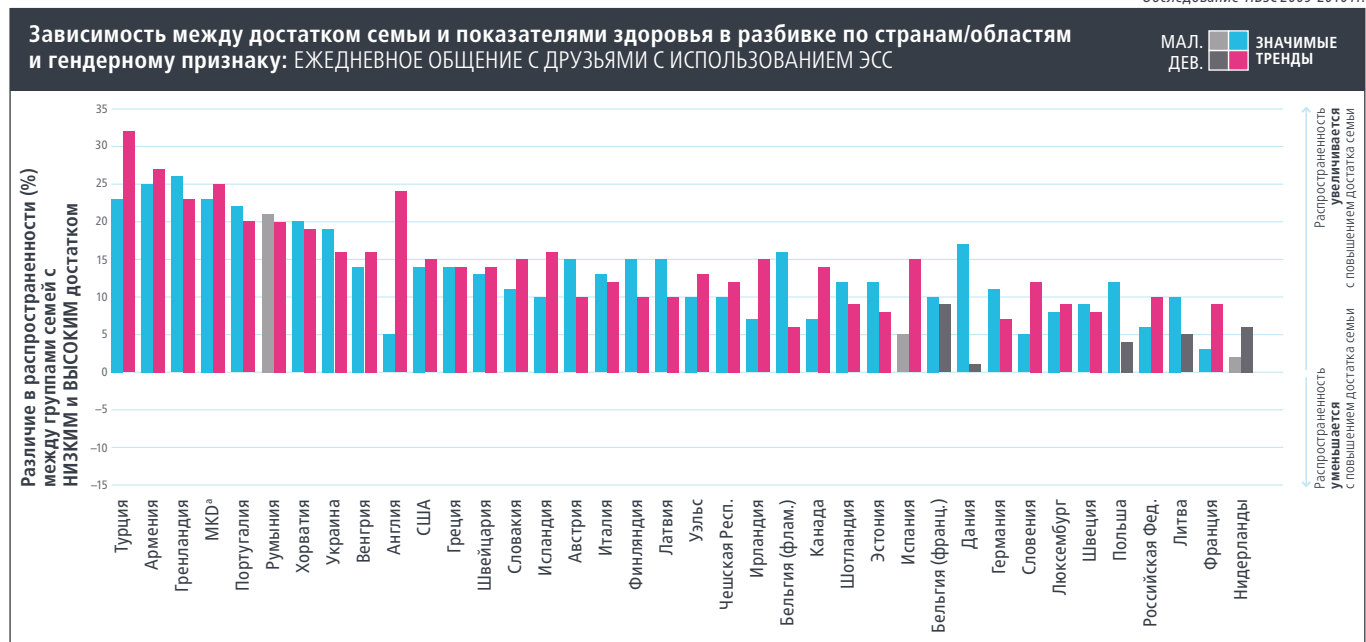
СВЕРСТНИКИ: ОБЩЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ СВЯЗИ (ЭСС)

Общение по электронным каналам связи с использованием Интернета и мобильной телефонии среди молодых людей возросло быстрее, чем среди остальной части населения (13). Такое общение стало неотъемлемой частью жизни, позволяющей им входить в контакт со сверстниками в социальных сетях, независимо от времени и места.

Использование ЭСС может как приносить потенциальную пользу, так и быть сопряжено с риском. «Кибербуллинг» рассматривается как проблема общественного здравоохранения (14) которая может угрожать социальному и эмоциональному развитию подростков (15). Хотя ранее частое использование Интернета связывали с одиночеством человека (16), последние данные позволяют предположить, что чем больше используются ЭСС, тем больше происходит личных контактов между друзьями (13).

Установлена связь между интенсивным использованием ЭСС и более низкой оценкой здоровья со слов респондентов, проблемами со здоровьем, сном (17) и формами поведения, сопряженными с риском (18).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Норвегии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они общаются со своим другом (друзьями) по телефону, посылают им текстовые сообщения или контактируют по Интернету. Варианты ответов варьировались от «редко или никогда» до «ежедневно». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые общаются со своими друзьями с использованием ЭСС ежедневно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Во всех странах и областях распространенность ЭСС значимо возросла в возрасте между 11 и 15 годами. Почти во всех странах и областях рост распространенности превысил 15%.

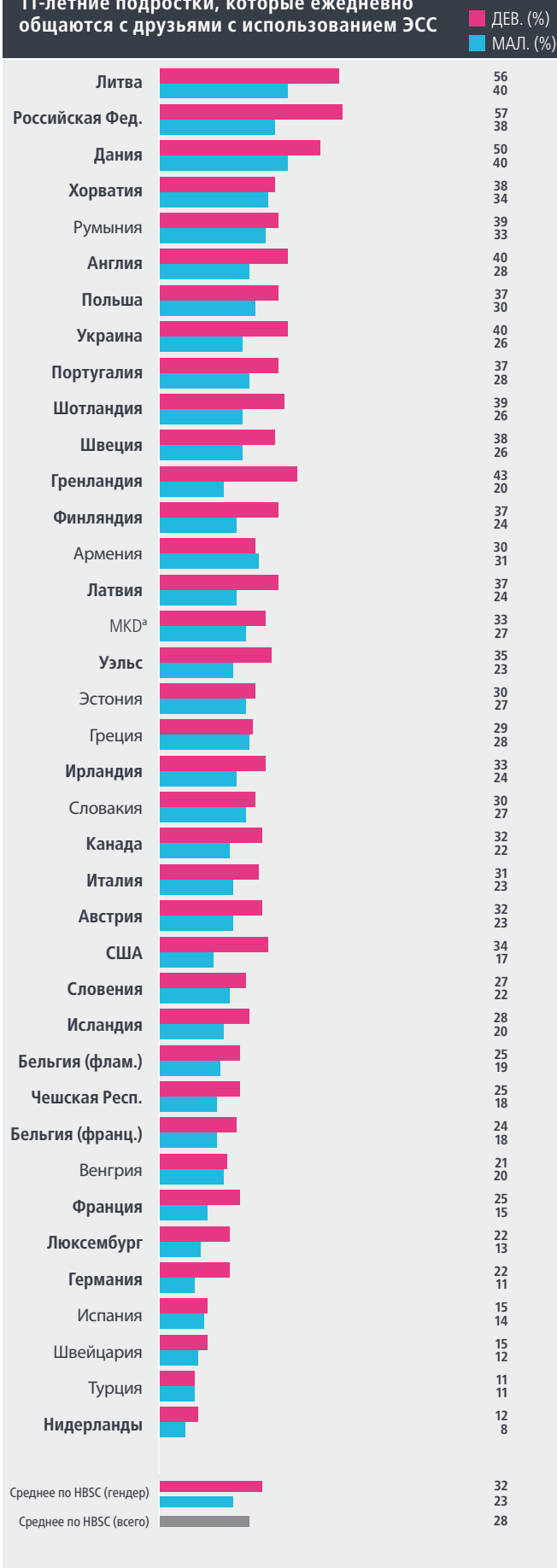
Гендерные различия

Девочки с большей вероятностью сообщали об использовании ЭСС. Для большинства стран и областей среди 11-летних и почти для всех стран и областей среди 13 и 15-летних гендерное различие было значимым.

Достаток семьи

Почти во всех странах и областях наблюдалась значимая зависимость между более высоким достатком семьи и ежедневным использованием ЭСС. В большинстве стран и областей различие в распространенности в зависимости от принадлежности к семье с низким или высоким достатком превышало 10%, а в трети стран и областей превышало 15%.

11-летние подростки, которые ежедневно общаются с друзьями с использованием ЭСС



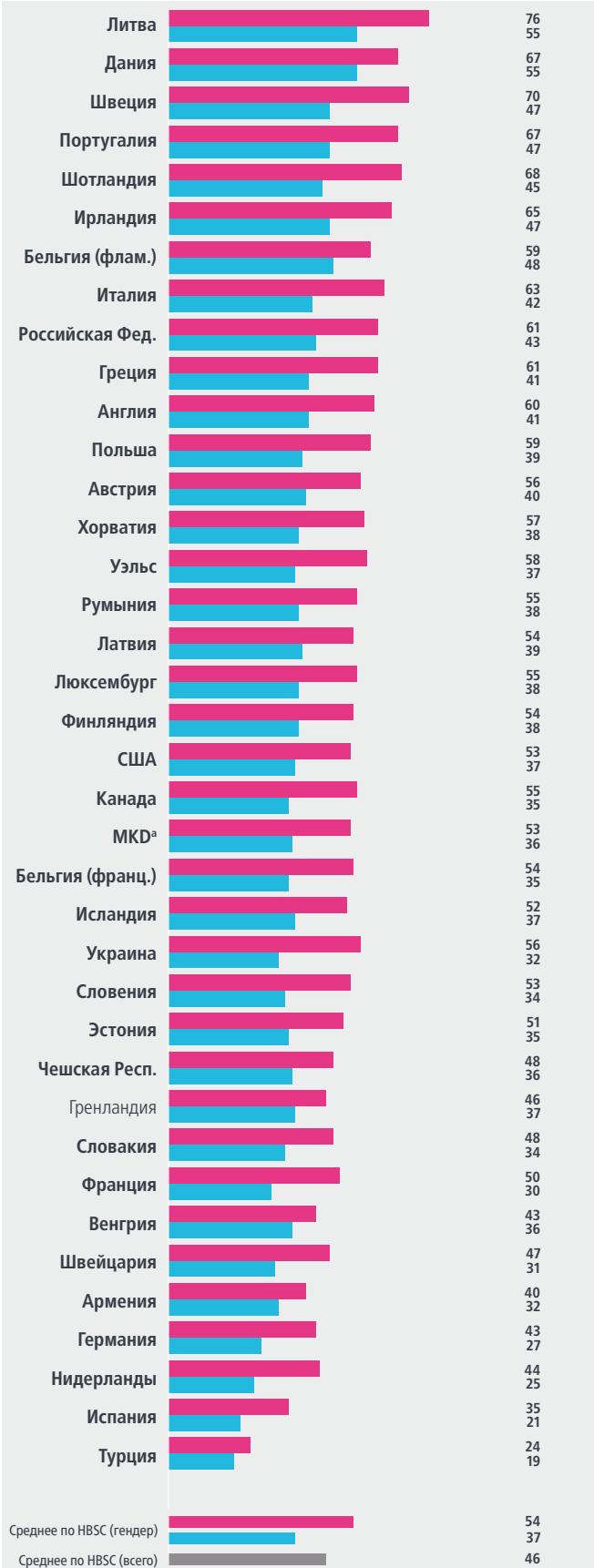
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

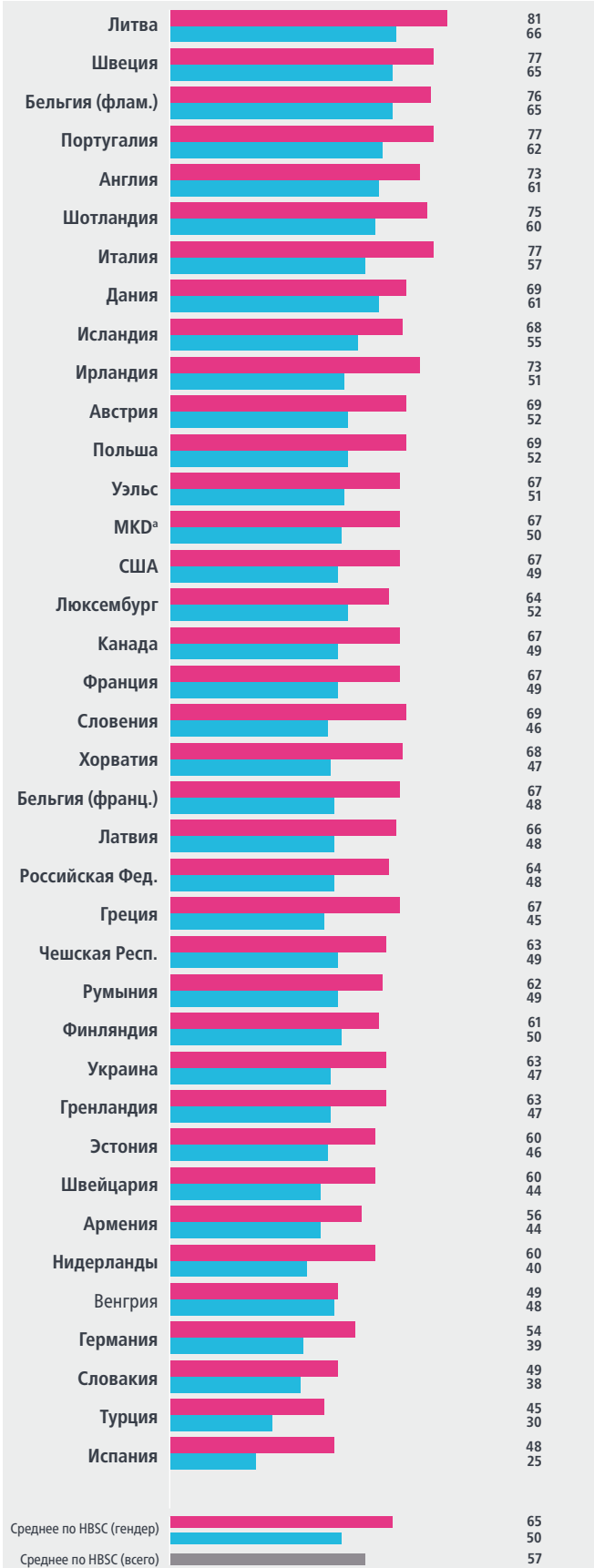
13-летние подростки, которые ежедневно общаются с друзьями с использованием ЭСС

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



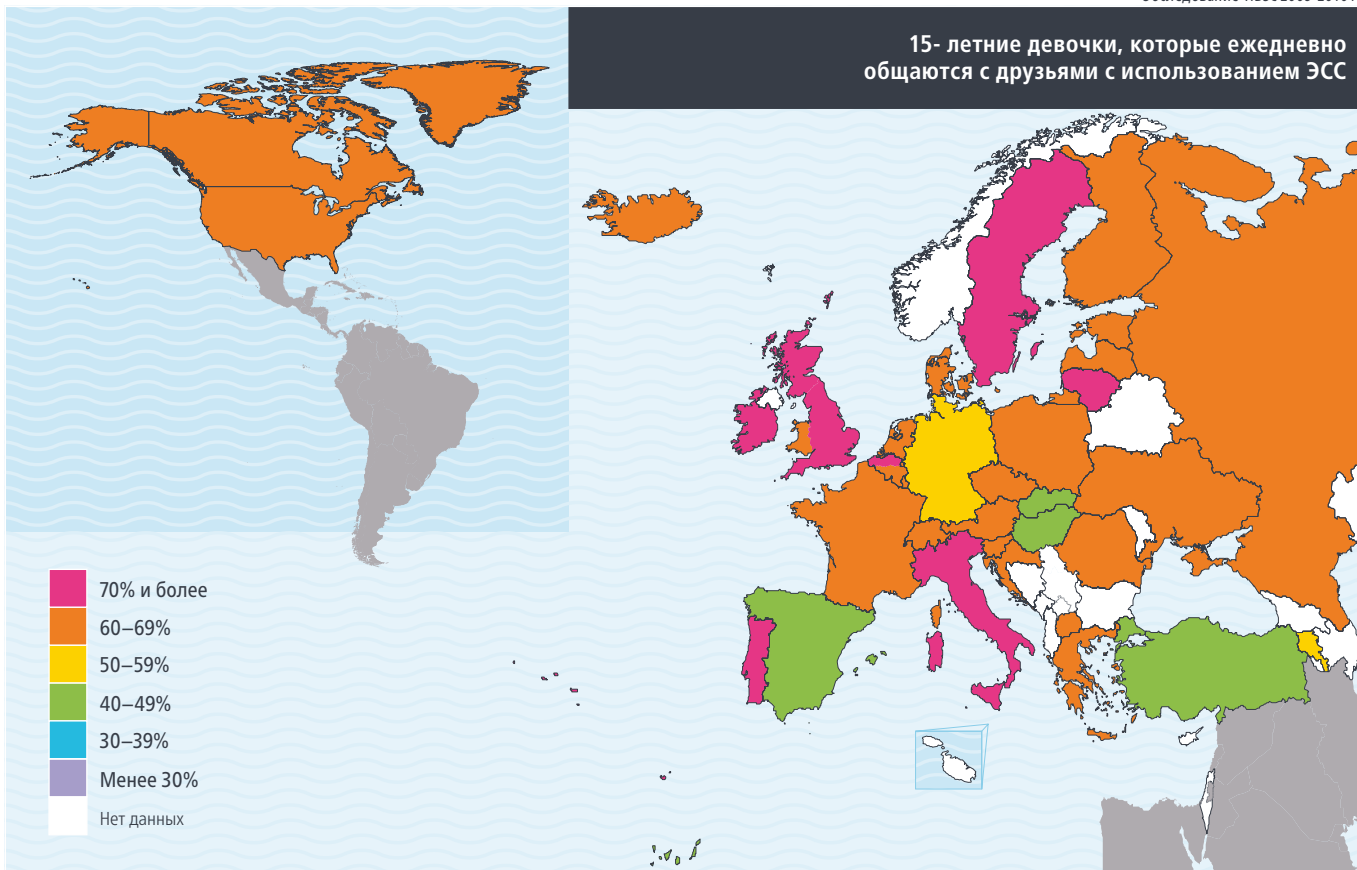
15-летние подростки, которые ежедневно общаются с друзьями с использованием ЭСС

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

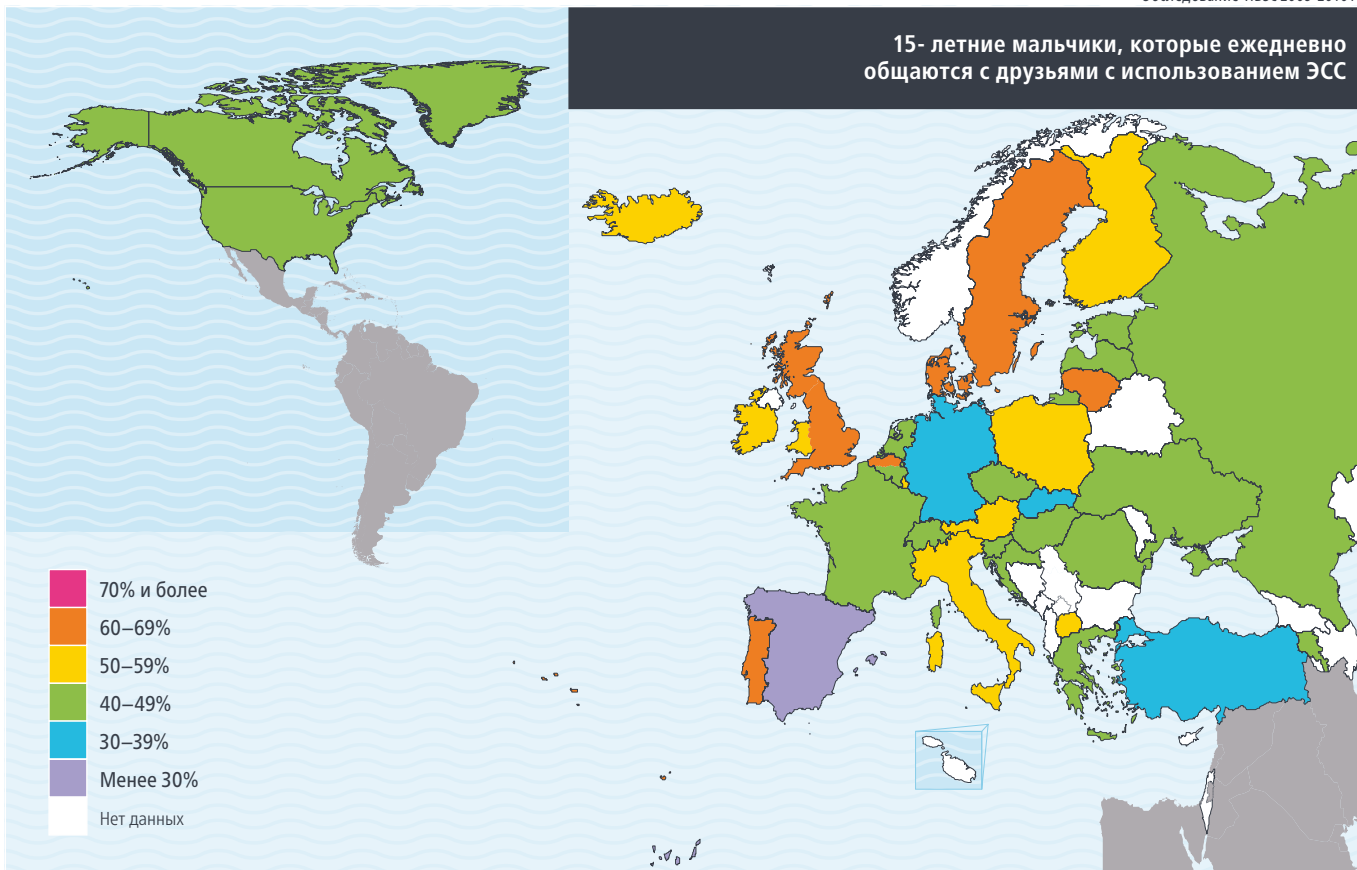
15-летние девочки, которые ежедневно общаются с друзьями с использованием ЭСС



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, которые ежедневно общаются с друзьями с использованием ЭСС



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

СВЕРСТНИКИ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Тесное дружеское общение

Результаты показывают, что вероятность существования трех и более близких друзей снижается по мере взросления подростков, что, возможно, объясняется повышением степени товарищеской близости в дружеском общении, когда они становятся старше, и при этом происходит уменьшение количества друзей.

Девочки обычно более ориентированы на взаимоотношения, формируя тесные связи с небольшой избранной группой друзей, тогда как мальчики в целом более нацелены на групповое общение и поэтому чаще сообщают о большем количестве друзей (19).

Для школьников из семей с высоким достатком существует большая вероятность иметь трех или более близких друзей. Обладание финансовыми ресурсами может позволять им участвовать в большем количестве мероприятий, которые предоставляют возможности вступать в дружеские отношения (20).

Различия между странами и областями можно отнести на счет разных культурных норм и ожиданий в отношении дружеских связей со сверстниками вне семьи, не всегда поощряющих их. Более низкий национальный доход и более высокие уровни социально-экономических неравенств в странах Южной и Восточной Европы могут означать, что у мальчиков и девочек меньше возможностей приобщаться к таким видам деятельности, которые способствуют созданию социальных связей (21).

Проведение вечеров с друзьями вне дома

Мальчики и девочки с возрастом начинают проводить большее количество вечеров вне дома со своими друзьями, при этом опека со стороны взрослых ослабевает, тогда как социальная мобильность подростков возрастает.

Гендерные различия могут быть связаны с гендерными особенностями социализации и опеки со стороны родителей. Родители с большей вероятностью контролируют своих дочерей и задают им вопросы, касающиеся их жизни (22,23) и вследствие этого существует большая вероятность их осведомленности о том, где и как их дочери проводят свободное время (24).

Достаток семьи может влиять на характер времяпрепровождения молодого поколения, при этом подростки из семей с большим достатком легче решают проблемы расходов, связанных с частым проведением вечеров вне дома. Однако финансовые соображения не могут являться главным фактором, влияющим на встречи с друзьями по вечерам вне дома, – во многих странах такая зависимость не усмотрена.

Четкие географические особенности по этому показателю не прослеживаются.

Использование ЭСС

Значительно большее использование ЭСС с возрастом можно объяснить потребностью в более частых контактах с друзьями, меньшей опекой со стороны родителей и облегчением доступа к ЭСС для подростков по мере взросления.

Существуют различия в характере использования ЭСС между мальчиками и девочками. Мальчики чаще пользуются Интернетом и онлайн-играми, тогда как девочки обычно больше пользуются мобильными телефонами (17). Это не противоречит гендерным различиям в плане общения, согласно которым девочки с большей вероятностью проводят время в частных разговорах и стремятся найти эмоциональную поддержку (25).

Различия в этом показателе в зависимости от достатка семьи можно объяснить финансовой возможностью приобретения аппаратов и средств электронной связи.

Четких географических особенностей по этому показателю не отмечено.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Тесное дружеское общение и встречи с друзьями по вечерам вне дома

Результаты свидетельствуют о связи между низким достатком, взрослением и гендерной принадлежностью, с одной стороны, и меньшим количеством близких друзей, с другой.

Необходимо проведение дальнейших исследований для того, чтобы точно установить, какими именно должны быть дружеские отношения со сверстниками, чтобы с наибольшей вероятностью оказывать благотворное влияние на здоровье подростков – имеется в виду как количество, так и качество таких отношений, а также необходимость обеспечения мальчиков и девочек навыками и умениями, которые позволяют использовать процессы позитивной социализации на благо здоровья. Таким образом, политика играет свою роль в содействии улучшению доступа к организованным видам деятельности, которые позволяют молодому поколению формировать укрепляющие здоровье социальные сети. Особое внимание следует уделить сетям, направленным на подростков из семей с более низким достатком и более старшие возрастные группы, а также на девочек.

Результаты отражают гендерные различия, которые указывают на бóльшую вероятность, с которой мальчики проводят вечера со своими друзьями вне дома. Такие встречи могут предоставлять подросткам опыт социального развития, который помогает им сформировать сопротивляемость в стрессовых ситуациях, развить самостоятельность, а также такие качества, как ответственность и преданность (26). Однако тут есть опасность приобщения к формам поведения, сопряженным с риском, таким как использование психотропных веществ и ранняя сексуальная жизнь.

При установлении эффективных путей предоставления поддержки молодым людям в их выборе времяпрепровождения со своими сверстниками, стимулирования положительного поведения и сокращения сопряженных с риском занятий требуется рассмотреть вопрос о предоставлении возможности проведения досуга, не столь сопряженного с риском, особенно для подростков из семей с более низким достатком (27).

Использование ЭСС

Контакты по ЭСС позволяют мальчикам и девочкам установить и поддерживать личные взаимоотношения, которые формируют реальные и виртуальные связи. За последнее десятилетие распространенность общения по ЭСС среди юного поколения возросла, что является отражением происходящих в обществе процессов в целом.

ЭСС помогают подросткам устанавливать новые контакты со сверстниками, которые позднее могут перерасти в дружбу (28) и поддерживать дружеские отношения, позволяют договариваться о встречах и координировать и устраивать личные контакты (29). ЭСС могут являться важным средством социальной поддержки, например, давая дополнительную возможность обсуждать свои проблемы с друзьями.

Общение с использованием ЭСС также может оказывать неблагоприятное воздействие на физическое и психическое здоровье, особенно в плане снижения уровней физической активности и «кибербуллинга», но следует отметить, что такого рода общение представляет собой важную новую среду, роль которой в укреплении здоровья требует серьезного внимания. Важной задачей в плане формирования политики является установление должного баланса между защитой молодого поколения от нападков в Интернете и чрезмерным использованием ЭСС, с одной стороны, и усилиями, направленными на использование таких средств связи для улучшения доступа к информации и услугам, с другой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Poulin F, Chan A. Friendship stability and change in childhood and adolescence. *Developmental Review*, 2010, 30(3):257–272.
2. Hartup WW. The company they keep: friendships and their developmental significance. *Child Development*, 1996, 67(1):1–13.
3. Schneider BH. *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London, Arnold, 2000.
4. Berndt TJ. Transitions in friendship and friends' influence. In: Graber JA, Brook Gunn J, Petersen AC, eds. *Transition through adolescence: interpersonal domains and context*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1996:57–84.

5. Moreno C et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):235–242.
6. Zambon A et al. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2010, 64(1):89–95.
7. Gifford-Smith ME, Brownell CA. Childhood peer relationships: social acceptance, friendships, and peer networks. *Journal of School Psychology*, 2003, 41(4):235–284.
8. Larson R, Richards MH. Daily companionship in late childhood and early adolescence: changing developmental contexts. *Child Development*, 1991, 62(2):284–300.
9. Settertobulte W, Matos M. Сверстники и здоровье. В: Currie С и др. ред. *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, No.4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
10. Brown BB. Adolescents' relationships with peers. In: Lerner RM, Steinberg L, eds. *Handbook of adolescent psychology*, 2nd ed. Hoboken, NY, Wiley, 2004:363–394.
11. Kuntsche E et al. Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North America countries and regions. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2009, 163(2):119–125.
12. Hartup WW. Peer interaction: what causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005, 33(3):387–394.
13. Kuntsche E et al., HBSC Peer Culture Focus Group. Electronic media communication with friends from 2002 to 2006 and links to face-to-face contacts in adolescence: an HBSC study in 31 European and North American countries and regions. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):243–250.
14. David-Ferdon C, Hertz MF. Electronic media, violence, and adolescents: an emerging public health problem. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 41(6)(Suppl. 1):S1–S5.
15. Raskauskas J, Stoltz AD. Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 2007, 43(3):564–575.
16. Prezz M, Pacilli MG, Dinelli S. Loneliness and new technologies in a group of Roman adolescents. *Computers in Human Behavior*, 2004, 20(5):691–709.
17. Punamäki RL et al. Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: the role of sleeping habits and waking-time tiredness. *Journal of Adolescence*, 2007, 30(4):569–585.
18. Leena K, Tomi L, Arja RR. Intensity of mobile phone use and health compromising behaviours – how is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *Journal of Adolescence*, 2005, 28(1):35–47.
19. Way N, Greene M. Trajectories of perceived friendship quality during adolescence: the patterns and contextual predictors. *Journal of Research on Adolescence*, 2006, 16(2):293–320.
20. 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, 31:300–308.
21. Wilkinson RG, Pickett KE. *The spirit level. Why more equal societies almost always do better.* Harmondsworth, Penguin Books, 2009.
22. Kerr M, Stattin H. What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 2000, 36(3):366–380.
23. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 2000, 71(4):1072–1085.
24. Masche JG. Explanation of normative declines in parents' knowledge about their adolescent children. *Journal of Adolescence*, 2010, 33(2):271–284.
25. Rose AJ, Rudolph KD. A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 2006, 132(1):98–131.
26. Santrock J. *Adolescence*, 11th ed. New York, McGraw-Hill, 2007.
27. Shearer C, Crouter A, McHale S. Parents' perceptions of changes in mother–child and father–child relationships during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 2005, 20(6):662–684.
28. Madell DE, Muncer SJ. Control over social interactions: an important reason for young people's use of the Internet and mobile phones for communication? *Cyberpsychology & Behavior*, 2007, 10(1):137–140.
29. Kim H et al. Configurations of relationships in different media: ftf, e-mail, instant messenger, mobile phone, and SMS. *Journal of Computer-mediated Communication*, 2007, 12:1183–1207.

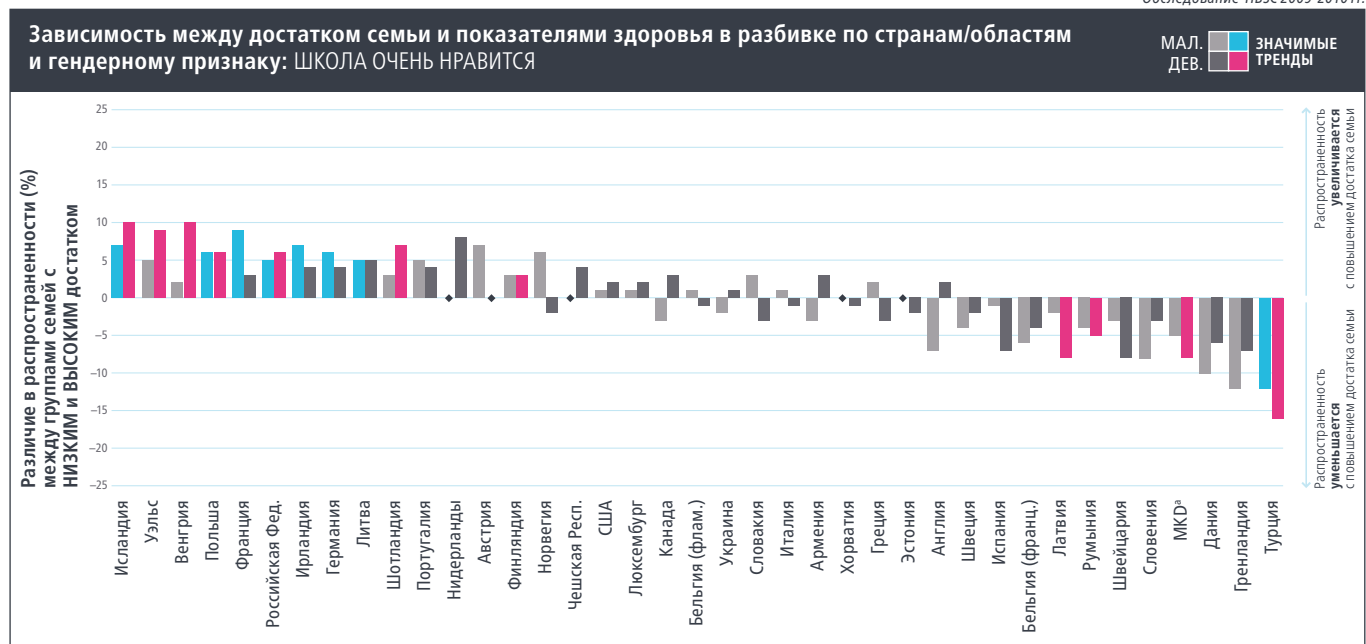
ШКОЛА: ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

Школьная жизнь проживается в критические периоды развития подростков и оказывает влияние на развитие их уважения к себе, самооценки и поведения в отношении здоровья, с последствиями для их будущего здоровья и удовлетворенности жизнью (1).

Позитивное восприятие школьной жизни рассматривается как ресурс для обеспечения здоровья и благополучия, тогда как отрицательное ее восприятие может являться фактором риска, оказывающим воздействие на физическое и психическое здоровье учащихся. Таким образом, «позитивное отношение к школе» было определено как фактор, который защищает от формирования проблемного поведения, сопряженного с риском для здоровья, такого как причинение обид (2), сексуальные связи, сопряженные с риском (3) курение, употребление алкоголя и наркотиков (4,5). У учащихся, которым не нравится школа, или которые не чувствуют сопричастности, существует большая вероятность плохой успеваемости, отчисления из школы (6) и проблем с психическим здоровьем (7).

Школы могут оказать положительное воздействие на здоровье и благополучие детей посредством формирования позитивного опыта развития, способствующего радостному восприятию жизни (8). Это может представлять особое значение для неблагополучных в социальном отношении детей (9). Необходимо, чтобы национальные образовательные и школьные меры политики и практики отражали влияние школы на жизнь подростков, особенно по мере взросления учащихся и ослабления их связей со школой, которым обычно сопровождается взросление.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как в настоящее время они относятся к школе. Варианты ответов варьировались от «очень нравится» до «совсем не нравится». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которым школа очень нравится.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

По сравнению с 11-летними 15-летние реже сообщали о том, что школа им нравится. В большинстве стран это изменение было значимым, и довольно большим, при этом различия превышали 15%.

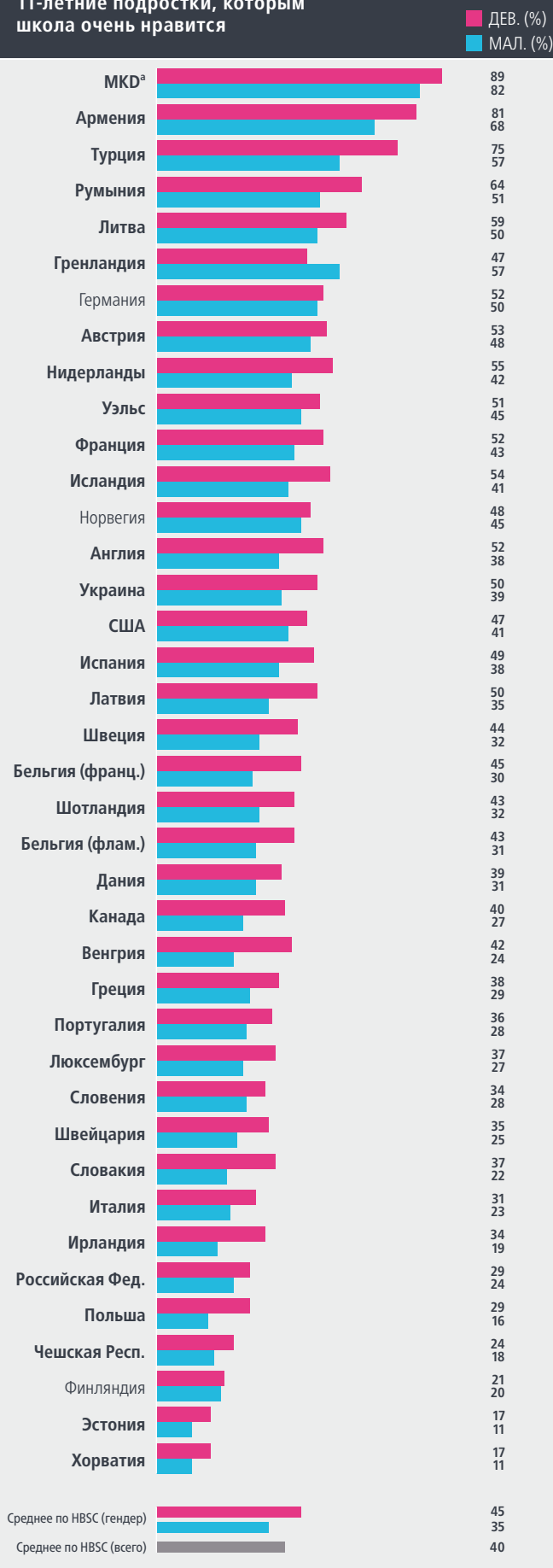
Гендерные различия

Девочки из всех трех возрастных групп с большей вероятностью сообщали о том, что им очень нравится школа. В 11-летнем возрасте гендерное различие было значимым почти во всех странах и областях, а в 15-летнем возрасте – лишь в около половине стран. Различия были умеренные, составлявшие обычно около 5–10%.

Достаток семьи

Между положительным отношением к школе и достатком семьи тесная или устойчивая связь не наблюдалась.

11-летние подростки, которым школа очень нравится



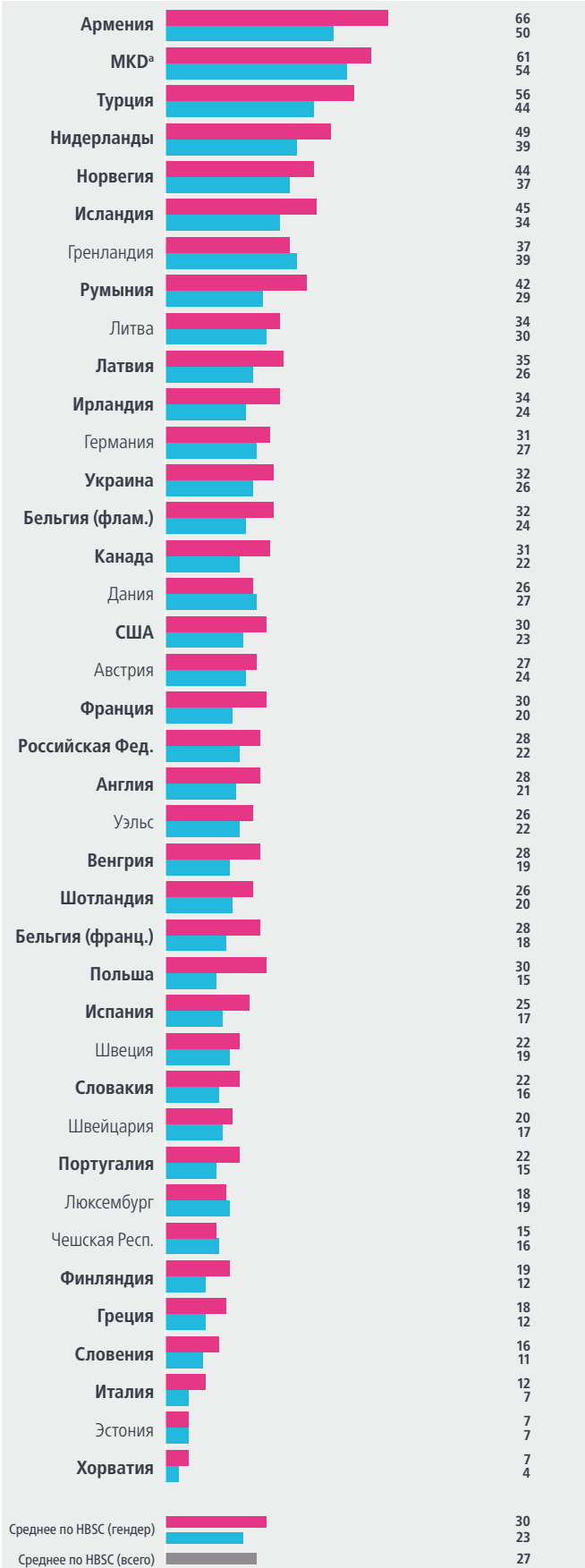
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

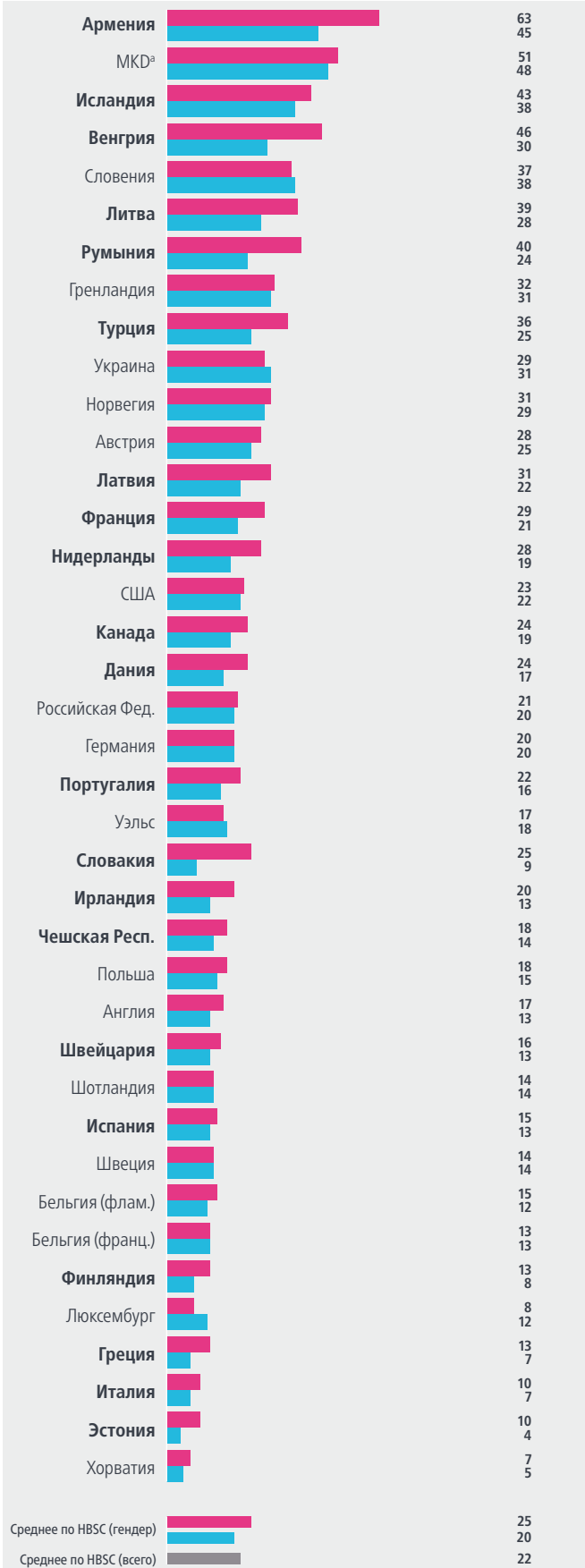
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, которым
школа очень нравится

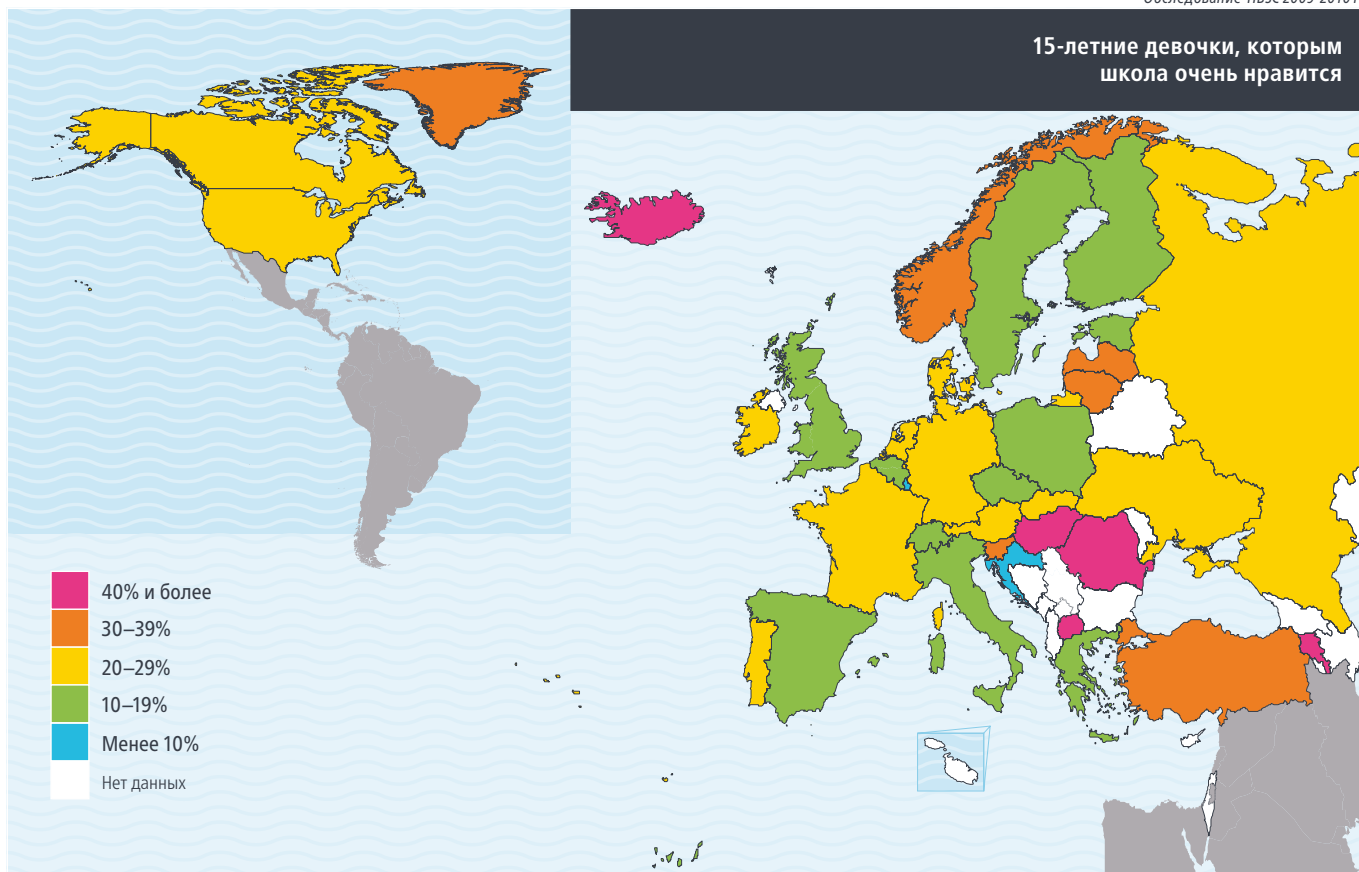
■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

15-летние подростки, которым
школа очень нравится

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

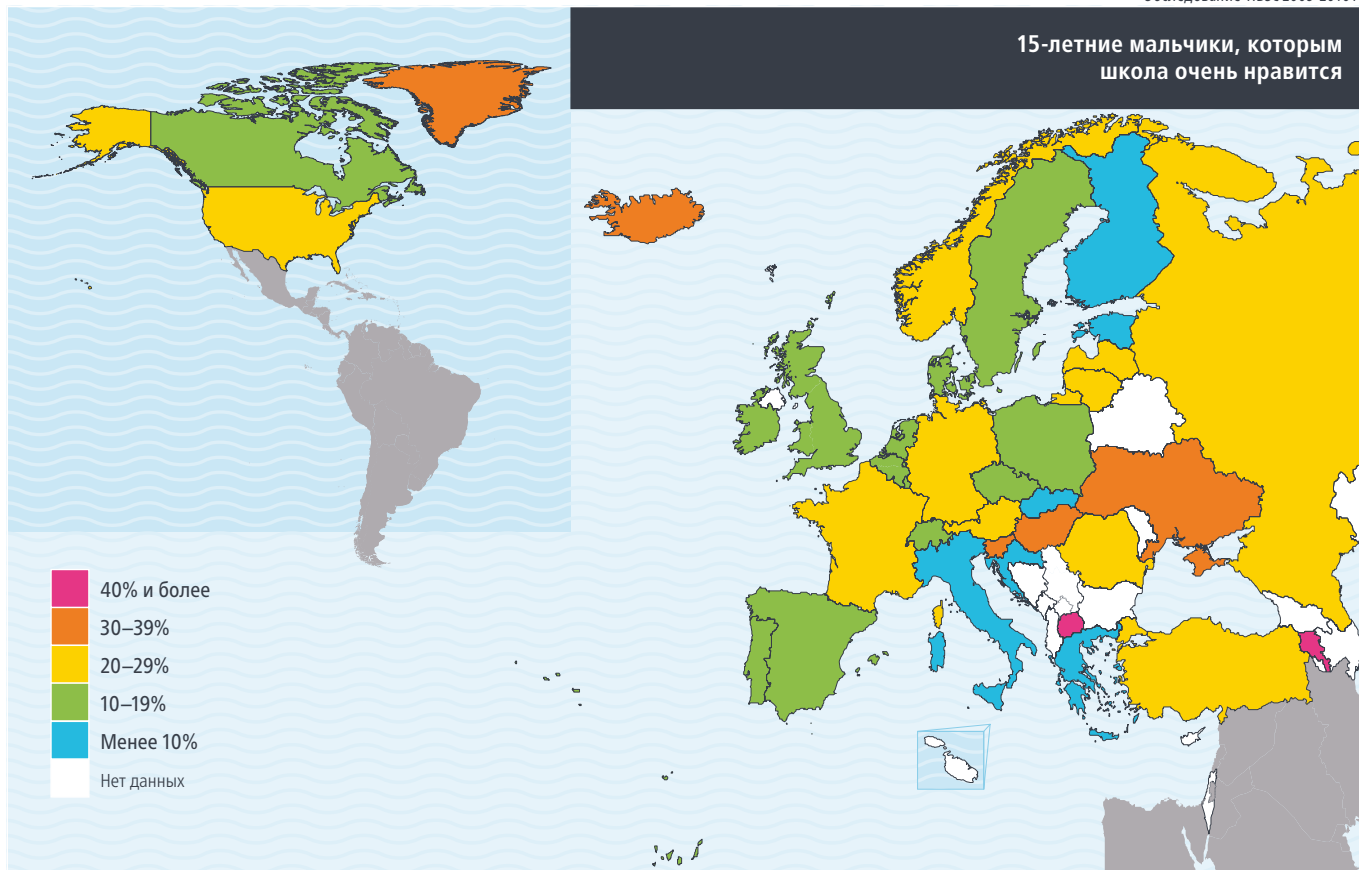
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



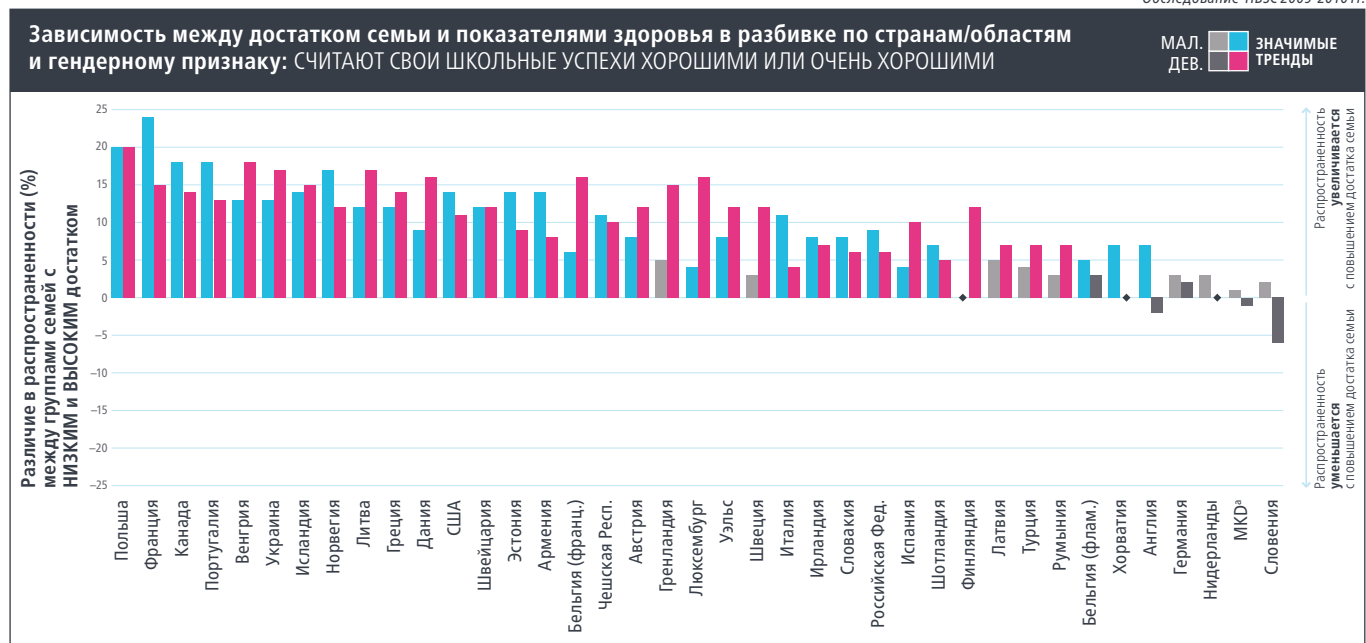
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ШКОЛА: ВОСПРИЯТИЕ УСПЕШНОСТИ СВОЕЙ ШКОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Субъективно воспринимаемая учащимися успешность своей школьной деятельности является надежным фактором, позволяющим довольно точно прогнозировать состояние их здоровья и благополучия (10). Подростки, сообщающие о более высоких уровнях успеваемости, сообщают также о более высоких уровнях удовлетворенности жизнью (11), у них ниже показатели причинения обид (12), реже отмечаются субъективные жалобы на здоровье и ниже уровни угрожающих здоровью форм поведения и рисков для здоровья (13).

Взаимоотношения со сверстниками, школьные структуры и модели поведения учителей, как представляется, оказывают воздействие на потенциал учебных достижений учащихся (14). При позитивной направленности эти факторы способствуют хорошей успеваемости, одновременно укрепляя резистентность к представляющим угрозу для здоровья привычкам и ухудшению эмоционального здоровья и психического благополучия (14). Переходя в более старшие классы и подвергаясь повышенному риску приобщения к формам поведения, угрожающих физическому и эмоциональному здоровью (15), обычно учащиеся сообщают о снижении успеваемости.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, что, по их мнению, их классный учитель (учителя) думает (думают) относительно того, как обстоят их дела с учебой в сравнении с одноклассниками. Варианты ответов варьировались от «очень хорошо» до «ниже среднего». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, назвавших свои школьные успехи либо «очень хорошими», либо «хорошими».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Почти во всех странах и областях, как среди мальчиков, так и среди девочек по мере взросления представление о своих учебных достижениях как хороших становится значительно менее распространенным. Снижение этого показателя было относительно велико: в большинстве стран и областей различие в показателе между 11 и 15-летними школьниками превышало 15%.

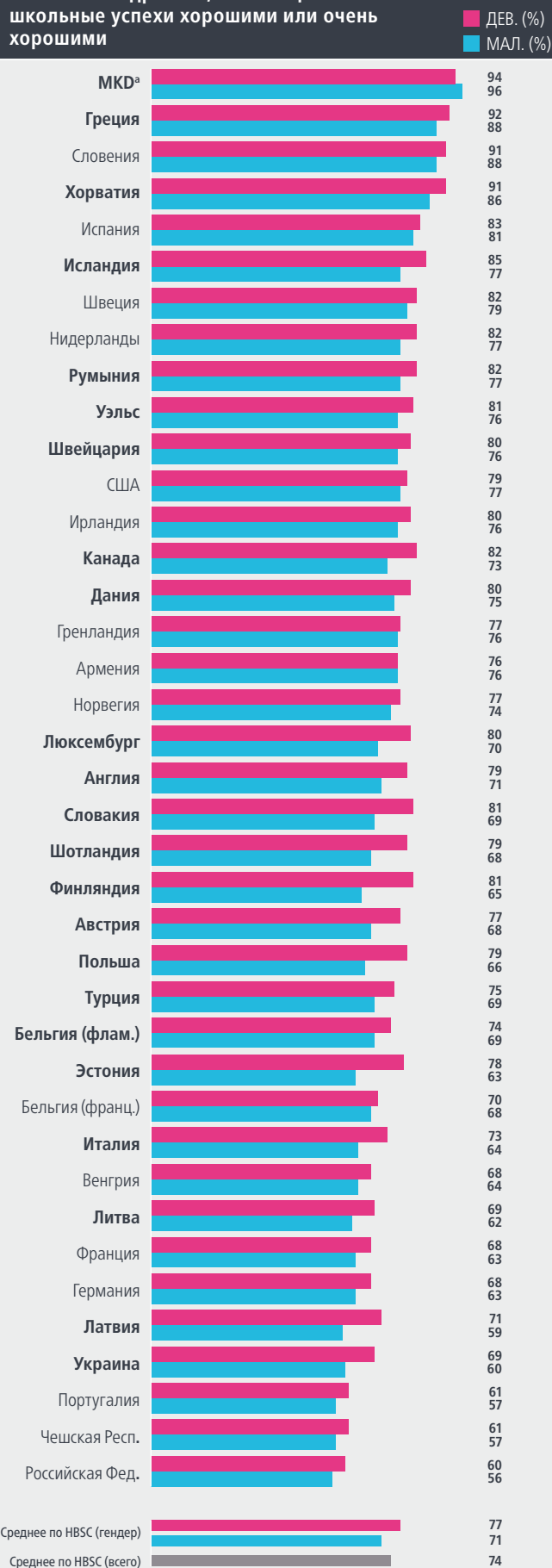
Гендерные различия

Девочки с большей вероятностью сообщали о том, что у них хорошая успеваемость. Примерно в половине стран и областей и по всем трем возрастным группам данное гендерное различие являлось статистически значимым. В большинстве стран и областей различия в распространенности составляли около 5–10%, а к 15 годам гендерный разрыв по этому показателю примерно в четверти стран и областей превышал 10%.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей среди мальчиков и девочек прослеживалась значимая зависимость между распространенностью представления учащихся о своей школьной успеваемости как хорошей и высоким достатком семьи. Почти в половине из числа стран и областей различие превышало 10%.

11-летние подростки, считающие свои школьные успехи хорошими или очень хорошими



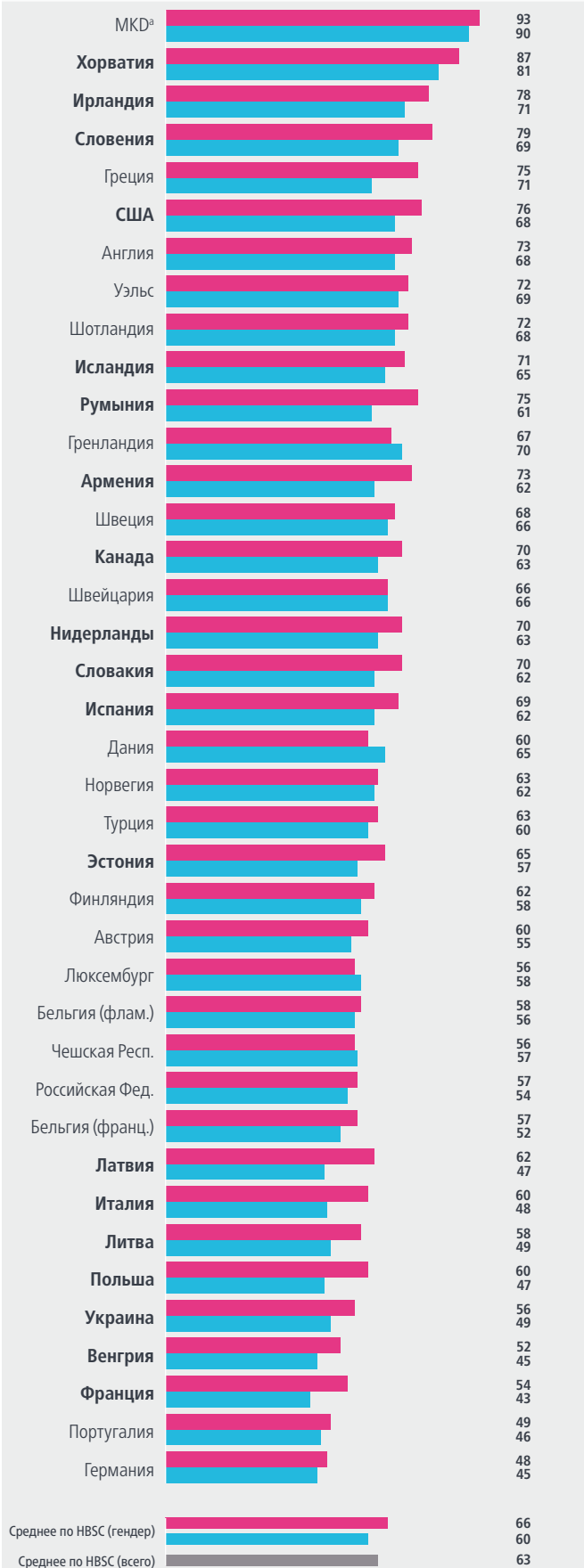
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

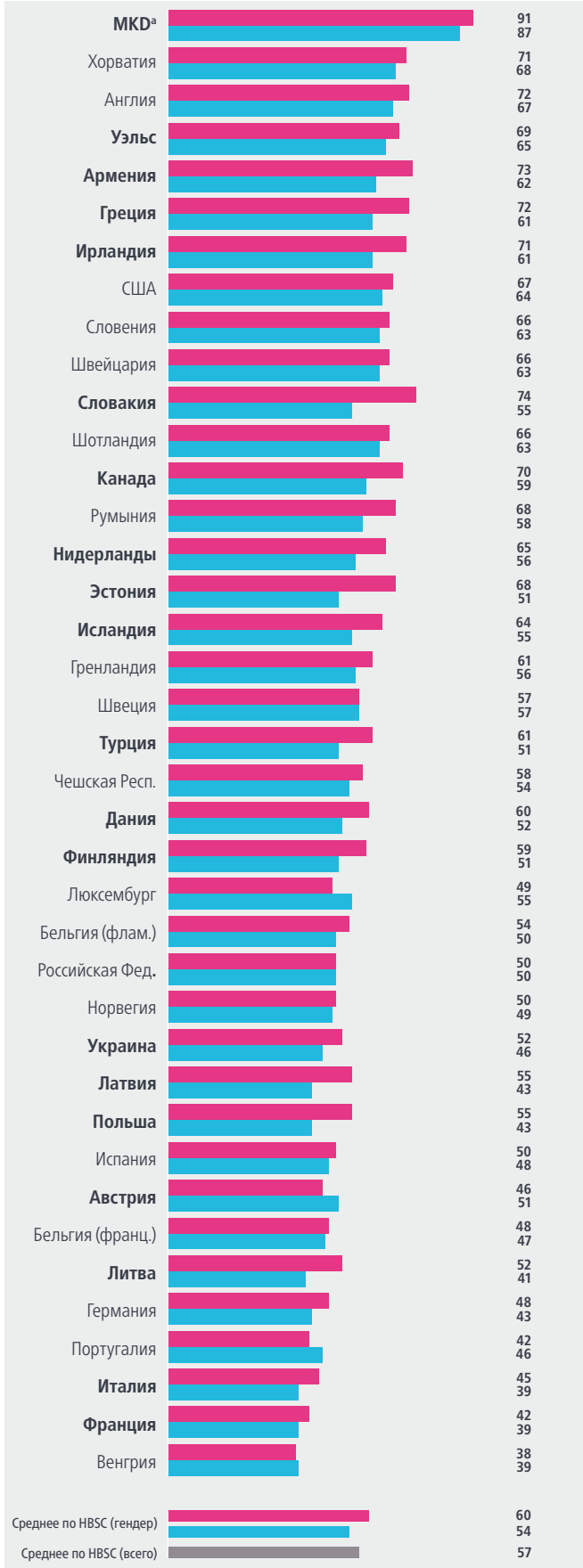
13-летние подростки, считающие свои школьные успехи хорошими или очень хорошими

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

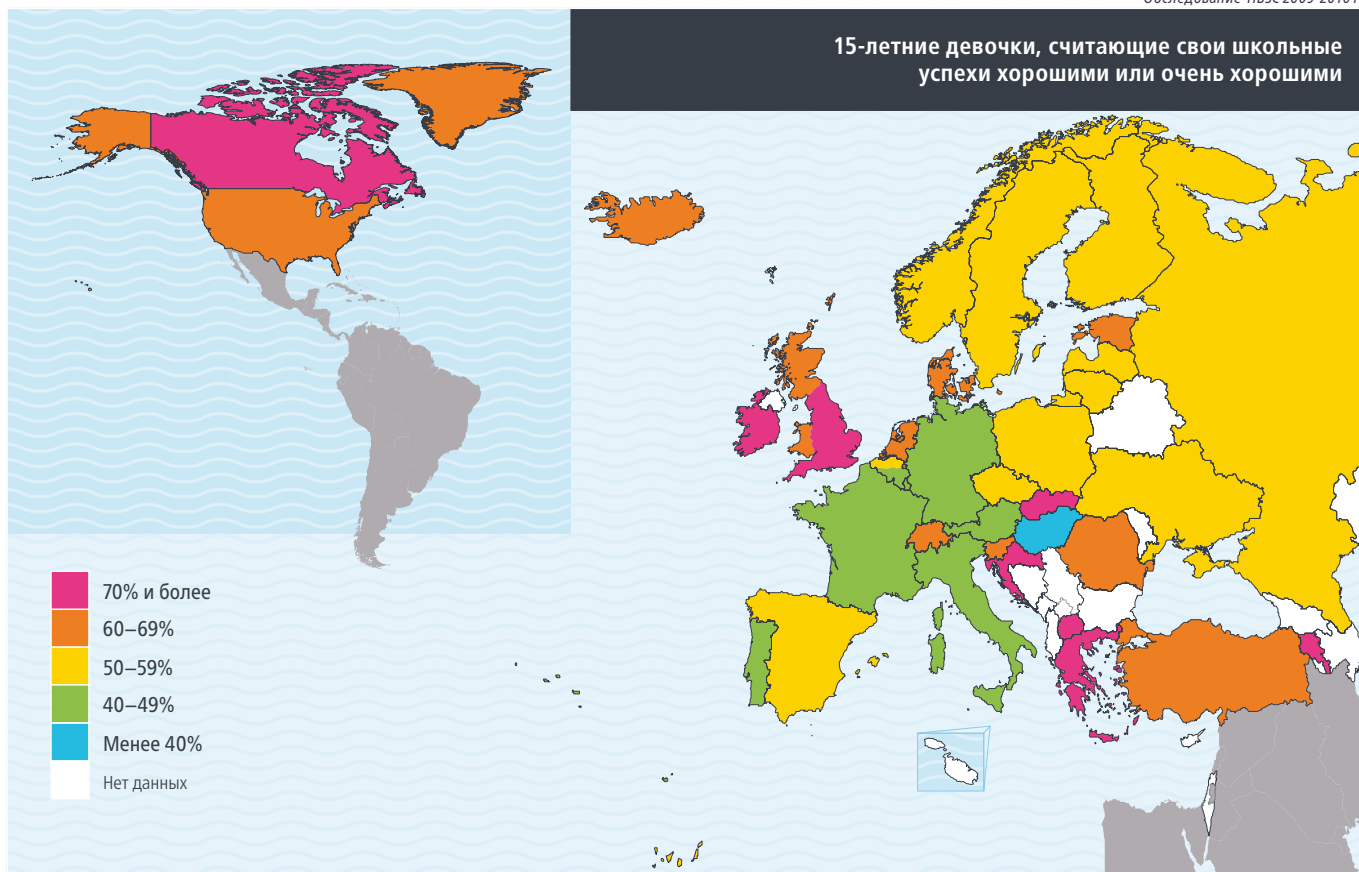


15-летние подростки, считающие свои школьные успехи хорошими или очень хорошими

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

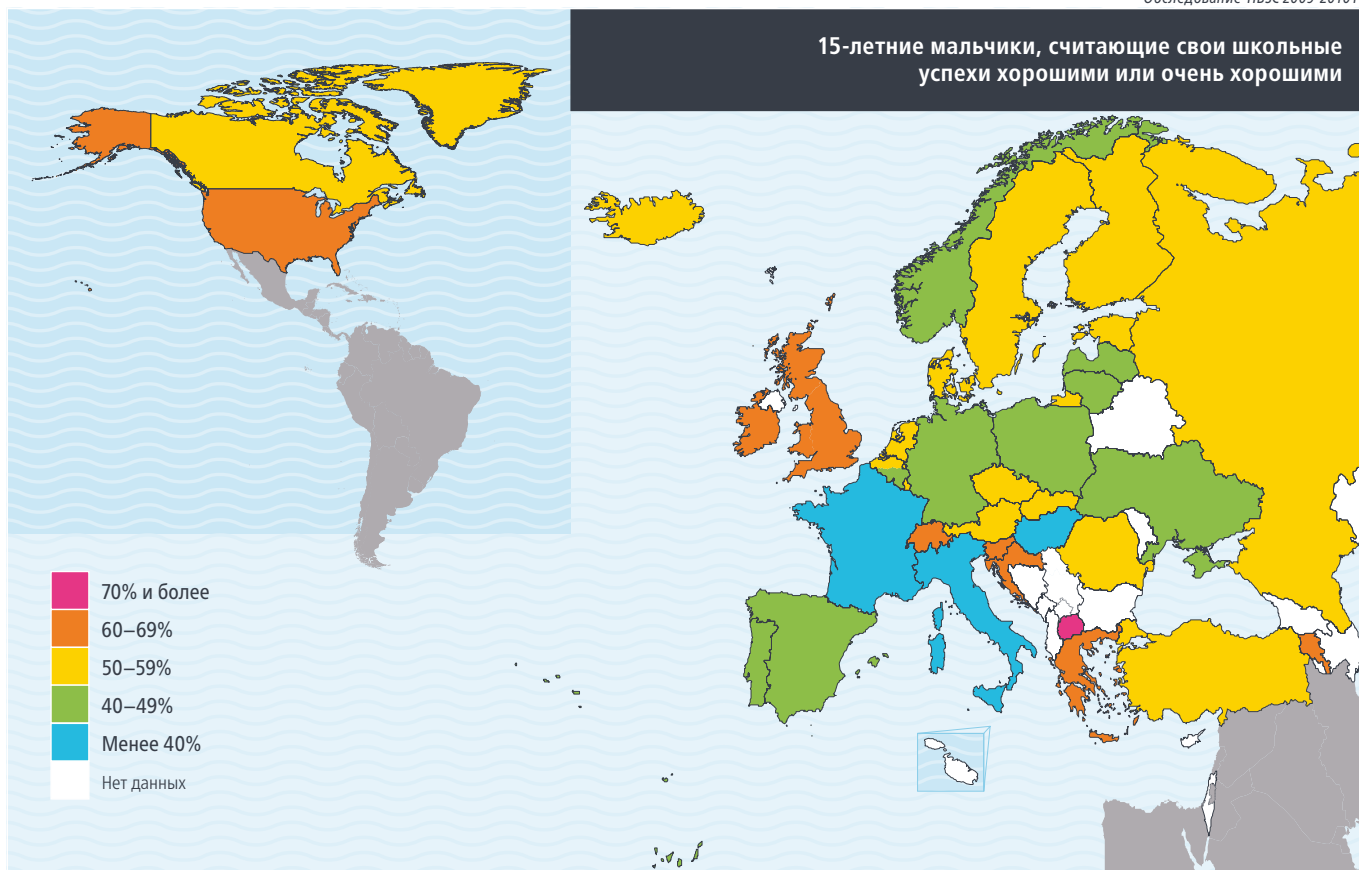
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



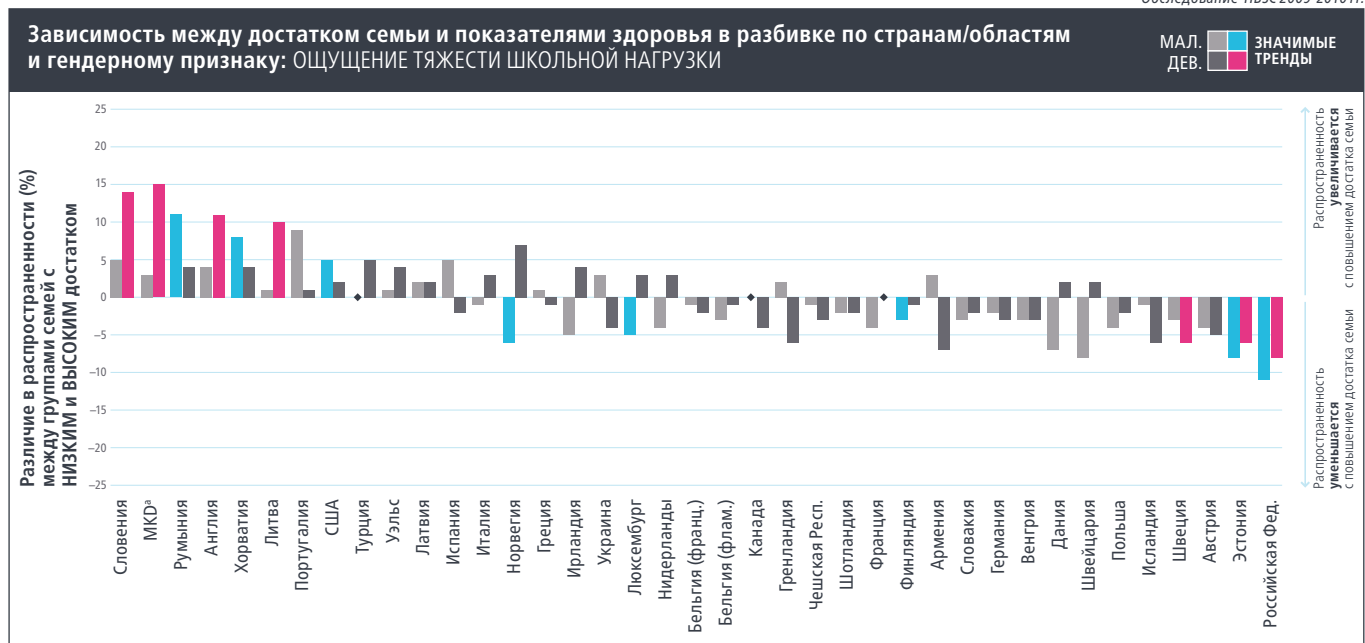
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ШКОЛА: ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ШКОЛЬНОЙ НАГРУЗКИ

Если школьники чувствуют, что учебная работа является для них тяжелым бременем или стрессом, то это может не только отрицательно сказаться на их обучении, но также и на широком ряде аспектов, не относящихся к учебе, таких как здоровье, поведение в отношении здоровья и благополучие. Обычно школьники, ощущающие высокое бремя нагрузки в школе, приобщаются к более опасным для здоровья формам поведения (таким как курение, употребление алкоголя и пьянство), чаще жалуются на здоровье (например, на головную боль, боль в животе и спине) и испытывают психологические проблемы (такие как грустное настроение, ощущение напряжения и тревоги) (16,17). Отмечена также связь с более низкой самооценкой здоровья и более низким уровнем удовлетворенности жизнью (13).

Защитные факторы могут сыграть важную роль в сокращении испытываемого школьниками напряжения в связи со школьной нагрузкой. Например, благоприятная атмосфера в классе может смягчить воздействие стресса от учебной работы на ощущение неполадок со здоровьем (16) а поддержка со стороны учителей и одноклассников, а также со стороны семьи может прямо или косвенно влиять на восприятие учащимися школьных требований (18).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, насколько трудной им кажется школьная работа, которую они должны выполнять. Варианты ответов варьировались от «очень трудной» до «нисколько не трудной». Представленные здесь данные отражают долю учащихся, которым учебные задания казались «очень трудными» или «довольно трудными».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Почти во всех странах ощущение тяжести школьной нагрузки с возрастом приобрело значимо бóльшую распространенность. Наибольшее повышение отмечено среди девочек, при этом в большинстве стран и областей различие в распространенности между 11 и 15-летним возрастом превышало 15%.

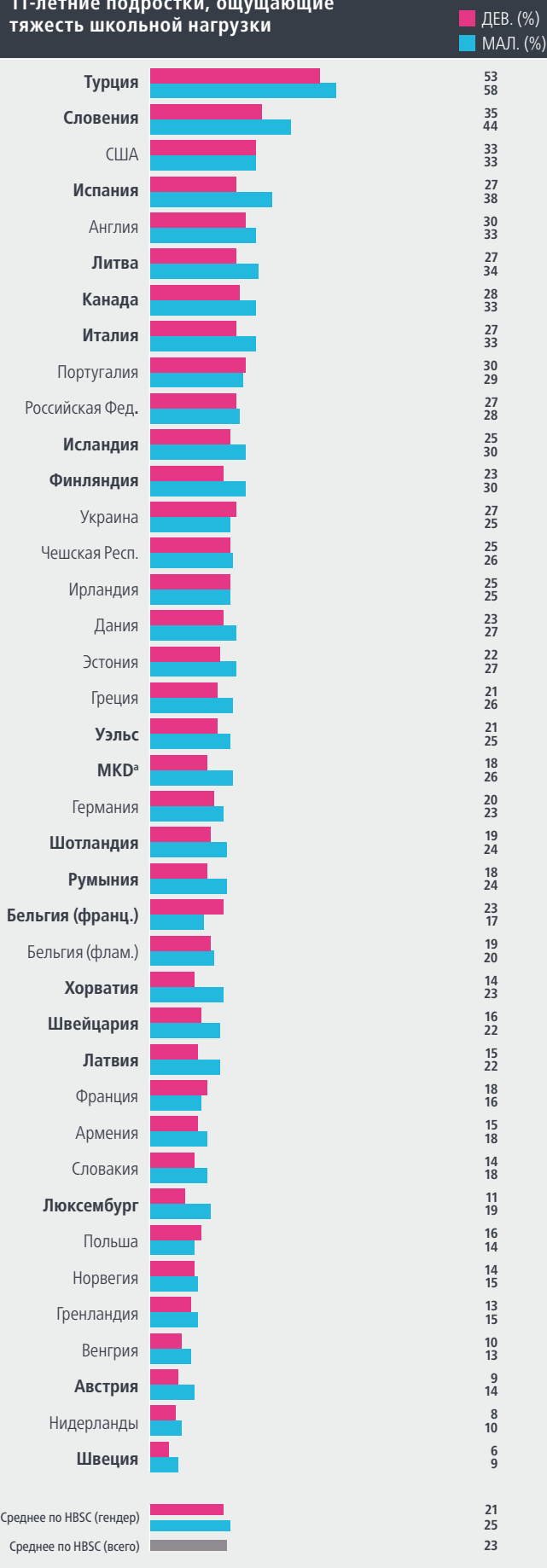
Гендерные различия

С возрастом гендерные различия менялись. В 11 лет мальчики с большей вероятностью сообщали о слишком большой школьной нагрузке (при статистической значимости примерно в половине стран и областей), но к 15 годам с большей вероятностью об этом сообщали девочки, и почти во всех странах это различие является значимым. Масштаб гендерных различий в большей степени проявился в возрасте 15 лет.

Достаток семьи

Было обнаружено немного данных, свидетельствующих о наличии связи с достатком семьи.

11-летние подростки, ощущающие тяжесть школьной нагрузки



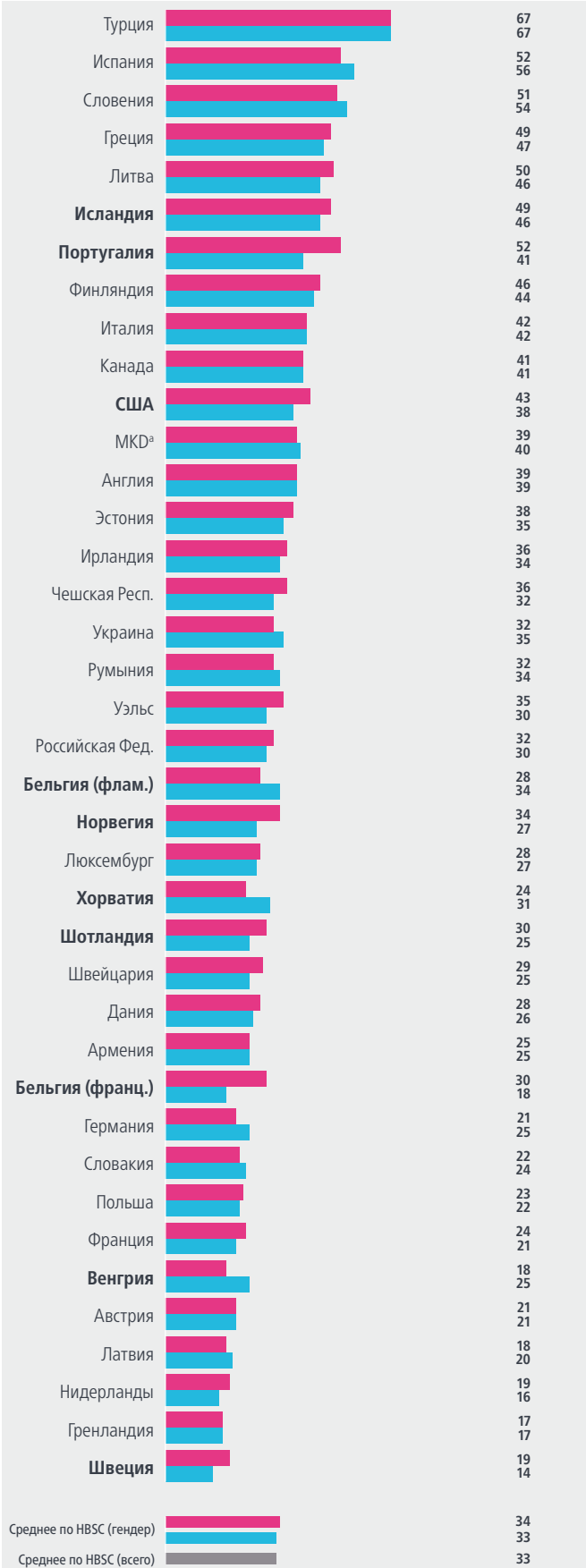
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

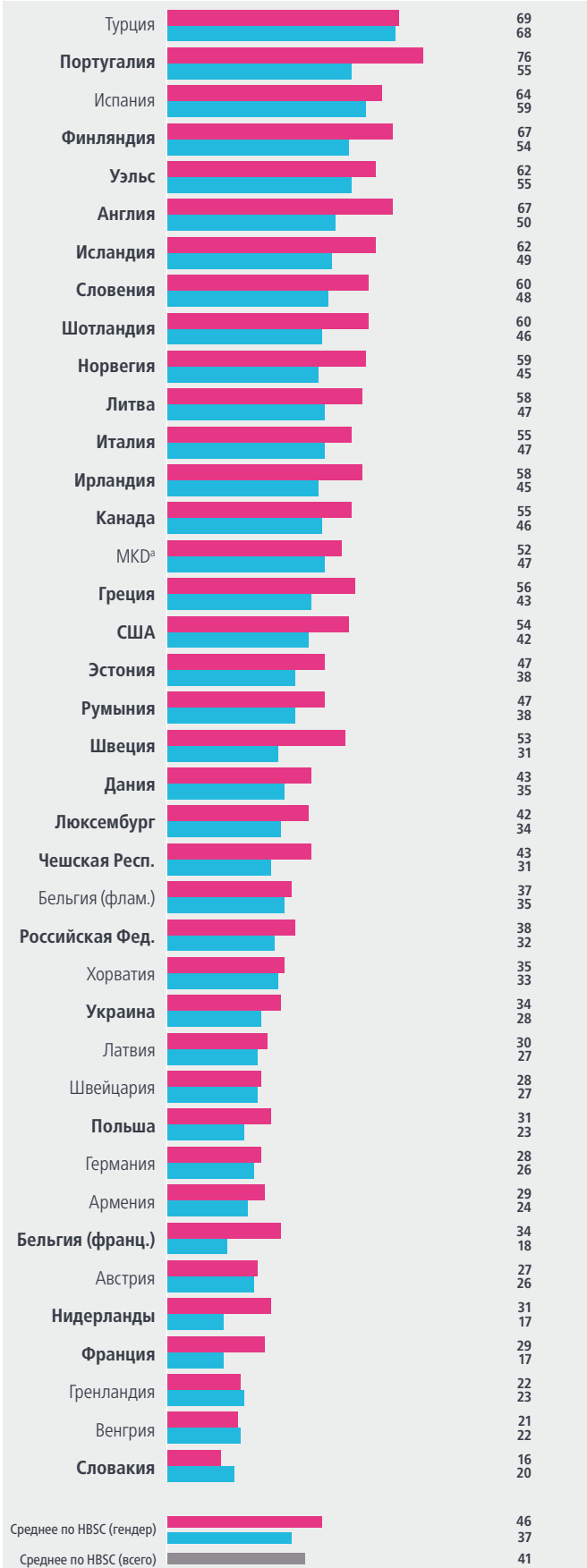
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, ощущающие
тяжесть школьной нагрузки

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

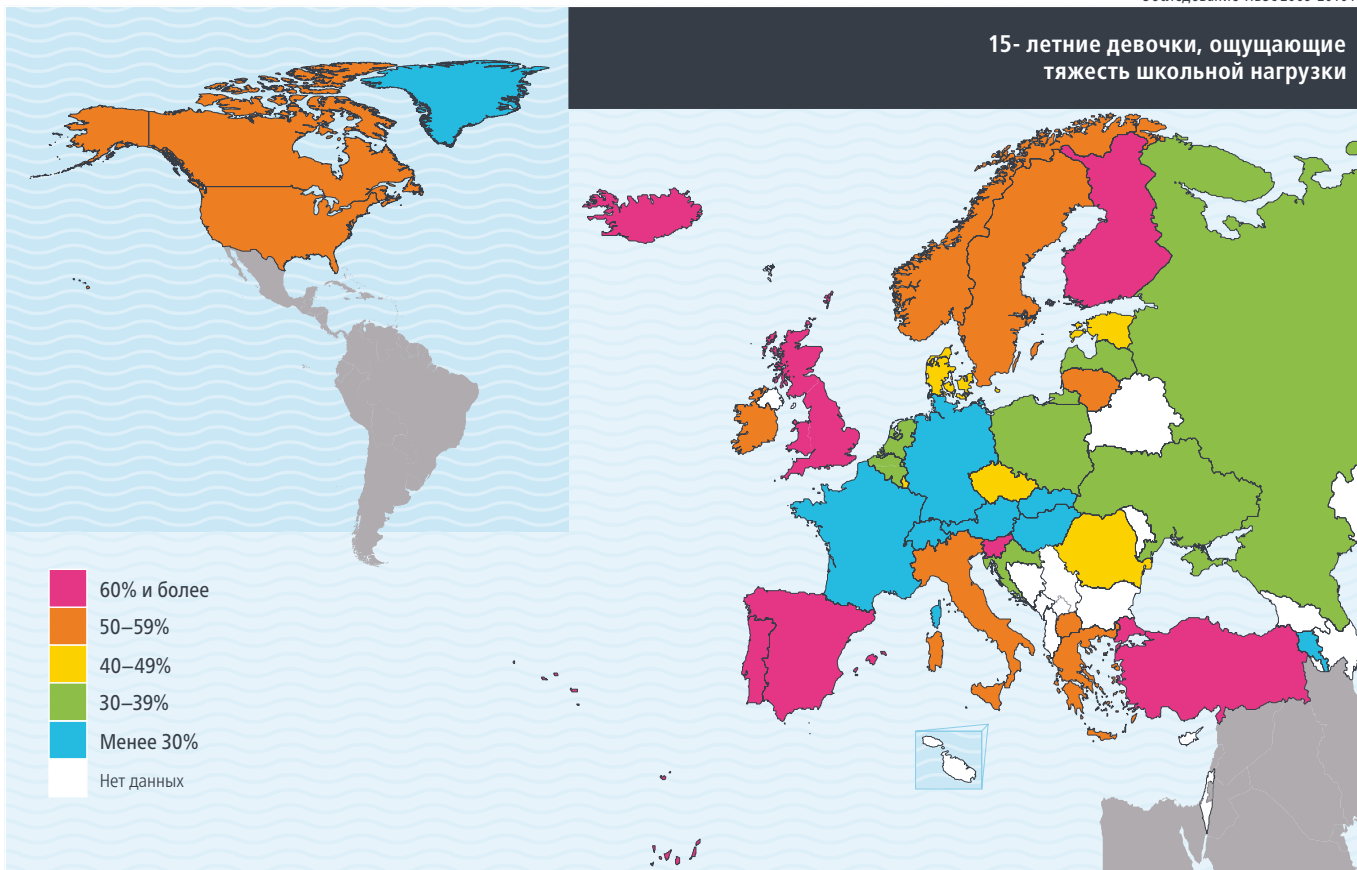
15-летние подростки, ощущающие
тяжесть школьной нагрузки

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

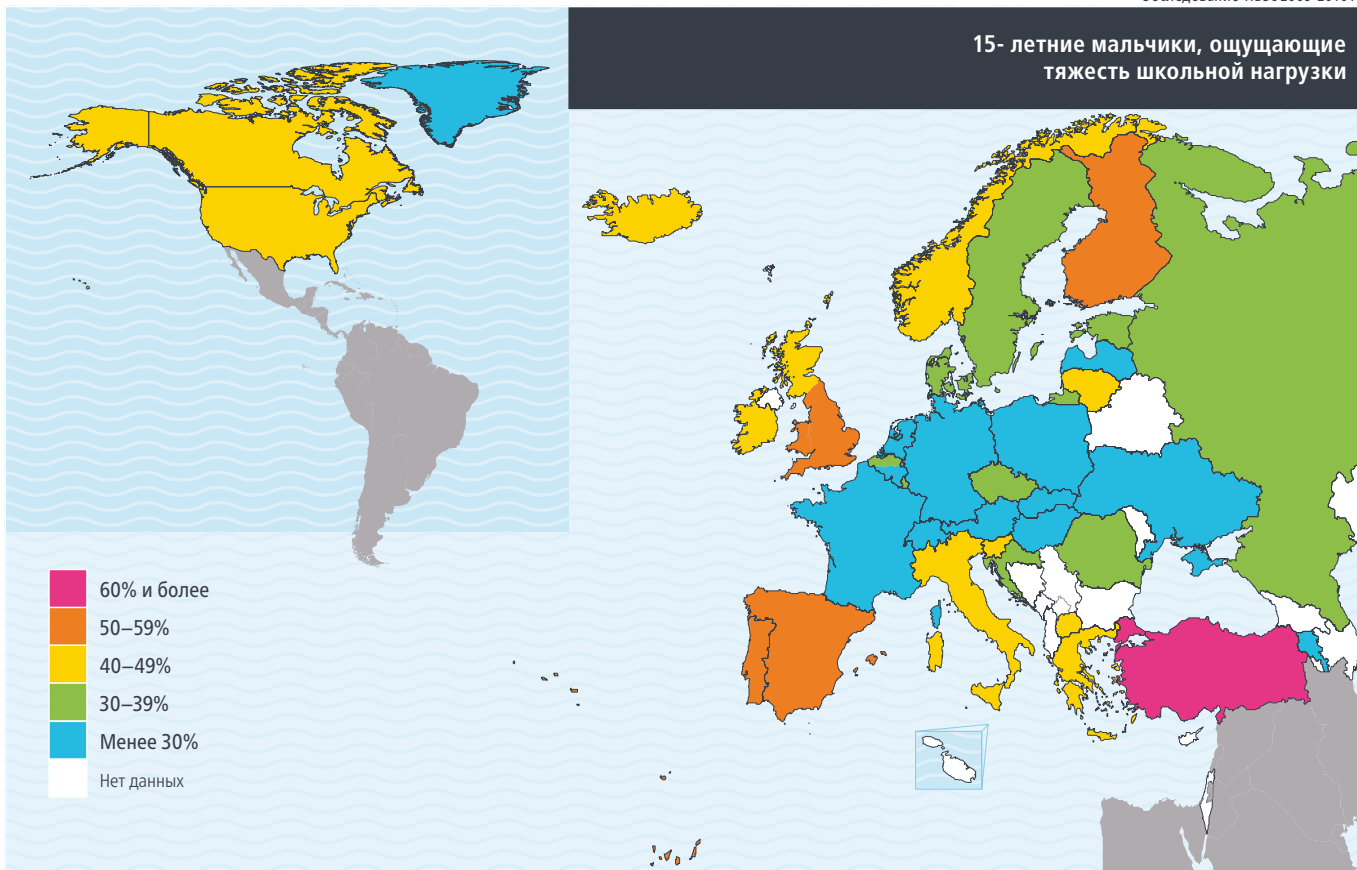
**15- летние девочки, ощущающие
тяжесть школьной нагрузки**



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

**15- летние мальчики, ощущающие
тяжесть школьной нагрузки**



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

ШКОЛА: ПОДДЕРЖКА ОДНОКЛАСНИКОВ

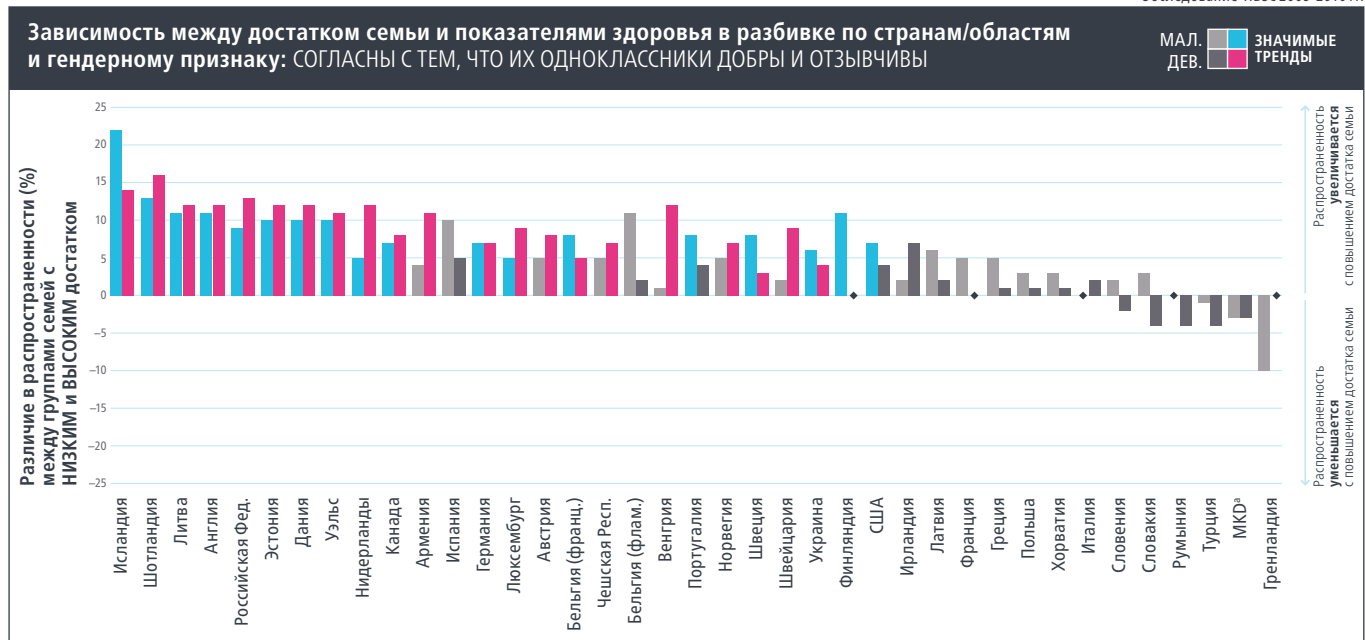
Группа сверстников, в частности, одноклассников, имеет принципиальное значение в социальной жизни молодого поколения (19). Благожелательность одноклассников способствует формированию чувства причастности к какой-то социальной группе или ситуации (20), тогда как отсутствие такой поддержки может внести большое напряжение в жизнь школьников.

Уровень поддержки со стороны одноклассников в восприятии учащихся связан с такими аспектами школьного опыта, как удовлетворенность школой (21) и мотивация школьной деятельности (22), связанный со школой стресс (23) и причинение обид слабым (24). Поддержка одноклассников может способствовать ослаблению связи между тем фактом, что учащийся бывает объектом причинения обид, и его способностью соответствовать учебным требованиям (25).

При восприятии степени поддержки одноклассников как низкой отмечаются соматические и психологические жалобы на здоровье, такие как головная боль, боль в животе и снижение настроения (22,26), а также бóльшая распространенность курения и употребления алкоголя (27). При высокой степени поддержки со стороны одноклассников наблюдаются высокая степень удовлетворенности жизнью (28), бóльшая вера в себя (29) и более высокие уровни физической активности (30).

Школам следует стремиться создать благоприятную атмосферу в классе, благодаря которой все учащиеся чувствуют свою причастность деятельности, направленной на освоение норм поведения как на уровне школы, так и на уровне класса, и использование педагогических методов, акцентирующих стратегии совместного усвоения материала (28,31).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам предложили выразить свое согласие или несогласие с утверждением: «Большинство учеников в моем классе добры и отзывчивы». Варианты ответов варьировались от «полностью согласен» до «полностью не согласен». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые либо согласны, либо полностью согласны с данным утверждением.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей мальчики и девочки с возрастом значительно реже считали, что одноклассники оказывают поддержку. Практически во всех странах такое возрастное снижение показателя составляло менее 15%.

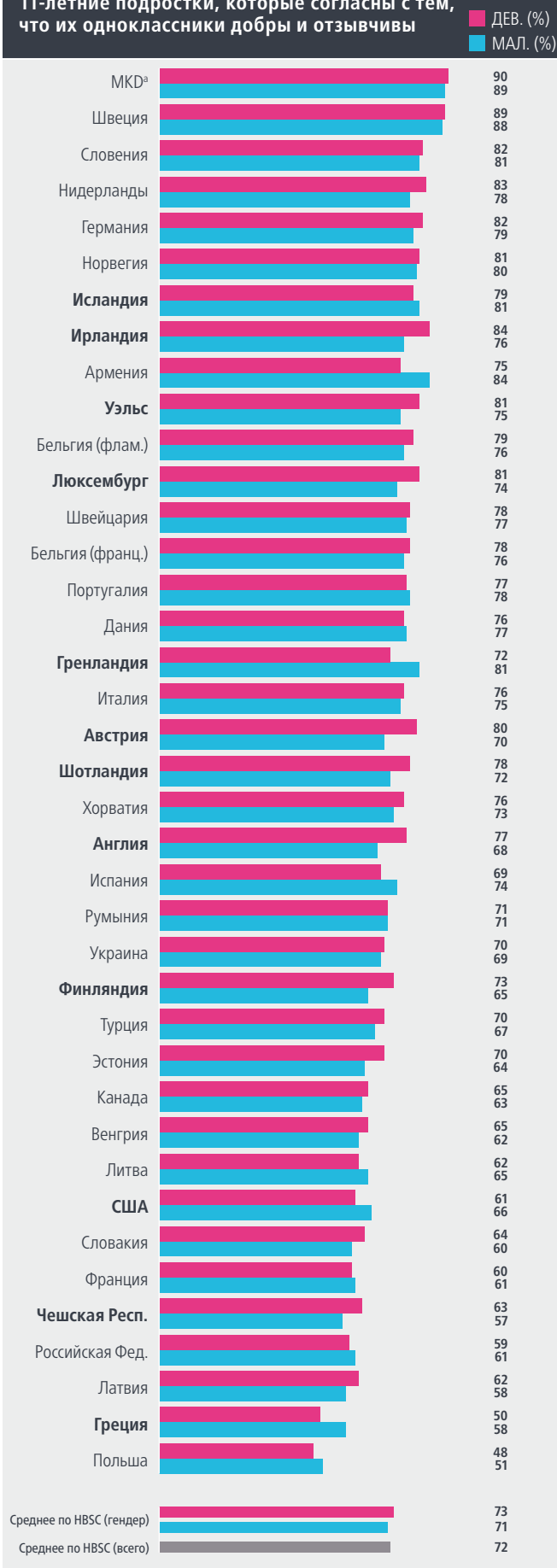
Гендерные различия

Никаких четких гендерных закономерностей выявлено не было.

Достаток семьи

Выявлена значимая зависимость между высоким достатком семьи и более высоким уровнем распространённости, со слов респондентов, поддержки одноклассников примерно в половине стран и областей для мальчиков и девочек. Различия в показателе поддержки, отзывчивости одноклассников между семьями с низким и высоким достатком обычно были ниже 15%, при этом более выраженные различия чаще наблюдались среди девочек.

11-летние подростки, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы



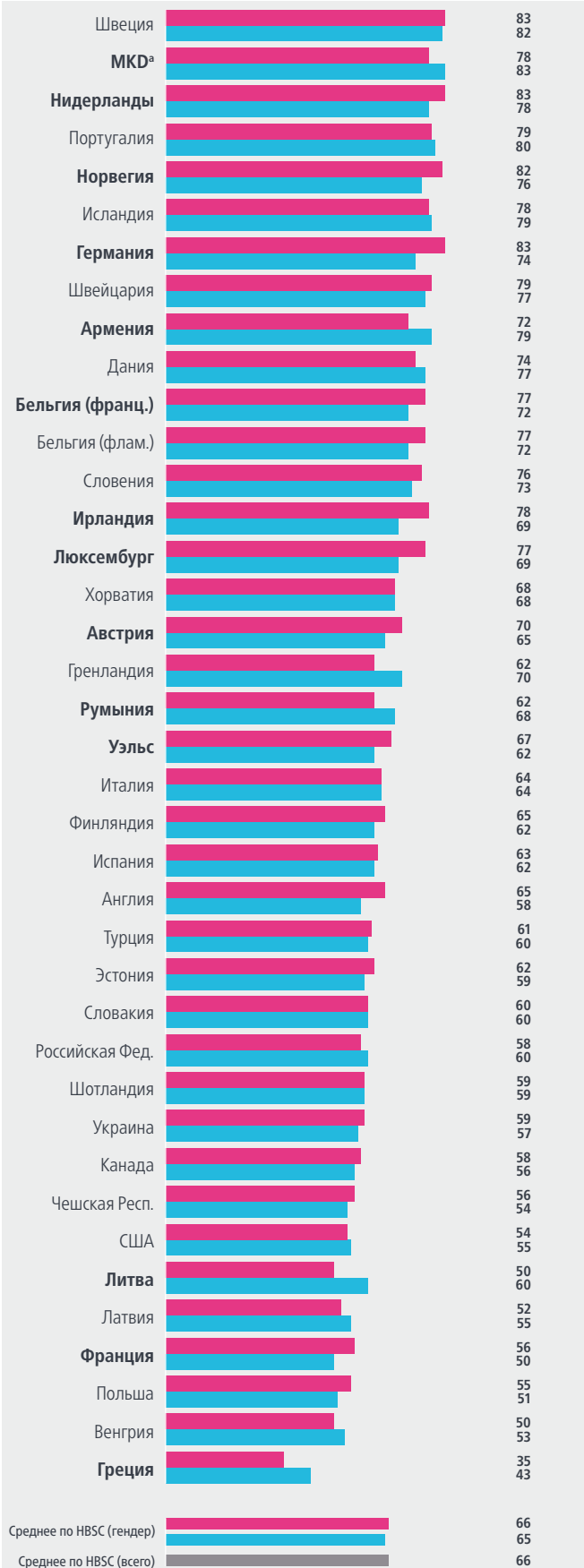
* Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

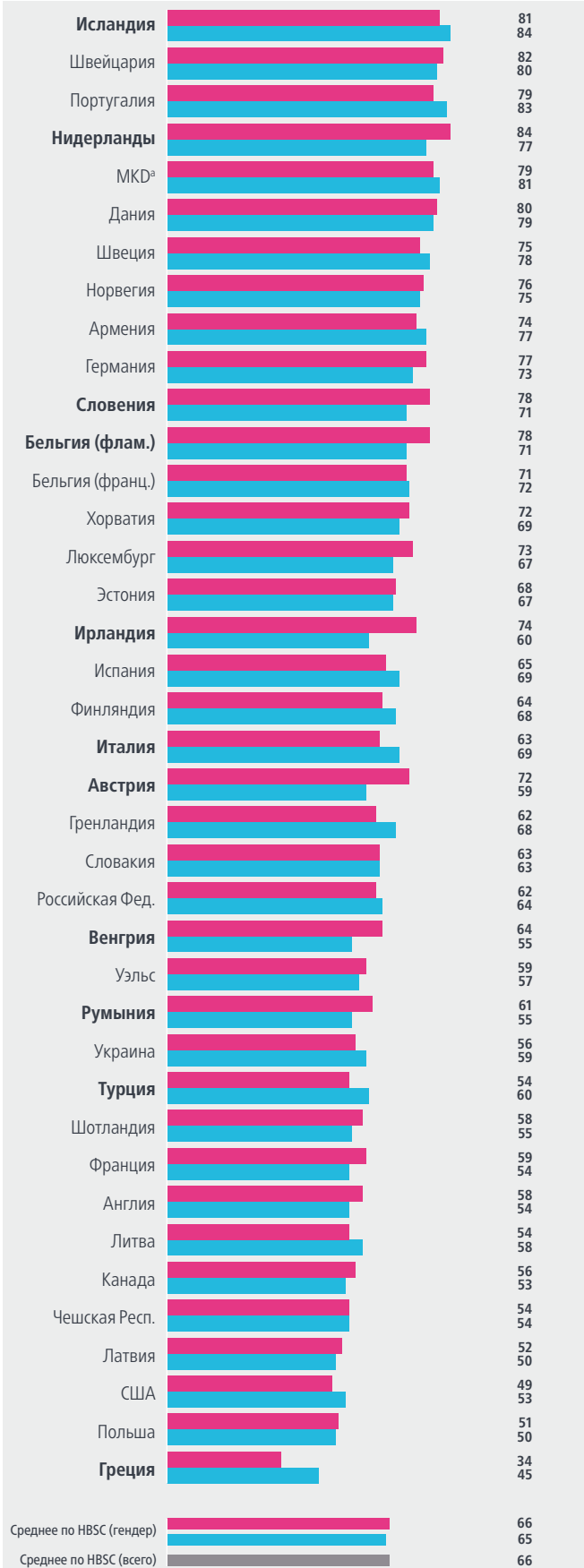
13-летние подростки, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



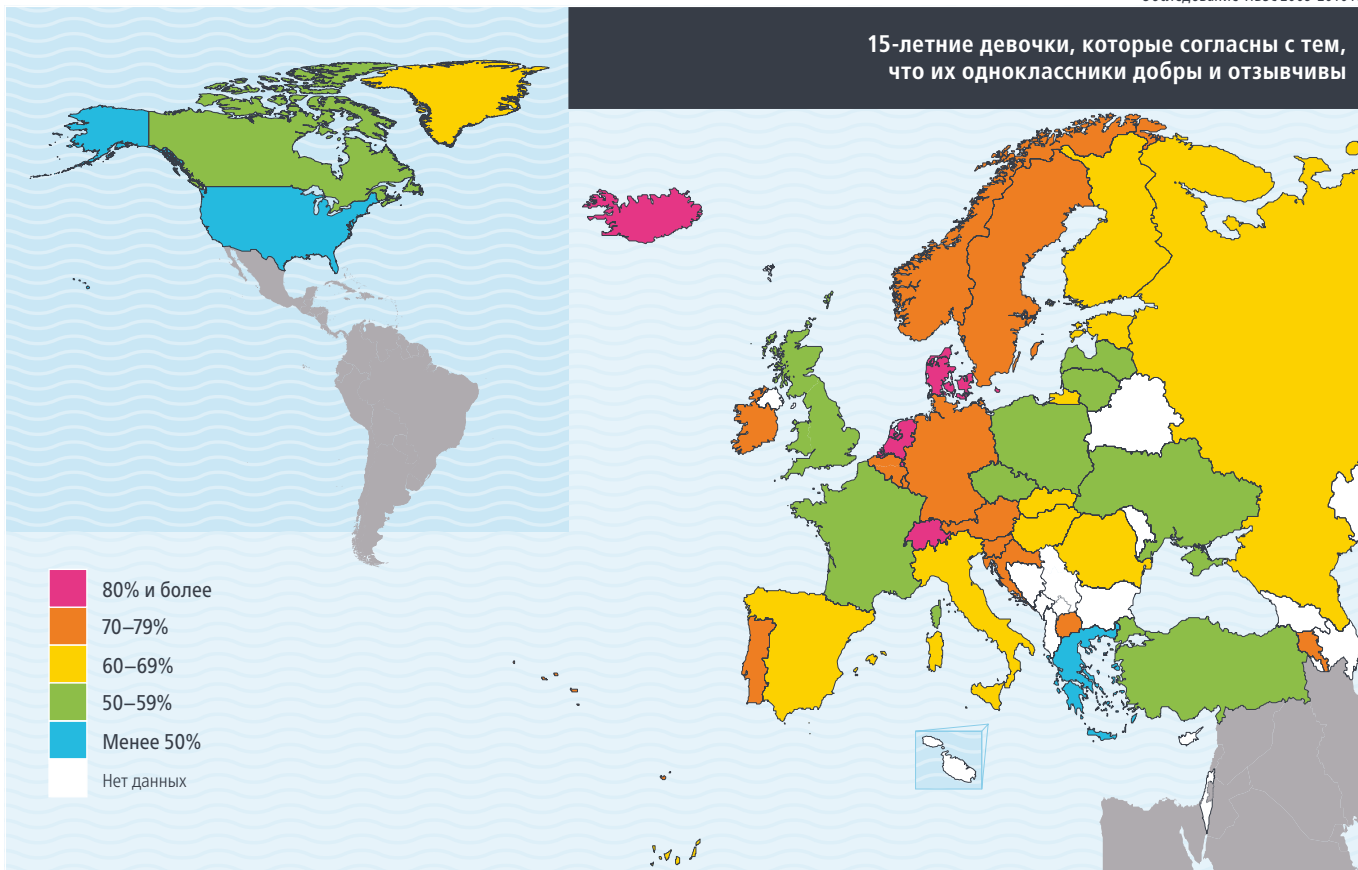
15-летние подростки, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

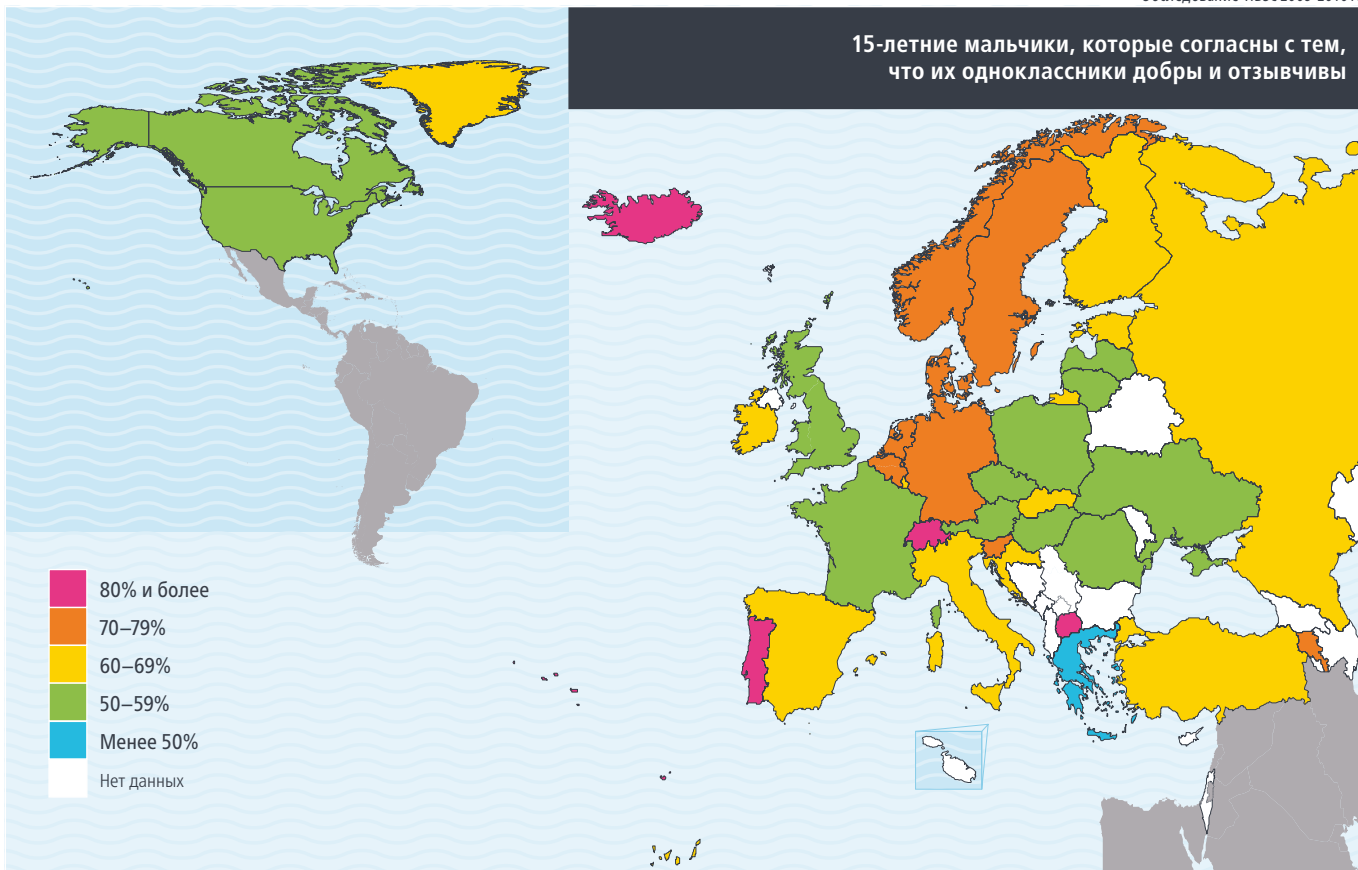
15-летние девочки, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы



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

ШКОЛА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Затронутые школьные темы представляют различные аспекты школьного опыта юного поколения, но их объединяет ряд важных черт.

Во-первых, они отражают в более широком контексте теорию самоопределения (20), которая может помочь получить представление о позитивных поведенческих факторах в отношении здоровья, таких как отказ от курения (32) и физическая активность (33). Эта теория постулирует существование трех базовых психологических потребностей – компетентность, самостоятельность и социальные связи и взаимоотношения – которые должны удовлетворяться для обеспечения оптимального благополучия. В рассматриваемой здесь школьной проблематике компетентность представлена восприятием школьниками своих учебных достижений, самостоятельность – восприятием школьной нагрузки (в плане того, что самостоятельность помогает не воспринимать учебную нагрузку как тяжелую) (34) а социальные связи – восприятием поддержки со стороны одноклассников, при этом общее благоприятное отношение к школе является залогом формирования оптимального благополучия.

Во-вторых, возможно, благодаря теоретической взаимосвязанности школьных концепций, их объединяют сходные закономерности, в частности, в возрастном аспекте. По всем странам и областям с возрастом восприятие подростками различных аспектов жизни ухудшается, при этом школа нравится все меньше, свои учебные достижения все реже воспринимаются как успешные и несколько менее оптимистично воспринимается поддержка со стороны одноклассников, тогда как уровень школьной нагрузки, по мнению учащихся, повышается. Таким образом, в период с 11 до 15 лет наблюдается систематическая закономерность, которая состоит в том, что школа все в большей степени перестает отвечать базовым психологическим потребностям учащихся.

Эти результаты согласуются с данными Eccles и Roeser (35), и других авторов (36), которые высказали предположение о том, что такая закономерность отражает несоответствие между средой в средней школе и потребностями подростков. В том возрасте, когда учащиеся могли бы получить пользу от более тесной связи со своими учителями и от более благоприятного школьного климата, происходит обратное. Организация работы школ такова, что наблюдается тенденция к обезличиванию при переходе от начальной школы к средней, когда предметы начинают вести разные учителя, а во многих странах по каждому предмету учеников делят на группы в зависимости от уровня успеваемости.

Вместе с тем, такое все более усугубляющееся несоответствие среды возрастным потребностям учащихся можно скорректировать, используя определенные школьные стратегии, ориентированные на учителей, классную среду, школьные структуры и меры политики в сфере образования (35). Данные HBSC в совокупности с комплексным анализом систем образования во всех странах могут дать представление о том, каким образом некоторые системы обеспечивают школьную среду, в большей степени соответствующую различным этапам развития учащихся.

Картина в гендерном аспекте прослеживается не столь четко. В последние годы научные круги все больше внимания уделяли вопросу о том, каким образом и почему школьная среда больше благоприятствует девочкам (37). Полученные данные до некоторой степени подкрепляют это положение: девочкам школа обычно нравится больше, и они сообщают о более высокой успеваемости, хотя нет практически никаких гендерных различий в восприятии поддержки со стороны одноклассников. Вместе с тем, не менее важно признать тот факт, что с возрастом у девочек отношение к школе ухудшается значительно более быстрыми темпами, так что к 15 годам разница в отношении к школе между девочками и мальчиками весьма незначительна. И мальчики, и девочки считают, что учебная нагрузка все возрастает, но в восприятии девочек эта нагрузка растет более быстрыми темпами, и к 15-летнему возрасту они испытывают большую тяжесть школьной нагрузки, чем мальчики.

Подкрепляя результаты других исследований (38,39) наши данные свидетельствуют о том, что более высокая оценка школьниками своих учебных достижений устойчиво коррелирует с более высоким достатком семьи. Высказывается предположение о том, что достаток семьи оказывает непосредственное влияние на успеваемость, поскольку родители имеют возможность выразить значимость, которую они придают образованию, предоставляя ребенку больше образовательных ресурсов дома и, возможно, уделяя ему больше времени (40).

Низкий уровень ШДС, однако, не означает автоматически, что у ребенка будет неблагоприятный школьный опыт. Подростки с крепкой верой в собственные силы в большей степени готовы вкладываться в учебу, преодолевая трудности (41), а развить веру в себя можно путем укрепления взаимоотношений между школьниками и их одноклассниками и учителями (29,41,42). Таким образом, можно использовать школьную среду для того, чтобы активизировать ресурс подростков, что, в свою очередь, может привести к положительным результатам в отношении здоровья и образования вне зависимости от достатка семьи.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Роль школы выходит за рамки усилий по достижению более высоких учебных результатов, она заключается также в укреплении здоровья и благополучия учащихся (40). В связи с этим приобрела значимость идея о важности изучения школьного климата, который иногда называют также школьной культурой или школьной средой (41). В ситуации позитивного школьного климата, который подразумевает и наличие доброжелательных, заботливых учителей, наблюдаются не только более высокая успеваемость, но и более благоприятные представления ребят о своем здоровье, самочувствии, благополучии и поведении в отношении своего здоровья (43).

Проблема создания позитивного школьного климата может решаться как на уровне класса, так и на уровне школы. В классе учителя должны быть надлежащим образом подготовлены и мотивированы для того, чтобы отвечать на потребности своих учеников в процессе чуткого и отзывчивого педагогического общения (42). Вопрос о необходимости осуществления следующих изменений заслуживает внимания:

- создание благожелательной атмосферы, способствующей развитию самостоятельности;
- обеспечение положительной обратной связи;
- обеспечение такого положения вещей, при котором учителя не будут отчитывать неуспевающих школьников в присутствии других учащихся;
- выявление и содействие развитию индивидуальных интересов и навыков учащихся как свидетельство того, что школа ценит привносимое в ее жизнь ребятами разнообразие (44).

Таким образом, рекомендуется отразить стратегии и подходы к формированию позитивной, способствующей индивидуальному развитию атмосферы в школе, как в программе преддипломного обучения учителей, так и в процессе дальнейшего повышения их квалификации (40).

На уровне школы, как оказалось, реализация концепции школы, ориентированной на укрепление здоровья, которая направлена не только на факторы, связанные с образом жизни, такие как питание и физическая активность, но также и на социальные факторы, оказалась перспективной в следующих аспектах:

- создание позитивного школьного климата;
- развитие и сохранение школьного сообщества, пронизанного духом демократии и широкого коллективного участия в школьной жизни;
- осуществление разнообразия стратегий освоения знаний и обучения с целью более активного вовлечения всех учащихся в этот процесс (45).

Итоговые результаты реализации концепции школы, ориентированной на укрепление здоровья, могут в большой степени зависеть от работы учителей, организации школы и взаимоотношений с родителями и более широким сообществом (46). Кроме того, они также могут зависеть от конкретного исторического, политического и культурного контекста школьной системы. Например, в странах с нестабильной школьной системой, или с такой системой, которая требует от учащихся высокой конкурентоспособности, или системой с традиционной ориентацией на теоретические

знания в ущерб практическим умениям, групповой работе и взаимодействию учащихся с учителями и другими школьниками, – в таких странах достижение желаемых итоговых результатов реализации концепции школы, ориентированной на укрепление здоровья, становится более сложной и проблематичной задачей.

Сравнение школьных систем и соответствующих результатов исследования HBSC, касающихся опыта школьной жизни, могут помочь установить те грани школьных систем, которые могут способствовать формированию благоприятной школьной среды и позитивного опыта для юного поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bradshaw J, Keung A. Trends in child subjective well-being in the UK. *Journal of Children's Services*, 2011, 6:4–17.
2. Harel-Fisch Y et al., Members of the HBSC Violence and Injury Prevention Focus Group. Negative school perceptions and involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence*, 2011, 34(4):639–652.
3. Dias SF, Matos MG, Goncalves AC. Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 2005, 15:200–204.
4. Bidstrup PE et al. Social-cognitive and school factors in lifetime smoking among adolescents. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2008, 17(8):1862–1871.
5. Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, 2008, 42(3):209–220.
6. Archambault I et al. Adolescent behavioral, affective, and cognitive engagement in school: relationship to dropout. *The Journal of School Health*, 2009, 79(9):408–415.
7. Shochet IM et al. School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: results of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2006, 35(2):170–179.
8. Rowe F, Stewart D, Patterson C. Promoting school connectedness through whole school approaches. *Health Education*, 2007, 107:524–542.
9. Schnohr CW et al. School-related mediators in social inequalities in smoking: a comparative cross-sectional study of 20 399 adolescents. *International Journal for Equity in Health*, 2009, 8(17):17.
10. Suldo SM, Riley KN, Shaffer EJ. Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International*, 2006, 27:567–582.
11. Sulder SM, Huebner ES. Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 2006, 78:179–203.
12. Nansel TR et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 2001, 285(16):2094–2100.
13. Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. Школа и здоровье. В: Currie С и др. ред. *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, No.4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.)*.
14. Véronneau MH, Dishion TJ. Middle school friendships and academic achievement in early adolescence: a longitudinal analysis. *The Journal of Early Adolescence*, 2011, 31(1):99–124.
15. Barber BK, Olsen JA. Assessing the transitions to middle and high school. *Journal of Adolescent Research*, 2004, 19:3–30.
16. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 2001, 24(6):701–713.
17. Simetin IP et al. Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers and family affluence. *European Journal of Public Health*, 2011, 21(1):122–128.
18. Huebner ES et al. Life satisfaction in children and youth: empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 2004, 41:81.
19. Demaray MK, Malecki CJ. The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 2002, 39:305–316.
20. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 2000, 55(1):68–78.
21. Samdal O et al. Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 1998, 13:383–397.
22. Torsheim T, Wold B, Samdal O. The teacher and classmate support scale: factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13 and 15 year-old adolescents. *School Psychology International*, 2000, 21:195–212.
23. Vieno A et al. School climate and well being in early adolescence: a comprehensive model. *European Journal of Social Psychology*, 2004, 2:219–237.
24. Nansel TR et al. and the HBSC Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004, 158(8):730–736.
25. Wang J, Iannotti RJ, Luk JW. Peer victimization and academic adjustment among early adolescents: moderation by gender and mediation by perceived classmate support. *The Journal of School Health*, 2011, 81(7):386–392.

26. Wit D et al. Perception of declining classmate and teacher support following the transition to high school: potential correlates of increasing student mental health difficulties. *Psychology in the Schools*, 2011, 48:556–572.
27. Samdal O et al. Students' perceptions of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research and Theory*, 2000, 8:141–167.
28. Danielsen AG et al. School-related social support and students' perceived life satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 2009, 102:303–318.
29. Vieno A et al. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 2007, 39(1–2):177–190.
30. Martin JJ et al. Using social cognitive theory to predict physical activity and fitness in underserved middle school children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2011, 82(2):247–255.
31. Hamre BK, Pianta RC. Student–teacher relationships. In Bear GG, Minke KM eds. *Children's needs III: development, prevention, and intervention*. Bethesda, MD, National Association of School Psychologists, 2006:1106.
32. Williams GC et al. The importance of supporting autonomy and perceived competence in facilitating long-term tobacco abstinence. *Annals of Behavioral Medicine*, 2009, 37(3):315–324.
33. Ryan RM et al. Self-determination theory and physical activity: the dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 2009, 6:107–124.
34. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.
35. Eccles JS, Roeser RW. Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 2011, 21:225–241.
36. De Wit DJ, Karioja K, Rye BJ. Students' perceptions of diminished teacher and classmate support following the transition to high school: are they related to declining attendance? *School Effectiveness and School Improvement*, 2010, 21:451–472.
37. Mills M, Keddle A. Gender justice and education: construction of boys within discourses of resentment, neo-liberalism and security. *Educational Review*, 2010, 62:407–420.
38. White KR. The relation between socioeconomic status and academic achievement. *Psychological Bulletin*, 1982, 91:461–481.
39. Sirin SR. Socio-economic status and academic achievement: a meta-analytic review of research. *Review of Educational Research*, 2005, 75:417–453.
40. Jourdan D et al. The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education*, 2008, 15(3):36–38.
41. Cohen J et al. School climate: research, policy, practice, and teacher education. *Teachers College Record*, 2009, 111:180–213.
42. Danielsen AG et al. Perceived support provided by teachers and classmates and students' self-reported academic initiative. *Journal of School Psychology*, 2010, 48(3):247–267.
43. Jia Y et al. The influence of student perceptions of school climate on socioemotional and academic adjustment: a comparison of Chinese and American adolescents. *Child Development*, 2009, 80(5):1514–1530.
44. Jang H, Reeve J, Deci EL. Engaging students in learning activities: it is not autonomy support or structure but autonomy support and structure. *Journal of Educational Psychology*, 2010, 102:588–600.
45. *Achieving health promoting schools: guidelines for promoting health in schools*. Saint-Denis Cedex, International Union for Health Promotion and Education, 2009.
46. Bell L, Bolam R, Cubillo L. A systematic review of the impact of school leadership and management on student outcomes. In: *Research evidence in education library*. London, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2003.

ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ВЕС ТЕЛА



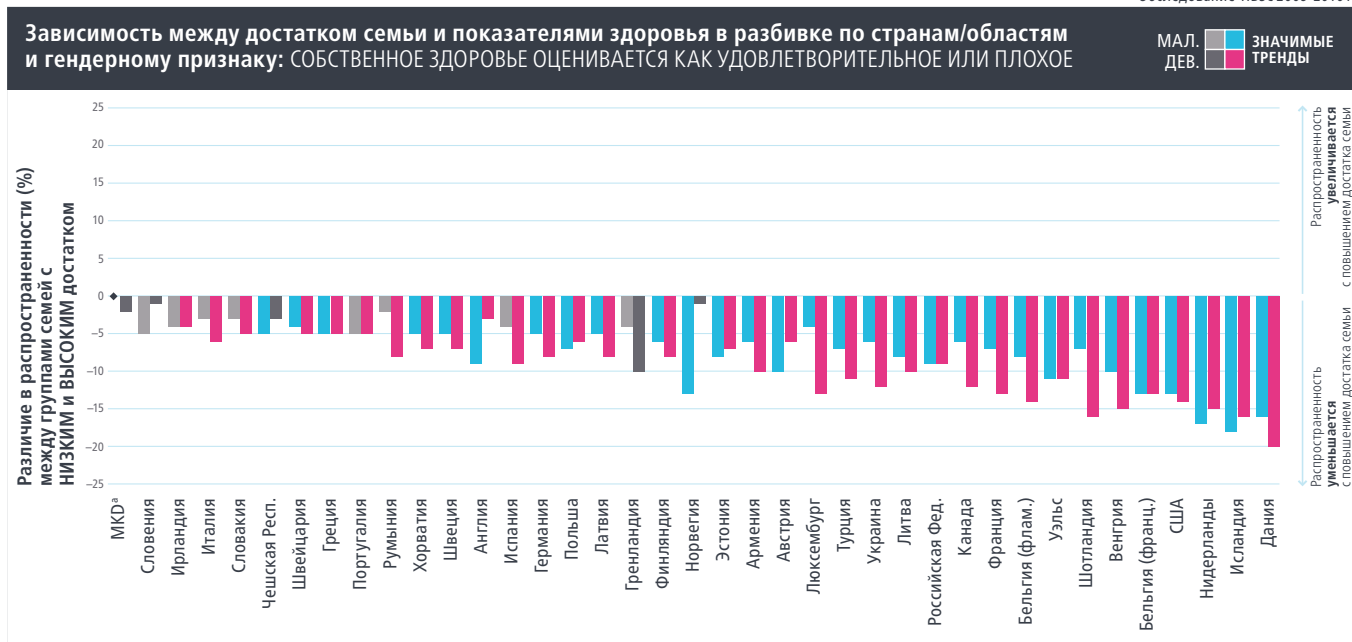
ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

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

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

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

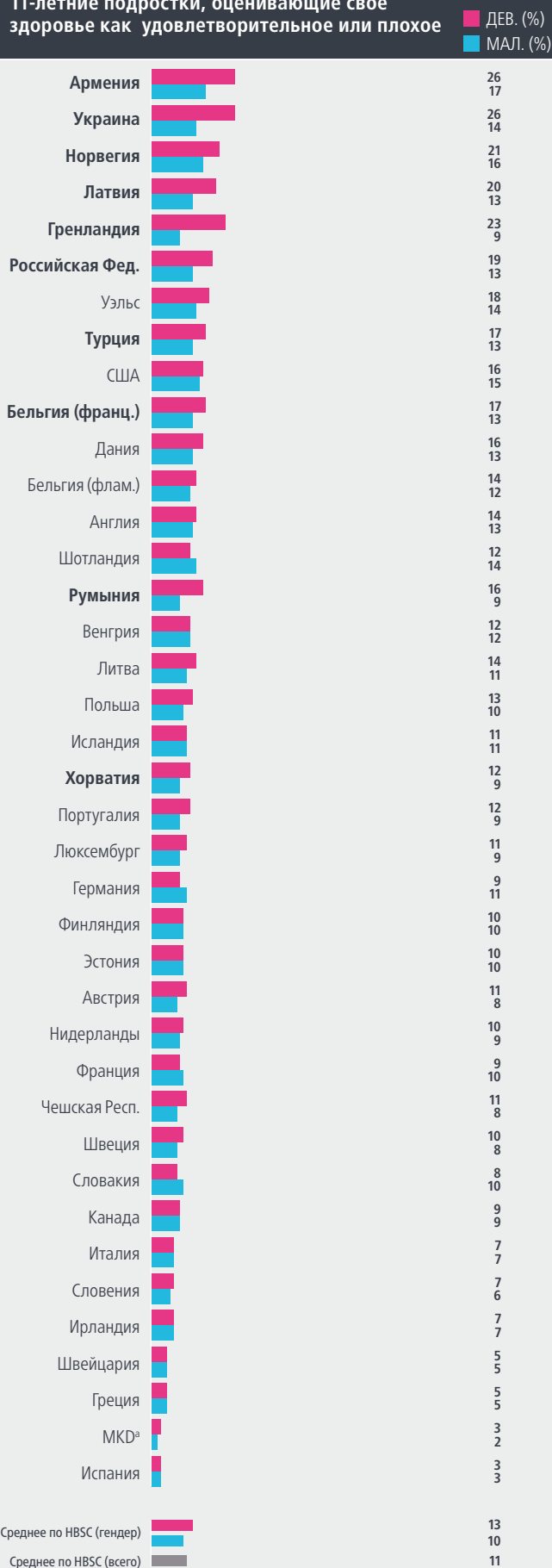
Гендерные различия

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

Достаток семьи

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

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



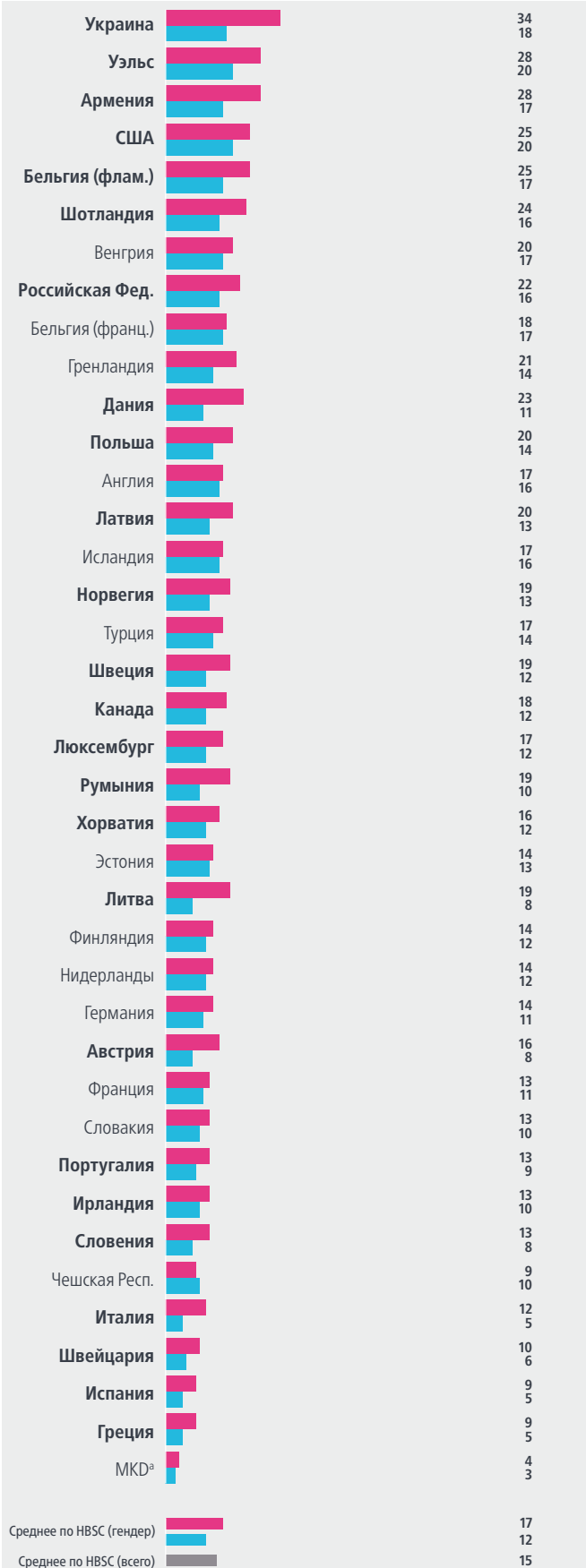
* Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

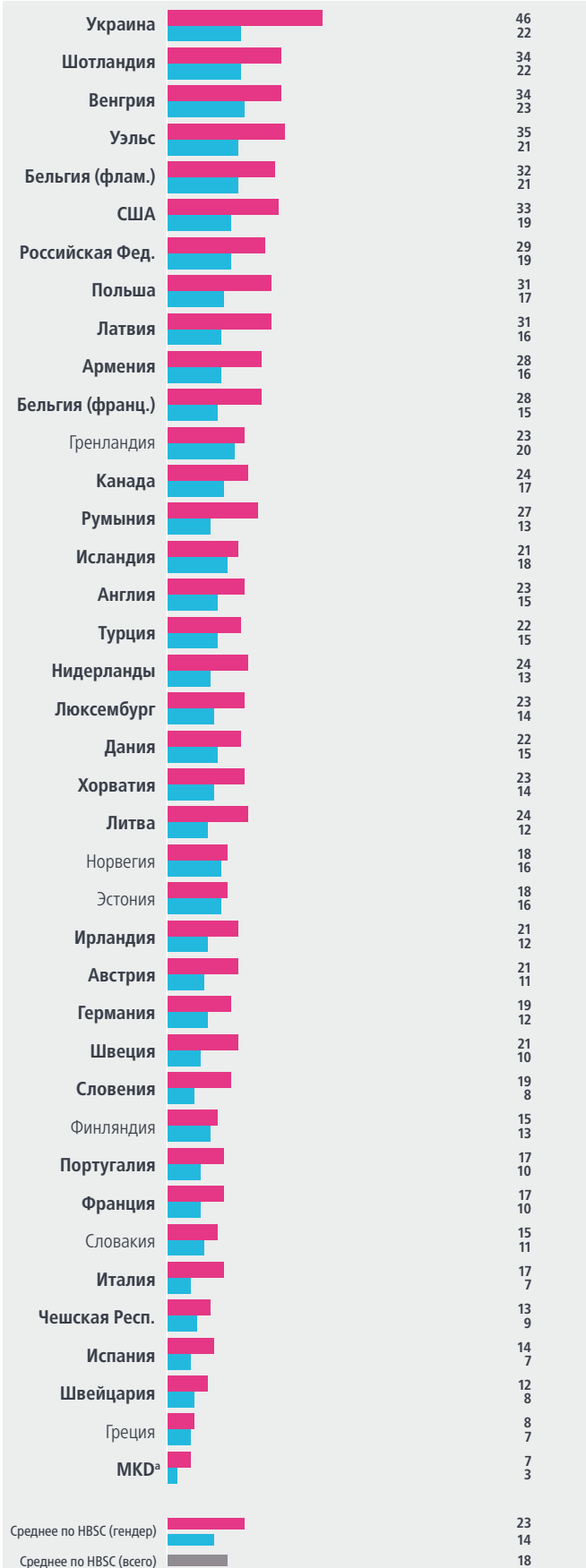
13-летние подростки, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

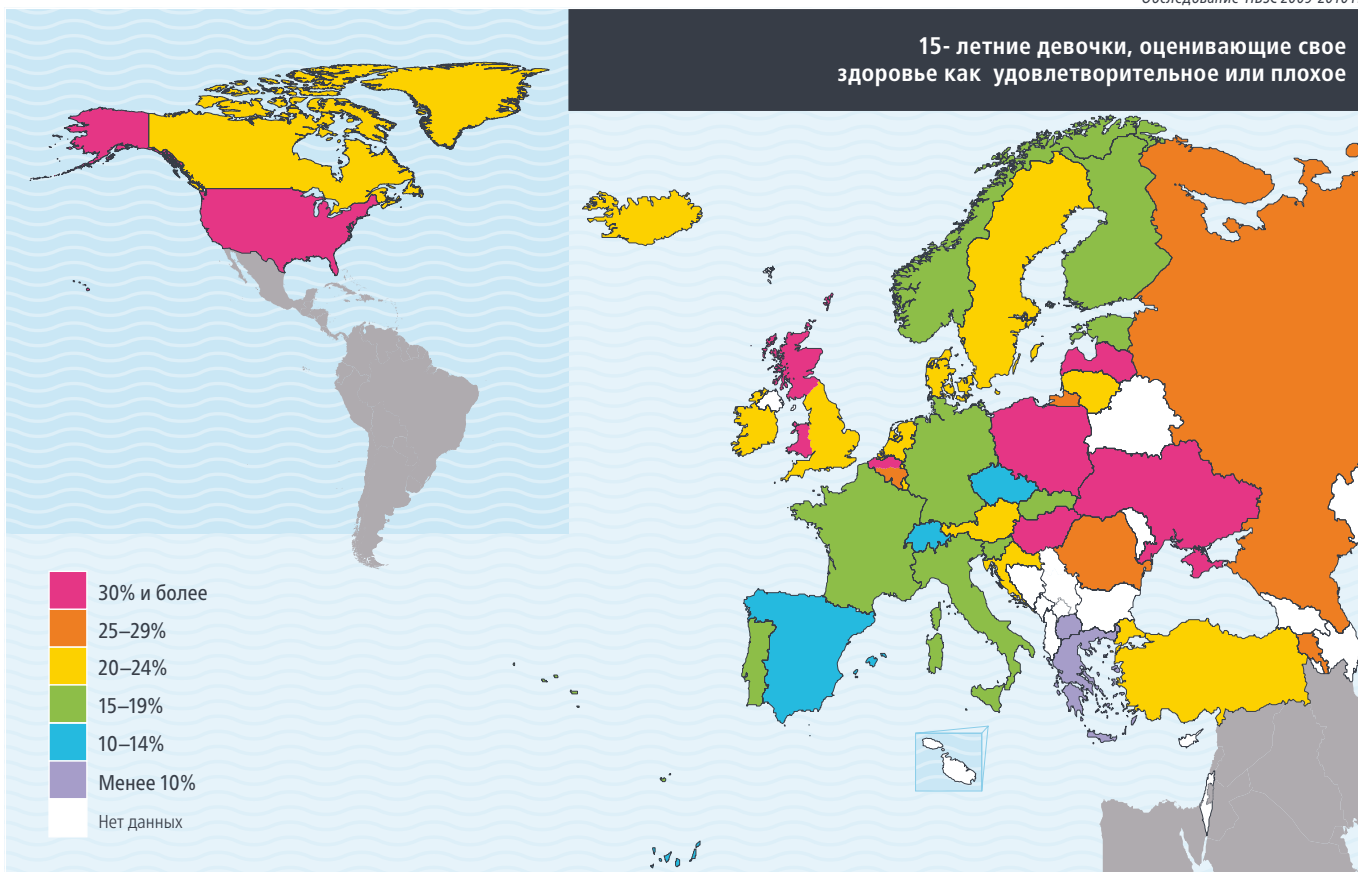


15-летние подростки, оценивающие свое здоровье как удовлетворительное или плохое

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

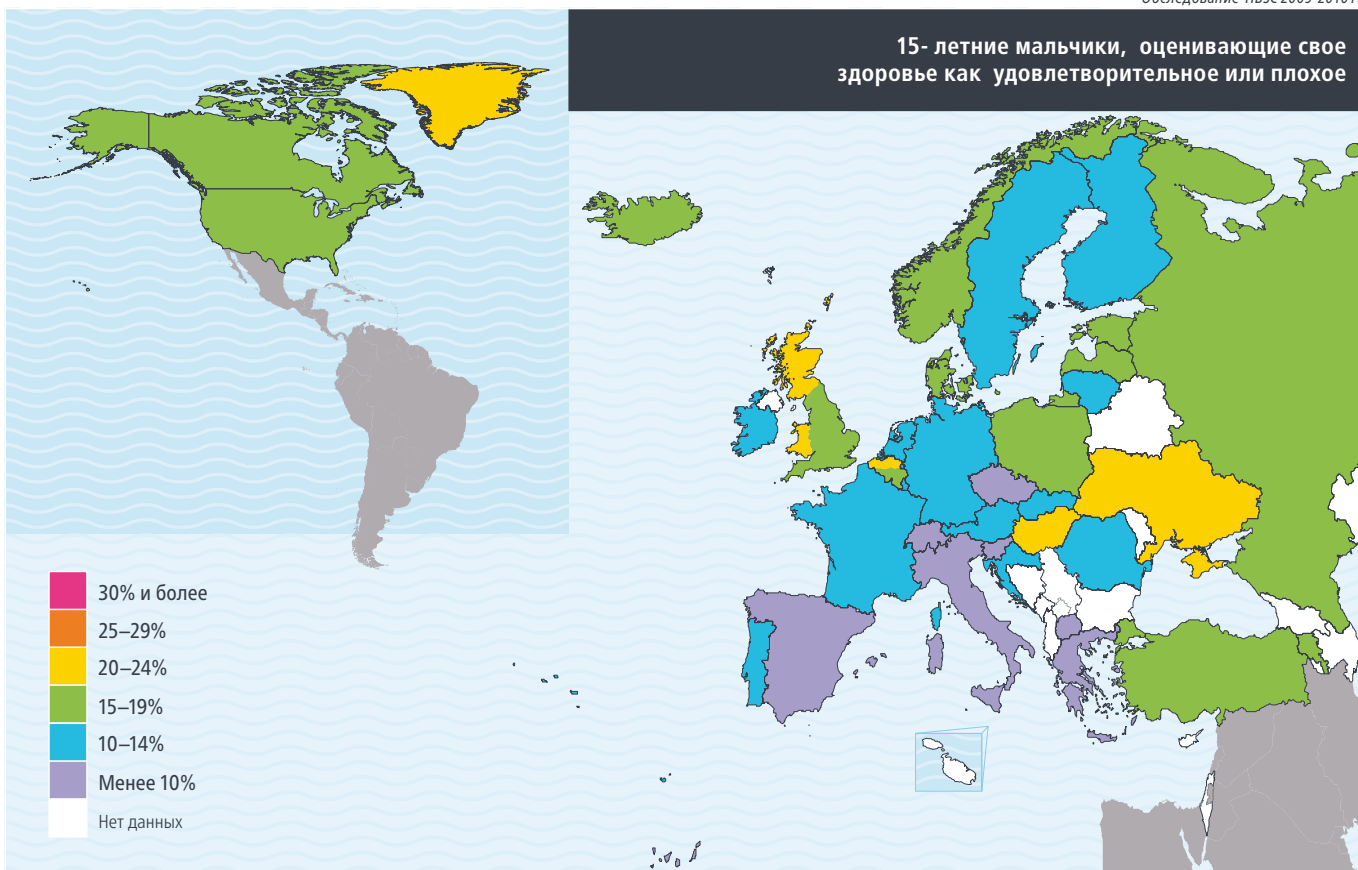
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

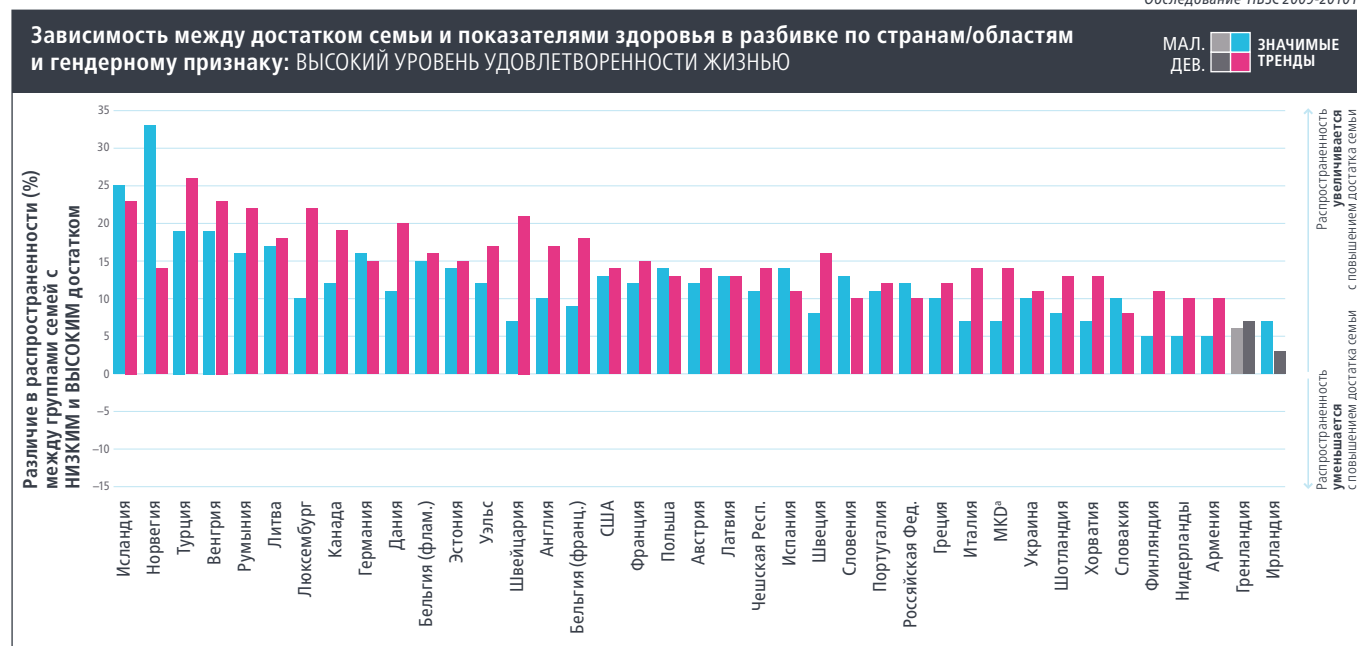
ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ

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

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

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



ИЗМЕРЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

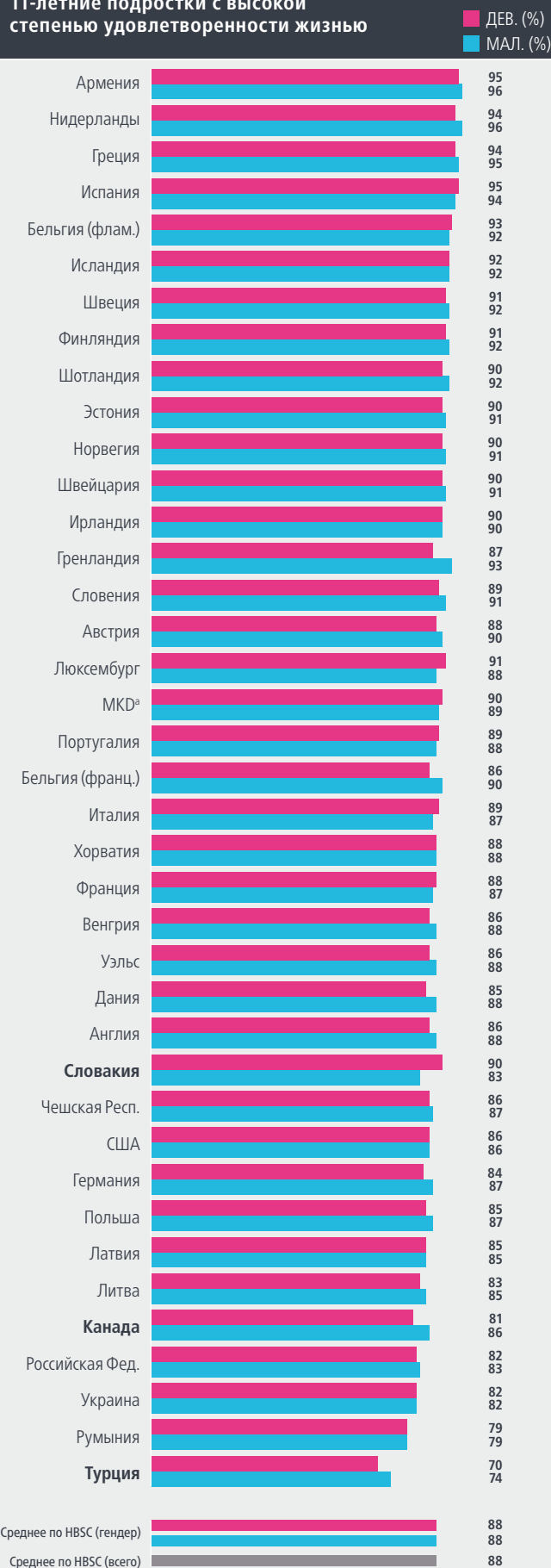
Гендерные различия

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

Достаток семьи

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

11-летние подростки с высокой степенью удовлетворенности жизнью



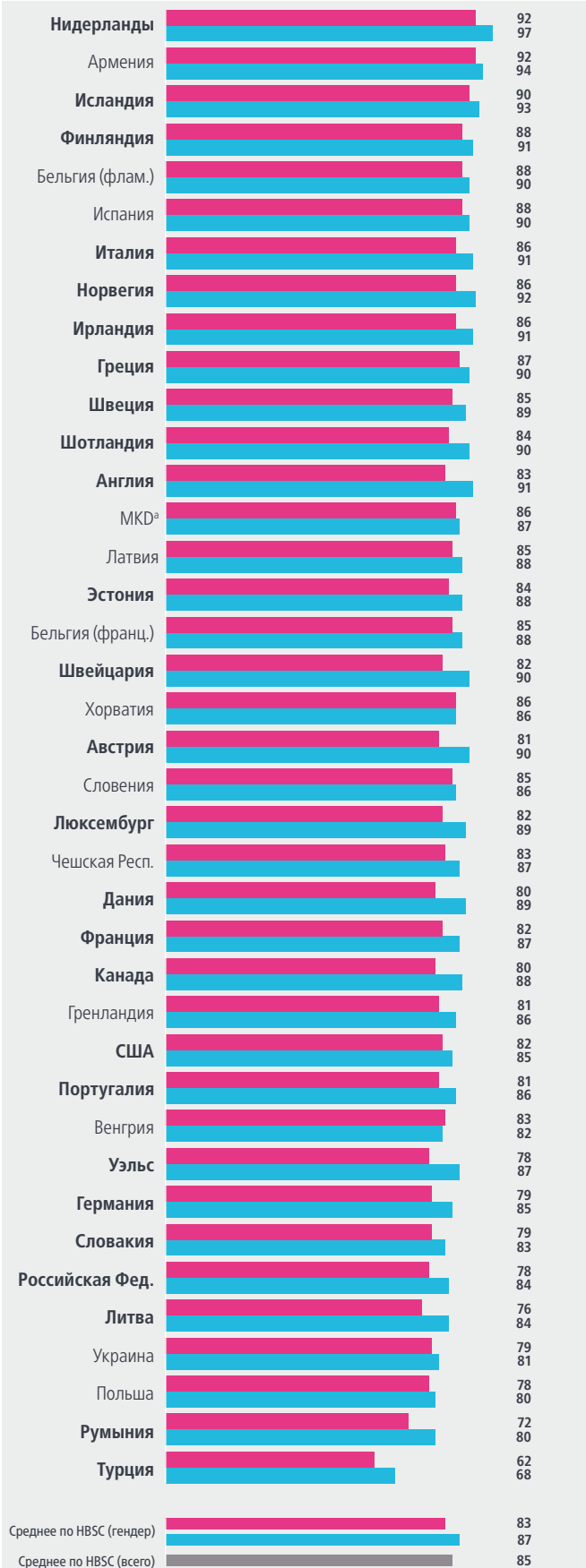
* Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

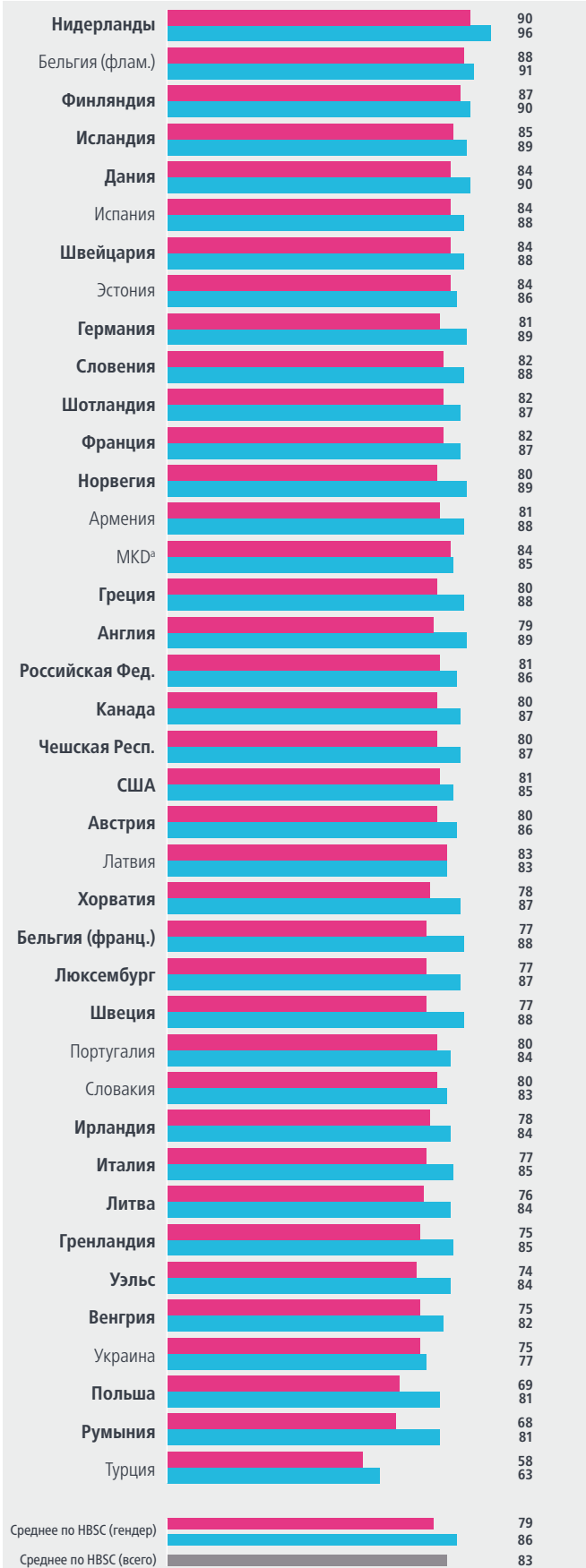
13-летние подростки с высокой степенью удовлетворенности жизнью

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

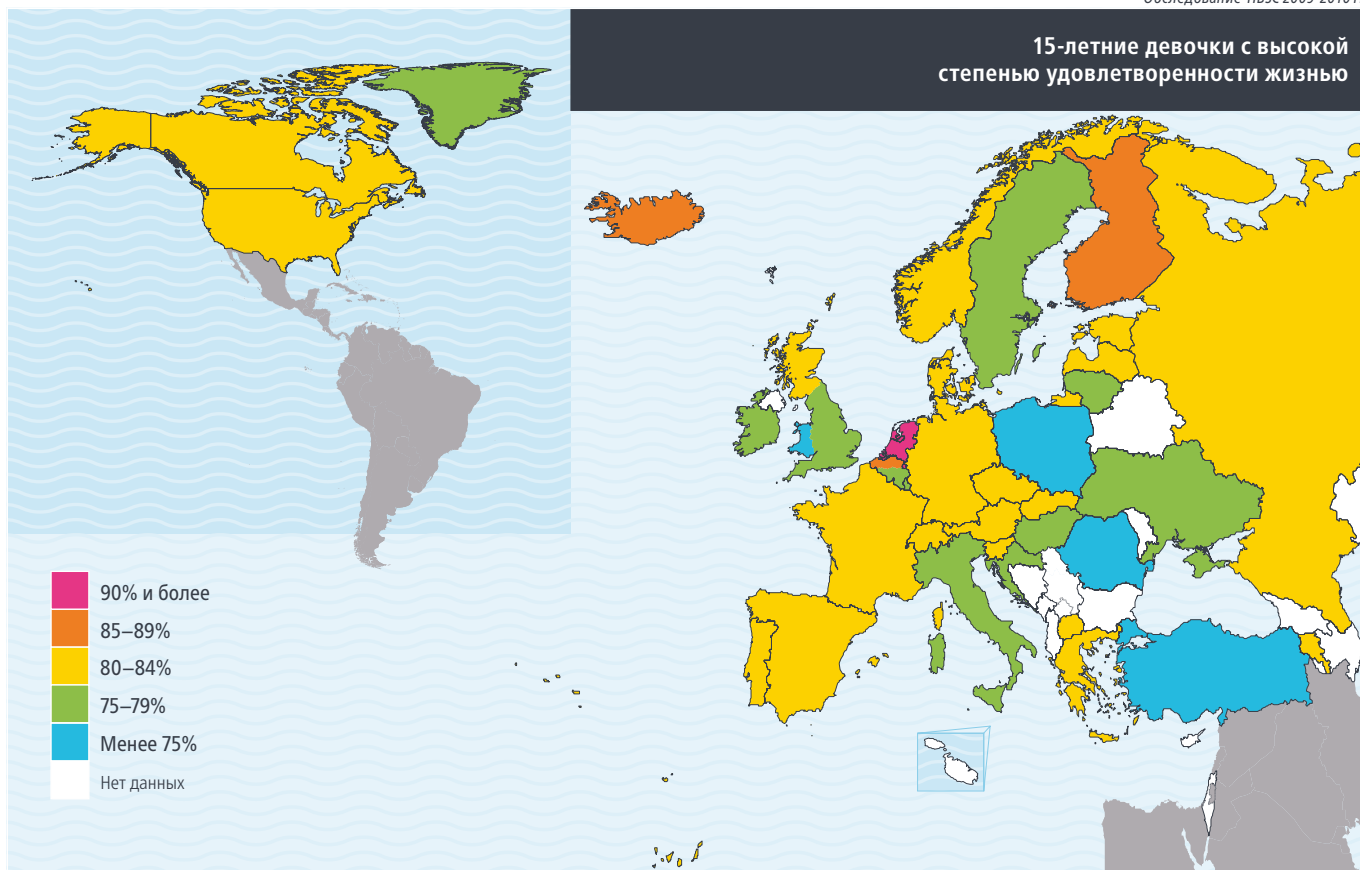


13-летние подростки с высокой степенью удовлетворенности жизнью

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

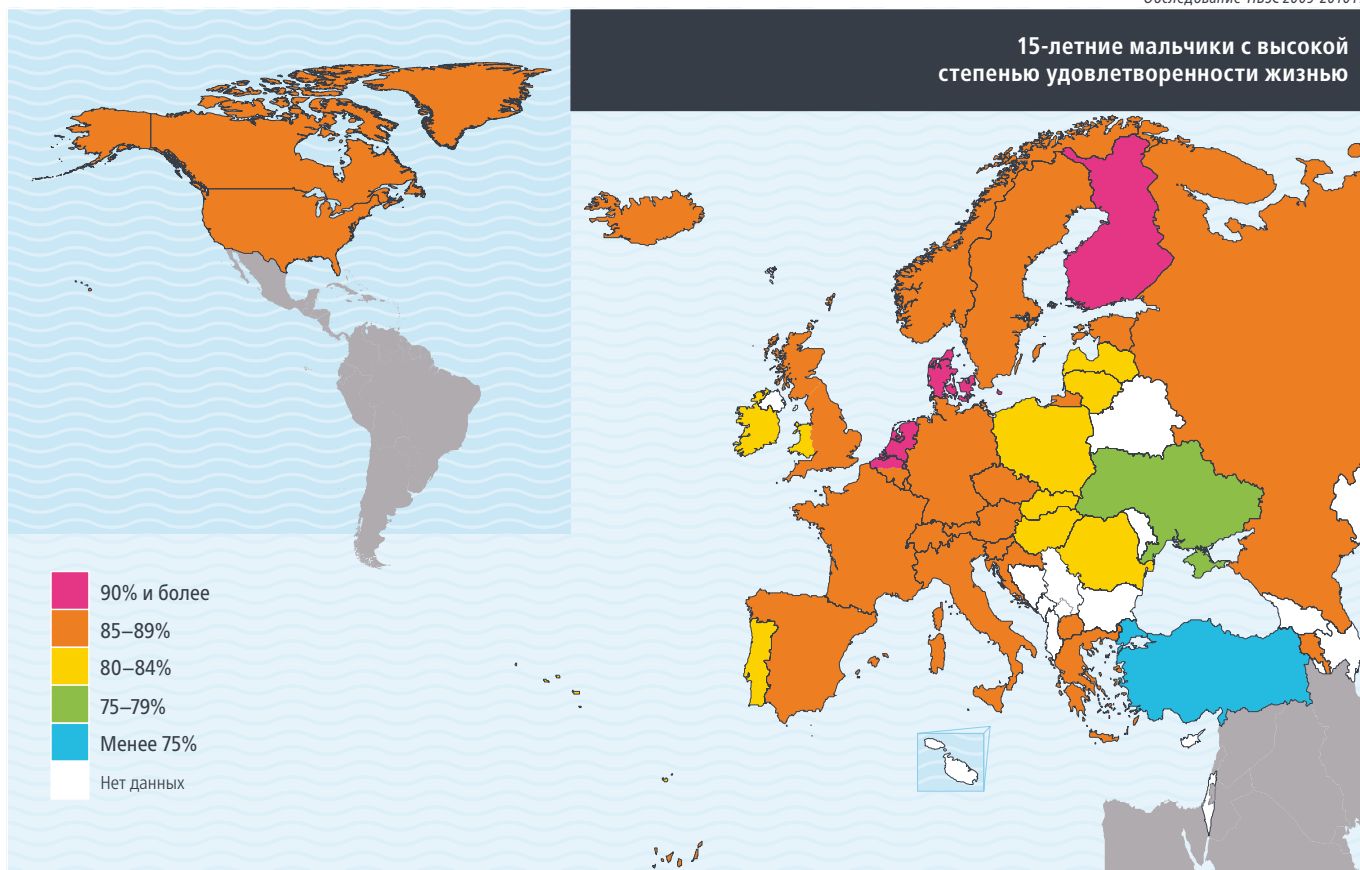
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



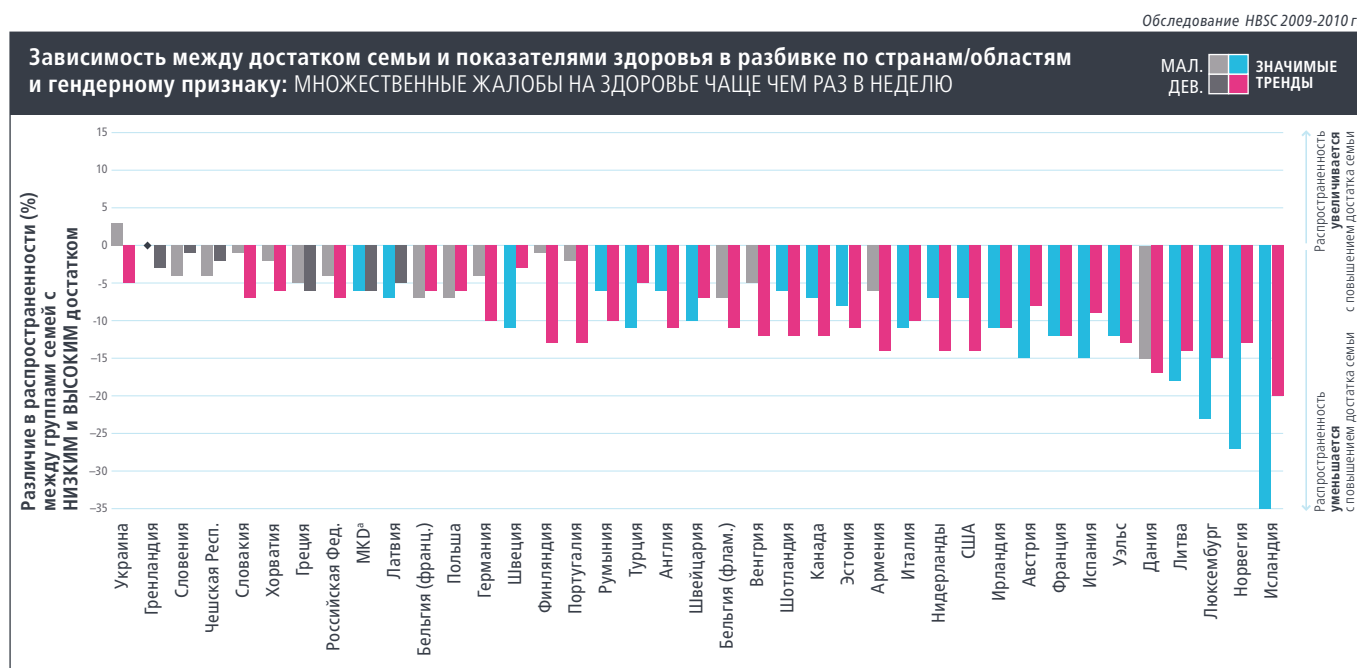
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ

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

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

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



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

ИЗМЕРЕНИЕ

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

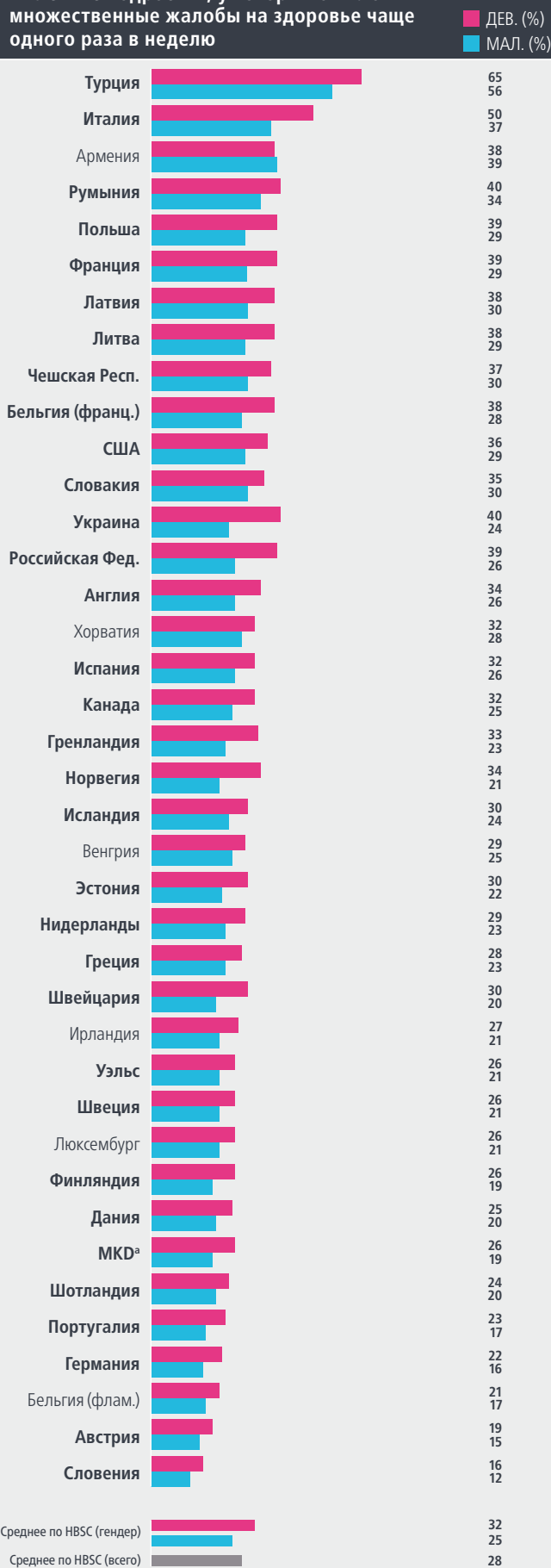
Гендерные различия

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

Достаток семьи

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

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

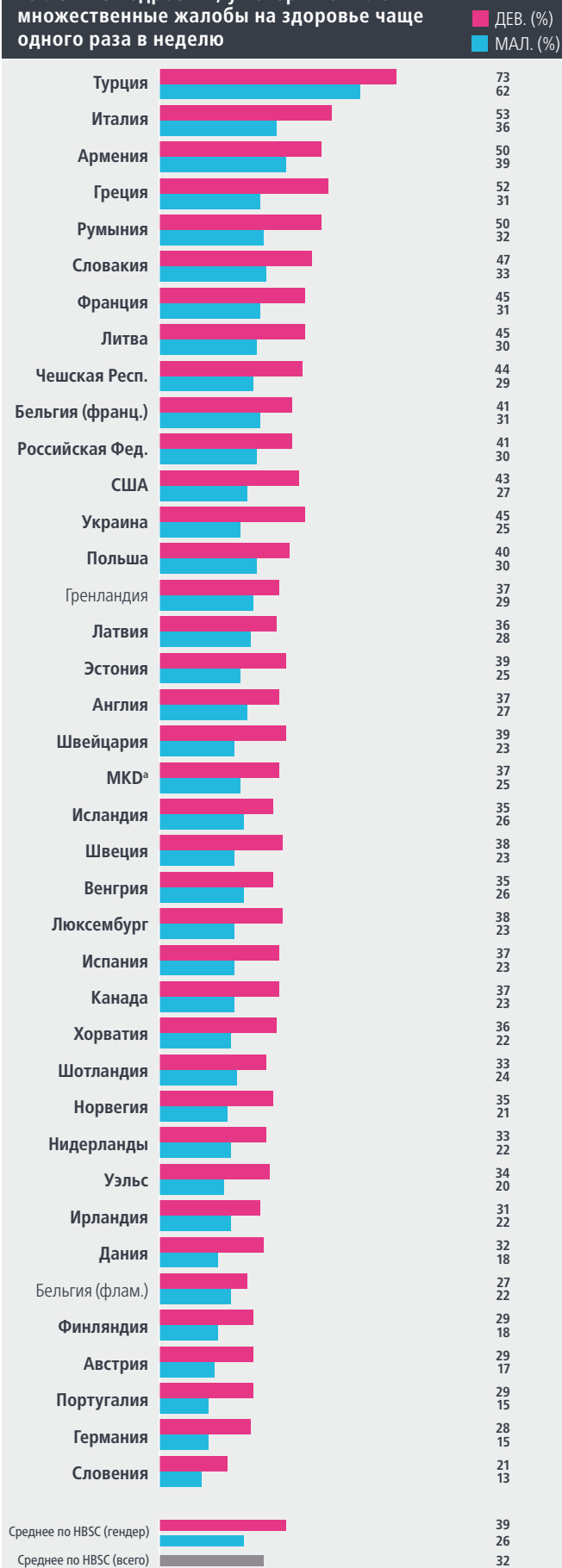


^а Бывшая югославская Республика Македония.

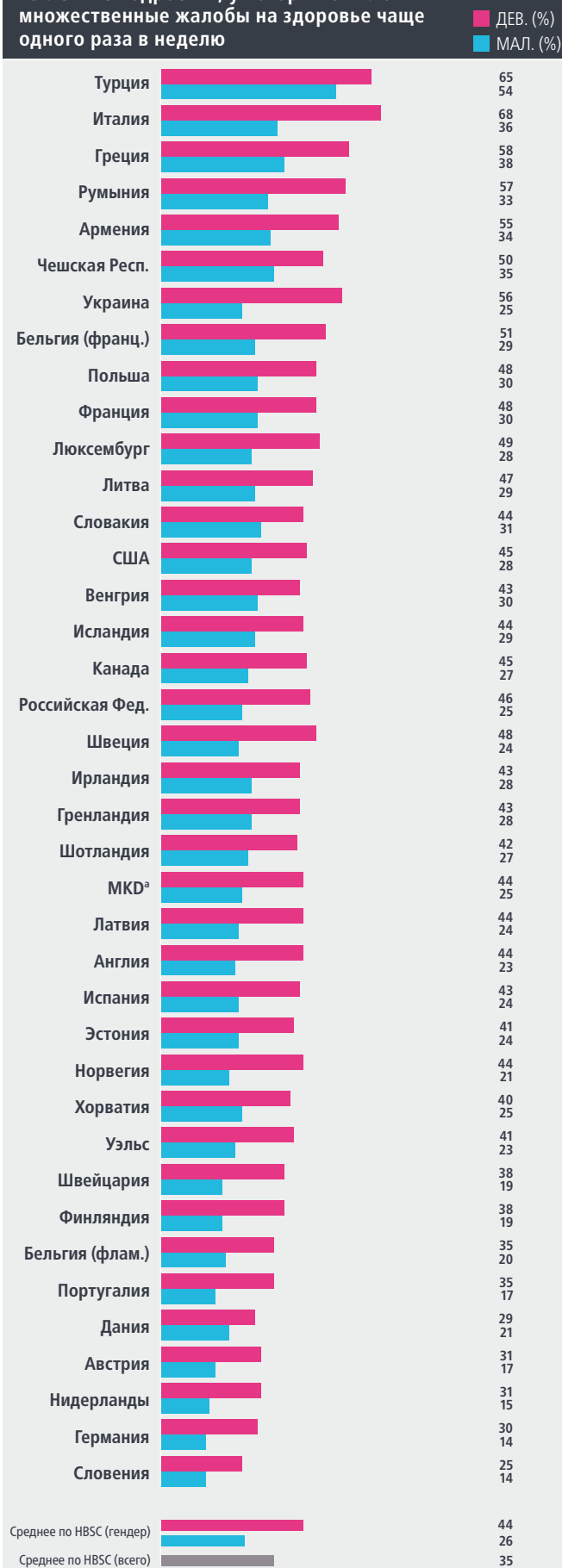
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

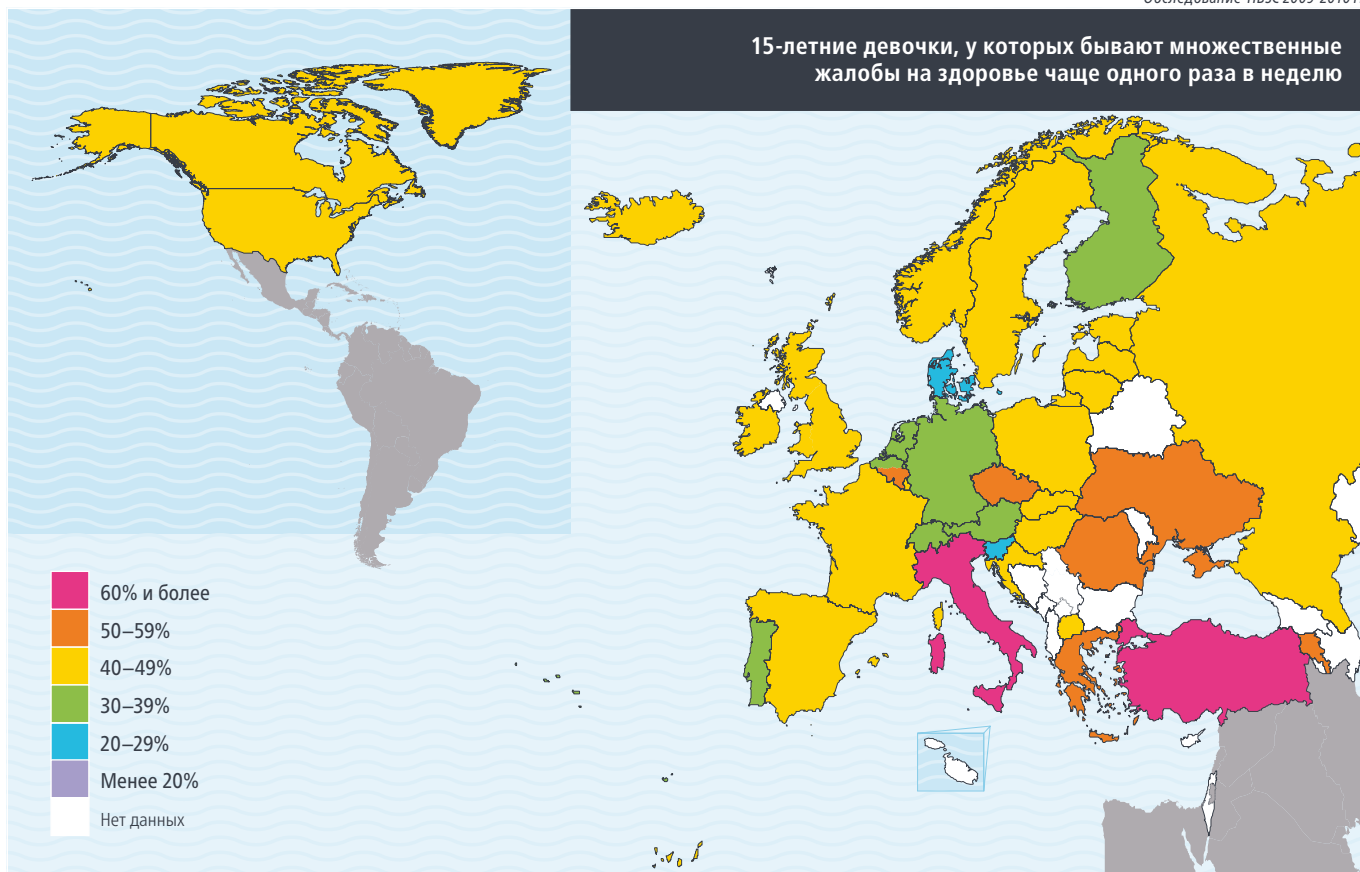
13-летние подростки, у которых бывают множественные жалобы на здоровье чаще одного раза в неделю



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

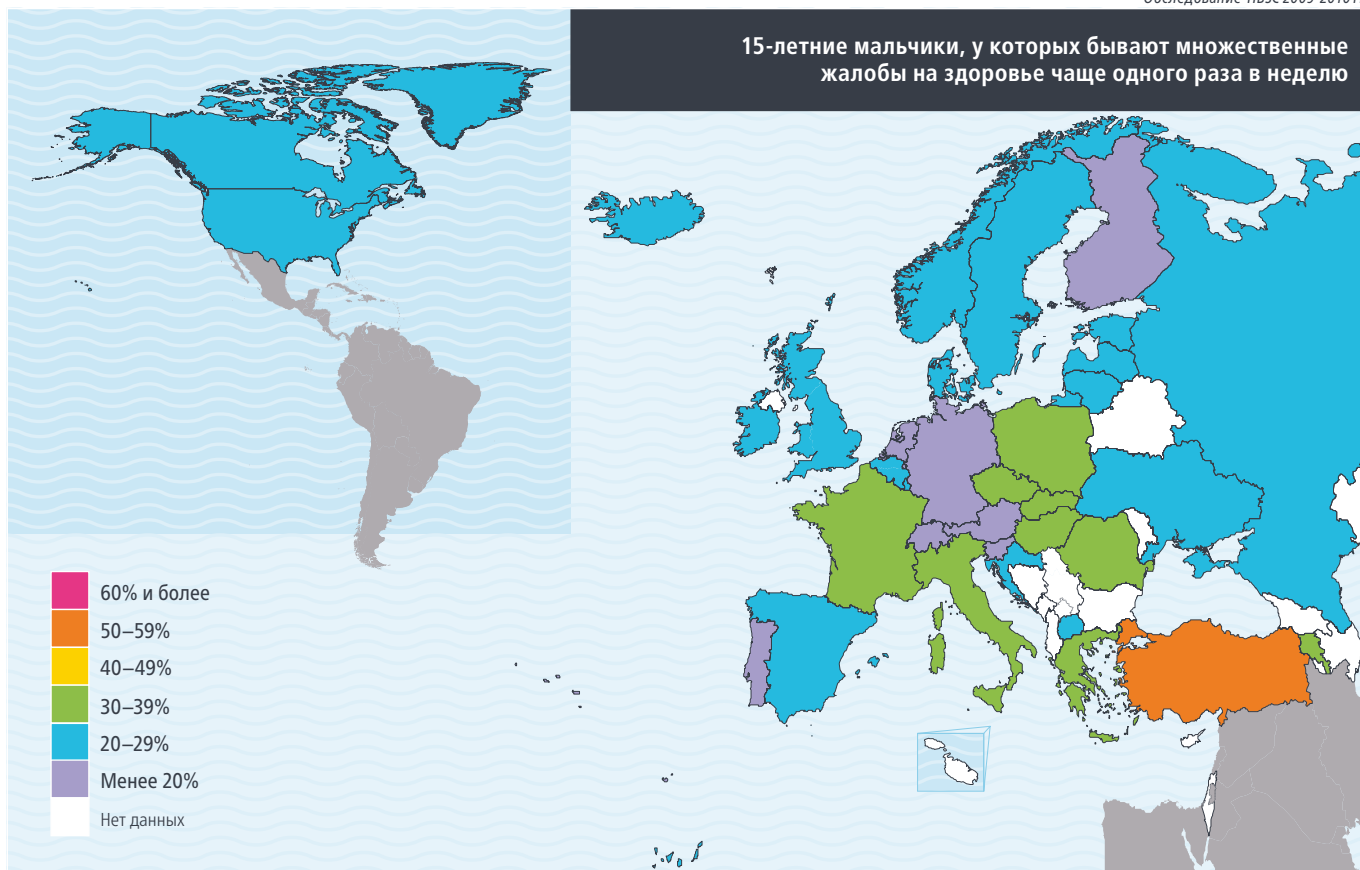
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

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

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

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

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

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

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

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

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

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Petersen AC et al. Promoting mental health during the transition into adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K, eds. *Health risks and developmental transitions during adolescence*. New York, Cambridge University Press, 1997.
2. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. *Canadian Journal of Public Health*, 2002, 93(3):193–197.
3. Bredablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008, 36(1):12–20.
4. Kelly S, Baker A. Healthy life expectancy in Great Britain, 1980–1996 and its use as an indicator in United Kingdom Government strategies. *Health Statistics Quarterly*, 2000, 7:32–37.
5. Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. Школа и здоровье. В: Currie С и др. ред. *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, No.4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
6. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(1):1–12.
7. Schnohr C, Niclasen BV. Bullying among Greenlandic schoolchildren: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 2006, 65(4):305–312.
8. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 2002, 53:371–399.
9. Diener E. Subjective wellbeing: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 1999, 125:276–301.
10. Huebner E et al. Life satisfaction in children and youth: empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 2004, 41(1):81–93.
11. Morgan A et al. Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
12. Levin KA, Currie C. Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction. A cross-sectional, multilevel analysis. *Health Education*, 2010, 110:152–168.
13. Schneider BH. *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London, Arnold, 2000.
14. Zullig K et al. Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 2005, 12(2):195–206.
15. Hurrelmann K, Lösel F. Basic issues and problem of health in adolescence. In: Hurrelmann K, Lösel F, eds. *Health hazards in adolescence*. Berlin, Walter de Gruyter, 1990:1–21.
16. Katja R et al. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *The Journal of School Health*, 2002, 72(6):243–249.
17. Gobina I et al. Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *International Journal of Public Health*, 2008, 53(5):272–276.
18. Piko BF. Satisfaction with life, psychosocial health and materialism among Hungarian youth. *Journal of Health Psychology*, 2006, 11(6):827–831.
19. Mikkelsen M, Salminen JJ, Kautiainen H. Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain*, 1997, 73(1):29–35.
20. Brosschot JF. Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2002, 43(2):113–121.
21. Gerber M, Pühse U. "Don't crack under pressure!" Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, 65(4):363–369.
22. Flourie E, Buchanan A. The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(1):63–78.
23. Karvonen S, Vikat A, Rimpelä M. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *Journal of Adolescence*, 2005, 28(1):1–16.

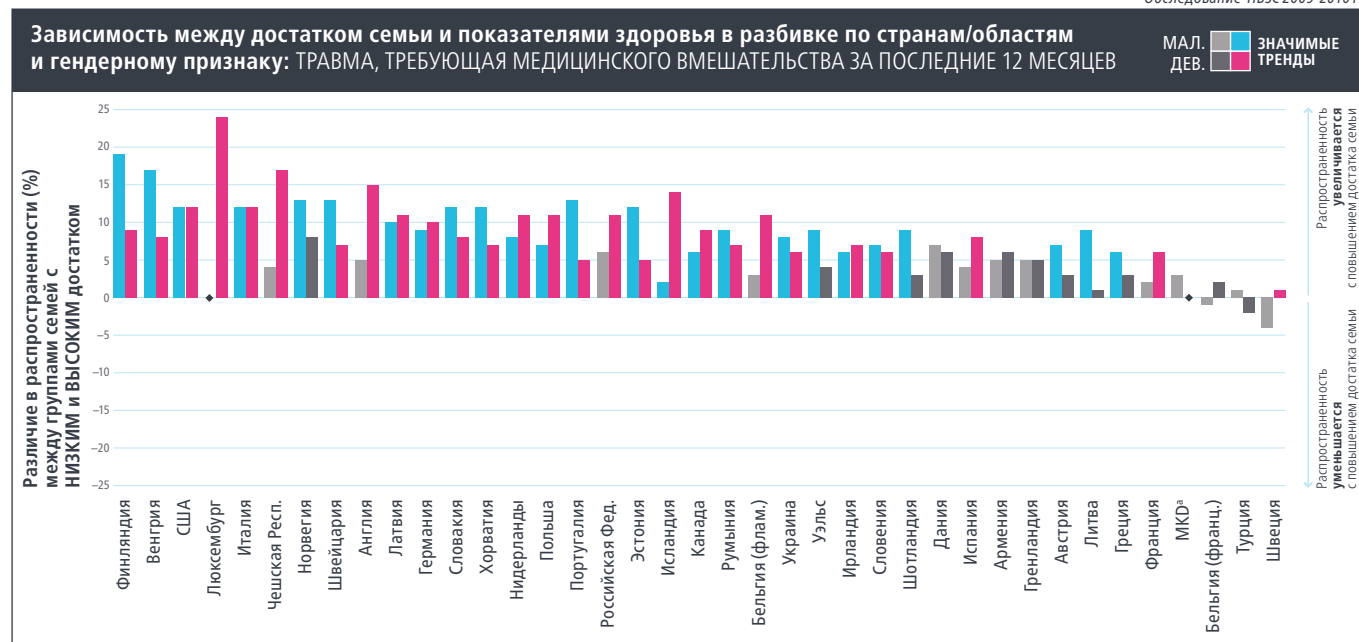
24. Kovacs M et al. Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46(9):776–782.
25. Karademas EC et al. Family, school and health in children and adolescents. *Journal of Health Psychology*, 2008, 13(8):1012–1020.
26. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4–10.
27. Hetland J, Torsheim T, Aarø LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(3):223–230.
28. Ravens-Sieberer U et al. and the HBSC Positive Health Group. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(3):294–299.
29. Glendinning A et al. Adolescence and health inequalities: extensions to Macintyre and West. *Social Science & Medicine*, 1992, 35(5):679–687.
30. Natvig GK et al. School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *The Journal of School Health*, 1999, 69(9):362–368.
31. Cavallo F et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 2006, 15(10):1577–1585.
32. Gådin KG, Hammarström A. A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European Journal of Public Health*, 2005, 15(4):380–385.
33. Maccoby EE. *The two sexes: growing up apart, coming together*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1998.
34. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 2007, 369(9567):1130–1139.
35. Freeman J et al. Protective roles of home and school environments for the health of young Canadians. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2011, 65(5):438–444.
36. Due P et al. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(9):692–698.
37. Ma CQ, Huebner ES. Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 2008, 45(2):177–190.
38. Brown LM, Gilligan C. *Meeting at the crossroads: women's psychology and girls' development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
39. Marcotte D et al. Gender differences in depressive symptoms during adolescence. Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2002, 10(1):29–42.
40. Oishi S et al. Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1999, 25(8):980–990.
41. Richter M et al. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(3):396–403.
42. Lunc J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000:13–35.
43. Hawks SR et al. The forgotten dimensions in health education research. *Health Education Research*, 2008, 23(2):319–324.
44. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 2007, 2(Suppl. 2):17–22.
45. Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? *Journal of Adolescence*, 1998, 21(1):83–97.
46. Sznitman SR, Reisel L, Romer D. The neglected role of adolescent emotional well-being in national educational achievement: bridging the gap between education and mental health policies. *Journal of Adolescent Health*, 2011, 48(2):135–142.

ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

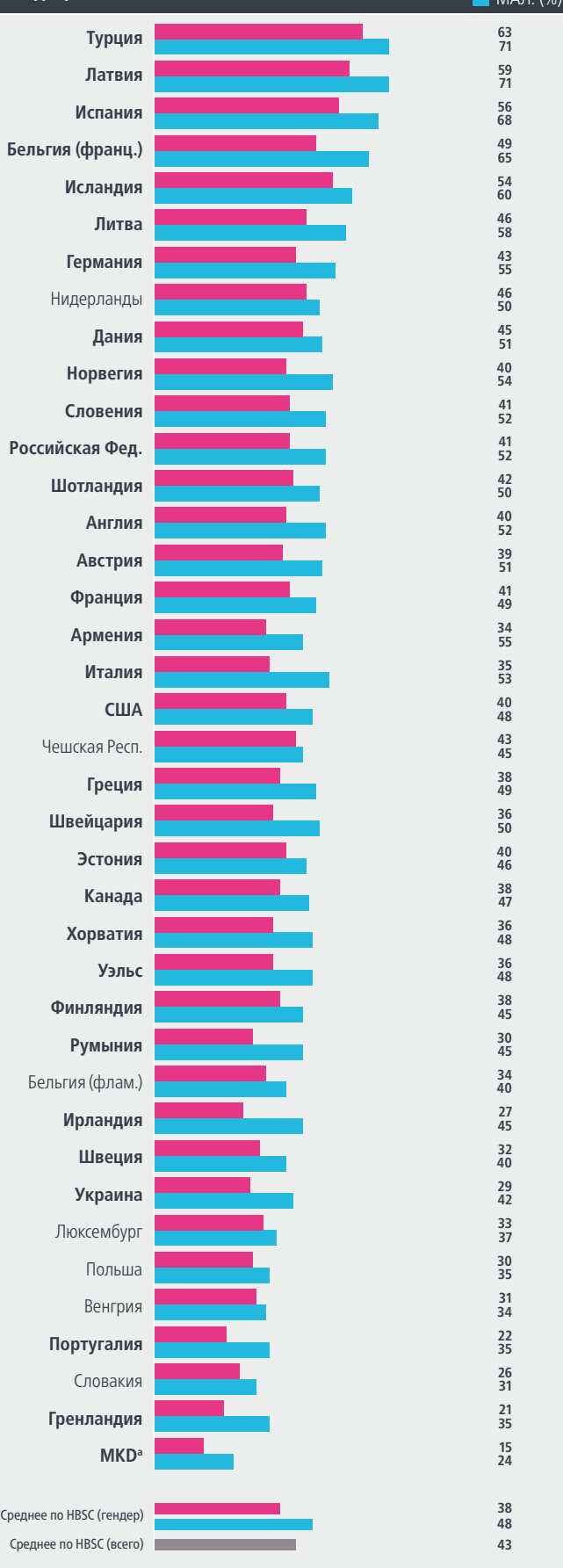
Гендерные различия

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

Достаток семьи

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

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

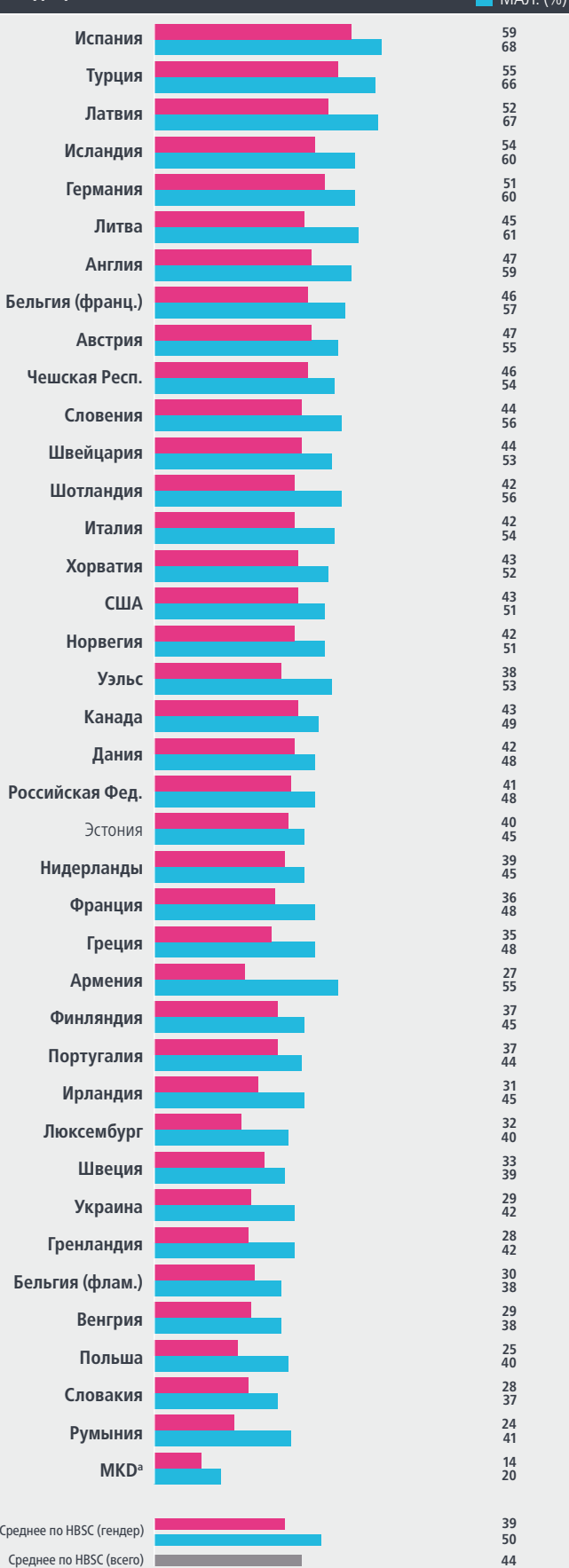


^а Бывшая югославская Республика Македония.

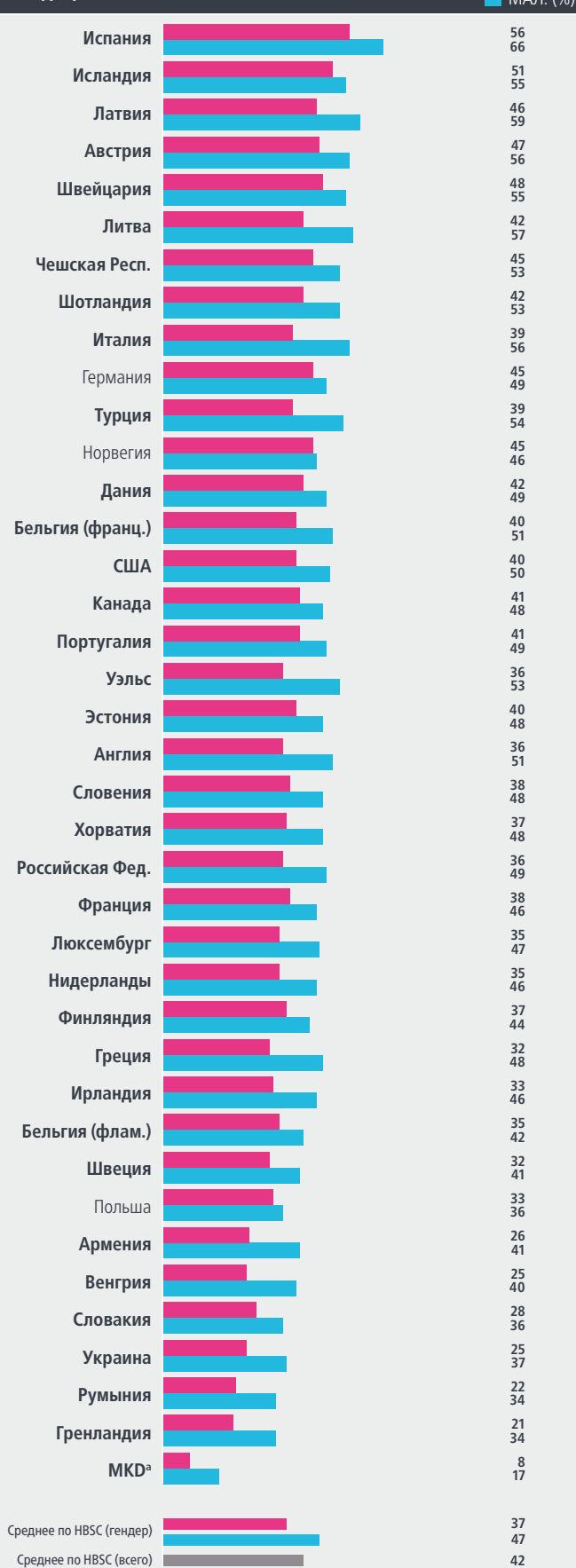
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

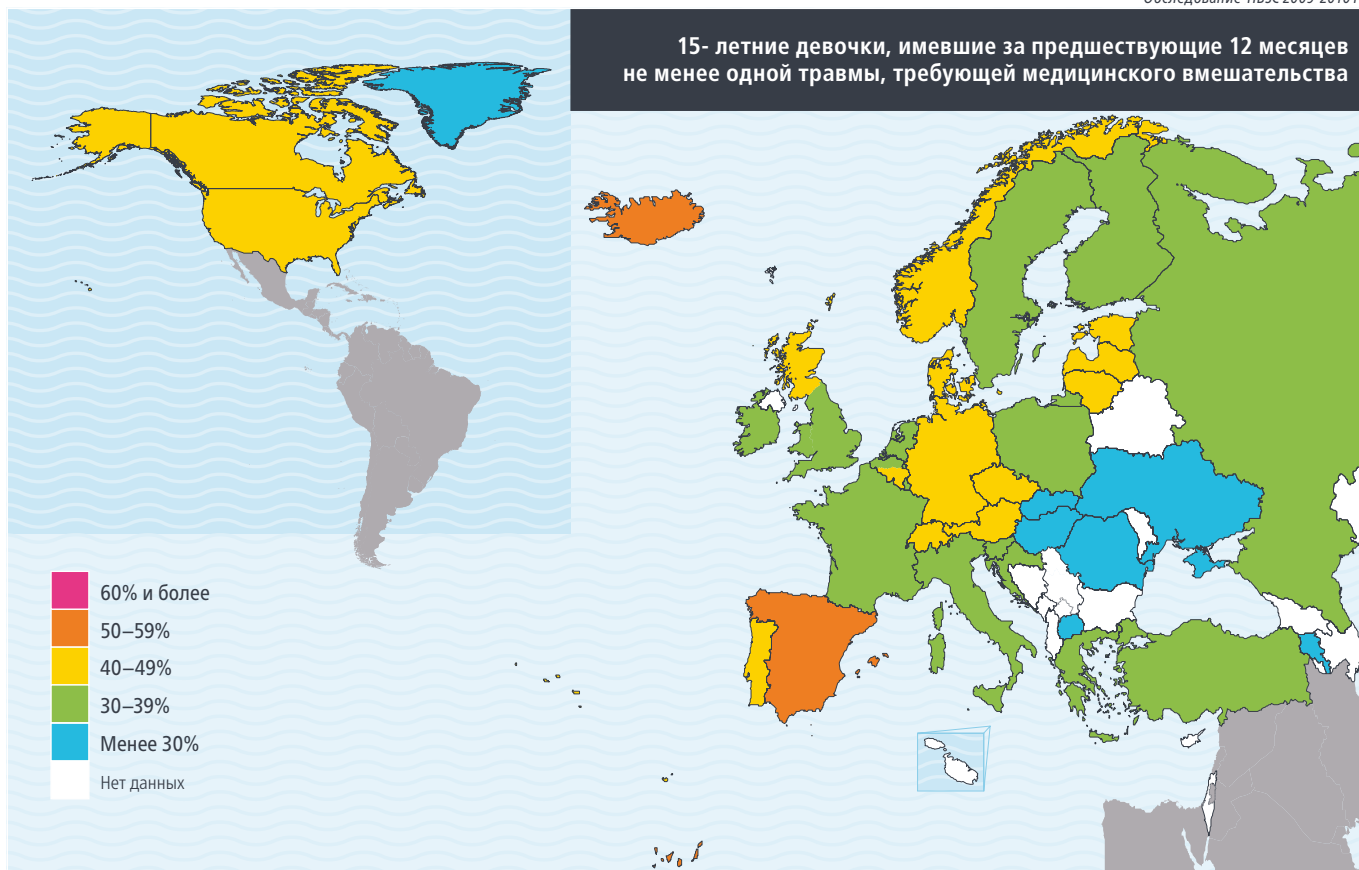
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

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

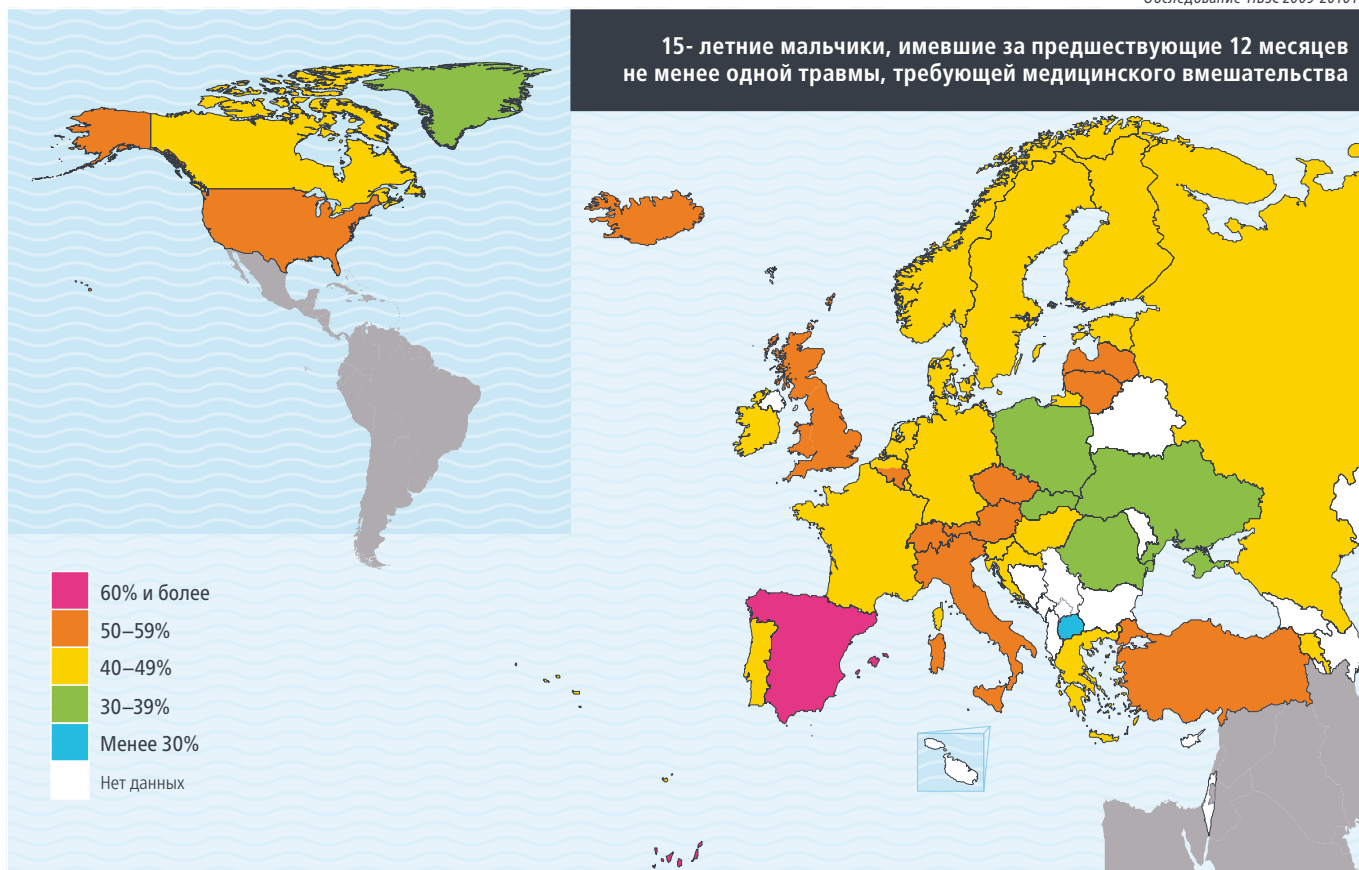


15-летние подростки, имевшие за предшествующие 12 месяцев не менее одной травмы, требующей медицинского вмешательства

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



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



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

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

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

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

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

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

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

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

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

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

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

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

ЛИТЕРАТУРА

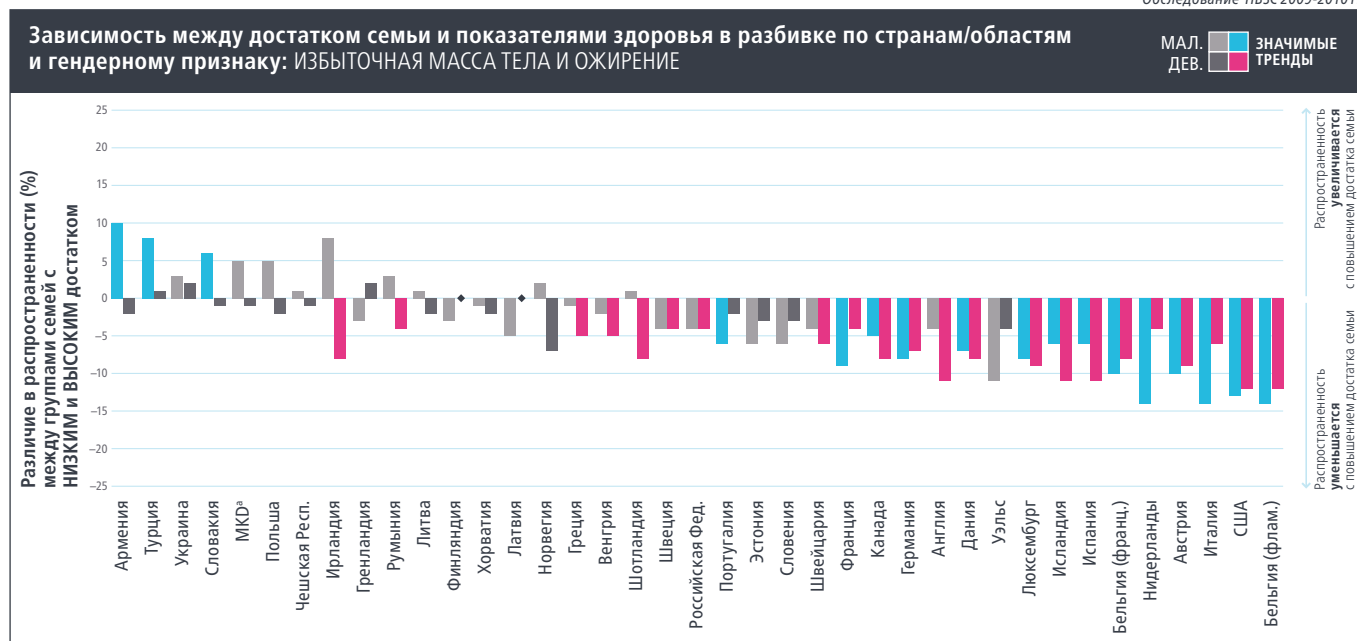
1. *Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe. Fact sheet EURO/02/06.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98607/fs0206e.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
2. Jessor R, Jessor SL.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

ВЕС ТЕЛА: ИЗЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

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

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



ИЗМЕРЕНИЕ

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

Гендерные различия

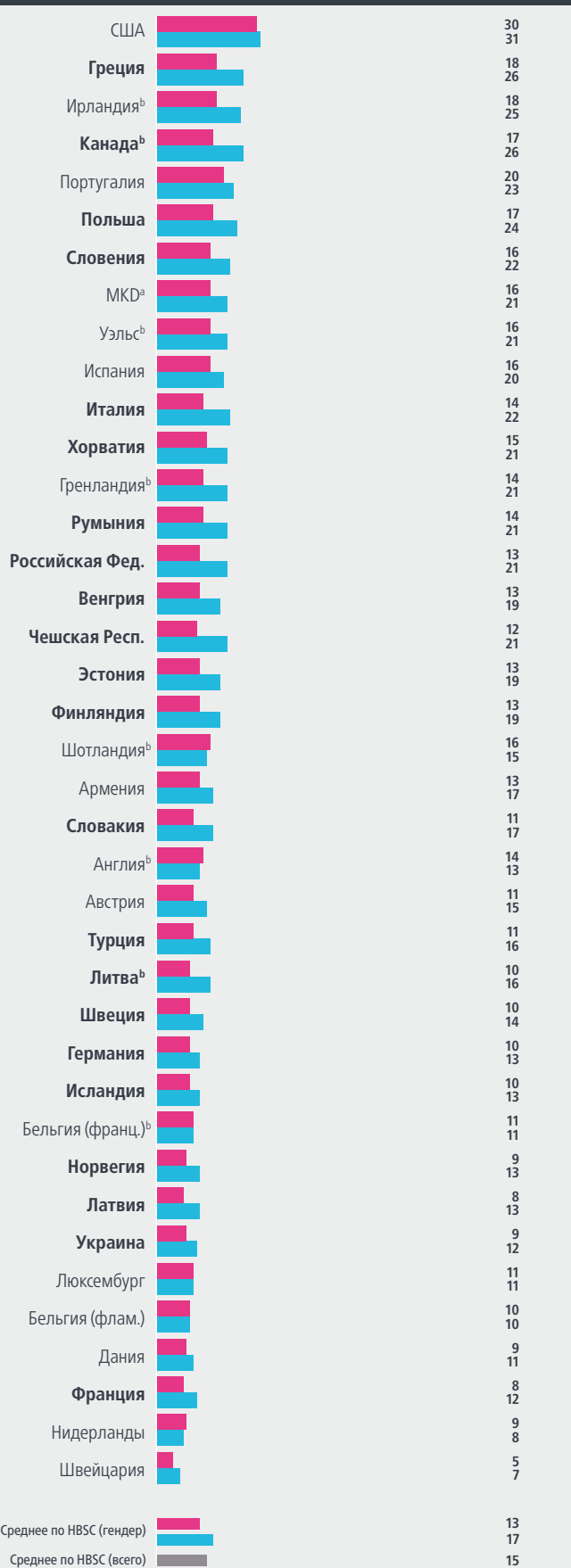
В 13 и 15 лет в подавляющем большинстве стран и областей у мальчиков обычно наблюдалась значимо бóльшая распространенность избыточной массы тела или ожирения, а в 11 лет – более чем в половине стран. Однако, гендерное различие превышало 10% лишь в небольшом количестве стран.

Достаток семьи

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

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

■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)



^а Бывшая югославская Республика Македония.

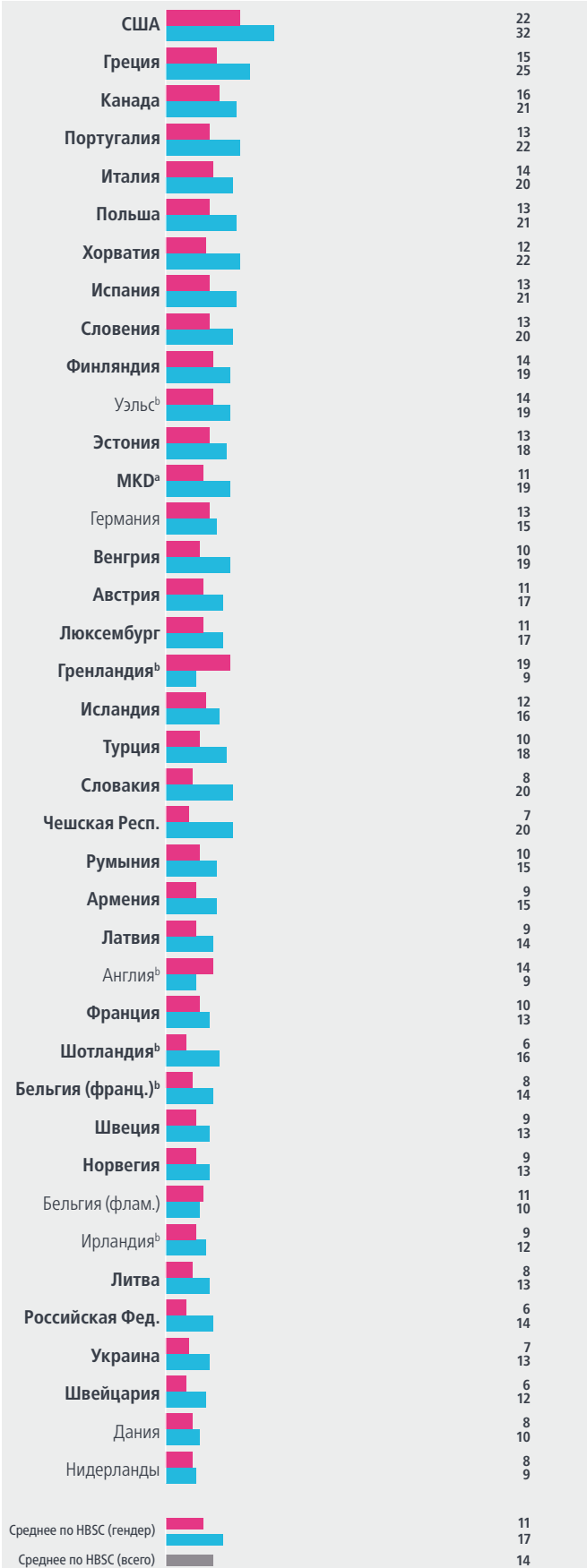
^б 30% или более данных отсутствует.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

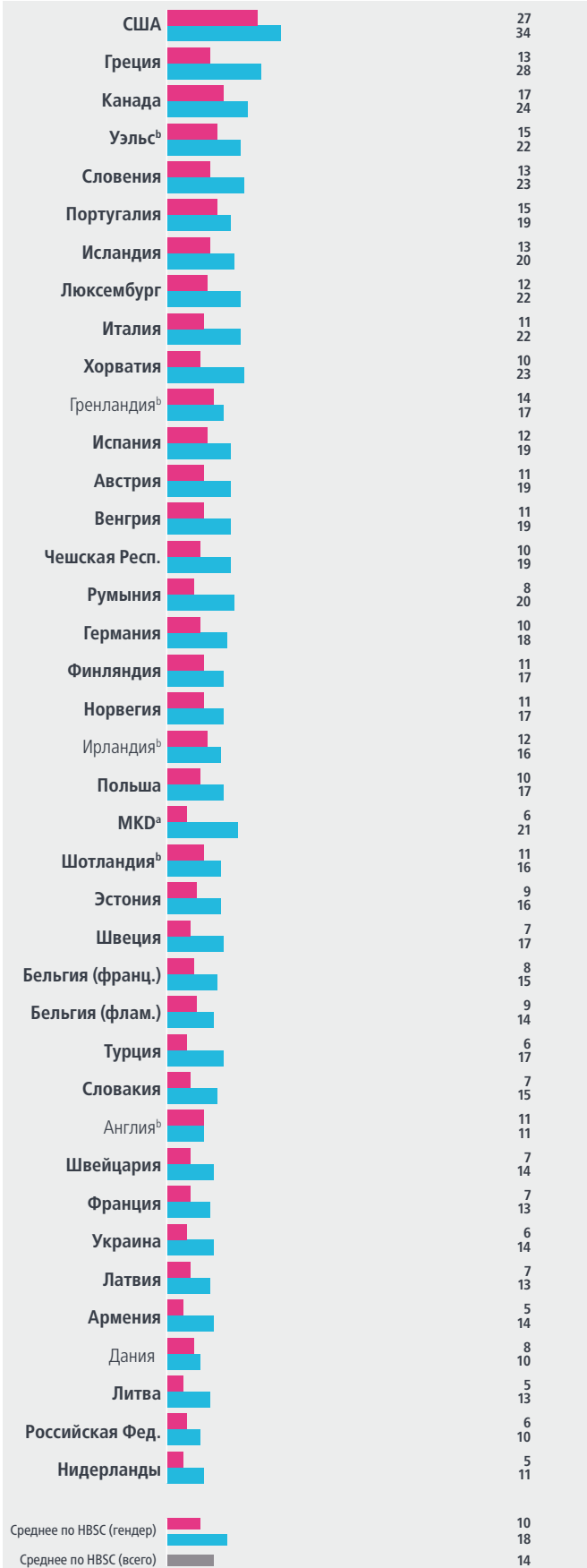
13-летние подростки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

^б30% или более данных отсутствует.

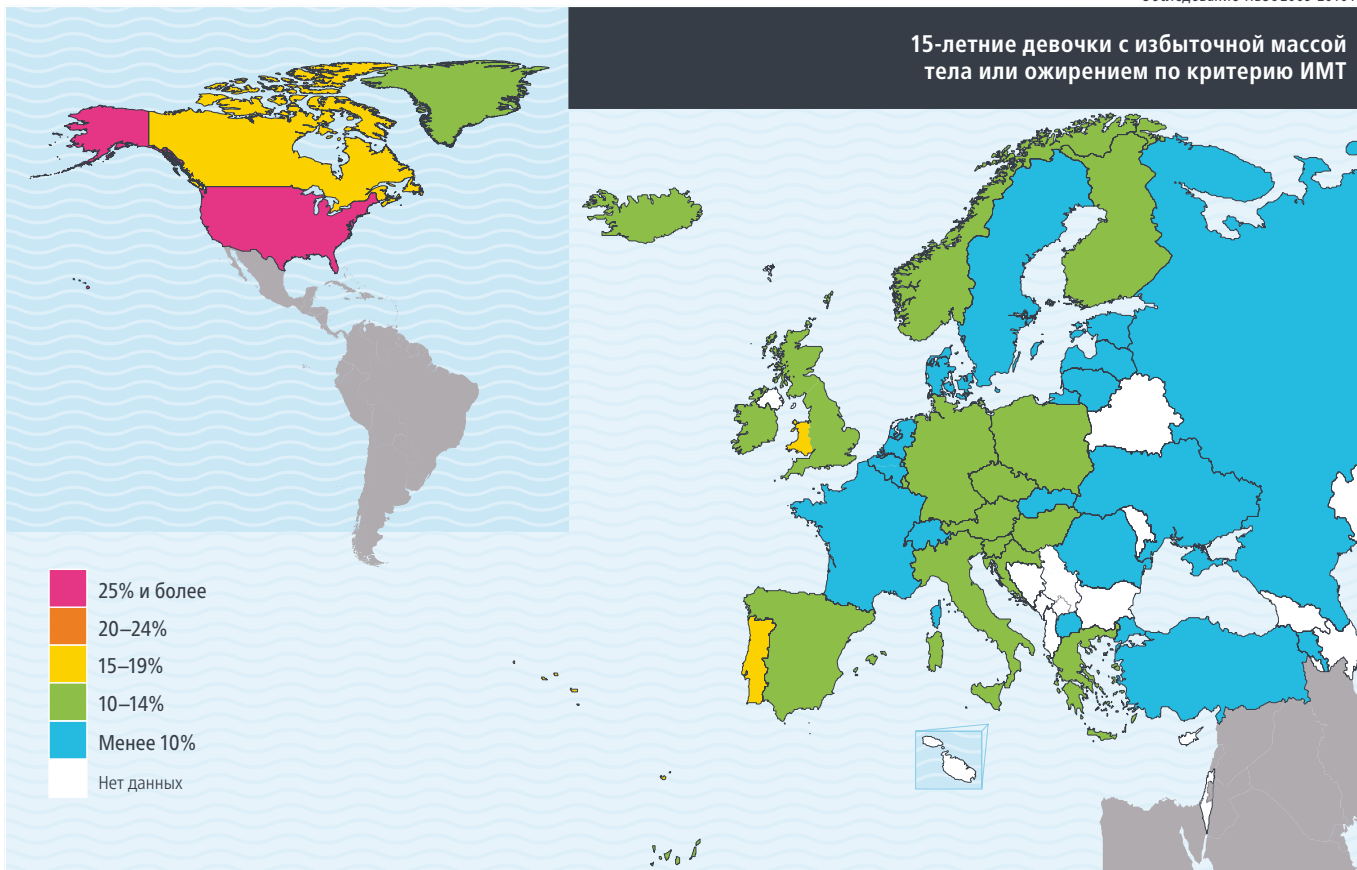
15-летние подростки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

^б30% или более данных отсутствует.Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

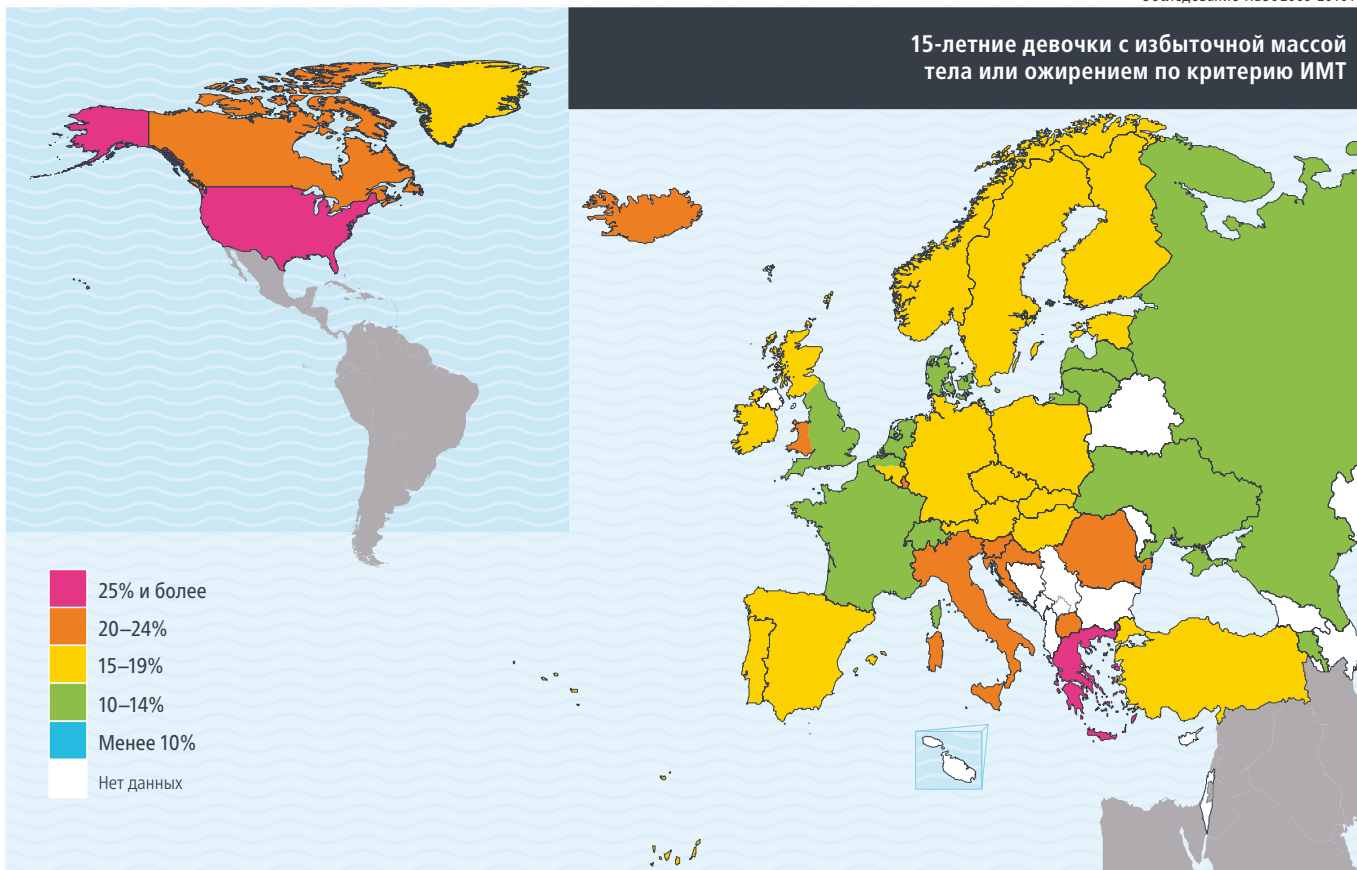
15-летние девочки с избыточной массой тела или ожирением по критерию ИМТ



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

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



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

ВЕС ТЕЛА: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О КРАСОТЕ ТЕЛА

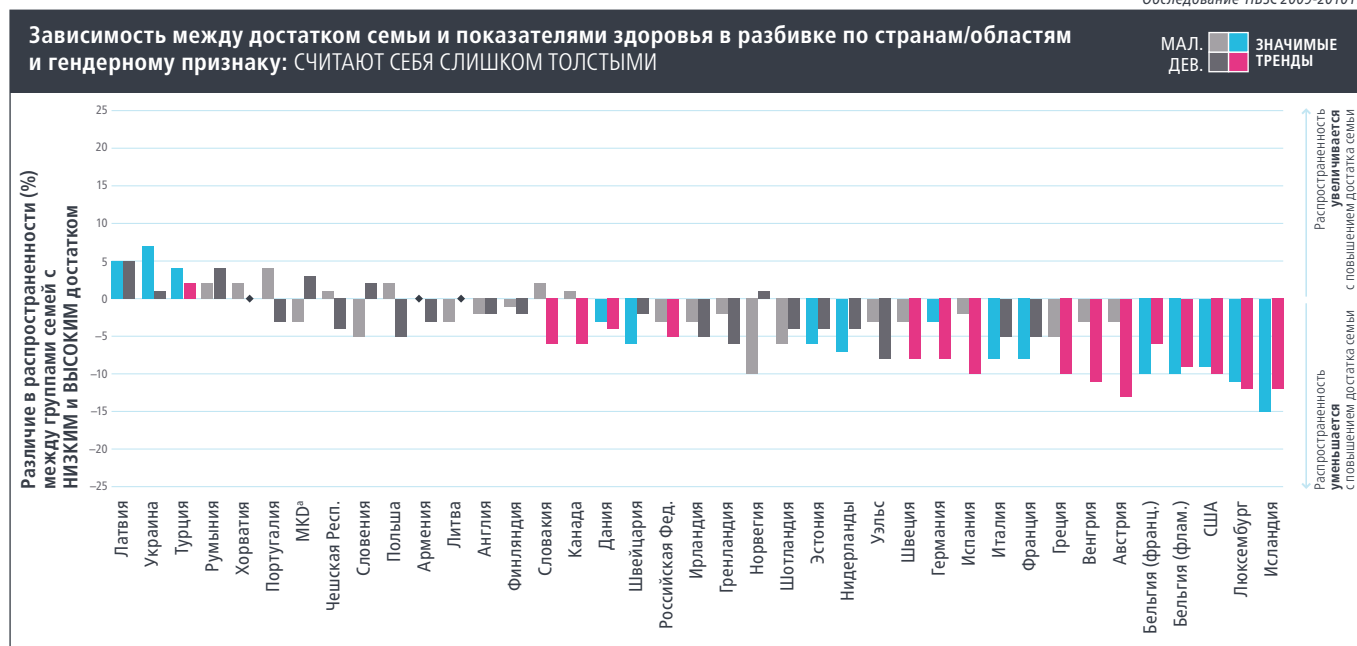
Представление о красоте тела является психологической конструкцией, частью представления о самом себе. Важность этого представления возрастает по мере того, как подростки начинают больше думать о том, какое у них тело, одновременно с происходящими в период полового созревания физическими изменениями.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

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

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

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



ИЗМЕРЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

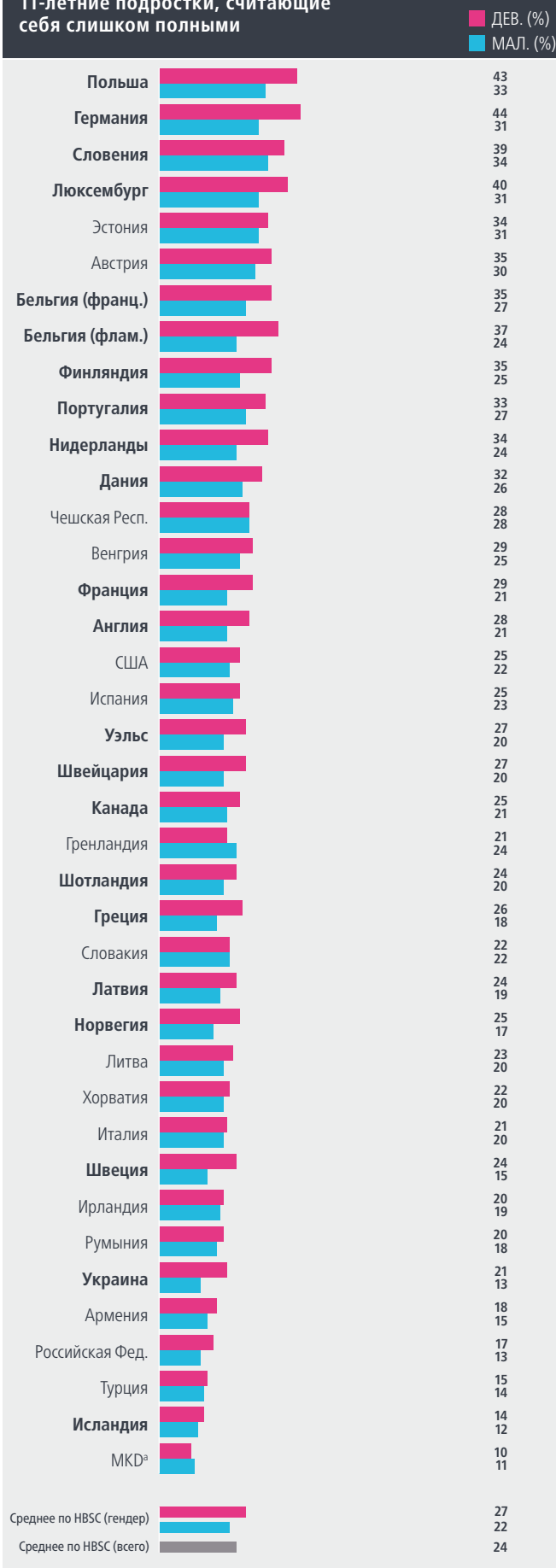
Гендерные различия

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

Достаток семьи

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

11-летние подростки, считающие себя слишком полными



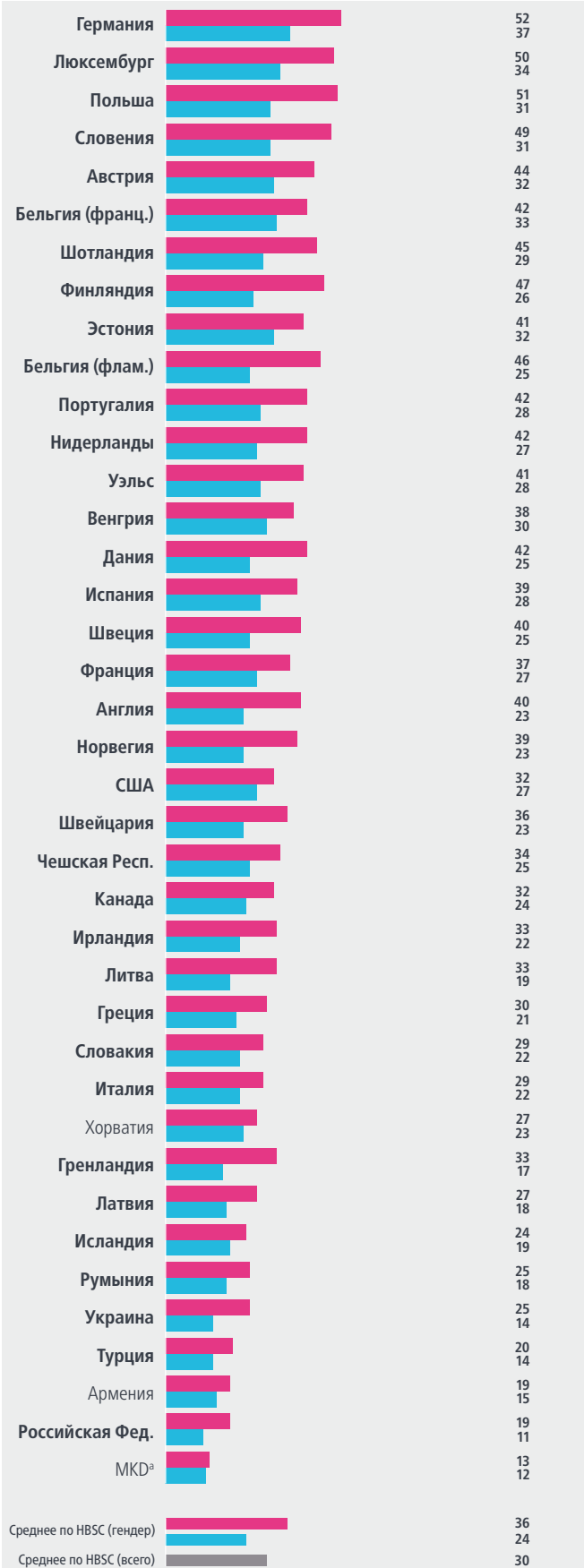
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

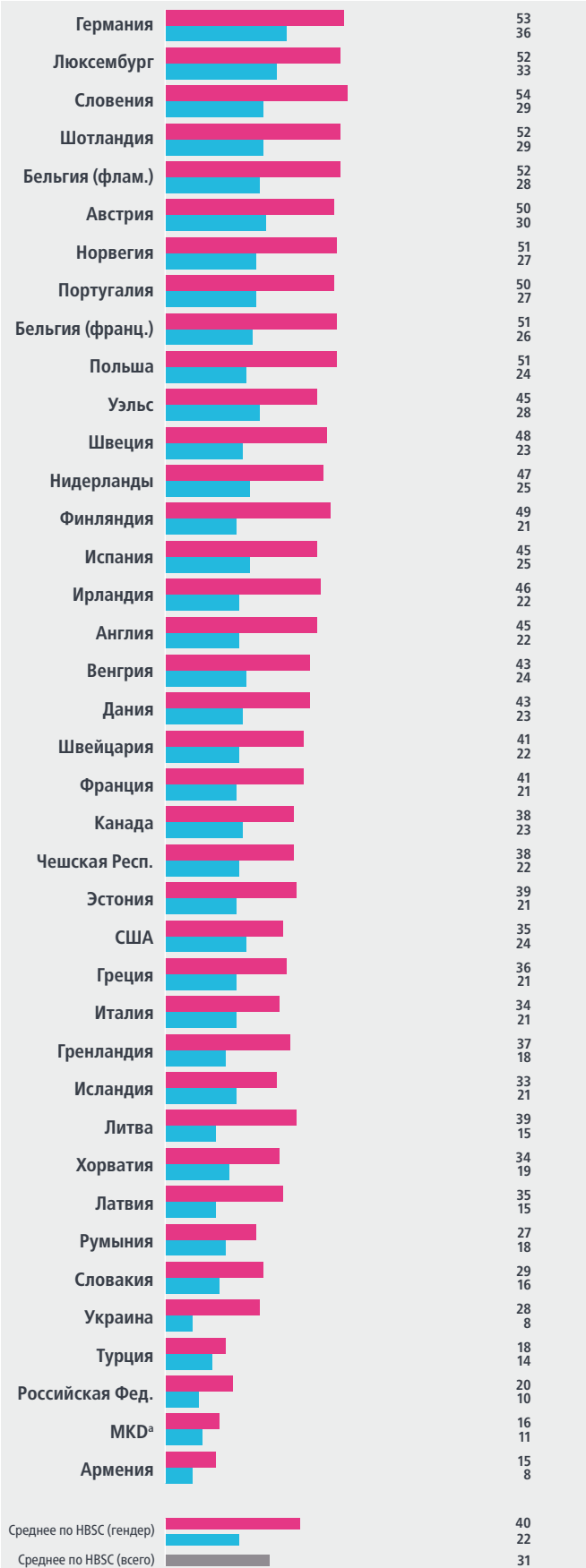
13-летние подростки, считающие себя слишком полными

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

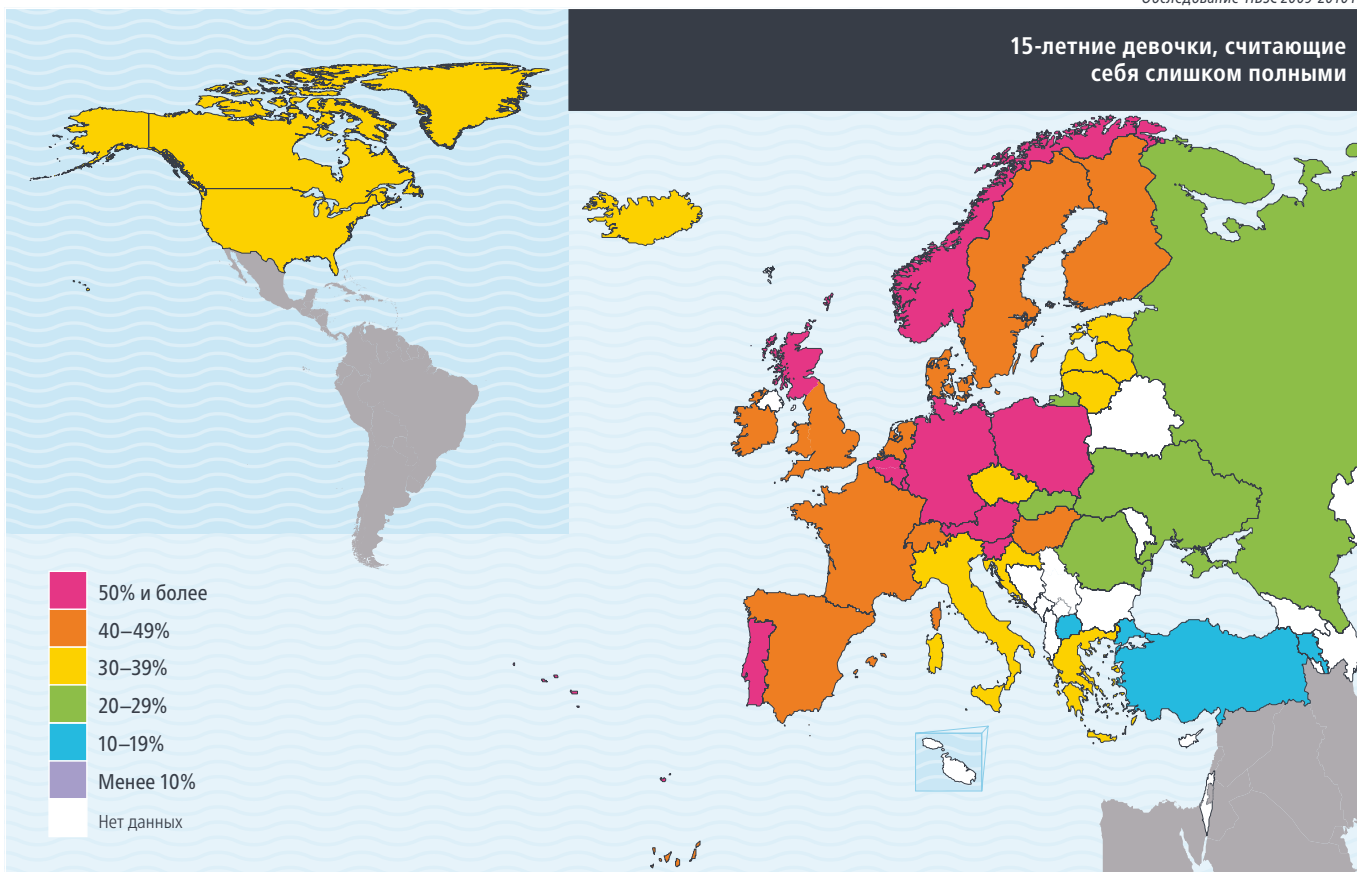


15-летние подростки, считающие себя слишком полными

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

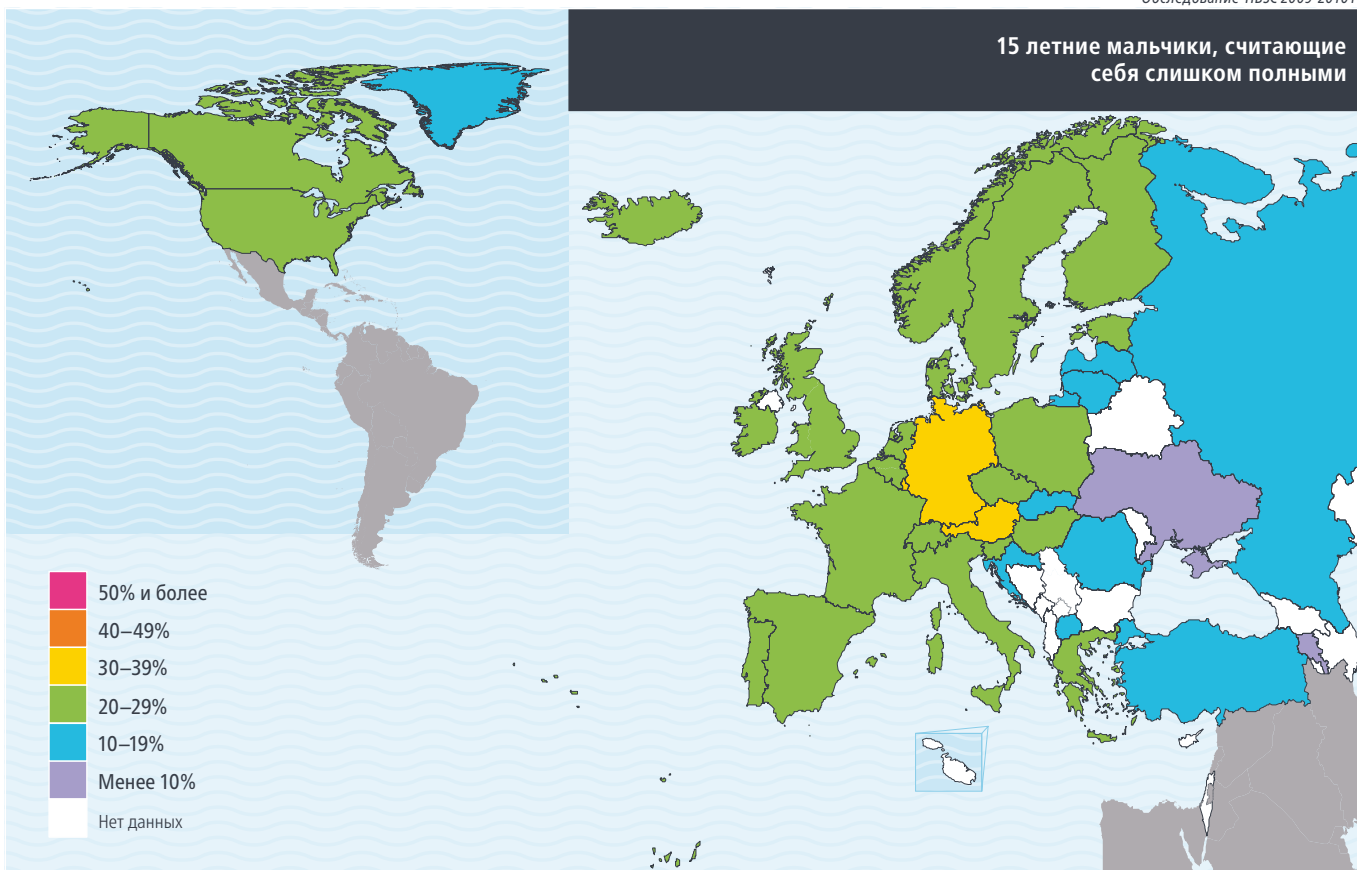
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

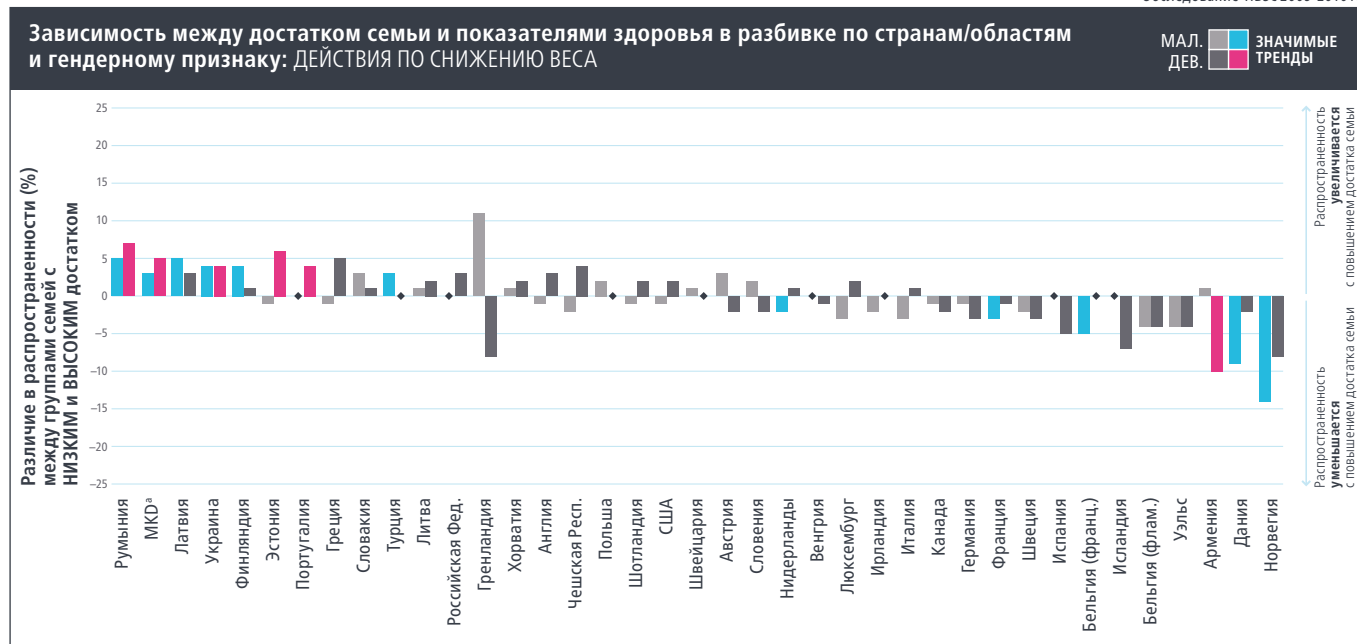
ВЕС ТЕЛА: ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ЕГО СНИЖЕНИЕ

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

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

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



ИЗМЕРЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

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

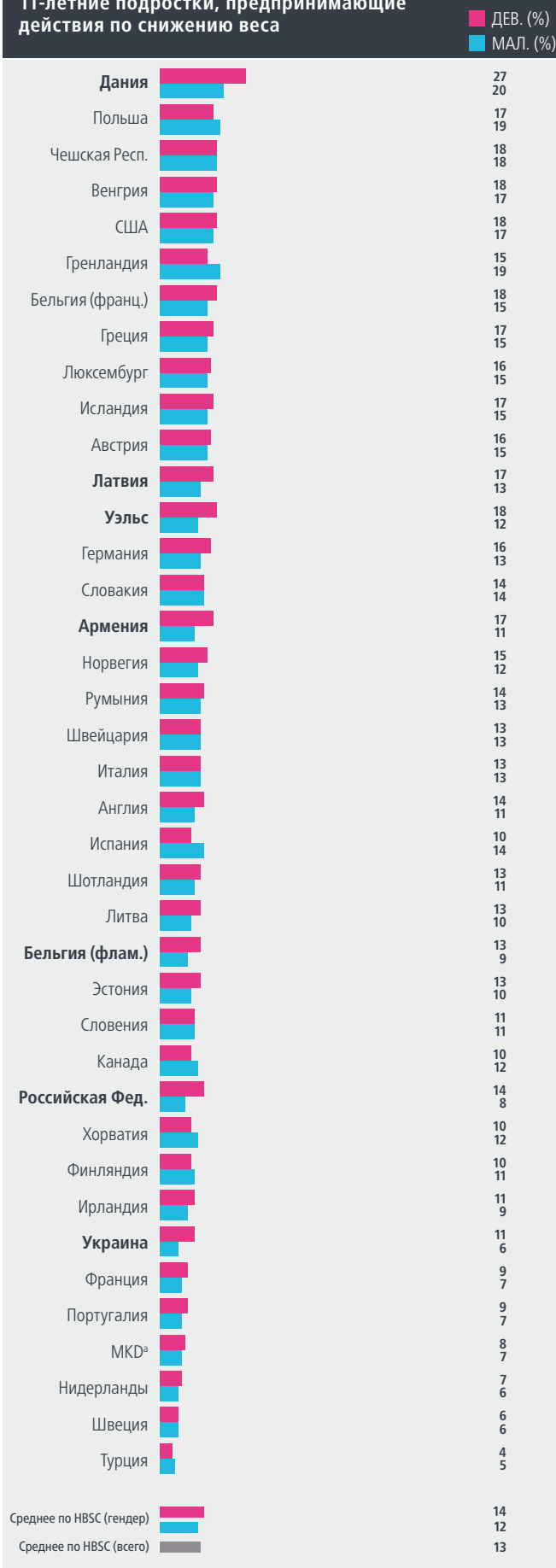
Гендерные различия

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

Достаток семьи

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

11-летние подростки, предпринимающие действия по снижению веса



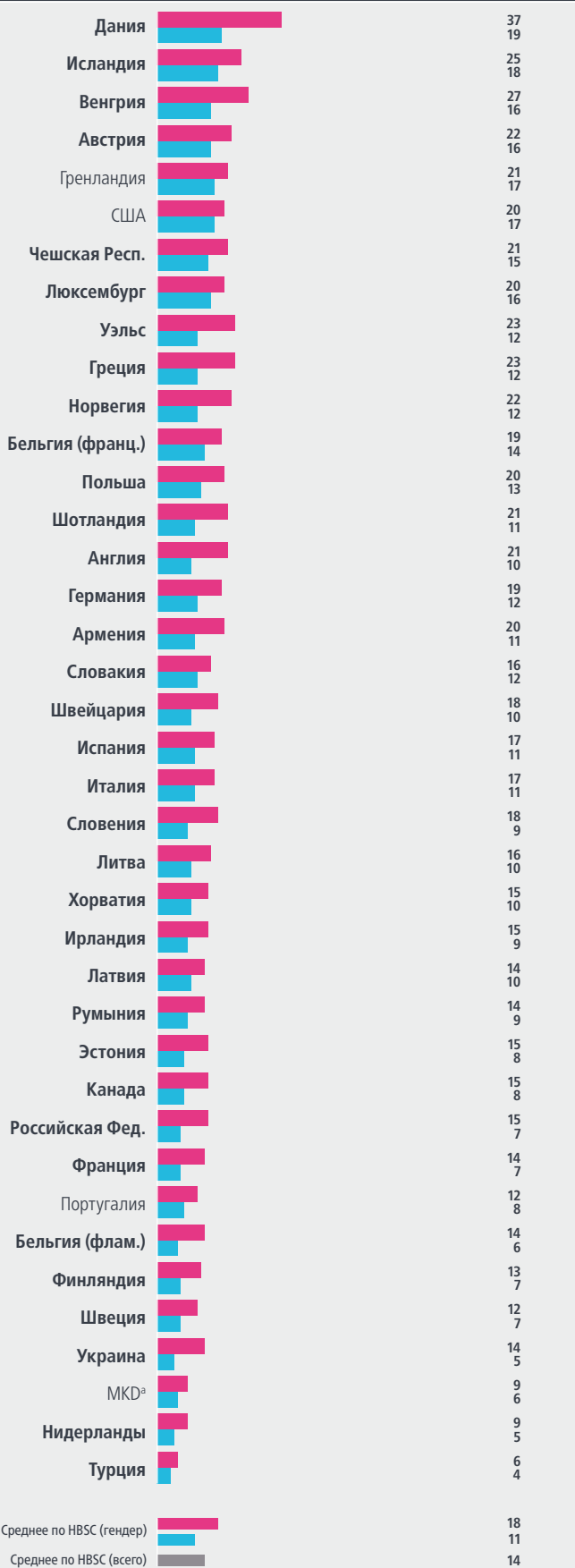
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

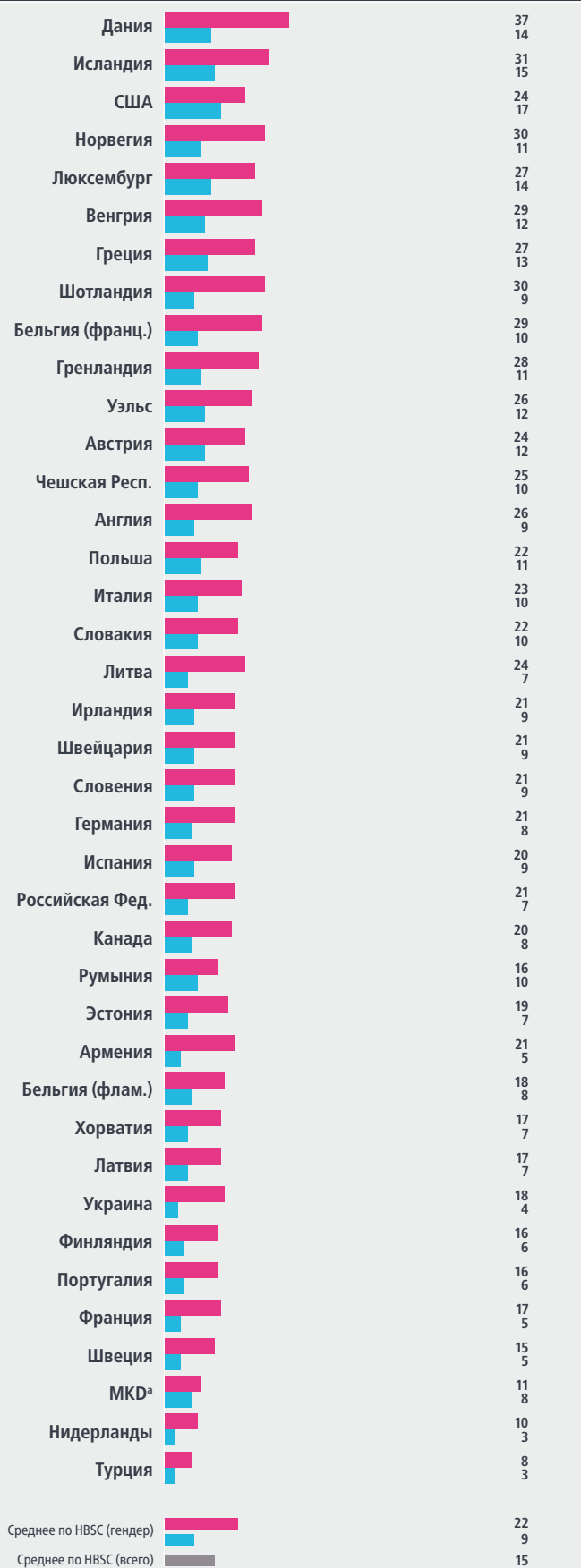
13-летние подростки, предпринимающие действия по снижению веса

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

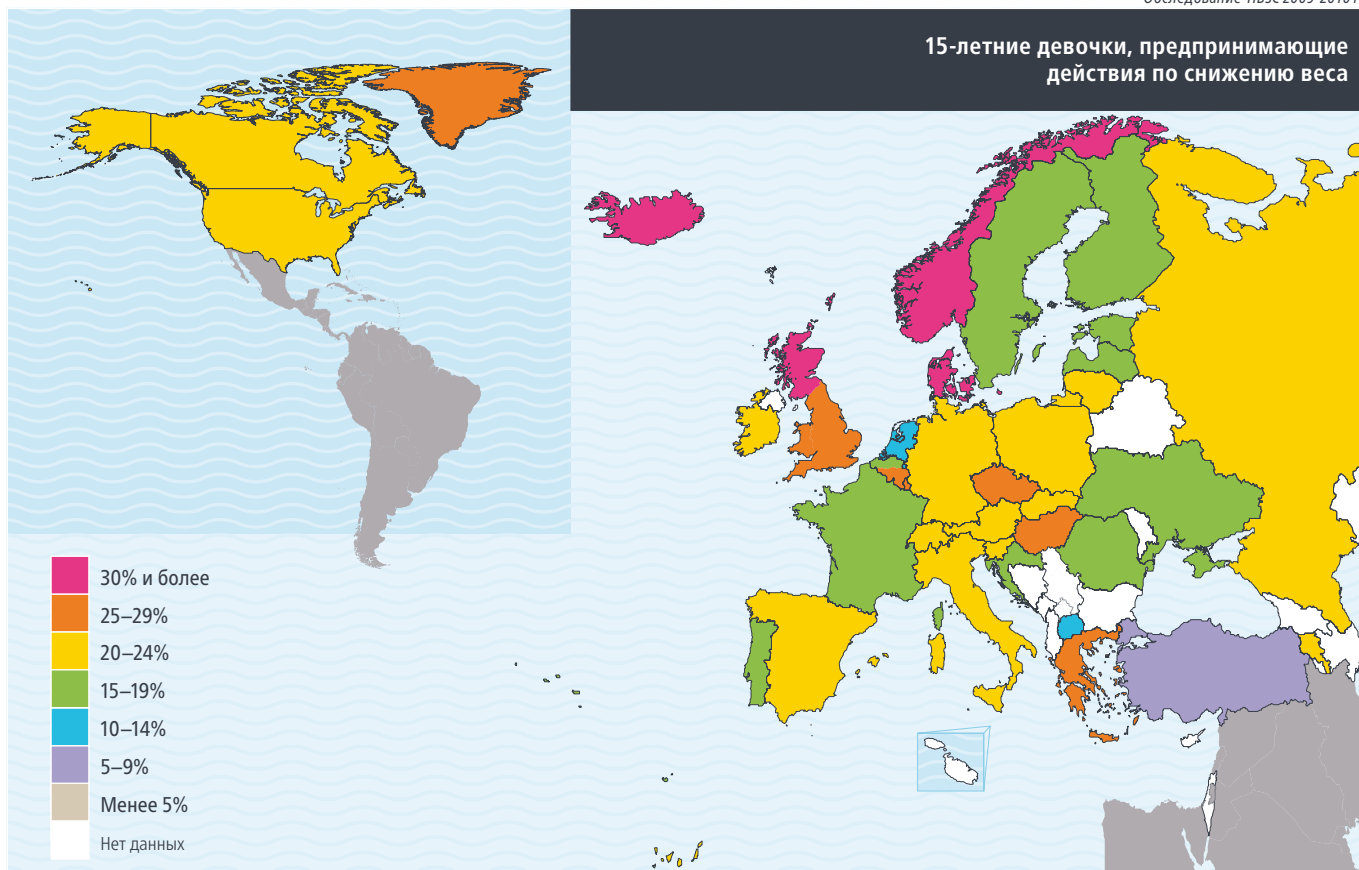


15-летние подростки, предпринимающие действия по снижению веса

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

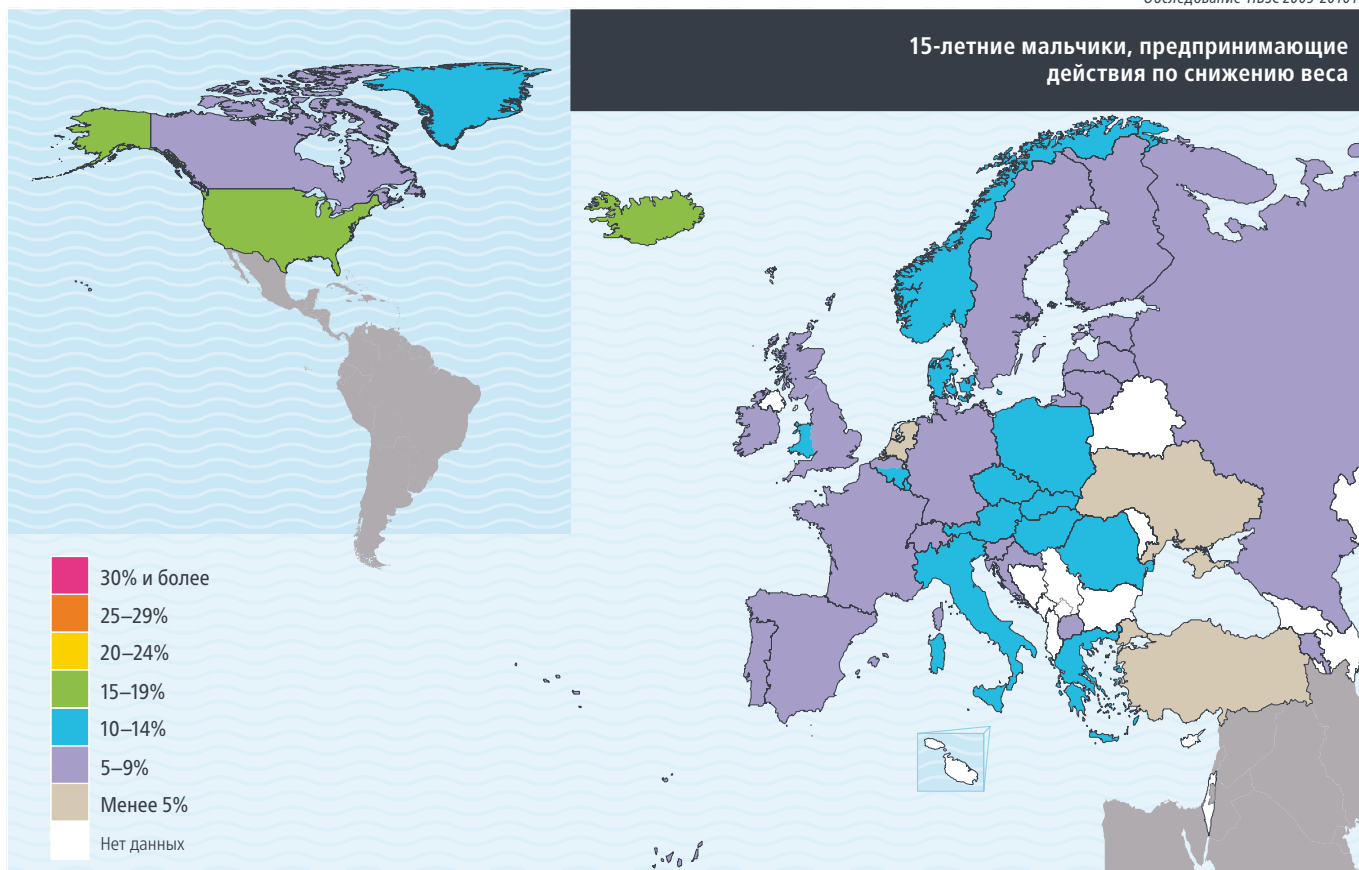
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, предпринимающие действия по снижению веса



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

15-летние мальчики, предпринимающие действия по снижению веса



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

ВЕС ТЕЛА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Избыточная масса тела и ожирение

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

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

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

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

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

Представление о красоте тела

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

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

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

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

Действия, направленные на снижение веса

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

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

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

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

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

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

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

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

ЛИТЕРАТУРА

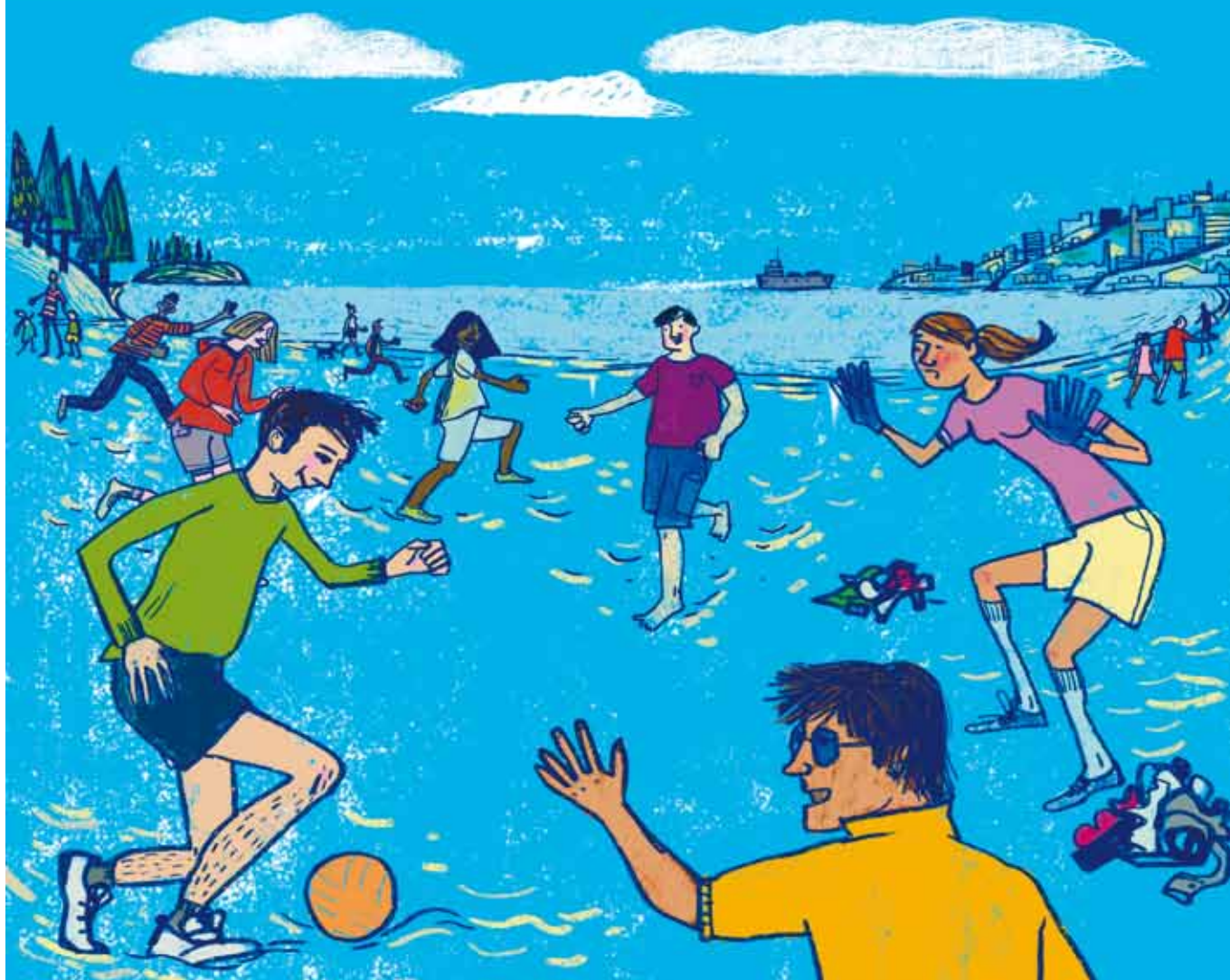
1. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity Taskforce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
2. Haug E et al., HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and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

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

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

ГЛАВА 4. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА
РАСХОД ЭНЕРГИИ

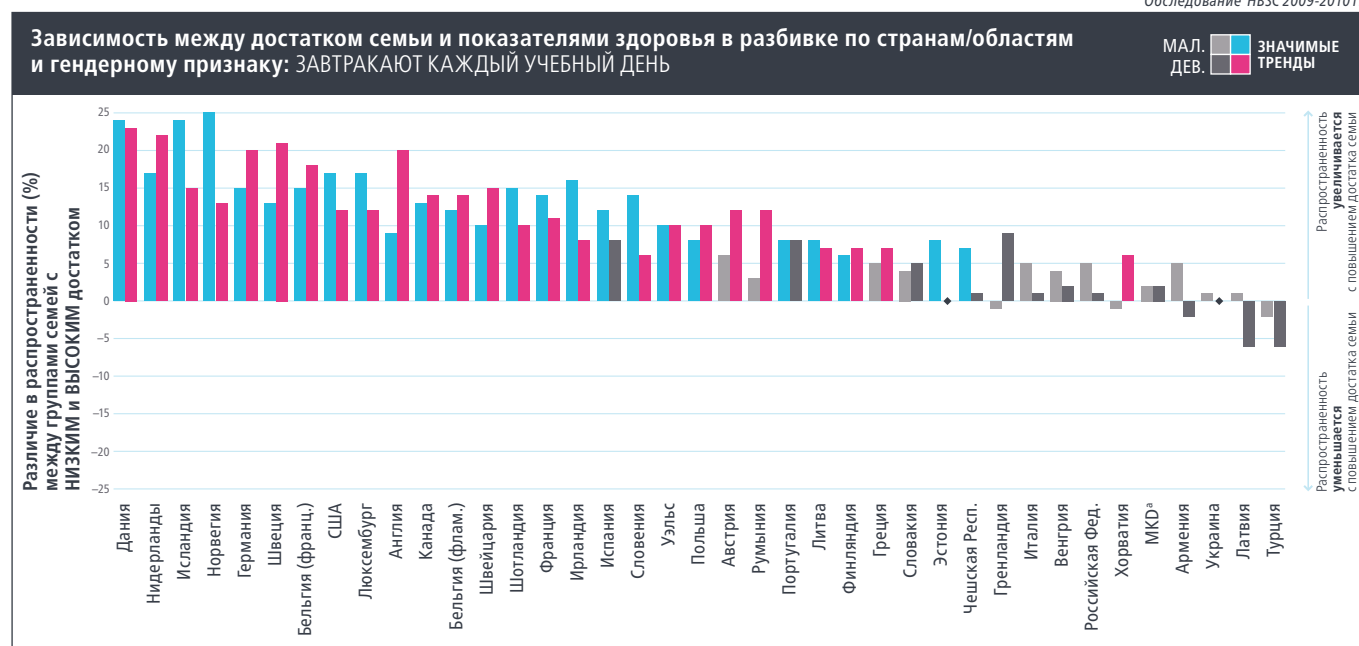


ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ЗАВТРАК

Существует связь между регулярным завтраком и более высокими уровнями потребления питательных микроэлементов, более полноценным питанием, включая употребление фруктов и овощей и не столь частое употребление безалкогольных напитков (1–4). ИМТ и распространенность избыточной массы тела обычно ниже у детей и подростков, которые завтракают (2–5), при этом ежедневный завтрак рекомендуется в качестве средства, способствующего улучшению познавательной функции и школьной успеваемости у детей (6).

Тем не менее, в Европе, Канаде и Соединенных Штатах (4) пропуск завтрака является очень распространенным явлением среди подростков, при этом наблюдается связь между этим явлением и поведенческими факторами риска, такими как курение, употребление алкоголя и малоподвижный образ жизни (2,3,7). Ежедневный завтрак менее распространен среди девочек и в семьях с более низким СЭС, среди детей более старшего возраста (2–4,7). Создание наиболее эффективных программ и мер политики, направленных на пропаганду необходимости регулярного завтрака во всех странах с различными культурными традициями и социально-экономическими факторами, является непростой задачей общественного здравоохранения.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они завтракают в учебные и в выходные дни. В заданном вопросе завтрак определялся как «не только стакан молока или фруктового сока». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, завтракающих каждый учебный день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В подавляющем большинстве стран и областей распространенность ежедневного завтрака достоверно снижается у мальчиков и девочек. Это различие превышает 15% примерно в трети стран и областей для мальчиков и около трех четвертях стран и областей – у девочек.

Гендерные различия

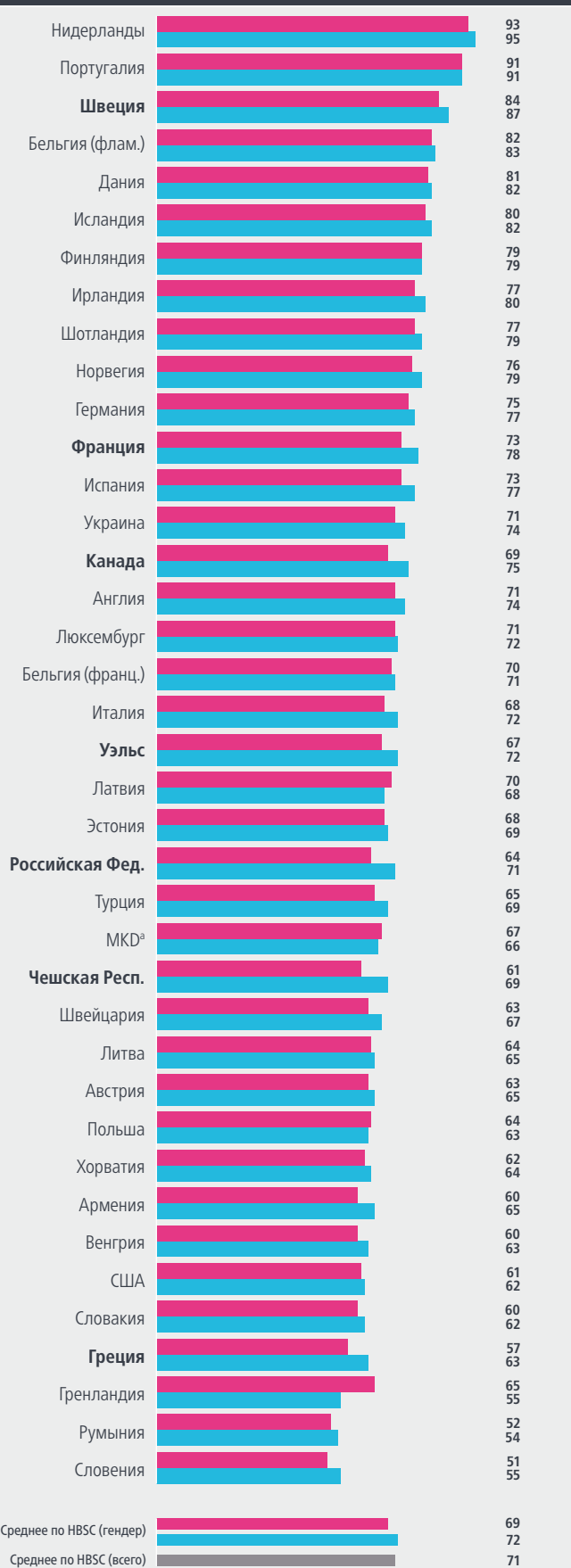
Почти во всех странах и областях мальчики с большей вероятностью сообщают о том, что они завтракают ежедневно. Гендерное различие в распространенности было больше у 13 и 15-летних, при этом в ряде стран и областей оно превышало 10%.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей подростки из семей с высоким достатком со значительно большей вероятностью сообщали о том, что они завтракают каждый день по будням, при этом в небольшом количестве стран эти различия превышают 15%.

11-летние подростки, завтракающие каждый учебный день

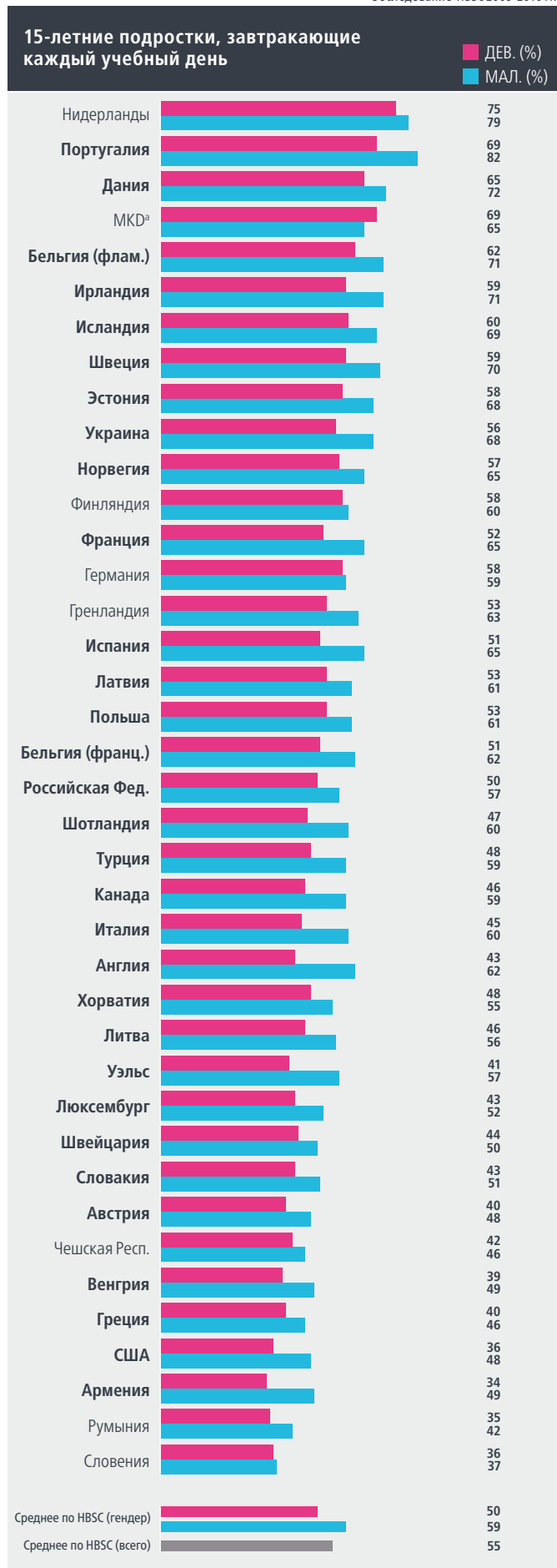
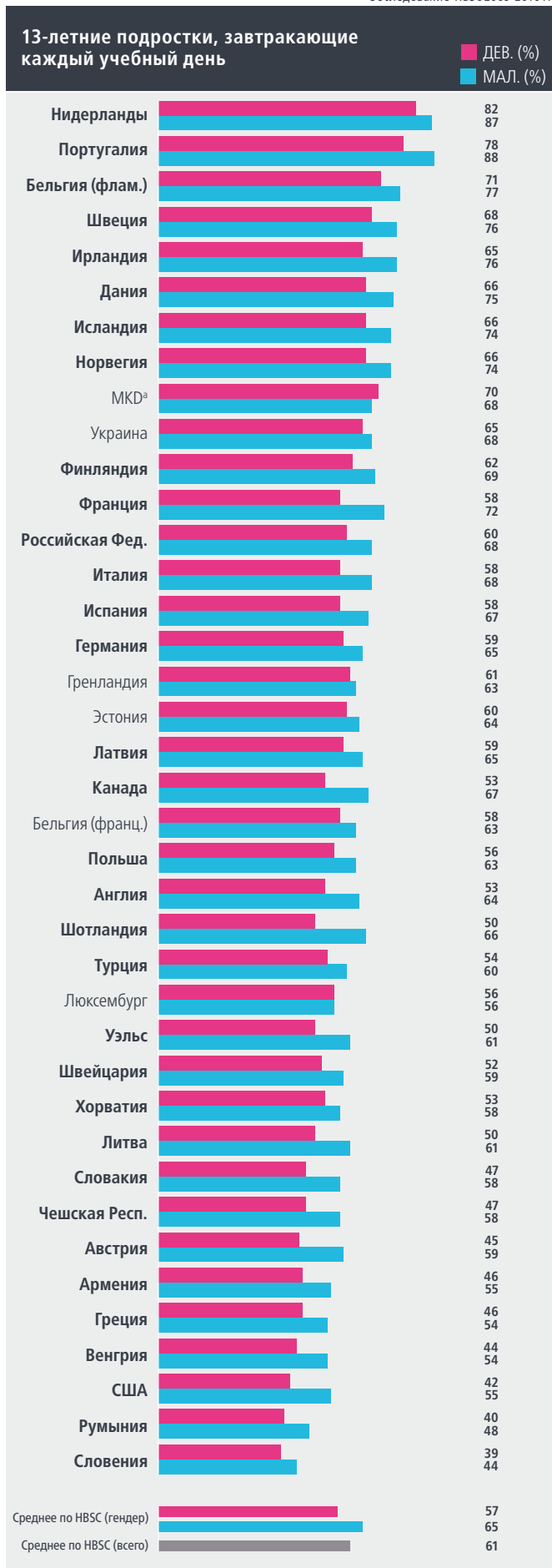
■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)



^а Бывшая югославская Республика Македония.

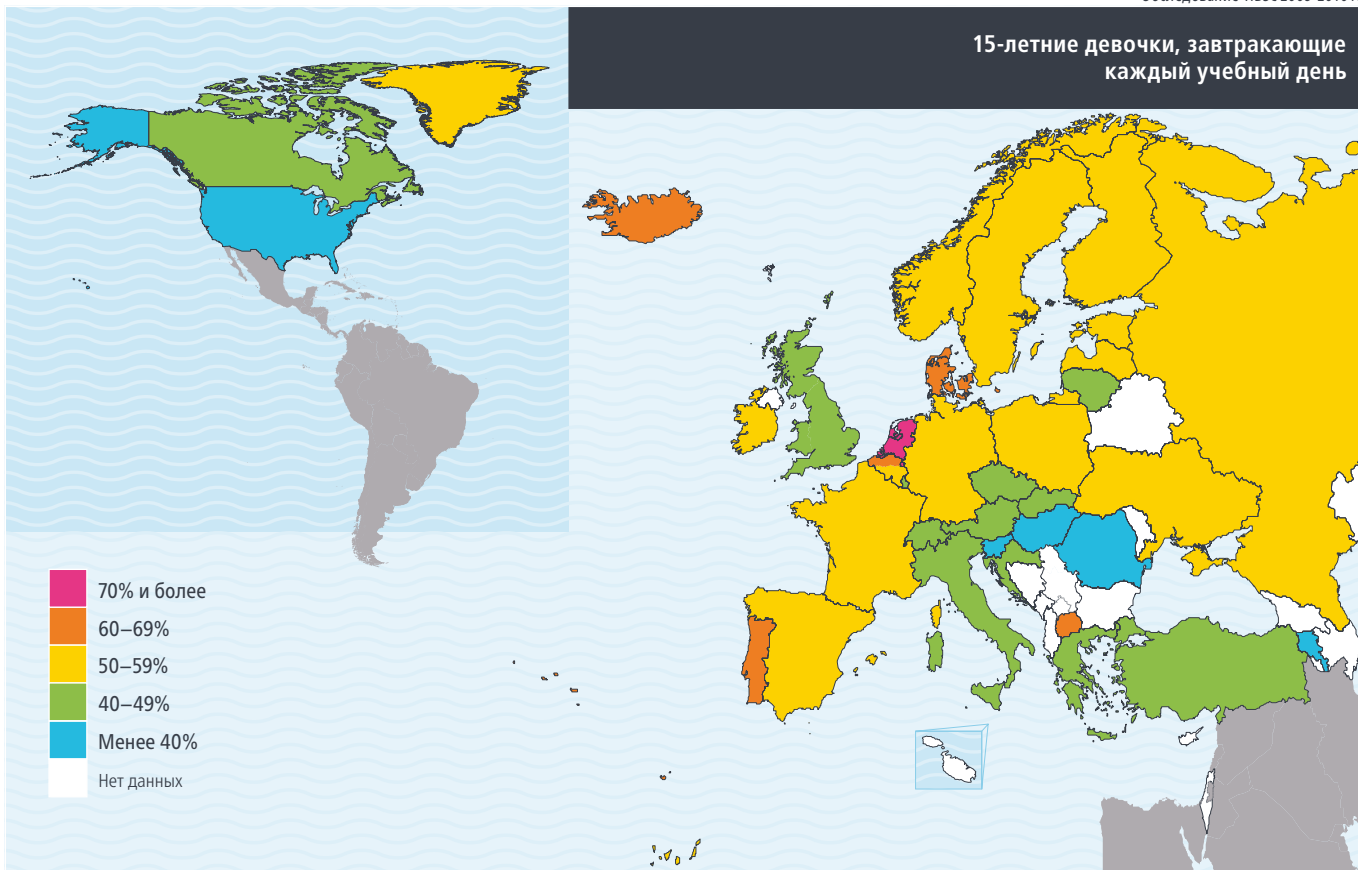
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

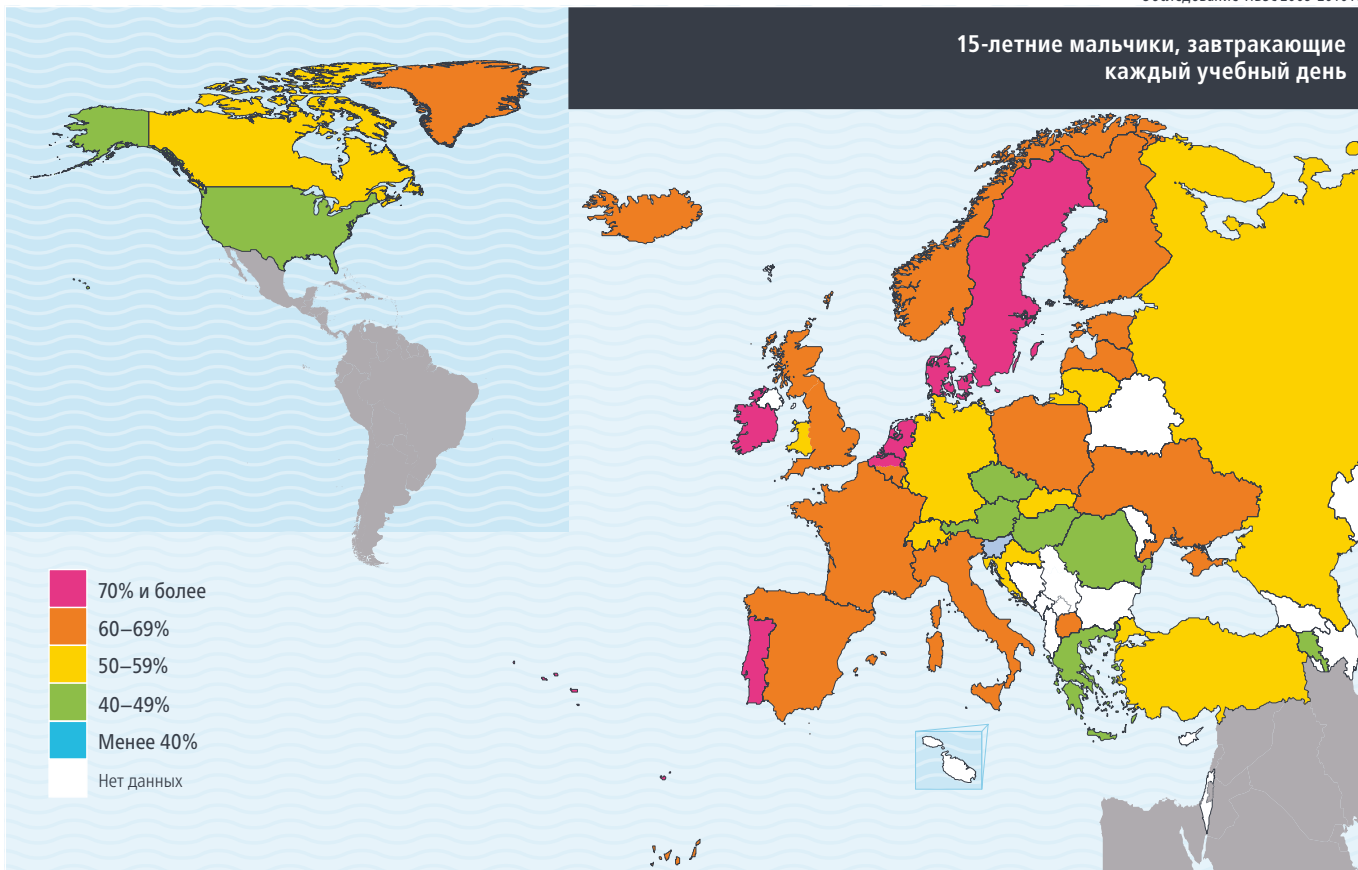
15-летние девочки, завтракающие
каждый учебный день



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, завтракающие
каждый учебный день



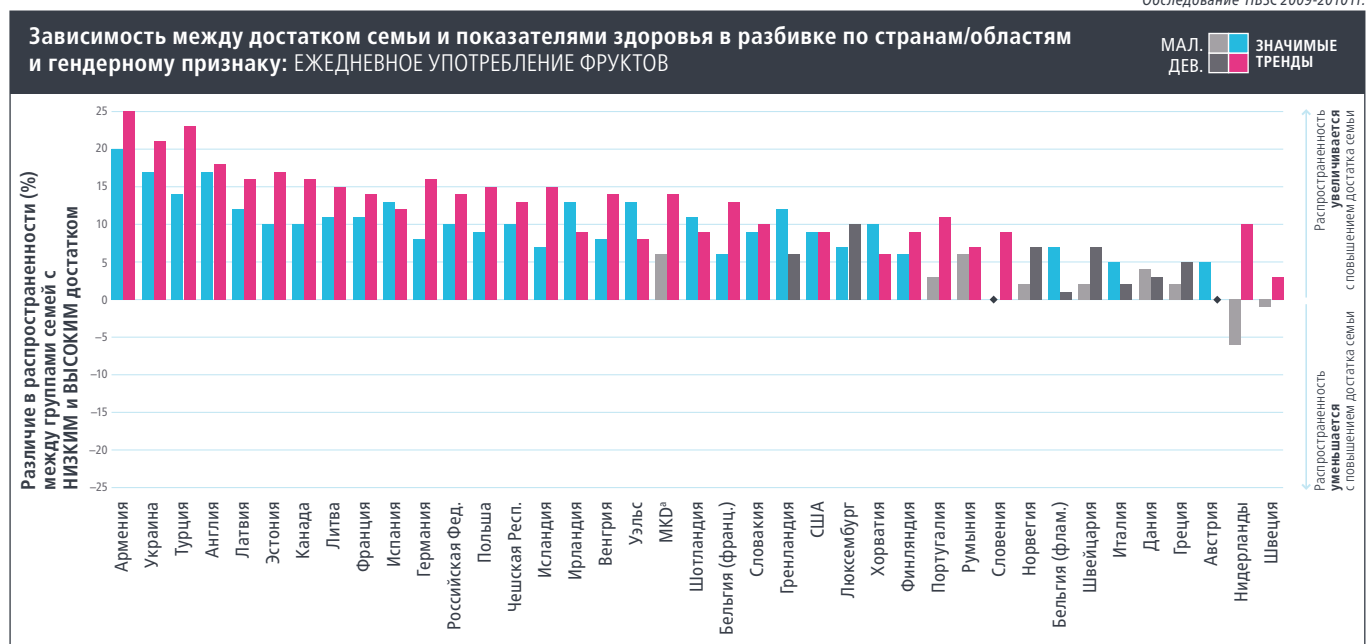
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: УПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ

Употребление фруктов в детском и подростковом возрасте благоприятно сказывается на многих аспектах здоровья. Оно способствует развитию оптимального здоровья в детстве, дальнейшему росту, интеллектуальному развитию, более низким уровням жировой массы тела и, в сочетании с употреблением овощей, повышению плотности костной ткани у мальчиков (8). Употребление фруктов в более раннем возрасте перерастает в привычку и во взрослой жизни (9), что снижает риск возникновения коронарной болезни сердца (10), инсульта (11) и онкологических заболеваний (12).

Факторы, которые могут мотивировать подростков употреблять больше фруктов, включают изменение среды, например, за счет увеличения наличия фруктов дома, а также употребления большего количества фруктов родителями (13), обеспечения фруктами в школах (14) и выращивания школьного сада, сопровождая это занятие соответствующими обучающими видами деятельности (15). Учителя и медицинские работники также могут помочь подросткам увеличить потребление фруктов посредством целенаправленного применения в школах успешно зарекомендовавших себя соответствующих мер (13).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Распространенность ежедневного употребления фруктов снижается для мальчиков и девочек в период с 11 к 15 годам. Это различие было значимым в подавляющем большинстве стран и областей среди мальчиков и в большинстве стран и областей среди девочек, при этом изменение превышает 15% почти в четверти стран и областей.

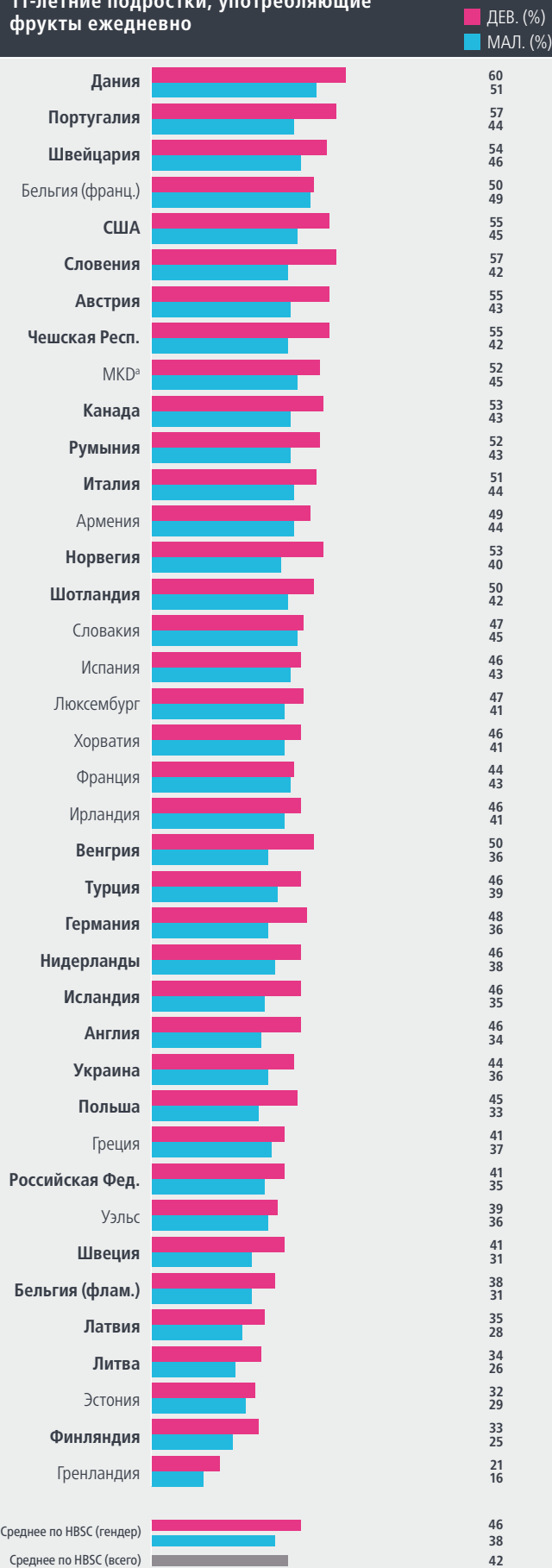
Гендерные различия

Среди девочек наблюдалась значимо более высокая распространенность ежедневного потребления фруктов в около трех четвертях стран и областей, при этом гендерное различие превышало 10% приблизительно в трети стран.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей для девочек и мальчиков из семей с высоким достатком наблюдалась бóльшая вероятность ежедневного потребления фруктов по сравнению с подростками из семей с низким достатком. Эти различия превышали 10% в меньшинстве стран для мальчиков и в большинстве – для девочек, у которых различия превышали 15% примерно в четверти стран.

11-летние подростки, употребляющие фрукты ежедневно



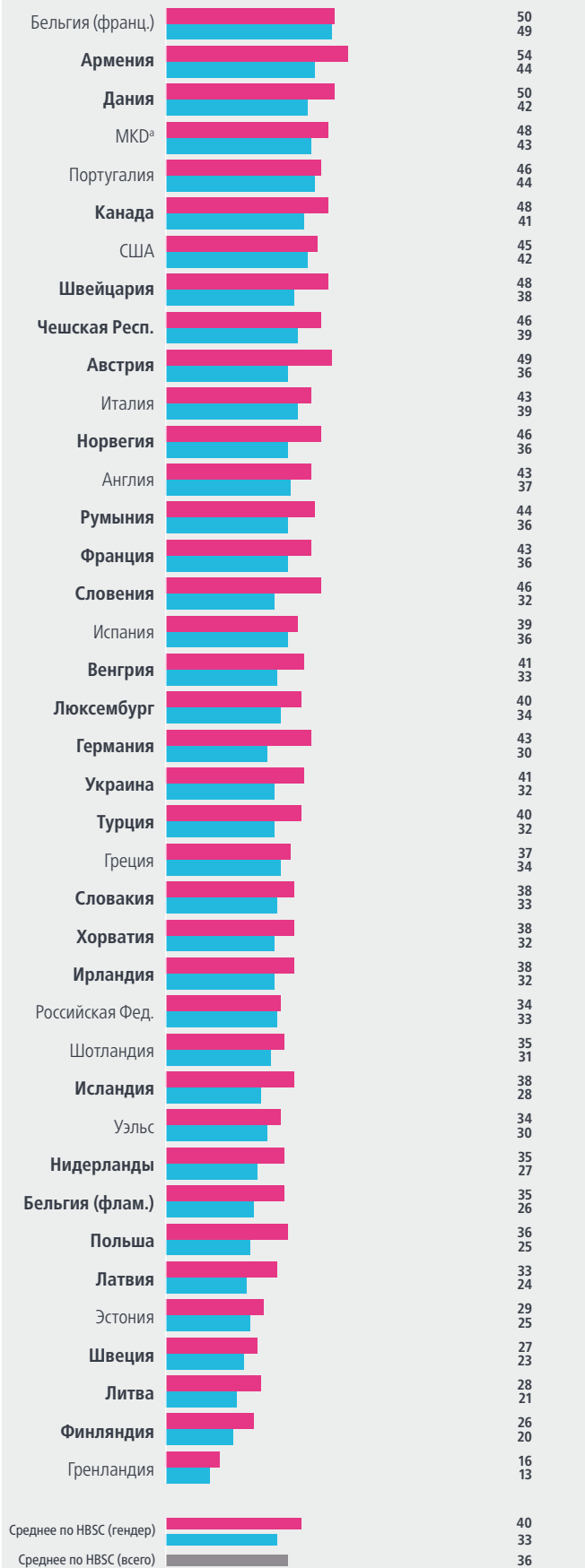
* Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

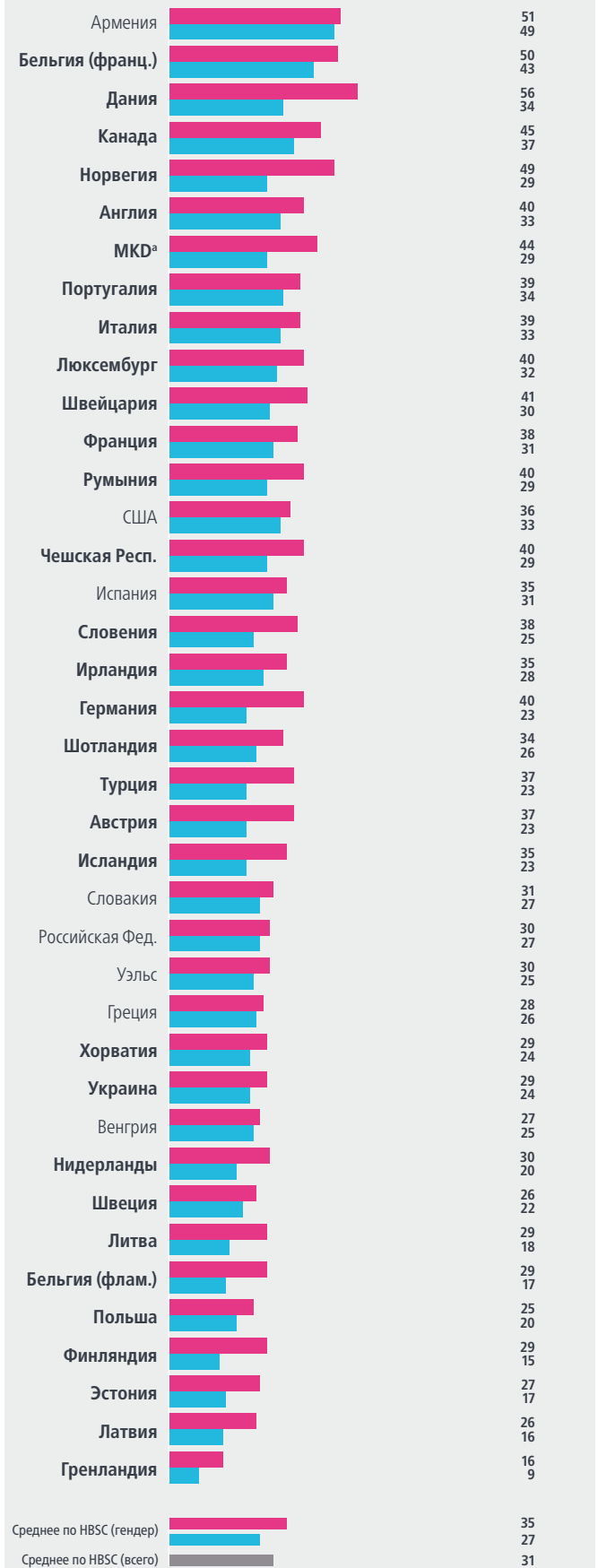
13-летние подростки, употребляющие фрукты ежедневно

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



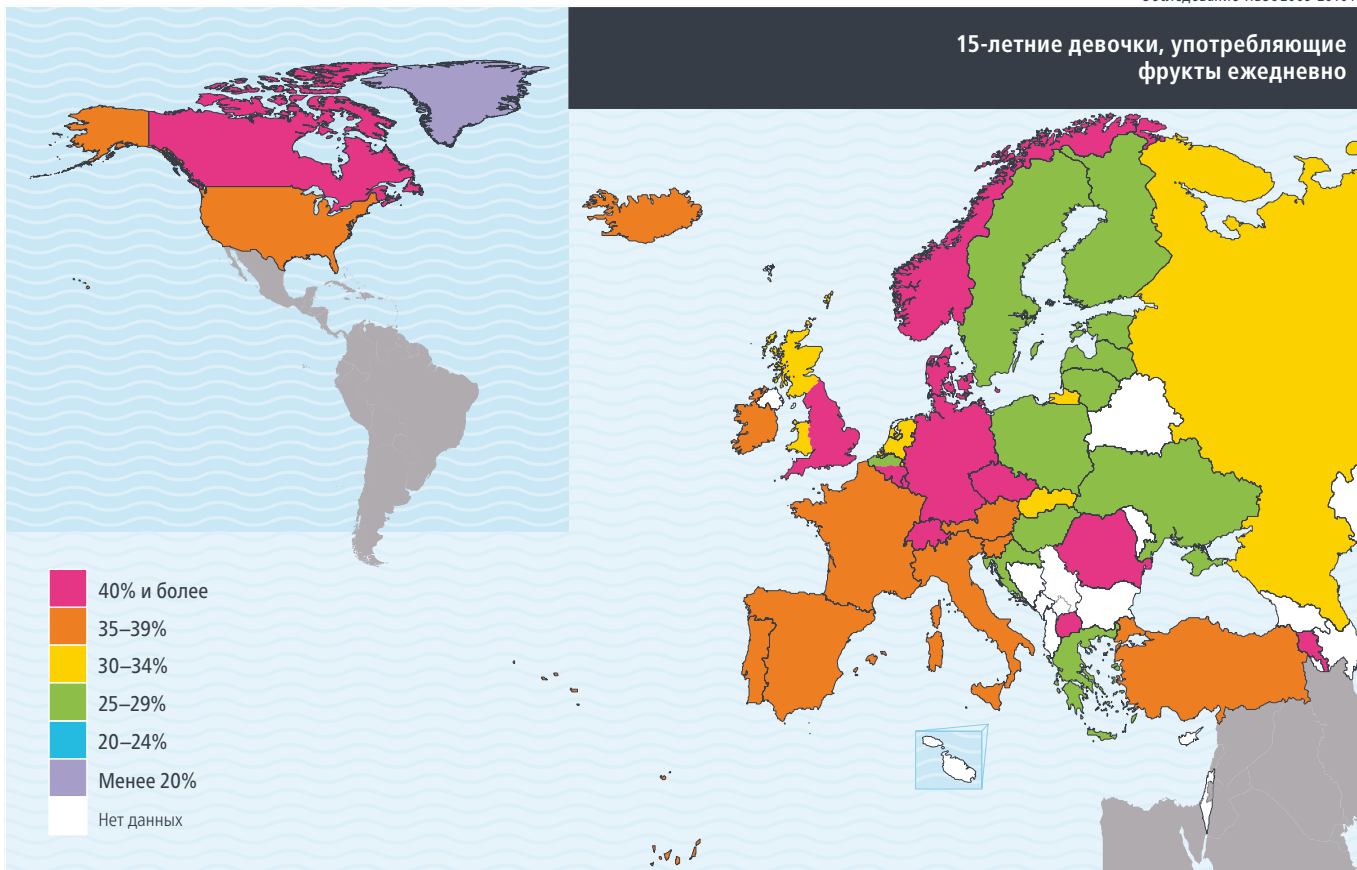
15-летние подростки, употребляющие фрукты ежедневно

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

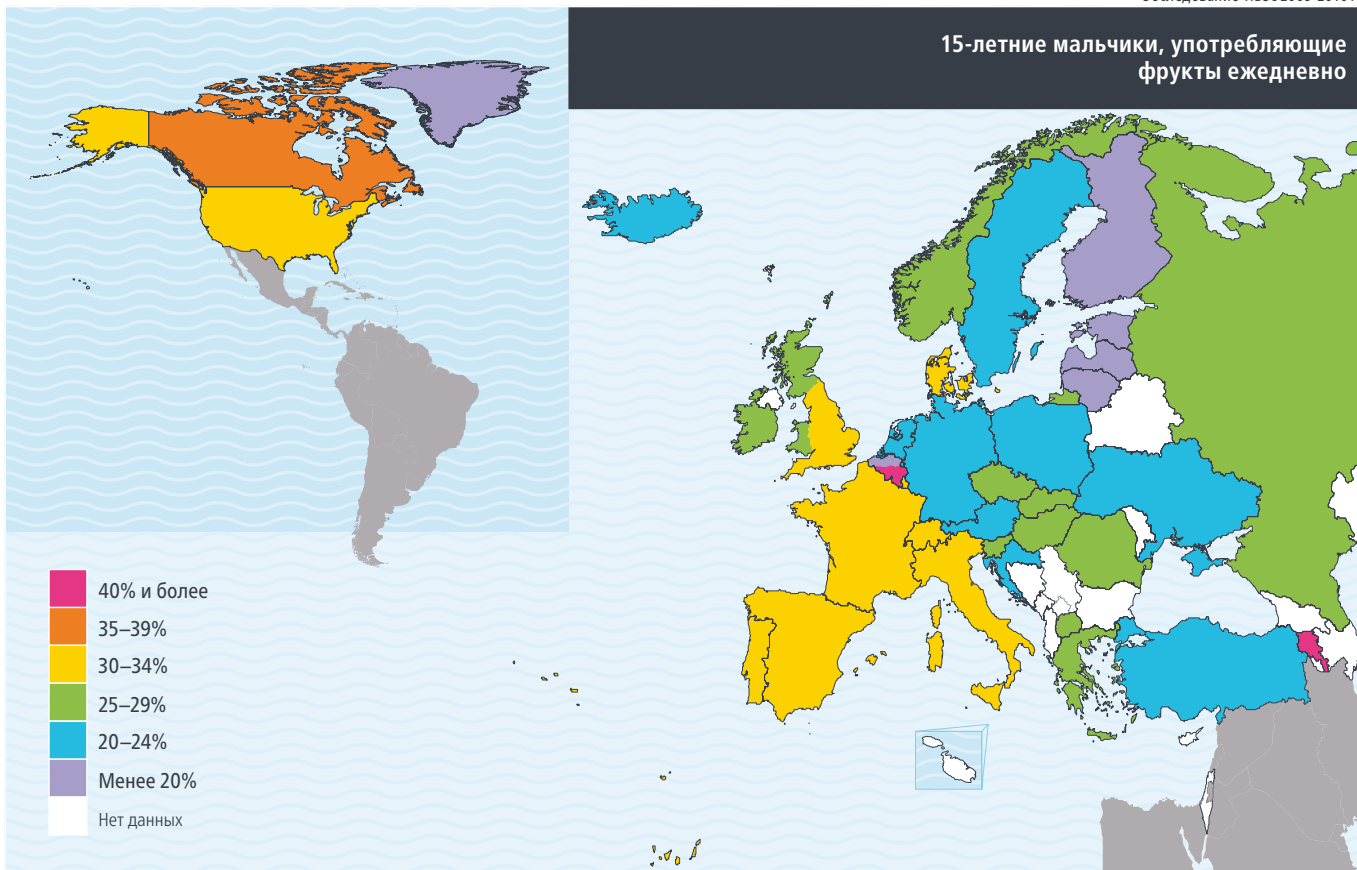
15-летние девочки, употребляющие
 фрукты ежедневно



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, употребляющие
 фрукты ежедневно



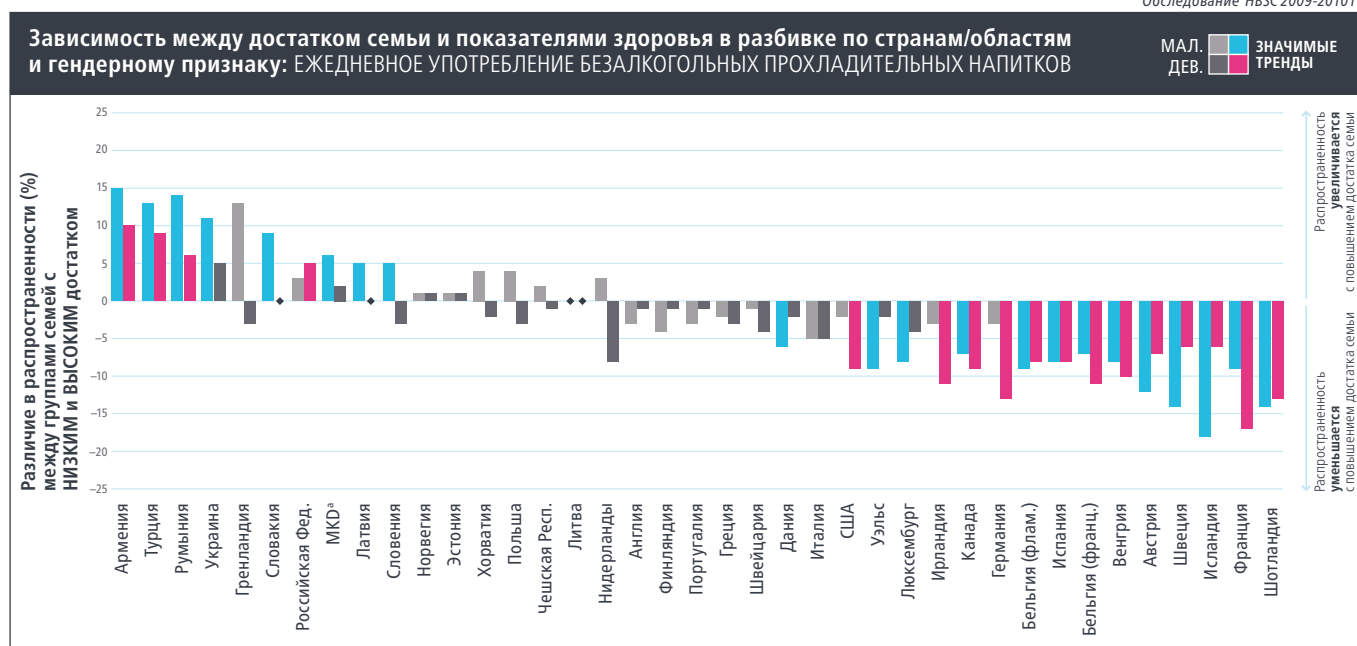
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: УПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ПРОХЛАДИТЕЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Потребление подслащенных напитков, включая безалкогольные напитки, возросло во всем мире параллельно с ростом распространенности избыточной массы тела и ожирения. Регулярное употребление подслащенных напитков сопровождается соответственно повышенным потреблением калорий, прибавкой в весе, риском развития избыточной массы тела и ожирения и развития хронических метаболических заболеваний, связанных с ожирением, таких как метаболический синдром и диабет 2-го типа (16,17). Хотя следует отметить, что не во всех исследованиях была установлена связь между потреблением безалкогольных напитков и повышенным ИМТ (4).

При употреблении подслащенных напитков отмечены более низкие уровни потребления молока, кальция и других питательных веществ (17). Данные предыдущих исследований HBSC указали на существование отрицательных зависимостей между потреблением безалкогольных напитков и наличием ежедневных завтраков (5) установленных в семье правил (18), а также положительных зависимостей между потреблением безалкогольных напитков и частым посещением ресторанов быстрого питания, и тем фактом, что дети проводят много времени за телевизором, что сопровождается частыми «перекусами» и приемами пищи.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они пьют подслащенные безалкогольные напитки. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «чаще, чем раз в день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые пьют безалкогольные прохладительные напитки ежедневно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Наблюдалась тенденция, особенно проявившаяся у мальчиков, к повышению распространенности ежедневного употребления безалкогольных напитков в возрасте от 11 к 15 годам, при этом в большинстве стран и областей это различие было значимым. Различия в распространенности по возрастным группам превышает 10% практически в половине стран и областей для мальчиков и лишь в небольшом количестве стран и областей для девочек.

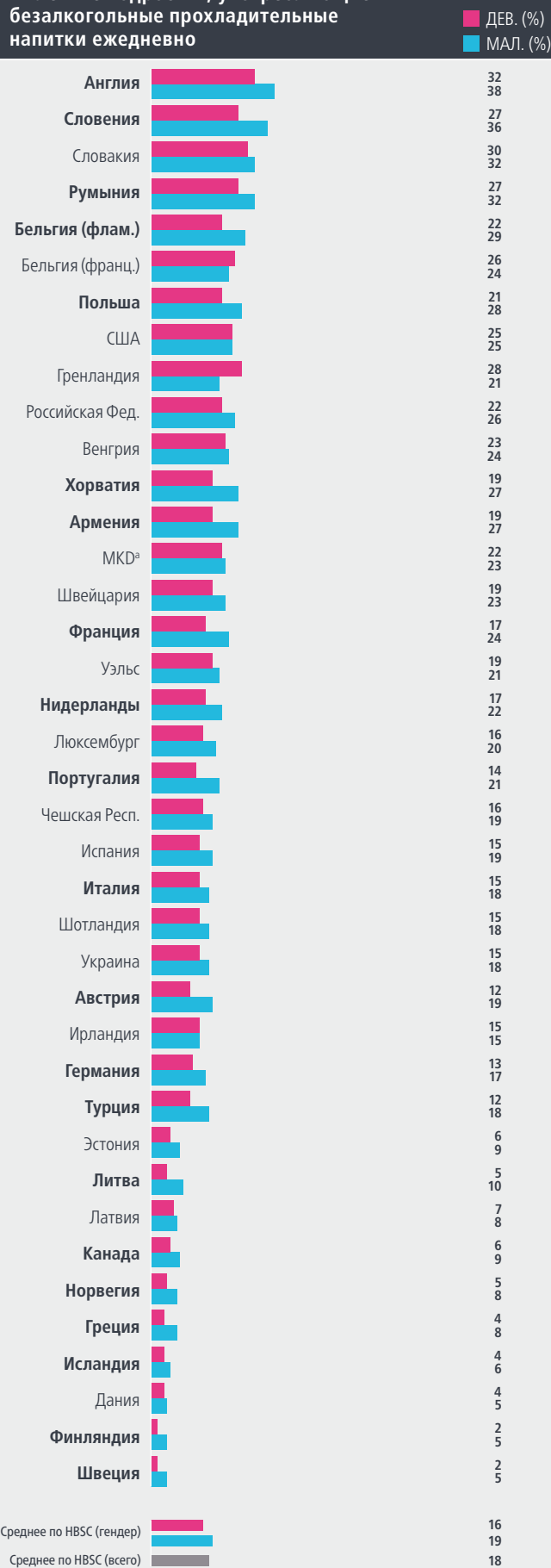
Гендерные различия

Во всех трех возрастных группах распространенность ежедневного потребления безалкогольных напитков выше среди мальчиков, чем среди девочек в большинстве стран и областей. Среди 15-летних лишь в небольшом количестве стран это различие превышает 10%.

Достаток семьи

Примерно в трети стран и областей бóльшая вероятность ежедневного употребления безалкогольных напитков подростками из семей с низким достатком являлась значимой, но в небольшом числе стран и областей бóльшая распространенность приходилась на семьи с высоким достатком, что особенно проявлялось среди мальчиков.

11-летние подростки, употребляющие безалкогольные прохладительные напитки ежедневно

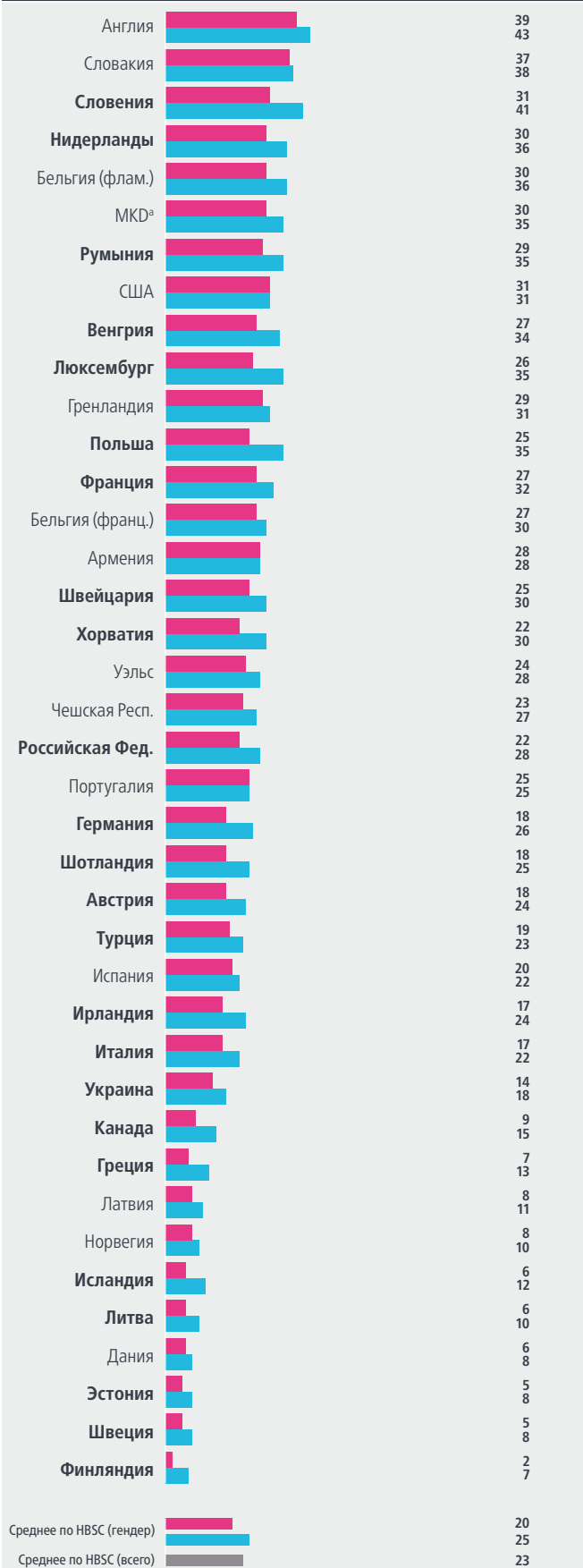


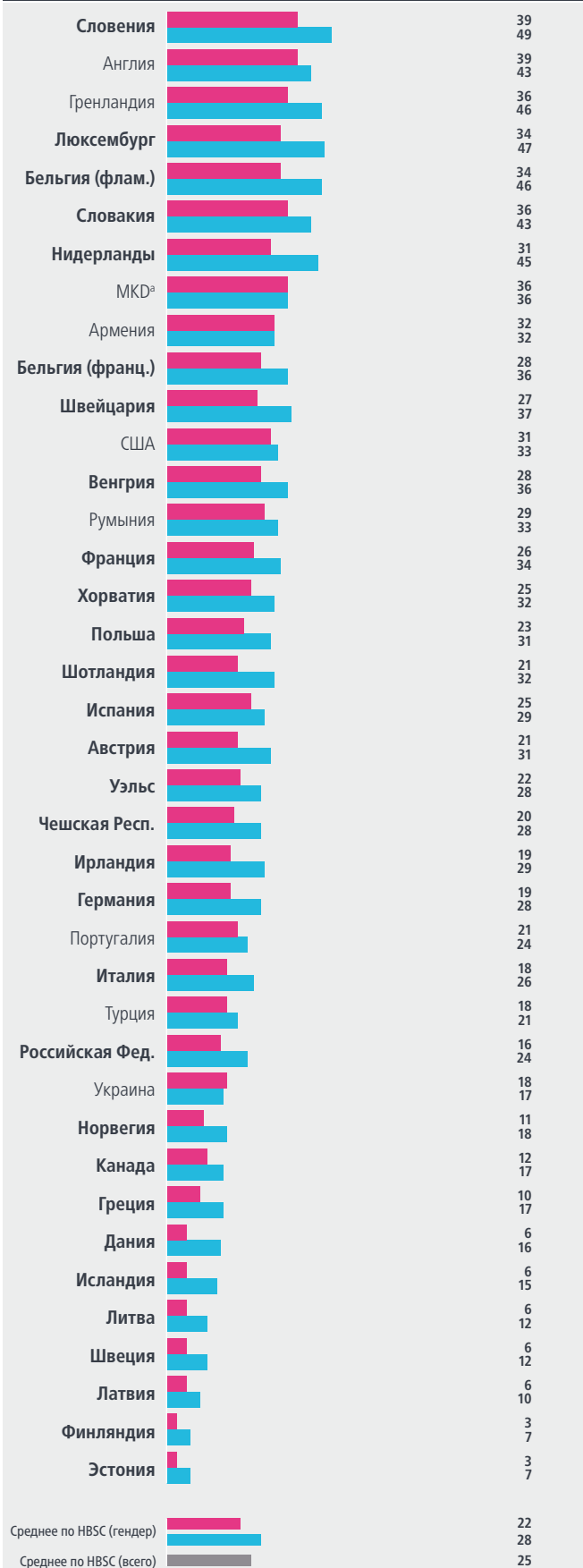
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

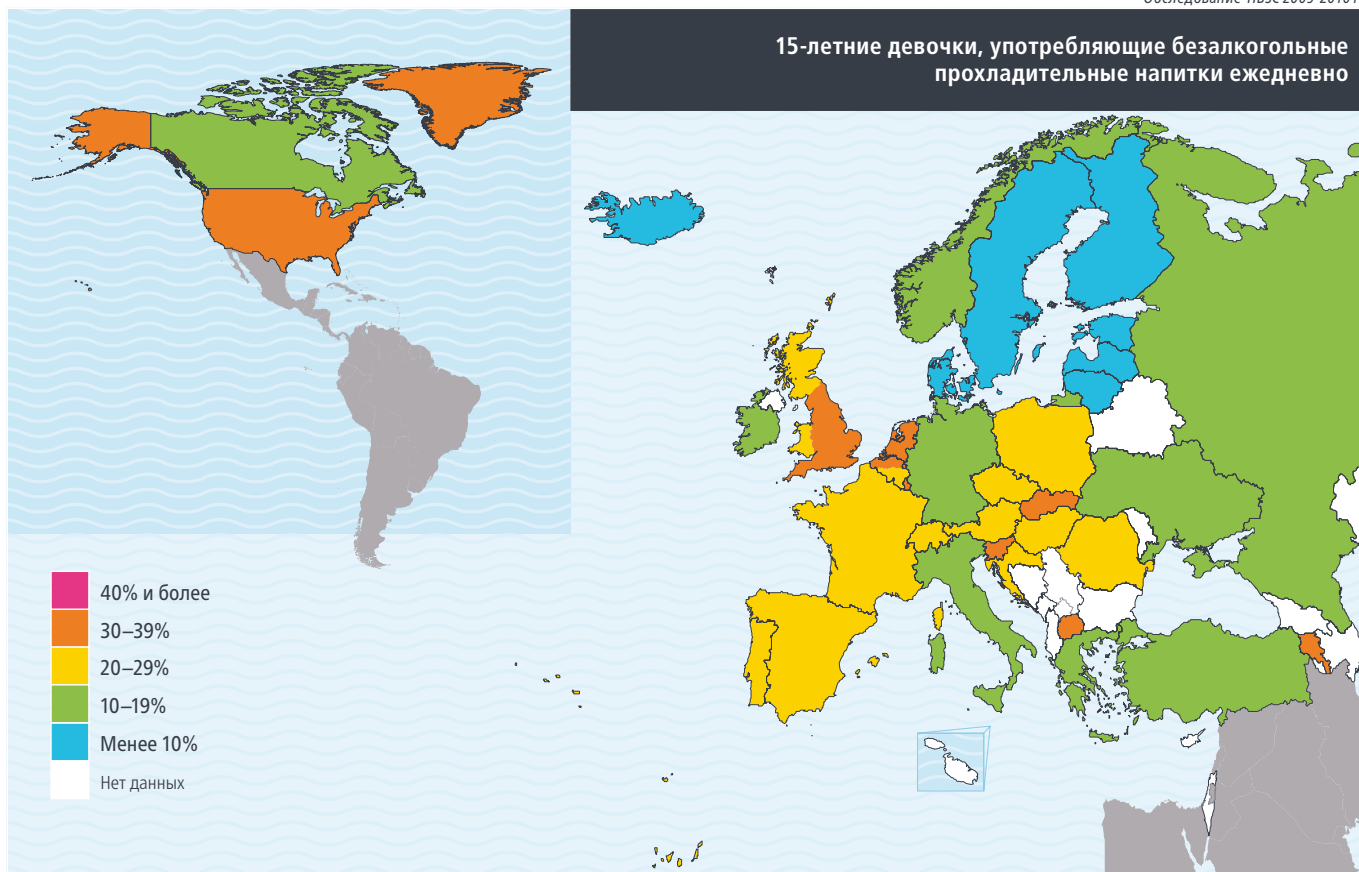
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

**13-летние подростки, употребляющие
безалкогольные прохладительные
напитки ежедневно**

 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)

**15-летние подростки, употребляющие
безалкогольные прохладительные
напитки ежедневно**

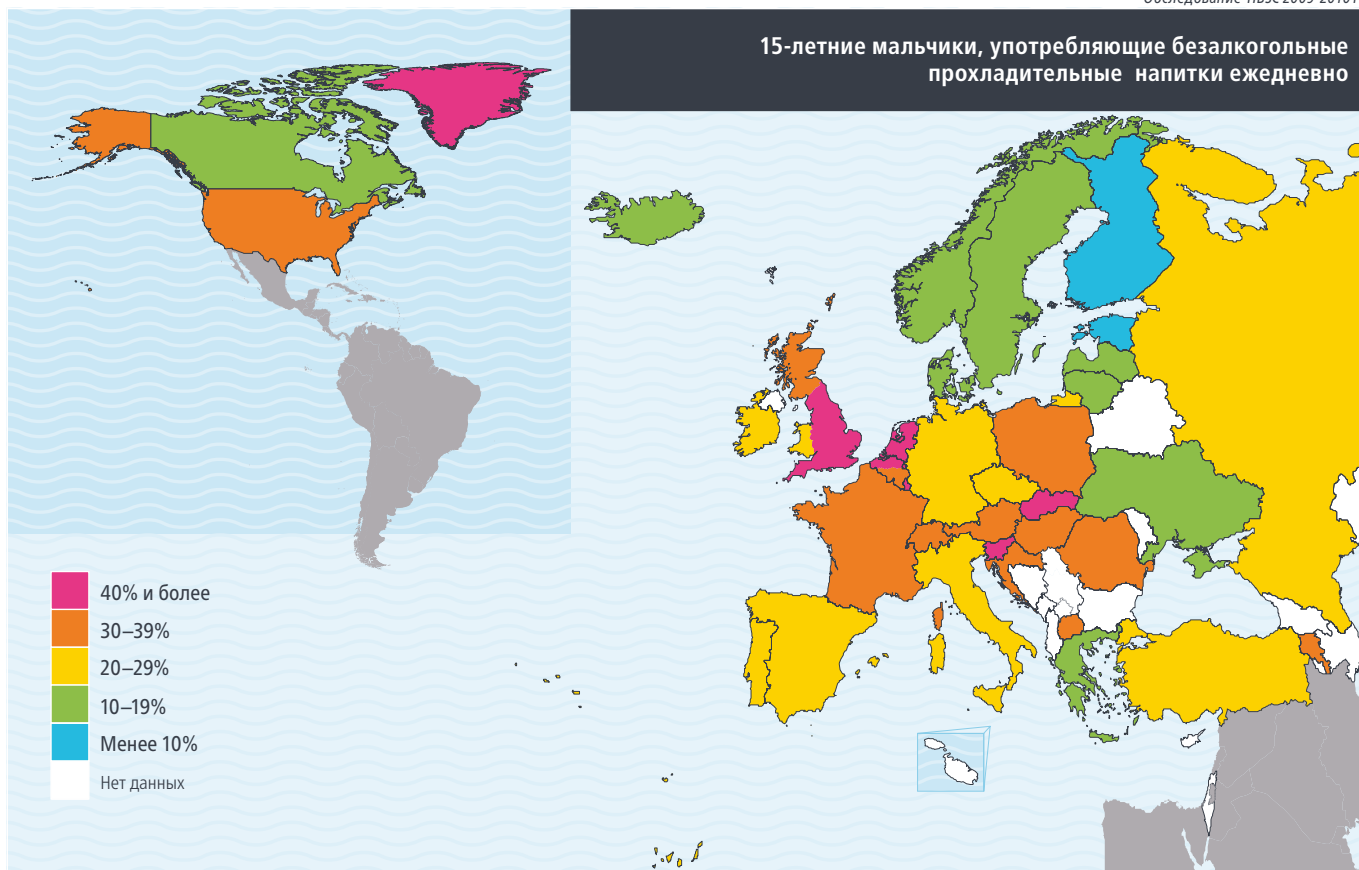
 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Завтрак

Отказ от завтрака является распространенным явлением в подростковом возрасте, особенно начиная с 13 лет, что не противоречит данным предыдущих исследований (5). Это происходит при воздействии, среди прочих, таких факторов, как повышение самостоятельности детей более старшего возраста в выборе пищевых продуктов (19), снижение влияния семейной среды (20) и повышение распространенности соблюдения диеты среди более взрослых девочек.

Наблюдается бóльшая вероятность отказа от завтрака у девочек, что можно отнести на счет гендерных различий в представлениях относительно массы тела (21). Девочки обычно более озабочены своим весом, при этом отказ от завтрака распространен как метод регулирования веса (22).

Возможность семьи покупать питательные пищевые продукты для завтрака и благоприятная домашняя атмосфера (20) могут также частично объяснить существующую положительную зависимость между достатком семьи и регулярностью потребления завтрака. Различия, существующие между странами, могут быть отнесены на счет культурных традиций в отношении рациона и режима питания, которые либо поощряют прием пищи на завтрак, либо способствуют отказу от него, а также на счет социально-экономических факторов (3).

Употребление фруктов

По аналогии с большей частью данных ранее проведенных исследований (6,23), такие показатели, как возраст, гендерная принадлежность и достаток семьи влияют на употребление фруктов. Сообщения о возрастных различиях обычно менее последовательны, чем о различиях, связанных с гендерной принадлежностью и достатком семьи (6,23) что может отражать утверждение подростков в своей независимости от родителей, в частности в вопросах пищевых предпочтений (24). Что касается гендерных различий, высказывается предположение о том, что девочки употребляют больше фруктов, чем мальчики, поскольку обычно они больше озабочены своим здоровьем (25).

Связь с достатком семьи частично может явиться результатом ценовой структуры в отношении фруктов в сравнении с более калорийными, менее здоровыми альтернативными вариантами пищевых продуктов. Фрукты обеспечивают организм меньшей энергией по сравнению с другими продуктами аналогичной стоимости, поэтому семьям с более низким доходом приобретение фруктов может казаться нерациональной тратой денег (26). Кроме того, инициативы по укреплению здоровья чаще подхватываются индивидуумами с более высоким СЭС (27).

Четких географических закономерностей не наблюдалось, вместе с тем следует отметить, что территориальные различия в рационах питания могут вносить вклад в вариабельность данных по странам.

Употребление безалкогольных прохладительных напитков

Потребление безалкогольных напитков выше среди мальчиков. Гендерные различия можно отнести на счет большей женской озабоченности регулированием веса, а также большей приверженности здоровому питанию (25). Представительницам женского пола также более свойственно отвечать за покупку продуктов и приготовление еды даже в раннем возрасте, и они могут использовать свои знания для обеспечения более здорового выбора (25). Еще одним фактором является потребность мальчиков в большем количестве энергии, что может лежать в основе их выбора более калорийных пищевых продуктов (28).

Рост распространенности употребления безалкогольных напитков с возрастом может происходить благодаря бóльшим возможностям подростков выбирать и покупать для себя еду и напитки вне дома (29).

В случаях с более низким достатком семьи в основном наблюдается тенденция к большему употреблению безалкогольных напитков, но в восточноевропейских и балтийских странах противоположная тенденция (30). Там, возможно, употребление безалкогольных напитков рассматривается как символ обеспеченности.

Самые низкие уровни потребления безалкогольных напитков отмечены в странах Северной Европе и Балтии.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Поскольку существует вероятность того, что пищевые привычки сохраняются и во взрослой жизни (31), необходимо постоянно принимать соответствующие превентивные меры, начиная с раннего возраста. Данные подчеркивают необходимость учитывать тот факт, что проявление форм поведения, благоприятно сказывающихся на здоровье, снижается с возрастом, а существующие гендерные различия и низкий достаток семьи являются факторами, позволяющими прогнозировать более негативные формы поведения в отношении здоровья (хотя в ряде стран эта зависимость носит обратный характер). Таким образом, при разработке мер политики и практики следует учитывать следующие моменты.

- Характер изменений в пищевых привычках подростков в период 11 – 13 лет, который позволяет предположить, что это тот возраст, который требует вмешательств на постоянной основе.
- Гендерные различия подчеркивают тот факт, что у мальчиков и девочек существуют различные потребности, и что они также могут по-разному реагировать на меры вмешательства; например, мальчики ежедневно завтракают скорее при поощрении родителей, тогда как девочки – под воздействием примера сверстников, придерживающихся принципов здорового питания (32).
- У семей с низким достатком обычно меньше возможностей развивать и сохранять здоровые пищевые привычки.
- Примечательно существование противоположной картины в плане зависимости от показателя достатка семьи в странах Балтии и Восточной Европы. При разработке стратегий необходимо рассмотреть вопрос о том, почему нездоровые пищевые продукты могут являться символом обеспеченности в этих странах.

Семья имеет заметное влияние на формирование здоровых пищевых привычек у подростков, и поэтому родители, а также те, кто предоставляют уход за детьми, должны привлекаться к осуществлению вмешательств. При разработке таких мер вмешательств можно рассмотреть вопросы о том, как:

- направлять родителей к здоровым вариантам питания при выборе продуктов, приготовлении пищи и подаче ее своим детям (33);
- меры политики общественного здравоохранения могут подкреплять меры политики в сфере занятости, учитывающие интересы семьи и способствующие обеспечению возможности родителям организовывать совместные семейные трапезы, с тем, чтобы содействовать укоренению здоровых пищевых привычек (31).

Помимо этого, эффективными в развитии здоровых пищевых привычек среди подростков являются мероприятия на базе школы, способствующие повышению потребления количества фруктов и овощей посредством развития навыков приготовления еды, презентации пищевых продуктах с дегустацией и использования обучения со стороны сверстников («равный – равному»). Программы активно привлекают школьников, учителей, родителей, сотрудников сферы питания, молодежные организации и организации сферы обслуживания, а также местную индустрию (производителей фруктов и овощей, магазины) к созданию и разработке мер политики в сфере школьного питания (34).

ЛИТЕРАТУРА

1. Timlin MT et al. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 2008, 121(3):e638–e645.
2. Affenito SG. Breakfast: a missed opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007, 107(4):565–569.
3. Utter J et al. At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007, 107(4):570–576.
4. Haug E et al., HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):167–179.

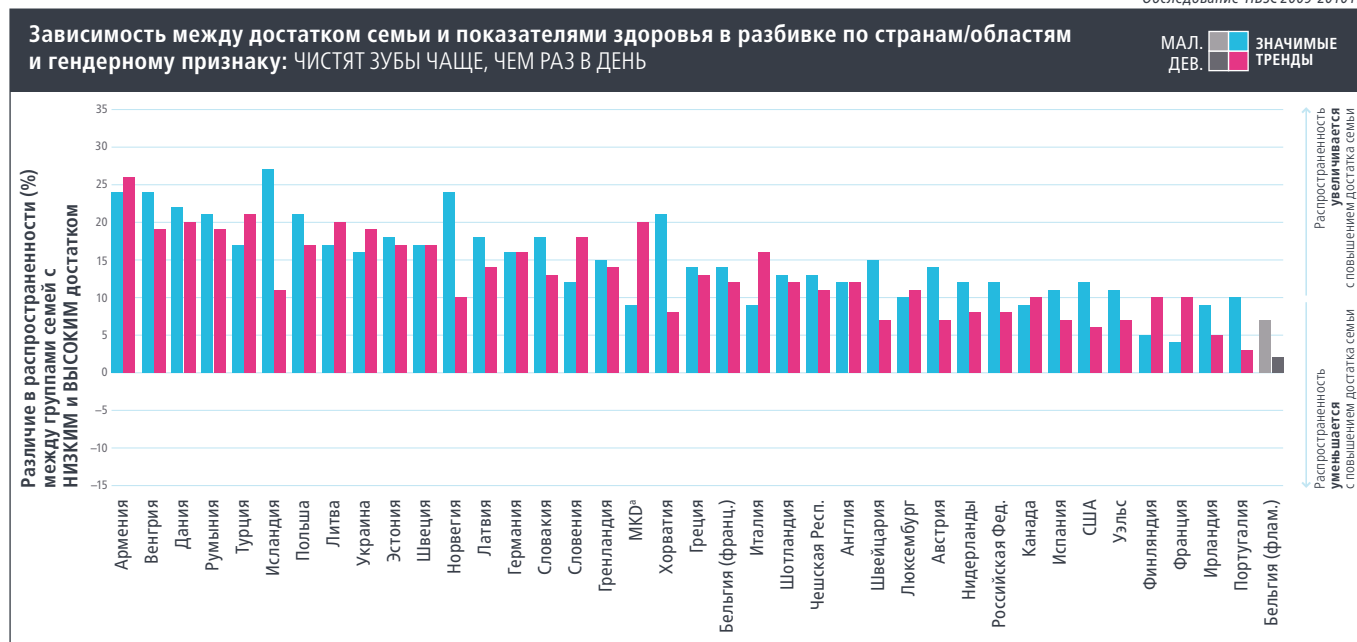
5. Vereecken C et al., HBSC Eating & Dieting Focus Group. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):180–190.
6. Cooper SB, Bandelow S, Nevill ME. Breakfast consumption and cognitive function in adolescent schoolchildren. *Physiology & Behavior*, 2011, 103(5):431–439.
7. Delva J, O'Malley PM, Johnston LD. Racial/ethnic and socioeconomic status differences in overweight and health-related behaviors among American students: national trends 1986–2003. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(4):536–545.
8. Vatanparast H et al. Positive effects of vegetable and fruit consumption and calcium intake on bone mineral accrual in boys during growth from childhood to adolescence: the University of Saskatchewan Pediatric Bone Mineral Accrual Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82(3):700–706.
9. te Velde SJ, Twisk JWR, Brug J. Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. *The British Journal of Nutrition*, 2007, 98(2):431–438.
10. Dauchet L, Amouyel P, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of stroke: a meta-analysis of cohort studies. *Neurology*, 2005, 65:1193–1197.
11. Dauchet L et al. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *The Journal of Nutrition*, 2006, 136:2588–2593.
12. Maynard M et al. Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(3):218–225.
13. Rasmussen M et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2006, 3:22–40.
14. Blanchette L, Brug J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6–12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2005, 18(6):431–443.
15. McAleese JD, Rankin LL. Garden-based nutrition education affects fruit and vegetable consumption in sixth-grade adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007, 107(4):662–665.
16. Malik VS et al. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2010, 33(11):2477–2483.
17. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(4):667–675.
18. Verzeletti C et al. Soft drink consumption in adolescence: associations with food-related lifestyles and family rules in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *European Journal of Public Health*, 2010, 20(3):312–317.
19. Pearson N, Biddle SJH, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite*, 2009, 52(1):1–7.
20. Pearson N et al. Family circumstance and adolescent dietary behaviours. *Appetite*, 2009, 52(3):668–674.
21. Strauss RS. Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153(7):741–747.
22. Bassett R, Chapman GE, Beagan BL. Autonomy and control: the co-construction of adolescent food choice. *Appetite*, 2008, 50(2–3):325–332.
23. Pearson N, Ball K, Crawford D. Predictors of changes in adolescents' consumption of fruits, vegetables and energy-dense snacks. *The British Journal of Nutrition*, 2011, 105(5):795–803.
24. Duckworth AL, Tsukayama E, Geier AB. Self-controlled children stay leaner in the transition to adolescence. *Appetite*, 2010, 54(2):304–308.
25. Wardle J et al. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 2004, 27(2):107–116.
26. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2008, 87(5):1107–1117.
27. Schulz A, Northridge ME. Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(4):455–471.
28. Cooke LJ, Wardle J. Age and gender differences in children's food preferences. *The British Journal of Nutrition*, 2005, 93(5):741–746.
29. Bere E et al. Determinants of adolescents' soft drink consumption. *Public Health Nutrition*, 2008, 11(1):49–56.
30. 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.
31. Merten MJ, Williams AL, Shriver LH. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: parental presence, community context, and obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 2009, 109(8):1384–1391.
32. Hallström L et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA study. *Appetite*, 2011, 56(3):649–657.
33. Pearson N et al. A family-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in adolescents: a pilot study. *Public Health Nutrition*, 2010, 13(6):876–885.
34. Knai C et al. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. *Preventive Medicine*, 2006, 42(2):85–95.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Гигиена полости рта имеет большое значение для общего состояния здоровья и благополучия (1). Во второй половине XX века в большинстве развитых стран наблюдались улучшения в сфере гигиены полости рта детей и подростков, хотя позже улучшения выровнялись до стабильных, но невысоких показателей кариеса зубов (2). Тем не менее, в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода социальные различия в отношении состояния проблемы гигиены полости рта возросли (3). Заболевания полости рта, кариес зубов и болезни пародонта являются наиболее распространенными из всех хронических инфекционных заболеваний, они причиняют боль и вызывают дискомфорт, снижая качество жизни, а также являясь одними из наиболее дорогостоящих для лечения болезней (3–5).

Дети, к 12-ти годам чистящие зубы чаще одного раза в день, с большей вероятностью будут продолжать это делать и далее, в подростковом возрасте и во взрослой жизни (6). Прослеживается связь между факторами, касающимися семьи, такими как пример родителей, принятый в семье порядок и взаимоотношения, а также школьными программами по укреплению здоровья (8), с одной стороны, и частотой чистки зубов (7), с другой.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они чистят зубы. Варианты ответа варьировались от «никогда» до «чаще одного раза в день». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших, что чистят зубы чаще одного раза в день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей отмечено значимое увеличение в распространенности чистки зубов чаще, чем раз в день, у девочек 15 годам по сравнению с 11-летними девочками, тогда как у мальчиков к 15 годам наблюдается значимое снижение этого показателя по сравнению с 11-летним возрастом. Различия между этими возрастными группами варьируют от 5 до 15%.

Гендерные различия

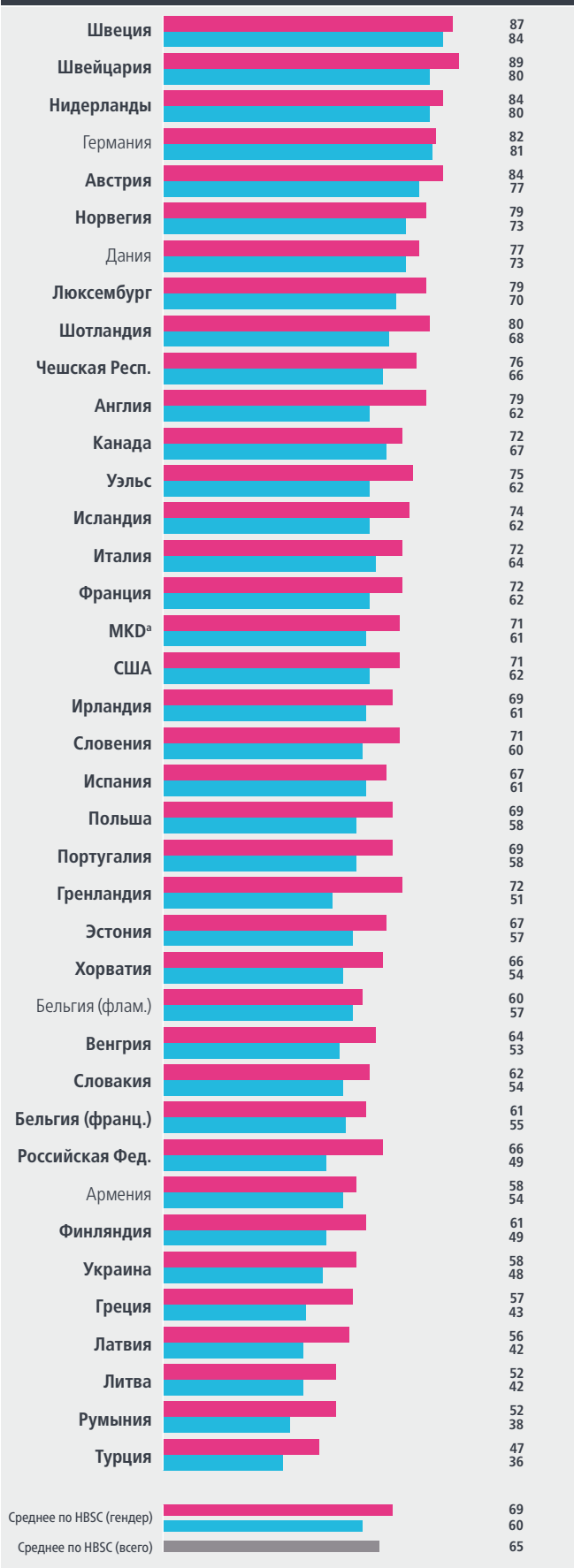
По всем трем возрастным группам неизменно большая доля девочек, чем мальчиков чистят зубы чаще одного раза в день. Это гендерное различие было значимым почти во всех странах и областях по всем возрастным группам, а с возрастом увеличилось, превысив 15% среди 15-летних.

Достаток семьи

Отмечена значимая положительная зависимость показателя чистки зубов чаще, чем раз в день, от уровня достатка семьи почти во всех странах и областях. В трех четвертях стран и областей для мальчиков и в большинстве стран и областей для девочек различие в распространенности между школьниками из семей с высоким и низким достатком превысило 10%.

11-летние школьники, которые чистят зубы чаще, чем раз в день

■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)



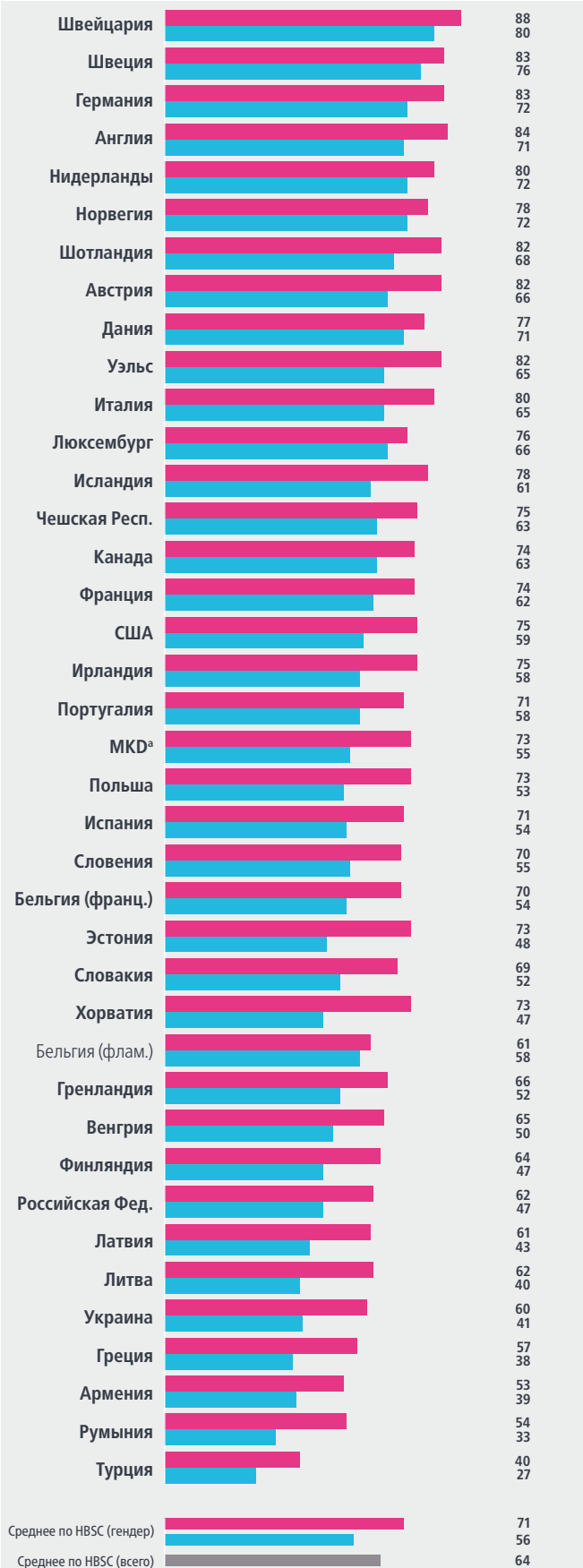
* Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

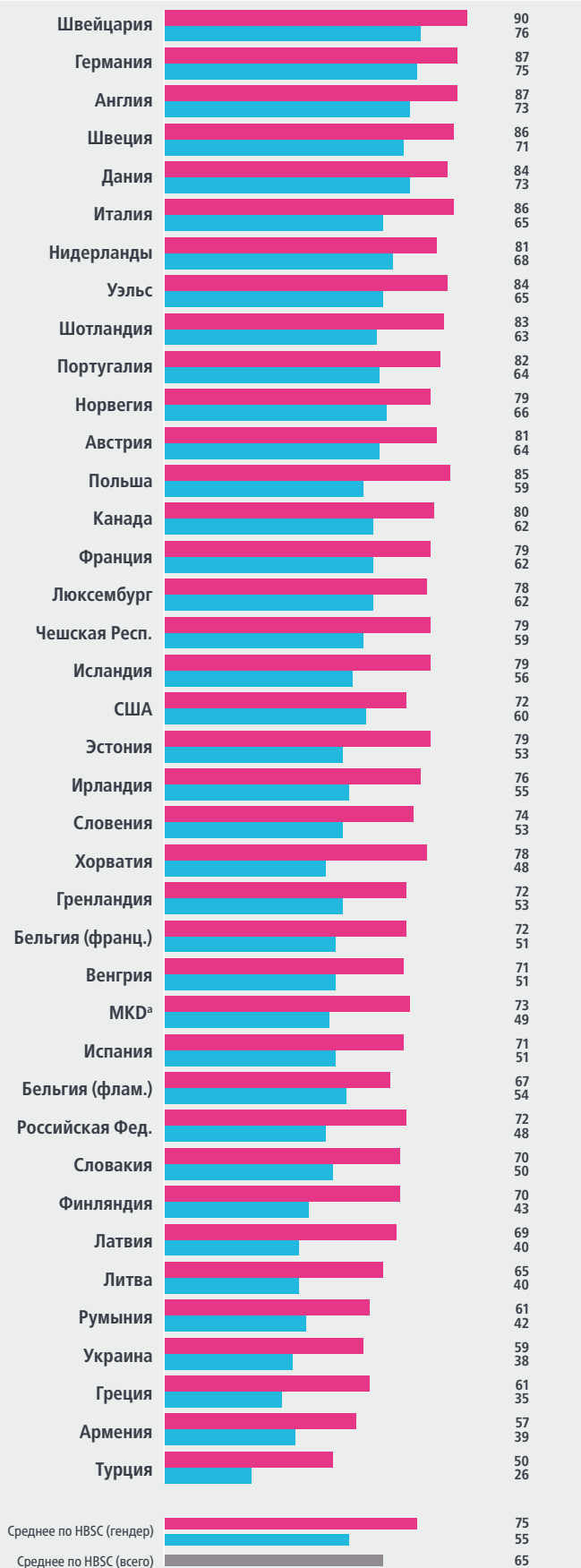
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние школьники, которые чистят
зубы чаще, чем раз в день

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

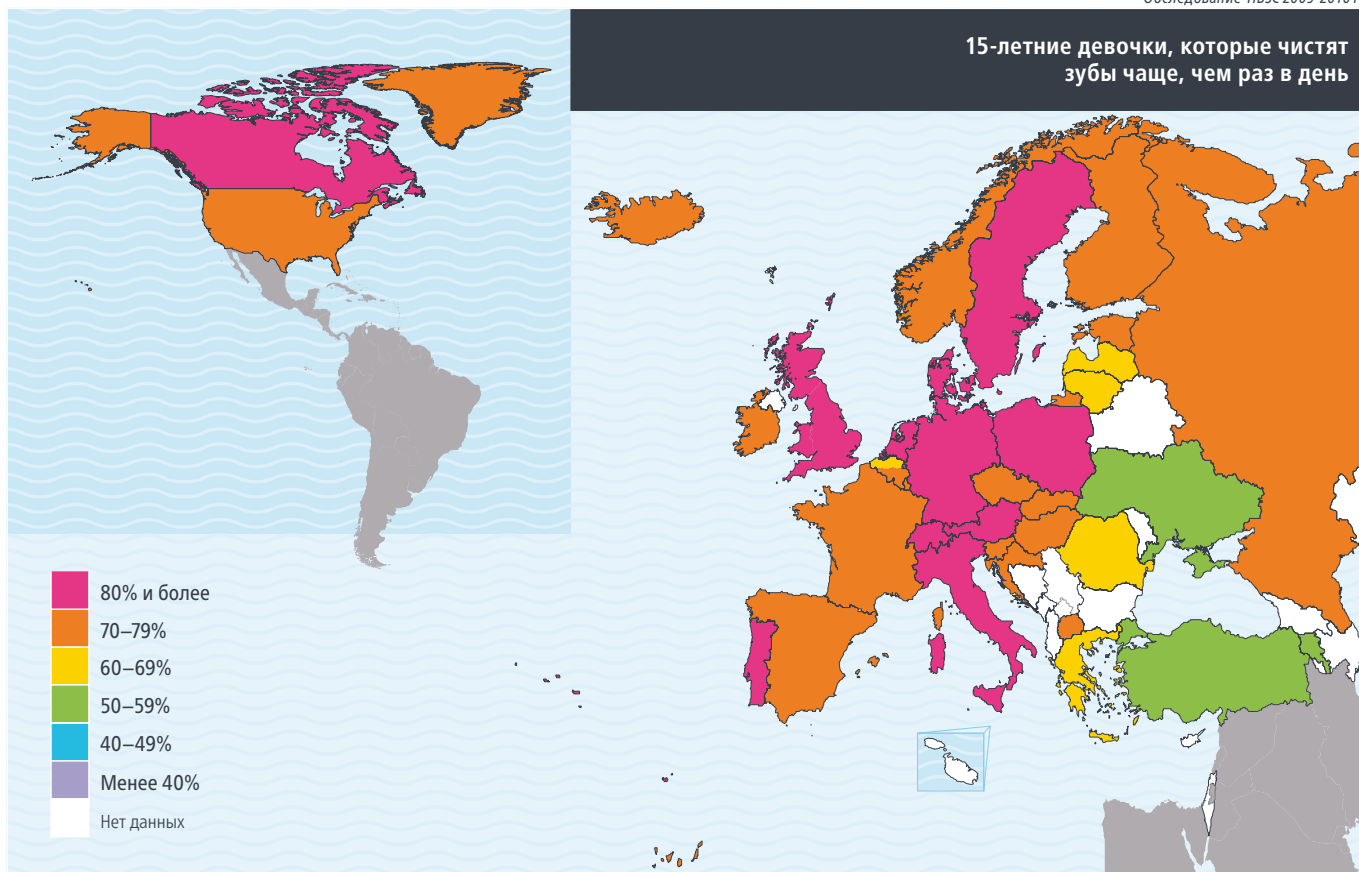
15-летние школьники, которые чистят
зубы чаще, чем раз в день

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

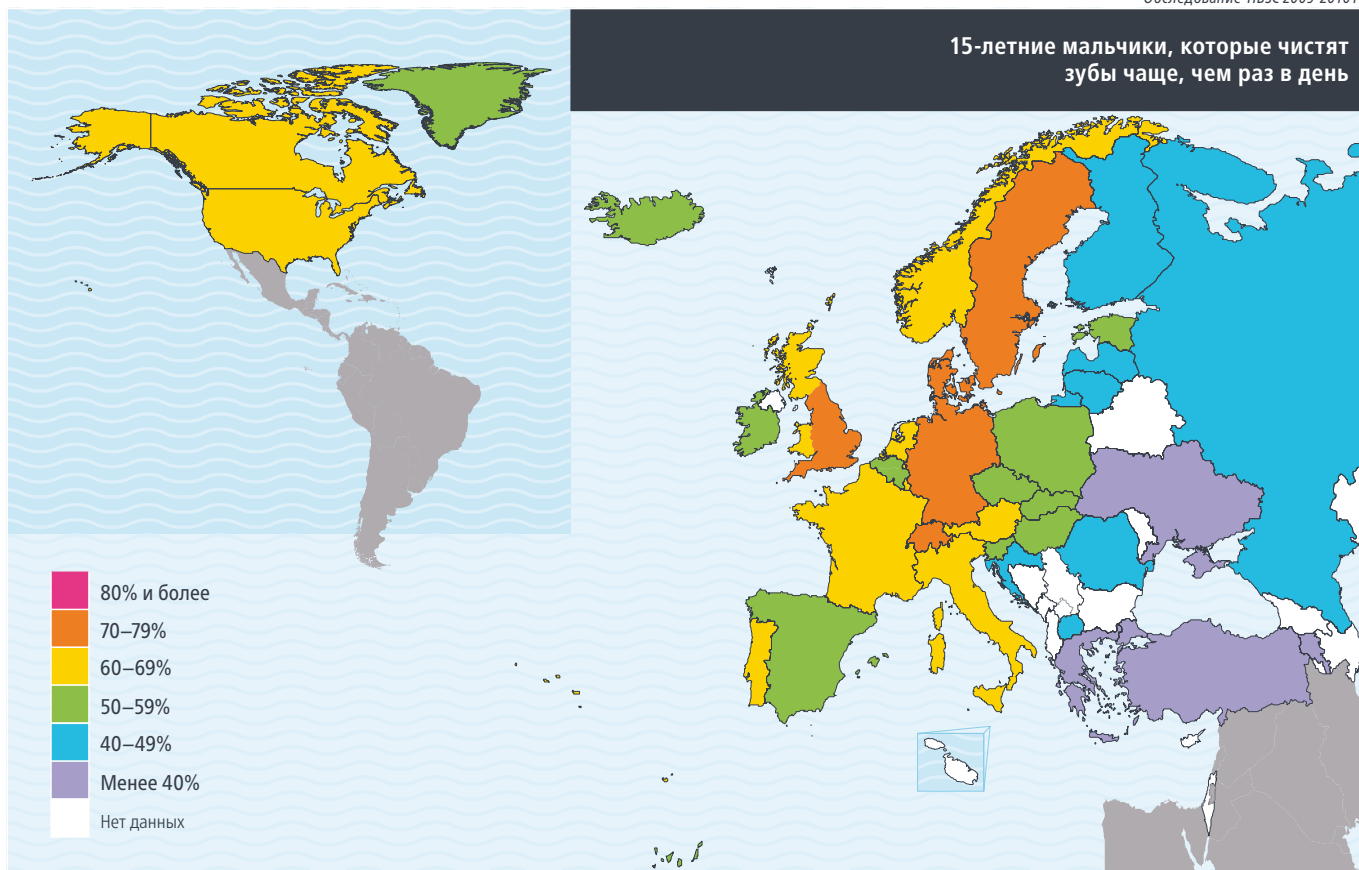
15-летние девочки, которые чистят
 зубы чаще, чем раз в день



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, которые чистят
 зубы чаще, чем раз в день



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

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты подтверждают ранее полученные данные о том, что девочки чистят зубы чаще: это может объясняться тем, что девочки больше озабочены своим здоровьем и тем, как они выглядят. Гендерное различие в зависимости от возраста интересно и неожиданно: бóльшая распространенность чистки зубов среди девочек старшего возраста и среди мальчиков младшего возраста. Возрастное различие в показателе чистки зубов среди мальчиков может отражать предпринятые в последнее время инициативы в области гигиены полости рта на базе школ и местного сообщества, направленные на детей более раннего возраста, но необходимы дальнейшие исследования для изучения этих данных.

Наблюдается связь между более высоким достатком семьи и регулярной чисткой зубов. Эти данные согласуются с результатами более ранних исследований, которые показали, что самый высокий уровень кариеса характерен для детей из семей с низким доходом (1,9) и тех, кто живет в территориях с низким СЭС (8).

Практика чистки зубов, установившаяся на основе рекомендаций, как представляется, более распространена в странах Северо-Западной Европы, характеризующихся более высокими уровнями дохода, чем в странах Восточной и Южной Европы. Этот факт можно также связать с национальными мерами политики в области здравоохранения.

Недавно проведенное в Шотландии исследование показало связь между порядком домашней жизни и гармоничным общением между родителями и ребенком, с одной стороны, и более регулярной чисткой зубов среди шотландских подростков, с другой, что позволяет предположить, что факторы, касающиеся семьи, могут обладать защитным действием на формирование привычек подростков в отношении гигиены полости рта (7).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Болезни полости рта можно предупредить чисткой зубов дважды в день фторсодержащей зубной пастой (10) и ограничением частоты употребления сахара (11). Данные HBSC подчеркивают существующие неравенства в показателях здоровья полости рта, что указывает на необходимость инвестиций в инициативы, ориентированные на мальчиков, и группы населения с низким достатком. Конкретные действия по преодолению таких неравенств могут включать:

- улучшение доступа к услугам по гигиене полости рта и к стоматологическим услугам, учитывая гендерные аспекты (12);
- обеспечение рассмотрения кампаниями по укреплению здоровья вопроса о том, что мальчики могут иначе реагировать на рекомендации в отношении гигиены полости рта, а также поиска факторов мотивации для мальчиков (12);
- поиск путей противостояния влиянию социально-экономических неравенств с использованием защитных факторов, таких как семья.

Поскольку редкой чистке зубов обычно сопутствуют курение, нездоровые пищевые привычки и низкие уровни физической активности (13), может быть целесообразным интегрировать профилактику заболеваний ротовой полости в общие программы укрепления здоровья (3). Эффективный путь разработки таких программ подразумевает «подход с точки зрения общих факторов риска» (14), а инициатива школ, способствующих укреплению здоровья (15) является подходящей платформой для таких вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

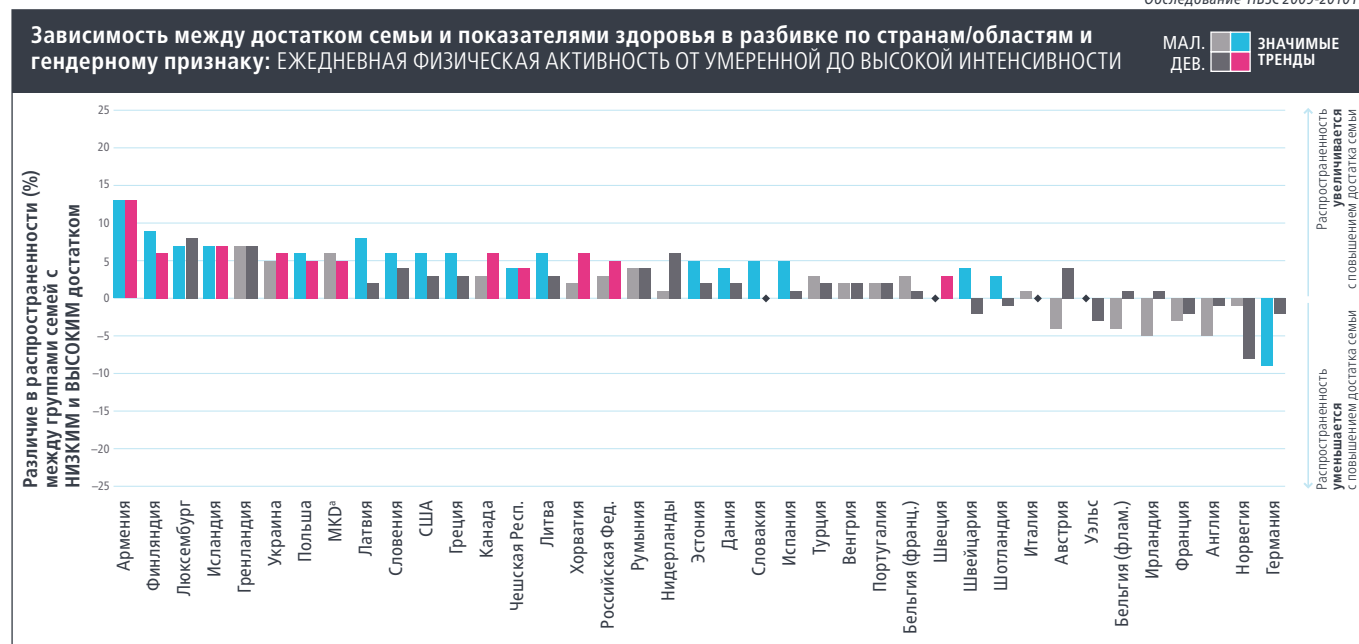
1. *Oral health in America. A report of the Surgeon General.* Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
2. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953–2003. *Caries Research*, 2004, 38(3):173–181.
3. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*, 2007, 369(9555):51–59.
4. Petersen PE, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion – towards integration of oral health. *Community Dental Health*, 2010, 27(Suppl. 1):129–136.
5. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health –World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 2008, 58(3):115–121.
6. Koivusilta L et al. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *Journal of Dental Research*, 2003, 82(5):361–366.
7. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2010, 38(1):10–18.
8. Levin KA et al. Inequalities in dental caries of 5-year-old children in Scotland, 1993–2003. *European Journal of Public Health*, 2009, 19(3):337–342.
9. Maes L et al. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal*, 2006, 56(3):159–167.
10. Marinho VCC et al. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents [online]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 1(1):CD002278.
11. de Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ*, 2010, 340:c2451.
12. Европейская стратегия «Развитие детей и подростков. Гендерный инструмент», Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/76512/EuroStrat_Gender_tool_rus.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
13. Honkala S et al. Toothbrushing and smoking among adolescents – aggregation of health damaging behaviours. *Journal of Clinical Periodontology*, 2011, 38(5):442–448.
14. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2000, 28(6):399–406.
15. Kwan S, Petersen PE. *Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school.* Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Information Series on School Health, Document 11).

РАСХОД ЭНЕРГИИ: ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Физическая активность является важным фактором в обеспечении долгосрочных и краткосрочных результатов в отношении физического и психического здоровья (1–4) и может улучшить школьную успеваемость и когнитивную функцию (4–6). Она сопровождается более благополучным состоянием опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, а также более редкими состояниями тревожности и депрессии у детей и подростков (5). Приобретенные в детском и подростковом возрасте хорошие привычки к физической активности могут сохраняться на протяжении всей жизни (1,3), тогда как более низкие ее уровни и излишне малоподвижное поведение могут провоцировать ожирение, что является серьезной проблемой общественного здравоохранения в странах Северной Америки и Европы (7).

На основе обширного обзора литературы Strong с соавт. (5) разработали рекомендацию о необходимости для детей ежедневной физической активности от умеренной до высокой интенсивности (MVPA) в течение не менее 60 минут. Эта минимальная норма принята в методических указаниях ряда государственных и профессиональных организаций, но имеющиеся данные позволяют предположить, что значительная доля подростков не соответствуют методическим указаниям в отношении физической активности (8).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено сообщить о том, какое количество дней за последнюю неделю они были физически активны в общей сложности не менее 60 минут в день. Этот вопрос предварялся определением физической активности от умеренной до высокой интенсивности, а именно, «любая деятельность, в результате которой у вас на некоторое время повышается частота сердечных сокращений и иногда перехватывает дыхание», а также примерами таких видов деятельности, соответствующих конкретной стране.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей наблюдается значительно более высокая частота ежедневной MVPA среди 11-летних мальчиков по сравнению с 15-летними. Такая же картина отмечена во всех странах, кроме трех, для девочек, при этом снижение показателя к 15-летнему возрасту выражено в большей степени. Возрастные различия в распространенности превышают 10% более чем в четверти стран и областей.

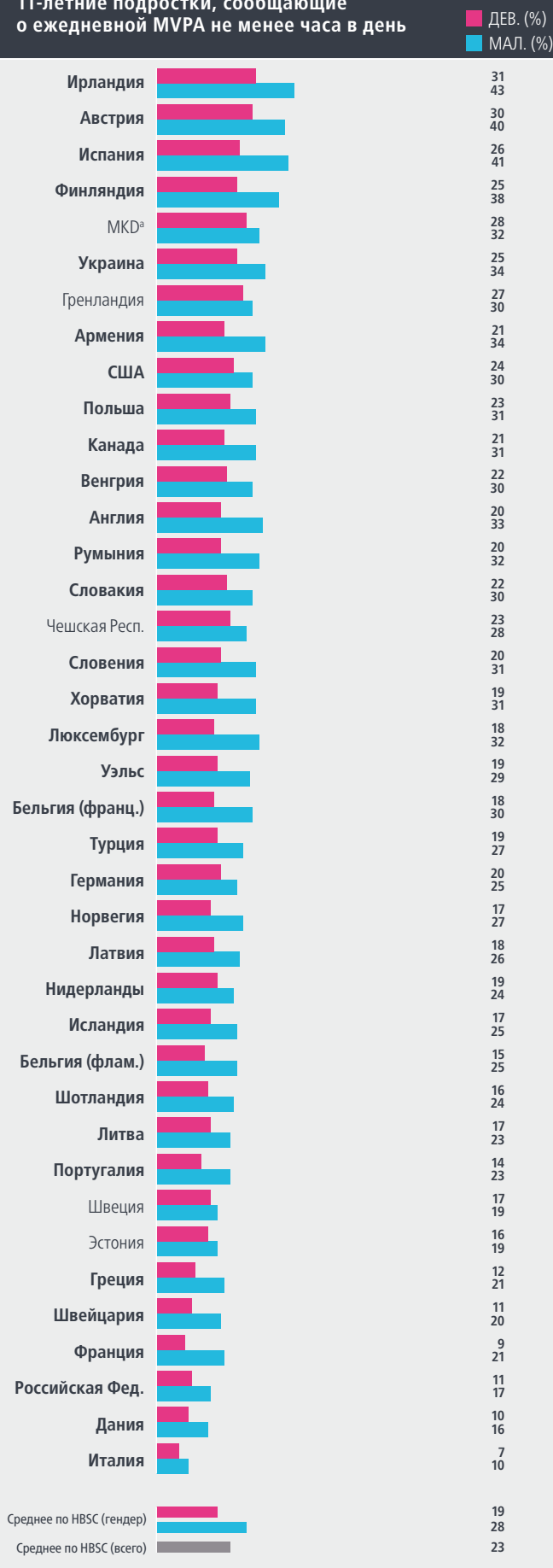
Гендерные различия

Большая доля мальчиков сообщили о MVPA не менее 60 минут ежедневно. Гендерные различия были значимы в большинстве стран и областей, по всем возрастным группам.

Достаток семьи

Менее чем в половине стран отмечена значимая связь между низким достатком и более низкой распространенностью ежедневной MVPA, при этом различие в распространенности между школьниками из семей с низким и высоким достатком обычно составляло менее 10%.

11-летние подростки, сообщающие о ежедневной MVPA не менее часа в день



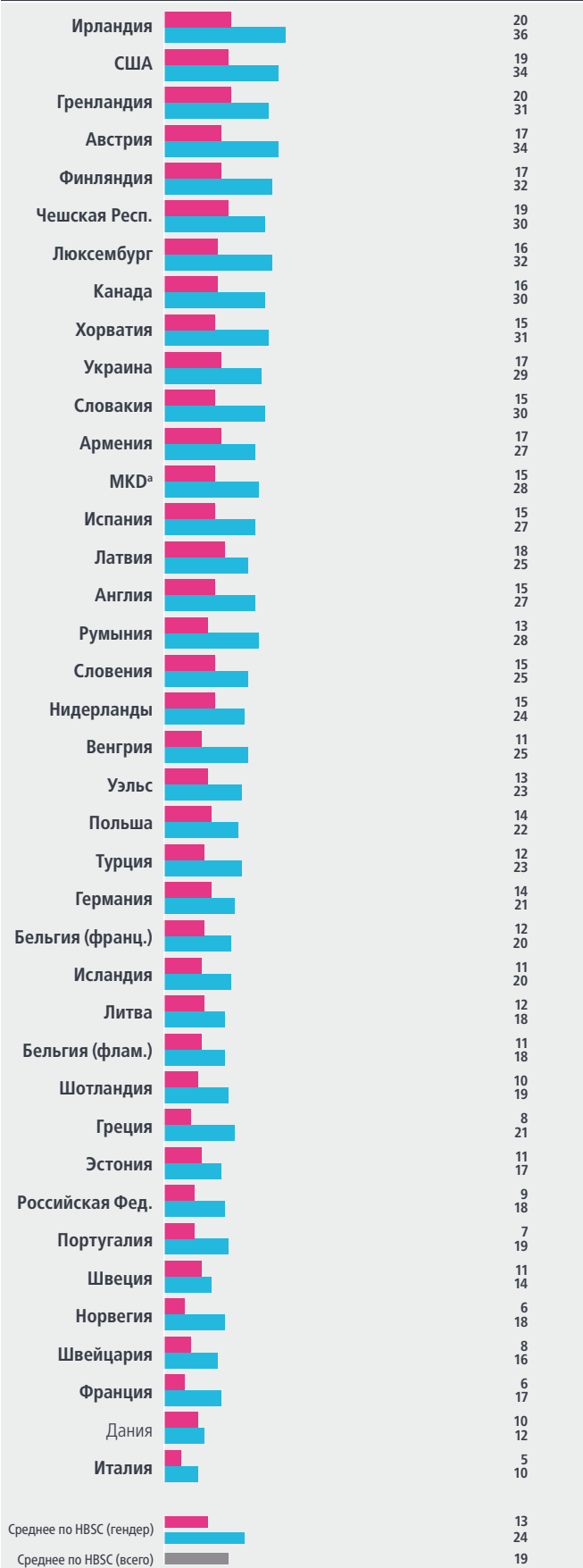
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

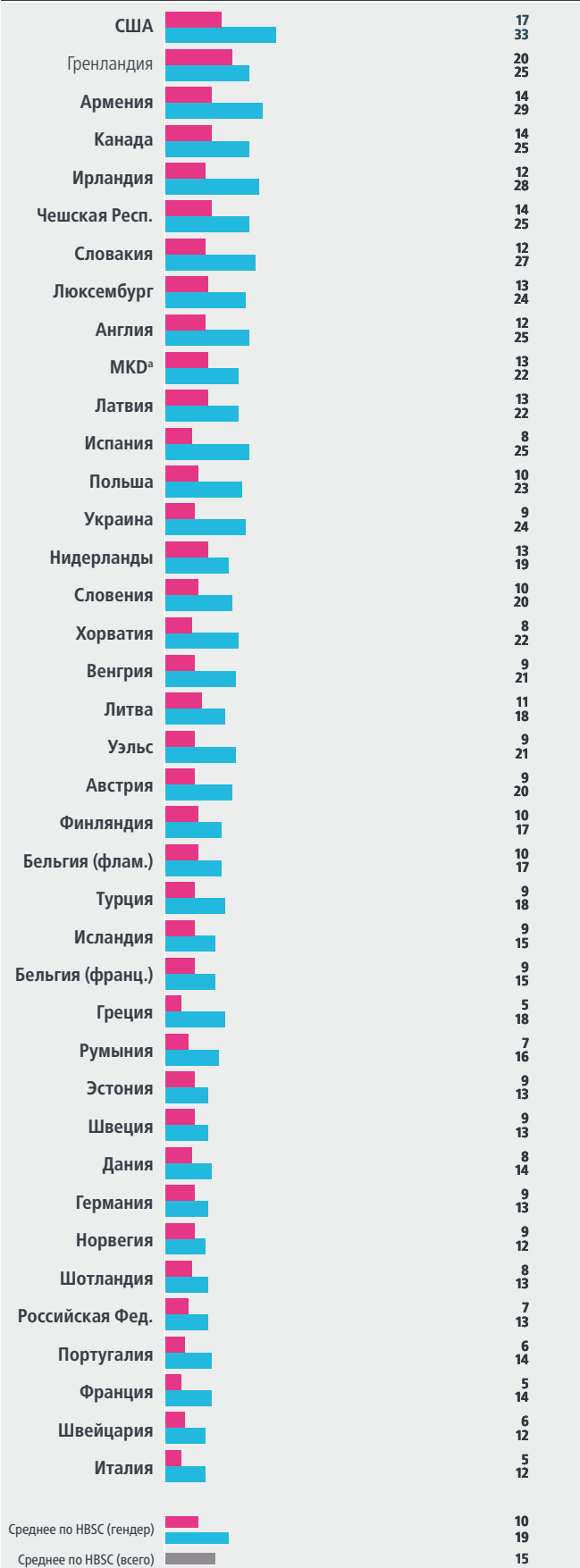
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, сообщающие
о ежедневной MVPA не менее часа в день

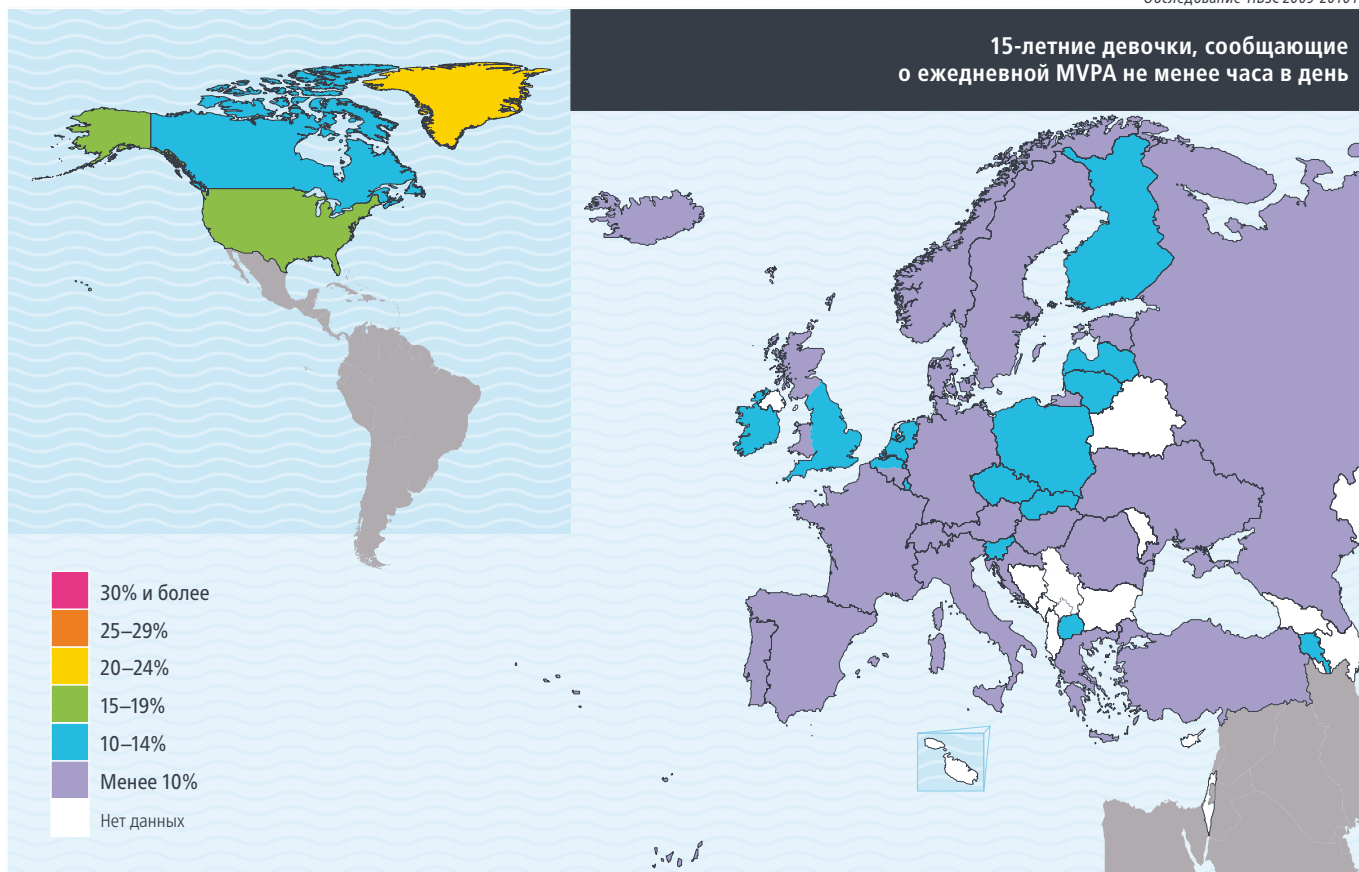
■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

15-летние подростки, сообщающие
о ежедневной MVPA не менее часа в день

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

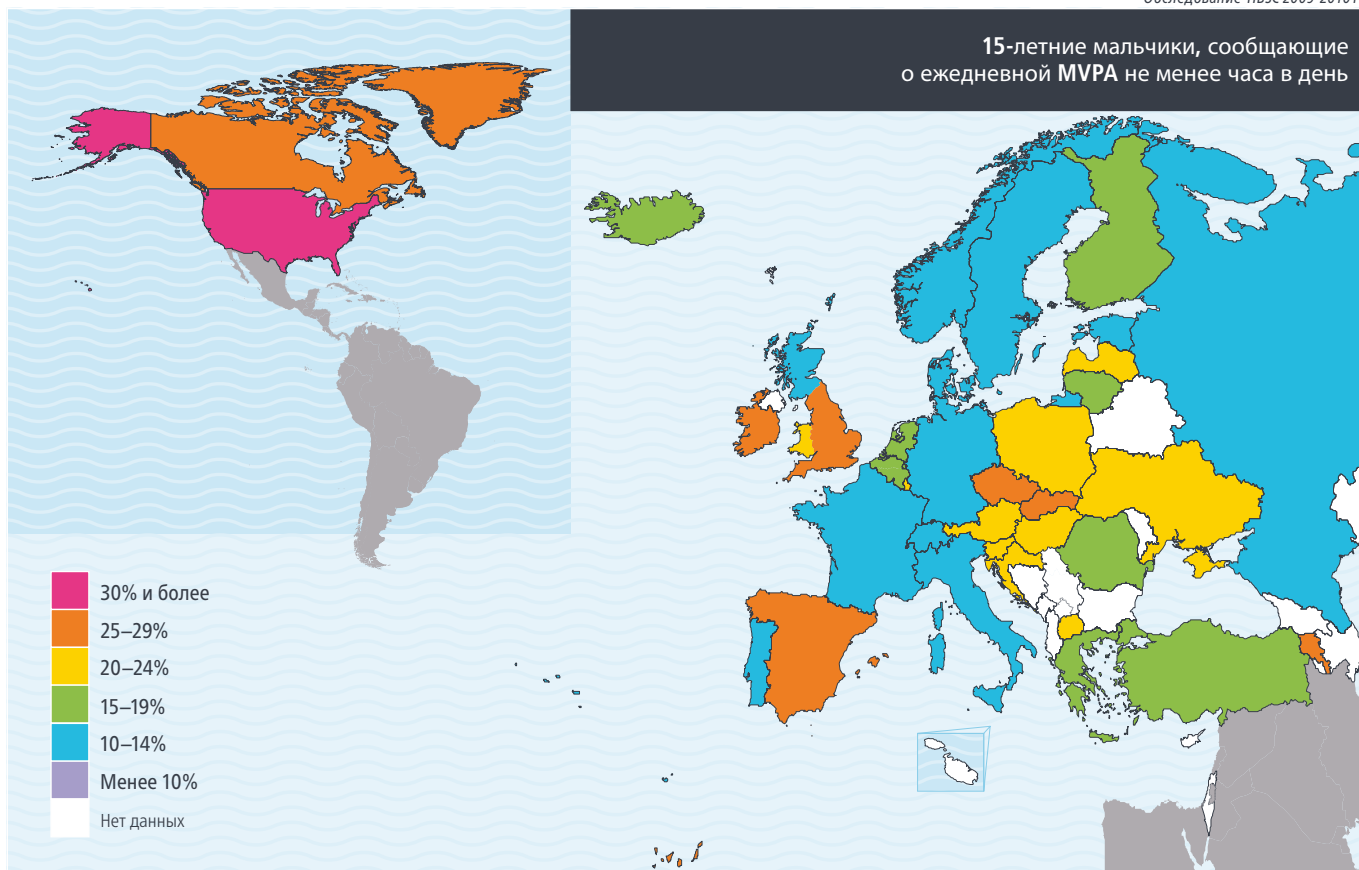
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



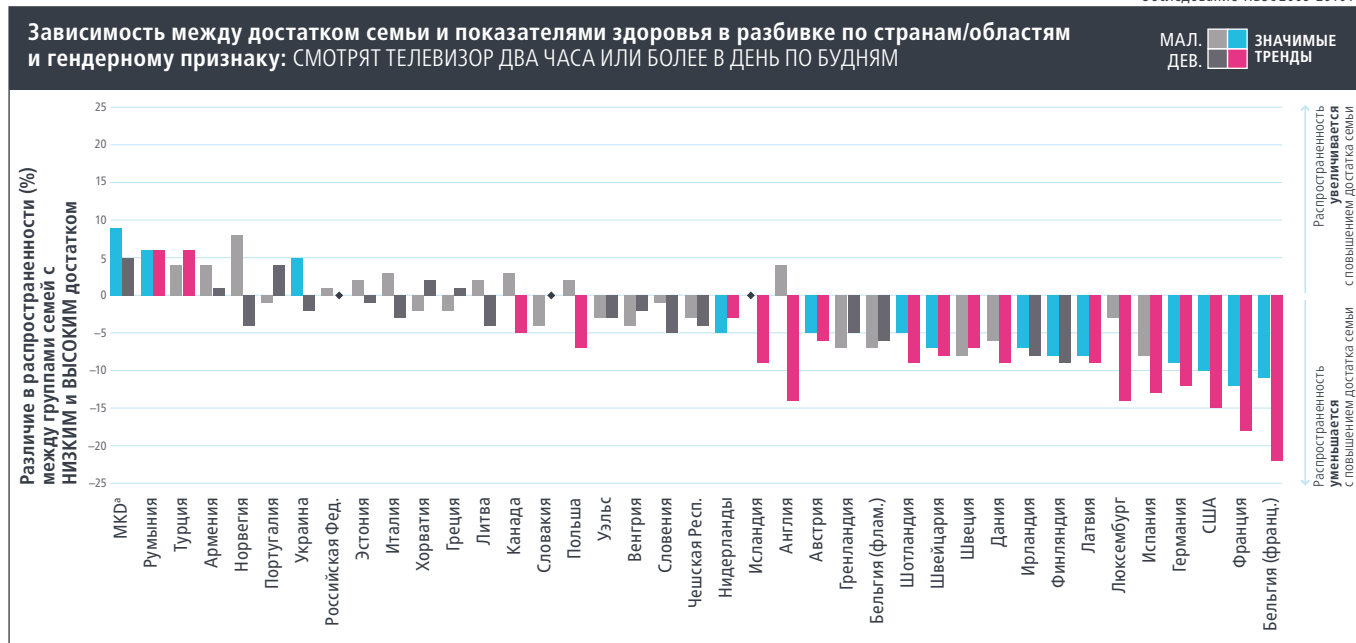
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

РАСХОД ЭНЕРГИИ: МАЛОПОДВИЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ЗА ТЕЛЕВИЗОРОМ

Под малоподвижным поведением подразумевается отсутствие физической активности или минимальное участие в физических видах деятельности и низкий расход энергии (9). Хотя анализ, проведенный в рамках исследования HBSC, показал слабую связь или отсутствие какой-либо связи со сниженной физической активностью (10,11), малоподвижное поведение само по себе является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний независимо от низких уровней физической активности (12). Кроме того, при малоподвижном поведении, связанном с проведением времени перед экраном, также отмечается и целый ряд других неблагоприятных для здоровья форм поведения и негативных показателей здоровья, таких как употребление психотропных веществ, жалобы на здоровье и агрессивность (3,13).

Малоподвижное поведение обладает кумулятивным действием на протяжении детства, при этом замечена связь между просмотром телевизора в подростковом возрасте и прибавкой в весе во взрослой жизни (14). Мероприятия, направленные на борьбу с малоподвижным поведением у детей, способствуют снижению веса (15). В соответствии с существующими в настоящее время рекомендациями детям следует смотреть телевизор (выбирая высококачественные программы) и/или проводить время перед любым другим экраном не более 1–2 часов в день, но большинство детей превышают эти рекомендации (16).

Обследование HBSC 2009–2010 гг.



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

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, сколько часов в день они смотрят телевизор (включая видеofilмы и компакт-диски) в свободное время по будням и в выходные. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о том, что они смотрят телевизор два часа или более ежедневно по будням.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Распространенность сидения перед телевизором значимо выше среди 15-летних по сравнению с 11-летними почти в половине стран и областей для мальчиков и в большинстве – для девочек. Различия в распространенности превышало 10% в меньшинстве стран.

Гендерные различия

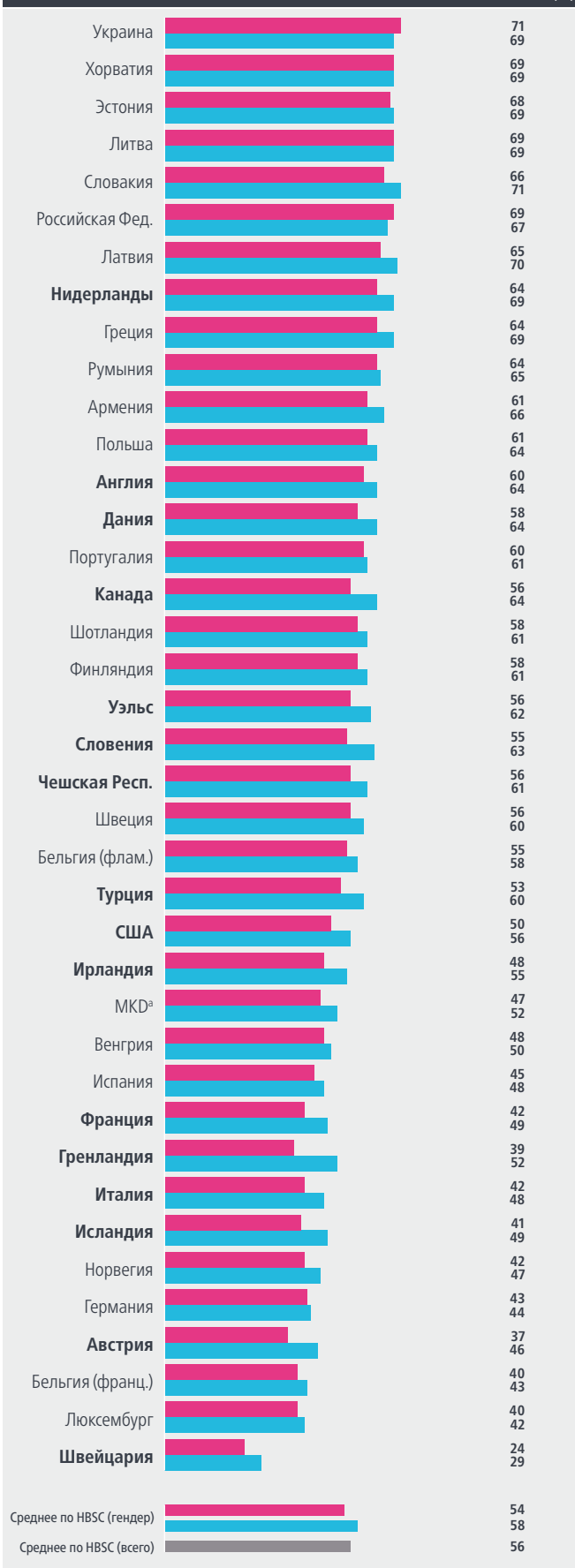
Мальчики с большей вероятностью, которая являлась значимой, сообщали, что смотрят телевизор в течение двух или более часов каждый будний день по сравнению с девочками почти в половине стран в 11-летнем возрасте и в небольшом числе стран в возрасте 13-ти и 15-ти лет. Гендерные различия невелики: обычно менее 10%.

Достаток семьи

Различия в зависимости от достатка семьи обычно невелики: менее 10%. Почти в половине стран для девочек и примерно в трети стран для мальчиков прослеживается связь между более высокой распространенностью показателя и более низким достатком семьи.

11-летние подростки, проводящие по будням за телевизором два или более часов в день

■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)



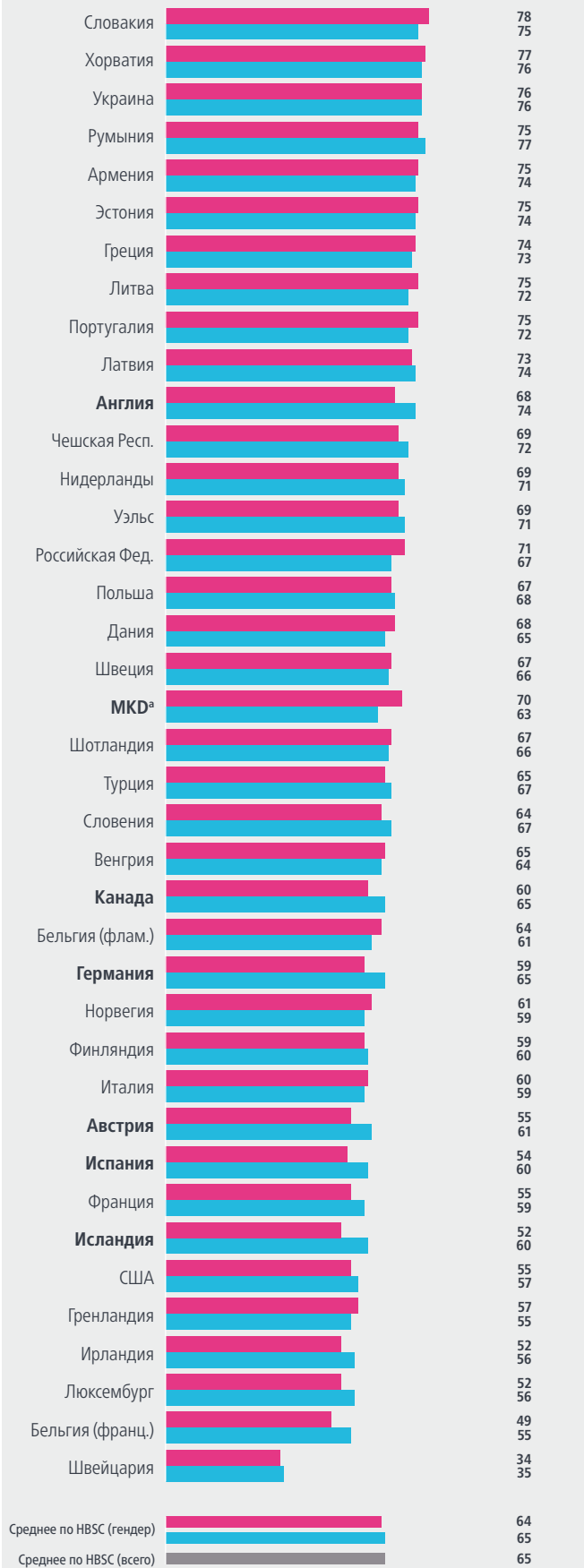
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

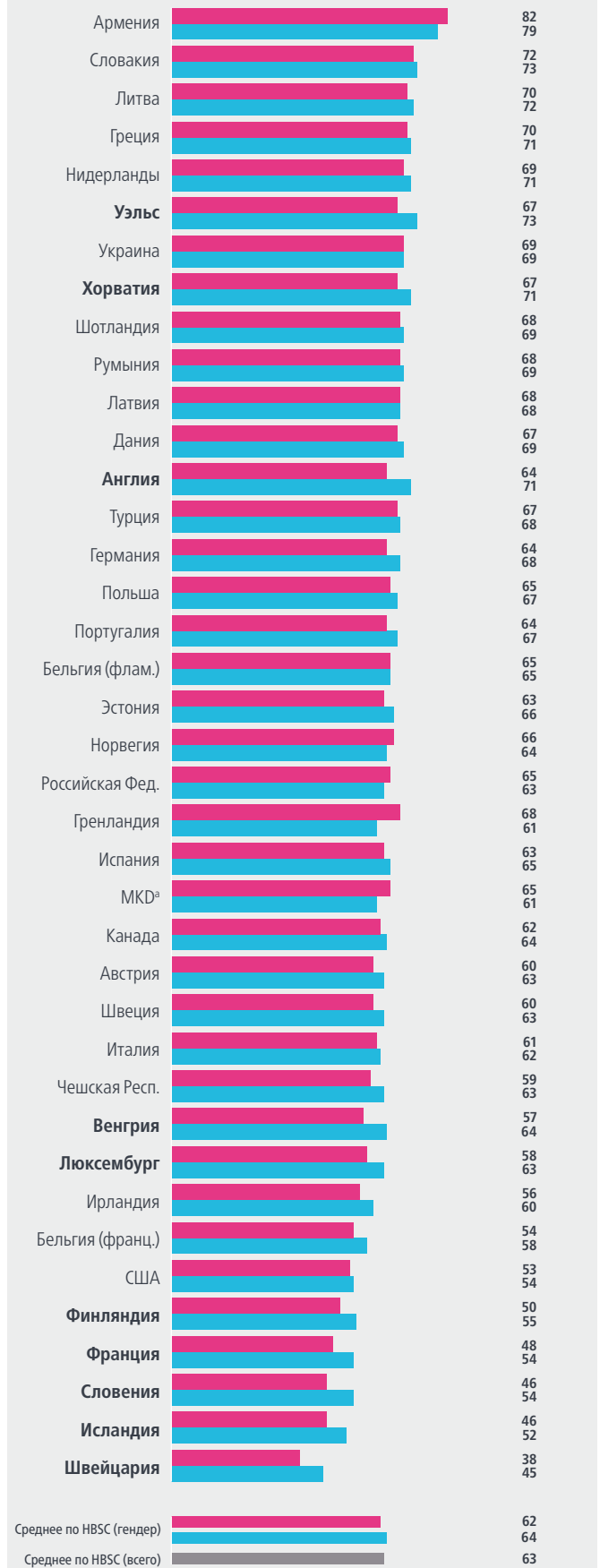
13-летние подростки, проводящие по будням за телевизором два или более часов в день

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

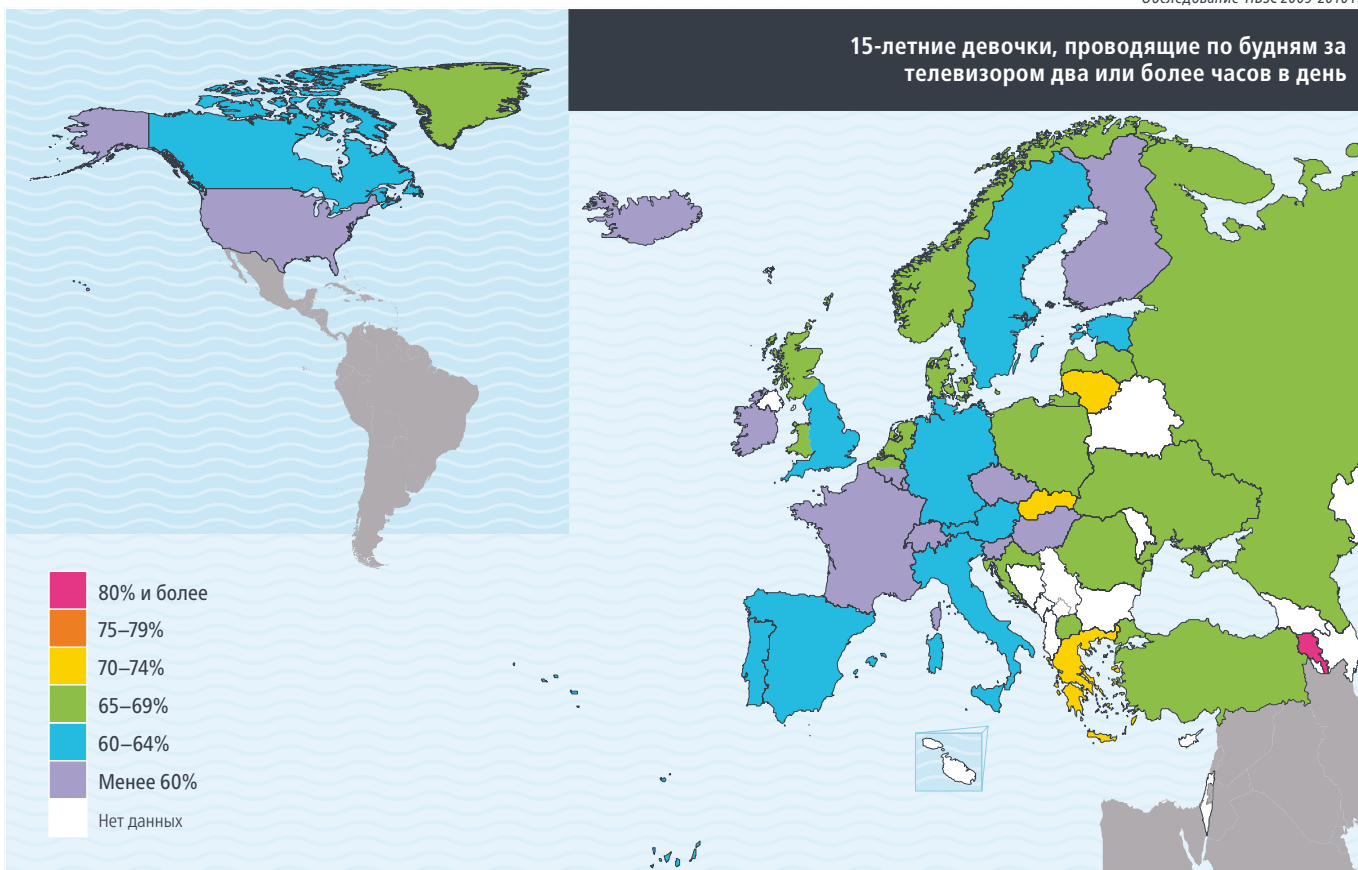


15-летние подростки, проводящие по будням за телевизором два или более часов в день

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

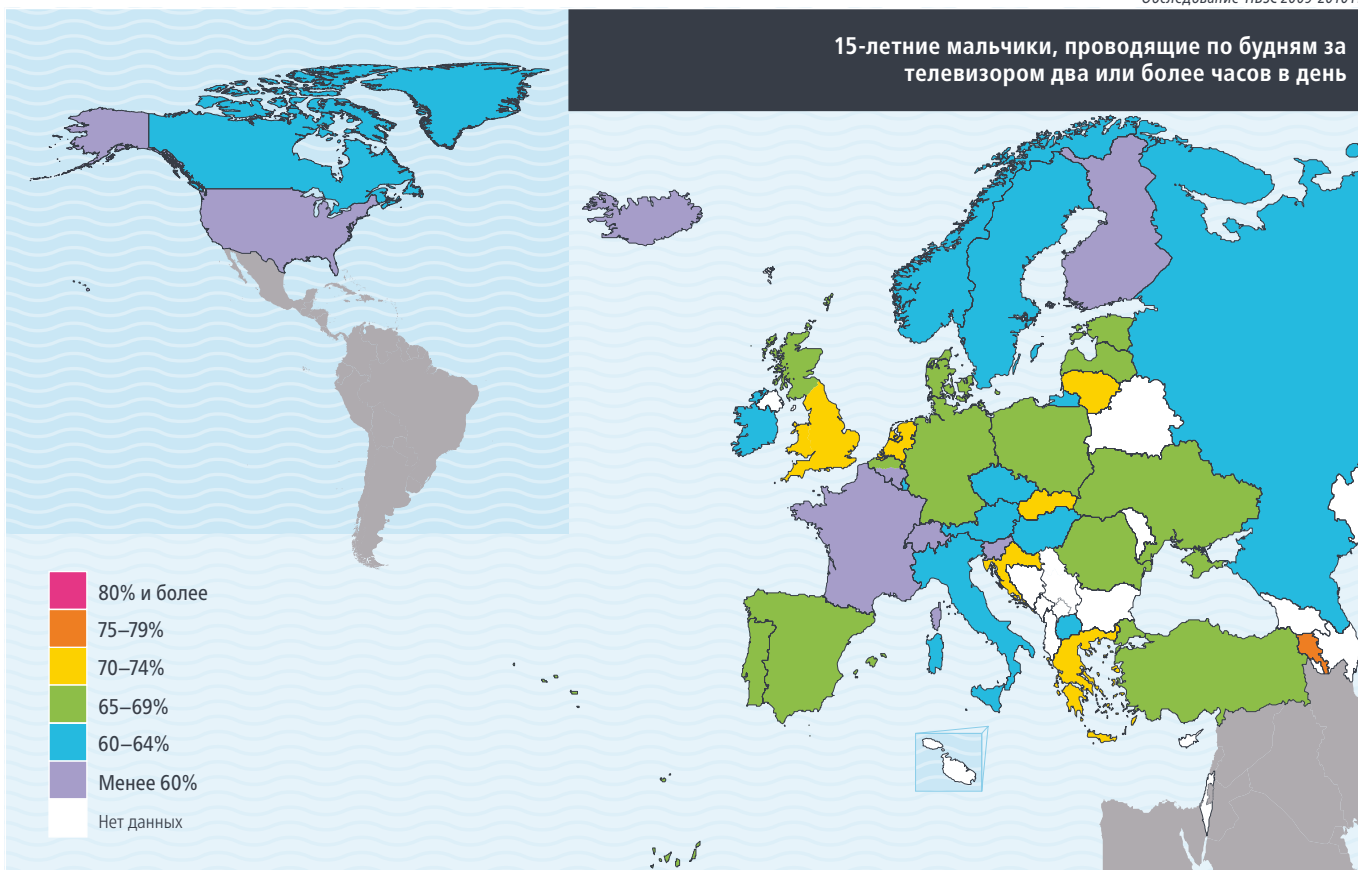
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

РАСХОД ЭНЕРГИИ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Уровни физической активности значительно снижаются между 11 и 15 годами. Это может являться отражением изменения типов физической активности в каждой возрастной группе: в младшей возрастной группе более распространена свободная игра, тогда как школьники постарше участвуют в более структурированных видах физической активности в спортивных клубах и на занятиях физической культурой на базе школы (1).

В большинстве стран активность мальчиков значительно превышает активность девочек, что позволяет предположить, что возможности участвовать в MVPA могут иметь гендерный сдвиг, в большей степени благоприятствуя участию мальчиков. Мальчиков притягивают виды физической активности, которые несут соревновательный характер и требуют проявления физических способностей, тогда как интересы девочек больше ориентированы на здоровье и хорошую физическую форму. Девочки также имеют меньше представления о степени безопасности своего микрорайона, что является еще одним фактором, препятствующим их физической активности (17).

И хотя не прослеживается четких географических закономерностей, различия в мерах политики и методических указаниях могут объяснить некоторые различия между странами. Например, в Италии, где уровни ежедневной MVPA относительно низкие, реформа в сфере физического воспитания привела к сокращению количества учителей физкультуры; а в Финляндии, напротив, рекомендации по MVPA превышают рекомендованные методическими указаниями ВОЗ уровни (18). Политический контекст также частично может объяснить, почему достаток семьи является фактором, позволяющим прогнозировать уровни MVPA в странах, где взимание платы за использование спортивных сооружений может воспрепятствовать детям из семей с меньшим достатком пользоваться ими.

Взаимоотношения между социальными детерминантами и малоподвижным поведением менее ясны. Достаток семьи и гендерная принадлежность, как представляется, не являются факторами, позволяющими точно прогнозировать малоподвижное поведение, хотя показатели повышаются с возрастом примерно в половине стран и областей. Вероятно, можно ожидать отсутствия варибельности, учитывая, что большинство подростков имеют доступ к телевизору и сообщают о регулярном его просмотре.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Исследования подчеркивают необходимость мер политики, направленных на повышение физической активности, особенно среди подростков старшего возраста, девочек и групп с низким достатком. Лицам, формирующим политику, и практическим работникам необходимо направить усилия на установление препятствующих и мотивирующих факторов. Для обеспечения справедливого доступа к физическим занятиям необходимы следующие условия:

- предоставление широкого диапазона видов деятельности, которые привлекательны именно для девочек;
- обеспечение бесплатных или доступных по стоимости занятий с бесплатным или недорогим транспортом к спортивному сооружению или площадке;
- привлечение молодых людей к процессу разработки программы для установления и устранения факторов, препятствующих их участию в занятиях физкультурой;
- безопасная местная среда, в которой дети могут активно перемещаться и играть (9);
- просвещение населения через средства массовой информации с целью проведения информационно-разъяснительной работы и изменения социальных норм в отношении физической активности (9).

Важно поощрять и всемерно поддерживать физическую активность с юных лет, с тем, чтобы она сохранялась на протяжении всей жизни. В этом плане следующие меры были признаны эффективными:

- привлечение родителей к поддержке и поощрению физической активности своих детей (19,20);

- многоплановые вмешательства с использованием сочетания физического воспитания на базе школы и дома (19,20);
- разработка мер школьной политики, которые способствуют проведению высокоинтенсивных занятий физкультурой, обеспечению благоприятной физической среды и ресурсов в поддержку структурированной и неструктурированной физической активности на протяжении дня и развитию программ, связанных с активными видами путешествий (9);
- использование мер, учитывающих положительное влияние сверстников (20);
- осуществление целенаправленных мер по повышению физической активности, а не просто формированию отдельных поведенческих факторов в отношении здоровья (20);
- контроль за длительностью просмотра телепередач и использования видеоигр (19).

ЛИТЕРАТУРА

1. Malina R. Fitness and performance: adult health and the culture of youth, new paradigms? In: Park RJ, Eckert MH, eds. *New possibilities, new paradigms?* Champaign, IL, Human Kinetics Publishers, 1991:30–38.
2. Hallal PC et al. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, 2006, 36(12):1019–1030.
3. Iannotti RJ et al., HBSC Physical Activity Focus Group. Interrelationships of adolescent physical activity, sedentary behaviour, and positive and negative social and psychological health. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):191–198.
4. McMurray RG et al. Influence of physical activity on change in weight status as children become adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008, 3(2):69–77.
5. Strong WB et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 2005, 146(6):732–737.
6. Martínez-Gómez D et al. and the AVENA Study Group. Active commuting to school and cognitive performance in adolescents: the AVENA study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2011, 165(4):300–305.
7. Sibley BA, Etnier JL. The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatric Exercise Science*, 2003, 15:243–256.
8. Borraccino A et al. Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2009, 41(4):749–756.
9. Biddle SJ et al. Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 2004, 124(1):29–33.
10. Borraccino A et al. Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2009, 41(4):749–756.
11. Janssen I et al., HBSC Obesity Working Group. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 2005, 6(2):123–132.
12. Hume C et al. Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2009, 4(1):61–64.
13. Kuntsche E et al. Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(6):908–915.
14. Parsons TJ, Manor O, Power C. Television viewing and obesity: a prospective study in the 1958 British birth cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2008, 62(12):1355–1363.
15. DeMattia L, Lemont L, Meurer L. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 2007, 8(1):69–81.
16. Canadian Paediatric Society. Impact of media use on children and youth. *Paediatrics and Child Health*, 2003, 8:301–306.
17. Vilhjalmsón R, Kristjansdóttir G. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(2):363–374.
18. *Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976_rus.pdf, по состоянию на 23 февраля 2012 г.).
19. Brunton G et al. *Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators*. London, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2003.
20. De Meester F et al. Interventions for promoting physical activity among European teenagers: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2009, 6:82–92.

ГЛАВА 5. ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ

ТАБАКОКУРЕНИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ
СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
УЧАСТИЕ В ДРАКАХ
ПРИЧИНЕНИЕ ОБИД СЛАБЫМ («БУЛЛИНГ»)



ТАБАКОКУРЕНИЕ

Табакокурение является основной причиной предупреждаемой смертности во всем мире, что налагает серьезное бремя на общество (1). Привычка к курению обычно формируется в подростковом возрасте; большинство взрослых курильщиков к 18-ти годам уже выкурили первую сигарету или приобрели никотиновую зависимость (2). Поскольку у подростков для формирования никотиновой зависимости требуется менее длительный период курения и меньшее количество сигарет, чем у взрослых, то зависимость формируется быстрее (3). И хотя исследования четко показали, что табакокурение наносит вред здоровью, обычно курение притягательно для подростков, возможно потому, что воспринимается ими как взрослое поведение, а им очень хочется казаться взрослыми в глазах сверстников. (4).

Предыдущие исследования HBSC показали существующую связь табакокурения с другими формами поведения, сопряженного с риском, и отрицательными последствиями для здоровья, такими как нездоровые пищевые привычки (5), высокие уровни потребления алкоголя (6), причинение обид слабым (7), раннее начало половой жизни (8), низкая самооценка здоровья и низкий уровень удовлетворенности жизнью (9), частые множественные жалобы на здоровье (10) и травматизм (11). Таким образом, табакокурение можно рассматривать как часть более широкой картины нездоровых привычек, которая формируется в подростковом возрасте.

Существует много семейных факторов, позволяющих прогнозировать курение у подростков, таких как развод или раздельное проживание родителей (12), курение родителей (13) и слабая сплоченность и взаимосвязанность семьи (14). Обычно наблюдается отрицательная зависимость между гармоничными взаимоотношениями с родителями и курением подростков, а вот отношения со сверстниками могут, напротив, способствовать приобщению к табаку, скажем, предоставляя доступ к табачным изделиям и помогая создавать нормы, обосновывающие их использование. Было предложено подключить сверстников в качестве помощников к программам, направленным на сокращение курения среди подростков, именно потому, что они обладают столь весомым влиянием на своих товарищей (16).

ИЗМЕРЕНИЕ

Табакокурение: первые затяжки

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, в каком возрасте они впервые закурили, то есть «больше, чем просто подымили» (более одной затяжки). Представленные здесь данные отражают долю респондентов, выкуривших первую сигарету в возрасте 13 лет или ранее.

Табакокурение: еженедельное курение

Молодым людям было предложено ответить на вопрос о том, как часто они курят табак. Варианты ответа варьировались от «я не курю» до «ежедневно». Представленные здесь данные отражают долю курящих не реже одного раза в неделю.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: ТАБАК, ПЕРВЫЕ ЗАТЯЖКИ

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ

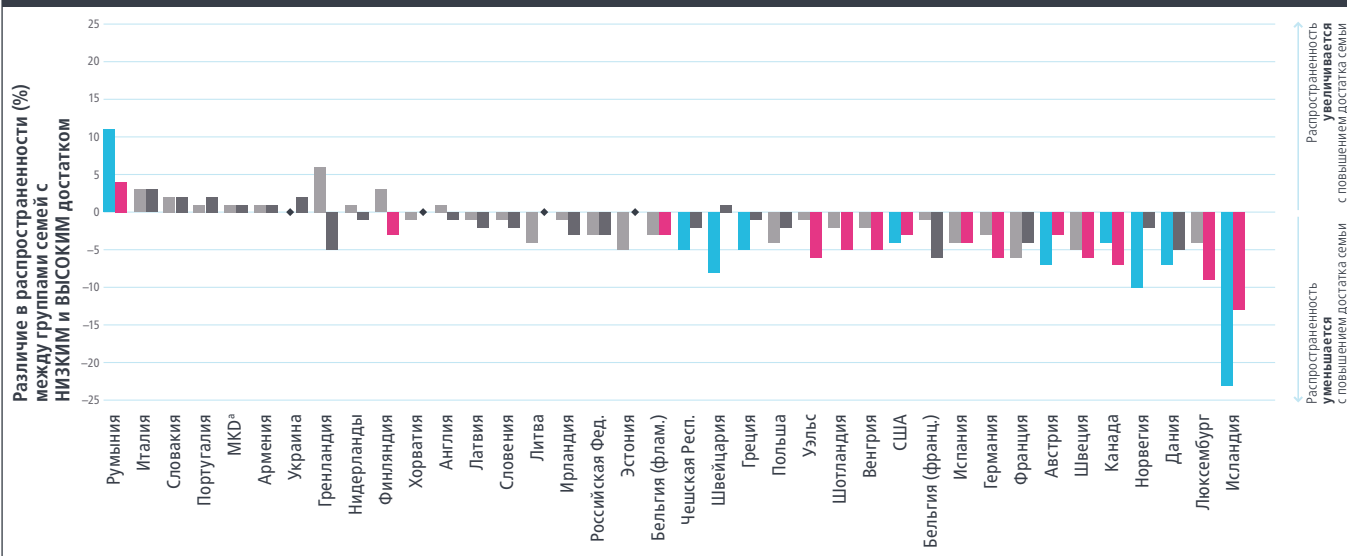


^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Гренландии, Турции и Чешской Республике.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: ЕЖЕНЕДЕЛЬНОЕ КУРЕНИЕ

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Табачокурение: первые затяжки

Возрастные различия

Приводятся данные только о 15-летних школьниках.

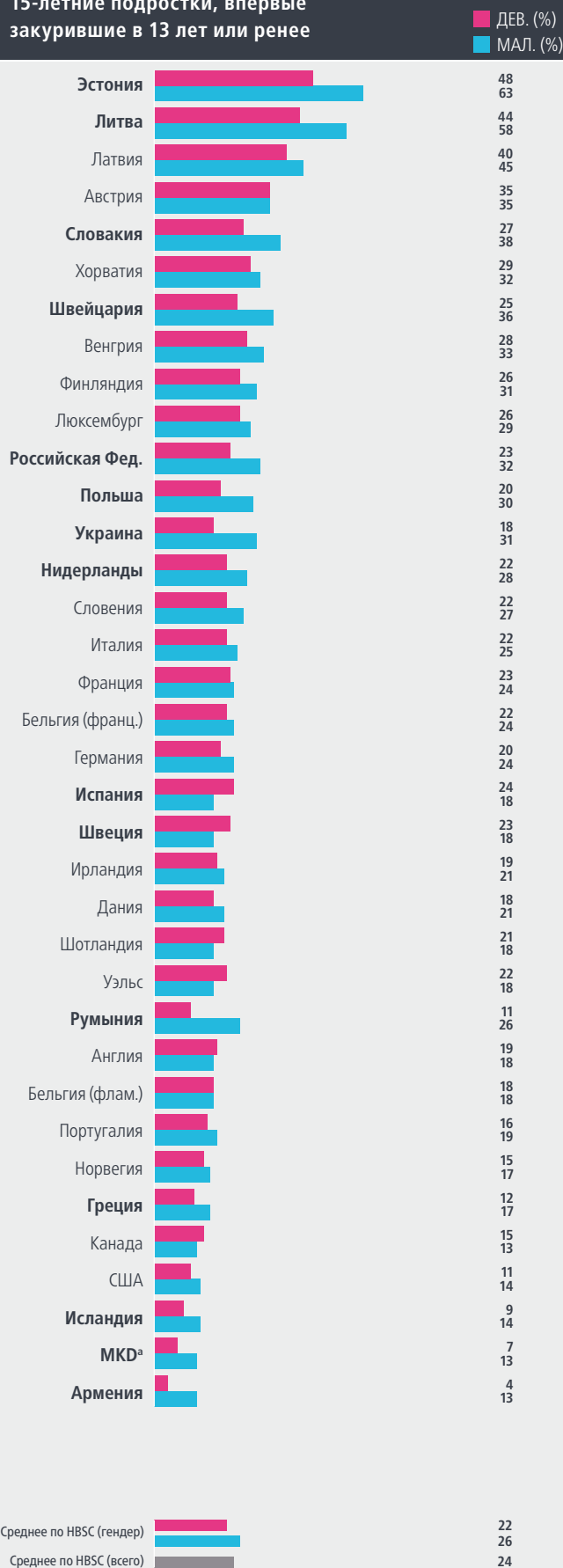
Гендерные различия

Почти в половине стран и областей раннее начало курения в большей степени распространено среди мальчиков. Лишь в двух странах больше девочек, чем мальчиков закурили в 13-летнем возрасте или ранее.

Достаток семьи

В нескольких странах для мальчиков и девочек бóльшая распространенность раннего начала курения была значимой для семей с более низким достатком. Ни в одной стране не наблюдалось значимой положительной зависимости.

15-летние подростки, впервые закурившие в 13 лет или ранее



Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).
Нет данных по Гренландии, Турции и Чешской Республике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Табакокурение: еженедельное курение

Возрастные различия

Как для мальчиков, так и для девочек в большинстве стран распространенность еженедельного курения значительно возрастала с возрастом. Рост распространенности курения в возрасте от 11-ти до 15-ти лет превышал 15% в меньшинстве стран и областей.

Гендерные различия

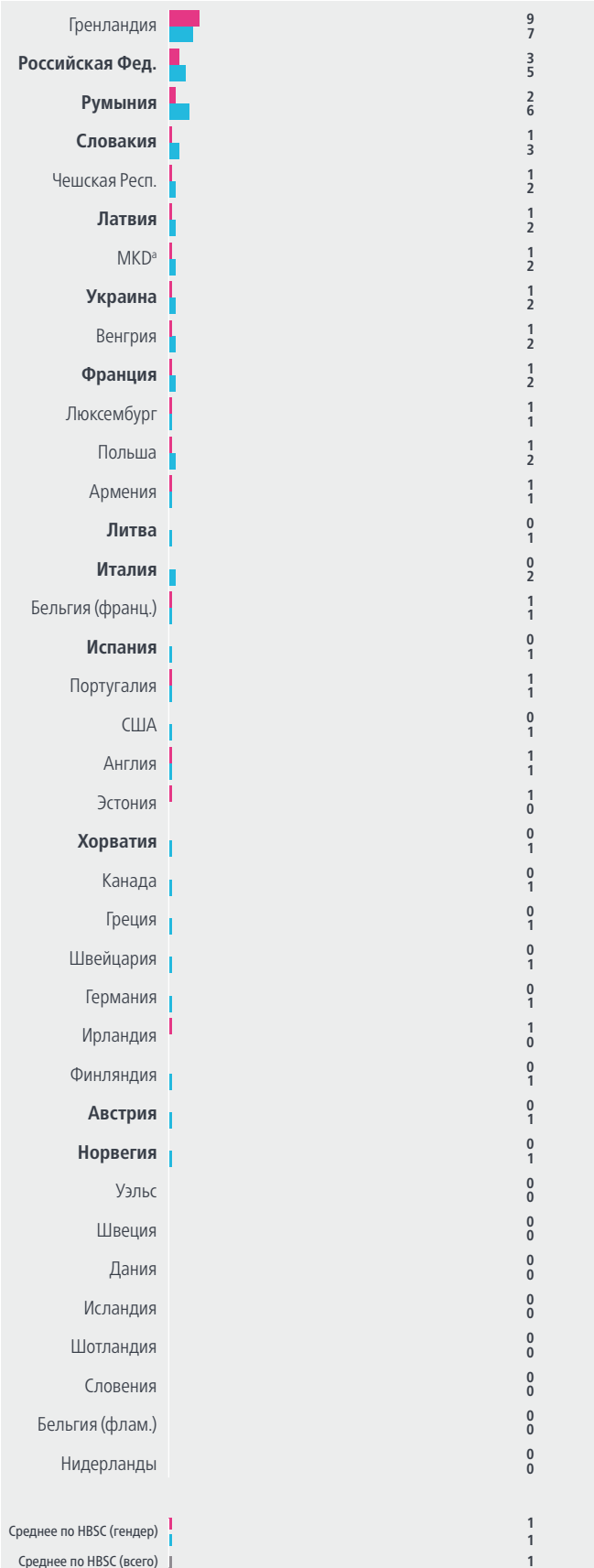
Тогда как в 11-летнем возрасте больших гендерных различий в еженедельном курении не наблюдается, в ряде стран и областей в возрасте 15 лет были отмечены большие гендерные различия, преимущественно с большей распространенностью среди мальчиков. В небольшом количестве стран и областей у девочек зарегистрирована достоверно более высокая распространенность.

Достаток семьи

В меньшинстве стран отмечена значимая связь между низким достатком семьи и более высокой распространенностью еженедельного курения.

11-летние подростки, которые курят не реже раза в неделю

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



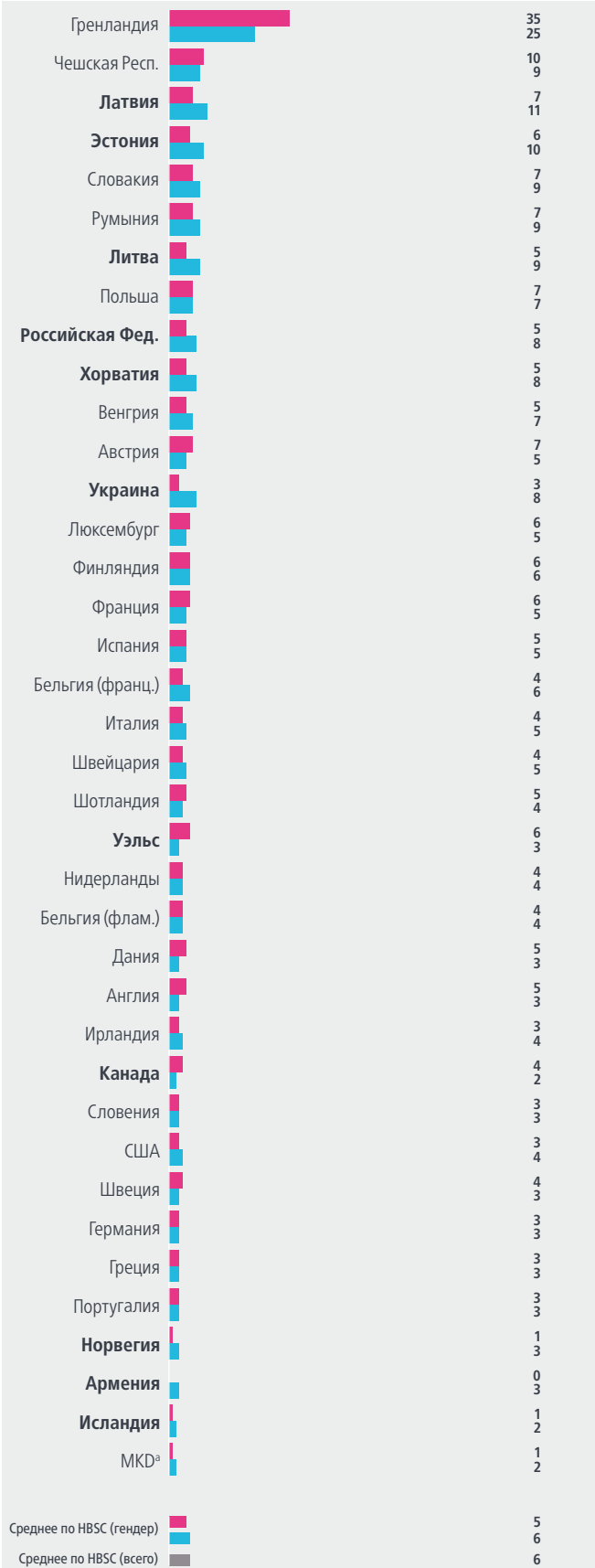
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

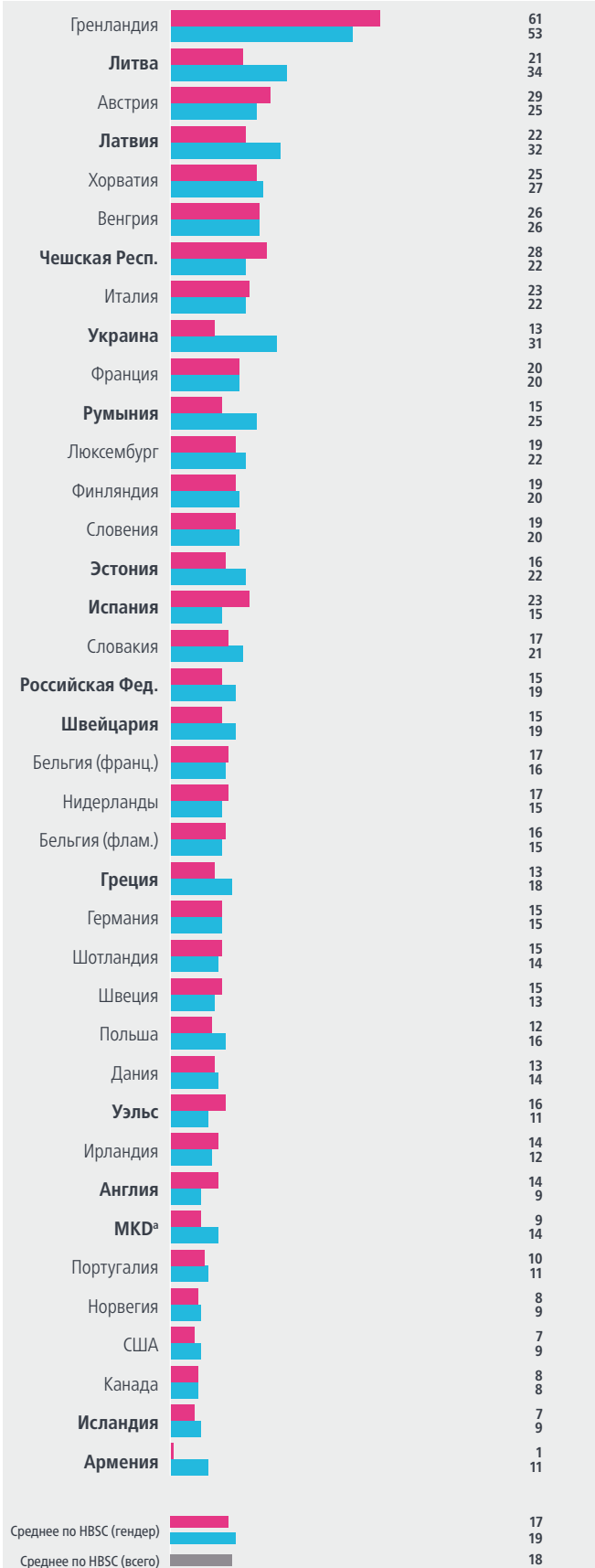
13-летние подростки, которые курят не реже раза в неделю

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



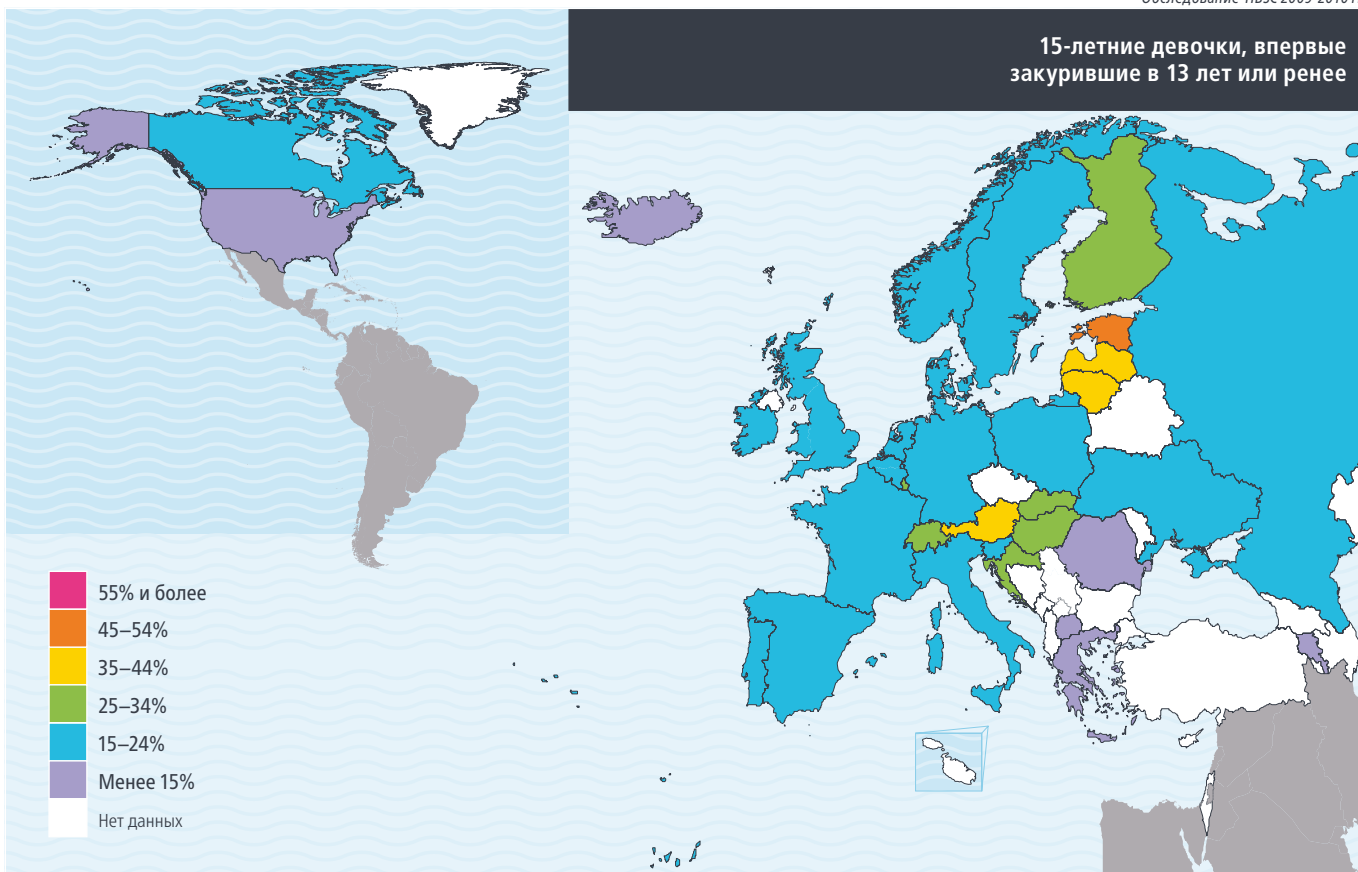
15-летние подростки, которые курят не реже раза в неделю

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



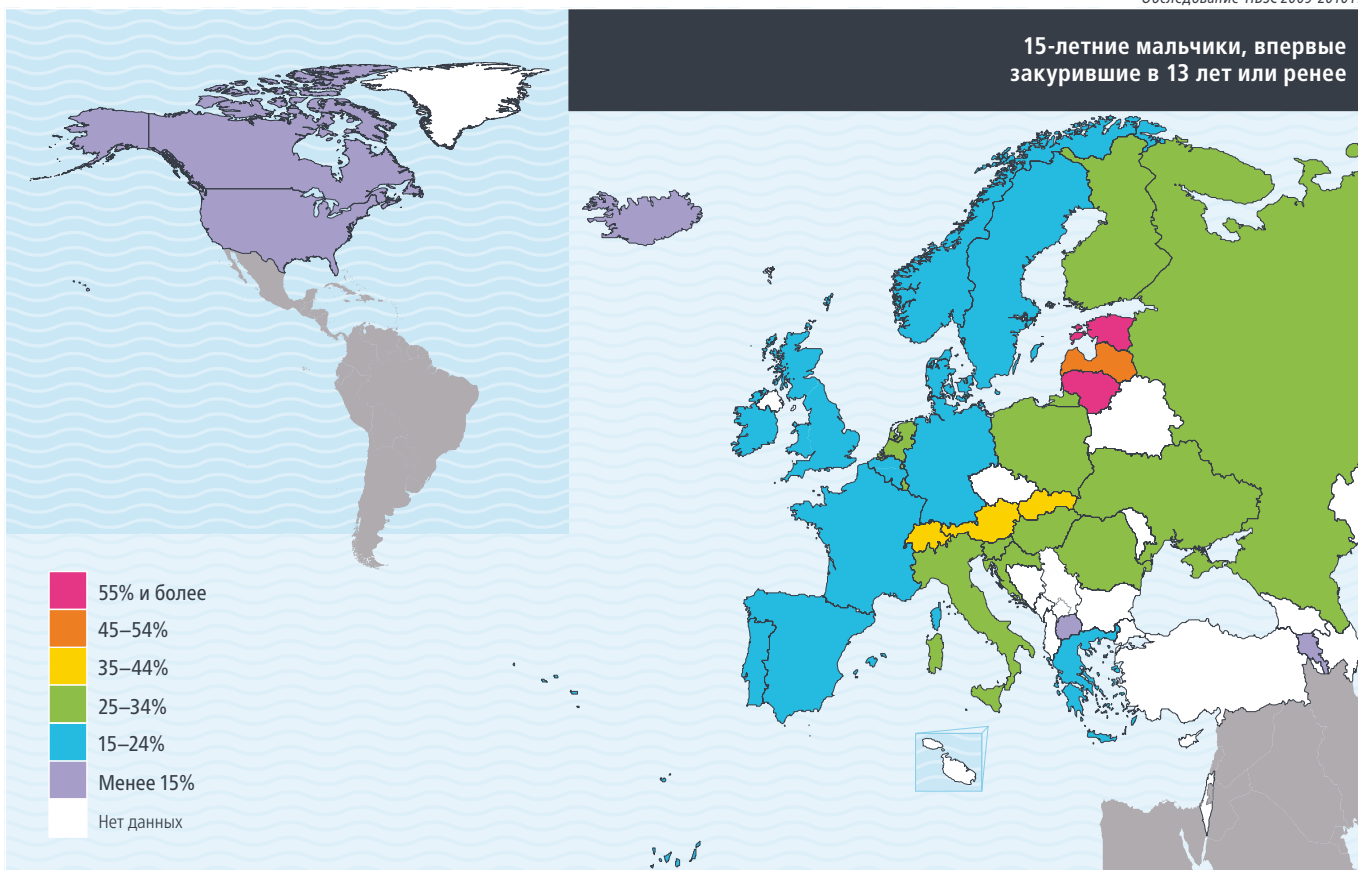
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Турции. Нулевые значения соответствуют величинам ниже 0,5%.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



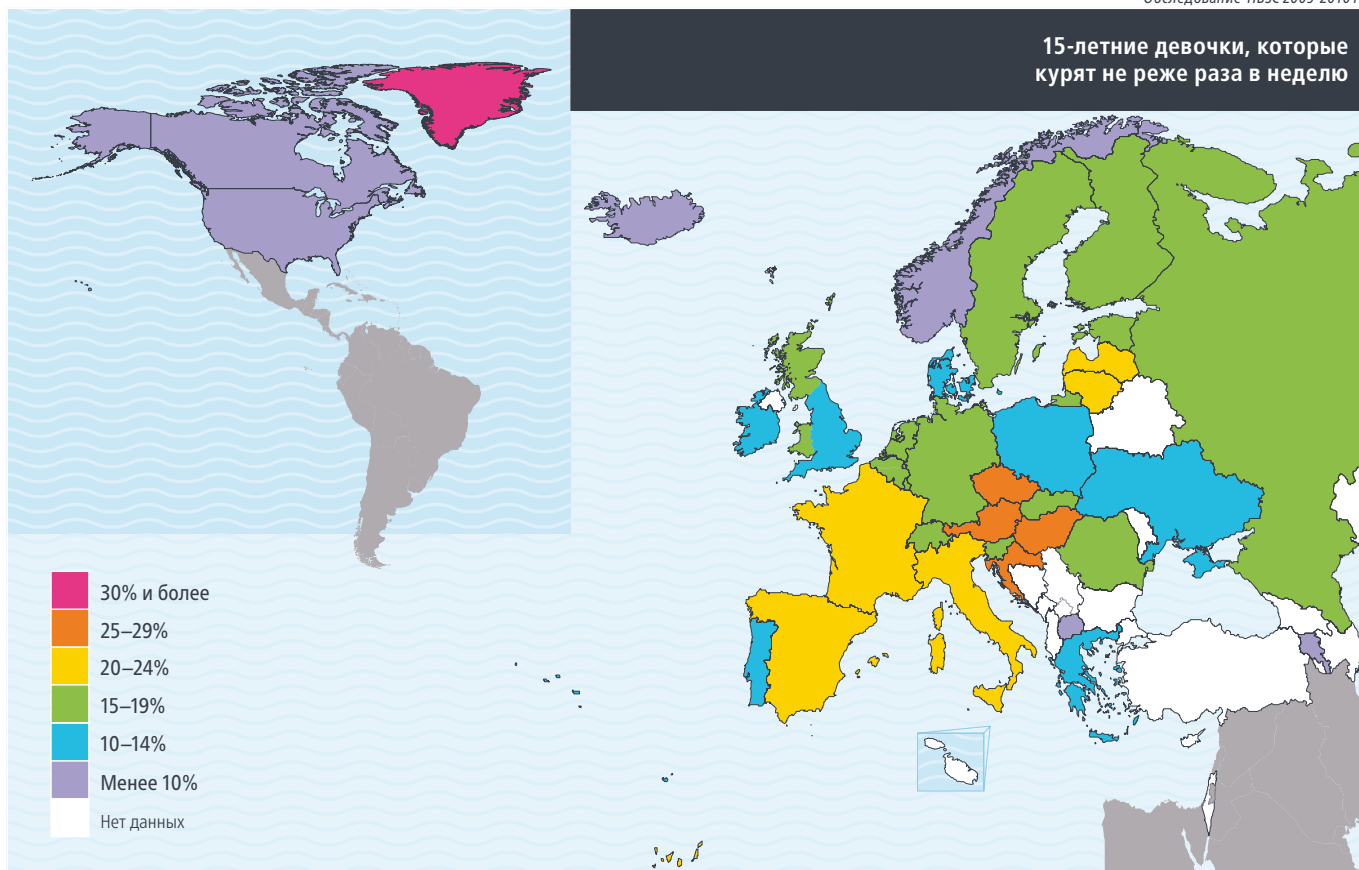
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



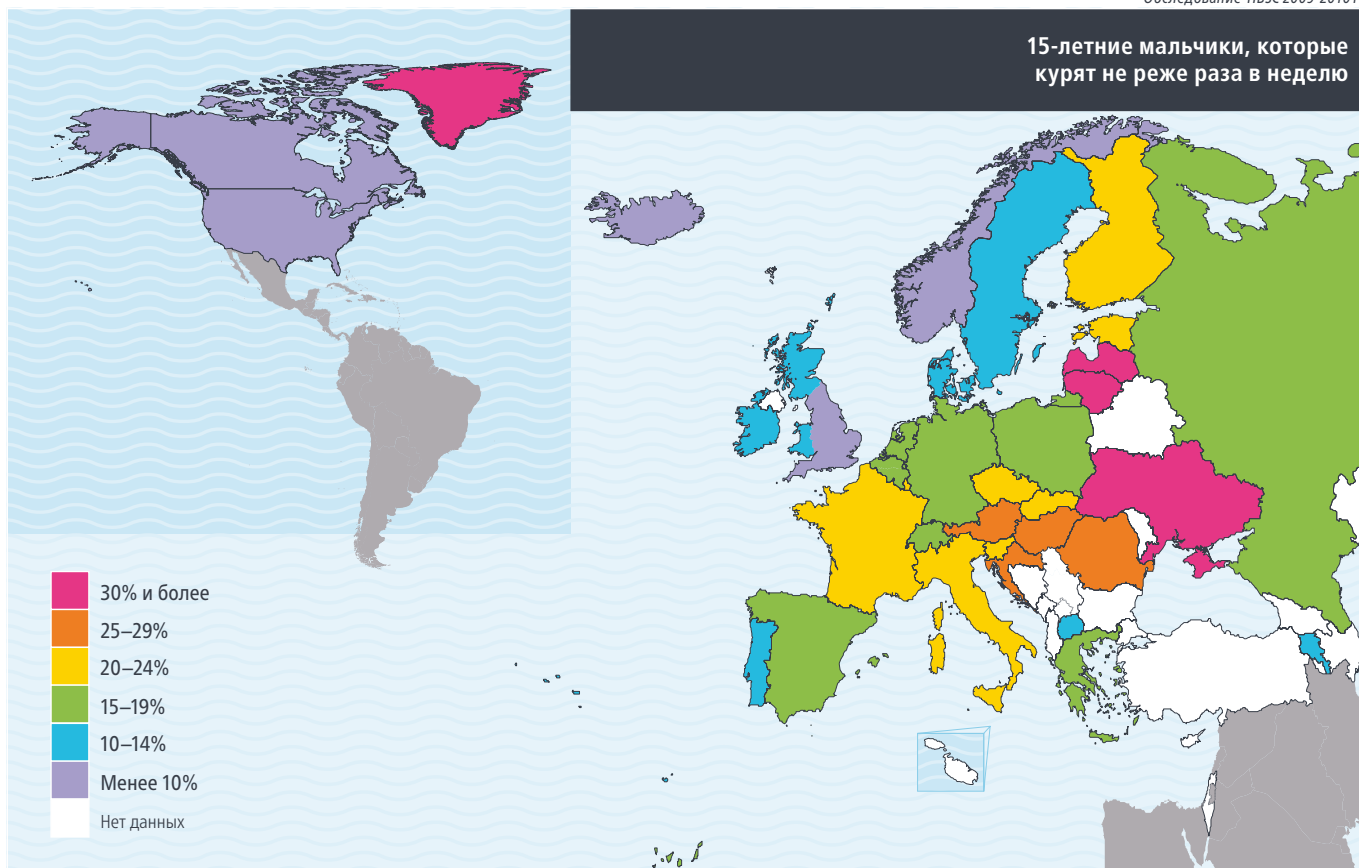
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ТАБАКОКУРЕНИЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные настоящего обследования HBSC показывают значительные различия между странами и областями по показателю начала курения в раннем возрасте и еженедельного курения среди 15-летних.

Поскольку продолжительность периода курения влияет на проблемы со здоровьем, связанные с курением, и поскольку лишь небольшому числу подростков, пытающихся бросить курить, удается это сделать (17), можно прогнозировать высокое бремя на систему предоставления медико-санитарной помощи в странах с высокой распространенностью курения среди подростков.

Мальчики чаще приобщаются к курению, чем девочки, хотя в ряде стран наблюдается обратная картина. Изменение гендерных различий можно объяснить тем фактом, что в эпидемии курения можно проследить четыре стадии, характеризующиеся взаимодействием между социально-экономическим положением и гендерным аспектом (18). Если ранее западноевропейские страны находились на стадии 3, когда распространенность курения снижалась среди лиц мужского пола, но достигала максимального значения у женщин, то теперь мы наблюдаем их переход к стадии 4, когда курение сокращается среди обоих полов. Восточноевропейские страны в целом находились на стадии 1 или 2, которые характеризуются высокими показателями курения среди лиц мужского пола, а сейчас они в основном находятся на стадии 3 (19).

Данные, свидетельствующие о том, что мальчики и подростки из семей с низким достатком особо уязвимы к формированию привычки к курению, подтверждают результаты более ранних обследований HBSC (20,21). И хотя связь между достатком семьи и табакокурением частично можно объяснить копированием поведения родителей (22), необходимы дальнейшие исследования для полного понимания лежащих в основе этого механизмов.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Данные подчеркивают необходимость отражения влияния социальных факторов на начало курения и еженедельное курение в политике и программах. Следует также учесть распространенность раннего начала курения в ряде стран, более высокую распространенность курения среди мальчиков (хотя в некоторых странах картина меняется) и связь между низким достатком семьи и частым табакокурением.

Европейские и североамериканские страны в последние годы начали осуществление национальных и международных программ по предупреждению употребления табака, направленных на сокращение табакокурения среди подростков. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака предлагает странам инструменты для создания законодательства по борьбе против табака (23). Основной ее целью является повышение налогов на табак, что зарекомендовало себя как эффективная для подростков и взрослых сдерживающая мера политики (1). И другие инициативы могут внести вклад в сокращение распространенности курения:

- запреты на курение в общественных местах;
- запреты на рекламу, маркетинг и спонсорство табака;
- регулирование состава табачных изделий;
- требования к производителям об опубликовании ингредиентов табачной продукции;
- регулирование деятельности, связанной с упаковкой и маркированием табачных изделий;
- просветительская работа, коммуникация, подготовка и информационно-разъяснительная работа для повышения осознания важности проблемы;
- меры борьбы с табачной зависимостью, и направленные на отказ от курения.

Особенно эффективными оказались запреты на курение в школе и ограничение отпуска табачных изделий подросткам (24–26).

Сегодня имеются ограниченные сведения в поддержку вмешательств на базе школы и семьи, но перспективными представляются подходы, основанные на проведении мероприятий сверстниками, а также обращающие внимание на навыки преодоления трудностей и усиление мотивации с учетом стадии, на которой находится курильщик в попытке бросить курить. Вмешательства на базе семьи обладают потенциалом предупреждения курения среди подростков, однако требуется проведение дальнейших исследований (27).

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о глобальной табачной эпидемии, 2009 г.: создание среды, свободной от табачного дыма. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
2. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ*, 2004, 328(7434):277–279.
3. Prokhorov AV et al., Tobacco Consortium, American Academy of Pediatrics Center for Child Health Research. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics*, 2006, 118(3):e890–e903.
4. Moffitt TE. A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In: Cullen FT, Wright JP, Blevins KR, eds. *Taking stock: the status of criminological theory*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 2006:277–312.
5. Nic Gabhainn S et al. Dieting patterns and related lifestyles of school aged children in the Republic of Ireland. *Public Health Nutrition*, 2002, 5(1):1–7.
6. Alikasıfoğlu M et al. Alcohol drinking behaviors among Turkish high school students. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2004, 46(1):44–53.
7. Schnohr C, Niclasen BV. Bullying among Greenlandic schoolchildren: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 2006, 65(4):305–312.
8. Godeau E et al. Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children HBSC/WHO. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Gynaecology, Obstetrics & Fertility]*, 2008, 36(2):176–182.
9. Mazur J, Woynarowska B. Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej [Risk behaviours syndrome and subjective health and life satisfaction in youth aged 15 years]. *Medycyna Wieku Rozwojowego [Age Developmental Medicine]*, 2004, 8:567–583.
10. Ghandour RM et al. Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States: associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004, 158(8):797–803.
11. Pickett W et al. Multiple risk behaviours and injury: an international study of young people. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002, 156(8):786–793.
12. Kuntsche EN, Silbereisen RK. Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 2004, 63(2):85–92.
13. Rasmussen M et al. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(6):607–612.
14. Zambon A et al. Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *European Journal of Public Health*, 2006, 16(6):627–632.
15. Carvajal SC et al. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27(4):255–265.
16. Campbell R et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 2008, 371(9624):1595–1602.
17. Curry SJ, Mermelstein RJ, Sporer AK. Therapy for specific problems: youth tobacco cessation. *Annual Review of Psychology*, 2009, 60:229–255.
18. Lopez AD, Collishaw ME, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994, 3:242–247.
19. Hublet A et al. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*, 2006, 6:280–287.
20. Currie C 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.).
21. 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.).
22. Kalesan B, Stine J, Alberg AJ. The joint influence of parental modeling and positive parental concern on cigarette smoking in middle and high school students. *The Journal of School Health*, 2006, 76(8):402–407.
23. *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_russian.pdf, по состоянию на 28 февраля 2012 г.).

24. Cummings KM et al. Is the prevalence of youth smoking affected by efforts to increase retailer compliance with a minors' access law? *Nicotine & Tobacco Research*, 2003, 5(4):465–471.
25. Schnohr CW et al. The role of national policies intended to regulate adolescent smoking in explaining the prevalence of daily smoking: a study of adolescents from 27 European countries. *Addiction*, 2008, 103(5):824–831.
26. Hublet A et al. and the HBSC Research Network. Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, 2009, 104(11):1918–1926.
27. Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, 1(1):CD004493.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Во многих европейских и североамериканских странах употребление алкоголя подростками является распространенным явлением. Высказывается предположение о том, что в различных культурах взрослые служат в качестве примера для подражания в этом отношении (1). Молодые люди могут считать, что алкоголь удовлетворяет их социальным и личным потребностям, облегчая контакты со сверстниками и способствуя формированию новых взаимоотношений (2).

Тем не менее, употребление алкоголя является одним из основных факторов риска заболеваемости и смертности во всем мире (3) и является сопутствующим фактором, влияющим на ухудшение здоровья более чем по 60 причинам заболеваемости, налагая очень серьезное бремя на человека и общество (4). Прослеживается связь между употреблением алкоголя, связанным с риском, в том числе частой выпивкой и состояниями опьянения и неблагоприятными психологическими, социальными и физическими последствиями для здоровья, включая отставание в учебе, насилие, несчастные случаи, травматизм и незащищенный секс (5). Употребление алкоголя в детском и подростковом возрасте может вызвать мозговые нарушения, особенно в зоне коры головного мозга, что влияет на когнитивное, эмоциональное и социальное развитие (6).

Часто употребление алкоголя подростками встречается одновременно с другими рискованными формами поведения, такими как табакокурение, незаконное потребление наркотиков и сексуальное поведение, сопряженное с риском (7). Особенно у тех, кто рано начинает выпивать, тех, кто выпивает чрезмерно, и у подростков, чье поведение сопряжено со множественными факторами риска, существует вероятность неблагоприятных последствий для здоровья (8).

ИЗМЕРЕНИЕ

Употребление алкоголя: еженедельное употребление алкоголя

Подросткам задавались вопросы о том, как часто они пьют какой-либо алкогольный напиток, 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 «ежедневно». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые выпивают какой-либо алкогольный напиток по крайней мере раз в неделю.

Употребление алкоголя: первый случай опьянения

Молодым людям задали вопрос о том, в каком возрасте они впервые испытали состояние опьянения. Здесь представлены данные лишь для 15-летних, и они отражают долю тех, кто сообщил о том, что первый случай опьянения произошел в 13 лет или ранее.

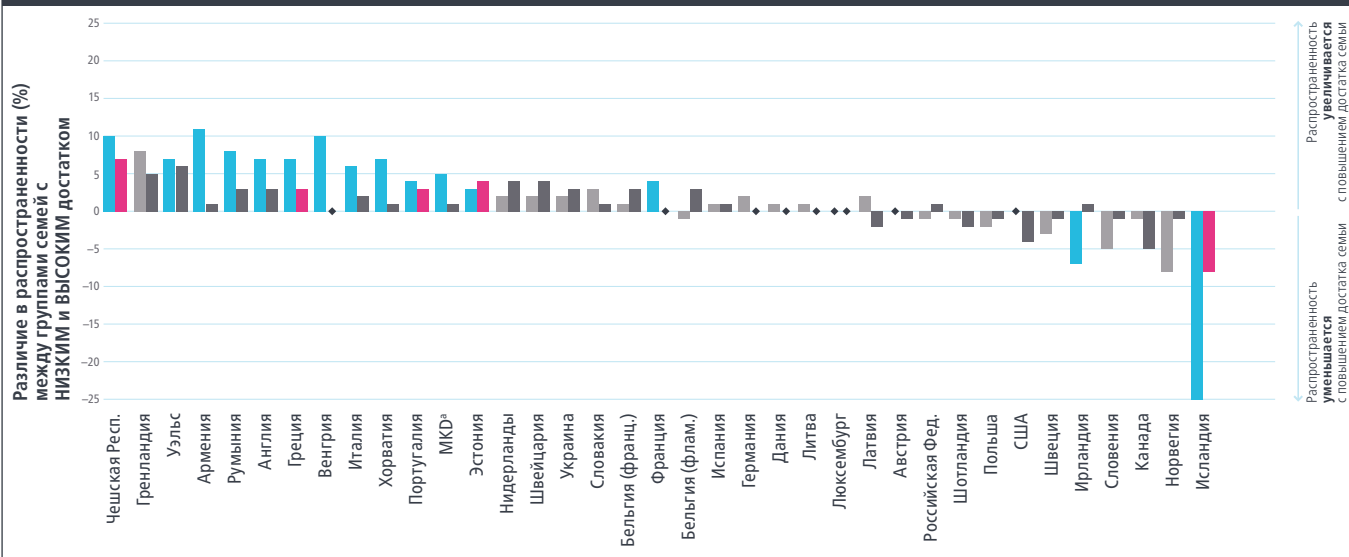
Употребление алкоголя: состояние опьянения

Подросткам задали вопрос о том, выпивали ли они когда-либо столько алкоголя, что были «действительно пьяны». Варианты ответов варьируются от «нет, никогда» до «да, более 10-ти раз». Представленные здесь данные отражают долю тех, кто сообщил о том, что находился в состоянии опьянения дважды или чаще.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ НЕ РЕЖЕ РАЗА В НЕДЕЛЮ

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ

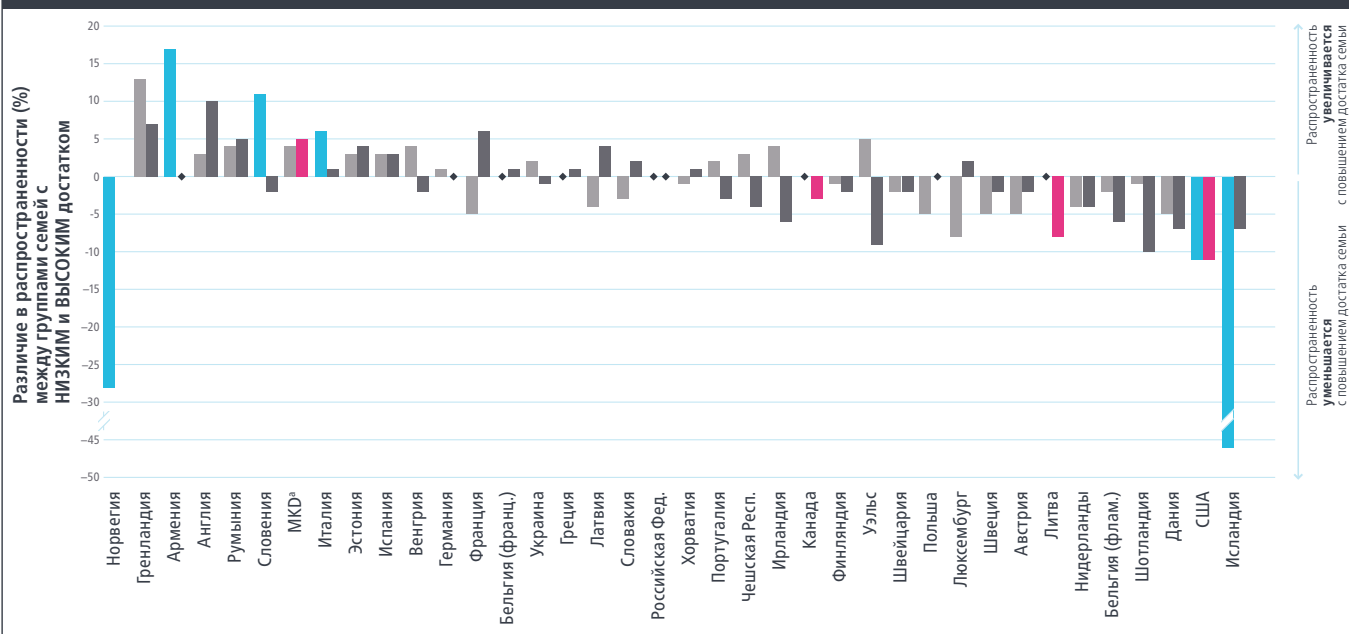


* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции и Финляндии.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ ОПЬЯНЕНИЯ В 13 ЛЕТ ИЛИ РАНЕЕ

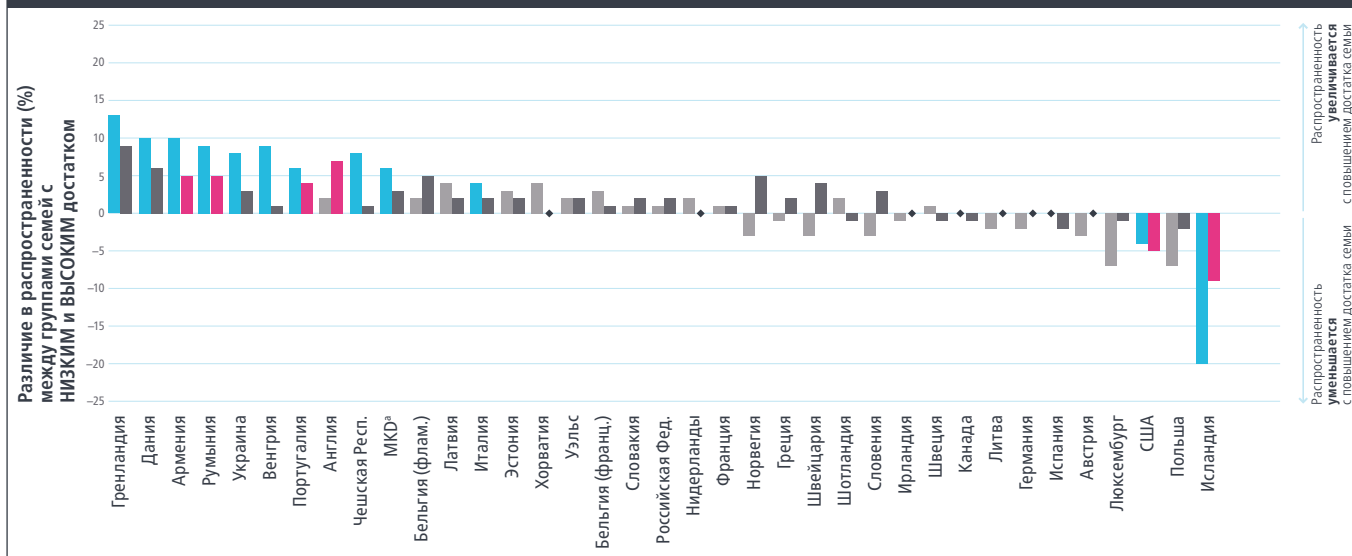
МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции. По Норвегии (девочки) нет дезагрегации данных по ШДС.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: ИМЕЛИ НЕ МЕНЕЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ ОПЬЯНЕНИЯ

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции и Финляндии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Употребление алкоголя каждую неделю

Возрастные различия

В период между 11-ю и 15-ю годами распространенность еженедельного употребления алкоголя значительно возросла почти во всех странах для мальчиков и девочек. Различия в распространенности превышало 15% в большинстве стран и областей для мальчиков и в чуть менее половины стран и областей – для девочек.

Гендерные различия

Общая тенденция состояла в большей распространенности среди мальчиков, при этом различие являлось значимым в большинстве стран для всех возрастов.

Достаток семьи

В ряде стран и областей для мальчиков и лишь в нескольких для девочек существует значимая связь между большей распространенностью и высоким достатком семьи.

Употребление алкоголя: первый случай опьянения

Возрастные различия

Данные представлены только для 15-летних.

Гендерные различия

Мальчики несколько с большей вероятностью, чем девочки сообщали о первом случае опьянения в 13 лет или ранее, однако это гендерное различие являлось значимым менее чем в половине стран и областей и превышало 10% лишь в небольшом их числе.

Достаток семьи

Лишь в небольшом числе стран наблюдалась значимая связь между распространенностью и достатком семьи, но о направленности этой связи на основании полученных данных судить невозможно.

Употребление алкоголя: состояние опьянения

Возрастные различия

В период между 11 и 15 годами для мальчиков и девочек распространенность случаев опьянения значимо возросла почти во всех странах и областях. Почти во всех из них изменение в распространенности с возрастом превышало 15%.

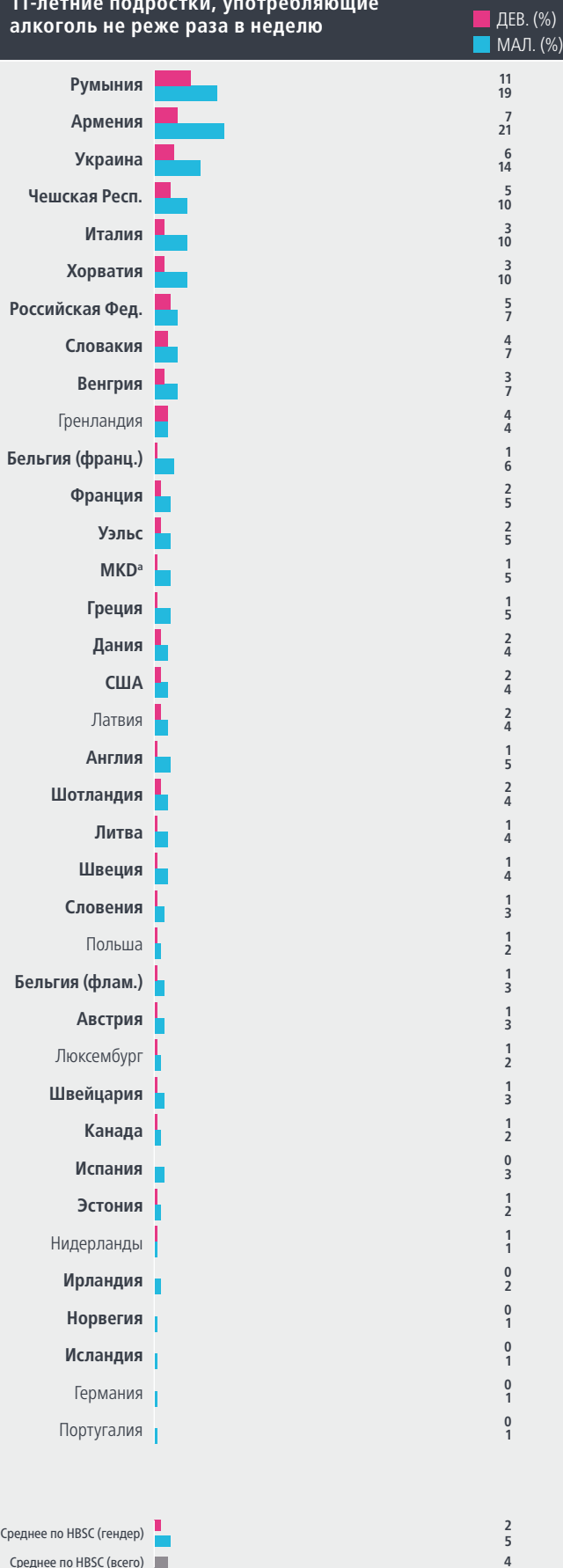
Гендерные различия

В большинстве стран и областей мальчики с большей вероятностью сообщали о том, что они испытывали состояние опьянения, и лишь в нескольких странах у 15-летних девочек наблюдалась бóльшая распространенность, чем у мальчиков.

Достаток семьи

Лишь в небольшом числе стран наблюдалась положительная зависимость между достатком семьи и распространенностью состояния опьянения, а в нескольких странах отмечена отрицательная зависимость.

11-летние подростки, употребляющие алкоголь не реже раза в неделю



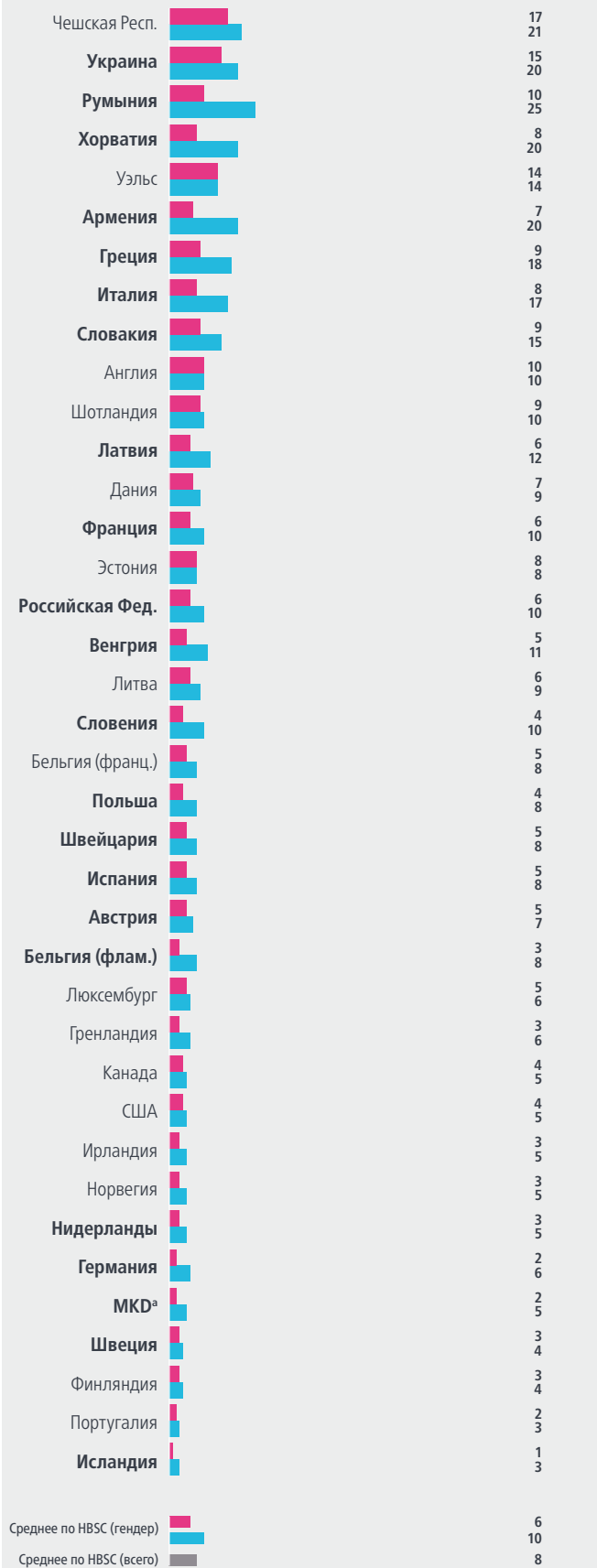
^а Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

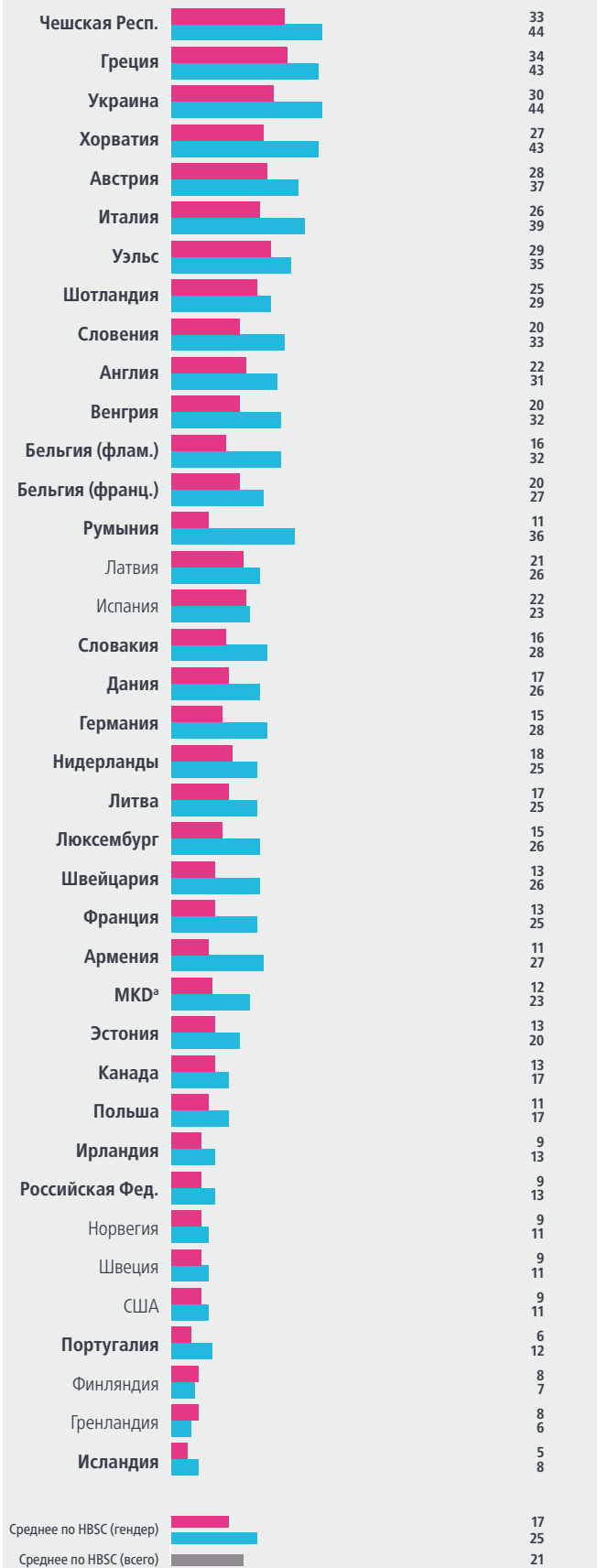
13-летние подростки, употребляющие алкоголь не реже раза в неделю

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



15-летние подростки, употребляющие алкоголь не реже раза в неделю

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



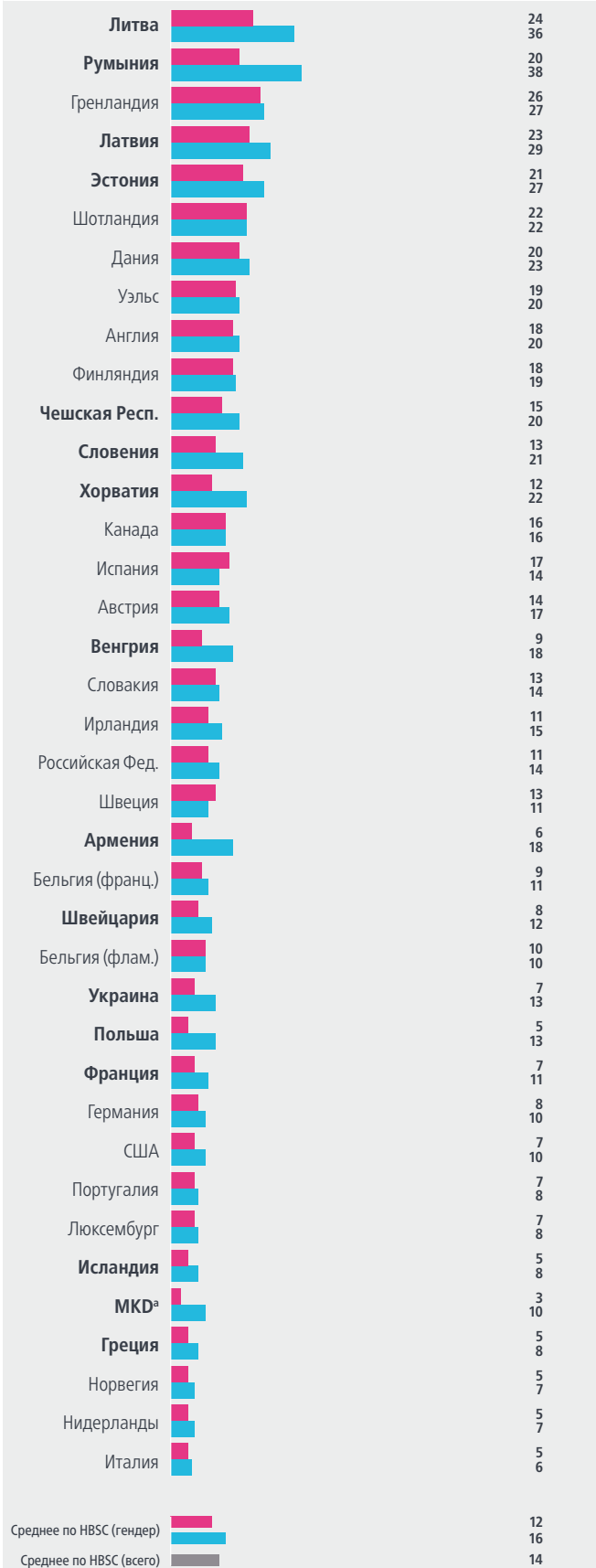
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Турции и Финляндии (для 11-летних). Нулевые значения соответствуют величинам ниже 0,5%.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

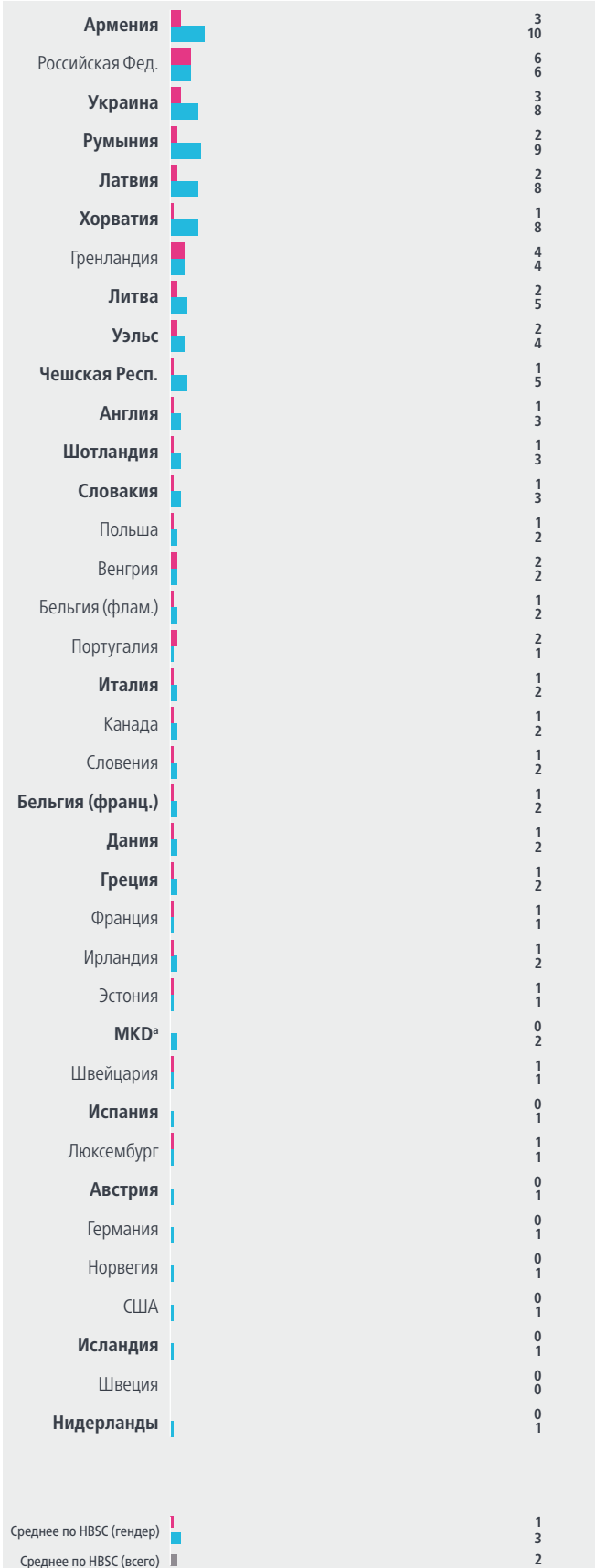
15-летние подростки, впервые испытавшие состояние опьянения в 13 лет или ранее

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



11-летние подростки, имевшие не менее двух случаев опьянения

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



^а Бывшая югославская Республика Македония.

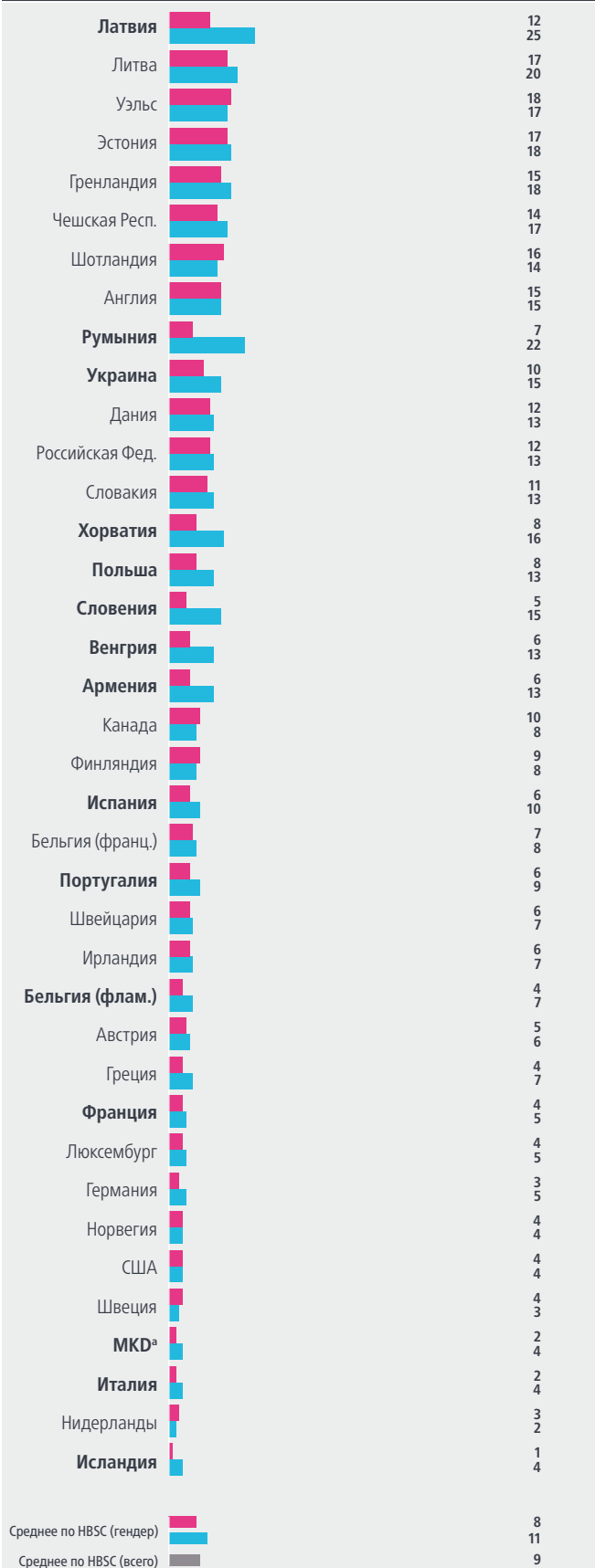
Нет данных по Турции.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

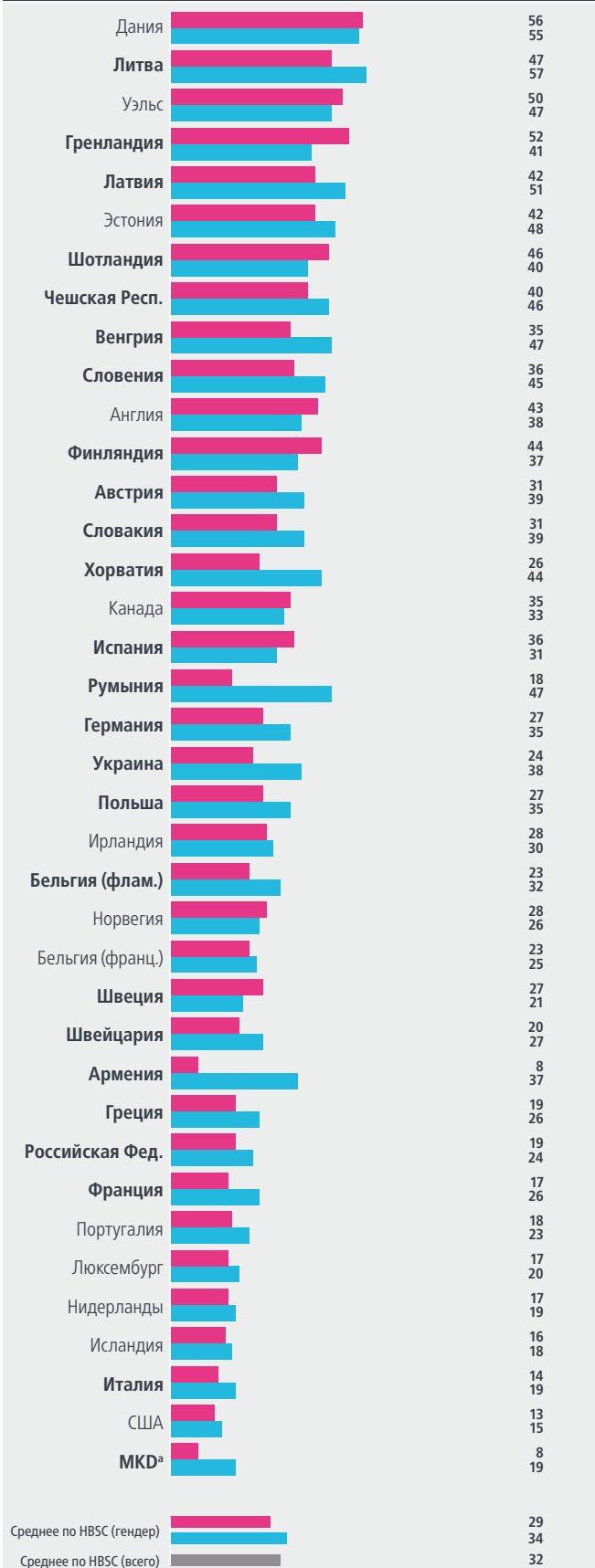
13-летние подростки, имевшие не менее двух случаев опьянения

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



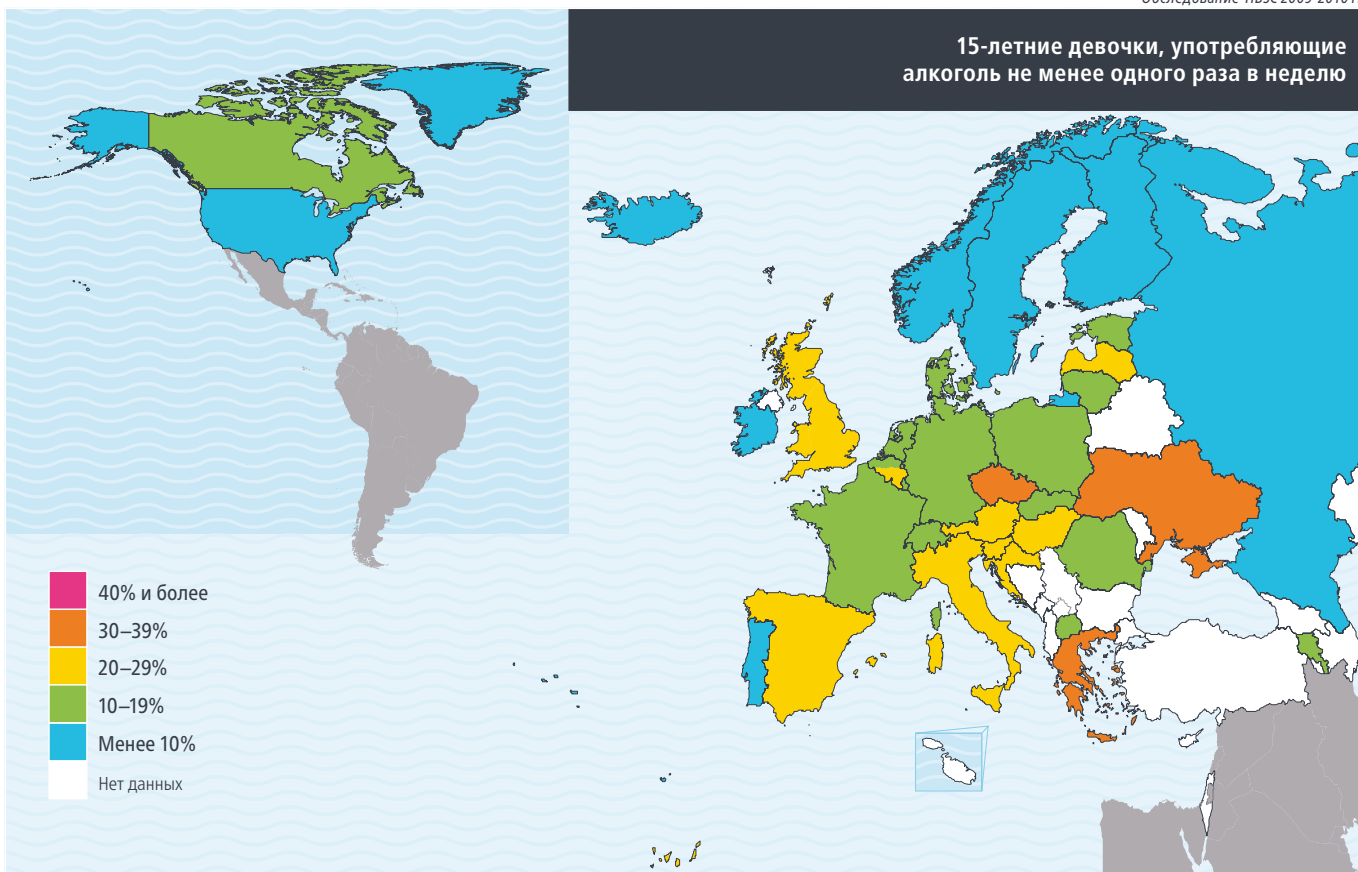
15-летние подростки, имевшие не менее двух случаев опьянения

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



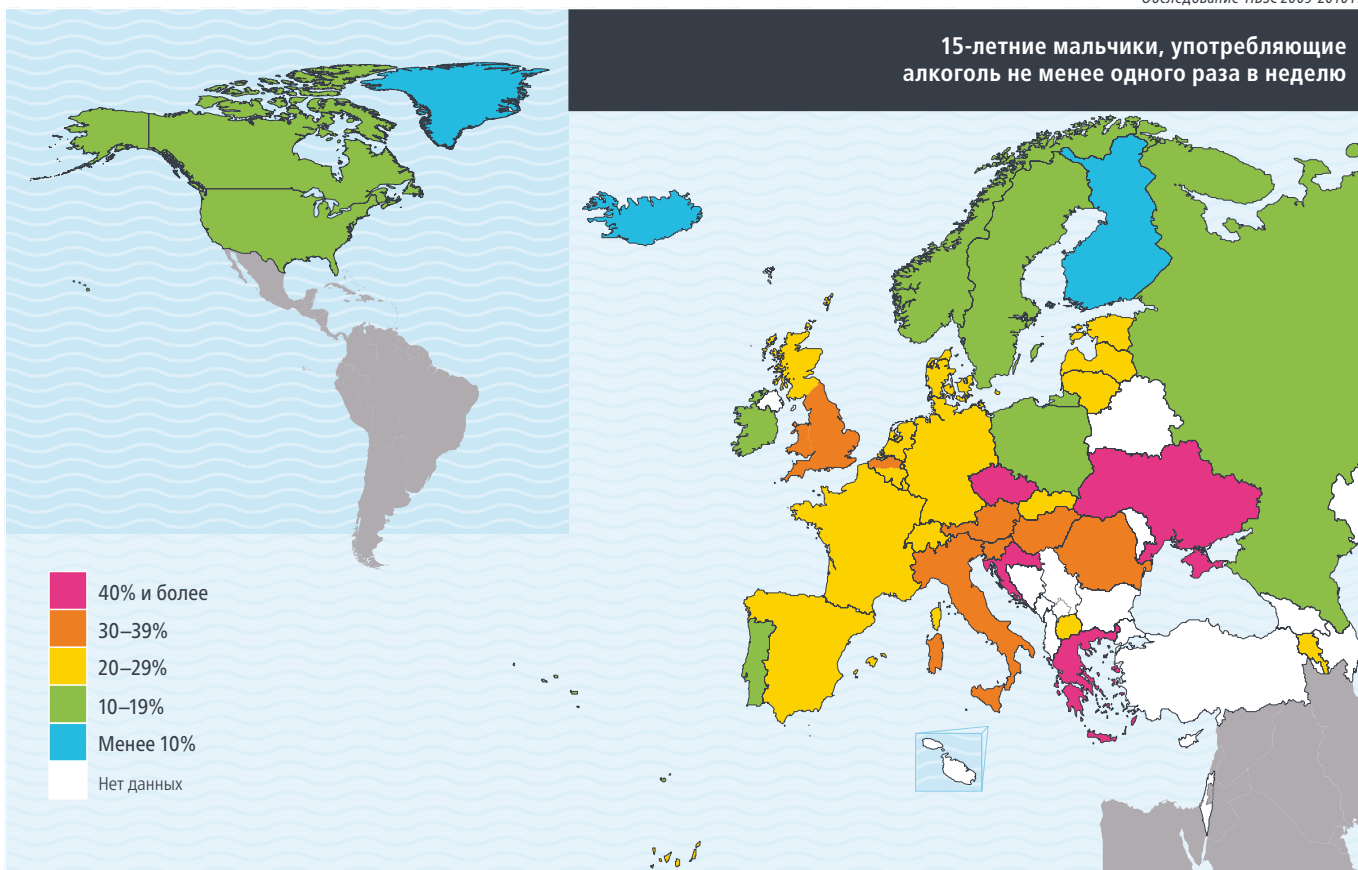
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Турции и Финляндии (для 11-летних). Нулевые значения соответствуют величинам ниже 0,5%.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

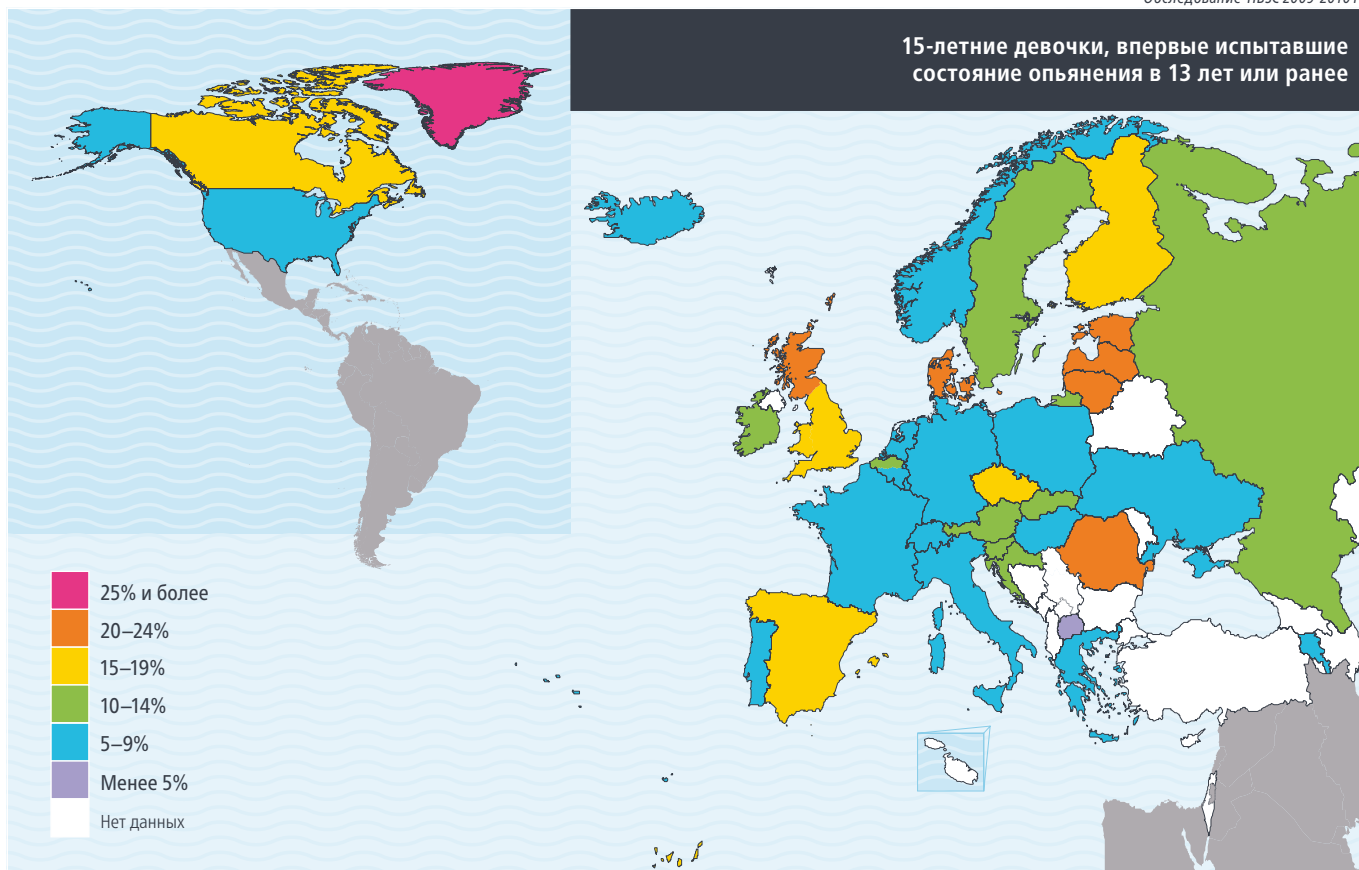
Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

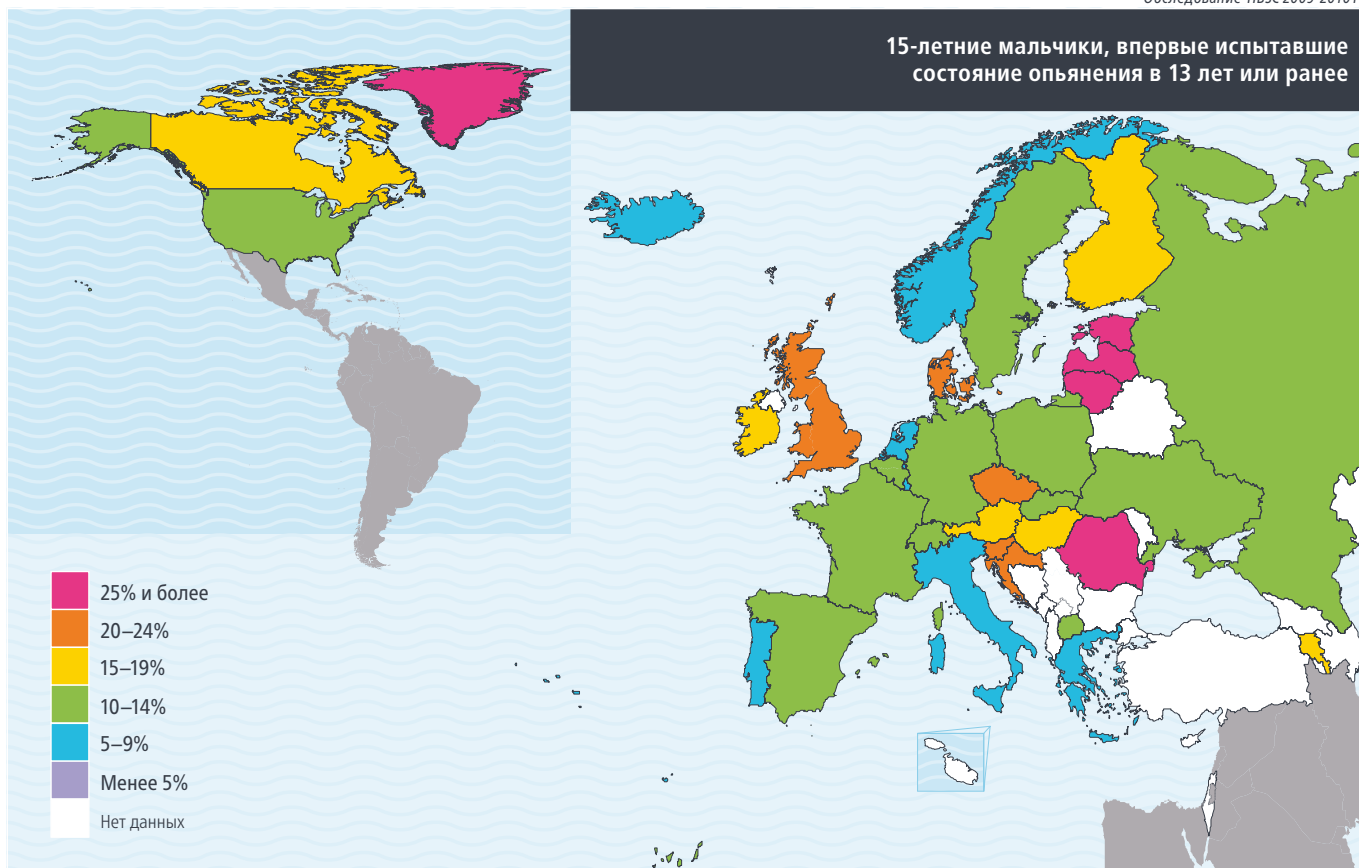
15-летние девочки, впервые испытавшие состояние опьянения в 13 лет или ранее



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

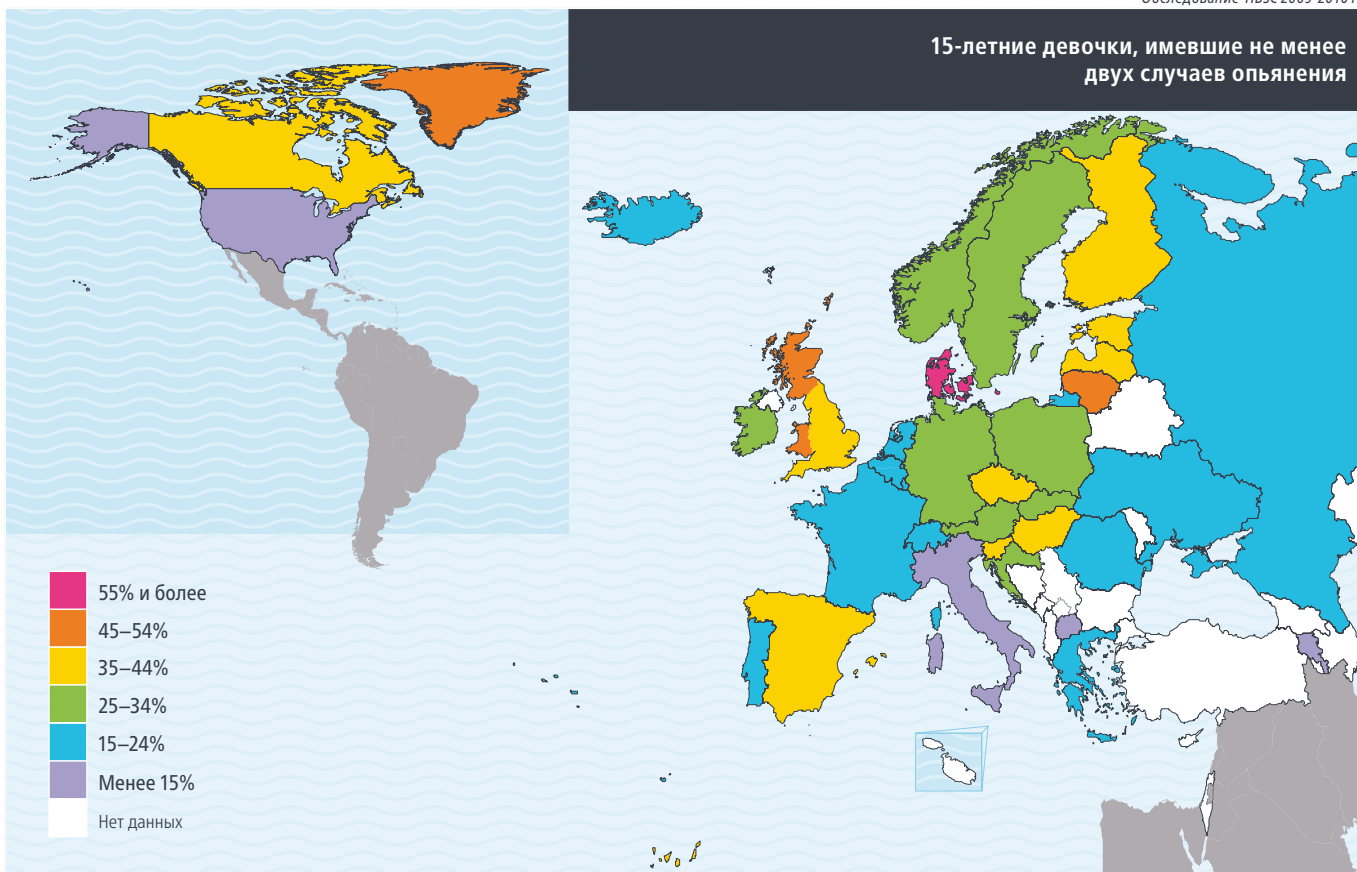
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, впервые испытавшие состояние опьянения в 13 лет или ранее



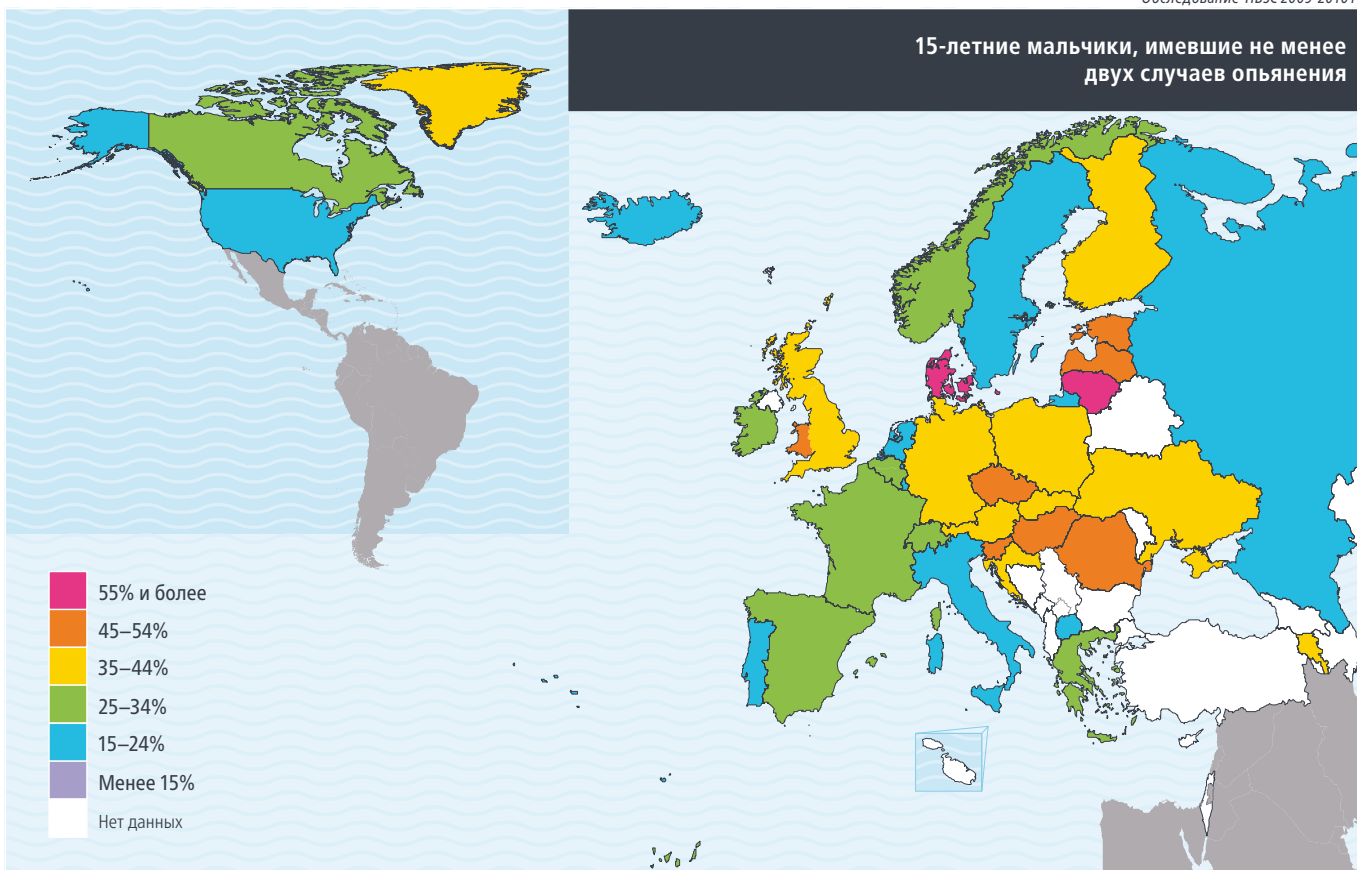
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные HBSC подтверждают результаты предыдущих обследований HBSC, которые продемонстрировали, что показатели распространенности еженедельного употребления алкоголя и случаев опьянения (в раннем возрасте) существенно возрастают с возрастом (особенно в период между 13 и 15 годами) для мальчиков и девочек во всех странах.

Хотя мальчики чаще сообщают о еженедельном употреблении алкоголя и случаях опьянения, в 13-летнем возрасте гендерное различие является значимым менее чем в половине обследованных стран и областей. Предыдущие результаты обследования HBSC показали, что гендерный разрыв уменьшился в 2006 г. по сравнению с 1998 г. (9). Дальнейшие исследования с использованием данных 2009-2010 гг. смогут установить, сокращается ли он и далее.

В большинстве стран и областей не было обнаружено, что достаток семьи имеет большое значение в отношении употребления алкоголя. Социальная позиция среди сверстников может являться более важным фактором, чем СЭС их семьи в прогнозировании употребления алкоголя подростками (10). С возрастом по мере увеличения влияния сверстников и молодежной культуры влияние семьи может снижаться, особенно применительно к формам поведения, которые начинают формироваться не ранее подросткового возраста (такие как употребление алкоголя), что позволяет предположить, что роль социально-экономического фактора для этого аспекта поведения может стать определяющей лишь на более поздних этапах жизни (11).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Сопряженное с риском употребление алкоголя и состояния опьянения в подростковом возрасте часто вплетены в образ жизни высокого риска (12) и могут иметь негативные социальные, физические, психологические и неврологические последствия во взрослой жизни.

Среди программ, которые вносят вклад в сокращение потребления алкоголя, можно назвать следующие.

- Почти все европейские и североамериканские страны в настоящее время имеют нормативно-правовые возрастные ограничения как на продажу спиртного на вынос, так и на его употребление в точках общественного питания (13). Обычно возрастные ограничения на отпуск алкоголя варьируются от 16 лет до 21 года, но страны различаются по степени соблюдения этих положений. Отмечена связь между национальными мерами политики в сфере продажи и потребления спиртного и более низкими показателями употребления алкоголя среди подростков, поэтому такие меры представляются эффективным инструментом на макроуровне в отношении сокращения употребления алкоголя среди молодого поколения (14).
- Программы осуществления мер на базе школ, ориентированные конкретно на вопросы, связанные с потреблением алкоголя, и направленные как на самих подростков, так и на их родителей, оказывают значительное воздействие (15). Общие и социально-психологические программы, направленные на развитие профилактические программы на базе школы, которые уделяют основное внимание освоению жизненных навыков и здорового образа жизни в целом, также эффективны и могут рассматриваться в качестве возможных вариантов мер политики и практики (16).
- Под воздействием мер, осуществляемых на базе семьи, подростки начинают употреблять спиртное на более поздних этапах, а также выпивают реже (17). В практическом плане особенно зарекомендовали себя меры семейного лечения, направленные на изменение плохо поддающегося адаптации поведения, многоплановая семейная терапия и различные методы групповой когнитивно-поведенческой терапии (18).

ЛИТЕРАТУРА

1. Moffitt TE. A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In: Cullen FT, Wright JP, Blevins KR, eds. *Taking stock: the status of criminological theory*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 2006:277–3121.
2. Engels RCME, ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001, 30(6):675–695.
3. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
4. Rehm J et al. Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *International Journal of Public Health*, 2007, 52(6):383–392.
5. Windle M. Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research & Health*, 2003, 27(1):79–85.
6. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 2007, 86(2):189–199.
7. Jackson C et al. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*, 2012, DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03751.x.
8. Janssen I et al. Influence of multiple risk behaviors on physical activity-related injuries in adolescents. *Pediatrics*, 2007, 119(3):e672–e680.
9. De Looze ME et al. Early risk behaviors and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationship. *The Journal of Early Adolescence*, 2011 2, 32(1):101–122.
10. Simons-Morton BG et al. and the HBSC Risk Behaviour Focus Group. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):199–208.
11. Richter M et al. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(4):203–212.
12. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood: the effects of parental and own socioeconomic status. *European Journal of Public Health*, 2004, 14(4):417–421.
13. Kuntsche E. "Ich fühle mich wohl, wenn getrunken wird – ich trinke mich Wohlfühlen" – Substanzkonsum Jugendlicher im Kontext von Gesundheit, Wohlbefinden und sozialem Anschluss. In: Hascher T, ed. *Schule positiv erleben. Erkenntnisse und Ergebnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Bern, Haupt, 2004:273–297.
14. Minimum age limits worldwide [web site]. Washington, DC, International Center for Alcohol Policies, 2011 (<http://www.icap.org/Table/MinimumAgeLimitsWorldwide>, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
15. Simons-Morton B et al. Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *The International Journal on Drug Policy*, 2010, 21(1):64–69.
16. Koning IM et al. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 2009, 104(10):1669–1678.
17. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 5(5):CD009113.
18. Smit E et al. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008, 97(3):195–206.

УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ

О потреблении конопли от случая к случаю сообщают значительное меньшинство подростков в Европе и Северной Америке (1,2). Подростки используют это наркотическое вещество по целому ряду причин, в том числе в порядке экспериментирования, для улучшения настроения, для облегчения общения и в угоду сверстникам, а также в целях расслабления (3).

Подростки, использующие коноплю в малых дозах, в целом так же адаптированы к жизни, как и те, кто ее не употребляют, и у них не наблюдается каких-либо специфических медицинских, социальных проблем или проблем в отношении со сверстниками (4). Однако употребление конопли является фактором риска в отношении психических расстройств и может провоцировать возникновение психоза, особенно среди тех, кто склонен к этому (5). Кроме того, обнаружена связь между началом употребления конопли в раннем возрасте, интенсивным и более активным ее употреблением, с одной стороны, и целым рядом различных проблем, в число которых входят ухудшение когнитивной функции (6), ухудшение успеваемости в школе вплоть до отчисления (7), проблемы экстернализации, такие как рискованное поведение, агрессия и правонарушение (8) и проблемы интернализации, такие как депрессия и состояние тревожности, с другой (8).

Мальчики чаще употребляют коноплю, чем девочки (9), при этом социальное влияние выражается, в частности, в том, что подростки, имеющие друзей или старших сестер или братьев, потребляющих коноплю, могут подражать им (10); сверстники, потребляющие коноплю, могут задавать модель поведения и таким образом формировать нормы, установки и ценности, а также создавать возможности для ее использования (9, 11). Отмечена связь между потреблением подростками конопли и невысокой степенью участия и поддержки со стороны родителей, а также высокими уровнями жесткой дисциплины (12).

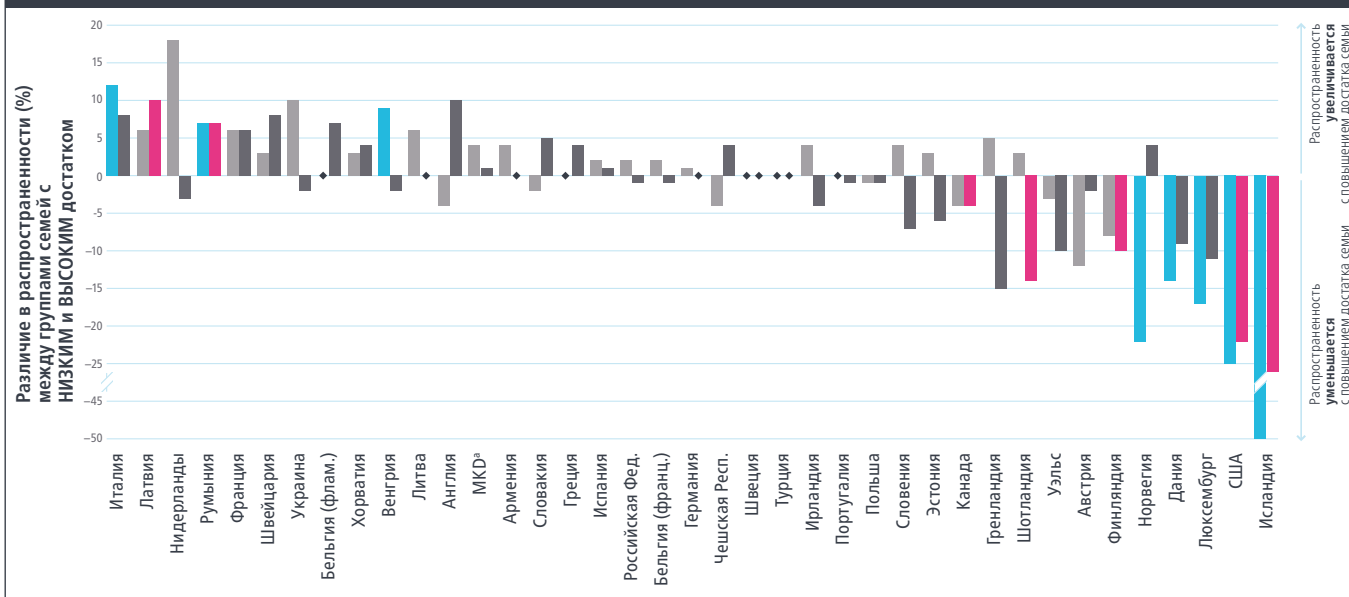
И хотя на индивидуальном уровне достаток семьи, по-видимому, не оказывает значительного влияния на употребление конопли подростками, на макроуровне на самом деле этот фактор обладает таким влиянием. Установлено, что в целом уровни распространенности употребления конопли «хотя бы раз в жизни» и «недавно» выше в богатых странах (11).

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они употребляли коноплю за всю жизнь, за последние 12 месяцев и за последние 30 дней. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что они однократно или чаще употребляли коноплю в прошлом (хотя бы раз в жизни) и не менее одного раза за последние 30 дней (употреблявшие коноплю недавно); в тексте отражены закономерности, выявленные в использовании конопли по всем трем периодам времени.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ ХОТЯ БЫ РАЗ В ЖИЗНИ

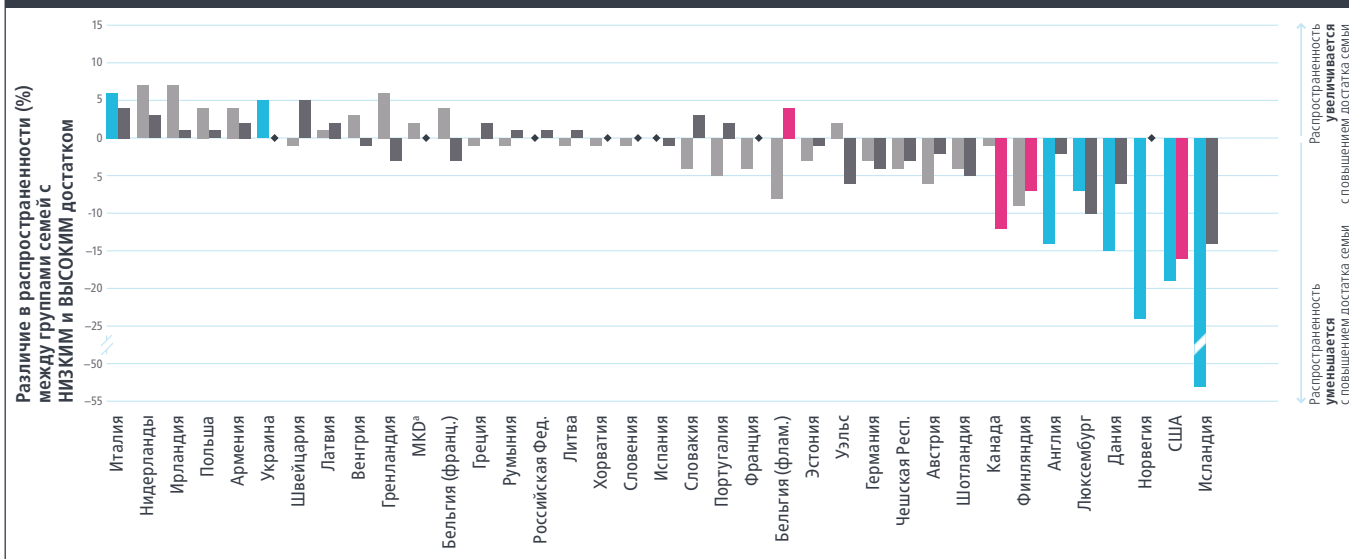
МАЛ. ДЕТ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



*Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции и Швеции.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции и Швеции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

Данные представлены лишь для 15-летних.

Гендерные различия

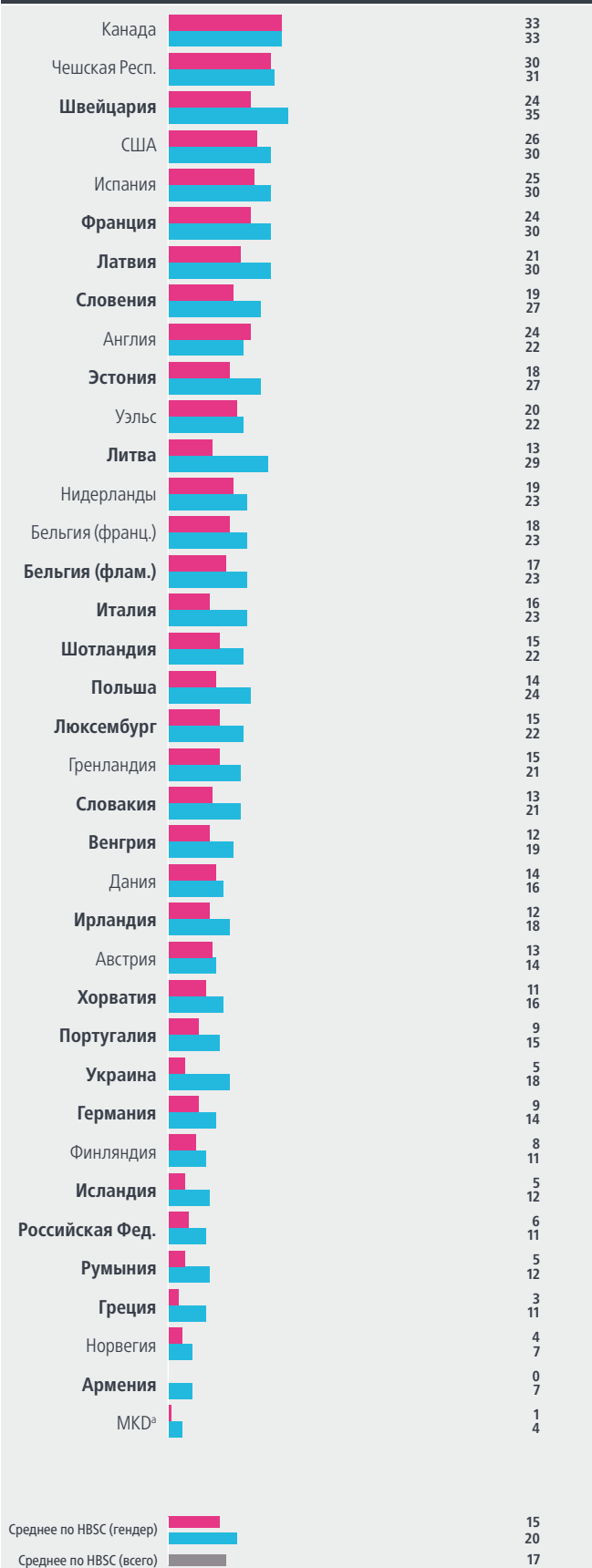
В большинстве стран мальчики сообщили о более высокой распространенности использования конопли по трем параметрам, но лишь в небольшом числе стран гендерное различие превышало 10%.

Достаток семьи

Лишь в меньшинстве стран и областей среди мальчиков и девочек наблюдается зависимость употребления конопли от достатка семьи. В этом небольшом числе стран, где наблюдается значимая зависимость, результаты оказались смешанными, при этом иногда более высокая распространенность потребления конопли соотносится с высоким достатком семьи, а иногда – с низким. Однако, следует относиться с осторожностью к трактовке этих данных, учитывая небольшое число подростков, часто пользующихся коноплей.

15-летние подростки, когда-либо употреблявшие коноплю

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)

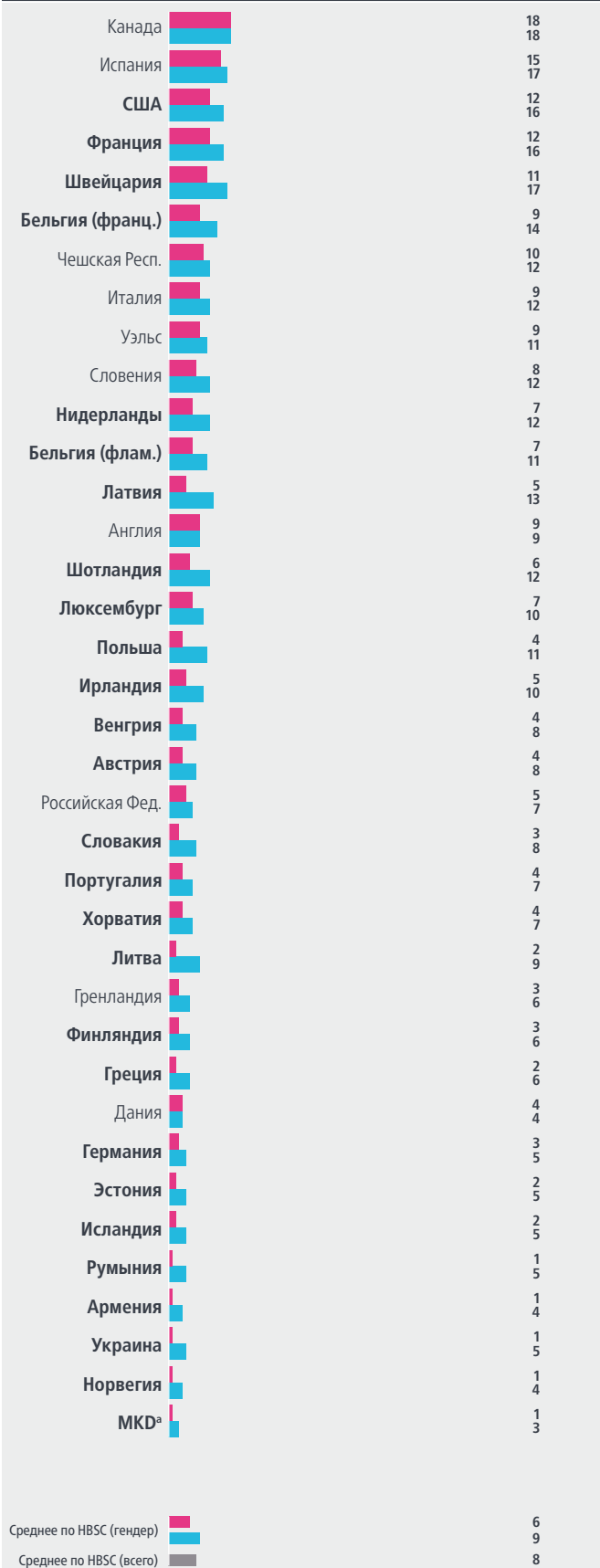


^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

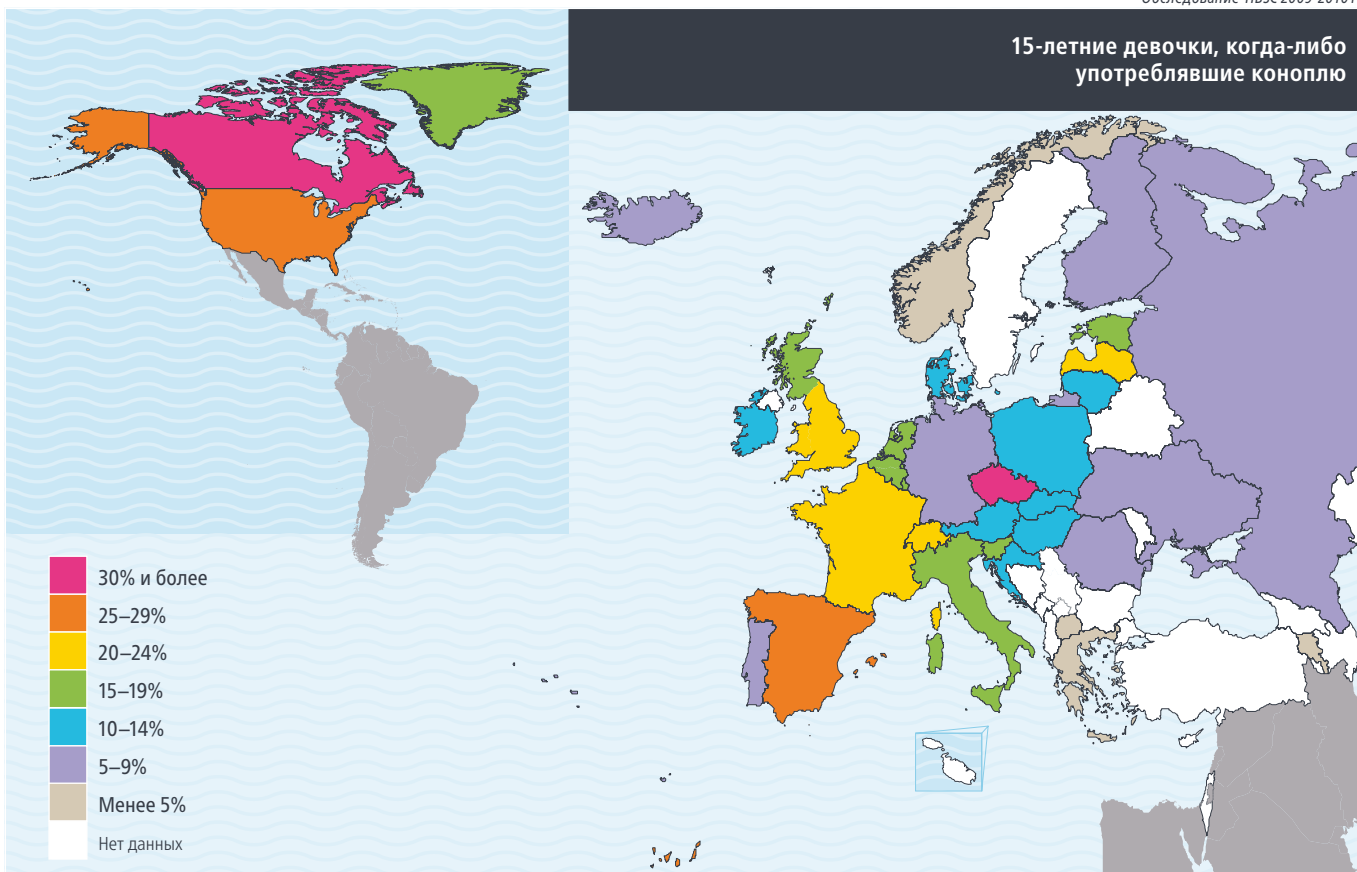
15-летние подростки, потреблявшие коноплю за последние 30 дней

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



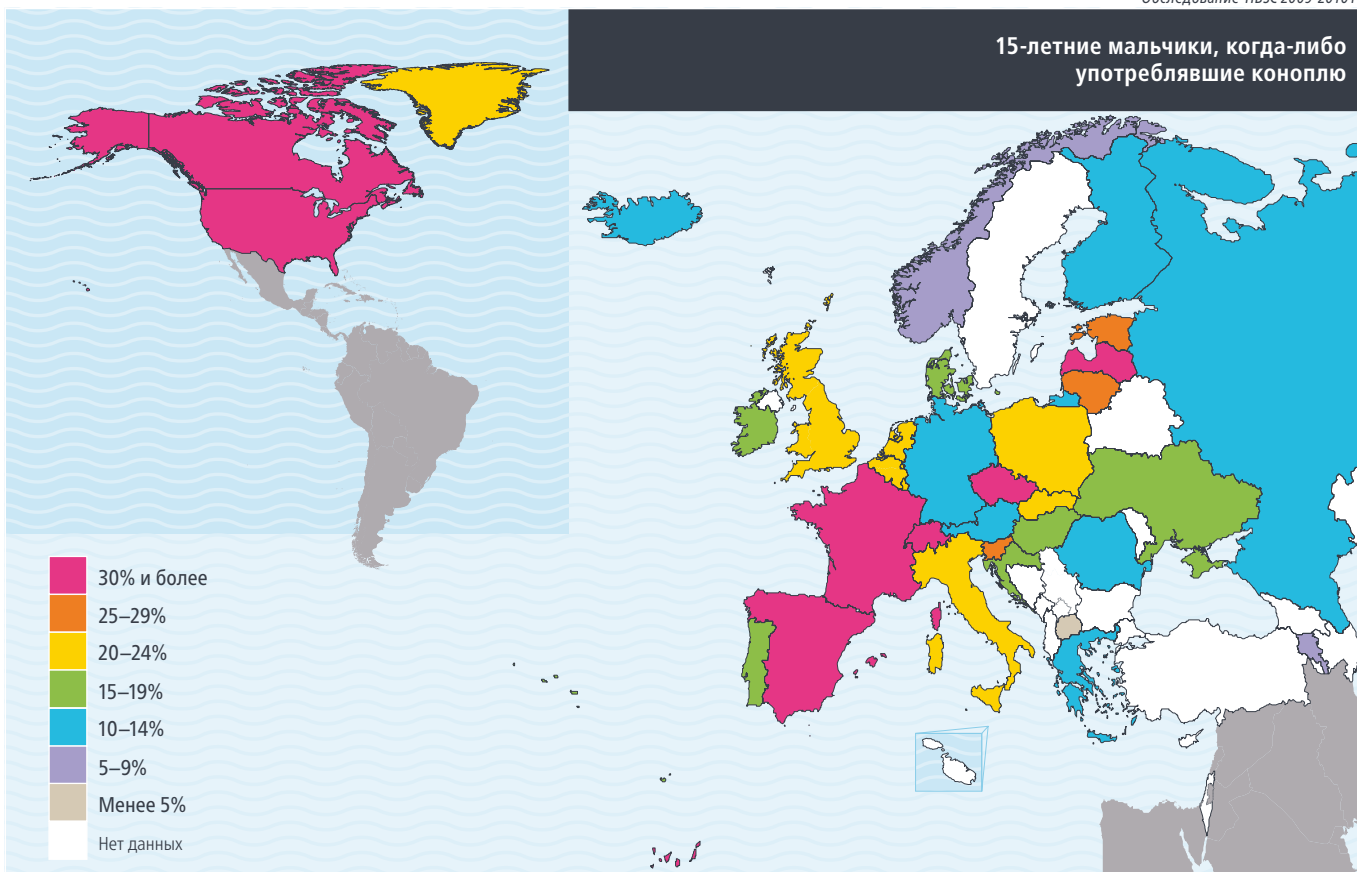
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).
Нет данных по Турции и Швеции. Нулевые значения соответствуют величинам ниже 0,5%.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

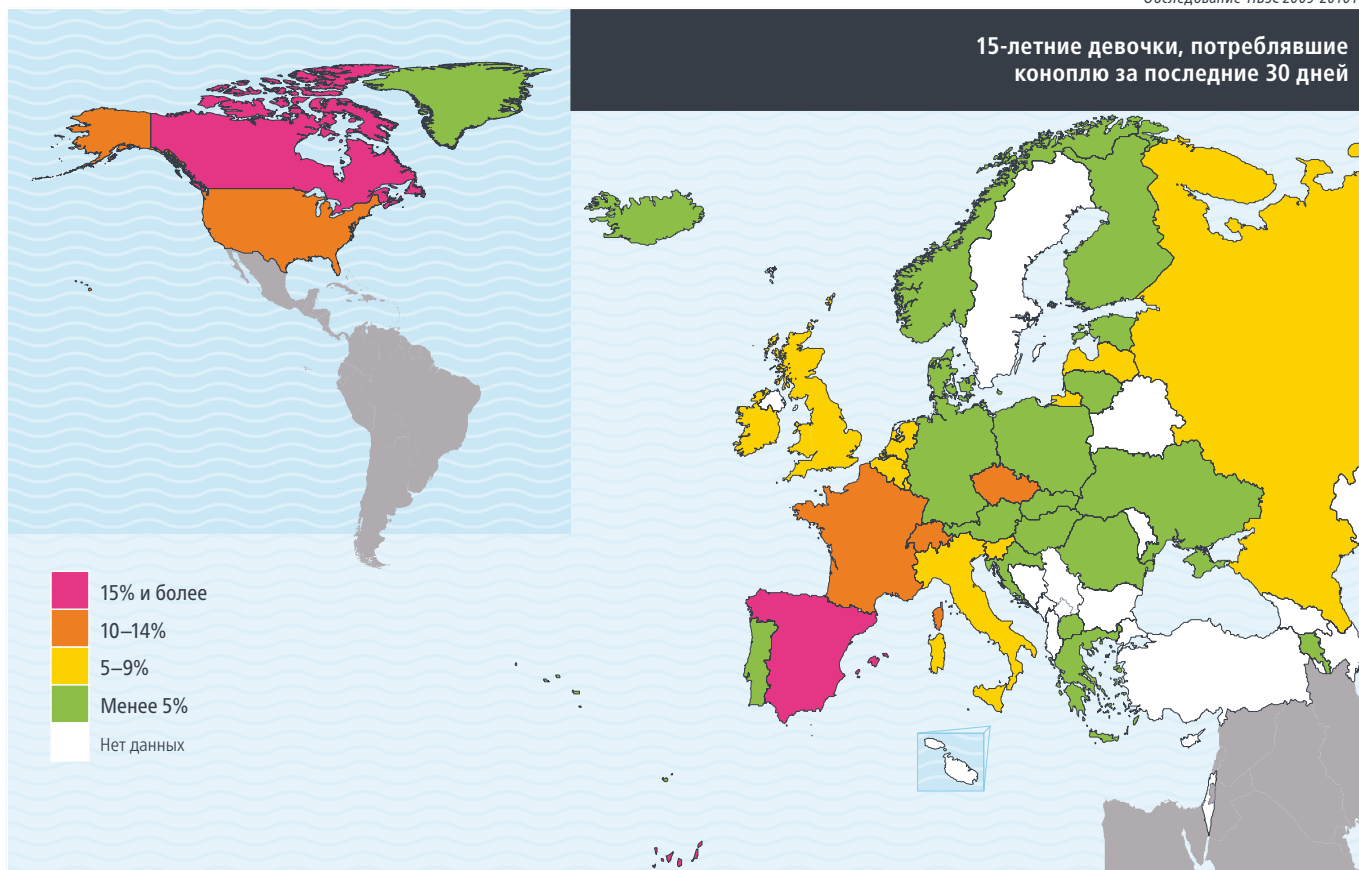
Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

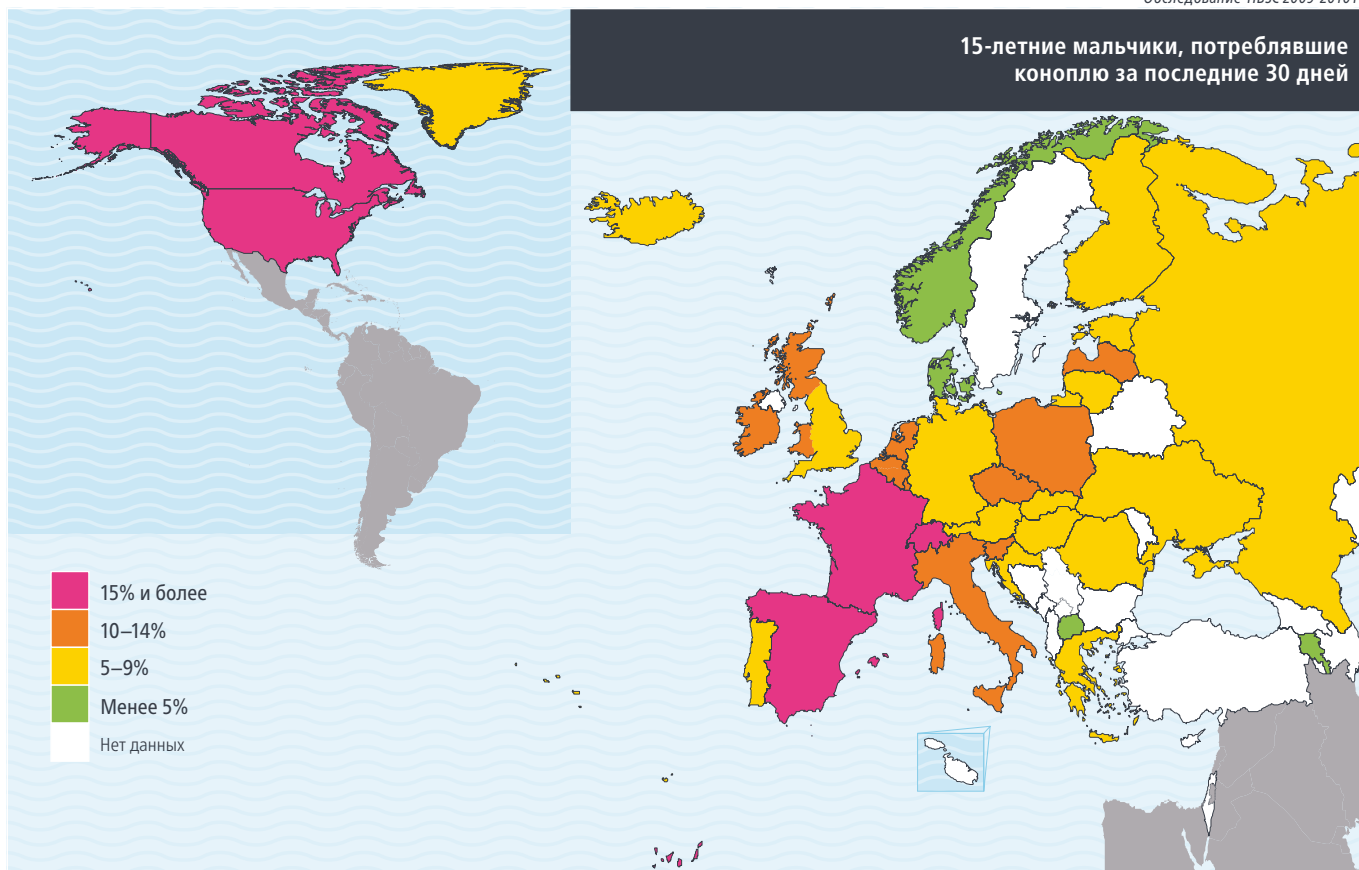
15-летние девочки, потреблявшие коноплю за последние 30 дней



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, потреблявшие коноплю за последние 30 дней



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

УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты подтверждают, что мальчики сообщают о более частом использовании конопли, а также, что существуют различия в данных, отражающих связь между потреблением конопли и достатком семьи.

Отмечены значительные различия между странами и областями. В ряде стран и областей распространенность недавнего потребления конопли составляет менее 1%, тогда как в других этот показатель превышает 20%. Эти различия частично могут быть отнесены на счет различий в уровнях доходов стран, в представлении о наличии конопли в среде сверстников и в оценке подростками рисков, связанных с потреблением конопли. Там, где существует представление о высоком уровне наличия конопли, и там, где подростки, не потребляющие коноплю, считают, что ее потребление сопряжено с меньшими рисками, показатели распространенности этого явления среди школьников в целом выше (11). Эти факторы могут способствовать появлению сообщества потребляющих наркотики подростков, которое, в свою очередь, может играть важнейшую роль в социализации более юных потенциальных потребителей конопли (11).

Национальные меры политики могут оказать воздействие на потребление подростками конопли, но исследование, сопоставляющее использование конопли подростками в Нидерландах, Соединенных Штатах и Канаде, продемонстрировало, что тогда как меры политики, направленные на запрет алкоголя, приводили к сокращению его употребления (а либеральные меры – к увеличению), в случае с коноплей такой эффект не был установлен (13). Необходимо проведение дальнейших исследований по изучению различий в потреблении конопли подростками между странами для получения представления о механизмах, лежащих в основе этих процессов.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Подростки, которые обращаются к потреблению психотропных веществ в раннем возрасте, и те, кто часто ими пользуются, имеют бóльшую вероятность страдать от неблагоприятных последствий для здоровья (8–10) в связи с чем требуют более пристального внимания со стороны руководителей, формирующих политику.

Существующие меры на базе школы и семьи могут внести полезный вклад в решение этой проблемы. На уровне школы эффективны в сокращении потребления конопли такие меры, как повышение уровня знаний о наркотиках, помощь в освоении жизненных навыков по принятию решений, меры, направленные на повышение самооценки и сопротивляемости давлению со стороны сверстников (14), аналогичным образом, эффективны методы лечения на базе семьи, ориентированные на сокращение потребления конопли или психотропных веществ; особенно большое воздействие оказывают подходы на основе семьи и многосистемные подходы (15). Эффективно также мотивационное интервьюирование (15).

Употребление конопли запрещено в большинстве стран Европы и Северной Америки, при этом нет ясности относительно того, какие именно меры политики эффективны в сокращении потребления подростками конопли.

ЛИТЕРАТУРА

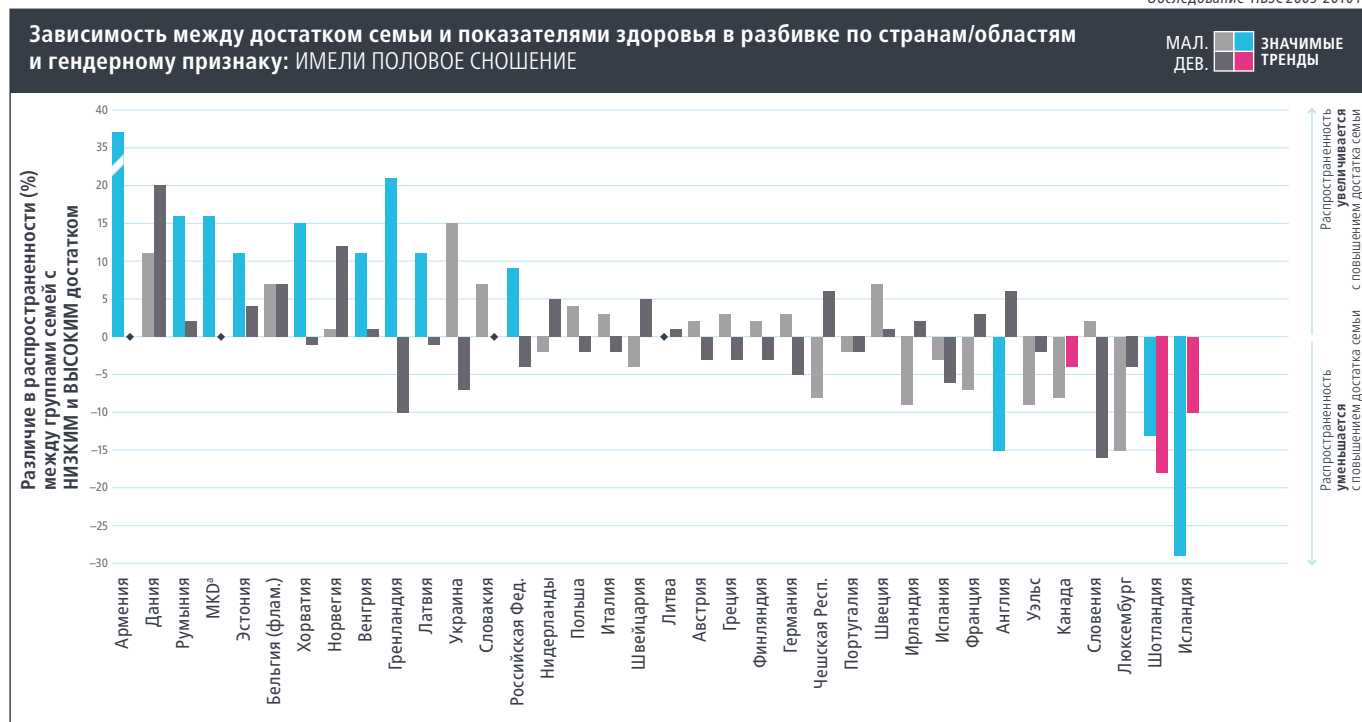
1. Hibell B et al. *The 2007 ESPAD report – substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2009.
2. Johnston LD et al. *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2007. Vol. I: secondary school students*. Bethesda, MA, National Institute on Drug Abuse, 2008 (NIH Publication No.08–6418A).
3. Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana. *Addictive Behaviors*, 2007, 32(7):1384–1394.
4. Engels RCME, Ter Bogt T. Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001, 30:675–695.
5. Casadio P et al. Cannabis use in young people: the risk for schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2011, 35(8):1779–1787.
6. van Ours JC, Williams J. Why parents worry: initiation into cannabis use by youth and their educational attainment. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1):132–142.
7. Bachman JG et al. *The education–drug use connection. How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency*. New York, Lawrence Erlbaum Associates, 2008.
8. Griffith-Lendering MFH et al. Cannabis use and development of externalizing and internalizing behaviour problems in early adolescence: a TRAILS study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 116(1–3):11–17.
9. Kuntsche E et al. Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North American countries and regions. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2009, 163(2):119–125.
10. Kokkevi A et al. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 86(1):67–74.
11. ter Bogt T et al. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*, 2006, 101(2):241–251.
12. Anthony J, Chen C, Storr C. Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. *Pediatrics*, 2005, 115(6):1631–1639.
13. Simons-Morton BG et al. Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *The International Journal on Drug Policy*, 2010, 21(1):64–69.
14. Porath-Waller AJ, Beasley E, Beirness DJ. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, 2010, 37(5):709–723.
15. Bender K et al. A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 2011, 21:153–164.

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ОПЫТ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ

В подростковом возрасте часто начинаются интимные взаимоотношения и сексуальная жизнь (1). Раннее начало половой жизни, когда юноши и девушки все еще развиваются в эмоциональном и когнитивном плане, может увеличивать риск возникновения нежелательной и незапланированной беременности или развития инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) (2), преимущественно в связи с тем, что неправильно используются или вовсе не используются презервативы или другие контрацептивные средства.

Имеются свидетельства того, что в промышленно развитых странах снижается возраст начала половой жизни (3) и зафиксировано повышение уровня ИППП среди подростков (4). При том, что показатели фертильности различаются по странам, ежегодно в мировом масштабе рожают около 15 миллионов подростков (5). На основании этих наблюдений, а также на основе данных, свидетельствующих о связи раннего начала половой жизни с другими факторами риска, такими как употребление психотропных веществ (6), более низкая школьная успеваемость (6) и плохое психическое здоровье (7), раннее начало половой жизни было определено как маркер сексуального здоровья (5).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%.
Примечание. Нет данных по Бельгии (франц.), США и Турции. Данные не представлены для девочек бывшей югославской Республики Македония в связи с небольшим числом случаев.

ИЗМЕРЕНИЕ

В ходе данного обследования лишь 15-летним задавали вопрос о том, имели ли они когда-либо половые сношения. Вопрос формулировался с использованием разговорной терминологии (например, «заниматься сексом» или «доходить во взаимоотношениях до конца») для обеспечения понимания респондентами того факта, что вопрос подразумевал вагинальный половой акт. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщили о том, что они имели половое сношение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

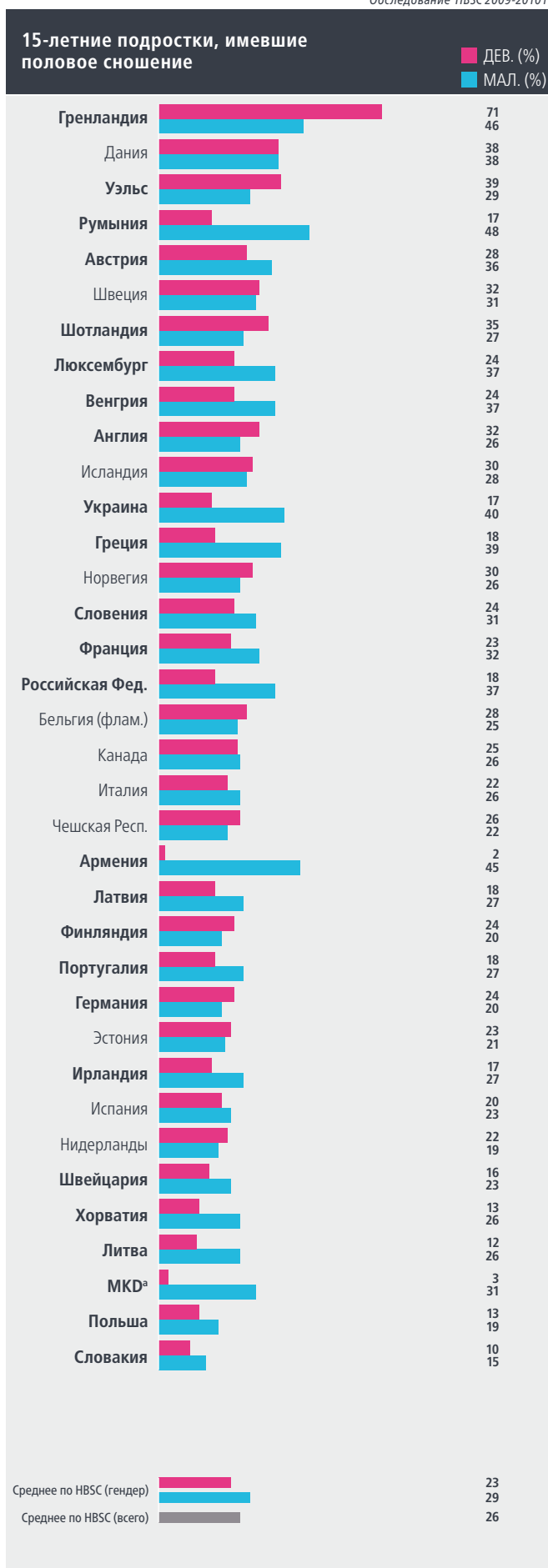
Данные представлены лишь для 15-летних.

Гендерные различия

Примерно в половине стран мальчики значительно чаще, чем девочки сообщали о том, что имели опыт полового сношения. Самое большое гендерное различие наблюдается в странах Восточной Европы, в Армении и Греции. В семи странах, преимущественно в Скандинавии и Соединенном Королевстве, отмечена большая распространенность среди девочек.

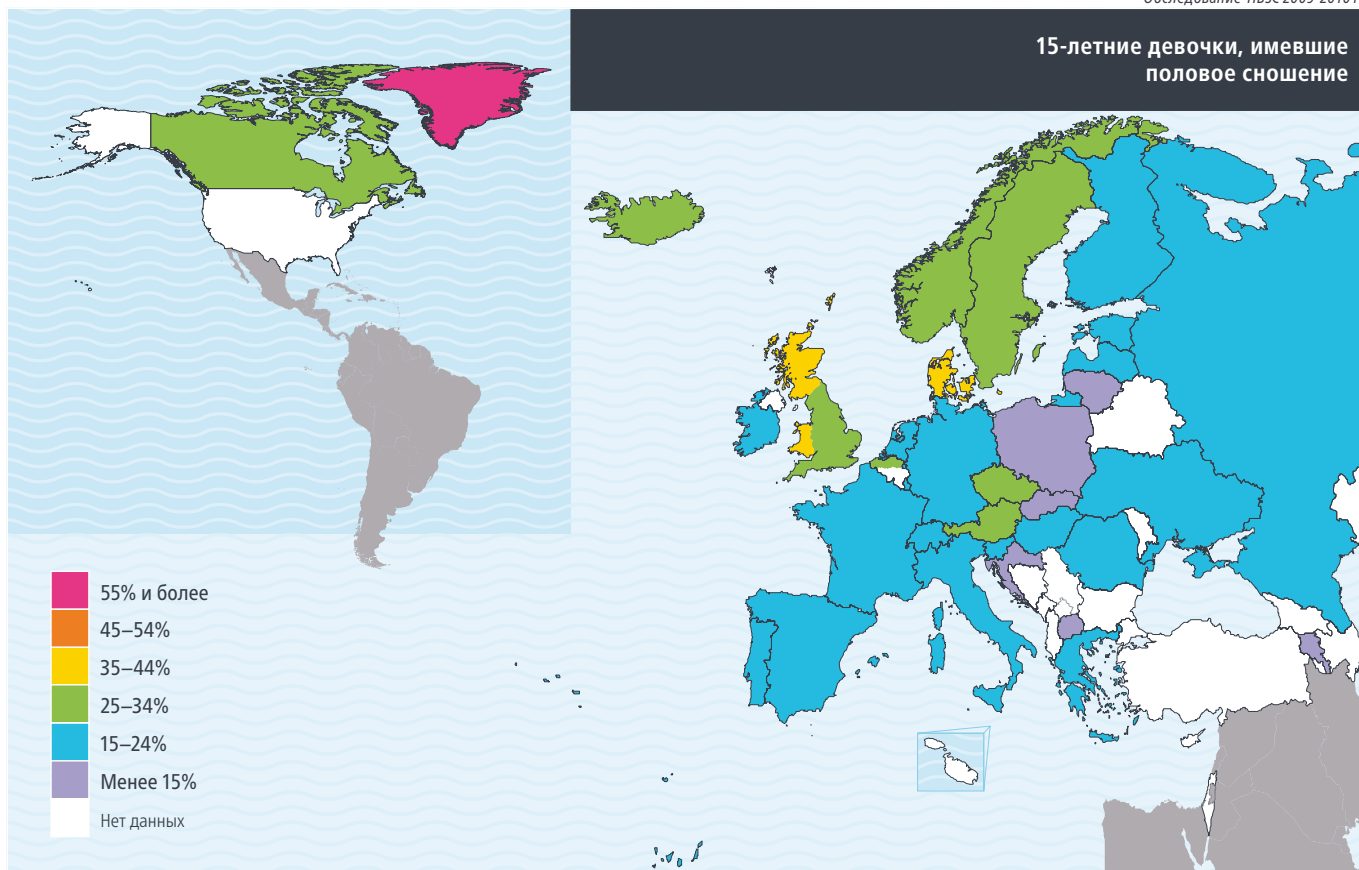
Достаток семьи

Зависимость распространенности от достатка семьи наблюдалась лишь в нескольких странах и областях. Среди мальчиков распространенность значительно выше в семьях с высоким достатком примерно в четверти из всех стран и ниже лишь в трех странах, тогда как среди девочек в нескольких странах распространенность возрастала с уменьшением достатка семьи. Тенденция к большему масштабу различий в распространенности отмечена среди мальчиков.



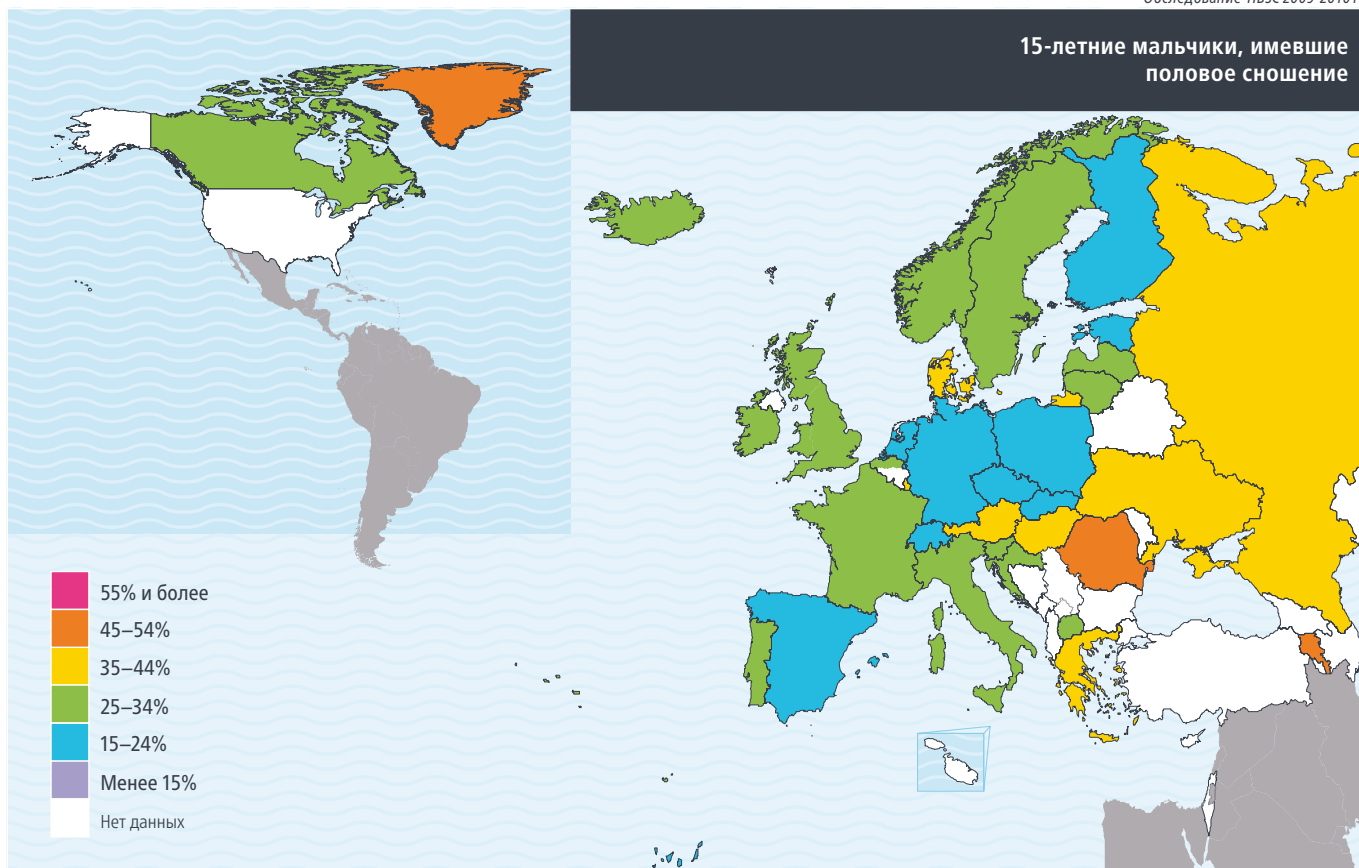
* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Бельгии (франц.), США и Турции.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВОВ И ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ ТАБЛЕТОК

Хотя трудно точно оценить уровни ИППП, особенно среди подростков, существуют данные, свидетельствующие о том, что несмотря на снижение уровня ВИЧ-инфекции, частота наиболее часто встречающихся ИППП (хламидийных инфекций — *Chlamydia*, гонореи и сифилиса) в ряде европейских стран возросла за последнее десятилетие (1).

Наиболее эффективным методом предупреждения ИППП и наиболее часто называемым 15-летними респондентами во многих странах контрацептивным методом является использование презерватива (4). Вместе с тем, показатель использования презерватива не является устойчивым (8), поскольку на него влияют такие факторы, как вера в собственные силы, субъективное восприятие мнений сверстников и самоутверждение (9,10). Те, кто не используют презервативов, также часто практикуют другие рискованные формы сексуального поведения, как то раннее начало половой жизни, наличие нескольких сексуальных партнеров и использование психотропных веществ перед половым сношением (11).

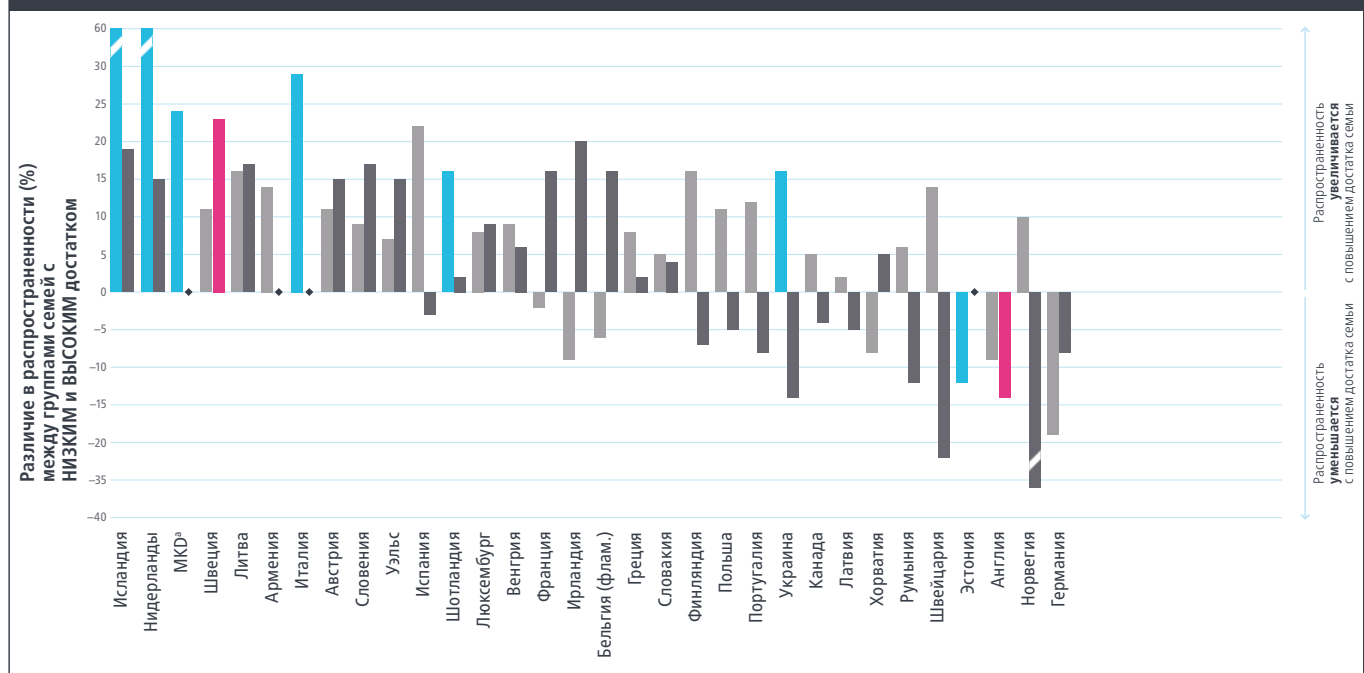
Презервативы являются эффективным методом предупреждения подростковой беременности. За последние два десятилетия уровни подростковой беременности в Европе значительно снизились (1), но проблема по-прежнему остается одной из наиболее актуальных для общественного здравоохранения (1,12,13). Разумно предположить, что часто подростковая беременность является непреднамеренной, по крайней мере в большинстве развитых стран (1,12,13), и она может приводить к неблагоприятным последствиям как для матери, так и для ребенка (1,13).

Подростковую беременность также можно предупредить с помощью противозачаточных таблеток, которые безопасны и пригодны для женщин всех возрастов. В промышленно развитых странах весьма часто сообщают об использовании этого метода контрацепции, в том числе и среди подростков (12), хотя у них двойная контрацепция (таблетка плюс презерватив) не столь распространена (8).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА ВО ВРЕМЯ ПОСЛЕДНЕГО ПОЛОВОГО АКТА

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Бельгии (франц.), Гренландии, Дании, Российской Федерации, США, Турции и Чешской Республике. Данные не представлены для девочек Армении и девочек бывшей югославской Республики Македония в связи с небольшим числом случаев.

Между европейскими и североамериканскими странами существуют большие различия в показателях использования противозачаточных таблеток и презервативов среди подростков (14), преимущественно за счет различий в наличии и финансовой доступности услуг, связанных с сексуальным здоровьем, особенно когда речь идет о несовершеннолетних мальчиках и девочках. Поэтому важно во всех странах способствовать большему использованию противозачаточных средств, проводя информационно-разъяснительную работу, а также предоставляя доступные услуги, гарантирующие конфиденциальность.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был предоставлен перечень методов контрацепции: противозачаточные таблетки, презервативы, прерванный половой акт или какой-либо другой метод. В ряде стран добавляли дополнительный метод, характерный для данной страны (например, так называемая «таблетка, на следующее утро» и «естественный, календарный, или ритмический метод»).

Использование презерватива

В ходе обследования только 15-летним школьникам задавали вопрос том, использовали ли они или их партнеры презерватив во время последнего полового акта. Данные представляют долю школьников, ответивших «да» на этот вопрос.

Использование таблеток

В ходе настоящего обследования только 15-летним школьникам задавали вопрос о том, какой метод(ы) они использовали во время последнего полового акта для предупреждения беременности. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что они или их партнер использовали противозачаточную таблетку во время последнего полового акта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование презерватива

Возрастные различия

Данные представлены только для 15-летних.

Гендерные различия

Распространенность использования презерватива значительно выше среди мальчиков, чем среди девочек приблизительно в трети стран и областей.

Достаток семьи

В целом не усмотрено строгой зависимости между достатком семьи и использованием презерватива, но трактовать эти данные следует с осторожностью, поскольку во многих странах и областях число школьников из семей с низким достатком было небольшим.

Использование таблеток

Возрастные различия

Данные представлены лишь для 15-летних.

Гендерные различия

В меньшинстве стран и областей распространенность использования таблеток была значительно выше среди девочек.

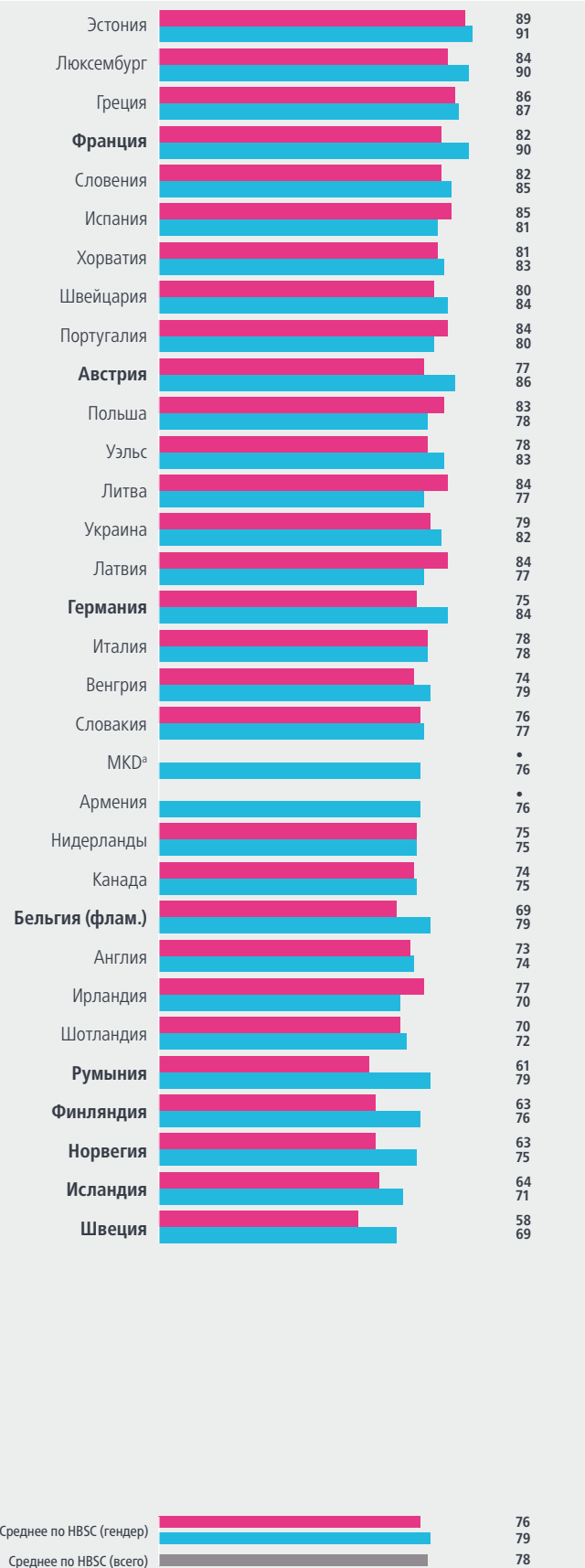
Достаток семьи

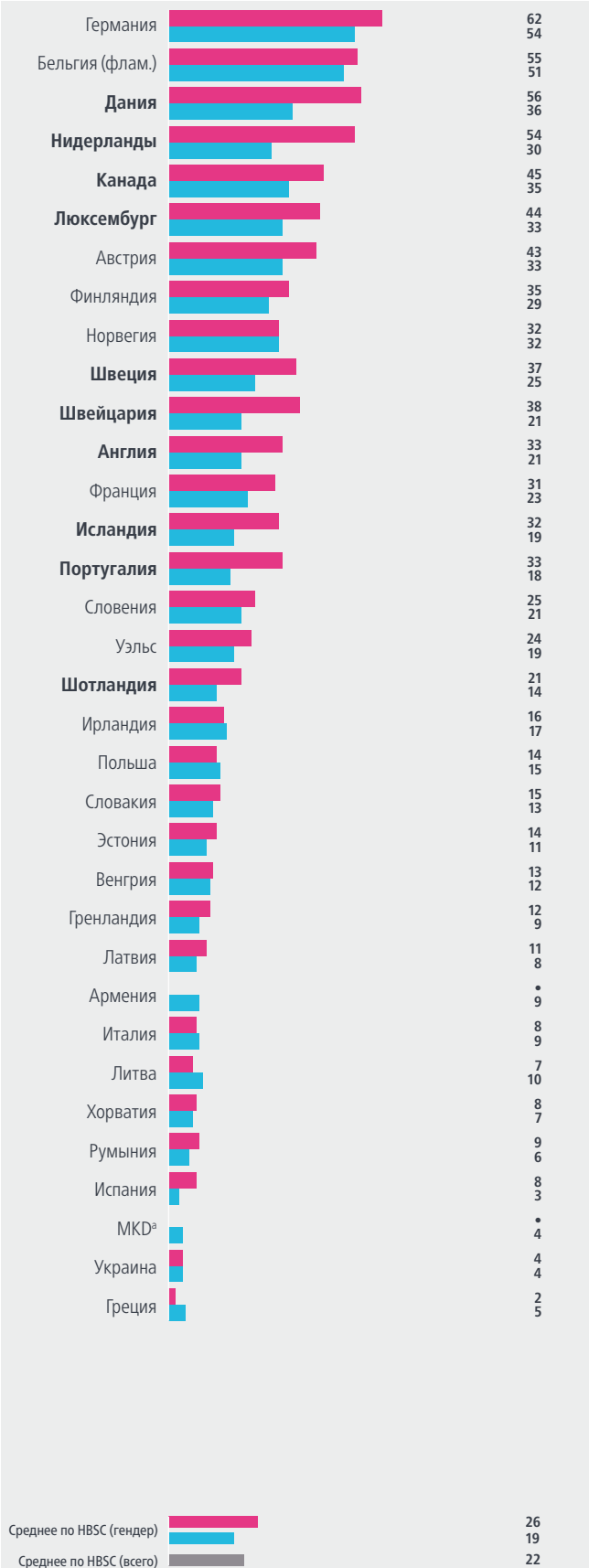
Невозможно было подтвердить существование значимых зависимостей между использованием противозачаточных таблеток во время последнего полового акта и достатком семьи в связи со слишком небольшим размером выборки, что не позволило достоверно установить статистическую значимость.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние подростки, пользовавшиеся презервативом во время последнего полового акта

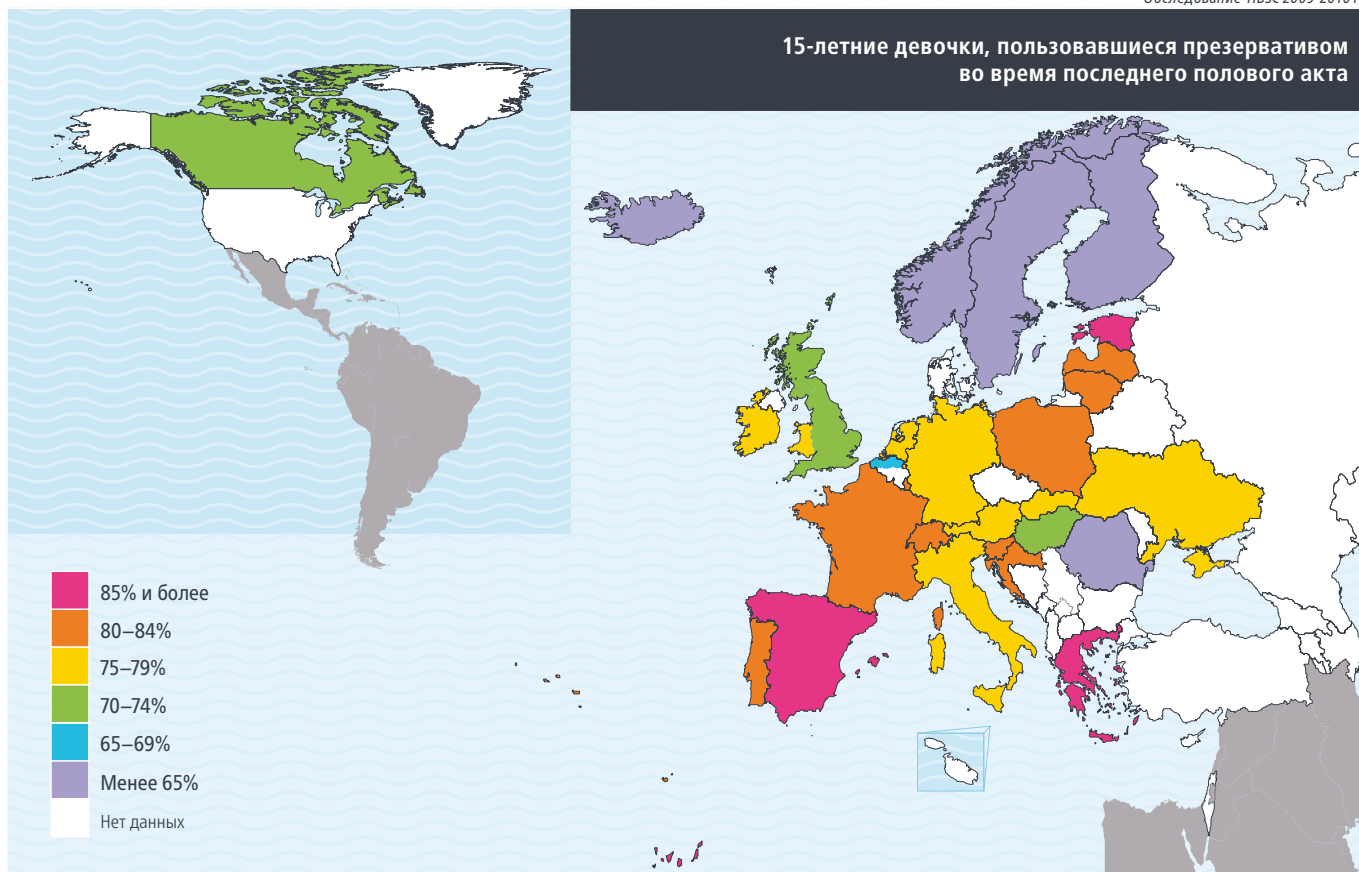
 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)

15-летние подростки, пользовавшиеся противозачаточной таблеткой во время последнего полового акта

 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)


^а Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Нет данных по Бельгии (франц.), Гренландии, Дании, Российской Федерации, США, Турции и Чешской Республике.

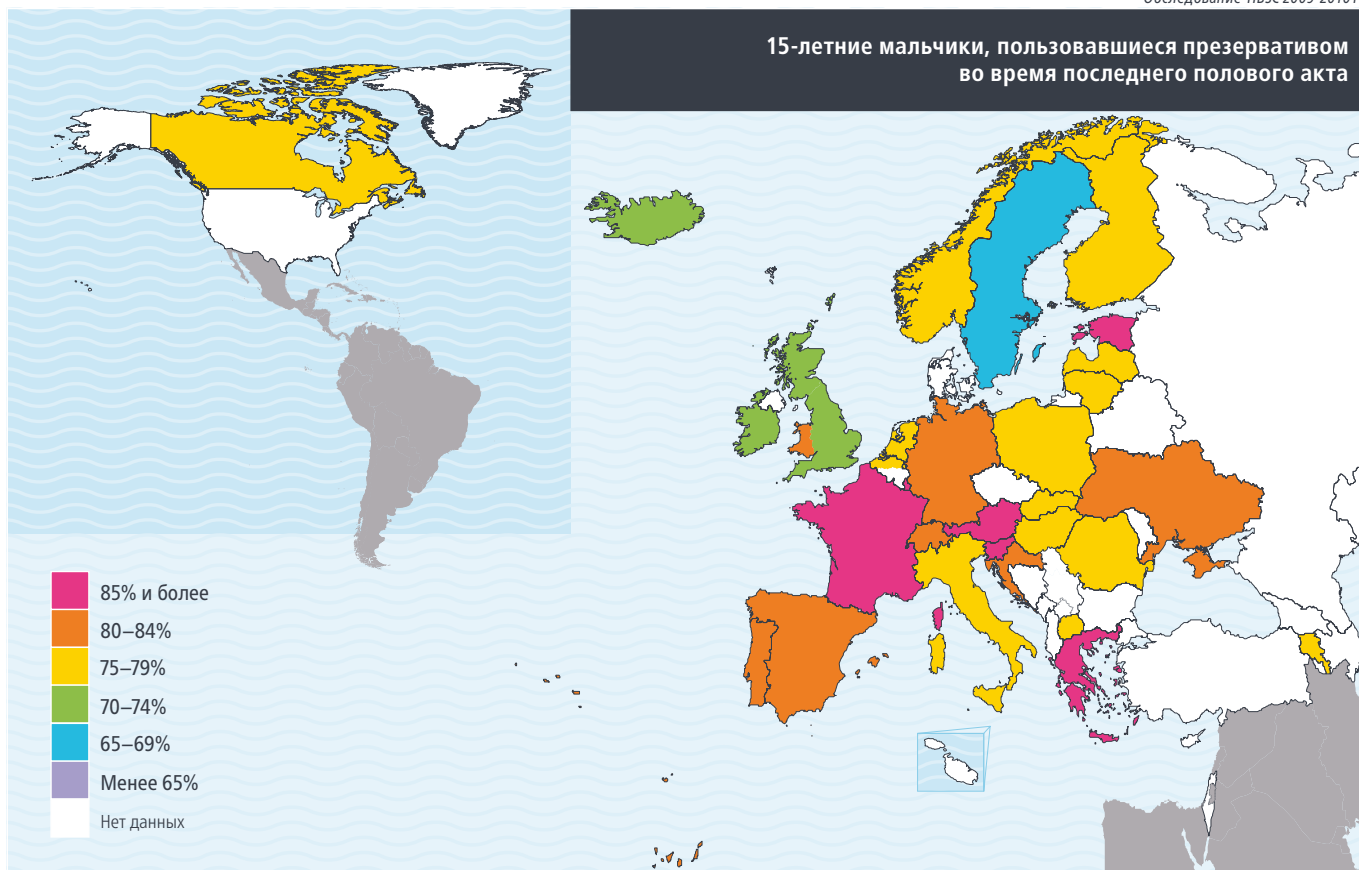
Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Бельгии (франц.), Российской Федерации, США, Турции и Чешской Республике.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



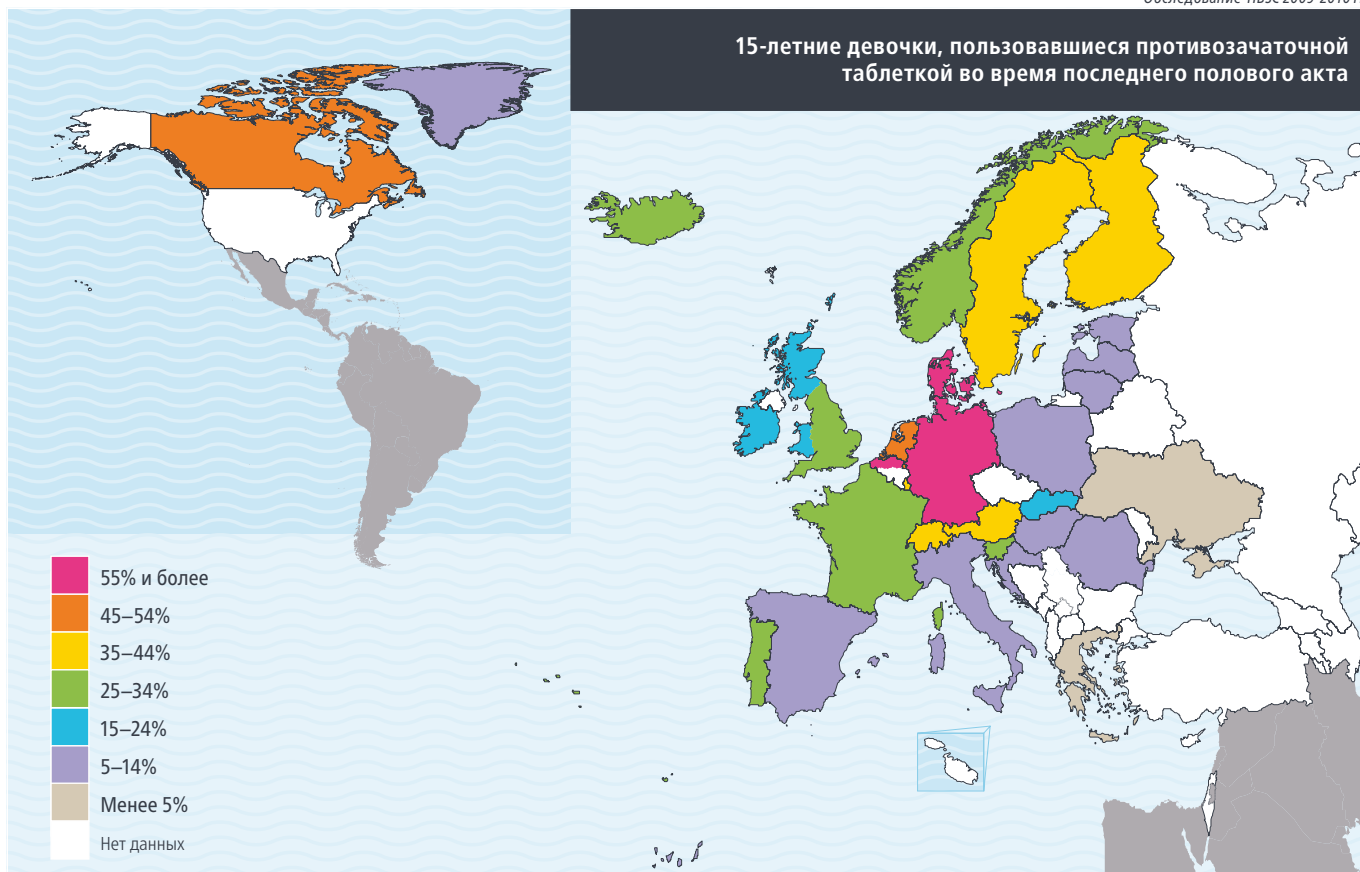
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



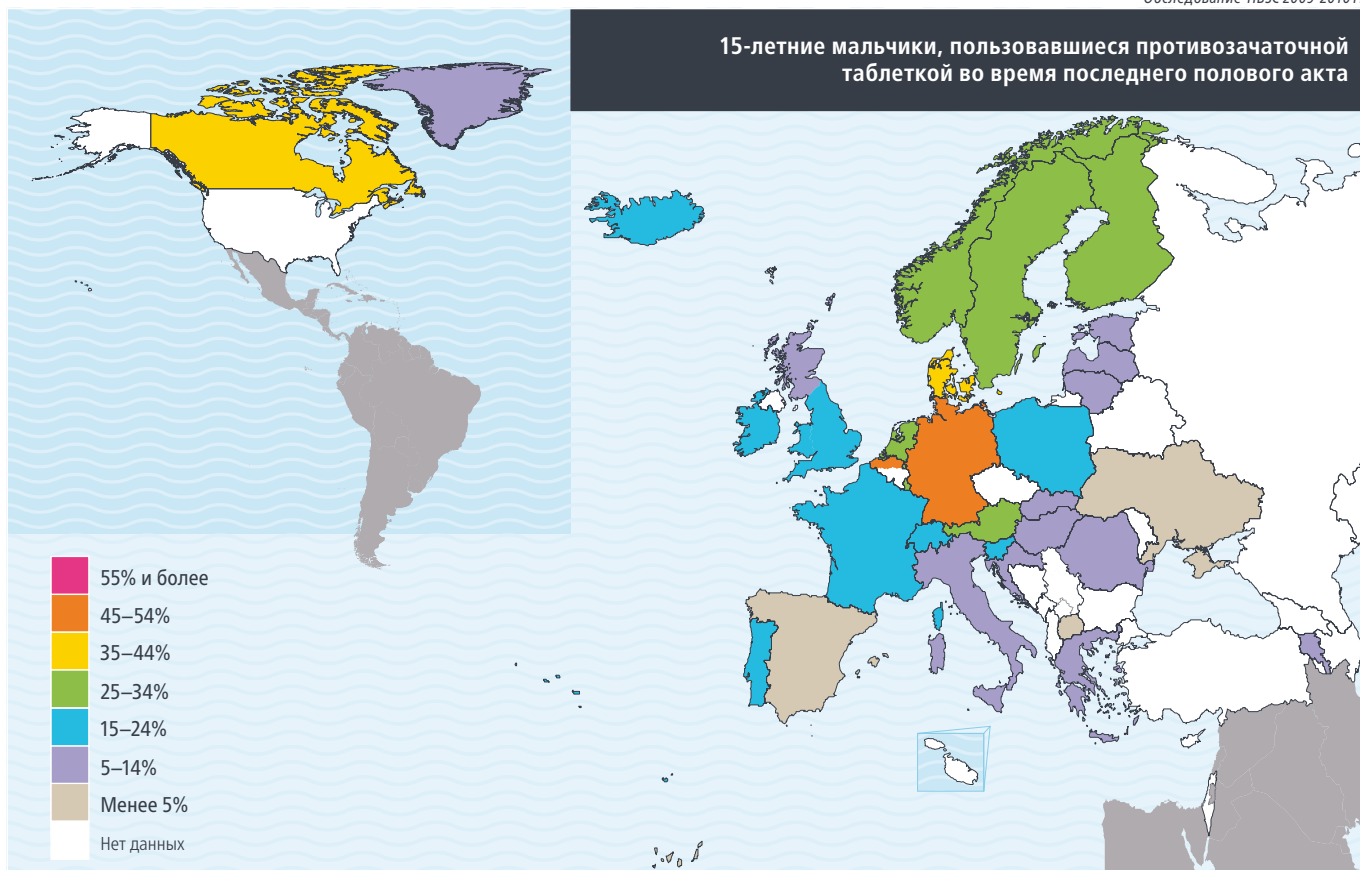
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Опыт полового сношения

Значительная часть интереса научного сообщества к проблеме сексуальных отношений подростков объясняется их серьезными последствиями, включая ИППП, нежелательную беременность, аборт и отрицательные социально-психологические последствия (1,2,13). Показатели распространенности значительно варьируются между странами и культурами, равно как и гендерные различия. Во многих странах и областях мальчики в целом все еще чаще, чем девочки, сообщают о том, что имеют опыт половых сношений, хотя эта картина носит противоположный характер в нескольких странах Северной и Западной Европы, что, возможно, является отражением изменения гендерных стереотипов (12,15).

Лишь в небольшом количестве стран наблюдалась связь между более высоким достатком семьи и более низкими показателями по параметру половых сношений. Это можно отнести на счет лучшего доступа к просветительской информации и медицинским услугам, связанным с сексуальным здоровьем (4,16), но достаток семьи не является фактором, который можно было бы использовать для точного прогнозирования во всех странах.

Использование презервативов и таблеток

Хотя доля подростков, сообщающих об использовании презерватива, за последние годы возросла (9), значимое меньшинство их все же сообщают о том, что они не пользуются презервативом. Это может объясняться либо отсутствием к ним доступа, либо тем, что они не обладают необходимыми навыками для их приобретения или использования (8,9).

Мальчики чаще сообщают об использовании презерватива во время последнего полового акта, возможно потому, что они меньше смущаются, когда покупают их и/или носят с собой (17), но нет значительной вариабельности в уровнях использования презерватива между странами, как не усматривается и связи с достатком семьи.

В целом по странам и областям использование противозачаточных таблеток по-прежнему остается на низком уровне, при этом прослеживается четкая географическая картина. В странах Северной и Западной Европы наблюдаются самые высокие уровни, а в странах Южной и Восточной Европы – самые низкие. Возможно, там, где уровни использования таблеток выше, в обществе существует более широкое приятие половой жизни среди подростков (связанное с культурными, религиозными, политическими, экономическими аспектами), что способствует более легкому доступу к контрацепции и услугам по охране сексуального здоровья подростков (12).

Тенденция более частого сообщения девочками об использовании оральных противозачаточных средств во время последнего полового сношения, возможно, объясняется тем фактом, что мальчики не всегда могут знать, используют ли их партнерши таблетки. Не наблюдается связи между использованием противозачаточных таблеток и достатком семьи.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Можно достичь сокращения отрицательных последствий для сексуального здоровья в том случае, если инициативы:

- обеспечат такое положение вещей, при котором подростки не будут вступать в сексуальные отношения до того, как они будут к этому готовы в плане своего развития;
- будут способствовать эффективному использованию противозачаточных средств.

Наиболее вероятно, что эффективными в реализации этих целей могут стать комплексные программы, задействующие школы, местное сообщество и медицинские учреждения (18).

Рекомендуется проведение на ранних этапах комплексной просветительской работы по вопросам секса и взаимоотношений, поскольку она скорее окажет на подростков эффективное воздействие до того, как они начнут половую жизнь (19). Важную часть такой эффективной просветительской работы могут составлять обучение навыкам коммуникации и обсуждение вопросов о том, как и когда вступать в сексуальные отношения, с тем чтобы дать возможность юношам и девушкам воздерживаться от начала сексуальных отношений, пока они к этому не готовы.

ВОЗ выявила недостатки в наличии и/или пригодности ориентированных на подростков медицинских услуг в различных странах (18). Несправедливость в предоставлении услуг на основе критерия возраста может не позволить мальчикам и девочкам обратиться за советом по поводу контрацепции до вступления ими в сексуальные отношения, что подвергает их риску незащищенного секса. Службы, предоставляющие помощь и рекомендации по вопросам использования презервативов и противозачаточных таблеток, должны быть доступны молодым людям всех возрастов; необходимо соблюдать конфиденциальность, а сотрудники, предоставляющие такие услуги, должны иметь подготовку в сфере особых потребностей подростков (16).

В рамках программ по противозачаточным средствам, информация, ориентированная на мальчиков и на девочек может различаться, поскольку не исключены гендерные различия в плане причин использования и ношения при себе презервативов и факторов, препятствующих этому. Юноши более восприимчивы к аргументам, связанным с ВИЧ/СПИДом, тогда как девушки скорее откликаются на меры, направленные на предупреждение беременности (20).

Помимо комплексной информационно-просветительской работы по вопросам сексуального здоровья, взаимоотношений и предоставления услуг, доброжелательных к подросткам, в профилактике возможных негативных последствий раннего вступления в сексуальные отношения эффективны программы, направленные на развитие подростков в широком плане, ориентированные на борьбу с социальной изоляцией посредством развития у них самоуважения и предоставления поддержки в учебе и подготовке к профессиональной деятельности (21).

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2010, 15(Suppl. 2):S54–S66.
- 2 Godeau E et al. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données françaises de l'enquête internationale HBSC/OMS. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2008, 36(2):176–182.
- 3 Wellings K et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368(9548):1706–1728.
- 4 Godeau E et al. A profile of young people's sexual behaviour: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous*, 2011, 72:24–27.
- 5 *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- 6 Madkour AS et al. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 2010, 47(4):389–398.
- 7 Sabia JJ, Rees DI. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *Journal of Health Economics*, 2008, 27(5):1368–1381.
- 8 Godeau E et al. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2008, 162(1):66–73.
- 9 Robin L et al. Behavioural interventions to reduce incidence of HIV, STD and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 34:3–26.
- 10 Baele J, Dusseldorp E, Maes S. Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28(5):421–431.
- 11 Takakura M, Wake N, Kobayashi M. Relationship of condom use with other sexual risk behaviors among selected Japanese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40(1):85–88.
- 12 *A snapshot of the health of young people in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf, по состоянию на 20 декабря 2011 г.).
- 13 Imamura M et al. and the REPROSTAT 2 Group. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 2007, 17(6):630–636.
- 14 Nic Gabhainn S et al., HBSC Sexual Health Behaviour Focus Group. How well protected are sexually active 15-year-olds across Europe and Canada? Data from the 2006 WHO HBSC study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):209–215.
- 15 Wellings K, Parker R. *Sexuality education in Europe: a reference guide to policies and practices*. Brussels, IPPF European Network, 2006.
- 16 Boonstra DH. Worldwide, young people speak up for their sexual and reproductive health and rights, but US policy lags. *Guttmacher Policy Review*, 2009, 12(4):7–11.
- 17 Kirby J, van der Sluijs W, Currie C. *Attitudes towards condom use*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, 2010

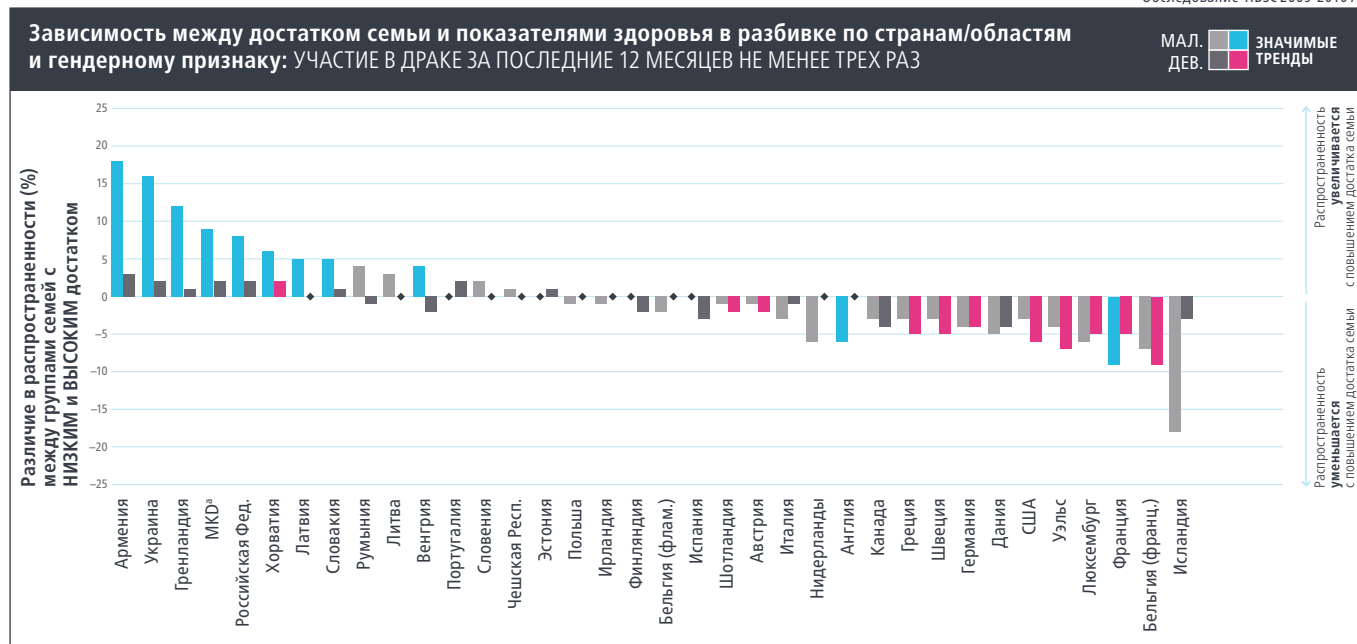
(HBCS Briefing Paper 18b).

18. *Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244563472_rus.pdf, по состоянию на 29 февраля 2012 г.).
19. *Teenage pregnancy and sexual health interventions.* London, Health Development Agency, 2004 (HDA Briefing No.4).
20. *Sexual health interventions targeted at children and young people: a short evidence briefing.* Edinburgh, NHS Health Scotland, 2010.
21. Harden A et al. *Young people, pregnancy and social exclusion: a systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support.* London, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2006.

УЧАСТИЕ В ДРАКАХ

Проблема насилия среди молодежи вызывает серьезную обеспокоенность в большинстве стран (1). Наиболее распространенным проявлением межличностного насилия являются драки, которым сопутствуют преднамеренные травмы, часто требующие медицинского вмешательства и госпитализации (2,3). Имеющиеся данные непротиворечиво свидетельствуют о связи между драками и потреблением психотропных веществ (3–5), и задокументирована также связь между драками и ношением оружия и травматизмом (6,7). Дети, которые ввязываются в драки, также чаще сообщают о пониженной удовлетворенности жизнью, плохих взаимоотношениях с семьей и сверстниками (8) и отрицательным восприятием школы (9).

Обследование HBSC 2009–2010 гг.



^a Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Норвегии, Турции и Швейцарии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто за последние 12 месяцев они участвовали в драках. Варианты ответов варьировались от «за последние 12 месяцев я не дрался» до «четыре раза или более». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые за последние 12 месяцев дралась три раза или чаще, что позволяет считать такое поведение привычным для них.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастные различия

В большинстве стран и областей для мальчиков и в нескольких – для девочек распространенность драк с возрастом сокращалась. Это сокращение в период с 11-ти до 15-ти лет составляло менее 10% в большинстве стран для мальчиков и менее 5% в большинстве стран для девочек.

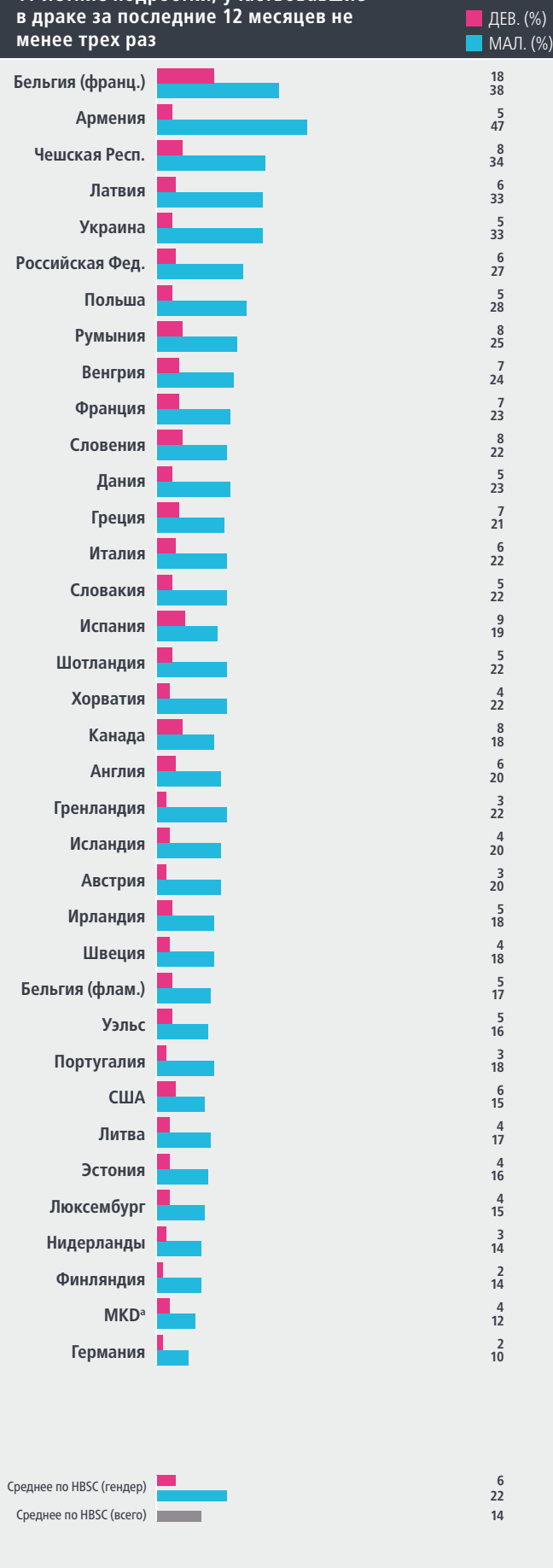
Гендерные различия

Почти во всех странах и областях девочки во всех трех возрастных группах значительно реже сообщали об участии в драках. Среди 15-летних примерно в половине стран и областей гендерное различие превышало 10%.

Достаток семьи

Для девочек в нескольких странах установлена значимая зависимость между низкими уровнями достатка семьи и повышенной распространенностью драк, тогда как также в небольшом числе стран распространенность драк выше среди мальчиков из семей с более высоким достатком. За редкими исключениями эти различия обычно составляли 10% или менее.

11-летние подростки, участвовавшие в драке за последние 12 месяцев не менее трех раз



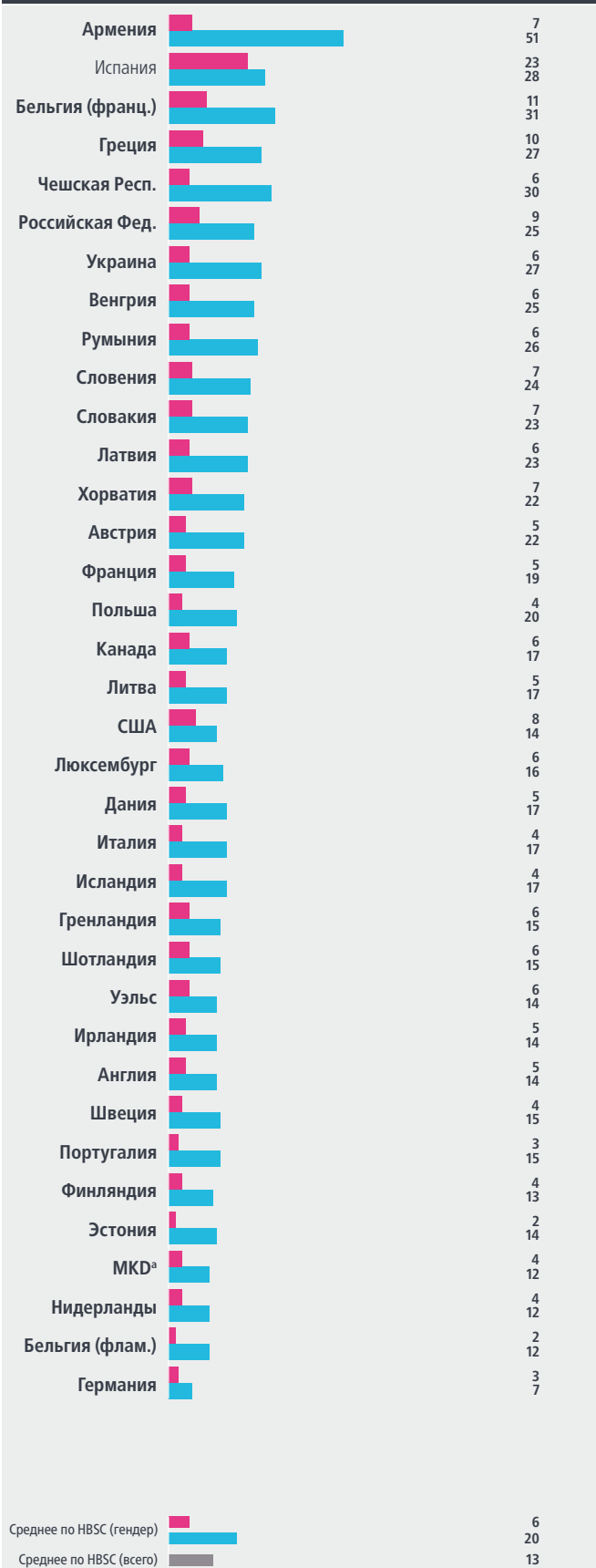
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

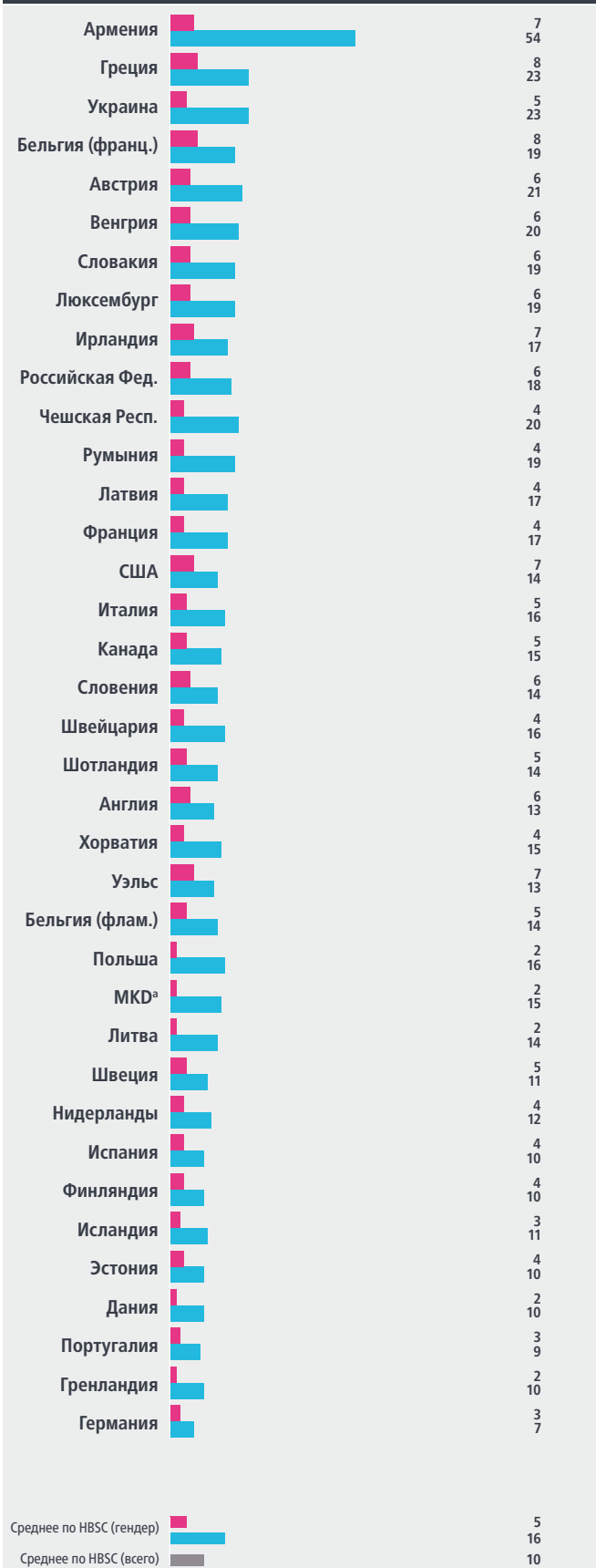
13-летние подростки, участвовавшие в драке за последние 12 месяцев не менее трех раз

■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



15-летние подростки, участвовавшие в драке за последние 12 месяцев не менее трех раз

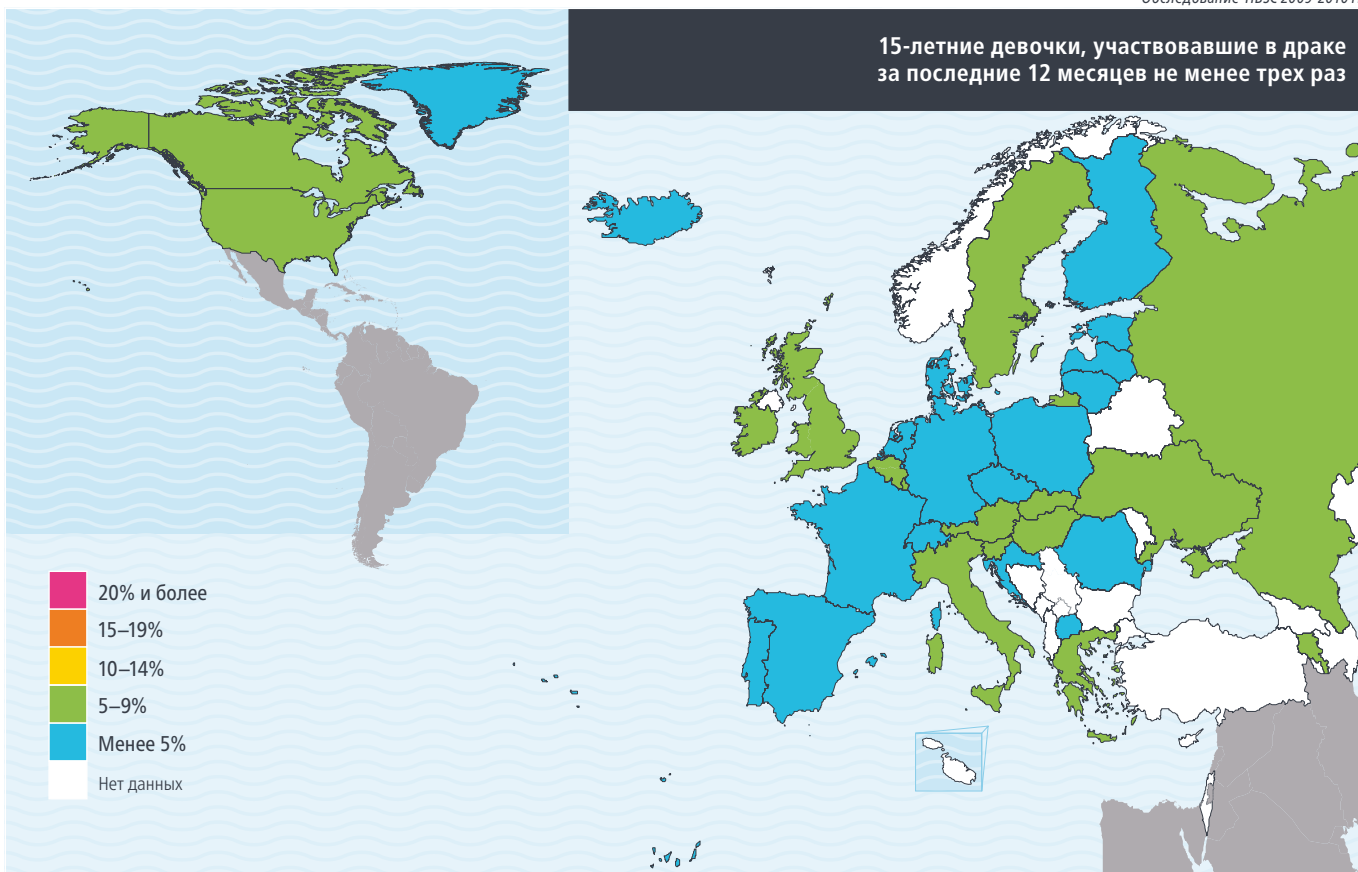
■ ДЕВ. (%)
■ МАЛ. (%)



Примечание: **Обозначает** значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).
Нет данных по Норвегии и Турции (все возраста) и Швейцарии (11 и 13-летние).

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

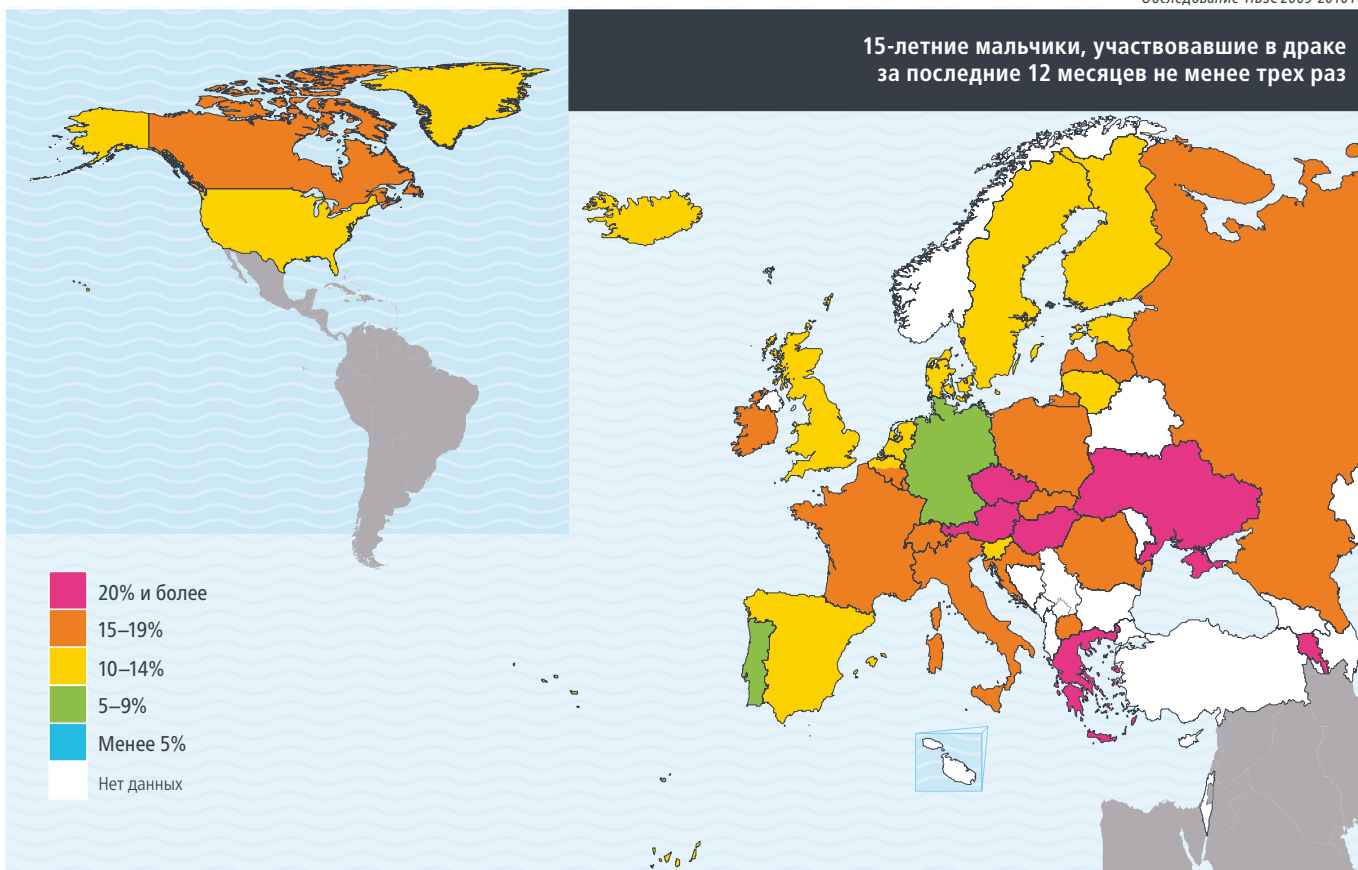
15-летние девочки, участвовавшие в драке за последние 12 месяцев не менее трех раз



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

15-летние мальчики, участвовавшие в драке за последние 12 месяцев не менее трех раз



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

УЧАСТИЕ В ДРАКАХ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Около 25% мальчиков и 7% девочек сообщили о том, что за последний год они участвовали в драках не менее трех раз. Наблюдаемые гендерные различия показывают, что во всех странах и в каждой возрастной группе мальчики участвуют в драках в три раза чаще, чем девочки. В большинстве стран распространенность драк, о которых сообщили респонденты, была ниже среди 15-летних школьников в сравнении с 11 и 13-летними.

Эти данные не противоречат данным более ранних исследований (5,10,11) и свидетельствуют о том, что девочки реже участвуют в физическом насилии, и что по мере взросления дети чаще обращаются к эмоциональным и словесным формам насилия по сравнению с физическим насилием. Исполнительное функционирование (когнитивный процесс, регулирующий способность индивидуума организовывать мышление и деятельность, приоритизировать задачи, эффективно подходить к использованию времени и принимать решения) может являться объяснением наблюдаемых гендерных и возрастных различий, но в литературе нет единого мнения относительно связи между недостаточно развитыми навыками исполнительного функционирования и участием в действиях, сопряженных с риском (12). Эти различия можно также отнести на счет того, что различные культурные и социальные традиции могут по-разному воспринимать участие в драках мальчиков и девочек, а также на счет биологических различий, связанных с уровнями тестостерона и сопряженной с этим большей агрессивностью у мальчиков (6).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Драки больше распространены среди подростков более раннего возраста. Те, кто постарше, могут вовлекаться в более тонкие, социально приемлемые и менее очевидные виды насилия, такие как словесное и эмоциональное издевательство (11). Поэтому профилактические усилия следует направлять на:

- меры, преследующие цель развития вербальных и социальных навыков в раннем возрасте, с тем чтобы дать детям и подросткам возможность решать конфликтные ситуации, не прибегая к насилию;
- дальнейшее развитие программ на базе школы, которые уже зарекомендовали свою эффективность в сокращении драк среди подростков (13,14).

Наблюдаемые различия между странами в масштабах участия школьников в драках могут быть отнесены на счет национальных различий в предпринимаемых профилактических мерах, а также различий в степени притяжения различными культурами поведения, сопряженного с насилием. Может стать полезным дальнейшее изучение контекста осуществляемых мер и социальных факторов, в котором происходят драки, для более точного формулирования условий, необходимых для максимально возможного их предупреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. Nansel TR et al. Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2003, 157(4):348–353.
3. Molcho M, Harel Y, Lash D. The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2004, 16(3):223–251.
4. Kuntsche EN, Gmel G. Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 2004, 99(3):331–339.
5. Sousa S et al. Violence in adolescents: social and behavioural factors. *Gaceta Sanitaria*, 2010, 24(1):47–52.
6. Pickett W et al., HBSC Violence and Injuries Writing Group. Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics*, 2005, 116(6):e855–e863.
7. Walsh S et al. Physical and emotional health problems experienced by youth engaged in violent behaviour. *Injury Prevention*, 2010, 16:A64.
8. Laufer A, Harel Y. The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2003, 15(3):235–244.
9. Sosin DM et al. Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 16(3):209–215.
10. Dukes RL, Stein JA, Zane JI. Gender differences in the relative impact of physical and relational bullying on adolescent injury and weapon carrying. *Journal of School Psychology*, 2010, 48(6):511–532.
11. Zahn-Waxler C et al. Young children's representations of conflict and distress: a longitudinal study of boys and girls with disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 2008, 20(1):99–119.
12. Romer D et al. Does adolescent risk taking imply weak executive function? A prospective study of relations between working memory performance, impulsivity, and risk taking in early adolescence. *Developmental Science*, 2011, 14(5):1119–1133.
13. Mytton JA et al. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, 3(3):CD004606.
14. Wilson, S, Lipsey M. Update of a meta-analysis of school-based intervention programs. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 33(Suppl.):130–143.

ПОЛОЖЕНИЕ ОБИЖАЕМОГО И ПРИЧИНЕНИЕ ОБИД

Причинение обид слабым – это утверждение своей власти над другими в межличностных отношениях через агрессивность (1). Понятие «буллинга» определяется как негативные физические или словесные действия с враждебным умыслом, вызывающие у жертв страдание, которые повторяются неоднократно и подразумевают разницу в силе между обидчиками и их жертвами (2,3). Многократное причинение обид закрепляет отношения подчинения между обидчиками и их жертвами: обидчики обретают власть, а жертвы теряют ее. Дети, которым причиняют обиды, все в большей степени теряют способность постоять за себя.

Жертвы издевательства могут страдать от целого ряда проблем, таких как депрессия и тревожность (что в крайних проявлениях может приводить к самоубийству) (2,4), они чаще сообщают о проблемах интернализации, замкнутости и о неполадках в школе (отторжение школы, отставание в учебе и отчисление из школы) (5). Те, кого обижают, испытывают трудности при формировании дружеских отношений, а также чувство одиночества (6), им перестает нравиться школа (7), у них обнаруживаются психосоматические симптомы (8) и более высокие уровни потребления психотропных веществ (9). Издевательства имеют последствия не только в краткосрочной, но и в долгосрочной перспективе, в более позднем подростковом возрасте и во взрослой жизни (10,11); в качестве примера можно привести данные недавно проведенного обзора, которые позволяют предположить, что издевательство путем причинения обид в школе значительно повышает у жертвы такого отношения вероятность развития депрессии во взрослой жизни (12).

Обидчики и задиры, как установлено, сообщают о более частых поведенческих факторах риска для здоровья, таких как курение и чрезмерное употребление спиртного (13), ношение оружия, участие в драках и травматизм в результате драк (14). Кроме того, они сообщают об отсутствии тесной связи с родителями и о негативном восприятии школы (15). Применение силы и проявление агрессивности в так называемом «буллинге на детской площадке», может являться фактором, на основании которого можно прогнозировать будущие сексуальные домогательства, агрессивное поведение в семейной жизни, жестокое отношение к детям и старикам (7) а также возможным маркером правонарушительного поведения в будущем (16,17).

ИЗМЕРЕНИЕ

Положение обижаемого

Вопросы, касающиеся причинения обид слабым, использованные в данном обследовании HBSC, были разработаны Olweus (18). Молодым людям был задан вопрос о том, как часто их обижали в школе за последнюю пару месяцев. Вопрос предварялся определением причинения обид (18):

«Мы говорим, что школьника обижают, когда другой школьник или группа школьников говорят или делают что-либо непристойное или скверное по отношению к нему; когда ребенка постоянно дразнят обидным и неприятным для него образом, или когда его намеренно не принимают в свои игры и какие-либо другие мероприятия. Однако ссора или драка двух примерно равных по силе школьников не входит в понятие причинения обид. Шутливое и дружеское поддразнивание также не считается причинением обид».

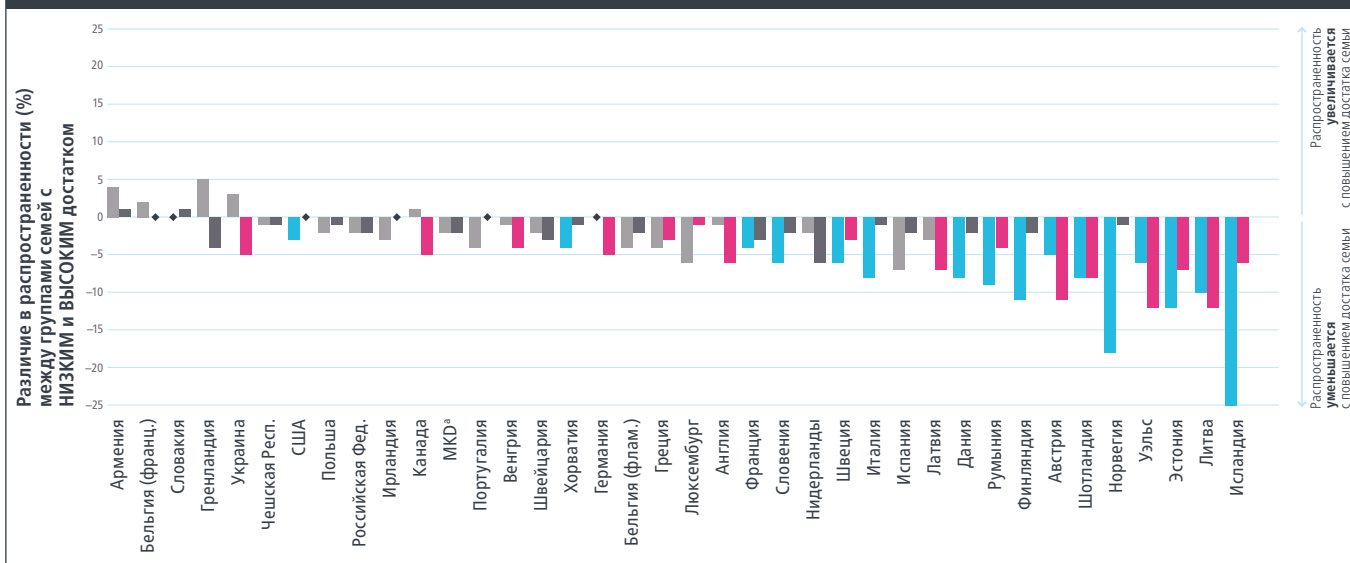
Варианты ответа варьировались от «за последнюю пару месяцев меня в школе не обижали» до «обижали несколько раз в неделю». Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что их обижали в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев.

Причинение обид

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они участвовали в причинении обид другим учащимся в школе за последнюю пару месяцев. Вопросу предшествовало определение Olweus (18). Варианты ответа варьировались от «за последнюю пару месяцев я ни разу не обижал другого учащегося в школе» до «обижал несколько раз в неделю». Представленные здесь данные отражают долю школьников, сообщивших о том, что причиняли обиды другим учащимся не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: Были жертвой причинения обид в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



* Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание: Нет данных по Турции.

Зависимость между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку: ОБИЖАЛИ ДРУГИХ В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ДВУХ РАЗ В МЕСЯЦ ЗА ПОСЛЕДНЮЮ ПАРУ МЕСЯЦЕВ

МАЛ. ДЕВ. ЗНАЧИМЫЕ ТРЕНДЫ



^а Бывшая югославская Республика Македония. ♦ Обозначает менее +/- 0,5%. Примечание. Нет данных по Турции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Положение обижаемого

Возрастные различия

Распространенность снизилась за период между 11 и 15 годами. В большинстве стран и областей наблюдались статистически значимые снижения этих уровней среди мальчиков и девочек, при этом изменение в распространенности обычно было ниже 10%.

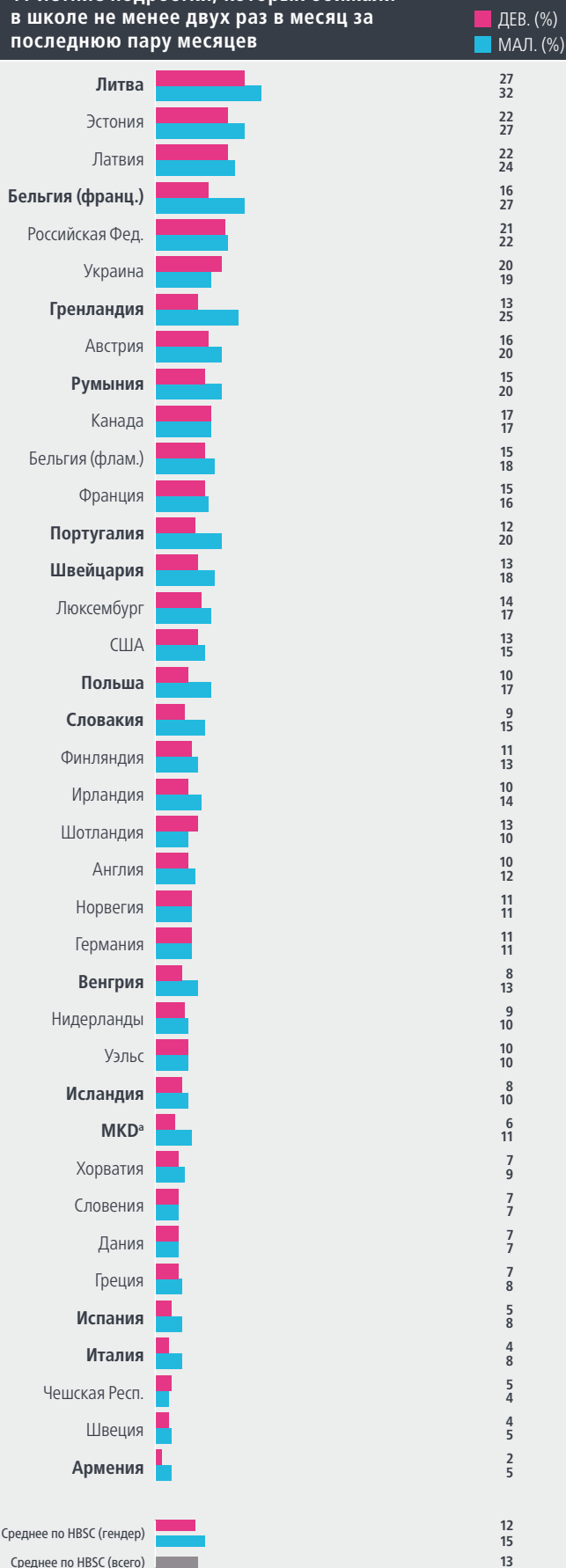
Гендерные различия

В меньшинстве стран по каждой возрастной группе мальчики чаще сообщали о том, что их обижали. Гендерные различия обычно составляли менее 10%.

Достаток семьи

Значимая зависимость между более низкими уровнями достатка и более высокими показателями количества учащихся, страдавших от причинения обид, была обнаружена в меньшинстве стран.

11-летние подростки, которых обижали в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

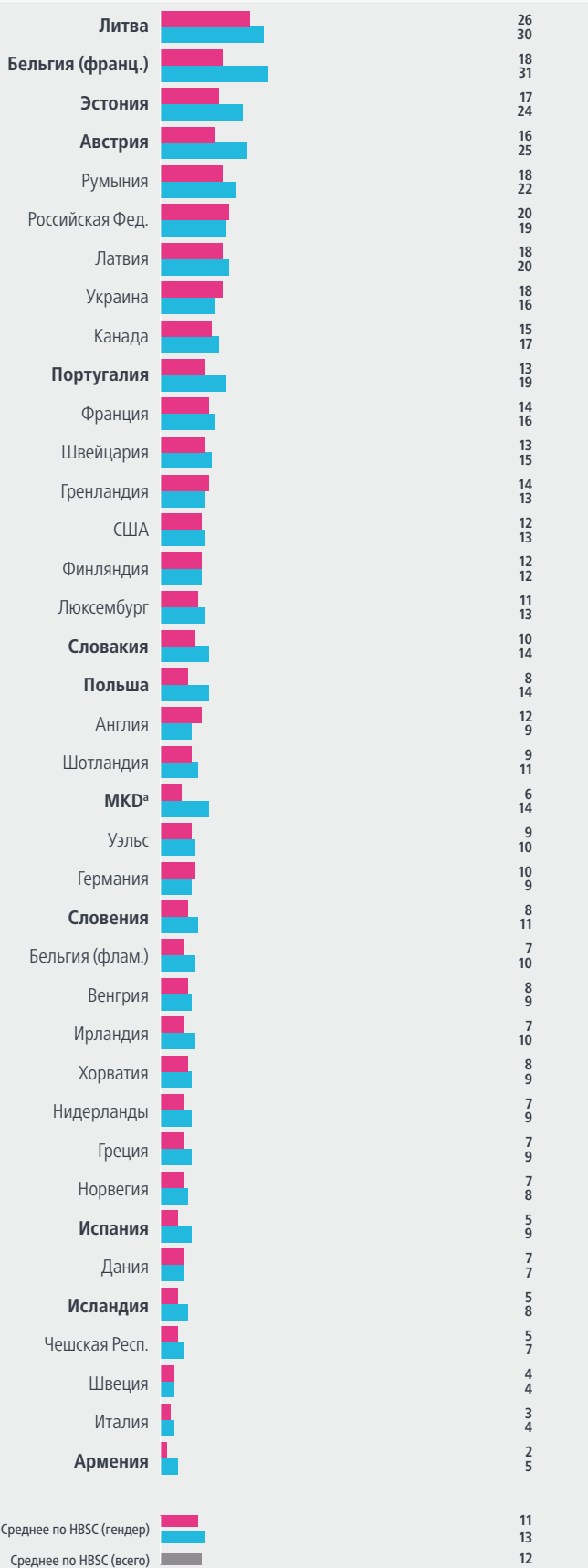


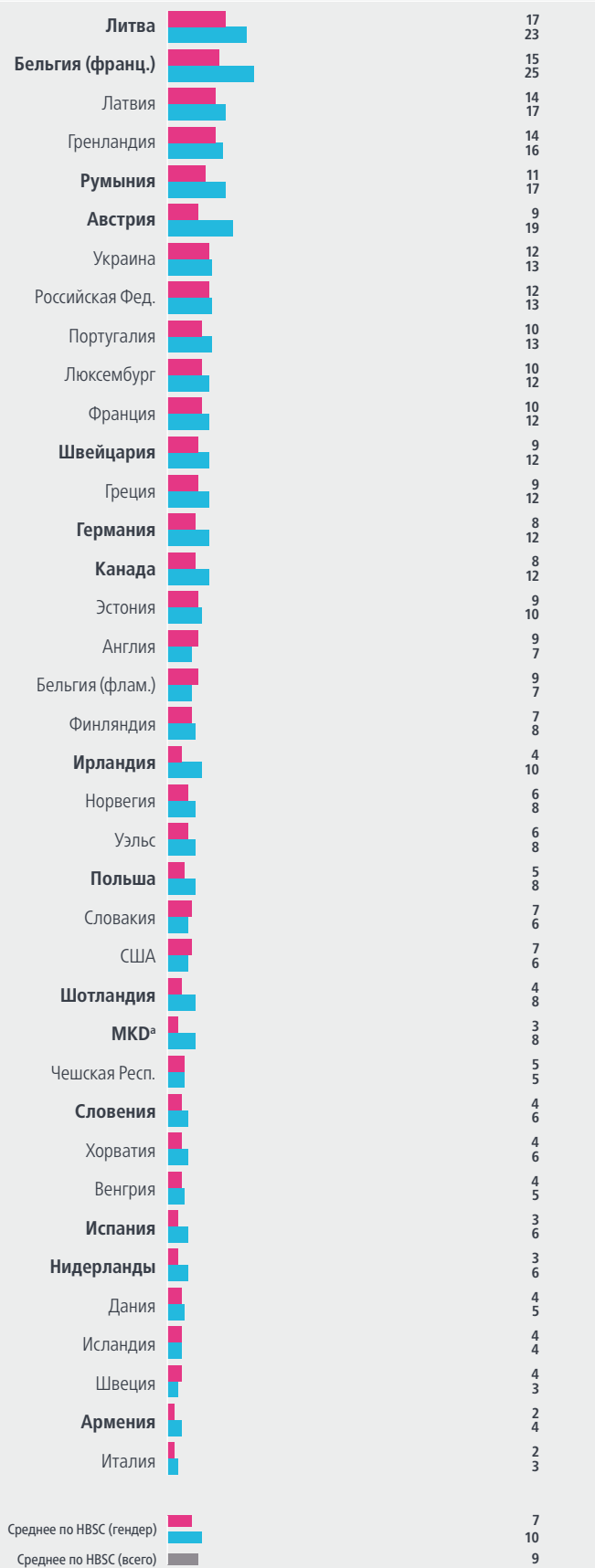
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, которых обижали в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)

15-летние подростки, которых обижали в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)
Примечание: ^aОбозначает значимое гендерное различие (при p<0,05). Нет данных по Турции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причинение обид

Возрастные различия

Примерно в половине стран для мальчиков и чуть менее чем в половине стран для девочек в период между 11 и 15 годами, по сообщениям респондентов, было установлено значимое повышение уровня распространенности причинения обид другим. В большинстве стран и областей, особенно среди девочек, повышение уровня распространенности с возрастом было относительно небольшим, а среди мальчиков в нескольких странах снижение этого уровня с возрастом превышало 10%.

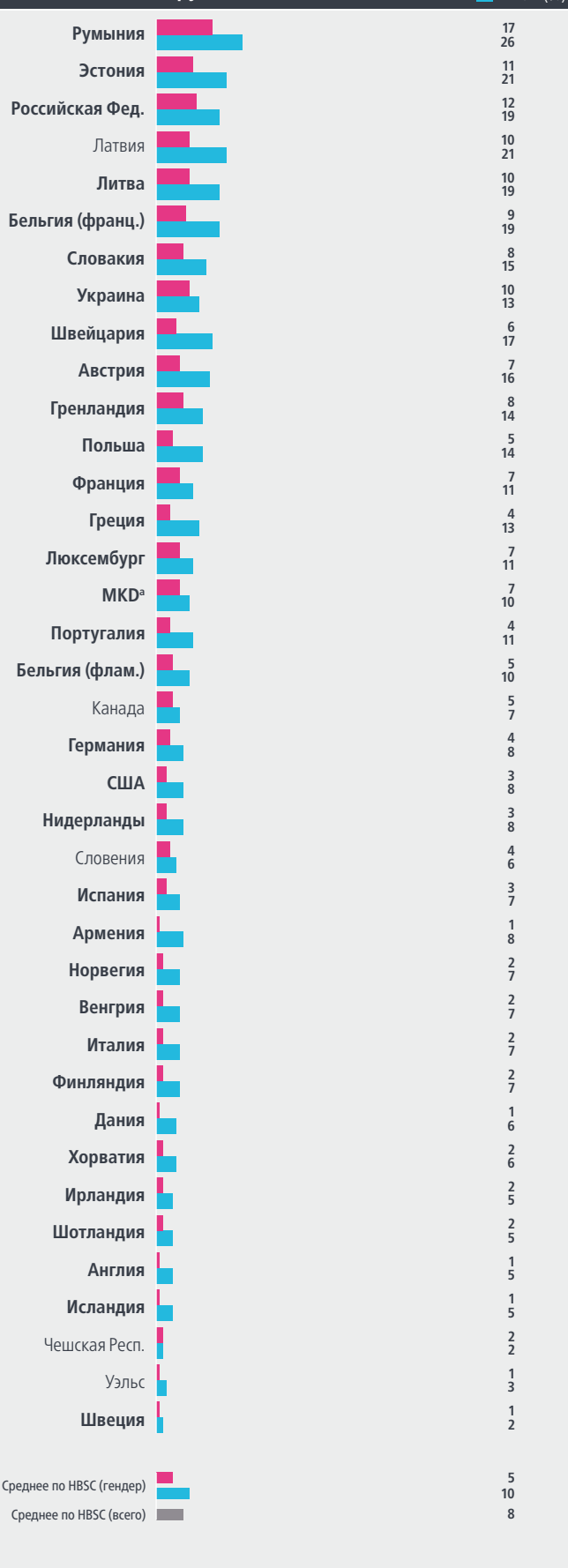
Гендерные различия

Мальчики значительно чаще сообщали о том, что они причиняли обиды другим. Почти во всех странах и областях отмечено четкое гендерное различие по всем возрастным группам, при этом в небольшом количестве стран гендерные различия превышали 10%.

Достаток семьи

Лишь в нескольких странах наблюдались более высокие уровни распространенности причинения обид другим при более низком достатке семьи.

11-летние подростки, которые обижали других в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

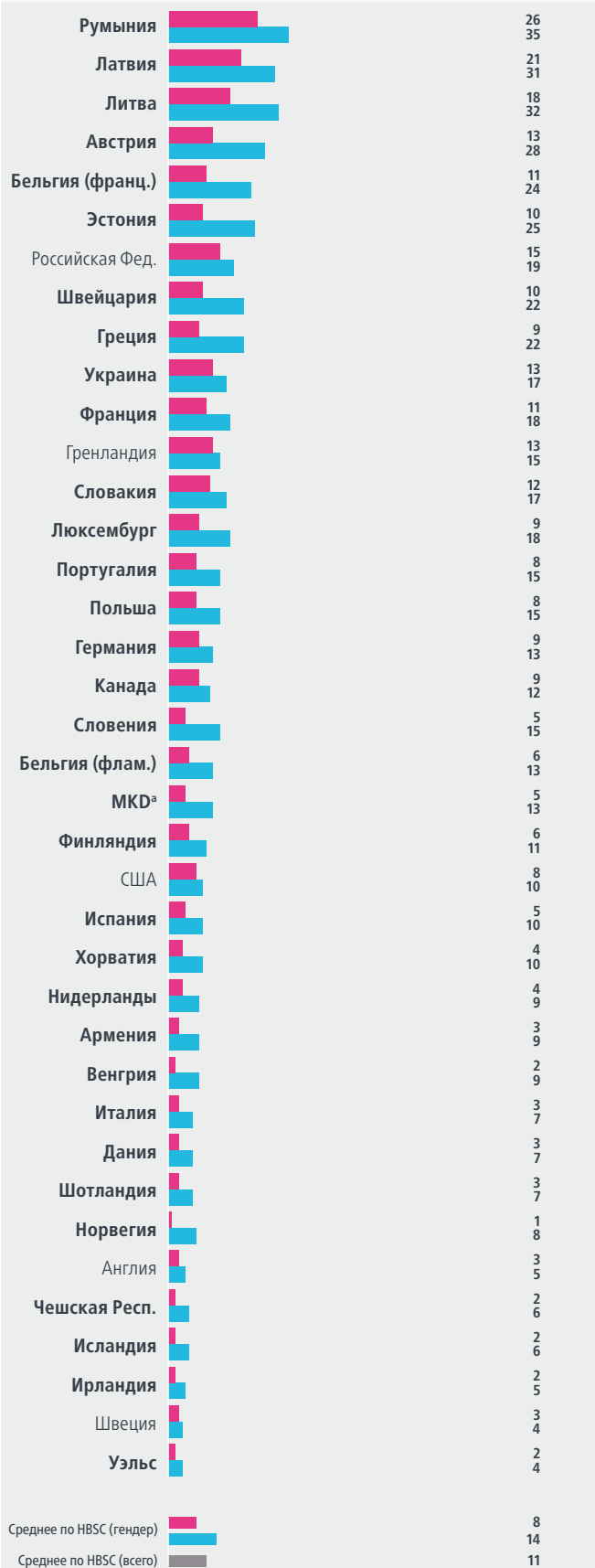


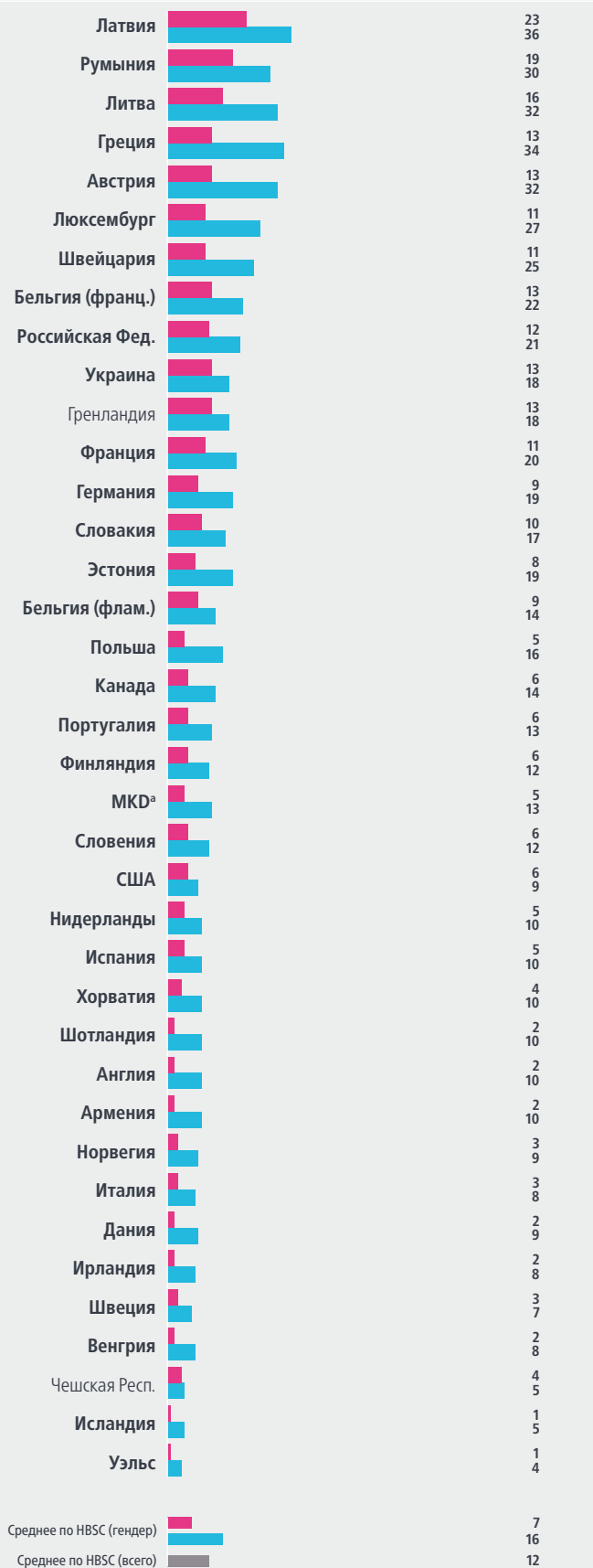
^a Бывшая югославская Республика Македония.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.

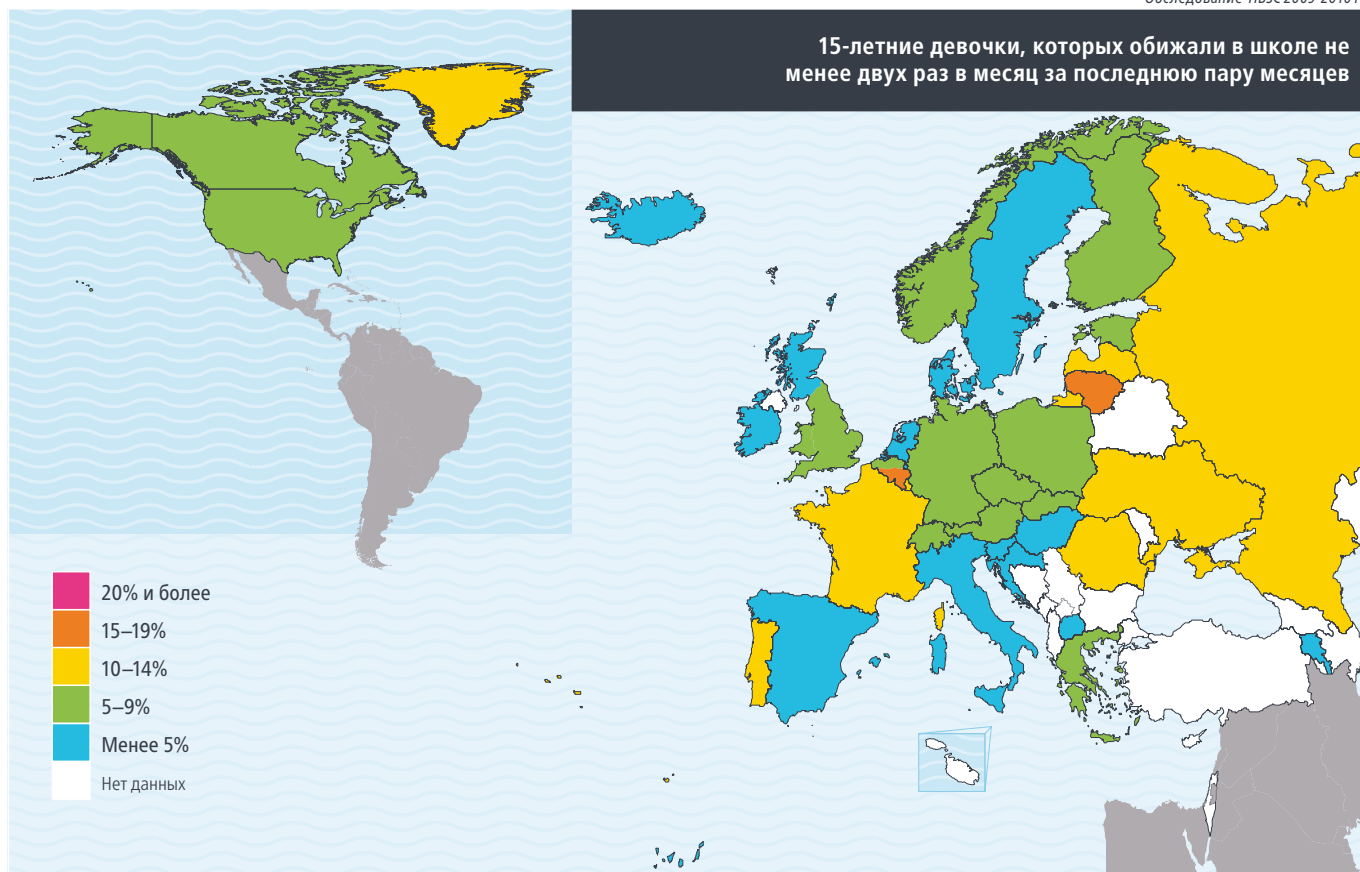
Обследование HBSC 2009-2010 гг.

13-летние подростки, которые обижали других в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)

15-летние подростки, которые обижали других в школе не менее двух раз в месяц за последнюю пару месяцев

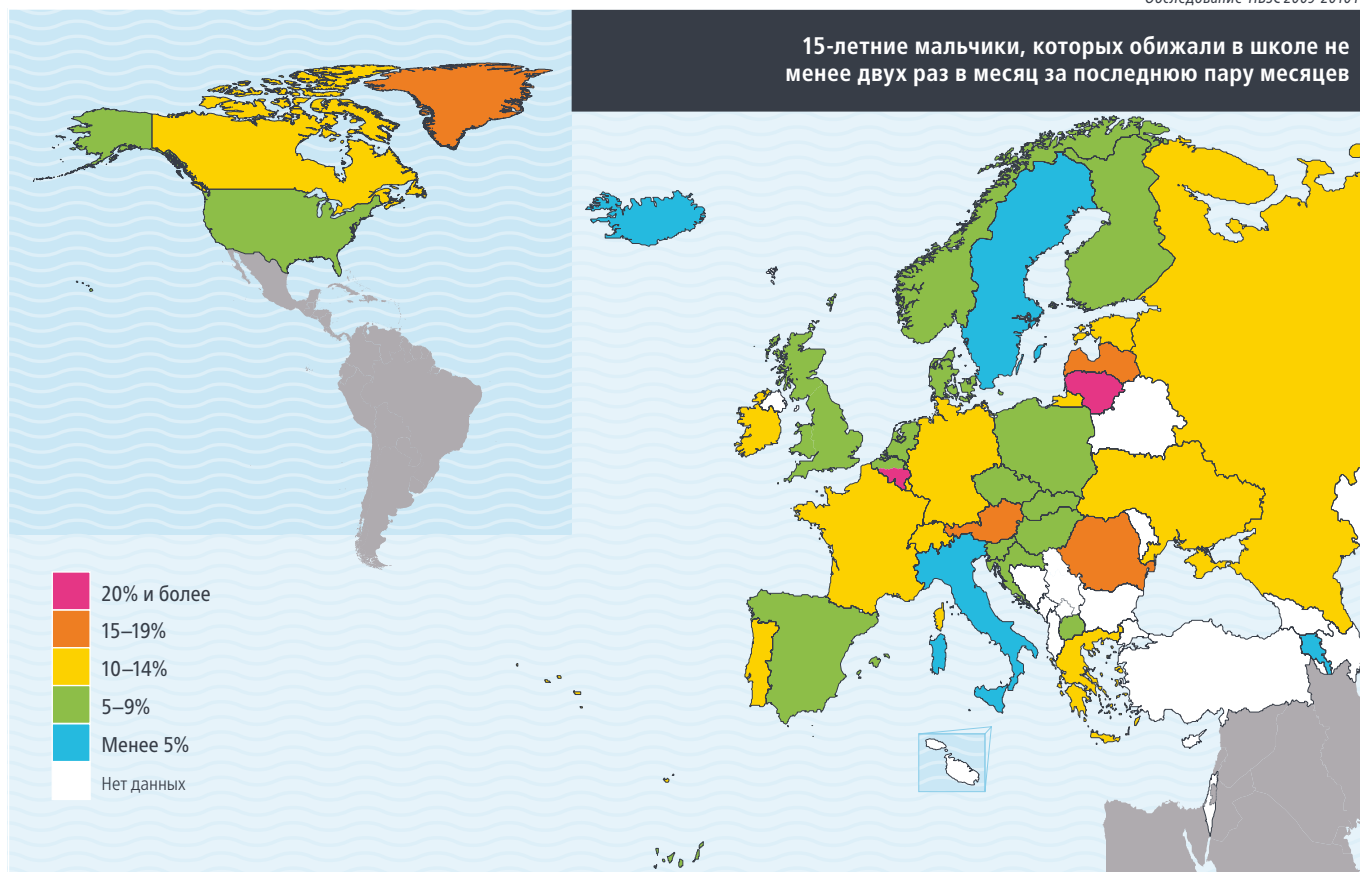
 ■ ДЕВ. (%)
 ■ МАЛ. (%)
Примечание: Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Турции.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



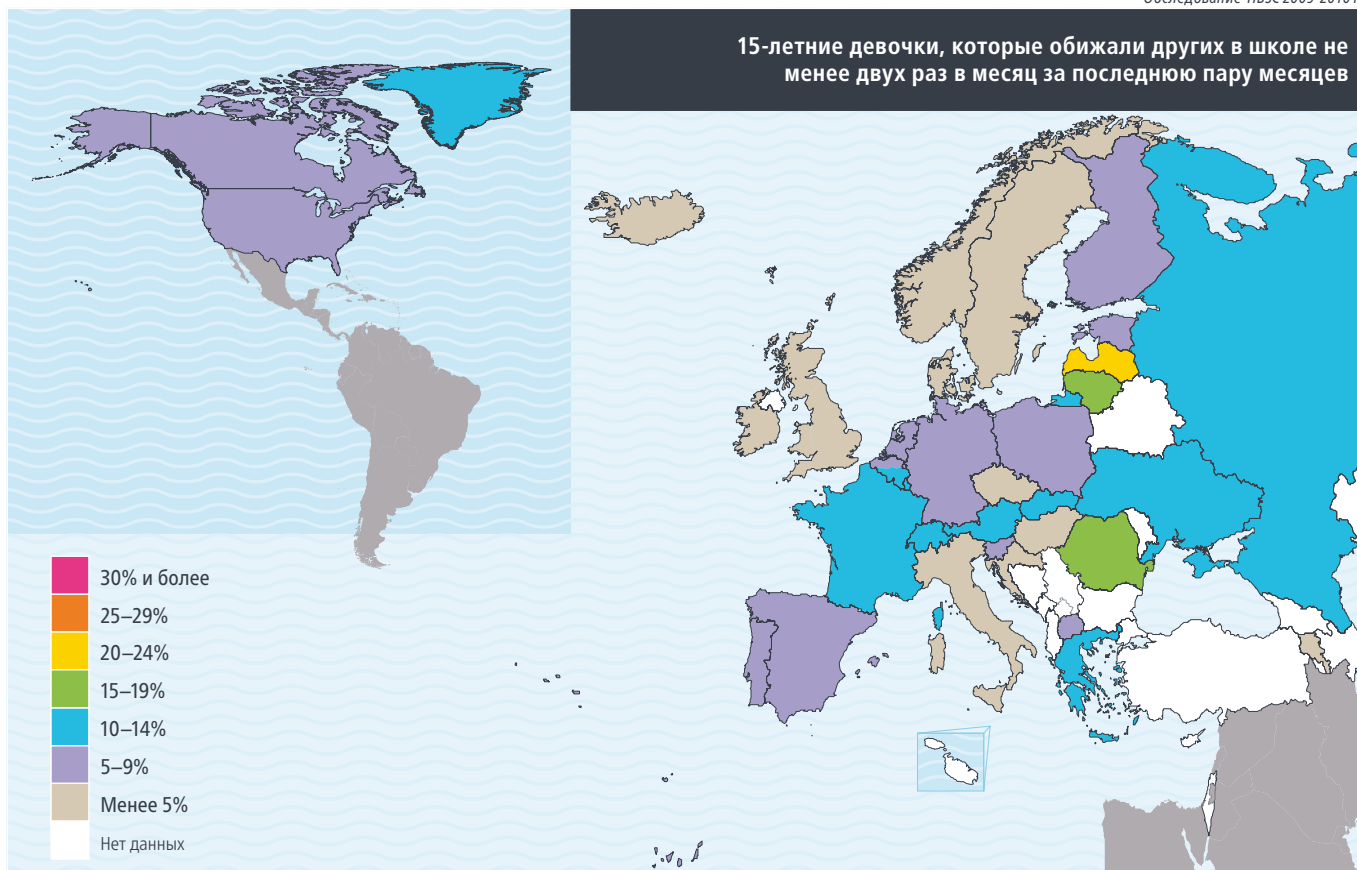
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



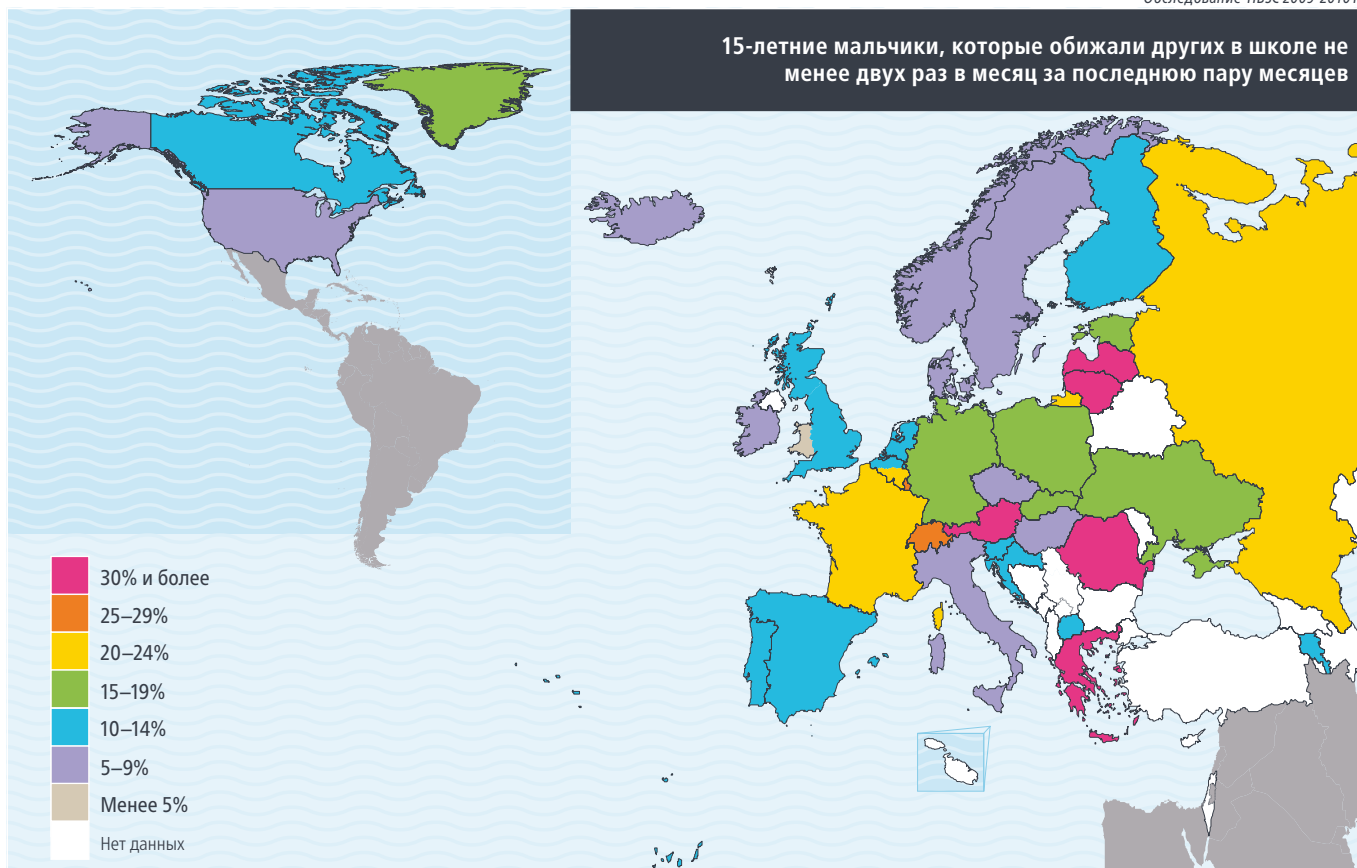
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

Обследование HBSC 2009-2010 гг.



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

ПОЛОЖЕНИЕ ОБИЖАЕМОГО И ПРИЧИНЕНИЕ ОБИД: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Издевательства путем причинения обид и жестокое отношение являются распространенными формами поведения среди подростков, но показатели распространенности значительно различаются по странам. Это позволяет предположить, что культурные факторы могут оказывать воздействие и влиять на допустимость такого поведения в странах.

Полученные нами данные, свидетельствующие о большей распространенности среди мальчиков издевательств и жестокого обращения, подтверждают данные предыдущих исследований. Однако, для мальчиков и девочек характерны различные формы причинения обид слабым, при этом для мальчиков обычно характерны более явные физические проявления. Мальчики чаще прибегают к физическим, словесным или виртуальным формам («кибербуллинг») причинения обид, тогда как для девочек более характерен «буллинг», который проявляется в процессе личных взаимоотношений (19). Возможно, потребуются дальнейшие исследования для изучения более тонких и скрытых форм, с тем чтобы иметь более полное представление о гендерных различиях.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Исследования показывают, что в большинстве стран сокращается распространенность причинения обид (14), что может явиться результатом неустанных усилий, направленных на сокращение этих процессов, или изменения отношения к проблеме и толерантности. Вместе с тем, данные настоящего исследования HBSC показывают, что распространенность проблемы в ряде стран все еще высока, а это говорит о том, что по-прежнему существует необходимость в программах, направленных на предупреждение и борьбу с этими формами поведения.

Достаточно последовательные данные позволяют предположить, что можно значительно сократить причинение обид другим посредством осуществления вмешательств на базе школы, при этом наибольшего успеха можно добиться, если при проведении мероприятий используется многодисциплинарный подход в рамках всей школы с привлечением всего школьного сообщества (20). Важнейшим фактором в достижении успеха является приверженность персонала школы делу борьбы против этой проблемы (20). Использование вмешательств, основанных на программе школьного обучения, или целенаправленных групп для обучения социальным навыкам менее эффективны и порой могут усугубить ситуацию в отношении причинения обид и издевательств (20). Меры политики общественного здравоохранения могут играть важную роль в поддержке реализации эффективных программ в школах и осуществления будущих научных исследований по выявлению факторов, повышающих их результативность и экономическую эффективность.

С возникновением новых видов жестокого обращения, использующих современные технологии коммуникации, таких как нападки с целью нанесения психологического вреда в виртуальном пространстве («кибербуллинг»), перед программами профилактики и борьбы с этими явлениями встают новые задачи охвата более широкого спектра поведения. В последние годы был разработан ряд программ, ориентированных на борьбу с кибербуллингом, включая психологические образовательные веб-программы, адресованные родителям, подросткам (как жертвам, так и обидчикам) и преподавателям. Их эффективность в сокращении случаев травли в виртуальном пространстве пока не подвергалась оценке, поэтому научные исследования эффективности программ профилактики и борьбы с кибербуллингом весьма приветствуются (21).

ЛИТЕРАТУРА

1. Pepler D, Craig W. *Making a difference in bullying*. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
2. Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1991:411–448.
3. Pepler DJ, Craig WM. A peek behind the fence: naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, 1995, 31(4):548–553.
4. Craig W. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 1998, 24:123–130.
5. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1994, 35(7):1171–1190.
6. Nansel TR et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 2001, 285(16):2094–2100.
7. Glew GM et al. Bullying and school safety. *The Journal of Pediatrics*, 2008, 152(1):123–128.
8. Due P et al. and the HBSC Bullying Working Group. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(2):128–132.
9. Molcho M, Harel Y, Lash D. The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2004, 16(3):223–251.
10. Bond L et al. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ*, 2001, 323(7311):480–484.
11. Clapper RL et al. Adolescent problem behaviors as predictors of adult alcohol diagnoses. *The International Journal of the Addictions*, 1995, 30(5):507–523.
12. Ttofi MM et al. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 2011, 3(2):63–73.
13. Nansel TR et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 2001, 285(16):2094–2100.
14. Nansel TR et al. Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2003, 157(4):348–353.
15. Harel Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1999, 11:121–134.
16. Olweus D. Bullying at school and later criminality: findings from three Swedish community samples of males. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2011, 21(2):151–156.
17. Farrington DP et al. Bullying perpetration and victimization as predictors of delinquency and depression in the Pittsburgh Youth Study. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 2011, 3(2):74–81.
18. Olweus D. *The revised Olweus bully/victim questionnaire*. Bergen, University of Bergen, 1996.
19. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 2009, 45(4):368–375.
20. Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2007, 161(1):78–88.
21. Ahlfors R. Many sources, one theme: analysis of cyberbullying prevention and intervention websites. *Journal of Social Sciences*, 2010, 6(4):515–522.

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, Srebник 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 бóльшую 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 С 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 С 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*	Октябрь 2010 г.	Эстония	Февраль–апрель 2010 г.
Нидерланды	Октябрь–декабрь 2009 г.		

* 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.

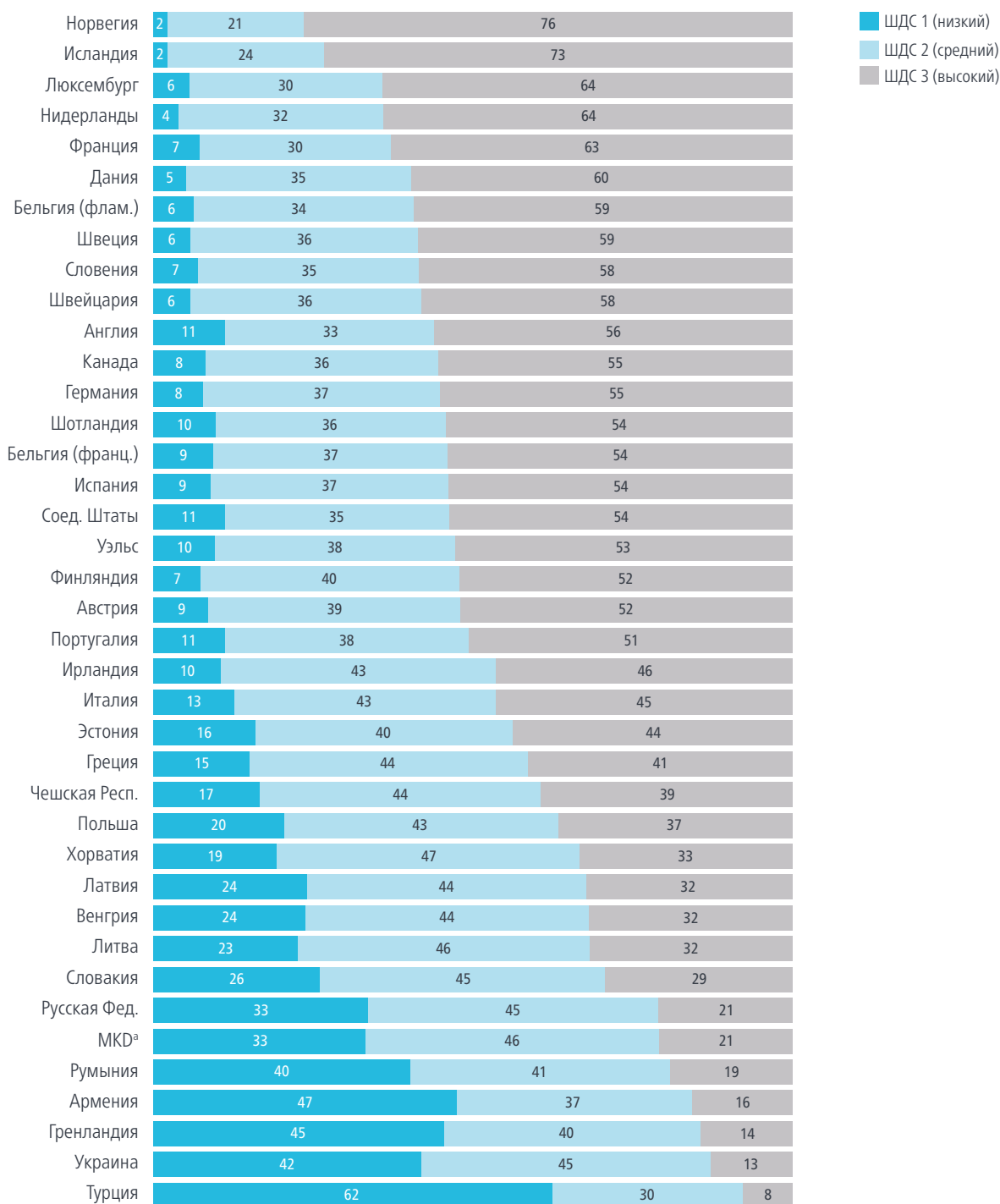
ТАБЛИЦА. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ РЕСПОНДЕНТОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ОБСЛЕДОВАНИИ HBSC 2009/2010 гг.

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 ^а	11
Исландия	23	Швеция	15	Нидерланды	11
Дания	21	МКД ^а	15	Швеция	11
МКД ^а	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.

^а 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-летним).

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 ^а	2	0	1	Словакия	3	2	2	МКД ^а	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 ^а	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.

^а 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	Швеция	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
МКD ^a	1	0	1	МКD ^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 HBSC	57	22	39	Среднее HBSC	55	23	39	Среднее HBSC	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