



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО



ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, № 7

Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков

ИССЛЕДОВАНИЕ "ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ" (HBSC):
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ 2013/2014 ГГ.



hbsc





Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков

**ИССЛЕДОВАНИЕ "ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ" (HBSC):
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ИССЛЕДОВАНИЯ 2013/2014 ГГ.**

Редакторы:

Jo Inchley, Dorothy Currie, Taryn Young,
Oddrun Samdal, Torbjørn Torsheim, Lise Augustson,
Frida Mathison, Aixa Aleman-Diaz, Michal Molcho,
Martin Weber and Vivian Barnekow

РЕЗЮМЕ

На протяжении более 30 лет международное исследование HBSC, проводимое в сотрудничестве с ВОЗ, является источником информации о состоянии здоровья и благополучии, социальных условиях и поведении в отношении здоровья 11-, 13- и 15-летних мальчиков и девочек. В последнем выпуске международного отчета по результатам исследования 2013/2014 гг. "Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков" приводится информация, полученная почти по 220 000 подростков из 42 стран Европы и Северной Америки. Данные касаются социального контекста (отношения с семьей, сверстниками и отношение к школе), показателей здоровья (субъективное здоровье, травматизм, ожирение и психическое здоровье), поведения, способствующего здоровью (питание, гигиена полости рта и физическая активность), поведения, сопряженного с риском для здоровья (табакокурение, употребление алкоголя и конопли, сексуальное поведение, драки и буллинг), которые имеют отношение к здоровью и благополучию детей и подростков. В отчете также были отражены новые темы, касающиеся поддержки со стороны семьи и сверстников, миграции, кибербуллинга и серьезных травм.

Keywords

HEALTH BEHAVIOR

HEALTH STATUS DISPARITIES

SOCIOECONOMIC FACTORS

GENDER IDENTITY

ADOLESCENT HEALTH

CHILD HEALTH

ADOLESCENT

CHILD

ISBN 978 92 890 5150 7

С данными, представленными в настоящем отчете, можно ознакомиться на Европейском портале информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://portal.euro.who.int/ru/>), а также в приложении ЕРБ ВОЗ для мобильных устройств "Статистика здоровья" (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/the-european-health-statistics-app>).

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

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-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Перевод этой публикации на русский язык был осуществлен в рамках проекта ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, финансируемого за счет гранта, выделенного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 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

Участники проекта	v	Сверстники: проведение времени с друзьями (до 8 часов вечера (20:00))	41
Редакционная коллегия			
Редакционная и оформительская группа			
Авторы и участники составления отчета	vi	Сверстники: общение с использованием электронных средств связи — социальные сети	45
Ведущие исследователи группы HBSC	viii	Сверстники: научное обсуждение и значение для политики	49
Выражение признательности	xi	Школа: позитивное отношение к школе	51
Вступление	xii	Школа: самооценка успеваемости	55
Предисловие	xiii	Школа: ощущение школьной нагрузки	59
Аббревиатуры	xiv	Школа: поддержка одноклассников	63
		Школа: научное обсуждение и значение для политики	67
ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ	1	ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ	69
ИССЛЕДОВАНИЕ "ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ" (HBSC)	2	Позитивное здоровье: самооценка состояния здоровья	71
Исследовательский подход	2	Позитивное здоровье: удовлетворенность жизнью	75
Важность научного изучения здоровья подростков	2	Позитивное здоровье: множественные жалобы на здоровье	79
Научно-исследовательская сеть HBSC	4	Позитивное здоровье: научное обсуждение и значение для политики	83
Работа с подростками	4	Травмы, требующие медицинского вмешательства	87
Работа с лицами, формирующими политику	4	Травмы, требующие медицинского вмешательства: научное обсуждение и значение для политики	91
Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков	5	Вес тела: избыточная масса тела и ожирение	93
Критерии социальных неравенств	6	Вес тела: восприятие своего тела	97
Обзор предыдущих исследований HBSC	6	Вес тела: действия, направленные на снижение веса	101
Социальный контекст формирования здоровья подростков	8	Вес тела: научное обсуждение и значение для политики	105
Новые темы, включенные в отчет 2013/2014 гг.	9	ГЛАВА 4. ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ	107
Литература	10	Пищевое поведение: завтрак	109
		Пищевое поведение: употребление фруктов	113
ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ	13	Пищевое поведение: употребление безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков	117
ГЛАВА 1. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ	15	Пищевое поведение: ужин с семьей	121
Виды изучаемых показателей	16	Пищевое поведение: научное обсуждение и значение для политики	125
Возрастные и гендерные различия	16	Гигиена полости рта	129
Достаток семьи	17	Гигиена полости рта: научное обсуждение и значение для политики	133
Географические особенности	18	Физическая активность и малоподвижный образ жизни: физическая активность от умеренной до высокой интенсивности	135
Литература	19		
ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ	21		
Семья: общение с матерью	23		
Семья: общение с отцом	27		
Семья: ощущение семейной поддержки	31		
Семья: научное обсуждение и значение для политики	35		
Сверстники: ощущение поддержки со стороны сверстников	37		

Физическая активность и малоподвижный образ жизни: время, проводимое перед телевизором	139	Поведение, сопряженное с риском для здоровья	217
Физическая активность и малоподвижный образ жизни: научное обсуждение и значение для политики	143	Обсуждение	219
ГЛАВА 5. ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	145	Заключение	218
Употребление табака	147	Литература	219
Употребление табака: научное обсуждение и значение для политики	154	ГЛАВА 7. ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ	221
Употребление алкоголя	157	Социальный контекст	222
Употребление алкоголя: научное обсуждение и значение для политики	167	Показатели здоровья	222
Употребление конопли	169	Поведение, способствующее здоровью	222
Употребление конопли: научное обсуждение и значение для политики	176	Поведение, сопряженное с риском для здоровья	223
Сексуальное поведение: опыт полового сношения	179	Обсуждение	223
Сексуальное поведение: использование презерватива и противозачаточных таблеток	183	Заключение	224
Сексуальное поведение: научное обсуждение и значение для политики	188	Литература	225
Участие в драках	191	ГЛАВА 8. ДОСТАТОК СЕМЬИ	227
Участие в драках: научное обсуждение и значение для политики	195	Социальный контекст	228
Буллинг: унижения и положение униженного	197	Показатели здоровья	228
Буллинг: кибербуллинг	207	Поведение, способствующее здоровью	228
Буллинг: научное обсуждение и значение для политики	210	Поведение, сопряженное с риском для здоровья	228
ЧАСТЬ 3. ОБСУЖДЕНИЕ	213	Обсуждение	228
ГЛАВА 6. ВОЗРАСТ	215	Заключение	229
Социальный контекст	216	Литература	229
Показатели здоровья	216	ГЛАВА 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	231
Поведение, способствующее здоровью	216	Научные выводы	232
		Заключение для лиц, формирующих политику	233
		Литература	235
		ПРИЛОЖЕНИЕ. МЕТОДОЛОГИЯ И ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ	237
		Методология исследования HBSC 2013/2014 гг.	238
		Таблицы дополнительных данных	243
		Литература	276

УЧАСТНИКИ ПРОЕКТА

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Jo Inchley	Международный координатор HBSC, научно-исследовательский отдел охраны здоровья детей и подростков (CAHRU), медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Dorothy Currie	Заместитель международного координатора, CAHRU, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Taryn Young	Помощник международного координатора сети, CAHRU, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Oddrun Samdal	Управляющий банком данных HBSC, Центр управления данными HBSC, кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия
Torbjørn Torsheim	Профессор, факультет психологии, Бергенский университет, Норвегия
Lise Augustson	Ведущий сотрудник, кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия
Frida Mathisen	Научный сотрудник, кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия
Aixa Aleman-Diaz	Сотрудник по вопросам политики, Сотрудничающий центр ВОЗ по международной политике в области охраны здоровья детей и подростков, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Michal Molcho	Лектор* (по теме "укрепление здоровья"), Национальный университет Ирландии, Галвей, Ирландия
Martin Weber	Руководитель программы, Здоровье и развитие детей и подростков, Неинфекционные заболевания и укрепление здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ
Vivian Barnekow	Консультант, Европейское региональное бюро ВОЗ

РЕДАКЦИОННАЯ И ОФОРМИТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

Alex Mathieson	Автор и составитель текстов, Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия)
Damian Mullan	Дизайнер, "So it begins . . .", Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия)
Jill Calder	Иллюстрации и каллиграфия, Селлардаик, Соединенное Королевство (Шотландия)

Цитируемые высказывания подростков предоставлены исследовательской группой, занимающейся вовлечением подростков в рамках HBSC (HBSC Youth Engagement Group), и собраны следующими участниками проекта: Emmanuelle Godeau (Франция), Margarida Gaspar de Matos (Португалия), Zuzana Novakova (Словакия), Colette Kelly (Ирландия), Aixa Aleman-Diaz (Соединенное Королевство (Шотландия)) и Fiona Brooks (Соединенное Королевство (Англия)).

АВТОРЫ И УЧАСТНИКИ СОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА

Часть/глава	Авторы
ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ	
ИССЛЕДОВАНИЕ "ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ" (HBSC)	Jo Inchley (Соединенное Королевство (Шотландия)), Aixa Aleman-Diaz (Соединенное Королевство (Шотландия)), Colette Kelly (Ирландия), Sophie Walsh (Израиль), Gonneke Stevens (Нидерланды)
ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ	
ГЛАВА 1. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ	Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия)), Frank Elgar (Канада), Lise Augustson (Норвегия), Torbjørn Torsheim (Норвегия)
ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ	
Семья	Fiona Brooks (Соединенное Королевство (Англия)), Apolinaras Zaborskis (Литва), Ellen Klemera (Соединенное Королевство (Англия)), Ágota Örkényi (Венгрия), Izabela Tabak (Польша), Maria Carmen Granado Alcon (Испания)
Сверстники	Michela Lenzi (Италия), Rob Gommans (Нидерланды), Izabela Tabak (Польша), Wendy Craig (Канада), Margarida Gaspar de Matos (Испания)
Школа	Mette Rasmussen (Дания), John Freeman (Канада), Don Klinger (Канада), Kristiine Liiv (Эстония), Oddrun Samdal (Норвегия), Friedrich Teutsch (Австрия), Jana Vasickova (Чешская Республика)
ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ	
Позитивное здоровье	Veronika Ottova-Jordan (Германия), Inese Gobina (Латвия), Joanna Mazur (Польша)
Травмы, требующие медицинского вмешательства	Sophie Walsh (Израиль), Alina Cosma (Соединенное Королевство (Шотландия))
Вес тела	Giacomo Lazzeri (Италия), Kristiina Ojala (Финляндия), Arsael Arnarsson (Исландия), Ágnes Németh (Венгрия)
ГЛАВА 4. ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ	
Пищевое поведение	Colette Kelly (Ирландия), Giacomo Lazzeri (Италия), Anna Dzielska (Польша)
Гигиена полости рта	Sisko Honkala (Финляндия)
Расход энергии	Jens Bucksch (Германия), Zdenek Hamrik (Чешская Республика), Hania Nalecz (Польша)
ГЛАВА 5. ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	
Употребление табака	Anne Hublet (Бельгия (Фландрия))
Употребление алкоголя	Margreet de Looze (Нидерланды), Tibor Baska (Словакия), Alessio Vieno (Италия), Daria Pavlova (Украина)
Употребление конопли	Yossi Harel-Fisch (Израиль), Anne Hublet (Бельгия (Фландрия))
Сексуальное поведение	András Költő (Венгрия), Josefine Magnusson (Соединенное Королевство (Англия))
Участие в драках	Sophie Walsh (Израиль), Alina Cosma (Соединенное Королевство (Шотландия))
Буллинг	Sophie Walsh (Израиль), Alina Cosma (Соединенное Королевство (Шотландия))

Часть/глава	Авторы
ЧАСТЬ 3. ОБСУЖДЕНИЕ	
ГЛАВА 6. ВОЗРАСТ	Oddrun Samdal (Норвегия)
ГЛАВА 7. ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ	Margreet De Looze (Нидерланды)
ГЛАВА 8. ДОСТАТОК СЕМЬИ	Frank Elgar (Канада)
ГЛАВА 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
Научные выводы	Jo Inchley (Соединенное Королевство (Шотландия)), Alina Cosma (Соединенное Королевство (Шотландия))
Заключение для лиц, формирующих политику	Michal Molcho (Ирландия), Aixa Aleman-Diaz (Соединенное Королевство (Шотландия)), Wendy Craig (Канада)
ПРИЛОЖЕНИЕ	Torbjørn Torsheim (Норвегия), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия)), Lise Augustson (Норвегия), Oddrun Samdal (Норвегия)

Функция/организация	Участники проекта
АНАЛИЗ ДАННЫХ	Torbjørn Torsheim (Норвегия), Lise Augustson (Норвегия), Frida Mathisen (Норвегия), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия))
КООРДИНАЦИОННАЯ ГРУППА МЕЖДУНАРОДНОГО ОТЧЕТА	Aixa Aleman-Diaz (Соединенное Королевство (Шотландия)), Lise Augustson (Норвегия), Vivian Barnekow (Европейское региональное бюро ВОЗ), Alina Cosma (Соединенное Королевство (Шотландия)), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия)), Inese Gobina (Латвия), Joseph Hancock (Международный координационный центр HBSC), Jo Inchley (Международный координатор HBSC), Colette Kelly (Ирландия), Tina Kiaer (Европейское региональное бюро ВОЗ), Frida Mathisen (Норвегия), Michal Molcho (Ирландия), Oddrun Samdal (Управляющий международного банка данных HBSC), Torbjørn Torsheim (Норвегия), Martin Weber (Европейское региональное бюро ВОЗ), Taryn Young (Международный координационный центр HBSC), Felicity Wild (Международный координационный центр HBSC)
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ	Martin Weber (руководитель программы, Здоровье детей и подростков), Vivian Barnekow (консультант), Joao Joaquim Rodrigues da Silva Breda (руководитель программы, Питание, физическая активность и ожирение), Lars Fodgaard Møller (руководитель программы, Алкоголь, запрещенные наркотики и охрана здоровья заключенных), Gunta Lazdane (руководитель программы, Сексуальное и репродуктивное здоровье), Kristina Mauer-Stender (руководитель программы, Борьба против табака), Dinesh Sethi (руководитель программы, Предупреждение насилия и травматизма), Isabel Yordi Aguirre (технический сотрудник, Гендер и здоровье)

ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ ГРУППЫ HBSC

Международная координация исследования HBSC 2013/2014 гг.	Candace Currie (международный координатор до июня 2015 г.), Jo Inchley (международный координатор с июня 2015 г.), Aixa Aleman-Diaz, Dorothy Currie, Joseph Hancock, Felicity Wild, Taryn Young	Международный координационный центр HBSC, SAHRU, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс (Соединенное Королевство (Шотландия))
Управление банком данных исследования HBSC за 2013/2014 гг.	Oddrun Samdal (управляющий международным банком данных), Lise Augustson, Frida Mathisen, Torbjørn Torsheim	Центр управления данными HBSC, кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет, Норвегия

Страна или область	Ведущие исследователи	Учреждения
Австрия	Rosemarie Felder-Puig	Институт исследований по укреплению здоровья имени Людвиг Больцмана, Венский университет
Албания	Gentiana Qirjako	Медицинский факультет, Медицинский университет, Тирана
Англия, Соединенное Королевство	Antony Morgan (до 2015 г.) Fiona Brooks	Центр научных исследований первичной и коммунальной помощи, Хартфордширский университет, Хэтфилд
Армения	Sergey Sargsyan	Медицинский комплекс "Арабкир", Институт здоровья детей и подростков, Ереван
Бельгия (Фландрия)	Carine Vereecken (до 2012 г.) Anne Hublet (с 2012 г.)	Факультет общественного здоровья, Гентский университет
Бельгия (франц.)	Danielle Piette	Факультет общественного здоровья, Брюссельский свободный университет
Болгария	Lidiya Vasileva	Институт исследований населения и человека, Болгарская академия наук, София
Бывшая югославская Республика Македония	Lina Kostarova Unkovska	Центр социально-психологической помощи в кризисных ситуациях, Скопье
Венгрия	Ágnes Németh	Национальный институт охраны здоровья, Будапешт
Германия	Petra Kolip (до 2015 г.) Matthias Richter (с 2015 г.)	Школа общественного здоровья, Университет Билефельда Институт медицинской социологии, Университет имени Мартина Лютера, Галле-Виттенберг
Гренландия	Birgit Niclasen	Районное медицинское управление, правительство Гренландии, Нуук
Греция	Anna Kokkevi	Научно-исследовательский университетский центр психического здоровья, Афины
Дания	Pernille Due (до 2012 г.) Mette Rasmussen (с 2012 г.)	Национальный институт общественного здоровья, Университет Южной Дании, Копенгаген

Страна или область	Ведущие исследователи	Учреждения
Израиль	Yossi Harel-Fisch	Международная научно-исследовательская программа по благополучию и здоровью подростков, Педагогический факультет, Университет имени Бар-Илана, Рамат-Ган
Ирландия	Saoirse Nic Gabhainn Michal Molcho	Научно-исследовательский центр укрепления здоровья, Национальный университет Ирландии, Галвей (Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям в области укрепления здоровья)
Исландия	Arsaell Arnarsson	Университет Акурейри
Испания	Carmen Moreno Rodriguez	Кафедра психологии развития и обучения, Севильский университет
Италия	Franco Cavallo	Кафедра общественного здоровья и педиатрии, медицинский факультет, Университет Турина
Канада	John Freeman Will Pickett	Факультет образования, Кингстонский королевский университет Факультет медицинских наук, Кингстонский королевский университет
Латвия	Iveta Pudule	Центр профилактики и контроля заболеваний, Рига
Литва	Apolinaras Zaborskis	Литовский университет наук о здоровье
Люксембург	Yolande Wagener	Директорат здравоохранения/подразделение здоровья школьников (детей и подростков), Министерство здравоохранения, Люксембург
Мальта	Charmaine Gauci	Директорат по вопросам укрепления здоровья, Мзида
Нидерланды	Wilma Vollebergh Tom ter Bogt	Кафедра междисциплинарных социальных наук, факультет социальных и поведенческих наук, Утрехтский университет
Норвегия	Oddrun Samdal	Кафедра укрепления здоровья и развития, Бергенский университет
Польша	Joanna Mazur	Отдел здоровья детей и подростков, Институт охраны здоровья матери и ребенка, Варшава
Португалия	Margarida Gaspar de Matos	Факультет кинетики человека, "Лиссабонский университет"
Республика Молдова	Galina Lesco	Неовита (Национальный ресурсный центр по развитию дружественных к молодежи услуг здравоохранения), Кишинев
Российская Федерация	Олег Чурганов	Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Страна или область	Ведущие исследователи	Учреждения
Румыния	Adriana Baban	Факультет психологии, Университет детских болезней, Клуж-Напока
Словакия	Andrea Madarasová Gecková	Кафедра психологии здоровья, медицинский факультет, Университет Павла Йозефа Шафарика, Кошице
Словения	Helena Jericek	Институт общественного здравоохранения Республики Словения, Любляна
Соединенные Штаты Америки	Ronald Iannotti	Группа по сбору и управлению базой данных (CDM), штат Мэриленд
Турция	Oya Ercan	Serrahpasa, Медицинский факультет, кафедра педиатрии, Стамбульский университет
Украина	Olga Balakireva	Институт экономики и прогнозирования, Национальная академия наук Украины, Киев
Уэльс, Соединенное Королевство	Chris Roberts	Аналитическая группа по вопросам здоровья и социальных услуг, Информационно-аналитические службы, правительство Уэльса, Кардифф
Финляндия	Jorma Tynjälä	Факультет медицинских наук, Университет Ювяскюля
Франция	Emmanuelle Godeau	Медицинская служба Ректората Тулузы, Университет Поля Сабатье, Тулуза
Хорватия	Marina Kuzman (до 2013 г.) Ivana Pavic Simetin (с 2013 г.)	Хорватский институт общественного здоровья, Загреб
Чешская Республика	Michal Kalman	Университет Палацкого, Оломоуц
Швейцария	Emmanuel Kuntsche	Швейцарский информационный центр по алкогольной и наркотической зависимости, Научно-исследовательский институт, Лозанна
Швеция	Lilly Augustine (до 2015 г.) Petra Lofstedt (с 2015 г.)	Шведский институт общественного здоровья
Шотландия, Соединенное Королевство	Candace Currie (до 2015 г.) Jo Inchley (с 2015 г.)	САНРУ, медицинский факультет, Университет Сент-Эндрюс
Эстония	Katrin Aasvee	Национальный институт развития здоровья, Таллинн

Список объединений представителей всех стран и членов группы HBSC представлен на веб-сайте HBSC.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

"Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC) — это межнациональное исследование, проводимое в сотрудничестве с ВОЗ, с привлечением большого числа исследователей из всех участвующих в нем стран и областей.

Финансирование сбора данных в каждой стране или области осуществлялось на национальном уровне. Редакционная коллегия выражает благодарность за финансовую поддержку и рекомендации, предоставленные различными министерствами, научно-исследовательскими фондами и другими финансовыми структурами участвующих в программе стран и областей. Особой благодарности заслуживают Национальная служба здравоохранения (NHS) Шотландии (Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья), которая внесла вклад в финансирование Международного координационного центра HBSC (до 2013 г.) и публикацию данного отчета, а также Норвежский директорат здравоохранения, который предоставил финансовую поддержку деятельности Центра управления данными HBSC. Значительный вклад в опубликование отчета внесен Европейским региональным бюро ВОЗ.

Мы благодарны сотрудникам Норвежской службы данных по социальным наукам города Берген за их поддержку в работе по подготовке международной базы данных.

Мы хотели бы выразить признательность нашим замечательным партнерам, в частности Европейскому региональному бюро ВОЗ, за их неизменную поддержку; подросткам, которые с готовностью поделились с нами своим опытом и любезно разрешили нам включить некоторые из их комментариев в настоящий отчет, а также школам и органам управления в сфере образования в каждой из участвовавших в исследовании стран и областей за то, что они сделали возможным проведение анкетирования, а также всем членам национальных исследовательских групп HBSC за участие в исследовании.

Мы также признательны д-ру Peter Donnelly, президенту и главному исполнительному директору Департамента общественного здравоохранения Онтарио, и профессору Bjorn Holstein, Университет Южной Дании, за крайне полезные комментарии по проекту на начальном этапе подготовки отчета.

Jo Inchley, Dorothy Currie, Taryn Young, Oddrun Samdal, Torbjørn Torsheim, Lise Augustson, Frida Mathison, Aixa Aleman-Diaz, Michal Molcho, Martin Weber and Vivian Barnekow

ВСТУПЛЕНИЕ

Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC) проводится уже на протяжении 33 лет. Проект продолжает развиваться как источник надежных и достоверных данных о поведенческих аспектах здоровья подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет. При этом в проекте принимает участие все большее число стран: сегодня это 44 страны и области в Европе и Северной Америке.

На основе данных исследований HBSC во многом строится Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков. В ней сформулированы концепция, принципы и приоритеты, которыми страны руководствуются в своей деятельности в многочисленных отраслях с различными партнерами, направленной на охрану и укрепление здоровья и благополучия детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ. В стратегии подчеркивается важная роль, которую охрана здоровья детей и подростков играет в жизни любого общества сегодня и будет продолжать играть в будущем. Именно эта парадигма является ведущей для HBSC, и именно в эту сферу данный проект вносит столь существенный вклад.

Внимание HBSC сосредоточено на оценке широкого диапазона мероприятий в области здоровья, образования, социальной жизни и семьи, оказывающих влияние на здоровье и благополучие подростков. В предыдущих отчетах были выделены такие детерминанты здоровья, как возраст, географический фактор, уровень семейного достатка, а также социальный аспект. В данном, шестом международном отчете, где приводятся данные исследования 2013/2014 гг., основное внимание уделяется влиянию гендерных и социально-экономических различий на рост и развитие подростков.

Гендерные вопросы занимают в отчете центральное место, однако внимание уделяется и другим важным аспектам. Как и в предыдущих отчетах HBSC, здесь рассматривается влияние возраста и социально-экономического статуса на состояние здоровья и благополучия, и на основе последних данных HBSC и других научных данных формулируются рекомендации для лиц, определяющих политику в странах и областях. Результаты исследования вносят весомый вклад в дальнейшее формирование базы данных, которая предоставляет информацию для обоснования эффективности мер, направленных на устранение негативных последствий растущих неравенств в области социальной сферы и здоровья внутри стран и областей и между ними.

В частности, основное внимание в отчете сосредоточено на двух аспектах, представляющих угрозу для здоровья и благополучия детей и подростков, один из которых является проблемой уже очень давно (миграция), а другой стал актуальным совсем недавно (кибербуллинг). В период, когда в Европе происходит беспрецедентное по масштабам перемещение людей, мы должны держать под контролем риски для здоровья и благополучия иммигрантов (особенно детей и подростков), которые оставляют дом, который когда-то был родным, и переезжают на новое место жительства. Несмотря на то что достижения в области технологий предлагают детям и подросткам прекрасные возможности для личностного развития и роста, поддержания постоянного контакта с друзьями и семьями и просто приятного досуга, они также являются источником проблем, которые могут стать причиной серьезных и длительных последствий для здоровья и благополучия. Современные технологии, безусловно, оказывают положительное влияние на нашу жизнь, однако мы должны сохранять бдительность в отношении угроз, которые они представляют для детей и молодежи.

Итак, исследование HBSC предоставляет убедительные доказательства в поддержку применения мер позитивной политики в странах и областях. Предлагаемые данные полезны не только для сферы здравоохранения, но и для других социальных сфер, что соответствует стремлению правительств и их партнеров разрабатывать и совершенствовать политику, направленную на укрепление и защиту здоровья и благополучия детей и подростков.

HBSC поддерживает достижение одного из основных принципов Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков: дети и подростки имеют право быть услышанными. В данных HBSC звучат именно их голоса. И мы все должны к ним прислушаться.

Jo Inchley

Международный координатор HBSC

Dorothy Currie

Заместитель международного координатора HBSC

ПРЕДИСЛОВИЕ

Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC) ясно свидетельствует о значимости подросткового периода для формирования потенциала здоровья и благополучия девочек и мальчиков, женщин и мужчин в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе. Вот почему HBSC является столь важным ресурсом. Это исследование объясняет, каким образом социальные детерминанты и связанное со здоровьем поведение в детском и подростковом возрасте ведут к нарушениям физического и психического здоровья в зрелые годы, и, что еще важнее, указывают нам на то, какие меры следует принять, чтобы помочь детям и подросткам в формировании позитивного поведения в отношении здоровья, которое может сохраниться на всю жизнь.

Воздавая должное значительным успехам в Европейском регионе ВОЗ за последние десятилетия в сфере укрепления здоровья и благополучия подростков и предпринятым за последнее время действиям, направленным на сокращение неравенств в вопросах здоровья, которые затрагивают многих из них, следует отметить, что некоторые уже с рождения по факту своей гендерной принадлежности оказываются в менее благоприятном положении. Это положение, распространяющееся на социальную и образовательную сферы жизни девочек и женщин, а также на сферу их занятости и материального обеспечения, оказывает воздействие на их здоровье и благополучие на протяжении всего жизненного цикла.

В недавно опубликованном докладе Европейского регионального бюро ВОЗ, в котором рассматривается состояние здоровья женщин в странах Европы, показано, что в детском и подростковом возрасте существует возможность с помощью научно обоснованных мер предотвратить ухудшение состояния здоровья в будущем и полностью реализовать потенциал здоровья и благополучия девочек. Но неравенства в отношении здоровья, связанные с такими гендерными и социальными факторами, как место жительства, социально-экономический статус матери и семьи, этническая принадлежность и миграционный статус, по-прежнему продолжают влиять на состояние здоровья девочек во всех странах Региона.

Гендерные факторы, проявляющиеся в детском и подростковом возрасте, также оказывают влияние на здоровье и благополучие мальчиков в долгосрочной перспективе. Многие аспекты поведения в отношении здоровья и привычек, ведущих к болезням (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак, проблемы с психическим здоровьем), инвалидности и преждевременной смерти у взрослых мужчин, уходят корнями в подростковый период. Убедительные данные из всех стран Региона свидетельствуют о том, что мужчины умирают раньше и значительную часть жизни имеют плохое здоровье. Исследование HBSC помогает нам понять, почему это происходит.

Для решения проблем, связанных со здоровьем детей и подростков, требуется общегосударственный подход с вовлечением всего общества, который способствовал бы изменению устоявшихся общественных взглядов и поведения. Европейская политика в интересах здоровья и благополучия Здоровье-2020 закладывает основы межотраслевых действий, которые могут способствовать улучшениям во всех областях, оказывающих воздействие на здоровье и благополучие детей и подростков, таких как образование, социальное обеспечение, транспортная система, досуг, и во многих других сферах.

Исследование HBSC занимает достойное место в ряду ценных ресурсов, разработанных при участии Регионального бюро, таких как политика Здоровье-2020, Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ, Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков. Стратегия охраны здоровья детей и подростков, в частности, предлагает странам бесценный инструмент для формирования и укрепления здоровых привычек в детском и подростковом возрасте, что является залогом здоровой жизни в зрелые годы.

Название шестого выпуска международного отчета по итогам исследования HBSC – "Неравенства в период взросления" – может служить призывом к действиям для всех, кто работает в области охраны и укрепления здоровья и благополучия детей и подростков в Европе. В исследовании HBSC детям предлагается рассказать все как есть и выделить важные для них вопросы. Эти вопросы должны быть важны и для нас.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

АББРЕВИАТУРЫ

ИМТ	индекс массы тела
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ЭС	социально-экономический статус
ШДС	Шкала достатка семьи
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

НЕРАВЕНСТВА В ПЕРИОД ВЗРОСЛЕНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ
В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

ЧАСТЬ 1

ИССЛЕДОВАНИЕ "ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ" (HBSC)

В рамках межнационального исследования HBSC, проводимого в сотрудничестве с ВОЗ, 11-, 13- и 15-летние мальчики и девочки раз в четыре года, отвечая на вопросы анкеты, дают оценку состоянию своего здоровья и благополучия, социальных условий и поведения, сопутствующего здоровью. Подробные контактные данные международной и национальных команд специалистов, участвующих в проведении исследования, можно найти на веб-сайте HBSC (1).

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

- сформировать новый взгляд на здоровье и благополучие молодого поколения¹;
- получить более глубокое представление о социальных детерминантах здоровья;
- предоставить информацию для корректировки политики и практики в целях улучшения жизни подростков.

Первое исследование HBSC было проведено в 1983/1984 гг. в пяти странах. На сегодняшний день исследование охватывает уже 44 страны и области в Европе и Северной Америке. В таблице можно увидеть, какие страны вошли в этот международный проект за девять исследовательских периодов.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПОДХОД

Целью исследования HBSC является получение представления о состоянии здоровья подростков в их социальном контексте — дома, в школе, в кругу семьи и друзей. Исследователей интересует вопрос о том, каким образом эти факторы, вместе и по отдельности, влияют на здоровье мальчиков и девочек по мере их взросления. Сбор данных во всех участвующих в исследовании странах и областях проводится на основе анкетирования в школах с использованием стандартной методологии, подробное описание которой приводится в протоколе международного исследования HBSC 2013/2014 гг. (2).

В каждой стране или области методом случайной выборки отбирают подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет таким образом, чтобы выборка была репрезентативной в каждой возрастной группе. Для проведения исследования 2013/2014 гг. по каждой возрастной группе было отобрано около 1500 учащихся в каждой из стран или областей, принимающих участие в исследовании HBSC, общее число которых составило почти 220 000 (более подробная информация представлена в Приложении).

Из 44 стран и областей, являющихся членами сети HBSC, 42 обеспечили заполнение анкет и соответствовали критериям, установленным для публикации данных в настоящем отчете. Страны и области, в которых не были заполнены анкеты, не включены в отчет. Исследование на местах проводилось преимущественно в период с сентября 2013 г. по июнь 2014 г. за исключением четырех стран, которым потребовалось больше времени для получения необходимой численности выборки. Дополнительная информация о построении исследования, получении согласия и проведении анкетирования приводится в Приложении, а более подробное описание научно-исследовательского подхода изложено в протоколе международного исследования HBSC 2013–2014 гг. (2). Roberts и другие исследователи (3) дают описание разработки методологии с момента начала проведения исследования.

ВАЖНОСТЬ НАУЧНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Подростки в период между 11 и 15 годами сталкиваются со множеством нагрузок и испытаний, в числе которых возрастающие ожидания академических успехов, изменяющиеся социальные взаимоотношения в семье и в кругу сверстников, а также физические и эмоциональные изменения, связанные с взрослением. Эти годы знаменуют собой период роста самостоятельности, когда формируется независимость в принятии решений, что может повлиять на их здоровье и формирование поведения, связанного со здоровьем.

Привычки, которые формируются в этот переходный период, могут получить развитие во взрослой жизни, оказывая воздействие на такие аспекты, как психическое здоровье, появление жалоб на здоровье, употребление алкоголя и курение, уровень физической активности и рацион питания. Результаты исследования HBSC демонстрируют изменения в здоровье молодых людей по мере того, как они проходят детский и подростковый периоды своей жизни и становятся взрослыми. Эти данные могут быть использованы для мониторинга состояния здоровья молодежи и оценки результативности мер, направленных на укрепление здоровья.

¹ В настоящем отчете для обозначения респондентов взаимозаменяемо используются термины дети и подростки, молодые люди, молодое поколение.

ИССЛЕДОВАНИЯ HBSC: СТРАНЫ И ОБЛАСТИ, ДАННЫЕ ОТ КОТОРЫХ ПРИОБЩЕНЫ К МЕЖДУНАРОДНОЙ БАЗЕ ДАННЫХ

1	Англия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	
2	Финляндия	2	Норвегия	2	Норвегия	2	Норвегия	2	Норвегия	
3	Норвегия	3	Австрия	3	Австрия	3	Австрия	3	Австрия	
4	Австрия	4	Бельгия ^б	4	Бельгия (фран.)	4	Бельгия (фран.)	4	Бельгия (фран.)	
5	Норвегия	5	Венгрия	5	Венгрия	5	Венгрия	5	Венгрия	
6	Австрия	6	Шотландия	6	Израиль	6	Израиль	6	Израиль	
7	Бельгия (фран.)	7	Испания	7	Шотландия	7	Шотландия	7	Шотландия	
8	Венгрия	8	Швейцария	8	Испания	8	Испания	8	Испания	
9	Швейцария	9	Швеция	9	Швеция (фран.)	9	Швеция	9	Швеция	
10	Швейцария	10	Уэльс	10	Венгрия	10	Швейцария	10	Швейцария	
11	Уэльс	11	Финляндия	11	Израиль	11	Уэльс	11	Уэльс	
12	Дания	12	Норвегия	12	Шотландия	12	Дания	12	Дания	
13	Нидерланды	13	Австрия	13	Испания	13	Канада	13	Канада	
14	Канада	14	Бельгия (фран.)	14	Швеция	14	Латвия	14	Латвия	
15	Латвия	15	Венгрия	15	Швейцария	15	Польша	15	Польша	
16	Сев. Ирландия	16	Израиль	16	Уэльс	16	Бельгия (Фланд.)	16	Бельгия (Фланд.)	
17	Польша	17	Шотландия	17	Дания	17	Чешская Респ.	17	Чешская Респ.	
18	Испания	18	Швейцария	18	Эстония	18	Эстония	18	Эстония	
19	Швейцария	19	Уэльс	19	Франция	19	Франция	19	Франция	
20	Уэльс	20	Дания	20	Польша	20	Германия	20	Германия	
21	Франция	21	Канада	21	Бельгия (Фланд.)	21	Гренландия	21	Гренландия	
22	Дания	22	Латвия	22	Чешская Респ.	22	Литва	22	Литва	
23	Нидерланды	23	Сев. Ирландия	23	Эстония	23	Российская Фед.	23	Российская Фед.	
24	Канада	24	Латвия	24	Франция	24	Словакия	24	Словакия	
25	Бельгия (фран.)	25	Дания	25	Германия	25	Англия	25	Англия	
26	Испания	26	Испания	26	Гренландия	26	Греция	26	Греция	
27	Швейцария	27	Швеция	27	Польша	27	Португалия	27	Португалия	
28	Уэльс	28	Нидерланды	28	Бельгия (Фланд.)	28	Ирландия	28	Ирландия	
29	Испания	29	Литва	29	Чешская Респ.	29	США	29	МКДС	
30	Швейцария	30	Словакия	30	Эстония	30	Англия	30	Нидерланды	
31	Уэльс	31	Франция	31	Франция	31	Италия	31	Италия	
32	Дания ^а	32	Германия	32	Греция	32	Италия	32	Хорватия	
33	Нидерланды ^а	33	Гренландия	33	Ирландия	33	Хорватия	33	Мальта	
34	Канада	34	Литва	34	Литва	34	Мальта	34	Мальта	
35	Латвия ^а	35	Сев. Ирландия ^а	35	Российская Фед.	35	Словения	35	Словения	
36	Уэльс	36	Польша	36	Словакия	36	Украина	36	Украина	
37	Испания	37	Словакия	37	Словакия	37	Украина	37	Люксембург	
38	Швейцария	38	Англия	38	Англия	38	Италия	38	Исландия	
39	Швейцария	39	Германия	39	Греция	39	Италия	39	Люксембург	
40	Уэльс	40	Гренландия	40	Португалия	40	Мальта	40	Румыния	
41	Дания ^а	41	Литва	41	Ирландия	41	Словения	41	Румыния	
42	Нидерланды ^а	42	Словакия	42	Соед. Штаты	42	Украина	42	Турция	
1983/1984 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
1985/1986 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
1989/1990 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
1993/1994 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
1997/1998 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
2001/2002 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
2005/2006 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
2009/2010 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия
2013/2014 гг.	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия	1	Финляндия

^а Исследование проведено после запланированных сроков. ^б Национальная база данных. Бывшая государственная Республика Македония (МКД) – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ISO).

^в Примечание: Несмотря на то что Албания и Болгария участвовали в исследовании 2009/2010 гг., они не вошли в список, поскольку национальные данные не были представлены в международный центр данных в установленный срок.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ СЕТЬ HBSC

В настоящее время число исследователей, работающих в рамках проекта HBSC в 44 странах и областях, превышает 340 человек. Информацию по каждой национальной группе исследователей можно найти на веб-сайте HBSC (7). Исследованию предоставляется поддержка со стороны двух 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. Группу исследователей возглавляет международный координатор д-р Jo Inchley и управляющий банком данных профессор Oddrun Samdal. Исследование финансируется на национальном уровне в каждой из участвующих стран и областей.

РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ

Помимо заполнения подростками анкет в классах, задача организаторов состоит в привлечении их к работе по всем аспектам исследования HBSC — от выяснения тем для проведения опросов до распространения результатов. В конечном итоге вовлечение молодежи стало неотъемлемой частью работы, проводимой участниками проекта HBSC. Это эффективный путь, позволяющий признать подростков в качестве важнейших участников процесса и привлечь их к проведению научных исследований и формированию политики.

Важнейшее значение в этой связи имеет статья 12 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (4), закрепляющая права детей на собственное мнение и взгляды, которые слышат, уважают и с которыми считаются. Дети имеют право участвовать в обсуждении вопросов, затрагивающих их жизнь, и в принятии соответствующих решений. Традиционно их роль сводилась к использованию в качестве ресурса, но коллективные исследования с привлечением детей позволяют им делать нечто большее, чем лишь отвечать на составленные взрослыми вопросы. Поскольку дети и подростки являются экспертами по своей собственной жизни, весьма важно их активное участие в исследованиях, имеющих к ним непосредственное отношение.

Сеть HBSC разработала целый ряд методов для активного вовлечения подростков в научный процесс. Данный подход подразумевает определенные возможности в рамках исследовательского цикла, равно как и требования к исследованию, чтобы оно одновременно оказывало поддержку и способствовало укреплению здоровья. В настоящем исследовании подростки привлекались к работе по сбору данных, определению новых областей для изучения и связанных с ними вопросов, а также анализу данных, трактовке и распространению результатов.

Существует бесчисленное множество примеров сетевой командной работы с использованием таких подходов в национальных проектах. Речь идет о проектах в таких странах, как Ирландия, Канада, Польша, Португалия, Словакия, Соединенное Королевство (Англия), Франция, Чешская Республика, Шотландия (5–7). Другие проекты стремятся научно обосновать преимущества вовлечения подростков в работу по разработке, реализации и оценке программ, направленных на укрепление здоровья.

Безусловно, требуется еще много усилий для того, чтобы такой подход стал общепринятым на международном уровне, но HBSC делает все возможное, чтобы участие молодежи в научных исследованиях стало международным стандартом при изучении здоровья подростков. Задача исследования состоит в получении данных, имеющих существенное значение для подростков и отражающих их образ жизни, а также важных для разработки программ и формирования политики.

На страницах настоящего отчета приводятся высказывания детей (предоставленные исследовательской группой, занимающейся вовлечением подростков в проект HBSC — Youth Engagement Group), отражающие вопросы, которые они считают важными.

РАБОТА С ЛИЦАМИ, ФОРМИРУЮЩИМИ ПОЛИТИКУ

Данные, подобные тем, что представлены в настоящем отчете, предоставляют значительную, хотя все же и недостаточную, основу для формирования политики, направленной на улучшение здоровья и благополучия детей и подростков. Сеть HBSC работает в тесном сотрудничестве с внешними партнерами для обеспечения максимальной пользы от полученных результатов и работы экспертов.

Благодаря многолетнему партнерству с ВОЗ данный проект стал неотъемлемой частью усилий, направленных на укрепление здоровья детей и подростков. Примером могут являться Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. (8), основные публикации

по охране здоровья подростков (9), координация глобальной системы индикаторов здоровья подростков и развитие сотрудничающих центров ВОЗ² с конкретной целью приумножения знаний о состоянии здоровья молодого поколения (10).

Как сами эксперты HBSC, так и получаемые в ходе исследований данные играют существенную роль в разработке, реализации и мониторинге стратегий. Настоящий отчет, являющийся одной из публикаций серии ВОЗ в рамках политики в области охраны здоровья детей и подростков, которая издается с 1999 г., вносит вклад в привлечение внимания к проблемам здоровья детей и подростков лиц, формирующих политику.

Одной из основных целей сети HBSC является налаживание и поддержание активного сотрудничества с министерствами здравоохранения и образования, а также с другими государственными структурами, ответственными за обеспечение благополучия молодого поколения. Это одно из передовых исследований, решающих задачи, касающиеся теории и практики, и привлекающих лиц, формирующих политику, к выбору тем, которые следует включить в исследование.

Серия публикаций форума ВОЗ/HBSC (11–13) привлекает исследователей, лиц, формирующих политику, и практиков к анализу данных, рассмотрению политики и мер по укреплению здоровья, а также формулированию выводов, касающихся приоритетных вопросов здравоохранения с точки зрения социальных детерминант здоровья. Члены HBSC работают на национальном уровне, чтобы содействовать включению и использованию индикаторов здоровья подростков в соответствующих документах, отражающих политику и процесс ее реализации.

В ходе проведения исследования были также установлены тесные отношения с заинтересованными участниками на национальном и международном уровнях, такими как организаторы других исследований состояния здоровья подростков, лоббисты, профессиональные группы и сообщества, в числе которых Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Европейская комиссия, Организация экономического сотрудничества и развития, Eurochild, Институт передового опыта в педиатрии и Сеть школ укрепления здоровья в Европе. Все эти организации ведут стратегическую и практическую работу по расширению прав и улучшению благополучия детей и подростков, используя и распространяя данные HBSC. Например, данным HBSC и экспертам сети отводится ключевая роль в ряде публикаций ЮНИСЕФ Report Cards, в том числе и в Report Card 13, опубликование которой планируется в 2016 г. Проект HBSC продолжает поиск инновационных путей по привлечению участников, заинтересованных в улучшении здоровья детей и подростков, и готов к совместной деятельности с организациями и частными лицами, стремящимися к достижению этой цели.

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ

Данные, полученные за последние несколько десятилетий, указывают на связь между неблагоприятными социальными условиями и повышенными рисками для здоровья (14–16). Вот почему теперь вопросы неравенства 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 можно предотвратить (17), и тем не менее эти проблемы по-прежнему сохраняют свою актуальность для подростков всех стран Европы и Северной Америки.

Статистика здравоохранения часто не выделяет подростков в самостоятельную группу населения, причисляя их либо к детям более младшего возраста, либо к взрослым. В этой группе населения уделяется недостаточно внимания неравенству, связанному с социально-экономическим статусом (СЭС), возрастным и гендерным аспектами. В настоящем отчете сделана попытка установить и обсудить степень этих неравенств и обратить внимание на необходимость профилактических действий, направленных на то, чтобы "преобразовать этот уязвимый возраст в возраст возможностей" (ЮНИСЕФ) (18).

В целом в настоящее время у подростков Европейского региона ВОЗ состояние здоровья и развития лучше, чем когда-либо ранее, но в полной мере потенциал их здоровья пока не раскрыт. Это приводит к значительным социальным, экономическим и человеческим затратам, а также ощутимым различиям в показателях здоровья. Отношение к здоровью в подростковый период имеет последствия для индивидуумов и общества как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В рамках подхода, учитывающего все этапы жизни (19), подростковый

² В настоящее время это следующие центры: Сотрудничающий центр ВОЗ по международной политике в области охраны здоровья детей и подростков (Шотландия); Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья и образованию (Норвегия); Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям в области укрепления здоровья (Ирландия); Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья и развитию общественного здравоохранения (Шотландия).

возраст считается критическим периодом, определяющим поведение в отношении табакокурения и употребления алкоголя, питания и физической активности во взрослой жизни. Неравенства в вопросах здоровья у взрослых отчасти предопределяются обстоятельствами жизни в более раннем возрасте.

Представленные в настоящем отчете результаты могут внести вклад в Европейскую политику ВОЗ, направленную на здоровье и благополучие, — Здоровье-2020 (20), целью которой является формирование основанной на фактических данных согласованной политики, способной решать текущие и будущие проблемы, угрожающие здоровью населения. Стратегия предоставляет 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 путем воздействия на социальные детерминанты. Данные могут также помочь в реализации Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков (8), которая призывает к целенаправленным действиям по преодолению негативных периодов в детском и подростковом возрасте, а также к предоставлению каждому ребенку возможности жить здоровой и полноценной жизнью.

При решении проблемы неравенств в вопросах здоровья необходимо рассмотреть вопрос о различиях в состоянии здоровья и их причинах. С 1983 г. в ходе проведения исследований HBSC осуществляется сбор данных о здоровье и поведении подростков в отношении здоровья, позволяющих представить сравнительную характеристику состояния здоровья детей и подростков из разных стран и областей 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 подрастающего поколения, и показывает, каким образом семья, сверстники и школа могут обеспечить благоприятную среду для здорового развития. Важно также отметить, что, согласно исследованию, по возрасту, гендерному признаку и СЭС дифференцируются не только показатели здоровья, но также и социальные условия, в которых формируется юное поколение.

КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНЫХ НЕРАВЕНСТВ

Оценка социальных неравенств в вопросах здоровья традиционно осуществляется 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 и этническая принадлежность, возраст, местожительство, инвалидность, однако влияние этих аспектов на здоровье подростков недостаточно изучено.

Результатом обсуждений стало предложение изучить эти детерминанты по отдельности для получения полной картины факторов, обуславливающих неравенства в вопросах здоровья (21). Это решение весьма важно в плане формирования политики, поскольку, как позволяют предположить фактические данные, различные категории населения по-разному откликаются на одни и те же меры в сфере здравоохранения. Исследователи могут сыграть важную роль в углублении представлений о влиянии на здоровье каждого из факторов неравенств в вопросах здоровья как в отдельности, так и в процессе их взаимодействия.

Настоящий отчет позволяет глубже понять детерминанты здоровья и неравенства по показателям здоровья детей и подростков, представляя результаты исследования HBSC 2013–2014 гг. в разбивке по четырем критериям: возраст, гендерный аспект, страна/область проживания и достаток семьи. Однако в первую очередь он характеризует установленную взаимосвязь между социальными детерминантами и здоровьем и благополучием молодых людей.

ОБЗОР ПРЕДЫДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ HBSC

Обзор данных исследований HBSC, опубликованных в научных журналах и отчетах, который позволил выделить ключевые результаты, касающиеся влияния на здоровье вышеупомянутых факторов, является основой для представления новых данных в настоящем отчете.

Возрастные различия

На протяжении подросткового периода отношение школьников к своему здоровью постоянно меняется. Неравенства в вопросах здоровья возникают или усугубляются, а со временем преобразуются в непрекращающиеся проблемы со здоровьем во взрослой жизни (22, 23). Эти данные имеют важное практическое значение при выборе подходящего времени для мер по укреплению здоровья и подтверждают необходимость постоянного инвестирования

в здоровье подростков для закрепления результатов, достигнутых в ходе осуществления вмешательств в раннем детском возрасте (18). Это жизненно необходимо для индивидуумов в процессе их взросления, но важно еще и как средство достижения максимальной отдачи от программ, ориентированных на увеличение инвестиций в здоровье в раннем возрасте, а также сокращение экономических последствий проблем со здоровьем.

Гендерные различия

Данные предыдущих отчетов HBSC разделены на результаты для мальчиков и для девочек, четко указывающие на существование гендерных различий по показателям здоровья, которые либо сохранялись, либо претерпевали изменения с течением времени. Для мальчиков в целом более характерны направленные вовне ("экстернализация"), или экспрессивные, формы поведения, связанные со здоровьем, такие как употребление алкоголя или участие в драках, тогда как девочкам более свойственно эмоциональное, внутриличностное, или "интернализованное", поведение в отношении здоровья, что может проявляться в виде психосоматических симптомов или проблем с психическим здоровьем (24).

Гендерные различия в отношении ряда форм поведения и показателей здоровья, таких как попытки снизить вес (25) и психосоматические жалобы (24, 26–31), обычно возрастают в подростковый период, указывая на то, что это время является важнейшим в формировании различий в состоянии здоровья, которые могут развиваться и сохраняться на протяжении всей жизни. Целенаправленное воздействие на здоровье подростков с учетом гендерного аспекта несет в себе значительный потенциал сокращения гендерных различий в показателях здоровья во взрослой жизни.

Отмечается широкий диапазон гендерных различий между странами. Например, гендерное различие по параметру психологических и физиологических симптомов ярче выражено в странах с низким индексом развития с учетом гендерного фактора (26). Аналогичным образом гендерное различие по показателю состояния опьянения больше в восточно-европейских странах (31). Эти данные подчеркивают необходимость учета социальных факторов на макроуровне при исследовании гендерных неравенств в вопросах здоровья среди подростков (27).

Социально-экономические различия

В ходе исследования HBSC было установлено, что достаток семьи является важным фактором, позволяющим прогнозировать здоровье подростков. Так, более низкий достаток может ограничивать возможности семей в выборе здоровых форм поведения, например в плане употребления фруктов и овощей (32–34) и участия в платных занятиях, связанных с физической активностью (35, 36). Мальчики и девочки, живущие в семьях с низким уровнем дохода, с меньшей вероятностью имеют надлежащий доступ к ресурсам здоровья (37) и с большей вероятностью подвержены психосоциальному стрессу, что обуславливает неравенства в вопросах здоровья по показателю самооценки здоровья и благополучия (38). Многие из этих показателей неравенства сохраняются или со временем усугубляются (39, 40). Более глубокое представление об этих последствиях может позволить установить причины социально-экономических различий в состоянии здоровья взрослых, а также помочь определить возможные пути возникновения и сохранения неравенств в отношении 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 своей семьи (27, 30, 40–44).

Различия между странами в отношении состояния здоровья

Между странами и областями также наблюдаются различия в состоянии здоровья и его социальных детерминантах. За 30 лет проведения исследований HBSC стало возможным проследить, как меняется состояние здоровья и образ жизни в контексте политических и экономических перемен. Например, за период между исследованиями HBSC 1997/1998 гг. и 2005/2006 гг. частота случаев опьянения среди подростков возросла в среднем на 40% во всех участвовавших в исследовании восточно-европейских странах; в то же время этот показатель снизился в среднем на 25% в 13 из 16 стран Западной Европы и Северной Америки. Эти тенденции можно отнести на счет мер политики по ослаблению или усилению ограничений производства и сбыта алкоголя (45), а также на счет изменений в социальных нормах и экономических факторах. Эти данные подчеркивают необходимость учета социальных обстоятельств и их возможных воздействий — как позитивных, так и негативных — на здоровье юного поколения.

Хотя географические особенности не анализировались в настоящем отчете, представленные в главах 2–5 карты позволяют сопоставить страны и области. Будущие публикации HBSC могут способствовать дальнейшему исследованию различий между странами по географическому положению.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Ряд данных позволяет предположить, что защитные механизмы и ресурсы, формируемые в рамках ближайшего социального окружения подростков, могут смягчить воздействие жизненных факторов, в числе которых бедность и лишения, влияющих на неравенства в отношении здоровья (46–48). Понимание того, каким образом социальное окружение служит как фактором защиты, так и фактором риска, может помочь в решении проблем неравенств в вопросах здоровья.

Научные исследования подтверждают тот факт, что подростки могут аккумулировать защитные факторы, способствующие преодолению неблагоприятных ситуаций даже в неблагоприятных обстоятельствах жизни (12). Исследование HBSC обращает внимание на ряд факторов, связанных с разнообразием социального окружения, которые могут создать возможности для улучшения здоровья подростков.

Семья

Общение с родителями является необходимым условием для того, чтобы семья могла играть роль защитного фактора. Поддержка со стороны семьи позволяет подросткам справляться со стрессовыми ситуациями, защищая их от неблагоприятных последствий влияния ряда негативных факторов (49). Мальчики и девочки, сообщающие о легкости общения со своими родителями, также с большей вероятностью обладают положительными показателями здоровья, такими как более высокая самооценка здоровья, большая удовлетворенность жизнью (31), и меньше жалуются на физиологические и психологические проблемы (23). Данные исследования HBSC свидетельствуют о том, что показатели легкости общения с матерью и отцом увеличились за последние годы во многих странах (50).

Поддержка со стороны родителей, сестер, братьев и сверстников является фактором, позволяющим с еще большей точностью прогнозировать позитивное здоровье: чем больше источников поддержки, тем больше вероятность хорошего самочувствия у детей (51). Это говорит о том, что специалистам, работающим в сфере охраны здоровья подростков, следует не только решать вопросы, напрямую связанные с проблемами здоровья, но также учитывать возможность влияния семьи на развитие здоровых привычек.

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 и областей были отмечены территории, где наличие гармоничных взаимоотношений со сверстниками является защитным фактором, положительно влияющим на здоровье подростков, в том числе на уменьшение психологических жалоб (52).

Подростки, активно взаимодействующие со сверстниками, имеют более позитивное восприятие своего здоровья и благополучия, а также ведут более здоровый образ жизни (31). Но одновременно с этим отношения со сверстниками носят неоднозначный характер: с одной стороны, сверстники обеспечивают ценные социальные связи, которые вносят положительный вклад в здоровье и благополучие молодого поколения, а с другой, могут негативно влиять на формирование поведения, сопряженного с риском, такого как курение или употребление алкоголя (53, 54).

Школьная среда

Школьная жизнь может иметь принципиальное значение для развития уважения к себе, восприятия себя как личности и поведения, способствующего здоровью. Данные HBSC показывают, что те подростки, которые воспринимают школу положительно, скорее вырабатывают здоровые привычки и имеют более высокие показатели здоровья, в числе которых высокая самооценка здоровья, высокий уровень удовлетворенности жизнью, небольшое число жалоб на здоровье (55–59) и низкий показатель курения (60). Существование этих зависимостей позволяет предположить, что школа играет важную роль в поддержке благополучия учащихся и защите их от нездоровых привычек и соответствующих последствий.

Микрорайон

Высокий уровень социального капитала в микрорайоне обеспечивает более высокие показатели психического здоровья подростков, формы поведения, способствующие укреплению здоровья, меньшую степень формирования поведения, сопряженного с риском, более высокие показатели общего позитивного восприятия своего здоровья (12, 61) и более высокую степень физической активности (62). Таким образом, одним из средств решения проблемы неравенств в отношении здоровья является наращивание социального капитала в микрорайонах.

Обзор научных данных, полученных в результате исследования HBSC, дает представление о новейших эмпирических результатах и подготавливает почву для понимания их важности и значимости в обсуждениях, касающихся здоровья подростков.

НОВЫЕ ТЕМЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ОТЧЕТ 2013/2014 ГГ.

В рамках исследования HBSC идет постоянный процесс рассмотрения ранее разработанных вопросов и формулирования новых, ответы на которые могут помочь в решении проблем, оказывающих воздействие на здоровье и благополучие подростков. Так, в исследовании 2013/2014 гг. был включен ряд новых тем: поддержка со стороны сверстников и родителей, серьезные травмы, миграция и кибербуллинг. Данные приводятся в основных главах отчета и/или в Приложении.

Поддержка со стороны сверстников и родителей

Социальная поддержка со стороны сверстников и родителей является существенным защитным ресурсом и играет решающую роль в психосоциальном благополучии подростков. К существующим вопросам, касающимся взаимоотношений подростков с родителями и сверстниками, был добавлен ряд новых вопросов, составленных в соответствии с Многомерной шкалой восприятия социальной поддержки (MSPSS) (63). Эта шкала позволяет дать количественную оценку социальной поддержки со стороны родителей и друзей и выявить роль отношений с родителями и сверстниками в жизни подростков.

Серьезный травматизм

В исследовании 2013/2014 гг. было включено три вопроса, касающихся серьезных травм: получал ли подросток за последние 12 месяцев серьезную травму, требующую медицинского вмешательства, такого как наложение швов, гипса, хирургическая операция или пребывание в больнице; где он(а) получил(а) эту серьезную травму; чем он(а) занимался(ась), когда получил(а) эту травму.

Серьезные травмы оказывают существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности. Непреднамеренные травмы (в том числе дорожно-транспортный травматизм, утопления, ожоги и падения) являются основной причиной смерти детей в возрасте 10–19 лет. Дорожно-транспортный травматизм — это основная причина смерти 15–19-летних молодых людей и вторая по значимости причина смерти подростков в возрасте 10–14 лет (18, 64). Серьезные травмы могут требовать госпитализации и лечения, а также приводить к пропуску учебы, инвалидности, физическим и психологическим проблемам, с долговременными последствиями для молодого человека и значительными финансовыми затратами для семьи и общества. Поэтому проведение мониторинга и изучение проблем, связанных с серьезным травматизмом, были определены в качестве приоритетных задач (65). Контроль за уровнем травматизма позволяет выявить закономерность действий, приводящих к тяжелым травмам среди подростков, и их возможные причины. Понимание этих причин помогает выработать правильные превентивные стратегии.

Миграция

В последние годы становится очевидным, что подростки из семей иммигрантов более уязвимы и восприимчивы к снижению уровня материального благополучия и более склонны к поведению, сопряженному с риском для здоровья (66–69). В связи с миграцией в глобальных масштабах и растущим числом молодых людей с иммигрантскими корнями (70) эта тема становится крайне важной проблемой здравоохранения. Поэтому в анкете исследования 2013/2014 гг. появился обязательный вопрос о том, в какой стране родился подросток, его (ее) отец и мать: краткие результаты представлены в таблице Приложения.

Кибербуллинг

В анкету были включены два обязательных вопроса, касающихся кибербуллинга и выясняющих, присылал ли кто-нибудь подростку обидные смс, письма по электронной почте или аналогичные сообщения на стене в социальной сети, создавал сайт, на котором его высмеивал, а также фотографировал ли подростка в неприглядном виде без его разрешения и выкладывал эти фотографии в интернет.

Постоянный доступ к интернету и электронным средствам связи изменил характер взаимодействия и общения подростков. С одной стороны, это открывает широкий спектр возможностей, но с другой, может приводить и к негативным последствиям (71).

Кибербуллинг обычно определяют как систематическое целенаправленное отправление агрессивных сообщений с электронных носителей (например, по электронной почте, в блогах, мгновенных и текстовых сообщениях) в адрес какого-либо лица, которому непросто себя защитить (72). Последствиями кибербуллинга могут стать такие негативные состояния, как тревожность, депрессия, употребление алкоголя или наркотиков, усугубление соматической

симптоматики, пропуски занятий в школе, снижение успеваемости (73, 74). Включение в анкету новых вопросов позволяет отследить распространенность этого нового, вызывающего беспокойство явления и установить его связь с другими аспектами жизни подростков, такими как благополучие, социальные взаимоотношения, успеваемость в школе и поведение, сопряженное с риском для здоровья.

Доступ к данным

С данными, представленными в настоящем отчете, можно ознакомиться на Европейском портале информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (75), а также в приложении ЕРБ ВОЗ для мобильных устройств "Статистика здоровья" (76).

ЛИТЕРАТУРА

1. HBSC [website]. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews; 2015 (<http://www.hbsc.org/>, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
2. Currie C, Inchley J, Molcho M, Lenzi M, Veselska Z, Wild F, editors. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews; 2014 (<http://www.hbsc.org/news/index.aspx?ni=2418>, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
3. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, Nic Gabhainn S et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health* 2009;54:S140–50.
4. Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 г., вступила в силу 2 сентября 1990 г. в соответствии со статьей 49. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 1989 г. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
5. Daniels N, Burke L, O'Donnell A, McGovern O, Kelly C, D'Eath M et al. Expanding the role of young people in research: towards a better understanding of their lives. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie [Public Health and Management]* 2014;12(1):36–44.
6. Gaspar de Matos M, Simões C, Gaspar T, Camacho I, Tome G, Reis M et al. Adolescentes, navegação segura por águas desconhecidas [Adolescents in safe navigation through unknown waters]. Lisbon: Coisas de Ler; 2015.
7. Dzielska A, Salonna F, Małkowska-Szkatnik A, Mazur J, Tabak I, Vorlíček M et al. Are we growing up healthy? Social norms approach to promote healthy adolescent lifestyle in Visegrad as an example of e-health intervention. In: ESRIL 3rd Conference, 17th–18th September 2015, Warsaw, Poland [website]. Warsaw: University of Social Sciences and Humanities; 2015 (http://www.esril2015.org/?page_id=708, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
8. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг., Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
9. Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
10. WHO collaborating centres global database [online database]. Geneva: World Health Organization; undated (<http://apps.who.int/whoccc/>, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
11. Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents: report from the 2006 HBSC/WHO Forum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98231/e89375.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
12. 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 16 ноября 2015 г.).
13. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
14. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health report. London: The Stationery Office; 1998 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
15. Mackenbach J, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge; 2002.
16. Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. Geneva: World Health Organization; 1996 (<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/63119>, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
17. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение 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 16 ноября 2015 г.).
18. Положение детей в мире, 2011 г. Использование возможностей подросткового возраста, Нью-Йорк, ЮНИСЕФ, 2011 г. (http://www.unicef.org/ceecis/sowc_2011_main_report_ru.pdf, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
19. Graham H, Power C. Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework. London: Health Development Agency; 2004 (https://www.nice.org.uk/proxy/?sourceUrl=http%3A%2F%2Fwww.nice.org.uk%2Fnicemedia%2Fdocuments%2Fchildhood_disadvantage.pdf, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
20. Здоровье–2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).

21. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V. 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: National Institute for Health and Clinical Excellence, United Kingdom, Universidad del Desarrollo, Chile; 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
22. Brener ND, Kann L, Garcia D, MacDonald G, Ramsey F, Honeycutt S et al. Youth risk behavior surveillance – selected steps communities, 2005. *MMWR Surveill Summ.* 2007;56(2):1–16.
23. Woodward M, Oliphant J, Lowe G, Tunstall-Pedoe H. Contribution of contemporaneous risk factors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. *Prev Med.* 2003;36(5):561–8.
24. Hurrelmann K, Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *J Public Health* 2006;14:20–8.
25. Ojala K, Vereecken C, Välimaa R, Currie C, Villberg J, Tynjälä J et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2007;4(1):50–60.
26. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001;11(1):4–10.
27. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med.* 2006;62(4):815–27.
28. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res.* 2006;15(10):1577–85.
29. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):151–9.
30. Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kökönyei G et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):260–70.
31. Moreno C, Sánchez-Queija I, Muñoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Bogt TT et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):235–42.
32. Richter M, Vereecken CA, Boyce W, Maes L, Nic Gabhainn S, Currie CE. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health* 2009;54(4):203–12.
33. Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health* 2005;15(3):224–32.
34. Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, Kelly C, Nansel TR, Al Sabbah H et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):180–90.
35. Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, Zambon A, Dalmaso P, Lazzeri G et al. Socio-economic effects on meeting PA guidelines: comparisons among 32 countries. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(4):749–56.
36. Zambon A, Boyce W, Cois E, Currie C, Lemma P, Dalmaso P 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. *Int J Health Serv.* 2006;36(2):309–29.
37. Nic Gabhainn S, Baban A, Boyce W, Godeau E, HBSC Sexual Health Focus Group. How well protected are sexually active 15-year-olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002–2006. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):209–15.
38. Kuusela S, Kannas L, Tynjälä J, Honkala E, Tudor-Smith C. Frequent use of sugar products by schoolchildren in 20 European countries, Israel and Canada in 1993/1994. *Int Dent J.* 1999;49(2):105–14.
39. Moor I, Richter M, Ravens-Sieberer U, Ottova-Jordan V, Elgar FJ, Pfortner T-K. Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: the HBSC study. *Eur J Public Health* 2015;25:557–60.
40. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, de Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015;385(9982):2088–95.
41. Elgar FJ, Roberts C, Parry-Langdon N, Boyce W. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *Eur J Public Health* 2005;15(3):245–50.
42. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med.* 2004;59(1):1–12.
43. Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J et al. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *Int J Obes.* 2009;33(10):1084–93.
44. Elgar FJ, Craig W, Boyce W, Morgan A, Vella-Zarb R. Income inequality and school bullying: multilevel study of adolescents in 37 countries. *J Adolesc Health* 2009;45(4):351–9.
45. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(2):152–8.
46. Blum RW, McNeely C, Nonnemaker J. Vulnerability, risk, and protection. *J Adolesc Health* 2002;31(1):S28–39.
47. Morgan A. Social capital as a health asset for young people's health and wellbeing. *J Child Adolesc Psychol.* 2010;Suppl. 2:19–42.
48. Scales P. Reducing risks and building development assets: essential actions for promoting adolescent health. *J Sch Health* 1999;69(3):13–9.

49. Waylen A, Stallard N, Stewart-Brown S. Parenting and health in mid-childhood: a longitudinal study. *Eur J Public Health* 2008;18(3):300–5.
50. Brooks F, Zaborskis A, Tabak I, del Carmen Granado Alcon M, Zemaitiene N, de Roos S et al. Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):46–50.
51. Molcho M, Nic Gabhainn S, Kelleher C. Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier. *Ir Med J*. 2007;100(8):33–6.
52. Zambon A, Morgan A, Vereecken C, Colombini S, Boyce W, Mazur J et al. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(1):89–95.
53. Kuntsche E. 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. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(2):119–25.
54. Simons-Morton B, Chen RS. Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addict Behav*. 2006;31(7):1211–23.
55. Ravens-Sieberer U, Kokonyet G, Thomas C. School and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O 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, № 4)* (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
56. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(9):692–8.
57. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177–90.
58. Vieno A, Santinello M, Galbiati E, Mirandola M. School climate and well being in early adolescence: a comprehensive model. *Eur J Soc Psychol*. 2004;2:219–37.
59. Freeman JG, Samdal O, Klinger DA, Dur W, Griebler R, Currie D et al. The relationship of schools to emotional health and bullying. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):251–59.
60. Rasmussen M, Damsgaard MT, Holstein BE, Poulsen LH, Due P. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *Eur J Public Health* 2005;15(6):607–12.
61. Boyce WF, Davies D, Gallupe O, Shelley D. Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *J Adolesc Health* 2008;43(3):246–52.
62. Nichol M, Janssen I, Pickett W. Associations between neighborhood safety, availability of recreational facilities, and adolescent physical activity among Canadian youth. *J Phys Act Health* 2010;7(4):442–50.
63. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30–41.
64. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rhaman AKMF et al., editors. *World report on child injury prevention*. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
65. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. *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 24 августа 2015 г.).
66. Stevens GWJM, Vollebergh WAM. Mental health in migrant children. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:276–94.
67. Molcho M, Cristini F, Nic Gabhainn S, Santinello M, Moreno C, Gaspar de Matos M et al. Health and well-being among child immigrants in Europe. *Eurohealth* 2010;16:20–3.
68. Sam DL, Vedder P, Liebkind K, Netod F, Virtae E. Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *Eur J Dev Psychol*. 2008;5:138–58.
69. Walsh SD, Djalovski A, Boniel-Nissim M, Harel-Fisch Y. Parental, peer and school experiences as predictors of alcohol drinking among first and second generation immigrant adolescents in Israel. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:39–47.
70. Strohmeier D, Schmitt-Rodermund E. Immigrant youth in European countries: the manifold challenges of adaptation. *Eur J Dev Psychol*. 2008;5(2):129–37.
71. Holfeld B, Grabe M. Middle school students' perceptions of and responses to cyber bullying. *J Educ Comput Res*. 2012;46(4):395–413.
72. Kowalski RM, Limber SP, Agatston PW. *Cyberbullying: bullying in the digital age*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2012.
73. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull*. 2014;140(4):1073.
74. Mitchell KJ, Ybarra M, Finkelhor D. The relative importance of online victimization in understanding depression, delinquency, and substance use. *Child Maltreat*. 2007;12(4):314–24.
75. Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. (<http://portal.euro.who.int/ru/>, по состоянию на 30 ноября 2015 г.).
76. Приложение "Статистика здоровья" [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/the-european-health-statistics-app>, по состоянию на 30 ноября 2015 г.).

НЕРАВЕНСТВА В ПЕРИОД ВЗРОСЛЕНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ
В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ

В отчете представлены результаты исследования HBSC 2013/2014 гг. по 42 странам и областям. Данные получены из ответов на обязательные вопросы анкеты, которые используются во всех странах и областях.

Помимо данных о распространенности широкого ряда индикаторов здоровья и других аспектов, связанных со здоровьем, по каждой стране/области в отдельности, в отчете также дается описание межнациональных закономерностей по величине и различиям в показателях между подгруппами. Для систематического выявления значимых различий по показателям здоровья и благополучия в разбивке по возрастным группам, по полу и уровню достатка семьи используются методы статистического анализа. Полученные итоговые данные представлены в главах 2–5, а более подробная информация по методам анализа приводится в Приложении.

Из некоторых стран и областей данные по ряду индикаторов не были получены. Ряд стран, среди которых Гренландия и Норвегия, исключили вопросы по темам деликатного характера, таким как, например, сексуальное здоровье.

ВИДЫ ИЗУЧАЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

В главах 2–5 рассматриваются четыре вида индикаторов:

- социальная среда, включающая семью, сверстников и школу, которые часто играют роль защитных факторов;
- показатели здоровья, характеризующие уровень здоровья и благополучия на момент проведения исследования;
- поведение, способствующее здоровью, то есть виды деятельности, которые потенциально могут позитивно влиять на здоровье;
- поведение, сопряженное с риском для здоровья, то есть виды деятельности, которые потенциально могут нанести вред здоровью.

Каждая глава содержит следующие подразделы:

- краткое обоснование важности рассматриваемой темы и изложение уже имеющейся по этому вопросу информации со ссылками на научную литературу;
- описание того, каким образом индикаторы были измерены;
- столбчатые гистограммы, демонстрирующие связь между достатком семьи и каждым из индикаторов;
- столбчатые гистограммы, демонстрирующие результаты по странам в разбивке по возрастному и гендерному признакам;
- карты, иллюстрирующие различия между странами среди 15-летних подростков;
- краткое описание связи каждого индикатора с возрастом, гендерной принадлежностью и достатком семьи во всех странах и краткое представление результатов;
- научное обсуждение с объяснением результатов на основе соответствующей научной литературы;
- практическое значение для политики, то есть какие меры и действия могут предпринимать лица, формирующие политику, на основе полученных данных.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Стремительные изменения, происходящие в физическом и психическом развитии детей на протяжении всего подросткового периода, позволяют ожидать различий в ответах на вопросы о здоровье и благополучии школьников в зависимости от возраста и пола. Столбчатые гистограммы представляют данные по мальчикам и девочкам в каждой возрастной группе (11-, 13- и 15-летние), отдельно для каждой страны и области, в порядке убывания значений показателей (совокупно для мальчиков и девочек). Средние данные по HBSC, представленные в гистограммах, основаны на методе равномерного распределения весов в отношении каждой страны или области, независимо от различий в размере полученной выборки или населения страны. Процентное значение округлено до ближайшего целого числа.

При трактовке различий исследователи, так же как и в гистограммах, основывались на округленных значениях показателей до целого числа. Так, действительная разница в 10,3 процентных пункта считается разницей в 10 процентных пунктов, а разница в 10,6 – разницей в 11 процентных пунктов. Это имеет значение для интерпретации различий: для того чтобы разница превышала 10%, округленное значение разницы должно быть как минимум 11.

Важно не придавать чрезмерного значения некоторым результатам ранжирования. Часто соседние страны и области разделяет разница лишь в несколько процентных пунктов, и эти различия в показателях могут не быть статистически значимыми. Страны, выделенные жирным шрифтом, — это те страны, где отмечено значимое гендерное различие в показателях.

ДОСТАТОК СЕМЬИ

Достаток семьи является устойчивой детерминантой здоровья подростков. Факт улучшения здоровья и благополучия вследствие улучшения материального состояния отмечается во многих культурах на протяжении всего жизненного цикла (1). Такая социальная закономерность проявляется достаточно рано и формирует неравенство в социальном развитии, образовании, занятости и состоянии здоровья в зрелые годы. Подростковый период нечасто попадает в сферу внимания политики в области охраны здоровья по причине кажущегося отсутствия проблем, в то время как надежная доказательная база свидетельствует о том, что здоровье и социальные неравенства в отношении здоровья в значительной мере берут свое начало в детском и подростковом возрасте и прослеживаются до поздних этапов жизни.

При изучении социальных неравенств в отношении здоровья подростков необходимо изучать социально-экономические условия их жизни с учетом возрастных особенностей. В исследование 2013/2014 гг. включены шесть вопросов для оценки общего материального благосостояния:

- В вашей семье есть автомобиль, микроавтобус или грузовик? (Ответы: нет; да, один; да, два или больше);
- У тебя есть собственная комната? (нет; да);
- Как часто на протяжении последних 12 месяцев ты выезжал(а) из своей страны/населенного пункта [укажите название] на праздники/каникулы вместе с семьей? (не выезжал(а) вообще; один раз; два раза; более двух раз);
- Сколько компьютеров имеет ваша семья? (ни одного; один; два; больше двух);
- Есть ли у тебя дома посудомоечная машина? (нет; да);
- Сколько в вашем доме ванных комнат (комната, где есть ванна/душ или и то и другое)? (ни одной; одна; две; больше двух).

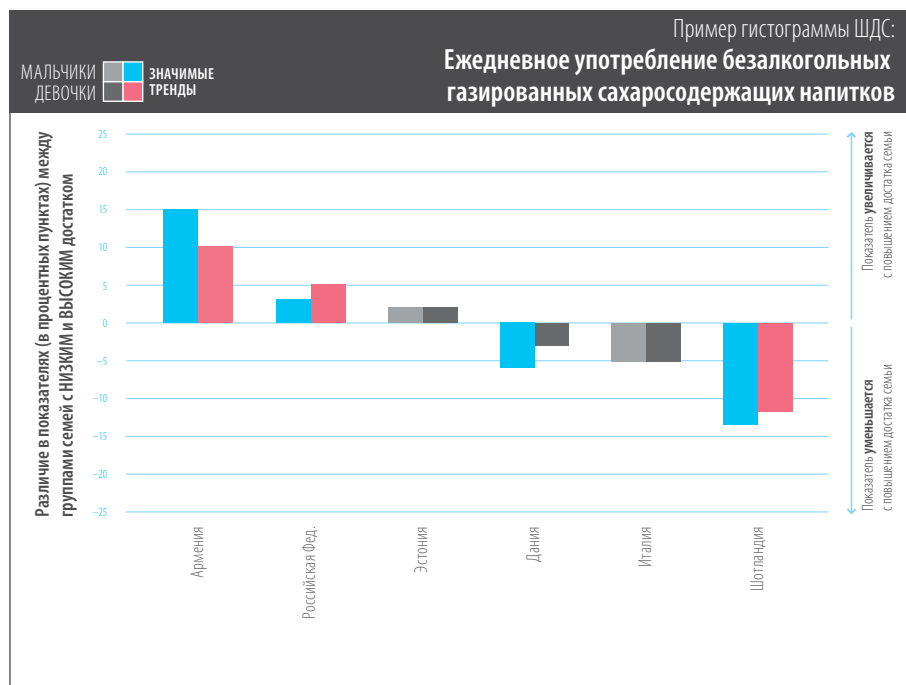
Ответам присваиваются определенные значения по балльной системе, баллы суммируются и в итоге получается определенная сумма баллов в соответствии со Шкалой достатка семьи (ШДС) (2–4).

Ответы на эти вопросы используются для определения относительного социально-экономического положения семьи в обществе путем сравнения суммы баллов одного подростка в соответствии с ШДС с суммой баллов всех остальных респондентов в данной стране/области. Полученная в результате ридит-анализа цифра, обозначающая относительный достаток, используется для разделения семей подростков на группы по уровню достатка в каждой стране/области: нижние 20% (низкий достаток), средние 60% (средний достаток) и верхние 20% (высокий достаток).

Данный подход к оценке неравенств в вопросах здоровья отличается от подхода, который использовался в предыдущих исследованиях и отчетах HBSC, где для разделения семей подростков на группы высокого, среднего и низкого достатка использовались стандартные граничные критерии. В связи с значительной неоднородностью уровней благосостояния стран, участвующих в исследовании HBSC (в 2013 г. валовой внутренний продукт на душу населения варьировался от 2244 долл. США (Республика Молдова) до 110 665 долл. США (Люксембург) (5)), такое разделение на группы по абсолютной величине достатка приводит к неравномерному распределению, тем самым затрудняя интерпретацию неравенств в отношении здоровья. Выравнивая распределение низкого, среднего и высокого относительного достатка семьи в данном отчете, исследователи фактически не обращают внимания на различия между странами/областями в абсолютных показателях бедности и уровня жизни. Хотя в процентном отношении число подростков в группах низкого, среднего и высокого достатка одинаково во всех странах/областях, распределение материальных благ неодинаково. Таким образом, один и тот же суммарный балл по Шкале достатка семьи может соответствовать среднему достатку в стране с высоким уровнем дохода и высокому достатку в стране с низким уровнем дохода.

Интерпретация столбчатых гистограмм ШДС

Столбчатые гистограммы в главах 2–5 отражают связь между достатком семьи и различными показателями. На них можно видеть, увеличивается или снижается показатель по мере повышения достатка семьи — при этом величина каждого различия соответствует высокому и низкому достатку, а также наблюдается ли статистически значимый линейный тренд среди групп низкого, среднего и высокого достатка.



Источник: Currie и др. (6). Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют 20% семей с наименьшим достатком и 20% семей с наивысшим достатком в каждой стране/области.

Выше приводится пример гистограммы, на которой представлены только шесть стран. На ней показано, что доля подростков Армении, ежедневно употребляющих безалкогольные газированные сахаросодержащие напитки, выше среди детей из семей с более высоким достатком, что обозначается столбцами выше линии 0% (то есть положительная зависимость). Этот положительный линейный тренд статистически значим 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 этого показателя между группами подростков из семей с высоким и низким достатком. В данном случае доля мальчиков из семей с высоким достатком, ежедневно употребляющих прохладительные подслащенные напитки, почти на 15 процентных пунктов выше, чем из семей с низким достатком.

Эти показатели в Российской Федерации и Эстонии также выше среди подростков из семей с высоким достатком, но различия в Эстонии невелики, и статистически значимый тренд не установлен. Рост этого показателя по мере увеличения достатка семьи в Российской Федерации является статистически значимым только для девочек. Столбцы, окрашенные серым цветом, означают отсутствие статистически значимого линейного тренда для показателей в группах с низким, и с высоким достатком семьи (темно-серый цвет — мальчики и светло-серый — девочки).

Эта зависимость имеет противоположное значение в Дании, Италии и Шотландии, где показатель ежедневного употребления безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков ниже среди подростков из семей с более высоким достатком, что обозначено столбцами, располагающимися ниже линии 0% (то есть отрицательная зависимость). Степень уменьшения показателя по мере увеличения дохода семьи в Шотландии особенно велика, при этом разница между подростками из семей с низким и высоким достатком превышает 10 процентных пунктов. Это различие отражено в статистически значимом линейном тренде (столбцы окрашены красным и голубым цветом). Хотя в Дании и Италии наблюдается одна и та же тенденция, статистически значимыми являются результаты лишь среди мальчиков, живущих в Дании.

ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Для большинства индикаторов состояния здоровья представлены географические карты. На них указан широкий диапазон особенностей распределения показателей по странам Европы и Северной Америки, а также отражены различия между странами и гендерные закономерности. Граничные точки между цветовыми полосками фиксированы: различие между двумя странами/областями, обозначенными разными цветовыми оттенками, может составлять лишь несколько процентных пунктов.

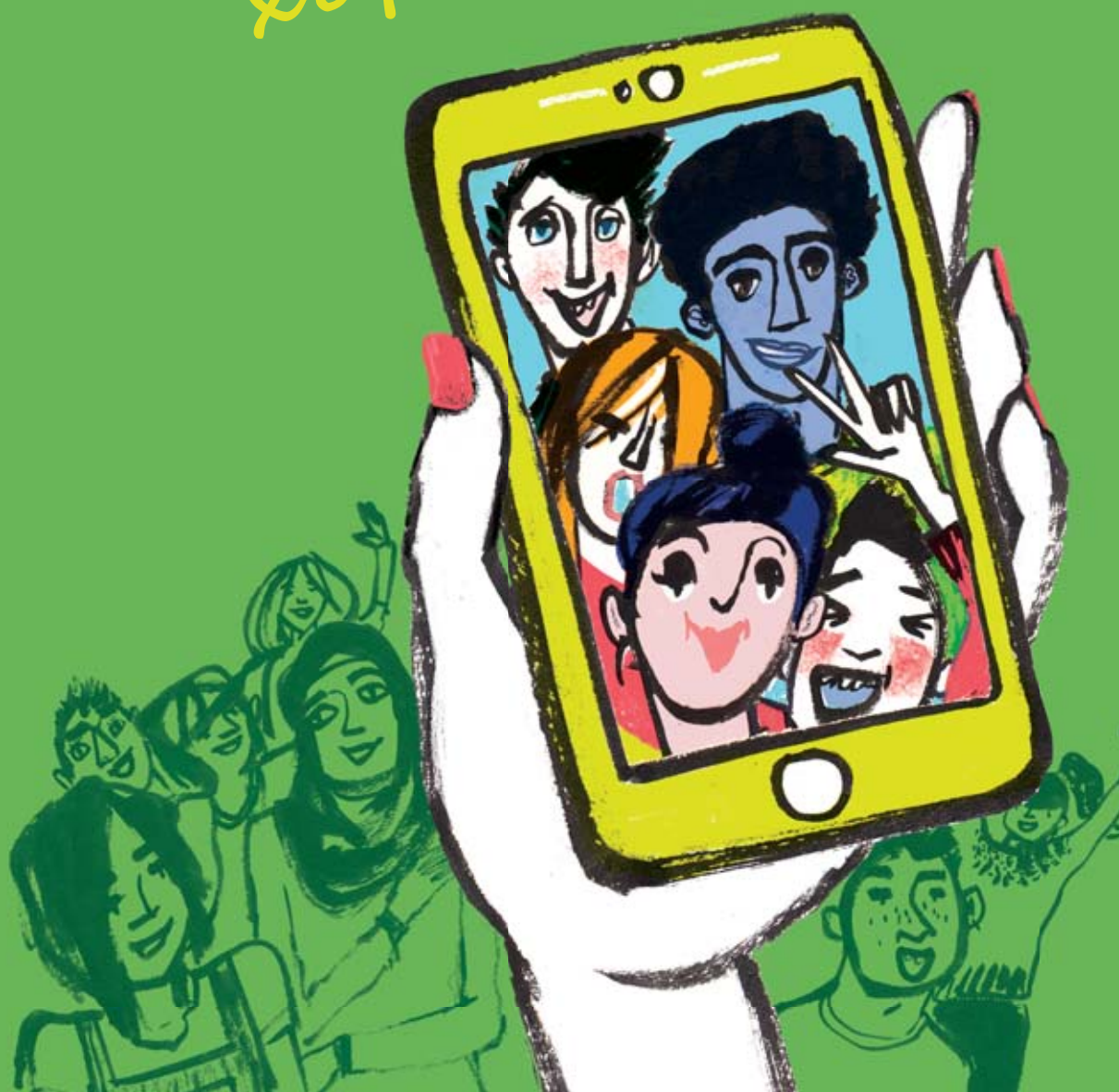
ЛИТЕРАТУРА

1. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641–52.
2. Elgar FJ, McKinnon B, Torsheim T, Schnohr CW, Mazur J, Cavallo F, Currie C. Patterns of socioeconomic inequality in adolescent health differ according to the measure of socioeconomic position. *Soc Indic Res.* 2015;doi:10.1007/s11205-015-0994-6.
3. Hartley JEK, Leven K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS Development Study. *Child Indic Res.* 2015;doi:10.1007/s12187-015-9325-3.
4. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, et al. Psychometric validation of the revised Family Affluence Scale: a latent variable approach. *Child Indic Res.* 2015;doi:10.1007/s12187-015-9339-x.
5. Data. GDP per capita (current US\$) [online database]. Washington (DC): The World Bank; 2015 (<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, по состоянию на 13 ноября 2015 г.).
6. Currie D. и др. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

СЕМЬЯ
СВЕРСТНИКИ
ШКОЛА

*"Когда есть
друг, то все
хорошо".*



ВЫСКАЗЫВАНИЯ ПОДРОСТКОВ О СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ

“Важно, чтобы тебе было с кем поговорить, если у тебя проблемы, например стресс, проблемы с друзьями или если обижают в школе”.

“Мне кажется, очень важно, чтобы проблемы можно было обсуждать с друзьями, для этого они и существуют. Ты рассказываешь им о своих неприятностях, и они могут помочь с ними справиться. Еще иногда кажется, что родители не всегда могут понять тебя и твои проблемы, так что здорово, когда у тебя есть кто-то, кто тебя знает и понимает”.

“Очень важно, чтобы у человека были друзья, которым можно довериться, когда трудно”.

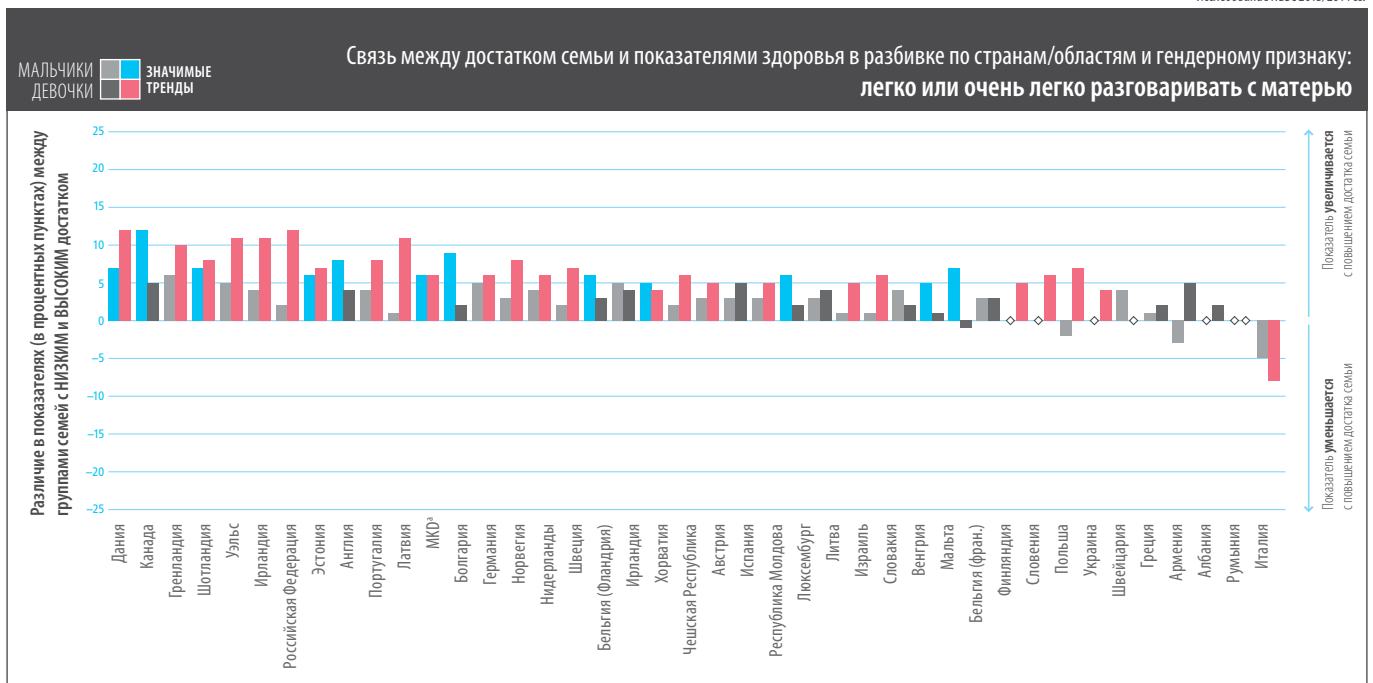
СЕМЬЯ: ОБЩЕНИЕ С МАТЕРЬЮ

Общение с родителями является одним из основных ресурсов, благодаря которым семья функционирует как защитный механизм, предоставляющий молодому поколению возможность справляться со стрессовыми ситуациями и защищающий его от неблагоприятных влияний. Легкость общения подростка с матерью положительно влияет на уровень удовлетворенности жизнью (1). Негативное воздействие использования электронных средств связи на удовлетворенность жизнью в подростковый период также смягчается поддержкой родителей (2).

Подростки, сообщающие о том, что им легко общаться с матерью, с меньшей вероятностью будут курить (3), часто употреблять алкоголь (4) или вести сексуальную жизнь (5). Общение с родителями также положительно влияет на их пищевые предпочтения и физическую активность (6).

Общение в семье является показателем социальной поддержки и взаимосвязи между членами семьи (7). Легкость в общении с родителями способствует самораскрытию ребенка, которое может считаться показателем наиболее эффективных форм родительского контроля (осведомленности родителей о местонахождении ребенка, его занятиях и круге общения) и препятствовать такому поведению подростков, которое представляет риск для здоровья (8).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, насколько им легко разговаривать с матерью о вещах, которые их действительно беспокоят. Варианты ответов варьировались от очень легко до очень трудно.

Дополнительные данные о характере общения в семье приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные, представленные здесь, отражают долю респондентов, сообщивших, что им легко или очень легко разговаривать с матерью.

Возрастные различия

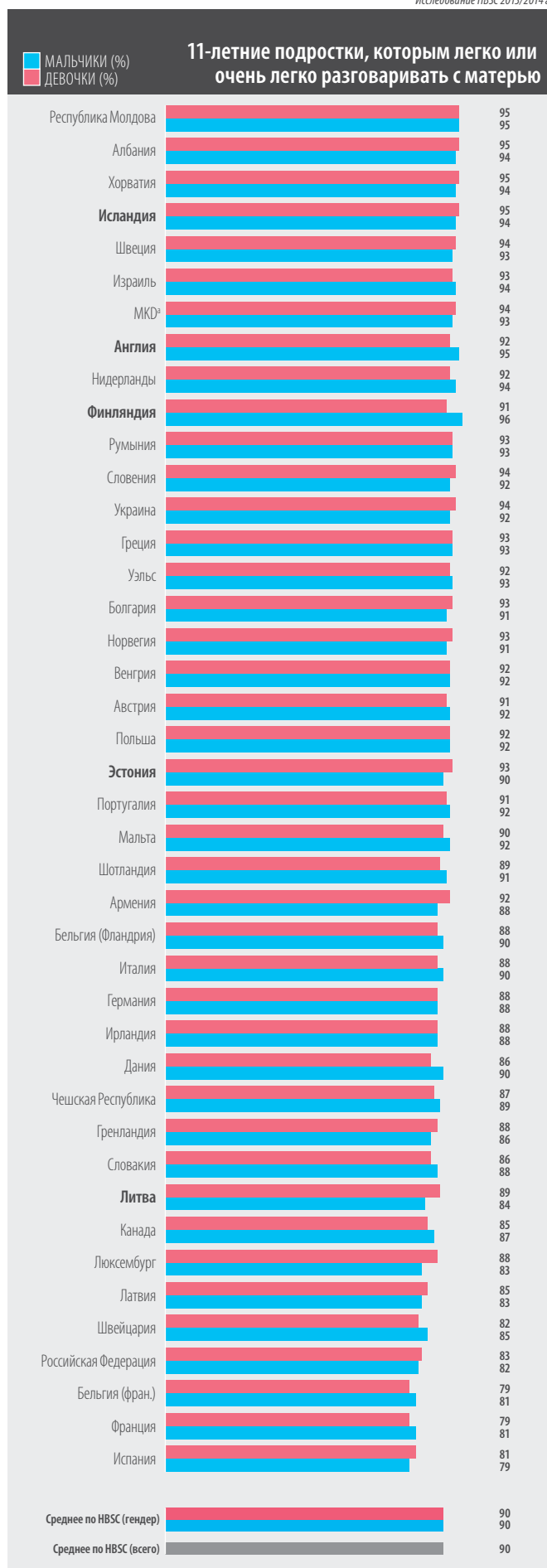
Почти во всех странах и областях среди мальчиков и девочек в возрасте от 11 до 15 лет было обнаружено существенное снижение показателей легкости общения с матерью. Наиболее высокие отрицательные показатели (в процентах) для мальчиков были отмечены в Англии и Литве (среди 13-летних мальчиков по сравнению с 11-летними), а также в Греции, Франции и Шотландии (среди 15-летних в сравнении с 13-летними). Очень высокие значения отрицательной разницы наблюдались среди девочек в период с 11 до 13 лет и с 13 до 15 лет в Англии, Бельгии (Фландрия) и Франции. Также были зафиксированы два исключения: небольшое увеличение показателей среди мальчиков в возрасте 13 лет по сравнению с 11-летними в Ирландии и среди девочек в возрасте 15 лет по сравнению с 13-летними в Гренландии.

Гендерные различия

Различия в показателях по гендерному признаку невелики, не было выявлено каких-либо четких закономерностей. Несмотря на то что некоторые различия были существенными, ни одно из них не превышало 10 процентных пунктов.

Достаток семьи

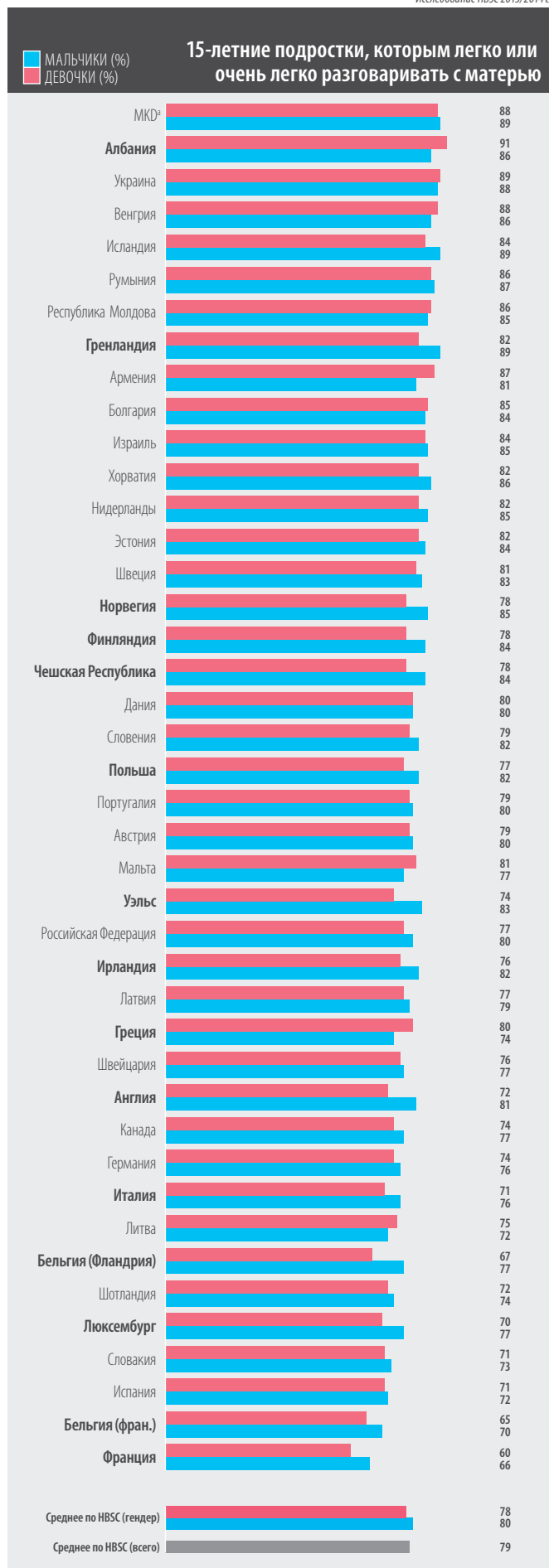
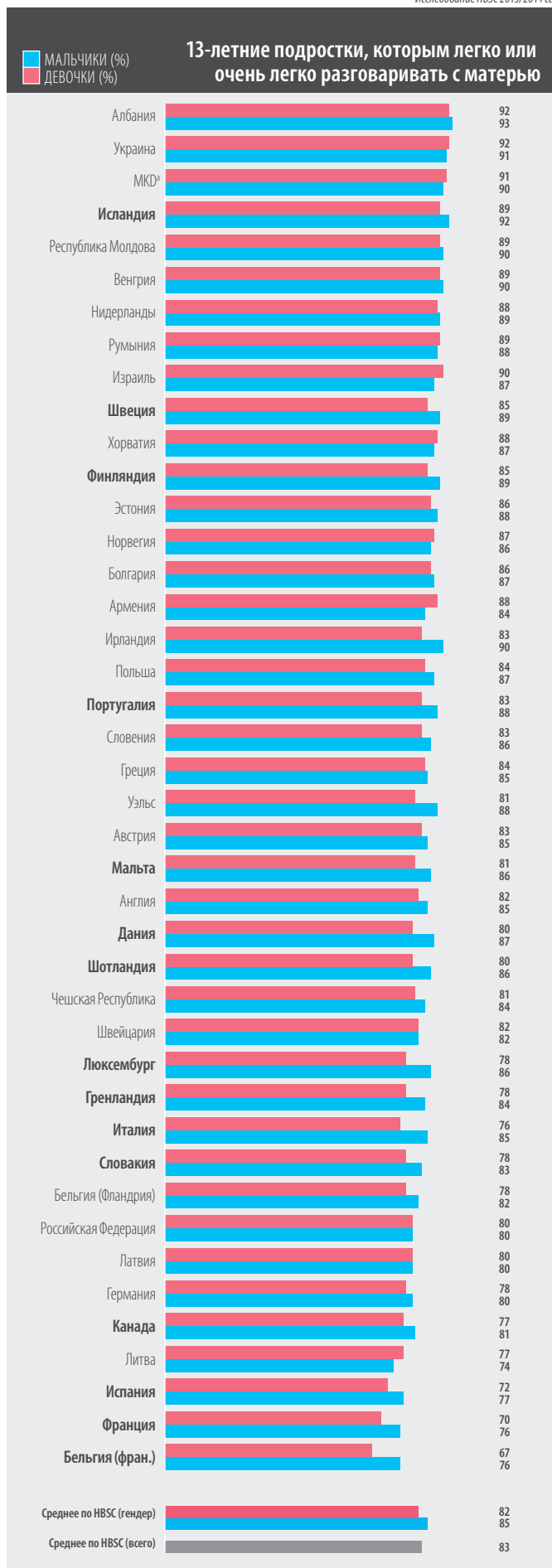
В большинстве стран и областей наблюдаются соразмерные процентные показатели среди мальчиков из групп разного достатка, сообщающих о легкости общения с матерью. В 12 странах отмечается положительная зависимость показателей легкости общения с матерью от уровня достатка семьи: мальчики из семей с более высоким достатком с большей вероятностью сообщают о легкости общения с матерью. Среди девочек такая зависимость была установлена более чем в половине стран и областей. Как и мальчики, девочки из семей с более высоким достатком чаще сообщают о легкости общения с матерью. Италия стала заметным исключением: здесь легкость общения с матерью в большей степени отмечается среди девочек из малообеспеченных семей.



* Бывшая югославская Республика Македония.

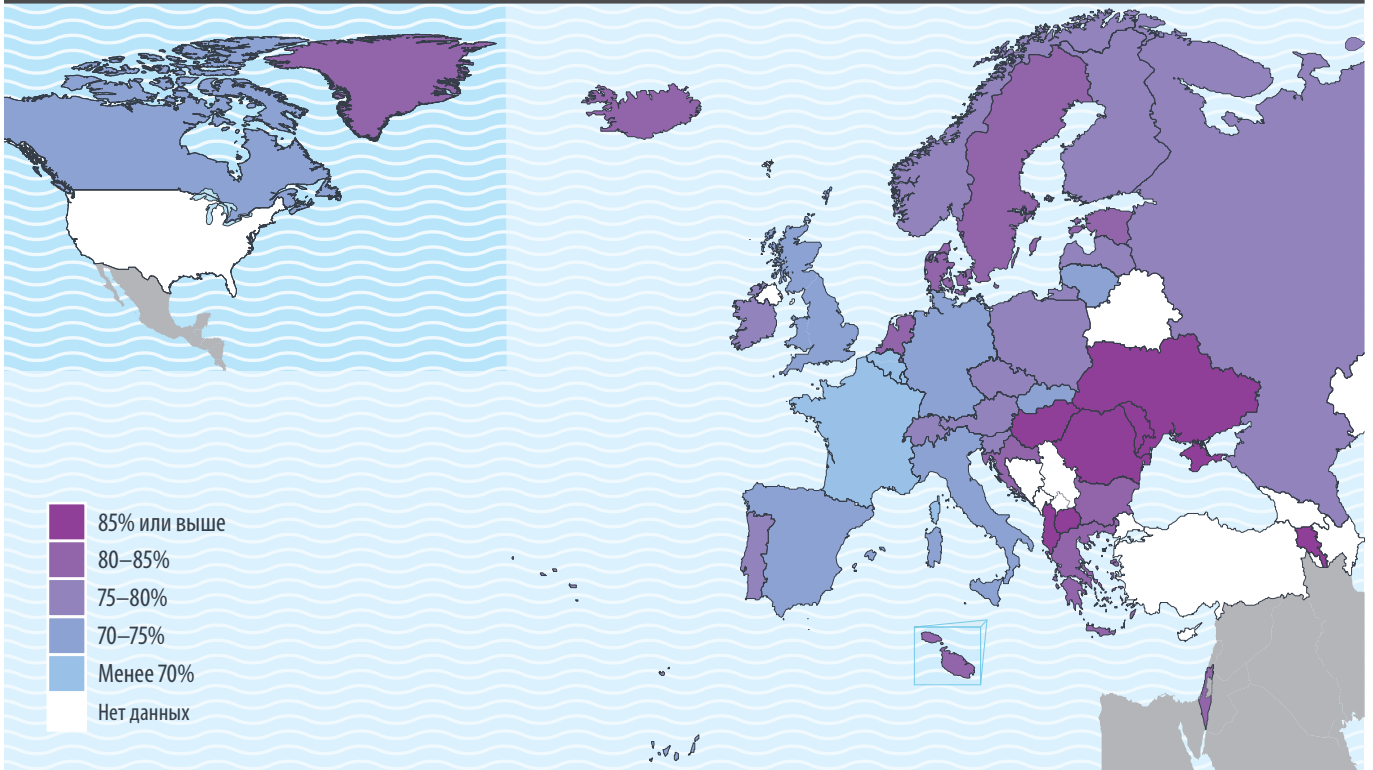
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



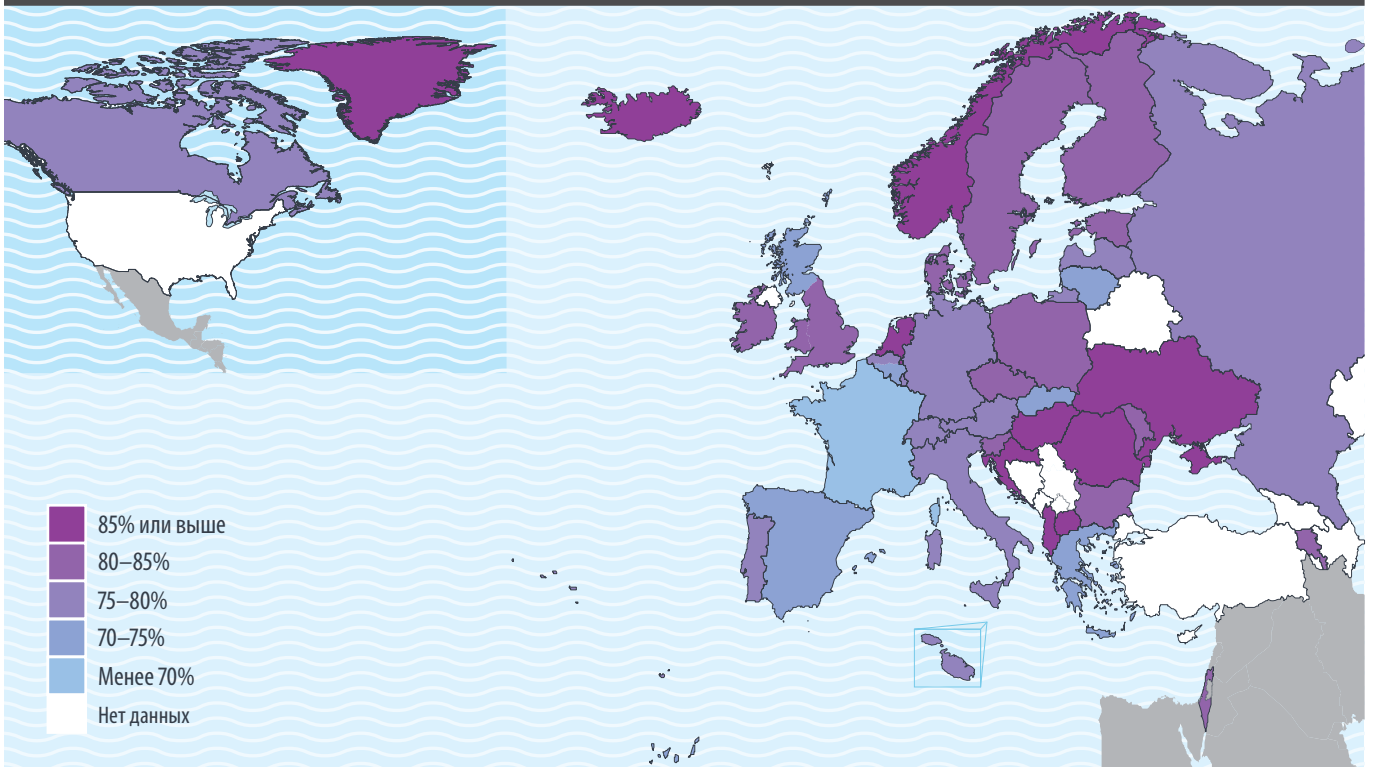
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при p<0,05).

15-летние девочки, которым легко или очень легко разговаривать с матерью



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

15-летние мальчики, которым легко или очень легко разговаривать с матерью



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

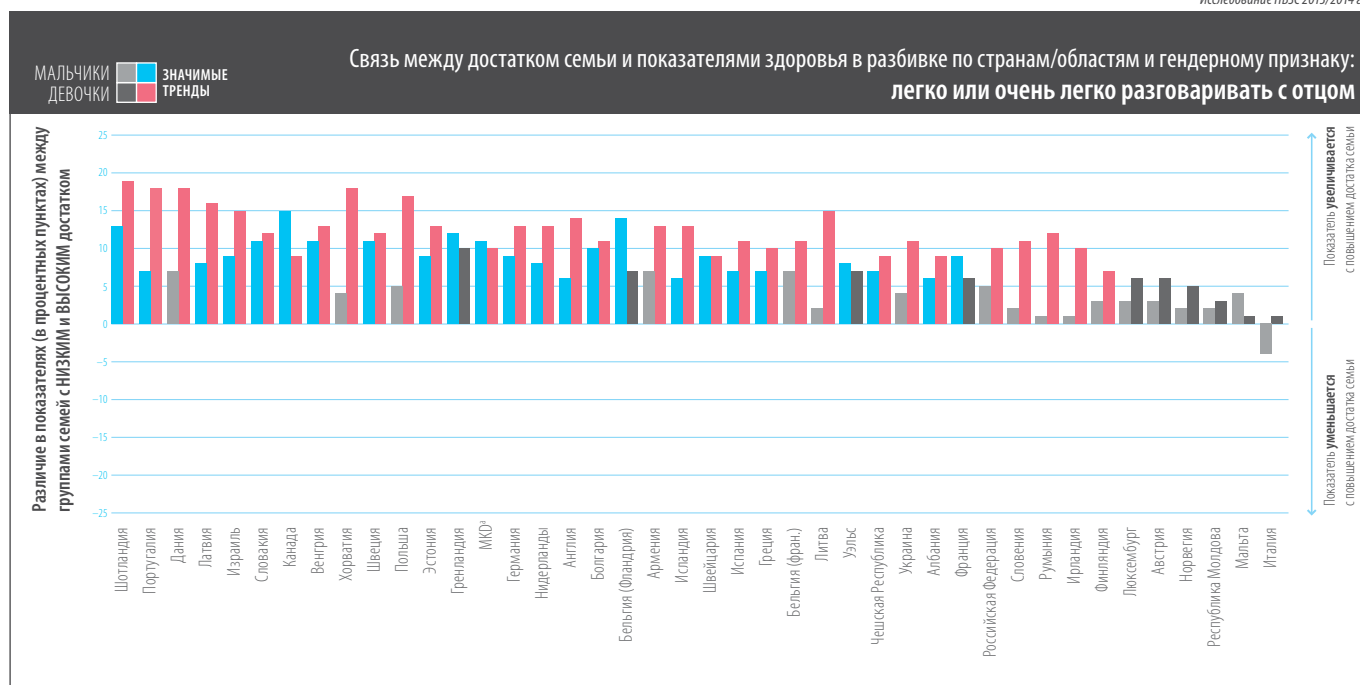
СЕМЬЯ: ОБЩЕНИЕ С ОТЦОМ

Благополучие ребенка является важным показателем его гармоничных отношений с отцом. Легкость общения с отцом благоприятно влияет на поддержание эмоционального благополучия, чувства собственного достоинства и положительного восприятия своего тела, особенно среди девочек (9–13).

По всей видимости, общение с отцом или человеком, обладающим авторитетом отца, по-разному влияет на мальчиков и девочек (14). Вследствие трудностей в общении с отцом возникают проблемы с интернализацией, что особенно типично для девочек (15); напротив, ощущение близкого контакта, привязанность к отцу и «открытый» стиль общения снижают вероятность поведенческих проявлений среди девочек, сопряженных с риском для их здоровья (16).

Есть данные о том, что неполноценный характер отношений с человеком, олицетворяющим фигуру отца, позволяет прогнозировать развитие негативных эмоций, таких как агрессия у мальчиков и эмоциональные трудности у девочек (12, 17).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание: Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, насколько им легко разговаривать с отцом о вещах, которые их действительно беспокоят. Варианты ответов варьировались от очень легко до очень трудно.

Дополнительные данные о характере общения в семье приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные, представленные здесь, отражают долю респондентов, сообщивших, что им легко или очень легко разговаривать с отцом.

Возрастные различия

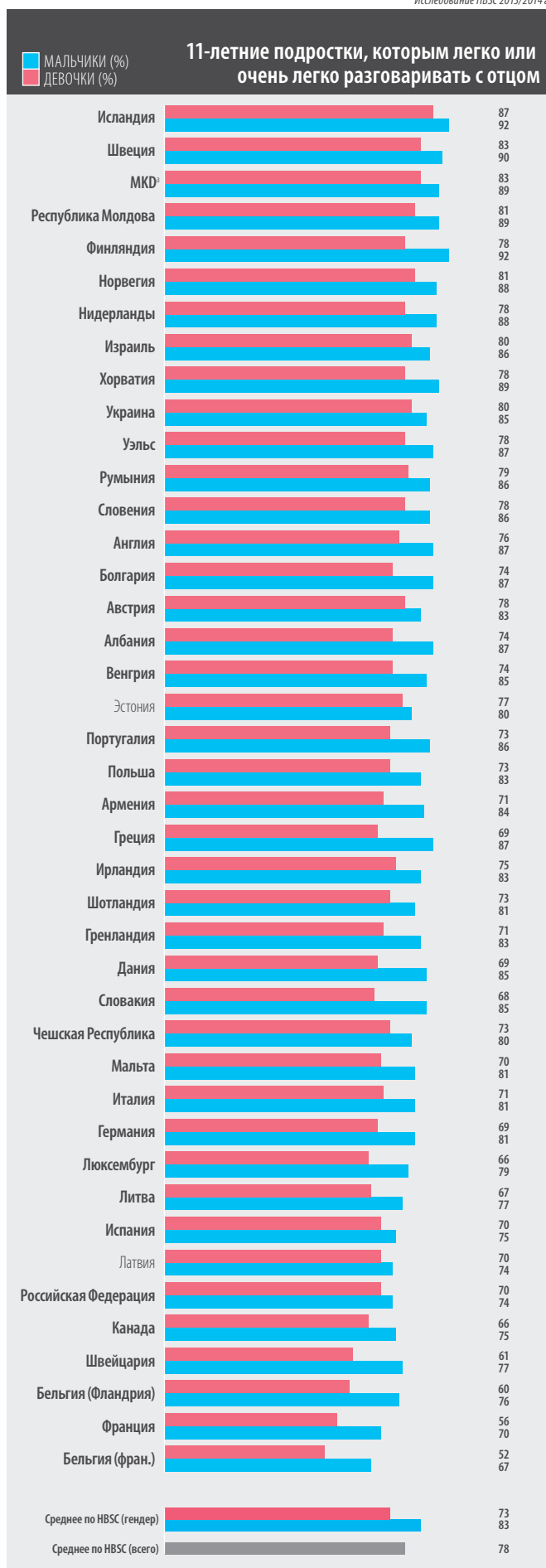
Во всех странах и областях показатели легкости общения с отцом снижались по мере взросления как среди девочек, так и среди примерно 80% мальчиков. Обусловленные взрослением негативные изменения в показателях свыше 10 процентных пунктов наблюдались примерно в половине стран среди мальчиков и почти во всех странах среди девочек.

Гендерные различия

Во всех странах и областях мальчики всех возрастов чаще сообщали о том, что им легко общаться с отцом. Различие в показателях по гендерному признаку составляло свыше 15 процентных пунктов почти во всех странах и областях среди подростков в возрасте 13 и 15 лет. Почти во всех странах и областях о легкости общения сообщали от 70 до 90% 13-летних мальчиков, однако такие показатели среди девочек были зафиксированы лишь в некоторых странах и областях.

Достаток семьи

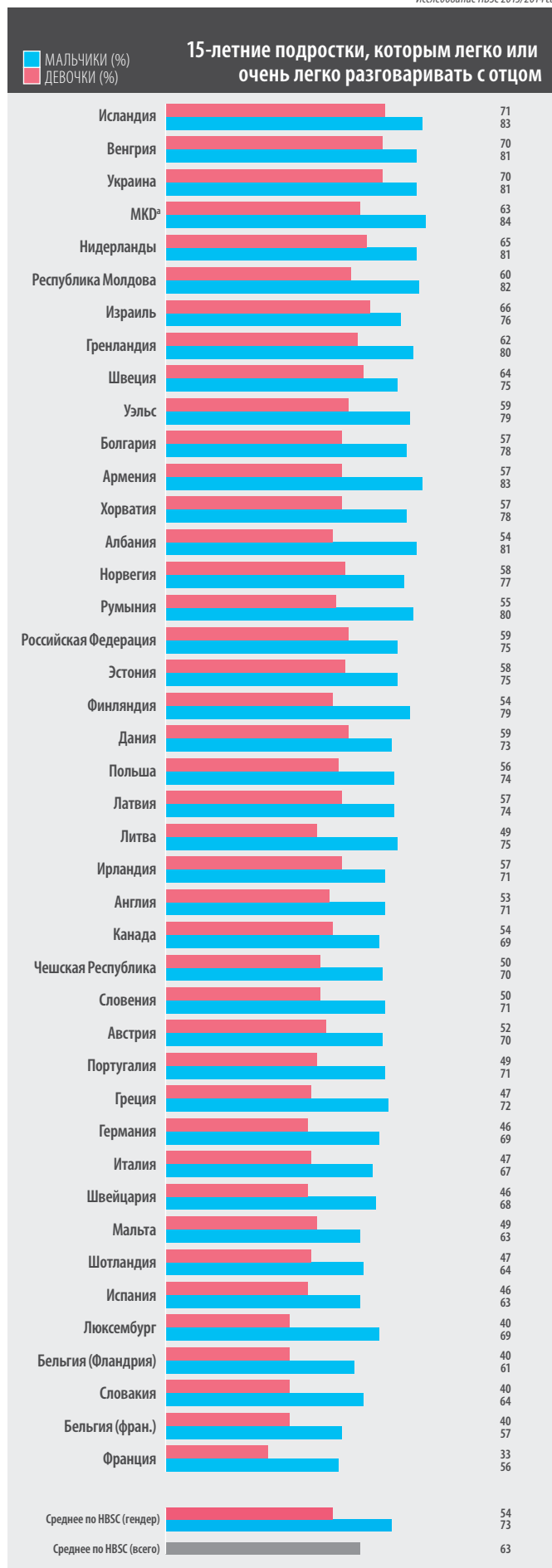
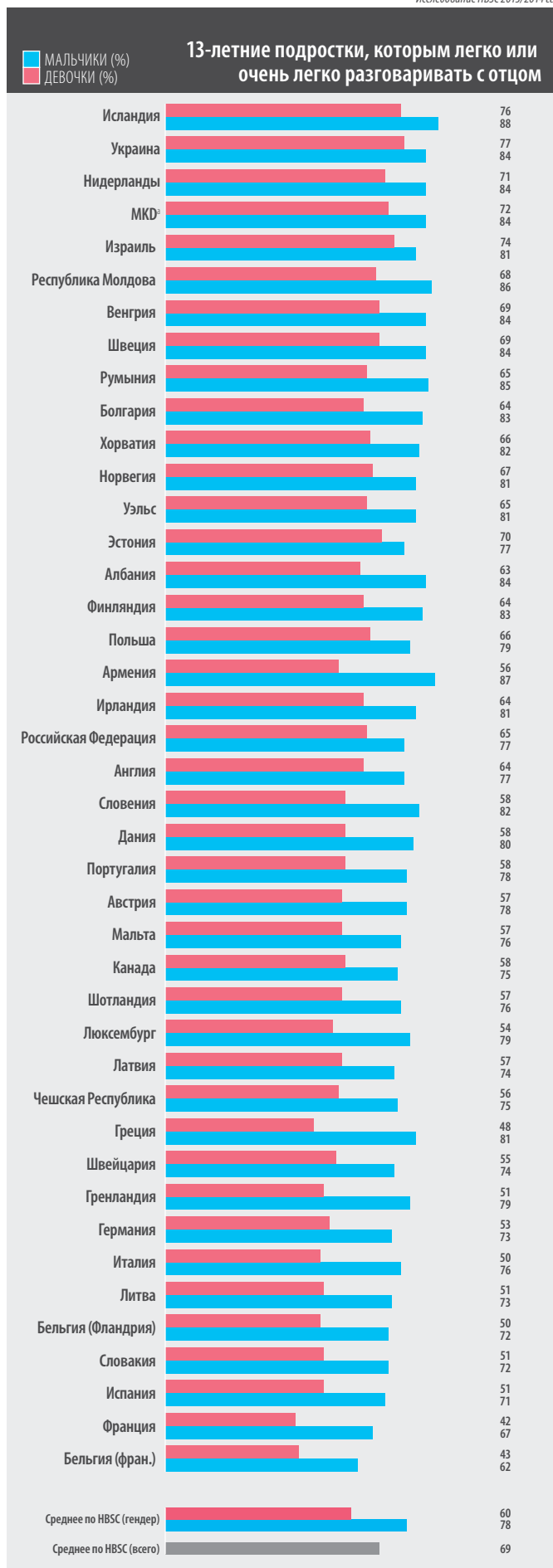
В 75% стран и областей среди девочек и в 50% стран и областей среди мальчиков отмечалась корреляция между легкостью общения с отцом и более высоким уровнем материального благосостояния семьи. Различия в показателях составляли более 10 процентных пунктов в большинстве стран и областей среди девочек и менее чем в четверти — среди мальчиков.



* Бывшая югославская Республика Македония.

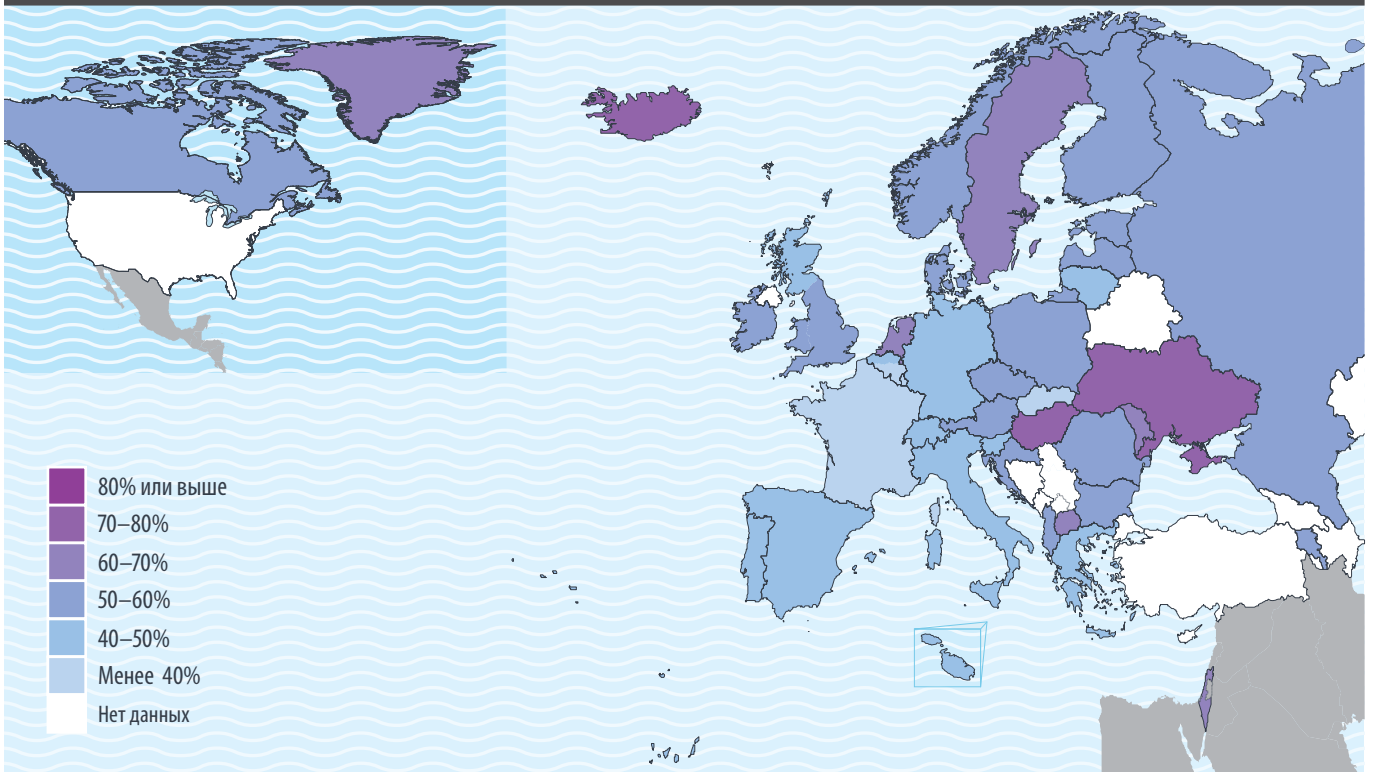
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



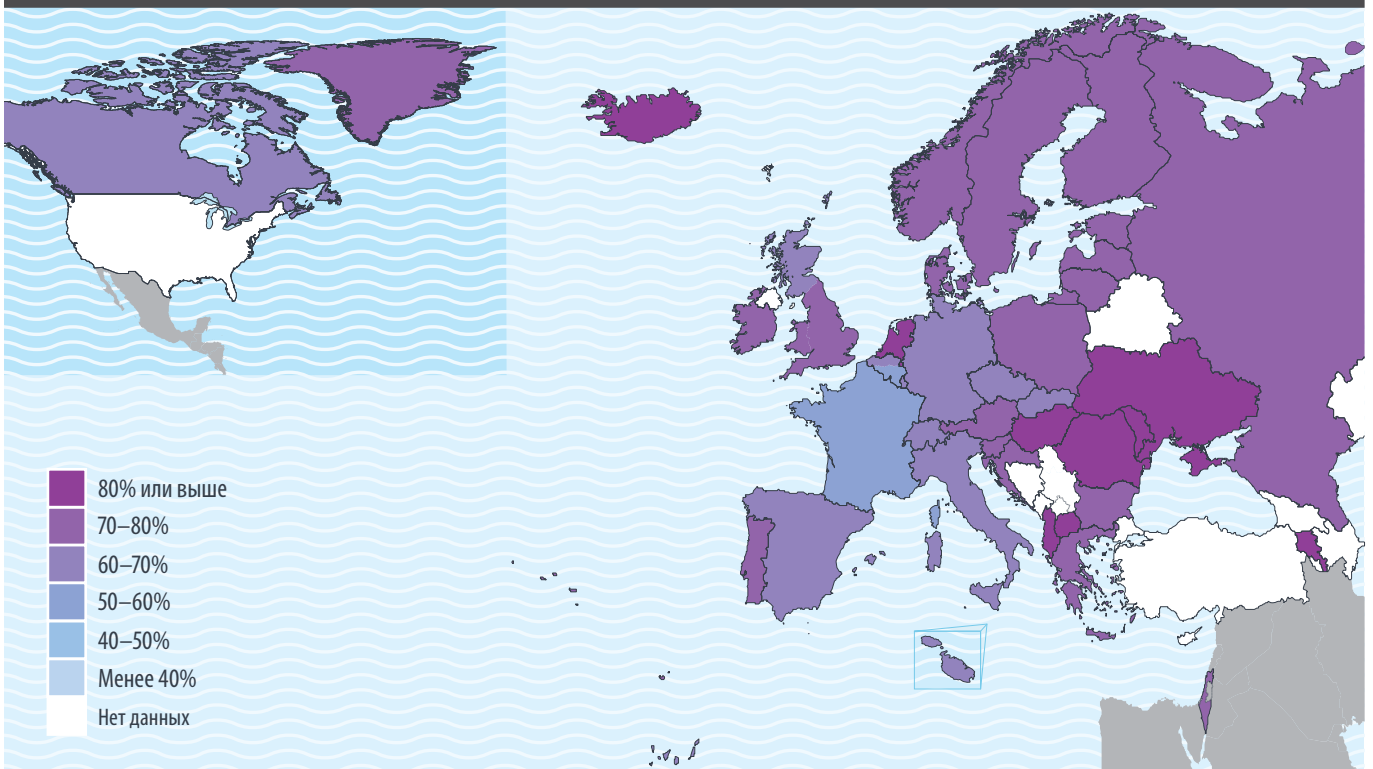
Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при p<0,05).

15-летние девочки, которым легко или очень легко разговаривать с отцом



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

15-летние мальчики, которым легко или очень легко разговаривать с отцом

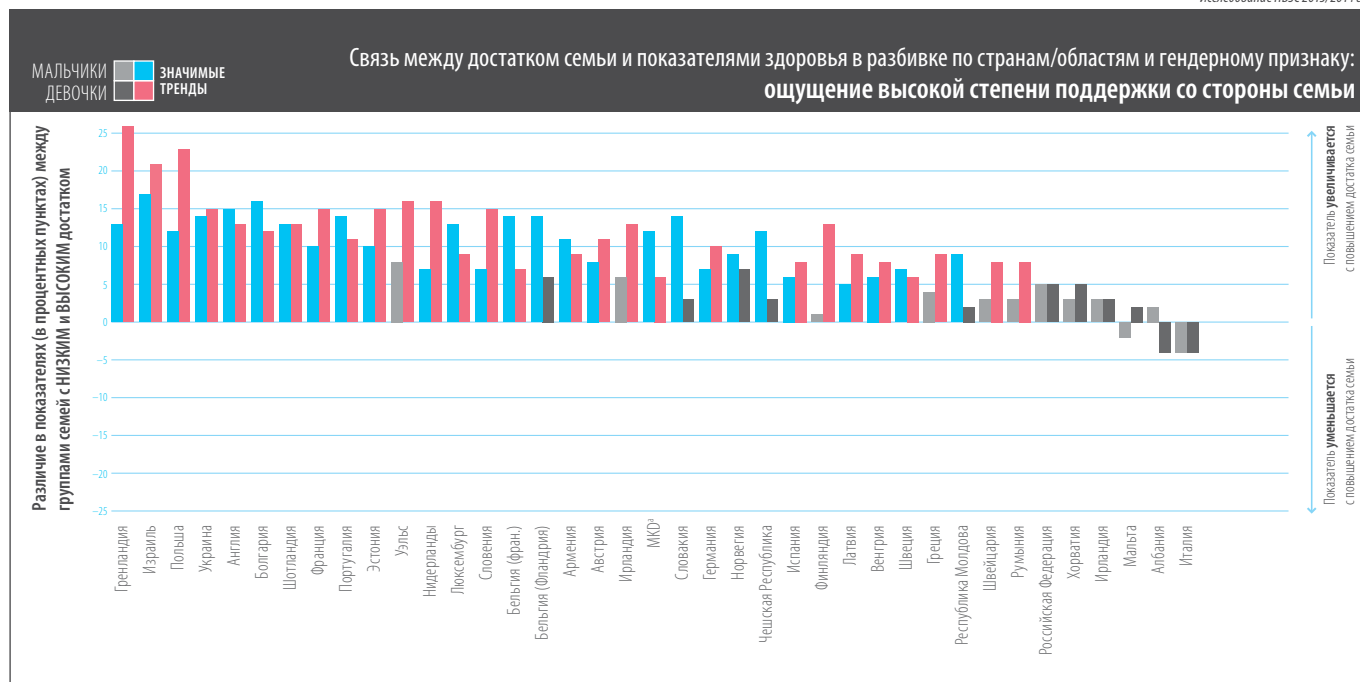


Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

СЕМЬЯ: ОЩУЩЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Поддержка со стороны семьи играет большую роль в подростковый период: это касается личного развития, социализации, здоровья и благополучия (18, 19). При высокой оценке подростками поддержки со стороны родителей наблюдаются более высокие показатели состояния психического здоровья (20) и реже встречается поведение, связанное с риском (21, 22). Родительская поддержка также выступает в качестве защитного фактора для детей в неблагоприятных условиях жизни (23).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. Нет данных по Дании, Канаде и Литве.

ИЗМЕРЕНИЕ

Количественная оценка степени поддержки со стороны семьи проводилась с использованием Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки (MSPSS) (24). Подросткам был задан вопрос о том, чувствуют ли они, что семья действительно старается им помочь, что они могут получить от семьи в случае необходимости ту эмоциональную поддержку, в которой они нуждаются, что они могут поговорить о своих проблемах и что семья готова помочь им в принятии решений. Варианты ответа варьировались от абсолютно согласны до абсолютно не согласны.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные, представленные здесь, отражают долю подростков, ответ которых по шкале MSPSS соответствовал значению 5,5 или выше, что было отнесено к категории восприятия высокой степени поддержки семьи (25, 26).

Возрастные различия

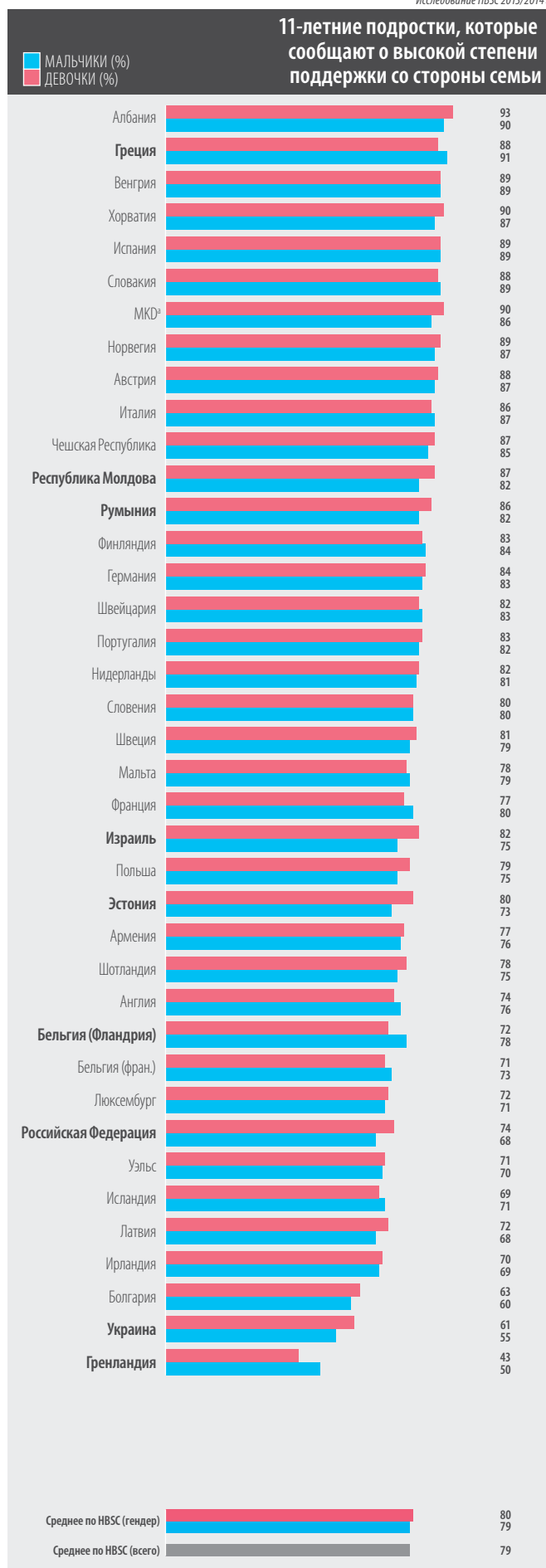
Значимые возрастные различия в показателях были обнаружены среди мальчиков и девочек почти во всех странах и областях за исключением Армении и Болгарии для обоих полов и среди мальчиков в Румынии и Эстонии. Как правило, доля тех, кто воспринимает свою семью как оказывающую очень большую поддержку, с возрастом снижается, однако в некоторых странах и областях наблюдалась другая картина возрастной закономерности.

Гендерные различия

Лишь в девяти странах и областях были отмечены значимые гендерные различия в младшей возрастной группе, в шести странах большая доля девочек сообщает о более высокой степени поддержки со стороны семьи. Данные об обратном соотношении были получены в трех странах: Бельгии (Фландрия), Гренландии и Греции. Гендерные различия были более выражены среди подростков в возрасте 13 лет по сравнению с 15-летними, при этом значимые различия были отмечены в 20 странах среди 13-летних подростков, в 14 странах – среди 15-летних подростков. Мальчики чаще сообщают о высокой степени поддержки семьи в большинстве стран и областей, при этом обратная зависимость была установлена в Албании, Республике Молдова и Украине среди 13-летних, а в Болгарии – среди подростков в возрасте 15 лет.

Достаток семьи

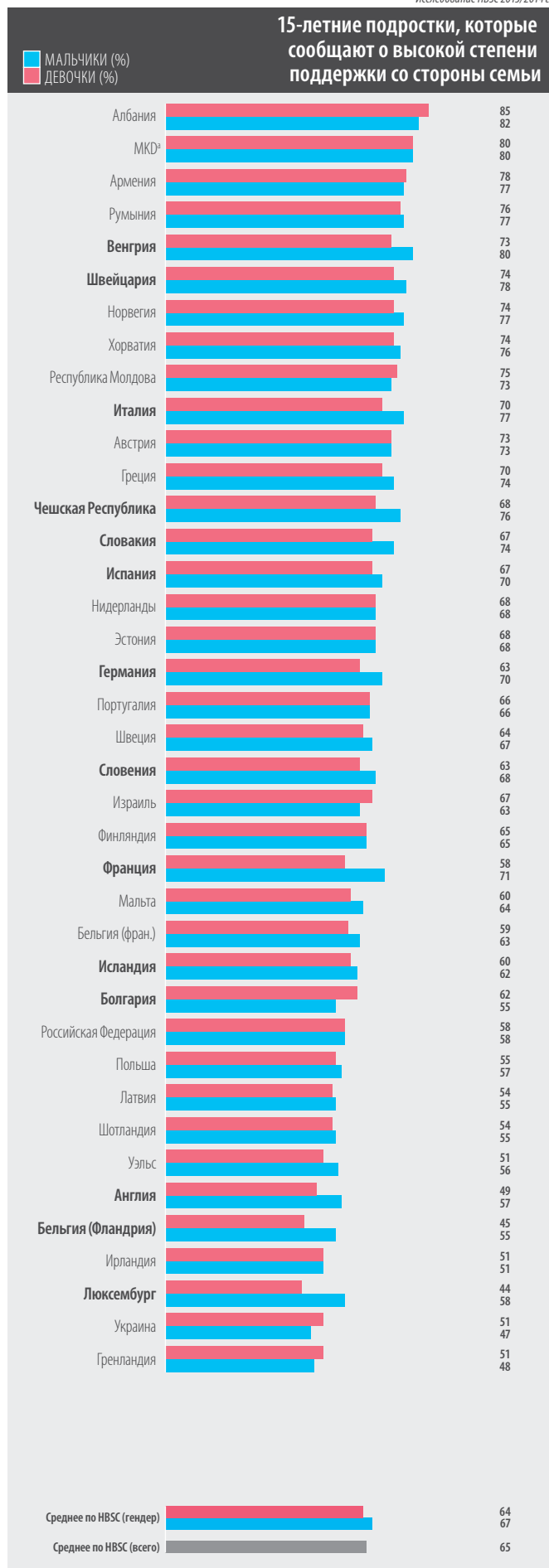
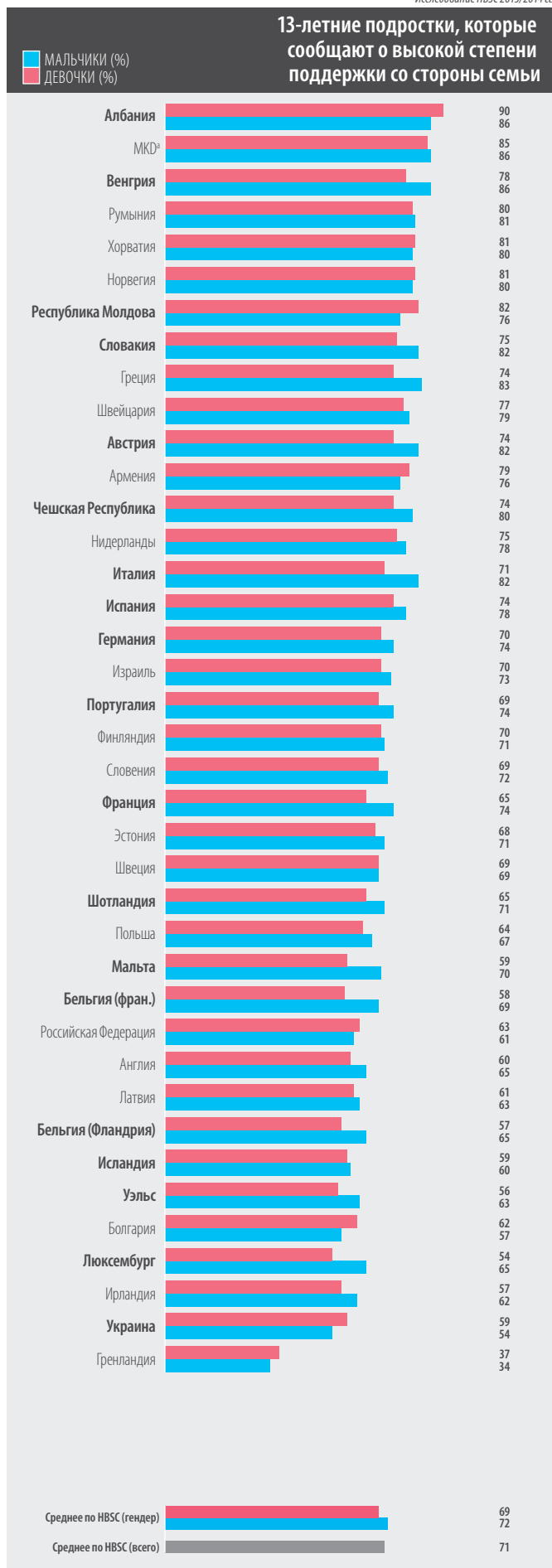
Корреляция между уровнем достатка семьи и ощущением поддержки со стороны родителей отмечалась среди мальчиков и девочек примерно в двух третях стран и областей. Показатели были выше среди девочек и мальчиков из более обеспеченных семей. Различия между группами с высоким и низким достатком составляли более 10 процентных пунктов примерно в трети стран и областей для обоих полов.



* Бывшая югославская Республика Македония.

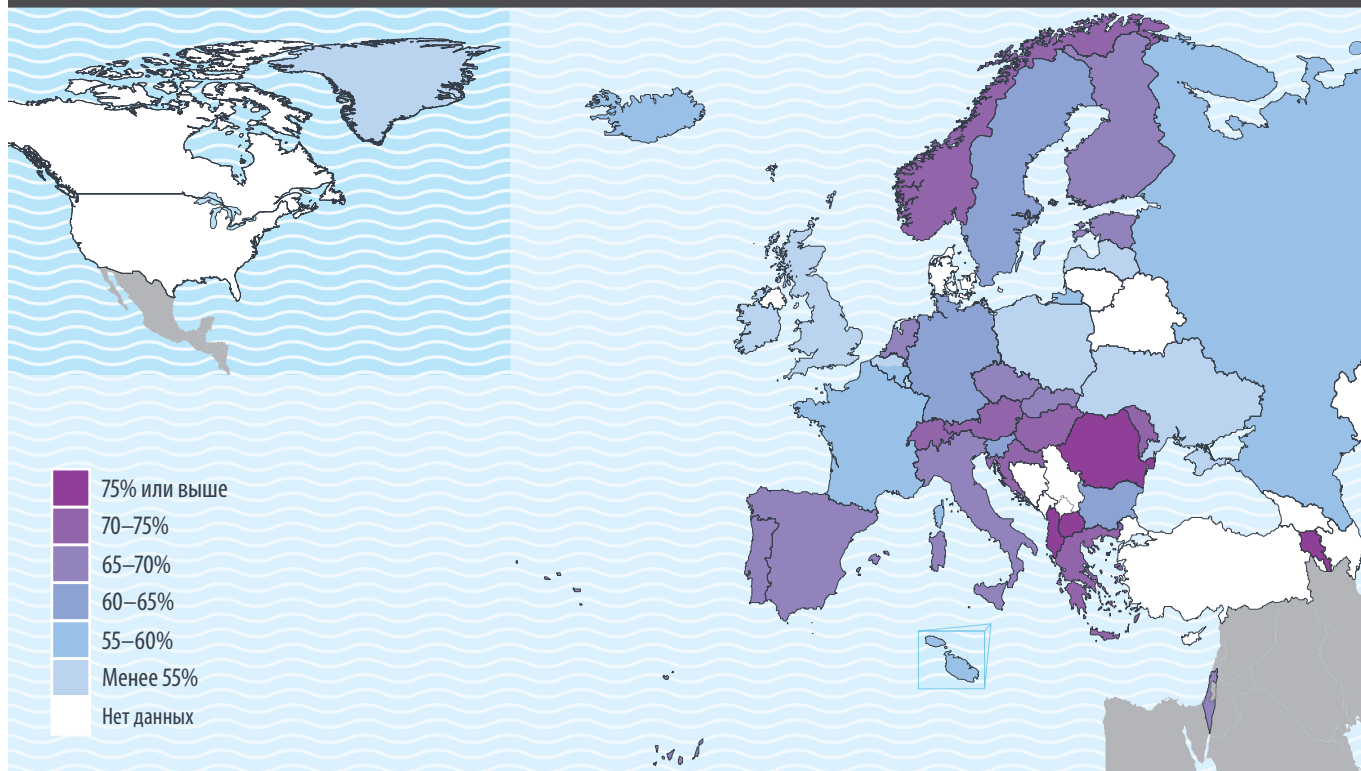
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



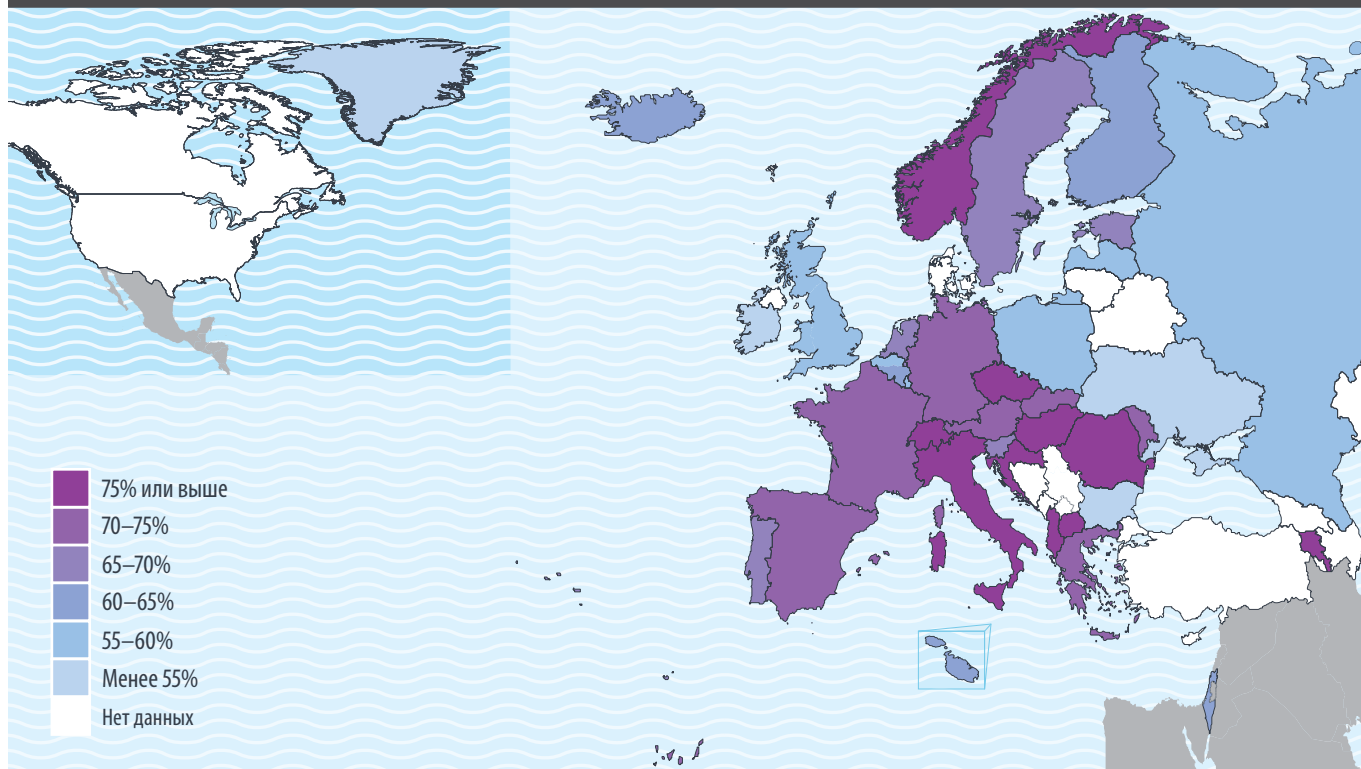
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).
 Нет данных по Дании, Канаде и Литве.

15-летние девочки, которые сообщают о высокой степени поддержки со стороны семьи



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

15-летние мальчики, которые сообщают о высокой степени поддержки со стороны семьи



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

Полученные данные свидетельствуют о том, что в большинстве семей подростки чувствуют, что родители интересуются их жизнью и стремятся в ней участвовать, при этом степень вовлеченности и поддержки родителей в значительной степени зависит от уровня материального благосостояния семьи. Кроме того, выявлена существенная корреляция между показателями гармоничного общения с родителями и поддержки с их стороны и показателями пола и возраста.

Характер общения в семье может стимулировать развитие просоциальных ценностей и обеспечивает для подростка важный ресурс, который помогает справляться со стрессовыми ситуациями (27, 28) и противостоять неблагоприятным влияниям, которые создают условия для сопряженных с риском поведенческих проявлений, таких как курение, использование психотропных средств и агрессивное поведение (29, 30). Прослеживается связь между открытым обсуждением в семье вопросов, связанных с сексуальными отношениями, и уменьшением рисков в сексуальном поведении в подростковом возрасте (31). Снижение показателя легкости общения с родителями (в соответствии с сообщениями респондентов) для многих подростков имеет значительные последствия в отношении их здоровья и благополучия, а также в отношении усилий, направленных на борьбу с поведенческими факторами риска.

Субъективное ощущение удовлетворенности жизнью является важным показателем общего благополучия. Молодые люди в период с позднего детства до середины подросткового возраста, сообщающие о хорошем контакте с родителями или опекунами, в большей степени удовлетворены жизнью в целом. Кроме того, они реже жалуются на физические или психологические проблемы (32). Так, девочки, которым легко общаться с отцом, сообщают о более высокой удовлетворенности жизнью и более позитивном восприятии своего тела (33). Особую озабоченность вызывают данные, которые сообщают о характере общения девочек и мальчиков старшего возраста со своими родителями в семьях с более низким достатком.

От родительской поддержки и крепких семейных связей зависят положительное эмоциональное благополучие в подростковом возрасте и низкие показатели поведения, представляющего риск для здоровья. Результаты, касающиеся достатка семьи, указывают на значимость подхода, учитывающего социальные детерминанты, для понимания того, каким образом в подростковом возрасте возникают и взаимодействуют такие явления, как неблагополучие и неравенство (34).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Обычно при рассмотрении вопроса о том, как забота о детях в семье влияет на развитие ребенка, особое внимание уделяется первым годам жизни. Однако в последнее время появились данные исследований, подтверждающие воздействие динамики развития семейных связей на жизненные перспективы и характер отношений с окружающим миром в подростковом возрасте. В частности, подчеркивается роль семьи в поддержании эмоционального благополучия и формировании правильного поведения в контексте здоровья у детей младшего школьного возраста и подростков (34): так, установлена связь между стабильностью и чувством принадлежности к семье, с одной стороны, и удовлетворенностью жизнью у подростков, с другой (28). Для руководителей государств и правительств вопрос о путях предоставления наиболее оптимальной поддержки семьям с детьми подросткового возраста, особенно неблагополучным семьям, является непростой задачей, поскольку тема вмешательства в семейную жизнь часто обостряет идеологические трения, касающиеся роли государства в различных сферах частной жизни своих граждан.

Современные исследования заставляют подвергнуть сомнению теорию замещения, в рамках которой предполагается, что влияние родителей на жизнь подростков с течением времени ослабевает, в то время как сверстники и местные сообщества приобретают все большее значение. Становится очевидным, что общение с родителями играет важнейшую роль защитного фактора для здоровья детей на протяжении подросткового периода и в процессе перехода во взрослую жизнь.

Целевая тематическая группа ВОЗ "Ранние годы жизни, образование и семья" подчеркивает важность сотрудничества всех секторов и специалистов в целях поддержки подростков в процессе развития их веры в собственные силы и жизненной активности (35). В отчете особенно отмечается важность работы школ непосредственно с детьми и соответствующими службами в целях предоставления поддержки родителям и информирования их о стратегиях воспитания в период взросления детей.

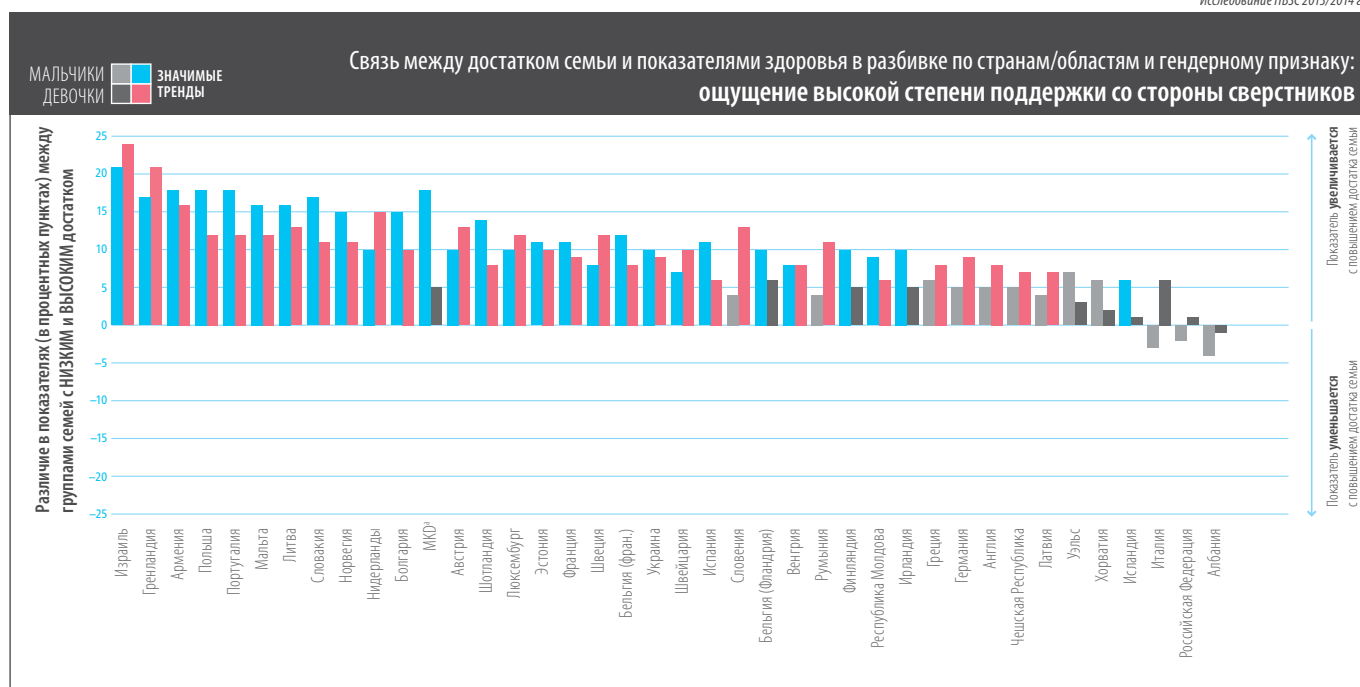
ЛИТЕРАТУРА

1. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ.* 2010;110(3):152–68.
2. Boniel-Nissim M, Tabak I, Mazur J, Borraccino A, Brooks F, Gommans R et al. Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *Int J Public Health* 2015;60(2):189–98.
3. Luk JW, Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Parent-child communication and substance use among adolescents: do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addict Behav.* 2010;35(5):426–31.
4. Zambon A, Lemma P, Borraccino A, Dalmasso P, Cavallo F. Socioeconomic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *Eur J Public Health* 2006;16:627–32.
5. Lenciauskiene I, Zaborskis A. The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scand J Public Health* 2008;36(6):607–18.
6. Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. The protective effects of parent-college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300–2.
7. Le Poire BA. Family communication. Nurturing and control in a changing world. Thousand Oaks (CA): Sage; 2006.
8. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Dev.* 2000;71(4):1072–85.
9. Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud.* 2009;18(2):203–12.
10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol.* 2014;17:E98.
11. Fenton C, Brooks F, Spencer NH, Morgan A. Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis. *Health Soc Care Community* 2010;18(2):189–98.
12. Jafari M, Baharudin, R, Archer M. Fathers' parenting behaviors and Malaysian adolescents' anxiety: family income as a moderator. *J Fam Issues* 2013; doi:10.1177/0192513X13513580.
13. Clair A. The relationship between parents' subjective well-being and the life satisfaction of their children in Britain. *Child Indic Res.* 2012;5(4):631–50.
14. Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res.* 2012;106(2):287–305.
15. Demidenko N, Manion I, Lee CM. Father-daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *J Child Fam Stud.* 2015;24:1727–34.
16. Rostad WL. The influence of Dad: an investigation of adolescent females' perceived closeness with fathers and risky behaviors. Missoula (MT): University of Montana; 2012 (Theses, Dissertations, Professional Papers: Paper 1027; <http://scholarworks.umt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2046&context=etd>, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
17. Gallarin M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model. *J Adolesc.* 2012;35(6):1601–10.
18. Collins WA, Laursen B. Changing relationships, changing youth interpersonal contexts of adolescent development. *J Early Adolesc.* 2004;24(1):55–62.
19. Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003–67.
20. Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(5):697–709.
21. White R, Renk K. Externalizing behavior problems during adolescence: an ecological perspective. *J Child Fam Stud.* 2012;21(1):158–71.
22. Dunn MS, Kitts C, Lewis S, Goodrow B, Scherzer GD. Effects of youth assets on adolescent alcohol, tobacco, marijuana use, and sexual behavior. *J Alcohol Drug Educ.* 2011;55(3):23–40.
23. Stadler C, Feifel J, Rohrmann S, Vermeiren R, Poustka F. Peer-victimization and mental health problems in adolescents: are parental and school support protective? *Child Psychiatry Hum Dev.* 2010;41(4):371–86.
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30–41.
25. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55(3–4):610–7.
26. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol.* 2000;28(3):391–400.
27. Duncan P, Garcia A, Frankowski B, Carey P, Kalkoff E, Dixon R et al. Inspiring healthy adolescent choices: a rationale for and guide to strength promotion in primary care. *J Adolesc Health* 2007;41:525–35.
28. Ward P, Zabriskie R. Positive youth development within a family leisure context: youth perspectives of family outcomes. *New Dir Youth Dev.* 2011;130:29–42.
29. Lambert S, Cashwell C. Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal* 2004;12(2):122–128.
30. Pedersen M, Carmen Granada Alcon M, Moreno C. Family and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O et al., editors. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
31. Whitaker DJ, Miller KS. Parent-adolescent discussions about sex and condoms: impact on peer influences of sexual risk behavior. *J Adolesc Res.* 2000;15(2):251–73.
32. Moreno C, Sanchez-Queija I, Munoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Ter Bogt T et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health* 2009;54:235–42.
33. Fenton C, Brooks F, Spencer N, Morgan A. Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis. *Health Soc Care Community* 2010;18(2):189–98.
34. Bell NJ, Forthun LF, Sun SW. Attachment, adolescent competencies and substance use: developmental consideration in the study of risk behaviours. *Subst Use Misuse* 2000;35:1177–206.
35. Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. Early Years, Family and Education Task Group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf, по состоянию на 18 августа 2015 г.).

СВЕРСТНИКИ: ОЩУЩЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ СО СТОРОНЫ СВЕРСТНИКОВ

Ощущение поддержки со стороны сверстников оказывает серьезное воздействие на физическое и психическое здоровье подростков (1). Подростки, считающие своих друзей участливыми, характеризуются более высокими показателями психологического благополучия, более развитыми социальными навыками, и они в меньшей степени испытывают эмоциональные и поведенческие трудности (2, 3). Поддержка сверстников может оказывать дополнительную защиту в условиях стресса; между этим показателем и ощущением благополучия отмечена положительная корреляция. (4, 5). Таким образом, весьма важно понять механизм влияния отношений со сверстниками (и другими участниками процесса развития социальных связей) на благосостояние подростков и выявить факторы, способствующие их взаимной поддержке (6).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. Нет данных по Дании и Канаде.

ИЗМЕРЕНИЕ

Количественная оценка поддержки со стороны сверстников проводилась с использованием MSPSS (7). Подросткам был задан вопрос о том, чувствуют ли они, что их друзья действительно пытаются им помочь, что на них можно положиться в случае необходимости, а также есть ли у них друзья, с которыми можно поделиться своими печалью и радостью и поговорить о своих проблемах. Варианты ответа варьировались от совершенно не согласен до совершенно согласен.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, отметивших значение 5,5 или выше (высокая социальная поддержка) по шкале MSPSS (7).

Возрастные различия

В большинстве стран и областей наблюдаются соразмерные процентные показатели среди мальчиков всех возрастов, сообщающих о высоком уровне поддержки со стороны сверстников, но в 10 странах с возрастом отмечалась тенденция к снижению этих показателей. Так, по сообщениям мальчиков старшего возраста, наиболее выраженные различия отмечались среди 13-летних подростков по сравнению с 11-летними. В пяти странах и областях была выявлена противоположная тенденция: мальчики старшего возраста чаще сообщали о высоком уровне поддержки.

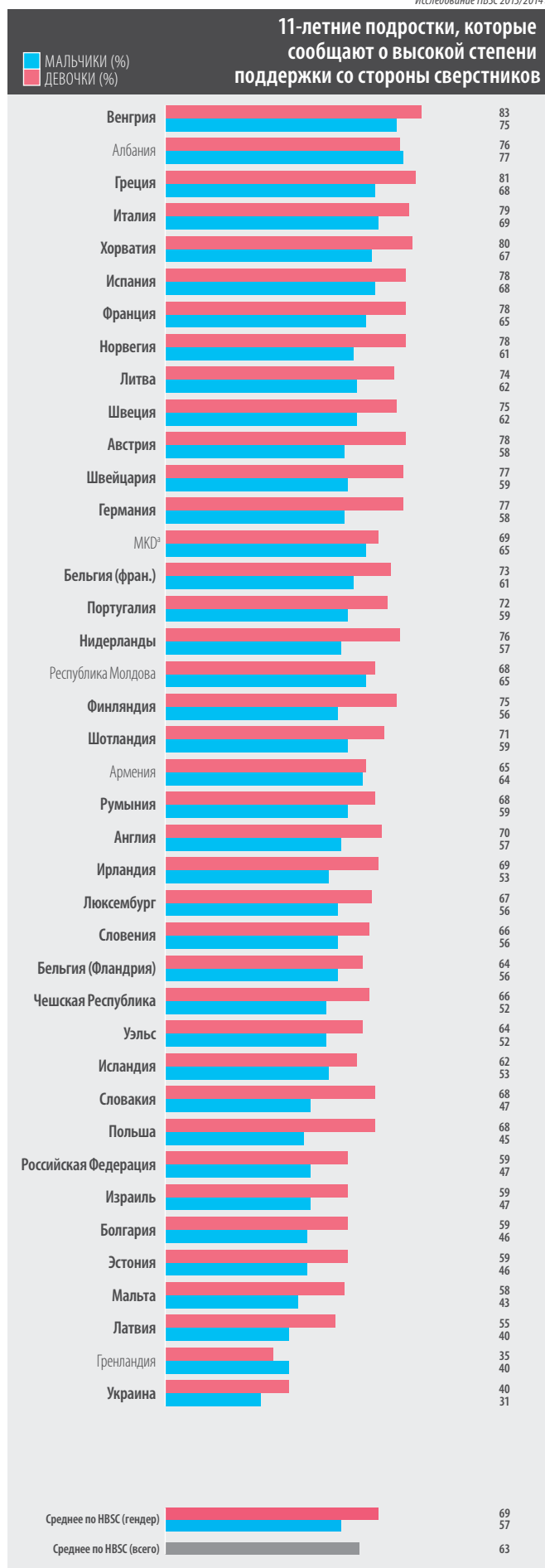
Похожие закономерности были зафиксированы и среди девочек, при этом значимых различий по возрасту в большинстве стран и областей не наблюдалось. В 10 странах поддержка со стороны сверстников с возрастом уменьшалась, а в пяти странах наблюдалась противоположная тенденция.

Гендерные различия

Сообщения о высоком уровне социальной поддержки со стороны сверстников чаще встречаются среди девочек всех возрастов почти во всех странах и областях. Как правило, показатели гендерных различий наиболее выражены среди 13-летних.

Достаток семьи

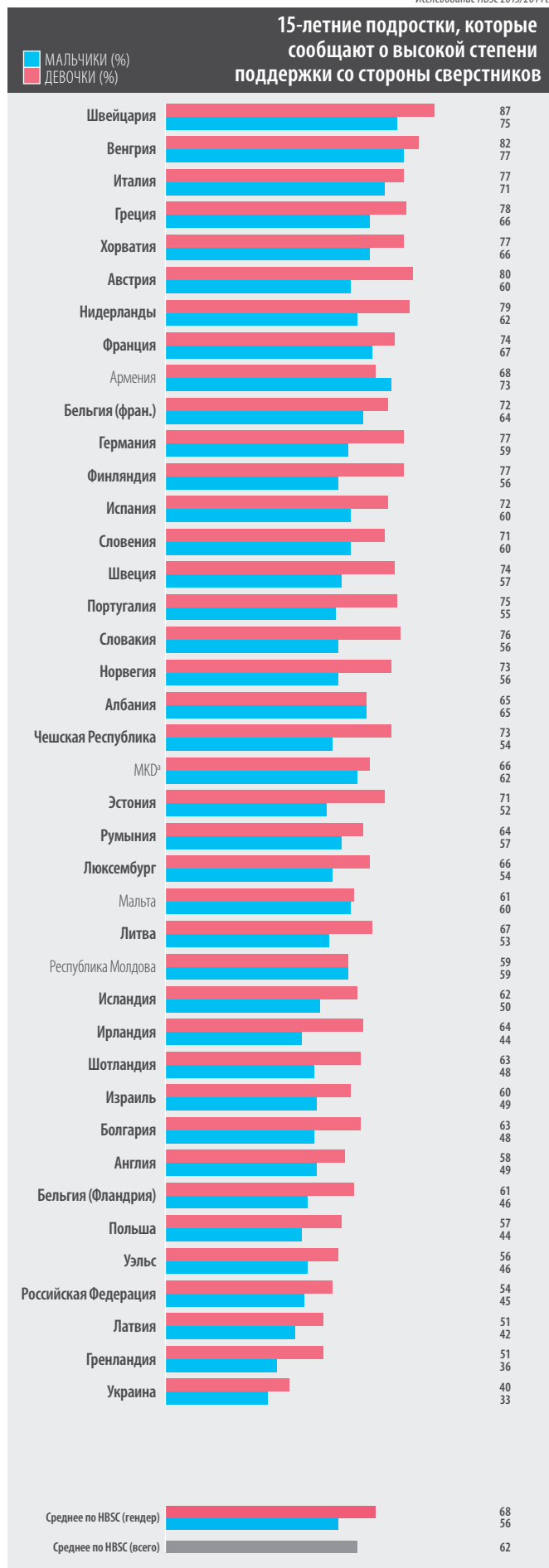
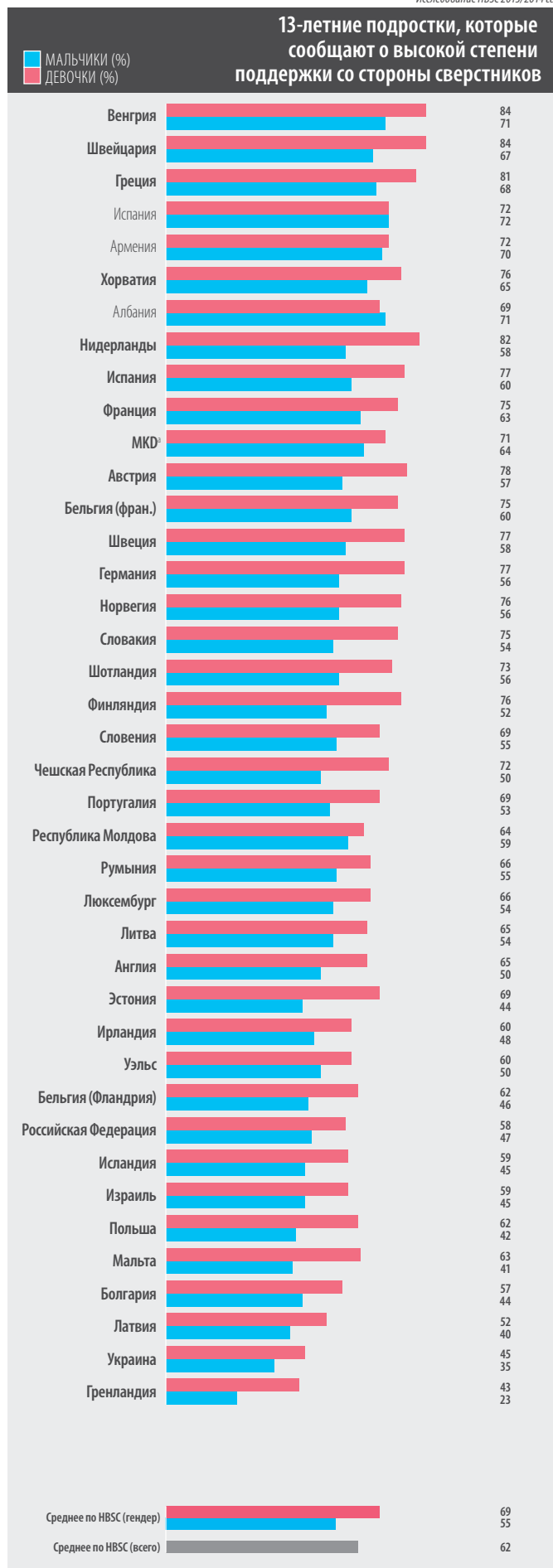
В большинстве стран и областей наблюдается положительная корреляция между уровнем достатка и субъективно воспринимаемой поддержкой сверстников. Девочки и мальчики из семей с высоким достатком чаще сообщали о высоком уровне поддержки. Различия между группами с высоким и низким достатком превысили 20 процентных пунктов в Израиле (среди девочек и мальчиков) и Гренландии (только среди девочек).



* Бывшая югославская Республика Македония.

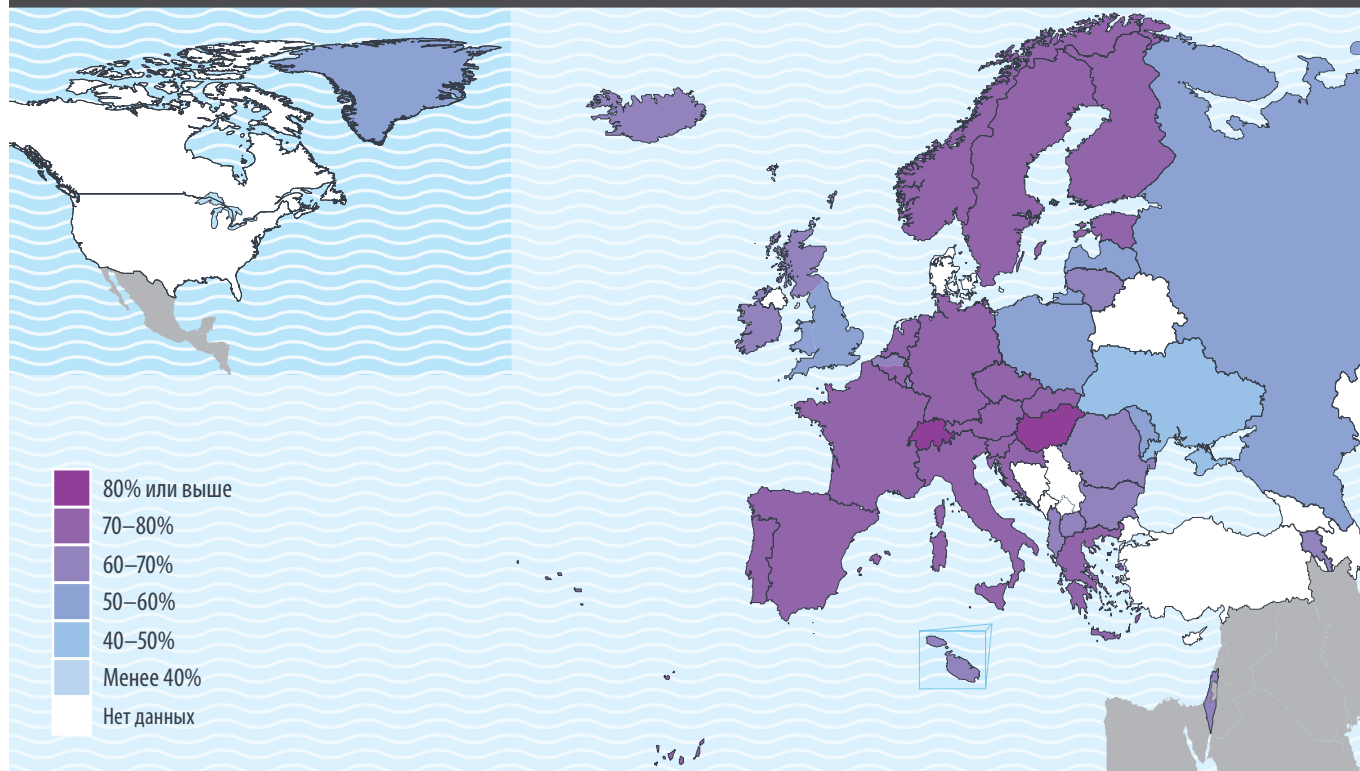
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



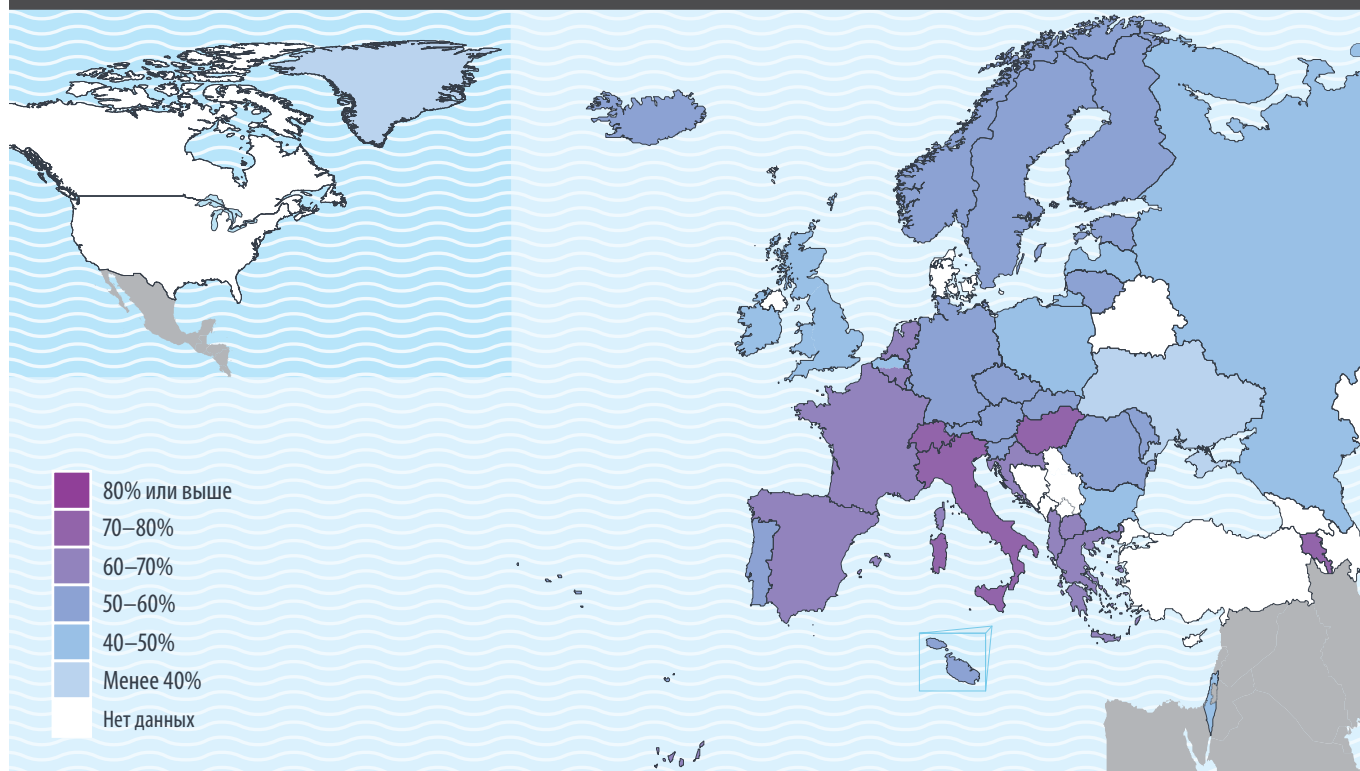
Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0.05$). Нет данных по Дании и Канаде.

15-летние девочки, которые сообщают о высокой степени поддержки со стороны сверстников



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

15-летние мальчики, которые сообщают о высокой степени поддержки со стороны сверстников

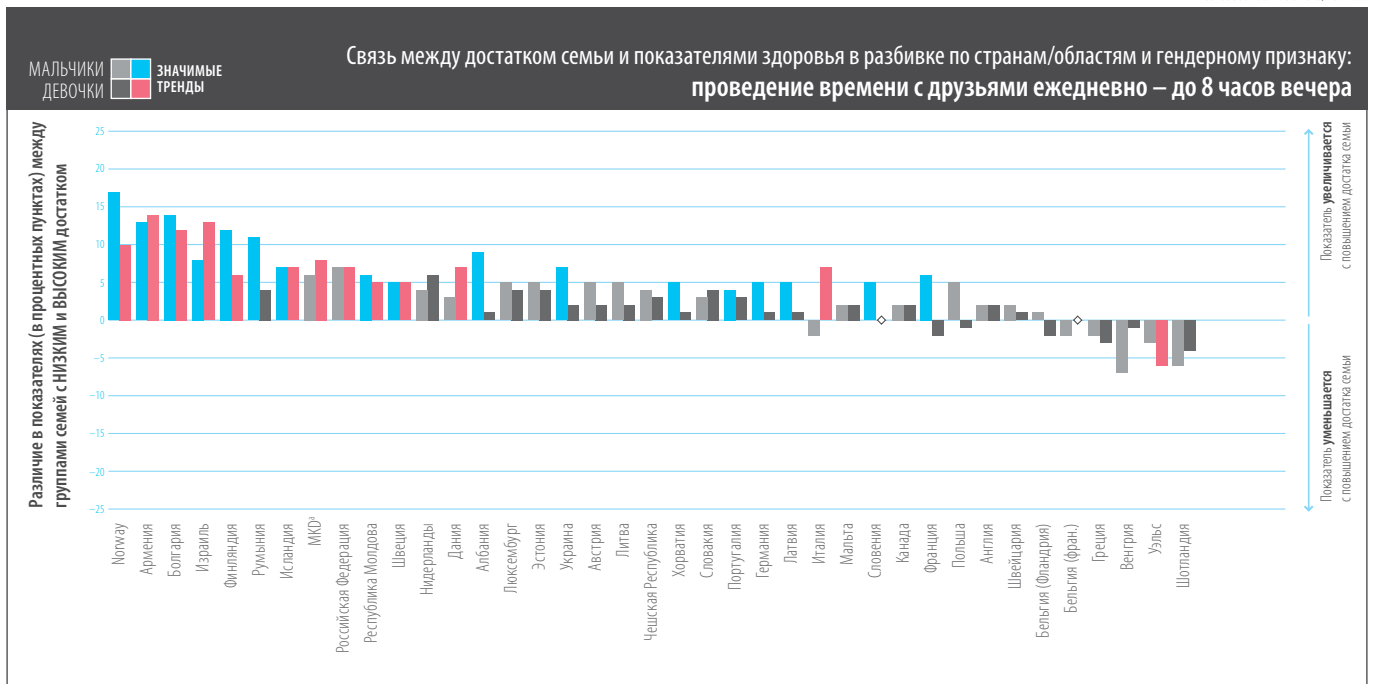


Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

СВЕРСТНИКИ: ПРОВЕДЕНИЕ ВРЕМЕНИ С ДРУЗЬЯМИ (ДО 8 ЧАСОВ ВЕЧЕРА (20:00))

Подростковый возраст — это важный этап перехода от детского состояния к взрослому. По мере изменения отношений внутри семьи подростки начинают проводить меньше времени с родителями, все больше общаясь со сверстниками (8), лично или онлайн (9). Возможность провести время с друзьями имеет очень большое значение для подростков: в случае необходимости они обращаются к своим друзьям за эмоциональной поддержкой (10) и оказываются в безопасной среде, которая позволяет им лучше понять себя. В то же время, по данным некоторых исследований, существует положительная корреляция между времяпрепровождением с друзьями и формами поведения, сопряженными с риском для здоровья, такими как употребление алкоголя и небезопасное сексуальное поведение (9,11).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии, Ирландии и Испании.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они встречаются с друзьями помимо школы до 8 часов вечера. Варианты ответа варьировались от практически никогда до ежедневно.

Дополнительные данные о встречах с друзьями после 8 часов вечера приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты, представленные здесь, показывают долю тех, кто сообщил о ежедневных встречах.

Возрастные различия

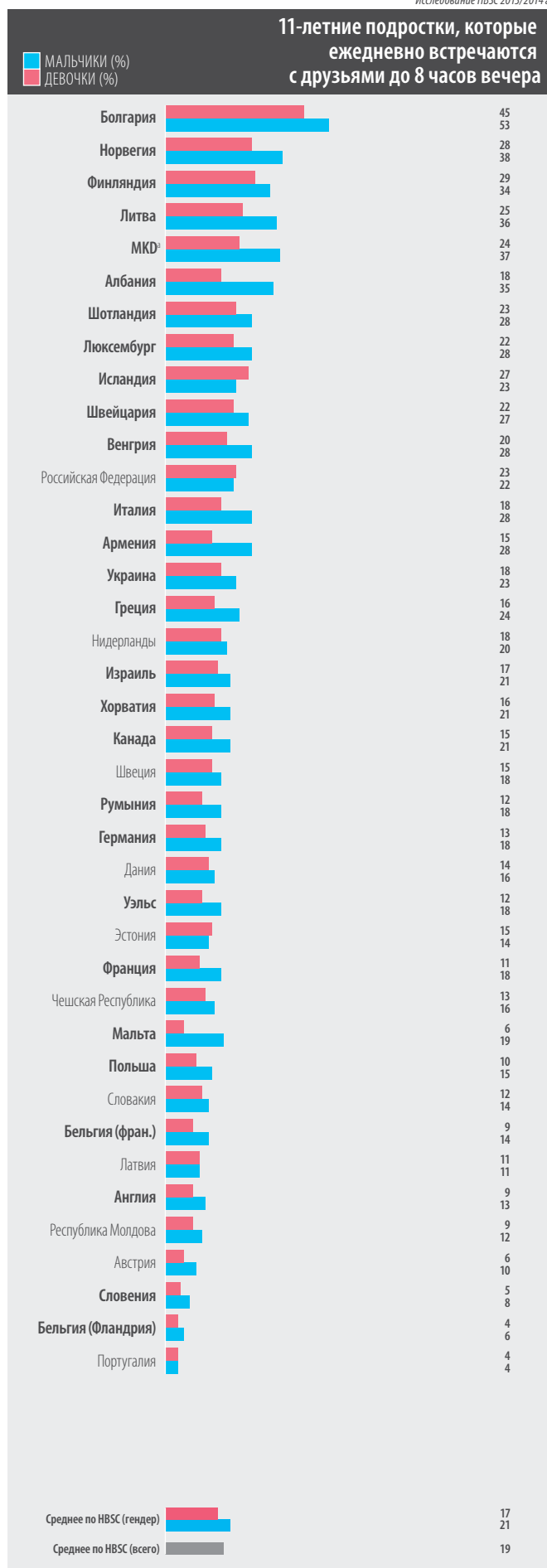
Приблизительно в половине стран и областей наблюдаются соразмерные процентные показатели среди мальчиков и девочек всех возрастов, которые сообщили о ежедневных встречах с друзьями до 8 часов вечера. Рост показателей наблюдался по мере взросления среди мальчиков в 13 странах, среди девочек – в 16 странах, при этом в ряде стран и областей отмечалась и обратная зависимость, в частности в странах и областях Северной Европы.

Гендерные различия

В большинстве стран и областей ежедневные встречи с друзьями в большей степени распространены среди мальчиков всех возрастов. Девочки чаще сообщали об этом в Исландии (11- и 13-летние), Латвии и Российской Федерации (только 13-летние). Самые большие различия во всех возрастных группах наблюдались в Австрии, Албании и Мальте, где процентные показатели среди мальчиков были приблизительно вдвое выше, чем среди девочек.

Достаток семьи

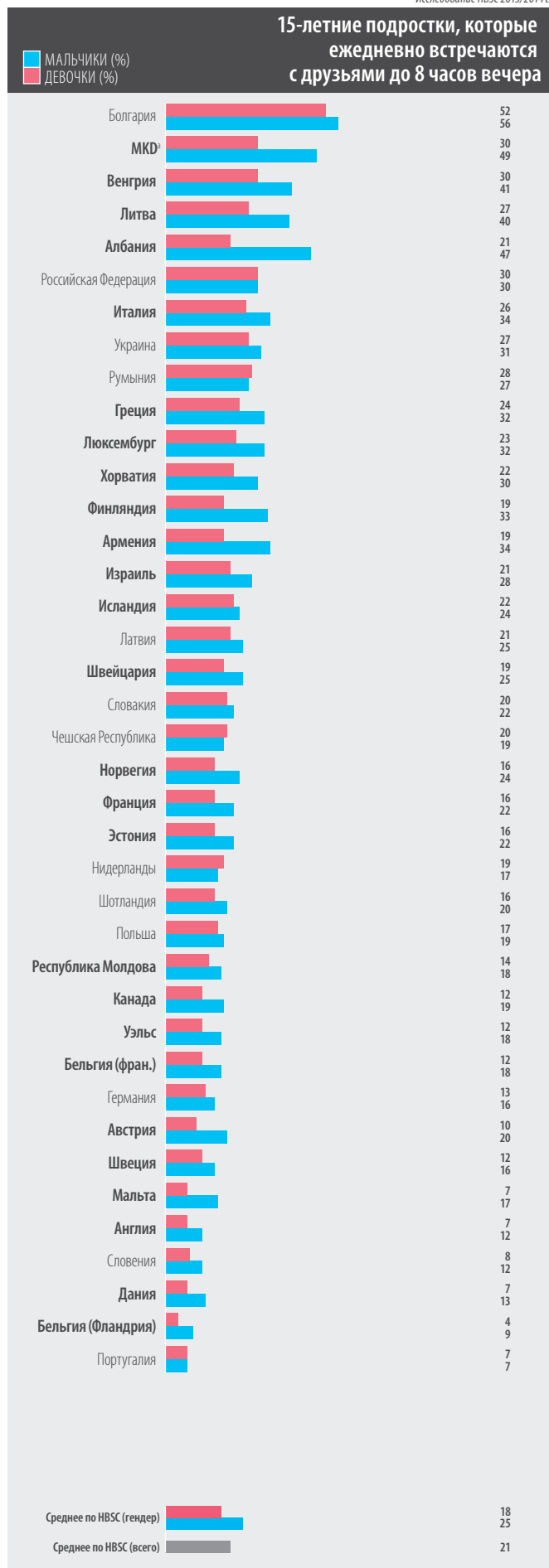
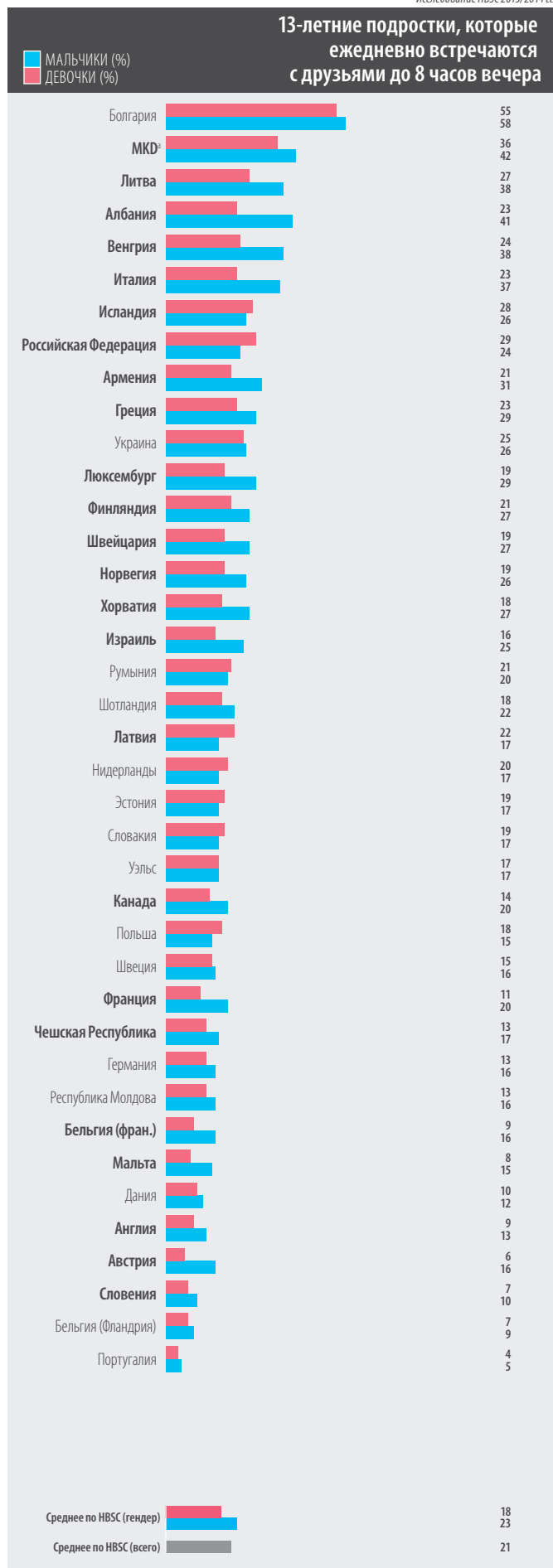
Примерно в половине стран и областей установлена положительная корреляция между уровнем достатка семьи и проведением времени с друзьями, при этом чем выше достаток, тем выше данный показатель. Корреляция была статистически значимой в 17 странах и областях среди мальчиков и в 12 странах – среди девочек. В одной стране (Соединенное Королевство (Уэльс)) среди девочек было отмечено обратное соотношение.



* Бывшая югославская Республика Македония.

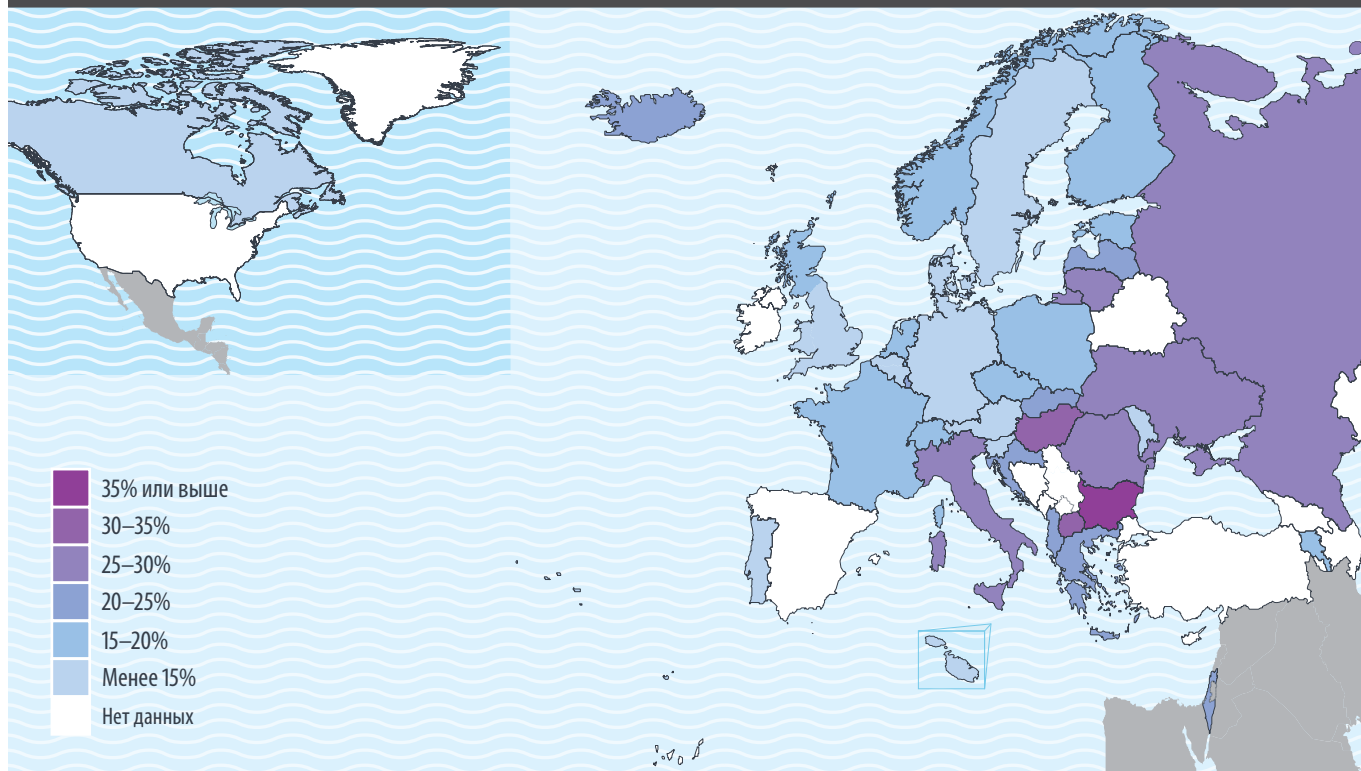
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



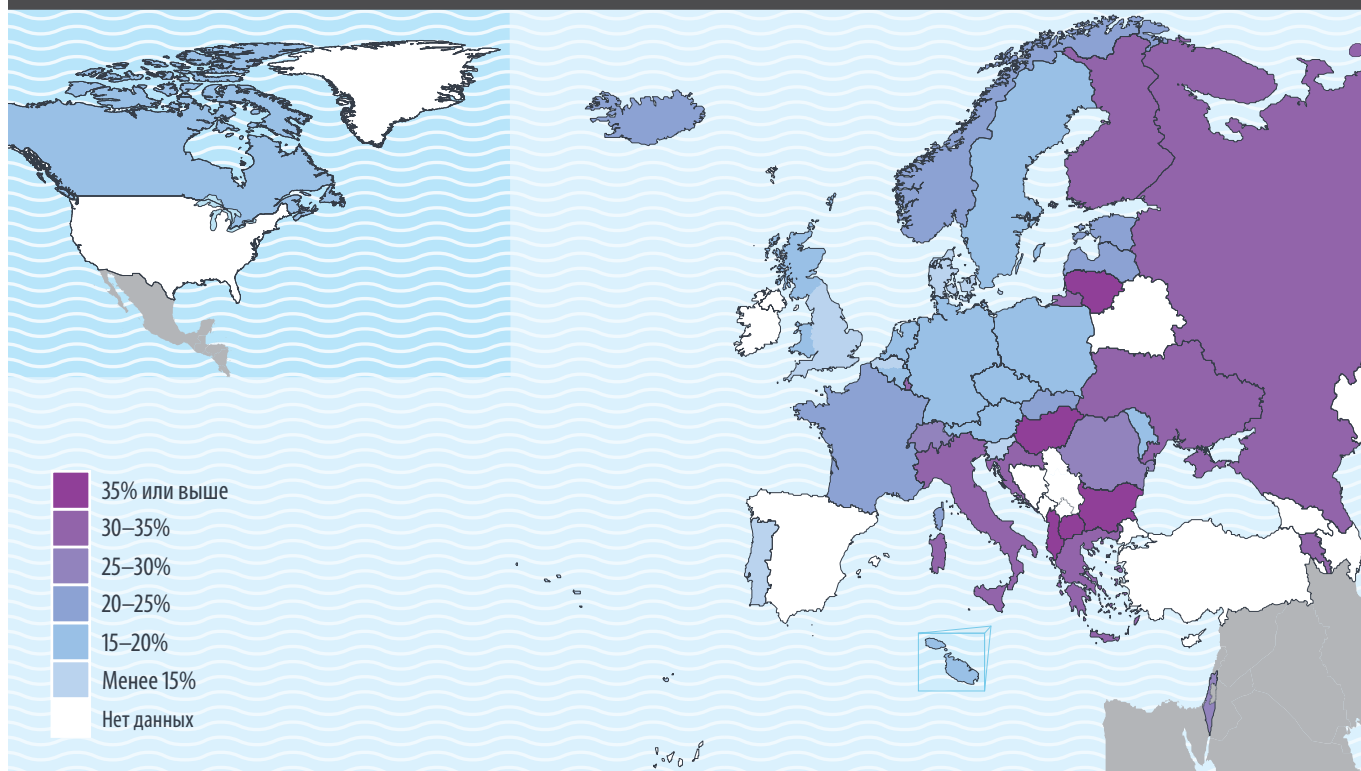
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).
 Нет данных по Гренландии, Ирландии и Испании.

15-летние девочки, которые ежедневно встречаются со своими друзьями до 8 часов вечера



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

15-летние мальчики, которые ежедневно встречаются со своими друзьями до 8 часов вечера



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 – СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ

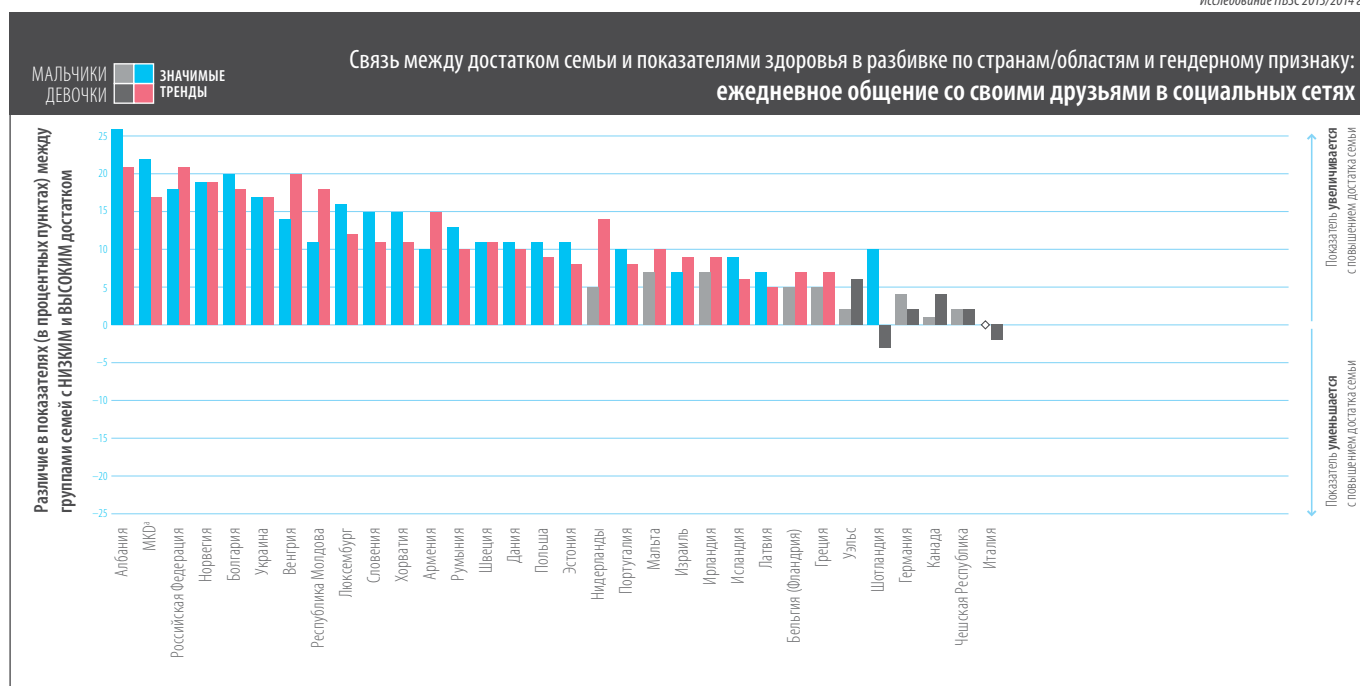
Общение с использованием электронных средств связи (ЭСС) стало неотъемлемой частью жизни подростков и является важным фактором, позволяющим прогнозировать состояние их здоровья и благополучия (10).

Массовое использование ЭСС (12) означает, что контекст взаимодействия подростков со сверстниками теперь охватывает не только физическое пространство (офлайн), но и виртуальный мир (онлайн) (13, 14). ЭСС стали ключевым компонентом жизни подростков, их способом общения. Кроме того, нельзя не отметить важную роль ЭСС в процессе обучения, проведении досуга и социализации (15).

Многочисленные исследования позволяют сделать предположение как о благоприятном (в плане развития навыков общения, благополучия), так и о негативном (потребление психотропных веществ, нарушения сна и пищевого поведения) воздействии ЭСС на жизнь подростков (12, 16–20), помимо влияния, связанного с личным общением в кругу друзей (9, 19). Существуют аналогичные результаты относительно проведения времени перед экраном, что в некоторой степени имеет отношение к ЭСС (21, 22).

Существует корреляция между использованием ЭСС и уровнем общей удовлетворенности жизнью, при этом прослеживается отчетливая зависимость следующего характера: для подростков, сообщающих об очень низком или очень высоком уровне использования ЭСС, также характерны самые низкие оценки удовлетворенности жизнью. Показатели частоты использования ЭСС, коррелирующие с самыми высокими оценками удовлетворенности жизнью, различаются по странам/областям, гендерному признаку и возрастным группам (23).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Австрии, Англии, Бельгии (франц.), Гренландии, Испании, Литве, Словакии, Финляндии, Франции и Швейцарии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они общаются со своими друзьями, используя электронные средства связи. Варианты ответов варьировались от очень редко или никогда до ежедневно.

Дополнительные данные о ежедневном общении посредством текстовых сообщений/SMS приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших, что они ежедневно общаются со своими друзьями в социальных сетях с использованием ЭСС.

Возрастные различия

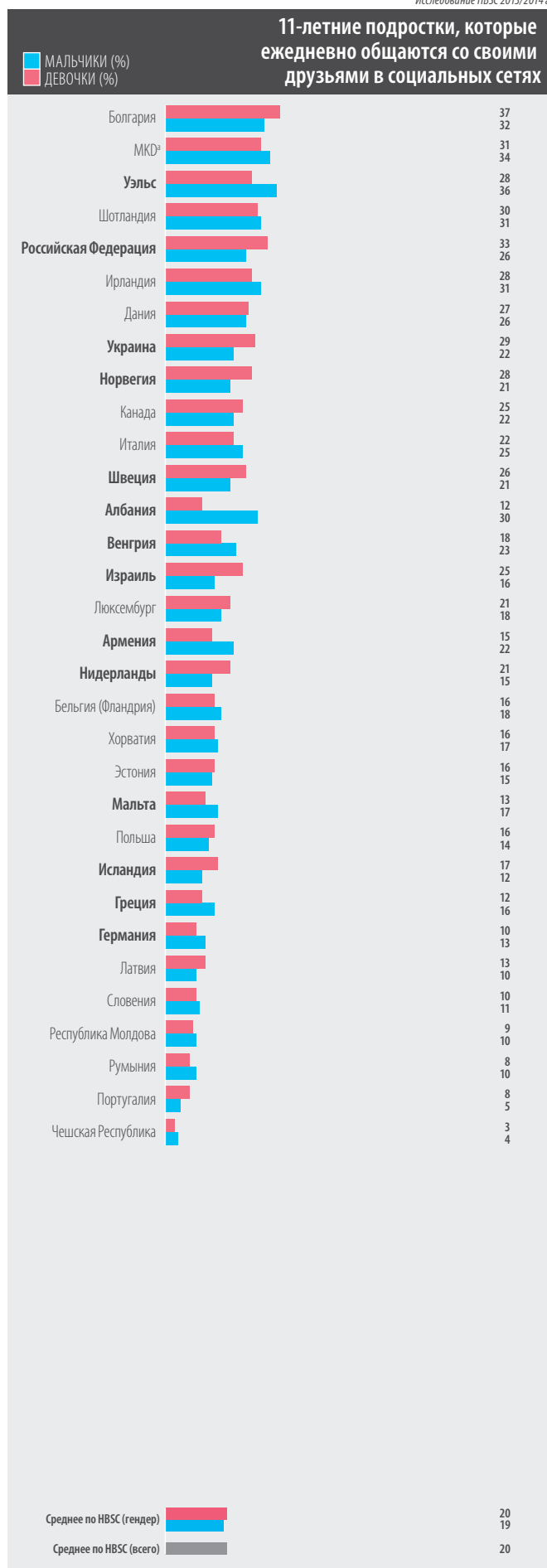
В большинстве стран и областей была обнаружена значимая корреляция использования ЭСС с возрастом: чем старше подросток, тем чаще он пользуется социальными сетями. Отмечено значительное увеличение показателей среди подростков в возрасте 15 лет по сравнению с 11-летними – в 26 странах и областях среди мальчиков и в 29 странах и областях среди девочек. Самые большие возрастные различия зафиксированы в Люксембурге (мальчики), Греции и Украине (девочки), где данный показатель возрос более чем на 30 процентных пунктов.

Гендерные различия

Существенные различия между мальчиками и девочками были обнаружены примерно в половине стран и областей по всем возрастным группам. Среди детей в возрасте 11 лет не наблюдалось какой-либо четкой тенденции: в ряде стран и областей более частыми пользователями были мальчики, в других – девочки. Тогда как в странах, где отмечено значимое различие в показателях между мальчиками и девочками в возрасте 13 и 15 лет, о более частом использовании ЭСС, как правило, сообщали девочки.

Достаток семьи

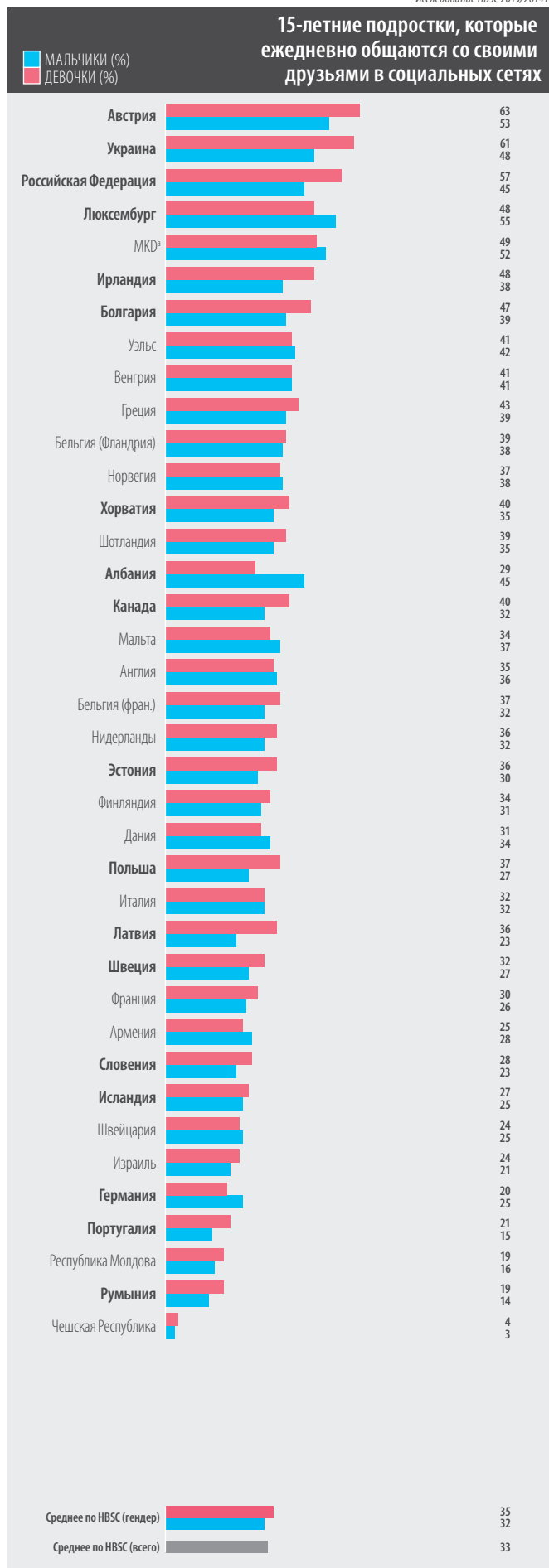
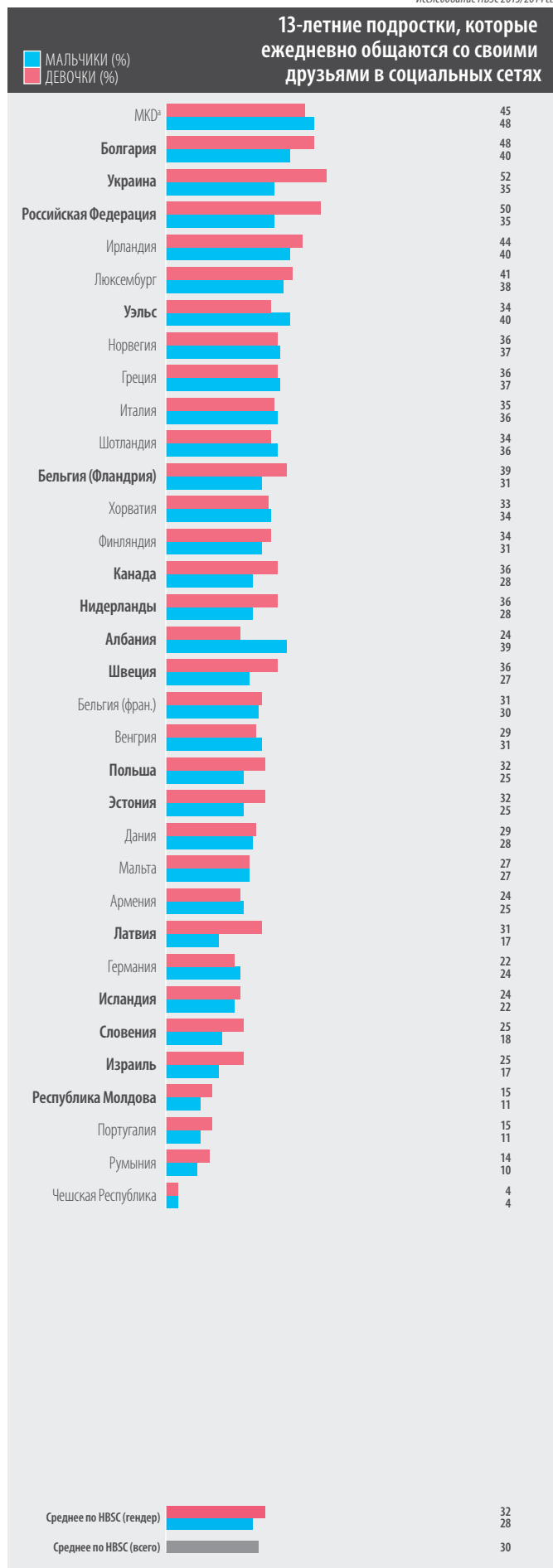
В целом наблюдалась положительная корреляция между уровнем материального благосостояния семьи и ежедневным общением в социальных сетях. Этот показатель был значимым среди мальчиков в 22 странах и областях, а среди девочек – в 26 странах и областях.



* Бывшая югославская Республика Македония.

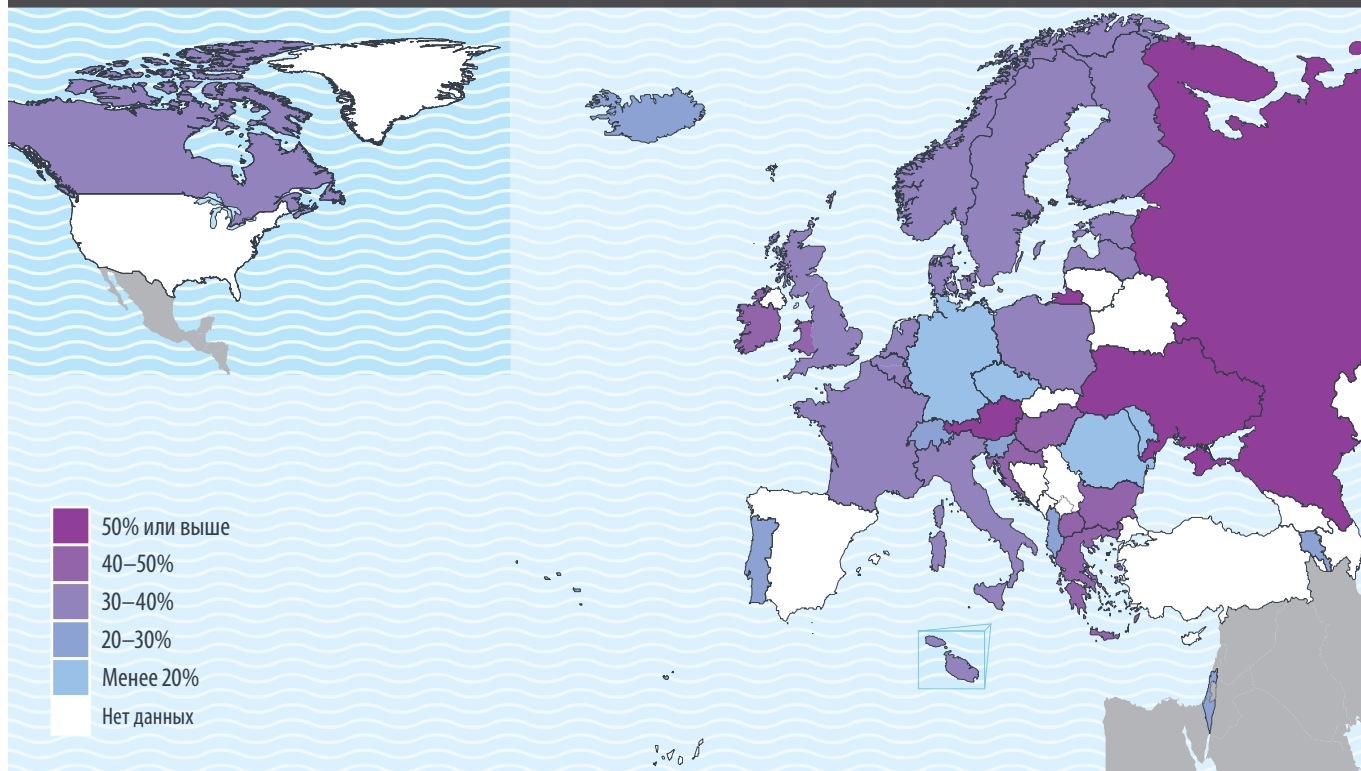
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



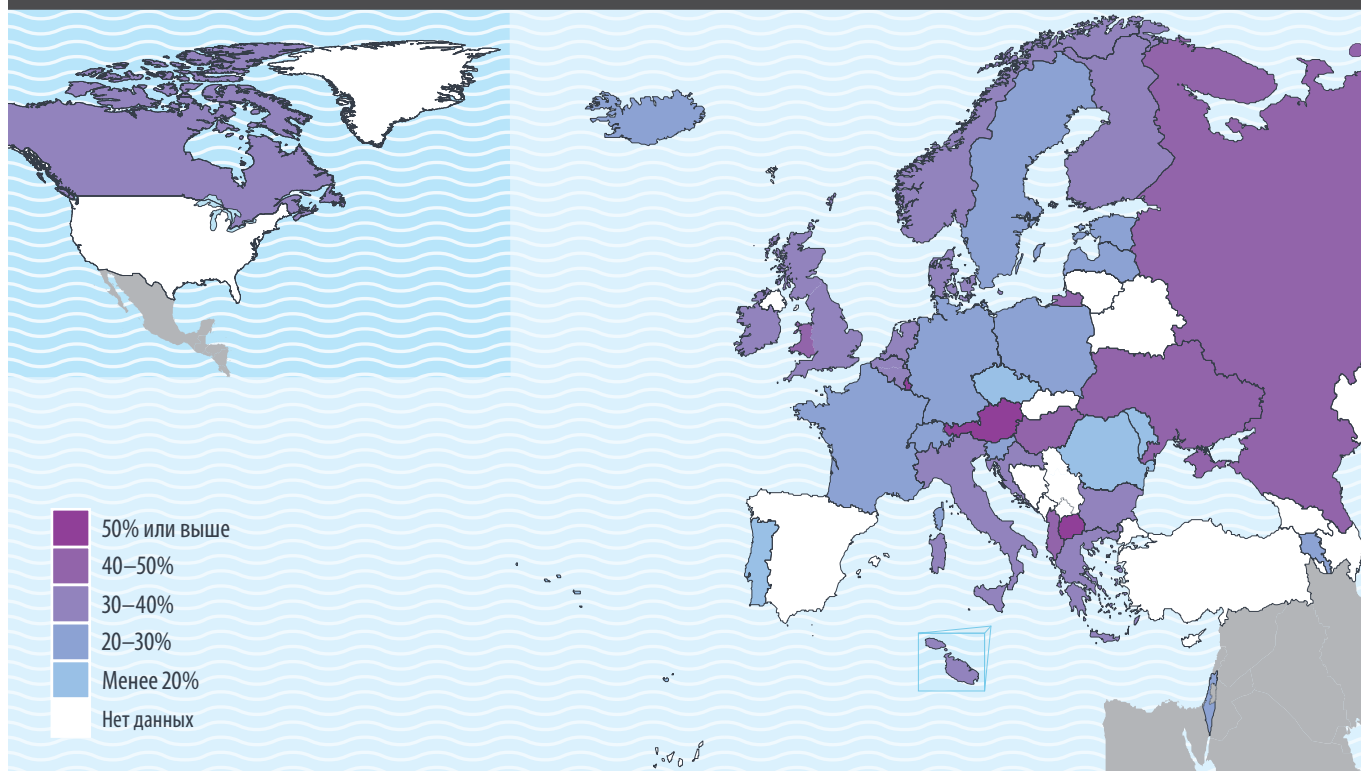
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по следующим странам: Гренландия, Испания, Литва, Словакия (все возрасты); Бельгия (франц.), Финляндия, Франция (11-летние подростки); Австрия, Англия, Швейцария (11-и 13-летние подростки).

15-летние девочки, которые ежедневно общаются со своими друзьями в социальных сетях



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

15-летние мальчики, которые ежедневно общаются со своими друзьями в социальных сетях



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

Полученные результаты не противоречат данным научной литературы о восприятии социальной поддержки в подростковом возрасте: в семьях с высоким достатком девочки и мальчики, как правило, сообщают о более высоком уровне социальной поддержки (24). В целом прослеживается зависимость между гендерными различиями в восприятии социальной поддержки и социализацией в рамках гендерных ролей. Женская роль обычно связана с понятиями тепла, поддержки, заботы, восприимчивости к чувствам других и эмоциональной выразительности (24), хотя эта роль постоянно меняется и в разных культурах имеет свои особенности. Что касается ЭС, экономические трудности могут препятствовать созданию связей, обеспечивающих необходимую поддержку, по причине сокращения доступа к общественным мероприятиям и недостатка времени на развитие отношений.

Результаты, касающиеся количества времени, проводимого с друзьями, также соответствуют данным литературных источников и подтверждают, что мальчики, как правило, уделяют такому времяпрепровождению больше времени. Родители девочек порой в большей степени ограничивают их независимость в подростковом возрасте и активнее осуществляют родительский контроль.

Полученные данные говорят о положительной корреляции между возрастом и количеством времени, проведенного с друзьями, — хотя эта картина характерна лишь приблизительно для четверти стран и областей. По мере взросления подростки становятся более независимыми, все меньше времени проводят в обществе родителей и все больше — сверстников (8). Корреляция между уровнем материального благосостояния семьи и показателями времени, проводимого с друзьями, наблюдается в меньшинстве стран и областей и указывает на то, что экономические факторы могут и не быть условием, определяющим продолжительность времени, проводимого с друзьями.

Выводы по использованию ЭС соответствуют данным справочной литературы (15, 25). Подростки старшего возраста из семей с высоким достатком чаще пользуются ЭС. Для подростков старшего возраста характерны более высокий уровень самостоятельности, больший диапазон возможностей (что предполагает более частый доступ к устройствам ЭС) и увеличение объема времени вне контроля родителей. Все это позволяет им свободнее осваивать различные аспекты коммуникации в более широком социальном контексте. У подростков из обеспеченных семей, как правило, есть больше возможностей использования ЭС, например благодаря обладанию смартфонами (25).

Среди групп подростков старшего возраста девочки являются более активными пользователями социальных сетей. Этот показатель также соответствует данным литературных источников (25) и может быть отнесен на счет общеизвестных гендерных различий (26, 27). Девочки, как правило, более разговорчивы, в большей степени ориентированы на взаимоотношения, формируя тесные связи с небольшой группой сверстников, при этом дружба между девочками предполагает интенсивную межличностную вовлеченность, активное общение "один-на-один", большую открытость, более эффективное и эмоциональное взаимодействие. Мальчики обычно больше сконцентрированы на активных целях (инициативах, предпринимаемых в стремлении добиться поставленных подростком задач) и целях, ориентированных на формирование статуса. При этом дружеские отношения представляют собой общение в больших по численности группах, занятия деятельностью, интересной для каждого участника (например, организованные игры).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Признавая значимость поддержки со стороны сверстников для благополучия подростков, необходимо разрабатывать программы, способствующие созданию связей, обеспечивающих такого рода поддержку. Особое внимание необходимо уделять мальчикам младшего и среднего школьного возраста из малообеспеченных семей, которые, как правило, сообщают о более низком уровне поддержки со стороны друзей. Так, в школах необходимо внедрять методы обучения, основанные на сотрудничестве между детьми. В местных сообществах следует создавать основы для взаимодействия, которые могут способствовать развитию общения с друзьями, обеспечивающего надлежащую поддержку. Социальным потенциалом для подростков обладают экологические программы, предполагающие сохранение и улучшение местной среды (речь идет об организации соответствующих мероприятий и пространства для общения): такой контекст дает возможность лучше узнать друг друга, взаимодействовать со сверстниками и выстраивать новые поддерживающие контакты.

Политика должна быть направлена на содействие построению и поддержанию благоприятного дружеского общения среди подростков, например посредством предоставления необходимых возможностей для взаимодействия со сверстниками в безопасной и структурированной среде, частично под контролем взрослых. Необходимо информировать родителей и педагогов о ложной и вводящей в заблуждение идее о том, что время, проведенное исключительно в общении со сверстниками, может стать причиной сопряженного с риском поведения и правонарушений: во многом это зависит от условий, в которых такое общение происходит (28).

Подростки обычно общаются с помощью электронных средств, поэтому очень важно объяснить им, в чем состоит здоровое и ответственное общение со сверстниками в интернете. Это поможет в предотвращении таких проблем, как формирование наркотической и других зависимостей, кибербуллинг (15) и пр. Полезно включать в информирующие программы для подростков примеры негативных последствий общения в интернете (например, по причине неограниченного доступа к размещенной на сайтах информации) и сведения о потенциальной неточности и неполноте онлайн-общения со сверстниками (как вариант — представление их жизни "в розовых красках"). Такие программы помогут подросткам и их родителям стать информированными пользователями интернета.

ЛИТЕРАТУРА

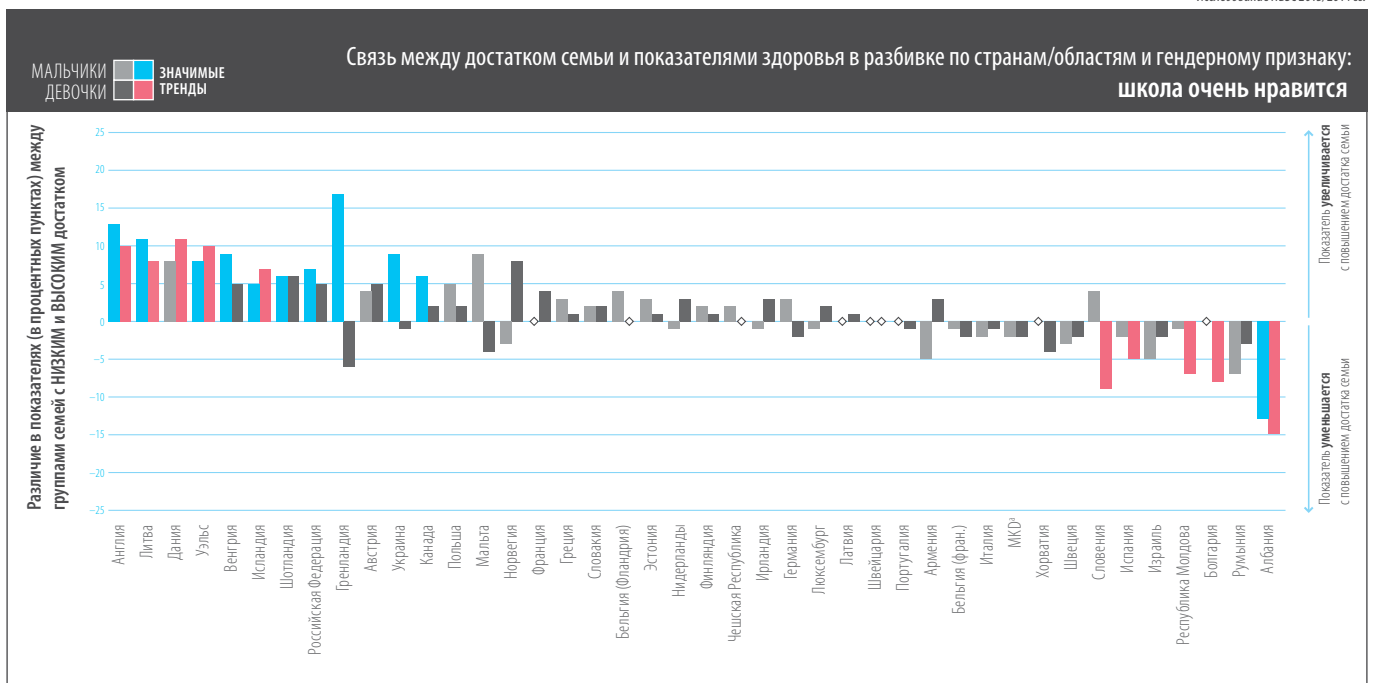
1. Kerr M, Stattin H, Biesecker G, Ferrer-Wreder L. Relationships with parents and peers in adolescence. In Lerner R, Easterbrooks MA, Mistry J, editors. *Developmental psychology*. Vol. 6. New York (NY): John Wiley & Sons Inc.; 2003:395–419.
2. Colaros LG, Eccles JS. Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Soc Work Res*. 2003;27:19–30.
3. Lenzi M, Vieno A, Perkins DD, Santinello M, Pastor M, Mazzardis S. Perceived neighborhood social resources as determinants of prosocial behavior in early adolescence. *Am J Community Psychol*. 2012;50(1–2):37–49.
4. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98:310–57.
5. Wilkinson RB. The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *J Youth Adolesc*. 2004;33:479–93.
6. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
7. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52:30–41.
8. Nickerson A, Nagle RJ. Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *J Early Adolesc*. 2005;25:223–49.
9. Gommans R, Stevens GWJM, Finne E, Cillessen AHN, Boniel-Nissim M, ter Bogt TFM. Frequent electronic media communication with friends is associated with higher substance use. *Int J Public Health* 2015;60:167–77.
10. Buhrmester D. Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Dev*. 1990;61(4):1101–11.
11. Jaccard J, Blanton H, Dodge T. Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Dev Psychol*. 2005;41(1):135–47.
12. Valkenburg PM, Peter J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *J Adolesc Health* 2010;48:121–7.
13. Brechwald WA, Prinstein MJ. Beyond homophily: a decade of advances in understanding peer influence processes. *J Res Adolesc*. 2011;21:166–79.
14. Brown BB, Larson J. Peer relationships in adolescence. In: Lerner R, Steinberg L, editors. *Handbook of adolescent psychology, third edition*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2009:74–103.
15. Matos MG, Ferreira M. *Nascidos digitais: novas linguagens, lazer e dependências [Born digital: new languages, leisure and addiction]*. Lisbon: Coisas de Ler; 2013.
16. Li S, Jin X, Wu S, Jiang F, Yan C, Shen X. The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among school-aged children in China. *Sleep* 2007;30:361–7.
17. Jackson LA, von Eye A, Fitzgerald HE, Witt EA, Zhao Y. Internet use, videogame playing and cell phone use as predictors of children's body mass index (BMI), body weight, academic performance, and social and overall self-esteem. *Computers in Human Behavior* 2011;27:599–604.
18. Leena K, Tomi L, Arja R. Intensity of mobile phone use and health compromising behaviours. How is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *J Adolesc*. 2005;28:35–47.
19. Huang GC, Unger JB, Soto D, Fujimoto K, Pentz MA, Jordan-Marsh M et al. Peer influences: the impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use. *J Adolesc Health* 2014;54:508–14.
20. Stoddard SA, Bauermeister JA, Gordon-Messer D, Johns M, Zimmerman MA. Permissive norms and young adults' alcohol and marijuana use: the role of online communities. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73:968–75.
21. Iannotti RJ, Janssen I, Haug E, Kololo H, Annaheim B, Borraccino A et al. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *Int J Public Health* 2009;54:191–8.
22. Iannotti RJ, Kogan MD, Janssen I, Boyce WF. Patterns of adolescent physical activity, screen-based media use, and positive and negative health indicators in the US and Canada. *J Adolesc Health* 2009;44:493–9.
23. Boniel-Nissim M, Tabak I, Mazur J, Borraccino A, Brooks F, Gommans R et al. Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *Int J Public Health* 2015;60:189–98.
24. Reevy GM, Maslach C. Use of social support: gender and personality differences. *Sex Roles* 2001;44:437–59.
25. Lenhart A. *Teens, smartphones, and texting*. Washington (DC): Pew Research Center's Internet & American Life Project; 2012 (<http://pewinternet.org/Reports/2012/Teens-and-smartphones.aspx>, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
26. 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. *Psychol Bull*. 2006;132:98–131.
27. Rose AJ, Smith RL. Sex differences in peer relationships. In: Rubin KH, Bukowski WM, Laursen B, editors. *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. New York (NY): Guilford Press; 2009:379–93.
28. Hoeben E, Weerman F. Situational conditions and adolescent offending: does the impact of unstructured socializing depend on its location? *Eur J Criminol*. 2014;11:481–99.

ШКОЛА: ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

Дети и подростки проводят в школе довольно много времени. Это одна из причин значительного влияния школы на познавательное, социальное и эмоциональное развитие ребенка (1, 2).

Позитивное восприятие школы рассматривается как ресурс для обеспечения здоровья и благополучия, тогда как негативное ее восприятие может являться фактором риска, оказывающим воздействие на психическое и физическое здоровье учащихся. Таким образом, установлено, что позитивное отношение к школе является фактором, предотвращающим формирование проблемного поведения, сопряженного с риском для здоровья. Напротив, негативное отношение к школе или отсутствие вовлеченности в школьную жизнь могут спровоцировать опасное для здоровья поведение, низкую оценку собственного состояния здоровья, а также усугубление соматической и психологической симптоматики (3).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших, что школа им очень нравится.

Возрастные различия

Наибольшую долю учащихся, которым нравится школа, составляют дети в возрасте 11 лет, при этом по мере взросления число таких респондентов снижается.

Значительное снижение показателя с возрастом прослеживается среди мальчиков в 36 странах и областях. Различия в 10 и более процентных пунктов наблюдаются в 29 странах и областях между 15-летним и 11-летним возрастом, при этом в 13 странах и областях это различие составляло свыше 20%.

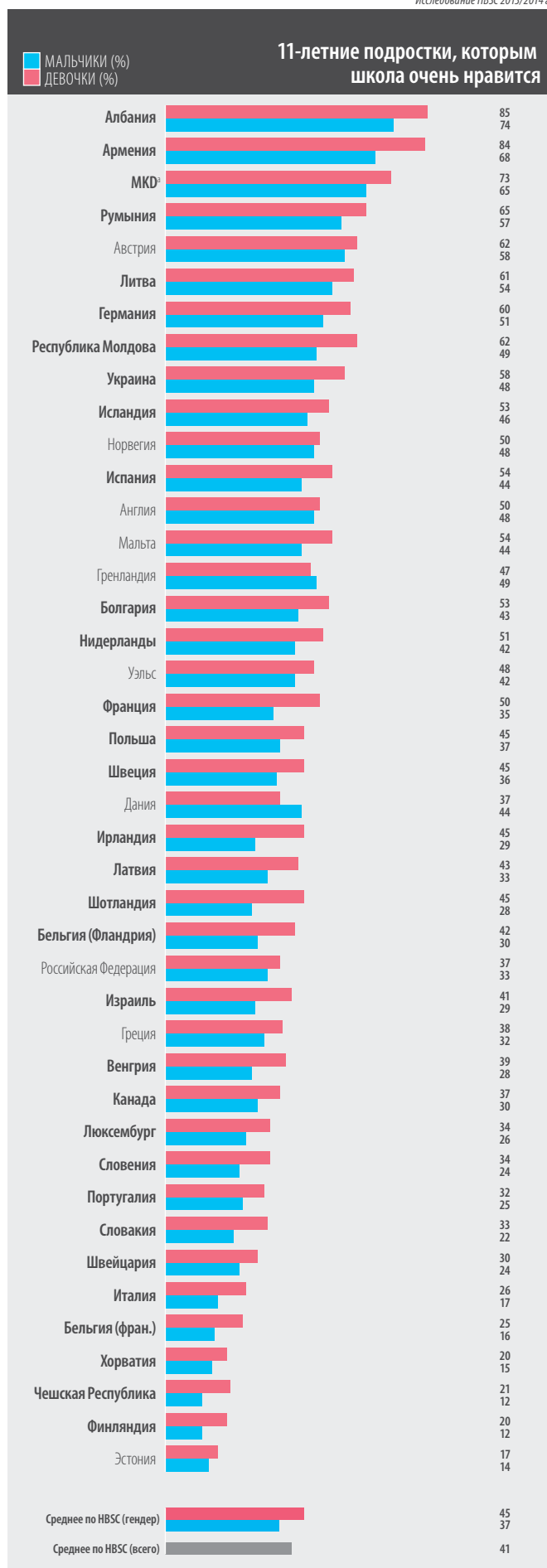
В 39 странах и областях по мере взросления прослеживается значительное снижение показателей позитивного восприятия школы среди девочек. В 36 странах и областях выявлено различие в показателях среди респондентов между 15-летним и 11-летним возрастом в 10 и более процентных пунктов (свыше 20% в 22 странах и областях). Показатель позитивного отношения к школе с возрастом увеличивается в двух странах (Венгрия и Словения).

Гендерные различия

В целом девочки из всех трех возрастных групп, особенно 11-летние, чаще сообщают о том, что им очень нравится учиться в школе. Различие между мальчиками и девочками в большинстве случаев составляет менее 10 процентных пунктов. Кроме того, наблюдается тенденция к сокращению гендерного различия с возрастом. В двух странах (Англия и Швеция) прослеживаются более высокие показатели среди мальчиков в возрасте 15 лет.

Достаток семьи

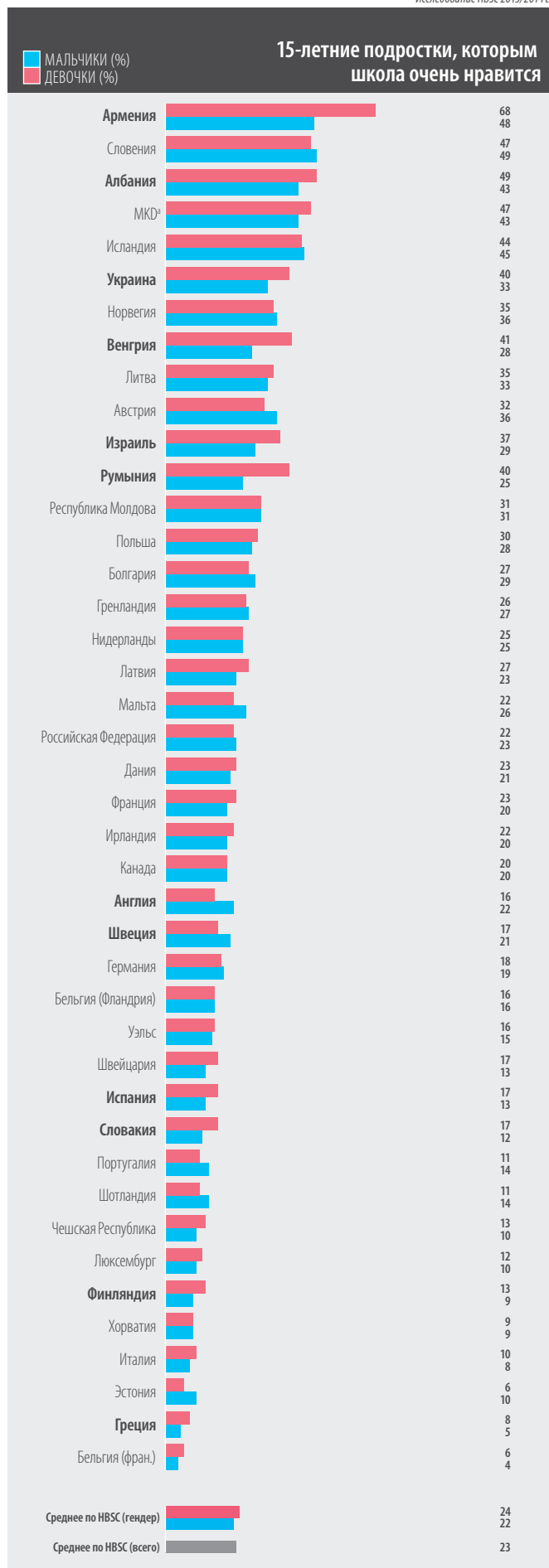
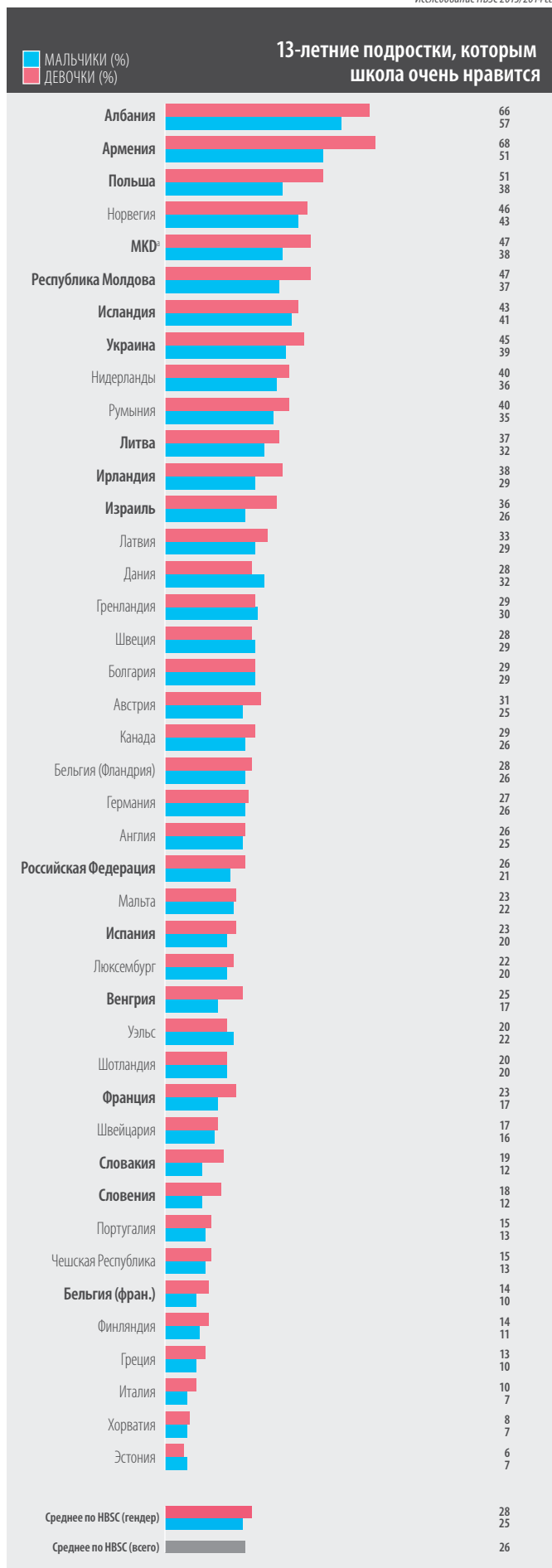
По данному показателю не выявлено общей закономерности ни среди мальчиков, ни среди девочек. Лишь в нескольких странах и областях наблюдается значимая корреляция с уровнем материального благосостояния семьи.



* Бывшая югославская Республика Македония.

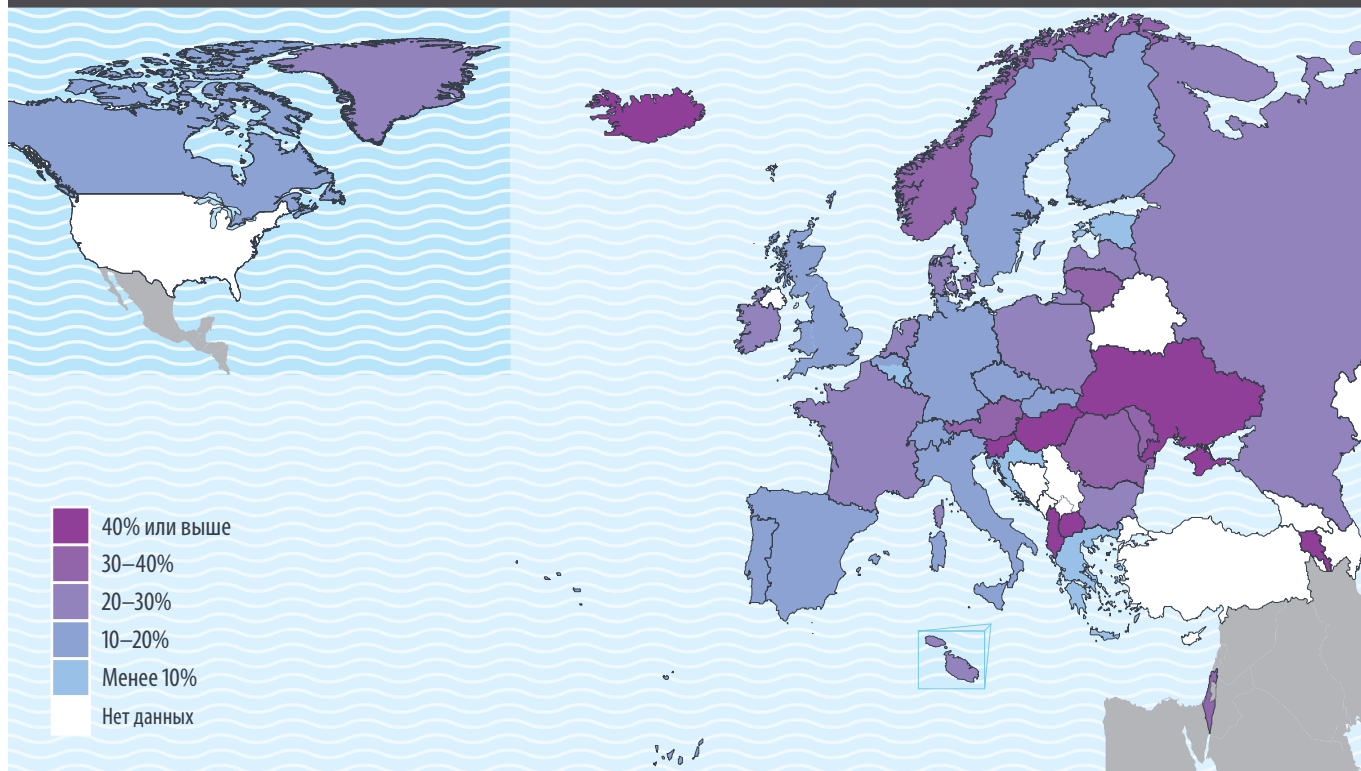
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



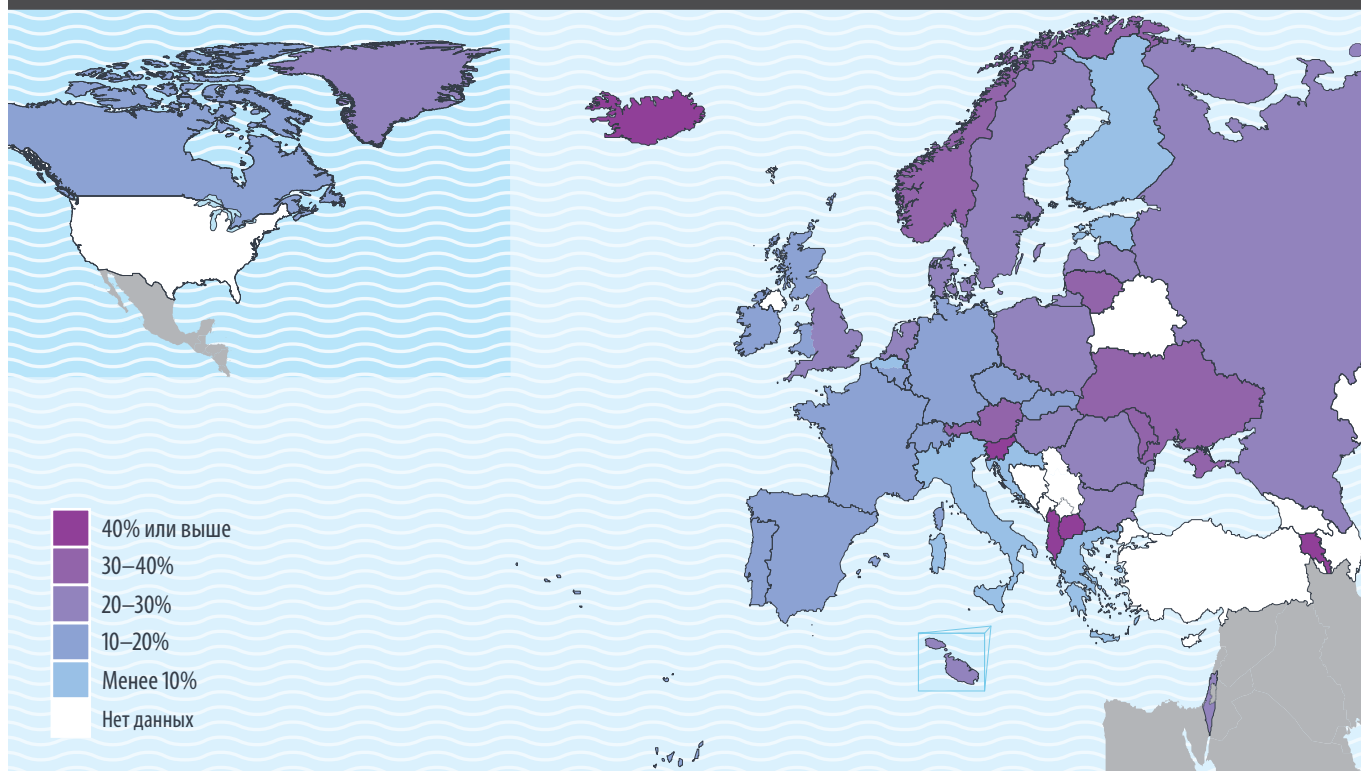
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которым школа очень нравится



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

15-летние мальчики, которым школа очень нравится

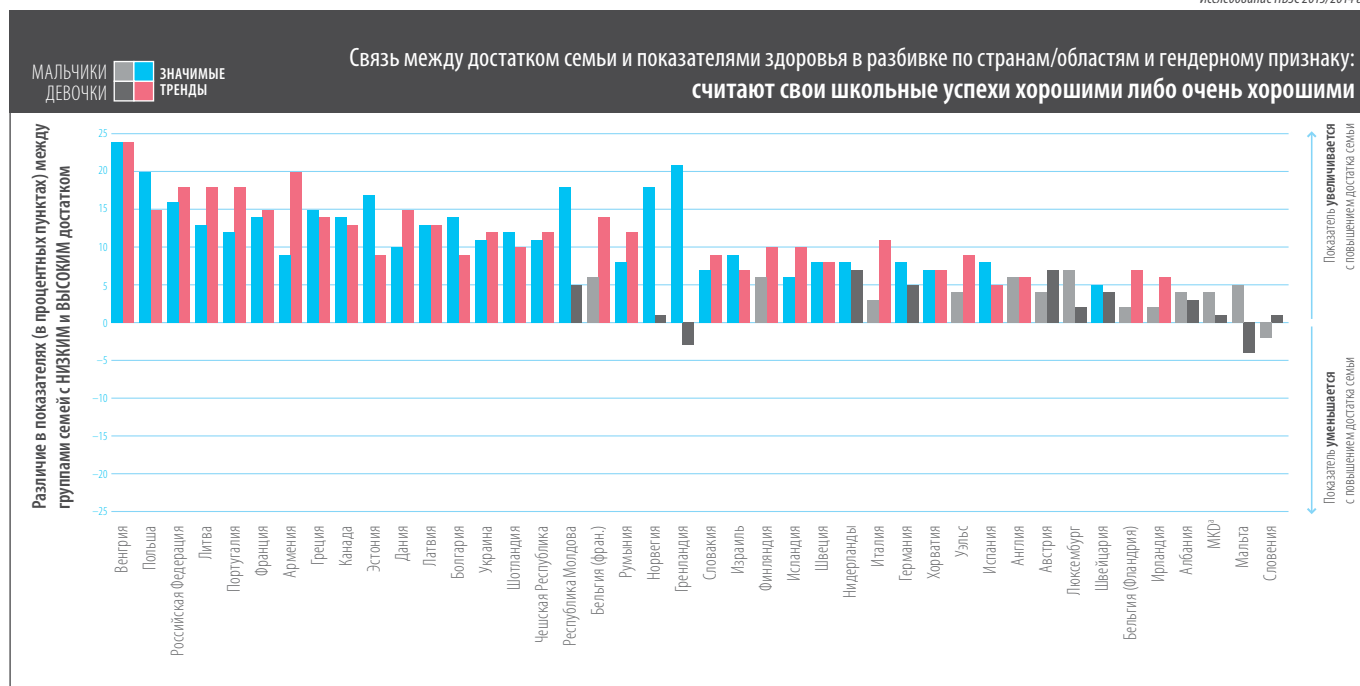


Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ШКОЛА: САМООЦЕНКА УСПЕВАЕМОСТИ

Результаты исследований, посвященных успеваемости и здоровью подростков, свидетельствуют о значительной корреляции между низкой успеваемостью в школе и низкой оценкой собственного состояния здоровья и благополучия (4, 5). Некоторые продольные исследования также показали, что успеваемость позволяет прогнозировать состояние здоровья в будущем (6).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, что, по их мнению, их классный учитель(я) думает(ют) относительно того, как обстоят их дела с учебой в сравнении с одноклассниками. Варианты ответов варьировались от ниже среднего до очень хорошо.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, назвавших свои школьные успехи хорошими либо очень хорошими.

Возрастные различия

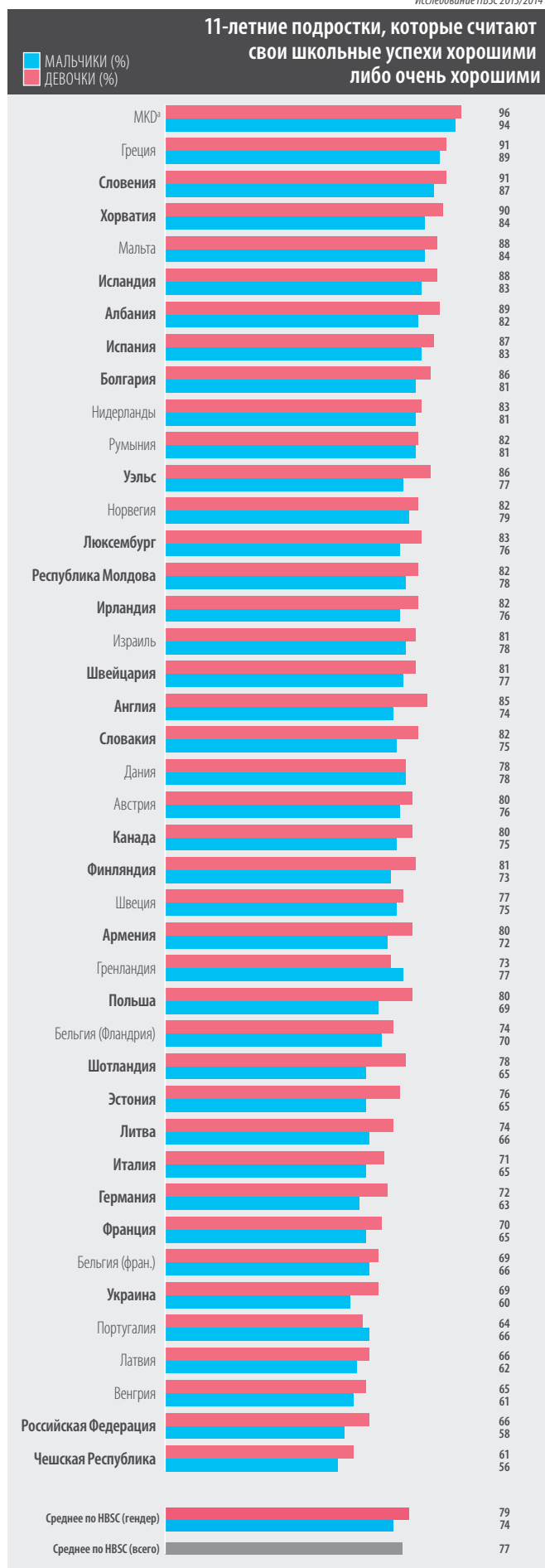
В целом с возрастом корреляция уменьшается: наблюдается значительное снижение восприятия своей учебы в школе как успешной в 40 странах и областях среди мальчиков и 39 – среди девочек. Примерно в половине стран и областей данное различие среди подростков в возрасте 15 лет по сравнению с 11-летними составляло 20 или более процентных пунктов.

Гендерные различия

Девочки во всех возрастных группах с большей вероятностью сообщают о том, что у них хорошая успеваемость. В большинстве стран и областей различия в данном показателе между мальчиками и девочками составляют менее 10 процентных пунктов. Значимое различие наблюдается среди 15-летних подростков в 14 странах и областях по сравнению с 13-летними (в 23 странах и областях) и 11-летними (в 26 странах и областях). Обратное соотношение (более высокие показатели зафиксированы у мальчиков) было отмечено в трех странах: в Бельгии (франц.) и Гренландии (только среди 13-летних респондентов), а также в Португалии (среди подростков в возрасте 15 лет по сравнению с 13-летними).

Достаток семьи

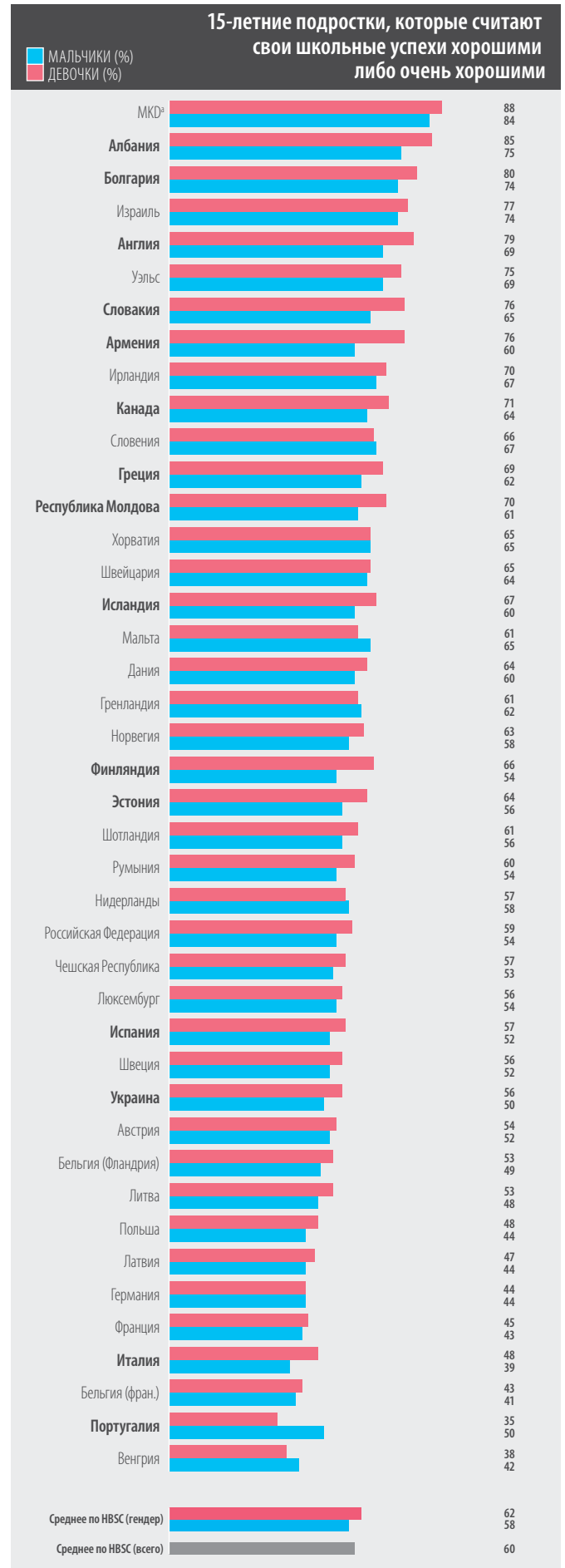
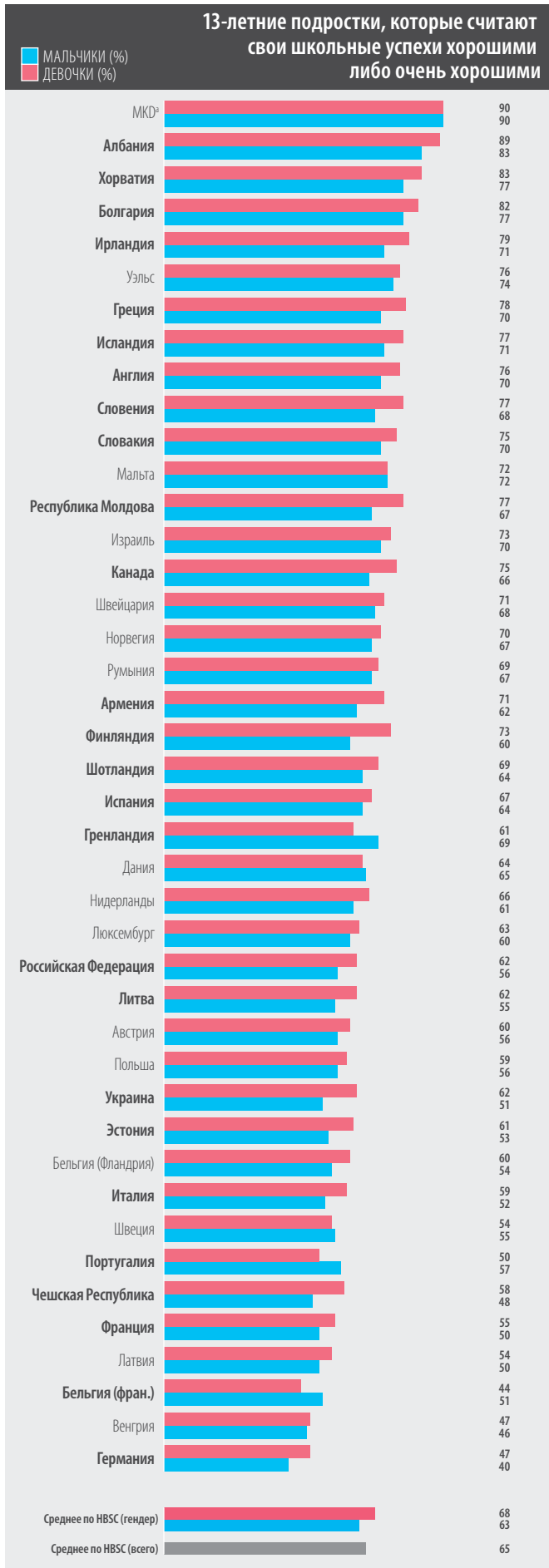
В целом самые высокие показатели отмечались у подростков из обеспеченных семей: такая зависимость наблюдается в 29 странах и областях среди мальчиков и в 30 странах и областях среди девочек.



* Бывшая югославская Республика Македония.

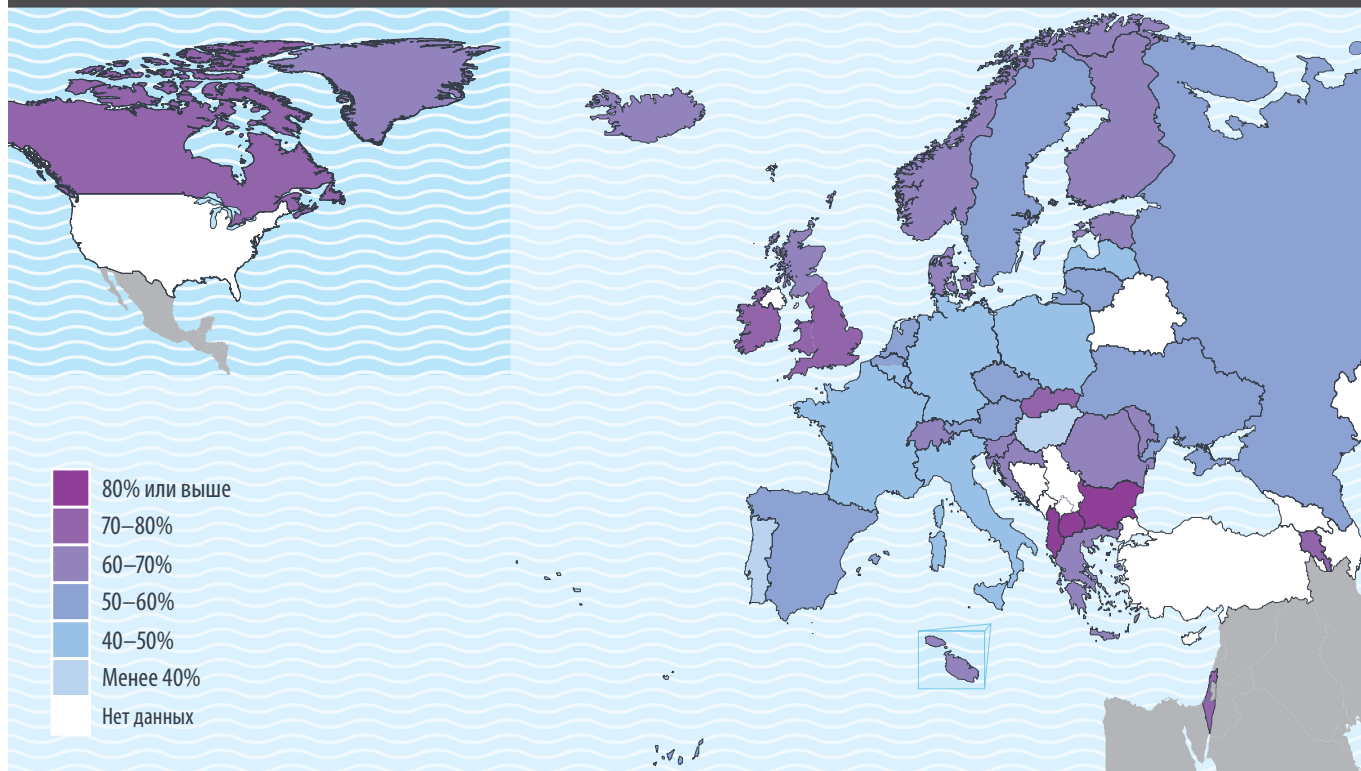
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

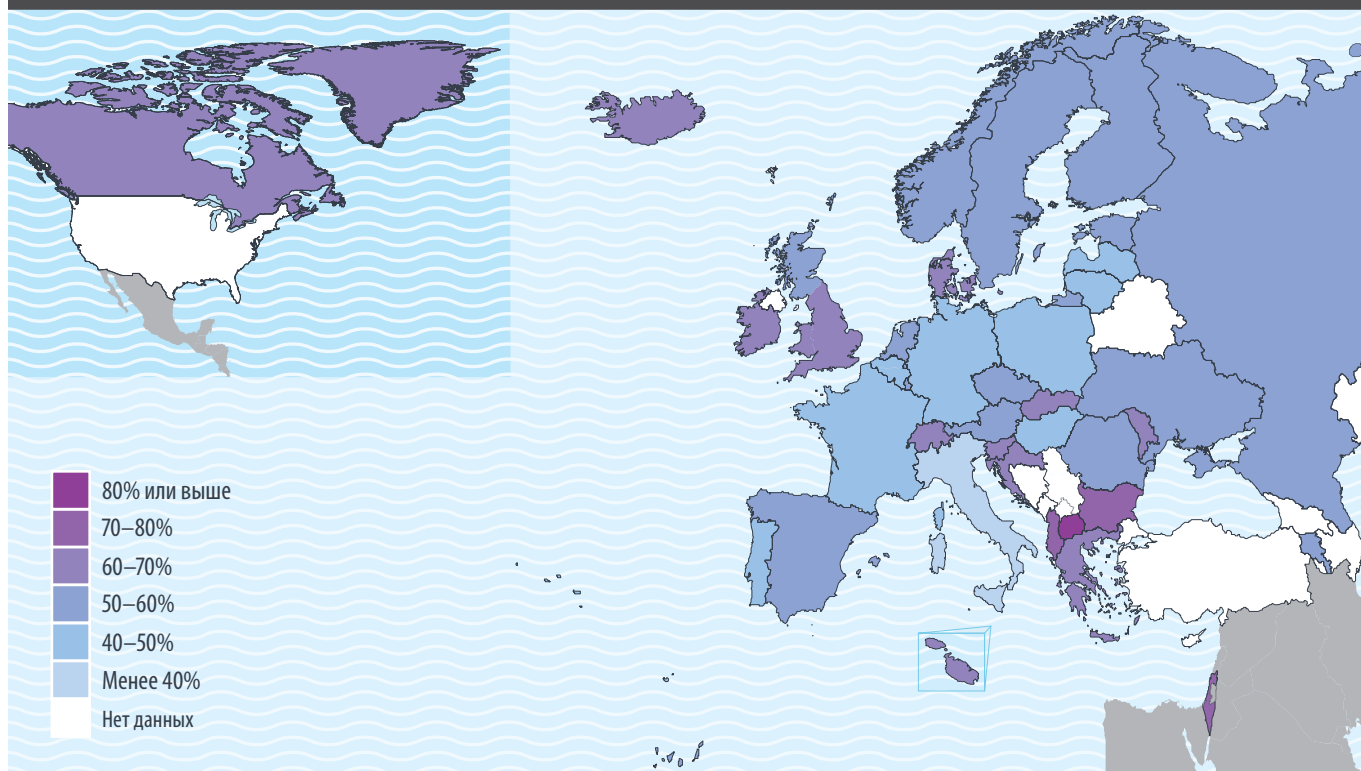


Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые считают свои школьные успехи хорошими либо очень хорошими



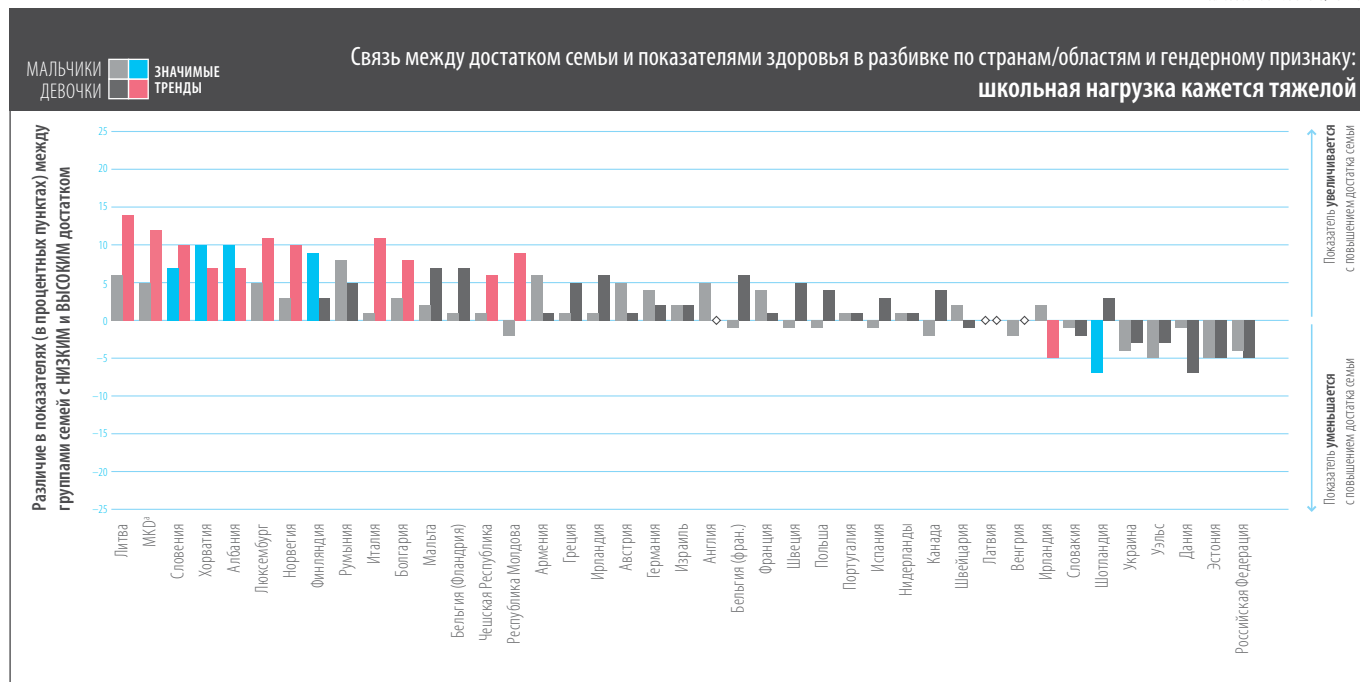
15-летние мальчики, которые считают свои школьные успехи хорошими либо очень хорошими



ШКОЛА: ОЩУЩЕНИЕ ШКОЛЬНОЙ НАГРУЗКИ

Если школьники чувствуют, что учеба является для них тяжелым бременем, они чаще ощущают стресс, который выражается в сопряженном с риском для здоровья поведении, учащении проблем со здоровьем (таких, как головная боль, боль в животе и спине, головокружение) и жалобах психологического характера (грустное настроение, ощущение напряжения и тревоги) (7, 8). С высоким уровнем школьной нагрузки также связаны такие негативные проявления, как более низкая оценка состояния своего здоровья, удовлетворенности жизнью и уровня благополучия.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, насколько трудной им кажется учебная работа, которую они должны выполнять. Варианты ответов варьировались от несколько не трудной до очень трудной.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю учащихся, которым школьная нагрузка казалась довольно тяжелой или очень тяжелой.

Возрастные различия

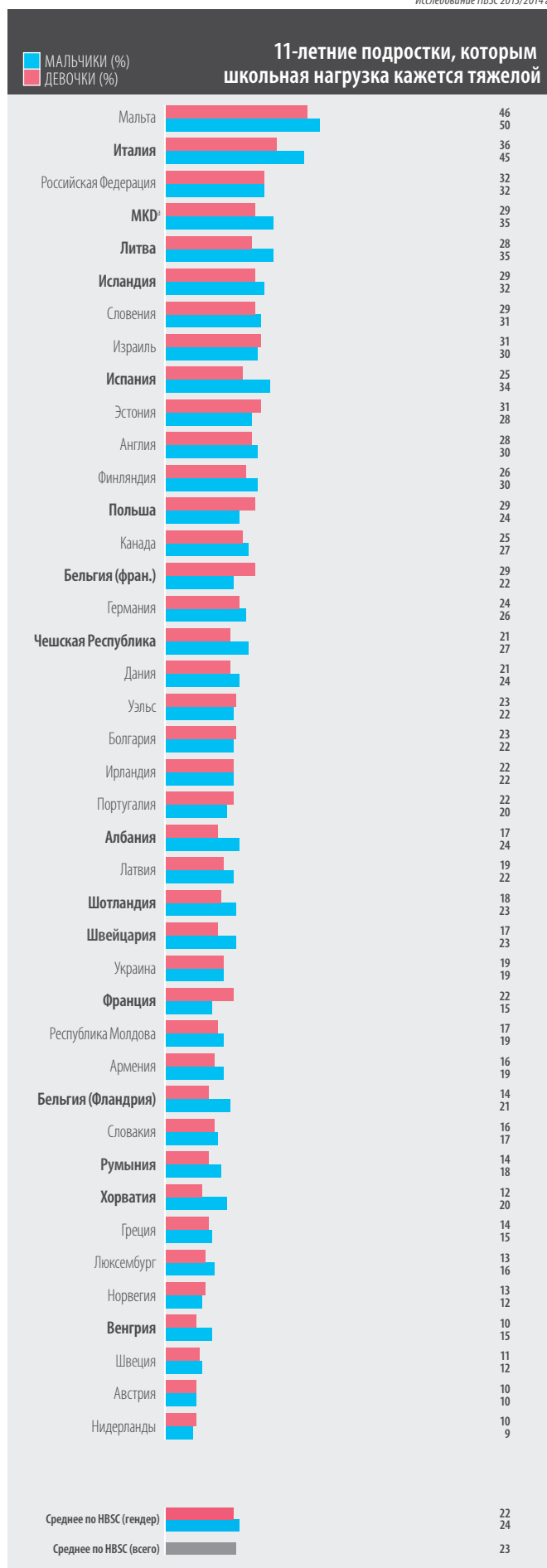
Ощущение тяжести школьной нагрузки увеличивается по мере взросления, что особенно выражено у девочек. В 33 странах и областях данный показатель выше среди мальчиков в возрасте 15 лет по сравнению с 11-летними. Различия в 20 и более процентных пунктов отмечается в 11 странах и областях. В 39 странах и областях девочки в возрасте 15 лет чаще сообщают о слишком большой школьной нагрузке по сравнению с 11-летними, в 28 странах и областях различие составляет более 20 процентных пунктов.

Гендерные различия

Характер гендерных различий меняется по мере взросления подростков. О тяжести школьной нагрузки с большей вероятностью сообщают мальчики в возрасте 11 лет и девочки 15 лет. В трех странах и областях об этом чаще говорят девочки в возрасте 11 лет, а в 13 странах и областях — мальчики этого же возраста. В двадцати странах и областях этот показатель выше среди девочек в возрасте 13 лет, а среди мальчиков этого же возраста — в одной стране. В 36 странах и областях девочки 15 лет чаще сообщают о тяжести школьной нагрузки, а в 27 странах и областях отмечается различие в показателях в 10 и более процентных пунктов.

Достаток семьи

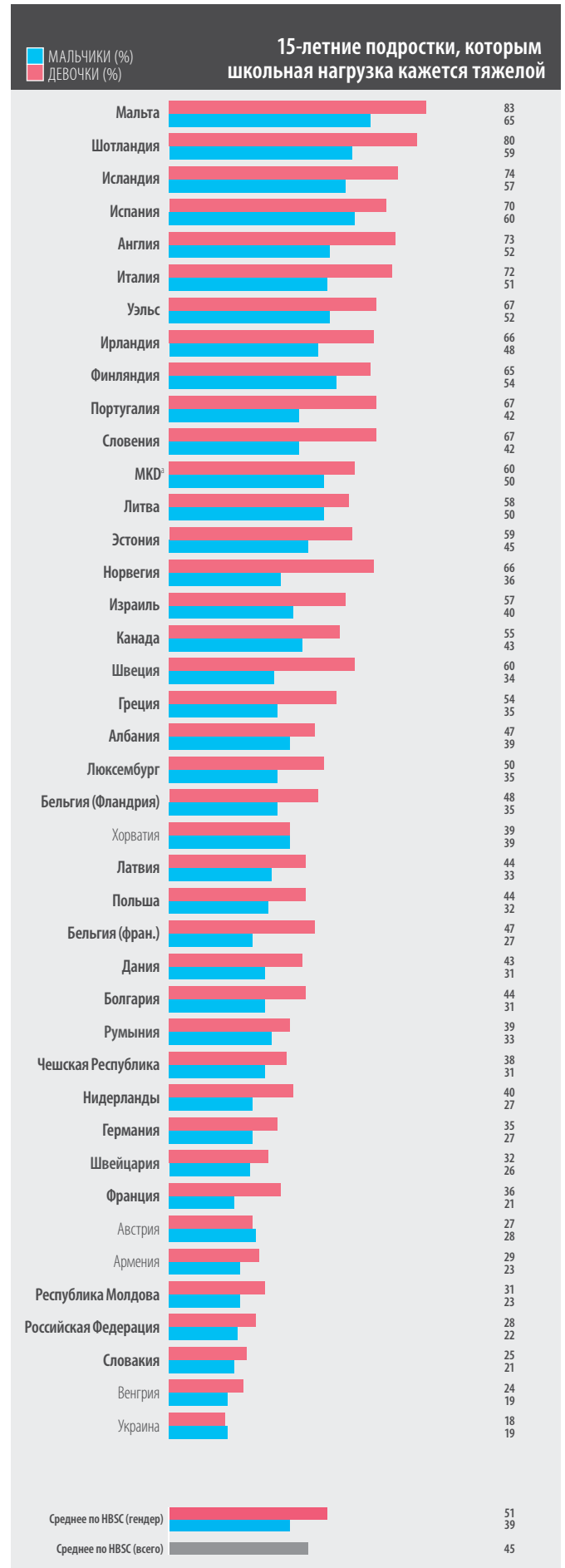
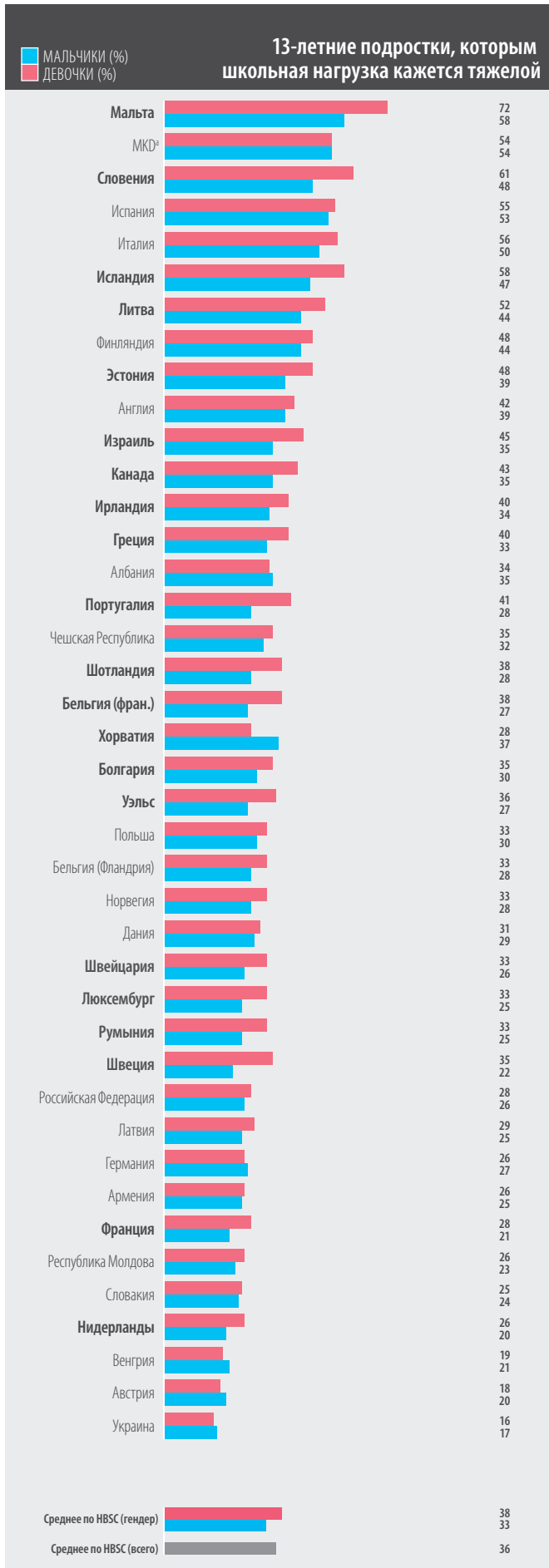
Не выявлено общей закономерности по данному показателю ни среди мальчиков, ни среди девочек. Лишь в нескольких странах и областях наблюдается значимая зависимость от уровня материального благосостояния семьи.



* Бывшая югославская Республика Македония.

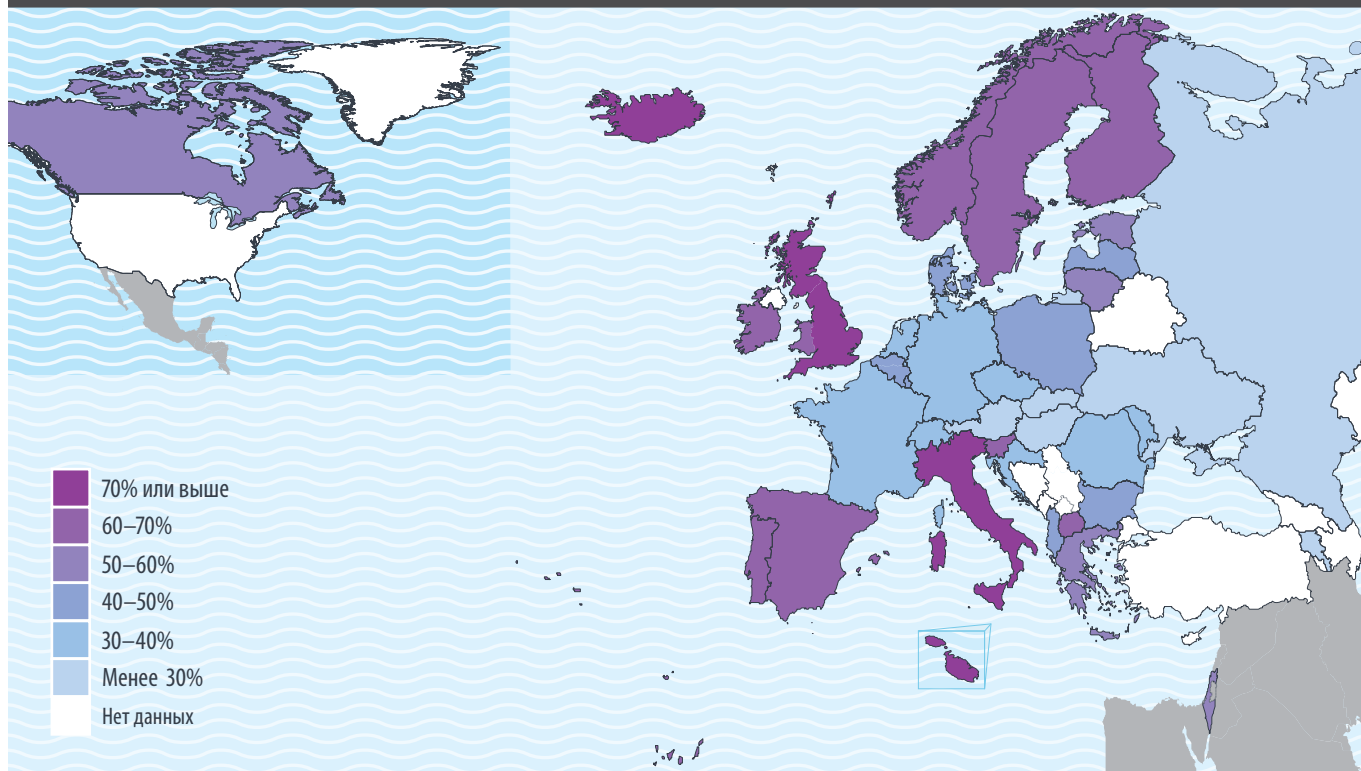
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

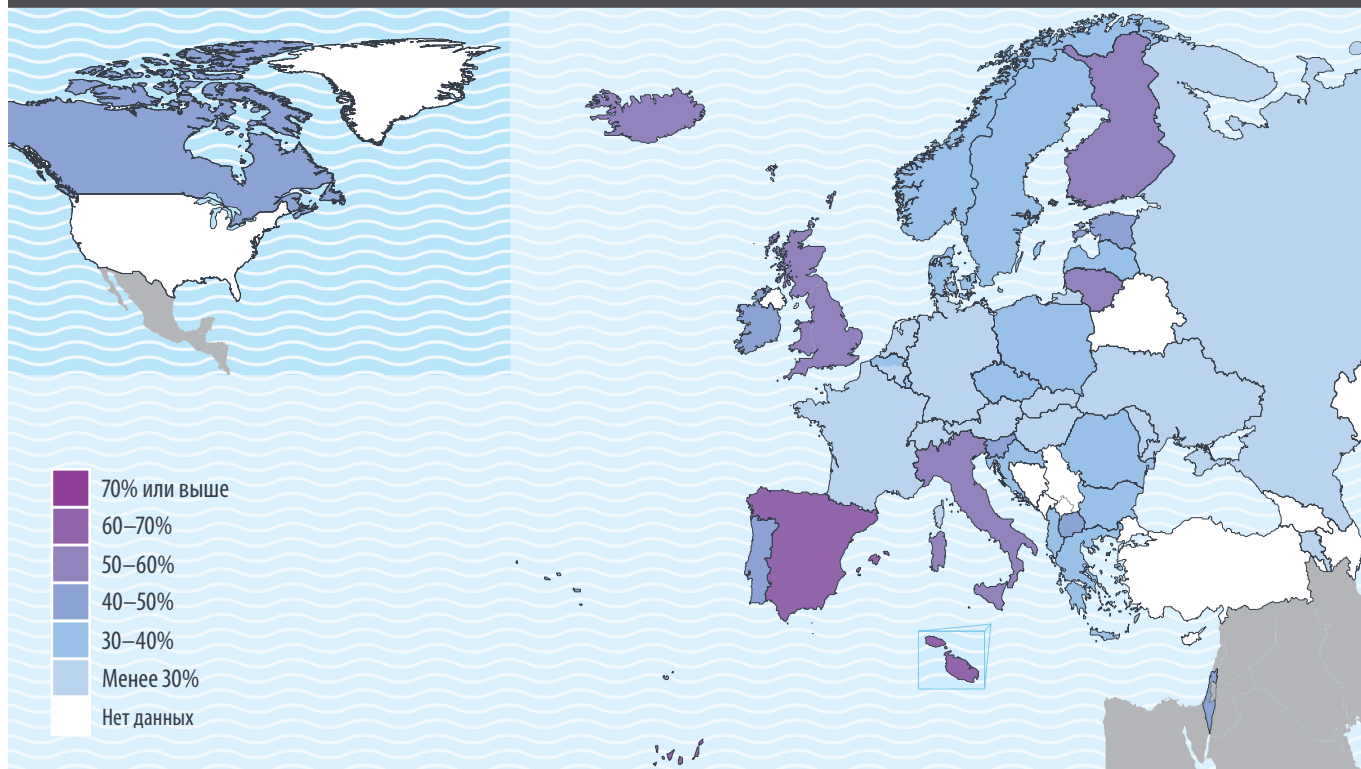


Примечание. ^aОбозначает значимое гендерное различие (при p<0,05). Нет данных по Гренландии.

15-летние девочки, которым школьная нагрузка кажется тяжелой



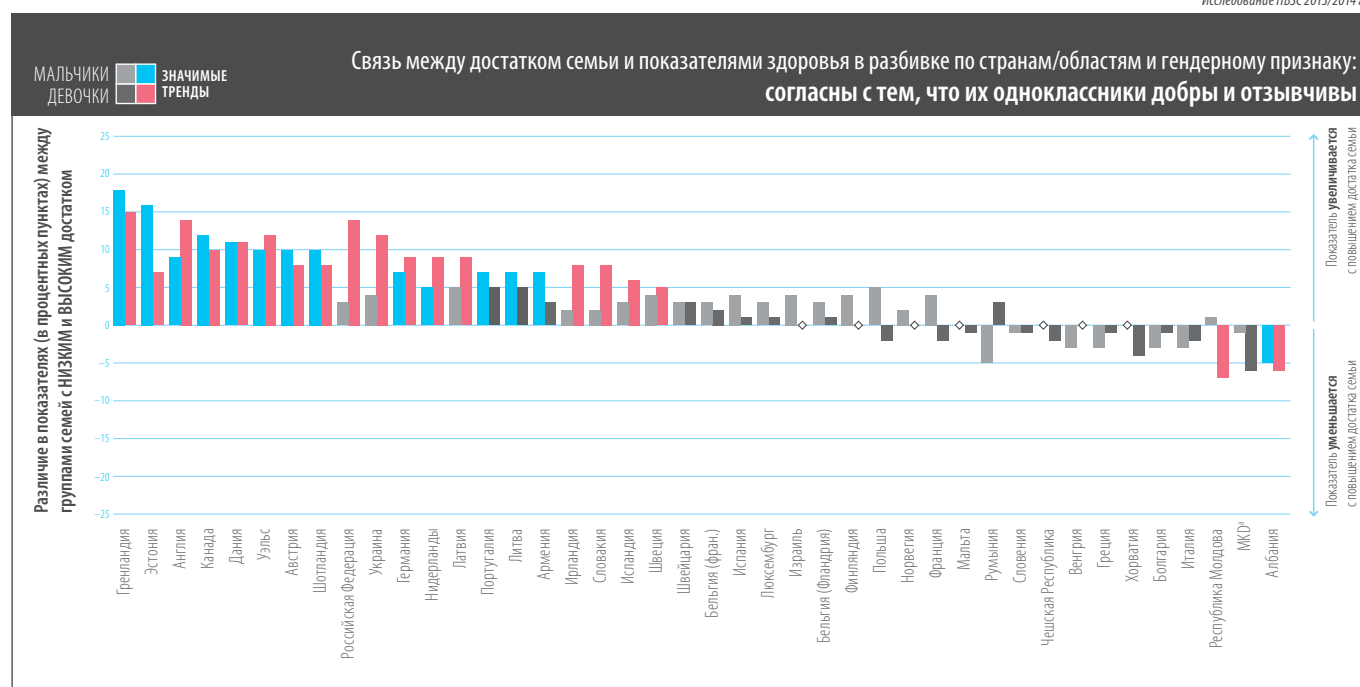
15-летние мальчики, которым школьная нагрузка кажется тяжелой



ШКОЛА: ПОДДЕРЖКА ОДНОКЛАССНИКОВ

Ощущение социальной поддержки имеет принципиальное значение для благополучия детей и подростков (9). Существует несколько возможных источников социальной поддержки подростков: это родители и семья, сверстники, одноклассники и учителя, при этом влияние каждого из этих компонентов благоприятно сказывается на их жизни (10). Поддержка со стороны сверстников способствует формированию психологического благополучия, адекватной самооценки, хорошей успеваемости и социальной адаптации к школе (11), а благожелательность одноклассников вносит существенный вклад в осуществление базовой потребности быть причастным к какой-либо социальной группе или ситуации.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам предложили выразить свое согласие или несогласие с утверждением, что большинство учеников в их классе(ах) добры и отзывчивы. Варианты ответов варьировались от полностью не согласен до полностью согласен.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые либо согласны, либо полностью согласны с данным утверждением.

Возрастные различия

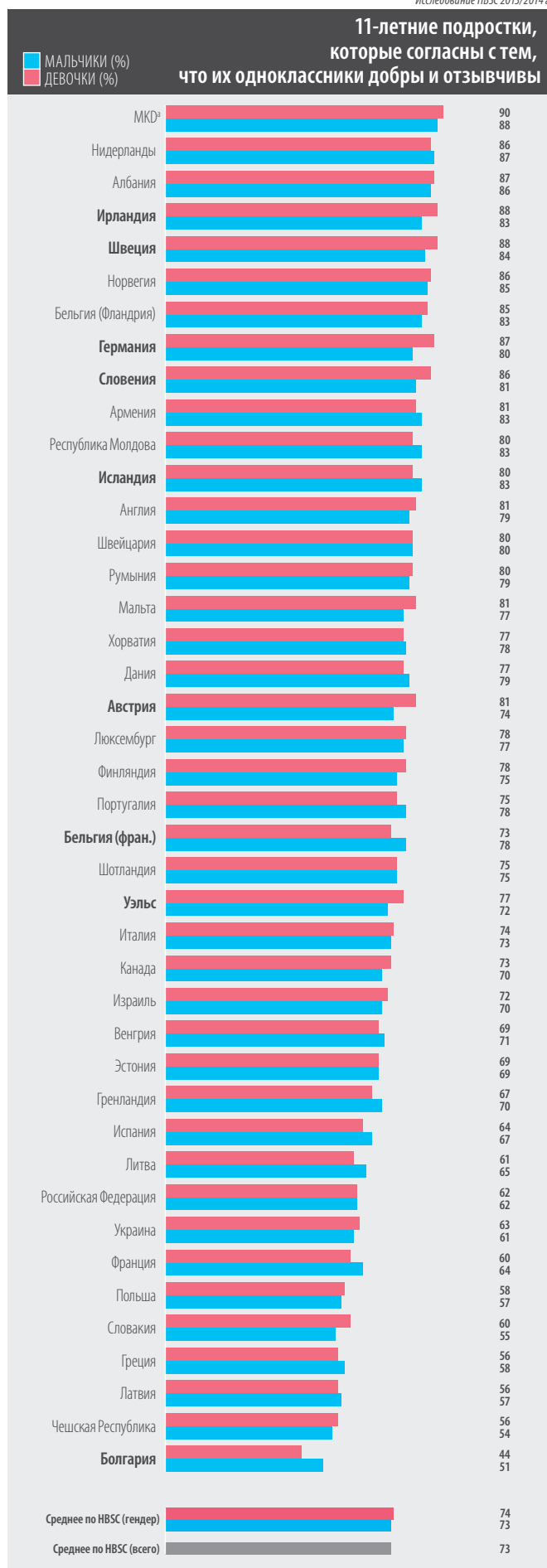
В большинстве стран и областей чаще всего сообщали о поддержке со стороны сверстников респонденты в возрасте 11 лет. Статистически значимое снижение показателей, определяемое возрастом, зафиксировано в 25 странах и областях среди мальчиков, но в двух странах и областях отмечено увеличение этого показателя. Становясь старше, девочки все реже сообщают о наличии такой поддержки в 30 странах и областях, но в двух — ощущение поддержки становится более заметным.

Гендерные различия

Гендерные различия были отчетливо выражены лишь в ряде стран и областей. По мере взросления детей эти показатели меняются. Наиболее высокие показатели ощущения поддержки отмечены у 11-летних девочек и 15-летних мальчиков — в случае значимых различий. Однако статистически значимым было относительно небольшое число различий.

Достаток семьи

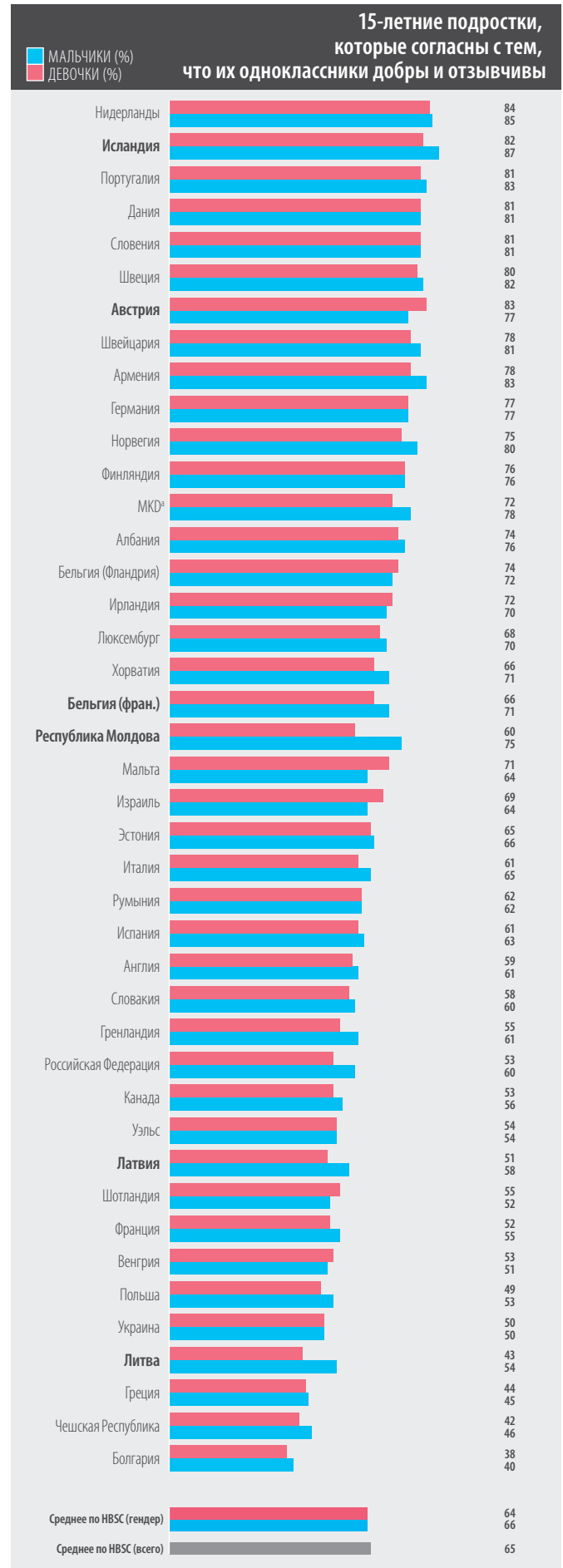
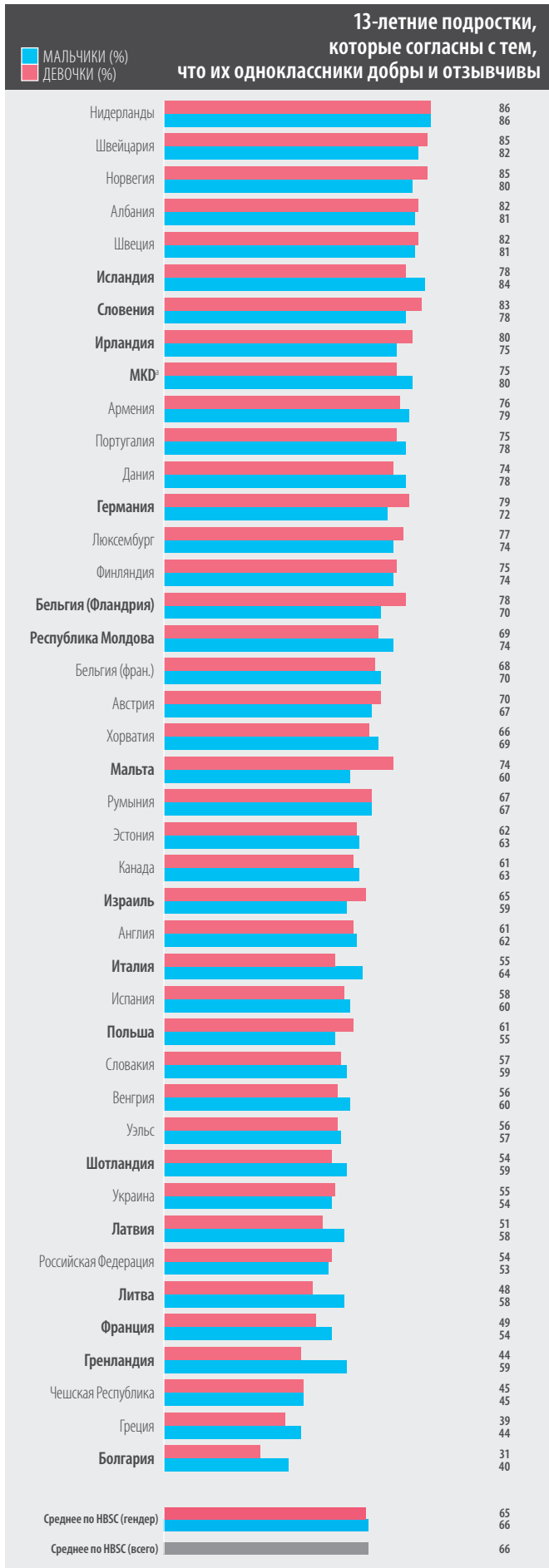
Примерно в половине стран и областей по данному вопросу среди детей и подростков по крайней мере одного из полов выявлена значительная зависимость от высокого достатка семьи. То есть в большинстве случаев прослеживается прямая зависимость высокого уровня поддержки одноклассников от высокого уровня материального благосостояния семьи.



* Бывшая югославская Республика Македония.

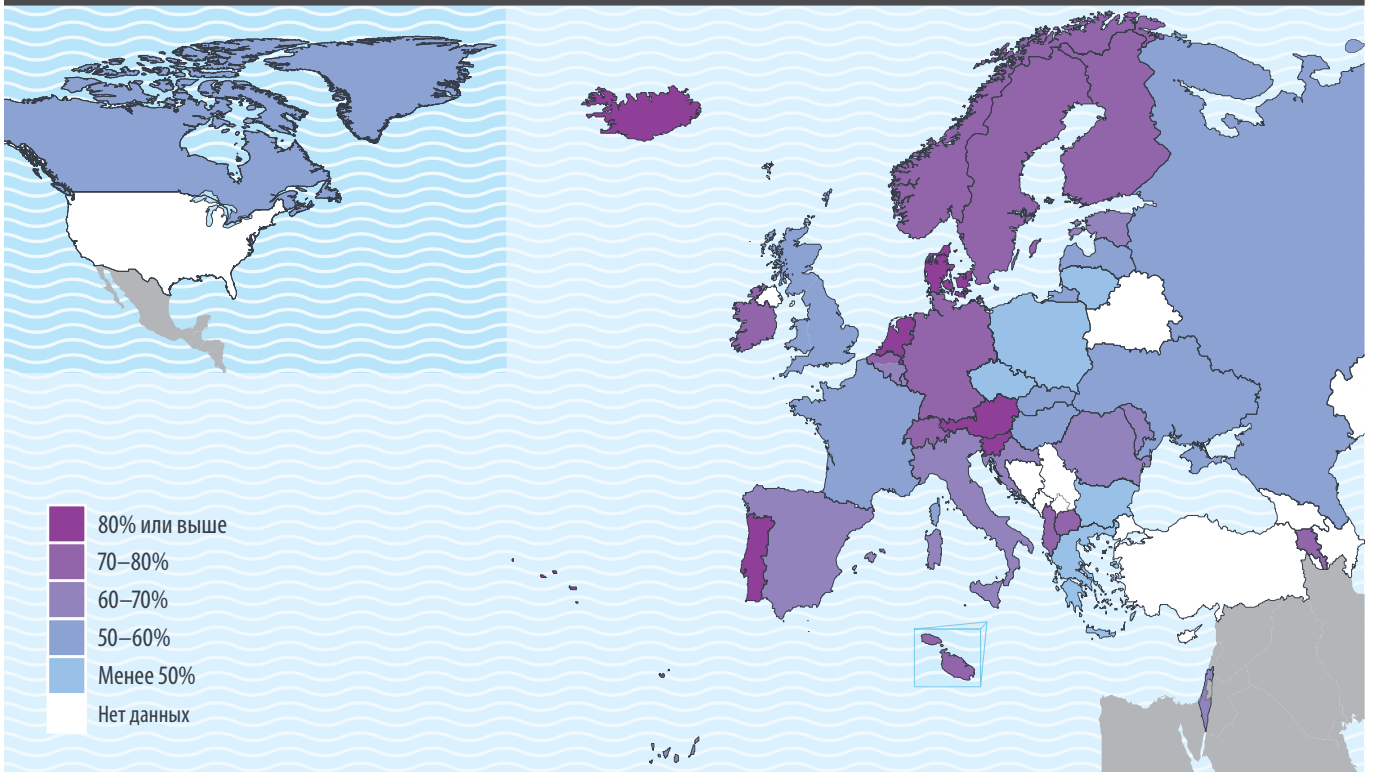
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



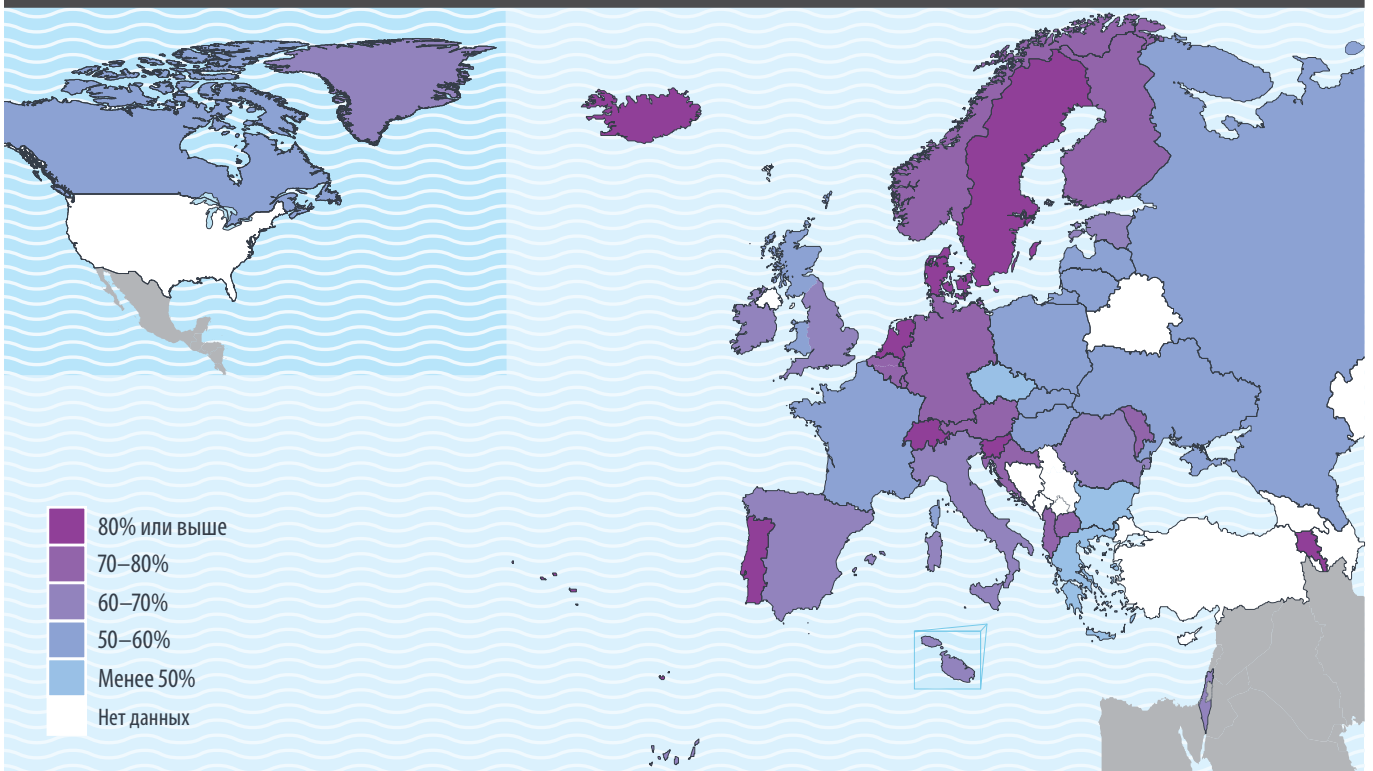
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

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.

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

Учеба в школе представляется нелегкой задачей для учащихся старшего школьного возраста, в то время как ученики младших классов, как правило, более позитивно воспринимают школу, в меньшей степени ощущают тяжесть школьной нагрузки и чаще сообщают об успехах в учебе. Кроме того, для младших школьников более характерно восприятие своих одноклассников как добрых и отзывчивых.

Девочкам школа, как правило, нравится больше, чем мальчикам, обычно они чаще сообщают о хорошей успеваемости. При этом картина показателей стресса, обусловленного школьной нагрузкой, является более сложной из-за возрастных изменений. В некоторых странах и областях мальчики в начальных классах в большей степени ощущают себя под давлением и сообщают о низком уровне поддержки со стороны одноклассников, в то время как среди учащихся старших классов прослеживается обратная тенденция.

Типична положительная корреляция между материальным благосостоянием семьи и ростом успеваемости в школе, однако нет четкой закономерности между семейным достатком, с одной стороны, и позитивным отношением к школе, восприятием школьной нагрузки и поддержки со стороны одноклассников, с другой. Школа должна являться благоприятной средой для детей вне зависимости от семейного положения учащихся. Поэтому можно считать позитивным тот факт, что в странах и областях не выявлено никаких выраженных различий по параметру СЭС.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

По мере взросления дети проводят все больше времени в школе. Для здорового развития ребенка важны позитивное восприятие школы и положительное к ней отношение. ВОЗ неизменно подчеркивает значимость школы как среды, оказывающей влияние на здоровье подростков и формирование здоровых привычек. Эмпирические данные доказывают эффективность программ укрепления здоровья, проводимых на базе школ, в частности тех из них, которые позволяют добиться изменений в школьной среде (12).

Некоторые программы также способствуют росту успеваемости (13). Однако надо отметить, что программы по укреплению здоровья, которые ведут профессионалы с опорой на фактические данные, встречаются редко. Еще реже осуществляются программы в рамках целостного подхода, учитывающего все аспекты школьной жизни.

Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости применения стратегий с учетом гендерной специфики уже среди детей раннего возраста для того, чтобы помочь мальчикам воспринимать учебу в школе с той же степенью позитивности, с которой ее воспринимают девочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wells J. Promoting emotional well-being in schools. In: Buchanan A, Hudson B, editors. Promoting children's emotional well-being. London: Oxford University Press; 2000:161–92.
2. Wang MT, Dishion TJ. The trajectories of adolescents' perceptions of school climate, deviant peer affiliation, and behavioural problems during the middle school years. *J Res Adolesc.* 2012;22:40–53.
3. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health* 2007;40(4):357.
4. Van Ryzin MJ, Gravely AA, Roseth CJ. Autonomy, belongingness, and engagement in school as contributors to adolescent psychological well-being. *J Youth Adolesc.* 2009;38:1–12.
5. Bird JM, Markle RS. Subjective well-being in school environments: promoting positive youth development through evidence-based assessment and intervention. *Am J Orthopsychiatry* 2012;82:61–66.
6. Cole D, Jacques F, Maschman T. Social origins of depressive cognitions: a longitudinal study of self-perceived competences in children. *Cognit Ther Res.* 2001;25(4):377–95.
7. Torsheim T, Aaro LE, Wold B. School-related stress, social support, and distress: prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships. *Scand J Psychol.* 2003;44:153–9.
8. Ottová-Jordan W, Smith ORF, Augustine L, Gobina I, Rathmann K, Torsheim T et al. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *Eur J Public Health* 2015;25(2):83–9.
9. Shin R, Daly B, Vera E. The relationship of peer norms, ethnic identity, and peer support to school engagement in urban youth. *Professional School Counselling* 2007;10:379–88.

10. Malecki CK, Demaray MK. What type of support do they need? Investigating student adjustment as related to emotional, appraisal, information, and instrumental support. *Sch Psychol Q.* 2003;18(3):231–52.
11. Danielsen AG, Samdal O, Hetland J, Wold B. School-related social support and students' perceived life satisfaction. *J Educ Res.* 2009;102:303–18.
12. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (Health Evidence Network report; <http://www.oru.se/ExternalWebsites/NCF/Maten%20i%20skolan/L%C3%A4sf%C3%B6nster/rapporter/E88185.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
13. Murray NG, Low BJ, Hollis C, Cross AW, Davis SM. Coordinated school health programmes and academic achievement: a systematic review of the literature. *J Sch Health* 2007;77:589–600.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ВЕС ТЕЛА

*"Когда болеешь, это как быть
одному в темной комнате
за закрытой дверью.
А когда здоров, это как
пойти гулять на улицу,
и там светит солнце".*



ВЫСКАЗЫВАНИЯ ПОДРОСТКОВ О ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ

«Мы не знаем будущего, и это беспокоит каждого из нас. Хуже всего неопределенность будущего, связанная с учебой, это нас беспокоит больше всего. Нас одолевают сомнения: "Какие науки мне стоит изучать? Понравится ли мне это? Найду ли я потом работу?"»

“Бывает трудно найти себя в жизни, разобраться в себе”.

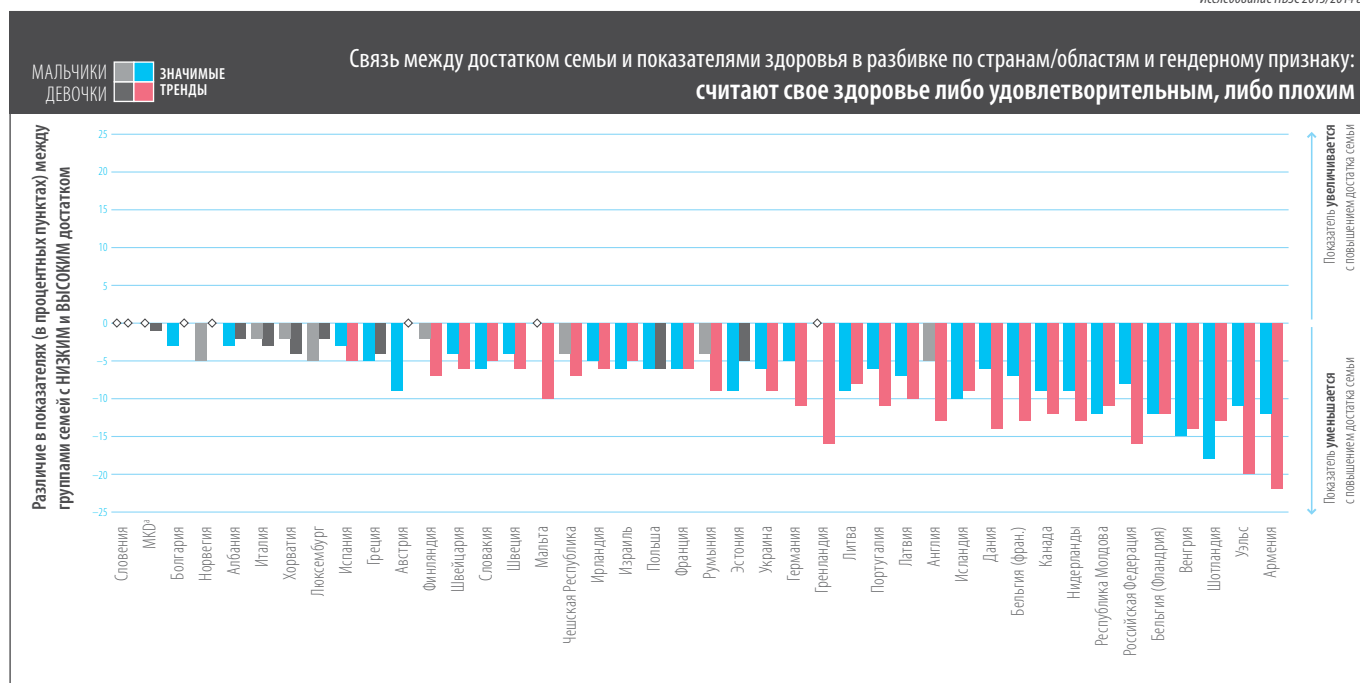
“Подростки взрослеют, и их проблемы становятся намного сложнее во всех сферах жизни: учеба, отношения с людьми, а также то, как подростки их воспринимают”.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Самооценка здоровья является субъективным показателем общего состояния здоровья и самочувствия. У подростка такая оценка отражает не только наличие или отсутствие хронических заболеваний и различных ограничений по здоровью, но и более широкое представление о себе.

Данные эмпирических исследований показывают, что самооценка состояния здоровья является независимым фактором, позволяющим прогнозировать заболеваемость и смертность даже после оценки других факторов (1). Неудовлетворительное состояние здоровья в раннем детстве иногда имеет продолжительные негативные последствия, которые могут проявляться и в подростковом, и во взрослом возрасте, являясь также дополнительным бременем для служб здравоохранения (2). На самооценку состояния здоровья подростка влияют самые разные индикаторы здоровья, в том числе медицинского и психологического характера, относящиеся к социальной среде и поведению (3, 4), а также факторы, которые задаются социальным контекстом: семьей, сверстниками, школой, уровнем культурного развития.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые считают свое здоровье либо удовлетворительным, либо плохим.

Возрастные различия

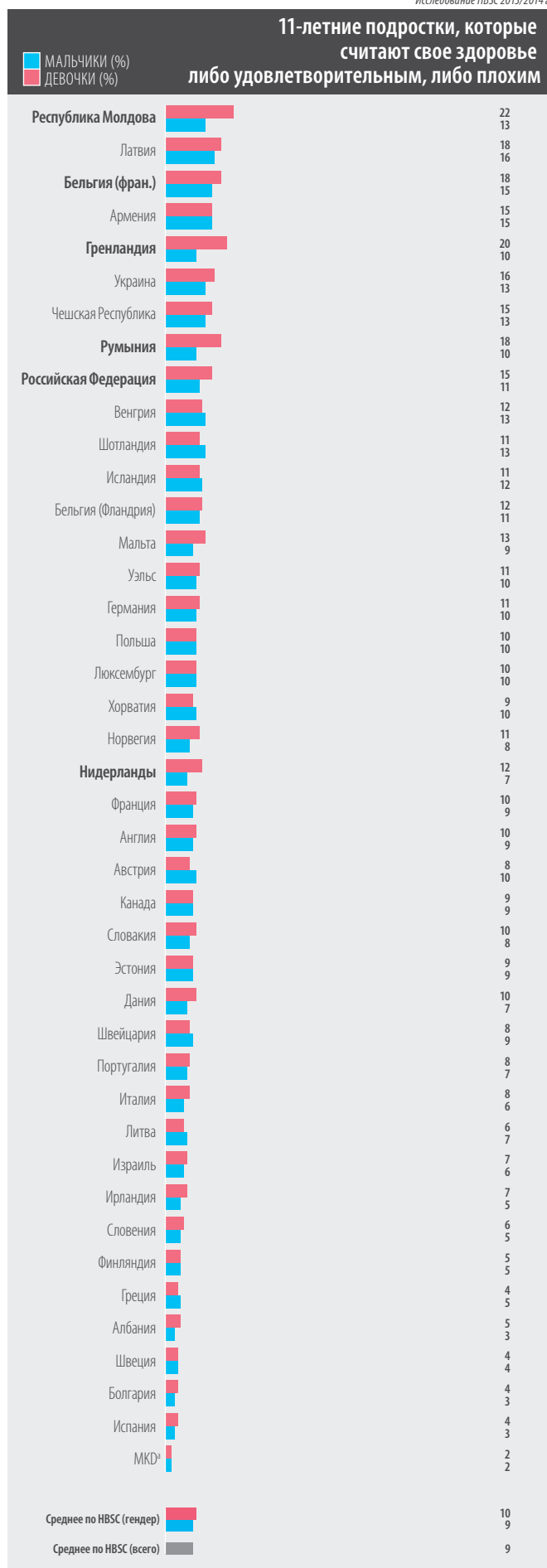
Старшие подростки с большей вероятностью склонны считать свое здоровье удовлетворительным или плохим, причем девочки сообщают об этом чаще, чем мальчики. В трети стран и областей наблюдается рост показателя на 10 и более процентных пунктов у девочек между 11 и 15 годами, тогда как у мальчиков такое увеличение отмечено лишь в двух странах (Уэльс и Финляндия).

Гендерные различия

Девочки во всех трех возрастных группах считают свое здоровье удовлетворительным или плохим. Лишь в нескольких странах и областях среди подростков в возрасте 11 лет отмечаются значимые гендерные различия, тогда как среди 15-летних такие различия наблюдаются почти повсеместно. С возрастом разрыв по гендерному признаку увеличивается.

Достаток семьи

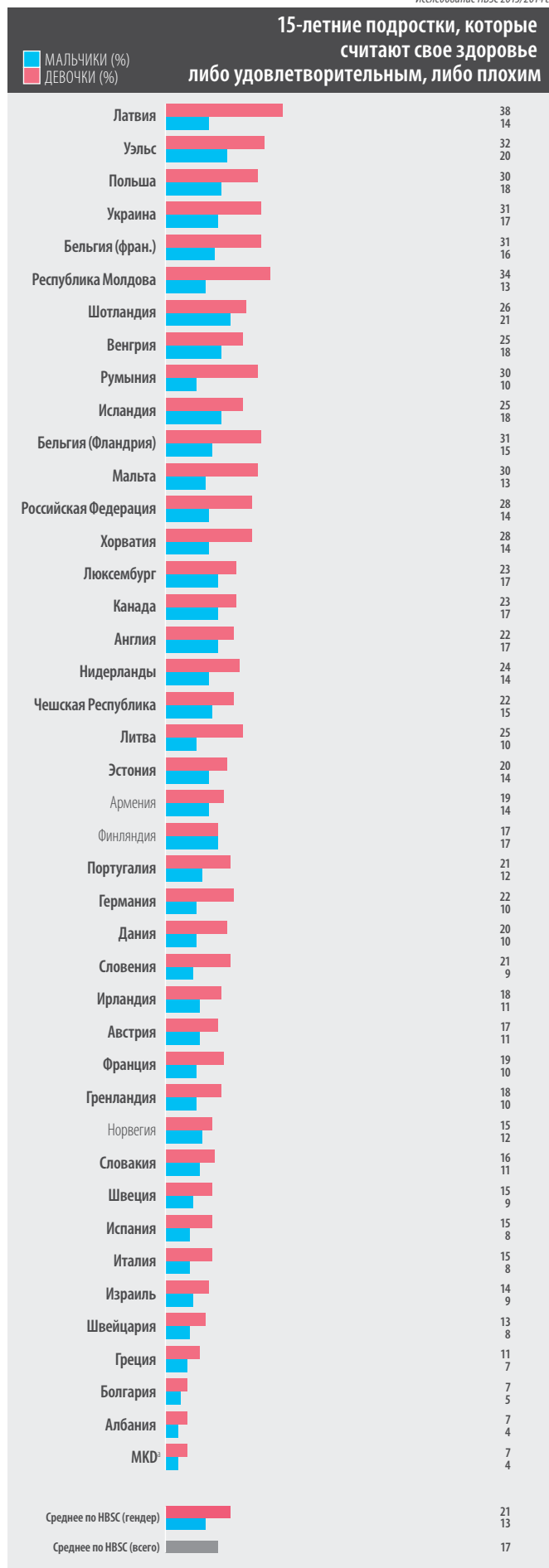
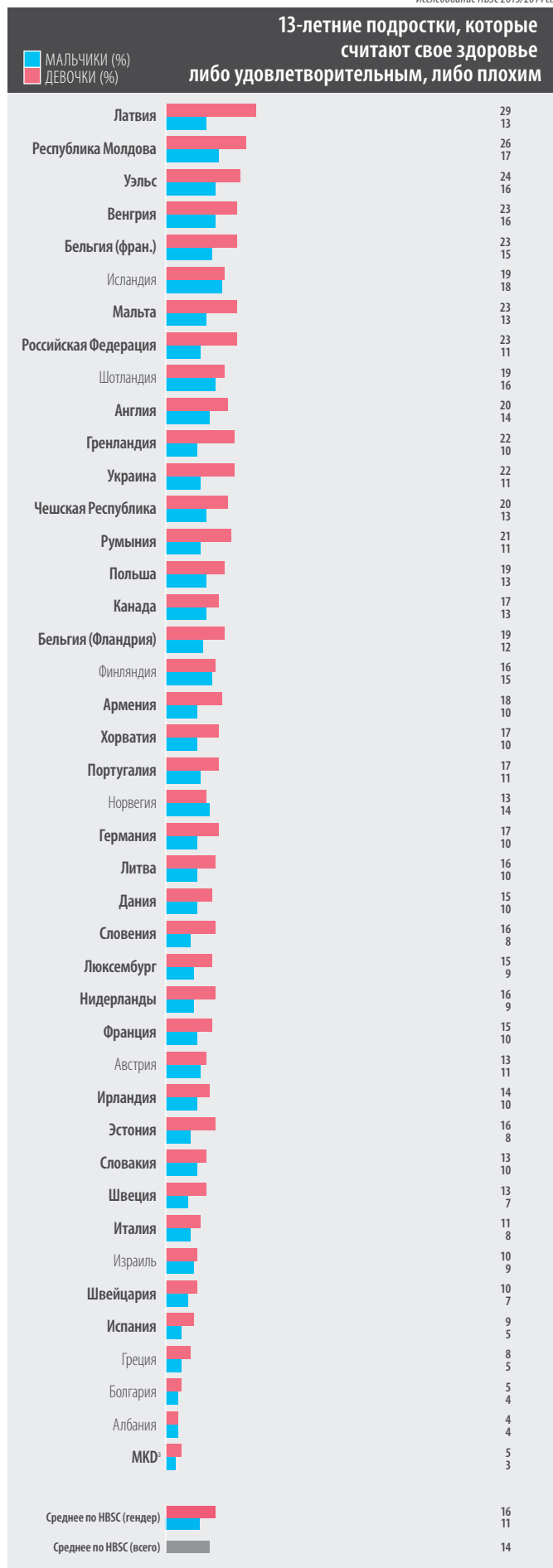
В большинстве стран и областей низкий достаток семьи напрямую соотносится с оценкой здоровья как удовлетворительного или плохого. Различие по этому показателю среди девочек в зависимости от принадлежности к семье с высоким или низким достатком превышает 10 процентных пунктов в 17 странах и областях, среди мальчиков – в семи странах и областях.



* Бывшая югославская Республика Македония.

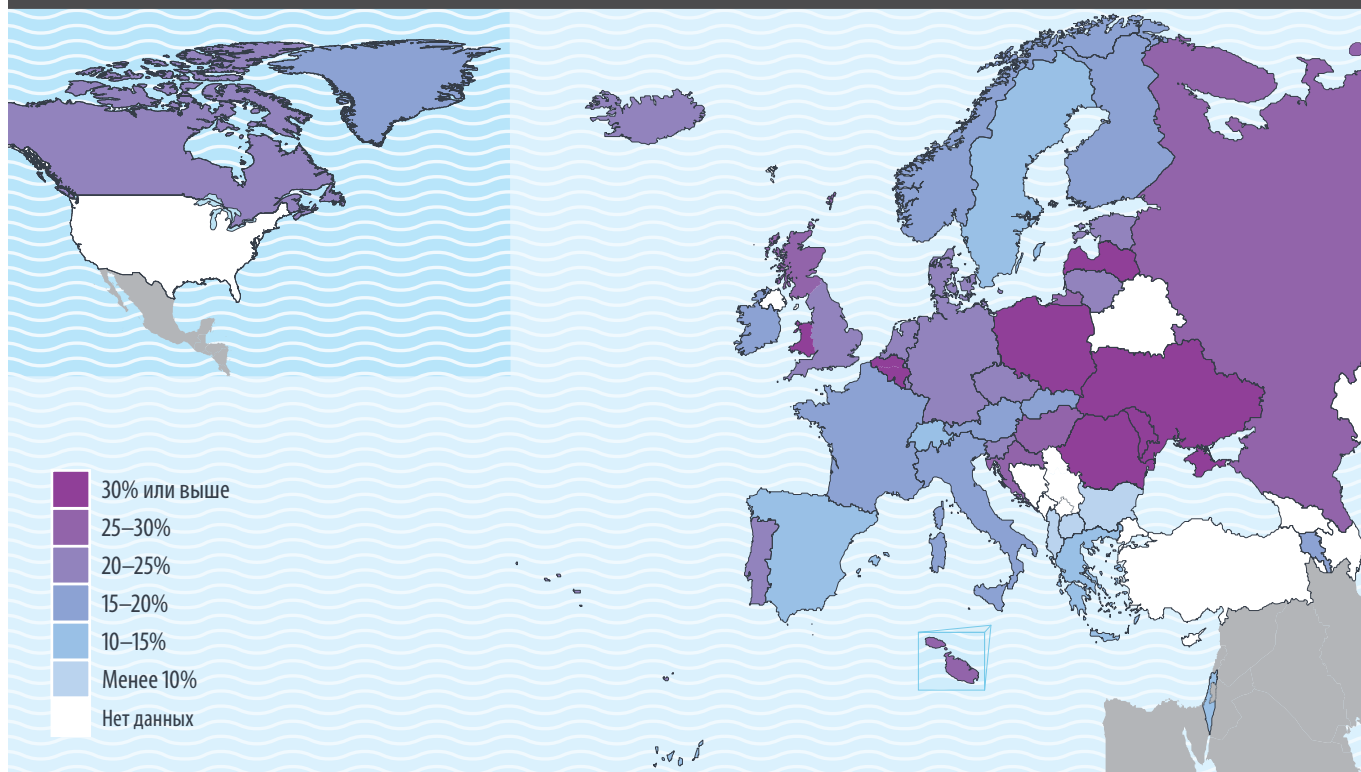
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



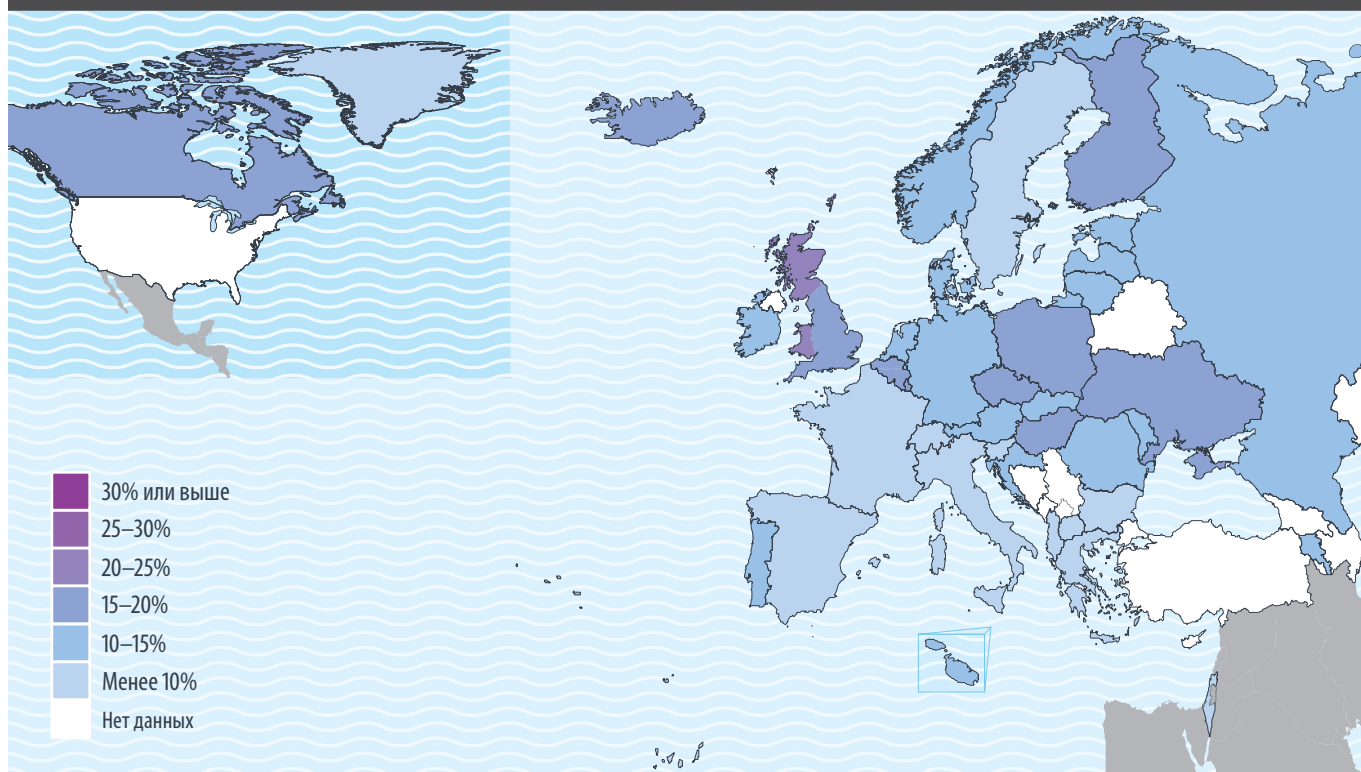
Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые считают свое здоровье либо удовлетворительным, либо плохим



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

15-летние мальчики, которые считают свое здоровье либо удовлетворительным, либо плохим



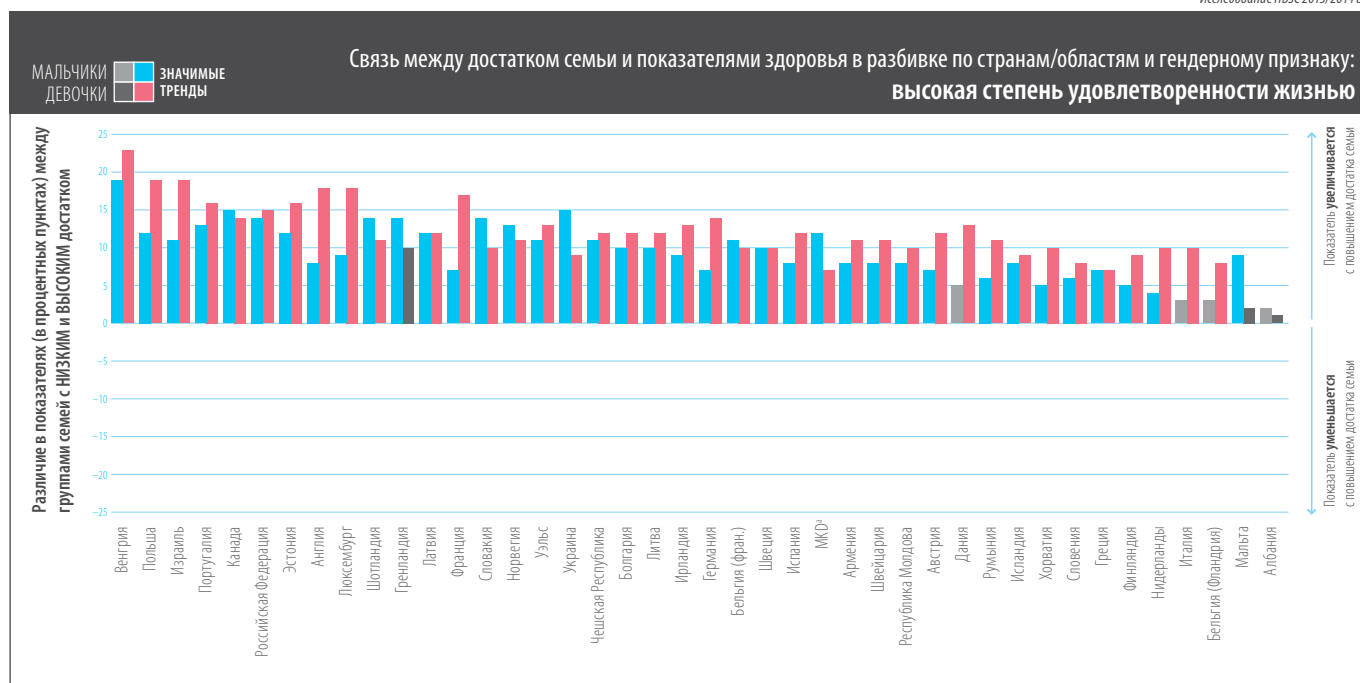
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ

Удовлетворенность жизнью тесно связана с оценкой своего здоровья и благополучия (5). Считается, что это достаточно стабильное ощущение, не подверженное значительным изменениям с течением времени, по сравнению с чувствами, вызванными непосредственными переживаниями (6). В подростковом возрасте удовлетворенность жизнью в большой степени зависит от жизненного опыта и общения, особенно в семейном кругу (7–9) и со сверстниками (10). Структура семьи и психосоциальные факторы также оказывают влияние на удовлетворенность жизнью, особенно в отношении самовосприятия и самооценки (11–13).

Важную роль играет и школьная среда. Одной из целей развития в подростковом возрасте является усвоение академических знаний (14), при этом успешная учеба в школе оказывает большое позитивное влияние на удовлетворенность жизнью (15). Другие факторы, например такие, как буллинг, снижают уровень удовлетворенности жизнью и самооценку здоровья (16–18). Важно отметить, что более высокий уровень удовлетворенности жизнью смягчает негативное воздействие стрессовых факторов и препятствует развитию поведенческих психопатологий (5).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено дать оценку своего уровня удовлетворенности жизнью, используя визуальную аналоговую шкалу. "Лестница Кантрила" имеет 11 ступеней: верхняя ступень означает наилучшую возможную жизнь, а нижняя — наихудшую. Респондентам предложили указать, на какую ступень лестницы они могли бы поместить свою нынешнюю жизнь (от 0 до 10).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о высокой степени удовлетворенности жизнью, которая соответствует значению 6 или выше по "лестнице Кантрила".

Возрастные различия

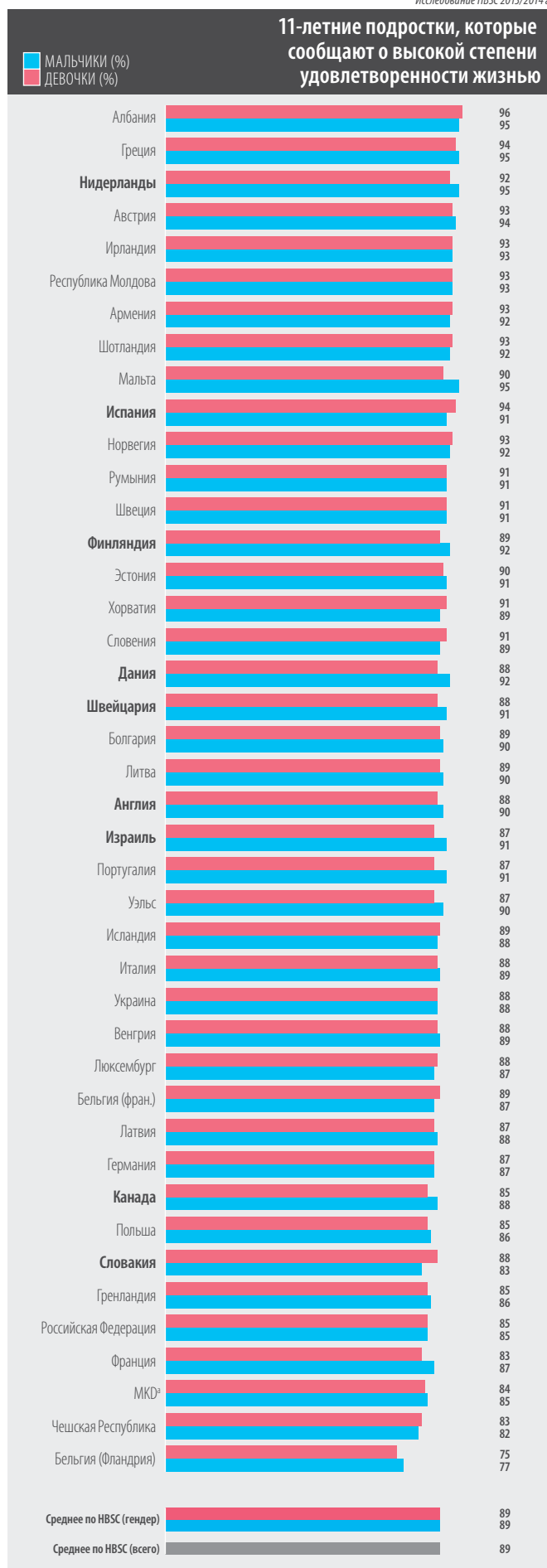
Среди подростков обоих полов показатель удовлетворенности жизнью с возрастом снижается. В то время как среди мальчиков в возрасте от 11 до 15 лет различие составляет менее 10 процентных пунктов, среди девочек этих возрастов различие составляет 10 процентных пунктов и более и отмечается в 23 странах и областях. Значимые возрастные различия наблюдаются среди девочек в 41 стране и области, тогда как среди мальчиков — лишь в 16 странах и областях.

Гендерные различия

Во всех возрастных группах мальчики обычно сообщают о более высоком уровне удовлетворенности жизнью. С возрастом прослеживается значимое увеличение различий в зависимости от пола: в возрасте 11 лет гендерные различия зафиксированы только в 9 странах и областях, тогда как в 15-летнем возрасте они характерны уже для 35 стран и областей.

Достаток семьи

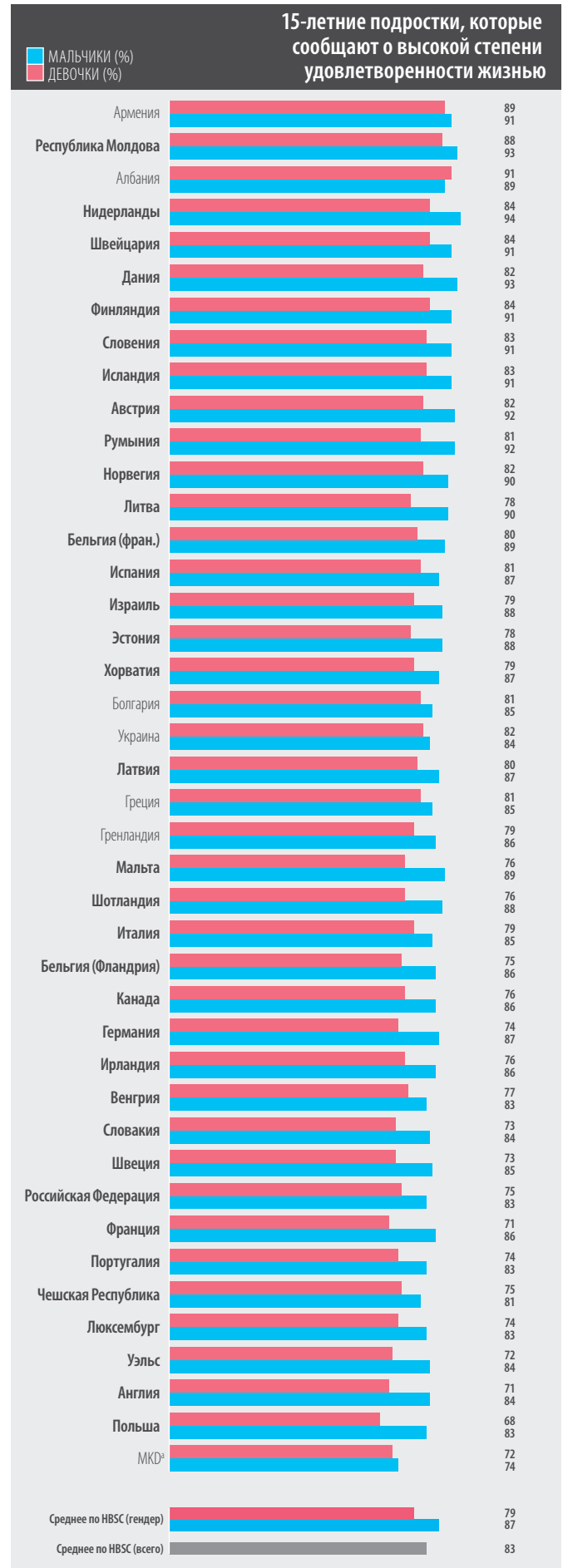
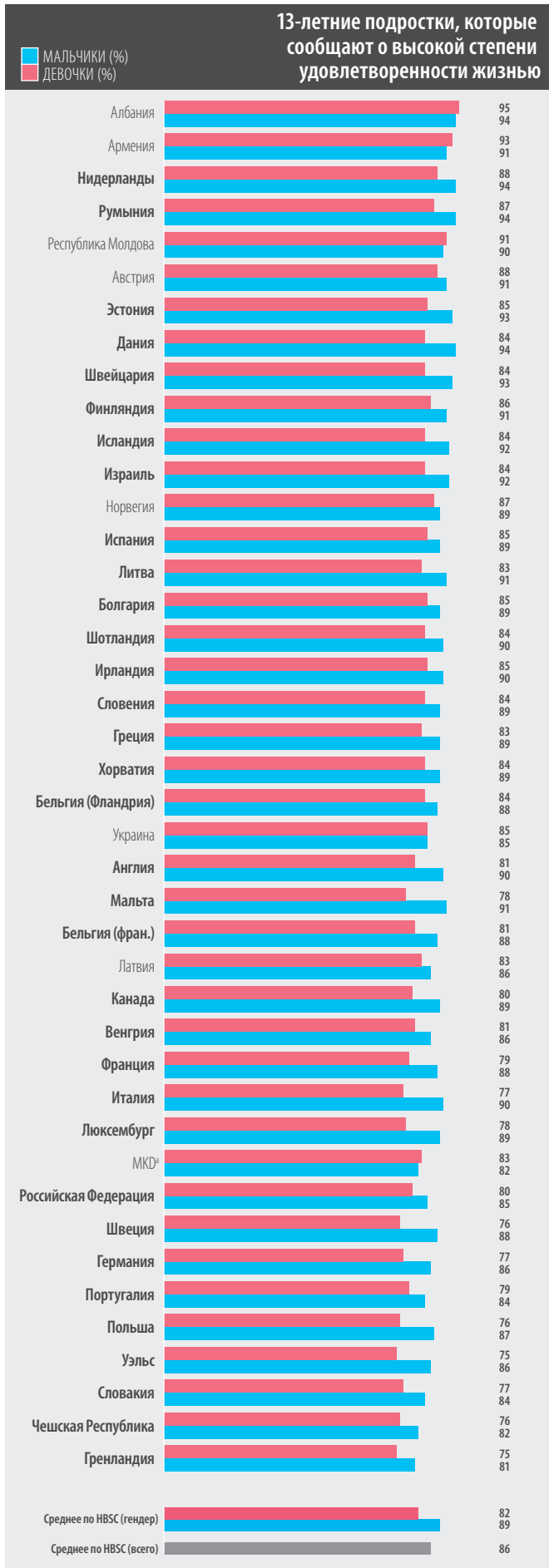
Среди мальчиков почти во всех странах и областях отмечается прямая зависимость между материальным благополучием семьи и высокой степенью удовлетворенности жизнью. Значительная корреляция между удовлетворенностью жизнью и социальным статусом наблюдается почти во всех странах и областях (в 38 — для мальчиков и в 39 — для девочек).



* Бывшая югославская Республика Македония.

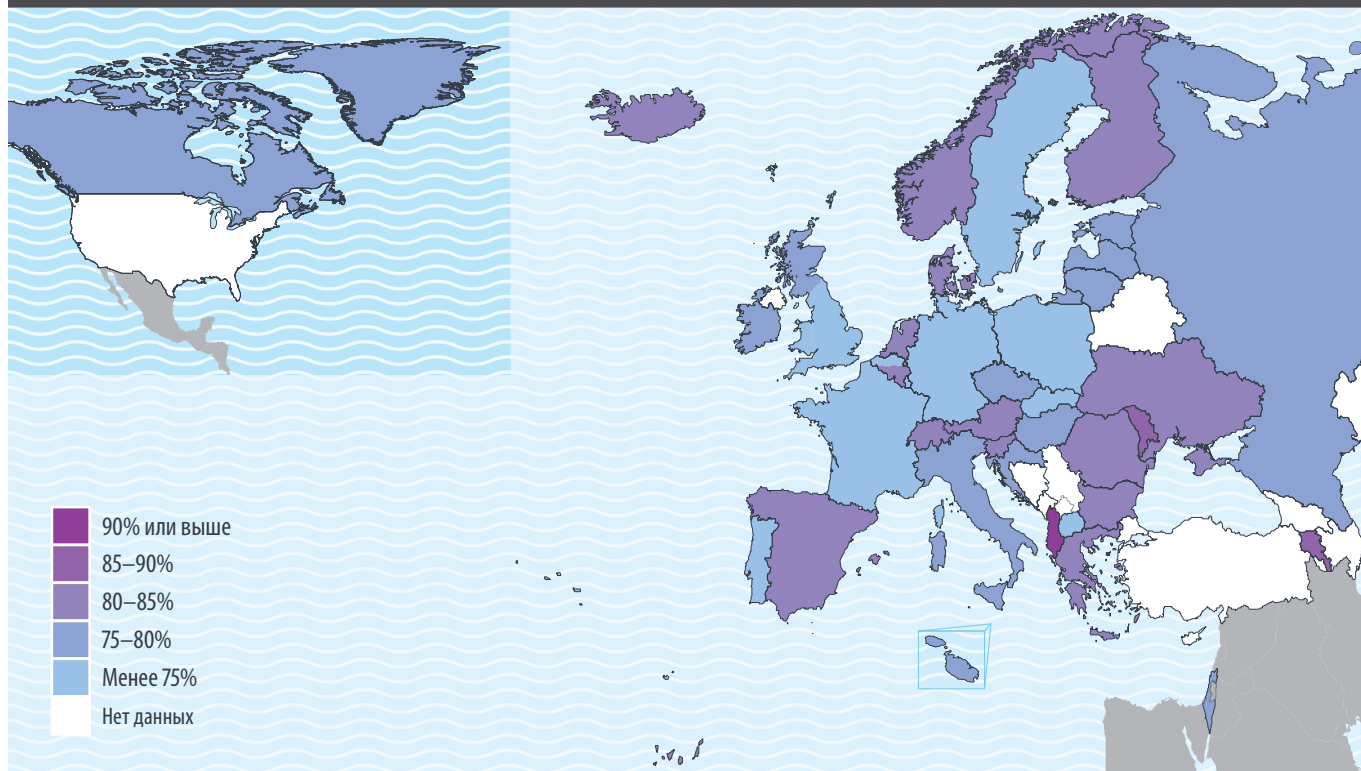
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



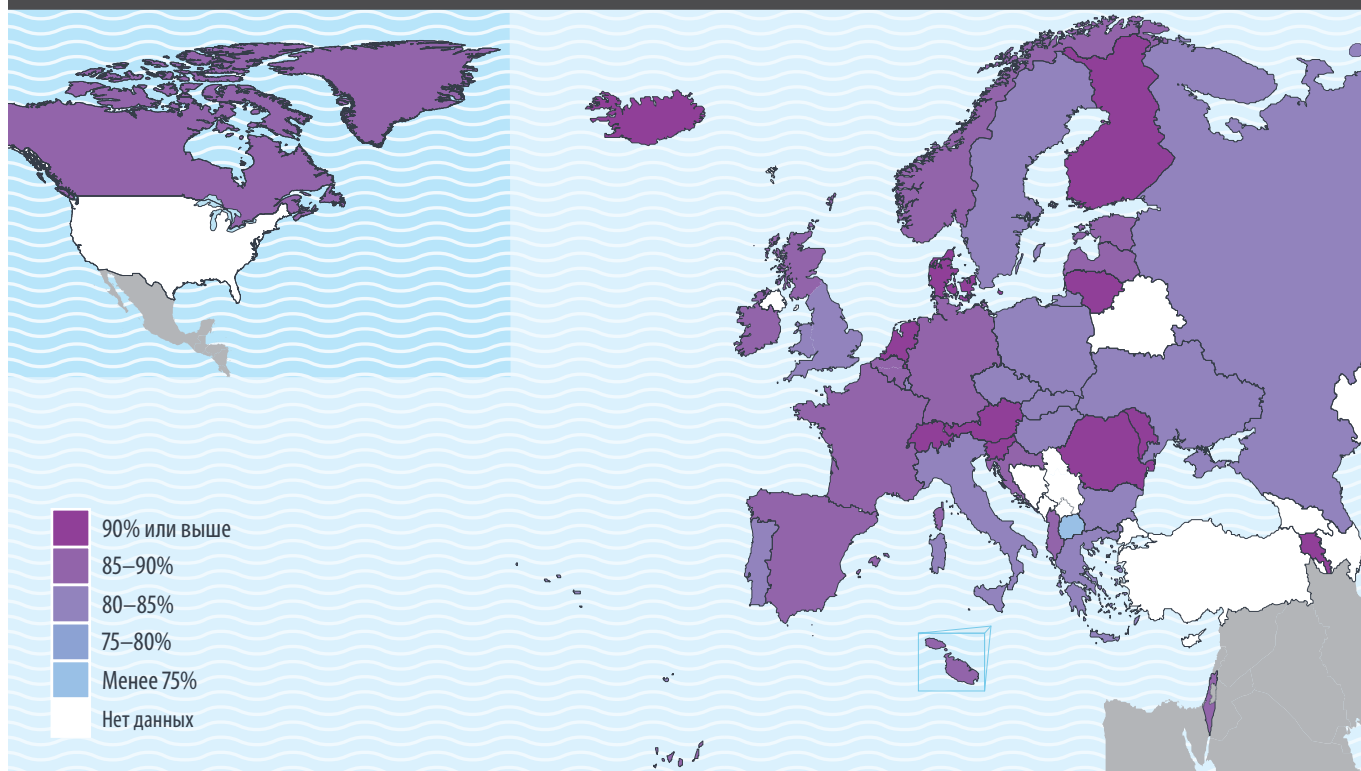
Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые сообщают о высокой степени удовлетворенности жизнью



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

15-летние мальчики, которые сообщают о высокой степени удовлетворенности жизнью



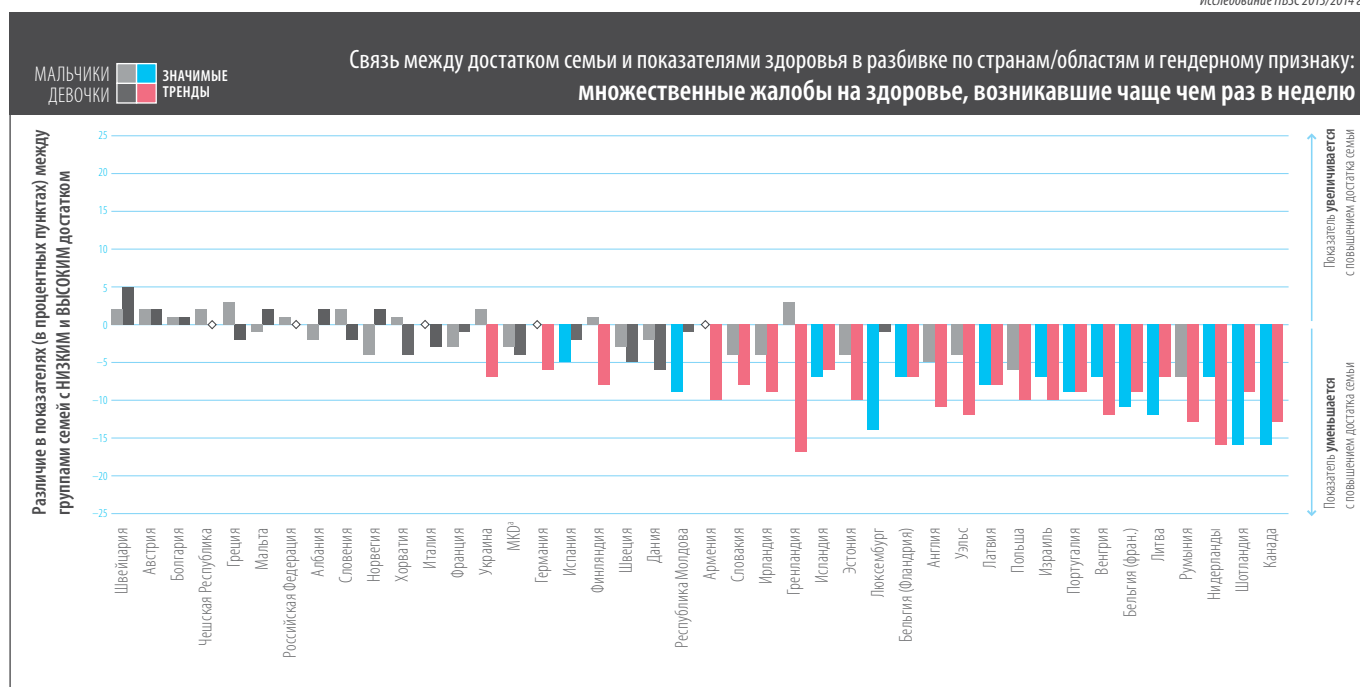
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ

Жалобы на здоровье являются важным индикатором самооценки благополучия, так как они свидетельствуют об уровне индивидуальной психической нагрузки и переживаниях, связанных с неприятностями в семье, школе, в общении со сверстниками (18–23). Частые жалобы на здоровье в значительной степени характерны для подростков во всех странах и областях (24–27).

Отмечено, что частота возникновения жалоб на здоровье зависит от возраста, гендерной принадлежности и социально-экономического фактора (23, 28–32). Повторяемость жалоб на здоровье негативно влияет на повседневную жизнь подростков и их общее ощущение благополучия (33–39).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ 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. Для измерения используется неклинический способ оценки психосоматических жалоб и шкала суммарного балла, которая может быть использована для сравнительного анализа между странами (39).

Дополнительные данные о головной боли, боли в животе, плохом настроении, тревоге и нарушениях сна приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о многочисленных (двух или более) жалобах на здоровье, возникших чаще чем раз в неделю за последние шесть месяцев.

Возрастные различия

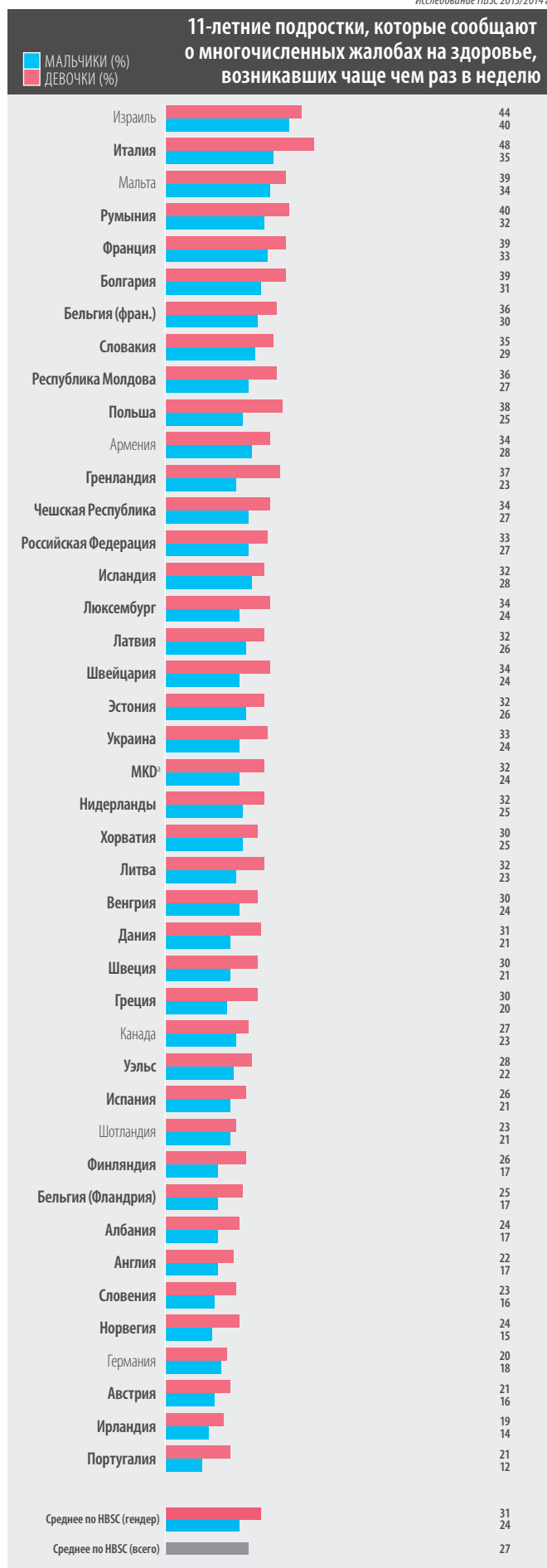
С возрастом показатели жалоб на здоровье увеличиваются среди девочек во всех странах и областях, тогда как среди мальчиков – лишь в 14 из них. Разница в показателях между девочками в возрасте 11 и 15 лет составляет свыше 20 процентных пунктов в 16 странах и областях.

Гендерные различия

В большинстве стран и областей девочки чаще сообщают о жалобах на здоровье, при этом с возрастом различия в показателях увеличиваются. В шести странах и областях отсутствует значимое различие по гендерному признаку в 11-летнем возрасте, но в 13- и 15-летнем возрасте такое различие отмечено во всех странах и областях.

Достаток семьи

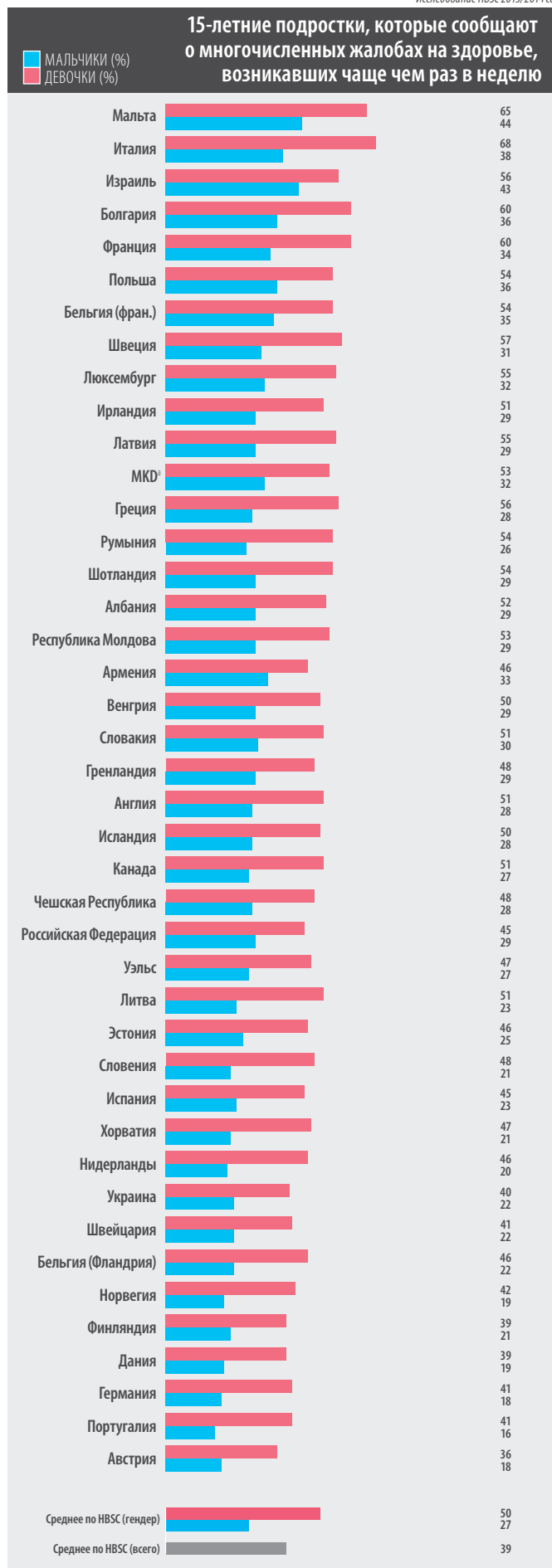
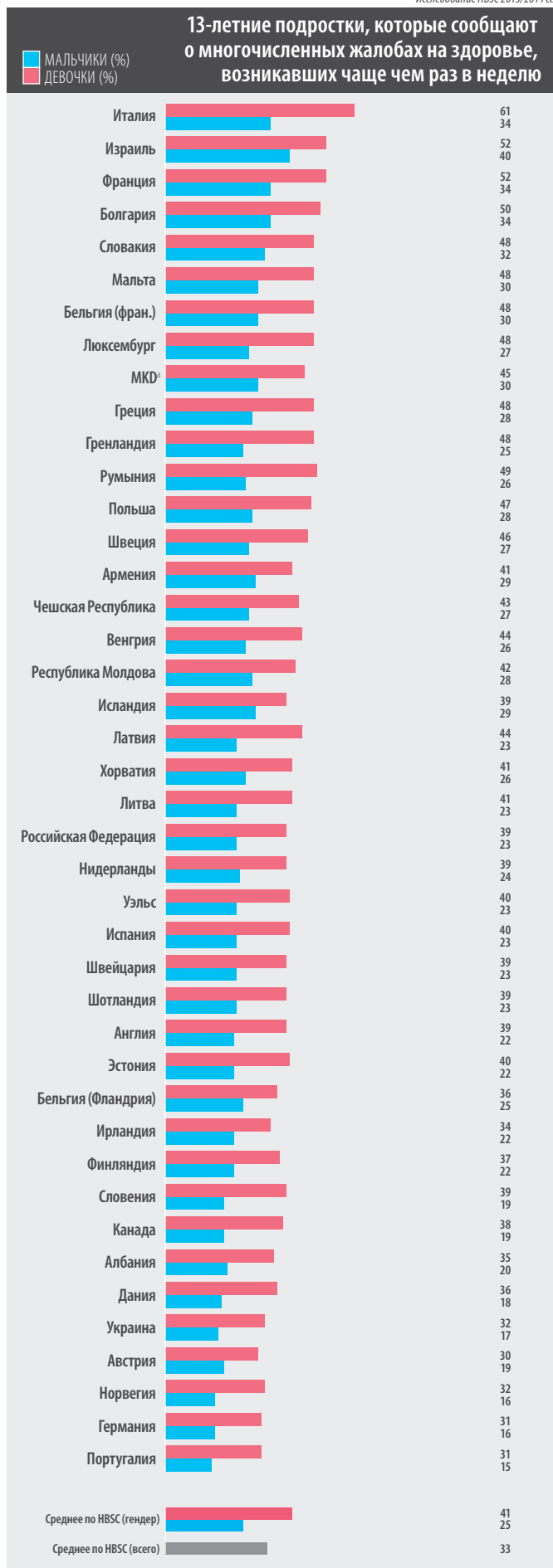
В 26 странах и областях (в 14 среди мальчиков и в 23 среди девочек) отмечается значительная корреляция между уровнем достатка семьи и частотой жалоб на здоровье, по крайней мере для одного из полов (чем ниже достаток, тем чаще подростки жалуются на здоровье).



* Бывшая югославская Республика Македония.

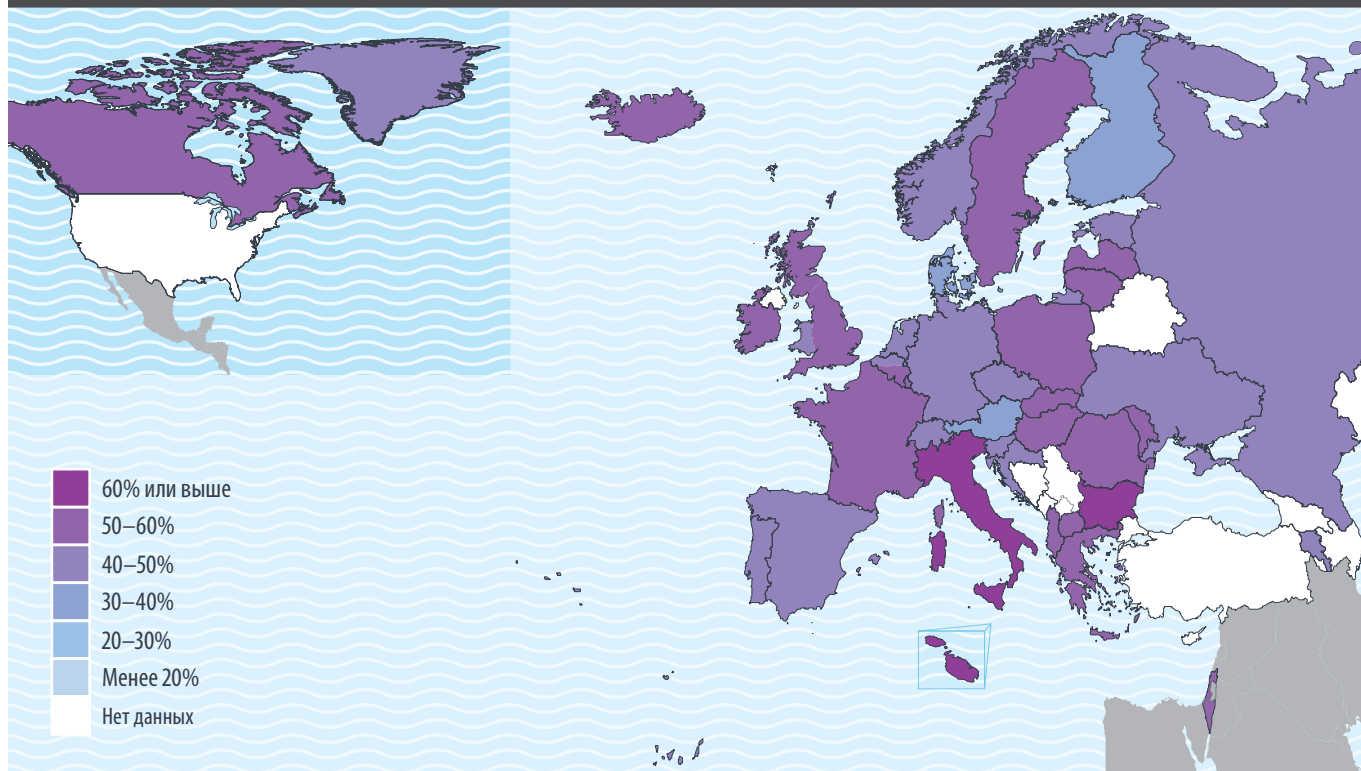
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

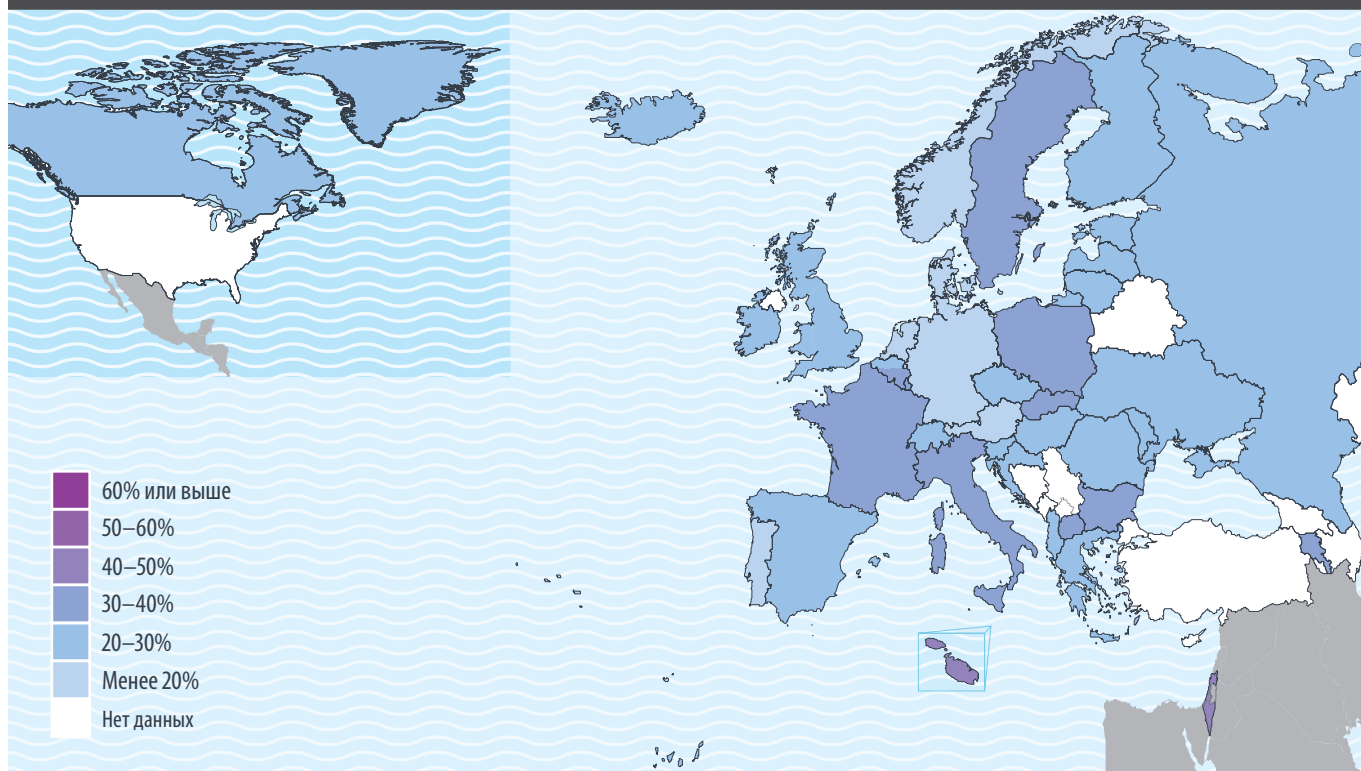


Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при p<0,05).

15-летние девочки, которые сообщают о многочисленных жалобах на здоровье, возникших чаще чем раз в неделю



15-летние мальчики, которые сообщают о многочисленных жалобах на здоровье, возникших чаще чем раз в неделю



ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди учащихся в обычных школах в возрасте 11-15 лет отмечаются значимые различия по всем субъективным показателям здоровья (самооценка состояния здоровья, удовлетворенность жизнью, жалобы на здоровье) в зависимости от возраста, пола и социального положения.

У детей и подростков в этом возрасте много сходных проблем со здоровьем независимо от страны или области проживания, но показатели варьируются для разных стран/областей в зависимости от возраста и гендерной принадлежности. Чем старше дети, тем выше распространенность неудовлетворительных субъективных показателей здоровья (такая зависимость в большей степени характерна для девочек, чем для мальчиков); с возрастом также увеличиваются различия по гендерному признаку. Отмечены значительные различия в субъективных показателях здоровья между странами и областями, особенно в отношении самооценки состояния здоровья и многочисленных жалоб на здоровье.

Стойкая значимая корреляция прослеживается между низкими показателями материального благосостояния и низкой субъективной оценкой собственного здоровья. Вместе с тем следует отметить, что достаток семьи может оказывать лишь косвенное влияние на здоровье, поэтому необходимо также исследовать факторы, воздействие которых на здоровье имеет более непосредственный характер.

Подобные результаты подтверждают тезис о том, что психосоциальные аспекты здоровья приобретают особую важность во второй декаде жизни, когда подростки сталкиваются с многочисленными физическими, социальными, психологическими и когнитивными изменениями, которые готовят их к вступлению во взрослую жизнь. Способность справляться с постоянными изменениями может зависеть от социальной и культурной среды, в которой воспитывается подросток.

Неудовлетворительные показатели состояния здоровья в этом возрасте могут оказывать длительное негативное воздействие на повседневную жизнедеятельность и общее самочувствие, что порой может приводить к социальной изоляции.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Необходимо, чтобы проблемы, связанные с ухудшением субъективного восприятия подростками собственного здоровья, нашли отражение как в политике, так и в практике общественного здравоохранения, с учетом возрастных и гендерных потребностей подростков. При проведении структурных изменений, предусмотренных в стратегии "Учет интересов здоровья во всех направлениях политики" (HiAP) и в инициативах по оценке эффективности мер, направленных на укрепление здоровья (40), необходимо выходить за рамки лишь предоставления услуг.

Систематическое проявление социального неравенства среди подростков (в отношении обоих полов, а также всех трех субъективных показателей здоровья) выявлено в восьми странах и областях и не отмечено лишь в одной стране. В каждой стране и области требуется пересмотреть существующую политику для определения того, в какой мере она направлена на социальные детерминанты и каким образом предусмотренные политикой меры следует претворять в жизнь.

Гендерные различия отмечены по всем показателям, при этом девочки сообщают о более низком уровне самооценки здоровья и удовлетворенности жизнью, а также чаще жалуются на здоровье. С возрастом гендерный разрыв увеличивается. Необходимо направлять усилия на решение этой проблемы, имеющей столь очевидную гендерную основу.

Для поддержания баланса между физическим и психическим здоровьем необходимо в рамках плановой профилактической помощи обеспечивать медицинское обследование и консультирование по более деликатным проблемам психического здоровья (41). Чтобы лучше понять пути и механизмы формирования неравенства, следует обратить внимание на другие (помимо уровня достатка семьи) широко известные и взаимосвязанные социальные детерминанты здоровья в подростковом возрасте (такие, как возможность получения качественного образования, развитие личных навыков, социальная поддержка и безопасность среды в районе проживания).

ЛИТЕРАТУРА

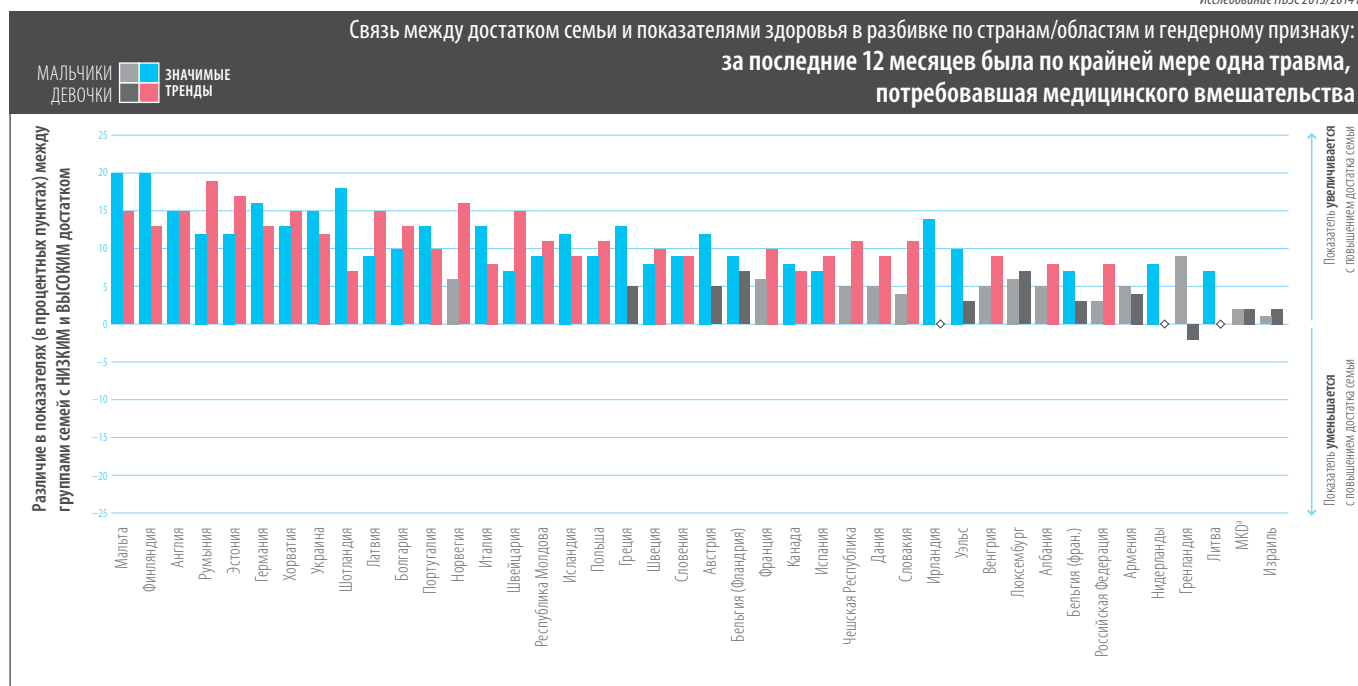
1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of 27 community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21–37.
2. Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents: report from the 2006 HBSC/WHO Forum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98231/e89375.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
3. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health* 2008;36(1):12–20.
4. de Matos MG, Barrett P, Dadds M, Shortt A. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *Eur J Psychol Educ.* 2003;18(1):3–14.
5. Huebner ES, Suldo SM, Smith LC, McKnight CG. Life satisfaction in children and youth: empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychol Sch.* 2004;41(1):81–93.
6. Pavot WG, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychol Assess.* 1993;5(2):164–72.
7. Edwards LM, Lopez SJ. Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American youth: a mixed-methods exploration. *J Couns Psychol.* 2006;53(3):279–87.
8. Gohm CL, Oishi S, Darlington J, Diener E. Culture, parental conflict, parental marital status, and the subjective well-being of young adults. *J Marriage Fam.* 1998;60(2):319–34.
9. Rask K, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):129–38.
10. Gaspar T. Health-related quality of life in children and adolescents: personal and social factors that promote quality of life. Saarbrücken: Lambert Academic; 2010.
11. Zullig K, Valois R, Huebner ES, Drane JW. Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *J Child Fam Stud.* 2005;14(2):195–206.
12. Piko BF. Satisfaction with life, psychosocial health and materialism among Hungarian youth. *J Health Psychol.* 2006;11(6):827–31.
13. Levin KA, Currie C. Reliability and validity of adapted version of the Cantril ladder for use with adolescent sample. *Soc Indic Res.* 2014;119(2):1047–63.
14. Hurrelmann K, Lösel F. Basic issues and problem of health in adolescence. In: Hurrelmann K, Lösel F, editors. *Health hazards in adolescence.* Berlin: Walter de Gruyter; 1990:1–21.
15. Katja R, Paivi AK, Marja-Terttu T, Pekka L. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *J School Health* 2002;72(6):243–9.
16. Gobina I, Zaborskis A, Pudule I, Kalnins I, Villerusa A. Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *Int J Public Health* 2008;53(5):272–96.
17. Torsheim T, Wold B. School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *J Adolescent Res.* 2001;16(3):293–303.
18. Gaspar T, Matos MG, Ribeiro JP, Leal I, Albergaria F. Psychosocial factors related to bullying and victimization in children and adolescents. *Health Behav Policy Rev.* 2014;1(6):452–9.
19. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005;15(2):128–32.
20. Hjern A, Alfvén G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr.* 2008;97(1):112–7.
21. Moreno C, Sánchez-Queija I, Muñoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Bogt TT et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health* 2009;54(2):235–42.
22. Eriksson U, Sellstrom E. School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: a multilevel study. *Scand J Public Health* 2010;38(4):344–50.
23. Ottová-Jordan V, Smith OR, Augustine L, Gobina I, Rathmann K, Torsheim T et al. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):83–9.
24. Berntsson LT, Kohler L. Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health* 2001;11(1):35–42.
25. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics* 2005;115(4):e434–42.
26. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):151–9.
27. Ottová-Jordan V, Smith OR, Gobina I, Mazur J, Augustine L, Cavallo F et al. Trends in multiple recurrent health complaints in 15-year-olds in 35 countries in Europe, North America and Israel from 1994 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):24–7.
28. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med.* 2006;62(4):815–27.
29. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res.* 2006;15(10):1577–85.
30. Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kökönyei G et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):260–70.
31. Hagquist C. Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: an analysis of WHO data 1985–2005. *J Adolesc Health* 2010;46(3):258–64.
32. Ottová V, Erhart M, Vollebergh W, Kökönyei G, Morgan A, Gobina I et al. The role of individual and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *J Early Adolesc.* 2012;32(1):126–58.
33. Vingilis E, Wade T, Seeley J. Predictors of adolescent health care utilization. *J Adolesc.* 2007;30(5):773–800.
34. Shannon RA, Bergren MD, Matthews A. Frequent visitors: somatization in school-age children and implications for school nurses. *J Sch Nurs.* 2010;26(3):169–82.
35. Gobina I, Välimaa R, Tynjälä J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti RJ et al. The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011;20(4):424–31.
36. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Schaffer G, Marshall BM, Di Lorenzo C. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatr.* 2009;154(3):322–6.

37. Wood JJ, Lynne-Landsman SD, Langer DA, Wood PA, Clark SL, Eddy JM et al. School attendance problems and youth psychopathology: structural cross-lagged regression models in three longitudinal data sets. *Child Dev.* 2012;83(1):351–66.
38. Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M et al. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN–10 Index. *Int J Public Health* 2009;54(2):160–6.
39. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M et al. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health* 2008;18(3):294–9.
40. Woolf SH, Purnell JQ, Simon SM, Zimmerman EB, Camberos GJ, Haley A et al. Translating evidence into population health improvement: strategies and barriers. *Annu Rev Public Health* 2015;36:463–82.
41. Ozer EM, Zahnd EG, Adams SH, Husting SR, Wibbelsman CJ, Norman KP et al. Are adolescents being screened for emotional distress in primary care? *J Adolesc Health* 2009;44(6):520–7.

ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Травматизм в подростковом возрасте является вызывающей обеспокоенность проблемой общественного здравоохранения (1), а также одной из основных причин смертности среди детей и подростков во всем мире (1, 2). Известно, что существуют различные факторы риска, от которых зависит уровень травматизма среди подростков, в частности употребление психотропных веществ (3), насилие (4), время, уделяемое занятиям спортом (5), СЭС (6). Анализ тенденций в этой области за последнее десятилетие не выявил очевидного снижения статистики травматизма несмотря на успехи в сфере его профилактики (7).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, сколько раз за последние 12 месяцев они получали травмы и им требовалась медицинская помощь со стороны врача или медицинской сестры. Варианты ответов варьировались от отсутствия травм до получения травм четыре раза или более.

Дополнительные данные о распространенности наиболее серьезных травм, требующих медицинского вмешательства (наложение гипса, швов, операция или госпитализация), приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщили, что за последние 12 месяцев у них была по крайней мере одна травма, потребовавшая медицинского вмешательства.

Возрастные различия

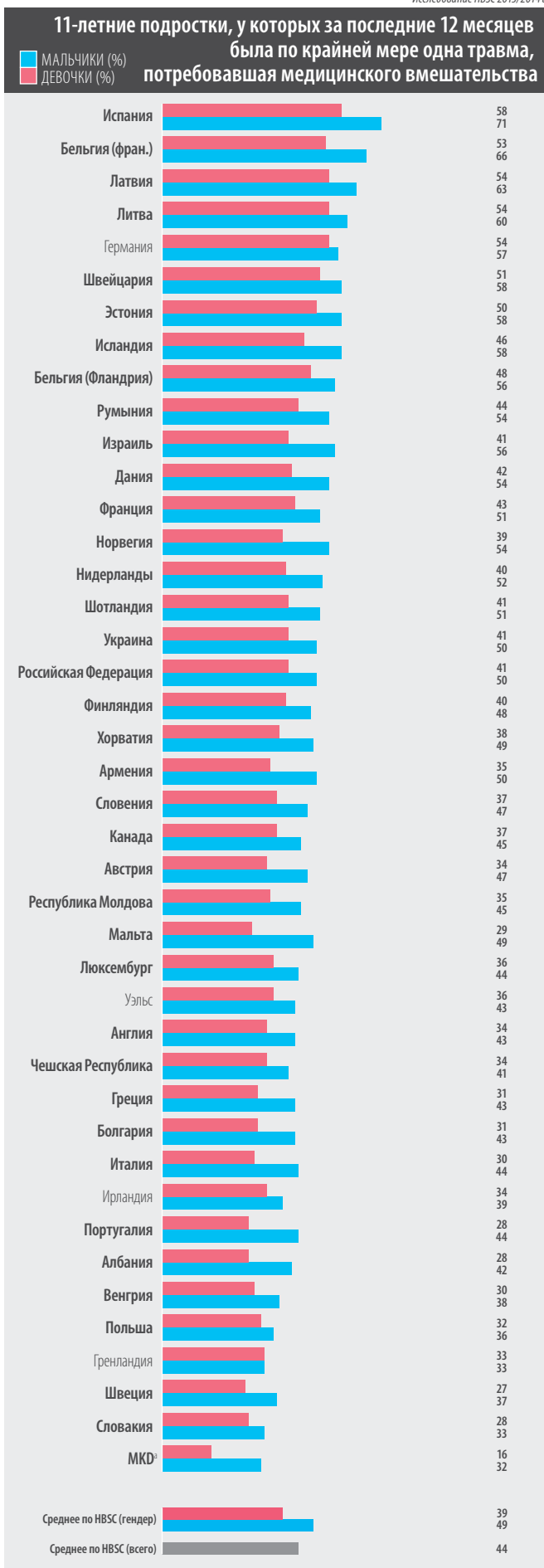
В целом средний показатель среди мальчиков составляет порядка 48%, при этом высокий уровень травматизма сохраняется среди подростков в период от 11 до 13 лет и незначительно снижается к 15 годам. Аналогичная картина прослеживается среди девочек: средний показатель равен 38%, а высокий уровень травматизма сохраняется в 11 и 13 лет и лишь несколько снижается к 15 годам. В некоторых странах показатели травматизма увеличиваются по мере взросления. Масштабы возрастных различий между странами варьируются в широком диапазоне.

Гендерные различия

Почти во всех странах и областях мальчики всех возрастных групп значительно чаще получают травмы.

Достаток семьи

Почти во всех странах и областях среди подростков обоего пола показатели травматизма увеличиваются с повышением уровня достатка семьи.

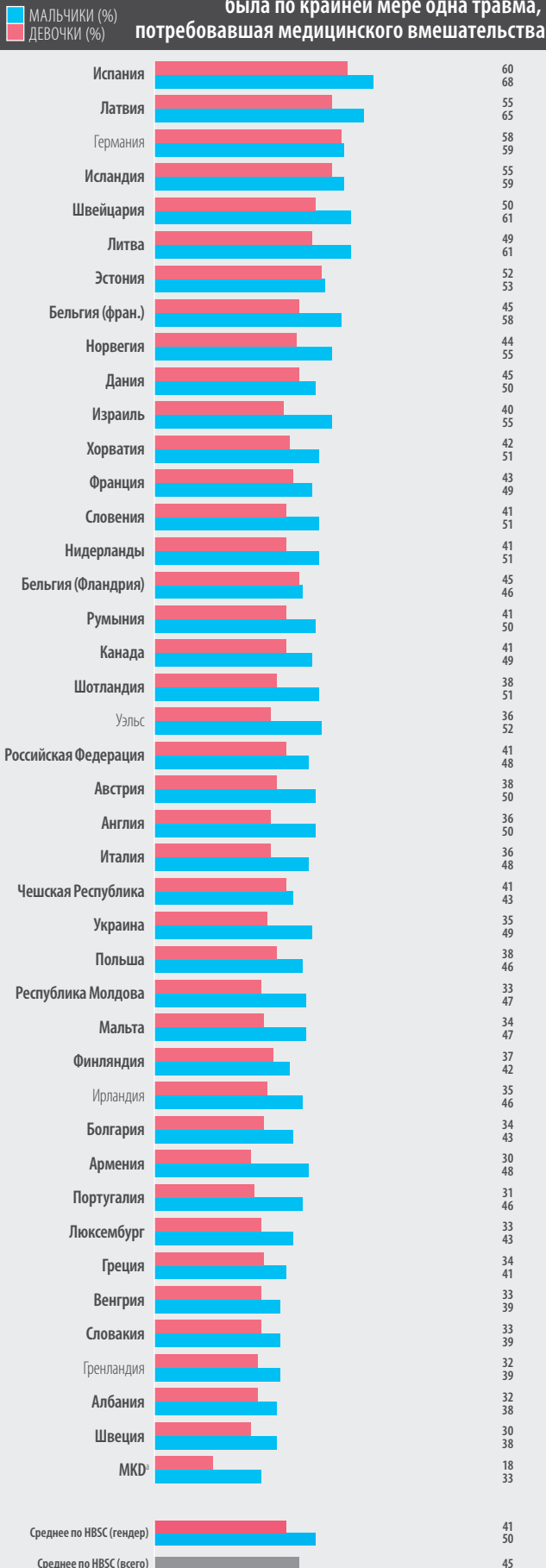


* Бывшая югославская Республика Македония.

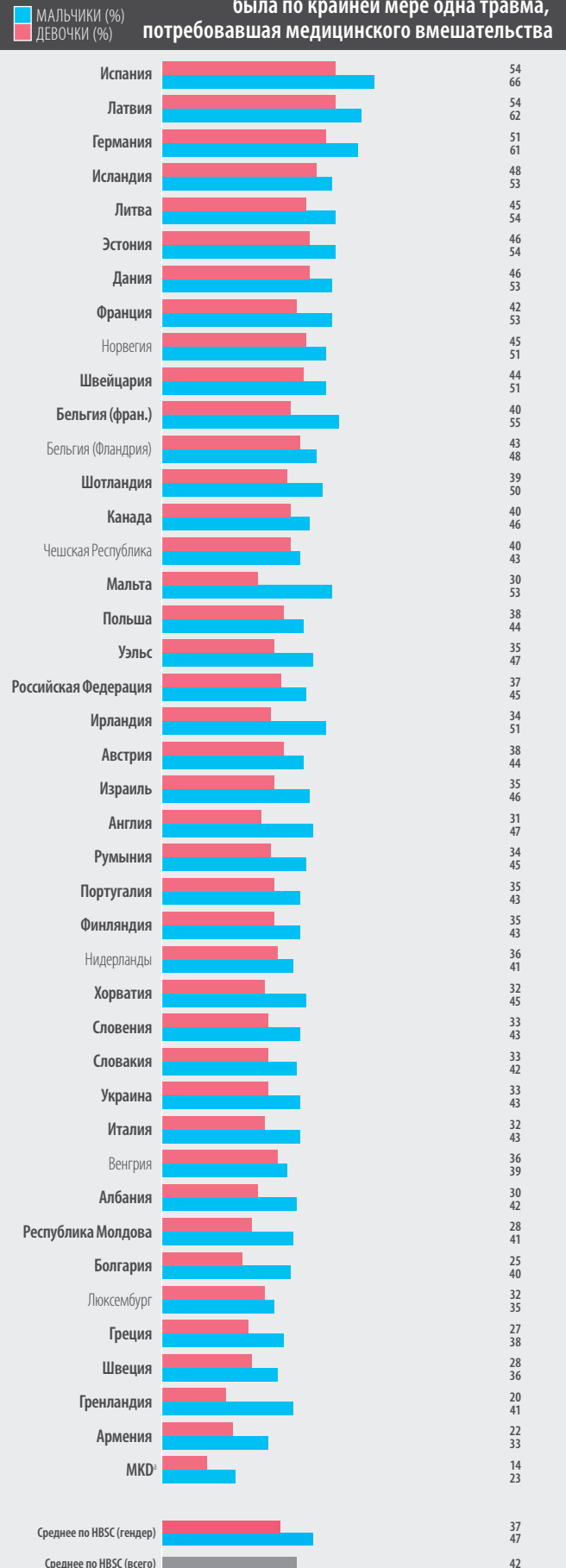
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

**13-летние подростки, у которых за последние 12 месяцев
 была по крайней мере одна травма,
 потребовавшая медицинского вмешательства**

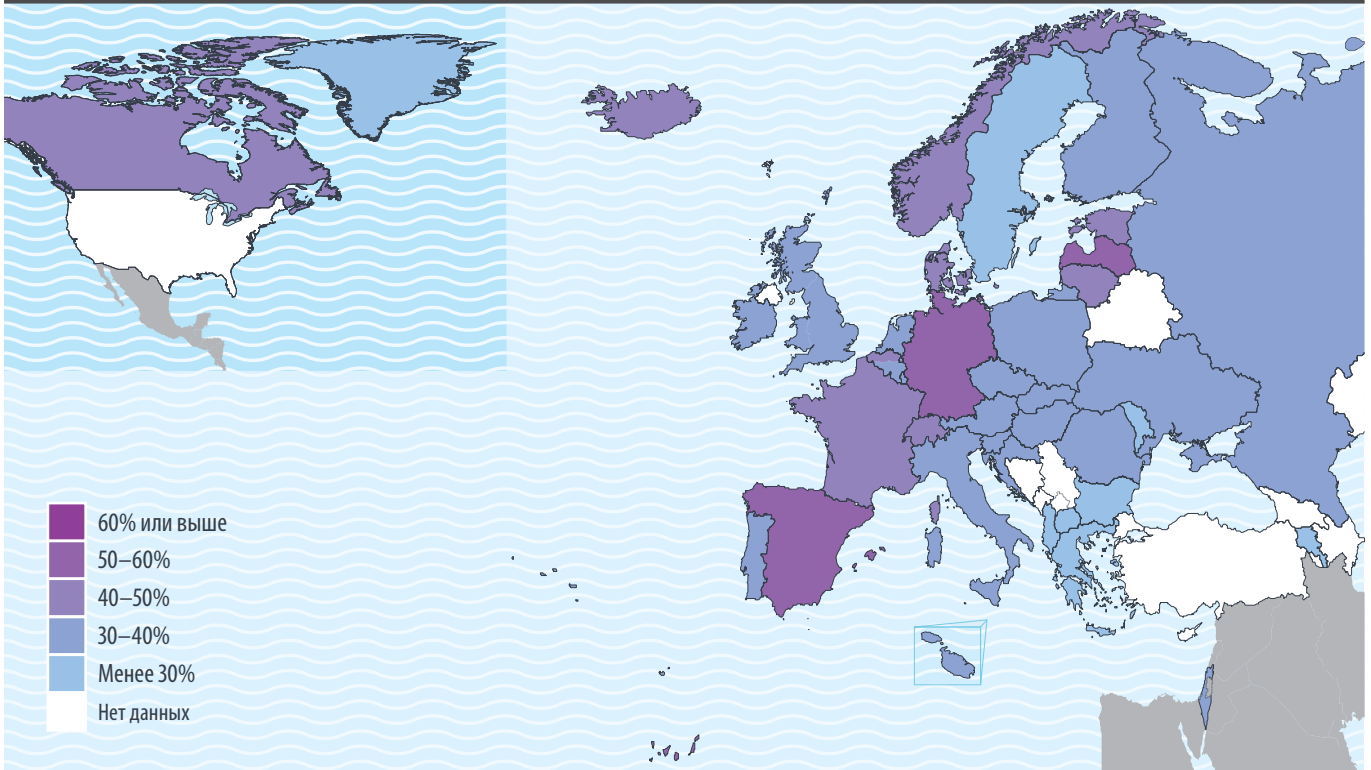


**15-летние подростки, у которых за последние 12 месяцев
 была по крайней мере одна травма,
 потребовавшая медицинского вмешательства**



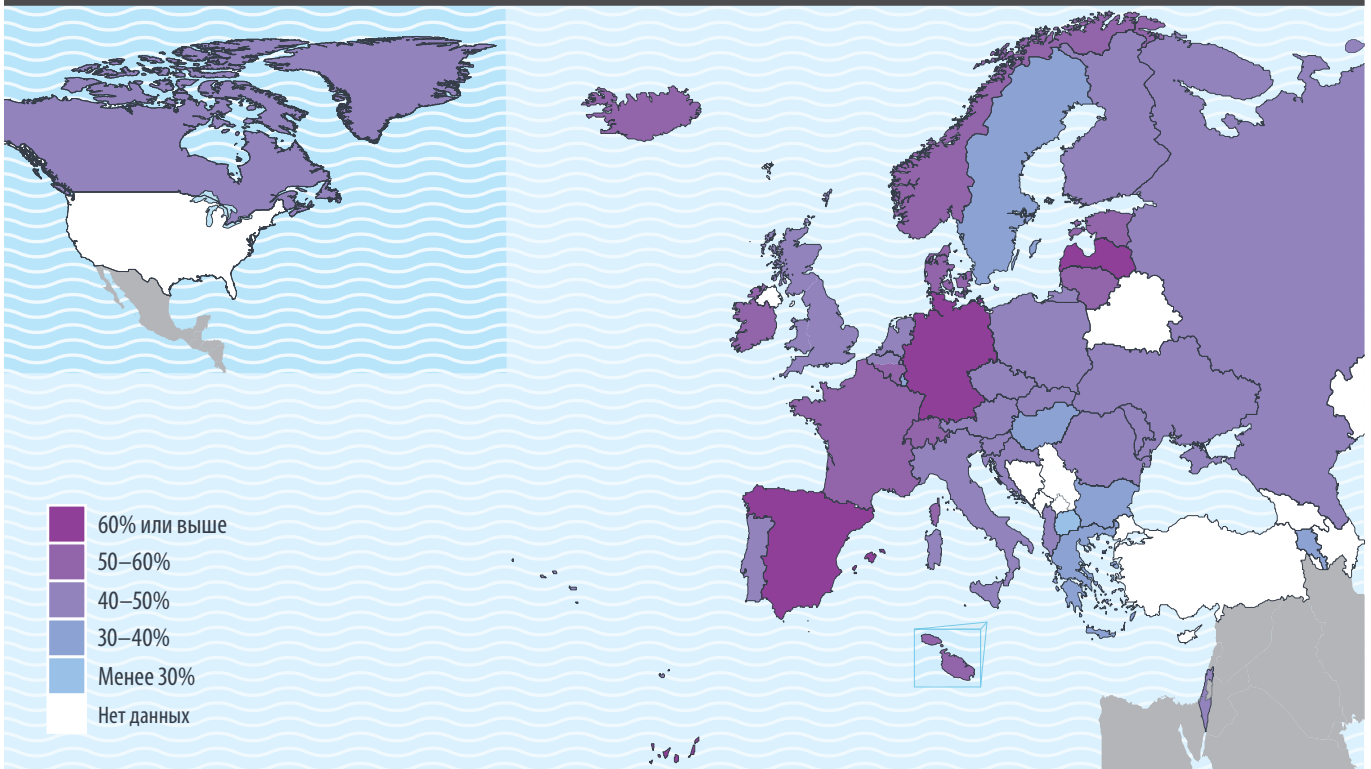
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, у которых за последние 12 месяцев была по крайней мере одна травма, потребовавшая медицинского вмешательства



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

15-летние мальчики, у которых за последние 12 месяцев была по крайней мере одна травма, потребовавшая медицинского вмешательства



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

Результаты настоящего исследования показывают, что случаи травматизма в большей степени распространены среди мальчиков (8, 9), при этом показатели снижаются по мере взросления подростков. Кроме того, дети и подростки в семьях с более высоким достатком травмируются чаще.

Показатели травматизма остаются относительно постоянными по сравнению с предыдущим исследованием HBSC. Различия по показателям, связанные с уровнем материального благосостояния семьи и полом ребенка, возможно, объясняются тем, что мальчики в целом и мальчики из семей с высоким достатком в частности более активно занимаются спортом и имеют более легкий доступ к медицинской помощи (3).

Существующие во многих странах и областях весьма высокие показатели травматизма вызывают обеспокоенность также ввиду существующей связи между травматизмом и другими видами поведения, сопряженного с риском. Значительные различия в уровнях травматизма между странами позволяют предположить необходимость изучения факторов на уровне страны /области проживания, которые могут оказывать влияние на распространенность травматизма, таких как уровень физической активности детей и подростков, наличие программ по безопасности и предупреждению травм.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

В Европейском регионе травмы являются основной причиной смерти среди детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет (10). С учетом частоты травм, их тяжести, потенциальной опасности смертельного исхода и инвалидности, связанных с травматизмом финансовых издержек и одновременно с этим высокого потенциала успешности превентивных стратегий предупреждение травматизма становится одной из главных целей общественного здравоохранения, достижение которой обеспечит укрепление здоровья подростков в будущем.

Стремление к сокращению детского травматизма является общим приоритетом для всех стран Европы (11). Согласно некоторым данным, эффективность деятельности по предупреждению травматизма повысилась в ряде стран и областей (1). Стратегии, направленные на снижение подросткового травматизма, включают следующие меры: использование автомобильных ремней безопасности, велосипедных и мотоциклетных шлемов, установку в домашних условиях датчиков дыма, сокращение употребления алкоголя, ужесточение требований к получению водительских прав, корректировку существующей политики, использование средств защиты во время занятий спортом и при проведении досуга, а также охрану здоровья подростков на рабочих местах (12).

Основные макроэкономические подходы к предупреждению травматизма среди детей и подростков включают внесение изменений в законодательство, постоянные корректировки требований в отношении безопасности детей; обеспечение посещения специалистами семей подростков на дому (например, визиты медсестры, которые могут оказать поддержку семье, предложить меры по улучшению семейных взаимоотношений, а также обучение и специальную подготовку для родителей); популяризацию применения защитных средств (в том числе шлемов, ремней безопасности и пожарной сигнализации); образовательные программы, способствующие развитию навыков безопасности и изменениям в поведении (13). Однако очень важно, чтобы профилактические мероприятия не препятствовали спортивным занятиям детей.

ЛИТЕРАТУРА

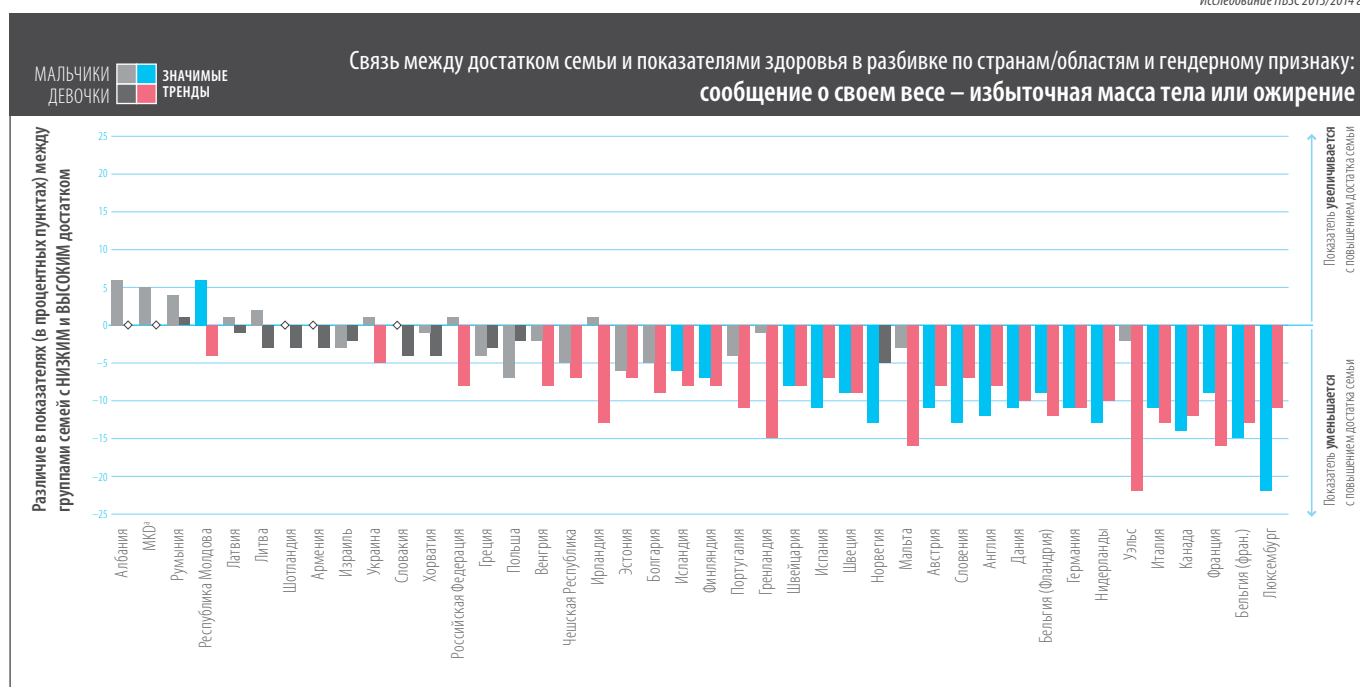
1. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rhaman AKMF и др., редакторы. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69871/3/WHO_NMH_VIP08.01_rus.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
2. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. 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 24 августа 2015 г.).
3. De Looze ME, Pickett W, Raaijmakers Q, Kuntcshe E, Hublet A, Nic Gabhainn S et al. Early risk behaviors and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationship. *J Early Adolesc.* 2012;32(1):104–25.
4. Pickett W, Craig W, Harel Y, Cunningham J, Simpson K, Molcho M et al. Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Paediatrics* 2005;116(6):855–63.
5. Molcho M, Harel Y, Pickett W, Schiedt PC, Mazur J, Overpeck MD. 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. *Inj Control Saf Promot.* 2000;13(4):205–11.

6. Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuntsche E, Mazur J et al. Cross-national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev.* 2005;11:213–18.
7. Molcho M, Walsh S, Donnelly P, Gaspar de Matos M, Pickett W. Trends in injury-related mortality and morbidity among adolescents across 30 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):33–6.
8. Morrongiello BA, Midgett C, Stanton KL. Gender biases in children's appraisals of injury risk and other children's risk-taking behaviors. *J Exp Child Psychol.* 2000;77(4):317–36.
9. Graine MA. Sex differences, effects of sex-stereotype conformity, age and internalisation on risk-taking among pedestrian adolescents. *Saf Sci.* 2009;47:1277–83.
10. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
11. MacKay M, Vincenten J. Action planning for child safety: 2010 update on the strategic and coordinated approach to reducing the number one cause of death and disability for children in Europe – injury. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2010 (<http://www.childsafetyeurope.org/actionplans/info/action-planning-for-child-safety-update.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
12. Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A review of unintentional injuries in adolescents. *Annu Rev Public Health* 2010;31:195–212.
13. Harvey A, Towner E, Peden M, Soori H, Bartolomeos K. Injury prevention and the attainment of child and adolescent health. *Bull World Health Organ.* 2009;87:390–4.

ВЕС ТЕЛА: ИЗЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

Ожирение у детей является многофакторным заболеванием и представляет собой глобальную эпидемию, которая создает серьезную угрозу здоровью детей и подростков сегодня и в будущем (1). Дети с высоким индексом массы тела (ИМТ) часто становятся тучными в зрелом возрасте (2). Прослеживается связь между ожирением у детей и осложнениями со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, легочной систем, опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта, что может приводить к психологическим последствиям, таким как заниженная самооценка, депрессия и расстройства пищевого поведения (2–8).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, сколько они весят без одежды и каков их рост без обуви. Эти данные были (пере)кодированы соответственно в сантиметры и килограммы для вычисления ИМТ (вес (кг), деленный на рост (м)²).

В Приложении приводятся дополнительные данные, основанные на международных стандартах ИМТ для подростков, принятых Международной специальной рабочей группой по проблемам ожирения (IOTF) (граничные значения ИМТ IOTF) (9), а также показатели отсутствия данных об ИМТ среди проанкетированных школьников для каждой страны или области.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные показывают долю детей и подростков с избыточной массой тела или ожирением на основе разработанных ВОЗ норм роста детей (10).

Возрастные различия

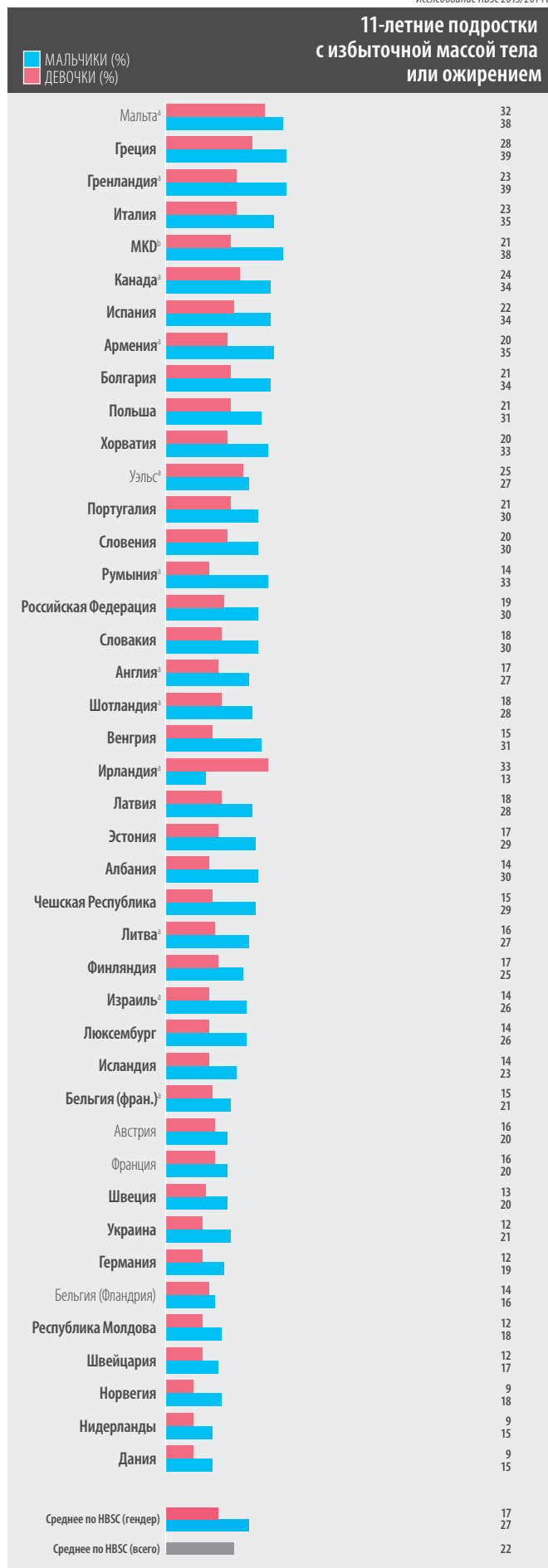
Как правило, по мере взросления показатели избыточного веса и ожирения снижаются.

Гендерные различия

Почти во всех странах и областях во всех возрастных группах показатели избыточной массы тела и ожирения значительно в большей степени распространены среди мальчиков. Гендерные различия превышают 10 процентных пунктов в 11 странах.

Достаток семьи

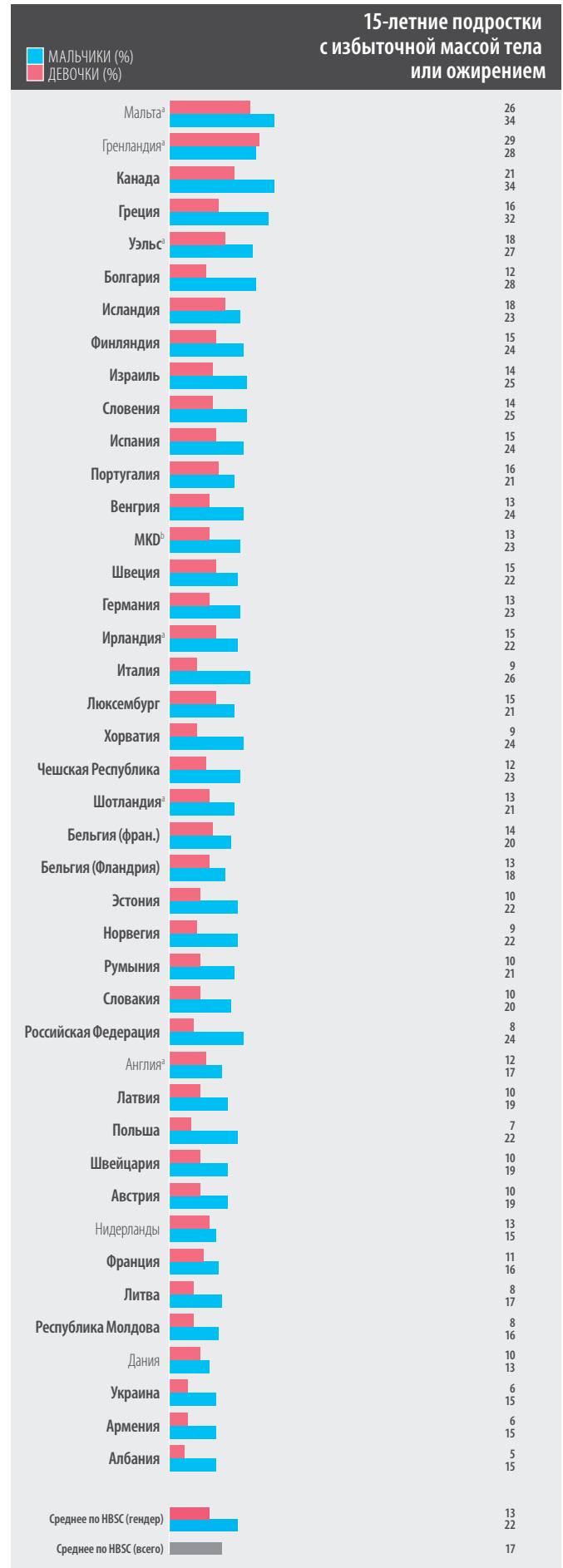
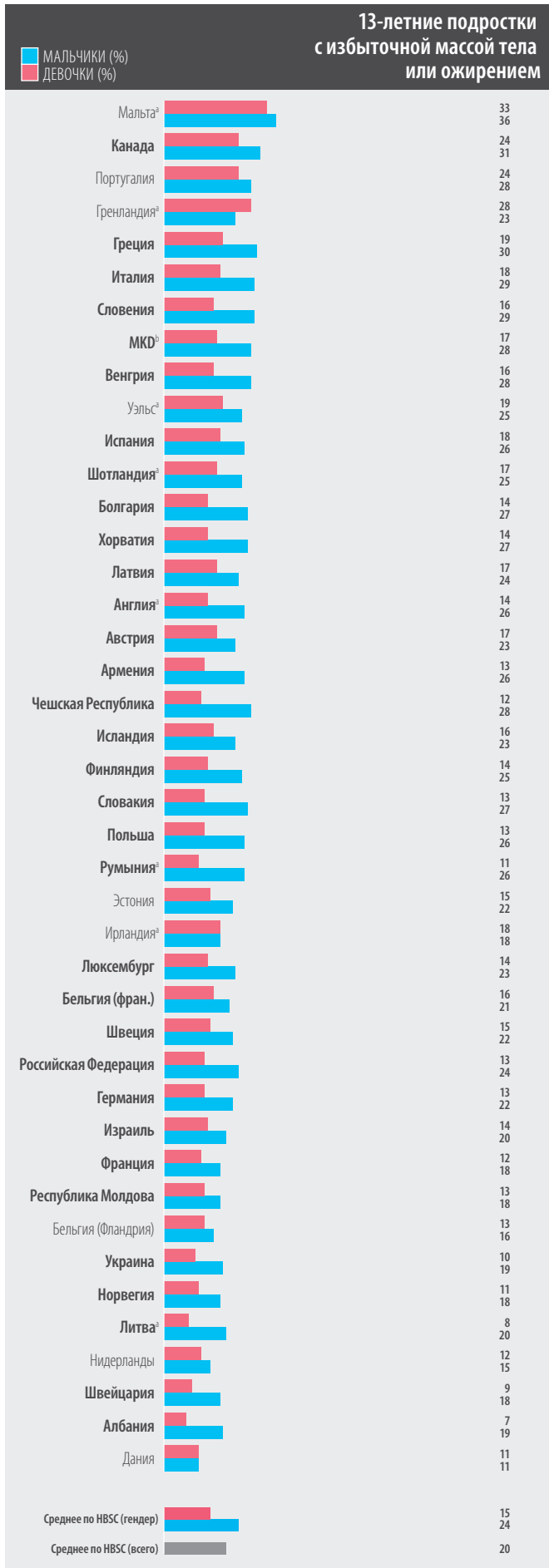
Примерно в половине стран и областей прослеживается связь между увеличением показателя по данному параметру среди мальчиков и низким уровнем материального благосостояния семьи. У девочек такая корреляция существует примерно в двух третях стран и областей.



^а Отсутствуют данные ИМТ для свыше 30% респондентов выборки возрастной группы.
^б Бывшая югославская Республика Македония.

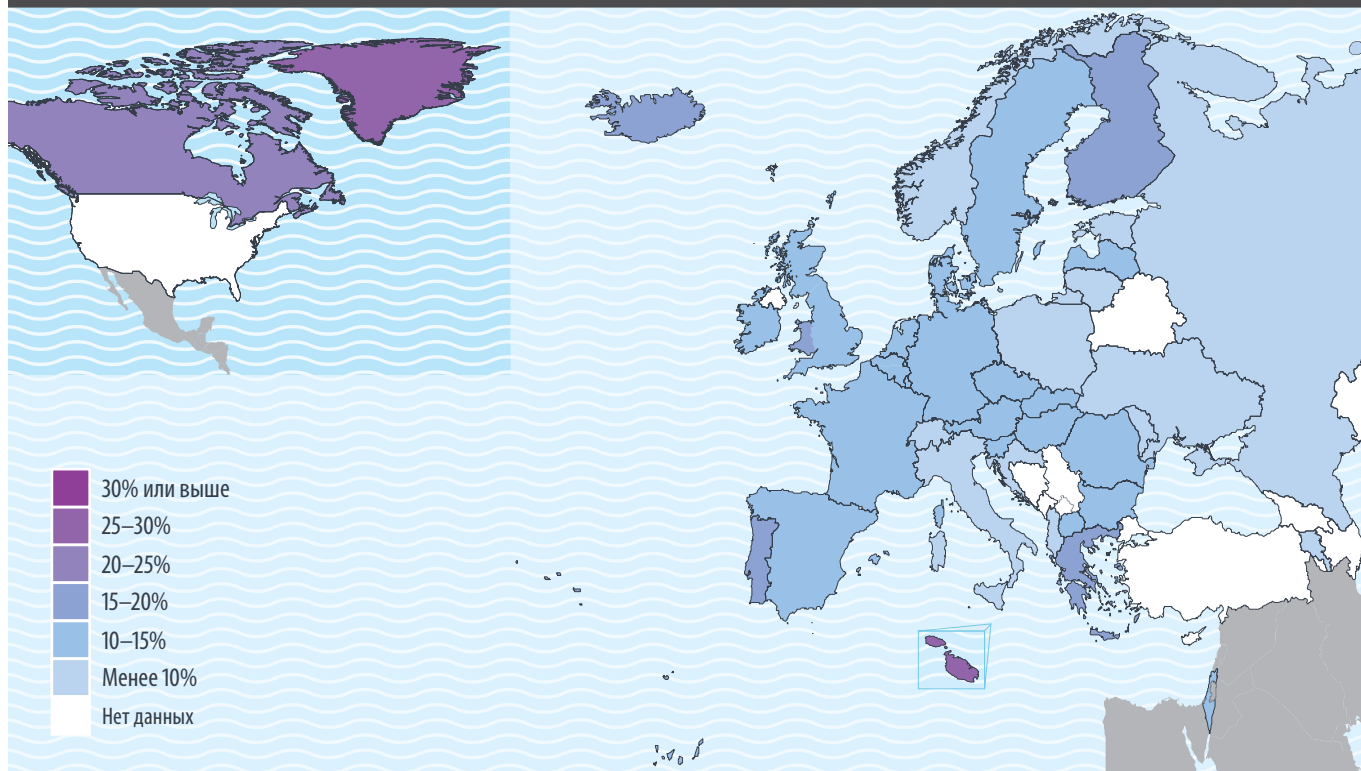
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



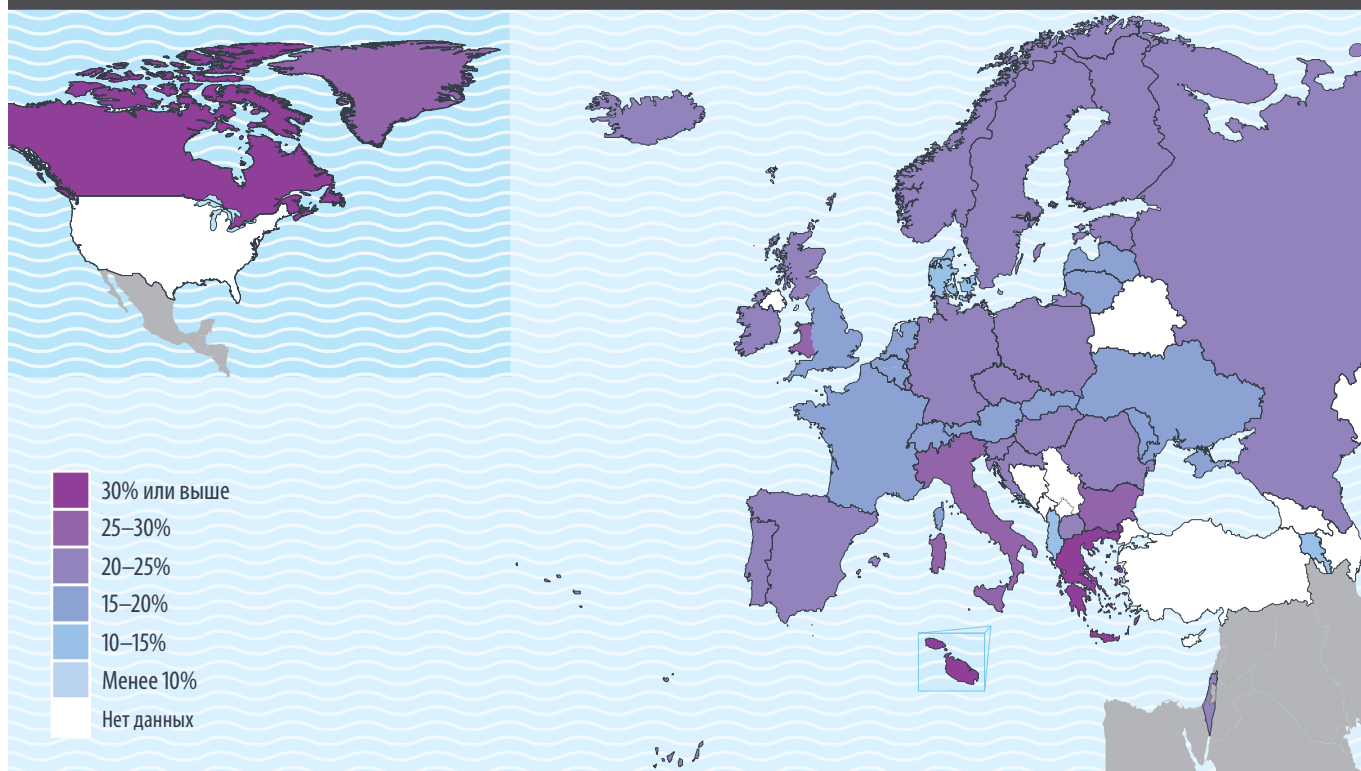
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при p<0,05).

15-летние девочки с избыточной массой тела или ожирением



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

15-летние мальчики с избыточной массой тела или ожирением



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

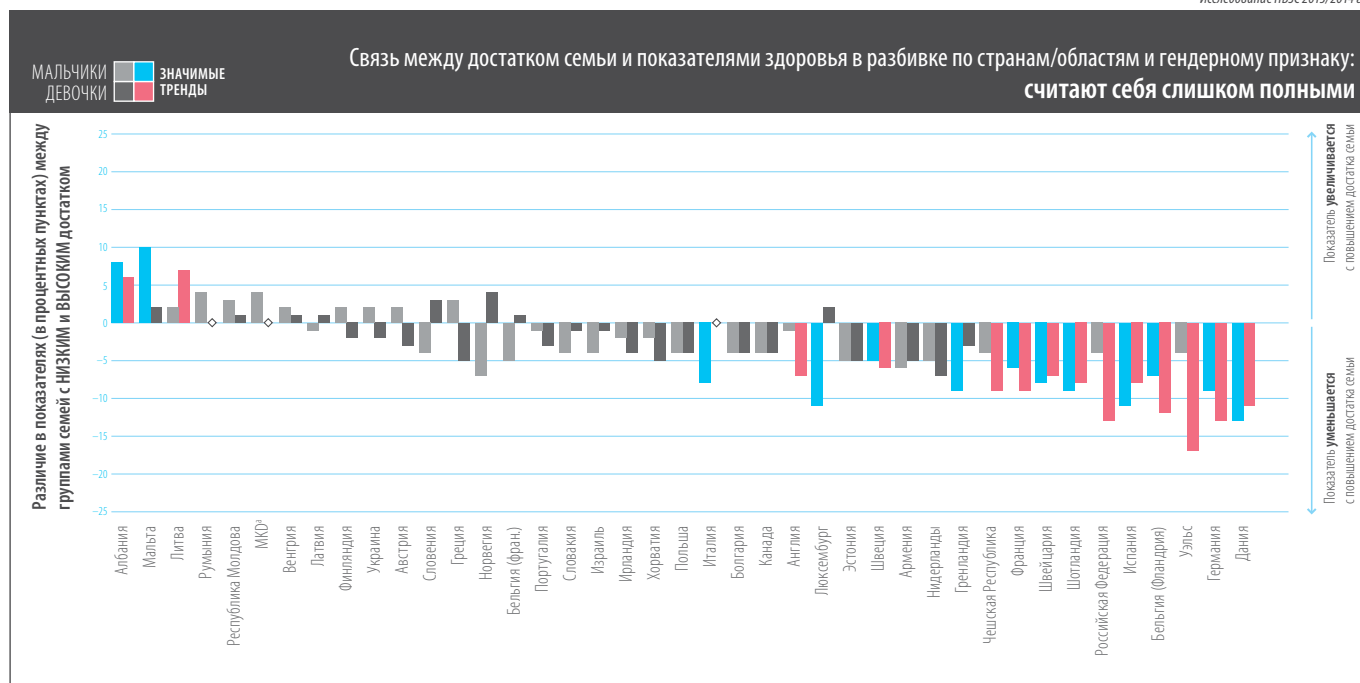
ВЕС ТЕЛА: ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА

Восприятие своего тела — это психологический конструкт, который является частью представлений о самом себе. Значение этого фактора возрастает по мере того, как подростки начинают осознавать физические изменения, происходящие с их телом в период полового созревания.

Неудовлетворенность своим телом у детей и подростков может иметь серьезные последствия для здоровья, связанные, в том числе, со снижением уровня физической активности (11), вредными привычками в еде (12) и проблемами с психическим здоровьем, такими как депрессия (13).

В начале и середине подросткового возраста негативное восприятие своего тела существенным образом повышается, что обусловлено как объективной, так и субъективной оценкой своего веса как избыточного (14, 15). Факторами защиты являются регулярная физическая активность (16), приятие со стороны сверстников и семьи, гармоничные социальные взаимоотношения (17).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Испании.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подростков спросили о том, как они воспринимают свое тело. Варианты ответа варьировались от очень худое до очень полное.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные указывают на долю респондентов, которые воспринимали свое тело как слишком полное, что было представлено в формулировке "немного полное" либо "очень полное".

Возрастные различия

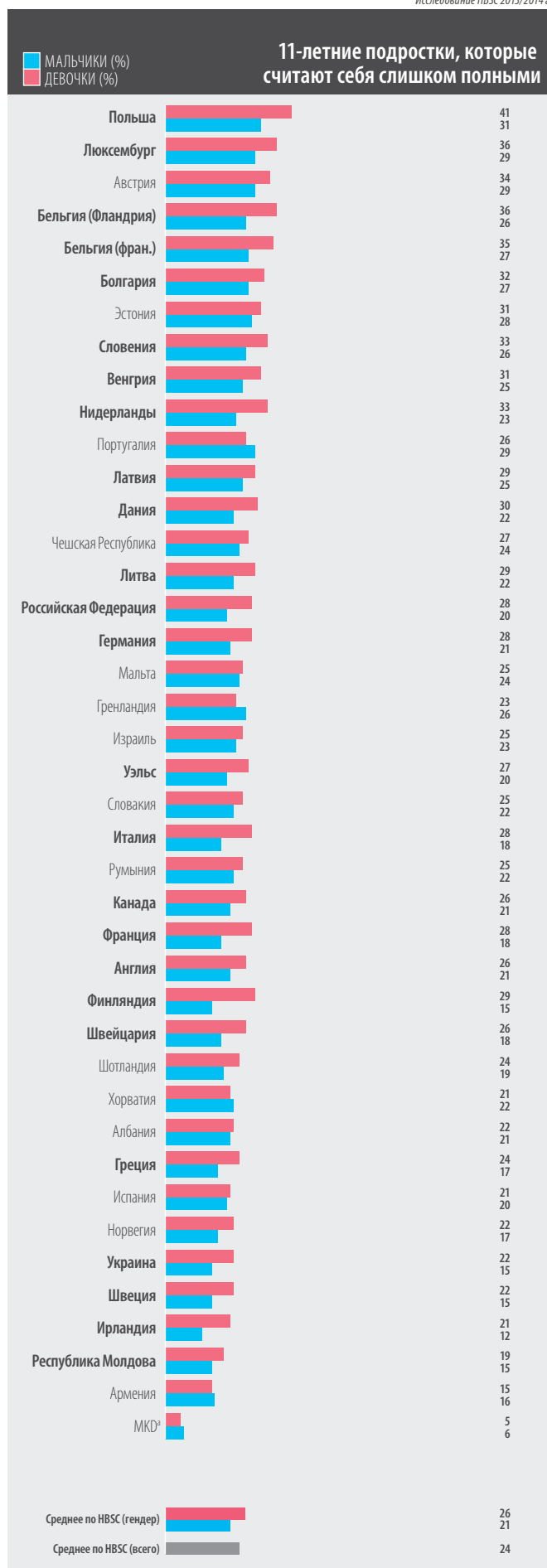
Почти во всех странах и областях девочки в возрасте 15 лет значительно чаще, чем 11-летние, сообщают о том, что они очень полные. В большинстве стран и областей различие в показателях между 11- и 15-летними превышает 10 процентных пунктов, а в ряде стран и областей – 20 процентных пунктов. Среди мальчиков не прослеживается какой-либо четкой закономерности в зависимости от возраста, однако в одних странах/областях с возрастом наблюдается увеличение, а в других уменьшение доли мальчиков, которые считают себя очень полными.

Гендерные различия

Во всех странах и областях у девочек в возрасте 15 лет отмечается значительно более высокий показатель ответов "очень полная". Такие ответы также свойственны 13-летним почти во всех странах и областях и в большинстве стран и областей – девочкам в возрасте 11 лет. По мере взросления величина гендерных различий имеет тенденцию к росту в большинстве стран и областей.

Достаток семьи

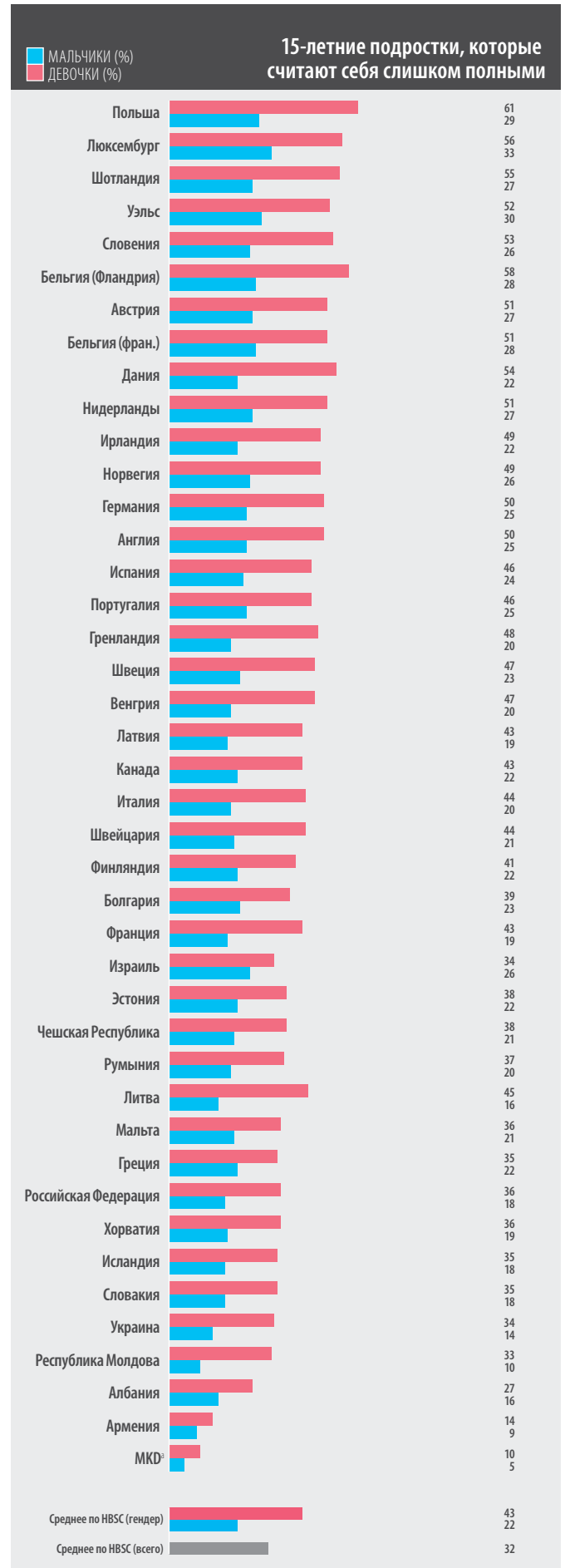
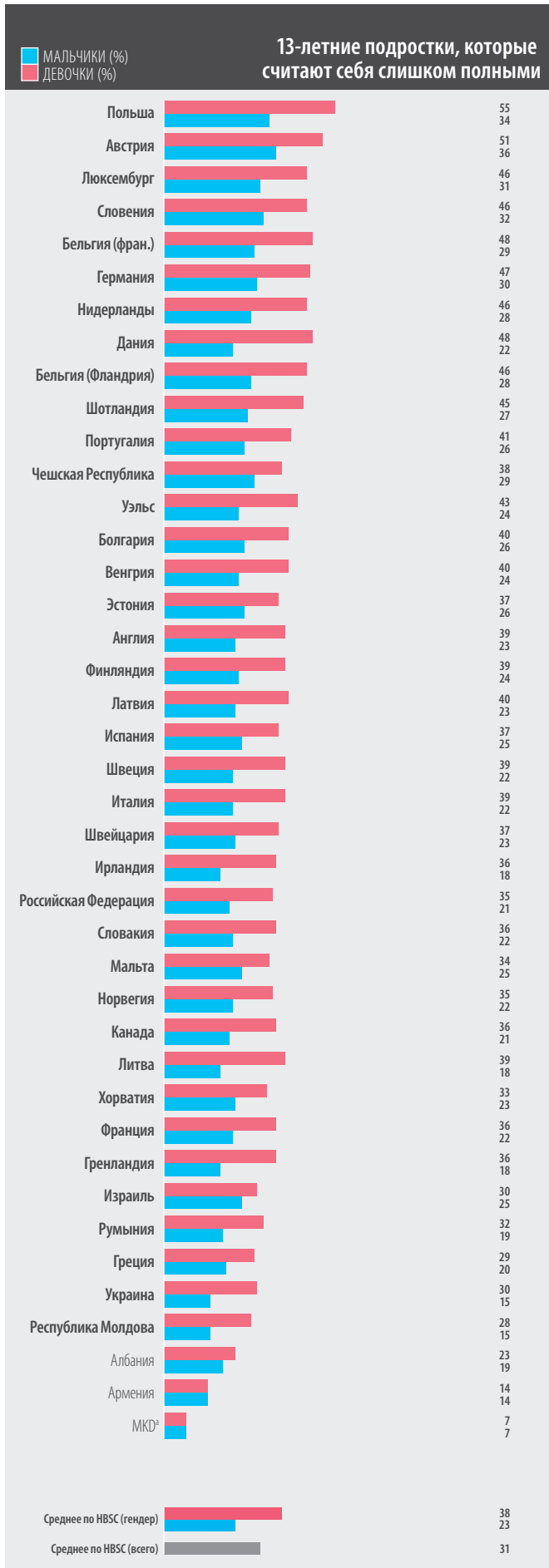
Более чем в половине стран и областей не прослеживается значимой связи с уровнем материального благосостояния. В случаях установления значимой зависимости, восприятие своего тела как очень полного чаще наблюдается среди подростков в семьях с низким достатком.



* Бывшая югославская Республика Македония.

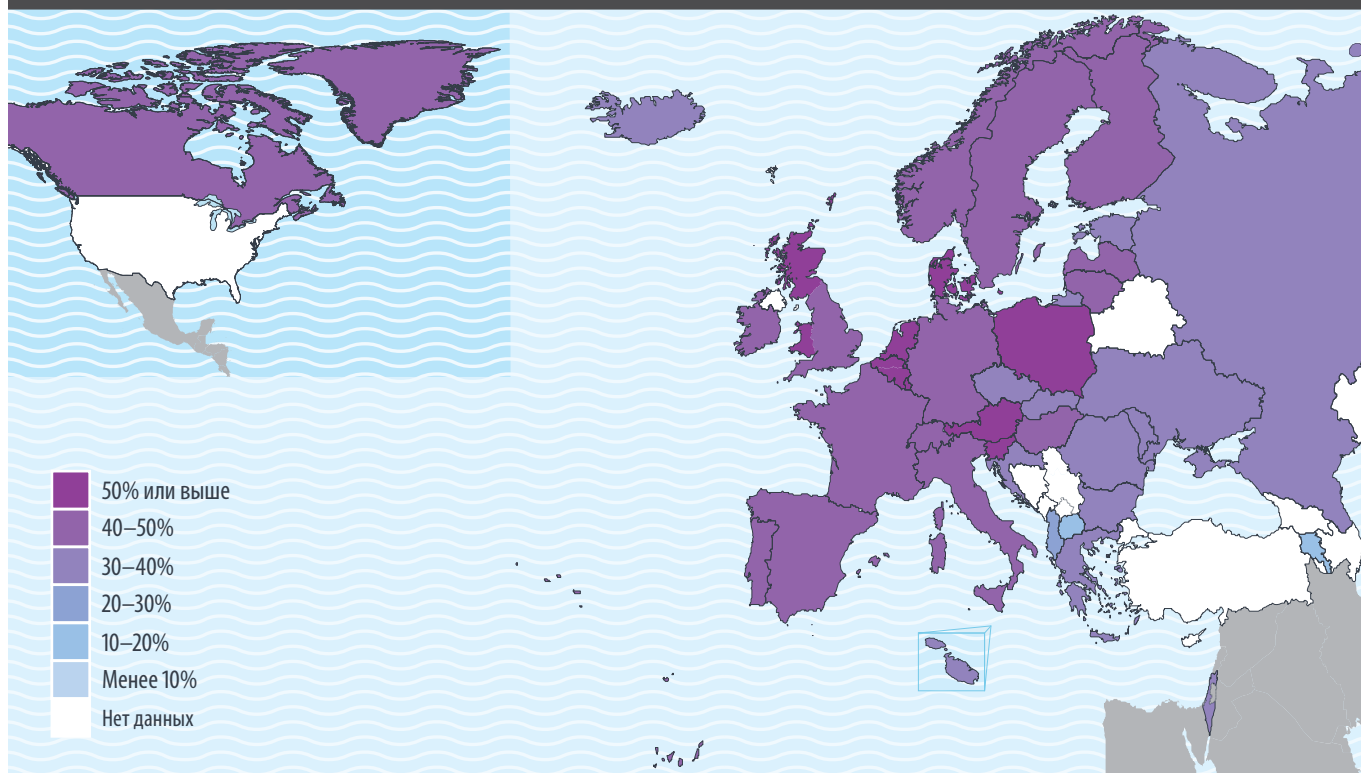
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



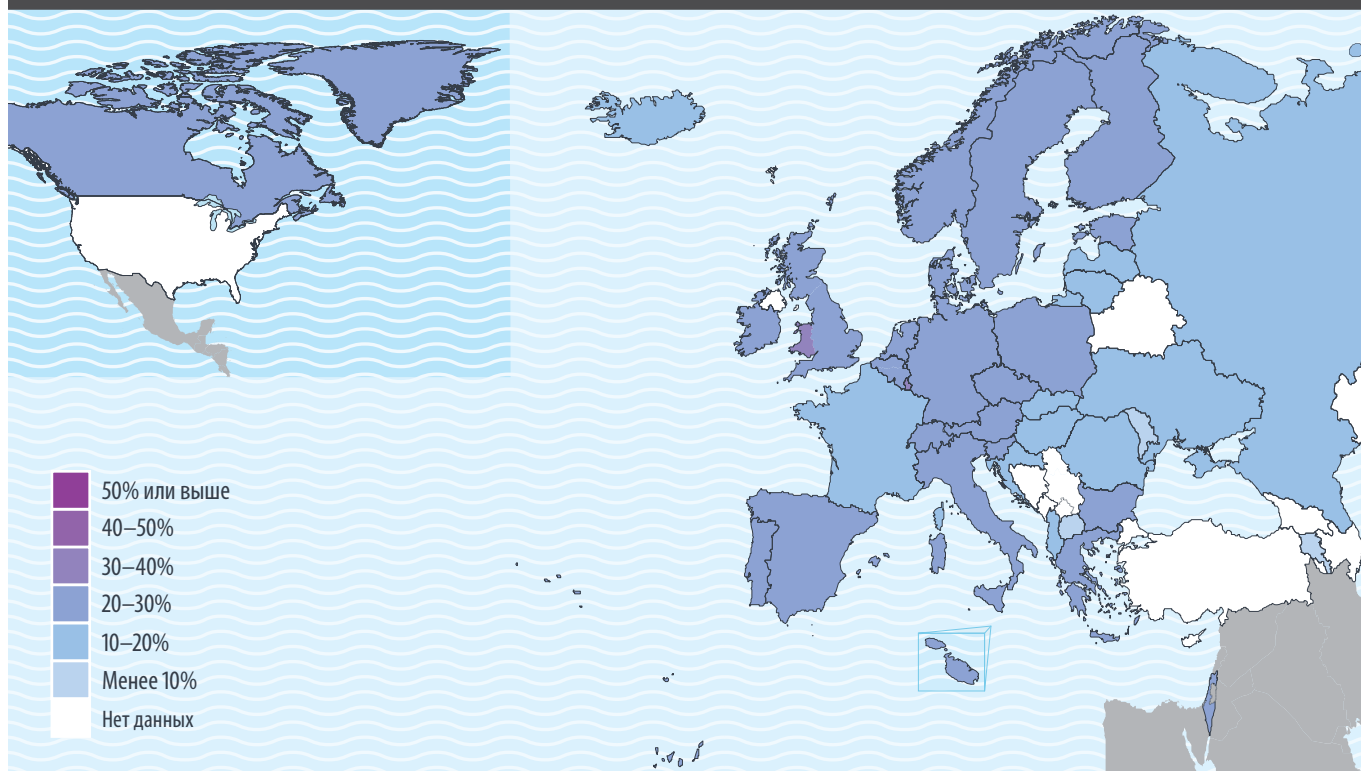
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).
 Нет данных по Исландии (11-летние и 13-летние подростки).

15-летние девочки, которые считают себя слишком полными



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

15-летние мальчики, которые считают себя слишком полными



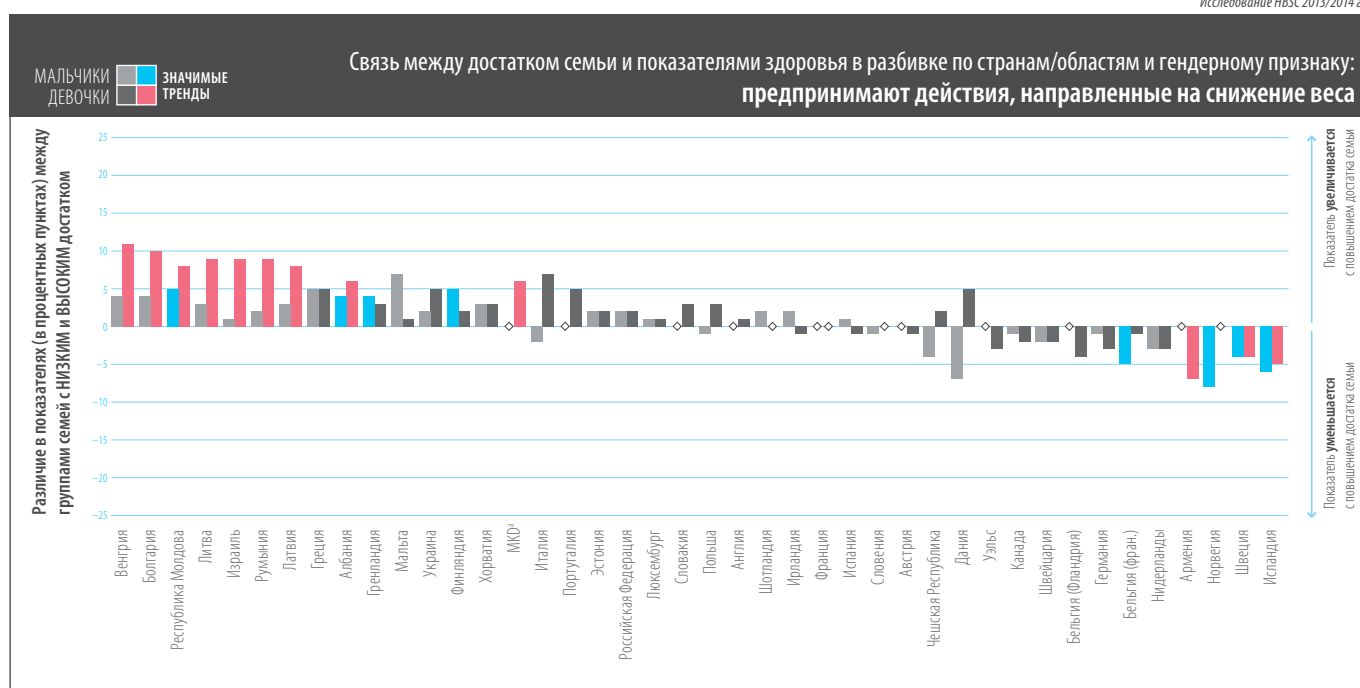
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ВЕС ТЕЛА: ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ ВЕСА

Действия, направленные на снижение веса, — это распространенное явление в подростковом возрасте, особенно среди девочек и подростков с избыточным весом (18). Подростки часто пытаются похудеть с помощью неподходящих методов, которые могут привести к негативным последствиям для здоровья, в том числе таким, как недостаток питательных веществ, задержка роста, отсроченное половое созревание, нарушения менструального цикла и остеопороз у девочек, заниженная самооценка и негативное восприятие своего тела, тревожность и беспорядочное питание (19–21).

Отмечается зависимость между чрезмерным увлечением диетами и употреблением психотропных веществ (22), депрессией, мыслями о самоубийстве и попытками суицида (23). Другие возможные последствия, которые могут проявиться со временем, — расстройства пищевого поведения и ожирение (20, 24).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, соблюдают ли они диету или делают ли что-нибудь еще для того, чтобы сбросить вес. Предлагаемые варианты ответа: нет, мой вес в норме; нет, но мне следует немного похудеть; нет, потому что мне нужно прибавить в весе; да.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, предпринимавших действия, направленные на снижение веса, то есть они соблюдали диету или предпринимали какие-либо другие меры в целях снижения веса.

Возрастные различия

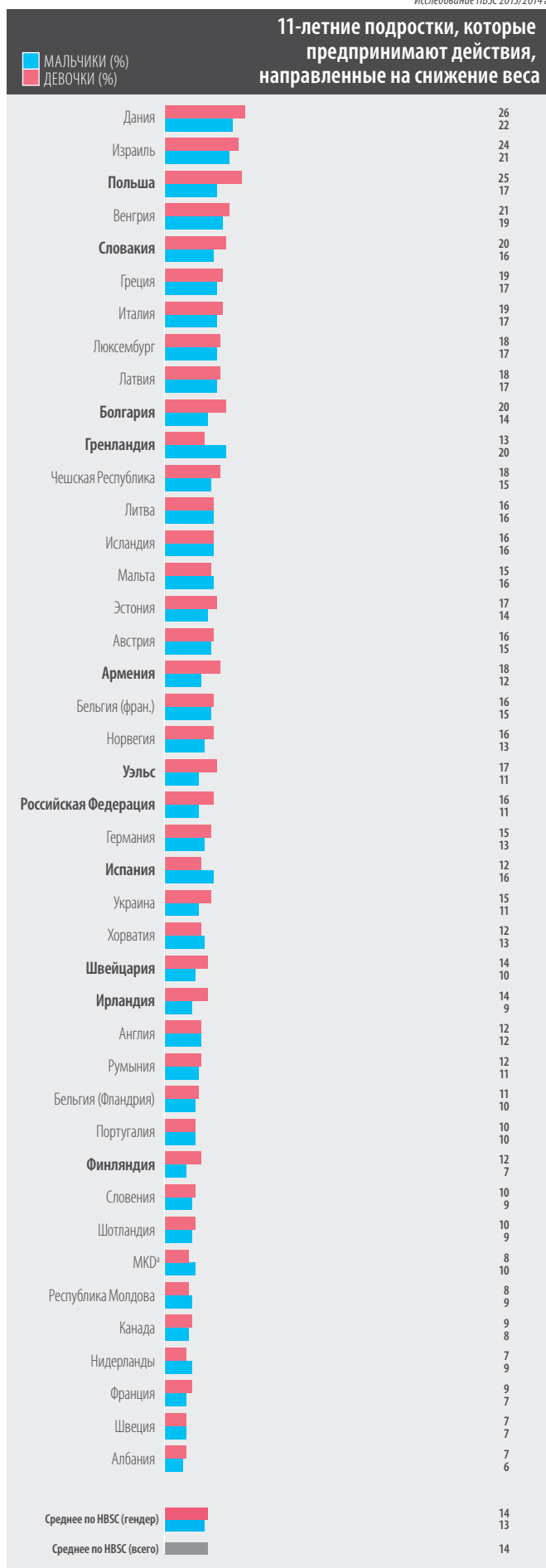
Показатели, свидетельствующие о действиях, направленных на снижение веса, существенным образом увеличиваются среди девочек в возрастном диапазоне от 11 до 15 лет практически повсеместно (за исключением двух стран/областей) таким образом, что разница между 11- и 15-летними составляет от 7 до 23 процентных пунктов. Среди мальчиков значимые тенденции по данному параметру зафиксированы в четверти стран и областей, но, в противоположность девочкам, мальчики реже принимают меры, направленные на снижение веса: так, к 15 годам показатели среди мальчиков на 3–10 процентных пунктов ниже, чем среди девочек.

Гендерные различия

Девочки значительно чаще сообщают о действиях по снижению веса в четверти стран и областей в возрасте 11 лет, почти во всех странах и областях – в возрасте 13 лет и во всех странах и областях – в возрасте 15 лет. Как правило, различия в показателях увеличиваются в 13 лет по сравнению 11-летним возрастом, а также у 15-летних по сравнению с 13-летними подростками.

Достаток семьи

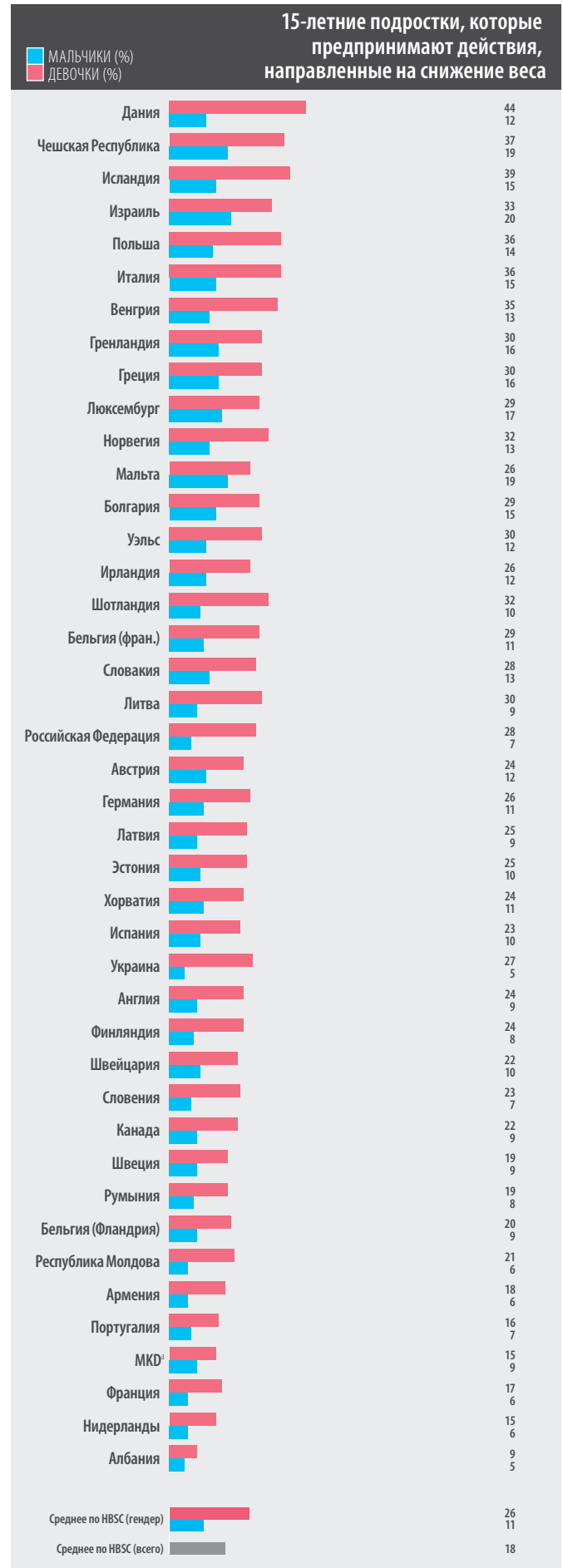
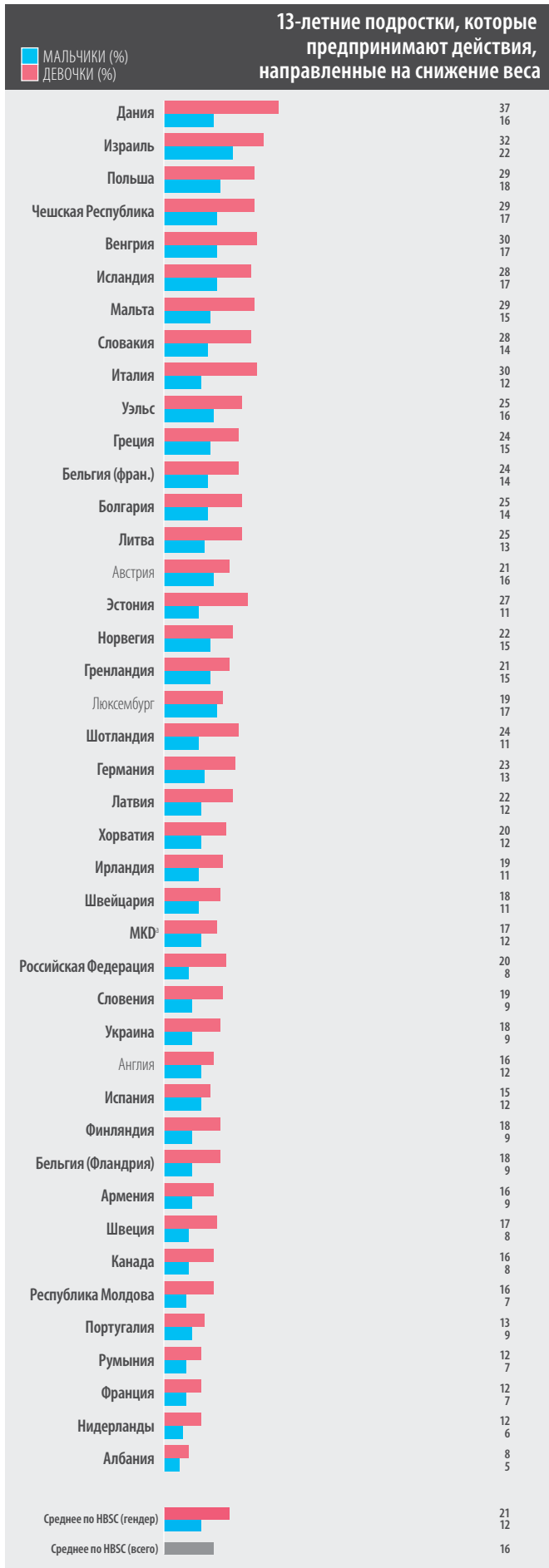
Примерно в четверти стран и областей наблюдаются значимые различия в зависимости от уровня материального благосостояния семьи, однако четкой закономерности не обнаружено.



* Бывшая югославская Республика Македония.

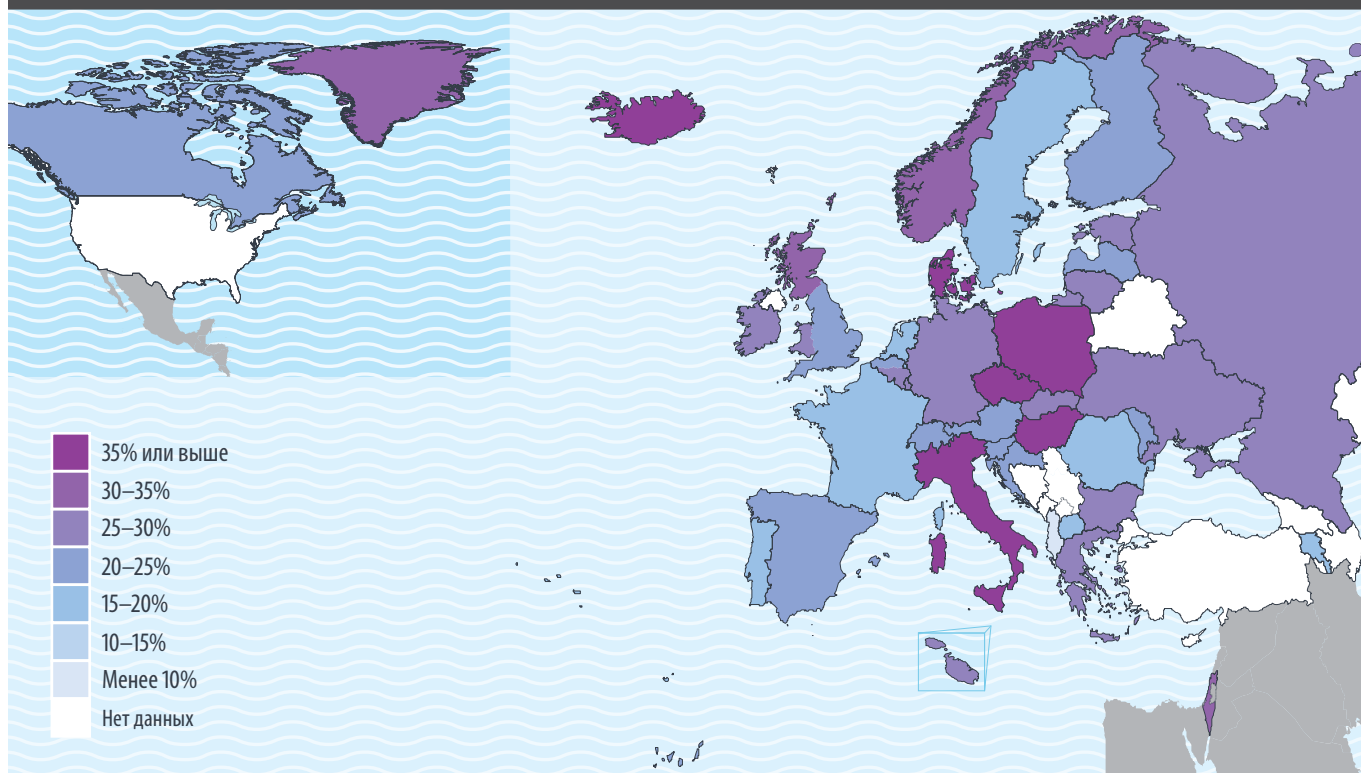
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

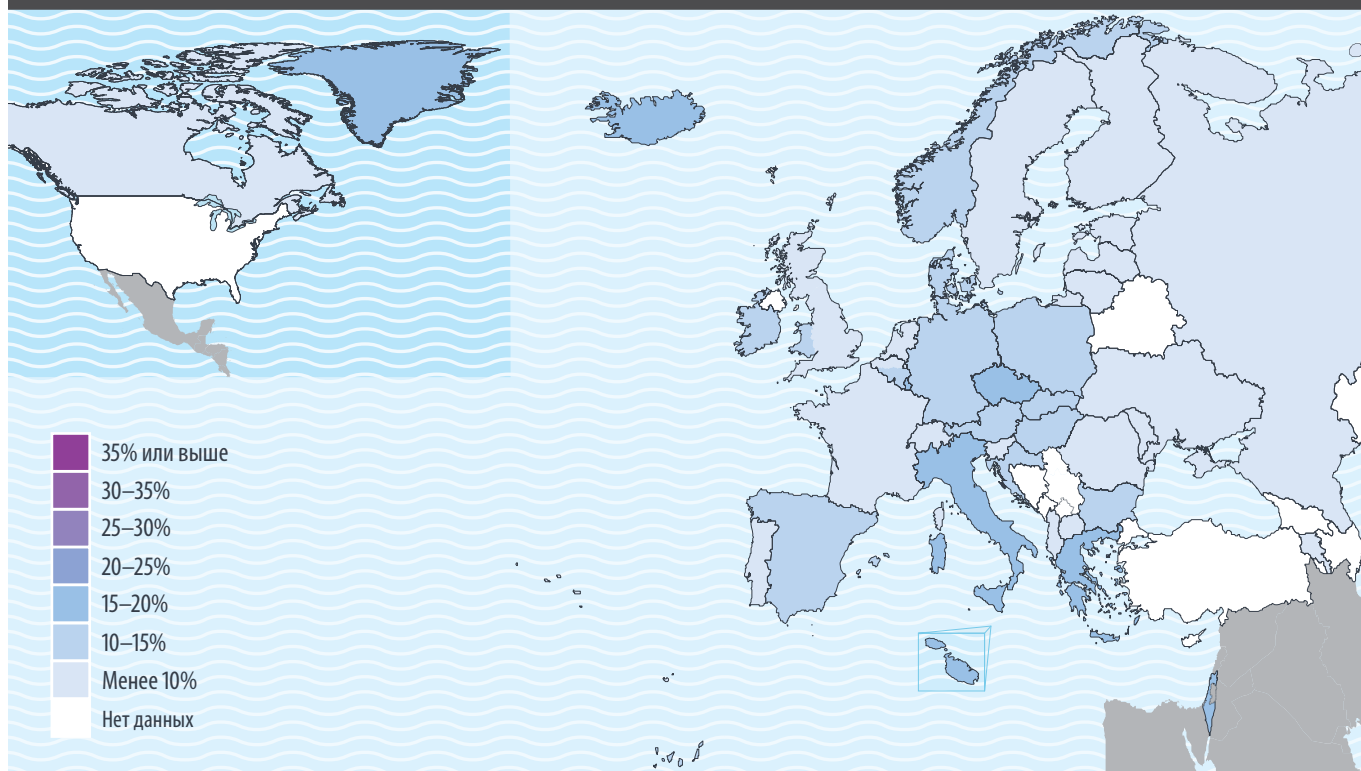


Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые предпринимают действия, направленные на снижение веса



15-летние мальчики, которые предпринимают действия, направленные на снижение веса



ВЕС ТЕЛА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

На протяжении подросткового периода статистика по избыточному весу и ожирению остается стабильной либо отмечается небольшое снижение показателей с возрастом, при этом в данный период заметно усиливается восприятие девочками собственного тела как полного, и наблюдаются действия по соблюдению диеты. Налицо гендерные различия, причем в большинстве стран и областей среди мальчиков отмечается тенденция к увеличению показателей избыточной массы тела. В ряде стран наблюдается связь между более высоким показателем избыточной массы тела и более низким достатком семьи, однако эти результаты следует трактовать с осторожностью, поскольку данные о росте и весе, которые использовались для определения ИМТ, основываются на ответах самих подростков.

Корреляция между полом и возрастом, с одной стороны, и характером восприятия собственного тела и поведением, направленным на снижение веса, с другой стороны, по всей видимости, согласуется с полученными ранее выводами: девочки с большей вероятностью сообщают о недовольстве своим весом независимо от страны или региона. Принадлежность к женскому полу является параметром, который намного более точно позволяет прогнозировать восприятие ребенком себя как полного, а также его действия, направленные на снижения веса, по сравнению с ИМТ или уровнем достатка семьи.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Во многих странах и областях распространенность избыточной массы тела и ожирения не увеличивается, но по-прежнему остается высокой. В рамках международной деятельности по улучшению рациона и режима питания и повышению уровня физической активности ВОЗ обеспечивает руководство, информационно-разъяснительную работу и научно-обоснованные рекомендации на основе разработанной Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью (25). ВОЗ также предоставляет содействие и поддержку исследованиям в приоритетных областях, которые будут способствовать осуществлению программ и оценке их эффективности.

Для решения проблемы избыточной массы тела и ожирения, а также формирования позитивного отношения к своему телу у детей и подростков как средства улучшения их благополучия требуется системный подход. Преодоление этой проблемы также требует объединенных усилий местных сообществ, семей и отдельных граждан. Для защиты детей и укрепления здоровья посредством обеспечения здоровой и питательной пищи, предоставления безопасной среды проживания, осуществления безопасных мероприятий и других возможностей для физической активности и занятий спортом необходима поддержка на международном и национальном уровнях. Выявление общих факторов риска и защитных механизмов в отношении избыточного веса и неудовлетворенности своим телом может способствовать разработке соответствующих мер по решению широкого спектра проблем, связанных с весом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther.* 2013;35(1):18–32.
2. Mamun AA, O'Callaghan MJ, Cramb SM, Najman JM, Williams GM, Bor W. Childhood behavioral problems predict young adults' BMI and obesity: evidence from a birth cohort study. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(4):761–6.
3. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr.* 2007;150(1):12–17.e2.
4. Koebnick C, Getahun D, Smith N, Porter AH, Der-Sarkissian JK, Jacobsen SJ. Extreme childhood obesity is associated with increased risk for gastroesophageal reflux disease in a large population-based study. *Int J Pediatr Obes.* 2011;6(2–2):e257–63.
5. Norris AL, Steinberger J, Steffen LM, Metzger AM, Schwarzenberg SJ, Kelly AS. Circulating oxidized LDL and inflammation in extreme pediatric obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19(7):1415–9.
6. Van Emmerik NM, Renders CM, van de Veer M, van Buuren S, van der Baan-Slootweg OH, Kist-van Holthe JE et al. High cardiovascular risk in severely obese young children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2012;97(9):818–21.
7. Udomittipong K, Chierakul N, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W, Susiva C, Mahoran K et al. Severe obesity is a risk factor for severe obstructive sleep apnea in obese children. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(11):1346–51.
8. Scholtens S, Wijga AH, Seidell JC, Brunekreef B, de Jongste JC, Gehring U et al. Overweight and changes in weight status during childhood in relation to asthma symptoms at 8 years of age. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;123(6):1312–8.
9. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012;7(4):284–94. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x.

10. Нормы роста детей [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. (<http://www.who.int/childgrowth/standards/ru/>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
11. Grogan S. Body image and health: contemporary perspectives. *J Health Psychol.* 2006;11:523–30.
12. Tremblay L, Lariviere M. The influences of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eat Behav.* 2009;10(2):75–83.
13. Xie B, Unger J, Gallaher B, Anderson Johnson C, Wu Q, Chu C-P. Overweight, body image, and depression in Asian and Hispanic adolescents. *Am J Health Behav.* 2010;34:476–88.
14. Fenton C, Brooks F, Spencer NH, Morgan A. Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis. *Health Soc Care Community* 2010;18:189–98.
15. Bucchianieri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image* 2013;10(1):1–7.
16. Monteiro Gaspar M, Amarala TF, Oliveiraa B, Borgesa N. Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children – a cross-sectional study. *Psychol Sport Exerc.* 2011;12(5):563–69.
17. Barker ET, Galambos NL. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors. *J Early Adolesc.* 2003;23:141–65.
18. Ojala K, Vereecken C, Välimaa R, Currie C, Villberg J, Tynjälä J et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *Int J Behav Nutr & Phys Act.* 2007;4:50.
19. Canadian Pediatric Society. Dieting in adolescence. *Paediatr Child Health* 2004;9(7):487–91.
20. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc.* 2006;106:559–68.
21. Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? *Body Image* 2010;7(1):70–3.
22. Carroll SL, Lee RE, Kaur H, Harris KJ, Strother ML, Huang TT-K. Smoking, weight loss intention and obesity-promoting behaviors in college students. *J Am Coll Nutr.* 2006;25(4):348–53.
23. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Suicidal behaviour in adolescents: relationship to weight status, weight control behaviours and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord.* 2008;41(1):82–7.
24. Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Eisenberg ME. Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from Project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(3):448–55.
25. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/ru/>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА
РАСХОД ЭНЕРГИИ

"Достаточно просто
заниматься хотя бы
одним видом спорта
в день: если у тебя
есть собака,
даже прогулка
с ней – это
уже физические
упражнения!"



ВЫСКАЗЫВАНИЯ ПОДРОСТКОВ О ПОВЕДЕНИИ, СПОСОБСТВУЮЩЕМ ЗДОРОВЬЮ

“Часто мне встречаются подростки, которые пропускают завтрак по разным причинам. Кто-то не голоден по утрам. Другие (и это меня пугает) не завтракают, потому что сидят на диете из-за избыточного веса. Таким образом от излишней полноты не избавиться. И потом, почему мы все должны быть рабами представления о стройном теле как идеале?”

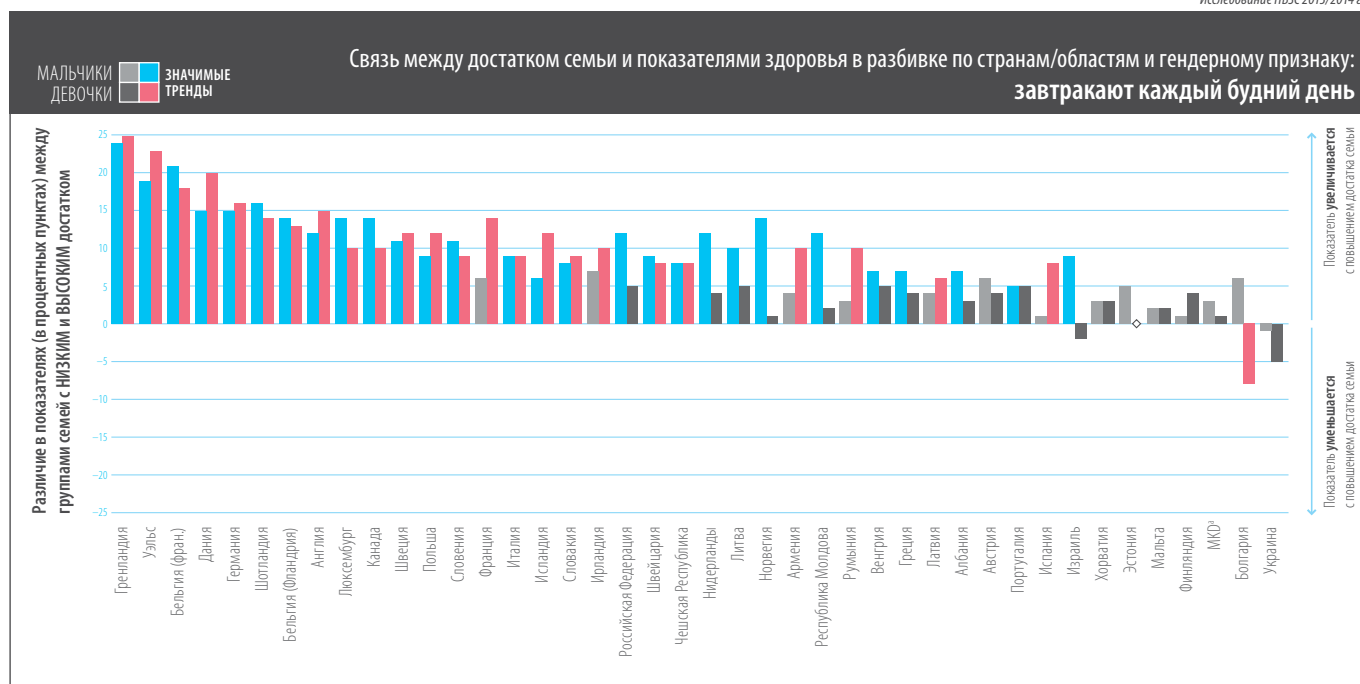
“Мне кажется, что завтракать утром очень важно, потому что к середине дня ты проголодаешься, начнется головная боль и ты не сможешь нормально заниматься. Поэтому еще важнее завтракать в те дни, когда надо идти в школу”.

“У меня постоянно включен телевизор, чтобы не было одиноко”.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ЗАВТРАК

Поперечные и продольные исследования показывают, что ИМТ и уровень избыточного веса у детей и подростков обратно пропорционален показателю ежедневного употребления завтрака (1–5). Считается, что регулярный завтрак помогает избежать "перекусов" и употребления высококалорийной, но недостаточно питательной пищи. Приобретенная в детском возрасте привычка ежедневно завтракать, придерживаясь принципов здорового питания, может сказываться на состоянии здоровья во взрослой жизни (6–9). Исследователи предполагают, что пропуск завтрака может отрицательно влиять на успеваемость в школе, но эта тема требует дальнейшего углубленного изучения (10).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/- 0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они завтракают по будням и в выходные дни. В заданном вопросе завтрак определялся как "больше чем стакан молока или фруктового сока".

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, завтракающих каждый будний день.

Возрастные различия

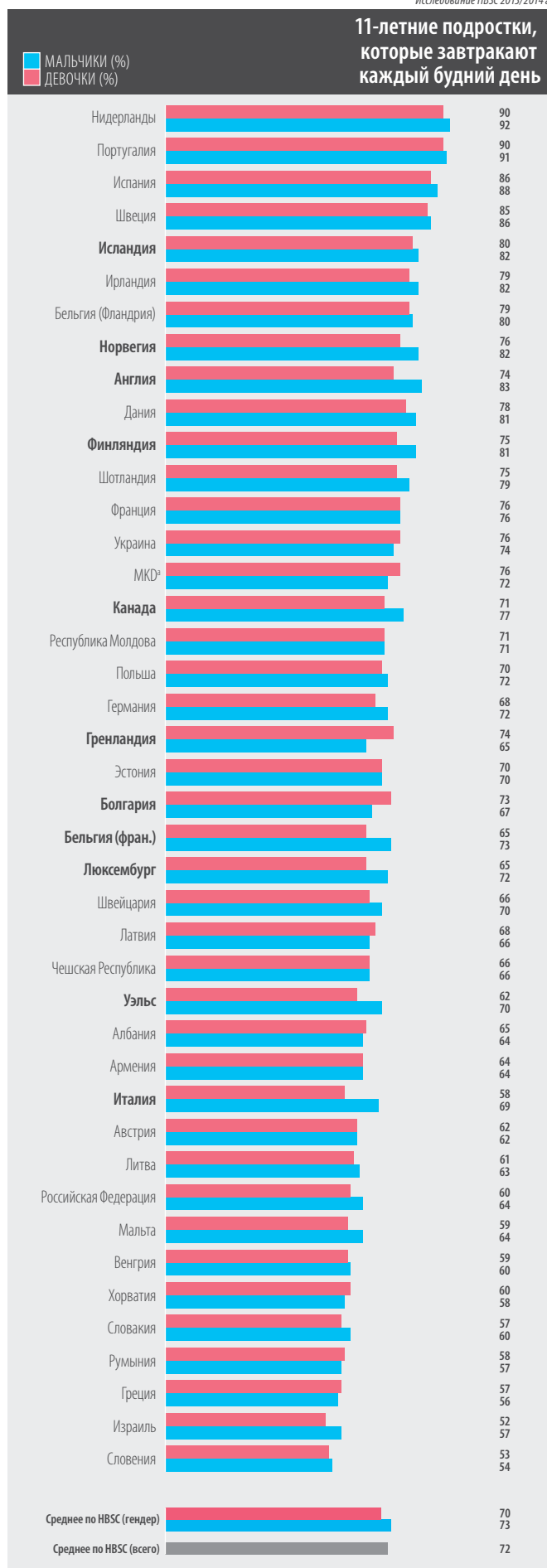
Среди подростков наблюдается тенденция завтракать менее регулярно по сравнению с детьми младшего возраста. Самые высокие показатели в каждой возрастной группе среди мальчиков и девочек (80% и выше) отмечаются в Нидерландах и Португалии, а самые низкие (ниже 50% в целом) — в Словении, за исключением детей 11 лет.

Гендерные различия

В большинстве стран и областей девочки с меньшей вероятностью сообщают о том, что завтракают ежедневно, при этом гендерные различия обычно увеличиваются с возрастом. Наибольшие различия зафиксированы в Англии (13- и 15-летние респонденты), Гренландии (13-летние), Уэльсе (13- и 15-летние), Франции (15-летние).

Достаток семьи

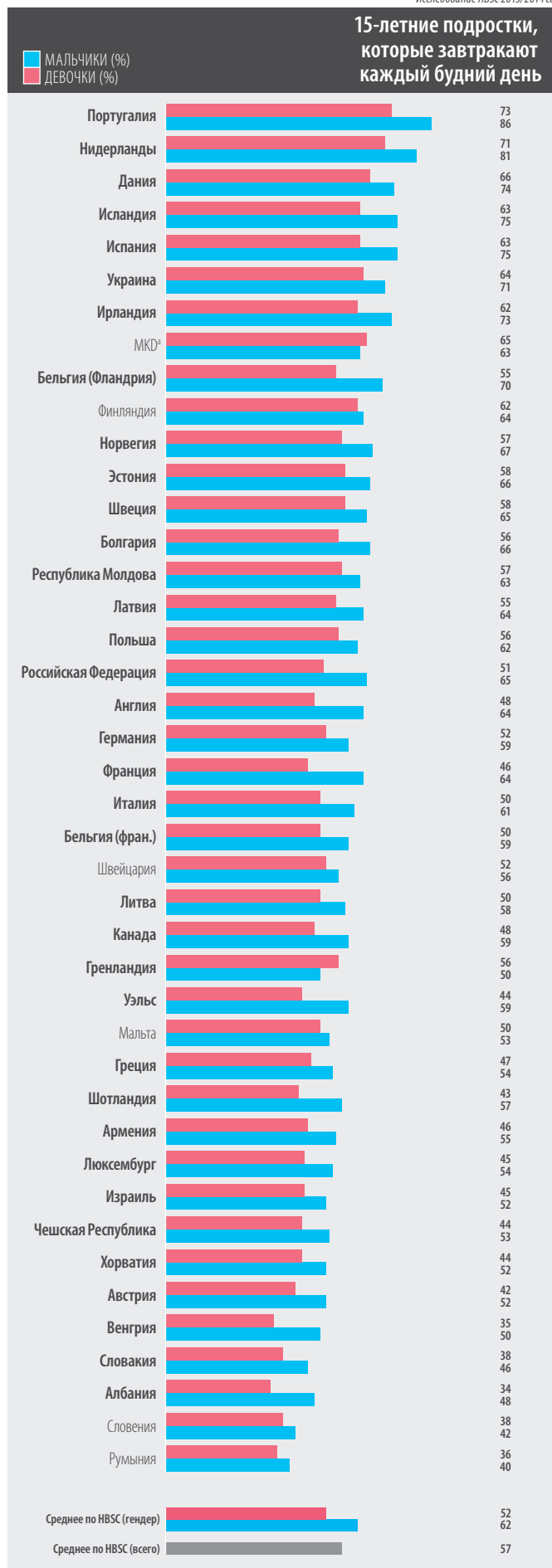
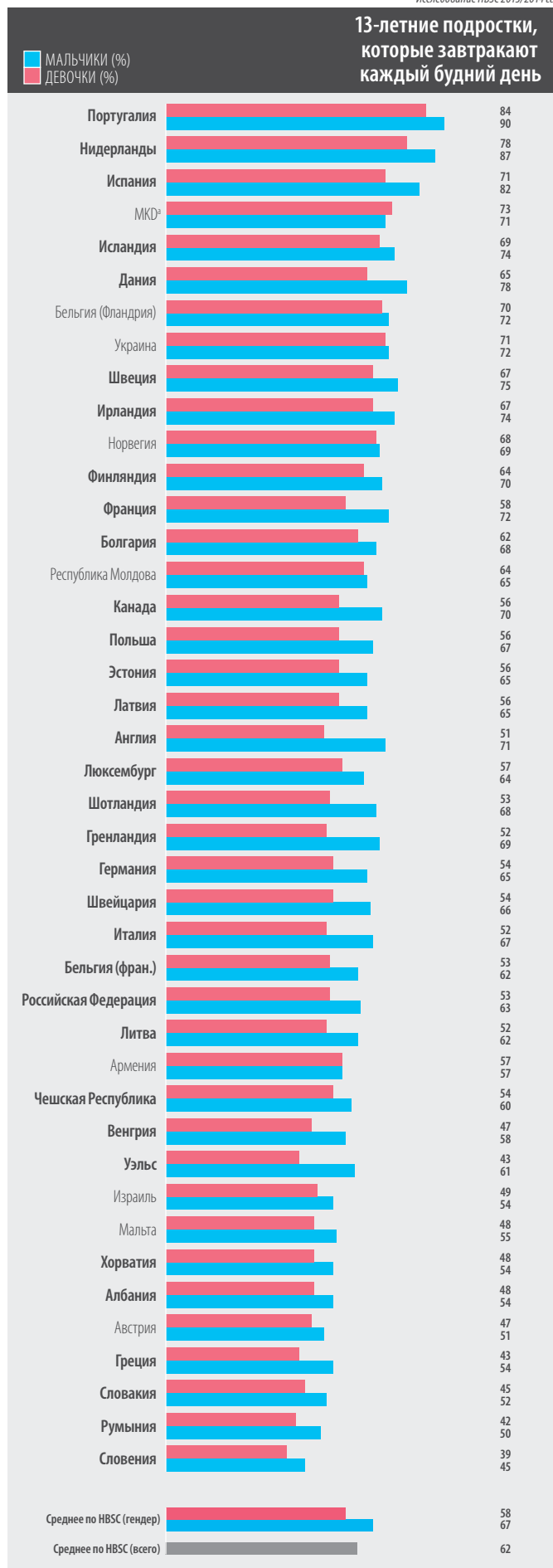
Показатели свидетельствуют, что подростки из семей с более высоким достатком (особенно мальчики) чаще завтракают в большинстве стран и областей.



* Бывшая югославская Республика Македония.

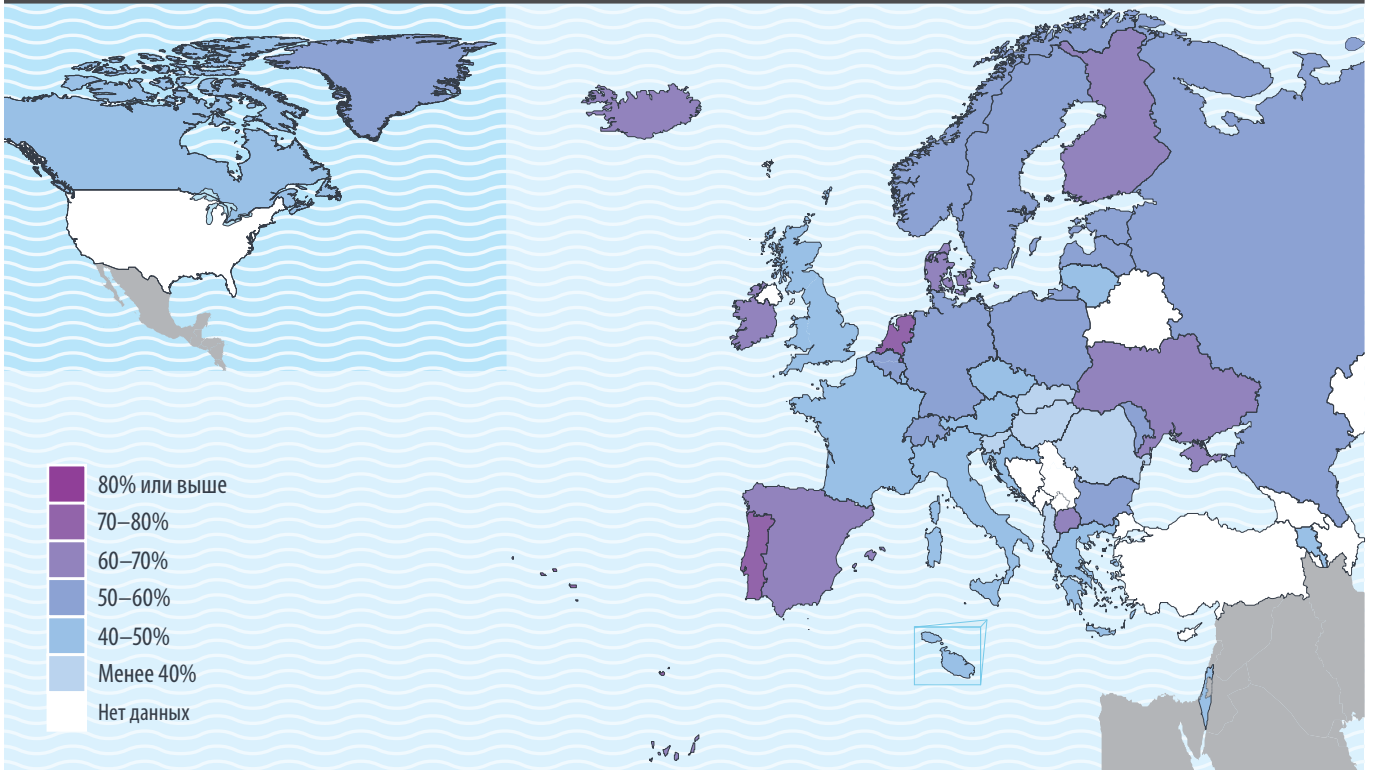
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



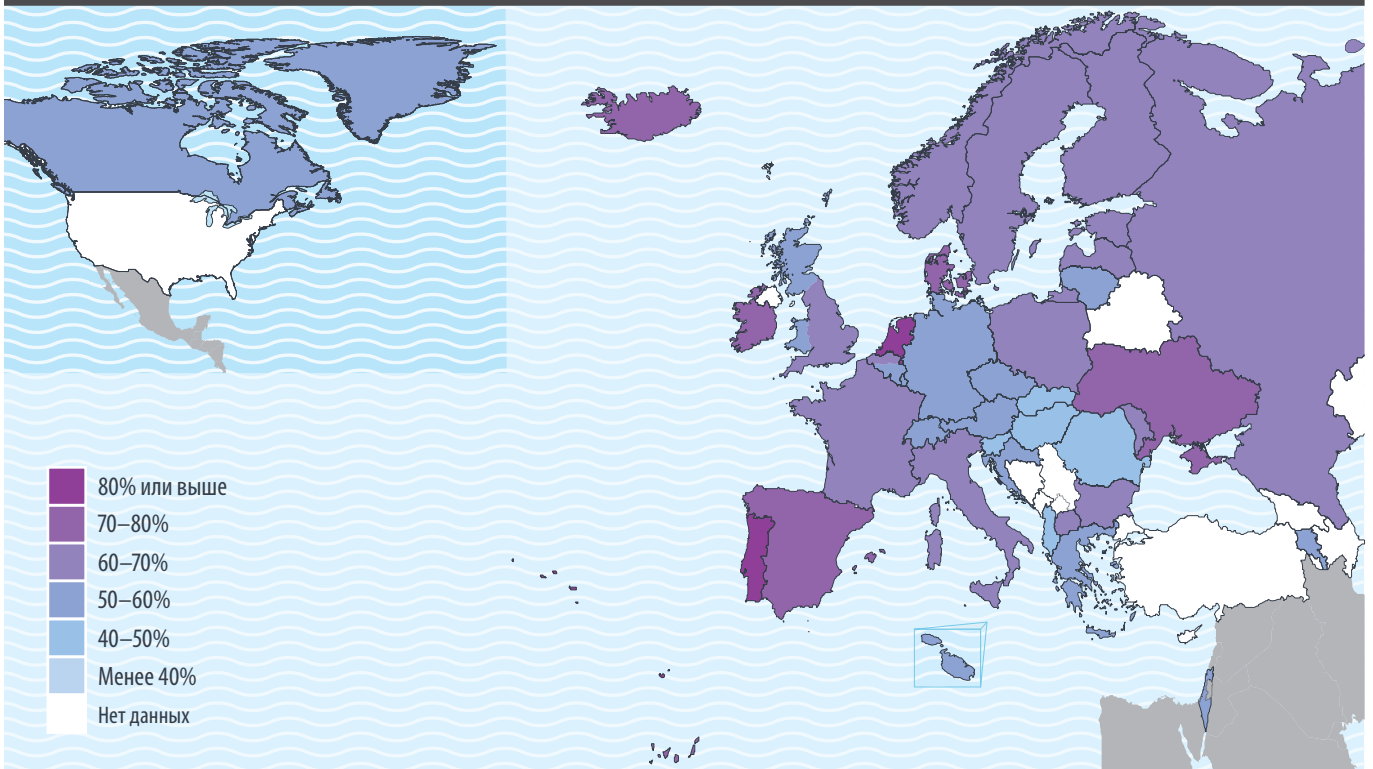
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые завтракают каждый будний день



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

15-летние мальчики, которые завтракают каждый будний день

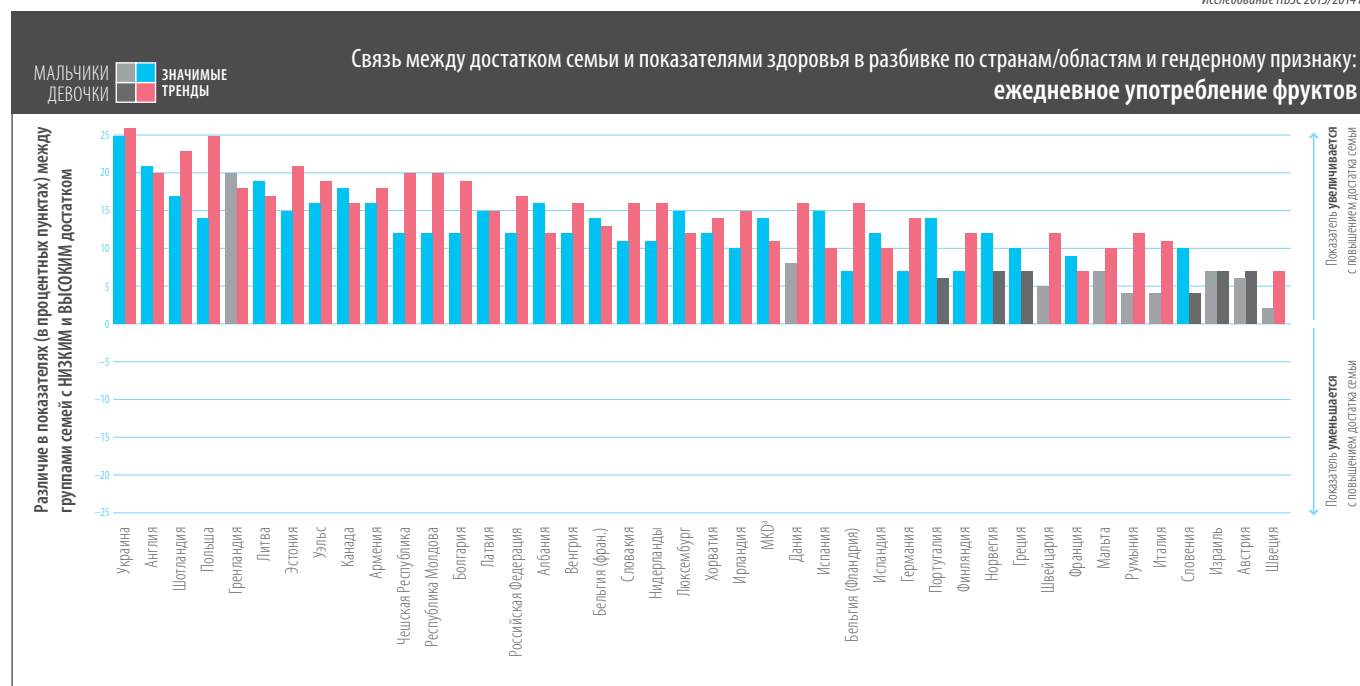


Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: УПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ

Употребление фруктов в детстве оказывает положительное влияние на здоровье как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, при этом существуют четкие данные, подтверждающие снижение риска хронических заболеваний (11–13). Рекомендации по объему потребления отличаются по странам или областям проживания, однако, как правило, нормой считается употребление пяти или более порций фруктов и овощей ежедневно (14). В целях повышения количества фруктов, употребляемых подростками, требуются меры в рамках политики и экологических программ, а также целевых мероприятий, направленных на употребление фруктов в школьной и домашней среде. Пищевые привычки, усвоенные в подростковом возрасте, остаются с человеком на всю жизнь (15).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они употребляют фрукты. Варианты ответа варьировались от никогда до ежедневно, более одного раза в день.

Дополнительные данные о ежедневном употреблении овощей приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные отражают долю респондентов, употребляющих фрукты не менее одного раза в день.

Возрастные различия

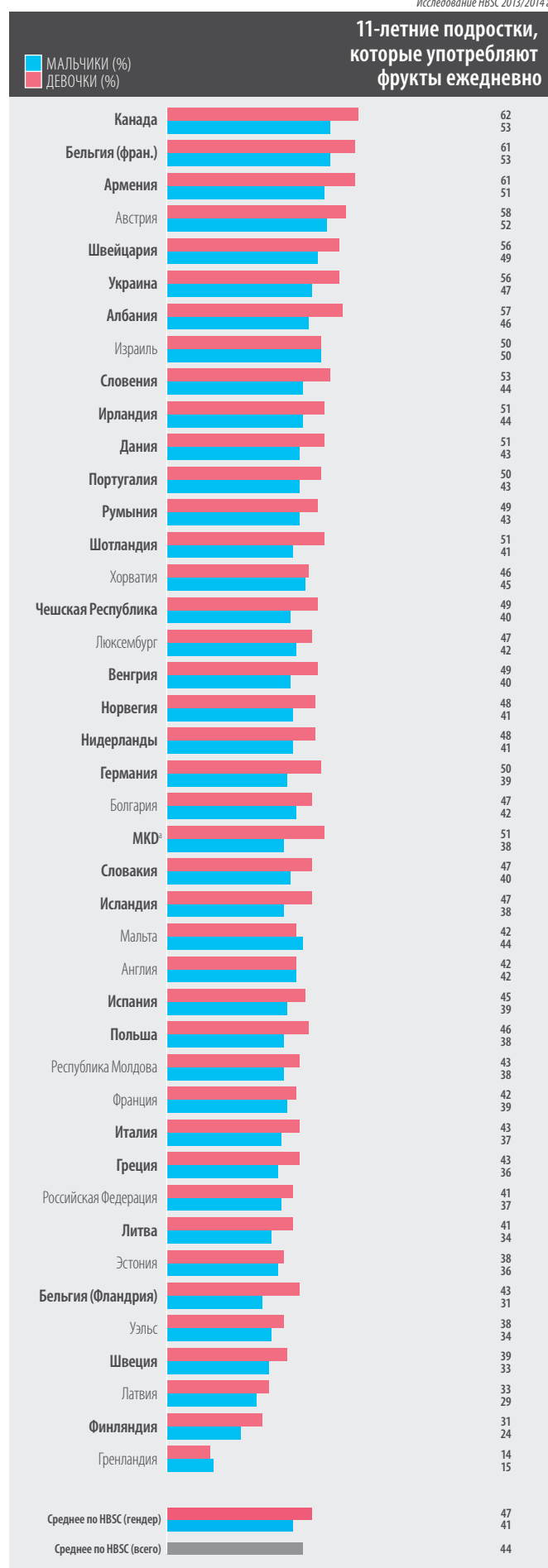
Показатели ежедневного употребления фруктов с возрастом снижаются среди мальчиков в 38 странах и областях, при этом различия между 15-летними подростками по сравнению с 11-летними составляют от 3 до 24 процентных пунктов (Исландия и Австрия соответственно). Эти цифры также сокращаются с возрастом среди девочек 11–15 лет в 32 странах и областях, различия варьируются от 0,5 процентного пункта в Дании до 20 процентных пунктов в Венгрии.

Гендерные различия

В целом девочки чаще сообщают о том, что едят фрукты. В двух третях стран и областей наблюдаются значимые гендерные различия в каждой возрастной группе. Самая низкая частота употребления фруктов зафиксирована в Гренландии, самая высокая – среди 15-летних девочек в Армении.

Достаток семьи

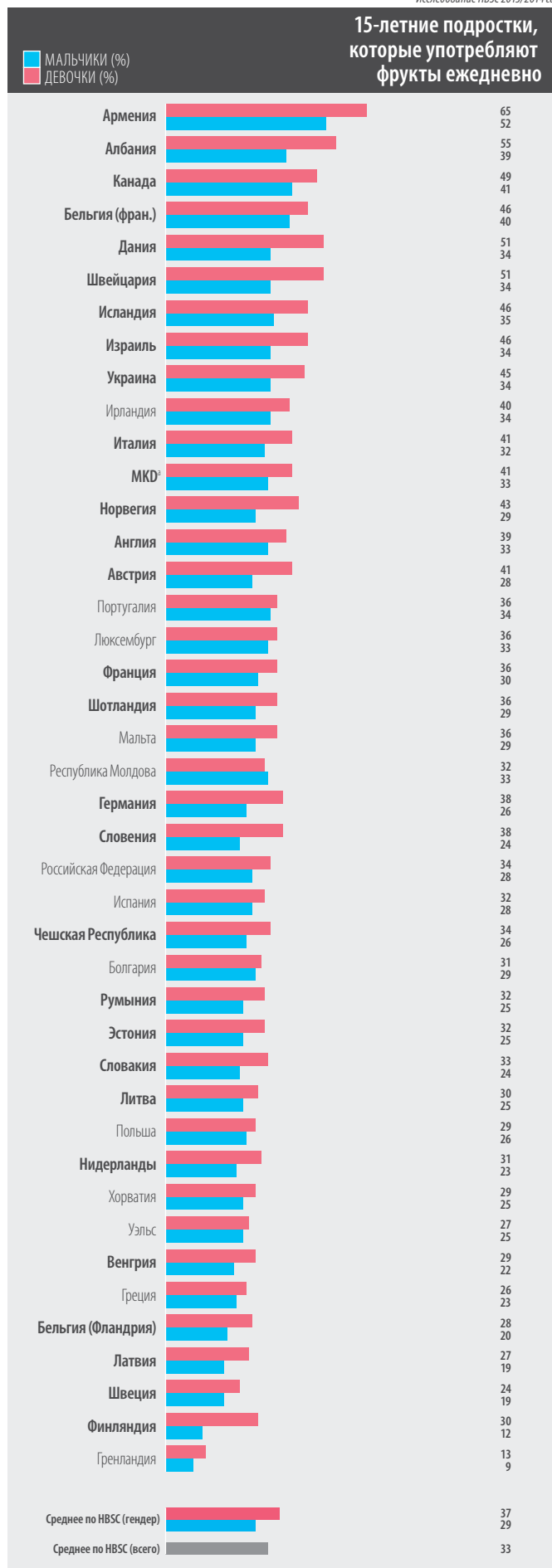
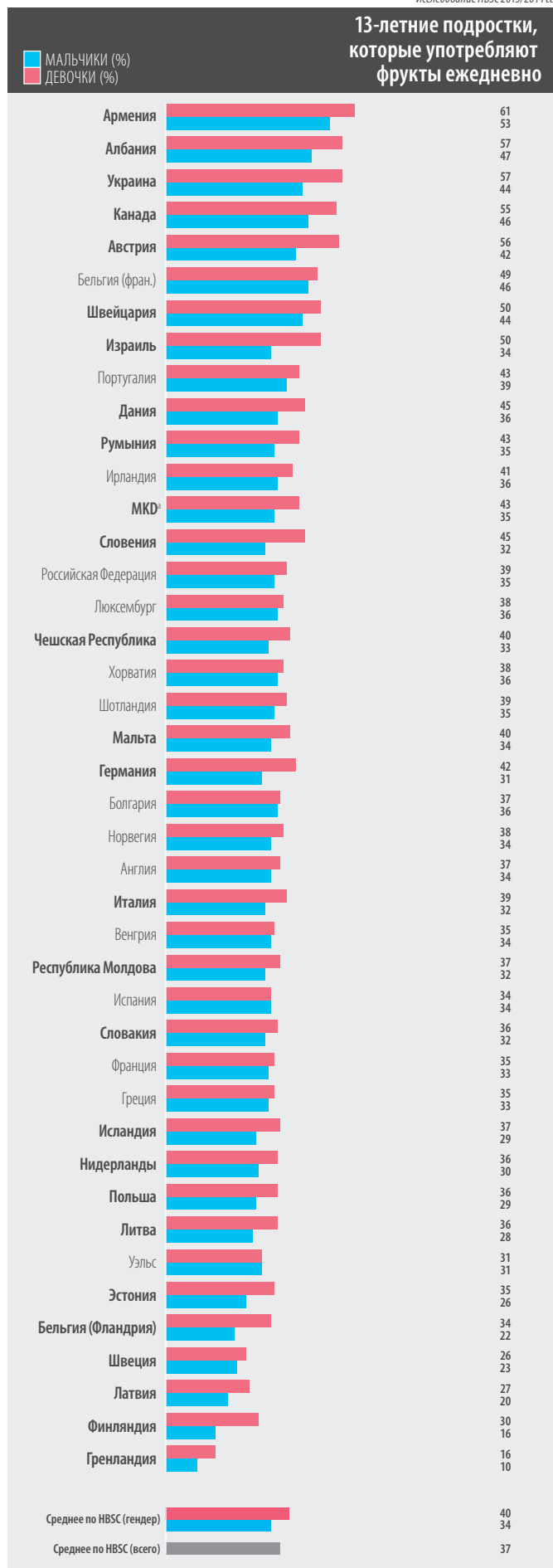
Практически во всех странах и областях отмечаются более высокие показатели потребления фруктов среди подростков из семей с высоким достатком. Более низкие показатели зафиксированы среди мальчиков (значимые различия в 33 странах и областях) и девочек (значимые различия в 36 странах и областях) из семей с низким достатком по сравнению с детьми из более обеспеченных семей.



* Бывшая югославская Республика Македония.

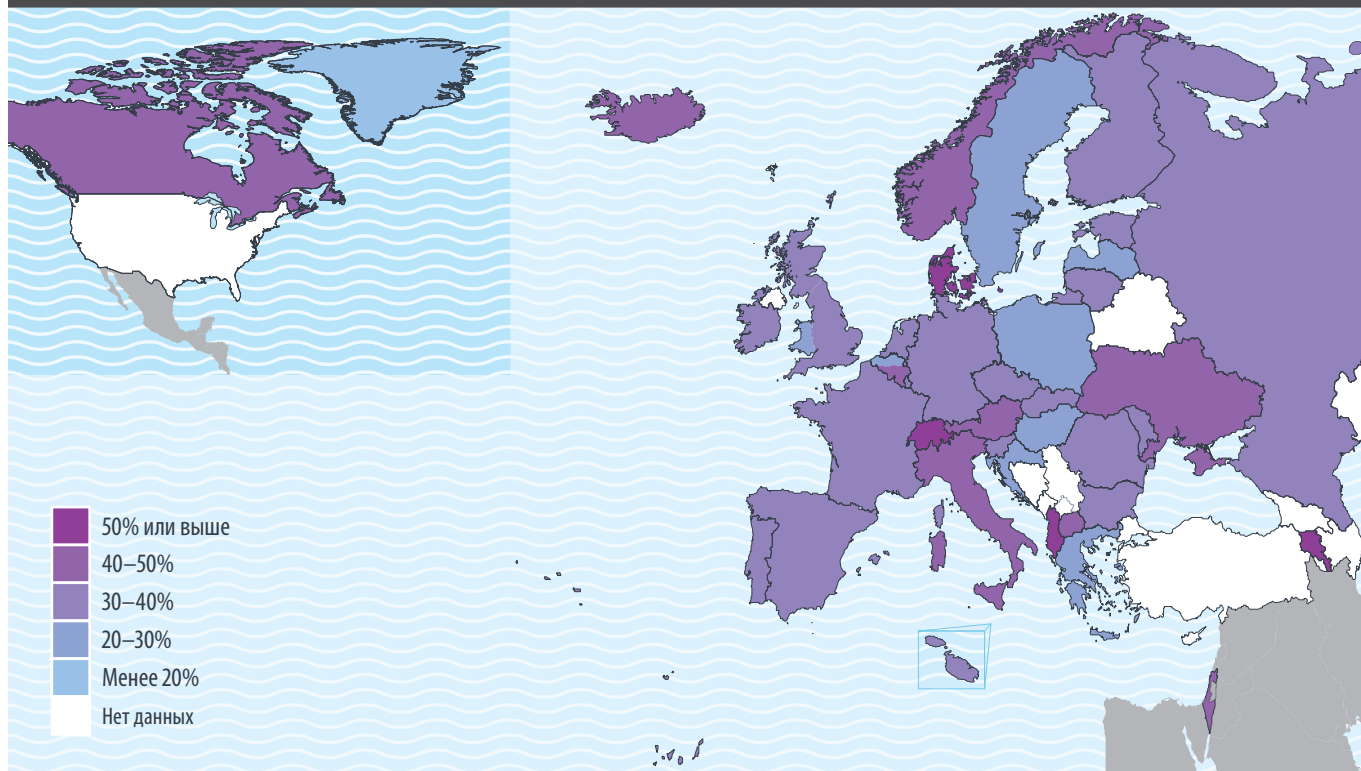
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

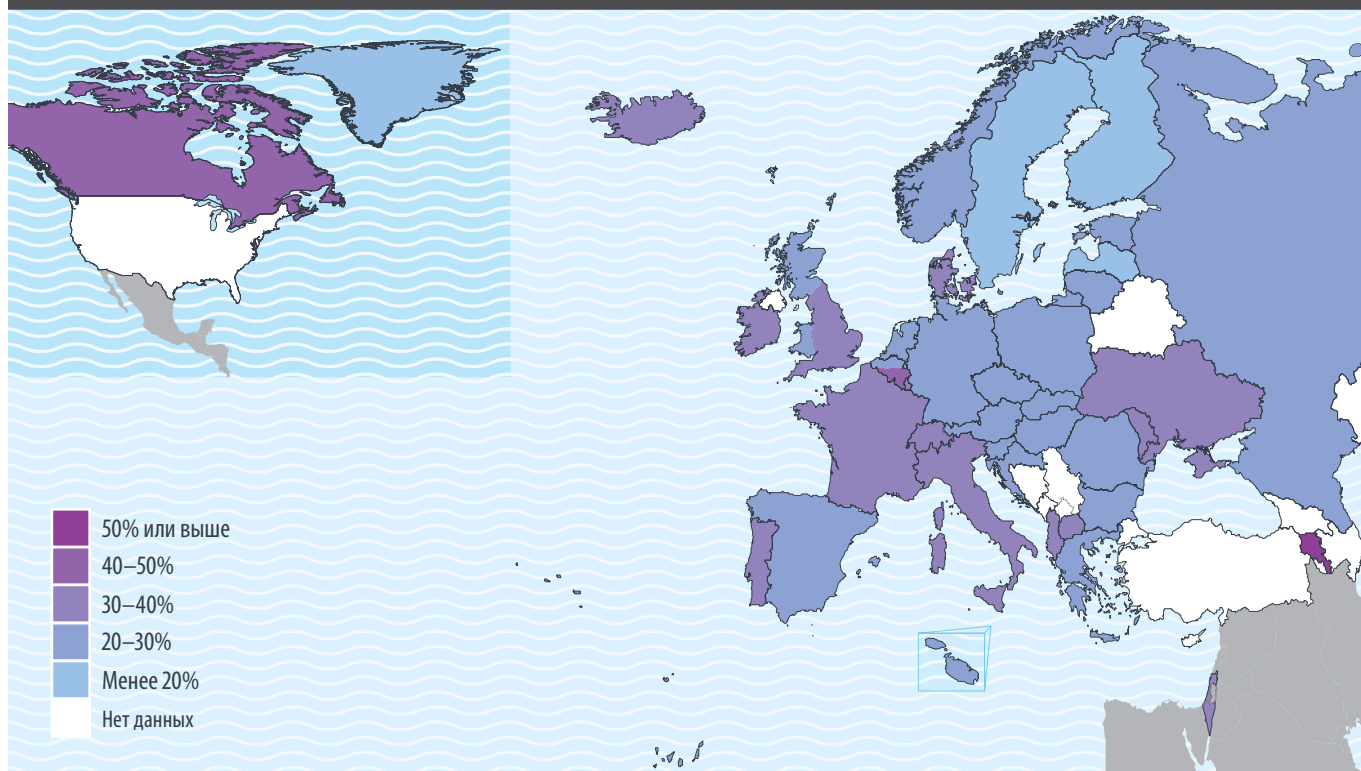


Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые употребляют фрукты ежедневно



15-летние мальчики, которые употребляют фрукты ежедневно

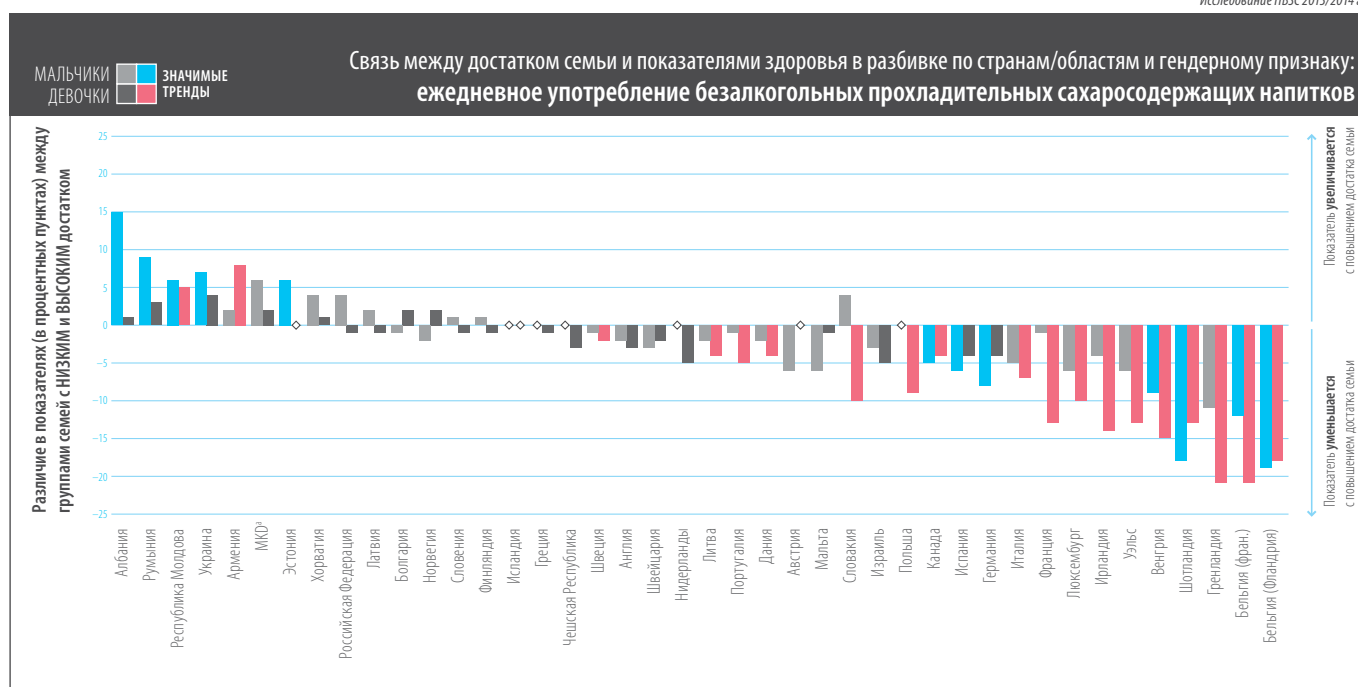


ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: УПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ГАЗИРОВАННЫХ САХАРОСОДЕРЖАЩИХ НАПИТКОВ

Потребление безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков в подростковом возрасте значительно выше, чем в других возрастных группах (17, 18), что не может не вызывать беспокойства (16, 17). Прослеживается связь между употреблением таких напитков и повышенным риском избыточного веса (19), ожирения (20–22) и ряда хронических заболеваний (23, 24). Избыточное количество сахара в таких напитках оказывает непосредственное влияние на здоровье зубов (25).

Употребление таких напитков определяется вкусовыми предпочтениями (26), высокой доступностью продукта (27) и отношением к нему родителей и сверстников (28–30). В безалкогольных прохладительных напитках содержится большое количество килокалорий, что способствует увеличению содержания простых углеводов в рационе питания и сокращению потребления других питательных веществ (31, 32).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они пьют газированные напитки, содержащие сахар. Варианты ответа варьировались от никогда до чаще чем раз в день.

Дополнительные данные о ежедневном употреблении сладостей приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые пьют безалкогольные прохладительные сахаросодержащие напитки по меньшей мере раз в день.

Возрастные различия

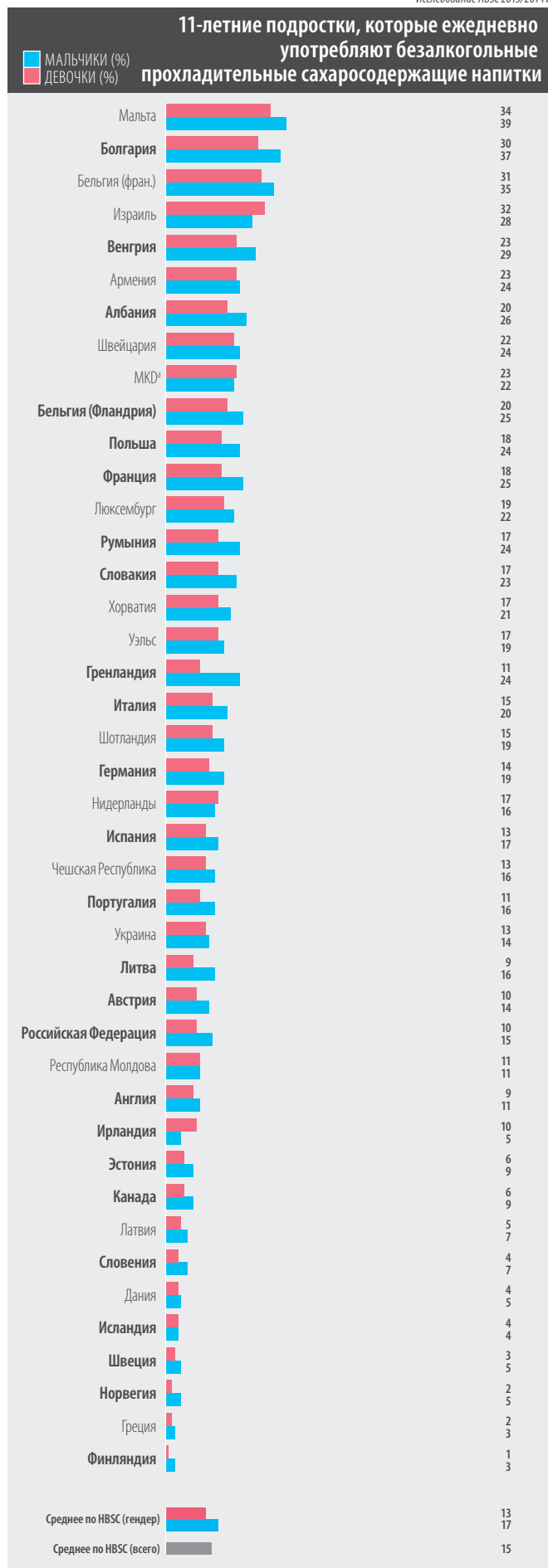
Ежедневное потребление увеличивается с возрастом среди мальчиков в 23 странах и областях, при этом различия между подростками в возрасте 15 и 11 лет составляют от 4 до 23 процентных пунктов (Исландия и Нидерланды соответственно). Среди девочек показатель увеличивается с возрастом в 16 странах и областях: разница в процентных пунктах между 11- и 15-летними детьми колеблется от 1 (Уэльс) до 22 (Гренландия).

Гендерные различия

Мальчики, как правило, сообщают о больших объемах ежедневного потребления напитков во всех возрастных группах, за исключением 11-летних детей в Ирландии и 13-летних в Израиле (девочки сообщают об этом чаще). Значимые гендерные различия в каждой возрастной группе наблюдаются более чем в половине стран и областей, причем средние показатели различий увеличиваются с возрастом.

Достаток семьи

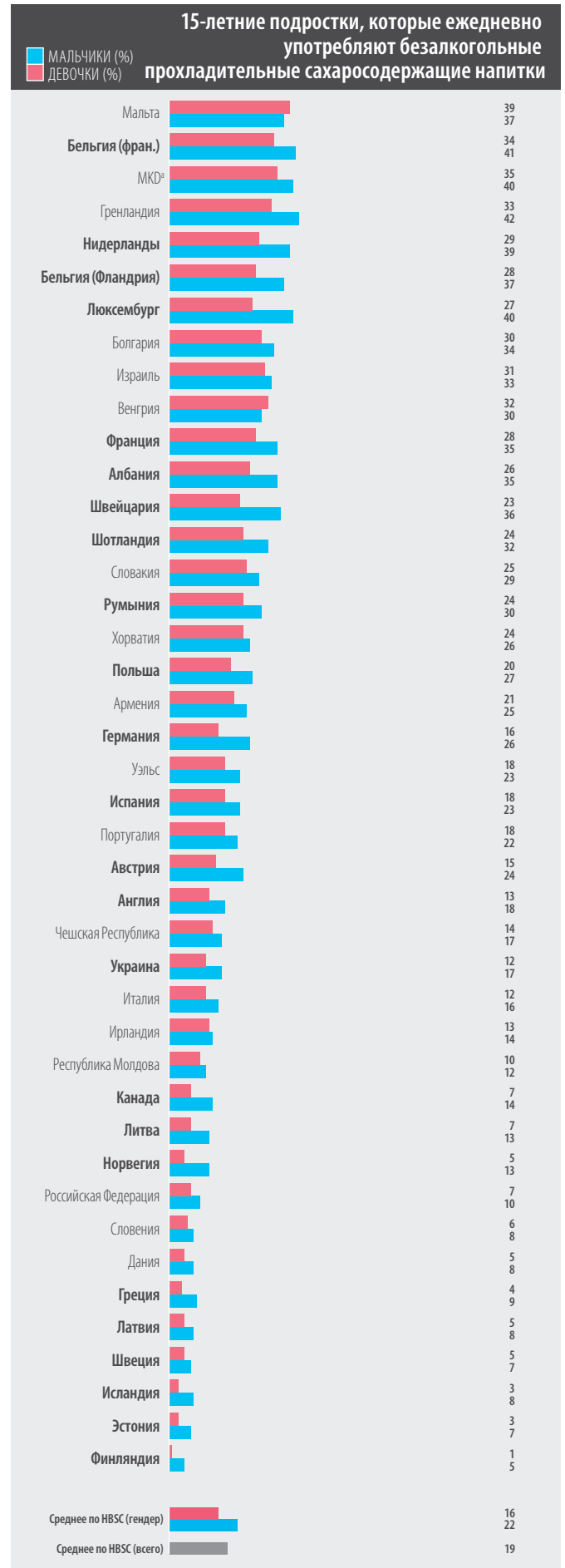
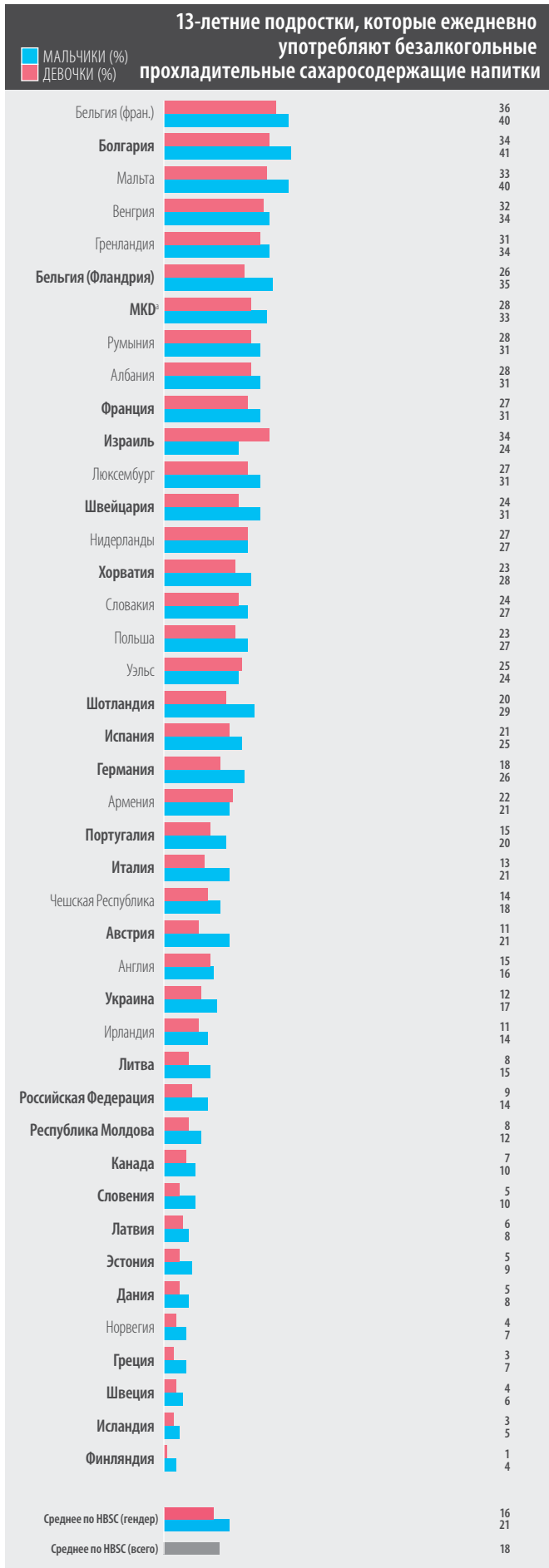
Не во всех странах и областях наблюдается устойчивая зависимость между достатком семьи и уровнем потребления безалкогольных прохладительных напитков. В 12 странах и областях такая связь является значимой среди мальчиков: в семи из них корреляция отрицательная (низкий достаток – высокий уровень потребления), в пяти – положительная (высокий достаток – высокий уровень потребления). Среди девочек значимая связь зафиксирована в 19 странах и областях, при этом в большинстве из них потребление выше среди подростков из семей с низким достатком.



* Бывшая югославская Республика Македония.

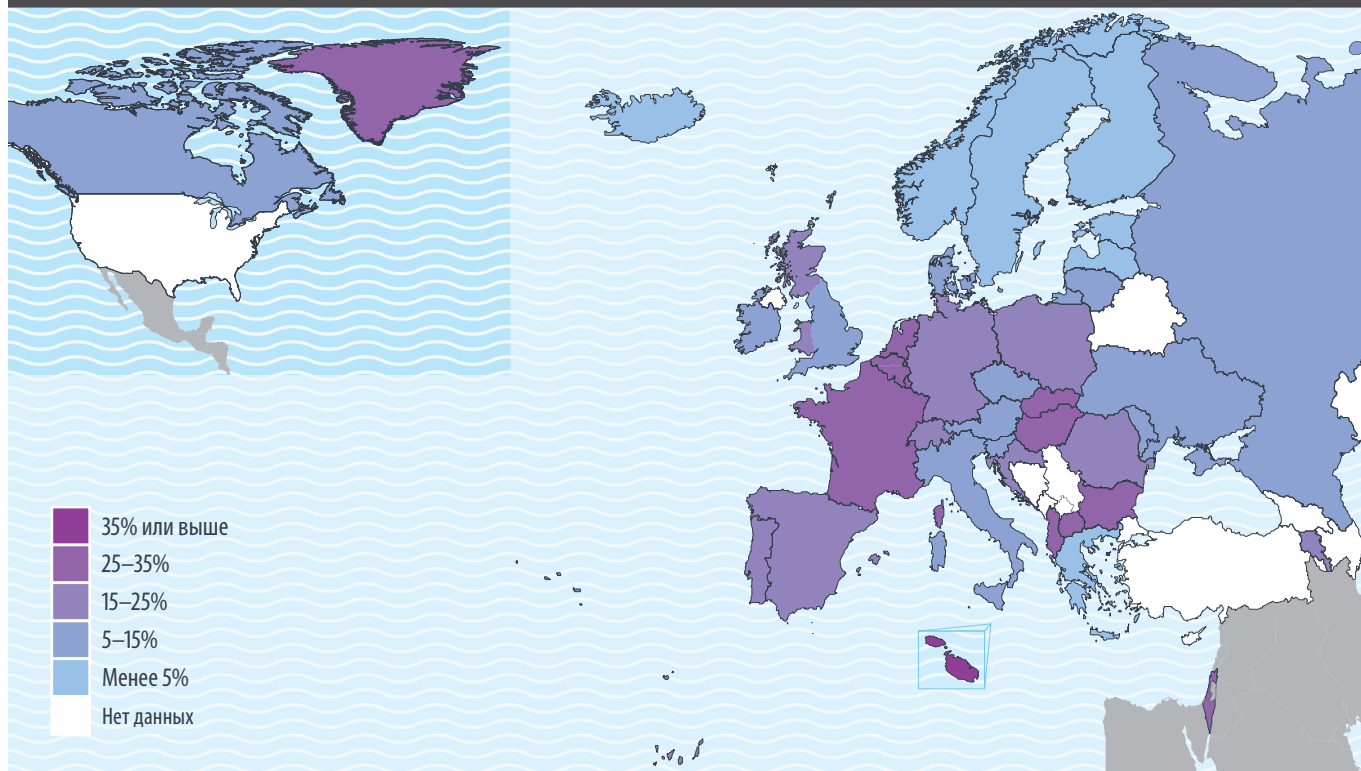
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



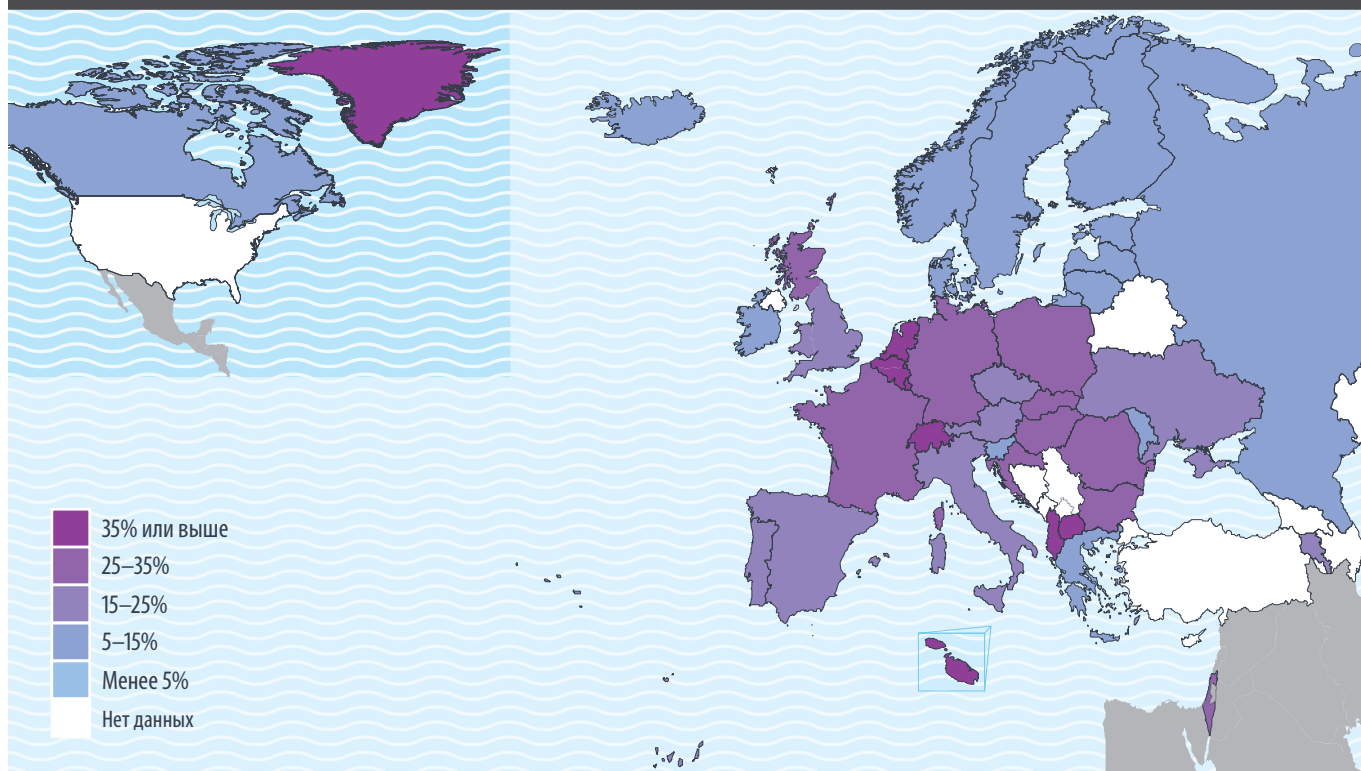
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые ежедневно употребляют безалкогольные прохладительные сахаросодержащие напитки



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

15-летние мальчики, которые ежедневно употребляют безалкогольные прохладительные сахаросодержащие напитки



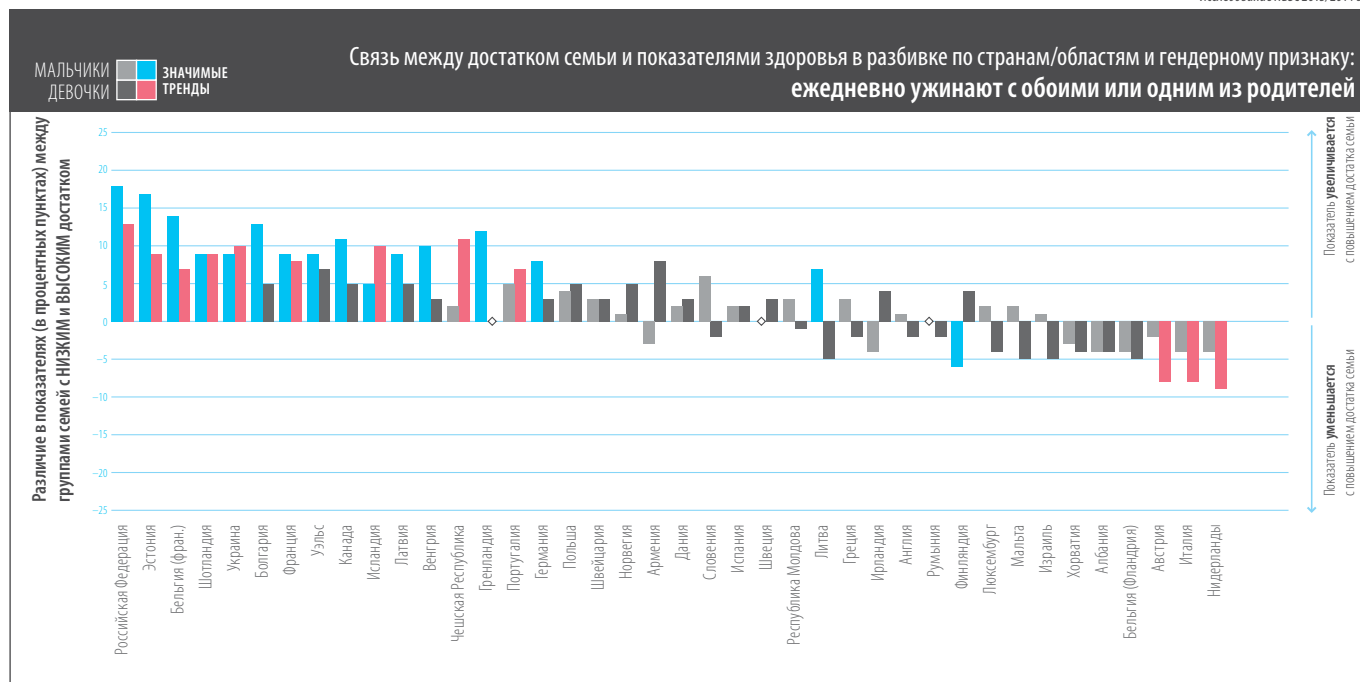
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: УЖИН С СЕМЬЕЙ

Исследования показывают, что существует связь между регулярными трапезами в семейном кругу и более здоровым рационом питания детей и подростков (33–38). Кроме того, некоторые данные обосновывают длительный оздоровительный эффект совместных приемов пищи в семье (39–41).

Семейные трапезы позволяют родителям обеспечить детей здоровым питанием и подать положительный пример (42, 43) или поговорить о еде в семейном кругу (34). Кроме того, они способствуют развитию привычки регулярно питаться, поддерживают позитивное психосоциальное развитие подростков (33) и помогают родителям понять, правильно ли питается их ребенок (44).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/–0,5%. Нет данных по бывшей югославской Республике Македония и Словакии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они ужинают с одним из родителей или с обоими.

Дополнительные данные о ежедневном завтраке в обществе одного из родителей приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о том, что они ежедневно ужинают с обоими или одним из родителей.

Возрастные различия

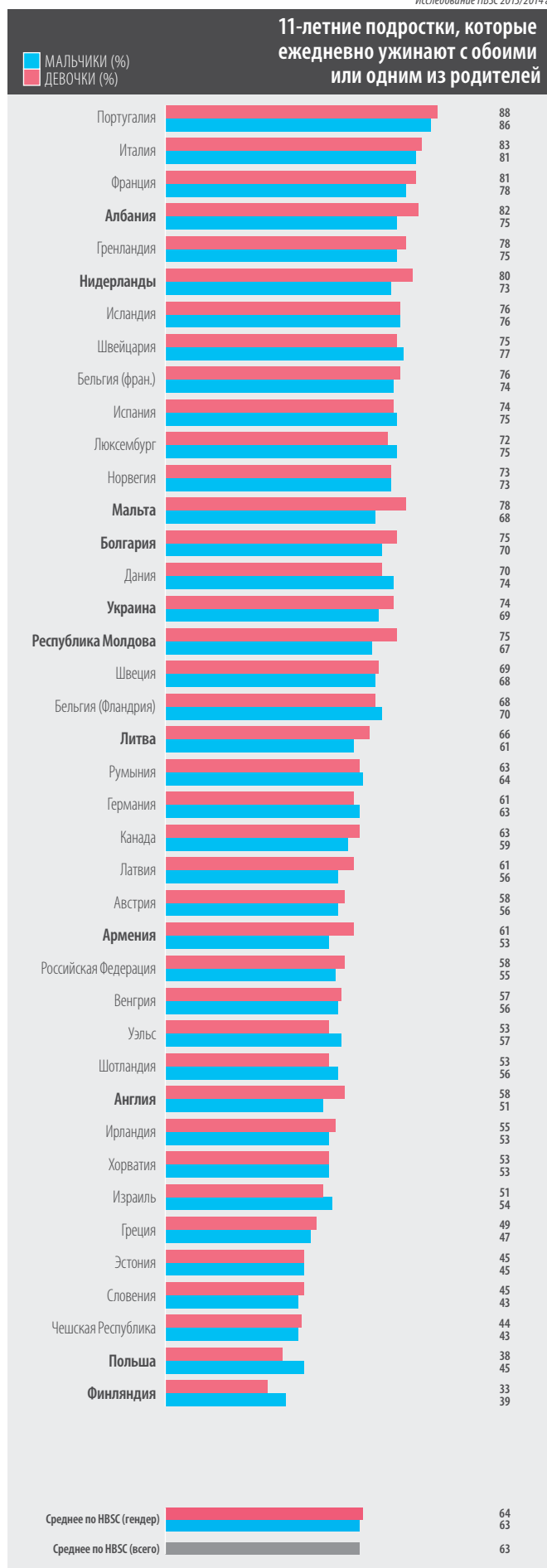
Показатель распространенности совместных ужинов колеблется от 88% (11-летние девочки в Португалии) до 13% (15-летние девочки в Польше и Финляндии). Значительное снижение с возрастом наблюдается среди мальчиков в 35 странах и областях, при этом наибольшее различие прослеживается между 11- и 15-летними и составляет 29 процентных пунктов (Австрия). Различия значительно уменьшаются с возрастом среди девочек в 39 странах и областях, а самый большой показатель составляет 32 процентных пункта (Австрия, Венгрия и Швеция).

Гендерные различия

Не отмечено каких-либо существенных гендерных различий в большинстве стран и областей. В девяти странах и областях в группе 11-летних девочки чаще сообщают о приеме пищи в семейном кругу, в двух странах и областях такие сообщения более типичны для мальчиков. По мере взросления эти цифры меняются и составляют к 15 годам большую распространенность среди мальчиков в пяти странах и областях и в двух — среди девочек.

Достаток семьи

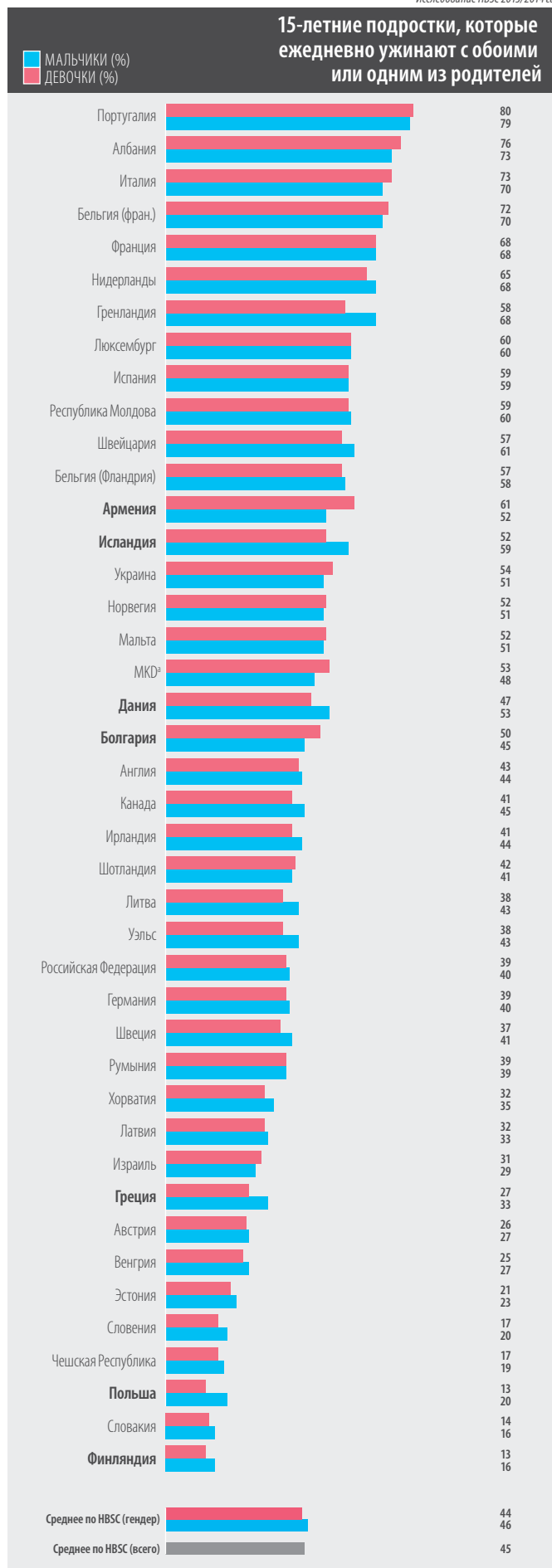
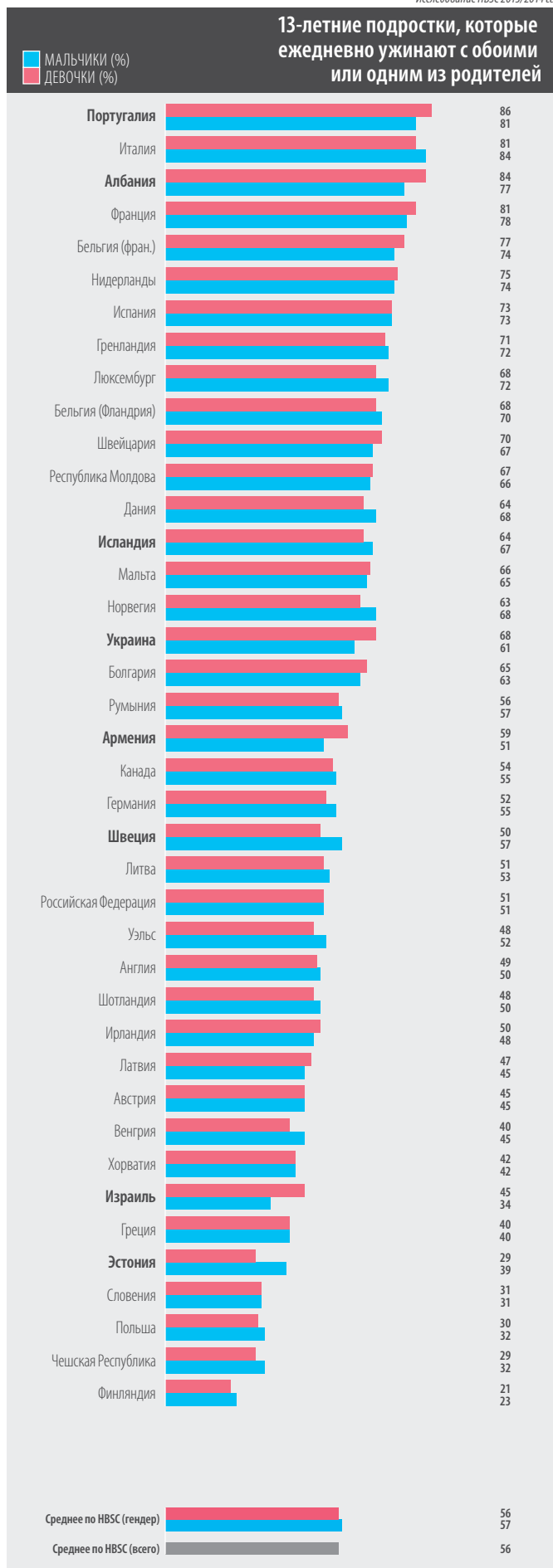
Ежедневные вечерние приемы пищи вместе с родителями, как правило, более распространены среди подростков из семей с высоким достатком. Эта привычка чаще встречается среди мальчиков из обеспеченных семей в 15 странах и областях, противоположная тенденция отмечена только в одной стране. Среди девочек положительная корреляция наблюдается в 9 странах и областях, отрицательная — в трех.



* Бывшая югославская Республика Македония.

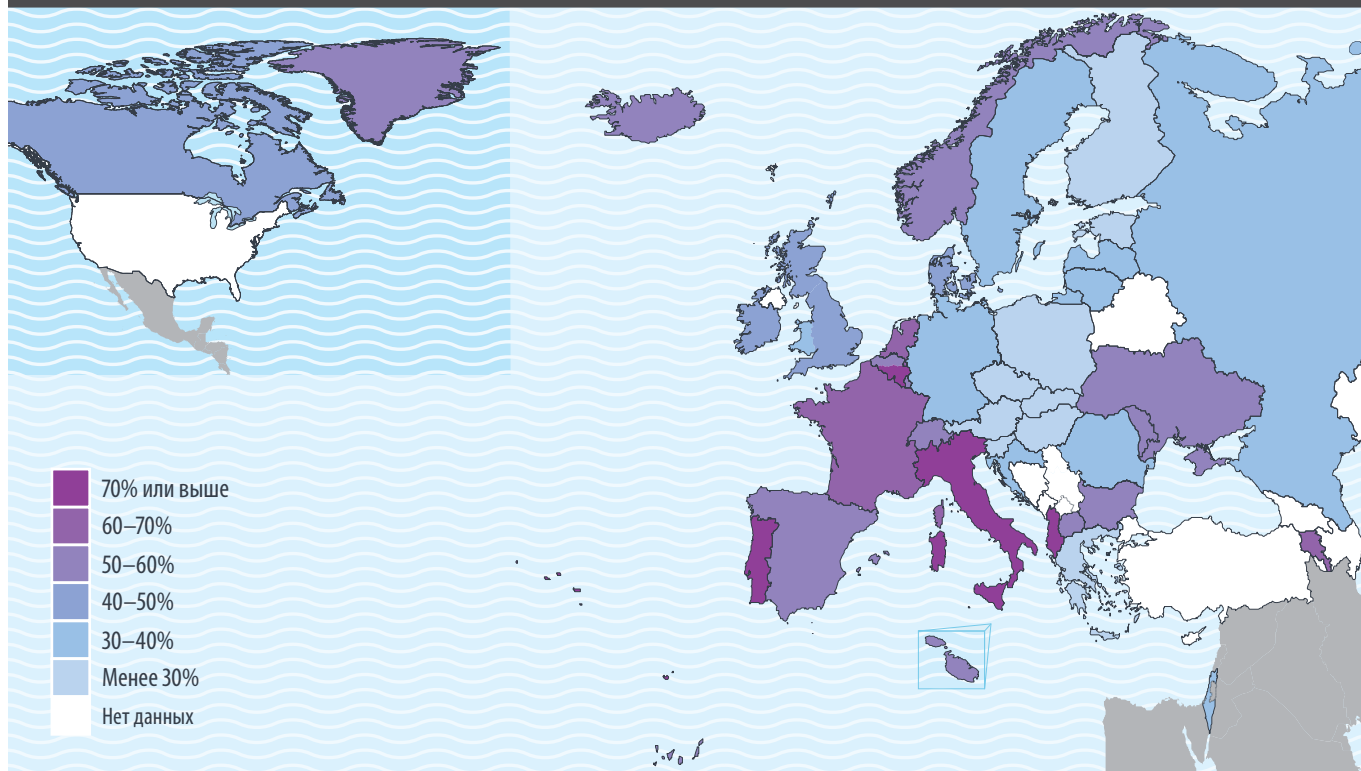
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

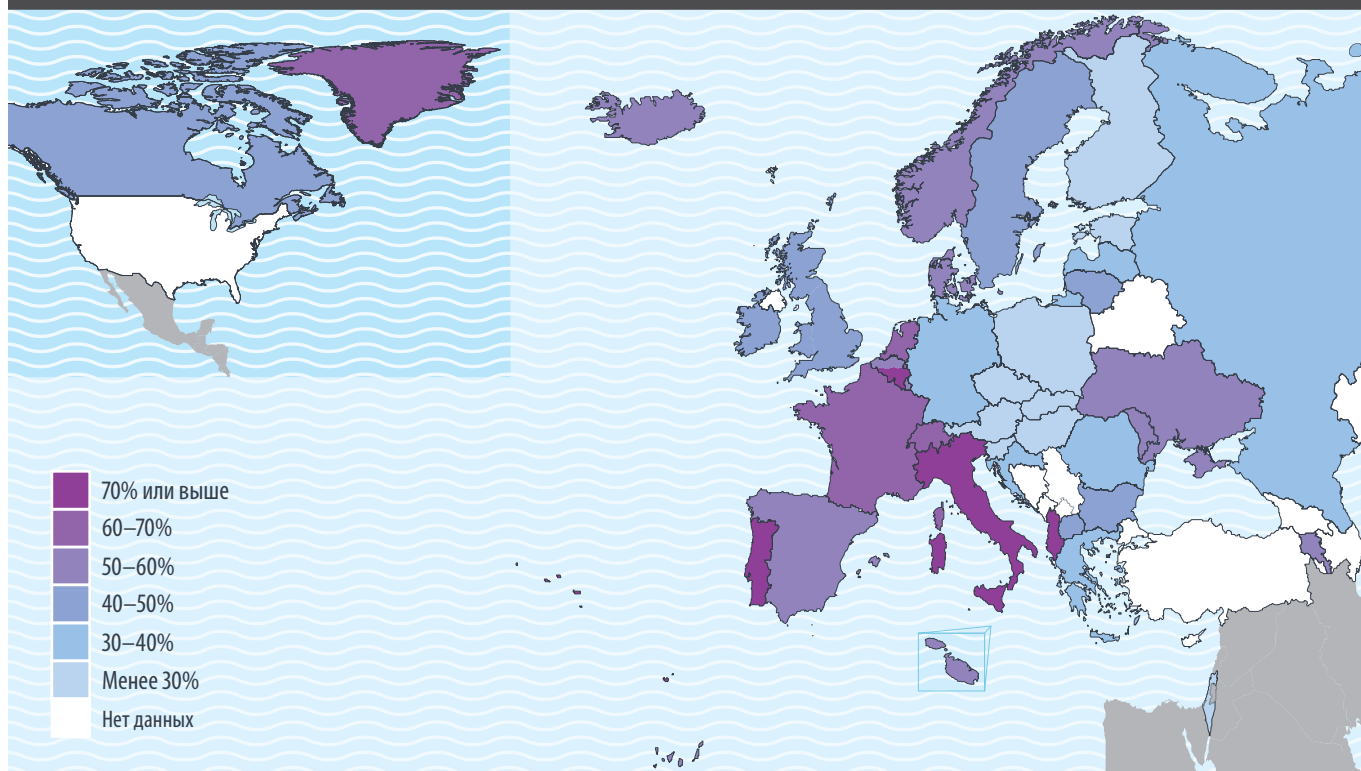


Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Словении (11-летние и 13-летние подростки) и бывшей югославской Республике Македония (11-летние и 13-летние подростки).

15-летние девочки, которые ежедневно ужинают с обоими или одним из родителей



15-летние мальчики, которые ежедневно ужинают с обоими или одним из родителей



ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Подростки по-прежнему довольно часто пропускают завтрак (45). Показатель ежедневного употребления завтрака ниже среди девочек, в семьях с более низким уровнем достатка и среди подростков старшего возраста (выводы согласуются с данными, представленными в научной литературе (1, 45, 46)). На подобные результаты могут оказывать влияние большая самостоятельность подростков и снижение влияния семейной среды (47, 48).

Потребление фруктов выше среди девочек в семьях с высоким достатком и среди детей младшего возраста; эти результаты также согласуются с предыдущими выводами (49). Определенную роль может играть большая степень независимости в выборе продуктов питания среди детей старшего школьного возраста (50). Можно говорить о влиянии гендерных различий — девочки выбирают более здоровое питание (51), при этом различия, обусловленные достатком семьи, могут быть вызваны различной степенью доступности продуктов питания как внутри стран и областей, так и за их пределами.

Мальчики, как правило, сообщают о большем потреблении безалкогольных прохладительных напитков, причем объем потребления значительно увеличивается с возрастом примерно чуть более чем в половине всех стран и областей (для девочек такая статистика характерна немногим более, чем в трети стран и областей). Аналогично другим вопросам в отношении продуктов питания и рациона, представляющим интерес для данного исследования, на показатели может оказывать влияние характерная для подростков большая самостоятельность в выборе продуктов питания (50). К факторам, влияющим на потребление безалкогольных прохладительных напитков, относятся пол, рацион питания, доступ к таким напиткам и примеры других людей, что может объяснить некоторые из полученных выводов (52). Обратная корреляция между потреблением безалкогольных напитков и уровнем достатка семьи в большей степени характерна для девочек, в то время как для мальчиков она может быть как прямо, так и обратно пропорциональной. На выбор пищевых продуктов влияет целый ряд социально-экономических факторов, и "предметы роскоши" (в число которых попадают и безалкогольные напитки), возможно, в некоторых странах и областях могут быть доступны лишь для семей с высоким материальным благосостоянием (53). Вывод о зависимости данного показателя от уровня семейного достатка для детей и подростков стран Балтии и Восточной Европы согласуется с результатами предыдущих исследований HBSC (54).

Очевидно, что по мере взросления снижается число подростков, ежедневно принимающих пищу в кругу семьи. Гендерные различия присутствуют лишь в нескольких странах и областях. Высокий уровень достатка семьи положительно коррелирует с показателем частоты ужина в кругу семьи в трети стран и областей для мальчиков и в четверти стран и областей для девочек, что согласуется с выводами о совместных трапезах (37). Частота семейных приемов пищи и связанные с ними темы различаются по странам и областям.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Выбор продуктов питания определяется несколькими факторами, поэтому требуются разнообразные подходы к улучшению пищевых привычек среди подростков. Необходима политическая и практическая поддержка на самых различных уровнях: окружающая среда, общество, семья, местное самоуправление, с акцентом на многоотраслевой деятельности. Кроме того, нужно учитывать социально-экономический градиент большинства показателей, с тем чтобы школьники из всех слоев общества получали пользу от реализуемых программ.

Меры политики включают маркировку пищевых продуктов, рекомендации в отношении питания на основе пищевых продуктов, школьные программы (торговые автоматы и программы обеспечения школьников фруктами), сокращение потребления соли или изменение рецептуры пищевых продуктов, предназначенных для детей и подростков, ограничение продвижения на рынке пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли для детей, а также налоги на подслащенные прохладительные напитки. Программы обеспечения школьников фруктами, рекомендации по питанию и маркировка продуктов оказались более эффективными, чем другие программы в рамках проводимой политики — некоторые из них были реализованы лишь частично или вовсе не получили воплощения на практике (55).

ЛИТЕРАТУРА

1. Affenito SG. Breakfast: a missed opportunity. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:565–69.
2. Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A et al. Overweight in school-aged children and its relation with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *Int J Public Health* 2009;54(2):167–79.
3. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57:842–53.
4. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Review – breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2005;105:743–60.
5. Deshmukh-Taskar PR, Nicklas TA, O’Neil CE, Keast DR, Radcliffe JD, Cho S. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2006. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(6):869–78.
6. Leidy HJ, Ortinau LC, Douglas SM, Hoertel HA. Beneficial effects of a higher-protein breakfast on the appetitive, hormonal, and neural signals controlling energy intake regulation in overweight/obese, “breakfast-skipping”, late-adolescent girls. *Am J Clin Nutr.* 2013;97(4):677–88.
7. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009;52(1):1–7.
8. Merten MJ, Williams AL, Shriver LH. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: parental presence, community context, and obesity. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(8):1384–91.
9. Pedersen TP, Holstein BE, Flachs EM, Rasmussen M. Meal frequencies in early adolescence predict meal frequencies in late adolescence and early adulthood. *BMC Public Health* 2013;13(1):445.
10. Hoyland AJ, Dye L, Lawton CL. A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 2009;22(2):220–43. doi: 10.1017/S0954422409990175.
11. Vainio H, Weiderpass E. Fruit and vegetables in cancer prevention. *Nutr Cancer* 2006;54:111–42.
12. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens.* 2007;21:717–28.
13. He FJ, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. *Lancet* 2006;367:320–6.
14. Yngve A, Wolf A, Poortvliet E, Elmadfa I, Brug J, Ehrenblad B et al. Fruit and vegetable intake in a sample of 11-year-old children in 9 European countries: the Pro Children Cross-sectional Survey. *Ann Nutr Metab.* 2005;49:236–45.
15. Lien N, Lytle LA, Klepp KI. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Prevent Med.* 2001;33:217–26.
16. Han E, Powell LM. Consumption patterns of sugar-sweetened beverages in the United States. *J Acad Nutr Diet* 2013;113:43–53.
17. Duffey KJ, Huybrechts I, Mouratidou T, Libuda L, Kersting M, De Vriendt T et al. Beverage consumption among European adolescents in the HELENA study. *Eur J Clin Nutr.* 2012; 66(2):244–52. doi:10.1038/ejcn.2011.166.
18. Ozen AE, Bibiloni MD, Pons A, Tur JA. Fluid intake from beverages across age groups: a systematic review. *J Hum Nutr Diet.* 2014;28(5):417–42. doi:10.1111/jhn.12250.
19. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2013;98(4):1084–102. doi:10.3945/ajcn.113.058362.
20. Trumbo PR, Rivers CR. Systematic review of the evidence for an association between sugar-sweetened beverage consumption and risk of obesity. *Nutr Rev.* 2014;72(9):566–74. doi:10.1111/nure.12128.
21. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria A. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care* 2015;4(2):187–92. doi:10.4103/2249-4863.154628.
22. Bigornia SJ, LaValley MP, Noel SE, Moore LL, Ness AR, Newby PK. Sugar-sweetened beverage consumption and central and total adiposity in older children: a prospective study accounting for dietary reporting errors. *Public Health Nutr.* 2015;18:1155–63. doi:10.1017/S1368980014001700.
23. Basu S, McKee M, Galea G, Stuckler D. Relationship of soft drink consumption to global overweight, obesity, and diabetes: a cross-national analysis of 75 countries. *Am J Public Health* 2013;103(11):2071–77. doi:10.2105/AJPH.2012.300974.
24. Greenwood DC, Threapleton DE, Evans CEL, Cleghorn CL, Nykjaer C, Woodhead C et al. Association between sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Br J Nutr.* 2014;112:725–34. doi:10.1017/S0007114514001329.
25. Hasselkvist A, Johansson A, Johansson AK. Association between soft drink consumption, oral health and some lifestyle factors in Swedish adolescents. *Acta Odontol Scand.* 2014;72(8):1039–46. doi:10.3109/00016357.2014.946964.
26. Low YQ, Lacy K, Keast R. The role of sweet taste in satiation and satiety. *Nutrients* 2014;6(9):3431–50. doi:10.3390/nu6093431.
27. Grimm GC, Harnack L, Story M. Factors associated with soft drink consumption in school-aged children. *J Am Diet Assoc.* 2004;104:1244–9.
28. Pettigrew S, Jongenelis M, Chapman K, Miller C. Factors influencing the frequency of children’s consumption of soft drinks. *Appetite* 2015;91:393–8. doi:10.1016/j.appet.2015.04.080.
29. Bere E, Glomnes ES, te Velde SJ, Klepp K-I. Determinants of adolescents’ soft drink consumption. *Public Health Nutr.* 2007;11(1):49–56. doi:10.1017/S1368980007000122.
30. Stok FM, de Vet E, de Wit JB, Luszczynska A, Safron M, de Ridder DT. The proof is in the eating: subjective peer norms are associated with adolescents’ eating behavior. *Public Health Nutr.* 2015;18(6):1044–51. doi:10.1017/S1368980014001268.
31. Reedy J, Krebs-Smith SM. Dietary sources of energy, solid fats, and added sugars among children and adolescents in the United States. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(10):1477–84. doi:10.1016/j.jada.2010.07.010.
32. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2007;97(4): 667–75.
33. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry CL. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(3):317–22.

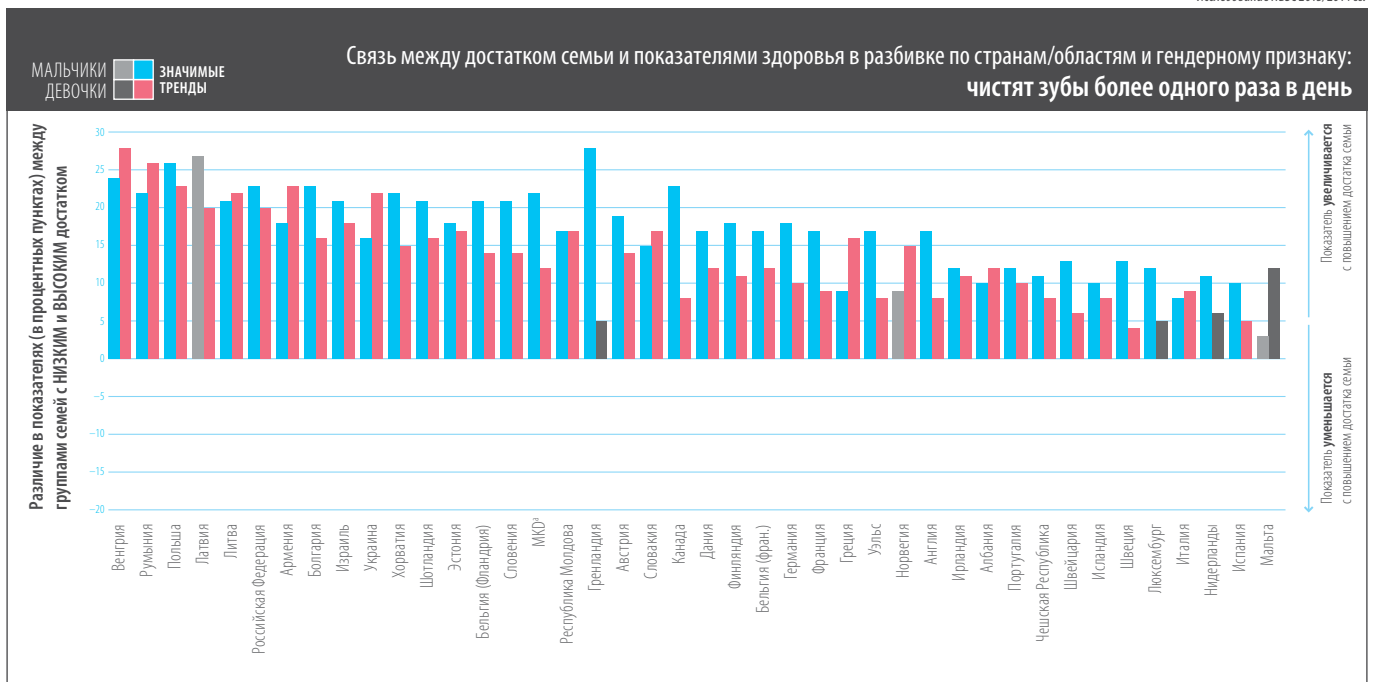
34. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA Jr, Field AE et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*. 2000;9(3):235–40.
35. Haapalahti M, Mykkanen H, Tikkanen S, Kokkonen J. Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children. *Public Health Nutr*. 2003;6(4):365–70.
36. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health* 2003;32(5):365–73.
37. Neumark-Sztainer D, Larson NI, Fulkerson JA, Eisenberg ME, Story M. Family meals and adolescents: what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens)? *Public Health Nutr*. 2010;13(7):1113–21.
38. Utter J, Denny S, Robinson E, Fleming T, Ameratunga S, Grant S. Family meals among New Zealand young people: relationships with eating behaviors and body mass index. *J Nutr Educ Behav*. 2013;45(1):3–11.
39. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *J Am Diet Assoc*. 2007;107(9):1502–10.
40. Larson NI, Neumark-Sztainer DR, Story MT, Wall MM, Harnack LJ, Eisenberg ME. Fast food intake: longitudinal trends during the transition to young adulthood and correlates of intake. *J Adolesc Health* 2008;43(1):79–86.
41. Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? *J Nutr Educ Behav*. 2009;41(2):79–86.
42. Kelsey KS, Campbell MK, Vanata DF. Parent and adolescent girls' preferences for parental involvement in adolescent health promotion programs. *J Am Diet Assoc*. 1998;98(8):906–7.
43. Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey MA. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *J Am Diet Assoc*. 1999;99(8):929–37.
44. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *J Adolesc Health* 2004;35(5):350–9.
45. Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, Kelly C, Nansel T.R, Al Sabbah H et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):180–90. doi: 10.1007/s00038-009-5409-5.
46. Deshmukh-Taskar PR, Nicklas TA, O'Neil CE, Keast DR, Raddcliffe JD, Cho S. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2006. *J Am Diet Assoc* 2010;110(6):869–78. doi:10.1016/j.jada.2010.03.023.
47. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009;52(1):1–7.
48. Pearson N, MacFarlane A, Crawford D, Biddle SJ. Family circumstance and adolescent dietary behaviours. *Appetite* 2009;52(3):668–74.
49. Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krolner R, Dzielska A, Ahluwalia N et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):16–9. doi:10.1093/eurpub/ckv012.
50. Fitzgerald A, Heary C, Nixon E, Kelly C. Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promot Int*. 2010;25(3):289–98. doi:10.1093/heapro/daq021.
51. Wardle J, Robb KA, Johnson F, Griffith J, Brunner E, Power C et al. Socioeconomic variation in attitudes to eating and weight in female adolescents. *Health Psychol*. 2004;23(3):275–82.
52. Bere E, Glomnes ES, te Velde SJ, Klepp KI. Determinants of adolescents' soft drink consumption. *Public Health Nutr*. 2008;11(1):49–56.
53. Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health* 2005;15(3):224–32.
54. Currie C и др. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
55. Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.). (Маркетинг пищевых продуктов с высоким содержанием жира, соли и сахара, ориентированный на детей, – обновленная информация за 2012–2013 гг. <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/marketing-of-foods-high-in-fat,-salt-and-sugar-to-children-update-20122013-резюме>).

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Существует стойкая связь между заболеваниями полости рта и сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями, диабетом и онкологическими болезнями, а также между неудовлетворительным гигиеническим уходом за ротовой полостью и сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертензией, диабетом и метаболическим синдромом (1, 2).

Рекомендуемая регулярная чистка зубов дважды в день является основным методом самостоятельного ухода за полостью рта для удаления зубного налета и защиты от большинства неинфекционных заболеваний, пародонтоза и кариеса (3). Хотя школьники стали чаще чистить зубы во многих странах и областях, однако в большинстве из них эта рекомендация не выполняется, особенно мальчиками (4).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они чистят зубы. Варианты ответа варьировались от никогда до более одного раза в день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих, что они чистят зубы более одного раза в день.

Возрастные различия

Отмечено значимое увеличение показателя чистки зубов более одного раза в день среди 15-летних девочек по сравнению с 11-летними примерно в половине стран и областей. В то же время среди мальчиков наблюдается тенденция к снижению показателя чистки зубов с возрастом, а примерно в половине стран и областей к 15 годам среди мальчиков это снижение становится особенно значимым по сравнению с 11-летним возрастом.

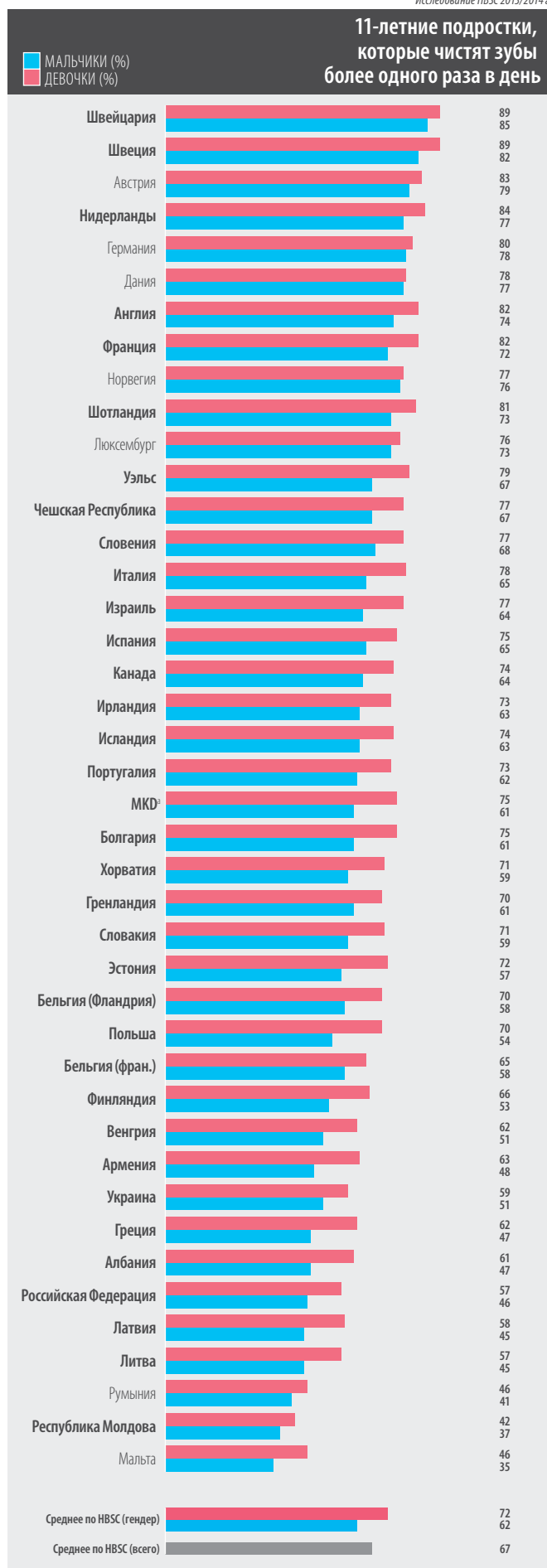
Разница в процентных пунктах между 11- и 15-летними варьируется от +6 до -16 для мальчиков и от +20 до -4 для девочек.

Гендерные различия

Чистка зубов более одного раза в день в большей степени характерна для девочек в большинстве стран и областей. Различия в показателях по гендерному признаку четко прослеживаются среди всех возрастных групп и увеличиваются с возрастом. В одной из стран была выявлена разница, составляющая более 15 процентных пунктов среди 11-летних подростков, 13 процентных пунктов – среди 13-летних и 33 процентных пункта – среди 15-летних.

Достаток семьи

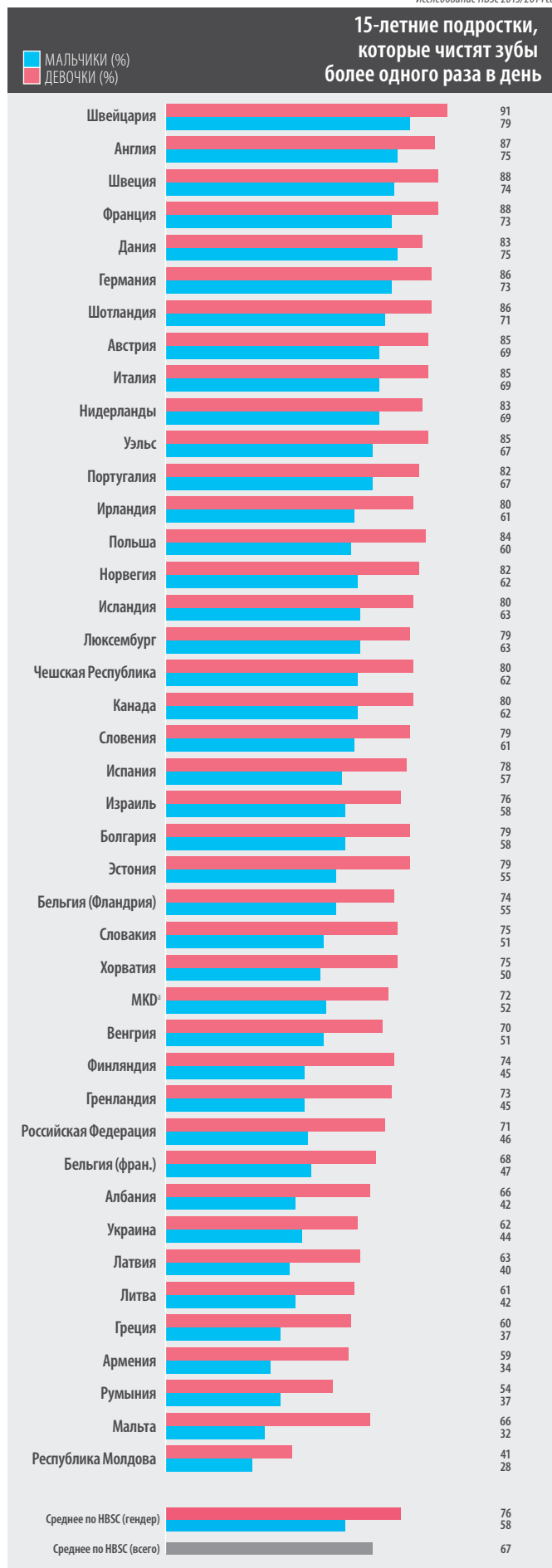
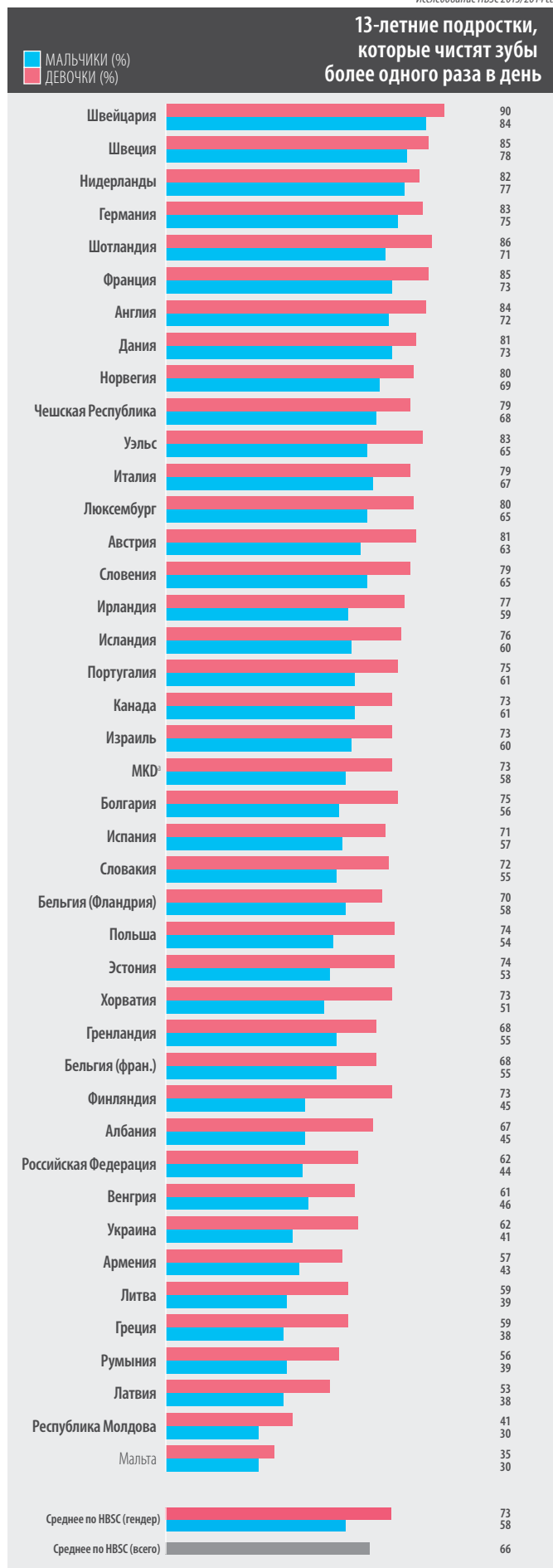
Почти во всех странах и областях отмечается положительная корреляция между показателем частоты чистки зубов и уровнем материального благосостояния семьи, за исключением трех стран для мальчиков и четырех – для девочек.



* Бывшая югославская Республика Македония.

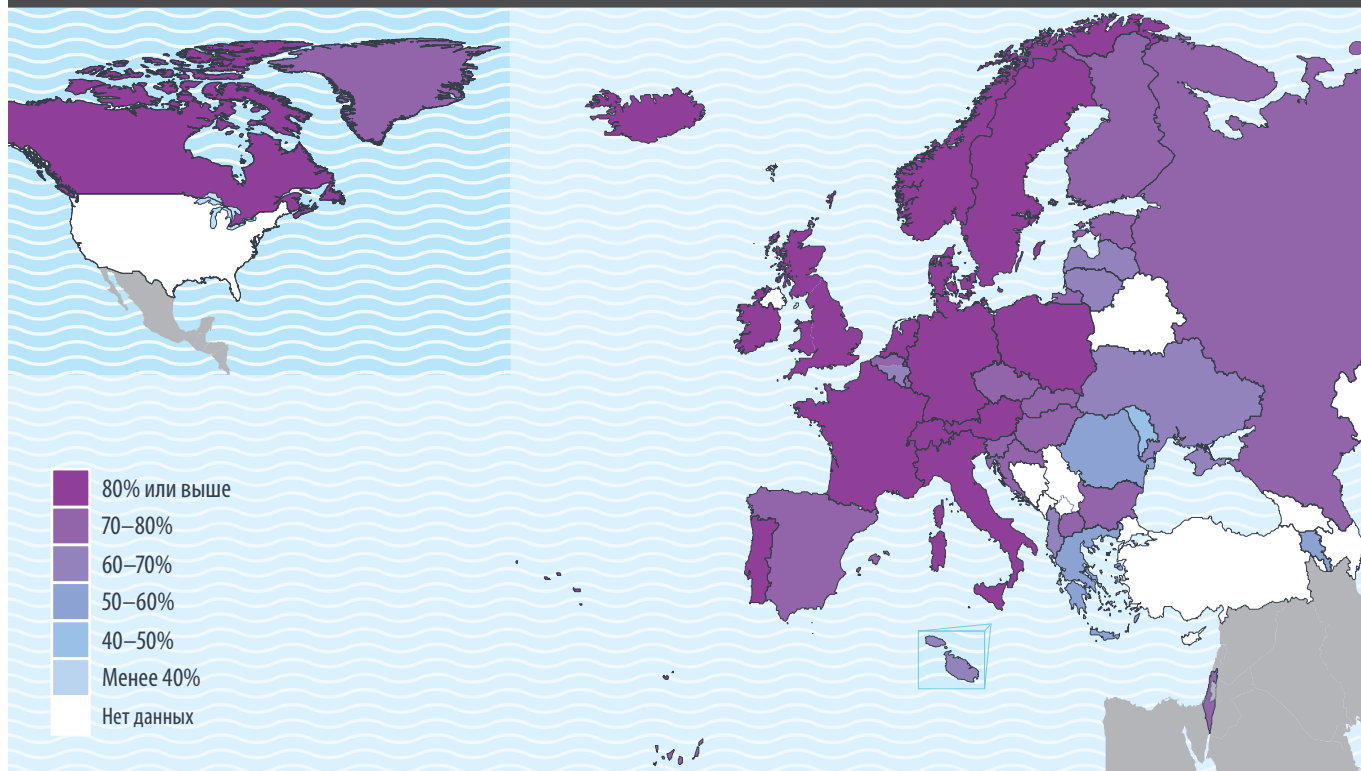
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

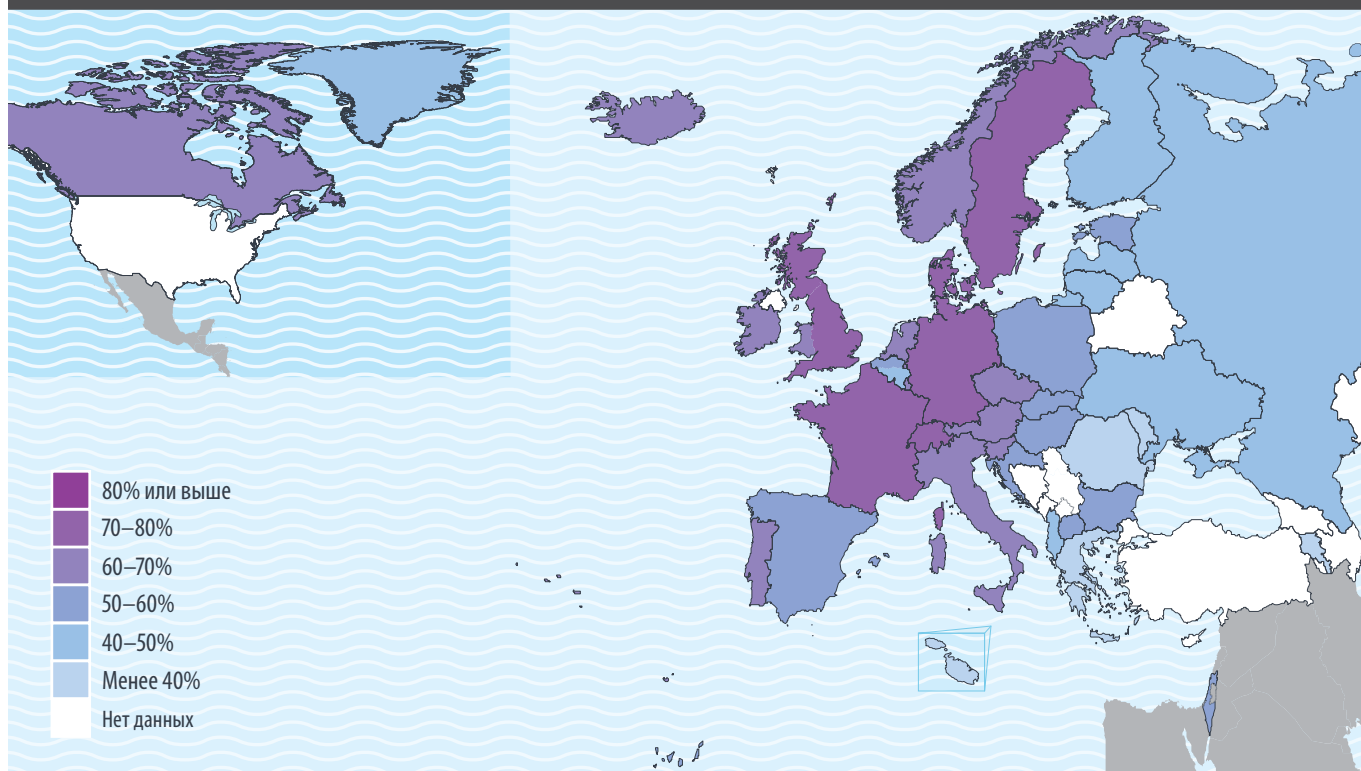


Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые чистят зубы более одного раза в день



15-летние мальчики, которые чистят зубы более одного раза в день



ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты подтверждают выводы предыдущих исследований, установивших, что девочки всех возрастных групп чистят зубы чаще, чем мальчики, во всех странах и областях (4). Согласно последним данным, во многих странах наблюдается позитивная тенденция в отношении частоты чистки зубов (4).

Девочки более старшего возраста уделяют больше внимания гигиене полости рта, в то время как мальчики с возрастом чистят зубы менее регулярно (что также соответствует результатам прошлых исследований (4)). Выявлена устойчивая положительная корреляция между достатком семьи и чисткой зубов чаще одного раза в день, что подтверждает выводы более ранних исследований (5).

Самые низкие показатели частоты чистки зубов отмечены в странах Восточной и Южной Европы.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Привычки, связанные с чисткой зубов, формируются довольно рано (6, 7), следовательно, большая роль в этом процессе принадлежит семье (8). Устоявшиеся привычки с трудом поддаются изменению на более поздних этапах жизни (6, 7), поэтому требуются меры, ориентированные на родителей и детей раннего возраста.

Учитывая, что мальчики чистят зубы менее регулярно, во многих странах и областях объектом целенаправленных мер по укреплению здоровья в этой сфере стала именно эта группа населения. Вселяет надежду тот факт, что 11-летние стали чаще чистить зубы (4), что со временем может привести к улучшению ситуации среди подростков более старшего возраста и взрослых, но в настоящее время 15-летние мальчики уступают 11-летним по данному показателю.

Среди мальчиков четко прослеживается менее регулярная чистка зубов. Необходимо, чтобы меры политики и кампании в сфере общественного здравоохранения учитывали особые потребности мальчиков и девочек и распространяли рекомендации по укреплению здоровья с учетом гендерной специфики (9).

Подросткам свойственно экспериментировать с курением. Нерегулярная чистка зубов обычно свидетельствует (10) и о наличии других отрицательно влияющих на здоровье привычек, таких как нездоровое питание и низкий уровень физической активности (11), которые являются факторами риска развития ряда неинфекционных заболеваний (12). Улучшение ситуации с чисткой зубов важно для предупреждения болезней полости рта, поэтому этот вопрос должен быть включен в мероприятия по укреплению здоровья в целом (13).

Результаты исследования HBSC выявляют социально-экономические и социально-демографические неравенства в отношении гигиены полости рта (4, 5). Социально-экономические неравенства также прослеживаются в показателях, связанных с болезнями ротовой полости как внутри стран и областей, так и между ними (13, 14). Планы действий и мероприятия системы общественного здравоохранения, направленные на сокращение социальных неравенств в этой сфере, разработаны во многих странах и областях (13), но необходимы большие политические усилия для обеспечения необходимыми ресурсами в целях их реализации.

Распространенность болезней полости рта во всем мире весьма высока, и низкий уровень гигиены полости рта является серьезной проблемой здравоохранения (13). Увеличение инвестиций в укрепление здоровья и предупреждение болезней ротовой полости снизит распространенность этих болезней и внесет вклад в общее состояние здоровья детей и подростков (15).

ЛИТЕРАТУРА

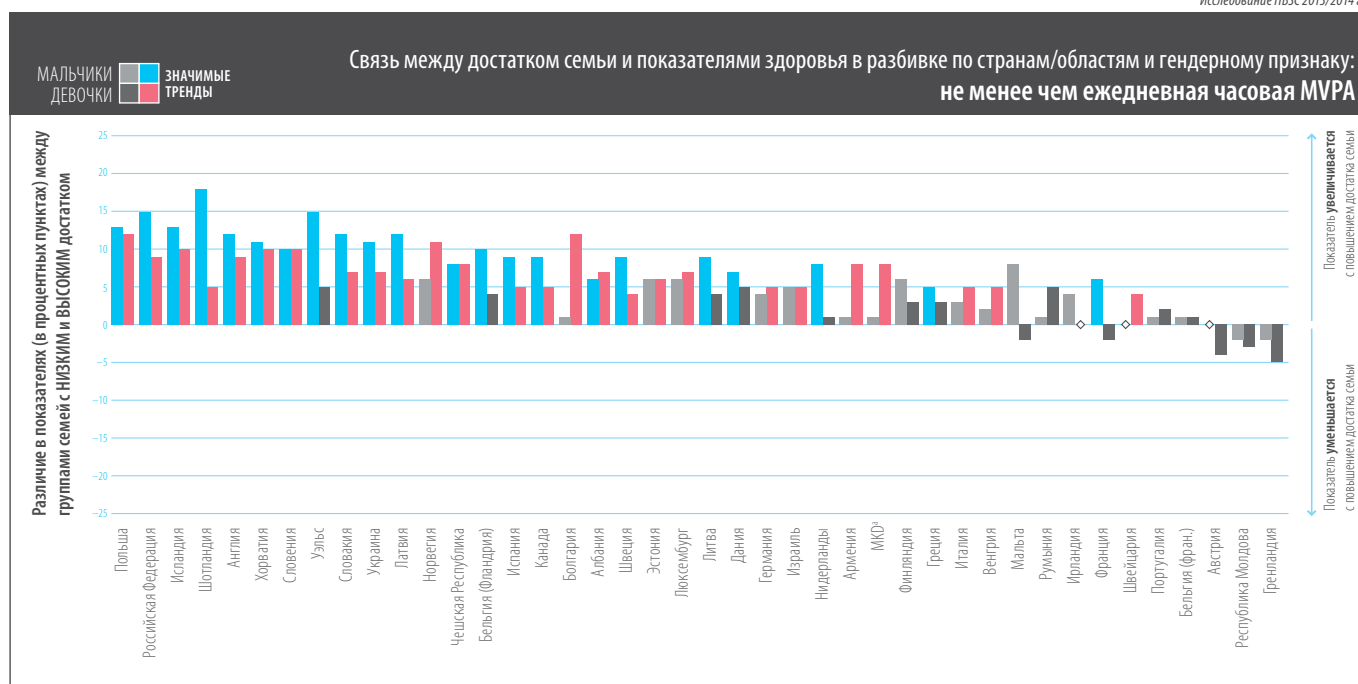
1. de Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *Br Med J.* 2010;340:c2451. doi:10.1136/bmj.c2451.
2. Kobayashi Y, Niu K, Guan L, Momma H, Guo H, Cui Y et al. Oral health behavior and metabolic syndrome and its components in adults. *J Dent Res.* 2012;91(5):479–84.
3. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J.* 2000;50(3):129–39.
4. Honkala S, Vereecken C, Niclasen B, Honkala E. Trends in toothbrushing in 20 countries or regions between 1994 and 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):20–3.
5. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J.* 2006;56(3):159–67.

6. Kuusela S, Honkala E, Rimpelä A. Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years – longitudinal prospective studies of Finnish adolescents. *Community Dent Health* 1996;13(1):34–9.
7. Åström AN. Stability of oral health-related behaviour in a Norwegian cohort between the ages of 15 and 23 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(5):354–62.
8. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(1):10–8.
9. Европейская стратегия ВОЗ “Здоровье и развитие детей и подростков”. Гендерный инструмент. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 г. (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0020/76511/EuroStrat_Gender_tool.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
10. Honkala S, Honkala E, Newton T, Rimpelä A. Toothbrushing and smoking among adolescents – aggregation of health damaging behaviors. *J Clin Periodontol.* 2011;38(5):442–8.
11. Sanders AE, Spencer AJ, Stewart JF. Clustering of risk behaviours for oral and general health. *Community Dent Health* 2005;22(3):133–40.
12. Sheiham A, Watt R. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(6):399–406.
13. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(6):481–7
14. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Page LF, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2015;94(1):10–8.
15. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И МАЛОПОДВИЖНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Существуют убедительные документальные подтверждения положительного влияния умеренной/высокой физической активности (MVPA) на физическое, психическое и социальное здоровье подростков и их академические успехи (1, 2). В мировом масштабе уровень физической активности за последнее десятилетие остается неизменным, однако лишь малая часть всех подростков следуют современным международным рекомендациям о необходимости ежедневной минимальной часовой физической нагрузки (3, 4). Формирование здоровых привычек, касающихся занятий различными видами физической активности в детском и подростковом возрасте, является важнейшей задачей, поскольку физическая активность в детстве является предпосылкой для закрепления такого образа жизни в подростковом и более зрелом возрасте (5). Однако в настоящее время наблюдается спад уровней MPVA среди подростков (4).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ 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 текстом, определяющим MVPA как любую деятельность, которая повышает частоту сердечных сокращений в течение определенного времени и от которой иногда перехватывает дыхание, а также примерами таких видов деятельности.

Дополнительные данные по интенсивной физической активности в течение двух или более часов в неделю приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о не менее чем ежедневной часовой MVPA.

Возрастные различия

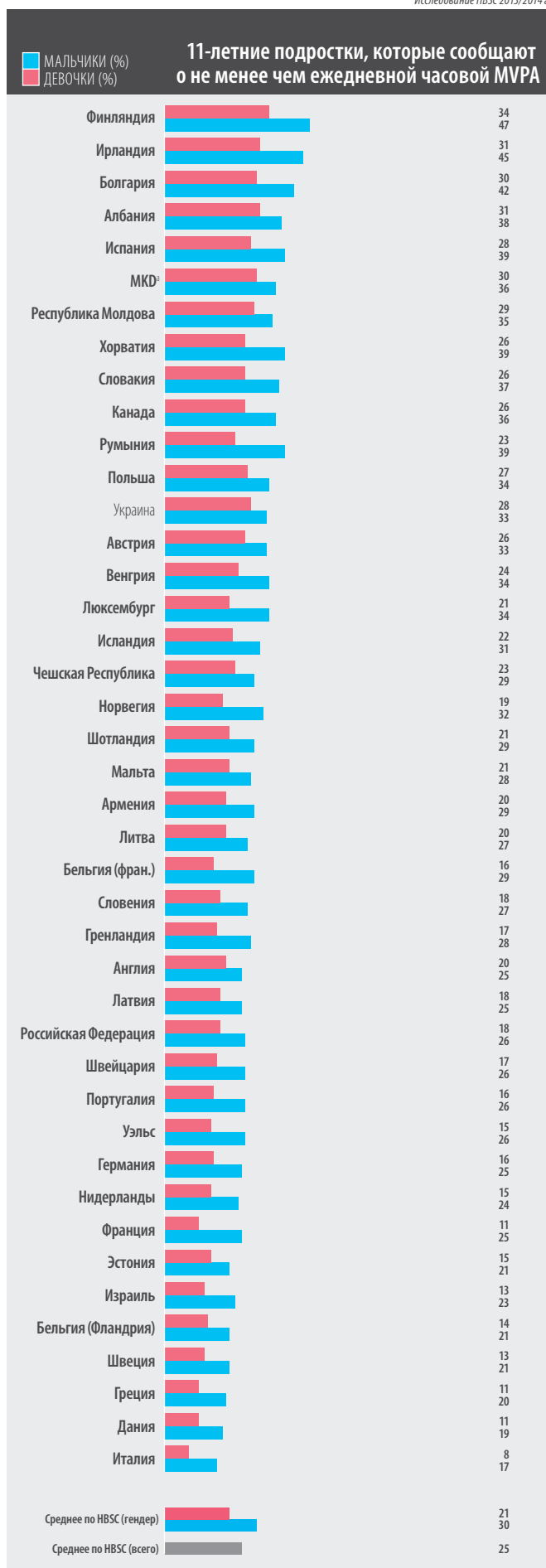
Ежедневная MVPA снижается по мере взросления как среди мальчиков, так и среди девочек. Значительное сокращение нагрузки (до 25 процентных пунктов) было выявлено среди мальчиков в период с 11 до 15 лет в 33 странах и областях. Среди девочек наблюдается сокращение нагрузки с возрастом до 22 процентных пунктов в 35 странах и областях. В среднем разница составляет 9 процентных пунктов среди мальчиков и 10 среди девочек.

Гендерные различия

Мальчики чаще сообщают о минимальной часовой ежедневной MVPA. Среди подростков всех возрастных групп различия в показателях по гендерному признаку являются статистически значимыми почти во всех странах и областях, причем наибольшие различия выявлены среди 13-летних подростков в Ирландии, Испании, Люксембурге и Португалии.

Достаток семьи

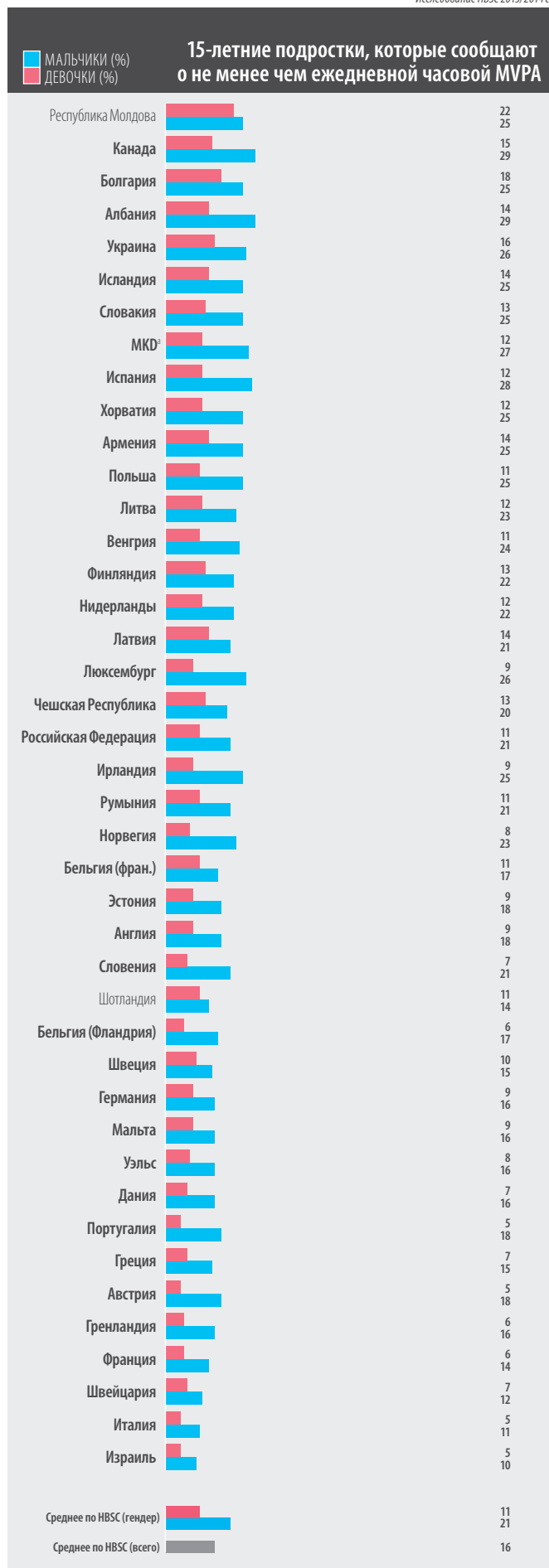
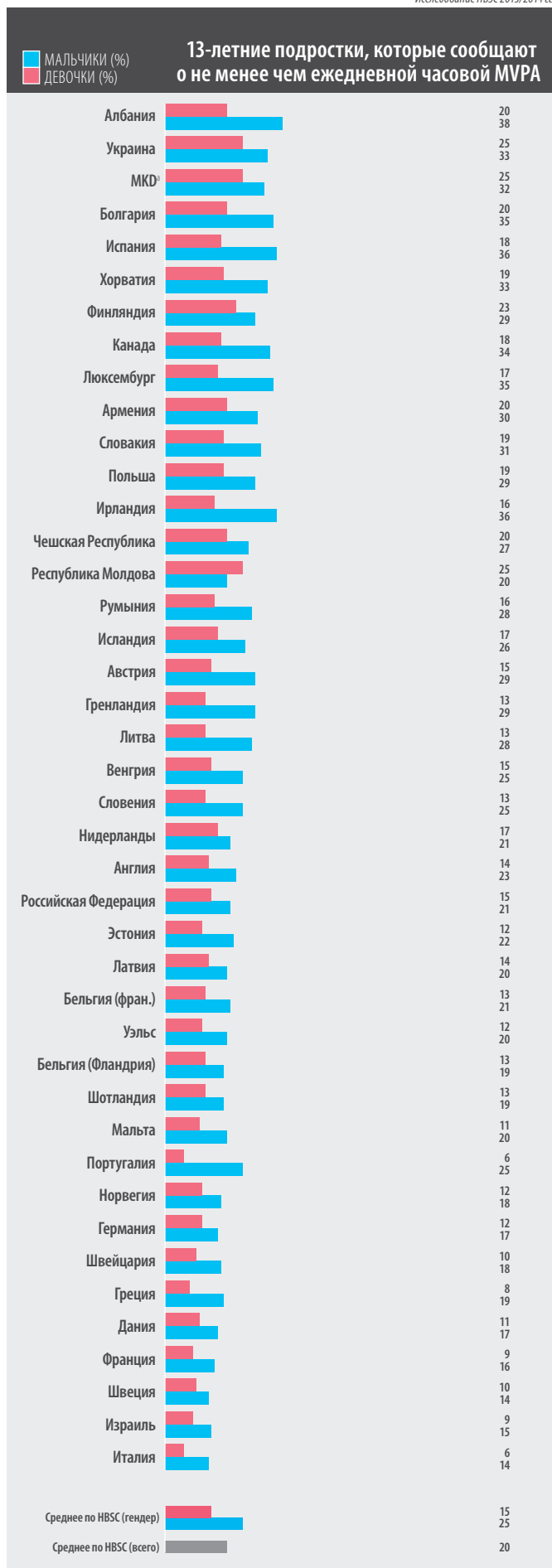
Более чем в половине стран и регионов мальчики и девочки, живущие в семьях с высоким материальным достатком, чаще сообщают о выполнении минимальной ежедневной часовой физической нагрузки. В большинстве стран разница между более состоятельными и малоимущими группами населения составляет не более 10 процентных пунктов.



* Бывшая югославская Республика Македония.

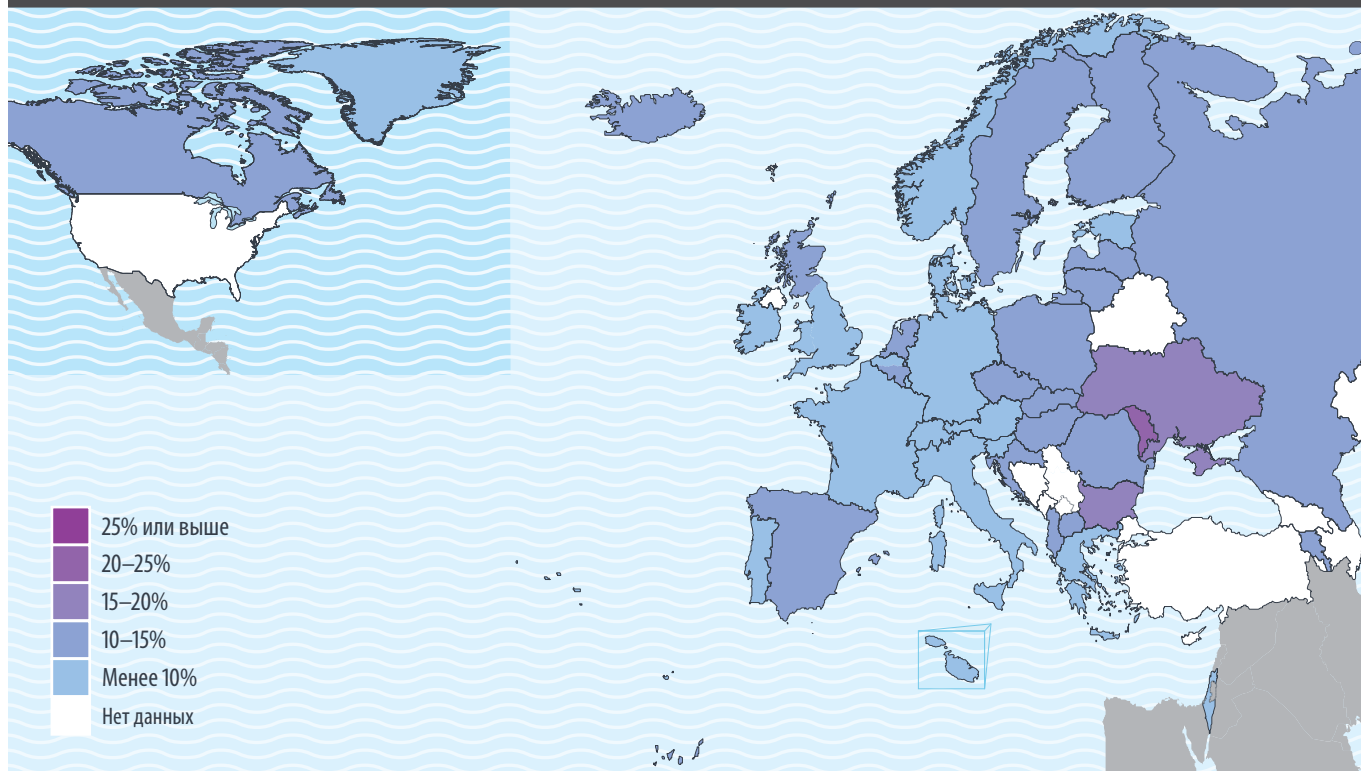
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



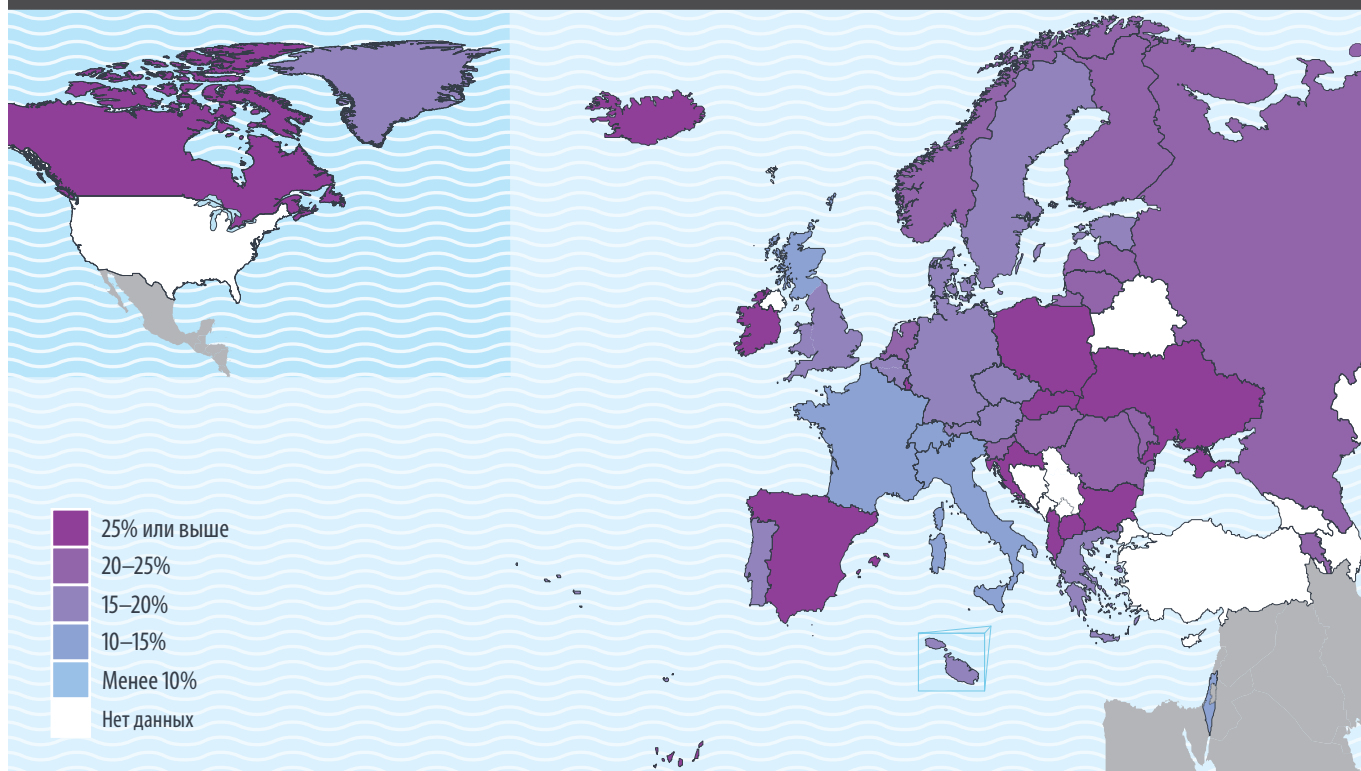
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые сообщают о не менее чем ежедневной часовой MVPA



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

15-летние мальчики, которые сообщают о не менее чем ежедневной часовой MVPA



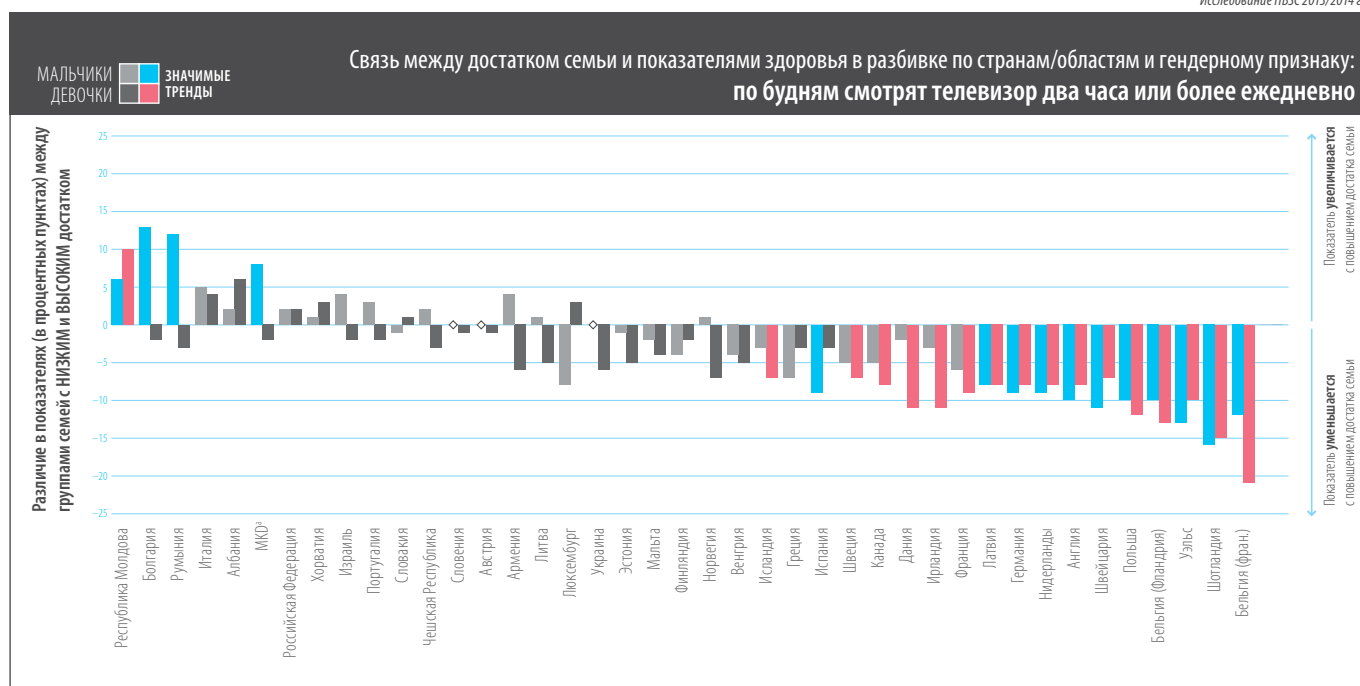
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И МАЛОПОДВИЖНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ПЕРЕД ТЕЛЕВИЗОРОМ

Время, проводимое подростками перед телевизором, является важнейшей предпосылкой сидячего образа жизни. Вместе с тем установлено, что малоподвижному образу жизни (6, 7) также способствуют виды деятельности, не связанные с времяпрепровождением перед экраном, такие как пассивный отдых, чтение, посиделки с друзьями и школьные занятия.

Просмотр телевизионных программ часто обуславливает ряд неблагоприятных психосоциальных (депрессия и снижение успеваемости) и физических (ухудшение физической подготовки и усугубление костно-мышечных болей) последствий для здоровья вне зависимости от MVPA детей, подростков и взрослых (8, 9). Подростки сегодня проводят все больше времени перед телевизором, и эта привычка отчасти определяет образ жизни в более зрелом возрасте (10). Согласно существующим рекомендациям, подросткам следует ограничить время, проводимое перед экраном, до двух часов в день (11, 12).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, сколько часов в день они смотрят телевизор, видео (включая YouTube и аналогичные ресурсы), DVD-диски и другие развлекательные программы на экране по будням в свободное время.

Дополнительные данные о количестве времени, которое школьники в будние дни проводят за компьютером, играя в компьютерные игры, отвечая на письма по электронной почте, используя интернет для поиска информации или выполняя домашнее задание, приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о том, что по будням они смотрят телевизор два часа или более ежедневно.

Возрастные различия

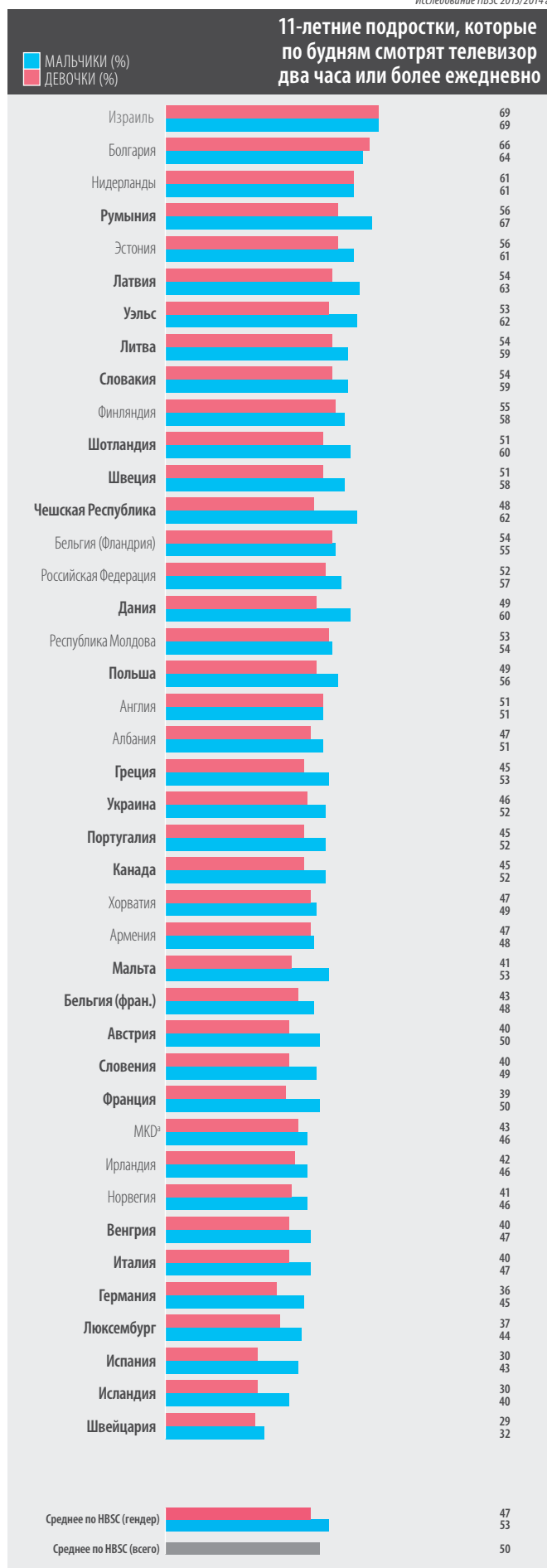
Почти во всех странах и областях показатели времени, ежедневно проводимого перед телевизором (два часа и более), увеличиваются по мере взросления (11–15 лет) как среди девочек – до 29 процентных пунктов, так и среди мальчиков – до 26 процентных пунктов. Средняя разница для мальчиков составляет 13 процентных пунктов, а для девочек – 16.

Гендерные различия

Более чем в половине стран и областей мальчики в возрасте 11 лет чаще сообщают о том, что проводят время перед телевизором. Среди подростков всех возрастных групп различия в показателях по гендерному признаку составляют, как правило, менее 10 процентных пунктов, при этом с возрастом наблюдается тенденция к их сокращению. Согласно данным по двум странам (Болгария и Израиль), количество времени, проводимого за просмотром телепередач, выше среди девочек в возрасте 13 лет.

Достаток семьи

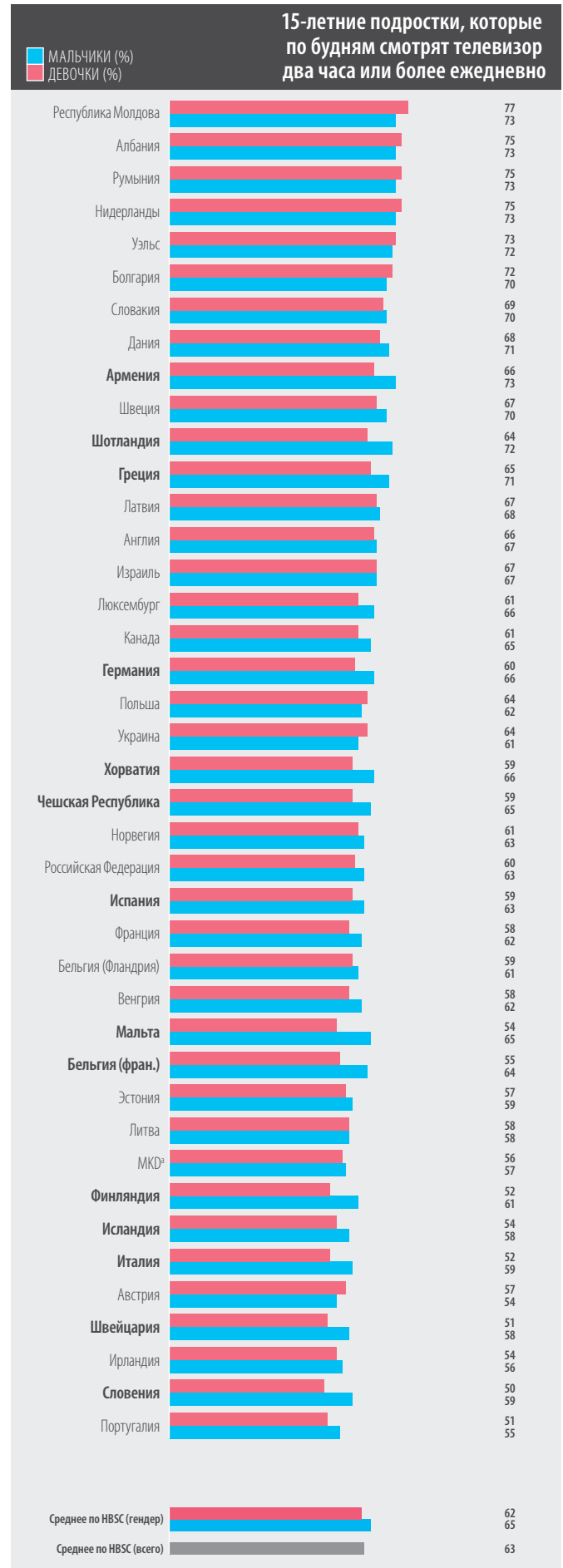
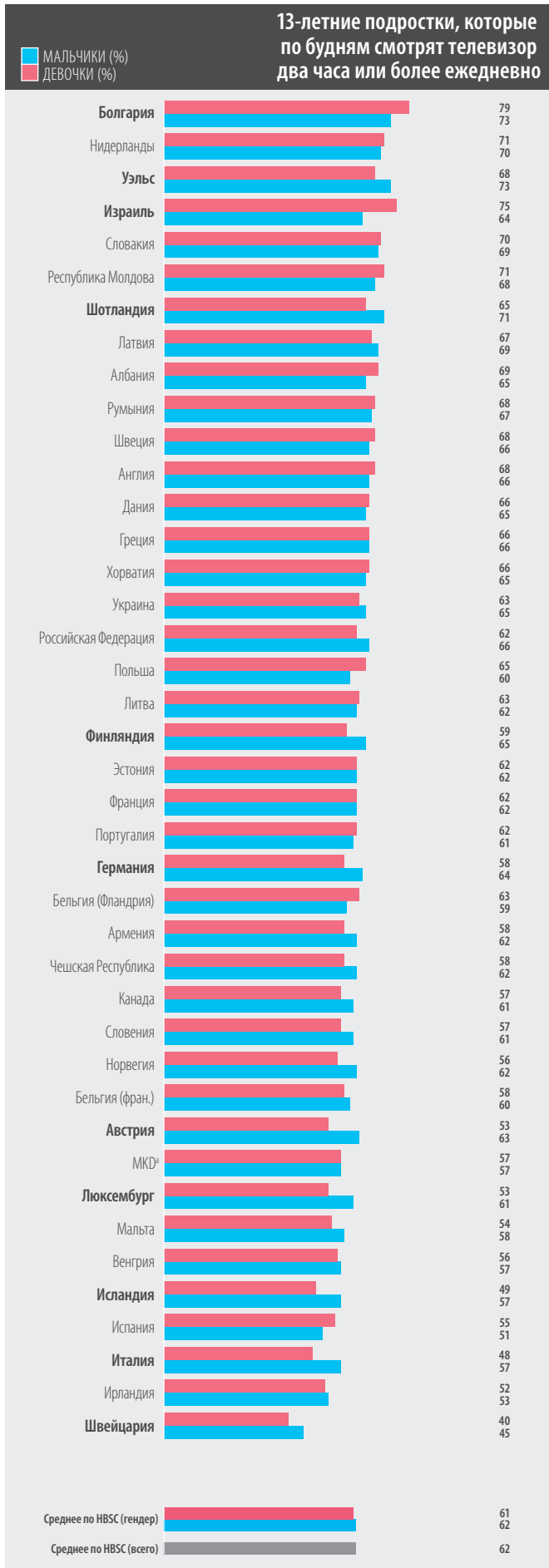
Согласно показателям, девочки и мальчики из менее обеспеченных семей более склонны проводить время перед телевизором. В большинстве стран и областей различия между группами с высоким и низким достатком составляют менее 10 процентных пунктов и являются статистически значимыми приблизительно в 17 из них.



* Бывшая югославская Республика Македония.

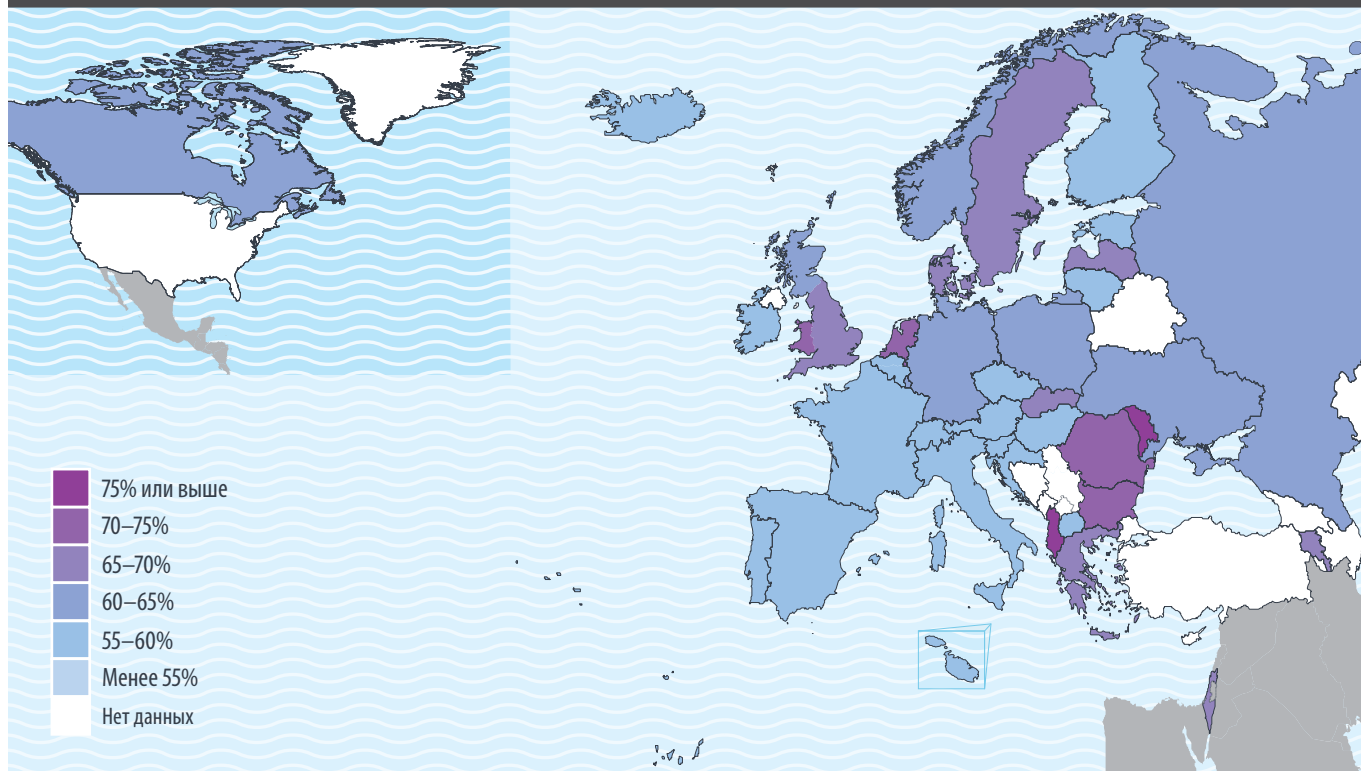
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

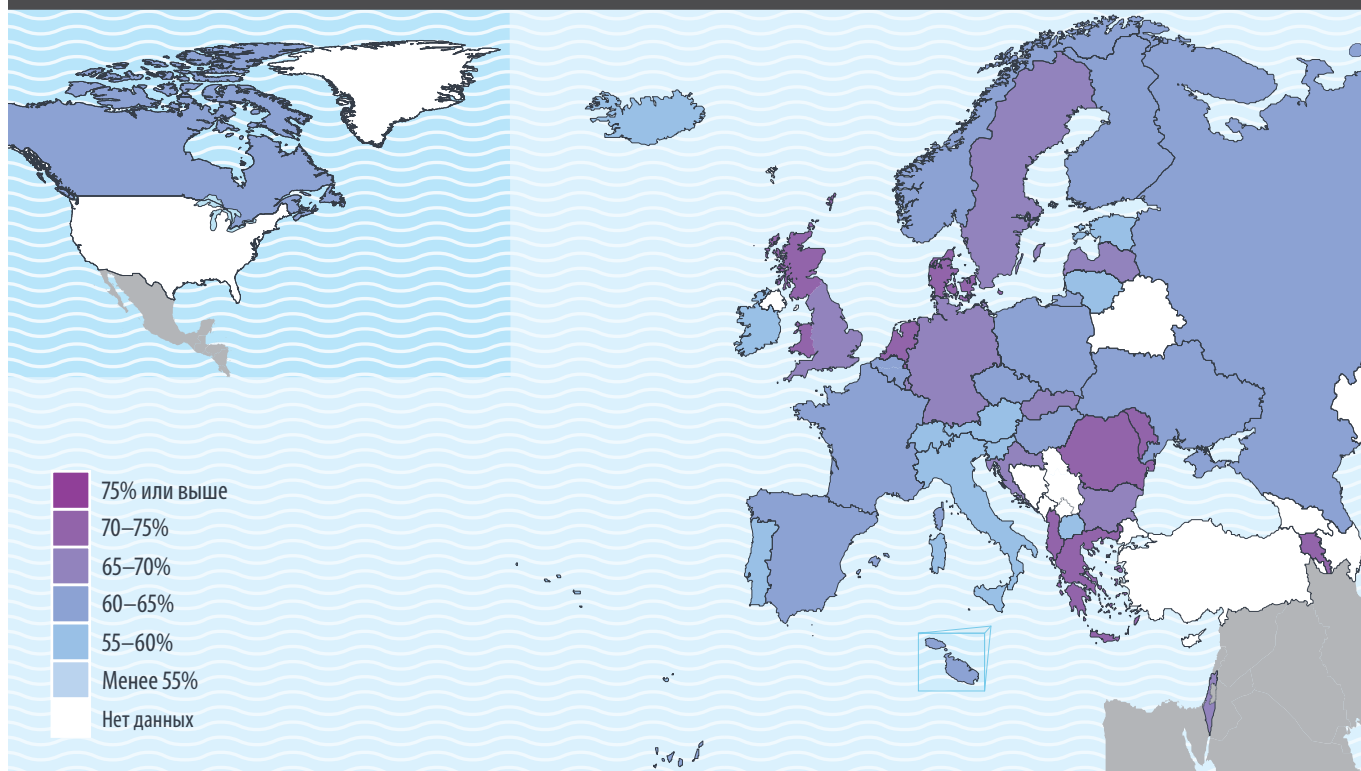


Примечание. *Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Гренландии.

15-летние девочки, которые по будням смотрят телевизор два часа или более ежедневно



15-летние мальчики, которые по будням смотрят телевизор два часа или более ежедневно



ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И МАЛОПОДВИЖНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

В подростковом возрасте, как правило, наблюдается низкий уровень физической активности от умеренной до высокой степени интенсивности (MVPA), который уменьшается по мере взросления, тогда как такие экранные развлечения, как просмотр телепередач и общение в социальных сетях, играют все большую роль в жизни подростков и способствуют дальнейшему сокращению физической активности. Необходимо, чтобы меры по укреплению здоровья, отражающие возрастные потребности и предпочтения, были направлены на повышение уровня физической активности и сокращение времени, проводимого перед экраном.

В большинстве стран и областей отмечается меньшая физическая активность среди девочек. Различия в показателях по гендерному признаку остается относительно стабильным, в связи с чем можно предположить эффективность использования целенаправленных подходов и мер по укреплению здоровья с учетом гендерного фактора, направленных на повышение уровня физической активности среди девочек (4).

Согласно исследованиям, за последнее десятилетие наблюдается снижение числа подростков, проводящих время перед телевизором. Однако спад в этой области компенсируется увеличением времени, проводимого за иными устройствами, оснащенными экраном (такими, как смартфоны, планшетные ПК и компьютеры). Гендерные различия в характере использования таких устройств выражаются в том, что девочки чаще используют компьютеры для общения в социальных сетях, тогда как мальчики — для игр. Поэтому меры по укреплению здоровья должны учитывать время, проводимое перед экраном как компьютеров, так и других устройств (планшетов и смартфонов) (12).

Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого изучения взаимосвязи факторов физической активности и сидячего образа жизни (13), а также для понимания соотношения между временем, проводимым перед экраном компьютера, планшета или смартфона, и сидячим образом жизни, а также их негативного и позитивного влияния на здоровье подростков (14).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

При разработке международных стратегий и мер, направленных на повышение физической активности подростков и ограничение времени, проводимого перед экраном, следует принимать во внимание возрастные, гендерные и социально-экономические различия и осуществлять усилия на различных уровнях (внутриличностный, межличностный, общественный, политический). Рекомендации для подростков необходимо дополнить аналогичными материалами, адресованными заинтересованным сторонам, таким как представители местной и муниципальной власти, директора, учителя и родители, учитывая местные условия и языковые особенности. Но самое важное, чтобы все эти стороны поддерживали более активный образ жизни подростков.

Необходимо, чтобы Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ (15) и другие стратегии подкреплялись программой соответствующих мер политики на национальном, региональном и местном уровнях для того, чтобы найти решение проблем, связанных с недостаточно высоким уровнем MVPA. Необходимы межотраслевые, всесторонние меры, направленные на различные объекты социальной сферы (включая школы, медицинские учреждения, системы транспортного сообщения и места отдыха и развлечений), связанные с бюджетами ключевых заинтересованных сторон (на национальном, областном и/или местном уровнях).

ЛИТЕРАТУРА

1. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 7:40.
2. Singh A, Uijtendewilligen L, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Physical activity and performance at school: a systematic review of the literature including methodological quality assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012; 166(1):49–55.
3. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380(9838):247–57.
4. Kalman M, Inchley J, Sigmundova D, Iannotti RJ, Tynjala J, Hamrik Z et al. Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *Eur J Public Health* 2015; 25:S37–S40.
5. Telama R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts* 2009;2(3):187–95.
6. Klitsie T, Corder K, Visscher TLS, Atkin AJ, Jones AP, van Sluijs et al. Children's sedentary behaviour: descriptive epidemiology and associations with objectively-measured sedentary time. *BMC Public Health* 2013; 13:1092.
7. Olds TS, Maher CA, Ridley K, Kittel DM. Descriptive epidemiology of screen and non-screen sedentary time in adolescents: a cross sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 7:92.

8. de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz-Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS ONE* 2014; 9(8):e105620.
9. Costigan SA, Barnett L, Plotnikoff RC, Lubans DR. The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: a systematic review. *J Adolesc Health* 2013;52(4):382–92.
10. Biddle SJ, Pearson N, Ross GM, Braithwaite R. Tracking of sedentary behaviours of young people: a systematic review. *Prev Med.* 2010; 51(5):345–51.
11. Tremblay MS, Leblanc AG, Janssen I, Kho ME, Hicks A, Murumets K et al. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2011;36(1):59–64.
12. American Academy of Pediatrics. Policy statement. Children, adolescents, and the media. *Pediatrics* 2013; 132(5):958–61.
13. Bucksch J, Inchley J, Hamrik Z, Finne E, Kolip P. Trends in television time, non-gaming PC use and moderate-to-vigorous physical activity among German adolescents 2002–2010. *BMC Public Health* 2014; 14:351.
14. Leech RM, McNaughton SA, Timperio A. The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014; 11:4.
15. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/283845/65wd09r_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

*"Я считаю, что
кибербуллинг –
это серьезная
проблема,
потому что
это означает,
что кто
угодно может
издеваться над
кем угодно".*

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ
СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
УЧАСТИЕ В ДРАКАХ
БУЛЛИНГ



ВЫСКАЗЫВАНИЯ ПОДРОСТКОВ О ПОВЕДЕНИИ, СОПРЯЖЕННОМ С РИСКОМ

“С теми, кто тебя обижает, трудно справиться”.

“Если ты стал жертвой кибербуллинга и не знаешь, кто это делает, это просто ужасно, потому что это может быть кто угодно из твоего окружения. Это серьезная проблема, поэтому я думаю, что люди должны найти способ остановить тех, кто этим занимается по отношению к другим”.

“Насчет этой темы (секса) есть столько разных табу, и это неправильно. Необходимо, чтобы подростки могли свободно обсуждать вопросы секса, и это позволит им планировать свою будущую жизнь и ее безопасность”.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

Употребление табака является наиболее распространенной предотвратимой причиной преждевременной потери здоровья во всем мире, которая ежегодно приводит почти к 6 млн. случаев смерти (из которых более 600 000 вызваны воздействием табачного дыма) (1). Потребление табака, особенно курение сигарет, является самой главной причиной неравенств в показателях здоровья, основанных на социально-экономических различиях (2): складывается впечатление, что склонность к курению в подростковом возрасте раньше проявляют молодые люди из неблагополучной среды (3).

Подростковый возраст является критическим периодом в плане приобщения к табакокурению и развития привычки к нему, что обуславливает необходимость получения точных эпидемиологических данных в поддержку научно-обоснованных мероприятий (4).

Активное табакокурение в подростковом возрасте приводит к прямым неблагоприятным последствиям для здоровья, в числе которых возникновение зависимости от табака, снижение легочной функции, замедление развития легких, астма (4).

ИЗМЕРЕНИЕ

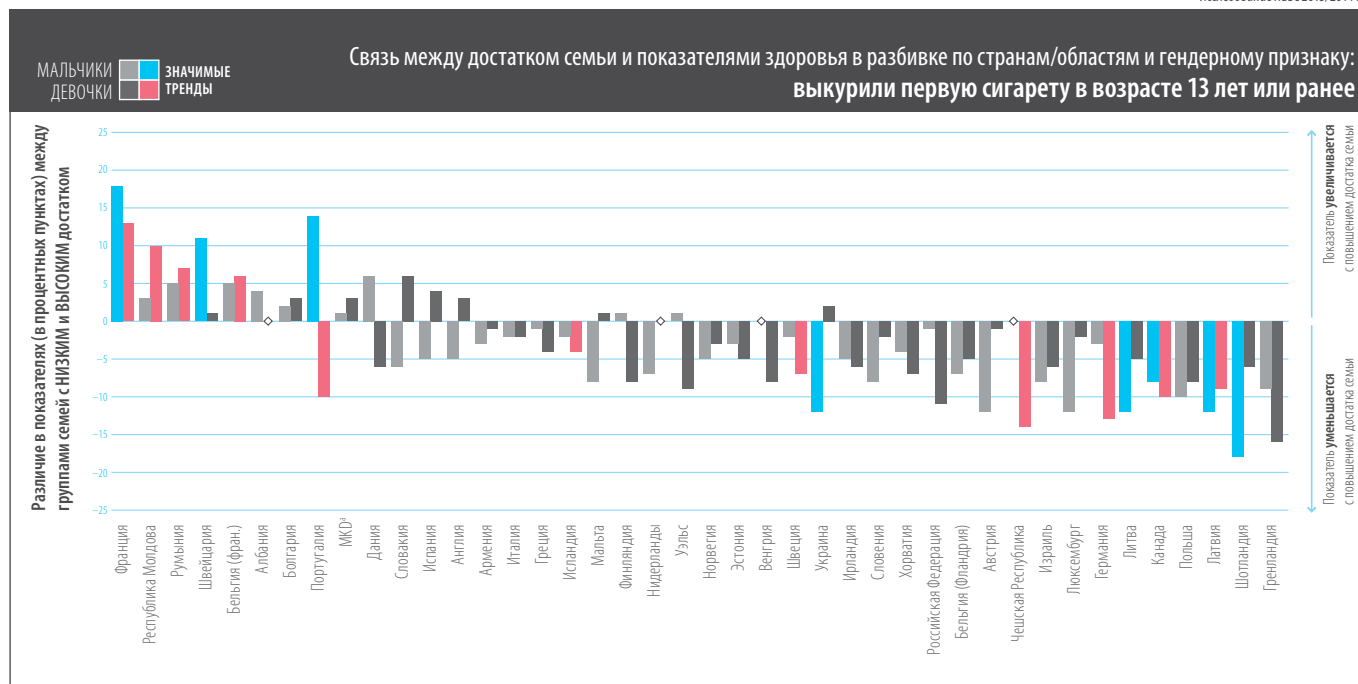
Первые затяжки

Подросткам было предложено ответить на вопрос о том, в каком возрасте они впервые закурили, то есть сделали более одной затяжки.

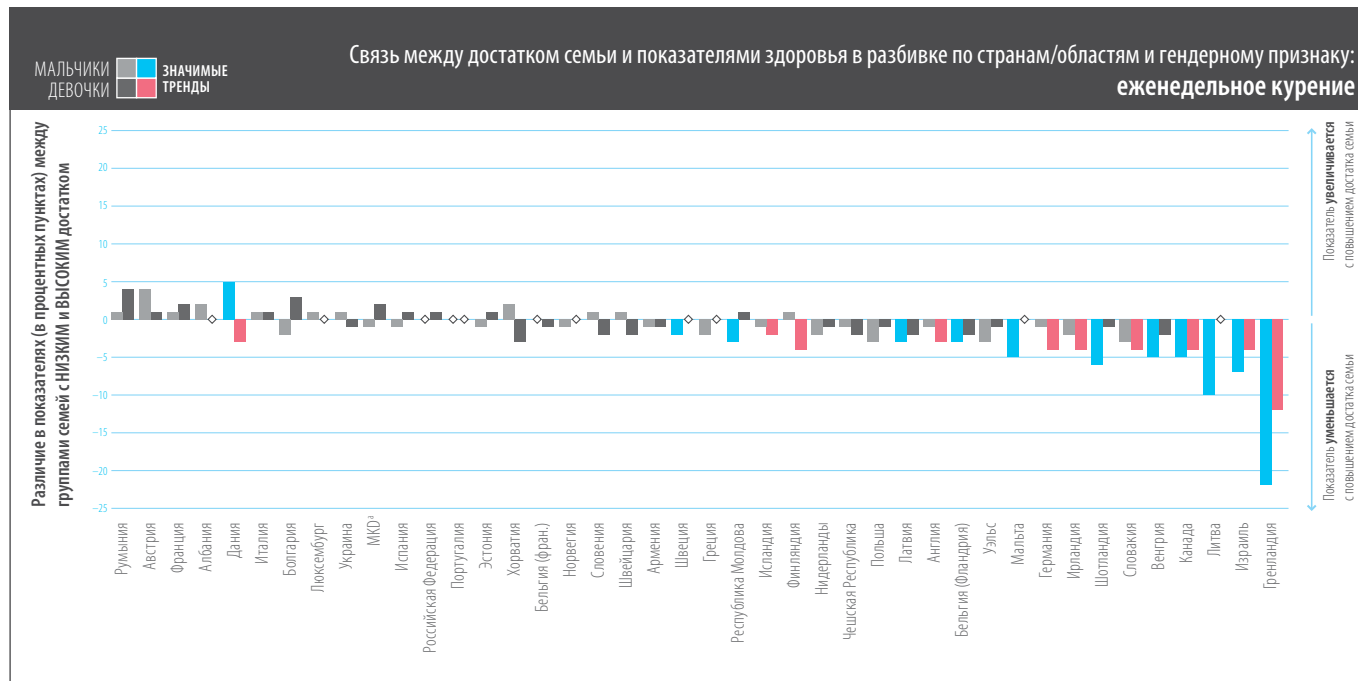
Еженедельное курение

Молодым людям было предложено ответить на вопрос о том, как часто они курят табак. Варианты ответа варьировались от никогда до ежедневно.

Дополнительные данные по ежедневному табакокурению и курению хотя бы раз в жизни представлены в Приложении.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.
 ◊ обозначает менее +/-0,5%.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.
 ◊ обозначает менее +/-0,5%.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Начало потребления табака

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что они выкурили первую сигарету в возрасте 13 лет или ранее.

Возрастные различия

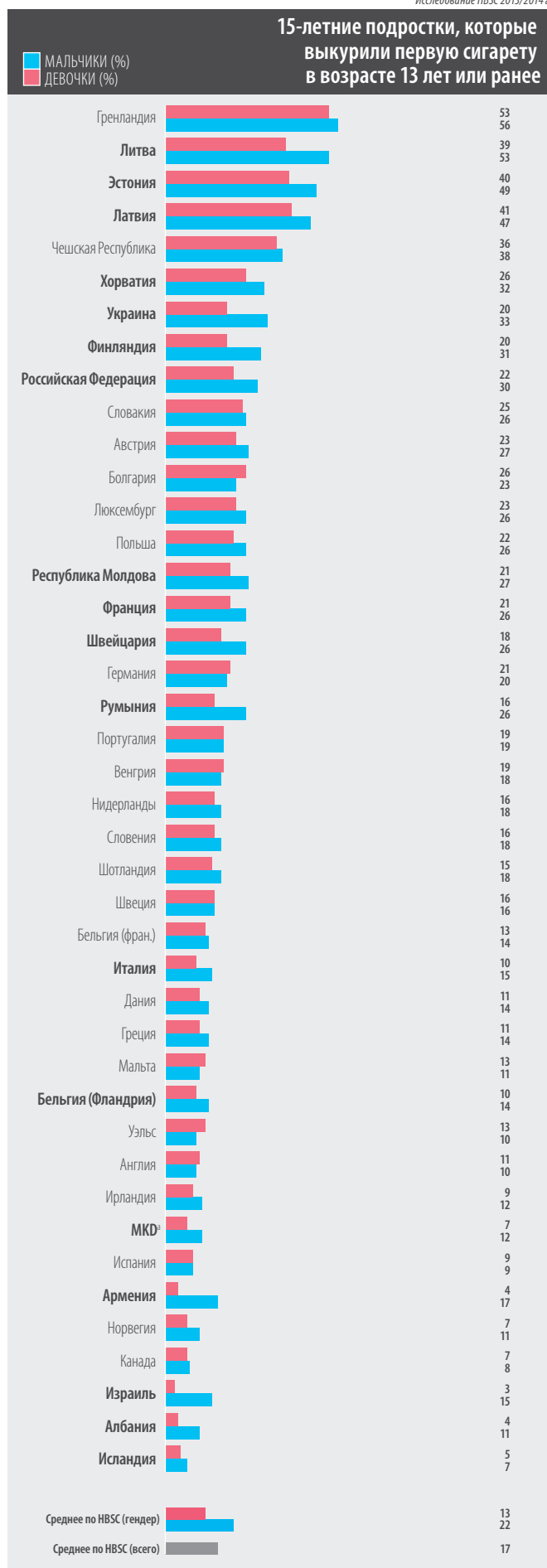
Данные представлены только по 15-летним.

Гендерные различия

Более чем в половине стран и областей не отмечено гендерных различий в ответе на вопрос о первой затяжке. Однако в 18 странах утвердительно на этот вопрос чаще отвечают мальчики, и в этом случае гендерные различия оказываются значимыми.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей не наблюдается значимой связи между достатком семьи и ранним приобщением к курению, но в восьми странах для мальчиков отмечена значимая корреляция: в пяти странах большая распространенность наблюдается в группах низкого достатка и в трех – в группах высокого достатка. Для девочек значимая корреляция между ранним приобщением к курению и семейным достатком наблюдается в 11 странах: в четырех из них раньше приобщаются к курению девочки из семей с высоким достатком, а в семи – с низким достатком.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). На этот вопрос отвечала только подгруппа 15-летних подростков из Бельгии (франц.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Еженедельное курение

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, курящих не реже одного раза в неделю.

Возрастные различия

Показатели, свидетельствующие о еженедельном курении, существенно увеличиваются с возрастом во всех странах и областях, за исключением Армении – среди мальчиков и Албании, Армении и Норвегии – среди девочек. Абсолютная разность между показателями 11- и 15-летних составила 15 процентных пунктов и более в восьми странах (приблизительно пятая часть). Разность в показателях менее 5% отмечена среди 15-летних в пяти странах (в двух из них среди девочек).

Гендерные различия

Гендерные различия наблюдаются в от четверти до пятой части стран и областей во всех возрастных группах (в восьми странах для 11-летних, в 11 странах – для 13-летних и в 10 странах – для 15-летних), при этом в большинстве случаев среди мальчиков наблюдается бóльшая степень распространенности табакокурения. Девочки курят еженедельно больше мальчиков в 13-летнем возрасте лишь в одной стране, а в возрасте 15 лет – в трех странах.

Достаток семьи

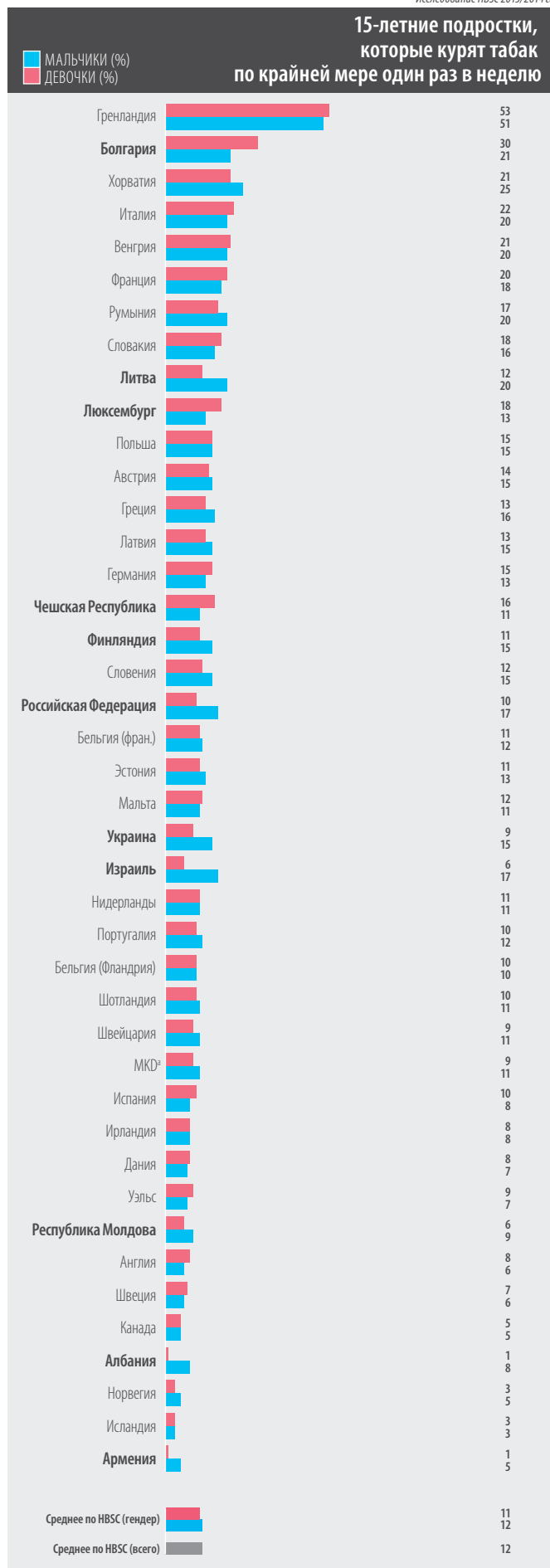
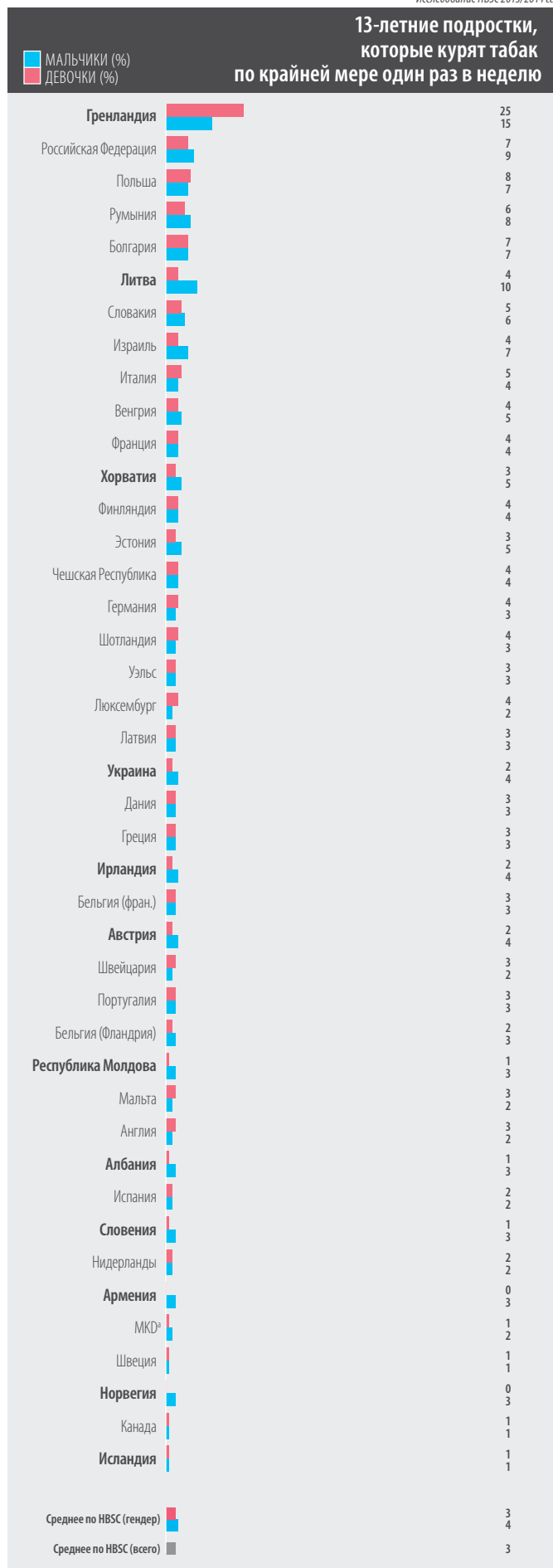
В четверти стран и областей установлена четкая корреляция между низким достатком семьи и еженедельным курением среди мальчиков, однако в одной стране (Дания) отмечена противоположная зависимость. Значимая зависимость еженедельного курения от низкого достатка отмечена также среди девочек в 10 странах и областях.



* Бывшая югославская Республика Македония.

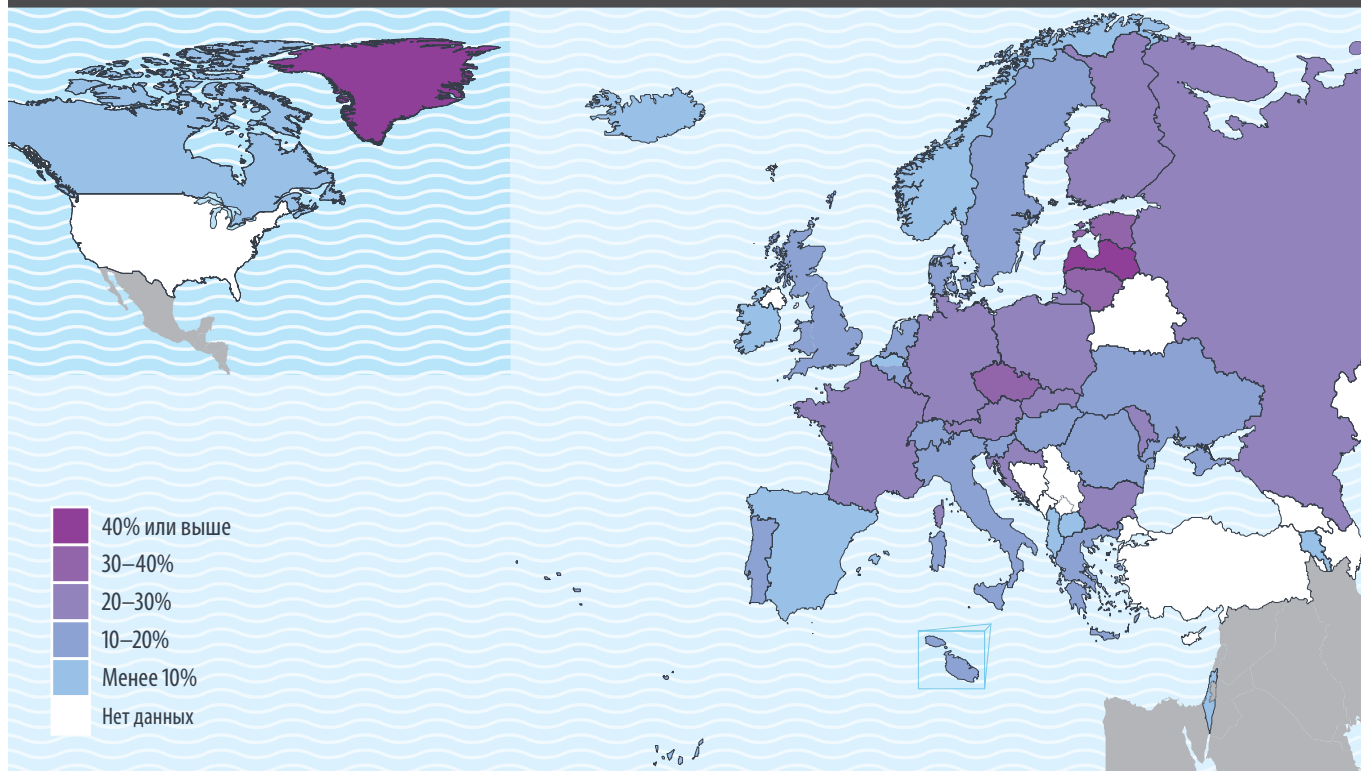
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

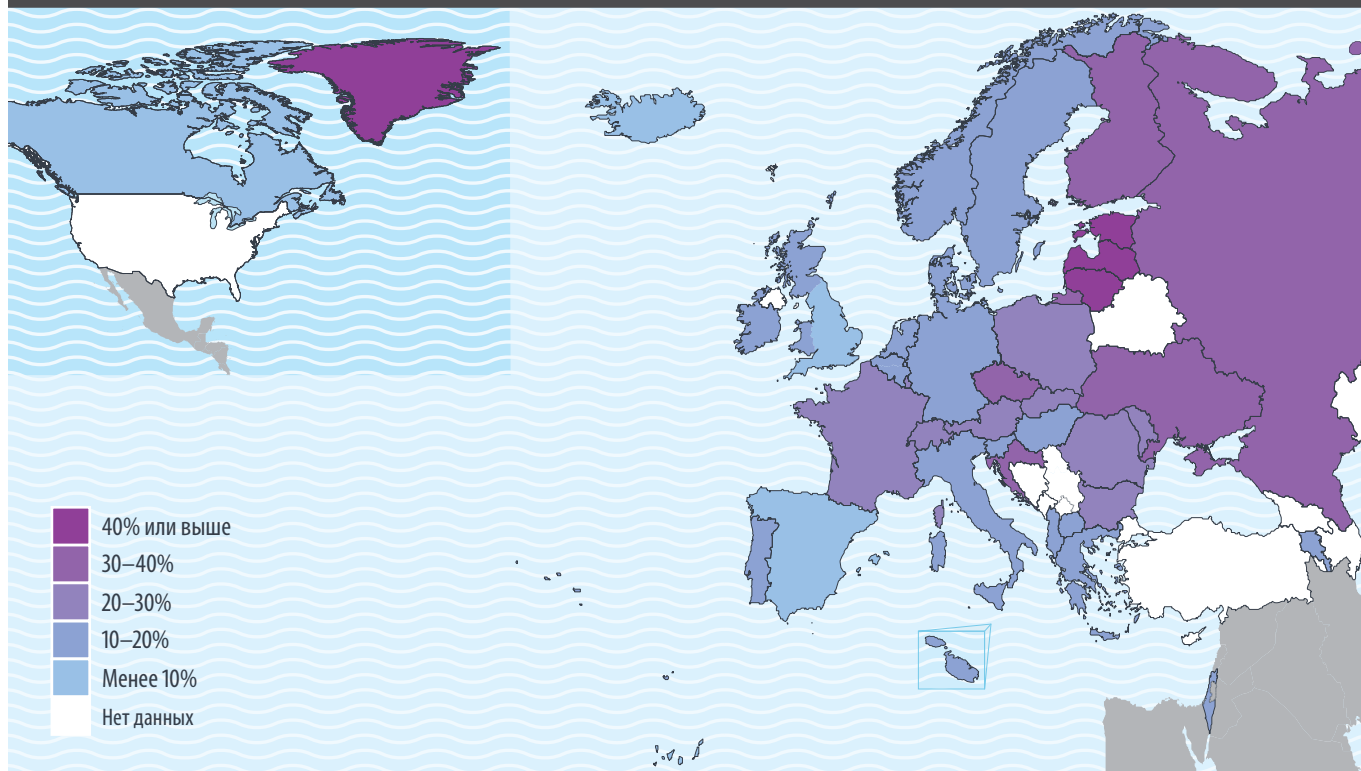


Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже $\pm 0,5\%$.

15-летние девочки, которые выкурили первую сигарету в возрасте 13 лет или ранее

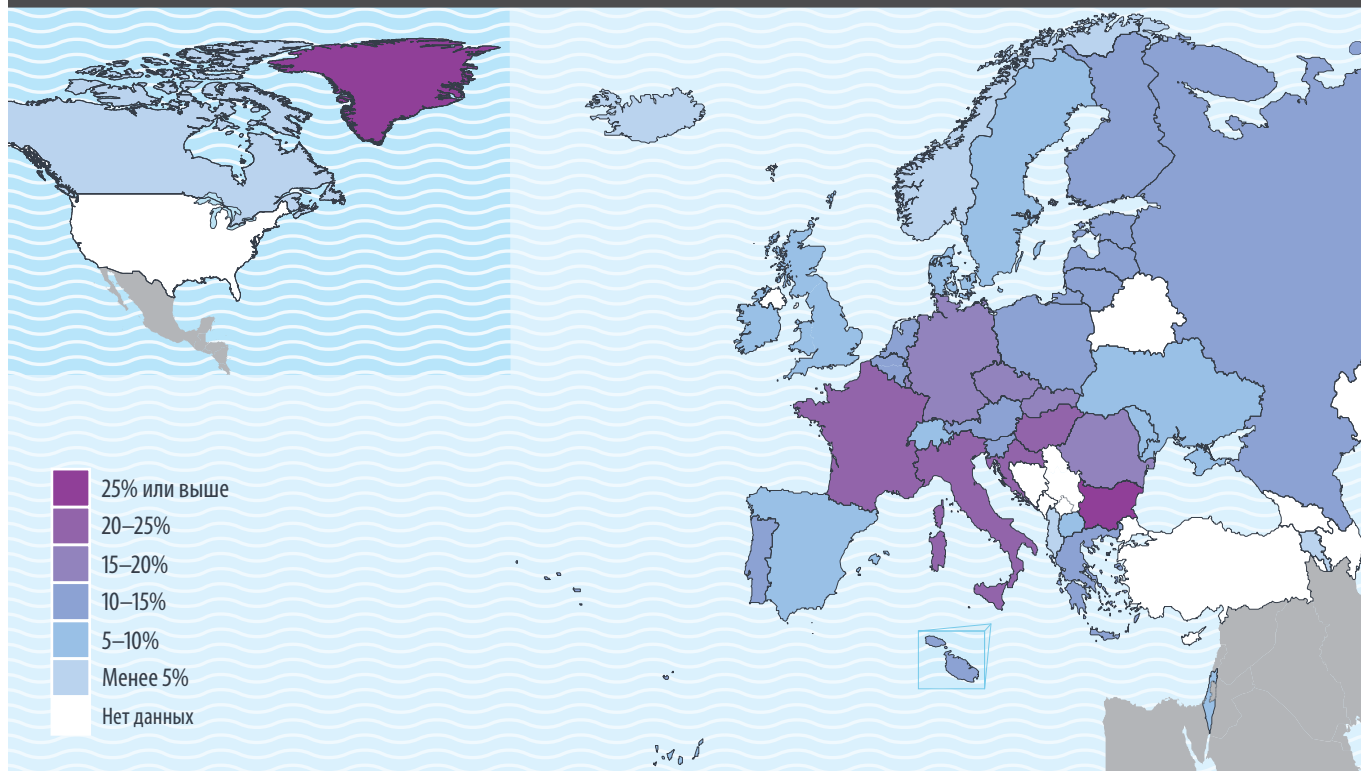


15-летние мальчики, которые выкурили первую сигарету в возрасте 13 лет или ранее



Исследование HBSC 2013/2014 гг.

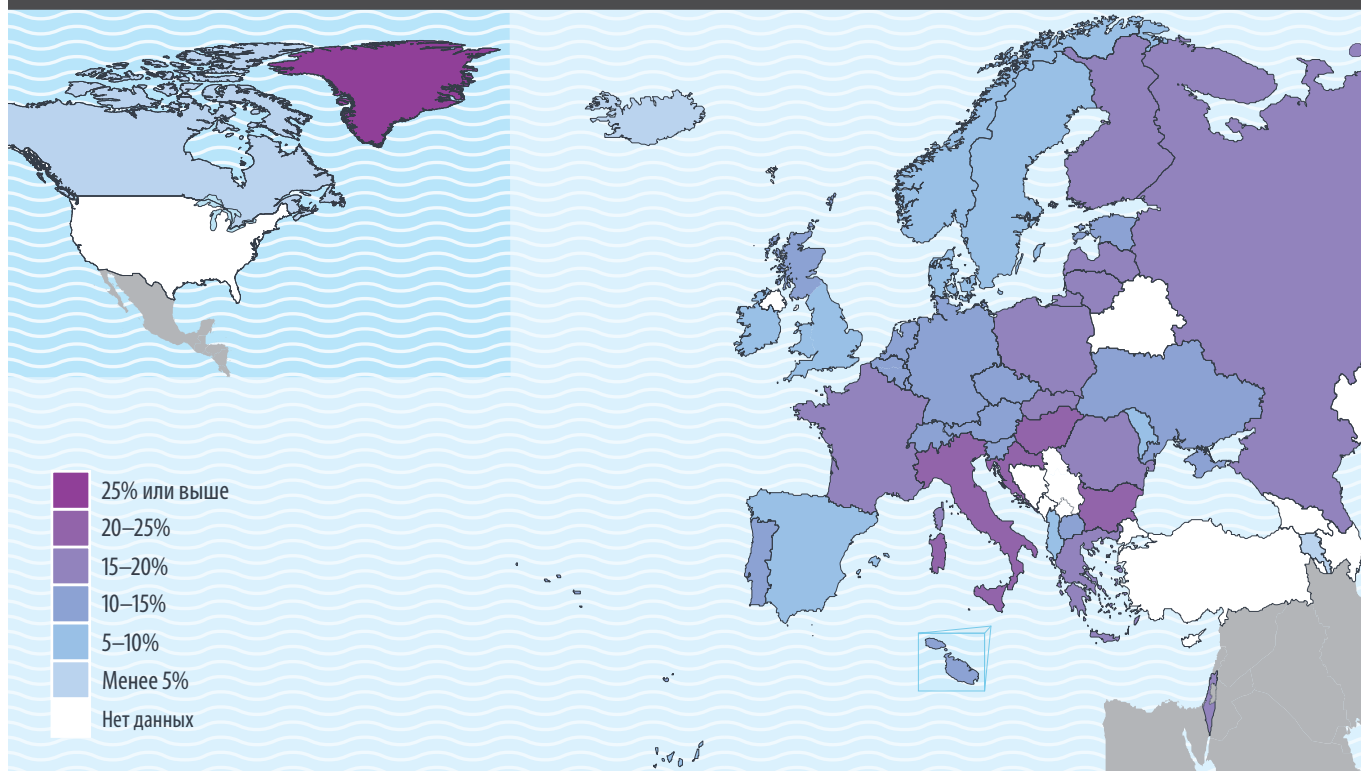
15-летние девочки, которые курят табак по крайней мере один раз в неделю



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

15-летние мальчики, которые курят табак по крайней мере один раз в неделю



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

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

По показателям приобщения к табакокурению в раннем возрасте и еженедельному курению между странами и областями отмечены значительные различия, но гендерные различия в большинстве из них не наблюдаются. В тех странах, в которых гендерные различия все же проявляются, мальчики чаще, чем девочки, сообщают о первой затяжке в раннем возрасте и о еженедельном курении.

В ряде стран и областей уровень курения по-прежнему остается высокими, но по сравнению с данными предыдущего исследования (5) показатели еженедельного курения снизились почти повсеместно. Тем не менее следует отметить, что в рамках данного опроса не делалось различий между курением в школе и вне школы: исследование указывает на то, что подростки, употребляющие психоактивные вещества в школе, имеют более высокий риск приобретения и других вредных для здоровья привычек (6).

Среди подростков зависимость между курением и социально-экономическим статусом (СЭС) не столь очевидна, как среди населения в целом, для которого СЭС играет намного более важную роль (2, 7). Складывается впечатление, что приобщение к табакокурению в подростковом возрасте и дальнейшее формирование привычки лишь отчасти зависят от СЭС.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

По всей видимости, на курение подростков оказывает воздействие информационно-разъяснительная работа среди населения, а также более жесткие меры борьбы против табакокурения, предпринимаемые во многих странах и областях (включая повышение налогов и цен, запреты на курение в общественных местах и ограничения, налагаемые на рекламу и продажу табачных изделий). Тем не менее данные свидетельствуют о том, что показатели еженедельного курения с возрастом повышаются, особенно среди мальчиков, которые также раньше начинают курить. Задача состоит в том, чтобы усилить меры по предупреждению экспериментов подростков с курением и превращения этих экспериментов в еженедельное курение, а также разработать стратегию для ограничения их доступа к табачным изделиям через коммерческие источники (8). В Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (9) затронуты вопросы запрещения продажи табачных изделий как несовершеннолетними, так и несовершеннолетним.

Необходимо, чтобы меры по укреплению здоровья были всесторонними (комплексными), гибкими и всеохватывающими (направленными на всех подростков), регулярными (например, в рамках всей школьной программы) и продолжительными (рассчитанными на долгосрочную перспективу). Задача состоит в создании как можно большего числа молодежных мест, свободных от табачного дыма, — например, целесообразно претворять в жизнь стратегию, направленную на создание школ, свободных от курения. Поскольку подростки проводят значительную часть своего времени в школе, где они подвергаются всевозможным факторам риска, связанным с курением, важно осуществлять стратегию по формированию в школах социальной среды, свободной от табачного дыма. Аналогичные меры требуются и в отношении семейной среды — так, в ряде стран приняты такие законодательные меры, как запрет на курение в автомобиле, если в нем находится ребенок.

Меры являются эффективными, если они четко формулируются и доносятся до адресата, предусматривают не допускающие двойного толкования правила и санкции в случае их нарушения, а также применимы ко всем лицам из социального окружения подростков (например, такие меры не предусматривают специально отведенных мест для курения взрослых и учителей). Отсутствие комплексной стратегии может привести к негативным последствиям, например создание свободной от табачного дыма школьной среды успешно повлияет на борьбу с курением в школе, но без аналогичных действий, направленных на среду за пределами школы, результативность принимаемых мер будет мала.

Нельзя обойти вниманием группы повышенного риска — здесь необходимы броские, легко привлекающие внимание призывы, представленные наиболее эффективным и результативным образом. HBSC и другие исследования показывают, что подростки все более активно используют электронные средства связи для общения и получения информации, поэтому необходимо разрабатывать инновационные подходы, позволяющие использовать новые коммуникационные технологии для распространения контрмаркетинга табачных изделий (использование методов коммерческого маркетинга для изменения отношения и поведенческих установок к курению). Оценка и анализ мер, реализуемых с использованием новых коммуникационных технологий, имеют решающее значение для создания доказательной базы данных.

Некоторые данные проведенных в США исследований с привлечением подростков и взрослых свидетельствуют о том, что меры, направленные против табакокурения, будут иметь разную степень эффективности в зависимости от социально-экономического статуса. Например, оказалось, что кампании против табакокурения в средствах массовой информации оказывают большее воздействие на людей с низким СЭС.

Выравнивание традиционных гендерных различий по уровню употребления табака за счет увеличения числа курящих девочек в некоторых странах и областях, в частности в Центральной и Восточной Европе, а также в Гренландии, вызывает тревогу. Необходимо, чтобы профилактические меры учитывали конкретные проблемы, вызываемые курением среди женщин, в частности влияние курения на внешность и репродуктивную способность, а также риск тромбозомболических осложнений, возникающий при одновременном употреблении гормональных противозачаточных средств (10, 11).

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2011 г. — Предупреждение об опасностях табака: Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/10/9789244564264_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
2. Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus Medical Center; 2004 (http://old.ensp.org/files/ensp_socioeconomic_inequalities_in_smoking_in_eu.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
3. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann NY Acad Sci.* 2012;1248:107–23.
4. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2012 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
5. Currie С и др. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
6. Dudovitz RN, McCoy K, Chung PJ. At-school substance use as a marker for serious health risks. *Acad Pediatr.* 2015;15:41–6.
7. Lidegaard Ø. Hormonal contraception, thrombosis and age. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(10):1353–60. doi:10.1517/14740338.2014.950654.
8. Gendall P, Hoek J, Marsh L, Edwards R, Healey B. Youth tobacco access: trends and policy implications. *BMJ Open* 2014;4:e004631. doi:10.1136/bmjopen-2013-004631.
9. Рамочная конвенция по борьбе против табака [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. (<http://www.who.int/fctc/ru/>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
10. The health consequences of smoking — 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2014 (<http://ash.org/wp-content/uploads/2014/01/full-report.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
11. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. London: Department of Health; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Подростковый возраст — это период открытий и экспериментов, во время которого многие подростки начинают исследовать то, что им кажется проявлениями взрослого поведения, в частности употребление алкоголя. Подобное стремление может восприниматься как естественное, даже здоровое любопытство в отношении употребления алкоголя — но не злоупотребления им. При отсутствии понимания границ безопасного употребления алкоголя и в случае, когда опьянение возникает от небольших доз, подобное экспериментирование может превратиться в чрезмерное потребление, сопряженное с разнообразными физическими, психическими и социальными рисками.

Алкоголь является одним из наиболее широко распространенных и наиболее часто употребляемых подростками психотропных веществ (1, 2). Употребляя алкоголь, подростки пытаются удовлетворить свои социальные и личные потребности, облегчить общение со сверстниками и наладить новые взаимоотношения (3). Тем не менее употребление спиртного в подростковой среде является серьезной проблемой общественного здравоохранения во многих европейских и североамериканских странах и областях. Сопряженное с риском употребление алкоголя, в том числе первые случаи опьянения в раннем возрасте, частые случаи употребления алкоголя и состояния опьянения, приводят к неблагоприятным психологическим, социальным и физическим последствиям для здоровья, таким как неуспеваемость в школе, акты насилия, несчастные случаи, травмы, употребление иных психотропных веществ и незащищенный секс (4). Кроме того, существует гипотеза о том, что употребление алкоголя в подростковом возрасте может негативно влиять на развитие и функционирование мозга, хотя исследования по этой теме пока находятся на стадии разработки (5).

ИЗМЕРЕНИЕ

Еженедельное употребление алкоголя

Подросткам был задан вопрос 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.

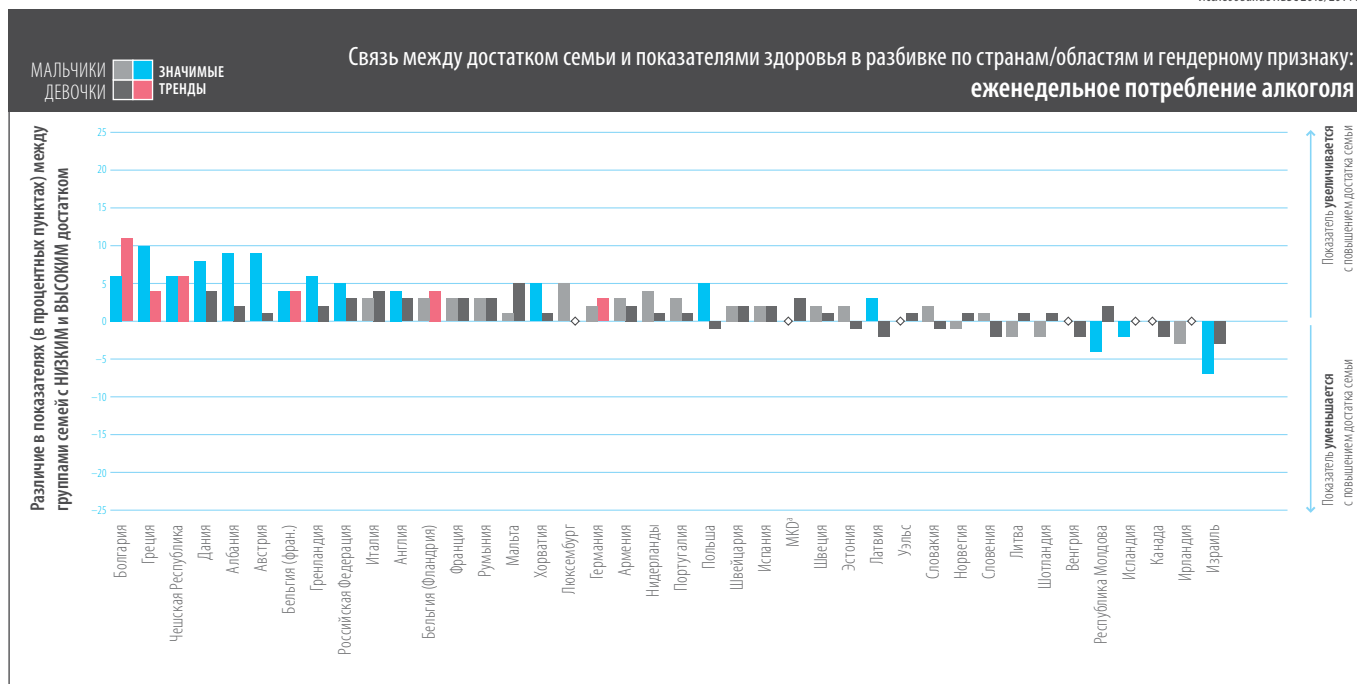
Первый случай опьянения

Подросткам был задан вопрос о том, в каком возрасте они впервые испытали состояние опьянения.

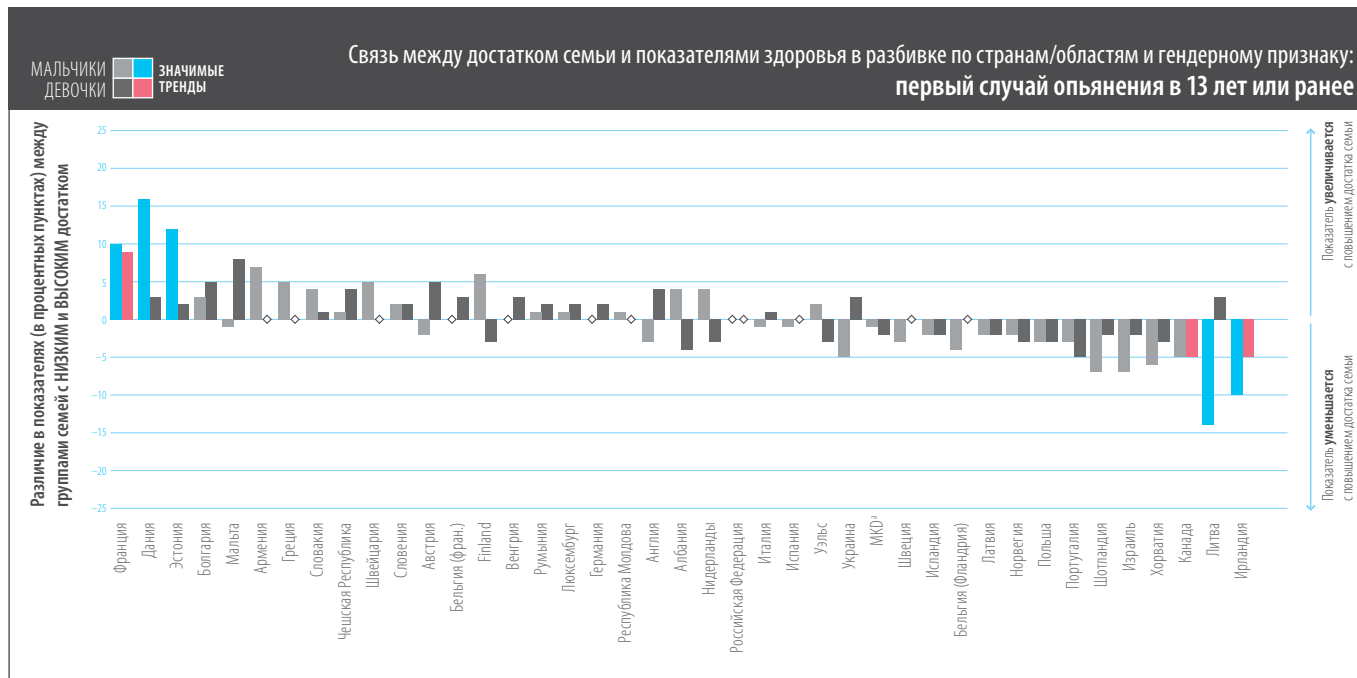
Состояние опьянения

Подросткам был задан вопрос о том, выпивали ли они когда-либо столько алкоголя, что были действительно пьяны. Варианты ответов варьировались от никогда до более 10 раз.

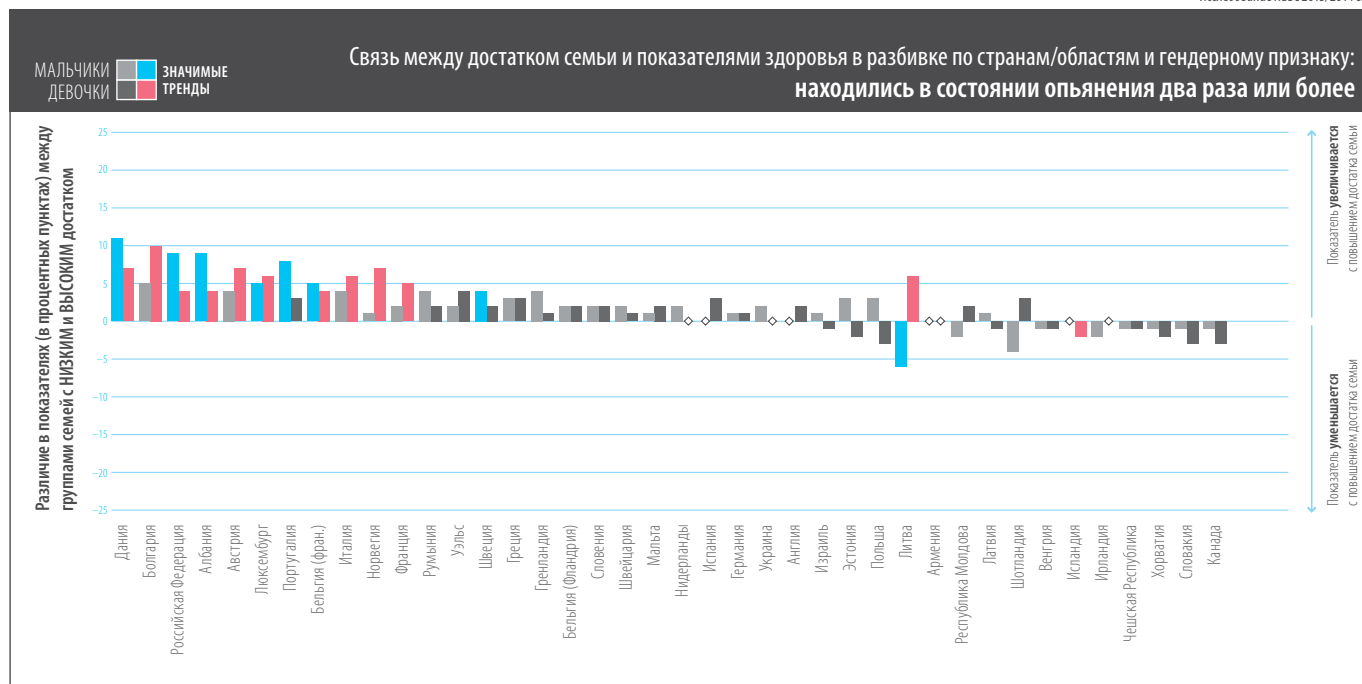
Дополнительные данные о доле тех, кто впервые употребил алкоголь в возрасте 13 лет или ранее и пьет пиво, слабоалкогольные коктейли, вина или крепкие спиртные напитки не менее одного раза в неделю, приводятся в Приложении.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.
 ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Украине и Финляндии.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.
 ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии.



Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/−0,5%. Нет данных по бывшей югославской Республике Македония и Финляндии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Еженедельное употребление алкоголя

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые выпивают какой-либо алкогольный напиток не менее одного раза в неделю.

Возрастные различия Показатель еженедельного употребления алкоголя значительно возрастает и среди мальчиков, и среди девочек в период между 11 и 15 годами почти во всех странах и областях. Различия особенно велико среди 15-летних подростков по сравнению с 13-летними.

Гендерные различия В целом еженедельное употребление алкоголя чаще встречается среди мальчиков. Гендерные различия увеличиваются с возрастом: среди подростков в возрасте 15 лет они составляют более 10 процентных пунктов в 12 странах и областях.

Достаток семьи Связь между уровнем достатка семьи и еженедельным употреблением спиртных напитков среди мальчиков отмечена в 16 странах и областях. То же верно для девочек в 6 странах и областях. В большинстве стран и областей чем выше достаток семьи, тем больше распространённость употребления алкоголя, однако в трех странах и областях среди мальчиков прослеживается обратное соотношение показателей.

Первый случай опьянения

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших, что первый случай опьянения произошел с ними в 13 лет или ранее.

Возрастные различия Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия Мальчики чаще, чем девочки, сообщают о том, что их первый опыт опьянения состоялся в возрасте 13 лет или ранее менее чем в половине стран и областей. Гендерные различия составляют 10 процентных пунктов или более в трех странах (Литва, Румыния, Хорватия).

Достаток семьи В большинстве стран и областей отсутствует значимая связь с уровнем достатка семьи. В тех странах, где подобная зависимость прослеживается, не выявлено какой-либо четкой закономерности.

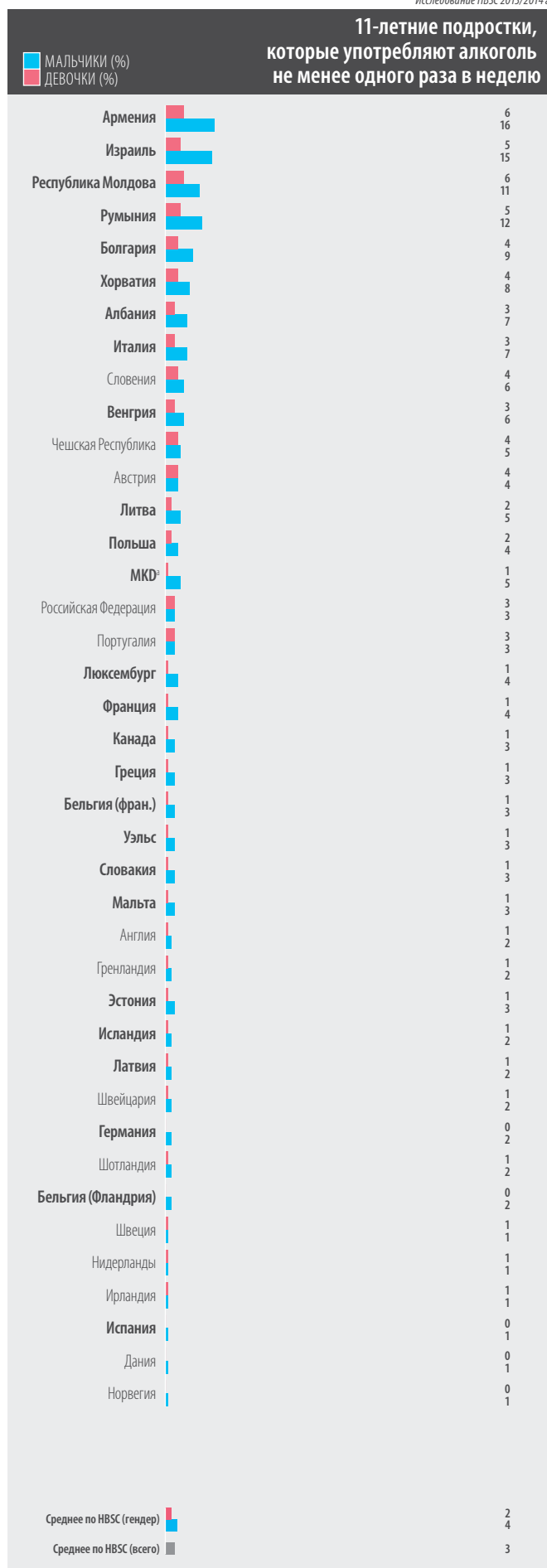
Состояние опьянения

Представленные здесь данные отражают долю тех, кто сообщает, что находился в состоянии опьянения два раза или более.

Возрастные различия Распространенность сообщений об опыте опьянения существенно увеличивается среди мальчиков и девочек в возрасте между 11 и 15 годами во всех странах и областях. Исключение составляют показатели среди девочек в Армении.

Гендерные различия Значительные гендерные различия прослеживаются менее чем в половине стран и областей — мальчики сообщают об этом с большей вероятностью. Девочки чаще сообщают о состоянии опьянения в Гренландии (данные для подростков 11 лет), Шотландии (13 лет) и Англии (15 лет).

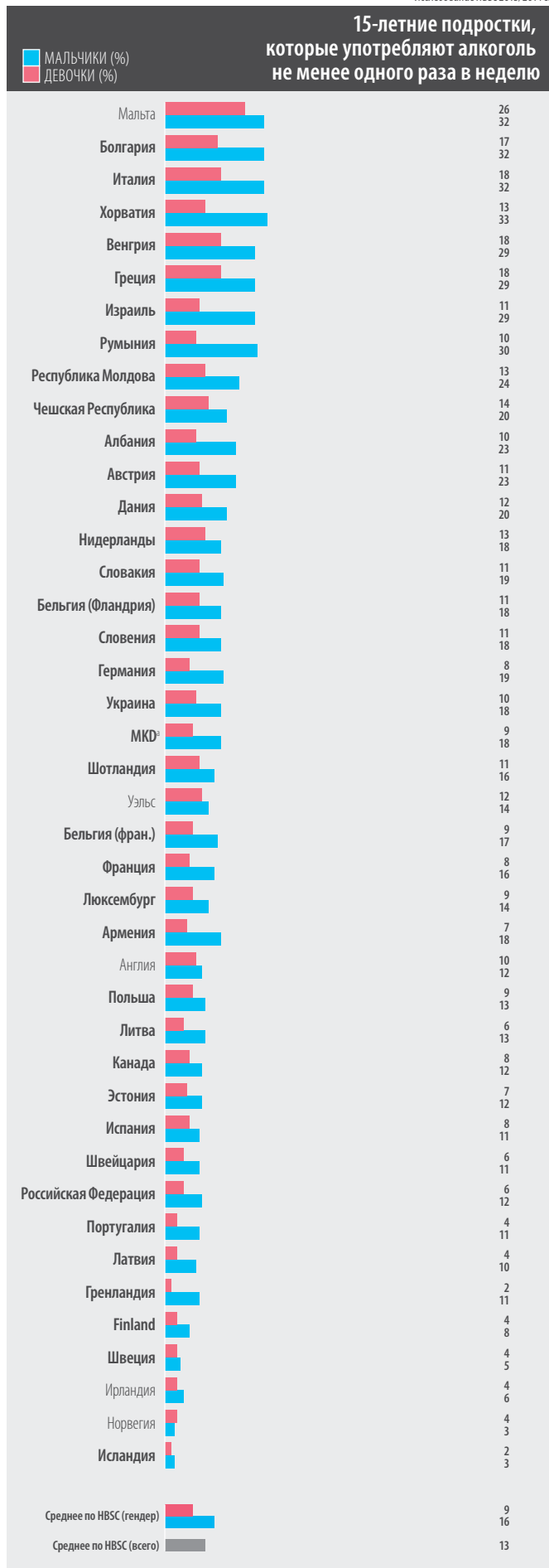
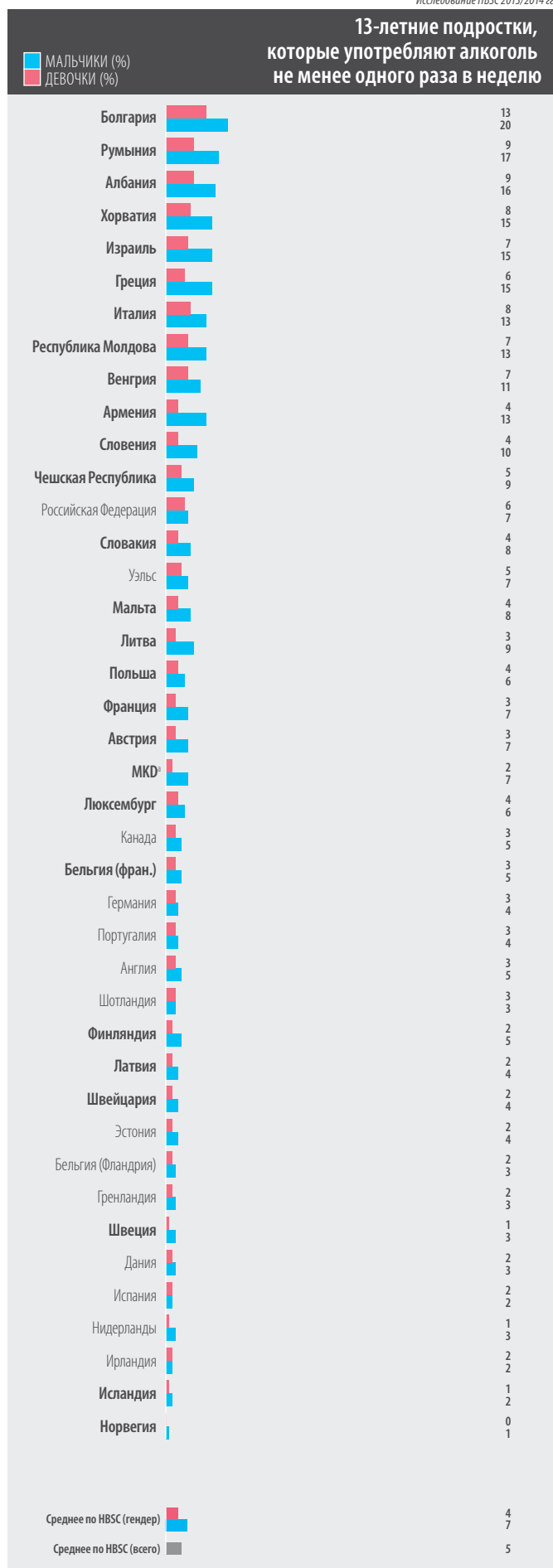
Достаток семьи Корреляция между уровнем материального благосостояния семьи и распространённостью алкогольного опьянения подтверждается в восьми странах и областях среди мальчиков и в 12 — среди девочек. Состояние опьянения в большей степени типично для подростков из семей с высоким достатком в большинстве стран и областей, однако противоположное значение этой зависимости отмечено для девочек в Исландии и для мальчиков в Литве.



* Бывшая югославская Республика Македония.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

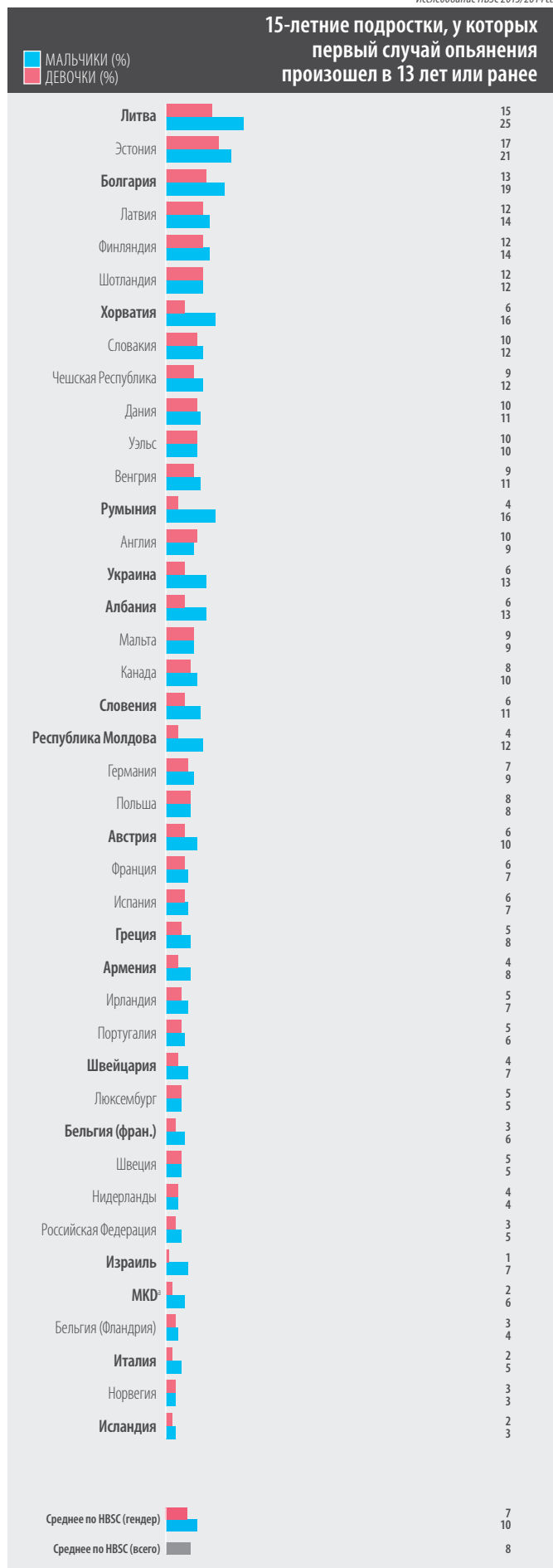
Исследование HBSC 2013/2014 гг.



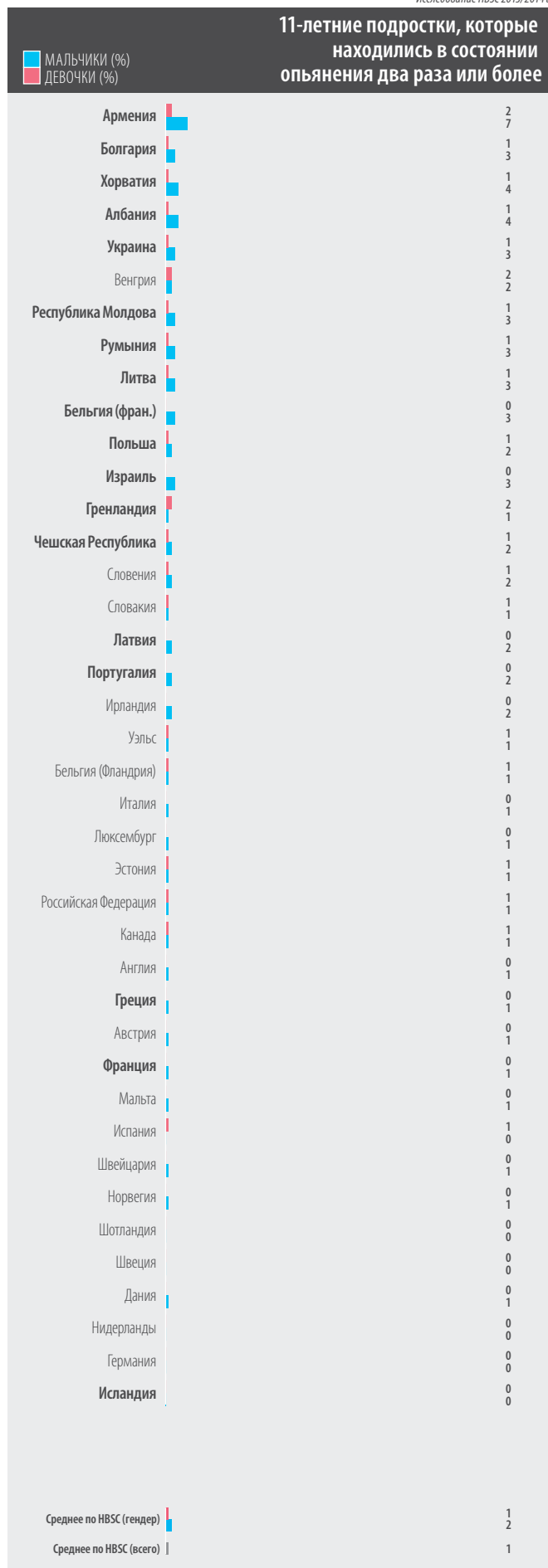
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже $\pm 0,5\%$. Нет данных по Финляндии (11-летние подростки) и Украине (11-летние и 13-летние подростки).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

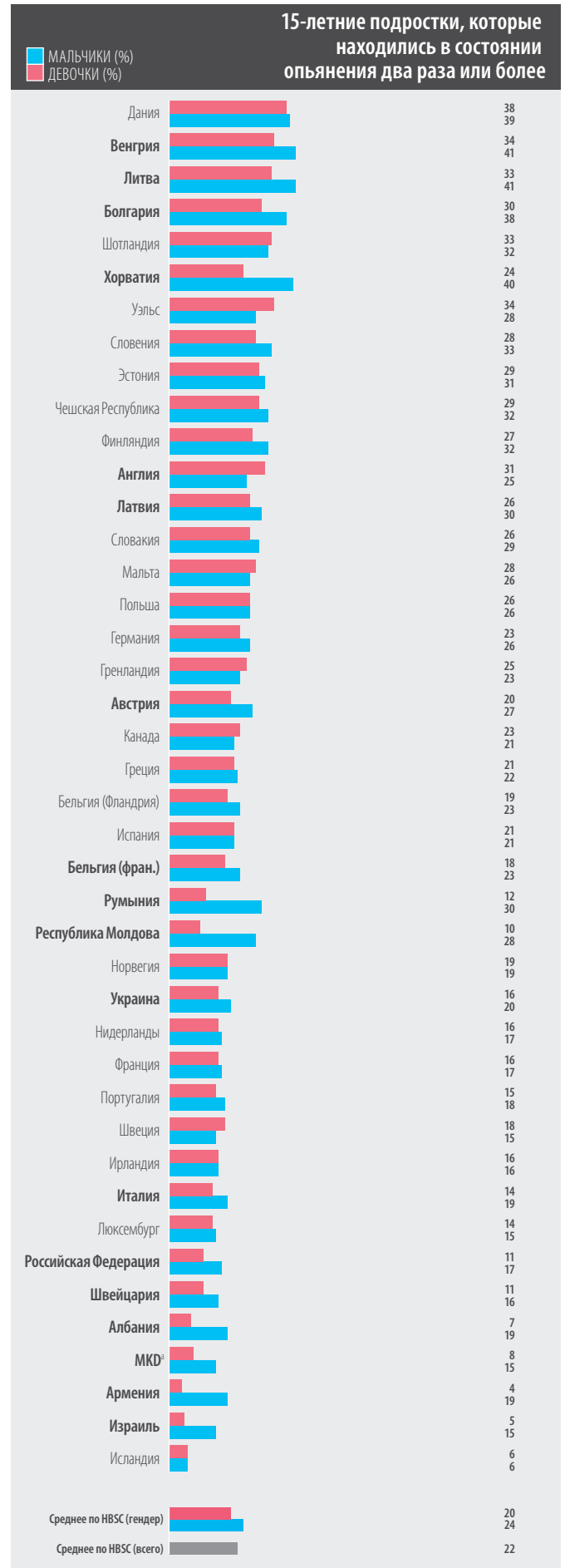
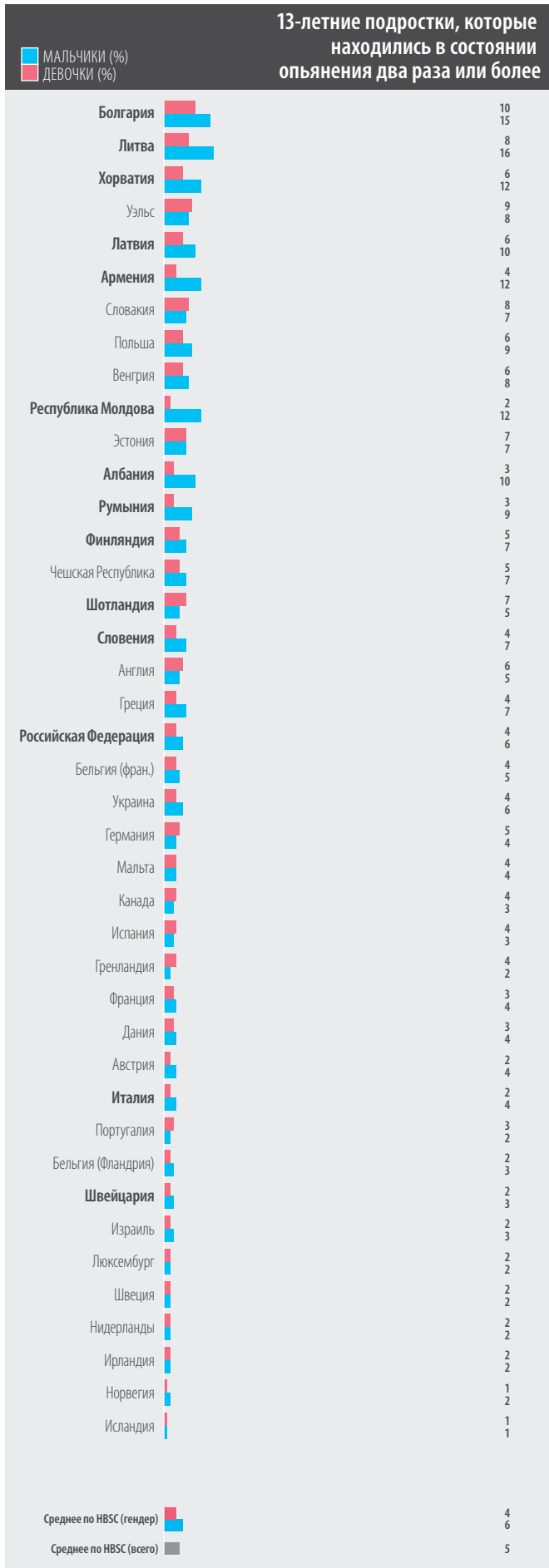


* Бывшая югославская Республика Македония. Нет данных по Гренландии.



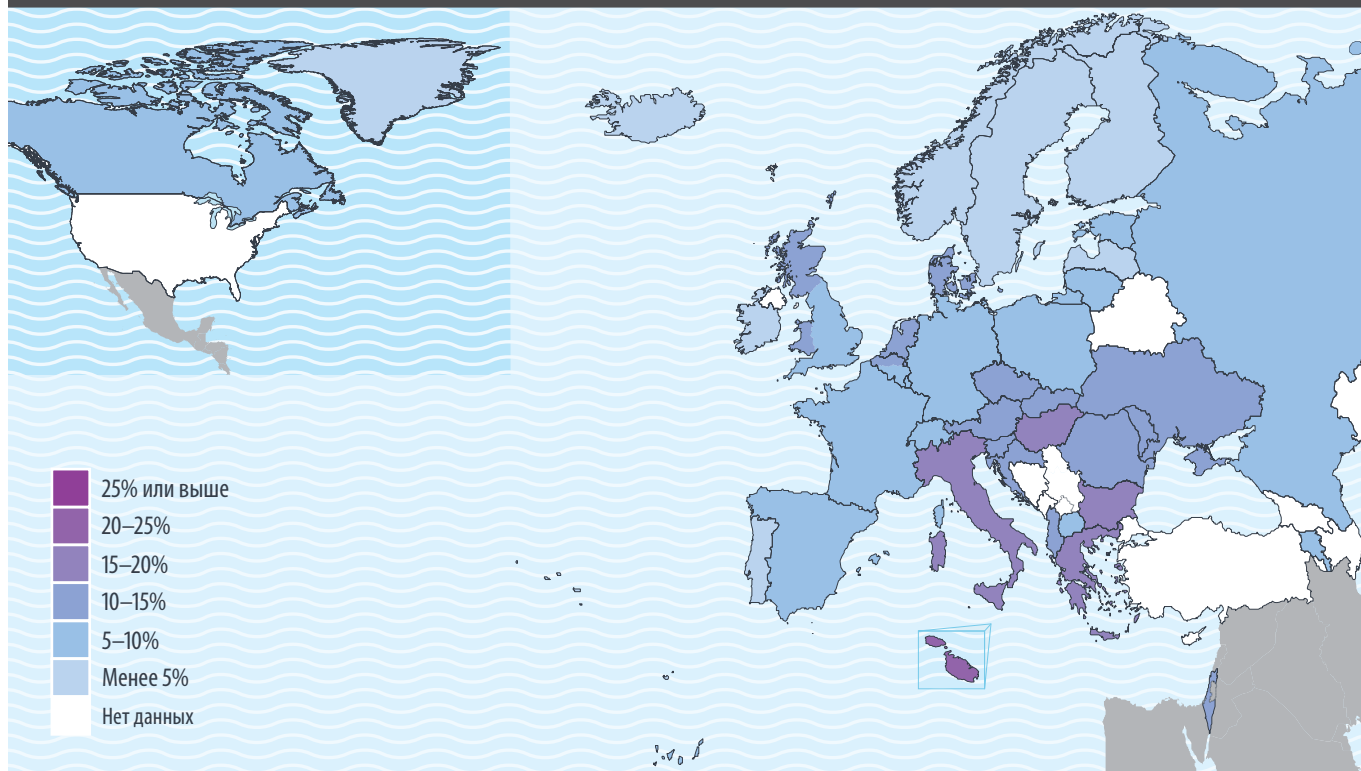
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



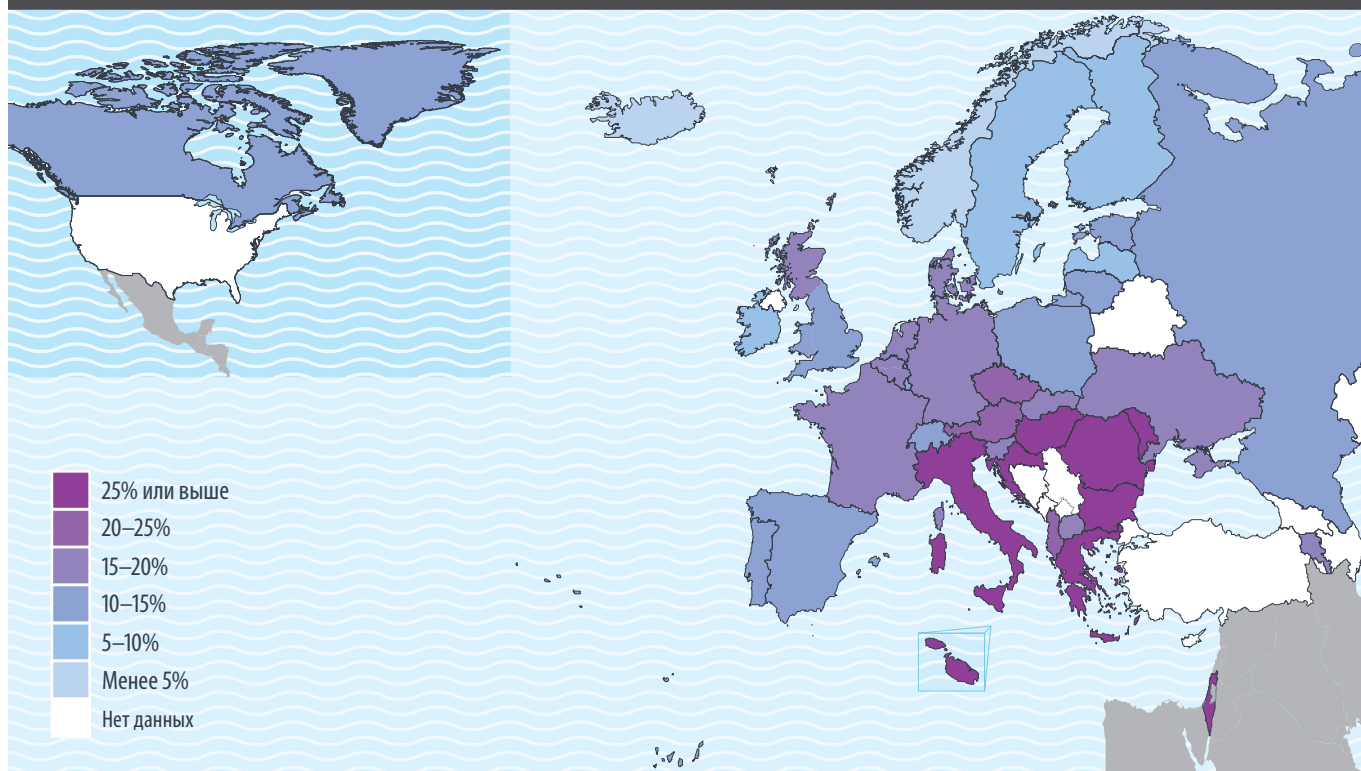
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже $\pm 0,5\%$. Нет данных по Финляндии (11-летние подростки) и бывшей югославской Республике Македония (11-летние и 13-летние подростки).

15-летние девочки, которые употребляют алкоголь не менее одного раза в неделю



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

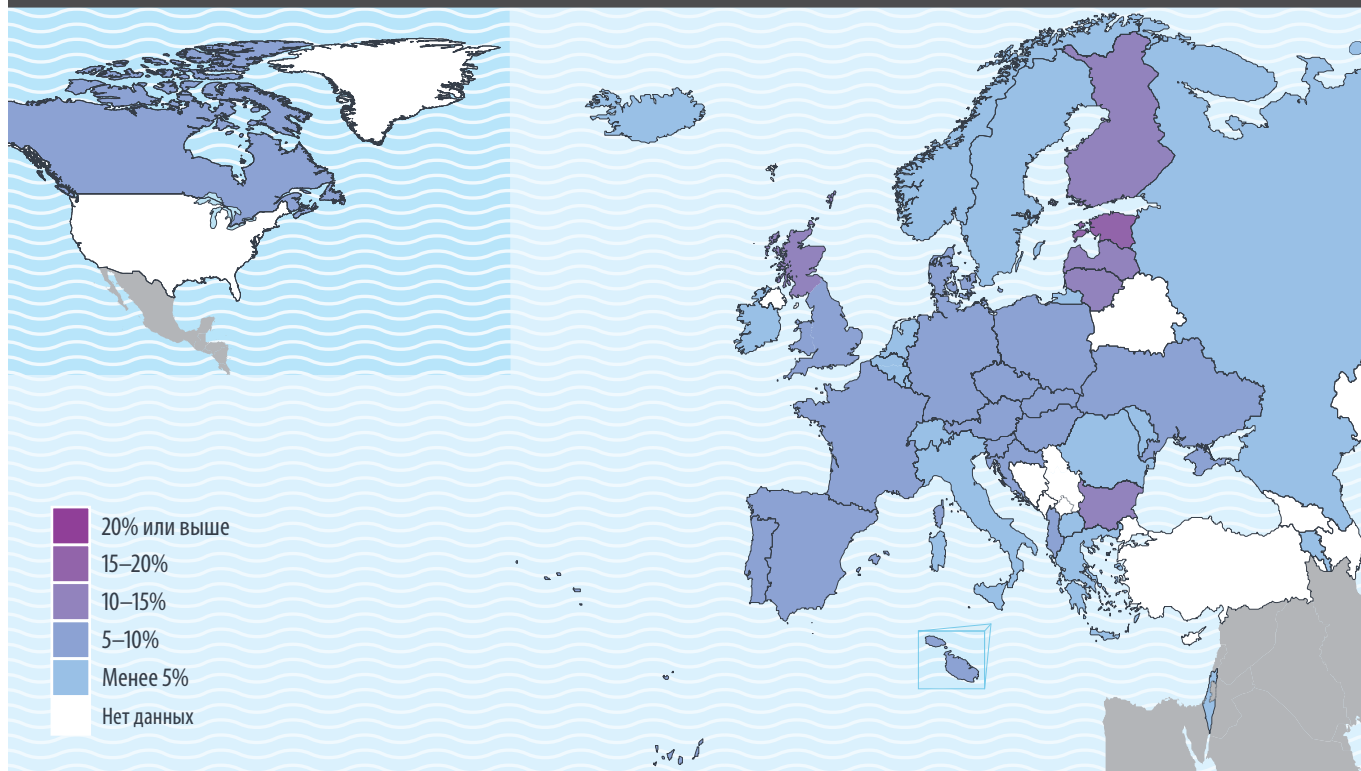
15-летние мальчики, которые употребляют алкоголь не менее одного раза в неделю



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

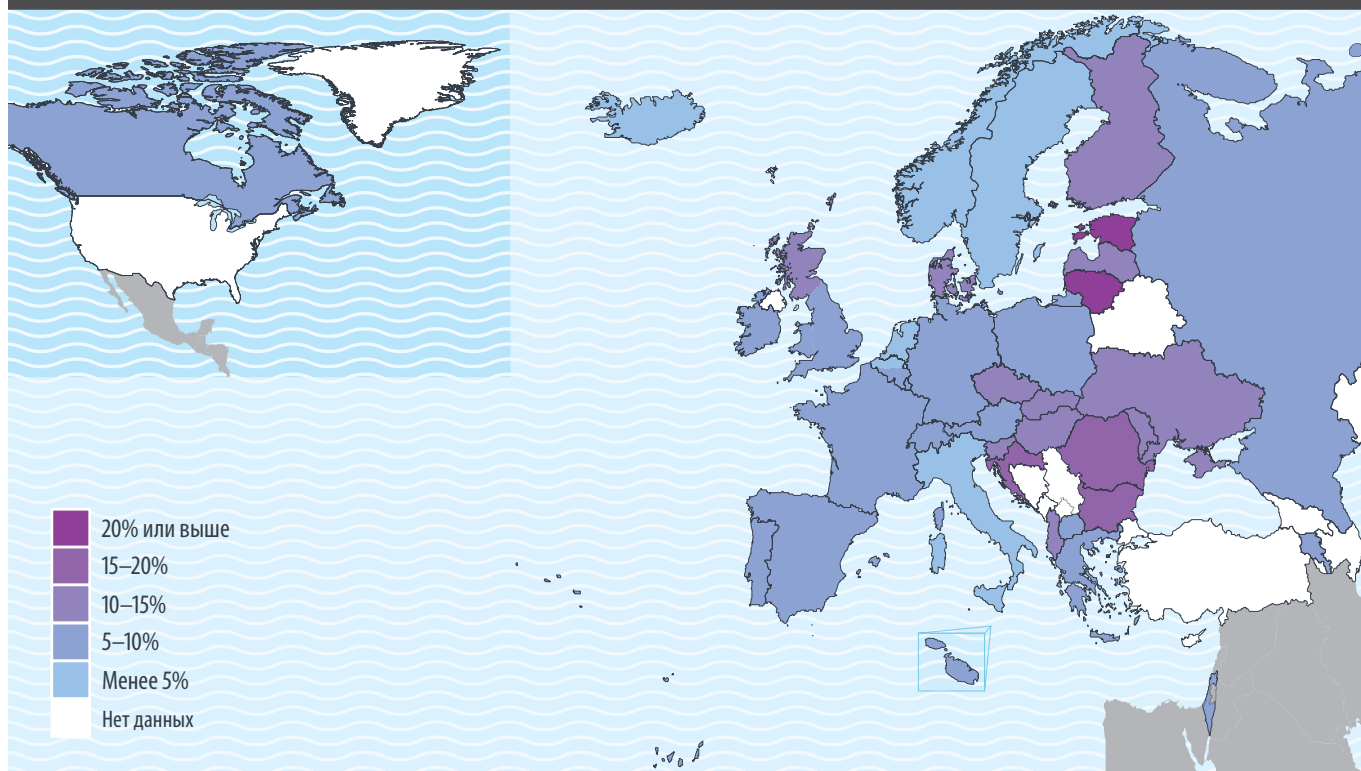
15-летние девочки, у которых первый случай опьянения произошел в 13 лет или ранее



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

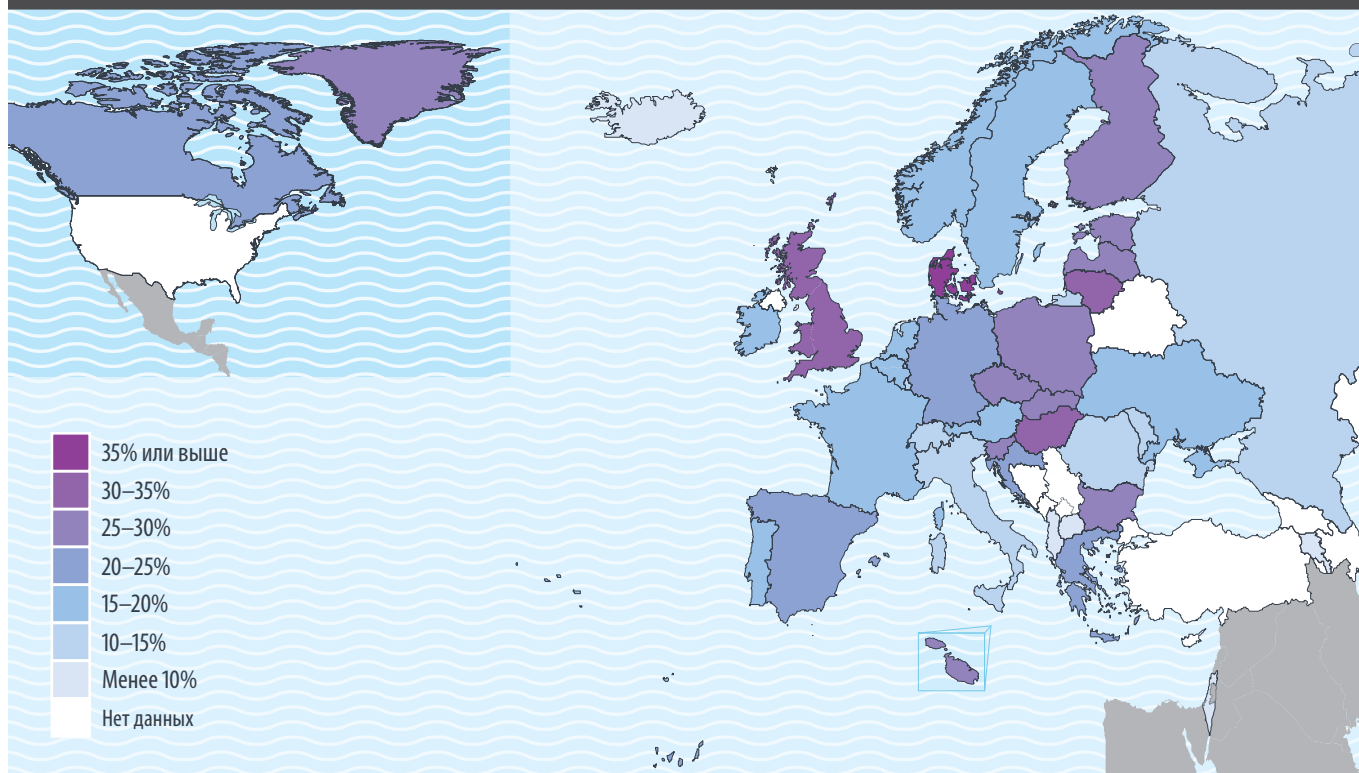
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

15-летние мальчики, у которых первый случай опьянения произошел в 13 лет или ранее



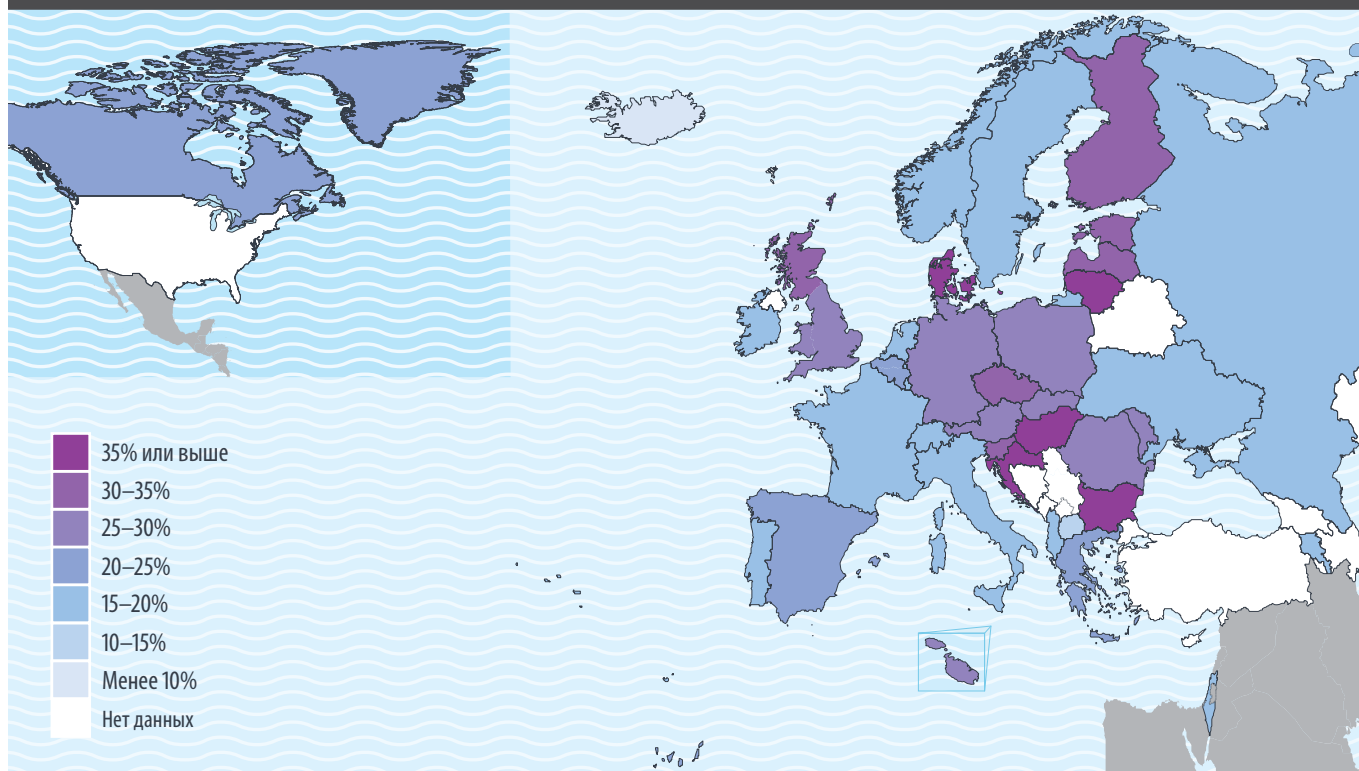
Примечание. Группы HBSC предоставили дезагрегированные данные по Бельгии и Соединенному Королевству; эти данные представлены на приведенной выше карте.

15-летние девочки, которые находились в состоянии опьянения два раза или более



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

15-летние мальчики, которые находились в состоянии опьянения два раза или более



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

С начала XXI века в большинстве европейских и североамериканских стран и областей (6) произошло сокращение употребления алкоголя среди подростков. В соответствии с существующими данными, это снижение продолжается во всех возрастных группах (как среди мальчиков, так и среди девочек).

По аналогии с данными предыдущих исследований HBSC, текущие результаты подтверждают, что показатели еженедельного употребления алкоголя и (раннего) опыта состояния опьянения существенно увеличиваются с возрастом (особенно в период с 13 до 15 лет) среди мальчиков и девочек во всех странах и областях. Эта тенденция по-прежнему более характерна для мальчиков, но гендерные различия, по всей видимости, сокращаются, особенно в отношении статистики, связанной с еженедельным употреблением алкоголя и более чем однократным состоянием опьянения. Этот вывод согласуется с таким явлением, как гендерная конвергенция, которое наблюдается с начала века (7, 8): появляются даже данные о том, что девочки, по их словам, чаще употребляют алкоголь, чем мальчики, в ряде стран и областей Северной Европы.

В целом обнаружено, что достаток семьи не имеет большого влияния на употребление алкоголя среди подростков. Этот результат согласуется с данными источников (9). В прогнозировании употребления алкоголя среди подростков более серьезную роль может играть не СЭС семьи, а скорее отношение родителей к ребенку – предоставление поддержки и внимательное отношение к поведению подростка, а также социальное положение в кругу сверстников (10).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Целый ряд факторов, в числе которых изменения в наличном доходе, маркетинг, методы предупреждения, изменения в поведении взрослых в отношении употребления спиртных напитков и сдвиги в подростковой культуре, могли повлиять на общее снижение показателей еженедельного употребления алкоголя подростками (6, 8, 11). Во многих странах и областях проводится политика ограничения доступности алкоголя для несовершеннолетних и сокращения употребления ими спиртных напитков (11, 12). Кроме того, появляются более жесткие превентивные стратегии (13). Есть вероятность, что на тенденцию к сокращению употребления алкоголя также повлияли изменения социальных норм, в частности более выраженное общественное неодобрение по отношению к употреблению алкоголя среди подростков (6). Более жесткая политика по данному вопросу и изменения социальных норм могли стать результатом большей информированности о потенциально вредном воздействии алкоголя на развитие мозга подростков. Имеющиеся данные свидетельствуют о необходимости приложения больших усилий к решению проблемы увеличения потребления алкоголя подростками в возрасте с 13 до 15 лет, которая актуальна во всех странах и областях.

Появляется все больше фактических данных, формирующих доказательную базу в поддержку конкретных направлений политики, способствующих сокращению употребления алкоголя среди подростков. В странах прослеживается связь между употреблением спиртного подростками и отсутствием запрета на продажу алкоголя лицам моложе определенного возраста, нежесткими ограничениями на доступность и рекламу спиртного (11). Результаты исследований эффективности мероприятий на базе школ неоднозначны (14), но имеющиеся данные говорят о том, что весьма результативными могут быть программы, направленные как на подростков, так и на их родителей (15). Хороший эффект могут давать некоторые общие психосоциальные и развивающие программы по предупреждению употребления алкоголя, ориентированные на развитие жизненных навыков и здорового образа жизни; они могут рассматриваться в качестве вариантов политики и профилактических мер (16). Работа с семьями приносит положительные результаты, смещая приобщение к алкоголю на более поздний возраст и уменьшая частоту его употребления среди подростков (16). Взаимодействие с семьями, направленное на изменение неадекватных поведенческих проявлений, комплексная семейная и групповая когнитивно-поведенческая терапия продемонстрировали значительные практические результаты (17).

ЛИТЕРАТУРА

1. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. Brussels: European Commission; 2006 (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
2. Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future. National survey results on drug use, 1975–2014: overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor (MI): Institute for Social Research, The University of Michigan; 2015 (<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
3. Engels RCME, ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *J Youth Adolesc.* 2001;30(6):675–95.
4. Boden JM, Fergusson DM. The short and long term consequences of adolescent alcohol use. In: Saunders J, Rey JM, editors. *Young people and alcohol: impact, policy, prevention and treatment.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2011:32–46.
5. Feldstein Ewing SW, Sakhardande A, Blakemore S. The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: a systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *Neuroimage Clin.* 2014;5:420–37.
6. De Looze M, Raaijmakers Q, ter Bogt T, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M et al. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Pub Health* 2015;25:S69–72.
7. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165:152–8.
8. Simons-Morton B, Farhat T, ter Bogt T, Hublet A, Kuntsche E, NicGabhainn S. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Pub Health* 2009;52:5199–208.
9. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med.* 2007;30:263–85.
10. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641–52.
11. Bendtsen P, Damsgaard MT, Huckle T, Casswell S, Kuntsche E, Arnold P et al. Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction* 2014;109:1857–68.
12. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Lowenfelds AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med.* 2007;4:e151.
13. Anderson P, Møller L, Galea G, editors. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm, and policy approaches.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
14. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2:CD008969.
15. Koning IM, Vollebergh WAM, Smit F, Verdurmen JE, Van den Eijnden, ter Bogt T 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):1669–78.
16. Foxcroft DR, Tsersvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;5(5):CD009113.
17. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend.* 2008;97(3):195–206.

УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ

В Европе конопля является наиболее распространенным в использовании наркотическим веществом (в 2014 г. ее употребляли 14,6 млн. подростков (1)). Кроме того, в 2014 г. данное вещество чаще всего упоминается в контексте случаев первичной госпитализации в наркологические учреждения во всех странах Европы (употребление конопли – 37%, героина – 28% и кокаина – 21%) (1).

Конопля относится к так называемым "стартовым" наркотикам, с регулярного приема которых начинается наркозависимость, (2) и является запрещенным веществом, которое наиболее часто употребляют дети и подростки школьного возраста в странах Европы и Северной Америки. При этом показатель распространенности употребления конопли за 12 месяцев варьируется в диапазоне от порядка 27% в Канаде до примерно 3% в бывшей югославской Республике Македония. Среднее значение в отчете HBSC составляет примерно 10% (3–5). Подростки употребляют это наркотическое вещество по ряду причин, в том числе с целью попробовать, поднять настроение, наладить контакт со сверстниками и соответствовать нормам поведения в подростковой среде (6).

Научные данные подтверждают, что конопля является опасным и вредным веществом, особенно для детей и подростков при его употреблении на регулярной основе (7). Употребление конопли является фактором риска развития психических расстройств и может вызывать психозы (особенно при склонности к таким состояниям) (8). Употребление в раннем возрасте, прием в большом количестве и с растущей регулярностью ведут к появлению таких проблем, как нарушения в развитии мозга, задержка роста и дефицит массы тела, приступы тревоги, кратковременная потеря памяти и другие когнитивные расстройства (9), ухудшение успеваемости и отказ от занятий в школе (10), сопряженное с риском поведение, агрессия и преступность (11), депрессия и тревожность (11), развитие так называемого синдрома потери мотивации (12).

В подростковом возрасте дети более склонны употреблять коноплю, если у них есть друзья или старшие братья и сестры, которые это делают (13–15), либо если родители практически не принимают участия в их жизни или применяют к ним слишком жесткие меры дисциплины (16).

Во многих странах были введены новые нормативные подходы и стратегии, направленные на создание возможностей для рецептурного назначения конопли в медицинских целях, при этом в обществе все более активно обсуждаются вопросы легализации рекреационного (немедицинского) ее употребления. В пяти штатах США и еще в двух странах (Нидерланды и Уругвай) реализуются решения о легализации употребления конопли в рекреационных целях людьми в возрасте старше 21 года (17). По данным опросов общественного мнения, в результате продолжающихся дискуссий восприятие риска в связи с употреблением конопли значительно снизилось, и на фоне этого в ряде стран наблюдается рост употребления конопли среди подростков младшего и старшего возраста (18).

ИЗМЕРЕНИЕ

Употребление конопли в течение жизни

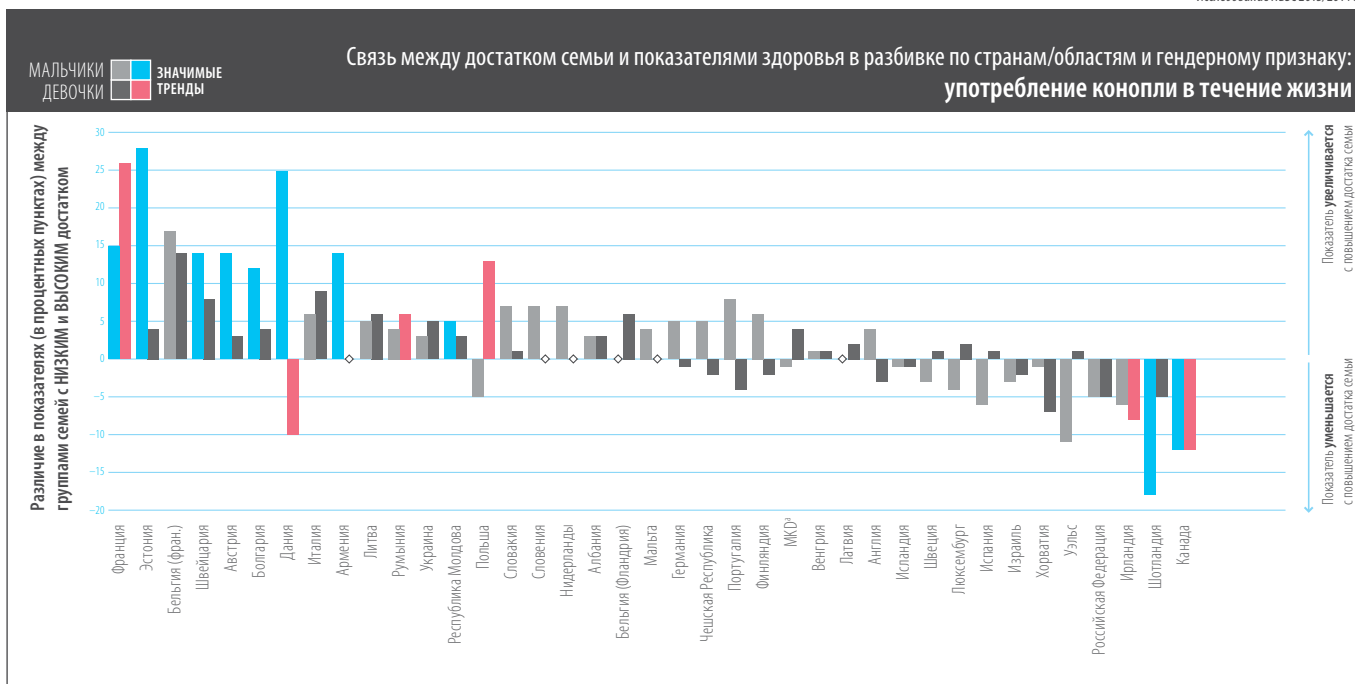
Подросткам (только 15-летним) был задан вопрос о том, как часто они употребляли коноплю в течение своей жизни.

Употребление конопли за последние 30 дней

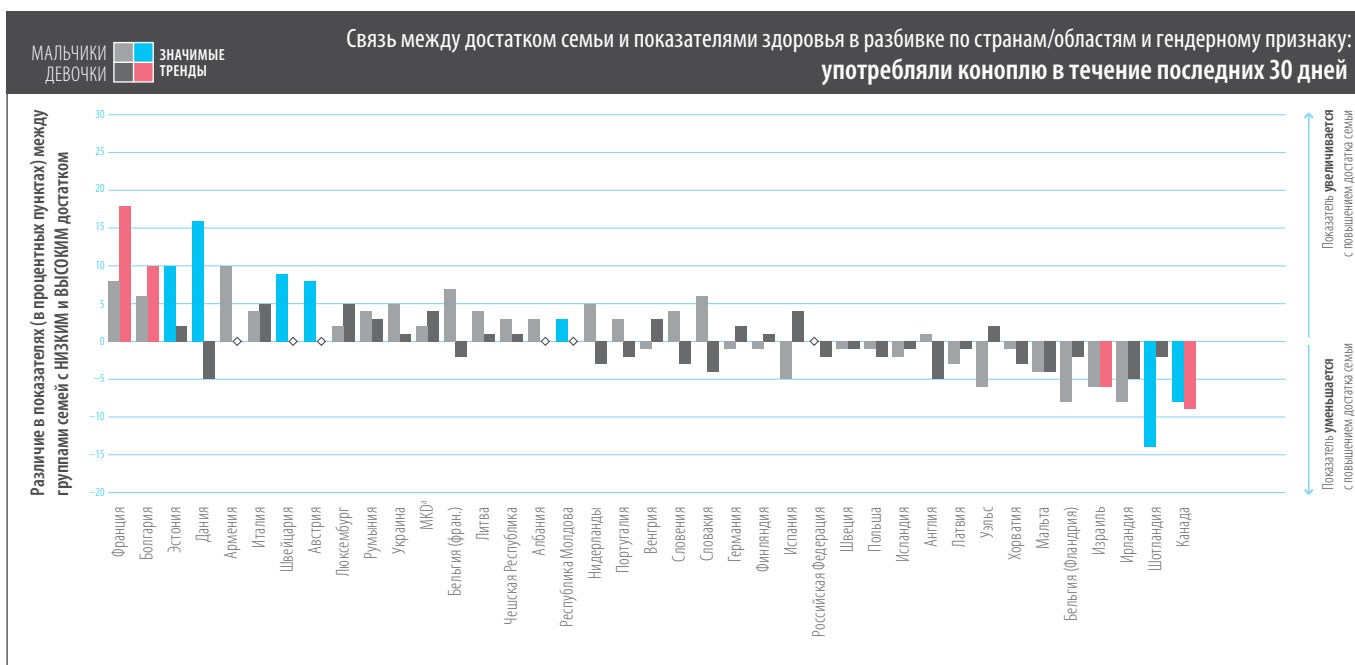
Подросткам (только 15-летним) был задан вопрос о том, как часто они употребляли коноплю в течение последних 30 дней.

Первое употребление конопли

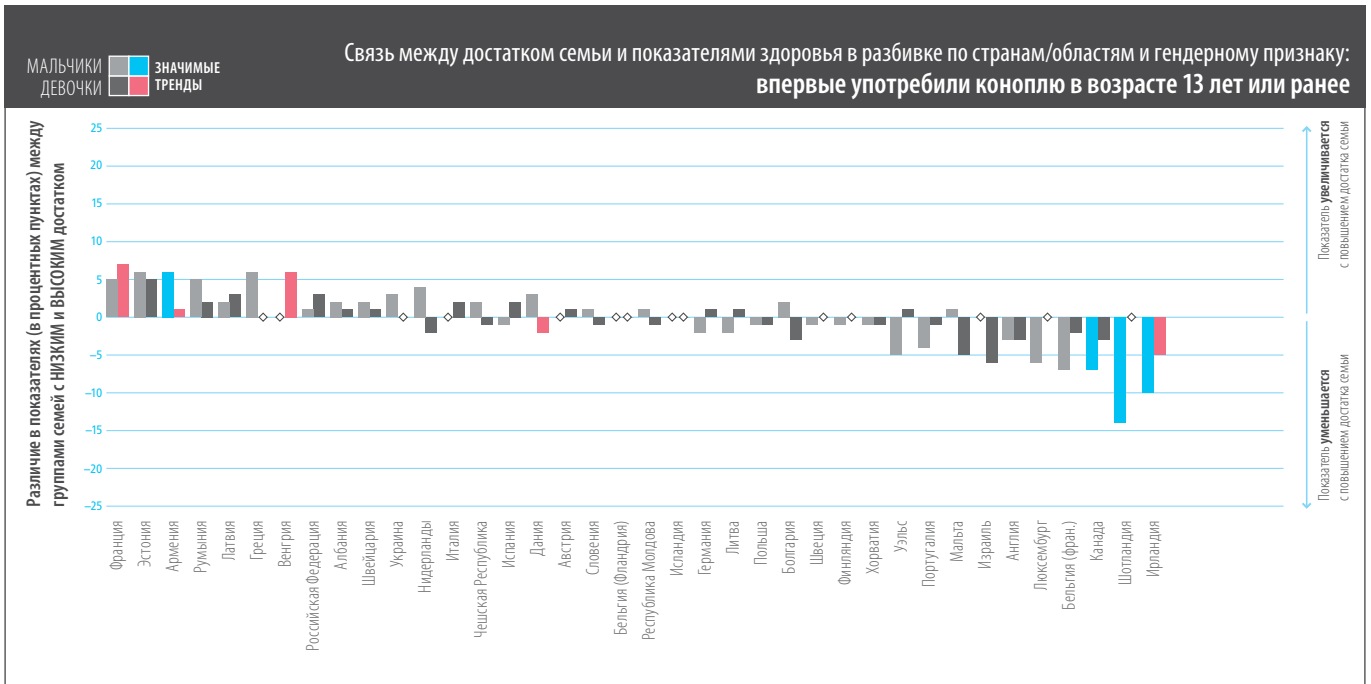
Подросткам (только 15-летним) был задан вопрос о том, в каком возрасте они впервые употребили коноплю.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии, Греции и Норвегии.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии, Греции и Норвегии.



Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии, Норвегии, бывшей югославской Республике Македония и Словакии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Употребление конопли в течение жизни

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, употребивших коноплю не менее одного раза (в течение жизни).

Возрастные различия Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия Примерно в половине стран и областей мальчики чаще сообщают об употреблении конопли. Гендерные различия в 10 процентных пунктах отмечены в трех странах (Италия, Швейцария и Эстония).

Достаток семьи По данному параметру четкая зависимость для мальчиков и девочек не прослеживается. Лишь в ряде стран и областей наблюдается значимая зависимость употребления конопли от уровня материального обеспечения семьи. При этом результаты оказались смешанными: иногда высокая распространенность соотносится с высоким достатком семьи, а иногда — с низким. Корреляция между употреблением конопли на протяжении всей жизни и высоким достатком семьи была отмечена в восьми странах и областях среди мальчиков и в трех — среди девочек. Подростки в семьях с низким достатком чаще употребляют коноплю в четырех странах: в Дании (только девочки), в Ирландии (только девочки), в Канаде (мальчики и девочки) и в Шотландии (только мальчики).

Употребление конопли за последние 30 дней

Результаты, представленные здесь, показывают долю молодых людей, которые употребили коноплю по крайней мере один раз в течение последних 30 дней (недавнее употребление).

Возрастные различия Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия В половине стран и областей мальчики чаще, чем девочки, сообщают об употреблении конопли в течение недавнего времени. Наибольшее различие по гендерному признаку составляет шесть процентных пунктов.

Достаток семьи В большинстве стран и областей отсутствует четкая закономерность между употреблением конопли и уровнем семейного достатка.

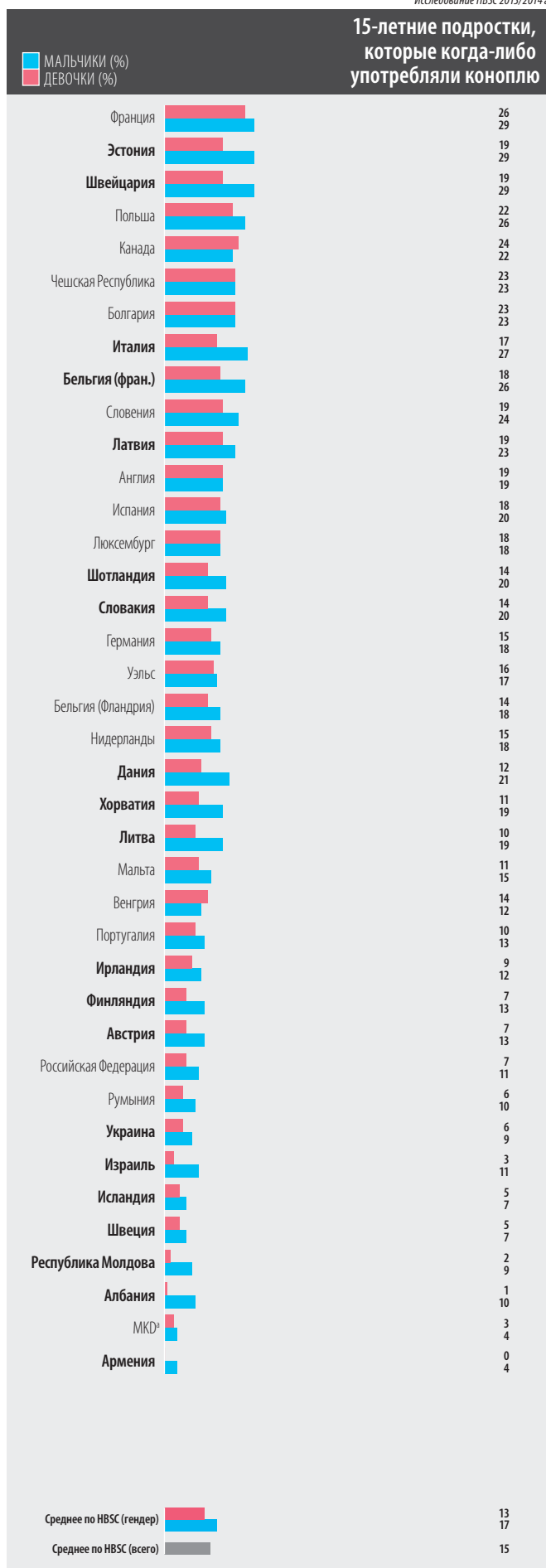
Первое употребление конопли

Результаты, представленные здесь, показывают долю респондентов, которые впервые употребили коноплю в возрасте 13 лет или ранее (ранний возраст начала употребления конопли).

Возрастные различия Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия Доля подростков, которые рано начали употреблять коноплю, варьируется в диапазоне от 1 до 8% среди мальчиков и от 0 до 7% среди девочек. В 17 странах и областях прослеживается более высокая распространенность среди мальчиков, хотя гендерные различия невелики.

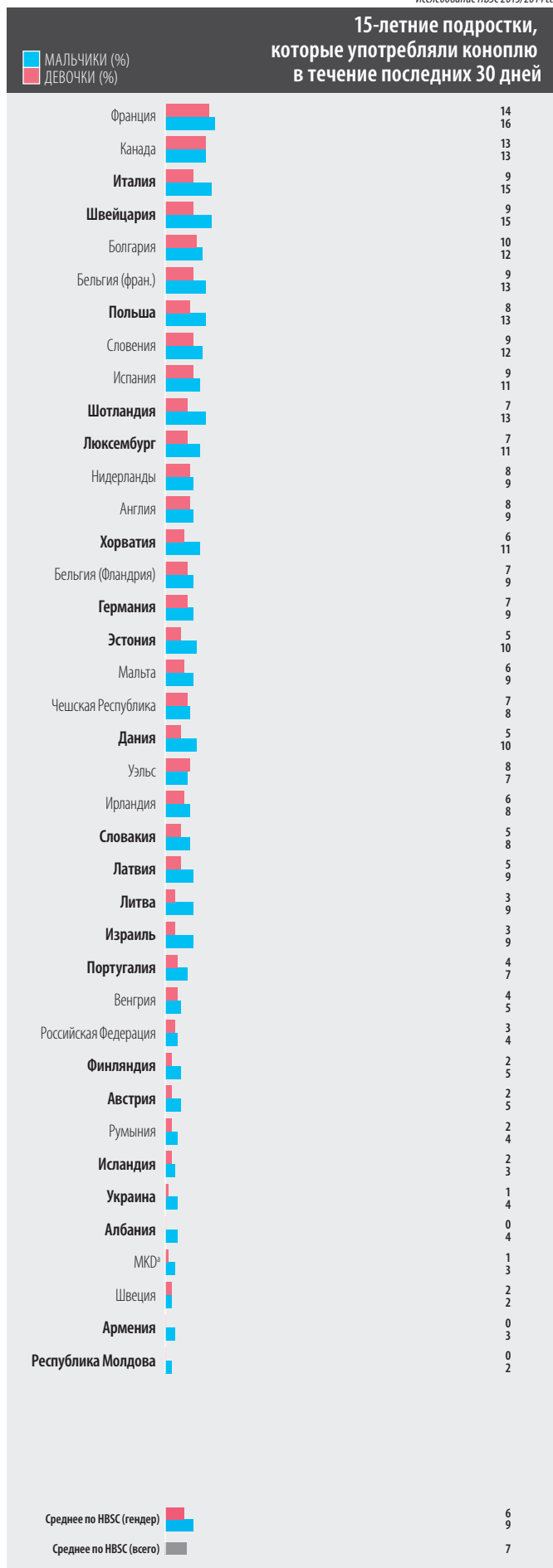
Достаток семьи В большинстве стран и областей не наблюдается четкой корреляции с уровнем достатка семьи. В тех странах и областях, где прослеживается значимая связь, характер соотношения неоднородный. Наибольшие различия в отношении употребления конопли между семьями с высоким и низким уровнем достатка отмечены среди мальчиков в Ирландии и Шотландии, где ранний возраст начала употребления конопли коррелирует с более низким достатком семьи.



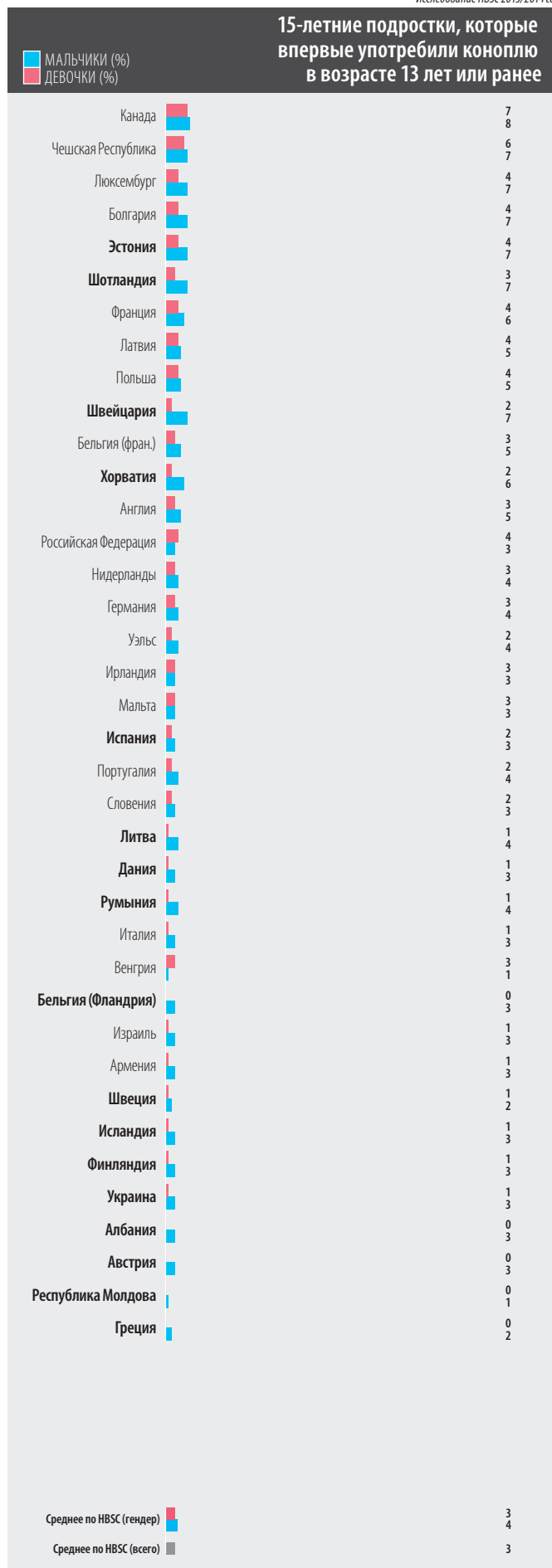
* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Нулевые значения соответствуют величинам ниже +/-0,5%. Нет данных по Гренландии и Норвегии. Данные из Греции не указаны вследствие несопоставимости категорий ответных мер. На этот вопрос отвечала только подгруппа 15-летних подростков из Бельгии (франц.).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

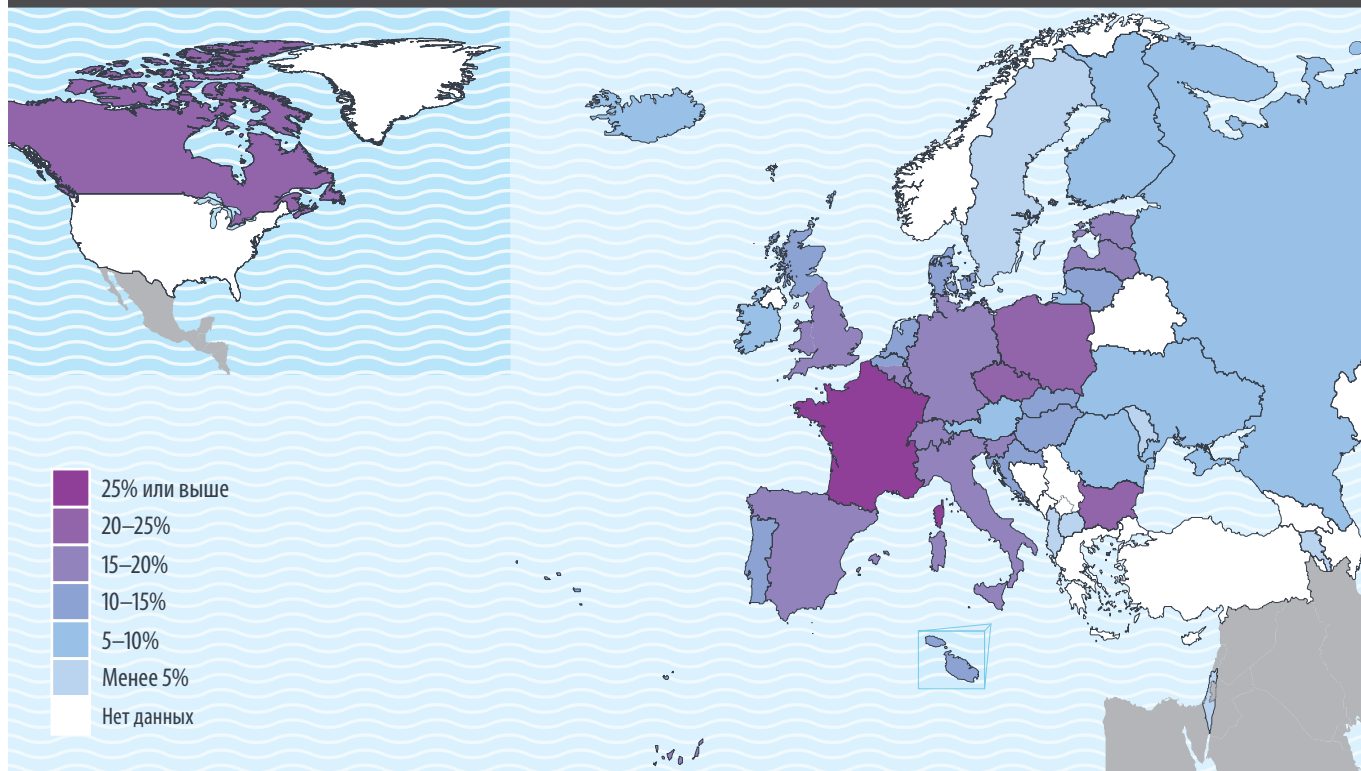


Примечание. 0 обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии и Норвегии. Данные из Греции не указаны вследствие несовместимости категорий ответных мер. На этот вопрос отвечала только подгруппа 15-летних подростков из Бельгии (франц.).



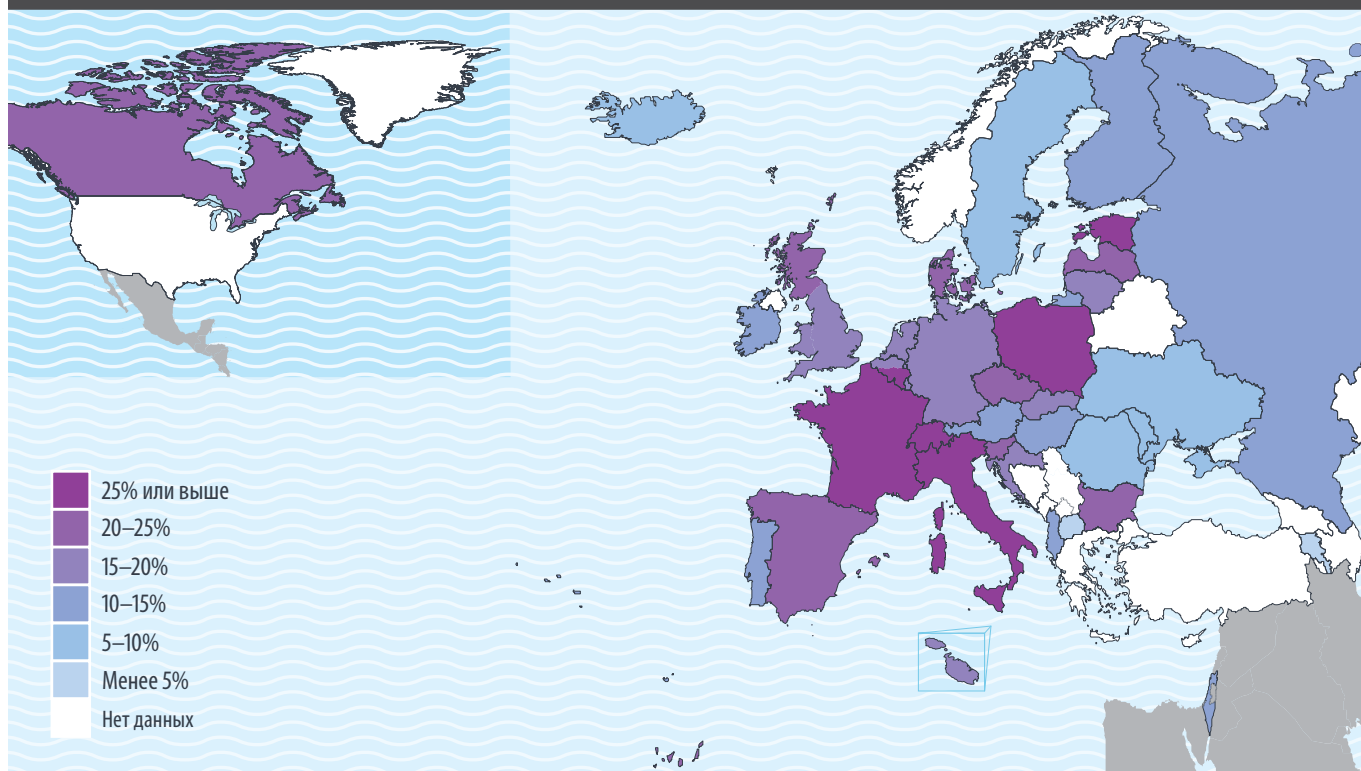
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже +/-0,5%. Нет данных по Гренландии, Норвегии, Словакии и бывшей югославской Республике Македония. На этот вопрос отвечала только подгруппа 15-летних подростков из Бельгии (франц.).

15-летние девочки, которые когда-либо употребляли коноплю



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

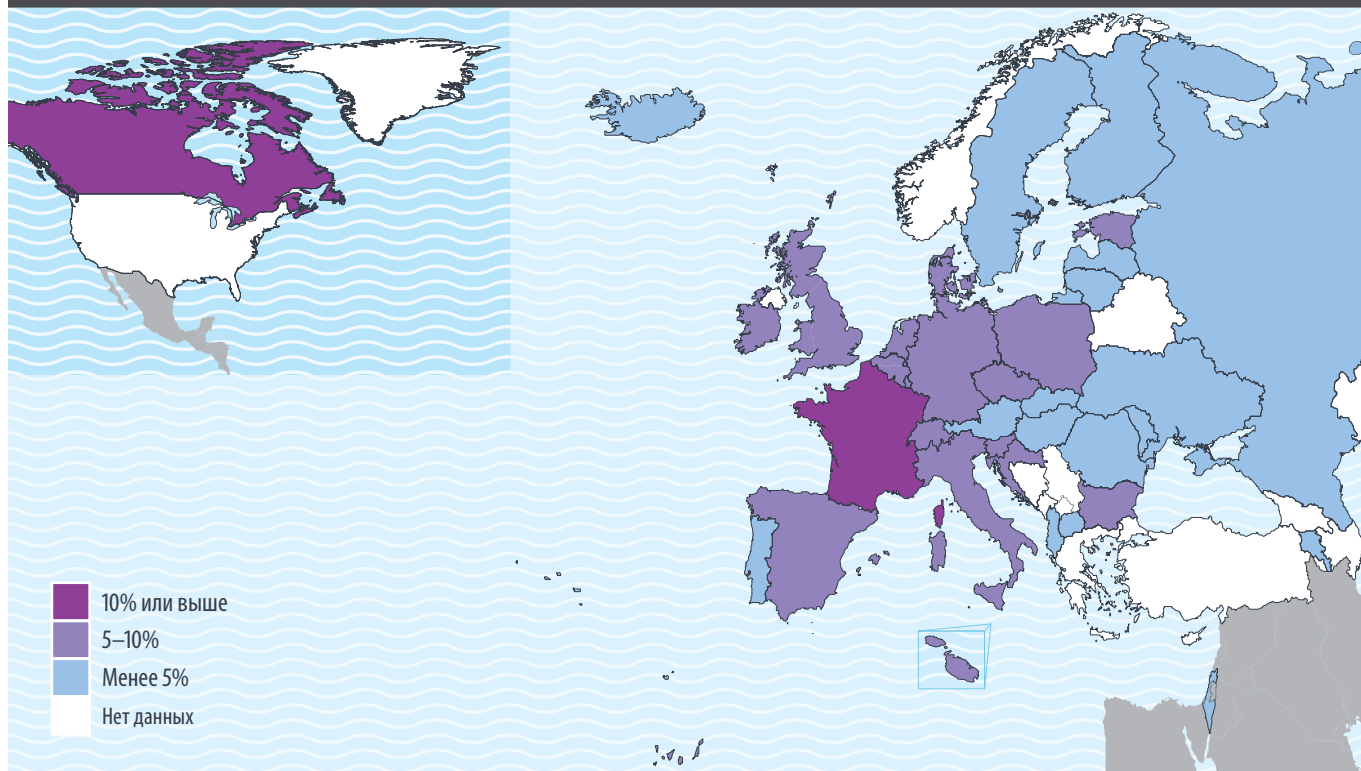
15-летние мальчики, которые когда-либо употребляли коноплю



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

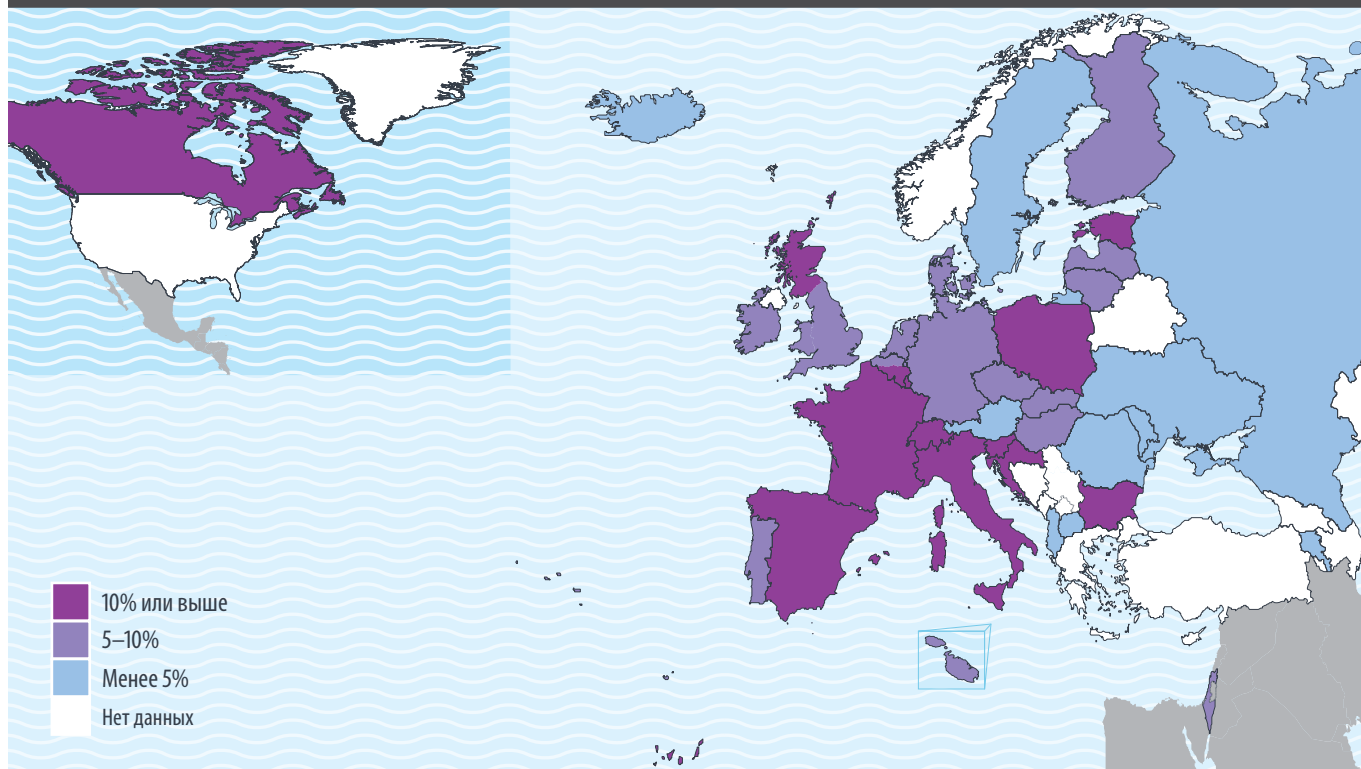
15-летние девочки, которые употребляли коноплю в течение последних 30 дней



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

15-летние мальчики, которые употребляли коноплю в течение последних 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

Полученные данные показывают, что распространенность употребления конопли существенно различается по странам и областям. Так, показатель, свидетельствующий о недавнем употреблении конопли в таких странах, как Республика Молдова и Швеция, составляет менее 2%, а в других – Канада, Франция – превышает 13%. Некоторые различия в показателях между странами могут быть связаны с уровнем материального достатка семьи, доступностью, воспринимаемым риском употребления конопли или особенностями культурной среды сверстников (15, 18–20).

Результаты также подтверждают, что употребление конопли, как правило, выше среди мальчиков. Ранний возраст начала употребления конопли примерно в трети стран и областей выше среди мальчиков, но однозначные данные о связи между употреблением конопли и уровнем семейного достатка отсутствуют.

Предполагается, что постоянные публичные обсуждения и внесение поправок в национальную и государственную политику, а также законодательную базу могут в будущем предопределить различия в тенденциях между странами и областями, поскольку они влияют на восприятие риска и доступности наркотиков и могут стимулировать экспериментирование в этой области (18, 21). Дополнительные исследования различий и тенденций в сфере употребления конопли подростками в разных странах необходимы для того, чтобы понять механизмы запуска этого процесса.

Дебаты о легализации употребления конопли могут привести к формированию стандарта в отношении восприятия риска ее употребления и популярности такой формы поведения, что, в свою очередь, может привести к изменению частотности случаев употребления конопли и других форм сопряженного с риском поведения.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Проводимые в последнее время активные обсуждения вопроса об употреблении конопли подростками и растущее общественное давление привели к введению политики декриминализации в большинстве европейских стран, в рамках которой усилия правоохранительных органов сосредоточены на деятельности торговцев наркотиками, в то время как в отношении тех, кто употребляет коноплю по рекреационному типу, вводятся лишь предупреждения или символические штрафы. Пока еще рано делать выводы об эффективности данного подхода, а результативность различных моделей декриминализации еще не имеет достаточного эмпирического подтверждения.

Общественные дебаты и разработка политики и законодательства относительно употребления конопли может существенно активизироваться в ближайшие годы, поэтому очень важно продолжать отслеживать и анализировать изменения в структуре потребления конопли среди европейских и североамериканских детей школьного возраста, а также исследовать их влияние на восприятие риска и употребления наркотиков. Важно также изучать защитные факторы, которые могли бы служить в качестве буфера в предотвращении роста употребления конопли, являющегося результатом изменения политики.

У подростков, которые начинают рано употреблять психотропные вещества и делают это достаточно часто, с большей вероятностью возникают неблагоприятные последствия для здоровья (11, 13, 14), поэтому они заслуживают особого внимания со стороны лиц, формирующих политику.

Вмешательства со стороны школы, общества и семьи должны быть адаптированы к текущей политике и направлены на повышение уровня знаний об опасностях и рисках, связанных с употреблением конопли, на улучшение навыков принятия решений, поощрение чувства собственного достоинства и устойчивости к давлению со стороны сверстников. Фактические данные показывают, что такие стратегии могут способствовать эффективному снижению уровня потребления конопли (19, 22).

ЛИТЕРАТУРА

1. European drug report 2014: trends and developments. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2014 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>, по состоянию на 4 октября 2015 г.).
2. Kandel D. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* 1975;190:912–14.
3. Currie С и др. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
4. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A et al. The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2009 (http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2007/the_2007_espad_report-full_091006.pdf, по состоянию на 4 октября 2015 г.).
5. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. 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; http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2007.pdf, по состоянию на 4 октября 2015 г.).
6. Lee CM, Woods BA. Marijuana motives; young adults' reasons for using marijuana. *Addict Behav.* 2007; 32(7):1384–94.
7. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse health effects of marijuana use. *N Eng J Med.* 2014;370:2219–27.
8. Casadio P, Fernandes C, Murray RM, Di Forti M. Cannabis use in young people: the risk for schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(8):1779–87.
9. van Ours JC, Williams J. Why parents worry: initiation into cannabis use by youth and their educational attainment. *J Health Econ.* 2009;28(1):132–42.
10. Bachman J, O'Malley PM, Schulenberg JE, Johnston L, Freedman-Doan P, Messersmith EE. The education–drug use connection. How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency. New York (NY): Lawrence Erlbaum Associates; 2008.
11. Giffith-Lendering MF, Huijbregts SC, Mooijaart A, Vollebergh WA, Swaab H. Cannabis use and development of externalizing and internalizing behavior problems in early adolescence: a TRAILS study. *Drug Alcohol Depend.* 2001;116(1–3):11–7.
12. Ding J, Gadit AM, Peer SB. School refusal in adolescent young men: could this be an idiopathic amotivational syndrome? *BMJ Case Rep.* 2014;doi:10.1136/bcr-2013-203508.
13. Kuntsche E, Simons-Morton B, Fotiou A, ter Bogt T, Kokkevi A. 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. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(2):119–25.
14. Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend.* 2007;86(1):67–74.
15. Bogot T, Schmid H, Gabhainn SN, Fotiou A, Vollebergh W. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction* 2006;101(2): 241–51.
16. Anthony J, Chen C, Storr C. Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. *Pediatrics* 2005;115(6):1631–9.
17. Jonathan P, Caulkins BK, Kleiman MAR, MacCoun RJ, Midgett G, Ogleby P et al. Options and issues regarding marijuana legalization. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2015 (<http://www.rand.org/pubs/perspectives/PE149.html>, по состоянию на 4 октября 2015 г.).
18. Harel-Fisch Y, Raiz Y, Lobel S, Shtinmiz N. Trend of substance use among Israeli youth: findings from the Israel HBSC survey 1994–2014. Jerusalem: Israel Anti-drug Authority; 2015.
19. Harel-Fisch Y. Country profile: Israel. In: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, neighbouring countries and Russia. Israel – country overview: country profile prepared by IADA [website]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2015 (<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/nc>, по состоянию на 4 октября 2015 г.).
20. Sznitman S, Kolobov T, ter Bogt T, Kuntsche E, Walsh S, Boniel-Nissim M et al. Exploring substance use normalization among adolescents: a multilevel study in 35 countries. *Soc Sci Med.* 2013;97:143–51.
21. Simons-Morton BG, Pickett W, Boyce W, ter Bogt T, Vollebergh W. Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *Int J Drug Policy* 2010;21(1):64–9.
22. Porath-Waller AJ, Beirness DJ. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Educ Behav.* 2010;37(5):709–23.

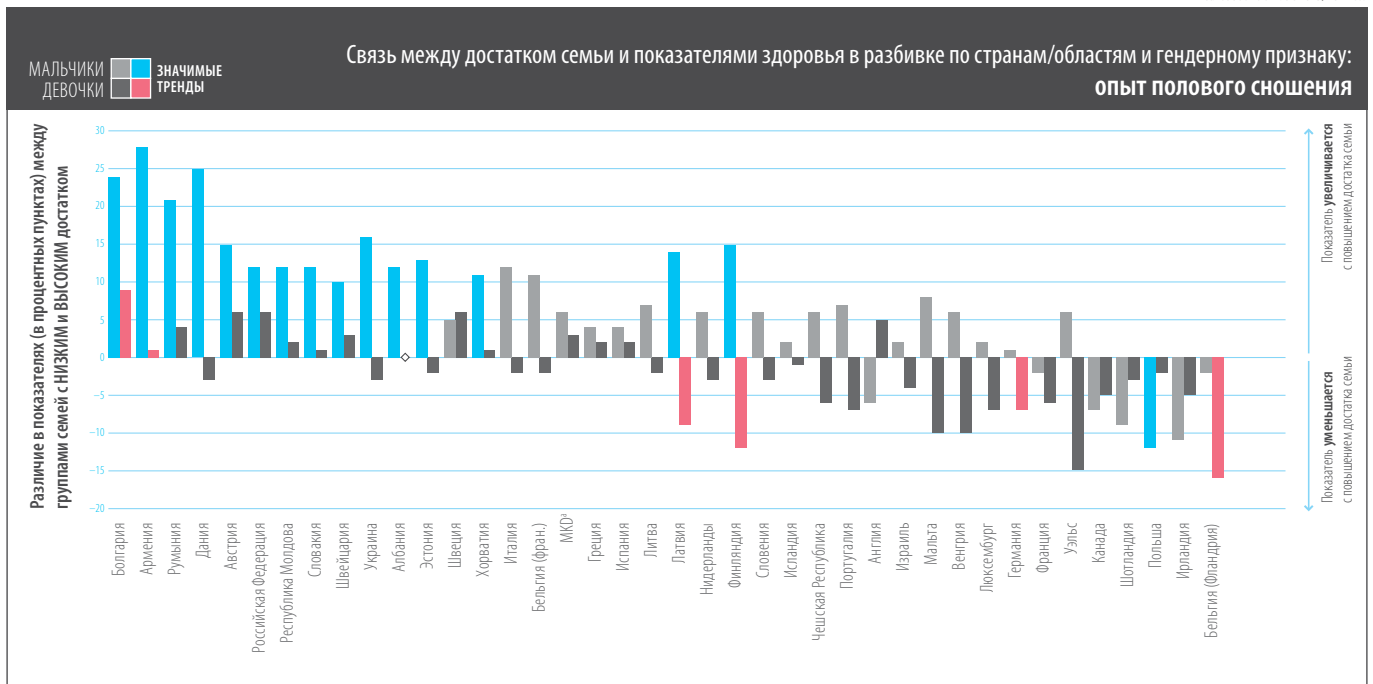
СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ОПЫТ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ

Первые романтические отношения являются важным признаком развития подростков, и часто первый сексуальный опыт приходится именно на подростковый период (1). Известно, что раннее начало половой жизни оказывает влияние на самовосприятие, благополучие, социальный статус и на будущие привычки, связанные со здоровьем, в том числе на сексуальное поведение (2, 3). Раннее начало половой жизни может рассматриваться как часть целого комплекса сопряженных с риском форм поведения, который включает употребление психотропных веществ и незащищенные половые контакты (4–7). При этом важную связующую роль могут играть общие наследственные и экологические факторы (8).

Многие подростки оценивают свой первый сексуальный опыт положительно. Негативные впечатления возникают у тех, для кого первый половой акт происходит со случайным партнером либо под давлением со стороны партнера (9). Поэтому первостепенное значение при первом половом акте имеет умение без стеснения обсуждать любые темы, связанные с интимными взаимоотношениями.

Во многих странах и областях взгляды и отношение к подростковой сексуальности и добрачному сексу таковы, что молодые люди не имеют возможности получать адекватную информацию о сексе и интимных отношениях до начала половой жизни.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



* Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области.
 ◊ обозначает менее +/-0,5%. Нет данных по Гренландии и Норвегии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Лишь 15-летним подросткам задавали вопрос о том, имели ли они когда-либо половое сношение. Вопрос формулировался с использованием разговорной терминологии (как то: "заниматься сексом" или "спать") для обеспечения понимания респондентами, что вопрос подразумевает проникающий половой акт.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщили о том, что у них есть опыт полового сношения.

Возрастные различия

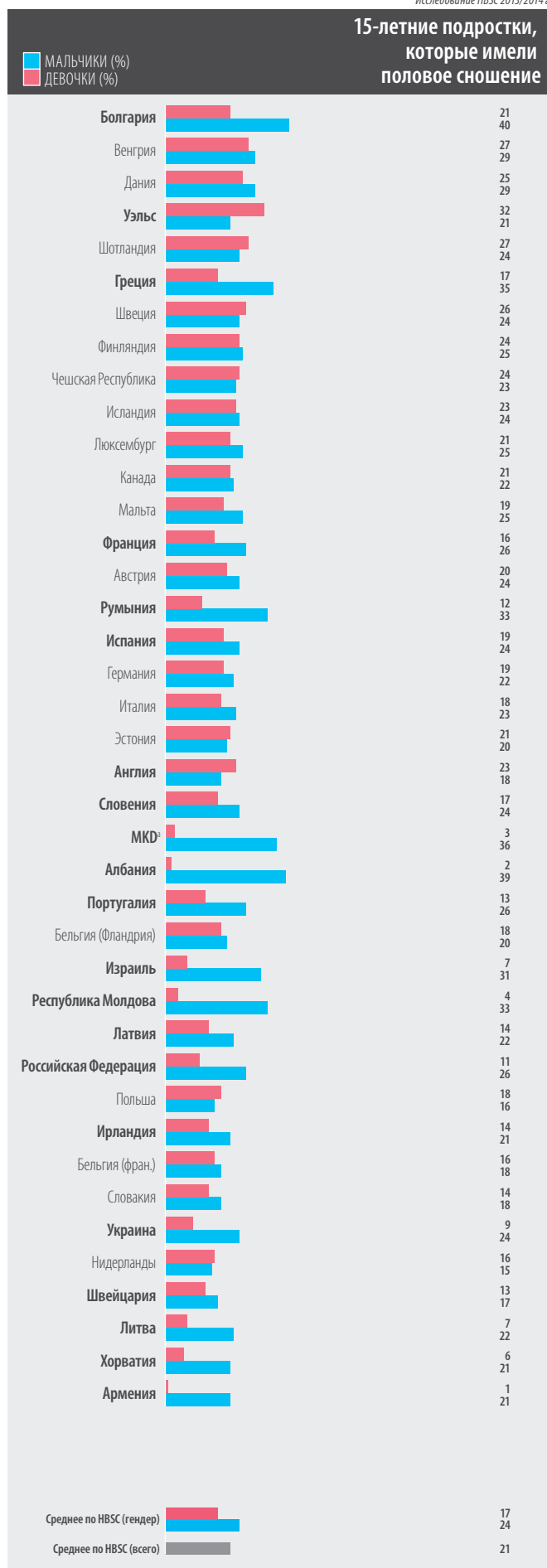
Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия

Примерно в половине стран и областей мальчики чаще сообщают о том, что имели опыт полового сношения, при этом наибольшие гендерные различия прослеживаются в странах Восточной Европы. Более высокие показатели среди девочек отмечены в Англии и Уэльсе.

Достаток семьи

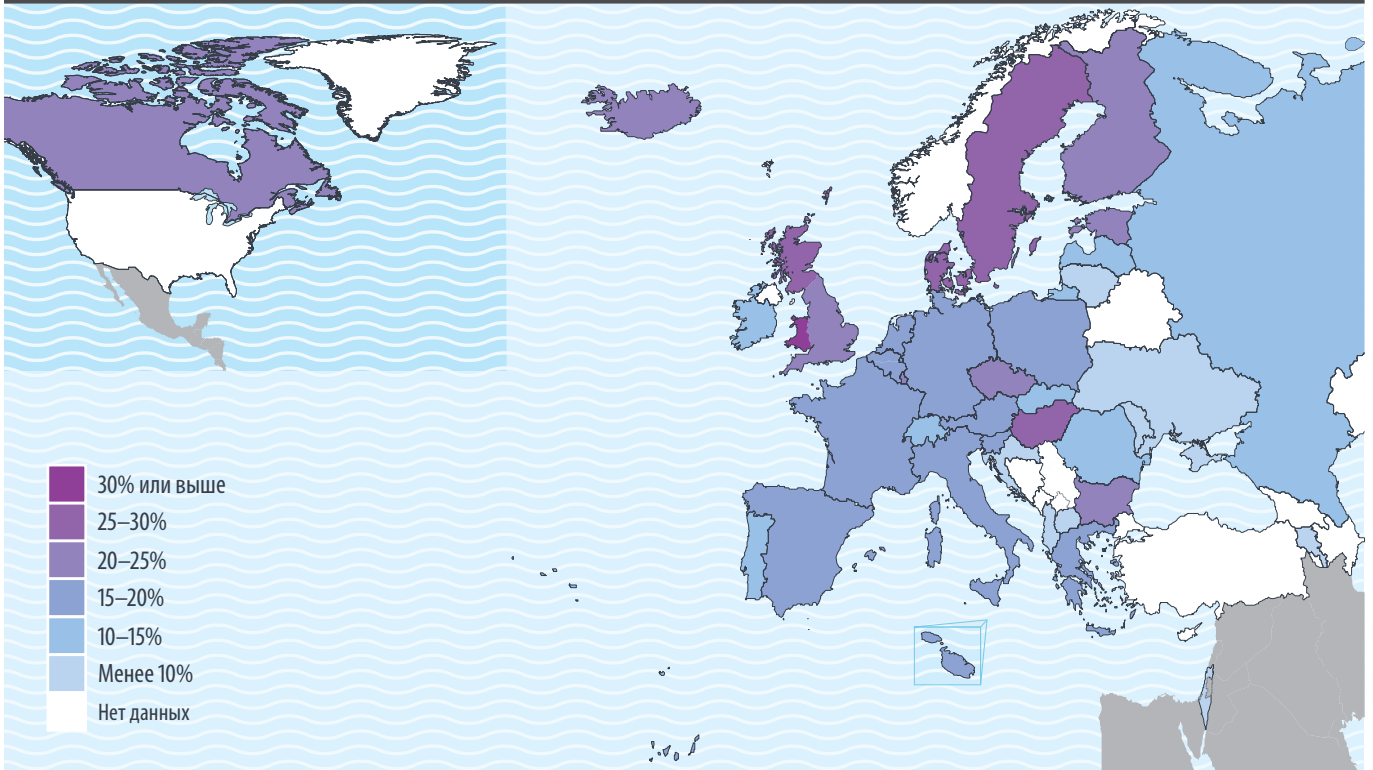
Зависимость наличия сексуального опыта от семейного достатка наблюдается лишь в некоторых странах и областях, при этом характер зависимости неоднородный. Среди мальчиков корреляция выше, и о наличии сексуального опыта чаще сообщают респонденты из группы с более высоким уровнем достатка. Положительная зависимость наблюдается среди девочек в двух странах и областях, а отрицательная – в четырех.



* Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нет данных по Гренландии и Норвегии. На этот вопрос отвечала только подгруппа 15-летних подростков из Бельгии (франц.).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

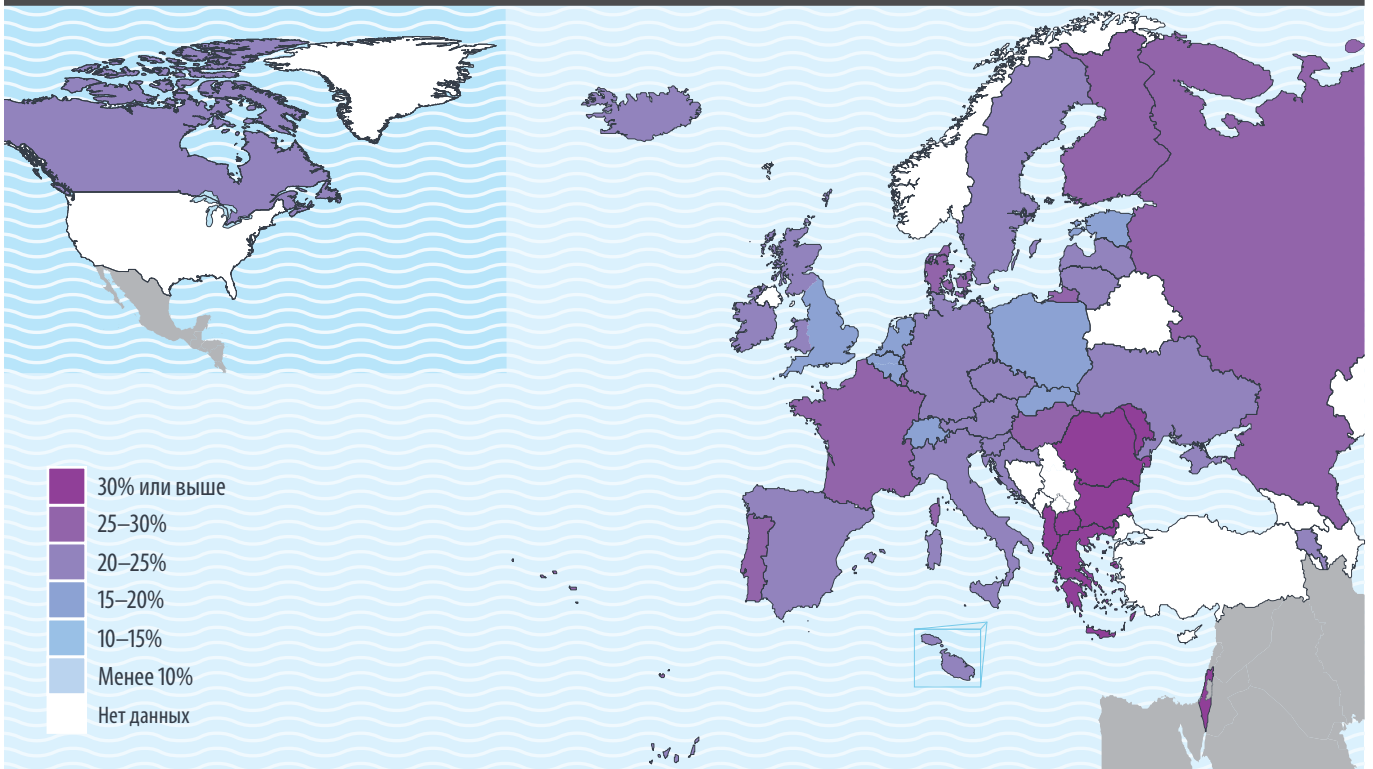
15-летние девочки, сообщившие, что имели опыт полового сношения



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

15-летние мальчики, сообщившие, что имели опыт полового сношения



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

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА И ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ ТАБЛЕТОК

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что среди подростков во многих европейских странах и областях растет уровень инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) (10), причем именно у подростков отмечается самый высокий уровень некоторых ИППП по сравнению с другими возрастными группами (11). Презервативы являются единственным эффективным методом профилактики ИППП во время полового сношения, и они легко доступны для подростков.

Противозачаточные таблетки являются эффективным методом предотвращения беременности и в ряде стран и областей часто используются подростками (12). Сокращение числа беременностей в подростковом возрасте является важной задачей в рамках улучшения здоровья подростков и снижения материнской и детской смертности (13).

Использование методов контрацепции варьируется по странам и областям (12).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%. ◊ – не представлены данные из следующих стран/областей для мальчиков и/или девочек в связи с недостаточным числом респондентов: Австрия (девочки и мальчики), Албания (девочки), Англия (мальчики), Армения (девочки и мальчики), Бельгия (Фландрия) (девочки), Венгрия (девочки), Греция (девочки), Дания (мальчики), Израиль (девочки и мальчики), Ирландия (девочки), Италия (девочки и мальчики), Литва (девочки), Люксембург (мальчики), Мальта (девочки и мальчики), Республика Молдова (девочки), Нидерланды (девочки), Российская Федерация (девочки и мальчики), Украина (девочки), Уэльс (мальчики), Хорватия (девочки), Эстония (мальчики). Нет данных по Бельгии (франц.), Гренландии и Норвегии.

ИЗМЕРЕНИЕ

Только 15-летним школьникам задавали вопрос о том, использовали ли они или их партнер презерватив во время последнего полового акта.

Данный вопрос отличается от задаваемого в ходе исследования HBSC в 2009/2010 гг., когда измерение использования таблеток и презервативов в целях контрацепции проводилось путем предоставления перечня методов контрацепции, и школьников просили отметить те, которыми они пользовались во время последнего полового акта. В исследовании 2013/2014 гг. вопрос был сформулирован иначе, так как оказалось, что предыдущий подход приводит к большому количеству пропущенных ответов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные представляют долю школьников, которые утвердительно ответили на вопрос о сексуальных отношениях и об использовании презерватива или противозачаточной таблетки во время последнего полового сношения.

Использование презерватива

Возрастные различия

Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия

В 13 странах и областях мальчики чаще сообщают об использовании презервативов, в то время как для девочек это характерно только в одной стране (Испания). При этом в большинстве стран и областей не прослеживается каких-либо серьезных гендерных различий.

Достаток семьи

В большинстве стран и областей отсутствует четкая зависимость в использовании презервативов от достатка семьи. Статистически значимая связь наблюдается лишь в одной стране для мальчиков и в одной стране для девочек, где использование презервативов больше распространено среди респондентов из семей с высоким достатком.

Использование противозачаточных таблеток

Возрастные различия

Данные представлены только для 15-летних подростков.

Гендерные различия

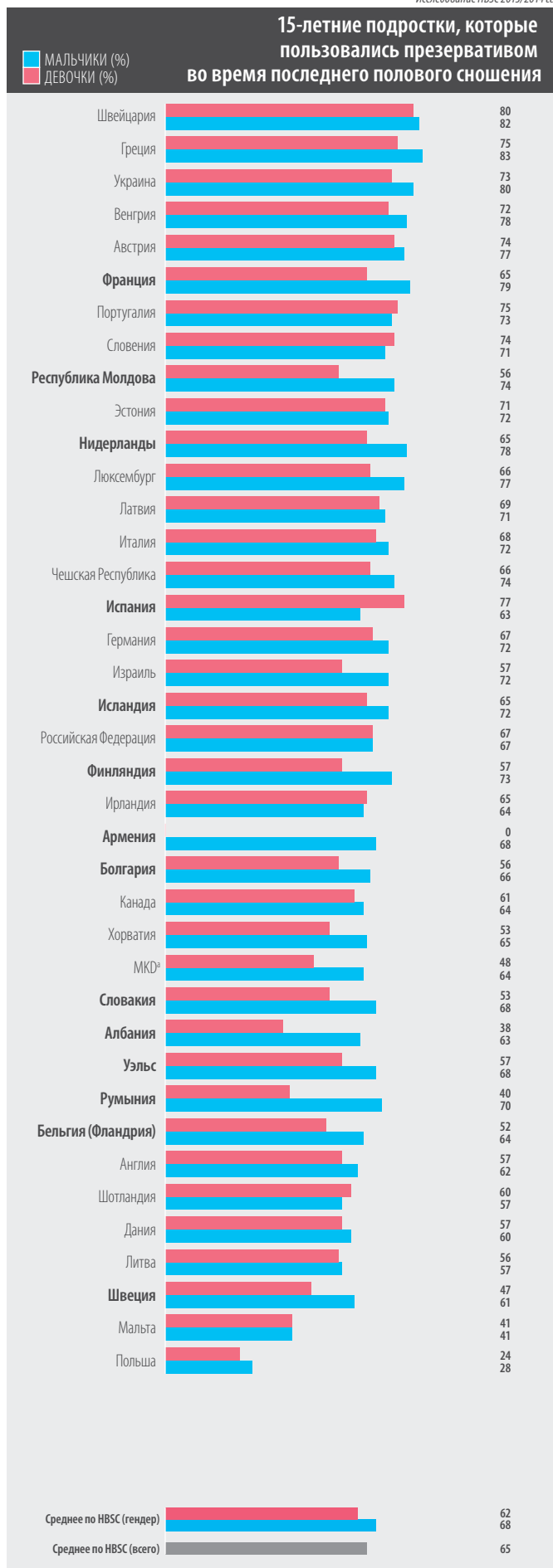
В семи странах и областях отмечено значимое гендерное различие, однако не наблюдается единой картины ни среди мальчиков, ни среди девочек в отношении использования противозачаточных таблеток.

Достаток семьи

Не удалось подтвердить существование значимой корреляции между использованием таблеток при последнем половом акте и достатком семьи в связи со слишком малым размером выборки, что не позволило достоверно установить статистическую значимость.

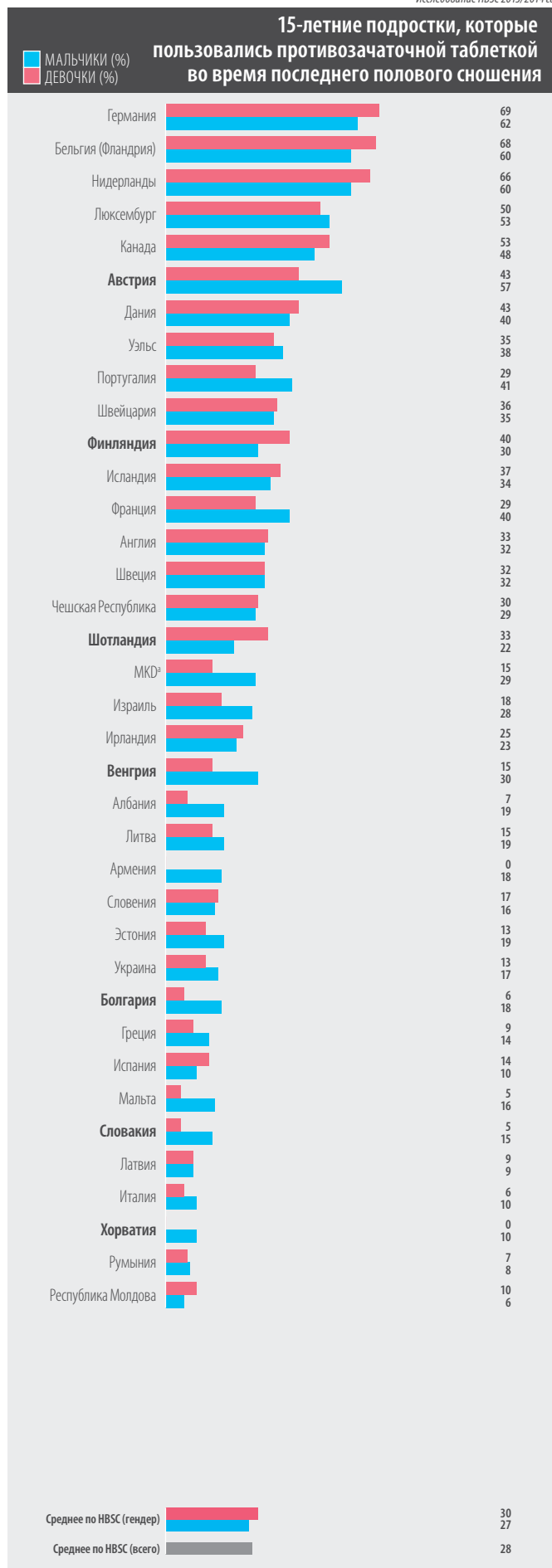
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



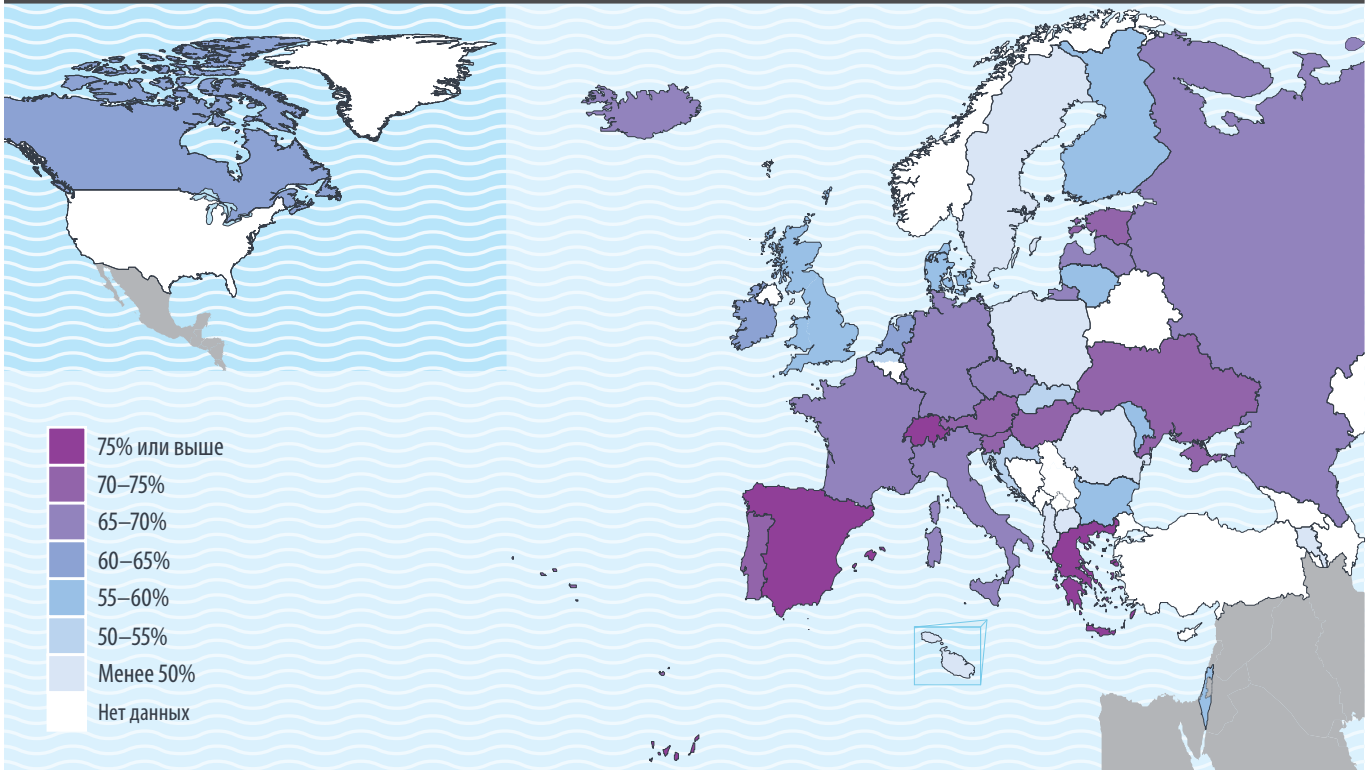
* Бывшая югославская Республика Македония.

Примечание. Нет данных по Армении (девочки), Бельгии (франц.), Гренландии и Норвегии.



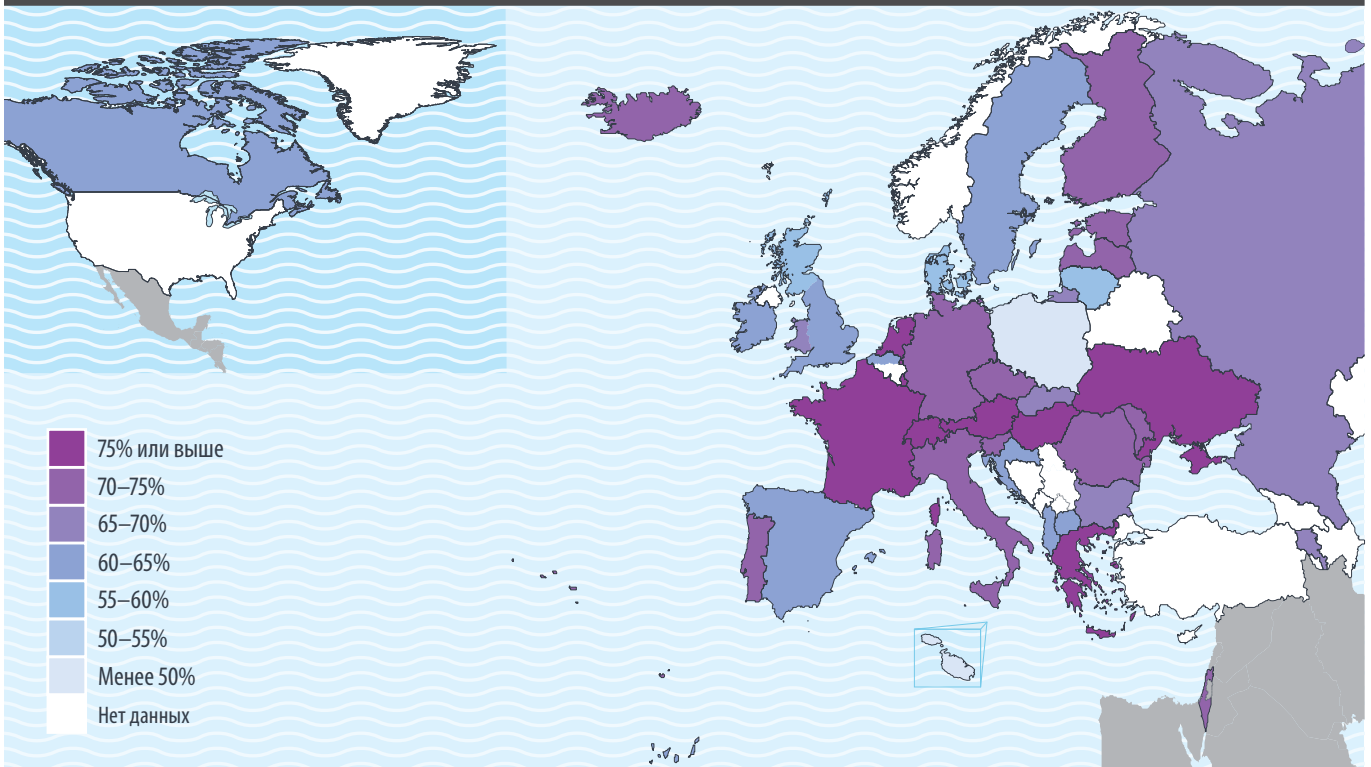
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже $\pm 0,5\%$. Нет данных по Армении (девочки), Бельгии (франц.), Гренландии, Норвегии, Польше, Российской Федерации, Хорватии (девочки).

15-летние девочки, которые пользовались презервативом во время последнего полового сношения



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

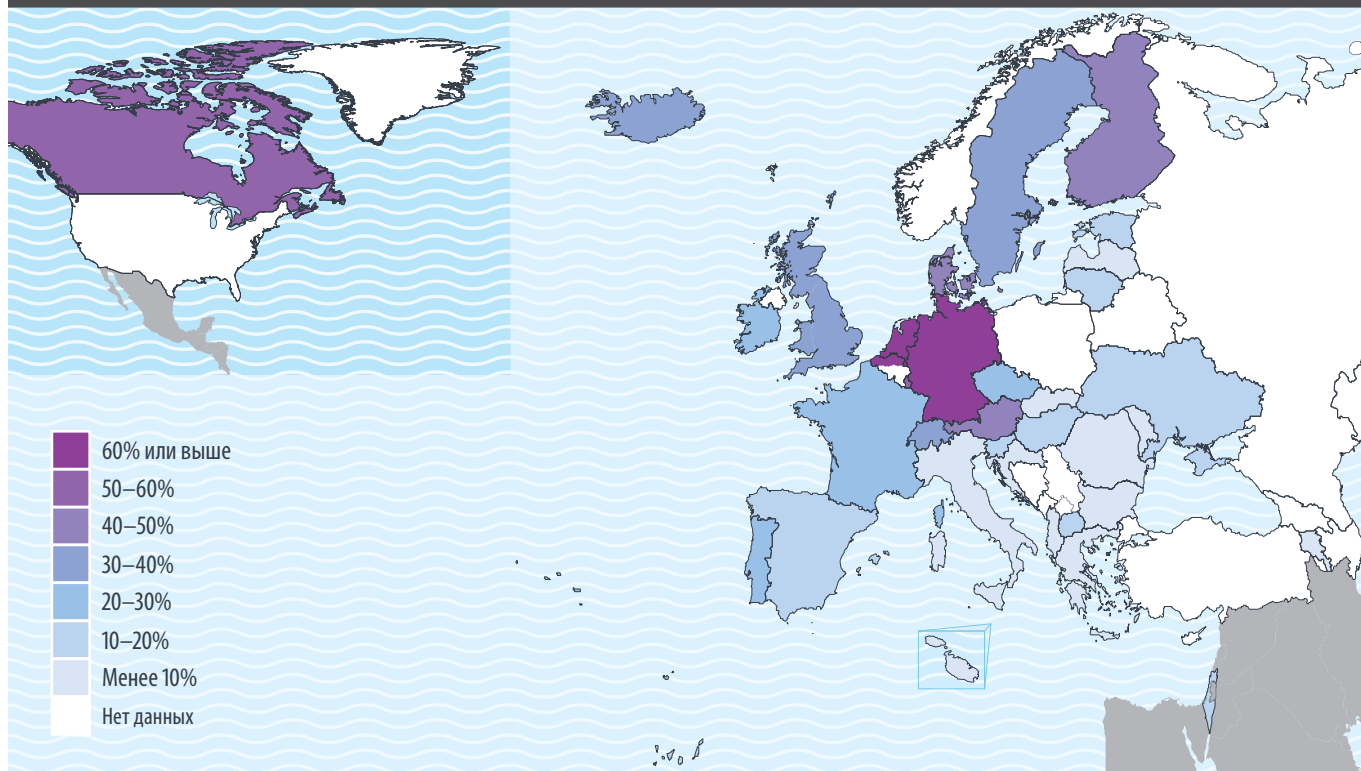
15-летние мальчики, которые пользовались презервативом во время последнего полового сношения



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

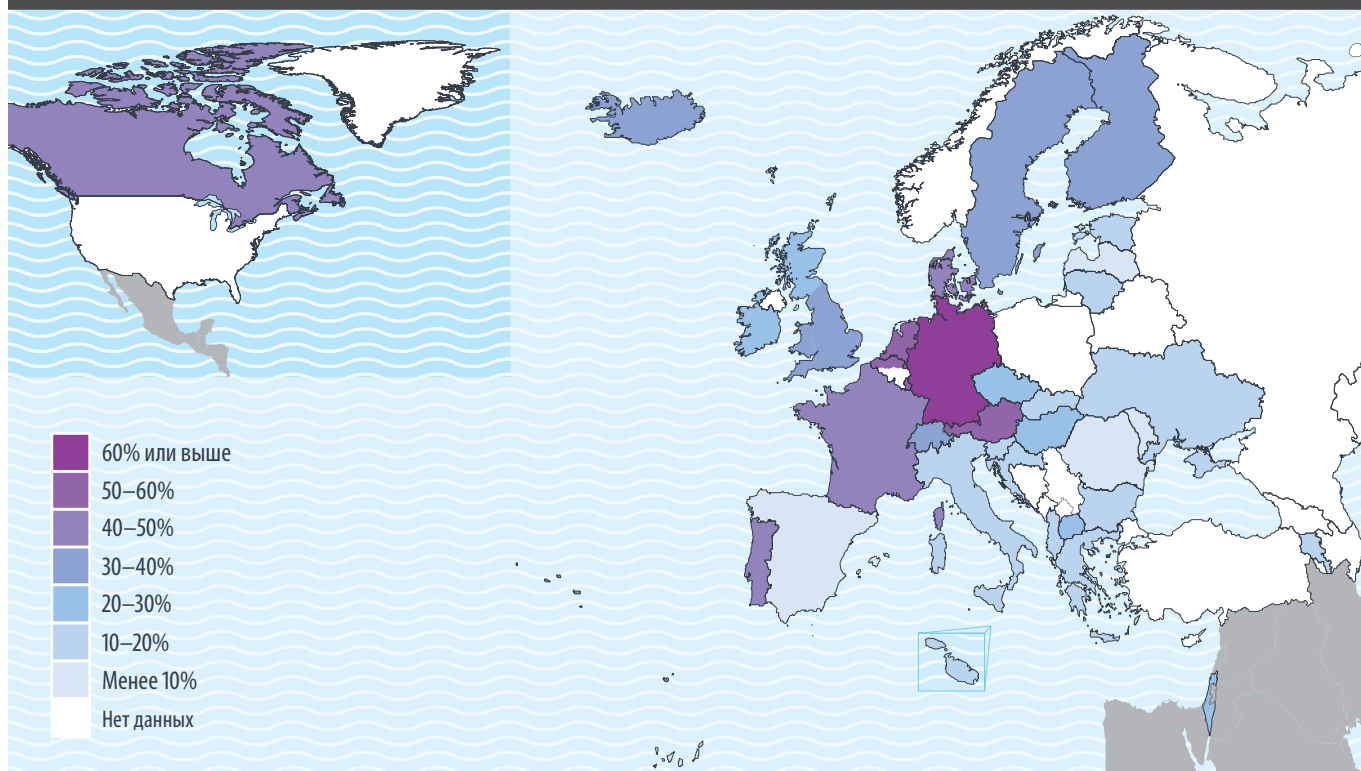
15-летние девочки, которые пользовались противозачаточной таблеткой во время последнего полового сношения



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

15-летние мальчики, которые пользовались противозачаточной таблеткой во время последнего полового сношения



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

В большинстве стран и областей мальчики по-прежнему с большей вероятностью сообщают об опыте половой жизни, хотя есть свидетельства сокращения гендерного разрыва (14, 15). Влияние семейного достатка на показатель вероятности участия в половом акте варьируется в зависимости от пола, при этом отсутствует устойчивая связь между использованием презервативов и противозачаточных таблеток и уровнем материального благосостояния семьи.

Гендерная идентичность и соответствующие нормы определяют ожидания и поведение подростков (16) и, как известно, влияют на состояние здоровья (17). Гендерная идентичность окончательно формируется в подростковом возрасте, поэтому данный период очень важен для решения вопросов о связанном со здоровьем неравенстве по гендерному признаку (16). Проведение с мальчиками работы по пересмотру определения ролей мужчины и женщины может стать эффективным средством сокращения неравенства в отношении здоровья (18).

В большинстве стран и областей более половины подростков, имеющих сексуальную жизнь, сообщают об использовании презерватива при последнем половом акте, однако значительное меньшинство из них остаются уязвимыми для ИППП. Подростки по-прежнему реже пользуются противозачаточными таблетками по сравнению с презервативами, при этом чаще всего таблетками пользуются жители стран и областей Северной и Западной Европы. Возможно, это свидетельствует об ограниченном доступе к таблеткам для подростков, проживающих в других странах (19).

На решение о совершении полового акта и вероятность использования контрацепции влияют навыки обсуждения подростками вопросов секса и интимных отношений. Многие подростки в Европе до сих пор полагают, что получают недостоверную информацию и консультации по этим вопросам, — по их мнению, надлежащая информация необходима до начала половой жизни (9).

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Достигнут определенный прогресс на уровне политики в отношении проблем сексуального и репродуктивного здоровья подростков. Это было сделано, в частности, посредством введения комплексной системы информирования по вопросам секса и интимных отношений между полами и улучшения доступа к соответствующим услугам в некоторых странах и областях. Тем не менее многие подростки до сих пор не имеют доступа к современным средствам контрацепции (10) и сталкиваются с препятствиями при желании использования конфиденциальных услуг (20).

ВОЗ однозначно настаивает на совершенствовании доступа к качественным медицинским услугам для всех подростков независимо от этнической, религиозной принадлежности или СЭС, но отсутствие практического опыта может препятствовать реализации мер политики (если таковая существует) (20). Результаты исследований свидетельствуют о более высоких показателях здоровья подростков в сексуально-половой сфере при наличии у них доступа к исчерпывающей информации по вопросам секса и взаимоотношения полов, к конфиденциальным услугам по охране репродуктивного здоровья, соответствующим методам контрацепции (21).

Данные HBSC показывают, что значительное меньшинство подростков имеют половые контакты и что для многих существует риск заражения ИППП либо возникновения незапланированной беременности в случае пренебрежения презервативами или эффективными методами контрацепции. Доступ к таким средствам защиты затруднен для многих подростков по причине ограничений религиозного или культурного характера в отношении подростковой сексуальности и добрачного секса. Тем не менее у каждого подростка должен быть доступ к услугам в области сексуального здоровья (13), причем школа является ключевым звеном в обеспечении медико-санитарного просвещения и воспитания навыков образа жизни, направленных на укрепление своего здоровья и благополучия (13).

ЛИТЕРАТУРА

1. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? Eur J Contracept Reprod Health Care 2010;15(S2):S54–S66.
2. Magnusson C, Trost K. Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? J Psychosom Obstet Gynaecol. 2006;27(4): 237–44.
3. Fergus S, Zimmerman MA, Caldwell CA. Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. Am J Public Health 2007;97(6):1096–101.

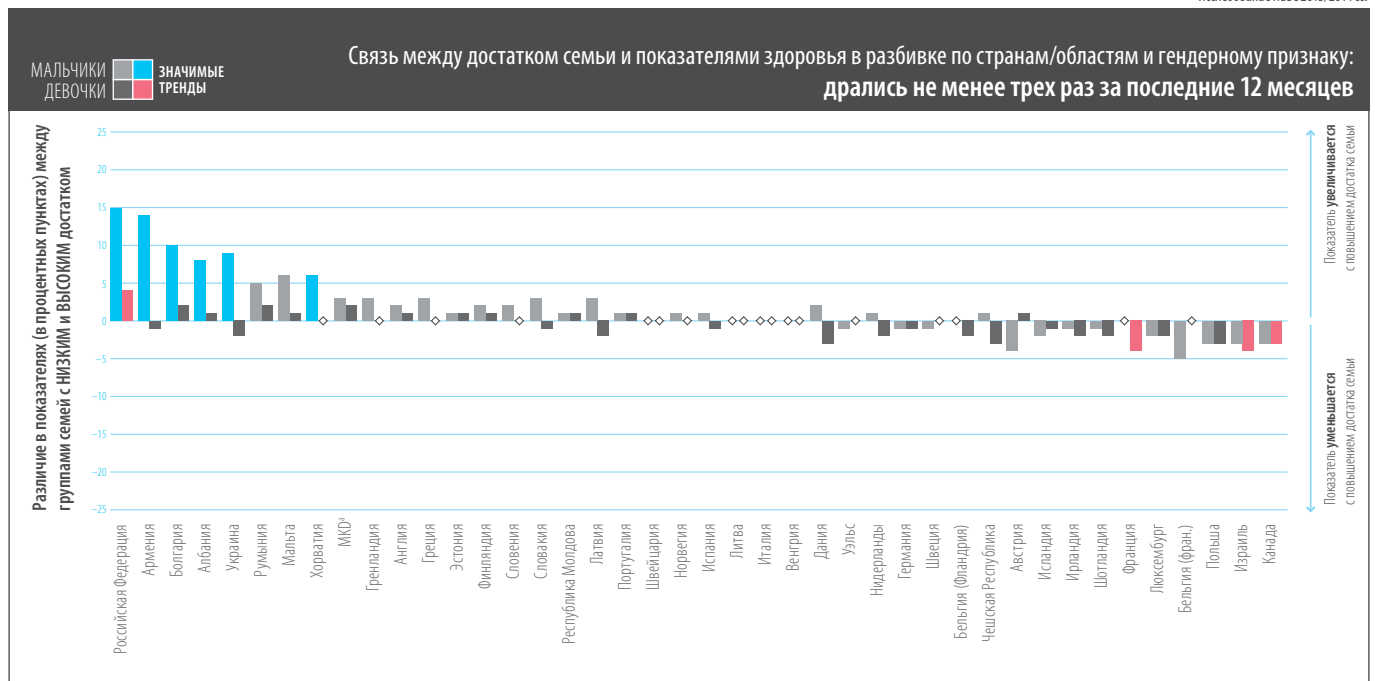
4. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: evaluating the evidence. *J Stud Alcohol Drugs* 2002;Suppl. 14:101–17.
5. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ.* 2006;55(SS–5): 1–108.
6. Parkes AP, Wight D, Henderson M, Hart G. Explaining association between adolescent substance use and condom use. *J Adolesc Health* 2007;40(2):e1–18.
7. Poulin C, Graham L. The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction* 2001;96(4): 607–21.
8. Huibregtse BM, Bornoalova MA, Hicks BM, McGue M, Iacono W. Testing the role of adolescent sexual initiation in later-life sexual risk behavior: a longitudinal twin design. *Psychol Sci.* 2011;22(7):924–33.
9. Increasing the knowledge base on young people's sexual and reproductive health and rights in Europe. Summary report of qualitative research conducted in five European countries under the SAFE II project. Brussels: IPPF European Network; 2012 (<http://www.ippfen.org/sites/default/files/Summary%20research%20report.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
10. Laakkonen H. Adolescents' sexual and reproductive health (SRH): empowering young people to realize their full potential. *Entre Nous* 2014;80:3.
11. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9241562889/en/>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
12. Currie C. и др. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
13. Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
14. Ramiro L, Windlin B, Reis M, Gabhainn SN, Jovic S, Matos MG et al. Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(S2):65–8.
15. Godeau E, Nic Gabhainn S, Magnusson J, Zanotti C. A profile of young people's sexual behaviour: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous* 2011;72:24–6.
16. Evidence for gender responsive actions for the prevention and management of HIV/AIDS and STIs. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2012/young-peoples-health-as-a-whole-of-society-response-series/evidence-for-gender-responsive-actions-for-the-prevention-and-management-of-hiv-aids-and-sti>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
17. Davidson KW, Trudeau KJ, van Roosmalen E, Stewart M, Kirkland S. Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Educ Behav.* 2006;33(6): 731–43.
18. Kaufman M. Engaging men, changing gender norms: directions for gender-transformative action. New York (NY): UNFPA/MenEngage; 2014 (<http://www.unfpa.org/resources/brief-engaging-men-changing-gender-norms>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
19. Khomasuridze T, Seyidov T, Vasileva-Blazev M. Sexual and reproductive health (SRH) among adolescents and youth in eastern Europe and central Asia. *Entre Nous* 2014;80:12–3.
20. Baltag V, Mathieson A, editors. Youth friendly health policies and services in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
21. Federal Centre for Health Education, United Nations Population Fund, WHO Regional Office for Europe. Sexuality education: what is its impact? Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA); 2015 (Sexuality Education Policy Brief No. 2; http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GAKC_Policy_Brief_No_2_rz.pdf, по состоянию на 24 августа 2015 г.).

УЧАСТИЕ В ДРАКАХ

Участие в драках остается одной из основных проблем здравоохранения и является наиболее распространенным проявлением насилия среди молодежи несмотря на положительную динамику в снижении уровня этого показателя за последнее десятилетие (1). Известно, что такое поведение влияет на личные и семейные отношения, на контакты в школе: дети, которые участвуют в драках, сообщают о пониженной удовлетворенности жизнью, плохих взаимоотношениях в семье и со сверстниками, отрицательном восприятии школьной среды (2, 3).

Для часто дерущихся подростков существует риск вовлечения в другие формы проблемного поведения, такие как употребление алкоголя и психотропных веществ (4–6). Результаты исследований позволяют предположить наличие связи между высоким уровнем насилия и социально-экономическими факторами: неравенство усугубляет социальную иерархию, уменьшает общественный контроль над насилием, увеличивает чувство неудовлетворенности и обиды, а также способствует развитию жесткой социальной среды, в которой возрастает вероятность возникновения конфликта (7).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто за последние 12 месяцев они участвовали в драках. Варианты ответов варьировались от ни разу до четырех раз или более.

Дополнительные данные о доле тех, кто участвовал в драках по крайней мере один раз в течение последних 12 месяцев, приводятся в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые за последние 12 месяцев дрались три раза или чаще.

Возрастные различия

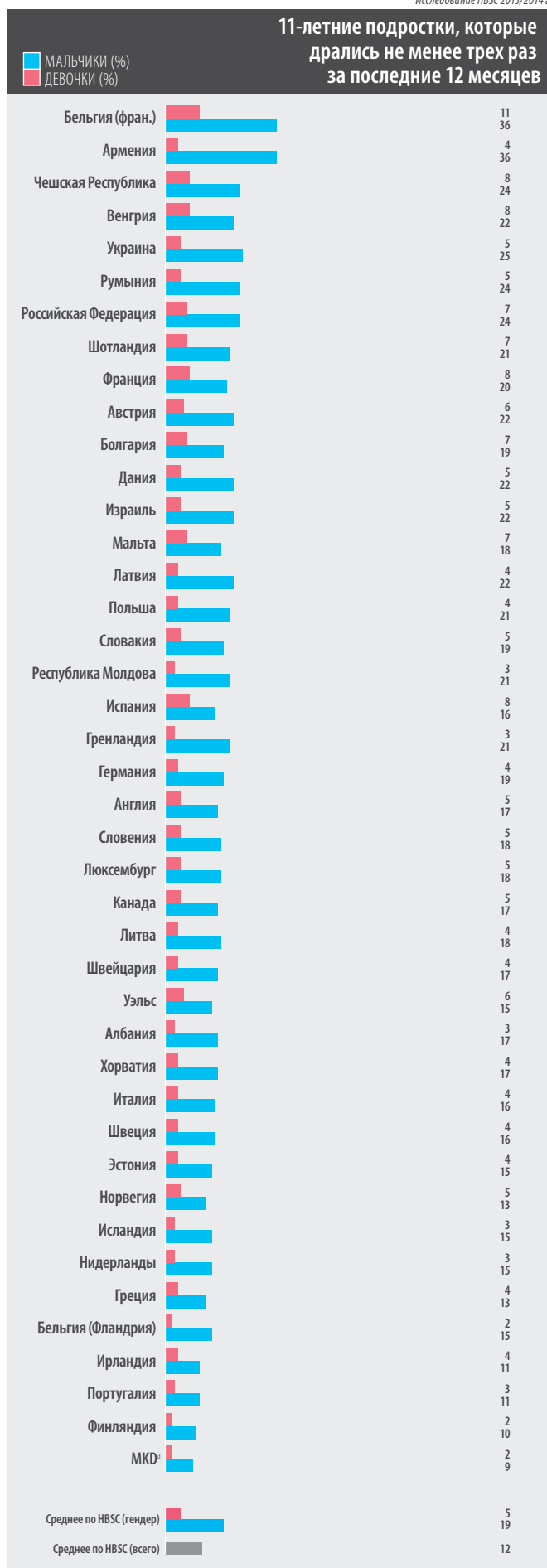
В большинстве стран и областей среди мальчиков наблюдаются статистически значимые изменения по мере взросления: чем старше подростки, тем реже они участвуют в драках. Среди девочек корреляция по возрастному признаку менее отчетлива. Диапазон разброса показателей в зависимости от страны проживания очень велик, особенно для мальчиков.

Гендерные различия

Участие в драках более характерно для мальчиков во всех трех возрастных группах и во всех странах и регионах, за исключением Мальты (только в отношении 13-летних подростков).

Достаток семьи

В ряде стран и областей доля участвующих в драках зависит от достатка семьи, причем явной закономерности для мальчиков или девочек не выявлено. Самое большое различие отмечено среди мальчиков в Армении и Российской Федерации, где более высокий показатель участия в драках коррелирует с высоким достатком.



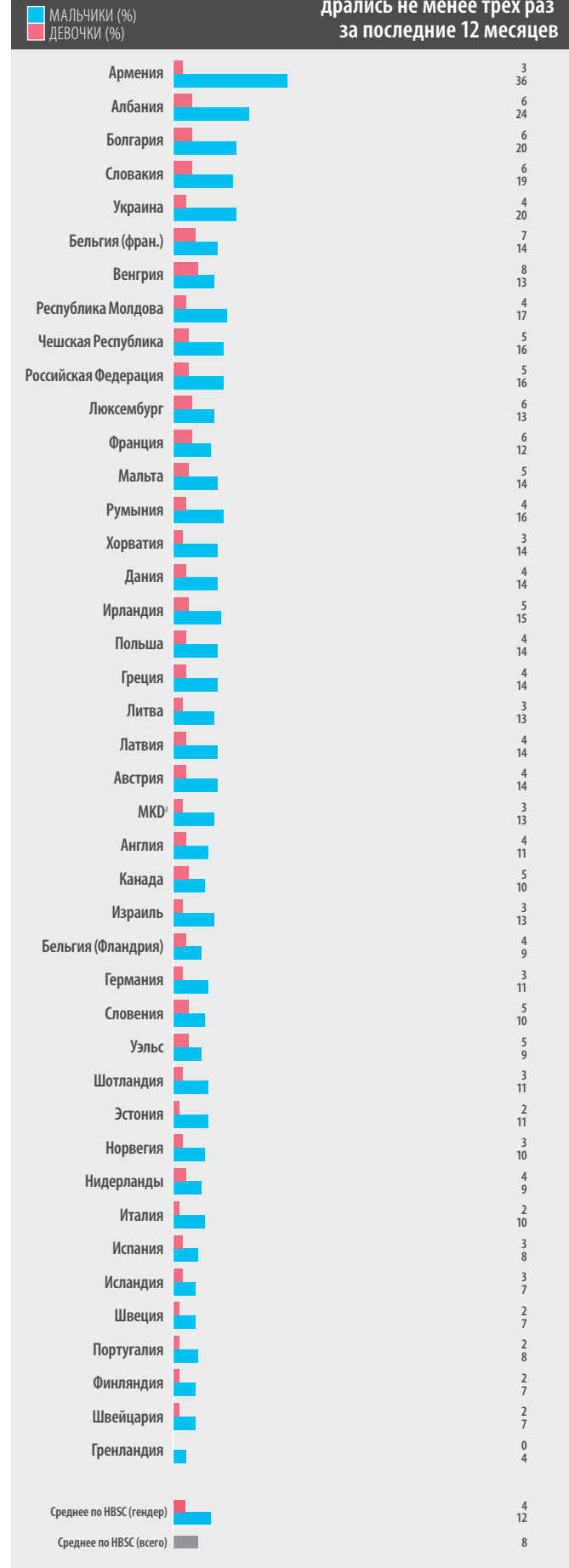
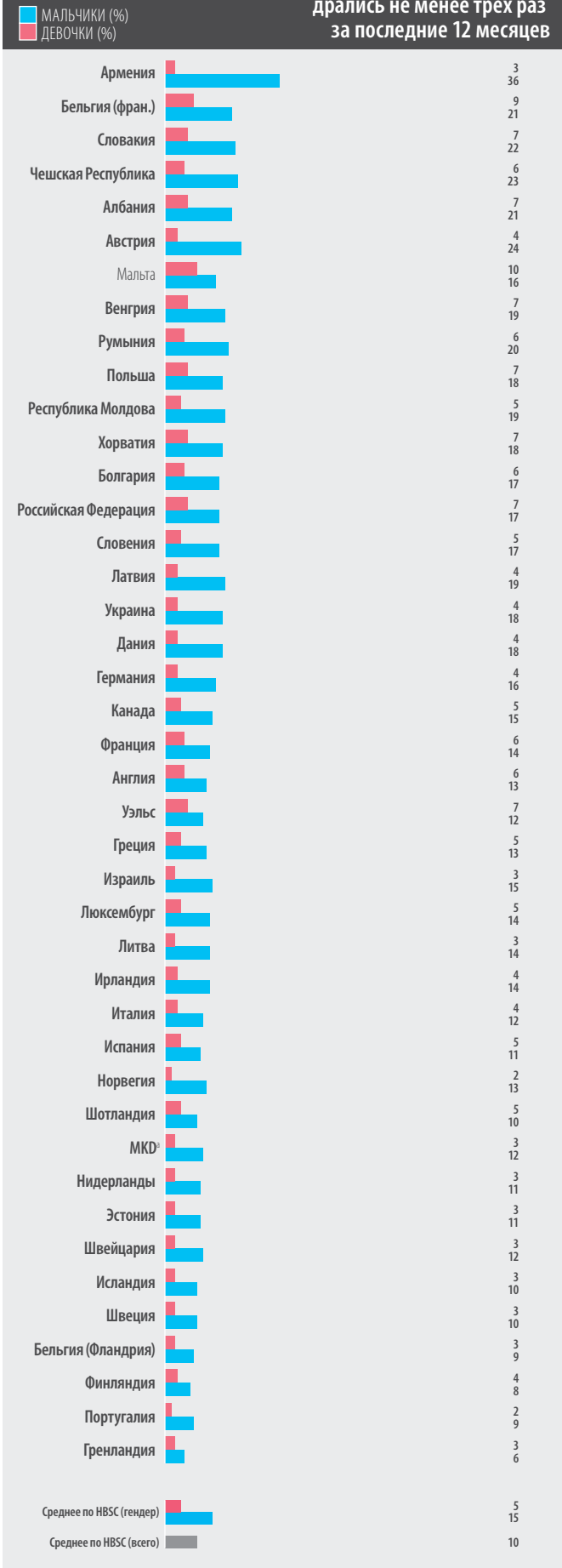
* Бывшая югославская Республика Македония.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

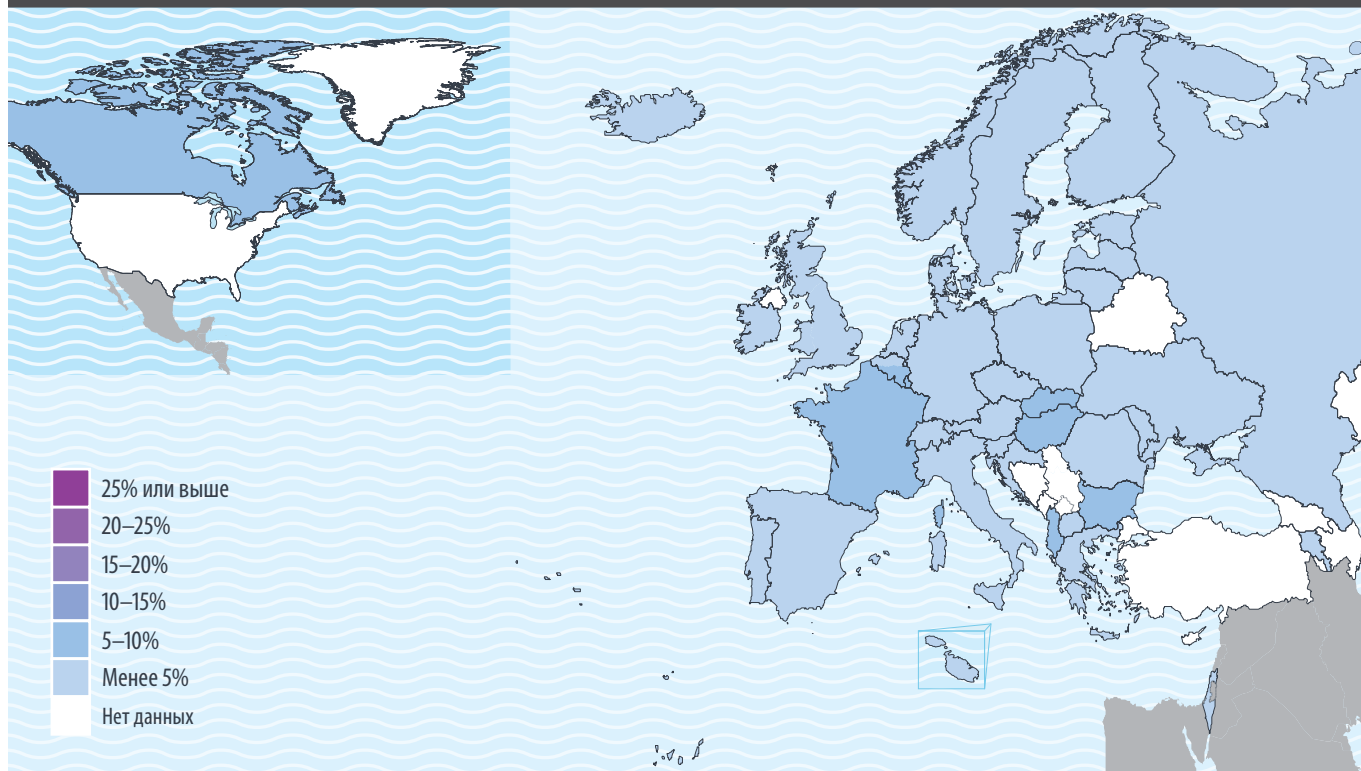
13-летние подростки, которые дрались не менее трех раз за последние 12 месяцев

15-летние подростки, которые дрались не менее трех раз за последние 12 месяцев



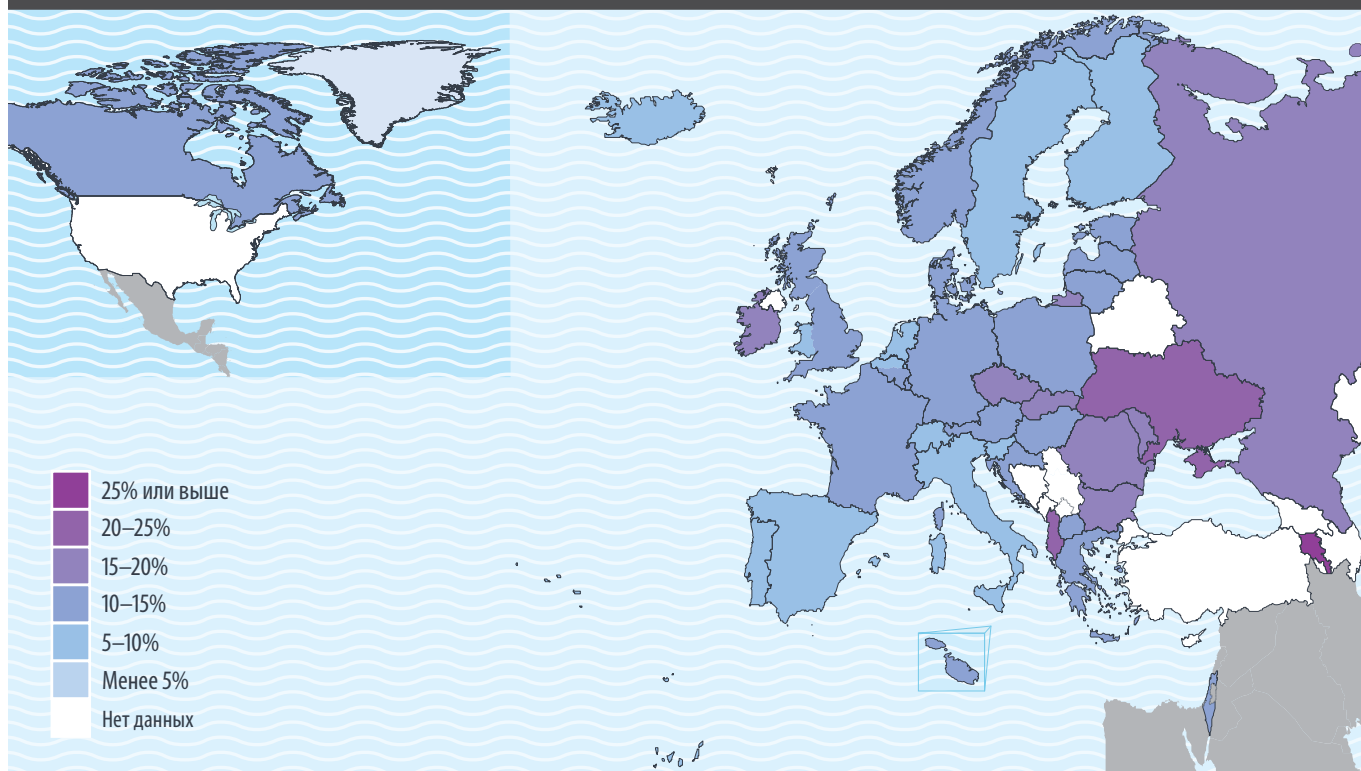
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$).

15-летние девочки, которые дрались не менее трех раз за последние 12 месяцев



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

15-летние мальчики, которые дрались не менее трех раз за последние 12 месяцев



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

Полученные данные свидетельствуют о продолжении позитивной тенденции к снижению доли подростков, которые принимают участие в драках (7). Возможно, это результат осуществляемых в школах инициатив по предупреждению драк (8). Показатели распространенности значительно различаются в разных странах и областях, что позволяет предположить наличие особенностей в зависимости от принятых культурных норм в отношении драк и успеха осуществляемых программ (1).

По аналогии с предыдущими результатами, уровень насилия (особенно среди мальчиков) с возрастом снижается (9). Подростки по мере взросления могут развивать свои познавательные, эмоциональные, поведенческие и речевые ресурсы, чтобы справляться с разочарованиями и конфликтами в более конструктивной форме, без применения физического насилия.

Результаты подтверждают данные предыдущих исследований о большей вовлеченности в драки мальчиков по сравнению с девочками (10), однако в разных странах и областях не наблюдается четкой корреляции этого явления с уровнем достатка семьи.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Насилие является основной причиной смерти и телесных повреждений среди подростков (11). Ключевыми факторами риска, способствующими участию в драках, являются принадлежность к мужскому полу, молодой возраст, виктимизация как результат буллинга, национальная статистика убийств и нищета. Кроме того, с применением насилия ассоциируются самые разные формы сопряженного с риском поведения (такие, как употребление алкоголя и курение) (1, 12). По всей видимости, поддержка со стороны общества и школы выступает в качестве защитного фактора (12). Факторы риска и защитные факторы могут варьироваться в зависимости от расовой и этнической принадлежности (12).

Реализацию профилактических программ необходимо начинать как можно раньше и разрабатывать с учетом гендерных особенностей (7). К подходам, которые доказали свою эффективность, относятся следующие:

- всеобщие программы предупреждения насилия на базе школ, которые обеспечивают учеников и работников школы информацией о насилии, помогают подросткам изменить свое мнение по этому вопросу и обучают навыкам разрешения конфликтов без применения физической силы;
- подходы, направленные на развитие родительских навыков и навыков общения в семье за счет консультирования со специалистами, которые могут обеспечить поддержку семье и обладают соответствующими педагогическими и управленческими навыками, способными помочь в решении проблем и контроле за поведением детей;
- интенсивные методы, ориентированные на семью, которые предлагают юным хулиганам с высокой степенью риска превращения в хронических правонарушителей и их семьям терапевтические услуги в целях урегулирования личных, семейных, школьных и общественных факторов, способствующих насилию и преступности;
- политические, экологические и структурные подходы, направленные на изменение среды в микрорайонах в целях повышения безопасности и влияния на факторы риска и защиты среди молодежи;
- дошкольное образование и уход, обеспечивающие высокий уровень поддержки детям из неблагополучных семей и способствующие построению прочного фундамента для дальнейшего обучения и здорового развития (11).

ЛИТЕРАТУРА

1. Pickett W, Molcho M, Elgar FJ, Brooks F, de Looze M, Rathmann K et al. Trends and socioeconomic correlates of adolescent physical fighting in 30 countries. *Pediatrics* 2013;131(1):e18–e26.
2. Walsh SD, Molcho M, Craig W, Harel-Fisch Y, Huynh Q, Kukaswadia A et al. Physical and emotional health problems experienced by youth engaged in physical fighting and weapon carrying. *PLoS ONE* 2013;8(2):e56403.
3. Pickett W, Iannotti RJ, Simons-Morton B, Iannotti RJ. Social environments and physical aggression among 21,107 students in the United States and Canada. *J Sch Health* 2009;79(4):160–68.
4. Swahn MH, Donovan JE. Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *J Adolesc Health* 2004;34(6):480–92.
5. Sosin DM, Koepsell TD, Rivara FP, Mercy GA. Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *J Adolesc Health* 1995;16(3):209–15.

6. Resnick MD, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: what protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health* 2004;35(5):424.
7. Elgar FJ, Aitken N. Income inequality, trust and homicide in 33 countries. *Eur J Public Health* 2011;21(2):241–46.
8. Mytton JA, DiGuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3(3):CD004606.
9. Zahn-Waxler C, Park JH, Usher B, Belouad F, Cole P, Gruber R. Young children's representations of conflict and distress: a longitudinal study of boys and girls with disruptive behavior problems. *Dev Psychopathol*. 2008;20(1):99–119.
10. Dukes RL, Stein JA, Zane JI. Gender differences in the relative impact of physical and relational bullying on adolescent injury and weapon carrying. *J Sch Psychol*. 2010;48(6): 511–32.
11. David-Ferdon C, Simon TR. Preventing youth violence: opportunities for action. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (<http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/pdf/opportunities-for-action.pdf>, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
12. Shetgiri R, Kataoka S, Ponce N, Flores G, Chung PJ. Adolescent fighting: racial/ethnic disparities and the importance of families and schools. *Acad Pediatr*. 2010;10(5):323–9.

БУЛЛИНГ: УНИЖЕНИЯ И ПОЛОЖЕНИЕ УНИЖЕННОГО

Существуют документальные подтверждения краткосрочных и долгосрочных последствий участия в буллинге в качестве как обидчика, так и жертвы. Издевательства влияют на физическое здоровье подростков, приводя к таким соматическим симптомам, как головная боль, боль в спине и животе (1, 2), психологическим расстройствам (депрессия, плохое настроение, нервозность, чувство одиночества и мысли о суициде (3–6)), а также к развитию устойчивых моделей проблемного поведения, в числе которых агрессия, насилие, злоупотребление алкоголем и употребление психотропных веществ (7–10). Подростки, принимающие участие в издевательствах, чаще сообщают о негативном опыте, связанном с учебой в школе (11), который проявляется в плохих отношениях со сверстниками и учителями.

Несмотря на недавно проведенные исследования, демонстрирующие позитивные тенденции в снижении уровня виктимизации в результате издевательства (12), особое внимание уделено негативным последствиям буллинга для психического здоровья, связанным с положением жертвы, таким как психологическая дезадаптация, проблемы со здоровьем психосоматического характера и самоубийства (13, 14). Риск самоубийства возрастает, когда причиной издевательства становятся предрассудки, например, связанные с расовой принадлежностью или сексуальной ориентацией (15). Отрицательные поглощенные эмоции могут также стать причиной того, что подростки, ощущая себя жертвой буллинга, начинают употреблять алкоголь и/или психотропные вещества (16).

ИЗМЕРЕНИЕ

Жертва буллинга

Подросткам был задан вопрос о том, как часто они становились жертвой буллинга в школе за последнюю пару месяцев. Вопросу предшествовало следующее определение буллинга (17):

Мы говорим, что школьник является жертвой буллинга, когда другой школьник или группа школьников говорят или делают что-либо опасное или крайне неприятное по отношению к нему или к ней; когда ребенка постоянно дразнят обидным 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 буллингом не является. Шутливое и дружеское поддразнивание также не считается буллингом.

Варианты ответа варьировались от ни разу до нескольких раз в неделю.

Дополнительные данные о количестве школьников, которые стали жертвой буллинга по крайней мере один раз за последние два месяца, приводятся в Приложении.

Буллинг

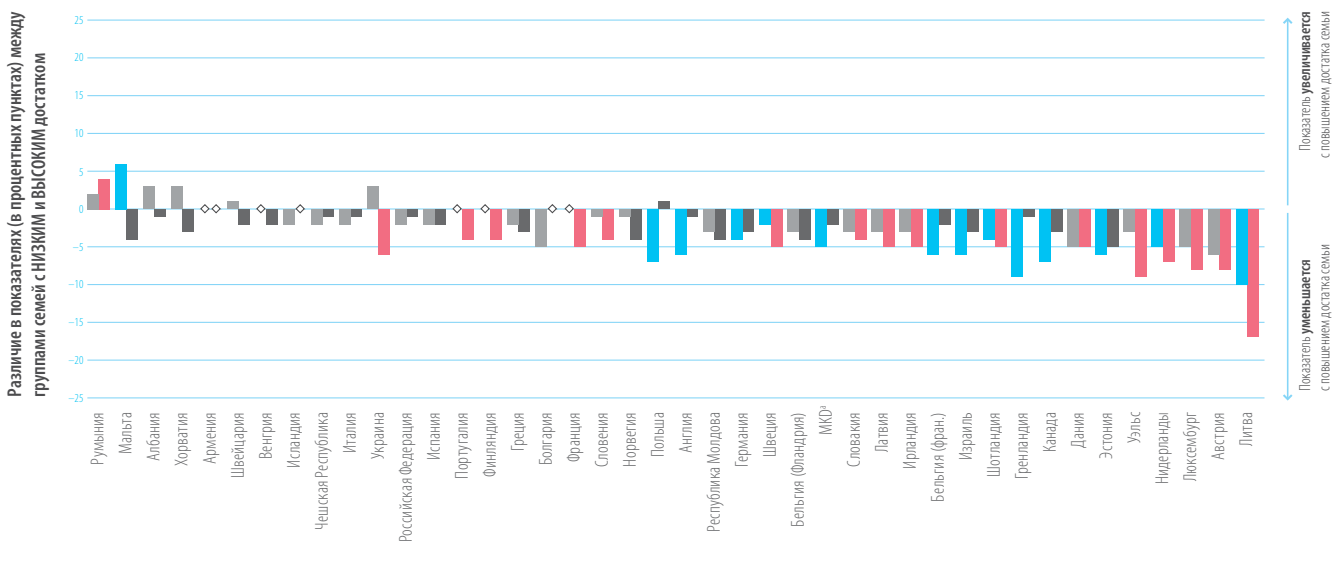
Подросткам был задан вопрос о том, как часто они участвовали в буллинге по отношению к другому(им) учащемуся(имся) в школе за последнюю пару месяцев (использовалось то же определение буллинга (17)). Варианты ответа варьировались от ни одного до нескольких раз в неделю.

Дополнительные данные о числе школьников, которые участвовали в буллинге по отношению к другим детям по крайней мере один раз за последние два месяца, приводятся в Приложении.

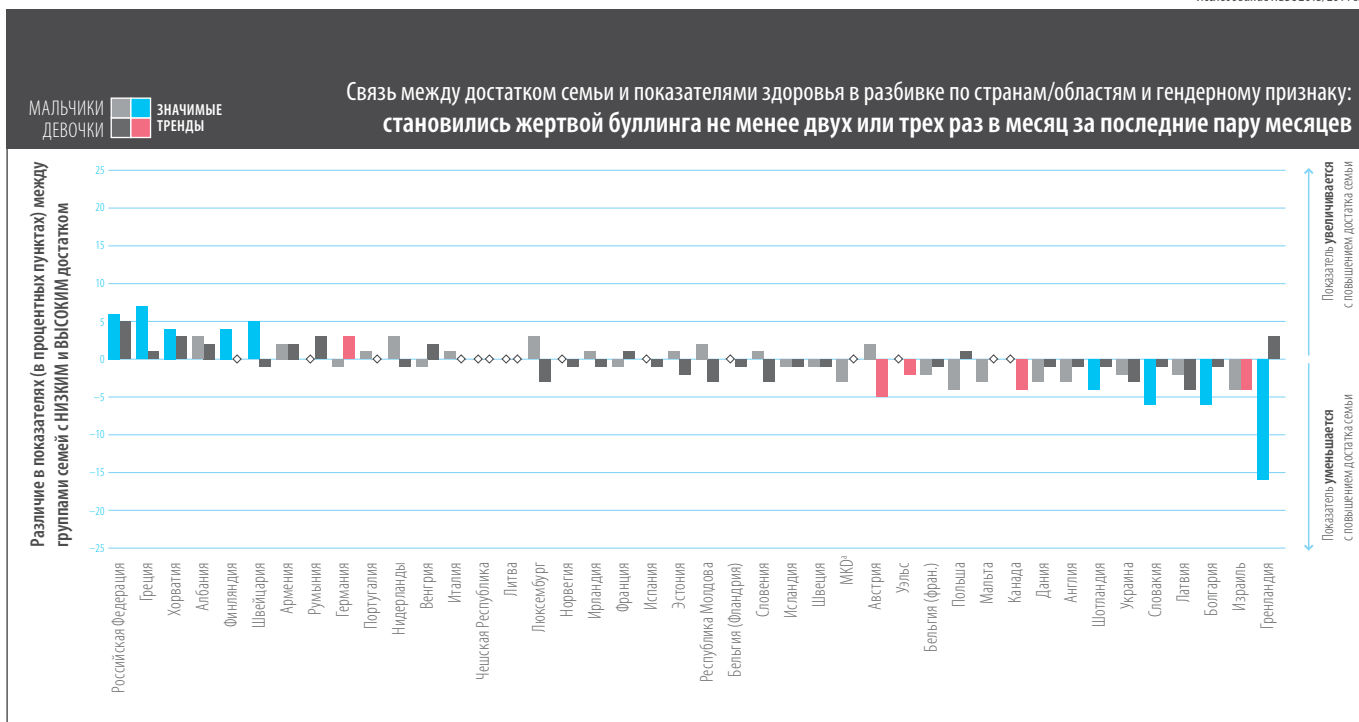
МАЛЬЧИКИ
 ДЕВОЧКИ

ЗНАЧИМЫЕ
 ТРЕНДЫ

Связь между достатком семьи и показателями здоровья в разбивке по странам/областям и гендерному признаку:
 становились жертвой буллинга не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев



*Бывшая югославская Республика Македония. Примечание. Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Жертва буллинга

Представленные здесь данные отражают долю школьников, которые сообщили о том, что становились жертвой буллинга по крайней мере два или три раза в месяц за последние пару месяцев.

Возрастные различия

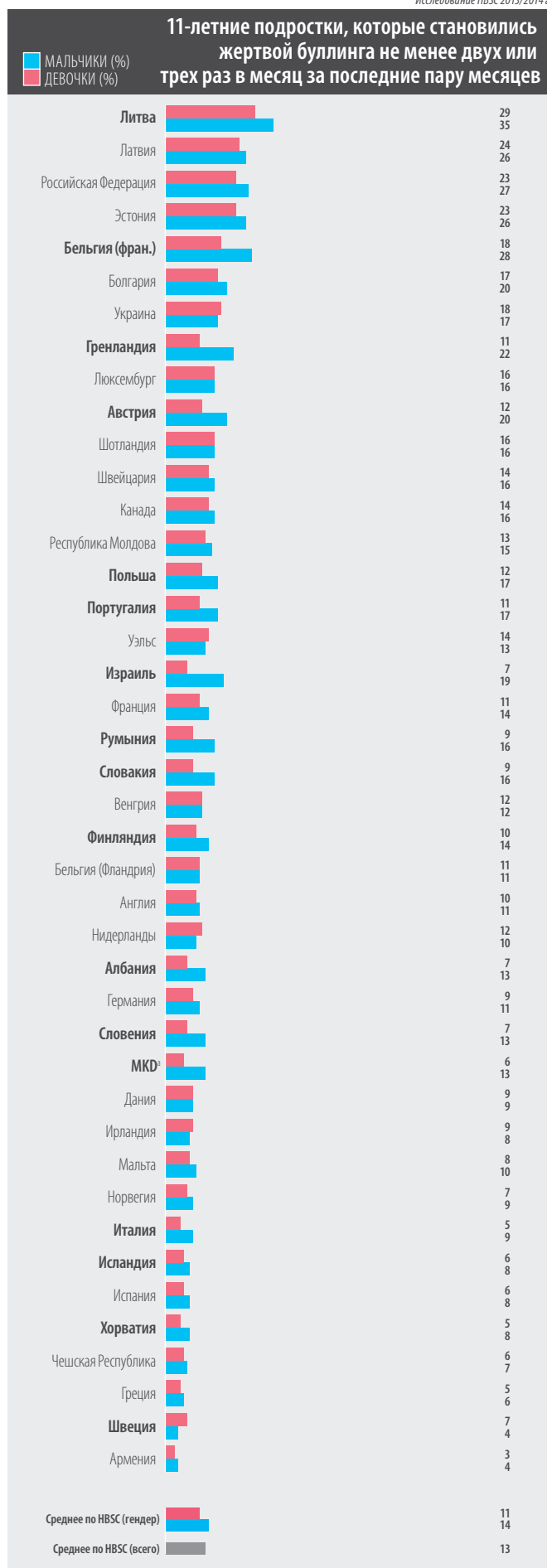
Общая распространенность составляет порядка 12% среди мальчиков и 10% среди девочек. Существенные изменения по возрастным группам прослеживаются в большинстве стран и областей (практически повсеместно среди мальчиков). За очень немногими исключениями, с возрастом подростки все реже сообщают о том, что стали жертвой буллинга, при этом данный показатель достигает максимума у мальчиков в возрасте 11 лет и снижается до самых низких уровней в 15 лет. Среди девочек показатели остаются постоянными в возрасте 11 и 13 лет, в то время как в 15-летнем возрасте происходит их резкое снижение. Отмечены очень существенные межнациональные различия: подростки в некоторых странах сообщают о высоком уровне буллинга, а в других — о низком.

Гендерные различия

Примерно в трети стран и областей наблюдаются гендерные различия. Как правило, мальчики чаще становятся жертвами издевательств, причем результаты исследований позволяют сделать вывод о существовании различных тенденций виктимизации среди мальчиков и девочек, обусловленных возрастом. Буллинг достигает своего пика среди девочек в возрасте 13 лет, а среди мальчиков — в возрасте 11 лет.

Достаток семьи

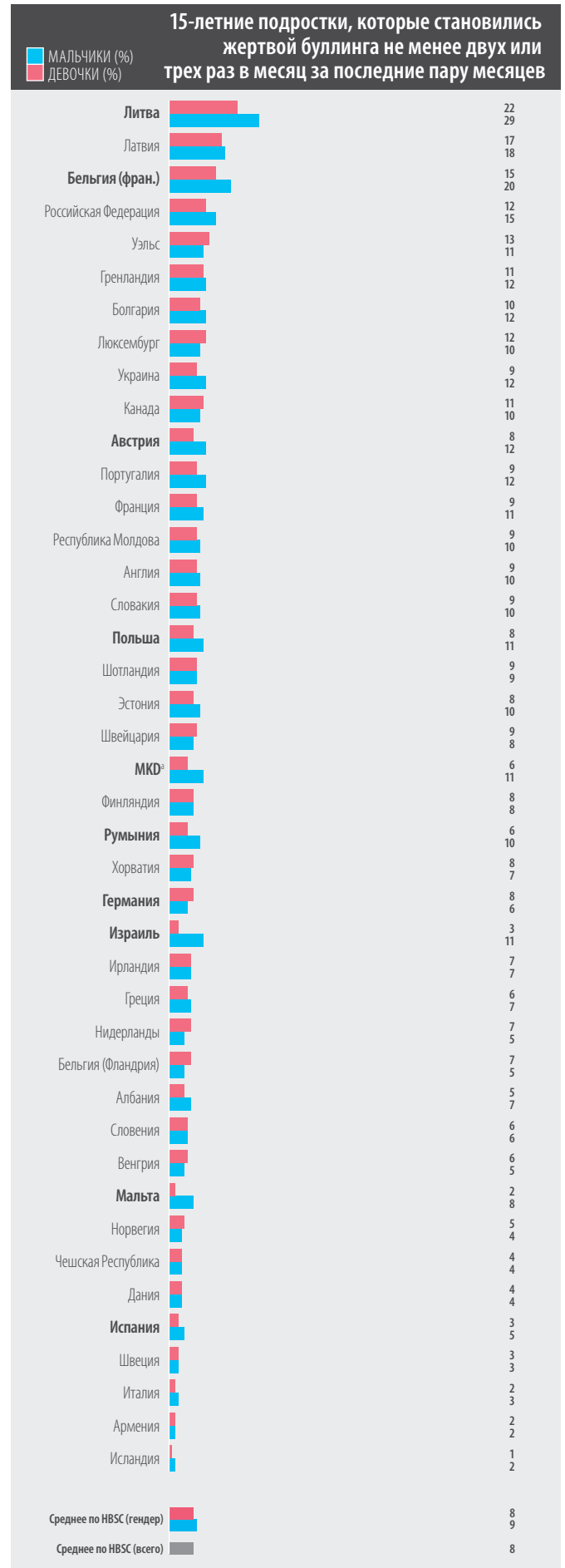
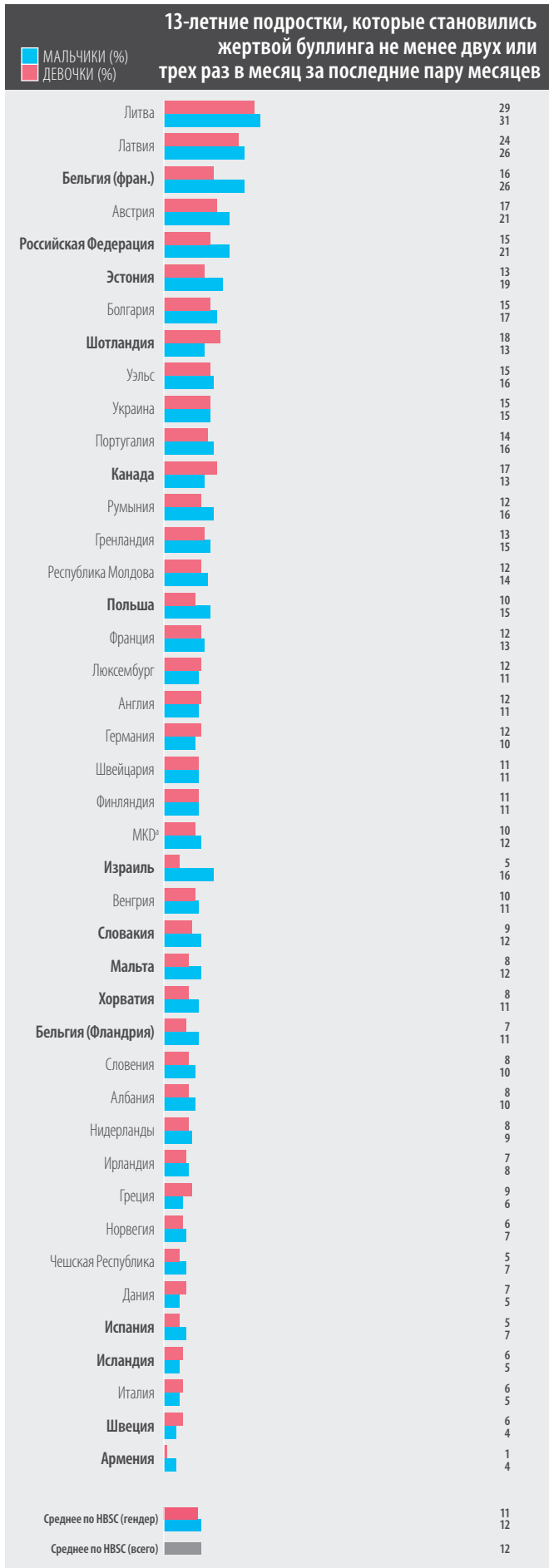
В ряде стран и областей отмечается различная корреляция между показателем положения жертвы буллинга и достатком семьи, при этом практически во всех случаях чем выше уровень материального благосостояния, тем ниже показатель виктимизации в связи с буллингом.



* Бывшая югославская Республика Македония.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Буллинг

Представленные здесь данные отражают долю школьников, которые сообщили о том, что участвовали в издевательствах над другими детьми в школе по крайней мере два или три раза в месяц за последние пару месяцев.

Возрастные различия

В целом показатель составляет примерно 11% среди мальчиков и 6% среди девочек. Во многих странах и областях наблюдается существенное изменение показателя с возрастом; почти во всех случаях прослеживается связь между увеличением показателей и взрослением. Самый низкий уровень показателей для мальчиков и девочек наблюдается в возрасте 11 лет, в то время как рост показателей зафиксирован в возрасте 13 и 15 лет. Прослеживаются большие различия в распространенности участия в буллинге среди подростков разных стран: в некоторых странах уровень очень высокий (особенно в Латвии и Литве), в других (Ирландия и Швеция) — очень низкий.

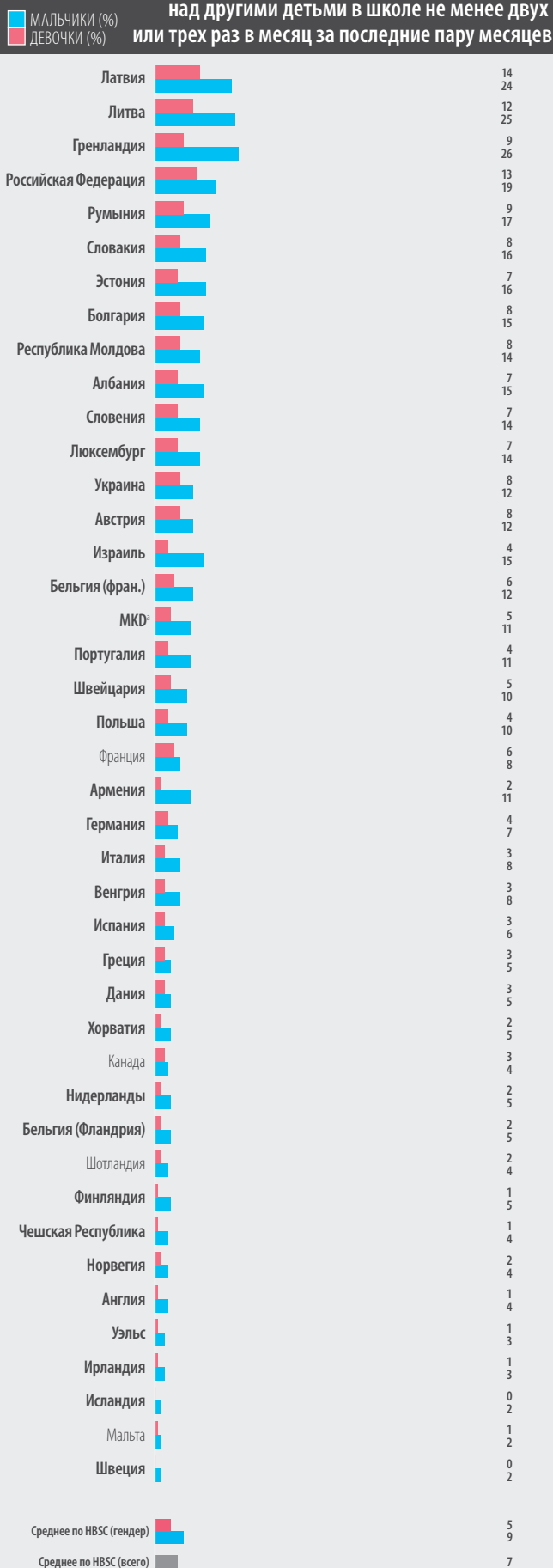
Гендерные различия

Существенные гендерные различия замечены почти во всех странах и областях во всех возрастных группах, при этом мальчики чаще участвуют в издевательствах над другими детьми.

Достаток семьи

В достаточно небольшом числе стран и областей показатель варьируется в зависимости от достатка семьи: чем выше уровень достатка, тем реже девочки принимают участие в издевательствах, однако для мальчиков четкой закономерности не выявлено.

11-летние подростки, которые участвовали в издевательствах над другими детьми в школе не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев

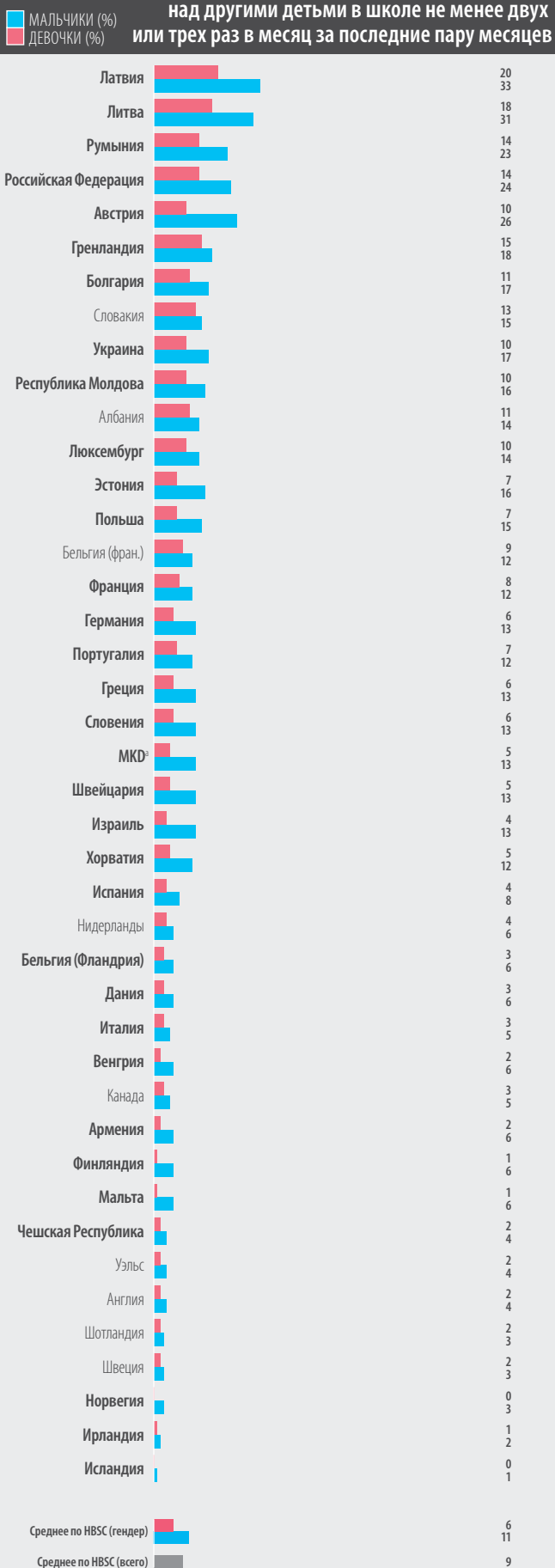


* Бывшая югославская Республика Македония.

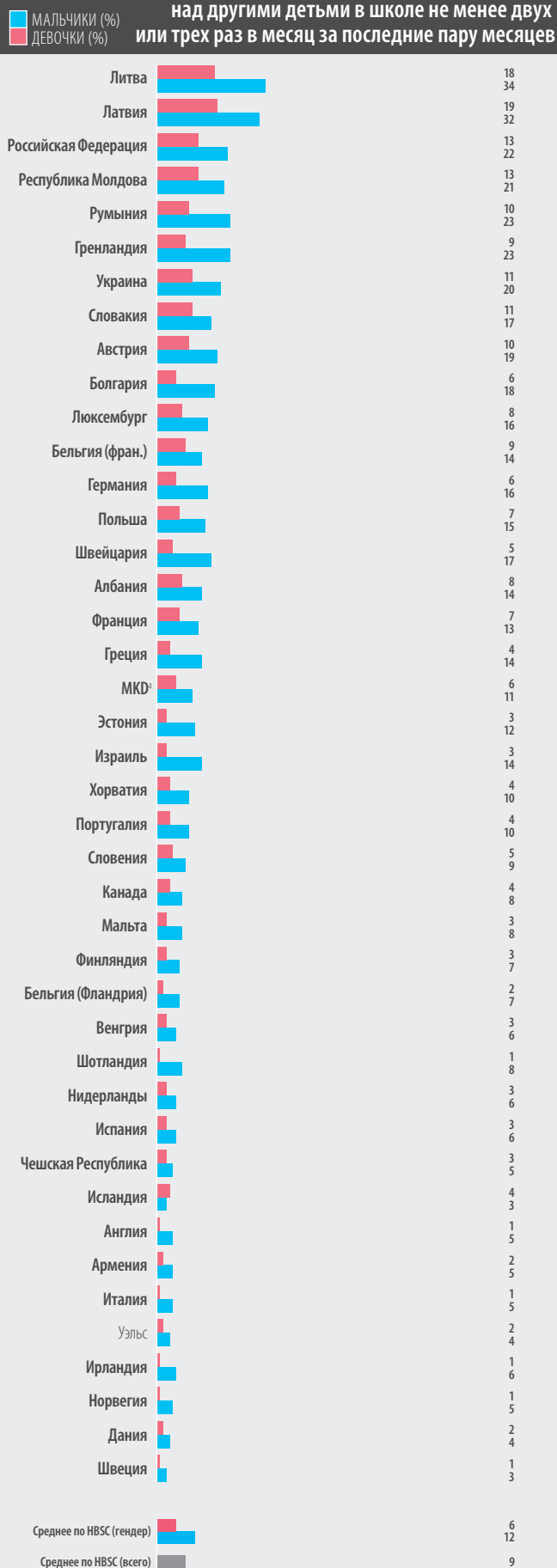
Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

13-летние подростки, которые участвовали в издевательствах над другими детьми в школе не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев

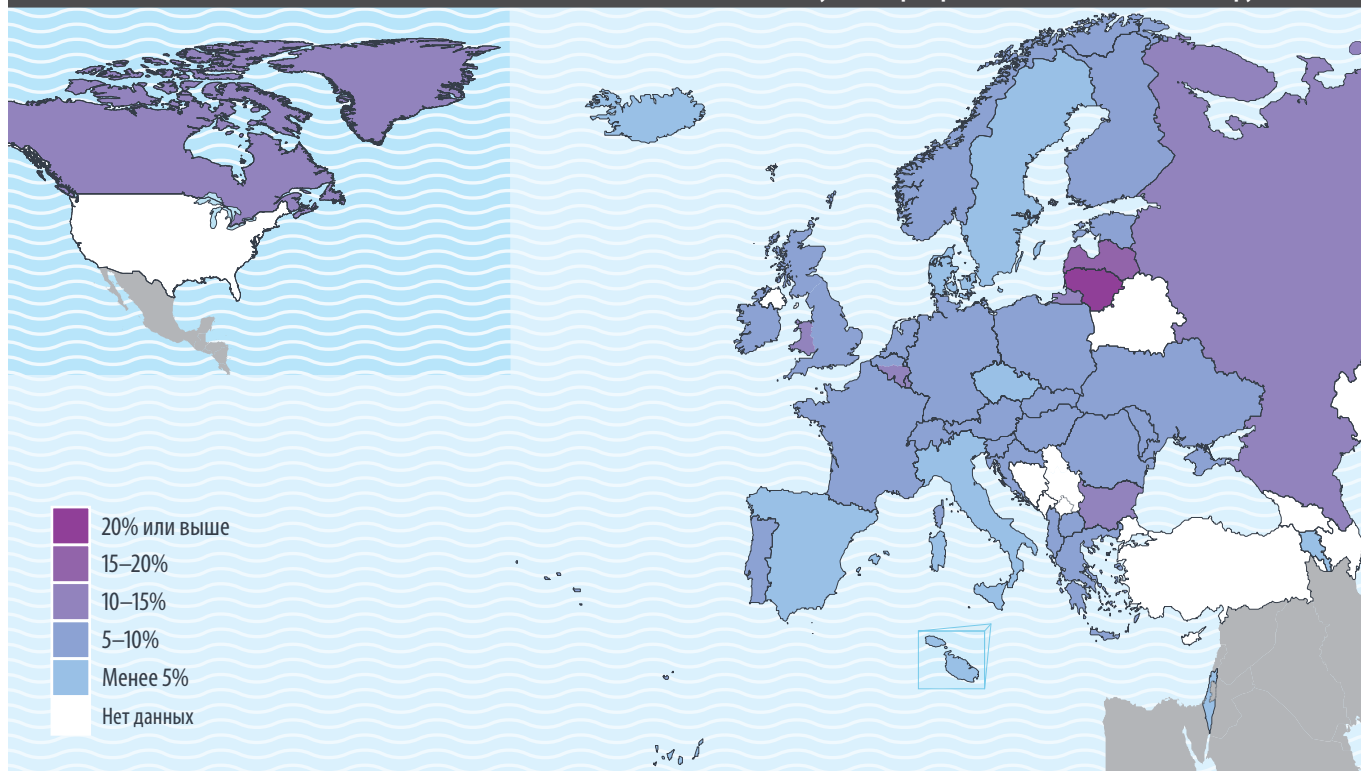


15-летние подростки, которые участвовали в издевательствах над другими детьми в школе не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев



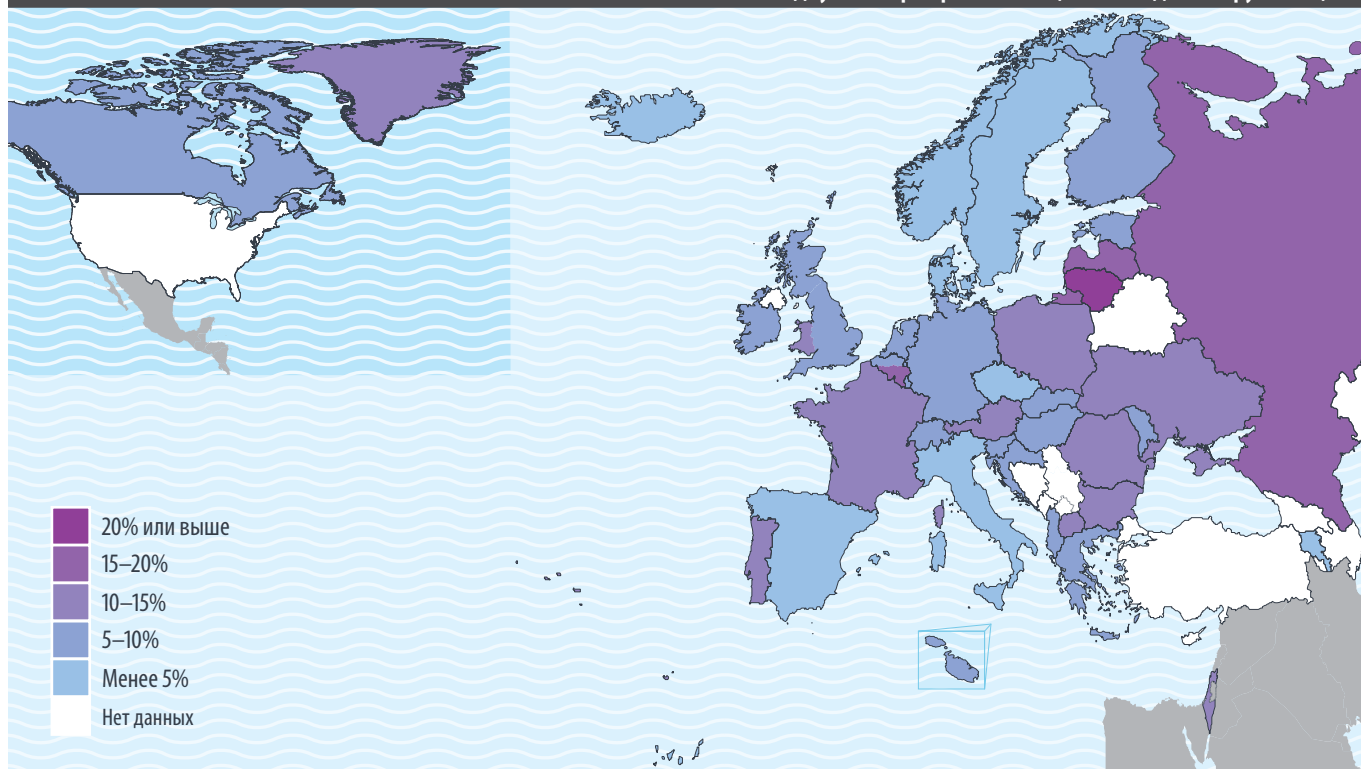
Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже $\pm 0,5\%$.

15-летние девочки, которые становились жертвой буллинга не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев



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

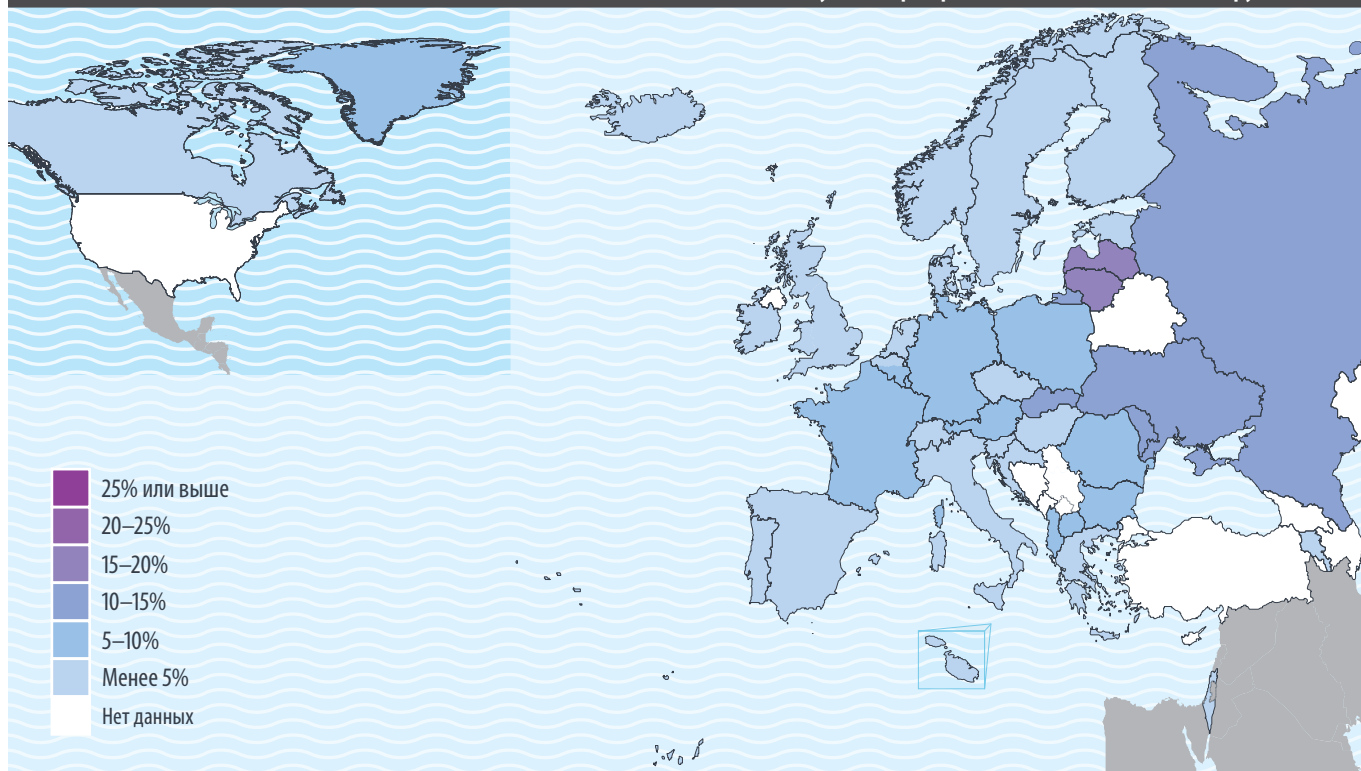
15-летние мальчики, которые становились жертвой буллинга не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

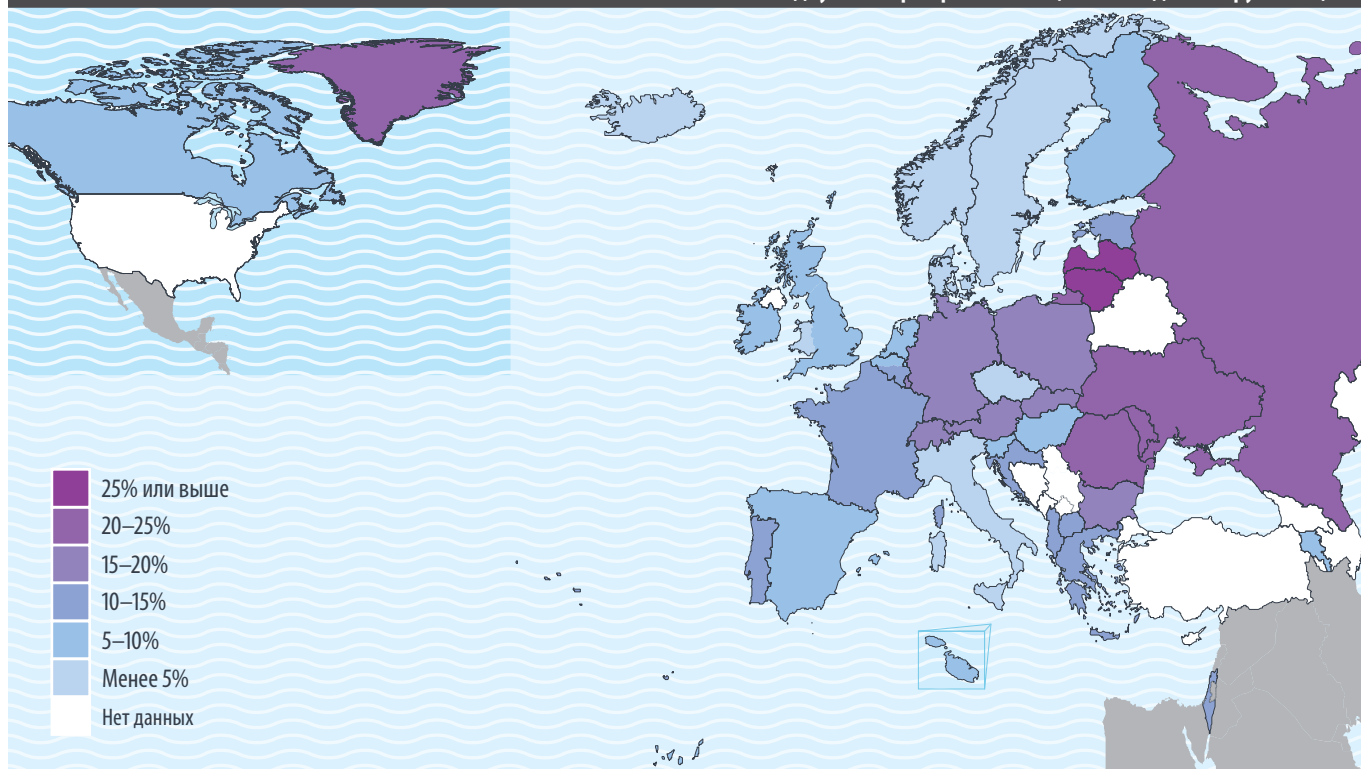
15-летние девочки, которые участвовали в издевательствах над другими детьми в школе не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев



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

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

15-летние мальчики, которые участвовали в издевательствах над другими детьми в школе не менее двух или трех раз в месяц за последние пару месяцев



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

БУЛЛИНГ: КИБЕРБУЛЛИНГ

Несмотря на то что исследования кибербуллинга проводятся сравнительно недавно, большую озабоченность вызывает тот факт, что прослеживается однозначная устойчивая связь между положением жертвы кибербуллинга и негативными последствиями для психического здоровья, такими как депрессия, самоповреждение, суицидальные наклонности и попытки самоубийства (18, 19).

Кроме того, существует зависимость между кибербуллингом и низкой успеваемостью детей и подростков, трудностями с учебой в школе, агрессивным поведением, сложностями в общении со сверстниками, случаями небезопасного секса и употреблением психотропных веществ (20–23).

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



*Бывшая югославская Республика Македония. *Примечание.* Группы с низким и высоким достатком представляют нижние 20% семей (с наименьшим достатком) и верхние 20% семей (с наивысшим достатком) в каждой стране/области. ◊ обозначает менее +/-0,5%.

ИЗМЕРЕНИЕ

Подросткам был задан вопрос о том, как часто им присылали мгновенные сообщения оскорбительного содержания, электронные и текстовые сообщения, размещали неприятную информацию на стене в интернете или создавали высмеивающий их веб-сайт. Варианты ответа варьировались от ни разу за последние пару месяцев до нескольких раз в неделю.

В исследование HBSC за 2013/2014 гг. был включен дополнительный вопрос о том, делал ли кто-либо неудачные или неуместные фотографии подростка без его разрешения и размещал их в интернете. Сводная таблица результатов и дополнительных данных о наличии по крайней мере одного факта кибербуллинга посредством электронных сообщений приводится в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что они становились жертвой кибербуллинга не менее двух-трех раз в месяц.

Возрастные различия

Отмечены сходные показатели среди мальчиков и девочек. Лишь в ряде стран и областей наблюдаются значимые возрастные различия, при которых показатель становится чуть выше среди мальчиков в возрасте 11 лет и достигает своего максимума среди 13-летних девочек. По мере взросления показатели среди мальчиков снижаются, а для девочек явной закономерности не выявлено. Наблюдаются также некоторые различия в показателях в зависимости от страны проживания, но они менее выражены по сравнению с традиционными формами буллинга.

Гендерные различия

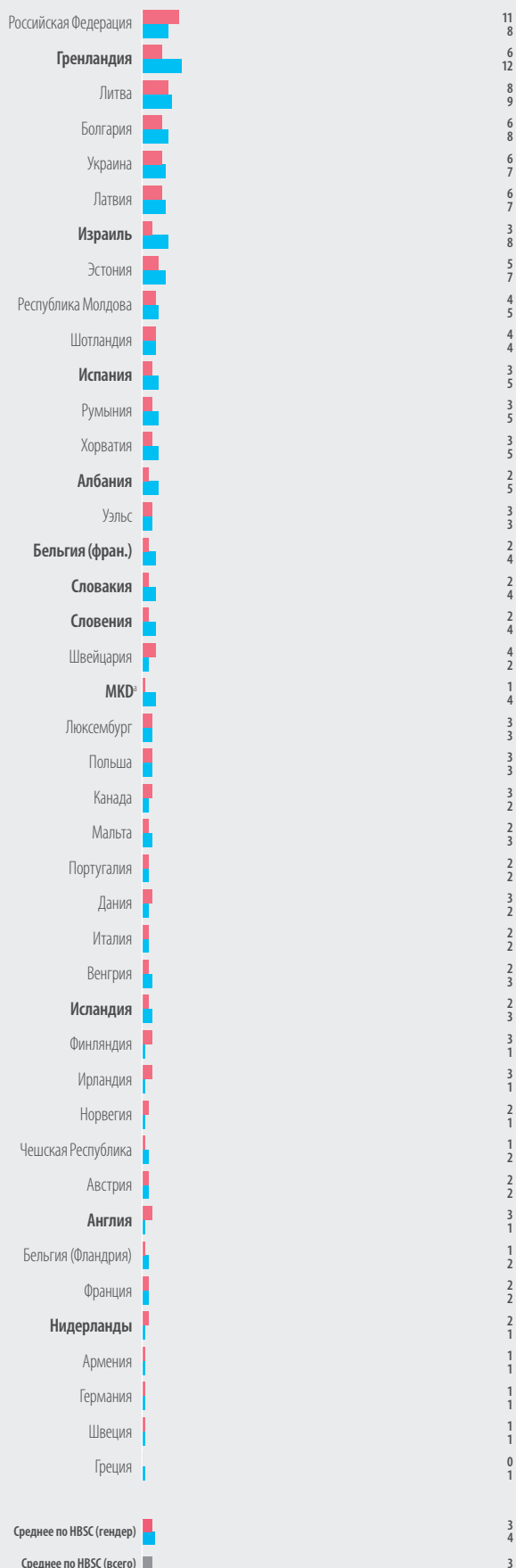
Менее чем в половине стран и областей существуют гендерные различия по данному параметру, при этом четкой закономерности не выявлено: в некоторых странах чаще становятся жертвами кибербуллинга мальчики, а в других — девочки.

Достаток семьи

Лишь в нескольких странах и областях существуют явные различия в зависимости от достатка семьи: в таких случаях кибербуллинг обычно ассоциируется с более низким достатком.

11-летние подростки, которые становились жертвой кибербуллинга не менее двух-трех раз в месяц

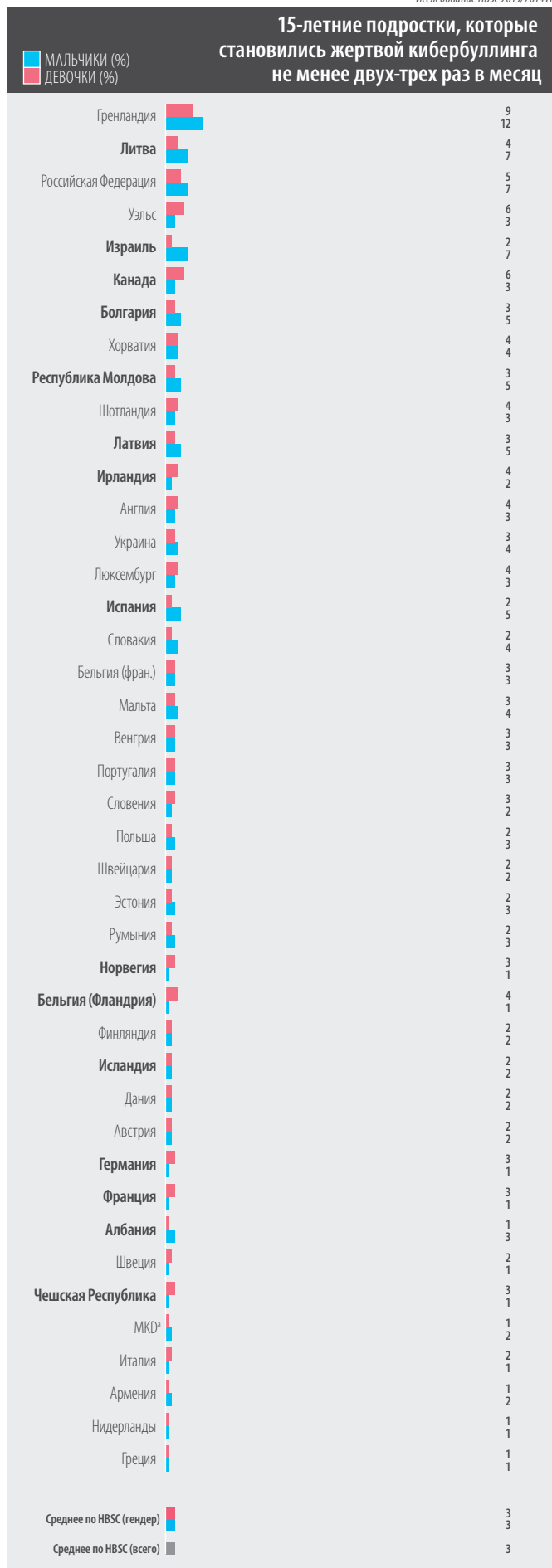
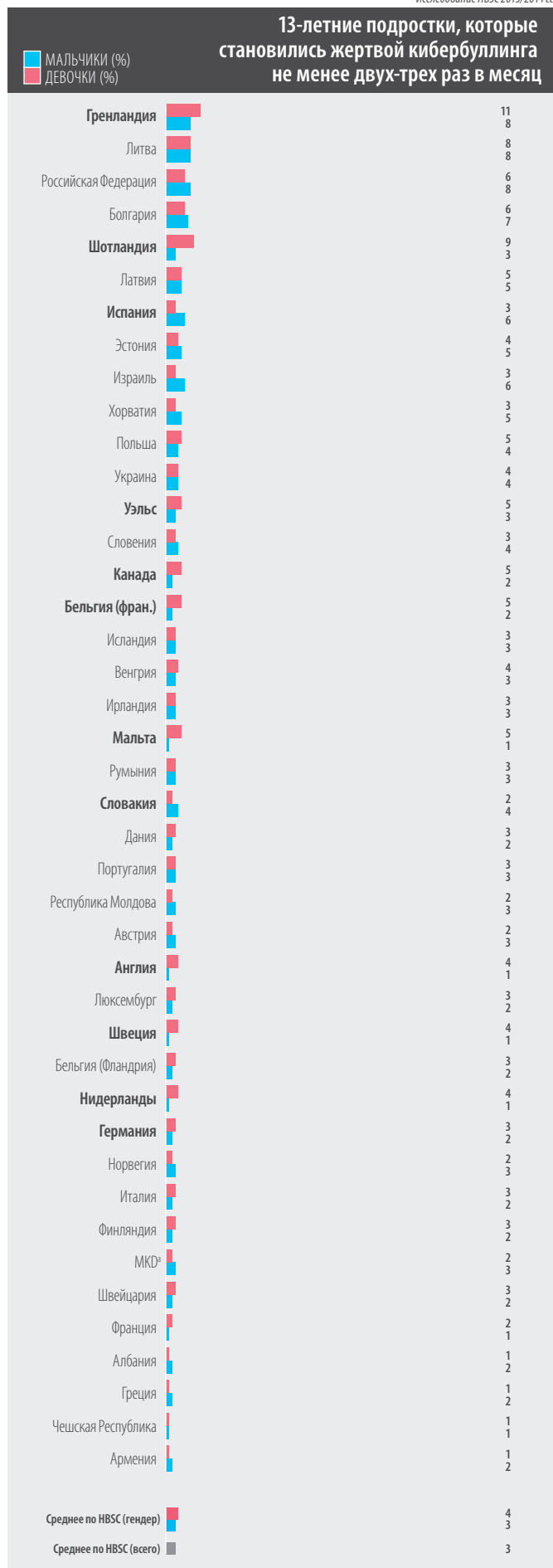
■ МАЛЬЧИКИ (%)
 ■ ДЕВОЧКИ (%)



* Бывшая югославская Республика Македония.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.

Исследование HBSC 2013/2014 гг.



Примечание. Обозначает значимое гендерное различие (при $p < 0,05$). Нулевые значения соответствуют величинам ниже $\pm 0,5\%$.

БУЛЛИНГ: НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

НАУЧНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Очевидны очень большие различия в уровнях буллинга и виктимизации среди подростков в разных европейских странах. Полученные результаты позволяют предположить, что на уровни буллинга влияют факторы, обусловленные культурными особенностями каждой страны, например культурными нормами, социально-экономическим уровнем развития и степенью успешности предпринимаемых мер и программ по предупреждению буллинга в школах. Во всех странах и областях мальчики почти всех возрастных групп значительно чаще принимают участие в буллинге в качестве нападающей стороны (24), однако гендерные различия менее выражены в случае виктимизации посредством буллинга, особенно по мере взросления. В случае кибербуллинга четкая гендерная картина пока не выявлена.

Лишь в ряде стран и областей отмечена корреляция между буллингом и уровнем достатка семьи. Для всех типов буллинга типична связь между снижением показателей и более высоким материальным достатком (25), но такое соотношение не всегда четко прослеживается.

Первоначальный анализ позволяет предположить, что кибербуллинг распространен в меньшей степени по сравнению с традиционными формами издевательств. В случае этого типа буллинга различия в зависимости от страны проживания также бывают выражены в меньшей мере. Необходимо проводить исследования для выявления связи между кибербуллингом и известными психосоциальными детерминантами и последствиями, а также для установления того, насколько его показатели и модели функционирования схожи или отличны от традиционных форм буллинга.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Агрессивное поведение среди молодежи продолжает оставаться важной проблемой общественного здравоохранения (26). Доказана эффективность в сокращении уровня буллинга таких мероприятий, как обучающие программы для родителей и тематические встречи с ними, улучшение контроля за детскими площадками, дисциплинарные методы, контроль за деятельностью в классе, обучение учителей, соблюдение правил поведения в школе, реализация политики антибуллинга в масштабах всей школы, школьные конференции, информирование родителей и совместная работа в группах (27). Снижение уровней виктимизации является результатом применения дисциплинарных методов, обучения родителей и встреч с ними, подготовки специальных видеоматериалов и совместной групповой работы (27).

Программы по предупреждению буллинга должны быть сертифицированы и рассчитаны на длительный период (более шести месяцев) (27). Для учеников средних и старших классов более эффективными являются программы, ориентированные на свидетелей буллинга (28). Необходимо разрабатывать целостный подход к школьной политике в отношении кибербуллинга в сочетании с двумя типами стратегий профилактики безопасного использования компьютера: реактивным (удаление, блокировка или игнорирование сообщений) и активным (компьютерная грамотность, безопасность и повышение осведомленности) (29). Ученикам и преподавателям следует пройти специальную подготовку, которая поможет им понять, что представляет собой кибербуллинг и какую роль играют так называемые "перепост" и "лайк" (функции "поделиться" и "нравится" в отношении сообщений в социальных сетях).

Для создания реалистичных планов действий по регулированию агрессивного поведения, установлению целевых ориентиров и контролю сроков и процесса их реализации требуются надежные эпидемиологические данные, которые далеко не всегда подкрепляют планы действий на национальном уровне в настоящий момент (27).

ЛИТЕРАТУРА

1. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Nic Gabhain S, Scheidt P et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005;15(2):128–32.
2. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ, the HBSC Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(8):730–36.
3. Haynie DL, Nansel T, Eitel P, Crump AD, Saylor K, Yu K et al. Bullies, victims, and bully/victims: distinct groups of at-risk youth. *J Early Adolesc.* 2001;21(1):29.
4. Peskin MF, Tortolero SR, Markham CM, Addy RC, Baumier ER. Bullying and victimization and internalizing symptoms among low-income Black and Hispanic students. *J Adolesc Health* 2007;40(4):372–75.

5. Salmon G, James A, Cassidy EL, Auxiliadora Javaloyes M. Bullying a review: presentations to an adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2000;5(4):563.
6. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health* 2008;20(2):133–54.
7. Kaltiala-Heino R, Rimpelae M, Rantanen P, Rimpelä A. Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc.* 2000;23(6):661–74.
8. Tharp-Taylor S, Haviland A, D'Amico EJ. Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addict Behav.* 2009;34(6):561–67.
9. Luk JW, Wang J, Simons-Morton BG. The co-occurrence of substance use and bullying behaviors among US adolescents: understanding demographic characteristics and social influences. *J Adolesc.* 2012;35:1351–60.
10. Radliff KM, Wheaton JE, Robinson K, Morris J. Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addict Behav.* 2012;37(4):569–72.
11. Harel-Fisch Y, Walsh SD, Grinvald-Fogel H, Amitai G, Molcho M, Due P et al. Negative school perceptions and involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries. *J Adolesc.* 2011;34:369–52.
12. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):61–4.
13. Brunstein K. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(1):40.
14. Brunstein KA, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry* 2010;55(5):282–8.
15. Russell ST, Sinclair KO, Poteat VP, Koenig BW. Adolescent health and harassment based on discriminatory bias. *Am J Public Health* 2012;102(3):493–5.
16. Luk JW, Wang J, Simons-Morton BG. Bullying victimization and substance use among US adolescents: mediation by depression. *Prev Sci.* 2010;11(4):355–59.
17. Olweus D. The revised Olweus bully/victim questionnaire. Bergen: University of Bergen; 1996.
18. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res.* 2010;14(3):206–21.
19. Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc.* 2013;36(2):341–50.
20. Sinclair KO, Bauman S, Poteat VP, Koenig B, Russell ST. Cyber and bias-based harassment: associations with academic, substance use, and mental health problems. *J Adolesc Health* 2012;50(5):521–3.
21. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *J Youth Adolesc.* 2013;42(5):675–84.
22. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying: an exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behav.* 2008;29(2):129–56.
23. Sourander A, Klomek AB, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(7):720–8.
24. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health* 2009;45(4):368–75.
25. Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y, Damsgaard MT, Holstein PE, Hetland J et al. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *Am J Public Health* 2009;99(5):907.
26. Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/ru/, по состоянию на 24 августа 2015 г.).
27. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *J Exp Criminol.* 2011;7(1):27–56.
28. Polanin JR, Espelage DL, Pigott TD. A meta-analysis of school-based bullying prevention programs' effects on bystander intervention behavior. *School Psych Rev.* 2012;41(1):47–65.
29. Cassidy W, Faucher C, Jackson M. Cyberbullying among youth: a comprehensive review of current international research and its implications and application to policy and practice. *Sch Psychol Int.* 2013;34:575–612.

НЕРАВЕНСТВА В ПЕРИОД ВЗРОСЛЕНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ
В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОБСУЖДЕНИЕ

ВОЗРАСТ

ВОЗРАСТ

Три возрастные группы, включенные в исследование HBSC, — 11-, 13- и 15-летние школьники — представляют самое начало подросткового развития и его ранние этапы. В этот период происходят стремительные изменения в их физическом, эмоциональном и психологическом состоянии, равно как и в здоровье. Изменения сопровождаются важными траекториями развития на протяжении этого периода, для которого характерно формирование индивидуальности и ценностей, трансформация взаимоотношений с родителями и сверстниками, а также формирование как моделей поведения, способствующих здоровью, так и сопряженных с риском для здоровья (1). Поэтому для укрепления здоровья и благополучия подростков в этот период жизненно необходимо получить представление о возрастных различиях в восприятии подростками социального окружения, в показателях поведения, способствующих здоровью, а также поведения, сопряженного с риском для здоровья.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Результаты исследования HBSC 2013/2014 гг. говорят о том, что в период между 11 и 15 годами восприятие подростками своего социального окружения, как правило, ухудшается в семье и в школе, тогда как роль сверстников оказывается более стабильной или даже приобретает более весомое значение в процессе развития. Качество общения с матерью и отцом (то есть насколько легко подросткам разговаривать с ними) постепенно снижается с 11- до 13-летнего возраста, а к 15 годам характеризуется весьма существенным ухудшением. Такая же закономерность наблюдается в отношении того, нравится ли им школа, и в самооценке успеваемости. При этом школьная нагрузка воспринимается как все более тяжелое бремя на всем протяжении этого периода, усугубляя негативные тенденции в развитии подростков.

Несколько менее негативная тенденция в период с 11- до 15-летнего возраста отражена в стабильном уровне восприятия поддержки со стороны одноклассников в половине стран и областей, хотя во второй их половине отмечено снижение уровня восприятия поддержки. В большинстве стран и областей в период с 11- до 15-летнего возраста отмечена стабильность показателя восприятия поддержки со стороны сверстников вне стен школы. Аналогичная картина наблюдается по показателю времени, проведенного с друзьями днем и ранним вечером (примерно в половине стран), который увеличивается в период с 11- до 15-летнего возраста в четверти стран. Показатель общения с использованием электронных средств связи с возрастом также увеличивается.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Негативные тенденции, обусловленные возрастными изменениями, также прослеживаются в отношении показателей здоровья: в период с 11 до 15 лет подростки все чаще сообщают о плохом здоровье в трех четвертях стран и областей, а также наблюдается значительное ухудшение показателей удовлетворенности жизнью. Также возрастают жалобы на здоровье среди девочек в возрасте от 11 до 15 лет, хотя среди мальчиков ситуация по этому показателю остается стабильной.

Что касается избыточной массы тела и ожирения, то возрастные изменения показателя происходят только среди девочек, при этом 15-летние девочки сообщают о более низком ИМТ, чем 11-летние. Также только у девочек с возрастом меняется восприятие своего тела — у 15-летних девочек этот показатель ухудшается по сравнению с 11- и 13-летними. Возрастные изменения показателя, связанного с действиями, направленными на снижение веса тела, разнонаправлены у мальчиков и девочек: в большинстве стран и областей девочки с возрастом чаще предпринимают действия, направленные на снижение веса, тогда как среди мальчиков в период с 11 до 15 лет наблюдается уменьшение показателя в четверти стран, а в остальных странах и областях он остается неизменным.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

В целом с возрастом наблюдаются негативные изменения в показателях поведения, способствующих здоровью. Такая закономерность для обоих полов отмечена в отношении употребления завтрака и фруктов, хотя среди девочек сокращение потребления фруктов не столь значительно. Употребление безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков увеличивается в период с 11 до 15 лет в половине стран и областей, усугубляя картину отрицательной тенденции в отношении здоровых привычек. Вместе с тем в этот период отмечается уменьшение показателя травм, требующих медицинского вмешательства.

Положительная тенденция также прослеживается в отношении гигиены полости рта среди девочек в период с 11 до 15 лет — взрослея, они чаще чистят зубы, тогда как мальчики — реже.

Что касается рекомендации по ежедневной MVPA не менее 60 минут в день, то 11-летние подростки с большей вероятностью соответствуют ей, чем 15-летние почти во всех странах и областях, что говорит об отрицательной возрастной тенденции. Та же отрицательная тенденция прослеживается в отношении просмотра телепередач — в период с 11 до 15 лет этот показатель увеличивается

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Некоторые формы поведения, сопряженные с риском для здоровья (первый опыт табакокурения, употребление конопли и сексуальное поведение), изучались в рамках данного исследования лишь среди 15-летних подростков, что не позволяет говорить о возрастных тенденциях. Что касается еженедельного курения, употребления алкоголя и состояния опьянения, то эти показатели с возрастом увеличиваются. Такая же ситуация наблюдается с показателями по буллингу. Однако такие показатели, как положение жертвы буллинга, а также кибербуллинг (в отношении мальчиков) и участие в драках, с возрастом уменьшаются. Среди девочек показатели кибербуллинга и участия в драках более стабильны на протяжении подросткового периода, но по показателю кибербуллинга отмечается пик в 13-летнем возрасте.

ОБСУЖДЕНИЕ

В целом в этот период наблюдается отрицательная траектория развития — по мере взросления возрастает отрицательное восприятие детьми и подростками своего здоровья, а также усугубляется поведение, сопряженное с риском для здоровья. Возникает закономерный вопрос: в какой степени эта отрицательная тенденция обусловлена индивидуальными особенностями развития в пубертатный период и с процессом приобретения большей независимости и ответственности, а в какой — влиянием условий, в которых живут подростки, таких как дом, школа, места проведения досуга?

Для большинства подростков возраст с 11 до 15 лет — это предпубертатный или пубертатный период. Это время характеризуется биологическими изменениями, сознательным формированием самоидентичности и экспериментами с такими формами поведения, сопряженного с риском, как табакокурение, употребление алкоголя и первый опыт половой жизни. На ранних этапах полового созревания учащаются действия, влекущие за собой риск в отношении здоровья (2), что, возможно, происходит за счет того, что подростки в этот период ищут друзей постарше, уже приобщившихся к первым подобным опытам. Здоровая тенденция развития связана с возрастающими возможностями самостоятельного принятия решений, что способствует формированию самоидентичности и самостоятельности.

Результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на общую картину отрицательной тенденции развития в отношении здоровья и поведения, способствующего здоровью, различия по странам и областям весьма существенны. Возможно, это связано с культурными различиями в понимании того, какие эксперименты и уровни независимости можно считать приемлемыми. Это можно объяснить также различиями в политике в таких сферах, как регламентация курения в школах и установленные в законодательном порядке возрастные ограничения на приобретение сигарет и алкоголя. Ограничительные меры политики могут влиять на подражание подростками поведению курящих родителей и сверстников, что может являться еще одним объяснением наблюдаемых различий между странами/областями.

Лишь немногие дети к 11 годам вступили в период полового созревания, что может объяснить менее выраженные различия в показателях восприятия своего здоровья и поведения, способствующего здоровью, между странами и областями для этой группы подростков. По мере вхождения в пубертатный период, как правило, все большее число подростков пробуют что-то новое. Попытки примерить на себя поведение, сопряженное с риском, можно объяснить склонностью подростков к поиску новых, ярких ощущений, что может быть связано с биологически обусловленным стремлением к поощрениям (3). Тот факт, что поиск новых, сильных ощущений в этом возрасте во многих культурах считается нормой, скорее всего, является существенной причиной различий, которые наблюдаются как внутри стран, так и между странами и областями.

Влияние социальных взаимоотношений и детерминант также может помочь в понимании причин различий в поведении и восприятии подростками своего здоровья (4, 5). Очевидно, что на формирование здоровых привычек детей младшей возрастной группы больше влияют родители, нежели сверстники (6). Родители 11-летних подростков оказывают более значимое влияние на уклад жизни своих детей, поскольку именно они организуют ежедневное питание, а также направляют и подводят детей к выбору тех или иных видов проведения досуга. Кроме того, именно они обычно устанавливают правила и регламенты относительно того, где и с кем их детям проводить время и когда ложиться спать. Можно ожидать аналогичной картины по всем странам и областям в отношении того, как родители структурируют жизнь детей младшей возрастной группы в отношении питания и поведения, но различия в культурных нормах относительно степени самостоятельности ребенка и возможности влияния на него могут вносить некоторую вариабельность в показатели.

Обычно взросление сопровождается большей зрелостью; видя это, родители, как правило, дают детям возможность обсуждать или даже принимать свои собственные решения относительно того, каким образом заполнять свое время и с кем его проводить. Здесь также можно ожидать культурные различия, особенно в отношении того, что считается нормой для девочек, а также в отношении уровня благосостояния страны или области, и того значения, которое придается мерам по укреплению здоровья (5).

Установленные родителями нормы и их роль в качестве примера для подражания по-прежнему помогают 13- и 15-летним подросткам противостоять соблазну приобщения к опасному для здоровья поведению (7), но влияние мнения и привычек сверстников приобретает все большую значимость (6, 8). Ослабление влияния родителей в пользу сверстников происходит преимущественно благодаря тому, что подростки все больше времени проводят со своими друзьями. Мнение сверстников и их пример передаются в рамках внутригруппового поведения — то есть поведения, которое считается приемлемым и важным для группы друзей, — оно может включать курение или эксперименты с алкоголем, или же отказ от употребления каких-либо психотропных веществ. Друзья также могут брать на себя роль доверенного лица, с которым делятся наболевшим, особенно в ситуациях стресса, отчаяния или незащищенности, которые могут касаться в том числе и семейных конфликтов (6).

Таким образом, вступление в подростковый период знаменует собой приобретение большей самостоятельности дома, со сверстниками и в школе. Большая независимость дома и со сверстниками проявляется в принятии решений относительно того, чем заниматься и с кем проводить свободное время. В школе подросткам с возрастом предоставляется больше возможностей самостоятельно выполнять задания. Большая самостоятельность подразумевает и более высокий уровень ответственности, а также большие ожидания в отношении способности позаботиться о себе, например может ли подросток самостоятельно правильно питаться, выполнять домашнюю работу и отводить достаточно времени для сна. Большая ответственность в школьной среде означает, что ученикам доверяют все более самостоятельное осуществление учебного процесса, при этом они берут на себя ответственность за успешную учебу и использование имеющихся в их распоряжении ресурсов. Большинству подростков нравится большая степень самостоятельности и свободы, вместе с тем большая степень ответственности, где многое зависит от собственных решений и собственных усилий, может создать ощущение и большего стресса (9).

Установленная в исследовании HBSC возрастная траектория развития может быть объяснена взаимодействием между прохождением подростком через процесс пубертатного развития и их проживанием опыта в различных социальных условиях — условиях семьи, досуга и школы (10). Более глубокое понимание этого взаимодействия и его развития в подростковый период важно для установления уникальных и общих, индивидуальных и социальных соотношений между различными формами поведения, способствующими здоровью, и восприятием своего собственного здоровья (4).

Возрастные тенденции в способствующем здоровью поведении подростков оказывают влияние на здоровье не только в подростковом возрасте, но и в зрелые годы (5, 11). Например, подростки, занимающиеся различными видами физической активности, более склонны к продолжению физических занятий, становясь взрослыми (12, 13). Такой образ жизни, особенно в сочетании со здоровым питанием, потенциально может предупредить развитие сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Поэтому поощрение здорового поведения с раннего возраста является важной инициативой по укреплению здоровья.

Тот же принцип действует в отношении предупреждения форм поведения, сопряженных с риском для здоровья, то есть таких привычек, как курение и чрезмерное употребление алкоголя, для того чтобы избежать сохранения этих привычек во взрослой жизни. Возникающие

в подростковом возрасте психосоматические жалобы также, как правило, сохраняются и в зрелые годы. Таким образом, для содействия здоровому развитию жизненно необходима профилактика стрессовых ситуаций в школе, дома и в общении со сверстниками путем предоставления подросткам возможностей для большей самостоятельности и принятия решений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из важных результатов исследования является тот факт, что показатели поведения, сопряженного с риском, ниже и стабильнее в младшей возрастной группе (11-летние) во всех странах и областях. Ситуация несколько иная среди 13- и 15-летних подростков — с возрастом рискованное поведение встречается все чаще при большем разнообразии закономерностей увеличения показателя.

Обусловленное взрослением увеличение показателя можно объяснить ростом влияния сверстников в подростковый период, что, возможно, сопровождается экспериментами с формами поведения, сопряженными с риском, и пренебрежением здоровым поведением, в частности физической активностью и здоровым питанием. Различия по странам и областям, по всей видимости, связаны с различиями в культурной и экономической среде, а факторы индивидуального развития, вероятно, взаимодействуют с влияниями среды. Необходимо получить более глубокое представление о взаимодействии между индивидуальными факторами и факторами среды, а также об изменениях, происходящих с возрастом.

Полученные результаты подчеркивают необходимость разработки мер, направленных на разные возрастные группы, которые помогут решить проблемы взаимодействия индивидуума и среды, в которой подросток живет, в целях укрепления здоровья и благополучия молодого поколения. Установлено, что школьная среда является наиболее адекватной точкой приложения усилий в реализации этих мер, поскольку она дает возможность объединить знания и навыки учителей и медицинского персонала (14–16).

ЛИТЕРАТУРА

1. Rice P, Dolgin K. The adolescent: development, relationships and culture, 10th edition. Boston (MA): Allyn and Bacon; 2002.
2. Golub MS, Collman GW, Foster PM, Kimmel CA, Rajpert-De Meyts E, Reiter EO et al. Public health implications of altered puberty timing. *Pediatrics* 2008;121:S218. doi:10.1542/peds.2007-1813G.
3. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Rev.* 2008;8:78–106.
4. Peters LWH, Wiefferink CH, Hoekstra F, Buijs GJ, ten Dam GTM, Paulussen TGWM. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Educ Res.* 2009;24(2):198–223.
5. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641–52.
6. Cairano S, Rabaglietti E, Roggero A, Bonino S, Beyers W. Patterns of adolescent friendships, psychological adjustment and antisocial behavior: the moderating role of family stress and friendship reciprocity. *Int J Behav Dev.* 2007;31(6):539–48. doi:10.1177/0165025407080573.
7. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K et al. Monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics* 2001;107(6):1363–8. doi:10.1542/peds.107.6.1363.
8. Cauce AM, Srebnik DS. Returning to social support systems: a morphological analysis of social networks. *Am J Community Psychol.* 1990;18(4):609–16.
9. Samdal O, Torsheim T. School as a resource or risk to students' subjective health and well-being In: Wold B, Samdal O, editors. *An ecological perspective on health promotion: systems, settings and social processes.* London: Bentham; 2012:48–59.
10. Bronfenbrenner U. *Making human beings human: bioecological perspectives on human development.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2005.
11. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities *Scand J Public Health* 2011;39:62. doi:10.1177/1403494810395989.
12. Kjønniksen L, Torsheim T, Wold B. Tracking of leisure-time physical activity during adolescence and young adulthood: a 10-year longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:69.
13. Wium N, Breivik K, Wold B. Growth trajectories of health behaviours from adolescence through young adulthood. *Int J Environ Res Public Health* 2015;2(11):13711–29. doi:10.3390/ijerph121113711.
14. Eccles JS, Roeser RW. Schools as developmental contexts during adolescence. *J Res Adolesc.* 2011;21(1):225–41.
15. Danielsen AG. Supportive and motivating environments in school: main factors to make well-being and learning a reality. *Nor Epidemiol.* 2010;20(1):33–9.
16. Ward NL, Linke LH. Commentary: understanding adolescent health-risk behaviors from a prevention science perspective. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011;39(1):53–6.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Молодые женщины и мужчины в подростковый период примеряют на себя гендерные роли взрослых (ожидания общества относительно того, что считается мужским или женским поведением) во всех сферах жизни — личной, семейной и деловой. Эти гендерные роли формируются обществом, поэтому они различаются по странам и областям (1).

Национальные политические и экономические возможности для женщин, а также культурные и религиозные гендерные нормы оказывают воздействие на представления подростков о гендерных ролях и могут влиять на их подверженность и восприимчивость к факторам риска для здоровья и защитным факторам (2). Таким образом, межнациональные различия в показателях здоровья подростков можно трактовать как отражение межнациональных различий в гендерных ролях. Осведомленность о гендерных различиях и сходствах, а также понимание их причин, являются необходимыми условиями планирования успешных целенаправленных мер в отношении здоровья.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

В ходе исследования HBSC проводится сбор информации по ключевым аспектам социальной жизни, таким как семья, сверстники и школа. Было обнаружено, что эти аспекты оказывают значительное влияние на здоровье подростков (2–5), поэтому представляется целесообразным выявить и попытаться объяснить гендерные различия в рамках каждого из них.

Некоторые очевидные гендерные различия возникают в контексте семейной жизни, при этом мальчики обычно сообщают о более позитивных взаимоотношениях. Например, на вопрос о том, насколько легко им общаться с родителями, мальчики с большей вероятностью сообщают о том, что им легко разговаривать с отцом о действительно важных для них вещах. По показателю легкости общения с матерью не отмечено четких гендерных различий, но в более старшем возрасте они возникают в отношении восприятия поддержки со стороны семьи, так мальчики сообщают о более высоком уровне поддержки.

Девочки, как правило, сообщают о более высоком уровне поддержки со стороны сверстников, и гендерный разрыв с возрастом увеличивается. Большее число мальчиков ежедневно встречаются с друзьями, тогда как девочки, как правило, больше контактируют с друзьями в социальных сетях, хотя не во всех странах и областях.

Девочки (особенно в младшей возрастной группе) с большей вероятностью сообщают о высокой степени удовлетворенности школой и высокой оценке своих академических достижений, что свидетельствует об их более позитивном школьном опыте. 11-летние девочки также меньше испытывают тяжесть учебной нагрузки, но с возрастом ситуация меняется: в 15 лет девочки сообщают об ощущении более высокой нагрузки в школе, чем мальчики. По индикатору восприятия поддержки со стороны одноклассников гендерная разница не отмечена.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Некоторые из наиболее устойчивых гендерных различий относятся к показателям здоровья подростков. В частности, девочки с большей вероятностью сообщают об удовлетворительном или плохом состоянии здоровья, о многочисленных жалобах на здоровье, а также о более низком уровне удовлетворенности жизнью. Каждое из этих гендерных различий увеличивается с возрастом.

Мальчики чаще страдают от травм, требующих медицинского вмешательства, что может быть обусловлено их большей физической активностью. Мальчики чаще имеют избыточную массу тела или ожирение, тогда как девочки чаще сообщают о том, что воспринимают свое тело как слишком полное и что они предпринимают какие-либо действия, чтобы похудеть. Эти различия, как правило, с возрастом увеличиваются.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

Четкие гендерные различия в поведении подростков, способствующем здоровью, очевидны. Девочки чаще пропускают завтрак, но фруктов употребляют больше. Мальчики в целом сообщают о большем потреблении безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков. Регулярная чистка зубов (чаще одного раза в день) более свойственна девочкам. Мальчики чаще занимаются различными видами физической активности от средней до высокой степени интенсивности, но в то же время и с большей вероятностью сообщают о времени, проведенном за экраном (просмотр телепередач, видеороликов, DVD и другие экранные развлечения по будням).

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Поведение, сопряженное с риском для здоровья, которое является объектом изучения исследования HBSC, включает потребление психотропных веществ, сексуальное поведение, драки и буллинг. В целом мальчики, как правило, чаще склонны к такого рода поведению.

Мальчики обычно чаще сообщают о раннем приобщении к курению и еженедельном курении. Еженедельное употребление алкоголя и (ранние) случаи опьянения, как правило, чаще встречаются среди мальчиков, то же касается и употребления конопли. В некоторых странах и областях девочки, по всей видимости, начинают догонять мальчиков в употреблении психоактивных веществ (хотя это изменение не является статистически значимым), например чаще употребляют алкоголь.

В большинстве стран и областей мальчики с большей вероятностью сообщают об имевшемся у них опыте полового акта, хотя в некоторых странах/областях наблюдается противоположная картина. Мальчики также чаще, по их словам, используют презервативы, но в отношении противозачаточных таблеток четких гендерных различий не отмечено.

Мальчики всех возрастов чаще участвуют в драках и значительно чаще унижают/оскорбляют сверстников, но гендерные различия не столь выражены по показателю виктимизации в результате буллинга. В отношении кибербуллинга пока не прослеживается четкой гендерной картины.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные настоящего исследования HBSC отражают социальные взаимоотношения, обусловленные гендерными различиями и сформированные в результате гендерной социализации — процесса, в ходе которого мальчики и девочки познают мужскую и женскую суть. Как оказывается, на них также влияют ожидания общества, которые могут различаться по странам и областям (6). Социальные связи мальчиков обычно основываются на различных видах деятельности, кроме того, для них характерны более высокие уровни физической активности и занятий спортом, тогда как социальные связи и дружеские отношения девочек основываются на межличностном общении. Гендерная обусловленность проявляется также в характере использования мальчиками и девочками электронных устройств, снабженных экраном, — девочки пользуются ими в основном для выполнения домашней работы и общения, а мальчики — для игр и просмотра телепередач (7).

Во многих странах и областях девочки учатся лучше, чем мальчики. Мальчики отстают: им чаще не нравится школа, и они ниже оценивают свою успеваемость. Меньшая привлекательность школы для мальчиков может быть обусловлена такими факторами, как методы обучения и система приема экзаменов, а также принятыми среди сверстников в школе представлениями о мужественности (8, 9).

Установлена устойчивая гендерная специфика самооценки состояния здоровья, в соответствии с которой девочки сообщают о более низкой субъективной оценке своего здоровья. Это может являться отражением более высоких ожиданий девочек в отношении повседневной жизни или гендерной предубежденности в подходе к субъективной оценке здоровья. Возможно, основное внимание в вопросах анкет HBSC сосредоточено на реакциях на стресс, характерных для женщин (в результате интернализации — головная боль, боль в животе и ощущение беспокойства), а не на реакциях, основанных на чувстве гнева (экстернализация), которые чаще наблюдаются у мальчиков (10).

Мальчики чаще имеют избыточную массу тела или ожирение, тогда как девочки чаще сообщают о том, что воспринимают свое тело как слишком полное и что они предпринимают какие-либо действия, чтобы похудеть. Различия в степени удовлетворенности своей фигурой можно отнести на счет физических изменений в период полового созревания, а также на счет влияния принятых в обществе представлений об идеальной фигуре. Тело мальчика изменяется в желаемом направлении, становясь более мускулистым и мощным, тогда как девочки теряют свою так называемую идеальную форму с увеличением массы жировой ткани.

За последнее десятилетие отмечен ощутимый процесс гендерного "выравнивания" в отношении некоторых форм поведения, сопряженного с риском (11–13). Полученные данные подтверждают эту тенденцию. В частности, в некоторых странах и областях наблюдается выравнивание традиционных гендерных различий в отношении табакокурения — девочки стали больше курить. Употребление алкоголя, как правило, пока в большей степени распространено среди мальчиков, но уже наметилась тенденция к гендерной конвергенции (12, 13): в некоторых

странах, например в Соединенном Королевстве, появились данные, свидетельствующие о том, что девочки, по их словам, пьют больше, чем мальчики. Эти тенденции могут являться отражением происходящих изменений в социальном положении и гендерной идентификации. Например, употребление большого количества алкоголя сегодня может в меньшей степени считаться проявлением мужественности, тем самым становясь более приемлемым для девушек и бросая вызов традиционным представлениям о том, что принято считать нормой для женщин (14).

Мальчики чаще сообщают о совершении полового акта в большинстве стран и областей, а самые существенные гендерные различия отмечены в странах Восточной Европы. Особенности национальной культуры могут удерживать девочек (особенно) от раннего начала половой жизни: вероятно, существующие в странах/областях представления о нормах в отношении возраста, в котором можно начинать сексуальные отношения, в большей степени оказывают влияние на девочек, чем на мальчиков (15). В странах/областях с более традиционными гендерными нормами раннее начало сексуальной жизни у девочек сопровождается определенными физиологическими и психологическими симптомами. У мальчиков этого нет (16). Национальные факторы, обуславливающие эти различия, требуют дальнейшего изучения.

Участие в драках, буллинге, а также травматизм по-прежнему больше свойственны мальчикам. Эти сопряженные с риском формы поведения можно считать обусловленными гендерной принадлежностью, которая подталкивает мальчиков младшего возраста к более рискованным видам поведения, соответствующим понятиям о мужественности (17, 18). Более высокий показатель травматизма среди мальчиков также может являться результатом их приверженности к более травматичным спортивным занятиям (19, 20).

Для более целостного понимания того, в какой мере структурные факторы усиливают гендерную природу здоровья в подростковом возрасте, необходимы глубокие исследования. Индекс гендерного неравенства ООН дает возможность оценить связь между гендерным неравенством и показателями здоровья в различных странах и регионах. Он свидетельствует о том, что для стран с более высоким гендерным неравенством характерны более низкие показатели здоровья для обоих полов, после уточнения национального благосостояния. Такие результаты позволяют говорить о том, что гендерное неравенство причиняет вред и молодым мужчинам, и молодым женщинам, и о необходимости предпринимать меры для активного решения проблемы гендерного неравенства (2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования HBSC позволяют выявить систематические национальные и международные гендерные различия в показателях здоровья подростков. Масштаб различий, как правило, варьируется по странам и областям, что позволяет предположить необходимость проведения дополнительных исследований по изучению потенциального влияния на здоровье подростков (национальных) социальных структур и культурных факторов (таких, как гендерные нормы и роли). Наблюдаемые различия говорят о том, что стратегии по укреплению здоровья и профилактике болезней, возможно, следует ориентировать отдельно на мальчиков и отдельно на девочек.

Возможно, особое внимание следует обратить на психологическое благополучие мальчиков в школе, поскольку их показатели в отношении восприятия школы систематически ниже по сравнению с девочками. Многие формы сопряженного с риском для здоровья поведения по-прежнему более распространены среди мальчиков, поэтому, возможно, оздоровительные мероприятия следует больше ориентировать на них. Необходимо тщательно отслеживать потенциальное увеличение показателей, связанных с рискованным поведением, среди девочек, которое может возникнуть в результате гендерной конвергенции.

Внимания заслуживает устойчивая гендерная специфика самооценки состояния здоровья — девочки сообщают о более низкой субъективной оценке своего здоровья. Мальчики и девочки могут по-разному откликаться на меры, направленные на улучшение психического здоровья (21), поэтому, возможно, потребуется их корректировка с учетом гендерных особенностей. С учетом относительно низкой самооценки девочек, деятельность, направленная на укрепление психического здоровья, должна быть сориентирована на повышение у них самоуважения и предупреждение развития негативных представлений о своем теле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rudman LA, Glick P. The social psychology of gender: how power and intimacy shape gender relations. New York (NY): Guilford Press; 2008.
2. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641–52.
3. Freeman J, King M, Kuntsche E, Pickett W. Protective roles of home and school environments for the health of young Canadians. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:438–44.
4. Molcho M, Nic Gabhainn S, Kelleher CC. Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier? *Ir Med J*. 2007;100(8):33–6.
5. Morgan A, Currie C, Due P, Nic Gabhainn S, Rasmussen M, Samdal O 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 (Социальная солидарность в борьбе за психическое благополучие среди подростков)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf, по состоянию на 16 ноября 2015 г.).
6. Martin CL, Ruble DN. Children's search for gender cues: cognitive perspectives on gender development. *Curr Dir Psychol Sci*. 2004;13:67–70.
7. Leech RM, McNaughton SA, Timperio A. The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *Int J Behav Nutr Act*. 2014;11(1):4.
8. Legewie J, DiPrea TA. School context and the gender gap in educational achievement. *Am Sociol Rev*. 2012;77(3):463–85.
9. 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.
10. Ruiz-Cantero M, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, del Mar García Calvente M, Miquero C et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Com Health* 2007;61(Suppl. II):ii46–53.
11. Pitel L, Geckova AM, van Dijk JP, Reijneveld SA. Gender differences in adolescent health-related behaviour diminished between 1998 and 2006. *Public Health* 2010;124:512–18.
12. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;165(2):152–8.
13. Simons-Morton B, Farhat T, ter Bogt T, Hublet A, Kuntsche E, Nic Gabhainn S. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Pub Health* 2009;52:5199–208.
14. Lyons AC, Willot SA. Alcohol consumption, gender identities and women's changing social positions. *Sex Roles* 2008;59(9):694–712.
15. Madkour AS, de Looze M, Ma P, Halpern CT, Farhat T, ter Bogt TFM et al. Macro-level age norms for the timing of sexual initiation and adolescents' early sexual initiation in 17 European countries. *J Adolesc Health* 2014;55(1):114–21.
16. Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Nic Gabhainn S. Early adolescent sexual initiation and physical/psychological symptoms: a comparative analysis of five nations. *J Youth Adolsc*. 2010;39(10):1211–25.
17. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sc Med*. 2000;50:1385–1401.
18. Fleming PJ, Lee JGL, Dworkin SL. "Real men don't": constructions of masculinity and inadvertent harm in public health interventions. *Am J Public Health* 2014;104(6):1029–35.
19. De Looze M, Pickett W, Raaijmakers Q, Kuntsche E, Hublet A, Nic Gabhainn S et al. Early risk behaviours and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationship. *J Early Adolsc*. 2012;32(1):104–25.
20. Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuntsche E, Mazur J et al. Cross-national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev*. 2005;11:213–18.
21. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;12:CD003380.

ДОСТАТОК СЕМЬИ

ДОСТАТОК СЕМЬИ

Социально-экономические различия отмечаются во многих аспектах здоровья и форм поведения в отношении здоровья, а также в поддерживающих их социальных взаимосвязях. В целом подростки из семей с более высоким уровнем материального достатка, как правило, лучше ладят с родителями и сверстниками, у них более высокие показатели успеваемости и состояния здоровья. Вместе с тем не наблюдается четкой связи между формами поведения, сопряженного с риском, и проведением времени со сверстниками.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Подросткам из семей с более высоким достатком легче общаться с родителями, хотя такая закономерность в большей степени выражена в общении между отцами и дочерьми. Более чем в половине стран и областей достаток семьи положительно отражается на субъективно воспринимаемой поддержке со стороны семьи, то же верно в отношении поддержки со стороны сверстников в двух третях стран и областей. Уровень достатка также влияет на успеваемость несмотря на отсутствие достоверной связи с позитивным отношением к школе или школьной нагрузкой.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Неравенства, связанные с уровнем материального благосостояния семьи, проявляются в целом ряде показателей здоровья. Существует положительная корреляция между более высоким достатком семьи и самооценкой здоровья и удовлетворенностью жизнью. Также прослеживается связь между уровнем достатка и распространенностью жалоб на здоровье примерно в трети стран и областей среди мальчиков и примерно в половине — среди девочек. Показатели избыточной массы тела и восприятия своей полноты как излишней находятся в отрицательной зависимости от достатка семьи, хотя такое соотношение характерно не для всех стран и областей. Количество травм, требующих медицинского вмешательства, увеличивается с ростом материального благосостояния семьи, что, возможно, является следствием различий в доступе к услугам здравоохранения или занятиям спортом в некоторых странах и областях.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

В большинстве стран и областей более высокому достатку соответствуют более высокий уровень физической активности, более регулярная чистка зубов и большее потребление фруктов. Кроме того, дети из таких семей завтракают более регулярно. Неравенства в потреблении безалкогольных напитков проявляются по-разному: в ряде стран и областей чем выше достаток, тем больше потребление, тогда как в других — наоборот. В семьях с более низким достатком дети и подростки чаще смотрят телевизор (в основном это отмечается в Западной Европе), однако противоположная зависимость прослеживается в некоторых странах Восточной Европы.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Что касается неравенств в отношении форм поведения, сопряженных с риском, то четкой закономерности здесь нет. В большинстве стран и областей существует корреляция между низким достатком и еженедельным курением, однако такая связь отсутствует в отношении возраста начала курения, употребления алкоголя или конопли. Подростки из семей с низким достатком с большей вероятностью становятся жертвами буллинга, при этом не прослеживается устойчивой связи между этим параметром и участием в драках, издевательствами над другими детьми и кибербуллингом.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе продольных исследований была выявлена тесная взаимосвязь между здоровьем подростков, формами поведения, способствующими здоровью в этом возрасте и достатком семьи. Например, ожирение в подростковом возрасте позволяет прогнозировать более низкий уровень образования и более низкие доходы в зрелом возрасте (1); в то же время низкий уровень СЭС семьи подростка повышает риск развития ожирения в зрелом возрасте (с учетом различий в СЭС взрослых) (2, 3). Данные исследований также показывают, что международные различия

в неравенстве доходов определяют размер неравенств в показателях здоровья подростков (4). Состояние здоровья, СЭС и социальная мобильность человека неразрывно связаны с самых ранних лет жизни, что помогает понять, почему неравенства в отношении здоровья сохраняются на протяжении всей жизни.

Механизмы, лежащие в основе этих неравенств, включают в себя целый ряд причинно-следственных связей (5). Во-первых, уровень материального благосостояния семьи влияет на здоровье подростков за счет ограничения доступа к материальным ресурсам, поддерживающим здоровье, таким как хорошие школы, здоровое питание, парки и игровые площадки, которые создают условия для физической активности (6).

Во-вторых, низкий достаток семьи усиливает психосоциальные последствия низкого социально-экономического статуса, стресс и тревогу, сопутствующие жизни в условиях относительной бедности (7). Данный механизм психосоциального характера позволяет понять, почему социально-экономический аспект, влияющий на состояние здоровья, охватывает весь спектр уровней достатка семьи и почему социально-экономические различия наблюдаются во всех странах и областях, участвующих в исследовании HBSC, независимо от национального благосостояния. Материальные и психосоциальные аспекты работают в тандеме: так, выбор тех или иных продуктов определяется доступностью здорового питания и наличием стрессогенных факторов относительной депривации, которые ослабляют ограничения в рационе питания и активизируют предпочтения в пользу высококалорийных продуктов с высоким содержанием жиров (8–10).

В-третьих, достаток семьи косвенно влияет на здоровье подростков за счет социального расслоения. У подростков из семей с более низким достатком прием пищи происходит недостаточно регулярно, они не так легко общаются с родителями, ощущая при этом, что семья и сверстники поддерживают их в меньшей степени. Кроме того, страдает успеваемость. По данным исследований, антисоциальное поведение, исключение из школы и подверженность влиянию криминализованной среды чаще встречаются в семьях с более низким достатком (11). Неравенства в отношении здоровья создаются, а затем и усугубляются в рамках разнообразных социальных контекстов.

В-четвертых, наблюдаемые различия в показателях здоровья также являются следствием социально-обусловленных различий в начале жизненного пути и кумулятивного воздействия психологического стресса на развитие центров нейрорегуляции мозга, которые управляют эмоциями, вниманием и социальной активностью (12).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чем выше уровень материального благосостояния семьи, тем больше вероятность того, что подросток будет здоров, доволен жизнью и успешен в школе (11). Столкновения с неблагополучием в социально-экономической сфере в раннем возрасте оказывают серьезное воздействие на здоровье и благополучие в течение всей последующей жизни (13, 14). Исследование HBSC предоставляет важную информацию о масштабах этих различий в области разнообразных форм поведения, способствующих здоровью, и показателей здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med.* 1993;329:1008–12.
2. Power C, Graham H, Due P, Hallqvist J, Joung I, Kuh D et al. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison. *Int J Epidemiol.* 2005;34:335–44.
3. Senese LC, Almeida ND, Fath AK, Smith BT, Loucks EB. Associations between childhood socioeconomic position and adulthood obesity. *Epidemiol Rev.* 2009;31:21–51.
4. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015;385(9982):2088–95.
5. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann NY Acad Sci.* 1999;896:3–15.
6. Conrad D, Capewell S. Associations between deprivation and rates of childhood overweight and obesity in England, 2007–2010: an ecological study. *BMJ Open* 2012;2(2):e000463.
7. Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Soc Sci Med.* 2007;65(9):1965–78.
8. Oliver G, Wardle J. Perceived effects of stress on food choice. *Physiol Behav.* 1999;66(3):511–5.
9. Roemmich JN, Wright SM, Epstein LH. Dietary restraint and stress-induced snacking in youth. *Obes Res.* 2002;10(11):1120–6.
10. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition* 2007;23(11–12):887–94.

11. Repetti RL, Taylor SE, Seeman T. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull.* 2002;128(2):330–66.
12. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Nic Gabhainn S. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med.* 2009;69(3):396–403.
13. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009;301(21):2252–9.
14. Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Ann Epidemiol.* 2006;16(2):91–104.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

НАУЧНЫЕ ВЫВОДЫ

Подростков считают более здоровыми по сравнению с другими группами населения, но сегодня подростковый возраст признается критической стадией жизненного цикла, в течение которой закрепляются различные модели поведения, которые вносят вклад в формирование текущего состояния здоровья и показателей здоровья в будущем. Появляются все новые данные, свидетельствующие о том, что подростки особенно чувствительны к воздействию окружающей среды, и это лишь подчеркивает актуальность подхода к изучению состояния здоровья и благополучия подростков с точки зрения социальных детерминант.

Исследование HBSC дает уникальную возможность подробно рассмотреть жизнь подростков в Европе и Северной Америке. В настоящем отчете представлены основные выводы из исследования 2013/2014 гг. по таким вопросам, как формы поведения, способствующие здоровью, поведение, сопряженное с риском, показатели здоровья, а также социальный контекст, в котором живут современные подростки.

Данные свидетельствуют о том, что в течение подросткового возраста отношения в семье меняются (это особенно характерно для девочек), а роль семьи в качестве защитного фактора в этот период может снижаться. Напротив, воспринимаемая поддержка со стороны друзей остается относительно стабильной, потенциально обеспечивая важный ресурс на этапе, когда происходят постоянные изменения. Высказывания подростков, отраженные в тексте отчета, иллюстрируют важнейшую роль дружеских отношений, так как поддержка со стороны друзей помогает подросткам пережить трудности, с которыми они сталкиваются.

Характер взаимодействия и общения между подростками значительно изменился в течение последних лет за счет развития социальных и других форм электронных средств массовой информации. Достижения в области технологий за последние десятилетия представляют для подростков как новые возможности, так и факторы риска. Большинство опрошенных подростков ежедневно общаются со сверстниками посредством ЭС, и данная тенденция только усиливается по сравнению с предыдущими исследованиями (1).

Более широкое использование мобильных устройств и медиатехнологий может способствовать развитию онлайн/электронной агрессии, поэтому в исследование за 2013/2014 гг. были впервые включены вопросы о кибербуллинге. Интерес к этому новому явлению растет, поскольку прослеживается связь между виктимизацией в связи с кибербуллингом и широким спектром негативных последствий этого явления. В целом подростки реже сообщают о том, что они стали жертвой кибербуллинга, по сравнению с традиционными формами издевательства, но это соотношение со временем может измениться.

Наличие доказательств того, что электронные средства связи могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на здоровье подростков, подчеркивает важность дальнейшего наблюдения за изменчивым характером отношений со сверстниками для лучшего понимания их эффекта. Данные о количестве времени, которое подростки проводят в личном контакте либо общаясь посредством ЭС, значительно различаются по странам и областям, что определяет значимость более широкого культурного контекста в определении социальных норм и устоявшихся форм поведения.

Школа оказывает важное влияние на жизнь подростков, при этом здоровье и обучение очень тесно связаны. Существуют значительные национальные различия в школьном опыте подростков, особенно в отношении того, насколько им нравится школа и в какой мере они ощущают школьную нагрузку. Это неудивительно, учитывая разнообразие школьных систем в разных странах и областях, а также различия в организации учебного дня. У детей младшего школьного возраста впечатления от учебы в школе, как правило, имеют положительную окраску, хотя мальчики в этой возрастной группе чаще, чем девочки, ощущают стресс, связанный с учебой. Противоположная корреляция прослеживается среди учащихся старших классов, где напряжение чаще испытывают девочки. Возможно, это один из факторов, способствующих более низкому уровню психологического благополучия, о котором сообщают девочки в этом возрасте.

Результаты свидетельствуют о заметном снижении показателей субъективного благополучия среди девочек в подростковом возрасте. В среднем к 15 годам каждая пятая девочка сообщает об удовлетворительном либо плохом состоянии здоровья, половина опрошенных жалуется на здоровье чаще чем раз в неделю. Среди девочек в этом возрасте также значительно увеличивается неудовлетворенность своим телом (особенно в странах Западной и Центральной Европы), хотя фактические показатели избыточного веса и ожирения остаются на прежнем уровне. Действительно, данные указывают на то, что для девочек старшего подросткового возраста характерна иная траектория

основных показателей здоровья и благополучия. Помимо ухудшения психологического здоровья, 15-летние девочки также, с их слов, имеют наиболее низкие показатели удовлетворенности жизнью, менее регулярно завтракают и менее физически активны.

Многие позитивные формы поведения, по всей видимости, зависят от пола ребенка. В рационе девочек чаще присутствуют фрукты и овощи, они более регулярно чистят зубы, в то время как среди мальчиков выше показатели физической активности. Кроме того, существует значительная корреляция между полом и отрицательными показателями состояния здоровья и поведением, сопряженным с риском. Например, у мальчиков с большей вероятностью случаются травмы, они чаще участвуют в драках, чаще употребляют алкоголь и курят табак, хотя в ряде стран гендерный разрыв в этом отношении в последние годы сокращается, поскольку девочки перенимают формы поведения, традиционно считающиеся мужскими. Несмотря на это, по сравнению с предыдущими исследованиями наблюдаются обнадеживающие тенденции в поведении, сопряженном с риском для здоровья: показатели употребления психотропных веществ, участие в драках (2) и положение жертвы буллинга (3) среди мальчиков и девочек существенно снизились во многих странах и областях (4, 5).

Различия в семейном достатке по-прежнему оказывают большое влияние на здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования показывают, что подростки из семей с низким достатком, как правило, имеют более слабое здоровье, в меньшей степени удовлетворены жизнью, у них выше показатели ожирения и малоподвижного поведения. Кроме того, им нелегко общаться с родителями, они реже пользуются ЭСС, не ощущают достаточной поддержки со стороны друзей и семьи. У подростков в семьях с более высоким уровнем материального благополучия показатели обычно лучше. Многие из этих неравенств имеют постоянный характер, и есть данные, подтверждающие их рост и увеличение различий в нескольких ключевых областях здоровья подростков (6). Влияние социально-экономических факторов менее очевидно в отношении сопряженного с риском поведения и отношения к школе, и это наводит на мысль о том, что в школе могут быть обеспечены благоприятные условия для здоровья и развития подростков вне зависимости от семейных обстоятельств.

На формы поведения в отношении здоровья в подростковом возрасте влияют структурные детерминанты здоровья (такие, как неравенства в национальном благосостоянии и доходах, возможности в сфере занятости), а также проксимальные, или промежуточные, детерминанты (в том числе тесная связь подростка с семьей и школой) (7). Серьезные различия во многих показателях по странам и областям усиливают значимость особенностей и культурных норм каждой страны при определении состояния здоровья подростков и их благополучия. Как отмечается в работе Sawyer и др. (7):

Сложная связь между социальными детерминантами здоровья и факторами риска, а также защитными факторами, с одной стороны, и биологическими и социально-ролевыми изменениями в подростковом возрасте, с другой стороны, объясняет увеличение неравенства в отношении здоровья подростков между разными странами и областями. Эти же факторы влияют на опыт взросления таким образом, что подростки, живущие в одной стране, могут иметь весьма разнородный жизненный опыт и различные последствия для здоровья.

HBSC обладает уникальной возможностью описания и интерпретации закономерностей поведения в отношении здоровья в данной возрастной группе внутри стран и областей, а также между ними. Кроме того, могут быть выявлены основные факторы риска и защитные факторы, влияющие на формирование поведения, имеющего отношение к здоровью. Результаты настоящего отчета необходимо рассматривать с точки зрения позитивного подхода к процессу развития молодежи (8), в рамках которого основное внимание уделяется ресурсам и сильным сторонам развития подростков, как внутренним по отношению к ним (например, устойчивость к внешним воздействиям), так и внешним (таким, как сверстники и школа).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДЛЯ ЛИЦ, ФОРМИРУЮЩИХ ПОЛИТИКУ

В настоящем отчете отражены международные усилия, направленные на достижение общей приоритетной цели Европейской стратегии ВОЗ охраны здоровья детей и подростков, которая состоит в привлечении всеобщего внимания к жизни детей (9). Исследование HBSC рассматривает подростковый возраст как критический период в жизни человека, предоставляя информацию по поведению подростков в отношении здоровья, социальному контексту и среде, в которой происходит их развитие. Это уникальный инструмент, открывающий путь

к пониманию новых проблем и задач, связанных со здоровьем подростков (10), и представляющий собой общий голос, который обращается к национальным и международным реалиям жизни подростков. В отчете освещаются приоритетные направления действий, определяются изменяемые факторы риска и защитные факторы, которые могут быть использованы как базовые данные при разработке и реализации действенных мер и профилактических программ.

Результаты показывают, что подростки все интенсивнее пользуются цифровыми электронными средствами связи для общения в социальных сетях и получения информации. Необходимо разрабатывать инновационные практические меры, в рамках которых коммуникационные технологии будут использоваться для распространения информации об укреплении здоровья. Частое использование электронных средств связи выдвигает на первый план необходимость решения проблемы грамотности подростков в вопросах здоровья, чтобы удостовериться в том, что они умеют правильно оценивать качество информации и достоверность источников. Качественная и количественная оценка программ на основе использования новых коммуникационных технологий имеет решающее значение для формирования базы знаний, которая может способствовать расширению возможностей и улучшению показателей в этот возрастной период.

Данные, полученные в исследовании HBSC по широкому кругу вопросов, могут предоставить основу для разработки целого ряда мер политики по улучшению здоровья и благополучия подростков. В отчете не представляется возможным указать на непосредственные причины наблюдаемых тенденций в области здоровья детей и подростков, но можно зафиксировать изменения в политике, которые совпадают с изменениями в поведении, о которых сообщают респонденты. Например, ряд положительных изменений в жизни подростков, отраженных в отчете, можно связать с международными и национальными усилиями по содействию здоровому питанию, повышению физической активности, поощрению регулярной гигиены полости рта и снижению показателей поведения, сопряженного с риском. Но, безусловно, многое еще предстоит сделать.

Профилактические программы следует начинать на ранних этапах жизни человека, их разработка должна проводиться с учетом гендерных особенностей по таким вопросам, как участие в драках, сексуальное поведение, субъективная оценка здоровья, чистка зубов и отношение к школе. Ухудшение субъективной оценки состояния здоровья среди подростков является серьезной проблемой здравоохранения, которая требует структурных изменений, предусмотренных в стратегии "Учет интересов здоровья во всех направлениях политики" (HiAP) (11). Следует интегрировать пропаганду гигиены полости рта в общую программу укрепления здоровья: дальнейшие инвестиции в содействие улучшению гигиены полости рта в целях предупреждения заболеваний ротовой полости могут значительно сократить расходы на лечение в зрелом возрасте (12).

Решающее значение имеет доступ к современным средствам контрацепции и конфиденциальным услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Это особенно актуально для мальчиков из семей с низким достатком. При этом недостаточное количество квалифицированных практикующих специалистов может затруднить реализацию политики, направленной на улучшение сексуального здоровья в этой возрастной группе.

Благодаря развитию представлений о вредном воздействии алкоголя на мозг подростков стало возможным осуществление более жесткой политики, направленной на контроль употребления алкоголя среди подростков, и изменение социальных норм. Необходимо активизировать меры, направленные на то, чтобы предупредить экспериментирование среди подростков и не допустить привыкания к вредным формам поведения среди тех, кто экспериментировал с алкоголем или курением, а также усилить меры политики, направленные на ограничение доступности табачной продукции для подростков в коммерческих источниках (13). Все эти меры помогут отодвинуть первые опыты табакокурения и употребления алкоголя на как можно более поздние сроки.

Требуется системный подход к решению проблемы ожирения и избыточного веса, который включает в себя обеспечение здоровой и питательной пищи, безопасности в районе проживания, возможностей для физической активности и спортивных занятий. Программы по обеспечению школьников фруктами, рекомендации по питанию и маркировки пищевых продуктов доказали свою эффективность в улучшении пищевых привычек. При этом существуют данные, свидетельствующие о важной роли школьного питания в формировании рациона ребенка.

Профилактика травматизма является важной областью общественного здравоохранения, в которой даже небольшие инвестиции могут привести к значительным результатам. Приветствуются общие макроэкономические подходы, такие как применение законодательства, изменения условий среды, окружающей детей, для обеспечения их безопасности, посещение специалистами на дому, содействие популярности применения защитных средств (в том числе шлемов, ремней безопасности и пожарной сигнализации), образовательные программы, содействующие развитию важных жизненных навыков (14).

Отношения с другими людьми играют очень важную роль в подростковом возрасте, при этом общение со сверстниками и родителями является значимым защитным фактором в жизни подростков. Реализуемая политика должна быть направлена на формирование и поддержание благоприятных социальных контактов среди подростков посредством, например, создания возможностей для взаимодействия со сверстниками в безопасных и специально организованных местах. Важно также менять ошибочные представления о том, что бесконтрольное общение со сверстниками приводит к поведению, сопряженному с риском, и правонарушениям; очень много зависит от условий, в которых такое общение происходит (15). Следует уделять повышенное внимание программам, способствующим позитивному взаимодействию между родителями и детьми в подростковом возрасте, и вкладывать в них дополнительные средства.

Показатели общего состояния здоровья и поведения, приведенные в настоящем отчете, являются весьма позитивными, но сохраняется необходимость решения существующих социальных, возрастных и гендерных неравенств. Участники сети HBSC тесно сотрудничают с ВОЗ в сфере мониторинга Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, которая направлена на решение проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья, и преодоление неравенств среди подростков (9). Данные исследования HBSC сыграют важную роль в обеспечении реализации обязательств стратегии.

Необходимо создавать благоприятные условия для всего сообщества, а не только для групп повышенного риска. Поддерживающей средой являются школы и сообщества, а также киберпространство. Необходимы инвестиции в программы, которые помогают подросткам быть информированными интернет-пользователями, способствуют здоровому и ответственному онлайн-общению со сверстниками, а также предоставляют информацию о потенциально негативных последствиях проведения времени в интернете.

Реализация комплексной, интегрированной, гибкой и устойчивой политики для достижения положительных результатов в отношении здоровья в этой возрастной группе возможна лишь при наличии необходимой политической воли для обеспечения достаточных ресурсов для ее осуществления и оценки. Знания, полученные в рамках этой деятельности, могут дать ценную информацию о наиболее эффективных мерах по укреплению здоровья молодежи.

Исследования HBSC проводятся в течение уже более 30 лет. Они предоставляют убедительные доказательные данные в отношении потребностей и потенциала развития детей и подростков, а также соответствующие данные для более глубокого понимания неравенств в отношении здоровья. Усилия в рамках этого исследования в целях расширения участия молодежи в разработке научных и политических мер приводят к получению данных, более точно отражающих образ жизни и приоритеты молодых людей (16) и обладающих при этом высокой ценностью для разработки программ и политики.

В отчете подчеркивается актуальность предоставления подросткам возможности высказаться и принять участие в мероприятиях, связанных с их здоровьем и благополучием. Подростки должны играть активную роль в определении проблем и задач, связанных с их социальным окружением и здоровьем, и вносить вклад в разработку целенаправленных решений и мероприятий во благо их здоровья и благополучия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Boniel-Nissim M, Lenzi M, Zsiros E, Gaspar de Matos M, Gommans R, Harel-Fisch Y et al. International trends in electronic media communication among 11- to 15-year-olds in 30 countries from 2002 to 2010: association with ease of communication with friends of the opposite sex. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):41–5.
2. Pickett W, Craig W, Harel-Fisch Y, Cunningham J, Simpson K, Molcho M et al. Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics* 2005;116(6):e855–63.
3. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):61–4.

4. de Looze M, Vermeulen-Smit E, ter Bogt TF, van Dorsselaer SA, Verdurmen J, Schulten I et al. Trends in alcohol-specific parenting practices and adolescent alcohol use between 2007 and 2011 in the Netherlands. *Int J Drug Policy* 2014;25(1):133–41. doi:10.1016/j.drugpo.2013.09.007.
5. Hublet A, Bendtsen P, de Looze M, Fotiou A, Donnelly P, Vilhjalmsson R et al. Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):73–5.
6. Elgar FJ, Pförtner T-K, Moor J, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015;385(9982):2088–95.
7. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezeh AC et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379(9826):1630–40.
8. Lerner RM, Almerigi JB, Theokas C, Lerner JV. Positive youth development: a view of the issues. *J Early Adolesc.* 2005;25(1):10–6.
9. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
10. Currie C, Aleman-Diaz AY. The importance of large-scale (cross-national) data collection on early adolescents (10–15 years old): shedding light on socioeconomic and gender inequalities in health [website]. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2015 (UNICEF Research Watch; <http://www.unicef-irc.org/research-watch/are-we-failing-adolescent-girls/1157/>, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
11. Woolf SH, Purnell JQ, Simon SM, Zimmerman EB, Camberos GJ, Haley A et al. Translating evidence into population health improvement: strategies and barriers. *Annu Rev Public Health* 2015;36:463–82.
12. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Page LF, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2015;94(1):10–8.
13. Gendall P, Hoek J, Marsh L, Edwards R, Healey B. Youth tobacco access: trends and policy implications. *BMJ Open* 2014;4:e004631. doi:10.1136/bmjopen-2013-004631.
14. Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A review of unintentional injuries in adolescents. *Annu Rev Public Health* 2010;31:195–212.
15. Rubin KH, Bukowski W, Parker J. Peer interactions, relationships, and groups. In: Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. New York (NY): John Wiley & Sons Inc.; 2007:571–645.
16. Daniels N, Burke L, O'Donnell A, McGovern O, Kelly C, D'Eath M et al. Expanding the role of young people in research: towards a better understanding of their lives. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie [Public Health and Management]* 2014;12(1):36–44.

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ
ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ
ПОДРОСТКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ. МЕТОДОЛОГИЯ И ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

МЕТОДОЛОГИЯ И ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ HBSC 2013/2014 ГГ.

Доступ к подробной информации по научным методам, которые использовались сетью HBSC в ходе исследования 2013/2014 гг., можно получить, зарегистрировавшись онлайн и сделав запрос на получение экземпляра протокола международного исследования HBSC 2013/2014 гг. (1) или обратившись к публикации Schnohr и др. (2).

Формирование выборки

Цель состояла в получении национально-репрезентативной выборки, предоставляющей данные о школьниках в возрасте 11, 13 и 15 лет для каждой страны и области. Не менее 95% детей этих возрастных групп должны были быть включены в базу выборки. Небольшая часть детей, не включенных в выборку — это дети, которые по тем или иным причинам не были в школе в период анкетирования, или те, кто посещал школу для детей, которым требуется дополнительная корректирующая помощь.

В каждой стране или области классы выбирались с использованием вероятностного метода формирования групповой стратифицированной выборки (систематическим или случайным образом). Если в распоряжении исследователей не было списков классов, проводилась выборка на основе школ (пропорционально их размеру), а затем выборка классов в школе. В некоторых странах и областях выборка сначала стратифицировалась (например, по геополитическому или языковому критерию). В странах и областях сбор данных был приурочен к определенному времени, чтобы обеспечить охват детей в возрасте 11,5, 13,5 и 15,5 года.

Рекомендуемый размер выборки в каждой возрастной группе каждой страны/области составлял 1500 учащихся, на основании ожидаемого коэффициента формирования выборки ($d_{\text{eft}} = 1,2$), который учитывает воздействие принципа формирования выборки — групповой принцип, стратификация и взвешивание — на точность оценок. Использование формирования групповой выборки снижает точность по сравнению с формированием по принципу случайной выборки для аналогичного числа школьников. Таким образом, для обеспечения желаемого уровня точности при использовании группового принципа формирования выборки необходим больший ее размер по сравнению с простой случайной выборкой. Анализ данных предшествующих исследований HBSC свидетельствует о том, что такой размер выборки обеспечивает для каждой возрастной группы 95%-й доверительный интервал $\pm 3\%$ к расчетной доле 50%. Данный уровень точности удовлетворяет целям исследования.

На практике многие страны сделали выбор в пользу превышения минимального размера выборки в каждой возрастной группе в целях повышения точности оценок в подпопуляциях. Поскольку в Исландии, Гренландии, Люксембурге и Мальте численность населения подросткового возраста относительно мала, надлежащим был признан подход, основанный на переписи детского населения.

Проведение анкетирования

В период между сентябрем 2013 г. и январем 2015 г. в классах были розданы вопросники для самостоятельного заполнения учащимися с сохранением анонимности. Продолжительность этого периода выше, чем в предыдущих исследованиях HBSC, поскольку в нескольких странах и областях в силу разных причин эта работа не была закончена к июню 2014 г. Продолжительность периода анкетирования составляла шесть месяцев или менее в 34 странах. В [таблице A1](#) указан период сбора данных для каждой страны и области, включенной в данный отчет. Анкеты раздавали исследователи или преподаватели согласно стандартному протоколу, который предоставлялся исследовательскими группами стран — участниц проекта.

Во всех странах и областях был соблюден этический принцип и получено соответствующее информированное согласие на проведение исследования. Родителям и детям была предоставлена стандартизированная информация об исследовании, а также приглашение принять в нем участие. Там, где это было возможно, школьникам, которые не могли заполнять анкеты в стандартных условиях, были предоставлены соответствующие возможности (например, анкеты, напечатанные крупным шрифтом, или предоставлялся человек, зачитывающий анкету вслух).

ТАБЛИЦА А1. ДАТЫ СБОРА ДАННЫХ НА МЕСТАХ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ HBSC 2013/2014 ГГ.

Страна/область	Период сбора данных	Страна/область	Период сбора данных
Австрия	январь–июнь 2014 г.	Мальта	март 2014 г.
Албания	апрель–май 2014 г.	МКД*	май 2014 г.
Англия	сентябрь 2013 г. – апрель 2014 г.	Нидерланды	сентябрь–декабрь 2013 г.
Армения	ноябрь 2013 г. – май 2014 г.	Норвегия	март 2014 г. – январь 2015 г.
Бельгия (Фландрия)	январь–май 2014 г.	Польша	октябрь 2013 г. – июнь 2014 г.
Бельгия (франц.)	апрель–июнь 2014 г.	Португалия	январь–март 2014 г.
Болгария	май–июнь 2014 г.	Республика Молдова	апрель 2014 г.
Венгрия	апрель–май 2014 г.	Российская Федерация	март–октябрь 2014 г.
Германия	октябрь 2013 г. – август 2014 г.	Румыния	май–июнь 2014 г.
Гренландия	апрель–май 2014 г.	Словакия	май–июнь 2014 г.
Греция	январь–апрель 2014 г.	Словения	февраль 2014 г.
Дания	январь–март 2014 г.	Украина	апрель–май 2014 г.
Израиль	май–июнь 2014 г.	Уэльс	ноябрь 2013 г. – март 2014 г.
Ирландия	апрель–июнь 2014 г.	Финляндия	март–май 2014 г.
Исландия	февраль 2014 г.	Франция	апрель–июнь 2014 г.
Испания	март 2014 г. – декабрь 2014 г.	Хорватия	март–апрель 2014 г.
Италия	апрель–июнь 2014 г.	Чешская Республика	апрель–июнь 2014 г.
Канада	ноябрь 2013 г. – июнь 2014 г.	Швейцария	январь–апрель 2014 г.
Латвия	январь–март 2014 г.	Швеция	январь 2014 г.
Литва	март–июнь 2014 г.	Шотландия	февраль–июнь 2014 г.
Люксембург	апрель–июль 2014 г.	Эстония	февраль–апрель 2014 г.

* Бывшая югославская Республика Македония.

Заполнение анкет, конечный размер выборки и средние возраста

Предварительные расчеты свидетельствуют о том, что в большинстве стран и областей уровень ответов превысил 60%. Более подробную информацию можно будет получить на веб-сайте HBSC (3). В большинстве стран и областей размер выборки в каждой возрастной группе достигает установленного уровня в 1500 школьников или превышает его (за исключением тех стран и областей, где проводилась перепись) (Таблица А2). В девяти странах и областях намеченный размер выборки был достигнут лишь на 90%, что привело к большим интервалам доверительности.

ТАБЛИЦА А2. ЧИСЛО РЕСПОНДЕНТОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ИССЛЕДОВАНИИ HBSC 2013/2014 ГГ.

Страна/область	Гендер		Возрастная группа			Всего
	Мальчики	Девочки	11-летние	13-летние	15-летние	
Австрия	1 613	1 845	1 072	1 084	1 264	3 458
Албания	2 463	2 561	1 593	1 629	1 699	5 024
Англия	2 768	2 567	2 116	1 593	1 608	5 335
Армения	1 759	1 920	1 471	1 163	1 044	3 679
Бельгия (Фландрия)	2 407	1 986	1 453	1 177	1 717	4 393
Бельгия (франц.)	2 929	2 963	1 977	1 983	1 932	5 892
Болгария	2 523	2 273	1 592	1 554	1 650	4 796
Венгрия	1 958	1 977	1 424	1 352	1 100	3 935
Германия	3 035	2 926	1 736	2 070	2 104	5 961
Гренландия	488	532	315	369	320	1 020
Греция	2 064	2 077	1 357	1 436	1 320	4 141
Дания	1 815	2 076	1 223	1 357	1 263	3 891
Израиль	3 018	3 175	2 466	1 863	1 864	6 193
Ирландия	1 595	2 503	1 050	1 508	1 520	4 098
Исландия	5 312	5 290	3 437	3 686	3 316	10 602
Испания	5 474	5 662	3 049	4 328	3 759	11 136
Италия	2 050	2 022	1 337	1 410	1 262	4 072
Канада	6 412	6 519	3 134	4 824	4 973	12 931
Латвия	2 653	2 904	1 854	1 955	1 726	5 557
Литва	2 910	2 820	2 015	2 017	1 698	5 730
Люксембург	1 566	1 752	906	1 126	1 079	3 318
Мальта	1 165	1 100	809	802	645	2 265
МКД ^a	2 114	2 104	1 395	1 307	1 457	4 218
Нидерланды	2 114	2 187	1 353	1 524	1 357	4 301
Норвегия	1 507	1 565	1 233	942	874	3 072
Польша	2 263	2 282	1 507	1 525	1 484	4 545
Португалия	2 371	2 618	1 646	1 983	1 360	4 989
Республика Молдова	2 348	2 300	1 543	1 549	1 556	4 648
Российская Федерация	2 067	2 649	1 380	1 749	1 445	4 716
Румыния	1 880	2 100	1 259	1 240	1 442	3 980
Словакия	3 066	3 033	1 772	2 407	1 835	6 099
Словения	2 449	2 548	1 633	1 734	1 615	4 997
Украина	2 159	2 393	1 474	1 384	1 694	4 552
Уэльс	2 631	2 523	1 833	1 863	1 432	5 154
Финляндия	2 914	3 011	1 983	1 887	1 965	5 925
Франция	2 868	2 823	1 716	2 180	1 740	5 691
Хорватия	2 884	2 857	1 792	2 002	1 946	5 741
Чешская Республика	2 420	2 662	1 574	1 721	1 760	5 082
Швейцария	3 277	3 357	1 972	2 346	2 212	6 634
Швеция	3 838	3 862	2 621	2 267	2 766	7 700
Шотландия	2 973	2 959	1 867	2 061	1 869	5 932
Эстония	2 041	2 016	1 354	1 428	1 269	4 057
Всего	108 161	111 299	70 293	75 385	71 941	219 460

^a Бывшая югославская Республика Македония.

Средний возраст по всей выборке составляет 11,6, 13,5 и 15,5 года (Таблица А3). В младшей возрастной группе возраст варьировался от 11,1 до 11,8 года с аналогичной картиной среди 13- и 15-летних. В большой степени это объясняется тем, что страны не могли осуществить сбор данных, ориентируясь на дату поступления в школу. В некоторых странах значительное число детей оставались в одном и том же классе на второй учебный год, что привело к смешению возрастов учеников в классах.

ТАБЛИЦА А3. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ РЕСПОНДЕНТОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ИССЛЕДОВАНИИ HBSC 2013/2014 ГГ.

Страна/область	Возрастная группа			Всего
	11-летние	13-летние	15-летние	
Австрия	11,3	13,3	15,3	13,4
Албания	11,5	13,5	15,5	13,5
Англия	11,7	13,7	15,7	13,5
Армения	11,5	13,3	15,3	13,1
Бельгия (Фландрия)	11,5	13,5	15,5	13,6
Бельгия (франц.)	11,5	13,5	15,5	13,5
Болгария	11,6	13,7	15,7	13,7
Венгрия	11,6	13,6	15,6	13,4
Германия	11,3	13,3	15,3	13,5
Гренландия	11,5	13,5	15,4	13,5
Греция	11,7	13,6	15,6	13,6
Дания	11,7	13,7	15,7	13,7
Израиль	12,0	13,8	15,8	13,7
Ирландия	11,6	13,5	15,5	13,7
Исландия	11,6	13,6	15,6	13,6
Испания	11,4	13,4	15,5	13,6
Италия	11,7	13,7	15,7	13,7
Канада	11,8	13,5	15,4	13,8
Латвия	11,7	13,6	15,6	13,6
Литва	11,7	13,7	15,6	13,6
Люксембург	11,5	13,4	15,4	13,6
Мальта	11,7	13,7	15,7	13,5
МКД*	11,8	13,6	15,6	13,7
Нидерланды	11,6	13,5	15,4	13,5
Норвегия	11,6	13,6	15,6	13,3
Польша	11,6	13,6	15,6	13,6
Португалия	11,7	13,6	15,6	13,5
Республика Молдова	11,6	13,6	15,5	13,6
Российская Федерация	11,5	13,5	15,4	13,5
Румыния	11,1	13,1	15,1	13,2
Словакия	11,6	13,5	15,3	13,5
Словения	11,7	13,6	15,6	13,6
Украина	11,6	13,5	15,6	13,7
Уэльс	11,8	13,8	15,8	13,6
Финляндия	11,8	13,8	15,8	13,8
Франция	11,5	13,5	15,5	13,5
Хорватия	11,6	13,6	15,6	13,6
Чешская Республика	11,4	13,4	15,4	13,4
Швейцария	11,5	13,5	15,3	13,5
Швеция	11,6	13,5	15,6	13,6
Шотландия	11,7	13,7	15,7	13,7
Эстония	11,8	13,8	15,8	13,8
Среднее по HBSC	11,6	13,5	15,5	13,6

* Бывшая югославская Республика Македония.

В таблице А4 представлен обзор данных по достатку семьи в соответствии с баллами по Шкале достатка семьи (ШДС) по всем странам и областям (за получением дальнейшей информации относительно ШДС можно обратиться к протоколу международного исследования HBSC) (1). В данной таблице средний уровень достатка в странах и областях выражается с помощью коэффициента. Возможный балл коэффициента варьируется от 0 до 100, где 100 – это максимально возможный балл, характеризующий достаток, а 0 – минимально возможный балл. Страны и области различаются в зависимости от этого коэффициента, варьируясь от 38 (Албания) до 76 (Люксембург).

ТАБЛИЦА А4. ДОСТАТОК СЕМЬИ В СООТВЕТСТВИИ С ОБЩИМИ БАЛЛАМИ ПО ШДС (ВСЕ ВОЗРАСТЫ)

Страна/область	Средний балл индекса по ШДС (от 0 до 100)	Страна/область	Средний балл индекса по ШДС (от 0 до 100)
Албания	38	Канада	65
Республика Молдова	40	Финляндия	65
Украина	41	Исландия	65
Армения ^а	41	Бельгия (франц.)	65
Румыния	43	Португалия	66
Гренландия	45	Нидерланды	66
Российская Федерация	48	Ирландия	67
Венгрия	49	Шотландия	68
Латвия	50	Англия	68
Греция	51	Франция	68
Болгария	52	Германия	69
МКД ^б	53	Бельгия (Фландрия)	69
Польша	53	Австрия	69
Словакия	55	Словения	69
Хорватия	56	Уэльс	70
Эстония	58	Швеция	71
Италия	58	Мальта	71
Израиль	59	Дания	71
Чешская Республика	61	Швейцария	74
Литва ^а	62	Норвегия	76
Испания	63	Люксембург	76

^а Индекс для Армении и Латвии основан на подгруппе предметов – показателей достатка семьи. ^б Бывшая югославская Республика Македония.

Анализ

Результаты по некоторым индикаторам представлены только для подгруппы стран и областей, либо потому что соответствующий индикатор не был включен, либо в связи с отклонениями показателей на уровне страны/области. Таблицы для некоторых индикаторов из отчета представлены в данном Приложении с различными граничными точками (таких, как, например, ежедневное курение в дополнение к еженедельному курению в основной части отчета), а также для ряда дополнительных индикаторов, не упомянутых в основной части.

Анализ возрастного и гендерного аспектов учитывает влияние расчетов исследования (включая стратификацию, групповую выборку и распределение весов) на точность представленных оценок. Был установлен 5%-й уровень значимости.

Анализ с учетом соответствующих расчетов осуществлен с использованием пакета программного обеспечения аналитического прогноза Complex Samples module IBM® SPSS® Statistics 22.0 (Armonk (NY): IBM Corp.; 2013). Оценка статистической значимости гендерных различий была проведена с использованием критерия хи-квадрат для проверки гипотезы независимости. Для оценки статистической значимости линейных трендов показателей по возрастным группам и достатку семьи был использован критерий хи-квадрат с учетом характера построения исследования. Чтобы не придавать чрезмерного значения небольшим различиям в показателях, в отчете обсуждаются только статистически значимые и устойчивые закономерности между отдельными переменными и достатком семьи.

ТАБЛИЦЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

Нижеприведенные таблицы дополняют данные, представленные в главах 2–5.

1. Социальный контекст:

- структура семьи: подростки, живущие в семьях различного типа
- иммиграционный статус
- высокое качество общения в семье
- проведение времени с друзьями после 8 часов вечера (20:00) ежедневно
- общение с друзьями с помощью текстовых и кратких мгновенных сообщений (SMS).

2. Показатели здоровья:

- избыточная масса тела и ожирение, с использованием пороговых точек, принятых Международной специальной рабочей группой по ожирению
- избыточная масса тела и ожирение: показатели отсутствующих данных по ИМТ
- наиболее серьезная травма, требующая медицинской помощи
- сообщения о трудностях с засыпанием чаще одного раза в неделю
- сообщения о боли в желудке чаще одного раза в неделю
- сообщения об ощущении нервозности чаще одного раза в неделю
- сообщения о головной боли чаще одного раза в неделю
- сообщения о плохом настроении чаще одного раза в неделю.

3. Поведение, способствующее здоровью:

- физическая активность высокой интенсивности в течение двух или более часов в неделю
- ежедневное употребление овощей
- ежедневное употребление сладостей
- ежедневный завтрак с мамой или папой
- 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. Поведение, сопряженное с риском для здоровья:

- употребление пива не менее одного раза в неделю
- употребление слабоалкогольных коктейлей ("алкопопс") 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 алкоголя впервые в возрасте 13 лет или ранее
- курение табака хотя бы один раз в жизни
- ежедневное курение
- участие в драке не менее одного раза за последние 12 месяцев
- становился жертвой унижений (буллинг) в школе не менее одного раза за последние пару месяцев
- унижения слабых (буллинг) в школе не менее одного раза за последние пару месяцев
- становился жертвой кибербуллинга посредством сообщений не менее одного раза
- становился жертвой кибербуллинга посредством фотографий не менее одного раза
- становился жертвой кибербуллинга посредством фотографий не менее двух-трех раз в месяц.

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

Страна/область	Оба родителя (%)	Один из родителей (%)	Приемная семья (%)	Прочее (%)
Албания	93	6	1	0
Армения	89	9	0	1
МКД ^a	87	10	1	2
Мальта	85	11	1	3
Израиль	84	11	4	1
Хорватия	84	10	4	2
Греция	84	12	3	1
Италия	82	13	3	2
Словения	79	13	6	2
Испания	79	14	6	2
Польша	78	14	6	2
Швейцария	77	14	8	1
Ирландия	77	16	6	1
Республика Молдова	77	14	5	5
Словакия	76	22	1	1
Нидерланды	76	15	9	1
Австрия	75	16	7	2
Румыния	75	17	4	5
Норвегия	75	14	10	1
Болгария	74	16	5	5
Германия	74	15	10	2
Португалия	73	16	9	2
Украина	73	17	8	2
Дания	72	17	10	1
Бельгия (Фландрия)	71	14	14	1
Люксембург	71	15	12	3
Литва	70	18	9	3
Финляндия	70	14	14	1
Англия	70	18	11	2
Франция	69	16	13	2
Венгрия	69	18	10	3
Исландия	69	16	13	1
Швеция	69	18	10	3
Канада	68	17	10	5
Чешская Республика	68	18	12	2
Российская Федерация	67	20	10	2
Бельгия (франц.)	66	15	17	2
Эстония	66	19	14	2
Шотландия	65	21	12	3
Латвия	64	21	11	4
Уэльс	61	24	11	4
Гренландия	52	23	14	11

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, в условиях какой семьи они проживают и с кем они живут 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.

**СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ
ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС**

Страна/область	Первое поколение (%)	Второе поколение (%)	Не является иммигрантом (%)
Албания	6	0	94
Австрия ^а	5	17	77
Бельгия (Фландрия)	8	18	75
Бельгия (франц.)	11	27	62
Болгария	1	2	96
Хорватия	4	21	76
Чешская Республика ^а	2	7	91
Дания	6	21	74
Эстония	2	15	82
Финляндия	4	7	89
Германия	5	23	72
Греция	5	18	77
Исландия	7	6	88
Ирландия	14	17	69
Израиль	7	29	65
Италия	5	9	87
Люксембург	20	47	33
Мальта	5	16	79
Нидерланды	4	19	77
Норвегия	7	15	78
Португалия ^а	6	16	78
Республика Молдова	2	6	92
Румыния	3	2	95
Российская Федерация	7	13	80
Шотландия ^б	5	10	85
Словения	5	12	83
Испания	10	11	79
Швеция	10	21	69
Швейцария	10	39	51
Украина	2	11	88
Уэльс ^с	4	8	88

Примечание. Нет данных по Англии, Армении, бывшей югославской Республике Македония, Венгрии, Гренландии, Канаде, Латвии, Литве, Польше, Словакии и Франции.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, родился(ась) ли он(она) и их родители в стране проживания или в какой-либо другой стране. Иммигрант первого поколения – это ребенок, родившийся за границей, второго поколения – это ребенок, который родился в стране проживания, но по крайней мере один из родителей которого родился в другой стране; не является иммигрантом ребенок, который, как и его родители, родился в стране проживания.

^а Имеются данные только по 15-летним. ^б Подростки или родители, родившиеся в Англии или Уэльсе, не считаются иммигрантами. ^с Подростки или родители, родившиеся в Англии или Шотландии, не считаются иммигрантами.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ
ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО ОБЩЕНИЯ В СЕМЬЕ

11-летние подростки (%)			13-летние подростки (%)			15-летние подростки (%)					
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Румыния	68	72	70	Албания	60	67	64	Албания	64	68	66
Израиль	62	69	66	Республика Молдова	58	62	60	Республика Молдова	52	55	53
Хорватия	68	64	66	Румыния	54	61	58	Гренландия	59	46	52
Албания	62	68	65	Израиль	51	57	54	Румыния	51	52	52
Республика Молдова	61	63	62	Исландия	51	56	54	Исландия	48	54	51
Исландия	57	65	61	МКД ^a	52	52	52	Израиль	46	51	49
Испания	59	61	60	Швейцария	52	50	51	Швейцария	49	45	47
Мальта	54	65	59	Хорватия	47	51	49	Норвегия	41	48	44
МКД ^a	58	59	59	Люксембург	51	45	48	Швеция	42	46	44
Германия	56	59	58	Швеция	47	48	48	МКД ^a	44	45	44
Швейцария	56	56	56	Мальта	45	49	47	Финляндия	40	43	42
Швеция	54	58	56	Германия	49	45	47	Германия	44	39	42
Финляндия	53	56	55	Испания	48	43	46	Мальта	43	40	41
Словения	54	54	54	Венгрия	44	43	44	Хорватия	42	39	40
Дания	58	48	52	Норвегия	41	45	43	Венгрия	37	42	39
Норвегия	50	54	52	Финляндия	40	45	42	Армения	41	37	38
Португалия	52	52	52	Армения	42	42	42	Люксембург	44	33	38
Люксембург	50	53	51	Португалия	42	40	41	Португалия	38	37	37
Греция	49	52	50	Дания	46	37	41	Дания	38	34	36
Уэльс	49	50	50	Гренландия	45	37	41	Испания	37	34	35
Шотландия	47	51	49	Словения	38	40	39	Российская Федерация	34	33	34
Англия	48	50	49	Греция	39	38	38	Эстония	30	35	33
Литва	46	48	47	Эстония	36	37	37	Греция	31	33	32
Венгрия	46	47	46	Литва	38	35	36	Украина	29	35	32
Болгария	47	45	46	Франция	40	32	36	Австрия	30	33	32
Гренландия	49	43	46	Украина	32	40	36	Болгария	31	32	32
Латвия	42	47	45	Италия	37	34	36	Нидерланды	32	32	32
Эстония	39	50	45	Канада	37	33	35	Латвия	33	29	31
Польша	43	46	45	Российская Федерация	32	37	35	Словения	30	30	30
Франция	46	42	44	Шотландия	34	34	34	Франция	33	26	29
Ирландия	39	43	42	Польша	35	33	34	Литва	30	27	29
Армения	40	42	41	Болгария	36	31	33	Италия	28	26	27
Италия	39	42	41	Нидерланды	32	35	33	Канада	28	27	27
Австрия	35	43	39	Англия	32	33	33	Уэльс	27	24	25
Канада	38	40	39	Латвия	35	31	33	Бельгия (Фландрия)	26	24	25
Бельгия (Фландрия)	38	37	38	Ирландия	32	33	33	Чешская Республика	25	23	24
Бельгия (франц.)	37	36	37	Австрия	33	32	33	Шотландия	25	23	24
Словакия	39	35	37	Бельгия (Фландрия)	33	31	32	Бельгия (франц.)	25	23	24
Российская Федерация	36	37	36	Уэльс	32	31	31	Англия	25	22	24
Украина	36	36	36	Чешская Республика	31	28	29	Ирландия	23	24	23
Чешская Республика	33	34	34	Словакия	30	27	28	Польша	23	23	23
Нидерланды	28	37	33	Бельгия (франц.)	31	24	28	Словакия	19	22	20
Среднее по HBSC	49	51	50	Среднее по HBSC	41	41	41	Среднее по HBSC	35	36	36

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам было задано несколько вопросов о качестве общения в семье: обсуждаются ли важные вопросы, слушают ли ребенка и предпринимаются ли попытки разобраться в случае недопонимания. Варианты ответа варьировались от полностью согласен до полностью не согласен. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о высоком качестве общения в семье (средний балл 4,5 или выше).

^a Бывшая югославская Республика Македония.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

ПРОВЕДЕНИЕ ВРЕМЕНИ С ДРУЗЬЯМИ ПОСЛЕ 8 ЧАСОВ ВЕЧЕРА (20:00) ЕЖЕДНЕВНО

11-летние подростки (%)			13-летние подростки (%)			15-летние подростки (%)					
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Болгария	30	20	25	Болгария	39	28	34	Болгария	46	37	42
Литва	18	11	15	МКД ^a	28	15	21	МКД ^a	41	21	31
Норвегия	16	13	15	Литва	23	14	19	Румыния	26	22	24
МКД ^a	20	7	13	Албания	25	8	16	Венгрия	23	17	20
Албания	21	6	13	Греция	20	9	14	Греция	26	14	20
Армения	15	8	12	Румыния	15	13	14	Литва	25	13	19
Российская Федерация	12	9	10	Исландия	14	13	14	Албания	30	7	18
Румыния	12	7	10	Армения	19	8	13	Российская Федерация	20	16	18
Шотландия	12	6	9	Шотландия	14	12	13	Исландия	20	15	18
Хорватия	11	6	9	Венгрия	17	8	12	Израиль	20	15	17
Люксембург	11	7	9	Российская Федерация	13	11	12	Хорватия	22	12	17
Венгрия	11	6	8	Хорватия	14	8	11	Украина	19	13	16
Канада	11	6	8	Люксембург	14	9	11	Армения	29	6	15
Украина	11	4	7	Украина	12	8	10	Люксембург	19	10	14
Греция	9	4	7	Норвегия	10	9	10	Шотландия	16	12	14
Уэльс	8	4	6	Уэльс	8	9	9	Словакия	15	12	14
Республика Молдова	8	4	6	Словакия	10	8	9	Республика Молдова	15	9	12
Исландия	5	5	5	Канада	11	6	8	Финляндия	17	7	12
Словакия	7	3	5	Республика Молдова	10	6	8	Польша	13	9	11
Финляндия	6	4	5	Израиль	9	5	7	Норвегия	11	9	10
Польша	5	4	4	Финляндия	9	4	6	Уэльс	13	8	10
Дания	5	4	4	Италия	9	4	6	Италия	11	10	10
Мальта	7	1	4	Латвия	6	6	6	Латвия	11	8	9
Латвия	5	3	4	Польша	6	5	6	Канада	11	6	9
Бельгия (франц.)	6	2	4	Франция	7	3	5	Эстония	9	6	7
Франция	6	2	4	Эстония	6	4	5	Швеция	9	5	7
Италия	6	2	4	Швеция	6	3	5	Нидерланды	8	6	7
Германия	4	2	3	Англия	6	3	4	Франция	9	5	7
Чешская Республика	3	2	3	Дания	4	4	4	Англия	8	5	6
Израиль	3	2	3	Нидерланды	5	3	4	Мальта	8	5	6
Англия	3	2	3	Мальта	6	1	4	Германия	7	5	6
Эстония	3	1	2	Бельгия (франц.)	6	2	4	Австрия	8	4	6
Швеция	3	1	2	Германия	4	3	4	Бельгия (франц.)	7	3	5
Нидерланды	3	1	2	Чешская Республика	5	2	3	Чешская Республика	5	4	5
Словения	3	1	2	Австрия	4	2	3	Дания	6	3	4
Австрия	3	1	2	Швейцария	4	2	3	Бельгия (Фландрия)	6	2	4
Португалия	2	2	2	Словения	4	2	3	Словения	5	3	4
Швейцария	2	2	2	Бельгия (Фландрия)	3	2	3	Швейцария	5	3	4
Бельгия (Фландрия)	2	1	2	Португалия	2	1	2	Португалия	4	3	3
Среднее по HBSC	8	5	6	Среднее по HBSC	11	7	9	Среднее по HBSC	15	9	12

Примечание. Нет данных по Гренландии, Ирландии и Испании.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они встречаются с друзьями помимо школы после 8 часов вечера. Варианты ответа варьировались от практически никогда до ежедневно. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о ежедневных встречах с друзьями.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

ЕЖЕДНЕВНОЕ ОБЩЕНИЕ С ДРУЗЬЯМИ ПОСРЕДСТВОМ ТЕКСТОВЫХ СООБЩЕНИЙ/SMS

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Италия	51	63	57	Италия	77	83	80	Италия	83	91	87
Израиль	38	58	49	Нидерланды	59	74	66	Нидерланды	67	82	74
Литва	33	48	40	Швеция	45	74	59	Франция	64	79	71
Англия	30	46	37	Люксембург	52	63	58	Австрия	58	78	70
Швеция	26	47	36	Израиль	53	60	57	Люксембург	62	76	69
Германия	29	38	33	Бельгия (Фландрия)	47	68	57	Бельгия (Фландрия)	62	77	68
Уэльс	27	38	33	Литва	42	67	55	Швеция	58	78	68
Ирландия	27	37	33	Германия	47	61	54	Израиль	62	69	66
Дания	22	35	29	Англия	41	65	53	Литва	51	78	64
Люксембург	23	33	28	Ирландия	44	58	52	Англия	53	67	60
Нидерланды	22	35	28	Уэльс	34	61	47	Уэльс	48	72	60
Канада	21	34	28	Финляндия	40	51	45	Германия	54	65	60
Гренландия	19	33	26	Латвия	31	58	45	Латвия	44	72	59
Латвия	18	29	24	Бельгия (франц.)	33	54	44	Ирландия	48	66	59
Шотландия	16	29	23	Шотландия	33	54	43	Бельгия (франц.)	46	66	56
Российская Федерация	15	27	22	Дания	33	52	43	Канада	46	66	56
Бельгия (Фландрия)	18	24	21	Канада	30	51	41	Шотландия	44	66	55
Албания	26	14	20	Польша	24	45	35	Дания	43	65	55
Болгария	17	21	19	Российская Федерация	23	41	33	Польша	38	61	50
Армения	21	17	19	Албания	36	30	33	Швейцария	46	52	49
Хорватия	12	22	17	Гренландия	21	42	32	Словения	34	60	48
МКД*	15	17	16	Словения	20	36	28	Финляндия	46	42	44
Норвегия	12	20	16	Норвегия	20	33	27	Албания	48	38	42
Польша	10	20	15	Хорватия	20	33	27	Российская Федерация	35	48	42
Мальта	14	14	14	Армения	19	31	25	Исландия	33	50	41
Португалия	7	17	13	Греция	18	32	25	Португалия	28	54	41
Республика Молдова	12	13	12	Исландия	18	32	25	Румыния	26	51	40
Словения	9	15	12	Болгария	19	31	25	Мальта	33	43	38
Украина	8	14	11	МКД*	19	28	24	Норвегия	26	46	36
Исландия	8	13	10	Румыния	16	31	23	Гренландия	26	44	35
Румыния	9	11	10	Португалия	15	31	23	МКД*	30	38	34
Эстония	7	11	9	Мальта	15	26	20	Армения	27	35	32
Чешская Республика	6	12	9	Украина	10	24	17	Болгария	26	39	32
Греция	7	9	8	Республика Молдова	13	21	17	Хорватия	22	35	29
Венгрия	4	9	6	Эстония	10	20	15	Греция	20	34	27
Австрия	—	—	—	Чешская Республика	11	14	12	Украина	18	35	27
Бельгия (франц.)	—	—	—	Венгрия	6	11	8	Республика Молдова	18	25	22
Финляндия	—	—	—	Австрия	—	—	—	Чешская Республика	11	24	17
Франция	—	—	—	Франция	—	—	—	Эстония	12	19	15
Швейцария	—	—	—	Швейцария	—	—	—	Венгрия	9	12	10
Среднее по HBSC	19	27	23	Среднее по HBSC	30	45	38	Среднее по HBSC	41	56	49

Примечание. Нет данных по Австрии (11- и 13-летние), Бельгии (франц.) (11-летние), Испании, Словакии, Финляндии (11-летние), Франции (11-летние) и Швейцарии (11- и 13-летние).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они общаются со своими друзьями посредством текстовых сообщений/SMS. Варианты ответов варьировались от очень редко или никогда до ежедневно. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих, что они ежедневно общаются со своими друзьями посредством текстовых сообщений/SMS.

* Бывшая югославская Республика Македония

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГРАНИЧНЫХ ТОЧЕК, ПРИНЯТЫХ МЕЖДУНАРОДНОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППОЙ ПО ПРОБЛЕМАМ ОЖИРЕНИЯ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Мальта ^а	28	28	28	Мальта ^а	26	27	27	Мальта ^а	29	25	27
Греция	25	22	23	Канада	24	21	22	Гренландия ^а	23	26	25
МКД ^б	29	14	22	Португалия	21	18	19	Канада	30	19	24
Канада ^а	23	18	21	Италия	23	15	19	Греция	28	15	21
Болгария	25	16	20	Греция	22	15	18	Уэльс ^с	23	16	20
Уэльс ^с	20	20	20	МКД ^б	23	14	18	Болгария	24	11	18
Гренландия ^а	24	15	20	Словения	22	12	17	Исландия	20	16	18
Италия	22	17	20	Гренландия ^а	16	19	17	Израиль	21	13	17
Испания	22	16	19	Шотландия ^а	18	15	17	Финляндия	20	14	17
Польша	21	16	19	Испания	20	14	17	Словения	21	13	17
Армения ^а	20	16	18	Болгария	21	12	17	Швеция	20	13	16
Хорватия	23	14	18	Уэльс ^с	19	13	16	Испания	20	13	16
Португалия	22	15	18	Венгрия	19	12	16	МКД ^б	21	12	16
Словения	20	17	18	Латвия	17	14	16	Венгрия	20	12	16
Румыния ^а	24	11	18	Финляндия	20	11	15	Германия	20	12	16
Латвия	20	15	17	Хорватия	20	11	15	Португалия	17	14	16
Ирландия ^а	5	29	17	Австрия	18	12	15	Ирландия ^а	18	13	15
Словакия	20	14	17	Англия ^а	21	9	15	Италия	22	9	15
Российская Федерация	20	14	17	Армения	20	10	15	Люксембург	17	13	15
Англия ^а	17	15	16	Исландия	17	12	15	Чешская Республика	19	11	15
Венгрия	21	11	16	Польша	19	10	15	Бельгия (франц.)	17	13	15
Эстония	19	13	16	Люксембург	18	11	15	Хорватия	21	8	15
Чешская Республика	19	12	15	Бельгия (франц.) ^а	16	13	14	Шотландия ^а	16	11	14
Финляндия	16	13	14	Чешская Республика	20	10	14	Англия ^а	16	12	14
Литва	17	11	14	Словакия	19	10	14	Эстония	19	9	14
Израиль ^а	17	11	14	Эстония	15	13	14	Румыния	18	9	13
Шотландия ^а	15	13	14	Ирландия ^а	12	15	14	Бельгия (Фландрия)	15	11	13
Албания	17	10	14	Израиль	16	11	13	Словакия	17	9	13
Австрия	14	13	13	Румыния ^а	18	8	13	Норвегия	18	7	13
Франция	12	13	12	Швеция	15	11	13	Российская Федерация	20	6	12
Люксембург	13	11	12	Российская Федерация	17	10	13	Латвия	16	9	12
Исландия	14	11	12	Германия	15	10	13	Польша	19	6	12
Бельгия (франц.) ^а	13	12	12	Бельгия (Фландрия)	13	11	12	Франция	14	10	12
Швеция	12	10	11	Республика Молдова	13	11	12	Нидерланды	13	12	12
Бельгия (Фландрия)	11	11	11	Франция	14	9	11	Швейцария	15	9	12
Украина	12	8	10	Норвегия	14	8	11	Австрия	16	9	12
Германия	11	8	10	Украина	14	8	11	Литва	14	7	11
Республика Молдова	10	9	9	Литва	14	7	10	Республика Молдова	13	7	10
Швейцария	10	9	9	Нидерланды	11	9	10	Дания	10	9	10
Норвегия	11	7	9	Швейцария	13	7	10	Армения	14	6	9
Нидерланды	10	7	8	Албания	12	5	8	Украина	13	6	9
Дания	9	7	8	Дания	8	8	8	Албания	11	4	7
Среднее по HBSC	18	13	15	Среднее по HBSC	18	12	15	Среднее по HBSC	19	11	15

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько они весят без одежды и каков их рост без обуви. Эти данные были (пере)кодированы соответственно в сантиметры и килограммы для вычисления ИМТ (вес (кг), деленный на рост (м)²). При анализе использовались международные стандарты ИМТ для подростков, принятые Международной специальной рабочей группой по проблемам ожирения (IOTF) (граничные значения ИМТ IOTF).

^а ИМТ отсутствует для более 30% выборки возрастной группы. ^б Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ: УРОВНИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ДАННЫХ ПО ИМТ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Ирландия	82	88	85	Ирландия	68	75	72	Ирландия	55	65	61
Шотландия	78	79	79	Шотландия	70	73	72	Шотландия	58	64	61
Уэльс	72	79	76	Англия	55	63	59	Уэльс	38	44	41
Англия	62	72	66	Уэльс	57	58	57	Англия	31	47	39
Мальта	58	56	57	Гренландия	40	57	49	Мальта	35	35	35
Гренландия	44	56	50	Мальта	44	39	42	Гренландия	35	30	33
Румыния	46	54	50	Бельгия (франц.)	40	40	40	Бельгия (франц.)	31	29	30
Израиль	39	44	42	Румыния	35	42	38	Румыния	25	33	29
Литва	37	41	39	Литва	32	34	33	Литва	21	22	22
Бельгия (франц.)	38	40	39	Израиль	27	27	27	Израиль	19	20	20
Армения	32	42	37	Канада	23	29	26	МКД*	19	19	19
Канада	32	40	37	Армения	20	25	22	Канада	15	16	16
Исландия	28	30	29	Нидерланды	22	18	20	Армения	13	17	15
Германия	25	30	27	Швеция	19	17	18	Швеция	14	12	13
МКД*	21	23	22	Исландия	18	17	18	Нидерланды	13	10	11
Швеция	21	20	20	Франция	16	19	17	Испания	11	11	11
Нидерланды	19	21	20	Германия	16	18	17	Германия	9	12	11
Бельгия (Фландрия)	18	21	19	Испания	17	15	16	Бельгия (Фландрия)	11	10	10
Италия	16	22	19	МКД*	15	16	16	Российская Федерация	10	10	10
Норвегия	16	20	18	Швейцария	10	16	13	Исландия	10	9	10
Эстония	21	12	17	Люксембург	12	13	12	Норвегия	7	13	10
Франция	16	17	17	Италия	10	14	12	Швейцария	8	10	9
Венгрия	15	16	16	Венгрия	11	12	11	Италия	8	10	9
Финляндия	15	16	16	Бельгия (Фландрия)	11	11	11	Люксембург	9	9	9
Испания	16	14	15	Норвегия	9	12	11	Словакия	8	8	8
Дания	11	18	15	Словакия	11	11	11	Франция	7	8	7
Швейцария	12	17	14	Российская Федерация	11	10	11	Венгрия	6	9	7
Люксембург	12	14	13	Албания	9	10	10	Болгария	6	8	7
Албания	13	13	13	Австрия	9	10	10	Австрия	7	7	7
Словакия	12	13	13	Финляндия	9	9	9	Эстония	8	6	7
Российская Федерация	15	10	12	Эстония	9	8	8	Албания	7	6	6
Австрия	11	12	12	Дания	7	9	8	Украина	6	6	6
Польша	11	9	10	Болгария	6	10	8	Польша	4	8	6
Украина	12	9	10	Польша	8	8	8	Чешская Республика	6	6	6
Болгария	9	9	9	Украина	8	6	7	Финляндия	5	5	5
Чешская Республика	9	9	9	Словения	5	5	5	Дания	3	5	4
Словения	9	7	8	Чешская Республика	5	5	5	Хорватия	4	4	4
Хорватия	5	6	5	Хорватия	5	5	5	Латвия	3	2	3
Греция	5	5	5	Латвия	4	3	4	Словения	3	3	3
Латвия	6	3	4	Греция	2	4	3	Греция	2	2	2
Португалия	4	3	3	Португалия	2	2	2	Португалия	2	1	1
Республика Молдова	0	0	0	Республика Молдова	0	0	0	Республика Молдова	0	0	0
Среднее по HBSC	24	26	25	Среднее по HBSC	19	21	20	Среднее по HBSC	13	15	14

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько они весят (без одежды) и каков их рост (без обуви). ИМТ рассчитывался на основе этой информации и установленных граничных значений для избыточной массы тела и ожирения. Представленные здесь данные отражают уровни отсутствующих данных по всем странам и областям.

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНАЯ ТРАВМА, ТРЕБУЮЩАЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Франция	34	26	30	Франция	32	29	31	Франция	34	26	30
Латвия	28	21	24	Италия	32	21	26	Латвия	30	22	25
Литва	28	20	24	Латвия	31	21	26	Чешская Республика	25	24	25
Российская Федерация	27	21	23	Литва	28	22	25	Италия	27	18	23
Италия	28	18	23	Германия	27	22	25	Германия	26	19	23
Румыния	26	18	22	Чешская Республика	23	23	23	Австрия	25	19	22
Украина	26	18	22	Хорватия	26	18	22	Литва	24	19	22
Бельгия (франц.)	27	17	22	Дания	25	19	22	Дания	24	20	22
Германия	24	19	22	Бельгия (франц.)	25	16	21	Российская Федерация	25	18	21
Армения	28	15	21	Греция	23	17	20	Хорватия	24	15	19
Хорватия	24	18	21	Исландия	23	17	20	Словения	25	14	19
Люксембург	25	17	21	Эстония	22	18	20	Эстония	23	15	19
Шотландия	25	16	20	Люксембург	26	15	20	Канада	22	16	19
Эстония	23	17	20	Российская Федерация	22	18	20	Шотландия	24	14	19
Республика Молдова	22	16	19	Республика Молдова	24	15	20	Люксембург	23	15	19
Бельгия (Фландрия)	21	17	19	Уэльс	24	15	20	Украина	21	16	19
Греция	23	15	19	Украина	25	15	20	Швейцария	22	15	19
Дания	23	15	19	Словения	25	14	20	Ирландия	23	16	18
Исландия	19	17	18	Армения	26	12	19	Швеция	22	15	18
Израиль	23	14	18	Швеция	25	14	19	Бельгия (Фландрия)	19	15	18
Болгария	22	14	18	Ирландия	22	17	19	Исландия	20	15	18
Словения	18	16	17	Болгария	24	13	19	Уэльс	21	14	17
Уэльс	17	16	17	Румыния	20	16	18	Польша	20	15	17
Англия	19	13	17	Норвегия	22	14	18	Бельгия (франц.)	22	13	17
Ирландия	16	17	16	Шотландия	22	14	18	Венгрия	17	15	16
Канада	18	15	16	Канада	20	15	18	Румыния	18	15	16
Польша	18	14	16	Польша	21	13	17	Республика Молдова	20	13	16
Мальта	22	9	16	Бельгия (Фландрия)	16	18	17	Болгария	20	10	16
Швеция	20	12	16	Израиль	19	12	16	Португалия	18	13	15
Норвегия	20	10	15	Португалия	20	11	15	Норвегия	17	14	15
Нидерланды	17	12	15	Нидерланды	16	14	15	Греция	19	12	15
Финляндия	17	12	15	Финляндия	19	12	15	Мальта	20	10	15
Португалия	18	10	13	Англия	17	13	15	Финляндия	20	10	15
Венгрия	15	11	13	Венгрия	18	12	15	Армения	19	11	14
Албания	14	6	10	Мальта	16	12	14	Англия	18	10	14
Австрия	–	–	–	Албания	14	10	12	Нидерланды	17	12	14
Чешская Республика	–	–	–	Австрия	–	–	–	Израиль	18	11	14
Швейцария	–	–	–	Швейцария	–	–	–	Албания	14	8	11
Среднее по HBSC	22	16	19	Среднее по HBSC	23	16	20	Среднее по HBSC	22	15	18

Примечание: Нет данных по Австрии (11- и 13-летние), бывшей югославской Республике Македония, Гренландии, Испании, Словакии, Чешской Республике (11-летние) и Швейцарии (11- и 13-летние).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, требовала ли наиболее серьезная травма медицинской помощи (наложение гипса, швов, операция или госпитализация). Представленные данные отражают долю респондентов, ответивших утвердительно.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ
СООБЩЕНИЯ О ТРУДНОСТЯХ С ЗАСЫПАНИЕМ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Франция	37	40	38	Франция	33	43	38	Франция	30	45	37
Бельгия (франц.)	27	35	31	Швеция	26	38	32	Швеция	28	39	33
Нидерланды	27	30	29	Бельгия (франц.)	24	38	31	Гренландия	30	34	32
Исландия	26	28	27	Гренландия	21	35	29	Канада	25	38	31
Швеция	25	29	27	Нидерланды	23	32	27	Бельгия (франц.)	25	36	31
Швейцария	23	30	27	Исландия	24	29	27	Люксембург	25	34	30
Дания	24	28	26	Уэльс	22	31	26	Шотландия	22	36	29
Люксембург	24	25	25	Канада	19	32	26	Уэльс	21	35	28
Канада	24	25	24	Дания	19	31	26	Ирландия	17	34	28
Гренландия	19	28	24	Швейцария	20	29	25	Израиль	25	28	27
Уэльс	21	23	22	Люксембург	18	29	24	Англия	20	33	26
Чешская Республика	22	21	22	Болгария	21	28	24	Исландия	20	31	26
Израиль	21	22	21	Израиль	23	25	24	Дания	22	29	26
Бельгия (Фландрия)	18	23	21	Словения	17	30	24	Словения	18	31	25
Шотландия	21	20	21	Бельгия (Фландрия)	21	26	23	Болгария	20	31	25
Болгария	19	21	20	Англия	18	27	23	Нидерланды	17	32	25
Англия	19	20	19	Чешская Республика	18	27	23	Польша	17	31	24
Германия	19	19	19	Шотландия	17	26	21	Бельгия (Фландрия)	17	33	23
Италия	17	21	19	Ирландия	17	24	21	Швейцария	17	29	23
Словения	16	21	19	Австрия	18	22	20	Румыния	15	29	23
Эстония	16	19	18	Германия	16	25	20	Чешская Республика	17	27	22
Австрия	17	18	18	Финляндия	16	24	20	Мальта	18	27	22
Норвегия	15	19	17	Италия	16	24	20	Германия	14	28	21
Финляндия	14	20	17	Польша	17	22	20	Италия	16	26	21
Латвия	17	17	17	Румыния	13	25	19	МКД*	16	25	21
Румыния	15	18	16	Литва	13	24	19	Литва	15	26	20
Ирландия	15	17	16	Латвия	15	21	18	Латвия	17	23	20
Венгрия	13	18	16	Словакия	15	21	18	Эстония	18	22	20
Мальта	17	14	16	Венгрия	13	23	18	Венгрия	14	25	20
Польша	14	17	15	Мальта	14	22	18	Финляндия	15	23	19
Литва	15	16	15	Эстония	15	20	18	Норвегия	13	24	19
Армения	15	15	15	МКД*	12	21	16	Португалия	11	25	18
Российская Федерация	15	14	14	Норвегия	11	21	16	Греция	13	21	17
Республика Молдова	14	14	14	Греция	11	18	15	Словакия	12	22	17
Испания	13	13	13	Португалия	11	17	14	Австрия	15	18	17
МКД*	12	13	12	Хорватия	12	16	14	Албания	11	20	16
Хорватия	12	12	12	Испания	11	16	14	Хорватия	12	20	16
Словакия	13	12	12	Республика Молдова	12	14	13	Испания	12	18	15
Португалия	8	13	11	Армения	13	13	13	Республика Молдова	12	17	14
Украина	11	10	10	Российская Федерация	11	14	12	Армения	9	15	13
Греция	8	12	10	Албания	9	8	9	Российская Федерация	11	14	13
Албания	8	9	9	Украина	8	8	8	Украина	10	13	12
Среднее по HBSC	18	20	19	Среднее по HBSC	17	25	21	Среднее по HBSC	18	28	23

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 ответа варьировались от почти каждый день до редко или никогда. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о трудностях с засыпанием чаще одного раза в неделю.

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

СООБЩЕНИЯ О БОЛИ В ЖЕЛУДКЕ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	20	23	21	Израиль	16	21	19	Мальта	15	25	20
Армения	16	18	17	Польша	13	24	18	Израиль	15	24	20
Румыния	13	19	16	Франция	10	21	15	Польша	13	21	17
Италия	13	19	16	Венгрия	10	20	15	Швеция	9	22	15
Польша	10	22	16	Республика Молдова	11	18	15	Люксембург	9	20	15
Франция	11	20	15	Словакия	9	19	14	Венгрия	7	21	14
Гренландия	8	21	15	Люксембург	8	19	14	Франция	8	21	14
МКД ^a	11	18	14	Бельгия (франц.)	10	16	13	Гренландия	7	20	14
Исландия	11	17	14	Исландия	11	16	13	Исландия	8	21	14
Болгария	12	16	14	Мальта	11	15	13	Италия	8	20	14
Российская Федерация	13	15	14	Румыния	10	15	13	Словакия	11	17	14
Мальта	12	16	14	Швеция	7	18	13	Болгария	8	18	12
Венгрия	10	17	13	Армения	13	12	12	Латвия	7	17	12
Республика Молдова	12	15	13	Италия	6	19	12	Бельгия (Фландрия)	8	19	12
Словакия	10	15	13	Российская Федерация	10	14	12	Литва	8	17	12
Латвия	11	13	12	Болгария	9	16	12	Республика Молдова	8	16	12
Хорватия	9	15	12	Испания	8	15	12	Российская Федерация	10	13	12
Украина	9	14	12	Бельгия (Фландрия)	10	13	12	Бельгия (франц.)	9	14	12
Люксембург	7	15	11	Литва	8	14	11	Шотландия	6	16	11
Испания	9	13	11	Гренландия	9	13	11	Румыния	7	14	11
Литва	10	12	11	Латвия	8	14	11	Уэльс	6	16	11
Швеция	8	14	11	Уэльс	5	16	10	Англия	5	17	11
Бельгия (франц.)	8	13	11	Хорватия	7	14	10	Ирландия	5	14	11
Бельгия (Фландрия)	8	12	10	МКД ^a	8	12	10	Канада	5	16	10
Швейцария	6	14	10	Англия	6	14	10	Норвегия	7	13	10
Норвегия	7	12	9	Швейцария	5	14	10	Испания	6	13	10
Нидерланды	7	11	9	Канада	6	13	10	Греция	6	14	10
Эстония	7	11	9	Нидерланды	7	12	9	Албания	5	12	9
Дания	5	12	9	Шотландия	5	13	9	Нидерланды	4	15	9
Уэльс	5	12	9	Словения	6	12	9	Словения	5	12	9
Канада	8	9	9	Украина	6	11	8	Армения	7	10	9
Англия	6	11	8	Германия	5	12	8	Хорватия	4	14	9
Греция	6	9	8	Австрия	3	13	8	Германия	4	13	9
Германия	6	10	8	Норвегия	5	11	8	Украина	6	11	8
Словения	6	10	8	Греция	6	10	8	МКД ^a	6	10	8
Чешская Республика	7	8	7	Ирландия	5	10	8	Австрия	4	11	8
Шотландия	5	9	7	Финляндия	5	10	8	Швейцария	4	12	8
Албания	6	8	7	Дания	3	10	7	Финляндия	4	11	8
Ирландия	5	8	7	Чешская Республика	4	10	7	Чешская Республика	3	11	7
Австрия	5	7	6	Португалия	5	9	7	Португалия	5	9	7
Финляндия	4	8	6	Эстония	5	8	7	Дания	3	9	6
Португалия	3	7	5	Албания	6	7	6	Эстония	4	7	6
Среднее по HBSC	9	13	11	Среднее по HBSC	8	14	11	Среднее по HBSC	7	15	11

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 ответа варьировались от почти каждый день до редко или никогда. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о боли в желудке чаще одного раза в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

СООБЩЕНИЯ ОБ ОЩУЩЕНИИ НЕРВОЗНОСТИ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Болгария	26	32	29	Болгария	33	46	39	Италия	34	57	45
Израиль	28	30	29	Италия	28	48	38	МКД ^a	33	52	43
Чешская Республика	25	28	26	МКД ^a	30	44	37	Болгария	33	53	42
МКД ^a	23	29	26	Израиль	27	39	33	Польша	31	46	39
Италия	24	28	26	Словакия	27	36	32	Мальта	30	44	37
Мальта	23	27	25	Чешская Республика	24	38	31	Израиль	33	40	36
Польша	23	26	24	Греция	24	36	30	Греция	25	44	35
Хорватия	22	25	24	Хорватия	23	36	30	Бельгия (франц.)	26	38	32
Словакия	23	21	22	Польша	24	35	29	Албания	22	39	31
Бельгия (франц.)	20	22	21	Бельгия (франц.)	22	32	27	Чешская Республика	24	37	31
Украина	16	25	21	Мальта	21	33	27	Франция	23	37	30
Франция	17	22	20	Венгрия	19	33	26	Венгрия	25	34	30
Венгрия	19	20	19	Испания	20	31	26	Словакия	24	36	30
Румыния	18	20	19	Люксембург	20	30	25	Хорватия	22	38	30
Испания	18	20	19	Франция	19	28	23	Люксембург	20	37	29
Греция	16	20	18	Румыния	15	30	23	Ирландия	19	34	28
Литва	16	19	17	Литва	16	29	22	Украина	19	35	28
Российская Федерация	15	18	17	Канада	13	30	21	Шотландия	17	39	28
Люксембург	17	16	16	Шотландия	15	28	21	Латвия	19	34	27
Эстония	16	16	16	Словения	14	28	21	Словения	18	35	27
Канада	13	18	16	Албания	16	26	21	Канада	16	38	27
Армения	17	15	16	Украина	16	26	21	Испания	19	34	27
Швейцария	15	16	15	Российская Федерация	16	25	21	Литва	17	38	27
Латвия	15	16	15	Ирландия	14	25	21	Румыния	16	35	27
Республика Молдова	15	16	15	Армения	16	25	20	Португалия	14	37	26
Финляндия	12	18	15	Латвия	15	24	20	Эстония	19	32	26
Гренландия	10	18	14	Швеция	12	26	19	Российская Федерация	18	32	26
Бельгия (Фландрия)	12	17	14	Финляндия	13	24	19	Армения	19	27	24
Уэльс	11	17	14	Бельгия (Фландрия)	15	22	18	Швеция	16	31	24
Шотландия	12	15	13	Республика Молдова	13	23	18	Англия	15	29	22
Албания	12	15	13	Эстония	12	23	18	Уэльс	13	30	22
Португалия	9	16	13	Уэльс	11	24	17	Республика Молдова	14	29	21
Нидерланды	13	13	13	Португалия	12	23	17	Исландия	11	31	21
Словения	11	16	13	Англия	11	23	17	Финляндия	13	27	20
Швеция	9	14	12	Нидерланды	14	21	17	Бельгия (Фландрия)	15	26	20
Дания	10	13	12	Швейцария	14	19	17	Норвегия	9	25	17
Англия	8	14	11	Гренландия	10	20	15	Дания	9	22	16
Ирландия	8	11	10	Дания	10	19	15	Швейцария	12	19	16
Норвегия	7	12	10	Исландия	11	19	15	Гренландия	13	16	15
Австрия	8	11	9	Австрия	11	16	14	Нидерланды	10	19	14
Исландия	8	9	9	Норвегия	7	17	12	Австрия	10	13	12
Германия	9	9	9	Германия	8	10	9	Германия	7	15	11
Среднее по HBSC	15	18	17	Среднее по HBSC	17	28	22	Среднее по HBSC	19	34	26

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 ответа варьировались от почти каждый день до редко или никогда. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают об ощущении нервозности чаще одного раза в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ
СООБЩЕНИЯ О ГОЛОВНОЙ БОЛИ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	23	25	24	Польша	20	31	26	Мальта	28	40	34
Республика Молдова	21	24	22	Израиль	18	33	26	Израиль	21	37	30
Румыния	17	26	22	Италия	15	32	23	Албания	16	40	28
Российская Федерация	21	21	21	Гренландия	17	28	23	Польша	20	36	28
Гренландия	13	28	21	Республика Молдова	16	29	22	Гренландия	17	36	27
Италия	16	24	20	Мальта	19	26	22	Республика Молдова	16	36	26
Мальта	19	20	19	Российская Федерация	17	26	22	Италия	14	38	26
Польша	15	24	19	Румыния	15	28	21	Венгрия	13	35	25
Армения	19	19	19	Армения	17	25	21	Армения	17	29	24
Бельгия (франц.)	14	20	17	Словакия	16	25	21	Болгария	15	35	24
Исландия	14	20	17	Бельгия (франц.)	15	26	21	Румыния	13	32	24
Латвия	14	19	17	Венгрия	13	27	20	Словакия	15	32	23
Венгрия	13	19	16	Латвия	13	26	19	Бельгия (франц.)	15	31	23
Словакия	15	17	16	Болгария	14	25	19	Ирландия	11	30	23
Франция	14	18	16	Албания	12	25	19	Латвия	12	31	22
Болгария	15	17	16	Уэльс	12	25	18	Люксембург	14	29	22
Албания	13	19	16	Литва	13	23	18	Российская Федерация	17	26	22
Нидерланды	13	18	15	Нидерланды	12	24	18	Уэльс	11	32	21
Чешская Республика	11	19	15	Исландия	14	21	18	Швеция	13	29	21
Украина	14	15	15	Франция	15	21	18	Канада	12	31	21
Литва	12	17	14	Бельгия (Фландрия)	14	21	17	МКД ^a	13	29	21
Уэльс	11	16	13	Испания	13	22	17	Греция	12	30	21
Эстония	11	15	13	Швеция	12	23	17	Шотландия	11	30	21
Испания	11	15	13	Финляндия	12	21	17	Нидерланды	10	33	21
МКД ^a	11	14	13	Люксембург	12	21	17	Англия	11	31	21
Канада	11	14	12	Англия	11	22	17	Испания	12	26	20
Швеция	11	13	12	Чешская Республика	11	22	17	Бельгия (Фландрия)	14	28	20
Швейцария	9	15	12	Греция	11	22	17	Исландия	12	26	19
Дания	10	14	12	Эстония	11	22	16	Франция	11	28	19
Германия	10	13	11	Шотландия	9	22	16	Литва	10	28	19
Греция	8	14	11	Португалия	10	19	14	Чешская Республика	10	27	18
Англия	10	12	11	МКД ^a	10	18	14	Португалия	9	26	18
Бельгия (Фландрия)	10	12	11	Канада	9	19	14	Финляндия	11	24	18
Хорватия	9	11	10	Ирландия	10	17	14	Германия	8	26	17
Португалия	7	13	10	Хорватия	9	19	14	Словения	10	23	17
Люксембург	8	12	10	Украина	8	18	13	Эстония	9	25	17
Финляндия	7	13	10	Дания	8	17	13	Украина	10	22	17
Шотландия	9	10	10	Швейцария	10	16	13	Швейцария	9	23	16
Словения	7	11	9	Норвегия	9	17	13	Хорватия	7	26	16
Ирландия	5	11	9	Словения	9	16	13	Австрия	7	22	16
Австрия	7	10	8	Германия	8	18	13	Норвегия	7	22	15
Норвегия	5	10	8	Австрия	6	13	10	Дания	7	19	13
Среднее по HBSC	12	16	14	Среднее по HBSC	12	22	17	Среднее по HBSC	12	29	21

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 ответа варьировались от почти каждый день до редко или никогда. Представленные данные отражают долю респондентов, которые сообщают о головной боли чаще одного раза в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

СООБЩЕНИЯ О ПЛОХОМ НАСТРОЕНИИ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Италия	21	31	26	Италия	24	48	36	Италия	28	52	40
Румыния	23	29	26	Румыния	19	39	29	Армения	24	37	32
Республика Молдова	20	25	22	Армения	20	33	27	Румыния	19	40	31
Гренландия	11	31	21	Венгрия	19	32	26	МКД ^a	21	39	30
Армения	20	21	21	МКД ^a	20	29	25	Мальта	20	36	28
Люксембург	17	23	20	Республика Молдова	19	30	24	Албания	18	38	28
Израиль	18	20	19	Израиль	18	27	23	Республика Молдова	21	35	28
Эстония	15	22	18	Греция	15	30	23	Венгрия	21	32	27
Мальта	15	21	18	Словакия	13	30	22	Польша	17	35	27
Венгрия	15	18	17	Мальта	14	30	22	Люксембург	16	34	26
Словакия	13	19	16	Люксембург	12	29	21	Шотландия	15	37	26
Литва	12	19	16	Польша	15	27	21	Израиль	21	30	26
МКД ^a	13	17	15	Гренландия	8	31	20	Швеция	14	36	25
Швейцария	10	19	15	Эстония	11	29	20	Греция	15	34	25
Исландия	13	17	15	Швеция	10	29	19	Латвия	14	34	25
Российская Федерация	11	17	14	Албания	14	24	19	Гренландия	15	32	24
Франция	13	15	14	Литва	11	26	18	Англия	14	33	23
Дания	8	19	14	Чешская Республика	10	24	17	Ирландия	13	29	23
Польша	11	16	14	Хорватия	10	24	17	Уэльс	15	32	23
Хорватия	11	15	13	Шотландия	10	24	17	Бельгия (франц.)	17	28	23
Бельгия (франц.)	12	15	13	Франция	12	23	17	Эстония	12	33	23
Латвия	11	15	13	Словения	8	25	17	Словения	10	33	22
Албания	12	12	12	Российская Федерация	11	20	16	Исландия	13	31	22
Болгария	10	13	12	Латвия	10	22	16	Литва	12	32	21
Чешская Республика	10	14	12	Уэльс	8	24	16	Франция	13	29	21
Украина	9	14	12	Исландия	11	21	16	Словакия	14	28	21
Греция	10	13	11	Швейцария	8	23	16	Российская Федерация	14	26	20
Канада	10	12	11	Бельгия (франц.)	12	19	15	Чешская Республика	12	28	20
Швеция	7	13	10	Англия	9	21	15	Испания	13	24	19
Норвегия	8	12	10	Ирландия	10	18	15	Канада	11	27	19
Уэльс	7	11	10	Канада	8	21	15	Хорватия	8	30	19
Словения	7	11	9	Нидерланды	10	17	13	Болгария	11	25	17
Шотландия	9	10	9	Испания	9	18	13	Швейцария	8	25	17
Нидерланды	8	10	9	Дания	5	20	13	Норвегия	7	25	16
Испания	8	10	9	Норвегия	7	19	13	Украина	10	21	16
Финляндия	8	8	8	Болгария	8	19	13	Португалия	8	22	15
Англия	6	8	7	Португалия	7	15	11	Дания	5	21	14
Португалия	5	8	7	Украина	7	14	11	Нидерланды	7	21	14
Австрия	6	6	6	Финляндия	7	14	11	Германия	8	19	13
Германия	5	6	6	Бельгия (Фландрия)	8	13	10	Австрия	7	17	13
Ирландия	3	7	6	Германия	6	14	10	Бельгия (Фландрия)	7	21	13
Бельгия (Фландрия)	4	7	6	Австрия	6	12	9	Финляндия	7	16	12
Среднее по HBSC	11	15	13	Среднее по HBSC	11	23	17	Среднее по HBSC	13	29	21

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 ответа варьировались от почти каждый день до редко или никогда. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о плохом настроении чаще одного раза в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Нидерланды	83	80	82	Нидерланды	83	73	78	Дания	79	73	76
Люксембург	78	67	72	Норвегия	73	76	75	Нидерланды	79	68	74
Швейцария	77	67	72	Дания	81	69	74	Норвегия	72	75	74
Бельгия (Фландрия)	75	68	71	Швейцария	84	62	73	Бельгия (Фландрия)	74	62	69
Норвегия	72	65	69	Люксембург	77	62	69	Финляндия	68	69	68
Дания	75	62	68	Финляндия	70	68	69	Швейцария	76	60	68
Финляндия	69	66	68	Австрия	74	62	68	Люксембург	75	56	65
Австрия	70	64	67	Бельгия (Фландрия)	73	58	66	Германия	73	55	64
Шотландия	67	60	63	Германия	68	60	64	Швеция	66	59	62
Германия	66	58	62	Бельгия (франц.)	70	52	61	Австрия	74	54	62
Бельгия (франц.)	69	53	61	Шотландия	66	53	59	Бельгия (франц.)	70	52	60
Швеция	61	58	59	Швеция	62	56	59	Литва	67	50	59
Канада	63	56	59	Исландия	58	58	58	Канада	64	51	58
Греция	64	52	58	Канада	63	53	58	Шотландия	63	53	58
Франция	63	44	54	Греция	62	51	57	Испания	68	44	55
Ирландия	58	49	52	Франция	65	46	56	Ирландия	62	47	53
Словакия	57	46	51	Испания	66	43	54	Чешская Республика	58	47	52
Польша	57	41	49	Литва	61	45	53	Эстония	60	44	52
Словения	55	43	49	Ирландия	61	47	53	Латвия	58	47	52
Испания	58	38	48	Италия	60	43	52	Италия	62	41	52
Исландия	50	46	48	Чешская Республика	56	48	52	Франция	62	40	51
Италия	54	39	47	Словения	60	43	51	Англия	62	40	51
Венгрия	51	39	45	Уэльс	57	44	51	Греция	60	41	50
Израиль	53	37	45	Эстония	51	48	50	Уэльс	59	41	50
Англия	51	38	45	Англия	58	41	49	Венгрия	58	41	49
Болгария	51	38	44	Венгрия	58	37	47	Словения	57	40	48
Уэльс	51	37	44	Израиль	58	37	47	Словакия	56	37	47
Мальта	50	36	43	Словакия	55	38	46	Израиль	54	37	45
Латвия	48	38	43	Латвия	53	39	46	Гренландия	46	43	44
Эстония	45	40	43	Мальта	53	36	45	Российская Федерация	49	39	44
Литва	47	36	42	Хорватия	54	35	44	Хорватия	55	29	43
Чешская Республика	46	37	41	Польша	53	32	43	Польша	53	32	42
Румыния	50	32	41	Болгария	49	35	42	Болгария	50	32	42
Хорватия	45	33	39	Российская Федерация	46	39	42	Португалия	53	29	40
МКД ^a	42	28	35	МКД ^a	48	36	42	Украина	47	33	40
Португалия	45	27	35	Румыния	48	32	40	МКД ^a	47	27	37
Российская Федерация	39	32	35	Гренландия	48	32	39	Румыния	49	27	37
Гренландия	33	36	34	Португалия	54	25	39	Республика Молдова	47	25	36
Украина	41	27	34	Украина	42	30	36	Мальта	47	24	35
Армения	40	23	31	Армения	45	26	36	Армения	50	22	34
Республика Молдова	39	24	31	Республика Молдова	39	26	33	Албания	41	21	30
Албания	30	18	24	Албания	35	23	28	Исландия	19	23	21
Среднее по HBSC	56	45	50	Среднее по HBSC	60	46	53	Среднее по HBSC	59	44	51

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам было предложено сообщить о том, сколько часов в неделю они обычно были физически активны в свободное время (вне школы), так что у них перехватывало дыхание или до пота. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о физической активности высокой интенсивности в течение двух или более часов в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ
ЕЖЕДНЕВНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Украина	52	61	57	Бельгия (франц.)	50	60	55	Бельгия (франц.)	53	65	59
Бельгия (Фландрия)	50	62	56	Украина	49	59	54	Бельгия (Фландрия)	50	57	53
Бельгия (франц.)	49	61	55	Бельгия (Фландрия)	46	59	52	Украина	44	54	50
Израиль	48	56	52	Израиль	42	58	49	Израиль	38	52	46
Канада	45	57	51	Нидерланды	45	50	48	Швейцария	37	52	45
Нидерланды	46	55	50	Канада	42	52	47	Канада	39	49	44
Дания	43	53	48	Швейцария	40	47	44	Ирландия	41	45	44
Ирландия	44	50	48	МКД ^a	39	47	43	Нидерланды	38	49	43
Швейцария	45	50	47	Ирландия	37	47	43	Дания	34	48	41
Болгария	41	52	47	Дания	37	48	43	Англия	36	44	40
Франция	44	49	46	Англия	40	45	43	Республика Молдова	37	40	39
Швеция	40	50	45	Гренландия	38	46	42	Швеция	33	44	39
Англия	42	46	44	Болгария	36	44	40	Гренландия	35	41	38
Гренландия	36	50	43	Шотландия	35	42	39	Франция	37	39	38
МКД ^a	36	50	43	Франция	36	41	39	Болгария	32	43	37
Республика Молдова	39	46	42	Албания	36	41	38	МКД ^a	31	43	37
Норвегия	40	43	41	Республика Молдова	36	40	38	Албания	32	41	37
Люксембург	38	44	41	Швеция	32	42	37	Мальта	38	32	35
Шотландия	37	44	41	Российская Федерация	33	39	37	Шотландия	32	38	35
Румыния	38	42	40	Румыния	33	38	36	Армения	29	38	35
Албания	37	42	40	Греция	33	36	34	Исландия	29	39	34
Греция	32	42	37	Уэльс	33	35	34	Российская Федерация	33	34	33
Российская Федерация	35	36	36	Норвегия	33	34	33	Норвегия	29	35	32
Венгрия	33	37	35	Армения	29	37	33	Греция	26	35	31
Австрия	31	37	34	Венгрия	31	31	31	Люксембург	29	32	31
Польша	29	39	34	Люксембург	28	33	31	Италия	21	37	29
Хорватия	34	34	34	Мальта	35	23	29	Литва	26	32	29
Литва	30	37	33	Литва	24	34	29	Румыния	25	30	28
Словения	32	34	33	Португалия	26	32	29	Уэльс	28	28	28
Армения	29	36	33	Австрия	24	32	28	Польша	26	28	27
Португалия	26	38	32	Хорватия	26	30	28	Австрия	22	30	27
Исландия	31	33	32	Словакия	25	30	27	Финляндия	15	36	26
Уэльс	30	34	32	Польша	25	30	27	Латвия	20	30	26
Финляндия	29	33	31	Чешская Республика	24	30	27	Венгрия	22	29	25
Чешская Республика	27	33	31	Исландия	23	29	26	Хорватия	22	28	25
Словакия	27	30	29	Финляндия	18	32	25	Чешская Республика	20	29	24
Эстония	26	30	28	Италия	20	31	25	Словения	19	29	24
Латвия	25	31	28	Германия	19	29	24	Словакия	19	29	24
Германия	23	32	28	Латвия	19	27	23	Германия	16	31	24
Мальта	35	18	27	Словения	20	27	23	Португалия	21	25	23
Испания	24	28	26	Испания	20	24	22	Эстония	20	25	22
Италия	23	28	25	Эстония	21	22	22	Испания	17	22	20
Среднее по HBSC	35	42	39	Среднее по HBSC	31	38	35	Среднее по HBSC	30	38	34

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они употребляют овощи. Варианты ответа варьировались от никогда до ежедневно, более одного раза в день. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, употребляющих овощи не менее одного раза в день.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ
ЕЖЕДНЕВНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СЛАДОСТЕЙ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Армения	47	48	47	Армения	50	58	54	Армения	52	63	59
Болгария	44	43	44	Болгария	42	50	46	МКД ^a	40	48	44
Украина	36	39	37	Румыния	38	49	43	Бельгия (франц.)	42	46	44
Бельгия (франц.)	34	41	37	Украина	36	45	41	Болгария	37	47	42
Шотландия	33	39	36	Бельгия (франц.)	37	43	40	Украина	34	45	40
Словакия	33	36	34	Албания	38	38	38	Румыния	36	42	40
Румыния	32	35	34	Словакия	34	40	37	Албания	36	43	39
Израиль	31	35	33	МКД ^a	32	42	37	Шотландия	34	36	35
Российская Федерация	26	35	31	Венгрия	32	40	36	Словакия	30	39	35
Венгрия	30	31	31	Израиль	28	42	35	Республика Молдова	30	35	33
Нидерланды	30	32	31	Шотландия	33	35	34	Хорватия	26	38	32
Албания	30	31	31	Хорватия	32	35	34	Венгрия	30	34	32
Германия	28	30	29	Российская Федерация	30	36	34	Израиль	27	35	32
Республика Молдова	27	30	28	Австрия	29	36	33	Латвия	24	36	31
Австрия	28	29	28	Нидерланды	32	31	31	Российская Федерация	23	37	31
Италия	27	27	27	Польша	28	34	31	Швейцария	27	33	30
Хорватия	26	27	27	Италия	31	31	31	Ирландия	27	32	30
Швейцария	25	28	26	Швейцария	29	32	30	Гренландия	31	28	30
Люксембург	27	24	25	Латвия	23	36	30	Нидерланды	27	31	29
МКД ^a	25	25	25	Республика Молдова	26	33	30	Австрия	29	29	29
Мальта	25	25	25	Гренландия	26	31	29	Польша	25	31	28
Эстония	21	29	25	Германия	24	29	27	Италия	28	26	27
Польша	23	26	25	Уэльс	24	28	26	Франция	24	29	26
Гренландия	30	19	24	Ирландия	23	28	26	Германия	24	27	26
Латвия	20	27	24	Англия	22	29	25	Люксембург	23	26	24
Литва	22	23	23	Эстония	23	28	25	Англия	24	24	24
Уэльс	21	23	22	Франция	23	27	25	Бельгия (Фландрия)	25	21	24
Бельгия (Фландрия)	20	22	21	Люксембург	24	24	24	Уэльс	23	22	23
Чешская Республика	22	19	20	Литва	22	24	23	Эстония	20	24	22
Англия	21	20	20	Чешская Республика	22	23	23	Мальта	15	26	21
Ирландия	18	21	20	Бельгия (Фландрия)	22	21	21	Чешская Республика	19	21	20
Франция	21	19	20	Мальта	19	24	21	Литва	18	21	19
Словения	14	14	14	Греция	17	19	18	Португалия	17	19	18
Канада	14	14	14	Словения	15	19	17	Греция	16	20	18
Португалия	13	10	12	Португалия	16	16	16	Словения	14	18	16
Греция	10	10	10	Канада	15	15	15	Канада	16	14	15
Испания	8	10	9	Испания	13	15	14	Испания	13	15	14
Дания	4	5	4	Дания	7	9	8	Дания	8	7	8
Норвегия	4	2	3	Норвегия	7	5	6	Норвегия	9	5	7
Исландия	2	2	2	Швеция	5	4	4	Швеция	5	4	5
Швеция	3	2	2	Финляндия	3	3	3	Финляндия	3	3	3
Финляндия	2	1	2	Исландия	3	2	2	Исландия	3	2	3
Среднее по HBSC	21	23	22	Среднее по HBSC	23	27	25	Среднее по HBSC	23	26	24

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они употребляют сладости. Варианты ответа варьировались от никогда до ежедневно, более одного раза в день. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, употребляющих сладости не менее одного раза в день.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ
ЕЖЕДНЕВНЫЙ ЗАВТРАК С МАМОЙ ИЛИ ПАПОЙ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Республика Молдова	64	68	66	Республика Молдова	59	58	59	Республика Молдова	55	46	50
Украина	60	66	63	Украина	57	58	57	МКД ^а	46	42	44
Армения	49	54	51	Армения	43	48	45	Украина	43	40	42
Португалия	51	51	51	Албания	43	44	44	Армения	39	39	39
Албания	47	53	50	Португалия	43	34	39	Литва	34	24	29
Литва	48	49	49	Литва	41	34	38	Албания	28	27	27
Испания	47	48	48	Российская Федерация	39	33	35	Российская Федерация	31	23	26
Российская Федерация	48	47	48	Швейцария	33	29	31	Португалия	27	21	24
Нидерланды	46	46	46	Испания	36	25	31	Бельгия (франц.)	24	21	22
Швейцария	48	42	45	Люксембург	31	29	30	Люксембург	24	18	21
Латвия	45	45	45	Бельгия (франц.)	31	28	30	Швейцария	22	19	21
Люксембург	46	42	44	Нидерланды	31	28	29	Италия	22	18	20
Германия	44	42	43	Бельгия (Фландрия)	31	28	29	Бельгия (Фландрия)	23	15	20
Бельгия (франц.)	43	41	42	Германия	32	27	29	Латвия	22	18	20
Франция	43	40	41	Италия	34	24	29	Германия	21	19	20
Бельгия (Фландрия)	41	41	41	Латвия	30	26	28	Испания	22	15	18
Швеция	41	38	39	Франция	30	23	26	Болгария	17	16	17
Румыния	39	39	39	Хорватия	27	24	25	Хорватия	18	15	17
Австрия	40	36	38	Болгария	28	20	24	Нидерланды	21	12	16
Дания	41	35	38	Австрия	28	21	24	Франция	19	13	16
Норвегия	41	32	36	Румыния	25	23	24	Мальта	19	12	16
Италия	37	34	35	Исландия	26	20	23	Дания	17	12	14
Исландия	37	34	35	Дания	26	19	22	Израиль	14	14	14
Хорватия	38	33	35	Мальта	27	16	21	Норвегия	17	10	13
Болгария	33	36	34	Норвегия	24	18	21	Ирландия	18	10	13
Эстония	35	30	33	Эстония	27	14	21	Австрия	15	11	12
Ирландия	33	30	31	Швеция	25	16	21	Эстония	16	9	12
Израиль	34	28	31	Польша	23	16	20	Исландия	15	9	12
Польша	33	28	30	Израиль	19	20	19	Канада	13	10	12
Мальта	31	29	30	Венгрия	21	17	19	Греция	14	8	11
Венгрия	28	27	27	Ирландия	20	18	19	Румыния	12	10	11
Канада	27	25	26	Канада	21	15	18	Швеция	15	7	11
Греция	25	25	25	Греция	18	15	17	Словакия	12	8	10
Чешская Республика	25	23	24	Чешская Республика	15	15	15	Венгрия	11	8	9
Шотландия	24	23	23	Уэльс	17	12	14	Польша	12	6	9
Словения	22	21	22	Шотландия	16	10	13	Уэльс	10	7	9
Уэльс	22	20	21	Словения	11	11	11	Шотландия	10	7	8
Англия	22	19	21	Англия	13	9	11	Англия	8	7	7
Финляндия	17	12	14	Финляндия	9	6	8	Чешская Республика	9	5	7
МКД ^а	—	—	—	МКД ^а	—	—	—	Словения	9	5	7
Словакия	—	—	—	Словакия	—	—	—	Финляндия	5	3	4
Среднее по HBSC	38	36	37	Среднее по HBSC	28	23	26	Среднее по HBSC	19	15	17

Примечание. Нет данных по бывшей югославской Республике Македония (11- и 13-летние), Гренландии и Словакии (11- и 13-летние).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они завтракают с семьей. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые завтракают с мамой или с папой каждый день.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРА ДЛЯ ОТПРАКИ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ, РАБОТЫ В ИНТЕРНЕТЕ ИЛИ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОМАШНИХ ЗАДАНИЙ В СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ЧАСОВ В БУДНИЕ ДНИ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	51	57	54	Болгария	64	72	68	Шотландия	74	82	78
Болгария	52	48	50	Шотландия	63	72	67	Нидерланды	72	85	78
Уэльс	53	47	50	Уэльс	65	68	66	Норвегия	70	78	74
Шотландия	42	45	44	Нидерланды	62	70	66	Швеция	69	78	74
Российская Федерация	43	42	42	Швеция	60	70	65	Уэльс	69	76	72
Нидерланды	41	44	42	Англия	59	69	64	Англия	68	76	72
Англия	39	43	41	Российская Федерация	55	67	61	Эстония	65	78	72
Словакия	45	36	40	Норвегия	55	67	61	Польша	65	75	70
Дания	44	37	40	Израиль	55	67	61	Российская Федерация	63	76	70
Швеция	44	36	40	Польша	51	68	59	Болгария	67	72	69
Канада	39	38	38	Эстония	54	64	59	Мальта	66	71	69
Латвия	40	35	38	Словакия	55	58	57	Словакия	64	72	68
Эстония	39	35	37	Дания	56	57	57	Испания	61	73	67
МКД*	40	31	36	Канада	50	60	55	Израиль	66	68	67
Мальта	37	33	35	Исландия	52	56	54	Дания	64	70	67
Чешская Республика	44	27	35	Германия	54	54	54	Люксембург	66	67	67
Польша	36	34	35	Мальта	50	57	54	Республика Молдова	63	70	66
Румыния	36	33	35	Финляндия	44	63	54	Германия	64	68	66
Норвегия	35	33	34	Латвия	51	55	53	Чешская Республика	62	68	65
Финляндия	32	35	33	МКД*	51	52	52	Латвия	58	71	65
Украина	37	29	33	Греция	49	52	51	Канада	59	71	65
Бельгия (Фландрия)	33	32	32	Франция	49	52	50	Франция	61	68	64
Исландия	35	28	31	Бельгия (Фландрия)	47	54	50	Украина	60	68	64
Республика Молдова	30	31	31	Румыния	48	52	50	Исландия	57	64	61
Франция	30	28	29	Ирландия	45	52	50	Ирландия	53	65	61
Ирландия	30	28	29	Чешская Республика	50	49	50	Бельгия (франц.)	56	64	60
Бельгия (франц.)	30	26	28	Люксембург	50	49	49	Бельгия (Фландрия)	56	64	60
Армения	34	20	27	Украина	49	49	49	Финляндия	50	68	59
Германия	32	22	27	Бельгия (франц.)	44	53	48	Румыния	58	60	59
Венгрия	30	24	27	Италия	46	50	48	Греция	59	59	59
Люксембург	31	23	27	Испания	42	53	48	Словения	56	61	58
Италия	27	26	27	Республика Молдова	44	51	47	Венгрия	50	65	58
Хорватия	32	22	26	Хорватия	46	45	46	Хорватия	56	59	57
Австрия	29	24	26	Словения	44	44	44	МКД*	52	58	55
Литва	31	20	26	Австрия	48	41	44	Италия	50	60	55
Греция	28	22	25	Португалия	42	44	43	Австрия	48	57	53
Словения	31	18	25	Венгрия	40	44	42	Швейцария	48	58	53
Португалия	27	22	24	Литва	40	42	41	Албания	53	46	50
Испания	28	16	22	Албания	47	33	40	Португалия	48	49	49
Албания	27	14	20	Армения	43	32	38	Армения	53	45	48
Швейцария	18	17	18	Швейцария	33	40	37	Литва	43	50	46
Среднее по HBSC	36	31	33	Среднее по HBSC	50	55	52	Среднее по HBSC	59	67	63

Примечание: Нет данных по Гренландии.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько часов в день они используют компьютер для отправки электронной почты, работы в интернете или выполнения домашних заданий в свободное время в течение двух или более часов в будние и в выходные дни. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые используют компьютер для этих целей в свободное время в течение двух или более часов в будние дни.

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ ИЛИ ИГРЫ НА ДРУГИХ ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ЧАСОВ В БУДНИЕ ДНИ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Болгария	62	50	56	Болгария	71	51	61	Мальта	62	53	57
Дания	68	39	53	Шотландия	70	52	61	Нидерланды	66	46	56
Израиль	55	48	51	Нидерланды	67	52	60	Шотландия	64	44	54
Шотландия	61	42	51	Уэльс	70	44	58	Болгария	65	37	53
Нидерланды	55	43	49	Дания	73	39	54	Канада	59	44	52
Уэльс	61	38	49	Израиль	56	50	53	Уэльс	63	37	50
Румыния	53	36	44	Мальта	60	45	53	Германия	58	41	50
Швеция	57	30	44	Канада	59	46	52	Израиль	58	42	49
Канада	50	37	43	Англия	60	45	52	Бельгия (франц.)	55	44	49
Эстония	58	29	43	Литва	63	40	51	Норвегия	67	32	48
Словакия	56	31	43	Швеция	67	36	51	Литва	60	34	48
Российская Федерация	51	36	42	Румыния	61	37	49	Словакия	62	31	47
Мальта	48	35	42	Исландия	62	34	48	Румыния	62	34	46
Англия	45	36	41	Эстония	70	26	48	Швеция	65	29	46
Литва	52	28	40	Австрия	58	38	48	Англия	55	35	45
Исландия	51	27	39	Латвия	64	31	47	Люксембург	53	36	44
Латвия	52	27	39	Бельгия (франц.)	51	44	47	Венгрия	58	30	44
Чешская Республика	55	22	37	Словакия	61	34	47	Украина	57	31	43
Республика Молдова	43	28	36	Российская Федерация	58	37	46	Российская Федерация	55	32	42
Венгрия	43	26	34	Норвегия	56	38	46	Дания	63	25	42
МКД*	42	26	34	Франция	55	35	46	Чешская Республика	64	21	42
Франция	40	26	33	Германия	50	39	45	Эстония	63	19	41
Бельгия (франц.)	40	25	33	Чешская Республика	62	29	45	Республика Молдова	54	28	41
Польша	43	22	33	Греция	54	33	44	Италия	46	36	41
Украина	41	25	33	Венгрия	52	35	43	Исландия	56	24	40
Бельгия (Фландрия)	40	25	33	Италия	49	38	43	Албания	51	29	40
Италия	39	25	32	Республика Молдова	52	34	43	Испания	43	36	39
Ирландия	38	27	31	Албания	54	31	42	Латвия	58	24	39
Австрия	39	25	31	Украина	55	30	42	Греция	52	25	38
Норвегия	37	25	31	МКД*	51	31	41	Франция	48	27	38
Финляндия	44	16	30	Люксембург	49	33	40	Австрия	47	28	36
Люксембург	35	23	29	Ирландия	44	36	39	МКД*	46	25	36
Греция	38	19	28	Бельгия (Фландрия)	48	28	39	Армения	47	26	35
Албания	37	19	28	Испания	39	36	37	Польша	50	17	32
Португалия	34	18	25	Польша	50	23	37	Бельгия (Фландрия)	42	18	32
Хорватия	34	18	25	Хорватия	50	22	36	Португалия	45	21	32
Германия	32	19	25	Португалия	42	26	34	Хорватия	46	17	32
Словения	34	14	24	Финляндия	56	10	33	Швейцария	39	23	31
Армения	29	17	23	Армения	38	27	32	Ирландия	32	29	30
Испания	29	16	23	Словения	48	17	32	Финляндия	51	8	29
Швейцария	25	16	20	Швейцария	32	24	28	Словения	42	14	27
Среднее по HBSC	46	28	37	Среднее по HBSC	56	35	45	Среднее по HBSC	54	30	42

Примечание: Нет данных по Гренландии.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько часов в день они играют в компьютерные игры или игры на других электронных носителях в будние дни и по выходным. Представленные данные отражают долю респондентов, которые сообщили, что использовали компьютер или другие электронные носители для игр в течение двух или более часов каждый будний день.

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ ПИВА НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	10	4	7	Болгария	16	9	13	Болгария	27	12	20
Армения	8	2	5	Хорватия	11	4	7	Хорватия	25	5	16
Болгария	6	2	4	Израиль	10	5	7	Италия	21	9	15
Словения	5	3	4	Румыния	11	4	7	Израиль	23	6	14
Хорватия	4	2	3	Италия	6	4	5	Мальта	19	9	14
Чешская Республика	3	3	3	Греция	7	3	5	Венгрия	20	7	13
Литва	3	2	3	Венгрия	6	3	5	Греция	18	10	13
Румыния	4	1	3	Албания	6	2	4	Чешская Республика	17	8	13
Австрия	2	3	3	Словакия	6	2	4	Румыния	22	4	12
Албания	3	1	2	Чешская Республика	6	2	4	Бельгия (Фландрия)	14	7	11
Португалия	2	2	2	Словения	5	3	4	Словакия	15	5	11
Венгрия	2	1	2	Польша	4	2	3	Австрия	19	3	10
Люксембург	3	1	2	Российская Федерация	4	3	3	Бельгия (франц.)	13	6	9
Канада	3	1	2	Армения	5	1	3	Германия	16	3	9
Словакия	3	0	2	Литва	5	1	3	МКД ^a	15	3	9
Польша	2	1	2	МКД ^a	5	1	3	Нидерланды	16	2	9
Республика Молдова	2	0	1	Португалия	3	2	3	Дания	15	4	9
МКД ^a	3	0	1	Республика Молдова	4	1	3	Украина	13	5	9
Российская Федерация	1	1	1	Австрия	3	2	3	Польша	10	7	8
Италия	2	1	1	Мальта	4	1	3	Люксембург	11	5	8
Швейцария	1	1	1	Канада	3	2	3	Албания	12	3	7
Исландия	1	1	1	Люксембург	3	2	2	Словения	11	3	7
Уэльс	2	0	1	Уэльс	4	1	2	Канада	9	3	6
Латвия	1	1	1	Германия	2	2	2	Франция	9	4	6
Бельгия (франц.)	2	0	1	Финляндия	4	1	2	Уэльс	9	3	6
Мальта	1	1	1	Швейцария	3	1	2	Литва	10	2	6
Эстония	1	0	1	Англия	3	1	2	Швейцария	8	4	6
Швеция	1	1	1	Франция	2	1	2	Республика Молдова	10	2	6
Шотландия	1	0	1	Бельгия (франц.)	2	1	2	Шотландия	9	2	5
Франция	1	0	1	Латвия	2	1	1	Армения	9	2	5
Англия	1	0	1	Швеция	2	0	1	Португалия	9	2	5
Греция	1	0	1	Бельгия (Фландрия)	2	1	1	Испания	6	4	5
Дания	1	0	0	Эстония	2	0	1	Англия	8	2	5
Германия	1	0	0	Исландия	1	1	1	Российская Федерация	6	3	5
Бельгия (Фландрия)	1	0	0	Шотландия	1	1	1	Латвия	6	1	4
Ирландия	0	0	0	Дания	1	1	1	Гренландия	5	2	4
Гренландия	1	0	0	Испания	1	1	1	Финляндия	6	1	3
Норвегия	1	0	0	Нидерланды	1	0	1	Эстония	6	0	3
Испания	0	0	0	Ирландия	1	0	1	Норвегия	3	2	3
Нидерланды	0	0	0	Гренландия	1	1	1	Швеция	3	1	2
Финляндия	—	—	—	Норвегия	1	0	0	Ирландия	3	1	2
Украина	—	—	—	Украина	—	—	—	Исландия	3	1	2
Среднее по HBSC	2	1	2	Среднее по HBSC	4	2	3	Среднее по HBSC	12	4	8

Примечание: Нет данных по Украине (11- и 13-летние) и Финляндии (11-летние).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос 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 пиво не менее одного раза в неделю.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ СЛАБОАЛКОГОЛЬНЫХ КОКТЕЙЛЕЙ ("АЛКОПОПС") НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	8	3	5	Хорватия	7	4	6	Мальта	16	14	15
Словения	5	3	4	Италия	7	2	5	Дания	11	10	11
Хорватия	5	3	4	Израиль	6	3	5	Венгрия	9	9	9
Литва	4	2	3	Литва	6	2	4	Израиль	11	6	8
Италия	4	2	3	Словения	6	3	4	Хорватия	10	7	8
Португалия	2	3	2	Греция	4	2	3	Украина	10	6	7
Австрия	2	3	2	Болгария	4	2	3	Словения	10	5	7
Люксембург	3	1	2	Уэльс	3	3	3	Нидерланды	6	8	7
Болгария	2	1	2	Австрия	4	2	3	Италия	8	5	7
Румыния	2	1	2	Российская Федерация	3	3	3	Австрия	7	6	7
Венгрия	2	1	2	Португалия	3	2	3	Канада	5	6	6
Польша	2	1	2	Венгрия	4	2	3	Эстония	6	5	5
Канада	2	1	1	Мальта	3	1	2	Гренландия	10	1	5
Гренландия	1	1	1	Румыния	4	1	2	Германия	7	4	5
МКД ^а	2	0	1	Канада	3	2	2	Литва	6	4	5
Республика Молдова	2	1	1	Республика Молдова	3	2	2	Греция	7	3	5
Чешская Республика	1	1	1	Гренландия	2	2	2	Болгария	5	4	5
Российская Федерация	1	1	1	Люксембург	3	2	2	Бельгия (франц.)	6	3	4
Исландия	1	1	1	Албания	3	1	2	Шотландия	4	5	4
Албания	1	1	1	Шотландия	1	2	2	Уэльс	4	4	4
Латвия	1	1	1	Польша	3	1	2	Чешская Республика	4	3	3
Швеция	1	1	1	Эстония	2	1	2	Люксембург	4	3	3
Бельгия (франц.)	1	0	1	Бельгия (франц.)	2	1	2	Швейцария	4	2	3
Эстония	1	0	1	Швейцария	2	1	2	Республика Молдова	4	2	3
Уэльс	1	0	1	Франция	2	1	2	Англия	3	3	3
Шотландия	1	1	1	Финляндия	2	1	2	Румыния	5	2	3
Франция	1	0	1	Латвия	2	1	1	Латвия	4	2	3
Греция	1	0	1	Швеция	2	1	1	Бельгия (Фландрия)	3	3	3
Швейцария	0	1	1	Чешская Республика	2	1	1	Польша	4	2	3
Мальта	0	1	1	Германия	1	1	1	Испания	3	2	3
Нидерланды	1	0	0	Англия	2	1	1	Франция	3	2	3
Германия	1	0	0	Ирландия	2	1	1	Португалия	4	1	2
Словакия	0	0	0	МКД ^а	1	1	1	МКД ^а	3	2	2
Ирландия	0	0	0	Бельгия (Фландрия)	1	1	1	Швеция	3	2	2
Англия	0	0	0	Дания	1	1	1	Финляндия	3	1	2
Бельгия (Фландрия)	0	0	0	Исландия	1	1	1	Российская Федерация	3	1	2
Норвегия	1	0	0	Испания	1	1	1	Норвегия	2	2	2
Испания	0	0	0	Словакия	1	1	1	Словакия	3	1	2
Дания	0	0	0	Нидерланды	1	1	1	Албания	3	1	2
Финляндия	—	—	—	Норвегия	1	0	0	Ирландия	2	1	2
Украина	—	—	—	Украина	—	—	—	Исландия	2	1	2
Среднее по HBSC	2	1	1	Среднее по HBSC	3	2	2	Среднее по HBSC	5	4	4

Примечание. Нет данных по Армении, Украине (11- и 13-летние) и Финляндии (11-летние).

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос 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 слабоалкогольные коктейли ("алкопопс") не менее одного раза в неделю.

^а Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ ВИНА НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	9	4	7	Хорватия	8	4	6	Хорватия	17	7	12
Армения	8	3	5	Израиль	8	4	6	Мальта	12	9	10
Словения	5	3	4	Албания	7	4	5	Венгрия	12	8	10
Хорватия	3	2	3	Словения	6	3	4	Израиль	11	6	9
Литва	3	2	3	Греция	6	2	4	Италия	11	4	8
Австрия	2	3	2	Венгрия	5	3	4	Греция	10	5	7
Республика Молдова	3	2	2	Италия	5	2	4	Албания	8	5	7
Румыния	3	1	2	Румыния	5	2	4	Румыния	12	2	7
Венгрия	3	2	2	Армения	5	2	3	Словения	8	5	6
Албания	3	2	2	Болгария	4	2	3	Армения	10	3	6
Болгария	3	1	2	Российская Федерация	3	3	3	Болгария	6	3	4
Португалия	2	2	2	Мальта	3	2	3	МКД*	5	3	4
Люксембург	3	1	2	Австрия	3	2	2	Нидерланды	2	6	4
Канада	2	1	2	Португалия	3	2	2	Республика Молдова	6	2	4
Мальта	2	1	2	Республика Молдова	4	1	2	Украина	5	2	3
Польша	2	1	1	Литва	3	1	2	Словакия	4	3	3
Греция	2	0	1	Люксембург	3	2	2	Австрия	3	3	3
Италия	2	1	1	Канада	3	1	2	Бельгия (Фландрия)	3	3	3
МКД*	2	0	1	Швейцария	2	1	2	Канада	4	3	3
Чешская Республика	1	1	1	Польша	3	1	2	Уэльс	2	4	3
Уэльс	1	0	1	МКД*	2	1	2	Чешская Республика	2	3	3
Исландия	1	1	1	Финляндия	2	1	2	Польша	4	2	3
Латвия	1	1	1	Бельгия (франц.)	2	1	1	Люксембург	3	2	3
Российская Федерация	1	1	1	Англия	2	1	1	Шотландия	3	2	3
Бельгия (франц.)	1	0	1	Чешская Республика	2	1	1	Бельгия (франц.)	3	2	3
Швеция	1	1	1	Уэльс	2	1	1	Англия	2	3	2
Англия	1	1	1	Словакия	2	1	1	Российская Федерация	3	1	2
Швейцария	1	1	1	Швеция	2	1	1	Германия	2	2	2
Шотландия	1	1	1	Латвия	1	1	1	Швейцария	3	2	2
Германия	1	0	1	Франция	1	0	1	Литва	3	1	2
Словакия	1	0	1	Германия	1	1	1	Дания	2	2	2
Бельгия (Фландрия)	1	0	0	Дания	1	0	1	Франция	3	1	2
Эстония	0	0	0	Шотландия	1	0	1	Испания	2	2	2
Норвегия	1	0	0	Исландия	1	0	1	Латвия	3	1	2
Дания	0	0	0	Эстония	1	0	1	Швеция	2	1	1
Франция	0	0	0	Ирландия	1	0	1	Португалия	2	0	1
Ирландия	0	0	0	Бельгия (Фландрия)	1	0	1	Исландия	2	1	1
Испания	0	0	0	Испания	1	0	1	Финляндия	2	1	1
Гренландия	0	0	0	Норвегия	1	0	0	Норвегия	1	0	1
Нидерланды	0	0	0	Гренландия	0	1	0	Эстония	1	0	1
Финляндия	—	—	—	Нидерланды	0	0	0	Гренландия	1	0	1
Украина	—	—	—	Украина	—	—	—	Ирландия	1	0	1
Среднее по HBSC	2	1	1	Среднее по HBSC	3	1	2	Среднее по HBSC	4	3	3

Примечание: Нет данных по Украине (11- и 13-летние) и Финляндии (11-летние).

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

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ КРЕПКИХ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	8	3	5	Израиль	8	4	6	Мальта	19	18	18
Словения	5	3	4	Хорватия	6	4	5	Венгрия	15	8	11
Австрия	2	3	2	Албания	6	3	4	Израиль	13	6	9
Литва	3	2	2	Болгария	5	2	4	Хорватия	11	6	8
Хорватия	3	2	2	Словения	5	2	3	Италия	10	5	7
Албания	3	1	2	Португалия	4	2	3	Дания	9	5	7
Армения	4	1	2	Венгрия	4	2	3	Австрия	8	6	7
Португалия	2	2	2	Австрия	3	2	2	Греция	9	4	7
Люксембург	3	1	2	Литва	4	1	2	Шотландия	5	7	6
Болгария	3	1	2	Греция	3	2	2	Болгария	8	4	6
Польша	2	1	2	Российская Федерация	3	2	2	Словения	7	6	6
Канада	2	1	1	Румыния	3	1	2	Канада	6	5	6
Венгрия	1	1	1	Люксембург	3	2	2	МКД*	6	5	6
Румыния	2	1	1	Мальта	2	2	2	Уэльс	4	6	5
Италия	2	0	1	Польша	3	2	2	Словакия	6	4	5
Латвия	1	1	1	Канада	2	2	2	Англия	3	5	4
Республика Молдова	1	0	1	Армения	3	1	2	Португалия	5	3	4
Швейцария	1	1	1	Шотландия	2	2	2	Албания	5	3	4
Исландия	1	1	1	Уэльс	2	1	2	Испания	4	4	4
Российская Федерация	1	1	1	Финляндия	3	1	2	Румыния	7	1	4
Швеция	1	1	1	Словакия	2	1	2	Чешская Республика	5	3	4
МКД*	1	0	1	Италия	2	2	2	Люксембург	5	3	4
Чешская Республика	1	0	1	Швейцария	2	1	2	Литва	6	1	4
Эстония	1	0	1	МКД*	2	1	1	Бельгия (франц.)	5	3	4
Уэльс	1	0	1	Бельгия (франц.)	2	1	1	Германия	4	2	3
Франция	1	0	1	Республика Молдова	2	1	1	Франция	4	3	3
Шотландия	1	0	1	Швеция	2	0	1	Польша	5	2	3
Бельгия (франц.)	1	0	1	Эстония	2	1	1	Бельгия (Фландрия)	3	3	3
Мальта	0	1	1	Германия	1	1	1	Швейцария	4	2	3
Германия	1	0	0	Чешская Республика	1	1	1	Российская Федерация	5	2	3
Словакия	1	0	0	Англия	1	1	1	Украина	5	1	3
Англия	1	0	0	Латвия	1	1	1	Эстония	3	2	3
Ирландия	0	0	0	Испания	1	1	1	Армения	4	1	3
Бельгия (Фландрия)	0	0	0	Ирландия	1	1	1	Республика Молдова	3	2	2
Норвегия	1	0	0	Исландия	1	1	1	Латвия	4	1	2
Испания	0	0	0	Франция	1	1	1	Ирландия	3	2	2
Греция	0	0	0	Дания	1	1	1	Гренландия	4	1	2
Дания	0	0	0	Бельгия (Фландрия)	1	0	1	Швеция	3	2	2
Гренландия	0	0	0	Норвегия	1	0	0	Исландия	3	2	2
Нидерланды	0	0	0	Гренландия	0	1	0	Финляндия	3	1	2
Финляндия	—	—	—	Нидерланды	0	0	0	Норвегия	2	2	2
Украина	—	—	—	Украина	—	—	—	Нидерланды	2	2	2
Среднее по HBSC	2	1	1	Среднее по HBSC	2	1	2	Среднее по HBSC	5	3	4

Примечание: Нет данных по Украине (11- и 13-летние) и Финляндии (11-летние).

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

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ВПЕРВЫЕ В ВОЗРАСТЕ 13 ЛЕТ ИЛИ РАНЕЕ

Страна/область	15-летние подростки (%)		
	Мальчики	Девочки	Всего
Эстония	50	47	49
Литва	44	41	43
Греция	47	38	43
Венгрия	46	37	41
Хорватия	46	33	40
Словения	44	35	39
Австрия	41	37	39
Португалия	38	37	38
Армения	43	33	37
Германия	36	37	37
Болгария	38	30	34
Дания	35	32	33
Польша	32	32	32
Франция	37	25	31
Украина	36	26	31
Люксембург	32	27	29
Англия	31	27	29
Румыния	40	20	29
Латвия	28	29	29
Албания	39	18	28
Шотландия	29	27	28
Республика Молдова	34	22	28
Нидерланды	29	23	27
Испания	25	27	26
Бельгия (Фландрия)	29	22	26
Швейцария	29	22	26
Словакия	28	22	25
Уэльс	25	25	25
Мальта	25	25	25
Чешская Республика	28	22	25
МКД ^a	30	17	24
Канада	25	22	23
Бельгия (франц.)	25	18	21
Финляндия	22	20	21
Италия	26	12	19
Ирландия	19	15	17
Российская Федерация	18	15	16
Швеция	15	13	14
Норвегия	16	13	14
Израиль	17	4	10
Исландия	6	5	5
Среднее по HBSC	30	24	27

Примечание. Нет данных по Гренландии.

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

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
КУРЕНИЕ ТАБАКА ХОТЯ БЫ ОДИН РАЗ В ЖИЗНИ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Литва	21	11	16	Литва	54	32	43	Литва	70	55	63
Латвия	15	8	12	Латвия	42	33	37	Латвия	61	60	61
Эстония	13	6	10	Эстония	37	31	34	Эстония	61	55	58
Польша	10	6	8	Словакия	27	28	28	Чешская Республика	51	56	54
Словакия	10	6	8	Чешская Республика	29	24	27	Словакия	50	51	50
Чешская Республика	9	6	7	Польша	25	23	24	Хорватия	49	48	49
Украина	11	4	7	Финляндия	26	19	23	Польша	49	48	49
Российская Федерация	9	5	7	Франция	22	21	22	Франция	47	48	48
Франция	8	3	6	Хорватия	23	20	22	Финляндия	51	43	47
Израиль	9	3	6	Венгрия	23	18	20	Венгрия	45	48	47
Хорватия	9	2	5	Италия	16	21	18	Италия	43	48	46
Венгрия	5	4	5	Болгария	17	17	17	Болгария	37	51	43
Армения	9	1	5	Российская Федерация	21	14	17	Словения	40	40	40
Румыния	7	2	5	Швейцария	19	15	17	Австрия	40	40	40
Финляндия	7	2	4	Румыния	17	16	17	Люксембург	32	42	38
Республика Молдова	7	1	4	Германия	14	16	15	Румыния	40	35	37
Болгария	5	3	4	Украина	19	11	15	Швейцария	40	35	37
Швейцария	4	4	4	Греция	17	12	15	Греция	37	37	37
Германия	5	3	4	Словения	17	12	14	Украина	41	33	36
Италия	4	3	3	Бельгия (франц.)	15	12	13	Российская Федерация	40	31	35
Словения	4	2	3	Республика Молдова	19	6	13	Германия	32	38	35
Люксембург	3	2	3	Люксембург	13	12	12	Республика Молдова	49	19	35
Уэльс	3	2	3	Австрия	15	9	12	Нидерланды	32	36	34
Швеция	3	1	2	Португалия	10	14	12	Португалия	30	35	33
МКД ^a	3	1	2	Нидерланды	11	11	11	Бельгия (франц.)	30	35	33
Албания	3	1	2	Уэльс	9	12	11	Дания	31	33	32
Нидерланды	3	1	2	Швеция	10	11	10	Швеция	29	33	31
Канада	3	1	2	Бельгия (Фландрия)	11	9	10	Испания	27	34	31
Австрия	2	2	2	Испания	9	10	10	Бельгия (Фландрия)	30	26	28
Дания	3	1	2	Израиль	12	7	9	Шотландия	26	30	28
Испания	2	1	2	Дания	9	8	9	Мальта	27	28	28
Португалия	2	1	2	Шотландия	6	11	8	Уэльс	22	29	26
Ирландия	3	0	2	Албания	10	6	8	МКД ^a	27	23	25
Греция	2	1	2	Англия	6	9	8	Англия	19	29	24
Исландия	2	1	1	Армения	14	1	7	Норвегия	23	19	21
Бельгия (Фландрия)	2	1	1	Мальта	7	6	6	Ирландия	21	20	21
Англия	2	0	1	Канада	6	6	6	Израиль	31	10	19
Мальта	1	1	1	Ирландия	7	6	6	Канада	18	19	19
Шотландия	1	1	1	Норвегия	7	5	6	Албания	25	9	17
Норвегия	1	0	1	МКД ^a	8	4	6	Исландия	13	12	12
Бельгия (франц.)	—	—	—	Исландия	5	4	4	Армения	18	4	10
Среднее по HBSC	6	3	4	Среднее по HBSC	16	14	15	Среднее по HBSC	35	34	34

Примечание. Нет данных по Бельгии (франц.) (11-летние) и Гренландии.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, сколько дней они курили сигареты (если такое случилось). Варианты ответа варьировались от никогда, 1–2 дней, 3–5 дней, 6–9 дней, 10–19 дней, 20–29 дней и 30 дней (или более). Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые ответили, что курили сигареты 1–2 дня или более.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
ЕЖЕДНЕВНОЕ КУРЕНИЕ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Израиль	5	2	4	Гренландия	10	18	14	Гренландия	43	46	44
Российская Федерация	3	4	3	Российская Федерация	7	6	6	Болгария	17	25	21
Дания	2	1	2	Румыния	6	4	5	Хорватия	19	17	18
Гренландия	2	1	2	Польша	4	5	5	Венгрия	15	15	15
Болгария	2	1	2	Болгария	4	4	4	Румыния	14	13	14
Польша	2	1	1	Литва	6	2	4	Италия	12	14	13
Ирландия	2	1	1	Словакия	5	3	4	Люксембург	10	13	12
Румыния	2	1	1	Хорватия	4	2	3	Словакия	11	12	12
Албания	1	1	1	Венгрия	3	2	3	Греция	13	10	11
Украина	1	1	1	Израиль	3	2	2	Франция	11	12	11
Республика Молдова	1	1	1	Шотландия	2	3	2	Литва	14	7	11
Армения	2	0	1	Италия	2	2	2	Польша	10	10	10
Люксембург	1	1	1	Уэльс	2	2	2	Латвия	12	8	10
Венгрия	1	0	1	Ирландия	3	1	2	Германия	9	10	10
Мальта	1	1	1	Финляндия	3	2	2	Австрия	10	9	10
Литва	1	0	1	Чешская Республика	3	2	2	Российская Федерация	13	7	10
МКД ^a	1	0	1	Украина	3	1	2	Чешская Республика	8	10	9
Хорватия	1	0	0	Латвия	2	2	2	Словения	9	8	9
Австрия	1	0	0	Люксембург	2	2	2	Финляндия	10	7	8
Португалия	1	0	0	Греция	2	2	2	Украина	11	6	8
Эстония	1	0	0	Германия	1	2	2	Шотландия	8	7	8
Бельгия (Фландрия)	0	0	0	Дания	2	1	2	Израиль	12	4	8
Латвия	1	0	0	Франция	2	1	2	Эстония	9	7	8
Чешская Республика	0	0	0	Республика Молдова	2	1	2	Нидерланды	8	7	7
Уэльс	0	0	0	Эстония	2	1	2	Бельгия (франц.)	8	7	7
Греция	0	0	0	Бельгия (франц.)	1	2	1	Бельгия (Фландрия)	7	7	7
Англия	0	0	0	Словения	2	0	1	МКД ^a	8	6	7
Словакия	0	0	0	Албания	2	1	1	Мальта	7	6	6
Канада	0	0	0	Армения	2	0	1	Ирландия	7	6	6
Норвегия	1	0	0	Испания	1	1	1	Швейцария	6	6	6
Италия	0	0	0	Бельгия (Фландрия)	1	1	1	Португалия	6	6	6
Германия	0	0	0	Португалия	1	1	1	Уэльс	5	5	5
Исландия	0	0	0	МКД ^a	1	1	1	Испания	4	5	5
Бельгия (франц.)	0	0	0	Нидерланды	1	1	1	Республика Молдова	5	5	5
Франция	0	0	0	Англия	1	1	1	Дания	5	4	5
Словения	0	0	0	Мальта	1	1	1	Швеция	4	5	4
Шотландия	0	0	0	Швейцария	1	1	1	Англия	4	5	4
Швейцария	0	0	0	Австрия	1	1	1	Канада	3	3	3
Испания	0	0	0	Норвегия	2	0	1	Албания	5	1	3
Финляндия	0	0	0	Канада	1	1	1	Исландия	2	2	2
Швеция	0	0	0	Исландия	1	0	1	Армения	4	1	2
Нидерланды	0	0	0	Швеция	1	0	1	Норвегия	2	1	1
Среднее по HBSC	1	0	1	Среднее по HBSC	2	2	2	Среднее по HBSC	8	7	8

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они курят табак. Варианты ответа варьировались от никогда до ежедневно. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые сообщают о ежедневном курении.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УЧАСТИЕ В ДРАКЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Бельгия (франц.)	69	33	51	Чешская Республика	65	25	44	Словакия	51	22	37
Чешская Республика	66	29	46	Бельгия (франц.)	57	31	44	Греция	53	22	37
Армения	70	16	43	Армения	71	15	43	Албания	56	17	36
Венгрия	62	24	42	Республика Молдова	60	24	42	Армения	69	12	36
Шотландия	57	25	41	Греция	55	27	41	Чешская Республика	50	21	35
Республика Молдова	63	18	41	Румыния	54	28	41	Республика Молдова	52	17	34
Румыния	61	21	40	Венгрия	54	27	41	Бельгия (франц.)	44	25	34
Латвия	62	20	40	Словения	58	21	39	Мальта	44	24	34
Израиль	62	20	40	Словакия	55	24	39	Румыния	49	22	34
Словения	57	22	40	Хорватия	54	23	39	Болгария	45	19	33
Литва	61	19	40	Мальта	51	25	38	Нидерланды	39	24	31
Испания	52	27	39	Латвия	57	20	38	Литва	44	17	31
Украина	61	20	39	Болгария	51	23	38	Украина	48	17	31
Мальта	54	22	39	Литва	55	20	37	Франция	41	20	31
Австрия	59	20	39	Албания	54	21	36	Венгрия	40	21	30
Франция	54	21	38	Австрия	58	15	36	Хорватия	41	14	28
Дания	55	22	37	Франция	46	23	35	Латвия	43	14	27
Словакия	58	17	37	Израиль	53	18	35	Австрия	44	14	27
Германия	53	20	37	Польша	50	19	35	Норвегия	41	13	26
Болгария	51	22	36	Украина	51	19	34	Российская Федерация	39	16	26
Греция	51	20	36	Италия	49	19	34	Англия	35	17	26
Англия	51	17	35	Уэльс	43	25	34	Ирландия	41	17	26
Российская Федерация	54	20	34	Канада	44	22	33	Люксембург	34	20	26
Люксембург	51	19	34	Германия	50	14	33	Бельгия (Фландрия)	33	16	26
Эстония	54	14	34	Дания	47	18	31	Польша	38	14	26
Нидерланды	47	20	34	Нидерланды	42	20	31	МКД*	36	15	26
Польша	51	15	33	Испания	41	22	31	Шотландия	36	15	26
Швейцария	48	18	33	Шотландия	41	21	31	Италия	38	13	25
Италия	46	20	33	Российская Федерация	45	19	31	Дания	38	14	25
Уэльс	45	20	32	Англия	40	21	30	Германия	36	14	25
Хорватия	50	15	32	Люксембург	41	18	28	Канада	32	17	25
Канада	48	18	32	Эстония	42	13	28	Уэльс	30	18	24
Норвегия	46	17	31	МКД*	38	18	28	Словения	36	14	24
Исландия	48	15	31	Швейцария	43	12	28	Израиль	39	11	24
Швеция	47	14	30	Бельгия (Фландрия)	37	16	27	Испания	30	16	23
Албания	46	13	30	Норвегия	43	13	27	Эстония	31	10	21
Бельгия (Фландрия)	45	12	28	Ирландия	44	17	27	Португалия	25	13	19
Гренландия	47	9	28	Исландия	39	13	26	Швейцария	28	9	18
Ирландия	40	16	26	Швеция	36	14	25	Финляндия	26	9	17
Финляндия	41	10	25	Финляндия	35	12	23	Швеция	24	11	17
МКД*	35	11	23	Португалия	33	11	22	Гренландия	25	10	17
Португалия	35	10	22	Гренландия	35	10	22	Исландия	22	9	15
Среднее по HBSC	53	19	35	Среднее по HBSC	48	20	33	Среднее по HBSC	38	16	27

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

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

СТАНОВИЛСЯ ЖЕРТВОЙ УНИЖЕНИЙ (БУЛЛИНГ) В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПАРУ МЕСЯЦЕВ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Литва	59	56	57	Литва	53	56	54	Литва	51	48	49
Латвия	52	53	53	Латвия	53	56	54	Латвия	40	42	41
Бельгия (франц.)	60	43	52	Бельгия (франц.)	54	42	48	Бельгия (франц.)	47	34	40
Российская Федерация	53	49	51	Австрия	46	39	42	Российская Федерация	36	35	35
Эстония	48	49	48	Российская Федерация	47	38	42	Португалия	36	33	34
Украина	44	42	43	Португалия	44	38	41	Уэльс	28	36	32
Португалия	47	36	41	Уэльс	36	44	40	Республика Молдова	29	35	32
Швейцария	42	37	40	Румыния	39	39	39	Украина	33	32	32
Канада	38	39	39	Украина	40	38	39	Канада	29	32	31
Шотландия	35	42	39	Канада	33	43	38	Румыния	33	28	30
Венгрия	40	37	38	Эстония	42	34	38	Болгария	31	28	30
Болгария	41	36	38	Республика Молдова	37	39	38	Англия	30	29	29
Люксембург	38	38	38	Гренландия	39	35	37	Австрия	30	27	29
Австрия	42	33	37	Шотландия	32	41	37	Эстония	27	27	27
Уэльс	37	37	37	Болгария	36	34	35	Швейцария	26	27	27
Гренландия	38	34	36	Швейцария	34	34	34	Гренландия	27	25	26
Республика Молдова	35	32	34	Англия	30	38	34	Ирландия	25	27	26
Польша	36	31	34	Венгрия	32	33	32	Польша	27	25	26
Англия	33	35	34	Польша	33	29	31	Шотландия	24	28	26
Финляндия	37	29	33	Франция	30	31	30	Франция	26	26	26
Румыния	39	27	33	Люксембург	28	32	30	Люксембург	21	26	24
Мальта	36	24	30	Ирландия	27	30	29	Словакия	24	23	23
Франция	32	27	30	Финляндия	33	25	29	Финляндия	23	19	21
Словакия	33	25	29	Мальта	30	26	28	МКД*	22	18	20
Израиль	39	20	29	Словакия	28	26	27	Венгрия	18	22	20
Ирландия	25	29	28	МКД*	30	23	27	Германия	18	20	19
Дания	28	26	27	Израиль	34	18	26	Норвегия	18	18	18
Нидерланды	24	29	26	Германия	25	27	26	Нидерланды	18	17	17
Германия	27	24	25	Словения	28	23	25	Словения	17	17	17
Бельгия (Фландрия)	25	24	25	Нидерланды	24	23	24	Мальта	21	12	17
Норвегия	25	24	24	Греция	23	23	23	Греция	18	15	16
Словения	31	16	24	Бельгия (Фландрия)	24	20	22	Албания	18	14	16
Албания	29	19	24	Норвегия	22	19	21	Израиль	23	10	16
Исландия	25	21	23	Хорватия	21	20	20	Чешская Республика	15	16	16
Италия	28	18	23	Албания	21	20	20	Бельгия (Фландрия)	14	16	15
МКД*	28	17	23	Дания	18	21	20	Хорватия	14	15	15
Испания	23	16	19	Чешская Республика	20	18	19	Дания	14	14	14
Чешская Республика	21	17	19	Исландия	17	20	19	Испания	12	10	11
Хорватия	19	14	16	Испания	20	13	17	Швеция	7	10	9
Швеция	14	16	15	Италия	15	15	15	Италия	10	7	8
Греция	16	14	15	Швеция	12	16	14	Исландия	12	4	8
Армения	13	8	11	Армения	11	6	8	Армения	8	5	6
Среднее по HBSC	34	30	32	Среднее по HBSC	31	30	30	Среднее по HBSC	24	23	23

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они являлись жертвой унижений (буллинг) в школе за последние пару месяцев. Варианты ответа варьировались от ни разу до нескольких раз в неделю. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которых унижали в школе не менее одного раза за последние пару месяцев.

* Бывшая югославская Республика Македония.

**ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
УНИЖЕНИЯ СЛАБЫХ В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПАРУ МЕСЯЦЕВ**

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Латвия	61	47	54	Латвия	70	59	64	Латвия	63	49	55
Литва	55	40	47	Литва	60	49	54	Литва	60	43	52
Российская Федерация	52	43	47	Российская Федерация	56	41	47	Украина	51	40	45
Эстония	51	30	40	Румыния	51	41	46	Российская Федерация	52	37	44
Бельгия (франц.)	44	27	36	Республика Молдова	46	41	44	Румыния	53	37	44
Украина	41	29	35	Австрия	58	30	43	Республика Молдова	48	38	43
Швейцария	42	27	35	Украина	48	37	42	Австрия	48	33	39
Республика Молдова	39	29	34	Словакия	41	36	39	Словакия	42	36	39
Словакия	41	27	34	Эстония	48	26	37	Швейцария	47	27	37
Люксембург	38	30	34	Болгария	43	30	37	Болгария	43	26	35
Румыния	40	26	33	Бельгия (франц.)	40	33	37	Польша	43	28	35
Португалия	40	22	30	Швейцария	45	28	36	Франция	39	29	34
Австрия	36	25	30	Люксембург	39	30	34	Бельгия (франц.)	37	27	32
Словения	38	18	28	Португалия	39	29	34	Люксембург	40	25	32
Болгария	35	21	28	Польша	40	27	34	Германия	37	22	30
Венгрия	35	20	27	Франция	36	31	34	Греция	38	20	28
Франция	29	22	26	Германия	39	23	31	Эстония	37	19	28
Польша	33	18	25	Словения	38	21	30	Канада	33	22	27
Албания	32	17	25	Греция	35	21	29	Португалия	32	21	26
Израиль	34	12	23	Албания	31	22	27	Словения	32	20	26
Канада	24	18	21	Канада	28	25	26	Албания	28	21	24
Дания	26	17	21	Венгрия	34	18	26	Венгрия	29	19	23
МКД*	25	16	21	МКД*	33	19	26	Нидерланды	29	16	23
Финляндия	28	12	20	Нидерланды	27	19	24	МКД*	27	17	22
Греция	27	12	19	Израиль	34	13	23	Англия	25	14	19
Германия	23	15	19	Финляндия	32	14	23	Финляндия	26	12	19
Нидерланды	22	14	18	Англия	25	19	22	Дания	25	13	19
Бельгия (Фландрия)	23	10	16	Дания	26	17	21	Бельгия (Фландрия)	22	13	18
Шотландия	21	12	16	Бельгия (Фландрия)	27	14	21	Мальта	24	10	17
Италия	21	12	16	Хорватия	25	13	19	Уэльс	22	12	17
Испания	19	13	16	Уэльс	22	16	19	Испания	21	14	17
Уэльс	18	13	15	Испания	22	15	19	Хорватия	22	11	17
Армения	22	7	15	Шотландия	21	14	18	Шотландия	26	8	17
Англия	19	9	15	Мальта	26	9	17	Ирландия	24	11	16
Норвегия	19	9	14	Италия	21	13	17	Израиль	27	7	16
Чешская Республика	17	8	12	Армения	24	8	16	Италия	18	12	15
Ирландия	15	8	11	Чешская Республика	21	11	15	Чешская Республика	20	11	15
Исландия	16	6	11	Норвегия	19	9	13	Норвегия	20	10	15
Хорватия	14	8	11	Ирландия	15	9	12	Исландия	9	13	11
Мальта	13	6	9	Исландия	14	7	11	Армения	15	6	10
Швеция	9	4	7	Швеция	11	6	8	Швеция	12	5	8
Среднее по HBSC	30	18	24	Среднее по HBSC	34	23	28	Среднее по HBSC	32	21	26

Примечание: Нет данных по Гренландии.

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто они принимали участие в унижении других учащихся в школе за последние пару месяцев. Варианты ответа варьировались от ни разу до нескольких раз в неделю. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, которые не менее одного раза унижали слабых в школе за последние пару месяцев.

* Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

**СТАНОВИЛСЯ ЖЕРТВОЙ КИБЕРБУЛЛИНГА ПОСРЕДСТВОМ ТЕКСТОВЫХ СООБЩЕНИЙ В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА
ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПАРУ МЕСЯЦЕВ**

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Гренландия	24	32	28	Гренландия	23	39	32	Гренландия	22	31	26
Российская Федерация	20	27	24	Литва	21	24	23	Литва	22	26	24
Литва	21	20	20	Болгария	19	20	19	Венгрия	17	22	20
Шотландия	13	22	18	Румыния	15	20	17	Ирландия	9	23	18
Латвия	18	17	17	Венгрия	15	20	17	Республика Молдова	16	19	17
Румыния	18	16	17	Шотландия	12	23	17	Болгария	16	18	17
Украина	18	15	16	Российская Федерация	18	17	17	Мальта	16	17	16
Республика Молдова	16	15	16	Уэльс	10	22	16	Шотландия	12	19	16
Болгария	17	14	16	Латвия	14	18	16	Англия	11	20	16
Венгрия	13	13	13	Мальта	11	20	15	Российская Федерация	15	16	15
Эстония	12	14	13	Англия	8	19	14	Румыния	11	18	15
Уэльс	10	13	11	Республика Молдова	13	15	14	Латвия	14	16	15
Словения	13	8	10	Ирландия	10	16	14	Уэльс	10	19	15
Словакия	10	10	10	Украина	11	16	13	Польша	11	15	13
Израиль	14	6	10	Хорватия	13	14	13	Словения	10	14	12
Ирландия	8	11	10	Польша	12	14	13	Хорватия	10	14	12
Мальта	9	10	10	Словения	12	13	12	Украина	12	11	12
Хорватия	10	9	9	Нидерланды	9	15	12	Канада	8	15	11
Финляндия	7	12	9	Словакия	11	13	12	Бельгия (франц.)	9	12	11
Бельгия (франц.)	10	8	9	Бельгия (франц.)	9	14	12	Словакия	10	12	11
Албания	12	6	9	Финляндия	9	13	11	Португалия	8	13	11
Англия	7	12	9	Эстония	10	12	11	МКД ^a	12	8	10
Польша	9	9	9	Канада	6	15	10	Люксембург	7	12	10
Италия	9	9	9	Бельгия (Фландрия)	6	15	10	Бельгия (Фландрия)	6	15	10
Австрия	9	9	9	Израиль	13	7	10	Нидерланды	8	11	10
Швейцария	8	10	9	Швейцария	7	12	9	Чешская Республика	6	13	9
МКД ^a	10	7	9	Италия	6	12	9	Швейцария	8	10	9
Канада	8	9	8	Португалия	8	11	9	Израиль	13	5	9
Нидерланды	6	11	8	Швеция	5	13	9	Эстония	8	9	9
Люксембург	7	9	8	Дания	6	11	9	Финляндия	7	10	9
Дания	6	10	8	Люксембург	7	10	8	Испания	9	6	7
Португалия	6	9	8	МКД ^a	8	8	8	Австрия	7	8	7
Норвегия	5	10	7	Испания	9	7	8	Норвегия	4	10	7
Испания	9	6	7	Чешская Республика	6	10	8	Франция	4	10	7
Армения	8	6	7	Австрия	8	8	8	Дания	7	6	6
Чешская Республика	7	6	7	Германия	5	10	7	Швеция	4	9	6
Бельгия (Фландрия)	6	7	6	Норвегия	6	8	7	Албания	7	5	6
Германия	5	6	6	Албания	8	6	7	Италия	4	8	6
Франция	4	6	5	Франция	5	9	7	Германия	3	8	6
Швеция	4	6	5	Исландия	6	7	7	Армения	5	6	6
Исландия	5	4	5	Греция	6	7	6	Исландия	4	5	5
Греция	4	2	3	Армения	5	4	5	Греция	4	4	4
Среднее по HBSC	10	10	10	Среднее по HBSC	9	13	11	Среднее по HBSC	9	12	11

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, как часто им присылали мгновенные сообщения оскорбительного содержания, электронные и текстовые сообщения, размещали неприятную информацию на стене в интернете или создавали высмеивающий их веб-сайт. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщающих о том, что они стали жертвой кибербуллинга посредством текстовых сообщений не менее одного раза.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

**ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
СТАНОВИЛСЯ ЖЕРТВОЙ КИБЕРБУЛЛИНГА ПОСРЕДСТВОМ ФОТОГРАФИЙ В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА
ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПАРУ МЕСЯЦЕВ**

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Российская Федерация	19	19	19	Латвия	16	19	18	Ирландия	11	26	20
Литва	16	12	14	Российская Федерация	17	17	17	Литва	18	13	15
Болгария	17	10	14	Болгария	18	15	17	Эстония	13	18	15
Латвия	13	13	13	Эстония	14	19	16	Дания	13	18	15
Эстония	11	13	12	Гренландия	12	20	16	Латвия	15	15	15
Гренландия	10	11	10	Ирландия	12	19	16	Гренландия	14	15	14
Израиль	15	5	10	Литва	17	14	16	Мальта	14	14	14
Украина	9	10	9	Дания	10	18	14	Российская Федерация	15	12	14
Республика Молдова	10	8	9	Шотландия	10	18	14	Англия	9	18	13
Шотландия	5	12	9	Украина	11	12	12	Болгария	15	10	13
Румыния	9	7	8	Англия	7	16	12	Шотландия	8	15	12
Дания	7	8	8	Израиль	15	7	11	Польша	10	13	12
Ирландия	6	9	8	Финляндия	9	12	11	Венгрия	11	13	12
Албания	11	4	8	Польша	10	11	11	Словакия	10	10	10
Уэльс	5	9	7	Словакия	8	12	11	Канада	8	12	10
Словакия	7	6	6	Нидерланды	8	13	10	Уэльс	8	12	10
Хорватия	9	4	6	Уэльс	8	12	10	Нидерланды	9	11	10
Испания	7	5	6	Хорватия	10	9	10	Хорватия	11	8	10
Венгрия	7	6	6	Румыния	9	10	10	Израиль	13	6	9
Бельгия (франц.)	9	3	6	Венгрия	9	10	9	Республика Молдова	9	9	9
Армения	7	5	6	Республика Молдова	9	8	9	Финляндия	9	9	9
МКД ^a	8	4	6	Исландия	7	10	9	МКД ^a	12	5	8
Исландия	6	6	6	Норвегия	7	10	8	Украина	10	7	8
Англия	4	7	6	Словения	9	7	8	Испания	10	6	8
Финляндия	5	6	5	Испания	10	6	8	Словения	8	7	8
Нидерланды	5	5	5	Канада	5	10	8	Норвегия	6	9	7
Норвегия	3	8	5	Албания	8	7	8	Португалия	8	6	7
Словения	7	4	5	Италия	6	9	8	Бельгия (франц.)	7	7	7
Чешская Республика	6	4	5	Мальта	4	11	8	Италия	8	5	7
Канада	5	5	5	Бельгия (франц.)	8	6	7	Швеция	6	7	6
Италия	6	5	5	Чешская Республика	7	7	7	Люксембург	8	5	6
Мальта	6	4	5	МКД ^a	8	5	7	Чешская Республика	5	7	6
Швейцария	5	4	5	Швеция	4	8	6	Бельгия (Фландрия)	5	8	6
Польша	5	4	4	Армения	6	5	6	Румыния	6	6	6
Португалия	6	3	4	Австрия	6	5	6	Албания	7	4	5
Австрия	6	3	4	Португалия	7	4	5	Исландия	4	6	5
Люксембург	4	4	4	Люксембург	5	5	5	Швейцария	6	4	5
Германия	4	4	4	Бельгия (Фландрия)	4	7	5	Германия	4	6	5
Бельгия (Фландрия)	3	3	3	Швейцария	6	4	5	Австрия	5	3	4
Франция	3	2	3	Германия	4	5	4	Франция	3	5	4
Швеция	2	2	2	Франция	3	4	3	Армения	3	3	3
Греция	3	1	2	Греция	3	1	2	Греция	3	1	2
Среднее по HBSC	7	6	7	Среднее по HBSC	9	10	9	Среднее по HBSC	9	9	9

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, случалось ли с ними такое, чтобы кто-то сфотографировал его/ее в неприглядном свете и без разрешения выложил фотографии в интернет. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что они стали жертвой кибербуллинга посредством таких фотографий не менее одного раза за последние пару месяцев.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ПОВЕДЕНИЕ, СОПРЯЖЕННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

СТАНОВИЛСЯ ЖЕРТВОЙ КИБЕРБУЛЛИНГА ПОСРЕДСТВОМ ФОТОГРАФИЙ В ШКОЛЕ НЕ МЕНЕЕ ДВУХ-ТРЕХ РАЗ В МЕСЯЦ

11-летние подростки (%)				13-летние подростки (%)				15-летние подростки (%)			
Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего	Страна/область	Мальчики	Девочки	Всего
Российская Федерация	7	8	8	Болгария	7	6	6	Российская Федерация	7	4	5
Литва	7	5	6	Гренландия	8	5	6	Израиль	8	2	5
Болгария	9	4	6	Российская Федерация	8	4	6	Болгария	7	1	4
Израиль	10	2	6	Литва	7	4	5	Мальта	5	3	4
Латвия	5	4	4	Израиль	7	3	5	Ирландия	2	5	4
Украина	5	3	4	Эстония	5	4	4	Литва	6	2	4
Эстония	5	3	4	Ирландия	3	5	4	Шотландия	4	4	4
Испания	4	3	3	Испания	5	3	4	Испания	6	2	4
Албания	4	2	3	Шотландия	2	6	4	Англия	2	4	3
Хорватия	4	2	3	Латвия	4	4	4	Канада	3	3	3
МКД ^a	4	2	3	Хорватия	5	3	4	Гренландия	5	1	3
Республика Молдова	2	2	2	Дания	3	4	4	Люксембург	4	2	3
Словакия	3	1	2	Украина	3	4	3	Латвия	4	3	3
Исландия	3	2	2	Польша	3	2	3	Дания	3	3	3
Бельгия (франц.)	3	1	2	Албания	3	2	3	Хорватия	4	2	3
Румыния	3	1	2	Исландия	4	2	3	Уэльс	3	3	3
Австрия	2	1	2	Финляндия	2	3	2	Словакия	3	2	3
Ирландия	2	2	2	Норвегия	2	3	2	Украина	4	1	3
Армения	2	1	2	МКД ^a	3	2	2	Норвегия	2	3	3
Гренландия	3	0	2	Мальта	1	4	2	Эстония	3	2	2
Шотландия	1	2	2	Уэльс	2	3	2	МКД ^a	4	1	2
Чешская Республика	3	1	2	Словения	3	2	2	Португалия	3	2	2
Канада	2	1	2	Канада	1	3	2	Польша	3	2	2
Дания	2	1	2	Англия	2	2	2	Республика Молдова	3	1	2
Люксембург	2	2	2	Португалия	3	1	2	Финляндия	3	1	2
Португалия	2	1	1	Словакия	2	1	2	Бельгия (франц.)	2	2	2
Словения	2	1	1	Бельгия (франц.)	2	2	2	Албания	3	1	2
Швейцария	1	1	1	Италия	2	2	2	Исландия	2	2	2
Польша	1	1	1	Австрия	2	1	2	Нидерланды	2	1	2
Уэльс	1	1	1	Люксембург	2	1	2	Чешская Республика	1	1	1
Англия	1	2	1	Армения	2	1	2	Швеция	1	1	1
Мальта	2	0	1	Республика Молдова	2	1	2	Венгрия	2	1	1
Германия	1	1	1	Нидерланды	1	2	2	Словения	1	1	1
Бельгия (Фландрия)	1	1	1	Румыния	2	2	2	Швейцария	1	1	1
Норвегия	0	1	1	Швеция	1	2	1	Бельгия (Фландрия)	1	1	1
Финляндия	1	1	1	Бельгия (Фландрия)	2	1	1	Италия	2	0	1
Венгрия	1	0	1	Чешская Республика	2	1	1	Армения	1	1	1
Италия	1	1	1	Венгрия	1	1	1	Австрия	1	1	1
Франция	1	0	1	Германия	1	1	1	Румыния	1	1	1
Греция	1	0	1	Франция	1	1	1	Греция	2	0	1
Швеция	0	0	0	Швейцария	1	1	1	Франция	0	1	1
Нидерланды	0	0	0	Греция	1	0	1	Германия	0	1	1
Среднее по HBSC	3	2	2	Среднее по HBSC	3	2	3	Среднее по HBSC	3	2	2

ИЗМЕРЕНИЕ Подросткам был задан вопрос о том, случалось ли с ними такое, чтобы кто-то сфотографировал его/ее в неприглядном свете и без разрешения выложил фотографии в интернет. Представленные здесь данные отражают долю респондентов, сообщивших о том, что они становились жертвой кибербуллинга посредством таких фотографий не менее двух-трех раз в месяц.

^a Бывшая югославская Республика Македония.

ЛИТЕРАТУРА

1. Currie C, Inchley J, Molcho M, Lenzi M, Veselska Z, Wild F, editors. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews; 2014 (<http://www.hbsc.org/news/index.aspx?ni=2418>, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).
2. Schnohr CW, Molcho M, Rasmussen M, Samdal O, de Looze M, Levin K et al. Trend analyses in the Health Behaviour in School-Aged Children study: methodological considerations and recommendations. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl. 2):7–12.
3. HBSC [website]. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews; 2015 (<http://www.hbsc.org/>, по состоянию на 17 ноября 2015 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., 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

НЕРАВЕНСТВА В ПЕРИОД ВЗРОСЛЕНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ИССЛЕДОВАНИЕ “ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ” (НБСC):

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ 2013/2014 ГГ.

Настоящее издание является новейшим выпуском серии отчетов по вопросам здоровья детей и подростков в рамках исследования “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (НБСC)”. В нем представлены результаты исследования по влиянию демографических и социальных факторов на здоровье подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет, полученные в ходе изучения этой проблемы в 42 странах и областях Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. Отвечая на вопросы анкеты, подростки давали описание социального контекста (отношения с семьей, сверстниками и отношение к школе), показателей здоровья (субъективное здоровье, травматизм, ожирение и психическое здоровье), поведения, способствующего здоровью (питание, гигиена полости рта и физическая активность), поведения, сопряженного с риском для здоровья (табакокурение, употребление алкоголя и конопли, сексуальное поведение, драки и буллинг). В докладе также были отражены новые темы, касающиеся поддержки со стороны семьи и сверстников, миграции, кибербуллинга и серьезных травм.

Статистический анализ проводился в целях установления значимых различий в показателях здоровья и социального благополучия учащихся в зависимости от гендерной принадлежности, возрастной группы и уровня достатка семьи. Результаты выявляют значимые неравенства по показателям здоровья и помогают получить более полное представление о социальных детерминантах здоровья и благополучия подростков.

Целью данного международного отчета по результатам новейшего исследования НБСC является предоставление современной информации, необходимой лицам, формирующим политику на различных уровнях правительства, неправительственным организациям и специалистам в таких отраслях, как здравоохранение, образование, социальные службы, юриспруденция, а также в сфере досуга, для защиты и укрепления здоровья подростков.

С данными, представленными в настоящем отчете, можно ознакомиться на Европейском портале информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://portal.euro.who.int/ru/>), а также в приложении ЕРБ ВОЗ для мобильных устройств “Статистика здоровья” (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/the-european-health-statistics-app>).

Всемирная организация здравоохранения Европейского регионального бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Электронный адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

