



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



В центре внимания здоровье и благополучие подростков

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

(HBSC) 2017/2018 гг. В ЕВРОПЕ И КАНАДЕ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОТЧЕТ

ТОМ 1. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ



hbosc



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

В центре внимания здоровье и благополучие подростков

Результаты исследования
«Поведение детей школьного возраста
в отношении здоровья»
(HBSC) 2017/2018 гг.
в Европе и Канаде

Международный отчет

ТОМ 1. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Под редакцией: Jo Inchley, Dorothy Currie,
Sanja Budisavljevic, Torbjørn Torsheim, Atle Jåstad,
Alina Cosma, Colette Kelly и Ársæll Már Arnarsson

Резюме

«Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) – совместное межнациональное исследование ВОЗ – на протяжении более 30 лет обеспечивает информацию о поведении в отношении здоровья, состоянии здоровья, благополучии и социальном окружении мальчиков и девочек в возрасте 11, 13 и 15 лет. В отчете по результатам исследования 2017/2018 гг. представлены данные более чем от 220 тыс. подростков из 45 стран и регионов Европы и Канады. Эти данные касаются социального контекста (отношений с семьей и сверстниками и отношения к школе и онлайн-коммуникации), показателей здоровья (субъективного здоровья, психического здоровья, избыточного веса и ожирения, травматизма), поведения в отношении здоровья (схем питания, физической активности и чистки зубов) и поведения, сопряженного с риском (употребления табака, алкоголя и каннабиса, сексуального поведения, драк и травли), которое имеет отношение к здоровью и благополучию подростков. В 2017/2018 гг. в рамках исследования HBSC были рассмотрены новые темы коммуникации с помощью электронных средств связи, тема кибертравли, пересмотренный показатель питания в семье; кроме того, в настоящий отчет впервые были включены показатели, касающиеся отдельных жалоб на здоровье и недостаточного веса. В томе 1 международного отчета представлены основные результаты исследования 2017/2018 гг., в то время как в томе 2 приведены подробные данные в разбивке по странам/регионам, возрасту, полу и достатку семьи.

Ключевые слова

HEALTH BEHAVIOR
HEALTH STATUS DISPARITIES
SOCIOECONOMIC FACTORS
GENDER
ADOLESCENT HEALTH
CHILD HEALTH
ADOLESCENT
CHILD

ISBN 978 92 890 5502 4

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 можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственность за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример библиографической ссылки для цитирования: Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jastad A, Cosma A и др. (редакторы). В центре внимания здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 гг. в Европе и Канаде. Международный отчет. Том 1. Основные результаты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ 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. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Ответственность за взгляды, выраженные в настоящей публикации, несут только названные редакторы.

Редактирование текста: Alex Mathieson, Соединенное Королевство (Шотландия).

Дизайн: Damian Mullan, So it begins . . . , Соединенное Королевство (Шотландия).

Иллюстрация на обложке Ketlin, 15 лет (Эстония)

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	iv
<i>Предисловие</i>	v
<i>Вступление</i>	vi
Резюме	vii
ВВЕДЕНИЕ	1
Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC)	2
Исследовательский подход	2
Важность научного изучения здоровья подростков	2
Работа с подростками	2
Работа с лицами, определяющими политику	3
Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков	4
Новые темы, включенные в настоящий отчет	5
Доступ к данным	5
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	7
Пищевое поведение и гигиена полости рта	8
Физическая активность	13
Избыточный и недостаточный вес и восприятие своего тела	15
Онлайновая коммуникация	18
Психическое благополучие	20
Сексуальное здоровье	24
Употребление алкоголя, табака и каннабиса	26
Травля и насилие	30
Травмы	33
Социальное благополучие	34
Опыт обучения в школе	37
Условия в семье	40
ВЫВОДЫ	43
Научные выводы	44
Выводы для политики	45
ЛИТЕРАТУРА	49
ПРИЛОЖЕНИЕ. УЧАСТНИКИ	53

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Редакторами данного доклада стали: Jo Inchley, международный координатор исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), Университет Глазго, Соединенное Королевство (Шотландия); Dorothy Currie, заместитель международного координатора HBSC, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия); Sanja Budisavljevic, научный сотрудник, Сотрудничающий центр ВОЗ по международной политике в области охраны здоровья детей и подростков, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия); Torbjørn Torsheim, заместитель управляющего банком данных HBSC, Бергенский университет, Норвегия; Atle Jåstad, советник, Бергенский университет, Норвегия; Alina Cosma, научный сотрудник, Университет им. Палацкого, Чехия; Colette Kelly, директор Научно-исследовательского центра укрепления здоровья, Новый университет Ирландии, Голуэй; Ársæll Már Arnarsson, преподаватель, педагогический факультет, Исландский университет; Vivian Barnekow, консультант, Европейское региональное бюро ВОЗ; и Martin M. Weber, руководитель программы, Здоровье детей и подростков, неинфекционные заболевания и укрепление здоровья на протяжении всей жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

HBSC – совместное межнациональное исследование ВОЗ – проводится с привлечением широкой сети исследователей из всех участвующих стран и

регионов. Сбор данных в каждой стране или регионе финансировался на национальном/региональном уровне. Редакторы выражают благодарность за финансовую поддержку и рекомендации, предоставленные государственными министерствами, научно-исследовательскими фондами и другими финансовыми структурами участвующих стран и регионов. Особой благодарности заслуживает Норвежский директорат здравоохранения, который предоставил финансирование Центру управления данными HBSC. Значительный вклад в публикацию отчета внесло Европейское региональное бюро ВОЗ.

Редакторы хотели бы выразить признательность своим замечательным партнерам, в частности Европейскому региональному бюро ВОЗ, за их неизменную поддержку; подросткам, которые с готовностью поделились своим опытом и любезно разрешили включить некоторые из их чудесных работ и ценных замечаний в настоящий отчет; школам и органам управления образованием в каждой из участвовавших в исследовании стран и регионов за то, что они сделали возможным его проведение; и всем членам национальных/региональных групп HBSC, участвовавшим в исследовательской деятельности.

Редакторы также признательны Yekaterina Chzhen, Тринити-колледж в Дублине, Ирландия, и Bjorn Holstein, Университет Южной Дании, за крайне полезные замечания по первоначальному проекту.

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние двадцать лет жизнь в Европе сильно изменилась. Переход на цифровые технологии, глобализация, миграция, урбанизация и изменение климата означают, что сейчас мы живем в Европе в очень непростых условиях. Подростки зачастую первыми сталкиваются с этими изменениями и их воздействием и активно выступают в поддержку решения таких проблем, как изменение климата.

На европейском уровне и в каждой стране/регионе важно иметь правильное представление о том, что подростки думают, знают и понимают о своем здоровье, и как они себя ведут. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», по итогам которого подготовлен седьмой международный отчет, представленный в настоящей публикации, помогает нам решить все указанные задачи.

HBSC является по-настоящему международным исследованием, в котором в настоящее время участвуют свыше 50 стран и регионов Европы и Северной Америки. Данное исследование посвящено изучению поведенческих и социальных факторов, которые определяют бремя болезней в подростковом и взрослом возрасте. Оно обеспечивает понимание того, каким образом политика и практика в таких секторах, как образование, социальная помощь, правосудие и социальное обеспечение влияют на здоровье и благополучие подростков. Оно способствует поиску многопрофильных и межсекторальных решений проблем, с которыми подростки сталкиваются сегодня, а молодежь столкнется в будущем. Его главная цель состоит в побуждении к политическим изменениям в интересах охраны здоровья и благополучия одной из наиболее уязвимых групп общества – детей и подростков.

Данные HBSC необходимы для ВОЗ и Европейского региона. Страны и регионы используют их для разработки политики и стратегий укрепления здоровья и благополучия нынешнего и будущих поколений и обеспечения того, чтобы поколение сегодняшних подростков вошло во взрослую жизнь без факторов риска, угрожающих их физическому, психическому и социальному благополучию и влияющих на их перспективы в сферах образования и занятости. Мы в Региональном бюро

используем эти данные сначала для определения, а затем для мониторинга новой стратегии охраны здоровья детей и подростков и результатов ее применения в странах/регионах на всей территории Европы.

Сектор здравоохранения сталкивается с растущими потребностями граждан в связи с демографическими изменениями и ростом ожиданий. Затраты на оказание медицинской помощи увеличиваются по причине использования инновационных лекарств и технологий. Медицинский персонал сталкивается с проблемами из-за нехватки необходимых средств и отсутствия подготовки. Кроме того, способность системы к принятию мер реагирования ограничивается из-за дезинформации, популистской политики и утраты доверия к властям.

С учетом этих событий я представляю Европейскому региональному бюро ВОЗ новую концепцию, которая соответствует требованиям сегодняшнего дня, а также угрозам и возможностям, которые могут возникнуть завтра. Данная концепция основана на поддержке стран/регионов и международной солидарности. Она выдвигает на первый план ключевые области деятельности, включая устранение главных факторов, определяющих бремя болезней; признание того, что угрозы для здоровья населения зачастую возникают из-за решений, принятых в других секторах; проведение работы по созданию систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей и объединяющих общественное здравоохранение, первичную медико-санитарную помощь, специализированные услуги и социальную помощь; защиту всех групп нашего населения.

Этот седьмой международный отчет и важные данные, которые в нем представлены, показывают, что HBSC является и будет являться впредь одним из главных элементов поддержки новой концепции для Европейского регионального бюро ВОЗ.

Hans Henri P. Kluge

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

ВСТУПЛЕНИЕ

Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) на протяжении более 30 лет направлено на получение представления о здоровье подростков в Европе и Северной Америке и его мониторинг. С увеличением количества участвующих в исследовании стран и регионов до 50 полезность данных, получаемых при его проведении, для обеспечения благополучия подростков 11, 13 и 15 лет также возросла.

В этом международном отчете, который стал седьмым в серии аналогичных отчетов, представлены результаты в отношении здоровья и благополучия подростков из 45 стран и регионов, участвовавших в исследовании 2017/2018 гг. Он состоит из двух томов. В томе 1 представлен обзор основных результатов, выявляющих важные гендерные и социально-экономические различия, и изменений, произошедших после проведения прошлого исследования в 2013/2014 гг. Полученные данные представлены в томе 2 – в серии диаграмм, демонстрирующих распространенность на уровне страны/региона и общую распространенность в разбивке по возрасту, полу и достатку семьи.

В отчете представлен широкий спектр показателей физического и психического благополучия, а также опыт подростков, связанный с обучением в школе, жизнью в семье и взаимоотношениями со сверстниками. Новое специальное направление, касающееся онлайн-коммуникации, включено в исследование HBSC 2017/2018 гг. в целях более глубокого понимания роли цифровых технологий в жизни мальчиков и девочек. Кроме того, в отчет впервые включены данные последнего исследования 2013/2014 гг. с целью продемонстрировать, где именно произошли ключевые изменения, касающиеся здоровья подростков и их поведения в отношении здоровья, и более широкие условия, в которых они живут и растут.

Высококачественные данные, сопоставимые на международном уровне, имеют исключительно важное значение для оказания содействия в определении международной политики и отслеживания прогресса в реализации глобальных целей, таких как принятые Организацией Объединенных Наций Цели в области устойчивого развития и разработанная ВОЗ Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). Деагрегированные данные, такие как данные, представленные HBSC, позволяют нам выявить важнейшие проблемы на разных этапах жизни и выделить приоритетные области деятельности. В Европейском регионе ВОЗ данные HBSC использовались в качестве основы для разработки ВОЗ Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков,

которая служит дорожной картой для стран и регионов, позволяющей организовать взаимодействие между секторами в целях укрепления здоровья и благополучия детей и подростков. Эти данные могут использоваться странами и регионами для мониторинга прогресса в решении их первоочередных задач по охране здоровья и проведения сравнений с другими странами/регионами с аналогичными условиями.

Отчет обеспечивает дополнительные научные данные в поддержку усилий по улучшению здоровья на национальном/региональном уровне. В нем приведены примеры явного социально-экономического неравенства, глубоко укоренившегося во многих сферах жизни подростков. Во многих странах и регионах также сохраняются гендерные различия в состоянии здоровья, однако их можно избежать. Данные стран и регионов, уделяющих больше внимания обеспечению гендерного равенства, свидетельствуют о том, что в отношении многих аспектов здоровья подростков можно достичь паритета между полами. В некоторых аспектах здоровья мальчиков и девочек, таких как употребление психоактивных веществ и пищевое поведение, во многих странах и регионах были отмечены улучшения, которым способствовали национальная/региональная политика и международные руководства. В других областях отчет демонстрирует отсутствие прогресса или тенденции к ухудшению ситуации, несмотря на давно проводимую политику.

Полученные результаты проливают свет на ключевые проблемы, которые сегодня влияют на здоровье подростков в Европе и Канаде. Исследование, масштабы которого продолжают расширяться, в настоящее время охватывает некоторые из самых богатых стран мира и ряд стран с доходом ниже среднего уровня. Таким образом, HBSC обеспечивает богатый источник данных, которые можно использовать для сравнения состояния здоровья подростков, определения приоритетов в расходах на здравоохранение и мониторинга прогресса в деле укрепления здоровья мальчиков и девочек и создания обществ, в которых они могут успешно развиваться.

Jo Inchley

Международный координатор HBSC

Dorothy Currie

Заместитель международного координатора HBSC

ОБЗОР

В настоящем отчете представлены основные результаты, касающиеся 227 441 подростка в возрасте 11, 13 и 15 лет в 45 странах/регионах, участвовавших в исследовании «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 гг. Полученные результаты свидетельствуют о ряде позитивных тенденций, связанных со здоровьем и благополучием подростков. Для большинства подростков характерны позитивные и обеспечивающие поддержку социальные отношения при сравнительно небольшом количестве проблем со здоровьем, общем благополучии и хорошем состоянии здоровья в целом. Употребление психоактивных веществ продолжает сокращаться, а пищевые привычки меняются в лучшую сторону. Тем не менее, проблемы по-прежнему существуют.

Имеются некоторые данные, свидетельствующие об увеличении нагрузки в школе, особенно в среде подростков старшего возраста, в тот период, когда уровень субъективно ощущаемой поддержки со стороны семьи и преподавателей снижается. Распространение цифровых средств коммуникации привело к проблемному использованию соответствующих ресурсов отдельными подростками, общение которых в социальных сетях негативно влияет на их отношения с семьей и друзьями и мешает другим видам деятельности. Показатели физической активности остаются чрезвычайно низкими; при этом все больше мальчиков и девочек сообщают о проблемах, влияющих на их психическое здоровье, таких как ощущение подавленности и трудности со сном. Сохраняется социальное и гендерное неравенство, а здоровье и благополучие во многих аспектах ухудшаются с возрастом.

Помогая привлечь внимание к жизни мальчиков и девочек, HBSC продолжает поддерживать эффективные действия по укреплению здоровья подростков в Европейском регионе ВОЗ, Канаде и за их пределами.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Большинство подростков не выполняют текущие рекомендации в отношении питания, что подрывает их потенциал для здорового развития. С 2014 г. доля завтракающих подростков сократилась почти в половине стран/регионов. Более 4 из 10 подростков завтракают не каждый школьный день. Девочки всех возрастов, как правило, пропускают

завтрак и реже питаются со своей семьей, чем мальчики. В рацион питания почти двух третей подростков входит недостаточное количество продуктов, богатых питательными веществами, таких как фрукты и овощи, в то время как уровень потребления продуктов, подвергнутых интенсивной обработке, является высоким: каждый четвертый подросток ест сладости, а каждый шестой из них пьет сахаросодержащие напитки по крайней мере один раз в день. Это происходит несмотря на сокращение потребления сладостей и безалкогольных напитков и рост потребления фруктов и овощей, отмечаемые с 2014 г. Становясь старше и обретая большую самостоятельность в том, что касается их пищевого поведения, подростки чаще выбирают вредные для здоровья продукты и пропускают приемы пищи. Показатели хорошей гигиены полости рта, о которой свидетельствует регулярная чистка зубов, остаются низкими в ряде стран/регионов, особенно среди мальчиков. Социальное неравенство в отношении пищевого поведения и гигиены полости рта сохраняется в большинстве стран/регионов; при этом подростки из более обеспеченных семей имеют более здоровые пищевые привычки и тщательнее соблюдают гигиену полости рта.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Глобальные рекомендации ВОЗ в отношении физической активности, согласно которым продолжительность физической активности от умеренной до высокой интенсивности (MVPA) должна составлять 60 или более минут в день, соблюдают менее одного из пяти подростков. С 2014 г. ее уровни снизились примерно в трети стран/регионов, главным образом среди мальчиков, а показатели участия в соответствующей деятельности оставались особенно низкими среди девочек и подростков старшего возраста. Увеличилось число подростков (половина мальчиков и треть девочек), сообщающих о физической активности высокой интенсивности (VPA), которая имеет место 4 или более раз в неделю. Социальное неравенство в физической активности сохраняется: в большинстве стран/регионов подростки из менее обеспеченных семей сообщают о более низких уровнях MVPA и VPA.

ИЗБЫТОЧНЫЙ И НЕДОСТАТОЧНЫЙ ВЕС И ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА

С проблемами избыточного веса и ожирения сталкивается каждый пятый подросток, причем более высокие показатели характерны для мальчиков и младших подростков. По сравнению с 2014 г. показатели практически не изменились, однако до трети стран/регионов отметили их увеличение, особенно среди подростков старшего возраста.

Лишь в нескольких странах/регионах было зафиксировано уменьшение распространенности избыточного веса и ожирения. С другой стороны, каждый двадцатый подросток имеет недостаточный вес, и число таких подростков не менялось с 2014 г. Подростки старшего возраста чаще имеют здоровый вес, но реже воспринимают свое тело в позитивном ключе. Каждый четвертый подросток, причем для девочек этот показатель даже выше, считает себя слишком полным. Это происходит несмотря на обнадеживающее уменьшение распространенности негативных представлений о своем теле в период после 2014 г., особенно среди девочек. Избыточный вес и восприятие своего тела во многом обусловлены достатком семьи: мальчики и девочки из менее обеспеченных семей чаще имеют избыточный вес либо страдают ожирением, либо хуже воспринимают собственное тело.

ОНЛАЙНОВАЯ КОММУНИКАЦИЯ

В настоящее время подростки повсеместно используют цифровые технологии, однако девочки чаще, чем мальчики, регулярно общаются с друзьями и другими людьми в онлайн-режиме и подвергаются большему риску, связанному с проблемным использованием социальных сетей. Около трети подростков общаются в интернете с друзьями и другими людьми в течение почти всего дня, причем показатели интенсивного использования увеличиваются с возрастом. В целом каждый седьмой подросток предпочитает онлайн-коммуникацию для обсуждения личных проблем со своими друзьями, и эта практика в большей степени распространена среди мальчиков. Проблемное использование социальных сетей затрагивает в общей сложности 7% подростков, однако самые высокие показатели зафиксированы в группе девочек старшего возраста.

ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

Мальчики и подростки из более состоятельных семей сообщают о большей удовлетворенности жизнью и большем психическом благополучии. С возрастом отмечается уменьшение психического благополучия: подростки старшего возраста в меньшей степени удовлетворены жизнью, реже сообщают об отличном здоровье и чаще жалуются на его состояние. В возрасте 15 лет девочки сообщают о меньшем психическом благополучии, чем мальчики, практически во всех странах/регионах. В период после 2014 г. распространенность множественных жалоб на здоровье возросла. Наиболее типичные жалобы касались нервозности, раздражительности и трудностей со сном.

СЕСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Рискованное сексуальное поведение по-прежнему вызывает беспокойство: четверть ведущих половую жизнь 15-летних подростков не использовали ни презерватив, ни противозачаточную таблетку во время последнего полового сношения. В возрасте 15 лет каждый четвертый мальчик и каждая седьмая девочка сообщают о наличии сексуального опыта. Хотя в большинстве стран/регионов не было зафиксировано никаких изменений, количество половых сношений 15-летних подростков сократилось почти на четверть. В период после 2014 г. показатель использования презервативов немного снизился. Противозачаточные таблетки применяются реже, однако соответствующие показатели остаются относительно стабильными.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, ТАБАКА И КАННАБИСА

Показатели употребления алкоголя и курения продолжают снижаться, однако на данный момент число 15-летних подростков, которые пьют алкогольные напитки и курят, остается высоким. Алкоголь является наиболее распространенным психоактивным веществом, употребляемым 15-летними мальчиками и девочками: 59% из них имели опыт употребления алкоголя, 28% – опыт курения сигарет, а 13% – опыт употребления каннабиса. Если говорить о текущей ситуации, то в последние 30 дней 37% 15-летних подростков пили алкогольные напитки, 15% курили сигареты и 7% употребляли каннабис. Наиболее резкое увеличение показателей употребления алкоголя и курения отмечается в возрастном интервале от 13 до 15 лет. Психоактивные вещества чаще употребляют мальчики, однако в 15 лет гендерный разрыв сокращается. Социальное неравенство в употреблении психоактивных веществ очевидно только для употребления алкоголя, главным образом среди мальчиков.

ТРАВЛЯ И НАСИЛИЕ

Мальчики чаще совершают акты физического насилия и насилия в сети, в то время как девочки чаще становятся жертвами кибертравли. Мальчики сообщают о большем участии в драках, травле и кибертравле. В отличие от травли при личном контакте с аналогичными показателями распространенности для обоих полов, в случае кибертравли жертвами чаще становятся девочки, особенно в возрасте 13 лет. Несмотря на уменьшение количества случаев травли в период после 2014 г., доля подростков, которые ей подвергаются, остается неизменной. Младшие подростки особенно уязвимы и с большей вероятностью становятся жертвами травли. Четкая связь между социальным неравенством и агрессивным поведением отсутствует.

ТРАВМЫ

Мальчики и младшие подростки чаще сообщают о травмах, требующих медицинского вмешательства. Было отмечено социальное неравенство, которое проявлялось в более высокой частоте травм, требующих медицинского вмешательства, среди подростков из более обеспеченных семей.

СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

Большинство подростков сообщают о получении значительной поддержки со стороны семьи и сверстников, однако социальное неравенство существует более чем в половине стран/регионов. Более двух третей подростков считают, что родители оказывают им большую поддержку и что с родителями легко общаться, однако с возрастом ситуация, связанная с каждым из этих позитивных аспектов жизни в семье, ухудшается. Мальчики сообщают о более высоком уровне родительской поддержки и общения с родителями, в то время как по мнению девочек более существенную поддержку им оказывают друзья. В период после 2014 г. ситуация в плане легкости общения с родителями улучшилась, однако снизился уровень поддержки со стороны сверстников. Социальное благополучие зависит от социальной принадлежности: подростки из более обеспеченных семей сообщают о более высоком качестве общения с родителями и более значительной поддержке со стороны семьи и сверстников.

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ

По сравнению с 2014 г. подростки примерно в трети стран/регионов чаще считают школьную нагрузку слишком большой и реже любят ходить в школу. Более половины подростков сообщают о получении значительной поддержки от их одноклассников и преподавателей, однако лишь около четверти из них очень любят школу. В большинстве стран/регионов опыт обучения в школе ухудшается с возрастом: удовлетворенность школой и степень поддержки со стороны преподавателей и одноклассников снижаются при росте школьной нагрузки. С возрастом гендерные различия в ощущении школьной нагрузки увеличиваются: в большинстве стран/регионов 15-летние девочки сообщают о более высокой нагрузке, чем мальчики. Подростки из более обеспеченных семей отмечают не только увеличение школьной нагрузки, но и, в ряде случаев, получение более весомой поддержки со стороны других учащихся.

УСЛОВИЯ В СЕМЬЕ

Условия, в которых растут подростки, варьируют в широких пределах; значительные различия отмечаются как на индивидуальном уровне, так и на уровне стран/регионов. Боль-

шинство подростков живут с матерью и отцом, в то время как один из шести – в неполной семье, главой которой чаще всего является мать. Как отсутствие работы у родителей, так и статус иммигранта влияют на каждого двадцатого подростка, однако между странами отмечаются существенные различия. Оба указанных обстоятельства являются известными факторами риска, которые могут ухудшить здоровье и повлиять на степень благополучия менее обеспеченных подростков.

ИССЛЕДОВАНИЕ HBSC

Исследование HBSC проводится каждые четыре года с целью представить обзор здоровья и благополучия подростков в Европе и Северной Америке. Данные HBSC используются на национальном/региональном и международном уровнях для получения новых сведений о здоровье и благополучии подростков, понимания социальных детерминант здоровья и разработки обоснованной политики и практики в интересах улучшения жизни мальчиков и девочек.

Международный отчет о проведении HBSC 2017/2018 гг. публикуется в трех частях:

- том 1: основные результаты
- том 2: атлас данных
- методическое приложение и онлайн-ресурсы.

Более подробная информация об исследовании HBSC доступна в режиме онлайн (HBSC, 2020). Данные HBSC можно получить на портале информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020 г.) и через портал данных HBSC Бергенского университета (University of Bergen, 2020).

ЛИТЕРАТУРА

HBSC (2020). Health Behaviour in School-Aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study [веб-сайт]. Glasgow: University of Glasgow (www.hbsc.org).

University of Bergen (2020). HBSC Data Management Centre. B: University of Bergen [веб-сайт]. Bergen: University of Bergen (<https://www.uib.no/en/hbscdata>).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2020). Портал информации здравоохранения. В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://gateway.euro.who.int/ru/>).

ВВЕДЕНИЕ

Alisa, 10 лет (Эстония)



Ләліка, 12 лет (Эстония)

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

HBSC – это организуемое ВОЗ совместное межнациональное исследование здоровья и благополучия подростков (HBSC, 2020). Оно проводится каждые 4 года с применением анкеты для самоотчета. HBSC предусматривает использование полученных результатов на национальном/региональном и международном уровнях для достижения следующих целей:

- получение новых сведений о здоровье и благополучии мальчиков и девочек
- понимание социальных детерминант здоровья
- разработка обоснованной политики и практики в интересах улучшения жизни мальчиков и девочек.

Первое исследование HBSC было проведено в 1983/1984 гг. в 5 странах. На сегодняшний день исследование охватывает 50 стран и регионов Европы и Северной Америки (рис. 1), включая более 400 членов международной исследовательской сети HBSC. Оно финансируется на национальном уровне всех участвующих в нем стран и регионов.

Стороны, участвовавшие в процессе исследования и составлении настоящего доклада, указаны в [Приложении](#).

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПОДХОД

Цель HBSC состоит в получении представления о состоянии здоровья подростков в их социальной среде – дома, в школе и в кругу семьи и друзей. Исследование направлено на улучшение понимания того, каким образом эти факторы, вместе и по отдельности, влияют на здоровье мальчиков и девочек в раннем подростковом возрасте.

Сбор данных во всех участвующих в исследовании странах и регионах проводится на основе анкетирования в школах с использованием стандартной методики, подробное описание которой приведено в протоколе международного исследования HBSC 2013/2014 гг. (Inchley et al., 2018a). Каждая страна или регион составляет кластерную выборку

для отбора определенной части подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет, обеспечивая ее репрезентативность для всех лиц данной возрастной категории. В каждой стране или регионе, которые участвуют в HBSC, из каждой возрастной группы отбираются около 1 500 учащихся. Общее число подростков, принявших участие в исследовании 2017/2018 гг., достигло 227 441 (более подробную информацию см. в томе 2).

В рамках исследования 2017/2018 гг. 45 из 50 стран и регионов, входящих в сеть HBSC, обеспечили заполнение анкет и выполнили требования к публикации данных в настоящем отчете. Страны и регионы, не включенные в отчет, не смогли провести исследование в необходимые сроки (Израиль и Турция) либо присоединились к сети после завершения работы на местах (Кипр, Кыргызстан и Узбекистан). Работа на местах в большинстве случаев проводилась в период с сентября 2017 г. по июль 2018 г.; исключением стали 6 стран, которым потребовалось больше времени для получения выборки в необходимом размере.

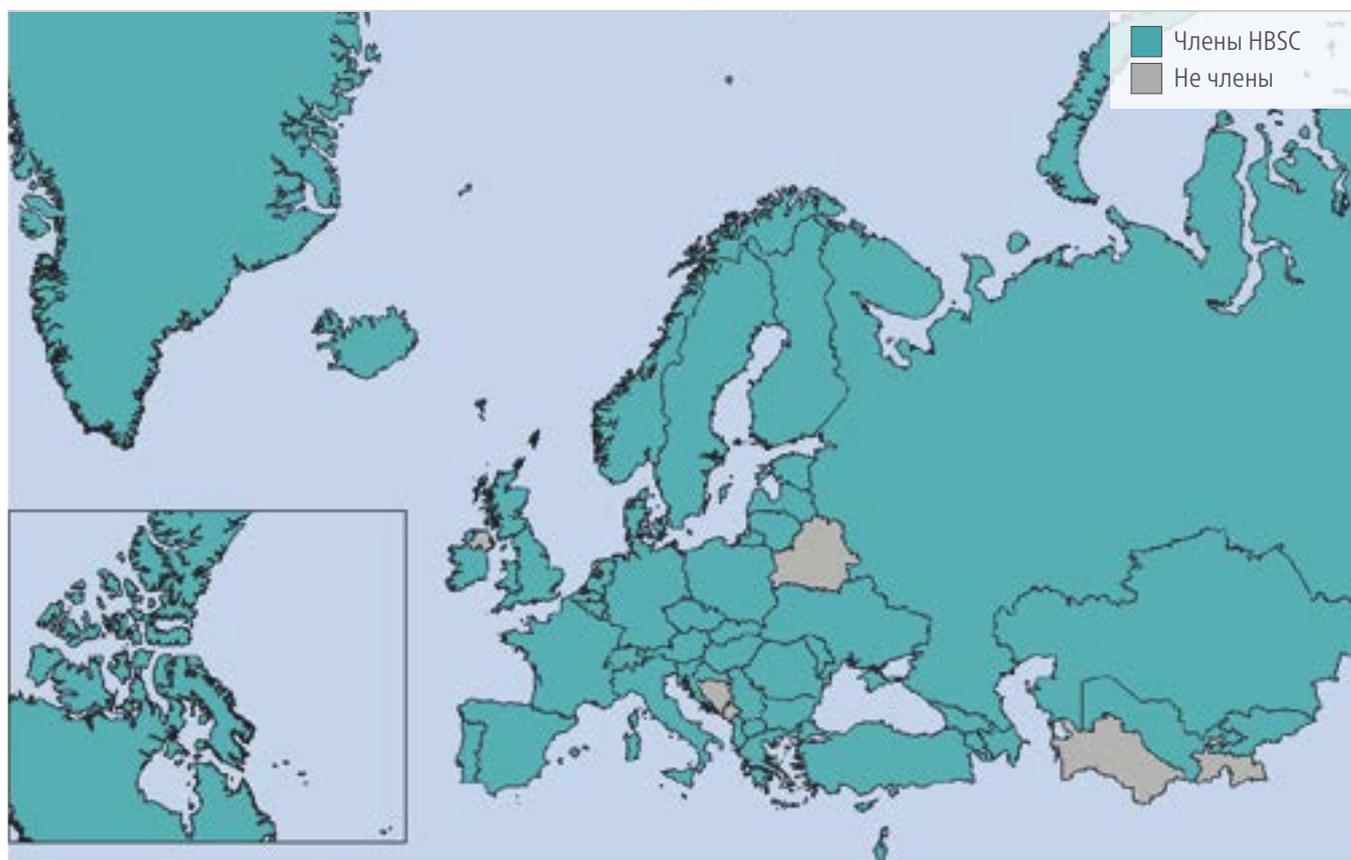
ВАЖНОСТЬ НАУЧНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Важность второго десятилетия жизни подчеркивалась в международных публикациях (United Nations Children's Fund, 2011; ВОЗ, 2014 г.). Мальчики и девочки в возрасте 11–15 лет сталкиваются с многочисленными нагрузками и проблемами, включая растущие академические требования и ожидания, изменение социальных отношений с семьей и сверстниками и повышение открытости сетевому взаимодействию. Подростковый возраст – это период быстрого физического роста и развития мозга, что создает свои физические и эмоциональные проблемы. Эти годы знаменуют собой период увеличения самостоятельности, когда формируются модели поведения, связанные со здоровьем, а независимое принятие решений может влиять на здоровье в текущий момент и в будущем.

Модели поведения, сформированные в этот переходный период, могут сохраниться во взрослой жизни, оказывая воздействие на такие аспекты, как психическое здоровье, употребление психоактивных веществ, уровень физической активности и рацион питания, а также на долгосрочные исходы для здоровья. Например, употребление алкоголя или табака, отсутствие физической активности, незащищенный секс и насилие представляют риск не только для текущего здоровья и благополучия подростков, но и для их здоровья в будущем. Результаты HBSC демонстрируют изменения в состоянии здоровья мальчиков и девочек при переходе от детства к отрочеству и к взрослой жизни. Они могут использоваться для мониторинга здоровья подростков, разработки политики и программ и определения эффективности мероприятий по укреплению здоровья.

“
Наши взгляды, мысли
и мнения должны
учитываться
во всем мире.”

Рис. 1. Страны и регионы, участвующие в проведении HBSC



РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ

Обеспечение участия подростков является неотъемлемой составляющей работы, проводимой сетью HBSC. Статья 12 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка, в которой закреплены права детей на то, чтобы их взгляды и мнения слышали, уважали и учитывали, имеет основополагающее значение для деятельности по проведению HBSC. Мальчики и девочки имеют право участвовать в обсуждении вопросов, затрагивающих их жизнь, и в принятии решений, которые имеют к ним отношение. Организаторы HBSC считают, что подростки являются важнейшими заинтересованными сторонами в деле разработки научных теорий и стратегий, касающихся их жизни.

Сеть HBSC использует ряд методик для предоставления подросткам возможности играть активную роль в исследовательском процессе. Подходы к проведению исследования, предусматривающие участие мальчиков и девочек, применяются при сборе данных, определении новых областей исследования и связанных с ними вопросов, анализе и интерпретации данных и распространении полученных результатов. Эти подходы учитывают роль существующих полномочий в отношениях между исследователями и подростками для обеспечения того, чтобы привлечение к участию в исследовании расширило права и возможности

подростков и способствовало укреплению их здоровья. Цель состоит в сборе данных, значимых для подростков и отражающих их нынешний образ жизни и опыт, которые имеют большое значение для разработки программ и формирования политики. За многие годы конструктивное участие подростков в исследовании HBSC расширилось по своим масштабам, став примером растущего количества исследований, предполагающих включение работы с подростками в основную методику.

РАБОТА С ЛИЦАМИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМИ ПОЛИТИКУ

Данные HBSC обеспечивают необходимую, но не достаточную основу для политических мер, направленных на повышение степени благополучия подростков, позволяя сравнить распространенность соответствующих параметров в разных странах/регионах и в разные периоды времени. В интересах дальнейшего увеличения воздействия полученных результатов и сферы их охвата сеть HBSC тесно сотрудничает с внешними партнерами, чтобы обеспечить более детальный анализ и выделить целевые области для принятия первоочередных мер, публикуя дополнительные материалы по ключевым темам.

Благодаря многолетнему партнерству с ВОЗ исследование HBSC стало ключевой частью усилий по укреплению здоровья мальчиков и девочек, таких как Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг., основные публикации по вопросам здоровья подростков, глобальная координация показателей здоровья и развитие сотрудничающих центров ВОЗ, в рамках которого первоочередное внимание уделяется здоровью подростков. Результатом этого сотрудничества также стала подготовка серии тематических отчетов, в которых освещаются разные результаты исследования HBSC, имеющие большое значение. В качестве примера можно упомянуть недавние отчеты о подростковом ожирении (Inchley et al., 2017) и употреблении алкоголя (Inchley et al., 2018b), в которых представлены последние тенденции и рассмотрены проявления гендерного и социально-экономического неравенства в Европейском регионе ВОЗ.

Цель сети HBSC состоит в налаживании и поддержании активного сотрудничества с министерствами здравоохранения и образования и другими государственными органами, ответственными за обеспечение благополучия молодого поколения. HBSC находится на переднем крае исследований, касающихся политики и практики и привлекающих политиков к определению тем, которые должны быть включены в исследование. В рамках HBSC также были установлены прочные отношения с другими национальными и международными заинтересованными сторонами, такими как агентства международного развития, правозащитные организации и профессиональные группы и сети, включая Детский фонд Организации Объединенных Наций, Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Организацию экономического сотрудничества и развития, Eurochild, Институт передового опыта в педиатрии и Сеть школ укрепления здоровья в Европе. Данные HBSC используются в целях поддержки и создания информационной основы для работы этих организаций в деле защиты прав и благополучия мальчиков и девочек.

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ

Статистика здравоохранения зачастую не уделяет внимания подросткам как самостоятельной группе населения, причисляя их либо к детям младшего возраста, либо к молодежи. Еще меньше внимания обращается на неравенство, связанное с социально-экономическим статусом, возрастом и полом в этой группе. Данные, собранные за последние несколько десятилетий, свидетельствуют о том, что мальчики и девочки, растущие в неблагоприятных социальных условиях, подвергаются повышенным рискам для здоровья. Как следствие, неравенство в отношении здоровья



учитывается при разработке современной международной политики, однако подростки в Европе и Северной Америке по-прежнему сталкиваются с его проявлениями.

Попытки устранить неравенство в отношении здоровья должны быть основаны на понимании различий в состоянии здоровья и их причин. В ходе исследования HBSC с 1983 г. осуществляется сбор данных о здоровье подростков и их поведении в отношении здоровья, что позволяет описать социальные модели здоровья в разных странах и регионах. HBSC признает значимость условий и отношений, которые составляют непосредственный социальный контекст жизни мальчиков и девочек, и показывает, каким образом семья, сверстники и школа могут обеспечить благоприятную среду для здорового развития. Важно отметить, что в рамках исследования были выявлены важные социальные градиенты, влияющие не только на здоровье подростков, но и на социальные условия, в которых растет юное поколение.

Настоящий отчет способствует лучшему пониманию детерминант здоровья подростков и неравенства в отношении их здоровья, представляя данные исследования HBSC 2017/2018 гг., проанализированные в разбивке по возрасту, полу, достатку семьи и стране/региону проживания. HBSC направлено на получение надлежащего представления о здоровье подростков с позиции развития, предполагающей учет того, каким образом состояние здоровья мальчиков и девочек и модели поведения в отношении здоровья ме-

няются по мере их взросления. Результаты, приведенные в отчете, представлены отдельно для мальчиков и девочек и убедительно свидетельствуют о наличии гендерных различий, касающихся здоровья, многие из которых сохраняются в течение долгого времени. Масштаб гендерных различий варьирует в широких пределах в зависимости от конкретной страны. Целенаправленное воздействие на здоровье подростков с позиции гендерного подхода может способствовать сокращению гендерных различий в показателях здоровья во взрослой жизни.

Ранее в ходе исследования HBSC было установлено, что достаток семьи является важным фактором, позволяющим делать прогнозы в отношении здоровья подростков. Более точное представление о неравенстве в отношении здоровья в подростковом возрасте может позволить установить причины социально-экономических различий в состоянии здоровья взрослых и установить возможные пути первичного и повторного возникновения неравенства в отношении здоровья в группе взрослого населения. Неравенство в этой области может возникать или усугубляться в подростковом возрасте, что имеет важное значение для определения надлежащих сроков проведения мероприятий по укреплению здоровья.

Наконец, между странами и регионами отмечаются различия в состоянии здоровья и его социальных детерминантах. Проведение исследования HBSC в течение 30 лет позволило проследить, как менялись состояние здоровья и образ жизни подростков в контексте политических и экономических изменений. Полученные результаты подчеркивают значимость более широкого социального контекста и его возможного воздействия – как позитивного, так и негативного – на здоровье юного поколения. В настоящем отчете не проводится специальный анализ географических особенностей, однако подчеркиваются различия между странами и регионами; более подробная информация представлена в томе 2.

НОВЫЕ ТЕМЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В НАСТОЯЩИЙ ОТЧЕТ

В рамках исследования HBSC непрерывно пересматриваются существующие и разрабатываются новые вопросы в целях решения текущих проблем, влияющих на здоровье и благополучие мальчиков и девочек; в исследование 2017/2018 гг. был включен ряд новых тем. Наряду с двумя новыми вопросами, связанными с кибертравлей, в данный отчет включена новая приоритетная область, касающаяся общения с использованием электронных средств, с вопросами о частоте онлайн-коммуникации, предпочтениях в отношении онлайн-социального взаимодействия и проблемном использовании социальных сетей. Пересмотренный показатель питания в семье характеризует

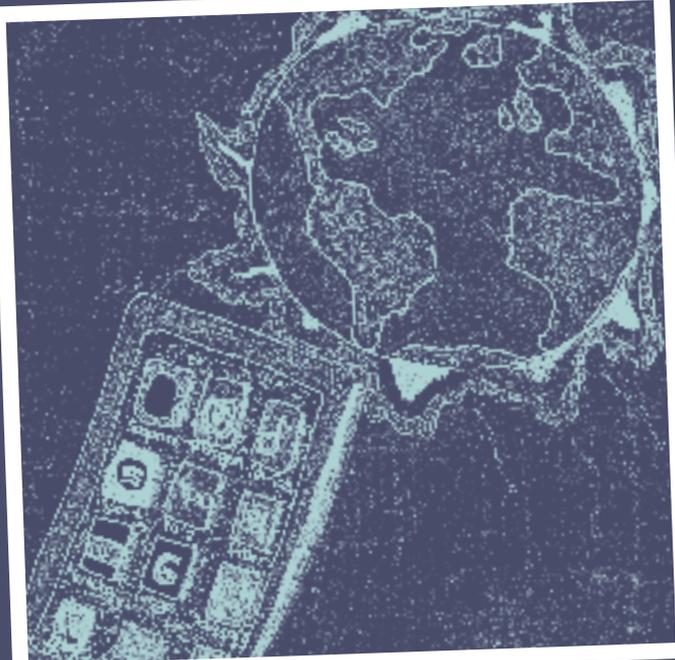
“**Сегодня будущее молодых людей неопределенно, и учащиеся понимают это.**”

частоту любых приемов пищи в кругу семьи (вместо ужинов, как это имело место в предыдущих исследованиях); наряду с этим в отчет включены новые многоплановые показатели поддержки со стороны одноклассников и преподавателей. Некоторые элементы представлены по-иному: например, степень удовлетворенности жизнью указывается как средний балл, в то время как в предыдущих отчетах сообщалось о распространенности случаев высокой удовлетворенности жизнью. Кроме того, в отчет впервые включен ряд переменных, в том числе отдельные жалобы на здоровье, недостаточный вес и отсутствие работы у родителей.

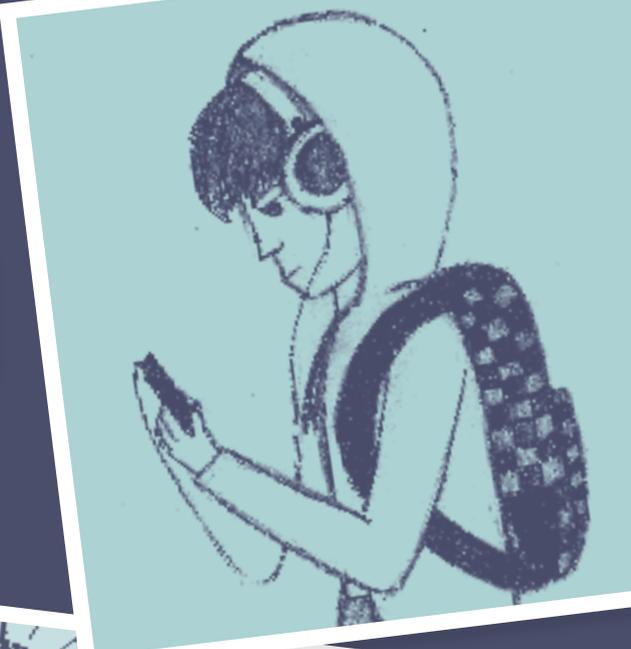
ДОСТУП К ДАННЫМ

С данными, представленными в настоящем докладе, можно ознакомиться на портале информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020 г.). Доступ к данным HBSC также можно получить на портале данных HBSC Бергенского университета (University of Bergen, 2020).

Саолмхе, 13 лет (Ирландия)



Анника, 15 лет (Эстония)



Valeria, 10 лет (Эстония)

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
ИЗБЫТОЧНЫЙ И НЕДОСТАТОЧНЫЙ ВЕС
И ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА
ОНЛАЙНОВАЯ КОММУНИКАЦИЯ
ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, ТАБАКА И КАННАБИСА
ТРАВЛЯ И НАСИЛИЕ
ТРАВМЫ
СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ
УСЛОВИЯ В СЕМЬЕ

Jelizaveta, 12 лет (Эстония)



ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Большинство подростков не выполняют текущие рекомендации в отношении питания, что подрывает их потенциал для здорового развития.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- После 2014 г. численность детей, завтракающих в школьные дни, снизилась.
- Подростки старшего возраста, особенно девочки, реже завтракают и вообще реже питаются вместе с другими членами семьи.
- После 2014 г. потребление фруктов и овощей увеличилось, однако почти половина подростков (48%) не включают в ежедневный рацион ни фрукты, ни овощи.
- Несмотря на обнадеживающее снижение употребления безалкогольных напитков после 2014 г., 16% подростков до сих пор пьют их каждый день.
- Только две трети подростков чистят зубы дважды в день, причем показатель выше среди девочек, чем среди мальчиков.
- Подростки из семей с более высоким достатком имеют более здоровые пищевые привычки; они с большей вероятностью завтракают каждый день, питаются вместе с семьей, ежедневно едят фрукты и овощи и дважды в день чистят зубы.

ЗАВТРАК В ШКОЛЬНЫЕ ДНИ

Потребление завтрака во все школьные дни было в большей степени распространено среди мальчиков, чем среди девочек (61% и 55% соответственно). Гендерные различия отмечались в большинстве стран/регионов и увеличивались с возрастом; значительные гендерные различия были зафиксированы менее чем для трети подростков в возрасте 11 лет и для двух третей подростков в возрасте 13 и 15 лет. Единственной страной, в которой показатель потребления завтрака был выше для девочек (в возрасте 13 лет), стала Болгария. Наиболее существенные гендерные различия были выявлены в Соединенном Королевстве (Уэльс) для подростков 13 и 15 лет (18 процентных пунктов).

Показатели потребления завтрака в разных странах/регионах варьировали в широких пределах. Доля подростков, которые ежедневно завтракали, составляла от 31% для 15-летних девочек в Румынии до 91% для 11-летних мальчиков в Нидерландах. Для стран Центральной Европы (Австрия, Венгрия, Румыния, Словакия и Словения) были характерны самые

низкие общие показатели ежедневного потребления завтрака, в то время как в Нидерландах соответствующий показатель был максимальным для всех возрастов.

Подростки старшего возраста реже завтракают в школьные дни в большинстве стран/регионов, особенно если речь идет о девочках. В интервале от 11 до 15 лет распространенность указанной практики сократилась с 67% до 56% для мальчиков и с 64% до 48% для девочек. Наиболее заметное снижение соответствующего показателя с возрастом было зафиксировано в Соединенном Королевстве (Шотландия) для мальчиков (22 процентных пункта) и в Гренландии для девочек (31 процентный пункт).

Социальное неравенство было обнаружено в двух третях стран/регионов: более обеспеченные мальчики и девочки чаще завтракали каждый школьный день. Наиболее существенное неравенство было выявлено в Гренландии для мальчиков (разница в 23 процентных пункта) и в Соединенном Королевстве (Англия) для девочек (разница в 29 процентных пунктов).

После 2014 г. показатели ежедневного потребления завтрака значительно снизились почти в половине стран/регионов. Общее сокращение во всех странах/регионах, участвовавших в HBSC, составило около 5% при аналогичных показателях в каждой возрастной и гендерной группе. Наибольшее снижение соответствующих показателей для мальчиков всех возрастов было зафиксировано в Болгарии, за которой следовала Испания (мальчики 11 лет). Среди девочек показатели наиболее резко снизились в Болгарии (в возрасте 11 лет), Португалии (в возрасте 13 лет) и Гренландии (в возрасте 15 лет). Противоположная тенденция была зарегистрирована только в Северной Македонии, где было отмечено значительное увеличение соответствующих показателей для девочек и мальчиков в возрасте 11 и 13 лет.

ПИТАНИЕ В СЕМЬЕ

Мальчики чаще, чем девочки, каждый день ели со своей семьей. Гендерные различия увеличивались с возрастом: для 11-летних подростков они отмечались менее чем в пятой части стран/регионов, в то время как для подростков 13 и 15 лет этот показатель достиг одной трети. Наибольшие гендерные различия были зафиксированы в Финляндии для 11-летнего возраста (19 процентных пунктов) при более высокой распространенности соответствующей практики среди мальчиков.

Между странами были отмечены значительные различия в доле подростков, ежедневно питающихся со своей семьей. Распространенность совместного питания варьировала в интервале от 15% для 15-летних девочек в Чехии до 86% для 13-летних мальчиков в Азербайджане. Самые низкие общие показатели были зарегистрированы в странах Вишеградской группы (Венгрия, Польша, Словакия и Чехия), Соединенном Королевстве (Шотландия) и Финляндии, где только треть под-

роستков ежедневно питалась со своей семьей. Самые высокие общие уровни (для всех возрастов и полов в совокупности) были зафиксированы в Азербайджане (82%) и Казахстане (76%).

Подростки старшего возраста, особенно девочки, реже ели со своей семьей более чем в двух третях стран/регионов. В возрасте от 11 до 15 лет доля подростков, ежедневно питающихся со своей семьей, уменьшилась с 57% до 46% для мальчиков и с 54% до 42% для девочек. Наибольшее возрастное сокращение было выявлено в Венгрии для мальчиков (29 процентных пунктов) и в Румынии для девочек (30 процентных пунктов).

Социальный градиент был очевиден почти в трети стран/регионов: более обеспеченные подростки чаще ели со своей семьей каждый день. Наиболее явное неравенство было отмечено в Эстонии как для мальчиков (разница в 17 процентных пунктов), так и для девочек (разница в 18 процентных пунктов). Обратная картина имела место в небольшом количестве стран/регионов: питание с семьей было менее распространено среди мальчиков из семей с высоким достатком в 2 странах (Казахстан и Словения) и девочек из таких семей в 3 странах (Албания, Нидерланды и Румыния).

УПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ

Лишь две пятых (40%) подростков ели фрукты каждый день. Показатель среди девочек был выше, чем среди мальчиков (43% и 37% соответственно). Серьезные гендерные различия были зарегистрированы более чем в половине стран/регионов при максимальной разнице в показателях для 15-летних подростков в Финляндии (13 процентных пунктов).

Показатели ежедневного употребления фруктов для разных стран/регионов варьировали в широких пределах. Доля подростков, которые ежедневно ели фрукты, составляла от 12% для 15-летних мальчиков в Финляндии до 73% для 13- и 15-летних девочек в Албании. Для стран Балтийского региона (Латвия, Финляндия и Швеция) были характерны самые низкие общие показатели. Наибольшие уровни употребления фруктов для всех возрастов и полов были зафиксированы в Албании, Армении и Канаде.

Подростки старшего возраста реже включали фрукты в свой ежедневный рацион в значительном большинстве стран/регионов. Наибольшее снижение соответствующих показателей в период с 11 до 15 лет было отмечено в Австрии для мальчиков (23 процентных пункта) и в Словении для девочек (24 процентных пункта).

Более обеспеченные мальчики и девочки чаще включали фрукты в свой ежедневный рацион в подавляющем большинстве стран/регионов. Наиболее заметное неравенство было зафиксировано в Албании для мальчиков (37 процентных пунктов) и в Азербайджане для девочек (33 процентных пункта). Во всех странах/регионах имела место аналогичная картина. Норвегия и Швеция стали единственными странами, в которых

не было выявлено социального неравенства в употреблении фруктов.

В период с 2014 по 2018 г. показатели ежедневного употребления фруктов для мальчиков и девочек увеличились в четверти стран/регионов. Значительное увеличение соответствующих показателей для всех возрастов и полов было зарегистрировано в Албании и Гренландии, а их снижение – в Дании, Норвегии и Хорватии. Наибольший рост для всех возрастов и полов, кроме группы 15-летних мальчиков, был зафиксирован в Гренландии. В небольшом количестве стран/регионов потребление фруктов сократилось, особенно среди младших подростков.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ

Менее двух пятых (38%) подростков ели овощи каждый день. В двух третях стран/регионов девочки чаще, чем мальчики, ежедневно ели овощи (42% против 35%). Наибольшие гендерные различия были обнаружены в группе 13-летних подростков в Финляндии (17 процентных пунктов).

Показатели ежедневного употребления овощей для разных стран/регионов варьировали в широких пределах. Доля подростков, которые ежедневно ели овощи, варьировала в интервале от 19% для 15-летних мальчиков в Германии до 69% для 13-летних девочек в Бельгии (флам.). Самый низкий уровень ежедневного употребления овощей был отмечен в странах Южной Европы (25 % на Мальте, 27 % в Италии и 28 % в Хорватии), а самый высокий – в Бельгии (61% для Французского региона и 58% для Фламандского региона), за которой следовали Канада (53%) и Украина (52%).

Подростки старшего возраста реже ели овощи каждый день почти в половине стран/регионов. Наибольшее возрастное снижение на 15 процентных пунктов было отмечено в Чехии для мальчиков и в Словении для девочек. В 3 странах сложилась иная картина: максимальный показатель был зарегистрирован для 13-летнего возраста в Ирландии (мальчики) и Казахстане (девочки), а минимальный – для 13-летнего возраста в Дании (девочки).

Более обеспеченные мальчики и девочки чаще ели овощи каждый день в значительном большинстве стран/регионов, причем неравенство было ярче выражено в группе девочек. Наиболее заметное социальное неравенство было зафиксировано среди мальчиков в Бельгии (флам.) и Соединенном Королевстве (Шотландия) (18 процентных пунктов) и среди девочек в Шотландии (31 процентный пункт). Во всех странах/регионах имела место аналогичная картина.

В период с 2014 по 2018 г. был отмечен рост ежедневного употребления овощей почти в половине стран/регионов, особенно среди подростков младшей возрастной группы. Наибольшее увеличение соответствующих показателей (на 10 или более процентных пунктов) было зарегистрировано в Армении, Словении и Чехии. Распространенность такого поведения

сократилась в небольшом количестве стран/регионов. Наиболее заметное снижение (на 14 процентных пунктов) было отмечено в группе 15-летних мальчиков на Мальте.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ

В целом, почти половина (48%) подростков не включали в ежедневный рацион ни фрукты, ни овощи (рис. 2). Практика употребления в пищу фруктов и овощей реже чем раз в день больше распространена среди мальчиков, чем среди девочек (52% и 44% соответственно), и среди подростков старшего возраста (53% в возрасте 15 лет в сравнении с 43% в возрасте 11 лет). Наиболее существенные гендерные различия были выявлены в Финляндии для 13-летнего возраста (22 процентных пункта). Наибольшие возрастные различия были зафиксированы в Чехии для мальчиков (21 процентный пункт) и в Словении для девочек (22 процентных пункта). Между странами отмечались значительные различия: доля подростков, которые не включали в ежедневный рацион ни фрукты, ни овощи, варьировала в интервале от 19% для 13-летних девочек в Албании до 76% для 13-летних мальчиков в Финляндии. В целом, подростки в Венгрии, Латвии и Финляндии реже прочих ели фрукты или овощи каждый день. И наоборот, подростки в Албании, Армении и Бельгии (Фламандский и Французский регионы) чаще остальных ели фрукты и/или овощи каждый день.

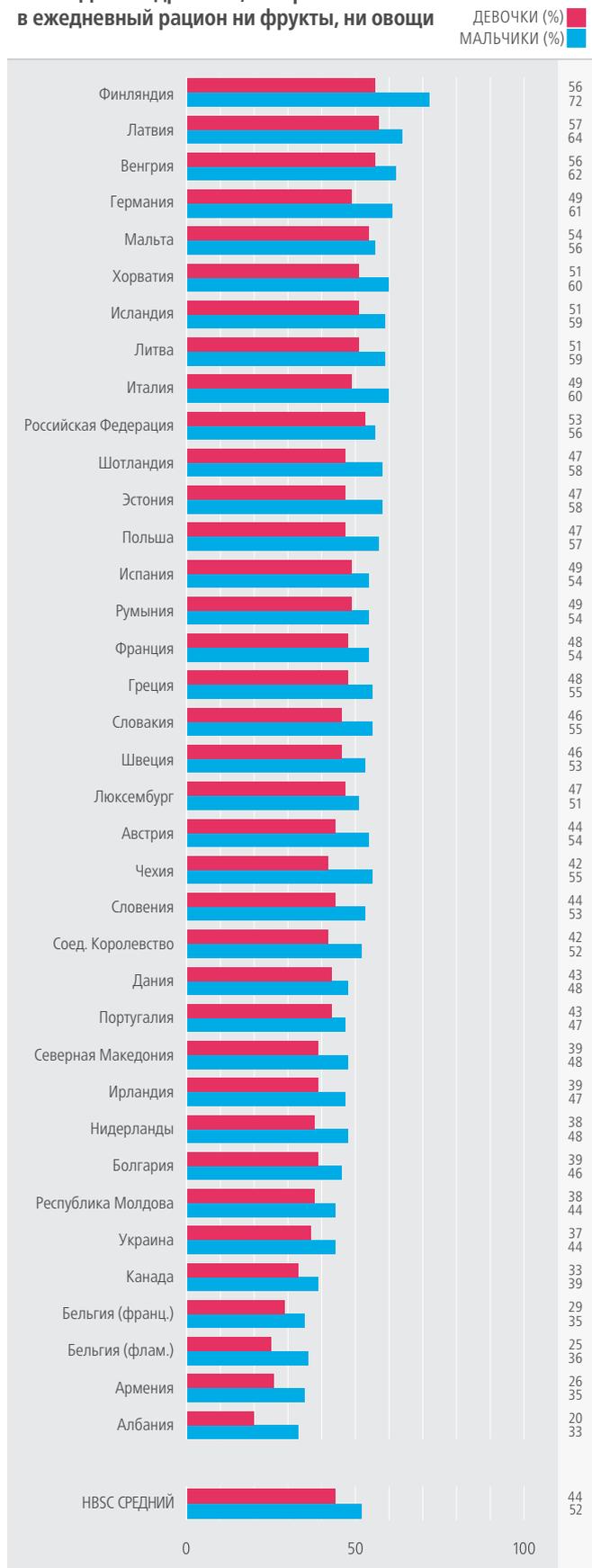
УПОТРЕБЛЕНИЕ СЛАДОСТЕЙ (ВКЛЮЧАЯ ШОКОЛАД)

В целом, каждый четвертый подросток (25%) ежедневно ел сладости. Как правило, девочки сообщали о том, что едят сладости, чаще, чем мальчики (27% и 23% соответственно); значительные гендерные различия были зафиксированы в 5 странах/регионах в возрасте 11 лет, почти в половине стран/регионов в возрасте 13 лет и в трети стран/регионов в возрасте 15 лет. Во всех странах/регионах отмечалась аналогичная картина. Наиболее значительные гендерные различия были зафиксированы для 15-летних подростков, живущих в Албании (16 процентных пунктов).

Распространенность ежедневного употребления сладостей в разных странах/регионах варьировала в широких пределах, составляя от 3% в Финляндии (все возрастные группы) до 70% в Армении (13-летние девочки). Для подростков, живущих в странах Северной Европы (Дания, Исландия, Норвегия, Финляндия и Швеция), отмечались более низкие показатели ежедневного употребления сладостей. С другой стороны, такие страны, как Албания, Армения и Грузия, вошли в число стран с наибольшими показателями распространенности соответствующей практики.

Показатели ежедневного употребления сладостей были выше в группе подростков старшего возраста почти в половине стран/регионов для девочек и в 7 странах/регионах для мальчиков. Наибольшее увеличение этих показателей в возрасте от 11 до 15 лет наблюдалось в Северной Македонии как для мальчиков (13 процентных пунктов), так и для девочек (16 процентных пунктов). В 3 странах/регионах

Рис. 2. Доля подростков, которые не включали в ежедневный рацион ни фрукты, ни овощи



Примечание: выделение страны/региона **жирным шрифтом** указывает на значимое гендерное различие в 2018 г. (при $p < 0,05$); значимое изменение в период с 2014 по 2018 гг. (при $p < 0,05$) обозначено стрелочкой, указывающей направление изменений (средние значения для 2014 и 2018 гг. не подлежат прямому сопоставлению, и значимость не показана). В целях экономии места на этом и других рисунках названия трех регионов Соединенного Королевства, принимавших участие в исследовании, сокращены следующим образом: Англия, Шотландия и Уэльс.

сложилась иная ситуация: самые высокие показатели были зафиксированы для 13-летнего возраста (девочки в Люксембурге и Соединенном Королевстве (Уэльс) и мальчики в Австрии) при этом в Австрии 11-летние и 13-летние мальчики имели одинаковые показатели.

Социальное неравенство в употреблении сладостей было более явным среди девочек, чем среди мальчиков. Значимые связи между достатком семьи и ежедневным употреблением сладостей были выявлены чуть более чем в трети стран/регионов для девочек и в 6 странах/регионах для мальчиков. Картина была неоднородной, однако в целом показатель распространенности был выше среди более обеспеченных подростков. Самые высокие показатели неравенства были зарегистрированы главным образом в странах Восточной Европы и Центральной Азии для мальчиков (Армения, Грузия, Украина и Эстония) и девочек (Азербайджан, Армения, Казахстан, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина), где обеспеченные подростки чаще едят сладости. Значительный уровень неравенства (19 процентных пунктов) также был зафиксирован среди девочек в Гренландии, однако распространенность была выше в группе девочек из семей с низким достатком.

В период с 2014 по 2018 г. употребление сладостей подростками старшего возраста сократилось примерно в четверти стран/регионов. Последовательное снижение соответствующих показателей для девочек и мальчиков было отмечено в Бельгии (франц.), Венгрии, Ирландии и Соединенном Королевстве (Шотландия). Наибольшее снижение показателя (на 14 процентных пунктов) было замечено среди 13-летних девочек в Бельгии (франц.). Значительный рост потребления сладостей был зафиксирован лишь в нескольких странах/регионах, однако в Армении и на Мальте отмечались устойчивые тенденции к увеличению потребления сладостей в различных гендерных и возрастных группах. Существеннее всего соответствующий показатель увеличился в группе 15-летних подростков на Мальте (27 процентных пунктов для мальчиков и 17 для девочек).

УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРОСОДЕРЖАЩИХ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

В целом, каждый шестой подросток (16%) ежедневно пил сахаросодержащие безалкогольные напитки. Мальчики чаще, чем девочки, сообщали об употреблении безалкогольных напитков (18% и 14% соответственно) во всех возрастных группах в большинстве стран/регионов. Во всех странах/регионах отмечалась аналогичная картина. Наибольшие гендерные различия (12 процентных пунктов) были выявлены в группе 15-летних подростков в Люксембурге.

Между странами/регионами отмечались значительные различия в употреблении безалкогольных напитков. Распространенность варьировала в интервале от 2% в Финляндии (11- и 13-летние девочки) до 37% в Северной Македонии (15-летние мальчики). В странах Северной Европы были зафиксированы самые низкие общие показатели, а в Албании (28%), Бельгии (франц.) (29%) и Северной Македонии (29%) – самые высокие.

Показатель ежедневного употребления подростками старшего возраста безалкогольных напитков был выше более чем в трети стран/регионов. Этот возрастной эффект отмечался как среди мальчиков, так и среди девочек. В группе мальчиков имело место устойчивое увеличение соответствующих показателей в возрасте от 11 до 15 лет, однако их максимальный рост был зарегистрирован в возрасте от 11 до 13 лет в группе девочек. Наиболее значительное увеличение показателей, связанное с возрастом, было зафиксировано в Люксембурге для мальчиков (14 процентных пунктов) и в Сербии для девочек (13 процентных пунктов). Противоположную тенденцию к снижению потребления с возрастом продемонстрировали только 2 страны (Азербайджан для мальчиков и девочек, Болгария для мальчиков).

Употребление безалкогольных напитков было более тесно связано с достатком семьи для девочек, чем для мальчиков. Значимые связи были выявлены менее чем в половине стран/регионов для мальчиков и почти в двух третях стран/регионов для девочек. В большинстве стран/регионов, где имело место социальное неравенство, подростки из семей с более высоким достатком реже употребляли безалкогольные напитки. Наиболее существенное неравенство было выявлено в Бельгии (франц.) как для мальчиков (разница в 16 процентных пунктов), так и для девочек (разница в 24 процентных пункта). В странах, ранее входивших в состав СССР, отмечалась противоположная тенденция как для мальчиков (Азербайджан, Армения, Грузия, Республика Молдова и Украина), так и для девочек (Армения, Республика Молдова и Российская Федерация): подростки из семей с высоким достатком чаще употребляли безалкогольные напитки. В этих странах наибольшие различия между группами с высоким и низким достатком были зарегистрированы для армянских мальчиков и девочек (16 и 10 процентных пунктов соответственно).

В период с 2014 по 2018 г. наблюдалось снижение потребления сахаросодержащих безалкогольных напитков в 23 странах/регионах, однако в каждой стране/регионе ситуация в разных возрастных и гендерных группах была неоднородной. Наибольшее сокращение соответствующих показателей было зарегистрировано для 13-летних мальчиков на Мальте (16 процентных пунктов), а наименьшее – для 15-летних девочек в Исландии (1 процентный пункт). Сравнительно небольшое увеличение потребления безалкогольных напитков было отмечено в 4 странах/регионах; в Армении данная тенденция была характерна для мальчиков всех возрастов, однако ситуация с девочками никак не изменилась.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

В целом, две трети подростков (65%) чистили зубы в соответствии с рекомендациями по меньшей мере дважды в день. Распространенность такого поведения в целом была выше для девочек (73% в сравнении с 57% для мальчиков), а гендерные различия наблюдались во всех странах/регионах, за исключением Дании, Мальты, Нидерландов, Российской Федерации и Украины для 11-летнего возраста и Гренландии

для 15-летнего возраста. Наибольшие гендерные различия были выявлены в группе 15-летних подростков в Греции (29 процентных пунктов).

Между странами отмечались значительные различия: распространенность варьировала в интервале от 24% на Мальте (15-летние мальчики) до 91% в Швейцарии (11-летние девочки). Наряду с Мальтой, самая низкая распространенность чистки зубов была зафиксирована среди таких стран как Армения, Азербайджан, Казахстан, Литва и Республика Молдова.

Мальчики старшего возраста реже чистили зубы в половине стран/регионов, в то время как девочки демонстрировали противоположную тенденцию. Девочки старшего возраста чаще надлежащим образом следили за состоянием полости рта в трети стран/регионов, хотя в Азербайджане распространенность этого показателя среди девочек с возрастом снижалась. В целом, распространенность соответствующей практики в возрасте от 11 до 15 лет сократилась с 61% до 55% для мальчиков и возросла с 71% до 74% для девочек. Наибольшее возрастное снижение было зафиксировано в Азербайджане как для мальчиков (21 процентный пункт), так и для девочек (22 процентных пункта).

Социальное неравенство в соблюдении гигиены полости рта было значительным: подростки из семей с более высоким достатком чаще чистили зубы почти во всех странах/регионах. Наибольший социальный градиент зафиксирован в Гренландии как для мальчиков (разница в 44 процентных пункта), так и для девочек (разница в 37 процентных пунктов).

После 2014 г. доля подростков, которые чистят зубы по меньшей мере дважды в день, осталась прежней. В нескольких странах/регионах произошли изменения, которые, однако, носили разнонаправленный характер. На рис. 3 в кратком виде представлены различия в пищевом поведении и соблюдении гигиены полости рта в разбивке по достатку семьи.

РЕЗЮМЕ

Правильное пищевое поведение имеет большое значение для здоровья подростков и их потенциала к полноценному участию в осуществляемой деятельности, обучению, росту и развитию. Последние данные указывают на плохие пищевые привычки подростков в Европе и Канаде, включая недостаточное употребление здоровой пищи, частое употребление продуктов с высоким содержанием сахара и нерегулярное питание. С 2014 г. доля мальчиков и девочек, завтракающих в школьные дни, сократилась: лишь чуть больше половины подростков завтракают во все дни посещения школы. Девочки чаще, чем мальчики, пропускают завтрак и не питаются со своей семьей во всех возрастных группах.

Большинство подростков не едят в достаточном количестве продукты, богатые питательными веществами, такие как фрукты и овощи; при этом слишком многие из них употребляют продукты, подвергнутые интенсивной обработке, например, сладости и безалкогольные напитки. Такая ситуация имеет место, несмотря

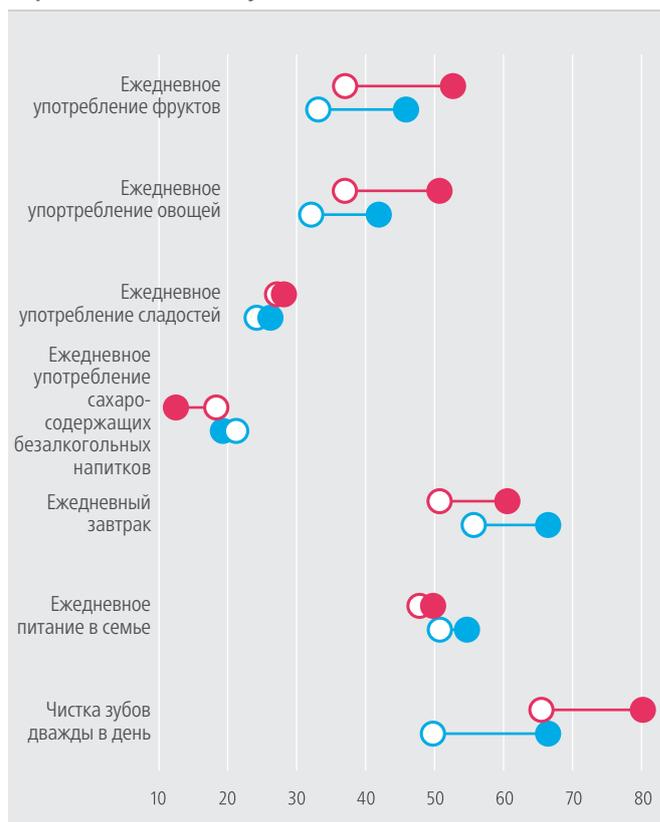
на недавнее снижение потребления сладостей и безалкогольных напитков и рост потребления фруктов и овощей в период после 2014 г. Недостаточное употребление фруктов и овощей может приводить к так называемому скрытому голоду, или дефициту питательных микроэлементов, и влиять на риск возникновения неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и ожирение.

Становясь старше и обретая большую самостоятельность в том, что касается их пищевого поведения, подростки чаще выбирают вредные для здоровья продукты и пропускают приемы пищи. Выбор вредных для здоровья продуктов также влияет на здоровье полости рта, увеличивая риск кариеса. Это внушает беспокойство, поскольку в некоторых странах/регионах показатели надлежащего соблюдения гигиены полости рта остаются низкими, особенно среди мальчиков.

Социальное неравенство в отношении пищевого поведения и гигиены полости рта отмечается во многих странах/регионах; при этом подростки из более обеспеченных семей в целом имеют более здоровые пищевые привычки и более тщательно соблюдают гигиену полости рта. Нищета может негативно влиять на пищевое поведение подростков во многих отношениях и делает подростков с более низким социально-экономическим статусом особенно уязвимыми в плане плохого питания и связанных с ним неблагоприятных последствий для здоровья.

Рис. 3. Различия в пищевом поведении и соблюдении гигиены полости рта в разбивке по достатку семьи

низкий ШДС ●
высокий ШДС ●
ДЕВОЧКИ (%) ○
МАЛЬЧИКИ (%) ○



ШДС: Шкала достатка семьи. Примечание: при объединении всех возрастных групп.

Менее чем пятая часть подростков выполняют глобальные рекомендации в отношении физической активности для укрепления здоровья, причем степень участия в соответствующих мероприятиях является особенно низкой для девочек из бедных семей.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Лишь 19% подростков выполняют рекомендации в отношении ежедневной часовой физической активности от умеренной до высокой интенсивности (MVPA).
- В период после 2014 г. уровень MVPA снизился примерно в трети стран/регионов.
- Для половины мальчиков (49%) и трети девочек (35%) характерна интенсивная физическая активность (VPA) 4 или более раз в неделю.
- Во всех возрастных группах и практически во всех странах/регионах мальчики в большей степени, чем девочки, склонны к физической активности.
- Гендерный разрыв увеличивается с возрастом как для MVPA, так и для VPA.
- Более низкий уровень физической активности отмечается у подростков старшей возрастной группы и подростков из семей с низким достатком.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Менее чем пятая часть подростков (19%) выполняли глобальную рекомендацию ВОЗ в отношении ежедневной 60-минутной MVPA. Распространенность этой практики была выше среди мальчиков, чем среди девочек (23% и 16% соответственно). Гендерный разрыв увеличивался с возрастом и был значительным в 29 странах/регионах для 11-летнего возраста, в 37 странах/регионах для 13-летнего возраста и в 39 странах/регионах для 15-летнего возраста. Максимальные гендерные различия были зафиксированы в группе 15-летних подростков в Сербии (20 процентных пунктов).

Показатели MVPA, как правило, снижались с возрастом как для мальчиков, так и для девочек. Возрастное снижение соответствующих показателей было в большей степени характерно для девочек; при этом значительное сокращение в возрасте от 11 до 15 лет было зафиксировано в 29 странах/регионах для мальчиков и в 42 странах/регионах для девочек. Снижение показателей было наиболее заметным среди финских мальчиков (30 процентных пунктов) и девочек (25 процентных пунктов). Лишь в 3 странах (Грузия, Дания и Нидерланды)

не было выявлено значительных возрастных различий как среди мальчиков, так и среди девочек.

Показатели в разных странах варьировали в широких пределах: наибольшая распространенность соответствующих действий была зарегистрирована для 11-летних мальчиков в Финляндии (52%), а наименьшая – для 15-летних девочек в Италии (4%). В целом, самые низкие уровни MVPA были зафиксированы в странах Западной/Южной Европы, таких как Италия, Португалия и Франция.

Значимая связь между MVPA и достатком семьи была выявлена в 31 стране/регионе для мальчиков и в 26 странах/регионах для девочек. Во всех из них более **высокий достаток был связан с более высоким уровнем MVPA**; исключением стали девочки в Казахстане, где показатель MVPA был выше среди девочек из семей с низким достатком. Связь между MVPA и достатком семьи для мальчиков и для девочек отсутствовала в 5 странах/регионах (Германия, Гренландия, Дания, Румыния и Соединенное Королевство (Шотландия)).

В период после 2014 г. уровень MVPA снизился примерно в трети стран/регионов во всех возрастных группах, главным образом среди мальчиков. Наибольшее снижение соответствующих показателей было выявлено среди 11-летних мальчиков в Румынии (18 процентных пунктов) и 13-летних девочек в Республике Молдова (15 процентных пунктов). Румыния стала единственной страной, в которой эти показатели существенно снизились как для мальчиков, так и для девочек всех возрастов. Наряду с этим было зарегистрировано небольшое увеличение показателей в ряде стран, особенно среди девочек и в возрастных группах 11 и 15 лет. В Словении было отмечено увеличение уровня MVPA среди девочек во всех трех возрастных группах.



Спорт важен, потому что он влияет на то, как мы думаем и как мы себя чувствуем.

ИНТЕНСИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Почти для половины мальчиков (49%) и трети девочек (35%) характерна VPA в свободное время 4 или более раз в неделю. Как и в случае с MVPA, показатели VPA были в целом выше для мальчиков, чем для девочек, в большинстве стран/регионов, а гендерный разрыв увеличивался с возрастом. Значительные гендерные различия были обнаружены в большинстве стран/регионов во всех трех возрастных группах. Между странами были отмечены значительные различия для мальчиков, распространенность такого поведения варьировала в интервале от 31% в возрасте 15 лет в Азербайджане до 69%

в возрасте 11 лет в Ирландии. Для девочек распространенность варьировала в интервале от 14% в возрасте 15 лет во Франции до 68% в возрасте 11 лет в Финляндии. Наибольшие гендерные различия были зафиксированы среди 15-летних подростков в Сербии (32 процентных пункта). Минимальные гендерные различия отмечались в странах/регионах Северной Европы (Дания, Исландия, Норвегия, Соединенное Королевство (Шотландия) и Финляндия).

В целом, **показатели VPA снижались с возрастом как среди мальчиков, так и среди девочек**: значительное возрастное снижение было отмечено в 28 странах/регионах для мальчиков и в 42 странах/регионах для девочек. Более существенное снижение соответствующих показателей было отмечено в группе девочек; в возрасте от 11 до 15 лет общая распространенность снизилась с 43% до 28% для девочек и с 54% до 45% для мальчиков. Наиболее существенные возрастные различия были выявлены в Венгрии для мальчиков (22 процентных пункта) и в Финляндии для девочек (29 процентных пунктов). Значительное увеличение VPA с возрастом для мальчиков было зарегистрировано только в Армении и Дании.

Для мальчиков и девочек из семей с более высоким достатком чаще была характерна VPA. Показатели VPA были минимальными для девочек из семей с низким достатком (30%), в сравнении с девочками из семей с высоким достатком (43%) и мальчиками из семей с низким и высоким достатком (44% и 57% соответственно). Значительное неравенство было зафиксировано более чем в двух третях стран/регионов как для мальчиков, так и для девочек. Среди мальчиков наиболее существенное неравенство (20+ процентных пунктов между группами с самым высоким и самым низким достатком) было обнаружено в Исландии, на Мальте, в Соединенном Королевстве (Англия и Уэльс) и Эстонии. Среди девочек наиболее существенное неравенство (20+ процентных пунктов) было отмечено в Бельгии (флам.), Исландии, Люксембурге, Словакии, Соединенном Королевстве (Англия и Шотландия) и Швеции.

По сравнению с 2014 г. в большинстве стран/регионов показатели VPA не изменились со временем. Там, где изменения были

обнаружены, какие-либо закономерности отсутствуют. Показатели VPA повысились в нескольких странах/регионах; наиболее значительное увеличение было зафиксировано среди 11-летних девочек в Греции (13 процентных пунктов). В противоположность этому в меньшей части стран также было отмечено снижение VPA, ставшее наиболее резким для 13-летних мальчиков в Дании и для 13-летних девочек в Люксембурге (15 процентных пунктов в обоих случаях). Общие изменения в период с 2014 по 2018 г. в разбивке по возрасту и полу представлены на [рис. 4](#).

РЕЗЮМЕ

Доля подростков, выполняющих глобальную рекомендацию ВОЗ в отношении ежедневной 60-минутной MVPA, остается низкой. Имеется мало данных, свидетельствующих об увеличении физической активности в период после 2014 г.; показатели MVPA сократились в трети стран/регионов, особенно среди мальчиков. Доля подростков, сообщивших о регулярной VPA в свободное время, превышала показатель для ежедневной MVPA. Несколько стран/регионов (включая Италию, Португалию и Францию) продемонстрировали низкие уровни VPA и MVPA, что было особенно очевидно для девочек.

Физическая активность, и в частности VPA, была в значительной степени обусловлена достатком семьи: подростки из малообеспеченных семей реже сообщали о регулярной физической активности. Могут существовать конкретные препятствия, мешающие физической активности в свободное время, которые оказывают несоразмерное воздействие на подростков из семей с низким достатком. Эти препятствия необходимо выявлять в целях уменьшения неравенства.

Полученные результаты также подчеркивают значимость усилий по поддержанию привычной ежедневной физической активности, например, посредством расширения возможностей для соответствующей деятельности на базе школ, а также активного перемещения и активного досуга подростков. Эти результаты также выявляют сохраняющееся гендерное неравенство в физической активности: в большинстве стран/регионов девочки сообщали о более низких MVPA и VPA. Наименьшие гендерные различия обычно отмечались в странах Северной Европы.

Рис. 4. Показатели MVPA и VPA в разбивке по возрасту и полу, 2014–2018 гг.



В период после 2014 г. до трети стран/регионов отметили увеличение показателей избыточного веса и ожирения, от которых страдает каждый пятый подросток.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Каждый четвертый подросток (особенно это касается девочек) считает себя слишком полным.
- Подростки из менее обеспеченных семей чаще имеют избыточный вес или ожирение и сообщают о негативном восприятии своего тела.
- Каждый двадцатый подросток имеет вес ниже нормы.
- С 2014 г. распространенность негативных представлений о своем теле уменьшилась более чем в половине стран/регионов.

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС И ОЖИРЕНИЕ

В целом, было установлено, что каждый пятый подросток (21%) имеет избыточный вес или страдает ожирением.

Представленные участниками опроса данные о росте и весе показали, что избыточный вес и ожирение были в большей степени распространены среди мальчиков, чем среди девочек (25% против 16%), во всех возрастных группах. Существенные гендерные различия были зафиксированы в значительном большинстве стран/регионов. Гренландия являлась единственным устойчивым исключением в связи с отсутствием гендерных различий для всех возрастов. Наибольшие гендерные различия были обнаружены в Болгарии для 13-летнего возраста (19 процентных пунктов), а наименьшие – во Франции для 11-летнего возраста (4 процентных пункта).

Между странами/регионами отмечались значительные различия в распространенности избыточного веса и ожирения. Доля мальчиков с избыточным весом или ожирением варьировала в интервале от 9% в возрасте 15 лет в Казахстане до 44% в возрасте 11 лет на Мальте, в то время как доля девочек составляла от 5% в возрасте 15 лет в Азербайджане до 35% в возрасте 13 лет на Мальте. В Гренландии, на Мальте и в Северной Македонии неизменно отмечались самые высокие показатели избыточного веса и ожирения во всех возрастных группах. Самые низкие показатели для всех возрастных и гендерных групп были зафиксированы в Казахстане, сразу за которым следовали Нидерланды и Республика Молдова.

Подростки старшей возрастной группы были менее склонны к избыточному весу или ожирению. Снижение соответствующих показателей с возрастом было очевидным почти в половине стран/регионов для обоих полов. Наибольшие возрастные снижения были зафиксированы для мальчиков в Грузии, Италии и Словакии (у всех 11+ процентных пунктов) и для

девочек в Азербайджане (21 процентный пункт). В 3 странах Северной Европы наблюдалась иная картина при максимальных (девочки в Норвегии и Финляндии) или минимальных показателях (мальчики в Дании) в возрасте 13 лет.

Было отмечено значительное социальное неравенство: более обеспеченные мальчики и девочки реже имели избыточный вес или страдали ожирением. Неравенство девочек имело место почти в двух третях стран/регионов, а неравенство мальчиков – более чем в половине из них. Наиболее значительное неравенство было зафиксировано в Соединенном Королевстве (Англия) как для мальчиков (24 процентных пункта), так и для девочек (27 процентных пунктов). Во всех странах/регионах отмечалась аналогичная картина.

В период с 2014 по 2018 г. до трети стран/регионов отметили увеличение распространенности избыточного веса и ожирения. Наибольший рост соответствующих показателей был зарегистрирован в Албании для мальчиков (11 процентных пунктов) и Албании и Венгрии для девочек (7 процентных пунктов). В небольшом количестве стран/регионов было отмечено снижение показателей избыточного веса и ожирения, которое, однако, имело место не во всех возрастных и гендерных группах.

НЕДОСТАТОЧНЫЙ ВЕС

В целом, недостаток веса был выявлен у каждого двадцатого подростка (5%). Степень выраженности гендерных различий в показателях недостаточного веса менялась с возрастом. В группе 11-летних подростков гендерные различия были выявлены примерно в четверти стран/регионов, причем во всех случаях показатели для девочек были немного выше, чем для мальчиков. Наиболее существенные различия были зафиксированы в Соединенном Королевстве (Уэльс) (5 процентных пунктов). В группе 15-летних подростков гендерные различия были обнаружены в 9 странах/регионах, причем показатели для мальчиков, как правило, несколько превышали показатели для девочек. Наибольшие различия были зафиксированы в Соединенном Королевстве (Англия) (7 процентных пунктов). В группе подростков 13 лет значительные гендерные различия были отмечены только в 3 странах/регионах.

Между странами/регионами существовали различия в распространенности случаев недостаточного веса. Доля девочек с недостатком веса варьировала в интервале от 1% в возрасте 15 лет в Финляндии до 16% в возрасте 11 лет в Соединенном Королевстве (Уэльс), а доля мальчиков с аналогичной проблемой – в интервале от < 0,5% в возрасте 15 лет в Гренландии до 14% в возрасте 11 лет в Ирландии. Социальное неравенство в показателях недостаточного веса было зарегистрировано лишь в незначительном меньшинстве стран/регионов при отсутствии определенных закономерностей.

Подростки старшего возраста реже имели недостаточный вес. Общая распространенность недостаточного веса составляла 7% для 11-летних подростков и всего 4% для 15-летних подростков. Наибольшие различия между возрастными группами

были зафиксированы в Соединенном Королевстве (Уэльс), где показатель недостатка веса у девочек изменился на 13 процентных пунктов (с 16% до 3%), и среди мальчиков в Ирландии, где аналогичный показатель для мальчиков изменился на 9 процентных пунктов (с 14% в возрасте 11 лет до 5% в возрасте 15 лет).

Имеется мало данных, свидетельствующих об устойчивом изменении показателей недостаточного веса в период после 2014 г. Наибольшее сокращение этих показателей было отмечено для 13-летних девочек в Албании (8 процентных пунктов) и 11-летних девочек в Ирландии и Соединенном Королевстве (Шотландия) (6+ процентных пунктов). Наибольшее увеличение распространенности избыточного веса имело место в группе 13-летних мальчиков в Ирландии (10 процентных пунктов).

ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА

Более четверти подростков (27%) считали себя слишком полными. Девочки сообщали об этом чаще, чем мальчики (31% и 22% соответственно). Этот гендерный разрыв был значительным в трех четвертях стран/регионов и увеличивался с возрастом. Гендерное неравенство было наиболее выраженным в группе 15-летних подростков в Гренландии (разница в 30 процентных пунктов) (рис. 5).

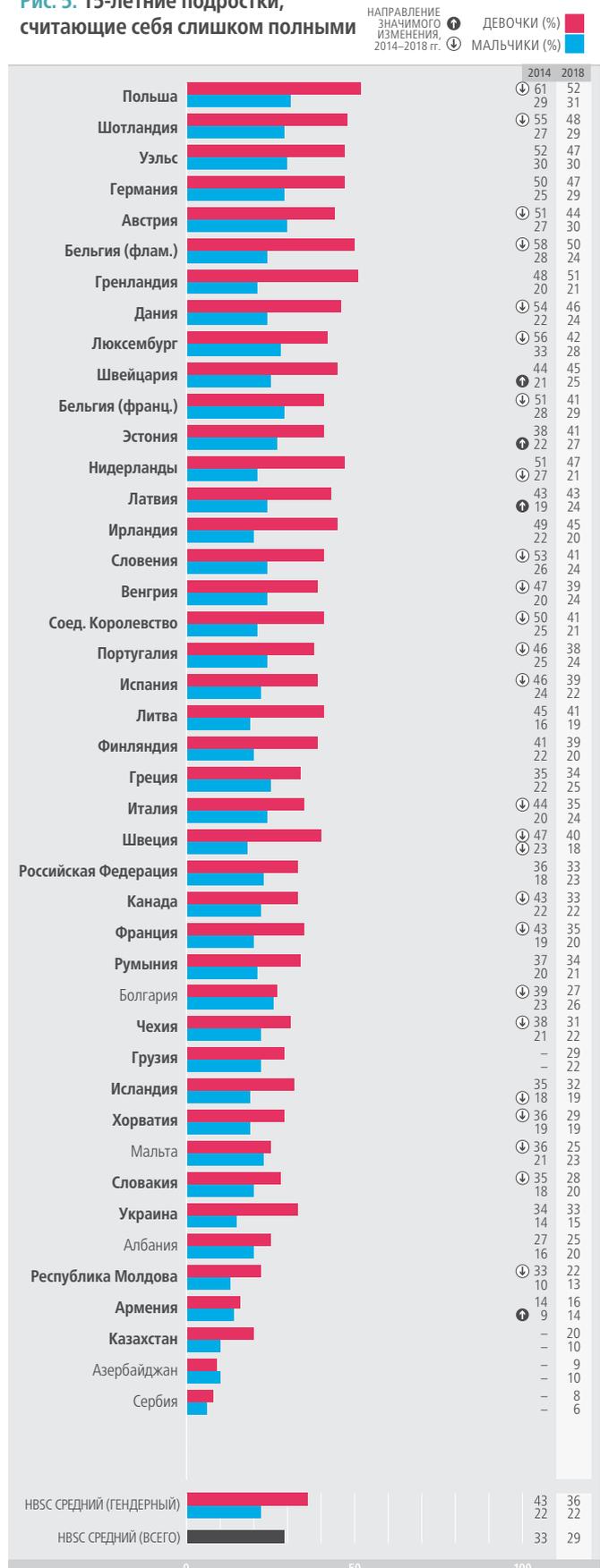
Между странами были зафиксированы значительные различия. Доля подростков, считавших себя слишком полными, варьировала в интервале от 2% в группе 11-летних мальчиков в Сербии до 52% в группе 15-летних девочек в Польше. Примечательно, что в Польше и Сербии были зафиксированы, соответственно, самые высокие и самые низкие показатели во всех возрастных группах.

Подростки старшей возрастной группы чаще считали себя слишком полными. Увеличение соответствующих показателей с возрастом было заметным почти во всех странах/регионах для девочек и менее чем в половине стран/регионов для мальчиков. Наибольшее возрастное увеличение было зафиксировано в Соединенном Королевстве (Уэльс) как для девочек (26 процентных пунктов), так и для мальчиков (11 процентных пунктов). Показатель распространенности существенно снижался с возрастом среди мальчиков в Албании, Литве и Украине.

Социальное неравенство было отмечено почти в половине стран/регионов: подростки из семей с меньшим достатком чаще сообщали о том, что считают себя слишком полными. Наиболее значительное социальное неравенство в восприятии своего тела было выявлено в Германии и Соединенном Королевстве (Шотландия) для девочек и в Испании и Италии для мальчиков.

В период после 2014 г. распространенность представлений о чрезмерной полноте собственного тела значительно снизилась более чем в половине стран/регионов (23). Снижение соответствующих показателей было особенно замет-

Рис. 5. 15-летние подростки, считающие себя слишком полными



Примечание: выделение страны/региона жирным шрифтом указывает на значимое гендерное различие в 2018 г. (при $p < 0,05$); значимое изменение в период с 2014 по 2018 гг. (при $p < 0,05$) обозначено стрелочкой, указывающей направление изменений (средние значения для 2014 г. и 2018 г. не подлежат прямому сопоставлению, и значимость не показана).

ным для девочек и 15-летних подростков и оказалось наиболее существенным в Люксембурге (14 процентных пунктов), а также в Болгарии и Словении (12 процентных пунктов в обоих случаях). С другой стороны, значительный рост соответствующих показателей со временем был зафиксирован среди 15-летних подростков в Армении, Латвии, Российской Федерации и Эстонии (5 процентных пунктов). Польша по-прежнему являлась страной с наибольшей долей подростков, негативно воспринимающих свое тело.

На рис. 6 представлены обобщенные сведения о распространенности избыточного веса и ожирения и представлений об избыточном весе в разбивке по возрасту и полу.

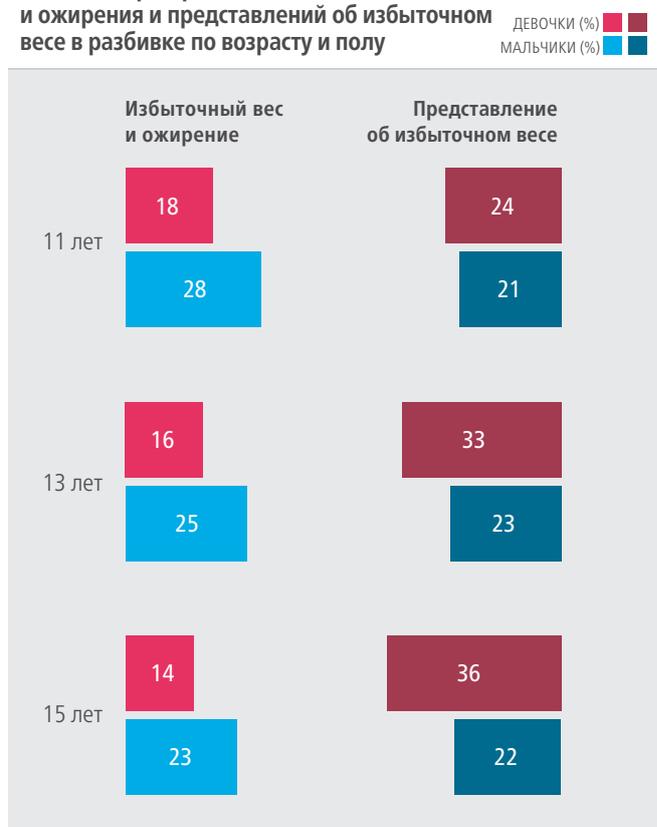
РЕЗЮМЕ

В период после 2014 г. отмечался рост показателей избыточного веса и ожирения. Каждый пятый подросток имеет избыточный вес или страдает ожирением, причем эти проблемы чаще затрагивают мальчиков из всех возрастных групп. В противоположность этому распространенность случаев недостаточного веса в период после 2014 г. не изменилась: девочки и мальчики младшего возраста чаще сообщают о низком весе. Показатели избыточного и недостаточного веса и ожирения снижаются с возрастом, то есть подростки старшего возраста чаще имеют здоровый вес. Данные тенденции могут не только в некоторой степени отражать процессы созревания, но и указывать на растущее социокультурное давление, побуждающее подростков соответствовать конкретным стереотипам в отношении тела, когда они становятся старше и начинают больше заботиться о своей фигуре.

Более четверти подростков считают себя слишком полными, причем эти негативные представления о своем теле особенно ярко выражены у девочек. Такая ситуация сохраняется, несмотря на значительное сокращение случаев негативного восприятия своего тела, особенно среди девочек, в период после 2014 г. По мере взросления подростков их представления о собственном теле становятся все более негативными.

Как недостаточный, так и избыточный вес подрывают имеющийся у подростков потенциал для здорового развития и могут приводить к серьезным последствиям для здоровья, образования и экономики. Подростки из более низких социально-экономических слоев особенно уязвимы, поскольку они чаще имеют избыточный вес или ожирение и считают себя слишком

Рис. 6. Распространенность избыточного веса и ожирения и представлений об избыточном весе в разбивке по возрасту и полу



полными. Нищета, отсутствие продовольственной безопасности, более вредная пища и городская среда могут обуславливать избыточный вес и ожирение, в то время как негативное восприятие своего тела может быть связано с целым рядом факторов, включая социальные сети.

Между странами/регионами были обнаружены значительные различия в распространенности случаев отсутствия данных об индексе массы тела. Наибольшие показатели, характеризующие отсутствие данных, были зафиксированы в Соединенном Королевстве и Ирландии, за которыми следовали Гренландия, Мальта и Канада. Процент отсутствующих данных снижался с возрастом и был выше для девочек, чем для мальчиков, во всех возрастных группах (см. том 2). Распространенность случаев отсутствия данных следует учитывать при интерпретации результатов.

Девочки чаще, чем мальчики, общаются с друзьями в онлайн-режиме и демонстрируют более высокие показатели проблемного использования социальных сетей.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Тридцать пять процентов подростков используют электронные средства связи для общения с другими лицами на протяжении практически всего дня (интенсивное использование).
- Каждый десятый подросток сообщает об интенсивной онлайн-коммуникации с неизвестными прежде лицами, знакомство с которыми состоялось в интернете.
- Семь процентов подростков сообщают о проблемном использовании социальных сетей.
- Мальчики чаще, чем девочки, сообщают о том, что они отдают предпочтение онлайн-коммуникации.

ИНТЕНСИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

В целом, 35% подростков были отнесены к категории активных участников коммуникации с использованием электронных средств связи, то есть общавшихся с друзьями или другими лицами в онлайн-режиме на протяжении практически всего дня. Распространенность варьировала в интервале от 12% для 11-летних мальчиков в Азербайджане до 63% для 15-летних девочек в Италии. Странами с особенно высокой распространенностью интенсивных онлайн-контактов являлись Албания, Италия, Румыния, Северная Македония и Сербия. Общая распространенность интенсивного использования была выше для девочек, чем для мальчиков, во всех возрастных группах, причем гендерные различия были более выраженными среди подростков старшего возраста. Частота онлайн-коммуникации увеличивалась с возрастом как для мальчиков, так и для девочек. Наибольшие различия между подростками 11 и 15 лет были зафиксированы в Исландии (21 процентный пункт для мальчиков и 37 процентных пунктов для девочек).

Более четверти (29%) подростков сообщили об онлайн-контактах с близкими друзьями на протяжении практически всего дня. Более высокий показатель был отмечен среди девочек, чем среди мальчиков (32% против 26%), особенно в возрасте 15 лет (40% против 31%). Показатели интенсивных онлайн-контактов с близкими друзьями увеличивались с возрастом как для мальчиков, так и для девочек во всех странах/регионах от 21% в возрасте 11 лет до 36% в

возрасте 15 лет (исключением стала Болгария, в которой пик пришелся на 13-летний возраст).

В целом, каждый десятый подросток (10%) сообщил об интенсивной онлайн-коммуникации с неизвестными прежде лицами, знакомство с которыми состоялось в интернете. Распространенность такого поведения была выше среди мальчиков во всех трех возрастных группах. Соответствующие показатели увеличились с возрастом примерно в четверти стран/регионов для девочек, но не изменились ни в одной из возрастных групп для мальчиков.

На рис. 7 представлены интенсивные онлайн-контакты с друзьями и другими группами в разбивке по полу.

Подростки из семей с более высоким достатком чаще сообщали об интенсивной онлайн-коммуникации почти в половине стран/регионов. Наибольшие различия были зарегистрированы в Албании, Армении, Республике Молдова и Украине (в интервале от 18 до 22 процентных пунктов для девочек и от 13 до 20 процентных пунктов для мальчиков). Примечательно, что в Бельгии (флам.) имела место противоположная тенденция, касавшаяся только мальчиков.

ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОНЛАЙНОВОЙ КОММУНИКАЦИИ

Для обсуждения своих чувств, проблем и секретов большинство подростков предпочитали онлайн-коммуникации личное общение с друзьями. При этом **14% подростков (14% мальчиков и 13% девочек) отдали решительное предпочтение онлайн-коммуникации в сравнении с личным общением.** Между странами отмечались значительные различия; доля подростков, предпочитавших онлайн-коммуникацию, варьировала в интервале от 2% для 11-летних мальчиков в Нидерландах до 34% для 15-летних девочек в Казахстане. В целом, степень предпочтения онлайн-коммуникации с возрастом повышалась как для мальчиков, так и для девочек; этот возрастной эффект был значимым в 23 странах/регионах для мальчиков и в 28 странах/регионах для девочек. Наиболее выраженный возрастной эффект был зафиксирован в Соединенном Королевстве (Шотландия) для мальчиков (18 процентных пунктов) и в Канаде для девочек (18 процентных пунктов).

Мальчики отдавали большее предпочтение онлайн-коммуникации, нежели девочки, однако разница в соответствующих показателях уменьшалась с возрастом. Гендерные различия были отмечены почти в половине стран/регионов для 11-летнего возраста и лишь в 6 странах/регионах для 15 лет. Наибольшие гендерные различия (10 процентных пунктов) были зафиксированы для 11-летних подростков в Албании и 15-летних подростков в Дании.

Связь с достатком семьи наблюдалась лишь в ряде стран/регионов. Тенденции были разнонаправленными для мальчиков, но согласованными для девочек; во всех 5 странах/регионах, где среди девочек было выявлено социальное неравенство, девочки из семей с низким достатком отдавали большее предпочтение онлайн-коммуникации.



« [В социальной сети] можно выразить свои чувства, находясь на безопасном расстоянии от собеседников.

ПРОБЛЕМНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

В целом, 7% подростков были отнесены к категории проблемных пользователей социальных сетей на основе Шкалы расстройств, вызываемых зависимостью от социальных сетей (Van den Eijnden et al., 2016). Показатели распространенности составляли от 1% для 11-летних девочек в Исландии до 24% для 11-летних мальчиков в Азербайджане. В группе 15-летних подростков самые высокие показатели проблемного использования были зарегистрированы в Албании, Ирландии, Испании и на Мальте.

Гендерные различия в отношении уровня проблемного использования социальных сетей были небольшими, но увеличивались с возрастом. В группе 11-летних подростков значительные гендерные различия были зафиксированы в 12 странах/регионах, причем мальчики сообщали о проблемном использовании соответствующих средств чаще, чем девочки. В группах 13- и 15-летних подростков проблемное использование было в большей степени распространено среди девочек при значительных гендерных различиях примерно в половине стран/регионов.

Самые высокие показатели проблемного использования социальных сетей были зарегистрированы для 15-летних девочек. Распространенность соответствующих случаев повысилась с 5% в возрасте 11 лет до 10% в возрасте 15 лет для девочек, практически не изменившись для мальчиков (6% и 7% соответственно). Наиболее выраженный возрастной эффект был зафиксирован в Азербайджане для мальчиков (17 процентных пунктов) и в Албании для девочек (15 процентных пунктов). Проблемное использование социальных сетей было связано

с достатком семьи лишь в нескольких странах/регионах, причем тенденции были разнонаправленными. Наибольшие различия между группами с высоким и низким достатком были выявлены в Испании для мальчиков (6 процентных пунктов) и в Норвегии для девочек (7 процентных пунктов).

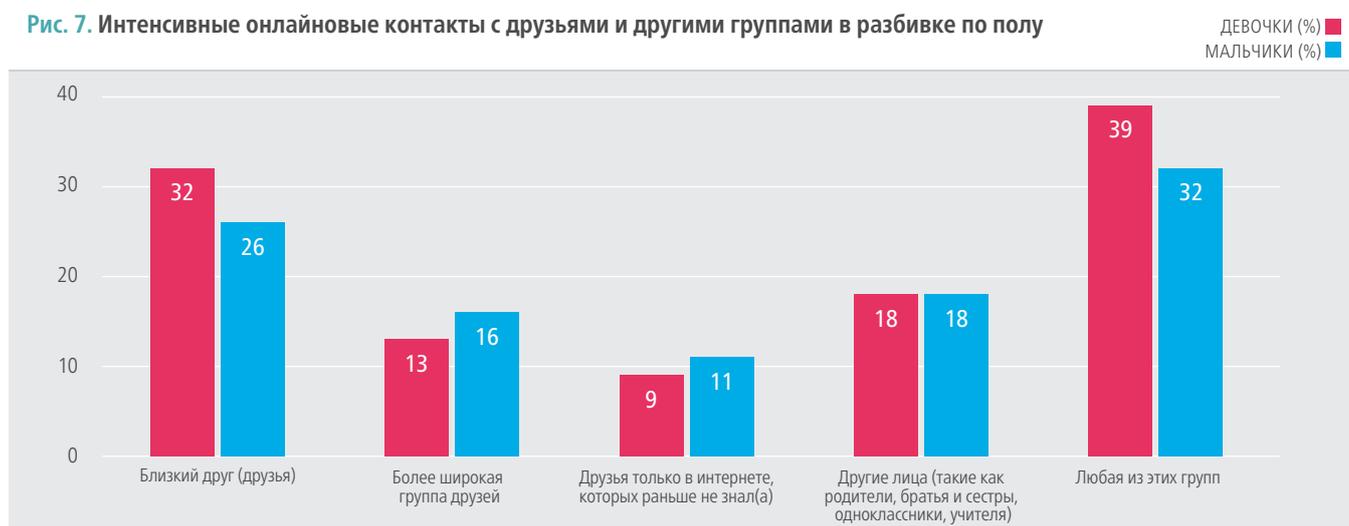
РЕЗЮМЕ

Онлайновая коммуникация стала неотъемлемой частью жизни подростков. Имеются надлежащие подтверждения того, что предпочтение личному общению онлайн социального взаимодействия, которое является более анонимным и контролируемым, – это фактор, связанный с социальной уязвимостью (такой как социальная тревожность, застенчивость и низкий уровень социальных навыков) и психосоциальными проблемами (Caplan, 2003).

Симптомы проблемного использования социальных сетей схожи с симптомами зависимости: примером может служить утрата контроля над собственным использованием социальных сетей, наносящая ущерб другим важным областям жизни, включая отношения со сверстниками и родителями, хобби (Van den Eijnden et al., 2016). Треть подростков общаются в интернете с друзьями и другими лицами на протяжении практически всего дня, в то время как примерно каждый восьмой из них предпочитает использовать онлайн коммуникацию для обсуждения личных проблем со своими друзьями.

Частота онлайн коммуникации повышается с возрастом, причем отмечаются разные гендерные тенденции. Для девочек в большей степени характерна интенсивная онлайн коммуникация, однако мальчики чаще предпочитают обсуждать личные проблемы в интернете. Кроме того, становясь старше, девочки подвергаются большему риску проблемного использования социальных сетей. Между странами отмечались значительные различия в показателях поведения в интернете, что свидетельствует о том, что в формировании этих аспектов жизни подростков определенную роль играют культурные, политические и экономические факторы.

Рис. 7. Интенсивные онлайн контакты с друзьями и другими группами в разбивке по полу



ответов между группами с самым высоким и самым низким достатком составила 11% для девочек и 12% для мальчиков. Наибольшие различия (около 20 процентных пунктов для всей совокупности мальчиков и девочек) были отмечены в Азербайджане и Соединенном Королевстве (Англия). Противоположная картина наблюдалась в Казахстане, где подростки из семей с низким достатком чаще сообщали об отличном здоровье.

В целом, в период с 2014 по 2018 г. распространенность ответов, свидетельствующих об отличном здоровье, практически не изменилась: в отдельных странах/регионах отмечалось небольшое увеличение или сокращение соответствующих показателей, в то время как примерно в половине из них реальные изменения отсутствовали. Исключениями стали Албания, где соответствующий показатель увеличился примерно на 20 процентных пунктов во всех возрастных группах, и Бельгия (флам.), где он снизился на 20 процентных пунктов для обоих полов в возрасте 11 лет.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ

Большинство подростков чувствовали удовлетворенность своей жизнью: общая оценка составляла 7,8 из 10. Средний показатель на уровне стран/регионов варьировал в интервале от 7,2 на Мальте до 8,6 в Казахстане. Степень удовлетворенности жизнью была выше у мальчиков, чем у девочек, в большинстве стран/регионов. Наибольшие гендерные различия были отмечены в Австрии, Канаде и Швеции. В странах/регионах с наибольшими общими оценками удовлетворенности жизнью также были выявлены наименьшие гендерные различия. Различия между полами увеличивались с возрастом, причем более чем в двух третях стран/регионов пик пришелся на 15 лет.

Средняя удовлетворенность жизнью во всех странах/регионах уменьшалась с возрастом с 8,3 в 11 лет до 7,4 в 15 лет. Это возрастное снижение было сильнее выражено у девочек. Наибольшее сокращение данного показателя отмечалось в интервале от 11 до 13 лет. В Ирландии и на Мальте были зафиксированы наибольшие возрастные различия между мальчиками (средняя разница 1,1), а в Греции – наибольшие различия между девочками (средняя разница 1,7).

Подростки из семей с более высоким достатком сообщали о большей удовлетворенности жизнью во всех странах/регионах (за исключением Казахстана и девочек в Гренландии). Наибольшие различия между подростками из семей с высоким и низким достатком были отмечены в Латвии, Соединенном Королевстве (Англия) и Эстонии.

В целом, в период после 2014 г. удовлетворенность жизнью немного повысилась – с 7,7 до 7,8. Изменения, происходившие со временем, были довольно последовательными во всех гендерных и возрастных группах. Повышение соответствующих показателей было зафиксировано в 14 странах/регионах: о наибольшем увеличении сообщили Бельгия (флам.), Северная Македония и Чехия. Снижение степени удовлетворенности жизнью имело место лишь в 2 странах (Австрия и Мальта).

ОТДЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ

Применяемый в рамках HBSC контрольный перечень симптомов служит неклиническим показателем субъективных жалоб на здоровье (головная боль, боль в животе, боль в спине, ощущение подавленности, раздражительность или плохое настроение, нервозность, трудности с засыпанием и головокружение) в последние 6 месяцев, которые могут быть обусловлены соматическими и психологическими причинами. В целом, наиболее распространенные жалобы на здоровье касались психологического здоровья: нервозности (25%), раздражительности (25%) и трудностей с засыпанием (24%), за которыми следовала подавленность (18%). Более низкие показатели распространенности были зафиксированы для жалоб соматического характера: головной боли (15%), боли в спине (13%), боли в животе (10%) и головокружения (10%).

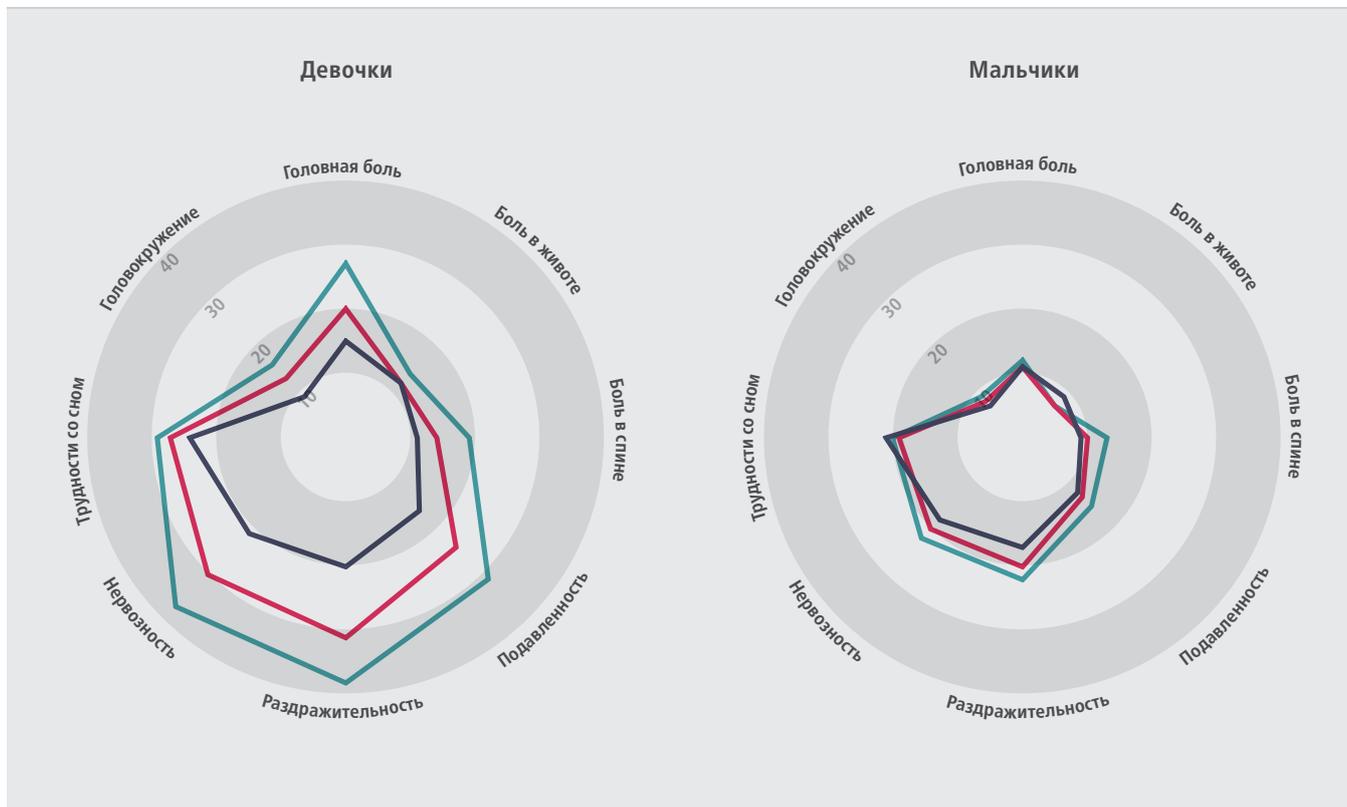
“Зачастую психическое благополучие подростков остается без внимания и рассматривается просто как “часть взросления”.

От подростков старшей возрастной группы поступило больше отдельных жалоб на здоровье, однако возрастные эффекты варьировали в зависимости от пола (рис. 9). Распространенность раздражительности, нервозности, подавленности, головной боли и боли в спине среди девочек увеличивалась с возрастом практически во всех странах/регионах. Среди мальчиков возрастные эффекты были отмечены менее чем в половине стран/регионов. Наибольшие различия между 11- и 15-летними подростками были зафиксированы в отношении раздражительности (13 процентных пунктов для мальчиков в Болгарии и 31 процентный пункт для девочек в Греции) и подавленности (19 процентных пунктов для мальчиков в Азербайджане и 27 процентных пунктов для девочек в Соединенном Королевстве (Англия)).

У девочек чаще, чем у мальчиков, возникали отдельные жалобы на здоровье. Наибольшие гендерные различия касались раздражительности, нервозности и подавленности (средняя разница в 10 процентных пунктов между девочками и мальчиками). Гендерные различия увеличивались с возрастом для всех жалоб на здоровье, причем самые высокие показатели распространенности были зафиксированы в группе 15-летних девочек. В возрасте 15 лет девочки сообщали о более частых приступах головной боли и раздражительности во всех странах/регионах. Наиболее существенные гендерные различия были зафиксированы в группе 15-летних подростков для показателя раздражительности (разница в 27 процентных пунктов в Греции) и подавленности (разница в 25 процентных пунктов в Гренландии и Италии).

Рис. 9. Распространенность 8 отдельных жалоб на здоровье в разбивке по возрасту среди мальчиков и девочек

11 лет — ■
13 лет — ■
15 лет — ■



Связь с достатком семьи для каждой отдельной жалобы на здоровье была отмечена лишь в небольшом количестве стран/регионов. В большинстве стран/регионов с социальным неравенством на здоровье чаще жаловались подростки из семей с более низким достатком. Наибольшее социальное неравенство было выявлено в отношении подавленности. Связь между ощущением подавленности и достатком семьи была обнаружена более чем в трети стран/регионов (18 для мальчиков и 16 для девочек), в которых подростки из малообеспеченных семей чаще сообщали, что чувствуют себя подавленно. Наибольшие различия между группами с высоким и низким достатком были зарегистрированы в Гренландии для мальчиков (15 процентных пунктов) и на Мальте для девочек (13 процентных пунктов).

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ

Ответы в отношении 8 отдельных жалоб на здоровье были объединены для получения показателя множественных жалоб на здоровье, который определяется как появление двух или более симптомов по меньшей мере раз в неделю.

В целом, о наличии множественных жалоб на здоровье сообщил каждый третий подросток (35%). Количество жалоб в разных странах варьировало в широких пределах. В группе подростков мужского пола об их наличии сообщали от 16% 11-летних мальчиков в Испании до 51% 15-летних мальчиков

в Болгарии. Наименьшая распространенность среди девочек была зафиксирована для 11-летнего возраста в Словении (19%), а наибольшая – для 15-летнего возраста в Италии (75%).

Девочки чаще, чем мальчики, сообщали о наличии множественных жалоб на здоровье (43% против 28%), и эта разница между полами увеличивалась с возрастом.

Девочки чаще отмечали наличие множественных жалоб на здоровье в 26 странах/регионах в возрасте 11 лет, в 40 странах/регионах в возрасте 13 лет и во всех странах/регионах в возрасте 15 лет. Наибольшие гендерные различия в группе 15-летних подростков были выявлены в Италии (44% мальчиков и 75% девочек), а наименьшие – в Азербайджане (24% мальчиков и 35% девочек).

На рис. 10 представлены средние показатели HBSC по множественным жалобам на здоровье в разбивке по возрасту и полу.

Распространенность множественных жалоб на здоровье повышалась с возрастом почти во всех странах/регионах для девочек и в трети стран/регионов для мальчиков.

Наибольшее увеличение соответствующих показателей в возрасте от 11 до 15 лет было зафиксировано в Словении для девочек (34%) и в Соединенном Королевстве (Шотландия) для мальчиков (15%). О значительном снижении количества множественных жалоб на здоровье с возрастом только среди маль-

чиков сообщили всего 2 страны: в Республике Молдова было отмечено небольшое (на 5 процентных пунктов в возрасте от 11 до 15 лет), а в Азербайджане – более существенное (на 16 процентных пунктов) снижение соответствующих показателей. В среднем, повышение распространенности с возрастом носило более выраженный характер в группе девочек (с 33% в возрасте 11 лет до 52% в возрасте 15 лет), чем в группе мальчиков (с 27% в возрасте 11 лет до 30% в возрасте 15 лет).

Подростки из семей с низким достатком чаще сообщали о наличии множественных жалоб на здоровье более чем в трети стран/регионов. Средняя разница между группами с наибольшим и наименьшим достатком для мальчиков и девочек составляла 5 процентов. Наибольшее неравенство было выявлено в Соединенном Королевстве (Шотландия) для мальчиков (42% в группе с самым низким достатком в сравнении с 21% в группе с самым высоким достатком) и в Соединенном Королевстве (Англия) для девочек (55% при низком достатке против 37% при высоком достатке).

В период с 2014 по 2018 г. было зарегистрировано небольшое общее увеличение показателя количества множественных жалоб на здоровье среди подростков (33% в 2014 г. и 35% в 2018 г.). Среди мальчиков их распространенность повысилась с 25% до 28%, а среди девочек – с 40% до 43%. На национальном/региональном уровне **количество множественных жалоб на здоровье увеличилось в 26 странах/регионах, при этом их снижение было отмечено в 3 странах** (Испания, Нидерланды и Хорватия). Наибольший рост показателей (10 или более процентных пунктов) был отмечен в Соединенном Королевстве (Англия) и в Украине. Количество стран/регионов, в которых наблюдалась тенденция к их увеличению для мальчиков, почти вдвое превышало аналогичный показатель для девочек (26 против 14). Испания стала единственной страной, в которой количество множественных жалоб на здоровье уменьшалось как для мальчиков, так и для девочек во всех возрастных группах.



Подростков следует учить справляться со стрессом.

РЕЗЮМЕ

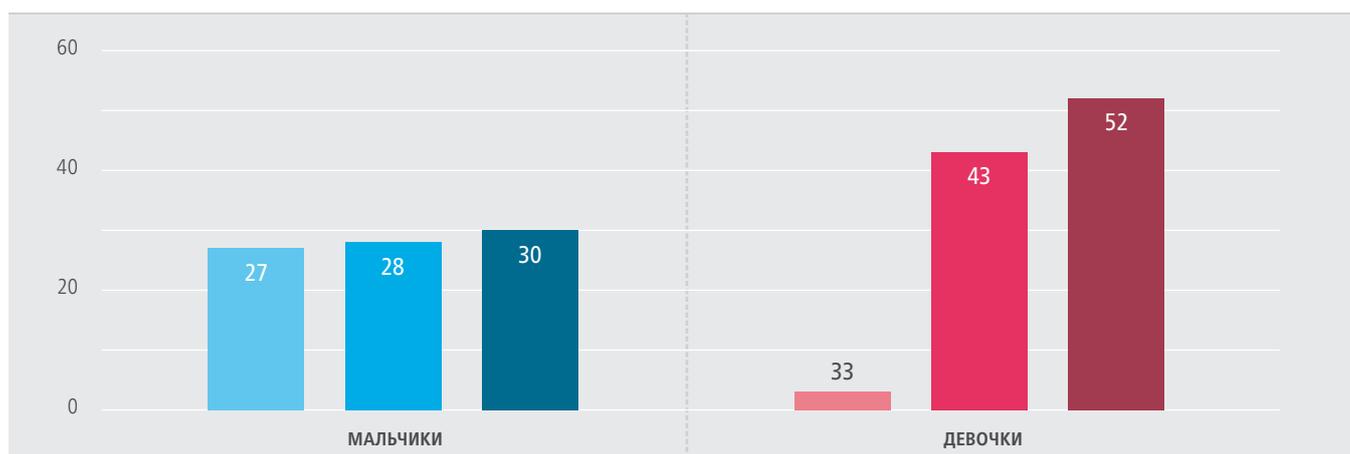
Высокий уровень психического благополучия имеет решающее значение для обеспечения здорового перехода к взрослой жизни, что влияет на общее благополучие, рост и развитие, а также на социальные и образовательные результаты. Значительное возрастное, гендерное и социальное неравенство проявилось на всей территории Европы и в Канаде для всех результатов, характеризующих психическое благополучие подростков.

Постоянной тенденцией для мальчиков стали более частые ответы о более высоком уровне психического благополучия, причем эти гендерные различия увеличивались с возрастом. В соответствии с предыдущими исследованиями девочки старшего подросткового возраста подвергались особому риску снижения уровня психического благополучия. Имеются данные, свидетельствующие о том, что в период после 2014 г. соответствующие показатели ухудшились во многих странах/регионах.

Было выявлено социальное неравенство: подростки из семей с высоким достатком демонстрировали более высокие показатели отличного здоровья и удовлетворенности жизнью при меньшем количестве жалоб на здоровье. Между странами/регионами были отмечены значительные различия в показателях психического благополучия. Это свидетельствует о том, что культурные, политические и экономические факторы могут играть определенную роль в укреплении психического благополучия.

Рис. 10. Множественные жалобы на здоровье в разбивке по возрасту и полу (HBSC среднее), (%)

11-летние ■
13-летние ■
15-летние ■



Примечание: не получены данные от Северной Македонии.

Четверть 15-летних подростков, имевших сексуальный опыт, не использовали ни презерватив, ни противозачаточную таблетку во время последнего полового сношения.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- В возрасте 15 лет каждый четвертый мальчик и каждая седьмая девочка сообщают о наличии опыта половых сношений.
- Менее двух третей (61%) ведущих половую жизнь подростков использовали презерватив во время последнего полового сношения, что несколько меньше показателя 2014 г.
- Каждый четвертый (26%) подросток использовал противозачаточную таблетку во время последнего полового сношения.
- В период после 2014 г. доля подростков, сообщающих о наличии сексуального опыта, снизилась менее чем в четверти стран/регионов; в большинстве из них не было отмечено существенных изменений.

ПОЛОВЫЕ СНОШЕНИЯ

Мальчики чаще, чем девочки, сообщали о наличии опыта половых сношений в возрасте 15 лет (24% против 14%). Значительные гендерные различия были отмечены в 29 странах/регионах и достигли максимального уровня в Грузии (43 процентных пункта) и Албании (40 процентных пунктов). Гренландия стала единственной страной со значительно большим показателем распространенности среди девочек.

Между странами отмечались значительные расхождения наряду с разными тенденциями для девочек и мальчиков.

Показатели распространенности соответствующего поведения для девочек варьировали в интервале от 1% в Армении и Казахстане и до 46% в Гренландии, в то время как для мальчиков они составляли от 14% в Казахстане и Российской Федерации до 45% в Албании и Грузии. Высокая распространенность для девочек была отмечена во многих странах Северной Европы, в то время как максимальные показатели для мальчиков были зафиксированы главным образом в Восточной Европе.

Зависимость половых сношений от социальной среды была очевидна лишь в небольшом количестве стран/регионов. Мальчики из семей с высоким достатком чаще сообщали о сексуальном опыте в 10 странах/регионах. Для девочек наличие опыта половых сношений было связано с достатком семьи только в 4 странах/регионах, причем более высокая распространенность соответствующего поведения среди девочек из менее обеспеченных семей была отмечена в 3 из них. Наиболь-

шее неравенство было зафиксировано в группе мальчиков в Грузии (разница в 35 процентных пунктов) и в группе девочек в Бельгии (франц.) (разница в 19 процентных пунктов).

В период с 2014 по 2018 г. показатели количества половых сношений снизились в 5 странах/регионах для мальчиков и 6 странах/регионах для девочек. Наибольшее снижение отмечено в Российской Федерации для мальчиков (12 процентных пунктов) и в Польше и Соединенном Королевстве (Шотландия) для девочек (8 процентных пунктов). Небольшое сокращение показателей было зафиксировано в Исландии для мальчиков и в Албании для девочек (3 процентных пункта).

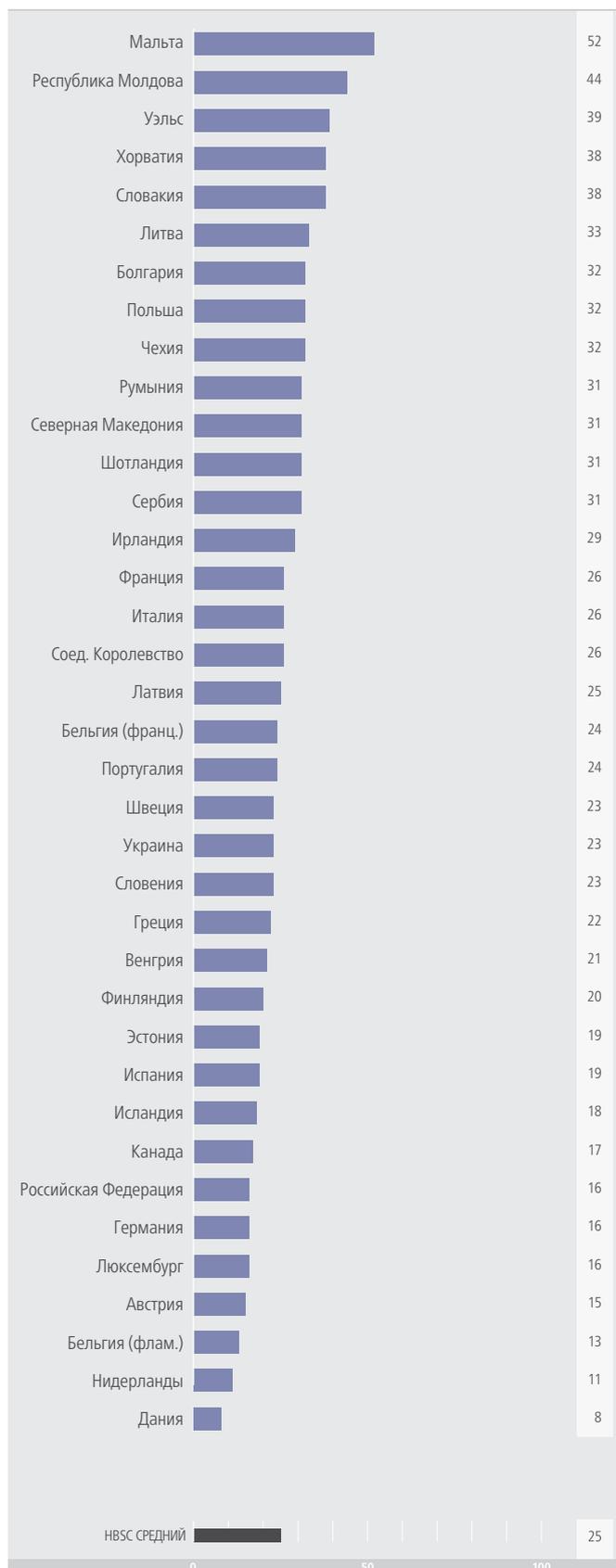
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА И ПРОТИВОЗАЧАТОЧНОЙ ТАБЛЕТКИ ВО ВРЕМЯ ПОСЛЕДНЕГО ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ

В странах/регионах, участвовавших в HBSC, приблизительно четверть 15-летних подростков (25%), имевших сексуальный опыт, не использовали ни один из двух наиболее эффективных методов контрацепции (презерватив или противозачаточную таблетку) во время последнего полового сношения (рис. 11). Между странами отмечались значительные различия: показатели среди ведущих половую жизнь подростков варьировали в интервале от 8% в Дании и до 52% на Мальте. Примерно в половине стран/регионов презерватив или противозачаточную таблетку во время последнего полового сношения не использовали более четверти подростков.

Показатели использования презервативов и противозачаточных таблеток для разных стран/регионов варьировали в широких пределах. Наименьшая распространенность использования презервативов на уровне 39% была зафиксирована на Мальте. Низкие показатели использования презервативов также были зарегистрированы в Албании, Республике Молдова, Соединенном Королевстве (Уэльс) и Швеции, где об использовании презерватива во время последнего полового сношения сообщили менее 50% подростков. В ряде стран/регионов во время последнего полового сношения крайне редко применялись противозачаточные таблетки: в Греции об их использовании сообщили только 6% подростков. Наибольшие показатели применения противозачаточных средств были зафиксированы в Испании, где об использовании презерватива во время последнего полового сношения сообщили более 75% мальчиков и девочек. Противозачаточные таблетки чаще всего использовали девочки в Нидерландах (70%), а также мальчики и девочки в Бельгии (флам.) (свыше 60%).

Показатели использования противозачаточных таблеток во время последнего полового сношения для мальчиков (27%) примерно соответствовали показателям для девочек (25%); значительные гендерные различия при отсутствии единых тенденций были зафиксированы лишь в 7 странах/регионах. В целом, мальчики чаще сообщали об использовании презерватива во время последнего полового сношения, чем девочки (64% против 58%). При этом значительные гендерные различия были отмечены только в 7 странах/регионах, и мальчики чаще использовали презервативы в 6 из них. Наибольшие гендерные различия были зарегистрированы в Албании (39 процентных пунктов).

Рис. 11. Распространенность случаев отказа от использования презервативов или противозачаточных таблеток во время последнего полового сношения, совокупный показатель для мальчиков и девочек (%)



Единственной страной, где была выявлена противоположная гендерная тенденция, стала Польша, в которой 50% мальчиков и 66% девочек сообщили об использовании презервативов во время последнего полового сношения. Получено мало данных, свидетельствующих о связи между достатком семьи и использованием презервативов или противозачаточных таблеток.

В период с 2014 по 2018 г. в группе 15-летних подростков, имевших сексуальный опыт, показатели использования презервативов немного снизились (примерно на 2 процентных пункта), однако ситуация с использованием противозачаточных таблеток существенно не изменилась. Изменения в практике применения контрацептивов произошли в небольшом количестве стран/регионов, однако определенных закономерностей в отношении презервативов или противозачаточных таблеток выявлено не было. Наиболее последовательное и значительное сокращение использования презервативов в период после 2014 г. было отмечено в Соединенном Королевстве (Уэльс) и Чехии, где соответствующие показатели снизились более чем на 20 процентных пунктов для мальчиков и более чем на 14 процентных пунктов для девочек. Существенное увеличение показателей использования презервативов отмечалось в очень немногих странах/регионах и достигло максимального уровня в группе девочек в Польше (с 24% до 66%). Показатели использования противозачаточных таблеток изменились более чем на 10% как для мальчиков, так и для девочек всего в 7 странах/регионах.

РЕЗЮМЕ

Возникновение романтических отношений является важным маркером развития подростков; в подростковом возрасте часто происходит первое половое сношение. Предыдущие исследования свидетельствуют о том, что ранние сексуальные контакты влияют на самовосприятие, благополучие, социальный статус и поведение в отношении здоровья в будущем, включая модели сексуального поведения. Раннее начало половой жизни и незащищенный секс можно рассматривать как элемент более широких категорий рискованного поведения, которые также включают употребление психоактивных веществ, причем генетические факторы и факторы среды могут являться важными связующими звеньями. Между странами отмечались значительные различия в доле 15-летних мальчиков и девочек, сообщавших о начале половой жизни и использовании контрацептивов (презервативов и противозачаточных таблеток) во время последнего полового сношения. Мальчики чаще сообщали о наличии сексуального опыта и использовании презерватива во время последнего полового сношения. Тесная связь между сексуальным поведением и достатком семьи отсутствовала.

“Организация полового воспитания остается большой проблемой школ.”

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, ТАБАКА И КАННАБИСА

Несмотря на продолжающееся снижение показателей употребления алкоголя и курения, более трети 15-летних подростков пили алкогольные напитки и почти каждый седьмой из них курил сигареты в последние 30 дней.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Алкоголь является психоактивным веществом, которое 15-летние подростки употребляют чаще всего: почти 3 из 5 таких подростков пили алкогольные напитки хотя бы раз в жизни, в то время как соответствующий показатель для курения составлял почти 1 к 4, а для употребления каннабиса — примерно 1 к 7.
- В период после 2014 г. снизились показатели употребления алкоголя и курения сигарет хотя бы раз в жизни.
- Как правило, психоактивные вещества чаще употребляют мальчики.
- Наибольшее увеличение потребления психоактивных веществ приходится на возраст с 13 до 15 лет.
- Более высокий достаток семьи связан с более высоким уровнем употребления алкоголя, в то время как курение и употребление каннабиса в меньшей степени зависят от социальных условий.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: ХОТЯ БЫ РАЗ В ЖИЗНИ И В ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ (ТЕКУЩЕЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ)

В целом, мальчики чаще, чем девочки, пили алкогольные напитки хотя бы раз в жизни (38% и 33% соответственно). Гендерные различия были более распространены среди младших подростков. Значительные гендерные различия в возрасте 11 лет были отмечены в 36 странах/регионах, причем во всех из них распространенность соответствующего поведения была выше среди мальчиков. Значительные гендерные различия в возрасте 15 лет были выявлены только в 10 странах/регионах, причем в 4 из них соответствующие показатели были выше для девочек (Канада, Латвия, Литва и Польша).

Распространенность текущего (в последние 30 дней) употребления алкоголя также была выше для мальчиков, чем для девочек (20% и 18% соответственно). В возрасте 15 лет разница между полами превысила 10 процентных пунктов как для употребления алкоголя хотя бы раз жизни, так и для текущего употребления в Албании, Армении, Грузии, Республике Молдова и Румынии. Наибольшие гендерные различия в употреблении алкоголя хотя бы раз в жизни (20 процентных

пунктов) и его текущего употребления (разница в 21 процентный пункт) были зафиксированы в Армении при более высоких показателях для мальчиков в возрасте 15 лет.

Распространенность употребления алкоголя в разных странах/регионах варьировала в широких пределах. Доля подростков, когда-либо употреблявших алкоголь, составляла от 2% 11-летних мальчиков и девочек в Казахстане до 85% 15-летних мальчиков и девочек в Греции. Текущее употребление алкоголя варьировало в интервале от 0,5% 11-летних подростков в Гренландии (мальчики) и Ирландии (девочки) до 67% 15-летних девочек в Дании. В Дании и Греции были зафиксированы самые высокие показатели употребления алкоголя хотя бы раз в жизни и его текущего употребления в возрасте 15 лет, в то время как в Азербайджане и Казахстане эти показатели были самыми низкими.

Распространенность употребления алкоголя хотя бы раз в жизни и его недавнего употребления резко увеличивались с возрастом для обоих полов почти во всех странах/регионах, за исключением Азербайджана и Казахстана. Употребление алкоголя хотя бы раз в жизни повысилось в период с 11 до 15 лет с 19% до 60% среди мальчиков и с 10% до 59% среди девочек. Аналогичным образом, показатель текущего употребления алкоголя увеличился с 7% до 38% среди мальчиков и с 3% до 36% среди девочек. Наибольшее возрастное увеличение показателей употребления алкоголя хотя бы раз в жизни было зафиксировано в Германии (60 процентных пунктов) для мальчиков и в Дании (76 процентных пунктов) для девочек. В Дании также было зарегистрировано максимальное увеличение с возрастом текущего употребления алкоголя среди мальчиков (55 процентных пунктов) и девочек (65 процентных пунктов).

Подростки из семей с более высоким достатком чаще сообщали об употреблении алкоголя хотя бы раз в жизни почти в половине стран/регионов для мальчиков и в пятой части стран/регионов для девочек. Аналогичным образом, подростки из состоятельных семей **сообщали о более частом употреблении алкоголя в текущий момент** почти в половине стран/регионов. Такая картина имела место во всех странах/регионах. Во Франции были зафиксированы наибольшие различия между подростками из семей с высоким и низким достатком в показателях употребления алкоголя хотя бы раз в жизни (22 процентных пункта для мальчиков и 25 процентных пунктов для девочек) и его текущего употребления (20 процентных пунктов для мальчиков и 17 процентных пунктов для девочек).

В период после 2014 г. отмечалось небольшое снижение показателя употребления алкоголя хотя бы раз в жизни среди подростков (с 38% до 35%), однако общие уровни его текущего употребления не изменились. Наибольшее снижение распространенности употребления алкоголя хотя бы раз в жизни (16 процентных пунктов) было выявлено в Республике Молдова, за которой следовали Армения, Чехия и Эстония, где она снизилась примерно на 10 процентных пунктов. Наибольшее сокращение текущего употребления алкоголя имело место в Гренландии (10 процентных пунктов), в то время как

наибольшее увеличение соответствующих показателей было зафиксировано в Португалии (5 процентных пунктов).

СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ: ХОТЯ БЫ РАЗ В ЖИЗНИ И В ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ

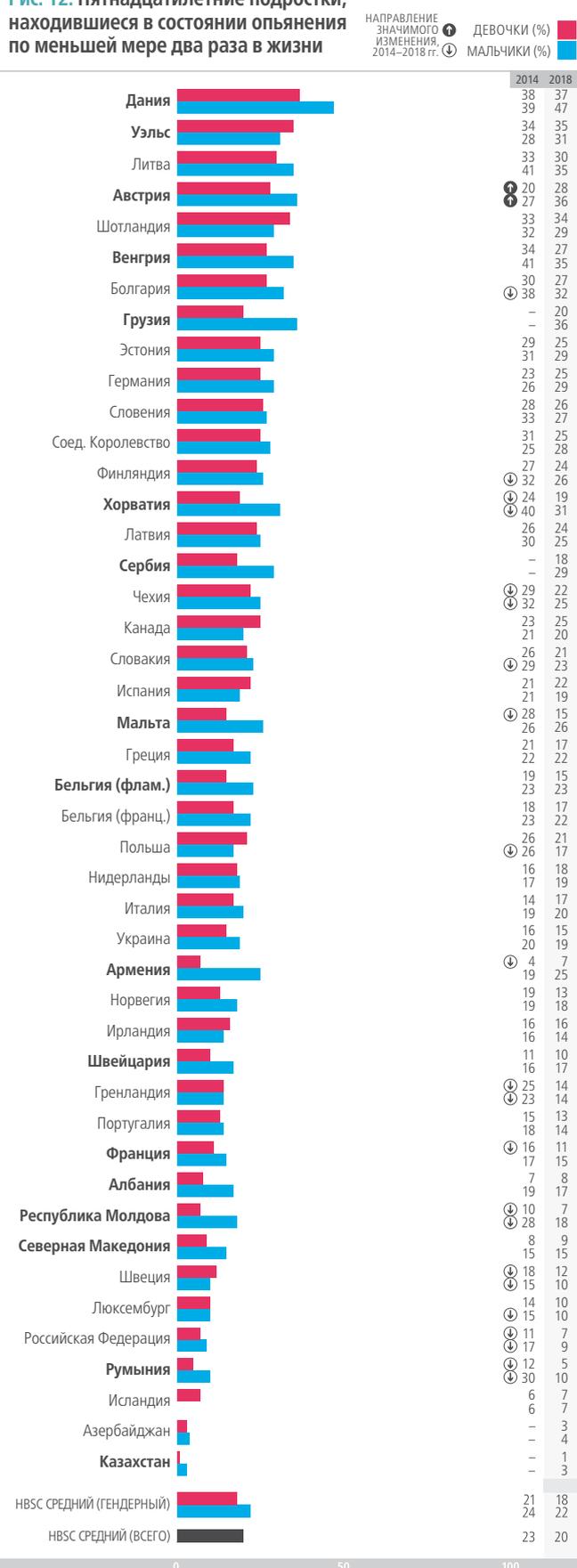
Каждый пятый 15-летний подросток (20%) находился в состоянии опьянения два и более раза в жизни (рис. 12), и почти каждый седьмой (15%) находился в этом состоянии за последние 30 дней. Показатели опьянения были выше для мальчиков, чем для девочек, во всех возрастных группах. Гендерные различия были значительными примерно в трети стран/регионов в группах 11- и 15-летних подростков и менее выраженными в возрасте 13 лет. Единственным исключением стало Соединенное Королевство (Уэльс), где девочки чаще находились в состоянии опьянения хотя бы раз в жизни и в последние 30 дней. Наибольшие гендерные различия были выявлены в Армении для состояния опьянения, имевшего место хотя бы раз в жизни и в последнее время, в возрасте 15 лет (18 процентных пунктов).

Распространенность состояния опьянения в разных странах/регионах варьировала в широких пределах. Распространенность соответствующего поведения в возрасте 11 и 13 лет в целом была низкой; максимальные показатели были зарегистрированы в Болгарии и Грузии. В группе 15-летних доля подростков, находившихся в состоянии опьянения два и более раза в жизни, варьировала в интервале от 1% девочек в Казахстане до 47% мальчиков в Дании. Что касается распространенности состояния опьянения в последние 30 дней, показатель варьировал от 1% девочек в Казахстане до 36% мальчиков в Дании.

Распространенность недавнего опьянения и опьянения, имевшего место хотя бы раз в жизни, резко увеличивалась с возрастом для обоих полов почти во всех странах/регионах. Основными исключениями стали Азербайджан и Казахстан, где уровень распространенности опьянения, имевшего место хотя бы раз в жизни, и недавнего опьянения составлял менее 5% во всех возрастных группах. В Дании было зарегистрировано наибольшее возрастное увеличение показателей опьянения, имевшего место хотя бы раз в жизни (46 процентных пунктов для мальчиков и 37 процентных пунктов для девочек), и недавнего опьянения (36 процентных пунктов для мальчиков и 32 процентных пункта для девочек).

Подростки из семей с более высоким достатком чаще сообщали об опьянении, имевшем место два или более раза в жизни, в трети стран/регионов (мальчики) и менее чем в четверти из них (девочки). Аналогичным образом, подростки из состоятельных семей сообщали о более частых случаях опьянения в последнее время в небольшом количестве стран/регионов. Исландия стала единственной страной, в которой сложилась противоположная картина в отношении случаев опьянения, имевших место хотя бы раз в жизни: более высокие показатели были зарегистрированы для мальчиков из семей с низким достатком.

Рис. 12. Пятнадцатилетние подростки, находившиеся в состоянии опьянения по меньшей мере два раза в жизни



Примечание: выделение страны/региона жирным шрифтом указывает на значимое гендерное различие в 2018 г. (при $p < 0,05$); значимое изменение в период с 2014 по 2018 гг. (при $p < 0,05$) обозначено стрелочкой, указывающей направление изменений (средние значения для 2014 г. и 2018 г. не подлежат прямому сопоставлению, и значимость не показана).

В период после 2014 г. общая распространенность опьянения, имевшего место хотя бы раз в жизни, практически не изменилась. При этом, однако, в возрасте 15 лет показатели опьянения, имевшего место хотя бы раз в жизни, снизились примерно в трети стран/регионов, сократившись более чем на 10% в Румынии и Гренландии. Значительное увеличение частоты случаев опьянения хотя бы раз в жизни (на 9 процентных пунктов) наблюдалось только в Австрии. Еще меньше была доля стран/регионов, в которых после 2014 г. изменились показатели недавнего опьянения в возрасте 15 лет; эти показатели значительно всего (более чем на 10 процентных пунктов) снизились в Гренландии и на Мальте, немного увеличившись в других странах/регионах.

КУРЕНИЕ СИГАРЕТ: ХОТЯ БЫ РАЗ В ЖИЗНИ И В ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ (ТЕКУЩЕЕ КУРЕНИЕ)

В целом, распространенность курения сигарет среди мальчиков и девочек была аналогичной: во всех возрастных группах 15% мальчиков и 13% девочек сообщили о том, что у них есть опыт курения сигарет, а 7% мальчиков и девочек курили в последние 30 дней. В странах/регионах со значительными гендерными различиями распространенность курения среди мальчиков была несколько выше, чем среди девочек, в возрасте 11 и 13 лет. Текущее курение и курение хотя бы раз в жизни в группе 15-летних подростков были в большей степени характерны для мальчиков примерно в четверти стран/регионов, однако в Болгарии, Италии и Соединенном Королевстве (Уэльс) распространенность такого поведения была выше для девочек. Наибольшие гендерные различия между 15-летними подростками были обнаружены в Республике Молдова для курения, имевшего место хотя бы раз в жизни (19 процентных пунктов), и в Армении для текущего курения (14 процентных пунктов).

Распространенность курения сигарет в разных странах/регионах варьировала в широких пределах, составляя от 0,5% в Ирландии (11-летние девочки) до 59% в Литве (15-летние мальчики) для курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, и от 0,2% в Нидерландах и Швеции (11-летние девочки) до 38% в Болгарии (15-летние девочки) для текущего курения. Примечательно, что в Азербайджане и Казахстане были зарегистрированы низкие показатели как для курения, имевшего место хотя бы раз в жизни (менее 10%), так и для текущего курения (менее 7%) в возрасте 15 лет. В противоположность этому в государствах Балтии (Латвия, Литва и Эстония) и в Италии были зафиксированы высокие показатели курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, а в Болгарии, Италии и Литве – высокие показатели текущего курения. Во всех трех возрастных группах в Литве отмечались самые высокие показатели курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, среди подростков, а в Болгарии – самые высокие показатели курения в последние 30 дней.

Распространенность курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, и текущего курения резко увеличивалась с возрастом для обоих полов в большинстве стран/регио-

нов. Например, в возрасте 11 лет 5% мальчиков и 2% девочек имели опыт курения, однако в возрасте 15 лет эти показатели увеличились до 29% мальчиков и 27% девочек. Показатели текущего курения повысились с 2% мальчиков и 1% девочек в возрасте 11 лет до 15% как мальчиков, так и девочек в возрасте 15 лет. Наибольшие возрастные различия были зафиксированы между 13- и 15-летними подростками. В Литве было отмечено наибольшее возрастное увеличение распространенности курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, для мальчиков (43 процентных пункта) и девочек (48 процентных пунктов) и распространенности текущего курения для мальчиков (25 процентных пунктов). Максимальное возрастное увеличение распространенности текущего курения среди девочек было выявлено в Италии (32 процентных пункта).

Лишь в немногих странах/регионах была выявлена связь между курением, имевшим место хотя бы раз в жизни и в последнее время, и достатком семьи при отсутствии единых тенденций.

В период после 2014 г. общая распространенность курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, уменьшилась на 4 процентных пункта для 13-летних подростков и на 7 процентных пунктов для 15-летних подростков. Распространенность курения, имевшего место хотя бы раз в жизни, среди 11-летних подростков осталась на прежнем уровне. В период после 2014 г. показатели текущего курения для 15-летних подростков несколько снизились примерно в трети стран/регионов. Распространенность такого поведения в возрасте 11 и 13 лет практически не изменилась; исключением стали 11-летние подростки в Болгарии, где после 2014 г. показатели текущего курения для мальчиков и девочек увеличились более чем на 5%.

УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИСА: ХОТЯ БЫ РАЗ В ЖИЗНИ И В ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ (ТЕКУЩЕЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ)

В целом, почти каждый седьмой подросток (13%) в возрасте 15 лет употреблял каннабис хотя бы раз в жизни, причем мальчики (15%) делали это чаще, чем девочки (11%). Гендерные различия были наиболее выраженными (более 10 процентных пунктов) в Албании, Армении, Грузии и Дании. Об употреблении каннабиса в последние 30 дней сообщили 7% 15-летних подростков при большей распространенности такого поведения среди мальчиков, чем среди девочек (8% и 5% соответственно). Гендерные различия были значительными более чем в половине стран/регионов и достигли максимального уровня в Армении (9 процентных пунктов) для текущего употребления.

Распространенность употребления каннабиса в разных странах/регионах значительно варьировала: показатели употребления, имевшего место хотя бы раз в жизни, составляли от 0,6% в Азербайджане до 24% в Болгарии для девочек и от 3% в Азербайджане до 27% в Швейцарии для мальчиков. Доля 15-летних подростков, употреблявших каннабис в последние 30 дней, варьировала в интервале от 0,3% в Азербайджане до 16% в Болгарии для девочек и от 1% в Азербайджане до 19%

в Болгарии для мальчиков. Для Азербайджана и Казахстана были характерны самые низкие общие показатели употребления каннабиса, имевшего место хотя бы раз в жизни (< 4%), и его текущего употребления (< 2%) среди мальчиков и девочек. В Болгарии были зарегистрированы самые высокие общие уровни употребления каннабиса, имевшего место хотя бы раз в жизни (24%), и его текущего употребления (18%). Социальное неравенство наблюдалось лишь в небольшом количестве стран/регионов при отсутствии определенных закономерностей.

В период после 2014 г. общая распространенность употребления каннабиса, имевшего место хотя бы раз в жизни, и его текущего употребления оставалась на прежнем уровне. Тем не менее, в отдельных странах/регионах со временем произошли изменения. Снижение употребления каннабиса, имевшего место хотя бы раз в жизни, было отмечено в 10 странах/регионах для девочек и в 5 странах/регионах для мальчиков. В меньшем количестве стран/регионов снизилось текущее употребление каннабиса. Наибольшие сокращения потребления каннабиса, имевшего место хотя бы раз в жизни, и его текущего употребления были зарегистрированы в Польше и во Франции. Увеличение соответствующих показателей наблюдалось в нескольких странах/регионах, главным образом среди мальчиков. Наибольший рост показателей был зарегистрирован для мальчиков в Армении (употребление хотя бы раз в жизни и текущее употребление) и для девочек и мальчиков в Болгарии (только текущее употребление).

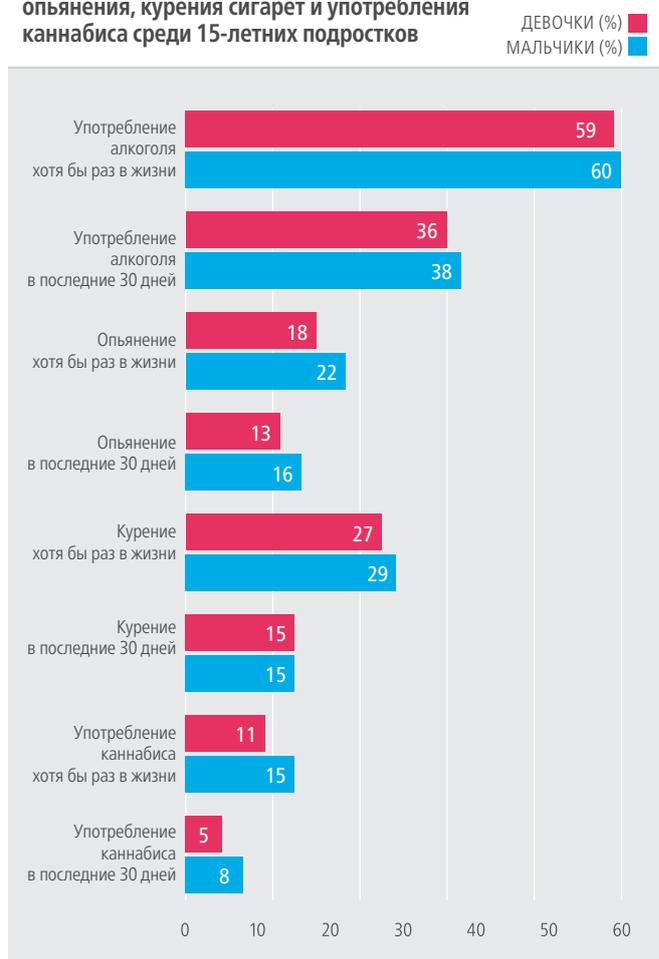
Обобщенные сведения о распространенности употребления алкоголя, опьянения, курения сигарет и употребления каннабиса среди 15-летних подростков представлены на рис. 13.

РЕЗЮМЕ

Подростковый возраст является крайне важным периодом развития человека, когда риски, связанные с употреблением психоактивных веществ, особенно высоки. Поведение, связанное с употреблением алкоголя, курением и употреблением каннабиса, обычно формируется в подростковом возрасте. Несмотря на обнадеживающее сокращение потребления табака и алкоголя в период после 2014 г., показатели текущего курения сигарет и употребления алкогольных напитков являются высокими, особенно среди 15-летних подростков.

В целом употребление алкоголя и табака резко увеличивается в возрасте от 13 до 15 лет для обоих полов, являясь более характерным для мальчиков; в возрасте 15 лет гендерный разрыв сокращается. Явные гендерные тенденции отмечаются в отношении опьянения и употребления каннабиса, которые, как правило, чаще имеют место в группе мальчиков. Социальное неравенство в употреблении психоактивных веществ ограничилось употреблением алкоголя, особенно среди мальчиков. Подростки из семей с более высоким достатком чаще сообщали об употреблении алкогольных напитков, что, по всей вероятности, объясняется большей физической и финансовой доступностью алкоголя для этих подростков.

Рис. 13. Распространенность употребления алкоголя, опьянения, курения сигарет и употребления каннабиса среди 15-летних подростков



Мальчики чаще совершают акты физического насилия и насилия в сети, в то время как девочки чаще становятся жертвами кибертравли.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Мальчики чаще, чем девочки, прибегали к травле и кибертравле других лиц.
- Доли мальчиков и девочек, становящихся жертвами обычной травли, примерно совпадают, однако девочки чаще подвергаются кибертравле.
- Мальчики, как правило, чаще вступают в драки, чем девочки, однако соответствующие показатели снижаются с возрастом.
- В период после 2014 г. количество случаев травли сократилось, однако доля подростков, подвергающихся травле, не изменилась.

ТРАВЛЯ

Во всех возрастных группах мальчики чаще запугивали и притесняли других лиц, чем девочки, и это гендерное различие было значительным более чем в половине стран/регионов для каждого возраста. Примерно 1 из 12 мальчиков (8%) сообщил о травле других лиц не менее 2–3 раз за последние пару месяцев, в то время как для девочек этот показатель составил 1 к 20 (5%). Во всех странах/регионах сложилась аналогичная картина. Наибольшие гендерные различия были выявлены в Литве в возрасте 15 лет (15 процентных пунктов).

В отличие от ситуации с совершением актов травли, доля подростков, сообщивших о том, что в последние пару месяцев они не менее 2–3 раз подвергались травле, была одинаковой среди мальчиков и девочек (10% в обоих случаях). Значительные гендерные различия наблюдались в возрасте 11 лет в 13 странах/регионах; распространенность соответствующих случаев была выше для мальчиков в 12 из них; противоположная ситуация имела место только в Канаде. В возрасте 15 лет, однако, гендерный эффект был замечен только в 4 странах/регионах; мальчики чаще становились жертвами травли в 3 из них. Противоположную тенденцию продемонстрировала только Швейцария, в которой травле чаще подвергались девочки. Гендерные различия, как правило, были незначительными и достигли максимального уровня в Сербии для 11-летних подростков (9 процентных пунктов).

Распространенность травли в разных странах/регионах варьировала в широких пределах: самые высокие показатели были зарегистрированы в Латвии, Литве и Республике Молдова. Доля подростков, сообщивших о травле других лиц, составляла от 0,3% для 11-летних девочек в Португалии до 30% для 15-летних мальчиков в Литве. Распространенность случаев,

когда подросток становился жертвой травли, варьировала в интервале от 0,5% для 13-летних девочек в Исландии до 32% для 13-летних мальчиков в Литве. Примечательно, что в Литве были зафиксированы самые высокие общие показатели совершения актов травли и виктимизации.

Возраст по-разному влиял на травлю и виктимизацию. В странах и регионах, где был выявлен значительный возрастной эффект, число жертв травли снижалось с возрастом, в то время как количество актов травли, как правило, возрастало, однако общие различия были небольшими. Среди мальчиков распространенность случаев травли других лиц была максимальной в возрасте 15 лет, но среди девочек наибольшие показатели были зарегистрированы в 13 лет. В противоположность этому распространенность случаев, когда подросток подвергался травле, была максимальной среди подростков младшей возрастной группы. Наибольший возрастной эффект в отношении совершения акта травли был зафиксирован в Латвии для мальчиков (14 процентных пунктов) и в Литве для девочек (8 процентных пунктов). Лишь в 4 странах/регионах было отмечено возрастное снижение соответствующих показателей для мальчиков. С другой стороны, распространенность случаев, когда мальчик или девочка становились жертвами травли, снижалась с возрастом в половине стран/регионов. Наибольшее снижение соответствующих показателей было зарегистрировано в Азербайджане для мальчиков (16 процентных пунктов) и в Эстонии для девочек (13 процентных пунктов).

Социальное неравенство в совершении актов травли было выявлено лишь в малой части стран/регионов, однако тенденции были противоречивыми. Наибольшее неравенство было выявлено в Гренландии, где мальчики из семей с низким достатком чаще запугивали и притесняли других лиц (13 процентных пунктов), и в Украине, где к таким действиям были чаще склонны девочки из состоятельных семей (5 процентных пунктов).

Мальчики и девочки из семей с низким достатком чаще становились жертвами травли в пятой части стран/регионов. Наиболее явное неравенство было обнаружено в Гренландии для мальчиков (15 процентных пунктов) и в Эстонии для девочек (9 процентных пунктов). Противоположная картина сложилась в Казахстане для мальчиков (4 процентных пункта) и в Северной Македонии для девочек (5 процентных пунктов), где подростки из семей с высоким достатком чаще подвергались травле.

В период после 2014 г. количество актов травли уменьшилось в половине стран/регионов для мальчиков и в трети стран/регионов для девочек, однако распространенность случаев, когда подростки становились жертвами травли, осталась на прежнем уровне. Для Австрии было характерно наибольшее общее сокращение количества актов травли как для мальчиков (13 процентных пунктов), так и для девочек (6 процентных пунктов). Значительное увеличение этого показателя было отмечено в небольшом количестве стран/регионов и достигло максимального уровня для мальчиков в Армении (7 процентных пунктов) и девочек в Болгарии (5 процентных пунктов).

Что касается жертв травли, то для Республики Молдова было характерно наибольшее увеличение показателей для мальчиков (6 процентных пунктов) и девочек (4 процентных пункта), а для Бельгии (франц.) – наибольшее их сокращение для мальчиков (15 процентных пунктов) и девочек (6 процентных пунктов).

КИБЕРТРАВЛЯ

Опыт мальчиков, связанный с кибертравлей, отличается от опыта девочек. Исходя из сообщений о кибертравле, имевшей место хотя бы раз в последнюю пару месяцев, процент мальчиков, прибегавших к кибертравле, совпадал с процентом мальчиков, ставших ее жертвами (12%), однако в отношении девочек сложилась иная картина. Они реже, чем мальчики, запугивали других лиц в интернете, но чаще становились жертвами кибертравли, особенно в возрасте 13 лет, для которого гендерные различия были выявлены более чем в половине стран/регионов. В сравнении с долей девочек, прибегавших к кибертравле (8%), доля девочек, являвшихся ее жертвами, была почти в два раза больше (14%).

Распространенность кибертравли в разных странах/регионах варьировала в широких пределах. Доля подростков, прибегавших к кибертравле, составляла от 0,6% для 11-летних девочек в Греции до 31% для 15-летних мальчиков в Латвии. Доля подростков, подвергавшихся кибертравле, составляла от 3% для 15-летних мальчиков в Испании до 29% для 15-летних мальчиков в Литве.

Возраст по-разному влиял на акты кибертравли и виктимизацию мальчиков и девочек. Как и в случае обычной травли, мальчики старшего возраста в половине стран/регионов чаще прибегали к кибертравле, в то время как для девочек соответствующие показатели достигли максимума в возрасте 13 лет. Наибольшее возрастное увеличение количества случаев кибертравли было выявлено в Латвии для мальчиков

“Каждый имеет право быть и чувствовать себя в безопасности.”

(14 процентных пунктов) и в Хорватии для девочек (7 процентных пунктов). С другой стороны, девочки в возрасте 13 лет чаще подвергались кибертравле в трети стран/регионов, в то время как возрастные изменения для мальчиков имели разную направленность. Наибольшее увеличение количества случаев, когда подростки становились жертвами кибертравли в возрасте от 11 до 13 лет, было отмечено для латвийских девочек (10 процентных пунктов). Наибольшее сокращение соответствующих показателей для мальчиков было зафиксировано в Республике Молдова (8 процентных пунктов) и Украине (6 процентных пунктов), а их наибольшее увеличение – в Литве (9 процентных пунктов).

Социальное неравенство в отношении распространенности кибертравли было отмечено лишь в небольшом количестве стран/регионов при отсутствии определенных закономерностей. Связь была более выраженной в группе мальчиков, и в большинстве стран/регионов с социальным градиентом распространенность травли других лиц в киберпространстве была выше для подростков из более состоятельных семей. Эта тенденция была особенно заметна в Гренландии (мальчики) и в Азербайджане и Грузии (мальчики и девочки). Что касается жертв кибертравли, то связь с достатком семьи была выявлена в еще меньшем количестве стран/регионов. Казахстан стал единственной страной, где социальное неравенство существовало как среди мальчиков, так и среди девочек, и более обеспеченные подростки чаще подвергались кибертравле. Противоположная ситуация имело место в Австрии, Дании,



Исландии и Соединенном Королевстве (Уэльс) для мальчиков и в Бельгии (флам.) и Ирландии для девочек.

ДРАКИ

Мальчики чаще, чем девочки (15% против 5%), сообщали о том, что участвовали в драках три раза и более в последние 12 месяцев, и это гендерное различие имело место почти во всех странах/регионах. Наибольшие гендерные различия были выявлены в Армении в возрасте 13 и 15 лет (29 процентных пунктов). Единственной страной, в которой ни в одной из возрастных групп не существовало гендерного разрыва, стала Исландия. Между странами/регионами были зарегистрированы значительные различия в показателях участия в драках, варьирувавших от 2% для 11-летних девочек в Армении до 34% для 11-летних мальчиков в Бельгии (франц.).

Подростки старшего возраста реже участвовали в драках.

Снижение соответствующих показателей с возрастом было особенно заметным среди мальчиков. Наибольшее возрастное снижение распространенности драк было зафиксировано в Бельгии (франц.) для мальчиков (16 процентных пунктов) и в Венгрии (6 процентных пунктов) для девочек.

Социальное неравенство в участии в драках было выявлено в незначительном количестве стран/регионов.

Показатели участия в драках, как правило, увеличивались с ростом достатка, однако единые тенденции отсутствовали. Меньший достаток был связан с большей распространенностью драк только в 1 стране/регионе для мальчиков (Бельгия (франц.)) и в 2 странах/регионах для девочек (Австрия и Соединенное Королевство (Англия)). Наибольшее неравенство было зафиксировано в Армении для мальчиков (17 процентных пунктов) и в Албании для девочек (6 процентных пунктов), где подростки из семей с более высоким достатком чаще участвовали в драках.

В период с 2014 по 2018 г. показатели участия в драках в большинстве стран/регионов оставались стабильными.

Повышение этих показателей было отмечено в 9 странах/регионах для обоих полов, а снижение – в 9 странах/регионах для мальчиков и в 4 странах/регионах для девочек. Наибольшее увеличение распространенности драк было зафиксировано в Исландии для мальчиков (9 процентных пунктов) и для девочек (15 процентных пунктов), причем во всех возрастных группах произошли аналогичные изменения. Особенно существенные изменения также были зарегистрированы в Армении, где показатели участия в драках уменьшились на 16 процентных пунктов для 11-летних мальчиков, и в Албании, где они снизились на 12% для 15-летних мальчиков. Во всех странах/регионах, кроме Исландии, изменения показателей для девочек в период после 2014 г., как правило, не превышали 5%.

РЕЗЮМЕ

Школьная травля представляет собой одну из наиболее распространенных форм подросткового насилия, однако технический прогресс привел к появлению новых способов травли с использованием интернета и мобильных телефонов для отправки обидных сообщений, электронных писем и текстов и размещения аналогичной информации на стене в социальной сети. Травля в сети может нанести серьезный вред в связи с наличием уникальных возможностей для быстрого охвата широкой аудитории и доступа, сохраняющегося на протяжении неопределенного периода времени.

В ряде случаев травля и кибертравля могут приводить к дракам, которые оцениваются как показатель агрессии и насилия и компонент рискованного поведения. Угрозы для здоровья и социального благополучия подростков, создаваемые школьной травлей, кибертравлей и межличностным насилием, доподлинно известны и влияют не только на жертв, но и на правонарушителей.

Показатели различных форм агрессивного поведения, начиная с физического насилия и заканчивая насилием в сети, значительно выше для мальчиков, чем для девочек. Мальчики чаще участвуют в драках, травле и кибертравле. В отличие от травли при личном контакте с аналогичными показателями распространенности для обоих полов, в случае кибертравли жертвами чаще становятся девочки, особенно в возрасте 13 лет.

Несмотря на обнадеживающее сокращение количества случаев травли в период после 2014 г., доля подростков, которые ей подвергаются, остается прежней. Подростки младшей возрастной группы особенно уязвимы и чаще становятся жертвами травли. Четкая связь между социальным неравенством и агрессивным поведением отсутствует, из чего можно сделать вывод, что насилие подростков не связано с социально-экономическим статусом.

«Кибертравля — намного страшнее, потому что люди могут говорить в социальных сетях такие вещи, которые не решаются сказать в лицо; «гаджетные воины».

Мальчики и младшие подростки чаще сообщают о травмах, требующих медицинского вмешательства.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Мальчики чаще, чем девочки, получали медицинскую помощь в связи с травмами.
- Старшие подростки реже получают травмы, требующие медицинского вмешательства.
- Мальчики и девочки из семей с более высоким достатком чаще сообщают о травмах, требующих медицинского вмешательства.

ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Распространенность травм, требующих медицинского вмешательства, в последние 12 месяцев была выше для мальчиков, чем для девочек (48% против 39%), а гендерные различия были значительными во всех возрастных группах и в большинстве стран/регионов. Наибольшие гендерные различия были зафиксированы в Исландии (27 процентных пунктов) в возрасте 13 лет. Показатели для разных стран варьировали в широких пределах – от 9% для 15-летних девочек в Исландии до 69% для 11-летних мальчиков в Испании.

Младшие подростки чаще получали медицинскую помощь при травмах в последние 12 месяцев. Распространенность соответствующих случаев снижалась с возрастом в трети стран/регионов для мальчиков и в четверти стран/регионов для девочек. Единственным исключением стала Швейцария, где сложилась противоположная картина. Наибольшее возрастное снижение соответствующих показателей было зарегистрировано в Исландии для мальчиков (29 процентных пунктов) и в Румынии для девочек (15 процентных пунктов).

Мальчики и девочки из семей с более высоким достатком имели более высокие показатели количества травм, требующих медицинского вмешательства, во всех возрастных группах (рис. 14). Эти различия были существенными более чем в двух третях стран/регионов. Наибольшие различия были выявлены в Венгрии для мальчиков (19 процентных пунктов) и в Греции для девочек (14 процентных пунктов). Исландия стала единственной страной, где имела место противоположная тенденция, касавшаяся только девочек (7 процентных пунктов).

В период с 2014 по 2018 г. общая распространенность травм, требующих медицинского вмешательства, оставалась относительно стабильной. На страновом/региональном уровне последовательных тенденций выявлено не было: увеличение соответствующих показателей отмечалось примерно в трети стран/регионов, а снижение – примерно в пятой их части.

Наибольшее увеличение показателей было зарегистрировано в Австрии как для мальчиков (15 процентных пунктов), так и для девочек (16 процентных пунктов), а наибольшее снижение – в Исландии (17 процентных пунктов для мальчиков и 35 процентных пунктов для девочек).

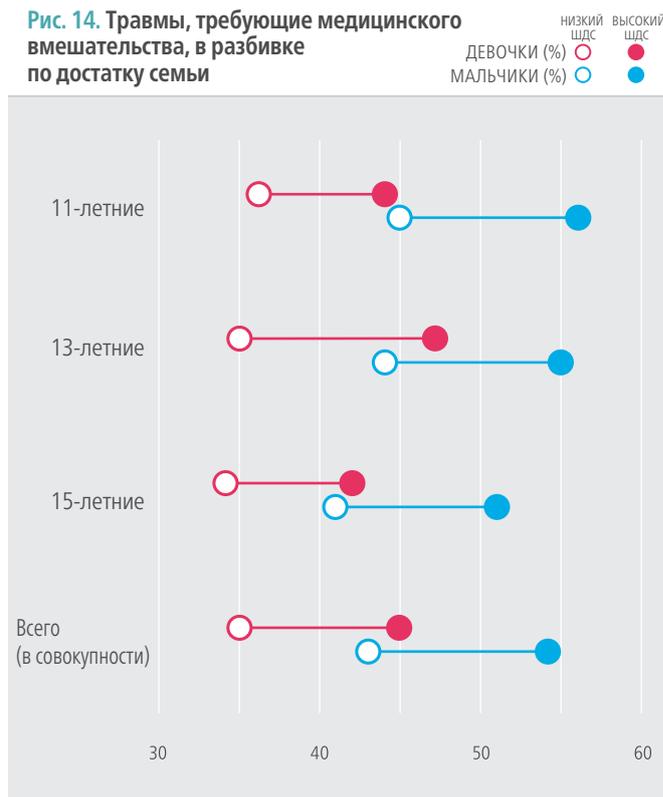
РЕЗЮМЕ

Непреднамеренные травмы являются основной причиной смерти и инвалидности детей старше 1 года (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г.). В подростковом возрасте риск травм резко возрастает и может считаться маркером образа жизни подростков, сопряженного с высоким риском.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что травмы, требующие медицинского вмешательства, в большей степени характерны для мальчиков, чем для девочек. Это согласуется с большей физической активностью мальчиков подросткового возраста и их более частым участием в драках, что в обоих случаях повышает риск травматизма. Становясь старше, подростки реже получают медицинскую помощь при травмах.

Наблюдалось значительное социальное неравенство: подростки из семей с более высоким достатком чаще получали медицинскую помощь при травмах. Это может быть обусловлено наличием более широкого доступа к услугам здравоохранения и больших возможностей для физической активности и занятий спортом.

Рис. 14. Травмы, требующие медицинского вмешательства, в разбивке по достатку семьи



ШДС: Шкала достатка семьи.

Большинство подростков сообщают о получении значительной поддержки со стороны семьи и сверстников, однако соответствующие показатели обычно ниже для подростков из менее обеспеченных семей.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Более двух третей подростков сообщают о получении значительной поддержки со стороны семьи и легкости общения с родителями.
- Как правило, подросткам проще общаться с матерью, чем с отцом.
- Лишь 57% 15-летних девочек могут легко говорить с отцом о вещах, которые их беспокоят.
- Мнение о поддержке со стороны семьи и легкости общения с родителями ухудшается с возрастом.
- Более половины мальчиков и примерно две трети девочек сообщают о получении значительной поддержки со стороны сверстников.
- В период после 2014 г. доля подростков, сообщающих о значительной поддержке со стороны сверстников, сократилась.
- Степень социального благополучия обычно выше в группе мальчиков и девочек из семей с высоким достатком.

ОБЩЕНИЕ В СЕМЬЕ

Большинство подростков сообщили, что им легко общаться с матерью (87% мальчиков и 84% девочек), в то время как соответствующие показатели для общения с отцом были ниже (79% мальчиков и 66% девочек). В возрасте 15 лет самые высокие показатели легкости общения с обоими родителями были зарегистрированы в Албании, Грузии и Нидерландах.

Мальчики чаще, чем девочки, сообщали о легкости общения с отцом во всех возрастных группах при значительных гендерных различиях в большинстве стран/регионов. Количество стран/регионов с большими гендерными различиями в показателях общения с матерью увеличилось с 7 для 11-летнего возраста до 20 для 15-летнего возраста; в большинстве из них о легкости общения с матерью чаще сообщали мальчики.

Показатель легкости общения с семьей уменьшался с возрастом: младшие подростки чаще сообщали о том, что им легко общаться с матерью (от 91% в возрасте 11 лет до 80% в возрасте 15 лет) и отцом (от 80% в возрасте 11 лет до 65% в возрасте 15 лет).

“ В своей семье я чувствую себя в безопасности.”

Подростки из семей с более высоким достатком чаще считали, что им легко говорить с родителями о вещах, которые их беспокоят, примерно в трети стран/регионов. Степень выраженности социального градиента была выше для девочек. Наибольшее социальное неравенство было выявлено в Гренландии, Канаде и Соединенном Королевстве (Англия) (общение с матерью) и в Латвии и Эстонии (общение с отцом).

В период с 2014 по 2018 г. отмечалось небольшое общее увеличение легкости общения с матерью для мальчиков всех возрастов и легкости общения с отцом для девочек всех возрастов. Легкость общения с отцом повышалась на страновом/региональном уровне, особенно в младших возрастных группах, не более чем в трети стран/регионов для девочек и в пятой их части для мальчиков. Среди мальчиков наибольший рост показателей был выявлен в Дании для 15-летних мальчиков (10 процентных пунктов). Среди девочек наибольший рост показателей отмечен для 15-летних девочек в Албании (15 процентных пунктов) и 13-летних в Армении и Болгарии (14 процентных пунктов в обоих случаях). В небольшом количестве стран/регионов было отмечено увеличение легкости общения с матерью; при этом в нескольких странах/регионах также имело место снижение соответствующих показателей для обоих полов. Наибольший рост был зафиксирован во Франции (10 процентных пунктов) для 15-летних мальчиков и в Российской Федерации и Бельгии (франц.) для 11- и 15-летних девочек соответственно (6 процентных пунктов). Примечательно, что во Франции соответствующие показатели общения с матерью и отцом увеличились для обоих полов во всех возрастных группах.

ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ СЕМЬИ

Более двух третей подростков сообщили о получении значительной поддержки со стороны своей семьи (73% мальчиков и 71% девочек). Между странами отмечались значительные различия: распространенность соответствующих случаев варьировала в интервале от 32% для 15-летних мальчиков в Болгарии до 94% для 11-летних девочек в Албании. В большинстве стран девочки и мальчики младшего возраста чаще сообщали о значительной поддержке со стороны семьи (79% в возрасте 11 лет против 66% в возрасте 15 лет). Наибольшие возрастные различия в интервале от 11 до 15 лет были зарегистрированы в Польше (29 процентных пунктов для мальчиков и девочек).

На рис. 15 представлены данные по социальной поддержке в разбивке по возрасту и полу.

Значительные гендерные различия были зафиксированы менее чем в половине стран/регионов. В большинстве из

Рис. 15. Поддержка семьи и сверстников в разбивке по возрасту и полу (среднее значение HBSC, (%))



них мальчики чаще сообщали о получении более значительной поддержки со стороны семьи. Гендерный разрыв увеличивался с возрастом и был существенным в 8 странах/регионах в возрасте 11 лет, в 15 странах/регионах в возрасте 13 лет и в 19 странах/регионах в возрасте 15 лет. Наибольшие гендерные различия были зарегистрированы в группе 15-летних подростков в Болгарии (14 процентных пунктов).

Более чем в половине стран/регионов мальчики и девочки подросткового возраста из семей с высоким достатком сообщали о получении более значительной поддержки со стороны семьи. Наибольшие различия между семьями с низким и высоким достатком были обнаружены в Соединенном Королевстве (Шотландия) для мальчиков (19 процентных пунктов) и в Гренландии для девочек (30 процентных пунктов).

В период после 2014 г. показатели поддержки со стороны семьи изменились примерно в половине стран/регионов, участвующих в HBSC. В большинстве из них степень поддержки со стороны семьи увеличилась, однако в нескольких странах/регионах соответствующие показатели снизились. Значительное и устойчивое увеличение этих показателей было отмечено для подростков в Бельгии (флам.) (16 процентных пунктов для девочек и мальчиков) и Люксембурге (17 процентных пунктов для мальчиков и 16 для девочек). В Болгарии было зарегистрировано общее уменьшение поддержки со стороны семьи на 21 процентный пункт, а в Чехии – на 17 процентных пунктов.

ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ СВЕРСТНИКОВ

Более половины подростков сообщили о получении значительной поддержки со стороны сверстников (65% девочек и 55% мальчиков). Значительные возрастные различия были обнаружены примерно в половине стран/регионов, причем в большинстве из них более высокие показатели были зарегистрированы для 11-летних подростков. Наибольшие различия

были зафиксированы в Соединенном Королевстве (Шотландия) (17 процентных пунктов для мальчиков и 12 процентных пунктов для девочек). Уровень поддержки со стороны сверстников был выше в группе 15-летних подростков в 4 странах/регионах для мальчиков и в 5 странах/регионах для девочек. В Азербайджане и Швейцарии о более весомой поддержке со стороны сверстников в возрасте 15 лет сообщили как мальчики, так и девочки.

В целом, девочки чаще сообщали о получении значительной поддержки со стороны сверстников. С возрастом гендерные различия сохраняются. Наибольшие гендерные различия были отмечены во всех трех возрастных группах в Германии и Финляндии, в то время как в Албании, Армении, Казахстане и Северной Македонии ни в одной из возрастных групп таких различий выявлено не было.

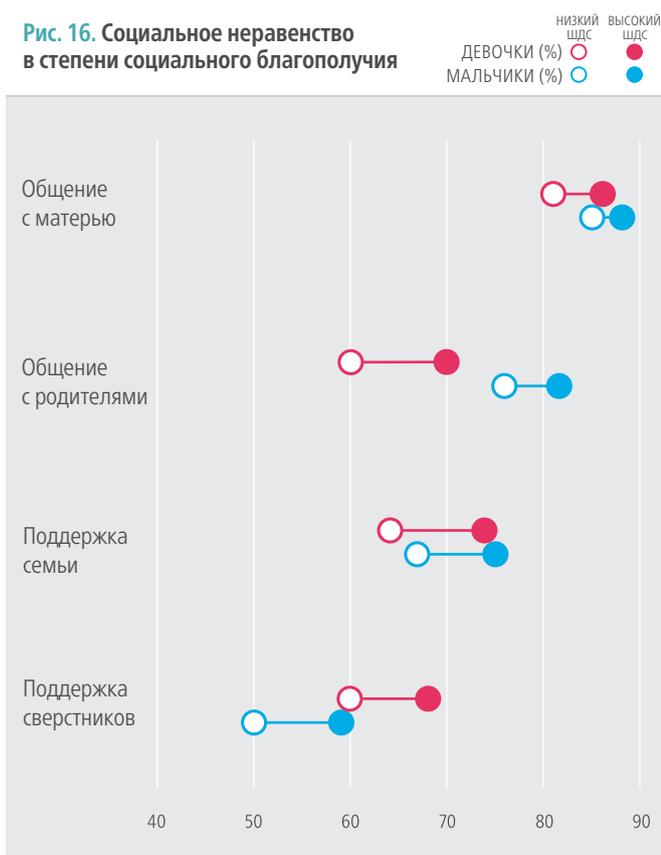
“Важно, чтобы у тебя была группа хороших друзей, на которых можно рассчитывать в самое трудное время.”

Социальное неравенство в уровне поддержки со стороны сверстников было обнаружено более чем в половине стран/регионов для обоих полов. В сравнении с подростками из малообеспеченных семей подростки из семей с высоким достатком чаще сообщали о получении значительной поддержки со стороны сверстников (64% против 56%).

В ряде стран/регионов показатели, связанные с социальным неравенством, были особенно высокими только для одного из полов – например, для девочек в Гренландии и мальчиков на Мальте.

На рис. 16 представлены обобщенные сведения о социальном неравенстве в степени социального благополучия по ряду показателей.

Рис. 16. Социальное неравенство в степени социального благополучия



ШДС: Шкала достатка семьи. Примечание: при объединении возрастных групп.

В период после 2014 г. общий уровень поддержки со стороны сверстников снизился с 63% до 60%. До трети стран/регионов продемонстрировали снижение соответствующих показателей для обоих полов во всех возрастных группах, в то время как в небольшом количестве стран/регионов наблюдалась противоположная тенденция. Для Болгарии, Польши, Республики Молдова, Соединенного Королевства (Англия) и Чехии было характерно снижение показателей для обоих полов во всех возрастных группах, в то время как в Бельгии (флам.) и Испании было отмечено увеличение поддержки со стороны сверстников для мальчиков и девочек всех возрастов. Уровень поддержки со стороны сверстников существенно

всего снизился в Польше среди 15-летних мальчиков (19 процентных пунктов) и 13-летних девочек (27 процентных пунктов). Наибольшее увеличение соответствующих показателей было зарегистрировано для 15-летних мальчиков в Бельгии (флам.) (21 процентный пункт) и 15-летних девочек в Испании (13 процентных пунктов).

РЕЗЮМЕ

Поддержка со стороны семьи и родственников имеет принципиальное значение для развития, социализации, здоровья и благополучия подростков. Высокая оценка поддержки со стороны семьи связана с более высокими показателями психического здоровья и более низкими показателями поведения, сопряженного с риском. Для подростков, считающих, что друзья готовы прийти им на помощь, характерны более высокие показатели психологического благополучия, более развитые социальные навыки и меньшее количество эмоциональных и поведенческих проблем.

Были отмечены некоторые улучшения в плане легкости общения с родителями. Более двух третей подростков считали, что родители оказывают им большую поддержку и что с родителями легко общаться, однако с возрастом ситуация, связанная с каждым из этих позитивных аспектов жизни в семье, ухудшалась. Мальчики сообщали о более высоком уровне родительской поддержки и общения с родителями, в то время девочки считали, что более существенную поддержку им оказывают друзья.

В отличие от ряда позитивных изменений в отношениях с семьей, после 2014 г. было отмечено сокращение доли подростков, ощущающих поддержку со стороны друзей. Отношения с семьей и сверстниками зависели от социальной принадлежности: подростки из обеспеченных семей обычно сообщали о более высоком качестве общения с родителями и более значительной поддержке со стороны семьи и сверстников.

По сравнению с 2014 г. подростки чаще считают школьную нагрузку слишком большой и в меньшей степени удовлетворены школой примерно в трети стран/регионов.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Опыт обучения в школе ухудшается с возрастом в большинстве стран/регионов; показатели удовлетворенности школой и ощущения поддержки со стороны преподавателей снижаются, в то время как школьная нагрузка возрастает.
- Более половины подростков сообщают о получении значительной поддержки от своих одноклассников и преподавателей, однако лишь около четверти из них очень любят школу.
- С возрастом гендерные различия в ощущении школьной нагрузки увеличиваются: в большинстве стран/регионов 15-летние девочки сообщают о более высокой нагрузке, чем мальчики.
- В ряде стран/регионов подростки из семей с более высоким достатком сообщают не только об увеличении школьной нагрузки, но и о получении более весомой поддержки со стороны других учащихся.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ШКОЛОЙ (ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ)

Чуть больше четверти подростков (28%) сообщили, что им очень нравится школа. Наибольшие гендерные различия были обнаружены в группе 11-летних подростков, где 43% девочек и 35% мальчиков отметили, что очень любят школу, причем соответствующие показатели были выше для девочек, чем для мальчиков, в 29 странах/регионах. К 15-летнему возрасту гендерные различия в большинстве стран/регионов были незначительными; в целом, каждый пятый 15-летний подросток (22% девочек и 21% мальчиков) сообщил об очень позитивном отношении к школе. Примечательно, что единственной страной, в которой степень удовлетворенности школой была выше для мальчиков во всех трех возрастных группах, стала Гренландия. Наибольшие гендерные различия были выявлены в Республике Молдова среди 11-летних подростков (22 процентных пункта) и в Армении во всех возрастных группах (17 процентных пунктов или более).

Степень удовлетворенности школой снижалась с возрастом как в группе мальчиков, так и в группе девочек почти во всех странах/регионах. Соответствующие показатели особенно сильно снизились в Соединенном Королевстве (Уэльс) и Испании (примерно на 30 процентных пунктов). Для Венгрии и

Словении была характерна противоположная картина: высокая степень удовлетворенности школой чаще имела место в возрасте 15 лет для обоих полов.

Между странами отмечались значительные различия в степени удовлетворенности школой в каждой возрастной группе. Соответствующие показатели варьировали в интервале от 5% для 13-летних мальчиков и девочек в Хорватии до 87% для 11-летних девочек в Азербайджане. Неизменно высокие показатели удовлетворенности школой во всех возрастных группах были зарегистрированы в Азербайджане, Армении, Грузии и Северной Македонии. В Чехии и Эстонии, напротив, были зафиксированы низкие показатели во всех возрастных группах.

Значительное социальное неравенство в позитивном отношении к школе было выявлено лишь в нескольких странах/регионах при разной направленности соответствующих связей. Самый высокий уровень неравенства был зафиксирован в Казахстане, где мальчики из семей с низким достатком чаще сообщали о том, что очень любят школу (разница в 27 процентных пунктов).

В период с 2014 по 2018 г. степень удовлетворенности школой значительно снизилась примерно в трети стран/регионов. В Албании, Армении, Исландии, Румынии, Соединенном Королевстве (Англия) и Швеции степень удовлетворенности школой существенно снизилась для мальчиков и девочек во всех или почти всех возрастных группах. Наибольшее снижение, превысившее 20% в некоторых возрастных/гендерных группах, было зафиксировано в Албании и Румынии. В то же время степень удовлетворенности школой значительно возросла в Бельгии (франц.) среди подростков из всех возрастных групп и в Швейцарии среди 11- и 13-летних мальчиков и девочек.

ШКОЛЬНАЯ НАГРУЗКА

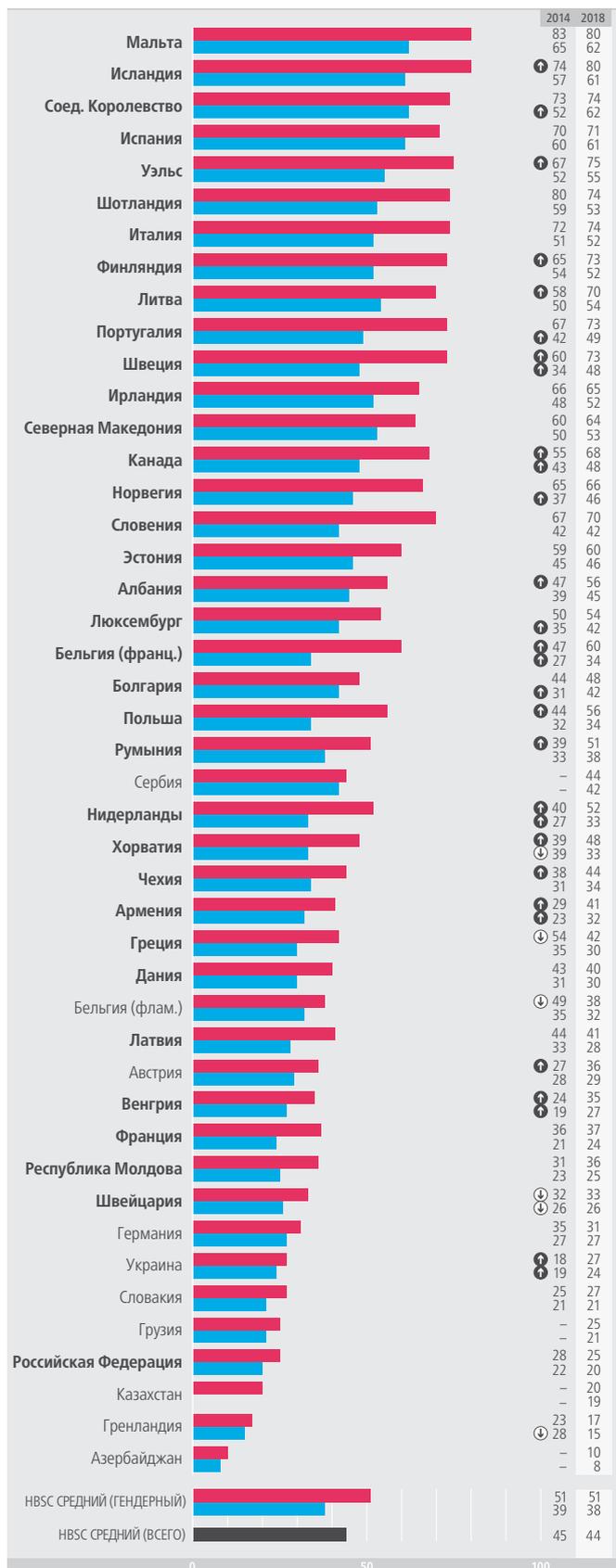
В целом, более трети (36%) подростков сообщили о том, что они ощущают некоторую или большую тяжесть школьной нагрузки. В Азербайджане были зарегистрированы самые низкие показатели распространенности (около 10%) во всех возрастных и гендерных группах. Наибольшая распространенность (80%) была зафиксирована в группе 15-летних девочек на Мальте. Особенно высокие показатели во всех возрастных группах также были отмечены в Исландии, Испании и Литве (рис. 17).

Школьная нагрузка увеличивалась с возрастом: о ее наличии сообщали 26% 11-летних подростков и 44% 15-летних подростков. Такое увеличение наблюдалось в 41 стране/регионе для девочек и в 34 для мальчиков. Наибольшие изменения в отношении школьной нагрузки,

“ На официальных экзаменах не у всех из нас дела идут хорошо.”

Рис. 17. Школьная нагрузка 15-летних подростков

НАПРАВЛЕНИЕ ЗНАЧИМОГО ИЗМЕНЕНИЯ, 2014–2018 гг.
 ↑ ДЕВОЧКИ (%)
 ↓ МАЛЬЧИКИ (%)



Примечание: выделение страны/региона **жирным шрифтом** указывает на значимое гендерное различие в 2018 г. (при $p < 0,05$); значимое изменение в период с 2014 по 2018 гг. (при $p < 0,05$) обозначено стрелочкой, указывающей направление изменений (средние значения для 2014 г. и 2018 г. не подлежат прямому сопоставлению, и значимость не показана).

связанные с возрастом, для мальчиков и девочек были выявлены в Швеции (33 и 52 процентных пункта соответственно) и Соединенном Королевстве (Шотландия) (26 и 52 процентных пункта соответственно). Гендерные различия также становились более заметными с возрастом. В возрасте 11 лет они были обнаружены менее чем в трети стран/регионов, в 6 из которых соответствующие показатели были выше для девочек, а в 8 – для мальчиков. **В возрасте 15 лет девочки гораздо чаще, чем мальчики, сообщали об ощущении тяжести школьной нагрузки** в 35 странах/регионах, причем максимальные различия были выявлены в Словении (28 процентных пунктов).

Социальное неравенство в школьной нагрузке было обнаружено в 11 странах/регионах для мальчиков и в 17 странах/регионах для девочек. **В целом, подростки из семей с высоким достатком ощущали более серьезную школьную нагрузку;** наибольшие различия были зафиксированы для мальчиков (14 процентных пунктов) в Литве и для девочек (23 процентных пункта) в Албании. Противоположная картина наблюдалась в Дании и Соединенном Королевстве (Шотландия) только для мальчиков.

В период с 2014 по 2018 г. значительное увеличение ощущения школьной нагрузки было отмечено в ряде стран/регионов: соответствующие изменения произошли примерно в трети стран/регионов среди мальчиков и в чуть большем количестве стран среди девочек (в зависимости от возрастной группы). Как правило, увеличение показателей было незначительным; максимальный рост на 19 процентных пунктов был отмечен для 13-летних девочек в Польше. В нескольких странах/регионах школьная нагрузка существенно сократилась в отдельных возрастных группах; при этом в Российской Федерации было зарегистрировано наиболее значительное снижение ее уровня (17 процентных пунктов) для мальчиков и девочек в возрасте 11 лет, а в Гренландии соответствующие показатели снизились более чем на 10 процентных пунктов для мальчиков и девочек в возрасте 13 и 15 лет.

ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ДРУГИХ УЧАЩИХСЯ

Примерно три пятых (59%) подростков сообщили о получении значительной поддержки со стороны других учащихся школы. Мальчики (62%) чаще, чем девочки (56%), сообщали о получении более значительной поддержки со стороны других учащихся. Гендерные различия были более выраженными в возрасте 13 и 15 лет. Соответствующие показатели были выше для мальчиков в 14 странах/регионах в возрасте 11 лет, в 28 странах/регионах в возрасте 13 лет и в 26 странах/регионах в возрасте 15 лет.

Между странами отмечались существенные различия в показателях ощущения поддержки со стороны других учащихся. Для мальчиков распространенность значительной поддержки такого рода варьировала в интервале от 37% в Греции в возрасте 15 лет до 85% в Северной Македонии в возрасте 11 лет. Распространенность среди девочек составляла от 27% в возрасте 15 лет

в Соединенном Королевстве (Уэльс) до 87% в возрасте 13 лет в Азербайджане.

Подростки из семей с высоким достатком чаще сообщали о получении значительной поддержки от своих одноклассников примерно в половине стран/регионов (17 для мальчиков и 21 для девочек). Наибольшее неравенство (разница между группами с самым высоким и самым низким достатком более чем в 12 процентных пунктов) было обнаружено в Австрии, на Мальте, в Соединенном Королевстве (Англия и Шотландия) и Эстонии для мальчиков и в Дании, Испании, Люксембурге, на Мальте, в Соединенном Королевстве (Шотландия), Швеции и Эстонии для девочек.

ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Более половины подростков (56%) сообщили о получении значительной поддержки от своих преподавателей.

Этот показатель был выше для учащихся младшего возраста: о получении значительной поддержки сообщили 72% 11-летних подростков, при этом лишь 52% подростков к возрасту 13 лет и менее половины (44%) к возрасту 15 лет. В Бельгии (флам.) было отмечено особенно существенное возрастное снижение уровня поддержки со стороны преподавателей: высокие показатели распространенности в возрасте 11 лет (82%) снизились до 42% в возрасте 15 лет.

Гендерные различия в уровне поддержки со стороны преподавателей менялись с возрастом.

Существенные гендерные различия были выявлены лишь примерно в четверти стран/регионов в возрасте 11 и 13 лет и в половине из них для 15-летних подростков. Направленность этих различий также менялась. В частности, девочки в возрасте 11 лет в 13 странах/регионах сообщали о гораздо более высокой распространенности такой поддержки, чем мальчики. В отличие от этого мальчики чаще, чем девочки, сообщали о получении значительной поддержки от преподавателей в 16 странах/регионах в возрасте 13 лет и в 23 странах/регионах в возрасте 15 лет. В возрасте 15 лет 48% мальчиков и 41% девочек сообщили о значительной поддержке со стороны преподавателей, причем наибольшие гендерные различия были зафиксированы в Финляндии, Хорватии и Швеции.

Уровень поддержки со стороны преподавателей в разных странах/регионах варьировал в широких пределах во всех возрастных группах.

Показатели ее распространенности составляли от 21% для 15-летних девочек в Польше до 90% для 11-летних девочек в Гренландии. Некоторые страны/регионы постоянно сообщали о значительной поддержке со стороны преподавателей во всех трех возрастных группах: Азербайджан, Албания, Гренландия, Казахстан, Норвегия и Швеция входили в первую десятку стран в каждой возрастной группе. В противоположность этому несколько стран Восточной Европы постоянно демонстрировали низкие показатели (Венгрия, Российская Федерация, Сербия, Словакия, Украина и Чехия).

Получено мало данных, свидетельствующих о связи между поддержкой со стороны преподавателей и достатком семьи.

“Учителя должны быть открытыми и дружелюбными.”

Значительное неравенство было выявлено в 7 странах/регионах для мальчиков и в 11 странах/регионах для девочек, однако четкие закономерности отсутствовали.

РЕЗЮМЕ

Подростки, которым нравится находиться в школе и которые считают условия в ней благоприятными и способствующими развитию, принимают более активное участие в школьной жизни, что приводит к улучшению долгосрочных результатов обучения и повышению степени благополучия. Исследования показали, что для учащихся, которые любят школу, также характерны более высокие показатели общей удовлетворенности жизнью, более низкий риск употребления психоактивных веществ и более высокий уровень психического здоровья (McCarty et al., 2012; Guo et al., 2014; Joyce & Early, 2014; Vogel et al., 2015). В связи с вышеизложенным, вызывает беспокойство тот факт, что наиболее последовательные изменения, произошедшие со времени проведения последнего опроса, состоят в уменьшении показателей позитивного отношения к школе и увеличении ощущения школьной нагрузки, и что противоположная тенденция отмечается всего лишь в нескольких странах/регионах.

По сравнению с учащимися постарше, учащиеся младшего возраста сообщают о более позитивном отношении к школе, меньшей школьной нагрузке и получении более весомой поддержки от своих преподавателей. Если говорить о странах/регионах, участвующих в HBSC, в целом, то гендерные различия увеличиваются и проявляются в большем количестве стран/регионов среди учащихся старшего возраста.

Девочки обычно любят школу больше, чем мальчики, но сильнее ощущают школьную нагрузку и сообщают о получении меньшей поддержки от своих одноклассников. В отношении гендерных различий в получении поддержки от преподавателей складывается более сложная картина; девочки ощущают более весомую поддержку со стороны своих преподавателей в возрасте 11 лет, однако к 15-летнему возрасту ситуация кардинальным образом меняется: мальчики чаще сообщают о получении значительной поддержки от преподавателей, а гендерные различия проявляются в большем количестве стран/регионов. Позитивное отношение к школе и поддержка со стороны преподавателей мало связаны с достатком семьи. С другой стороны, подростки из более обеспеченных семей в отдельных странах/регионах чаще чувствуют поддержку со стороны своих одноклассников, но при этом сильнее ощущают школьную нагрузку.

Условия, в которых растут подростки, варьируют в широких пределах; значительные различия отмечаются как на индивидуальном уровне, так и на уровне стран/регионов.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- Примерно три четверти (73%) подростков живут с матерью и отцом.
- У каждого двадцатого подростка по крайней мере один из родителей являлся безработным.
- Безработными чаще являются матери, а не отцы подростков.
- Во всех странах/регионах 5% подростков принадлежат к первому, а 14% – ко второму поколению иммигрантов, однако между странами отмечаются значительные различия.

СТРУКТУРА СЕМЬИ

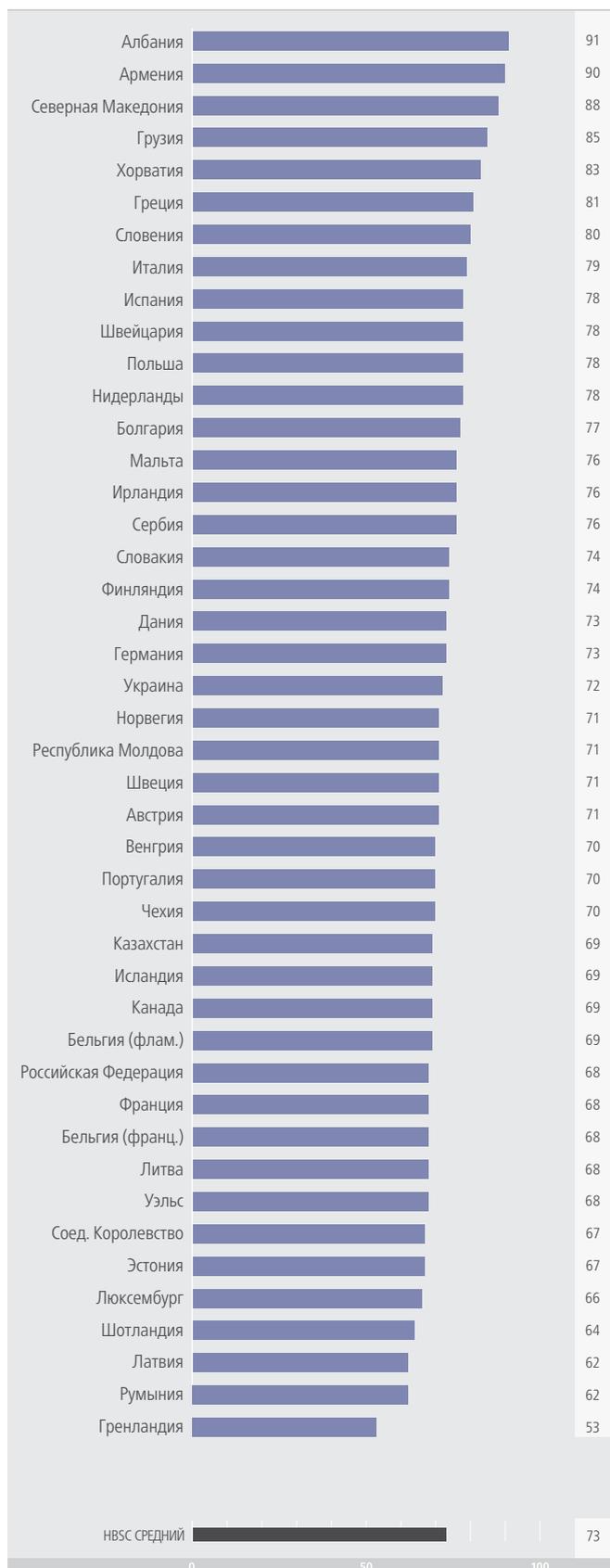
Подростков спрашивали, с кем они живут в их основном доме, с целью получить представление о типах семей, в которых растут подростки в разных странах/регионах, участвующих в HBSC. В целом, 73% подростков живут с матерью и отцом, а еще 8% – с двумя родителями, один из которых не является ребенку родным. Между странами были отмечены значительные различия: в Албании и Армении с обоими родителями живут более 9 из 10 подростков, в то время как в Гренландии доля таких подростков составляет чуть более половины от общей их численности. Каждый шестой подросток (17%) живет в неполной семье; соответствующий показатель варьирует в интервале от 7% в Албании до более чем 30% в Румынии и Соединенном Королевстве (Уэльс). В большинстве случаев главной неполной семьей является мать, в то время как доля семей отцов-одиночек во всех странах/регионах составляет 5 или менее процентов. Два процента подростков живут в домохозяйствах другого типа, в частности, под опекой родственников или государства (например, в семейных приютах).

На рис. 18 представлены данные о подростках, живущих с обоими родителями, в разбивке по странам/регионам (в процентах).

ДОСТАТОК СЕМЬИ

В исследовании HBSC участвуют страны/регионы с самыми разными экономическими условиями, начиная со стран/регионов с доходом ниже среднего уровня и заканчивая рядом богатейших стран/регионов Европы. Домохозяйства с детьми не всегда

Рис. 18. Подростки, живущие с обоими родителями, в разбивке по странам/регионам (%)



Примечание: не получены данные от Азербайджана.

отражают средний национальный/региональный уровень благосостояния; на суммы, поступающие в домохозяйства, влияют национальные/региональные платежи и переводы для семей, а также нормы, касающиеся работы вне дома при наличии маленьких детей. Семьи отличаются по своему экономическому положению, и дети не могут предоставить информацию, которая обычно собирается в отношении должностных обязанностей и заработной платы и позволяет установить, насколько богатыми или бедными являются семьи.

В рамках HBSC используется альтернативный показатель – Шкала достатка семьи (Currie et al., 2008; Torsheim et al., 2016; Elgar et al., 2017), в случае применения которой подростков спрашивают о материальных ценностях, таких как семейные автомобили, количество выходных и праздничных дней/каникул и таких же дней/каникул, проведенных за границей, количество имеющихся в домохозяйстве компьютеров, ваннх комнат и посудомоечных машин, наличие личной спальни. Было показано, что посредством суммирования ценностей, которые есть в доме подростка, в сравнении с другими подростками в его стране/регионе данная шкала обеспечивает надежный показатель относительного достатка.

Индекс достатка семьи от 0 (нищета) до 100 (богатство) был разработан для сравнения среднего достатка семей в разных странах/регионах (см. том 2). Индекс достатка в странах/регионах, участвующих в HBSC, варьирует в широких пределах (как и следовало ожидать, учитывая относительную величину их валового внутреннего продукта): соответствующий показатель на уровне семьи составляет менее 40 в Азербайджане, Казахстане и Республике Молдова и более 75 в Люксембурге, Норвегии и Швейцарии. Это, в частности, означает, что подростки, живущие в Республике Молдова, располагают относительно меньшим количеством материальных ценностей в своем доме в сравнении с подростками из таких стран, как Норвегия.

НАЛИЧИЕ РАБОТЫ У РОДИТЕЛЕЙ

Данные по безработице среди родителей были доступны для 44 стран/регионов. В среднем, 95% подростков сообщили о том, что оба их родителя работают либо не занимаются поиском работы. **У каждого двадцатого подростка хотя бы один из родителей был безработным и искал работу.** Подростки чаще жили с безработной матерью (3%), чем с безработным отцом (1%). Менее 1 процента подростков имели двух безработных родителей (либо одного безработного родителя при отсутствии второго родителя/возможности видеться с ним).

“Каждому ребенку нужна семья.”

Между странами/регионами отмечались значительные различия в занятости родителей.

Самый низкий процентный показатель наличия работы у обоих родителей был зафиксирован в Азербайджане (84%), за которым следовали Армения (88%), Республика Молдова (90%), Грузия (91%) и Албания (91%). В этой связи самый высокий процент безработных матерей был зарегистрирован в Азербайджане (10%), в то время как отсутствие работы у отцов было в наибольшей степени распространено в Республике Молдова (5%), за которой следовали Азербайджан, Албания и Армения (около 4%).

СТАТУС ИММИГРАНТА

Фоном для исследования HBSC 2017/2018 гг. стали недавние волны иммиграции в разных регионах Европы. Данные об иммиграционном статусе подростков были получены от 35 стран/регионов, участвующих в HBSC.

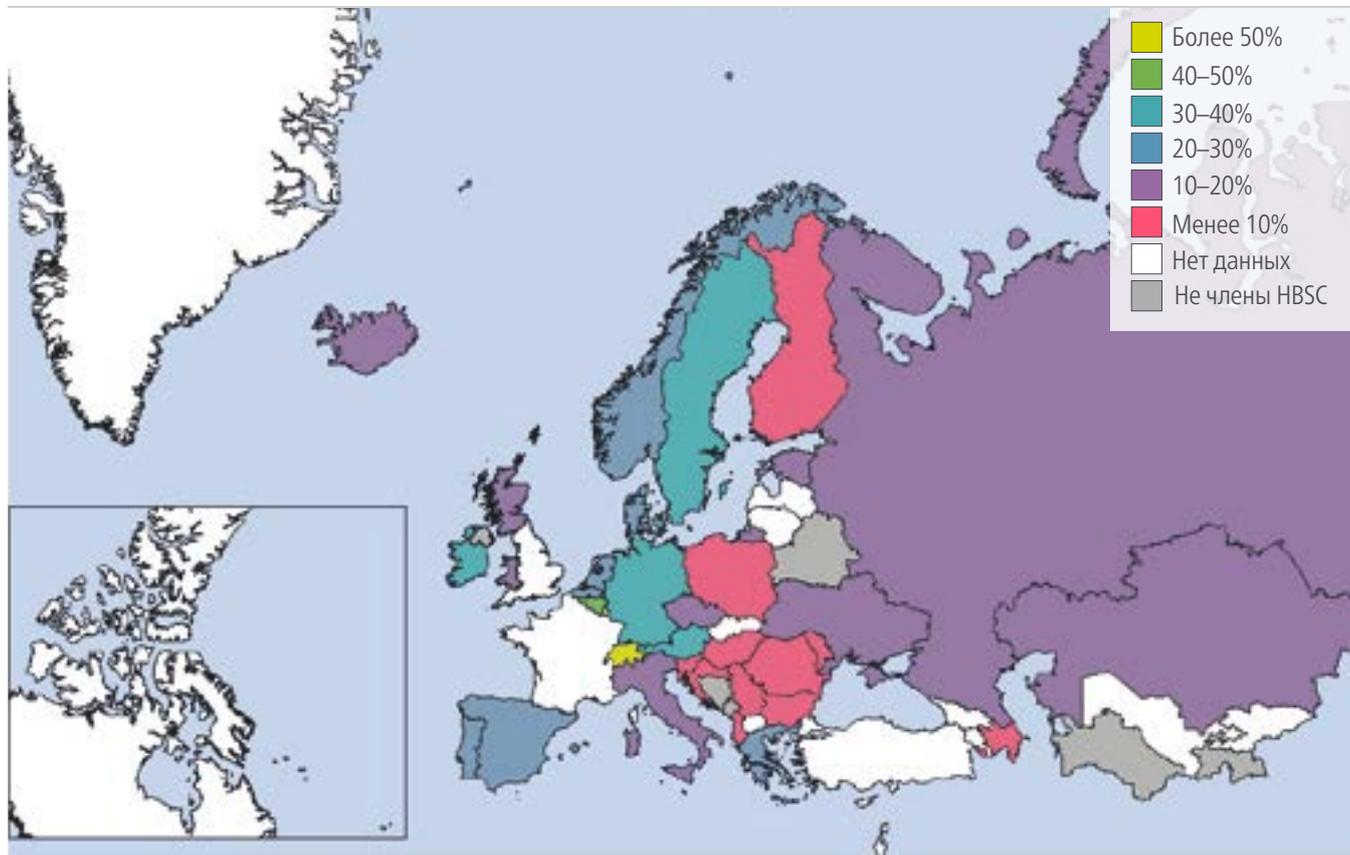
В целом, 5% подростков принадлежали к первому, а 14% – ко второму поколению иммигрантов.

Различия между странами/регионами были значительными. **Доля иммигрантов варьировала в интервале от 2% в Польше до 72% в Люксембурге.** Почти в половине стран/регионов (главным образом в Западной Европе) более 20% подростков были выходцами из семей иммигрантов. Во всех странах, кроме двух (Албания и Болгария), процент подростков, являвшихся иммигрантами второго поколения, превышал процент подростков-иммигрантов первого поколения.

На рис. 19 представлены процентные доли иммигрантов (первого и второго поколений) в странах и регионах, участвующих в HBSC.

“Родители должны всегда доверять своим детям.”

Рис 19. Процентные доли иммигрантов (общий показатель для первого и второго поколений) в странах и регионах, участвующих в HBSC



РЕЗЮМЕ

Условия, в которых растут подростки, варьируют в широких пределах; значительные различия отмечаются как на индивидуальном уровне, так и на уровне стран/регионов. Большинство подростков живут с матерью и отцом, и лишь один из шести – в неполной семье, главой которой чаще всего является мать.

Несмотря на высокие показатели занятости родителей, у каждого двадцатого подростка есть родитель, который в настоящее время является безработным и ищет работу. В свете научных данных, свидетельствующих о том, что отсутствие работы у родителей негативным образом влияет на здоровье и благополучие подростков как на индивидуальном (Pfortner et al., 2015; Frasquilho et al., 2016), так и на национальном/региональном уровне (Johansson et al., 2019), очень важно учитывать безработицу при рассмотрении факторов риска для благополучия подростков.

Статус иммигранта является еще одним важным фактором, поскольку было установлено, что это повышает риск ухудшения здоровья, включая возникновение проблем в области психического здоровья, виктимизацию в связи с травлей и рискованное поведение (Stevens et al., 2015; Walsh et al., 2015; Barsties et al., 2018; Stevens et al., 2019). Полученные результаты показывают, что каждый двадцатый подросток относится к первому поколению иммигрантов, а чуть больше седьмой части подростков являются иммигрантами второго поколения. Хотя между странами отмечаются значительные различия, более чем в половине стран/регионов свыше 20% подростков являются выходцами из семей иммигрантов. Учитывая большое число иммигрантов на всей территории Европы, крайне важно понимать опыт подростков-иммигрантов, в частности влияние иммиграции на здоровье и благополучие мальчиков и девочек.

ВЫВОДЫ

Daria, 10 лет (Эстония)



Lise, 13 лет (Эстония)



НАУЧНЫЕ ВЫВОДЫ

Несмотря на социальное, экономическое и политическое давление, с которым в последнее десятилетие сталкиваются многие страны/регионы Европы, исследование HBSC 2017/2018 гг. показывает, что для большинства подростков характерны позитивные и обеспечивающие поддержку социальные отношения при сравнительно небольшом количестве проблем со здоровьем, общем благополучии и хорошем состоянии здоровья в целом. Полученные результаты также отражают важную роль социальных отношений в формировании неравенства в сфере здоровья подростков. Позитивные и обеспечивающие поддержку социальные связи в семье, школе и общине способствуют укреплению психического и физического здоровья и уменьшению случаев рискованного поведения.

Тем не менее, отдельные тенденции внушают беспокойство. После проведения предыдущего исследования HBSC в 2013/2014 гг. число подростков, которым нравится школа, сократилось, в то время как число подростков, стремящихся хорошо учиться и ощущающих серьезную нагрузку, возросло. Распространение коммуникации с помощью электронных средств связи во всех аспектах жизни подростков привело к появлению подгруппы подростков (более чем каждый четырнадцатый), которые сообщают о проблемном использовании социальных сетей. В сравнении с ситуацией, имевшей место четырем годами ранее, распространенность множественных жалоб на здоровье увеличилась, а количество случаев избыточного веса и ожирения в ряде стран/регионов продолжает расти, причем в настоящее время эти проблемы затрагивают каждого пятого подростка. Уровни физической активности в большинстве стран/регионов свидетельствуют о практически полном отсутствии улучшений: глобальную рекомендацию в отношении физической активности, согласно которой продолжительность MVPA должна составлять не менее часа в день, выполняют менее 20% подростков. Показатели ежедневного употребления фруктов и овощей несколько улучшились, однако по-прежнему являются слишком низкими. Необходимы дополнительные исследования, однако описанные результаты указывают на наличие многочисленных возможностей для принятия мер политики.

Отрочество – это этап формирования будущей жизни, когда начинают проявляться гендерные различия в социальных отношениях и ряде аспектов психического и физического здоровья. С возрастом эти различия становятся более устойчивыми и определяют неравенство в отношении здоровья на протяжении взрослой жизни. Исследование HBSC свидетельствует о возрастных расхождениях в уровнях социального и эмоционального благополучия, возникающих в 11–15 лет, причем девочки старшего возраста подвергаются наибольшему риску. В процессе перехода от раннего к среднему подростковому возрасту у девочек наблюдается более резкое снижение показателей ощущения поддержки со стороны семьи, легкости общения с родителями, поддержки со стороны преподавателей и удовлетворенности школой. Для них также характерны

более высокие показатели интенсивной коммуникации с помощью электронных средств связи и проблемного использования социальных сетей. Мальчики и младшие подростки более активны, реже пропускают завтрак и другие приемы пищи с семьей и сообщают о большей удовлетворенности жизнью и меньшем количестве жалоб на здоровье, чем девочки и старшие подростки соответственно. Тем не менее, становясь старше, мальчики сталкиваются с различными рисками. Они чаще совершают акты физического насилия и насилия в сети и получают медицинскую помощь при травмах, в то время как девочки чаще становятся жертвами кибертравли.

Социальное и эмоциональное благополучие снижается по мере взросления подростков, особенно среди девочек.

Несмотря на постоянное внимание со стороны политиков в последние несколько десятилетий и недавние улучшения во многих странах/регионах, значительное меньшинство подростков по-прежнему совершают такие действия, как курение сигарет и злоупотребление алкоголем, которые ставят под угрозу их здоровье. Распространенность таких форм поведения повышается с возрастом, причем они в большей степени характерны для мальчиков, чем для девочек. Треть 15-летних подростков пили алкогольные напитки в прошлом месяце; данный показатель намного превышает соответствующие показатели для курения сигарет или употребления каннабиса.

Эти результаты также дают представление о социально-экономических различиях в состоянии здоровья и качестве социальных сетей, которые его поддерживают. Исследование HBSC оценивает социально-экономическое положение на основе перечня имеющихся в доме материальных ценностей и сравнения балльного показателя с баллами для других подростков в стране/регионе. Существует прямая зависимость между разницей в значениях этого социально-экономического индекса и большинством показателей здоровья для обоих полов в большинстве стран/регионов. Например, подростки из более состоятельных семей имеют более благоприятные социальные отношения в школе и дома, более высокий уровень физической активности и более качественный рацион питания, сообщают о большей удовлетворенности жизнью и лучшим здоровье. Более обеспеченные подростки также чаще завтракают, обедают и ужинают со своей семьей, ежедневно едят фрукты и овощи и реже имеют избыточный вес или страдают ожирением. Исключения из этой социально-экономической схемы обнаруживаются в сообщениях о школьной нагрузке и травмах, требующих медицинского вмешательства, которые в большей степени характерны для подростков из семей с высоким достатком.

Результаты, приведенные в настоящем отчете, свидетельствуют о том, что неравенство в отношении здоровья в подрост-

ковом возрасте представляет собой универсальное явление и вызывает беспокойство в каждой стране/регионе, которые входят в сеть HBSC. Хорошая новость состоит в том, что различия в распределении показателей здоровья между странами/регионами и внутри них позволяют понять, каким образом можно использовать политические меры для улучшения здоровья подростков и обеспечения равенства в этой области. Поскольку исследования неравенства в отношении здоровья смещаются в сторону применения методов, в большей степени ориентированных на поиск объяснений и проведение экспериментов, необходима надежная информация о подростках. Крайне важно, чтобы такая информация включала мнения подростков о социальных условиях, которые определяют и ограничивают их здоровье и благополучие. Исследование HBSC остается уникальным и бесценным ресурсом для осуществления такой деятельности.

ВЫВОДЫ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Все шире признается тот факт, что инвестиции в подростков приносят тройную пользу, создавая преимущества в плане здоровья, а также социальные и экономические преимущества для сегодняшних подростков, завтрашних взрослых и будущих поколений. Исследование HBSC обеспечивает важные сведения о состоянии здоровья и благополучия подростков для разработки политики и программ и выделяет приоритетные области для вложения средств и принятия мер. Поскольку данное исследование проводится каждые 4 года, оно позволяет проанализировать и сопоставить тенденции в странах/регионах. Эти тенденции, равно как и сравнения с соседними странами/регионами, представляют большой интерес для общественности и лиц, определяющих политику.

Факторы риска в отношении неинфекционных заболеваний, такие как нездоровое пищевое поведение, курение, употребление алкоголя и отсутствие физической активности, могут быть эффективно устранены в подростковом возрасте. В соответствии с этим подходом HBSC привлекает внимание к улучшению жизни детей и подростков и способствует достижению Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития и выполнению рекомендаций, сформулированных в разработанном ВОЗ руководстве "Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков (АА-НА!)" (ВОЗ, 2017а).

В отчете представлены позитивные изменения поведения подростков в отношении здоровья, произошедшие по завершении последнего цикла обследования и отражающие междуна-

родные и национальные/региональные усилия по пропаганде здорового образа жизни. Подростки в большей степени удовлетворены своей жизнью, питаются более полезными продуктами, имеют более позитивное представление о своем теле, меньше экспериментируют с алкоголем и табаком и реже участвуют в травле других лиц. Тем не менее, сохраняющееся гендерное и социальное неравенство во многих аспектах жизни подростков и общее снижение степени психического и социального благополучия и ежедневной физической активности отодвигают эти позитивные изменения на задний план. Подростки из менее обеспеченных семей несут наибольшее бремя негативных последствий для здоровья и благополучия. Важно мобилизовать усилия для максимального увеличения позитивных изменений, при этом уменьшая воздействие стрессогенных факторов и факторов риска. Программы укрепления здоровья по возможности должны осуществляться с учетом гендерных аспектов, особенно в связи с такими вопросами, как насилие, сексуальное благополучие, психическое благополучие, пищевое поведение, гигиена полости рта и опыт обучения в школе.

Инвестиции в подростков приносят тройную пользу, создавая преимущества в плане здоровья, а также социальные и экономические преимущества для сегодняшних подростков, завтрашних взрослых и будущих поколений.

При разбивке данных по возрасту обнаруживаются явные различия в состоянии здоровья и степени благополучия, что указывает на важность как раннего предупреждения и вмешательства, так и политических и правовых рамок, учитывающих уровень развития. С увеличением возраста снижаются показатели психического и социального благополучия, физической активности, здоровых пищевых привычек и позитивного опыта обучения в школе, при этом растет употребление психоактивных веществ. Необходима дополнительная поддержка, позволяющая сбалансировать растущую самостоятельность подростков, становление личности и социальные эксперименты с защитой, возможностями, риском и ответственностью при переходе от раннего к позднему подростковому возрасту.

Нездоровое пищевое поведение, отсутствие физической активности и рост распространенности избыточного веса и ожирения среди подростков указывают на недостаточный прогресс в осуществлении стратегий и мероприятий. Необходимы программы, ориентированные как на внешние условия (такие как обеспечение здорового и полноценного питания, безопасного окружения и возможностей для физической активности и участия в спортивных мероприятиях), так и «критически важные» периоды жизни. Внедрение стратегий, увеличивающих физическую и финансовую доступность и употребление полезных продуктов, а также обогащение основных продуктов питания может уменьшить отдельные проявления наблюдаемого социального неравенства.

Подростки из менее обеспеченных семей несут наибольшее бремя негативных последствий для здоровья и благополучия.

Необходимо регулировать продажу детям нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков, так как в данном случае прослеживается прямая связь с избыточным весом и ожирением (Sadeghirad et al., 2016) (WHO, 2012). Более половины стран/регионов принимают соответствующие меры, однако большинство положений, регулирующих сбыт, применимы только к детям в возрасте до 12 или 13 лет (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018a). Текущие данные HBSC свидетельствуют о необходимости увеличить возрастное ограничение, особенно в отношении употребления безалкогольных напитков.

Школы остаются идеальным местом для изменения вредных пищевых привычек и стимулирования физической активности. Этого можно добиться посредством организации питания в школах в соответствии со стандартами здорового питания, бесплатного предоставления безопасной питьевой воды и обеспечения диетологического и физического воспитания,

Экономические трудности могут препятствовать налаживанию отношений, обеспечивающих поддержку: подростки из более бедных семей получают меньшую социальную поддержку со стороны родственников, друзей и одноклассников.

прежде всего для групп риска (девочки, старшие подростки и подростки из семей с низким достатком). Снижение показателя ежедневной MVPA в период после 2014 г. вызывает глубокую обеспокоенность. В связи с этим следует прилагать более активные усилия для поддержания привычной ежедневной физической активности, такой как активное перемещение и активные игры, в соответствии с Торонтской хартией (Глобальный совет пропаганды физической активности и Международное общество физической активности и здоровья, 2010 г.) и Стратегией в области физической активности для Европейского региона ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г.).

Школа и дом – это две основные социальные среды, в которых подростки растут и учатся. Многие дети школьного возраста сообщают об отсутствии благоприятных условий, что особенно часто имеет место, когда они становятся старше. Данные HBSC свидетельствуют о том, что экономические трудности могут препятствовать налаживанию отношений, обеспечивающих поддержку: подростки из более бедных семей получают меньшую социальную поддержку со стороны родственников, друзей и одноклассников. Необходимо разработать стратегии содействия формированию благоприятных социальных отношений посредством обучения навыкам позитивного воспитания и расширения возможностей для социального взаимодействия в школах и местных общинах, ориентируясь на старших подрост-

ков и подростков из низших социальных слоев. Значительное снижение степени удовлетворенности школой и повышение школьной нагрузки в период после 2014 г. требуют внимания. Школьная политика должна быть направлена на обеспечение участия в проводимых мероприятиях как учащихся, так и их семей, а также расширение возможностей персонала, развитие академических, социальных и эмоциональных навыков и внедрение методов совместного преподавания в целях формирования благоприятной среды обучения и отношений доверия и заботы (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Переход на цифровые технологии предоставляет беспрецедентную возможность для работы с подростками, которые все чаще используют такие технологии для установления связи и общения. При этом технологии не только способствуют позитивному поведению в отношении здоровья, но и могут повышать уязвимость и создавать новые угрозы, такие как проблемное использование социальных сетей и кибертравля, которые в значительно большей степени затрагивают девочек. Необходимо вкладывать средства в программы, способствующие тому, чтобы подростки были информированными, ответственными и разборчивыми пользователями средств связи, и в программы, повышающие степень вовлеченности родителей и качество надзора.

Агрессивное поведение по-прежнему является серьезной проблемой общественного здравоохранения, особенно среди мальчиков. Программы борьбы с насилием должны обеспечивать охват подростков в раннем возрасте (когда они наиболее уязвимы в ситуации травли и драки), укреплять навыки семейной жизни и воспитания детей и уменьшать факторы риска, такие как плохая успеваемость, частые пропуски занятий, отсев из школы и неорганизованный досуг. Школы должны обеспечивать безопасную, защищенную и благоприятную среду, способствующую развитию детей и побуждающую их следовать ценностям терпимости и уважения, на основе продуманных стратегий борьбы с травлей и дискриминацией. Необходимо с учетом гендерных факторов определить целевые меры в связи с повышенной вероятностью агрессивного поведения мальчиков и виктимизации девочек в результате кибертравли. Задачу профилактики травм следует решать на структурном уровне и уровнях внешней среды и общины для обеспечения безопасных игровых площадок, домов, транспортных средств и дорог.

При этом технологии не только способствуют позитивному поведению в отношении здоровья, но и могут повышать уязвимость и создавать новые угрозы, такие как проблемное использование социальных сетей и кибертравля, которые в значительно большей степени затрагивают девочек.

Международные и национальные/региональные стратегии профилактики привели к обнадеживающему сокращению показателей курения и распития алкогольных напитков среди подростков, однако уровень текущего употребления алкоголя и табака среди старших подростков остается высоким. Данные HBSC свидетельствуют о том, что наряду с мерами профилактики на уровне всего населения необходимы инновационные мероприятия для тех подростков, которые уже принимают психоактивные вещества. Информационные кампании и программы, которые учат противостоять давлению сверстников и иным формам социального давления, побуждающим к курению или употреблению алкоголя, демонстрируют многообещающие результаты, особенно если речь идет о программах с участием лиц, имеющих аналогичный опыт, на базе школ в сочетании с усилиями всего сообщества (Rosen, 2004). Наиболее эффективными мерами профилактики остаются ужесточение политики в отношении финансовой и физической доступности тех или иных продуктов, включая всеобъемлющее запрещение рекламы, повышение цен за счет налогов и создание общественных мест, свободных от алкоголя и курения, что может способствовать изменению социальных норм.

Многие проблемы со здоровьем, такие как низкий уровень психического благополучия, начинают проявляться в отрочестве. Крайне важно, чтобы страны/регионы обеспечивали надлежащие политические рамки и финансовые инвестиции для поддержки психического здоровья подростков, гарантируя наличие качественных механизмов оценки, руководства по облегчению перехода от услуг в области психического здоровья для детей к соответствующим услугам для взрослых и услуг на уровне местных сообществ, предоставляемых в целях раннего вмешательства (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018b).

Важно, чтобы во всех странах/регионах существовали системы здравоохранения, учитывающие интересы подростков и обеспечивающие обслуживание в соответствии с принципами доступности, справедливости, приемлемости и уместности, прежде всего в области психического и сексуального здоровья (ВОЗ, 2017a). Необходимо разработать и осуществлять пакет универсальных инициатив и целевых подходов, направленных на поддержание психического благополучия девочек, старших подростков и подростков из низших социальных слоев, входящих в группу повышенного риска. Слишком многие страны/регионы сообщают о том, что их национальная школьная политика не включает аспект психического здоровья подростков (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018b). Школьные медицинские службы могут способствовать укреплению психического здоровья в рамках программ управления когнитивными, социально-эмоциональными и поведенческими навыками и навыками выстраивания отношений. Следует расширить доступ к современным противозачаточным средствам и обеспечить предоставление услуг квалифицированных специалистов по охране репродуктивного и сексуального здоровья на условиях конфиденциальности.

Следует уделять больше внимания гигиене полости рта, особенно среди мальчиков, обеспечивая доступные и недорогие услуги по профилактике и лечению. Необходимо учитывать разные детерминанты здоровья на основе применения комплексного подхода в соответствующих секторах и более эффективной координации действий ключевых участников проводимых мероприятий на национальном/региональном и местном уровнях.

Школы играют важную роль в обеспечении здоровья и благополучия подростков. Каждая школа должна создать среду, способствующую укреплению здоровья (ВОЗ, 2017b), руководствуясь общим для всей школьной системы подходом к улучшению физических и социальных условий, управления и организации работы, преподавания, школьного медицинского обслуживания, деятельности по укреплению здоровья и внеклассных мероприятий (Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing, 2016). Школам следует учитывать потенциал цифровых технологий для укрепления здоровья в сочетании со стратегиями, осуществляемыми с участием сверстников и доказавшими свою эффективность в школьных условиях (Al-sheyab et al., 2012). В то же время при рассмотрении политических мер на уровне школ следует принимать во внимание недостаток ресурсов и чрезмерное бремя обязанностей и ожиданий (Carta et al., 2015). Для улучшения здоровья подростков необходимо принимать меры во всех секторах и на всех уровнях общества.

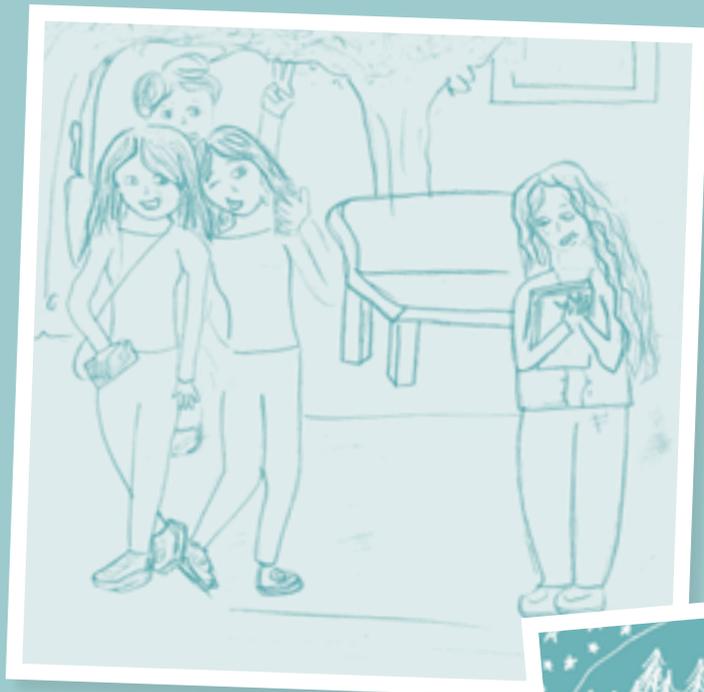
Для улучшения здоровья подростков необходимо принимать меры во всех секторах и на всех уровнях общества.

В заключение следует отметить, что страны/регионы должны обеспечить внимательное отношение к потребностям подростков, расширение их участия в разработке политики и программ и дальнейшие инвестиции в поддержание их здоровья и благополучия. Данные о значительных межнациональных различиях в состоянии здоровья подростков указывают на то, что каждой стране/региону следует разработать собственный пакет политических мер с учетом существующих в них экономических, эпидемиологических и социальных ограничений и культурных особенностей. Необходимо признать многообразие характеристик отрочества, связанных с возрастом, полом и социально-экономическим статусом, и применять разные стратегии для охвата разных подгрупп. Следует разработать комплексные программы для удовлетворения многочисленных потребностей подростков и устранения ограничений, зависящих от конкретных условий, применяя устойчивый правозащитный подход, основанный на фактических данных.



ЛИТЕРАТУРА

Mariana, 14 лет (Португалия)



Alesja, 15 лет (Эстония)

- Al-sheyab N, Gallagher R, Crisp J, Shah S (2012). Peer-led education for adolescents with asthma in Jordan: a cluster-randomized controlled trial. *Pediatrics* 129(1):e106–12.
- Barsties LS, Walsh SD, Huijts T, Bendtsen T, Molcho M, Vieno A et al. (2017). Alcohol consumption among first- and second-generation immigrant and native adolescents in 23 countries: testing the importance of origin and receiving country alcohol prevalence rates. *Drug Alcohol Rev.* 36(6):769–78.
- Caplan SE (2003). Preference for online social interaction: a theory of problematic internet use and psychosocial wellbeing. *Communic Res.* 30(6):625–48 (https://www.researchgate.net/publication/238429842_Preference_for_Online_Social_Interaction_A_Theory_of_Problematic_Internet_Use_and_Psychosocial_Well-Being).
- Carta MG, Fiandra TD, Rampazzo L, Contu P, Preti A (2015). An overview of international literature on school interventions to promote mental health and well-being in children and adolescents. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 11:16–20.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). School connectedness: strategies for increasing protective factors among youth. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services (<https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/connectedness.pdf>).
- Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med.* 66(6):1429–36.
- Elgar FJ, Xie A, Pfortner T-K, White J, Pickett KE (2017). Assessing the view from bottom: how to measure socioeconomic position and relative deprivation in adolescents. *SAGE Research Methods Cases in Health* doi:<https://dx.doi.org/10.4135/9781526406347>.
- Frasquilho D, Gaspar de Matos M, Santos T, Gaspar T, Caldas de Almeida JM (2016). Unemployment as a source of mental distress to individuals and their families: unemployed parents' perceptions during the economic recession. *Int J Soc Psychiatry* 62(5):477–86. doi: 10.1177/0020764016650469.
- Global Advocacy Council for Physical Activity & International Society for Physical Activity and Health (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: a global call to action. Global Advocacy for Physical Activity (<https://www.globalpa.org.uk/charter/>).
- Guo H, Yang W, Cao Y, Li J, Siegrist J (2014). Effort–reward imbalance at school and depressive symptoms in Chinese adolescents: the role of family socioeconomic status. *Int J Environ Res Public Health* 11(6): 6085–98.
- HBSC (2020). Health Behaviour in School-Aged Children. World Health Organization collaborative cross-national survey [website]. Glasgow: University of Glasgow (www.hbsc.org).
- Подростковое ожирение и связанное с ним поведение: тенденции и социальные неравенства в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2014 годы / под ред. Inchley J, Currie D, Jewell J, Breda J, Barnekow V (2017 г.). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329417>).
- Inchley J, Currie D, Cosma A, Samdal O, editors (2018a). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit.
- Поведенческие аспекты употребления алкоголя подростками: тенденции и социальные неравенства в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2014 годы / под ред. Inchley J, Currie D, Vieno A, Torsheim T, Ferreira-Borges C, Weber MM et al. (2018b). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/adolescent-alcohol-related-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014-2018>).
- Johansson K, Petersen S, Hogberg B, Stevens GWJM, De Clercq B, Frasilho D et al. (2019). The interplay between national and parental unemployment in relation to adolescent life satisfaction in 27 countries: analyses of repeated cross-sectional school surveys. *BMC Public Health* 19:1555.
- Joyce HD, Early TJ (2014). The impact of school connectedness and teacher support on depressive symptoms in adolescents: a multilevel analysis. *Child Youth Serv Rev.* 39:101–7.
- Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing (2016). Our future: a Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing. *Lancet* 387(10036):2423–78 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00579-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00579-1/fulltext)).
- McCarty CA, Rhew IC, Murowchick E, McCauley E, Vander Stoep A (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychol Addict Behav.* 26(2):351–7.
- Pfortner T-K, Günther S, Levin KA, Torsheim T, Richter M (2015). The use of parental occupation in adolescent health surveys: an application of ISCO-based measures of occupational status. *J Epidemiol Commun Health* 69:177–84.
- Rosen JE (2004). Adolescent health and development (AHD): a resource guide for World Bank operations staff and government counterparts. Washington (DC): World Bank (<http://documents.worldbank.org/curated/en/275631468762356035/Adolescent-Health-and-development-AHD-a-resource-guide-for-World-Bank-operations-staff-and-government-counterparts>).
- Sadeghirad B, Duhany T, Motaghipisheh S, Campbell NR, Johnston BC (2016). Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 17:945–59.
- Stevens GWJM, Walsh SD, Huijts T, Maes M, Rich Madsen K, Cavallo F et al. (2015). An internationally comparative study of immigration and adolescent emotional and behavioural problems: effects of generation and gender. *J Adolesc Health* 57(6):587–94.
- Stevens GWJM, Boer M, Titzmann P, Cosma A, Walsh SD (2020). Immigration status and bullying victimization: associations across national and school contexts. *J Appl Dev Psychol.* 66:101075 (<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101075>).
- Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, FAS Development Study Group (2016). Psychometric validation of the revised Family Affluence Scale: a latent variable approach. *Child Indic Res.* 9:771–84.
- United Nations Children's Fund (2011). Adolescence: an age of opportunity. New York (NY): United Nations Children's Fund. (<https://www.unicef.org/sowc2011/>).
- University of Bergen (2020). HBSC Data Management Centre. In: University of Bergen [веб-сайт]. Bergen: University of Bergen (<https://www.uib.no/en/hbscdata>).
- Van den Eijnden RJ, Lemmens JS, Valkenburg PM (2016). The Social Media Disorder Scale. *Comput Human Behav.* 61:478–87.

Vogel M, Rees CE, McCuddy T, Carson DC (2015). The highs that bind: school context, social status and marijuana use. *J Youth Adolesc.* 44(5):1153–64.

Walsh SD, De Clercq B, Molcho M, Harel-Fisch Y, Davison CM, Rich Madsen K et al. (2016). The relationship between immigrant school composition, classmate support and involvement in physical fighting and bullying among adolescent immigrants and non-immigrants in 11 countries. *J Youth Adolesc.* 45:1–16.

WHO (2012). A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/dietphysicalactivity/framework_marketing_food_to_children/en/).

ВОЗ (2014 г.). Здоровье подростков мира. – Женева: Всемирная организация здравоохранения (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/).

WHO (2017a). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-NA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/). (Проект Руководства по осуществлению глобальных ускоренных действий по охране здоровья подростков (AA-NA!) – брошюра на русском языке) (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/ru/)

WHO (2017b). Health promoting school: an effective approach for early action on NCD risk factors. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications-detail/health-promoting-school-an-effective-approach-for-early-action-on-ncd-risk-factors>).

WHO Regional Office for Europe (2006). Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/injuries-and-violence-in-europe.-why-they-matter-and-what-can-be-done>).

WHO Regional Office for Europe (2016 г.). Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).

WHO Regional Office for Europe (2018a). The global nutrition policy review 2016–2017. Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275990/9789241514873-eng.pdf?ua=1>).

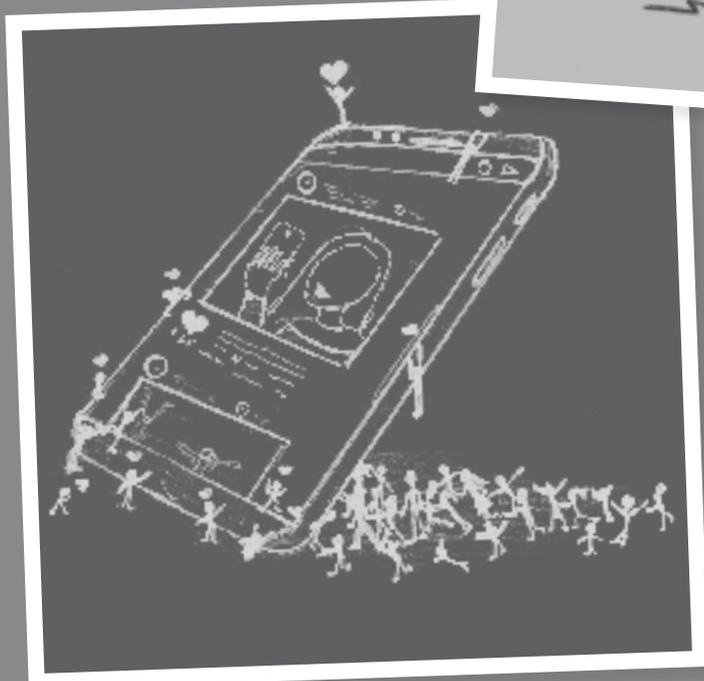
WHO Regional Office for Europe (2018b). Состояние здоровья детей и подростков в Европе. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/situation-of-child-and-adolescent-health-in-europe-2018>).

WHO Regional Office for Europe (2020 г.). Портал информации здравоохранения. В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://gateway.euro.who.int/ru/>).

Все веб-сайты по состоянию на 25 февраля 2020 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ. УЧАСТНИКИ

Алїона, 10 лет (Эстония)



Леоног, 13 лет (Португалия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Jo Inchley	Международный координатор HBSC, Университет Глазго, Соединенное Королевство (Шотландия)
Dorothy Currie	Заместитель международного координатора HBSC, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Oddrun Samdal	Управляющий банком данных HBSC, Бергенский университет, Норвегия
Torbjørn Torsheim	Заместитель управляющего банком данных HBSC, Бергенский университет, Норвегия
Atle Jåstad	Консультант, Бергенский университет, Норвегия
Martin M. Weber	Руководитель программы, Здоровье детей и подростков, Неинфекционные заболевания и укрепление здоровья на протяжении всей жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ
Vivian Barnekow	Консультант, Европейское региональное бюро ВОЗ
Adele Piper	Помощник международного координатора сети HBSC, Университет Глазго, Соединенное Королевство (Шотландия)
Joseph Hancock	Сотрудник по распространению результатов исследования HBSC, Университет Глазго, Соединенное Королевство (Шотландия)
Alina Cosma	Научный сотрудник, Университет им. Палацкого, Чехия
Colette Kelly	Директор Научно-исследовательского центра укрепления здоровья, Национальный университет Ирландии, Голуэй
Ársæll Már Arnarsson	Преподаватель, педагогический факультет, Исландский университет
Sanja Budisavljevic	Научный сотрудник, Сотрудничающий центр ВОЗ по международной политике в области охраны здоровья детей и подростков, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)

РЕДАКЦИОННАЯ И ОФОРМИТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

Alex Mathieson	Внештатный журналист и редактор, Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия)
Damian Mullan	Дизайнер, So it begins..., Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия)

Цитаты предоставлены консультативной группой HBSC по работе с подростками и собраны следующими участниками проекта: Colette Kelly (Ирландия) при поддержке Министерства по делам детей и молодежи, Hub na nÓg и Comhairle na nÓg; Cátia Branquinho (Португалия) при поддержке проекта Dream Teens; Anna Dzielska (Польша) при поддержке государственной начальной школы № 4 им. Ирены Шевиньской со спортивными классами в Пултуске; Jaroslava Korcakova (Словакия) при поддержке детской организации FÉNIX в рамках проекта "Здоровье – это не клише" ("Health is not a cliché"); и William Pickett и Wendy Craig (Канада) при поддержке Студенческой комиссии и Агентства общественного здравоохранения Канады.

АВТОРЫ И УЧАСТНИКИ

Глава	Авторы и участники
ВВЕДЕНИЕ	Jo Inchley (Соединенное Королевство (Шотландия)), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия)), Colette Kelly (Ирландия), Ársæll Már Arnarsson (Исландия)
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	
ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА	Anna Dzielska (Польша), Jelena Gudelj Rakic (Сербия), Colette Kelly (Ирландия), Ágnes Németh (Венгрия), Katia Castetbon (Бельгия (Фландрия), Paola Dalmasso (Италия)
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ	Zdenek Hamrik (Чехия), Jens Bucksch (Германия)
ИЗБЫТОЧНЫЙ И НЕДОСТАТОЧНЫЙ ВЕС И ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА	Anna Dzielska (Польша), Jelena Gudelj Rakic (Сербия), Colette Kelly (Ирландия), Ágnes Németh (Венгрия), Katia Castetbon (Бельгия (Фландрия), Paola Dalmasso (Италия)
ОНЛАЙНОВАЯ КОММУНИКАЦИЯ	Meuран Boniel-Nissim (Израиль), Maartje Boer (Нидерланды), Regina van den Eijnden (Нидерланды)
ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ	Carolina Catunda (Люксембург), Inese Gobiņa (Латвия), Thomas Potrebny (Норвегия), Kastytis Šmigelskas (Литва)
СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ	András Költő (Ирландия), Claire van Duin (Люксембург), Honor Young (Соединенное Королевство (Уэльс))
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, ТАБАКА И КАННАБИСА	Alessio Vieno (Италия), Daria Pavlova (Украина), Eva Leal-Lopez (Испания), Liat Korn (Израиль), Lorena Charrier (Италия), Natale Canale (Италия), Riki Tesler (Израиль)
ТРАВЛЯ И НАСИЛИЕ	Sophie D. Walsh (Израиль), Alina Cosma (Чехия)
ТРАВМЫ	Sophie D. Walsh (Израиль), Alina Cosma (Чехия)
СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ	Ellen Klemera (Соединенное Королевство (Англия)), Arolinaras Zaborskis (Литва), Lukas Teufel (Австрия), Fiona Brooks (Соединенное Королевство (Англия)), Charli Erikson (Швеция), Carmen Moreno (Испания), Марина Мелкумова (Армения), Meuран Boniel-Nissim (Израиль)
ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ	Petra Löfstedt (Швеция), Irene Garcia-Moya (Испания), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия))
УСЛОВИЯ В СЕМЬЕ	Gonneke Stevens (Нидерланды), Michela Lenzi (Италия), Concepcion Moreno Maldonado (Испания), Torbjørn Torsheim (Норвегия), Matthias Kern (Люксембург), Sophie Walsh (Израиль), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия)), Jo Inchley (Соединенное Королевство (Шотландия))
ВЫВОДЫ	
НАУЧНЫЕ ВЫВОДЫ	Frank Elgar (Канада)
ВЫВОДЫ ДЛЯ ПОЛИТИКИ	Sanja Budisavljevic (Соединенное Королевство (Шотландия))

Функция/организация	Участники
ПОДГОТОВКА И АНАЛИЗ ФАЙЛОВ ДАННЫХ	Torbjørn Torsheim (Норвегия), Atle Jåstad (Норвегия), Catharina Robson-Wold (Норвегия), Dorothy Currie (Соединенное Королевство (Шотландия))
ГРУППА ПО СОСТАВЛЕНИЮ МЕЖДУНАРОДНОГО ОТЧЕТА	Ársæll Már Arnarsson (Исландия), Sanja Budisavljevic (Соединенное Королевство (Шотландия)), Bart de Clerq (Бельгия (Фландрия)), Alina Cosma (Чехия), Dorothy Currie (заместитель международного координатора HBSC), Inese Gobina (Латвия), Atle Jåstad (Центр управления данными HBSC), Joseph Hancock (Международный координационный центр HBSC), Curt Hagquist (Швеция), Jo Inchley (международный координатор HBSC), Colette Kelly (Ирландия), Michael Molcho (Ирландия), Adele Piper (Международный координационный центр HBSC), Oddrun Samdal (управляющий международным банком данных HBSC), Gonneke Stevens (Нидерланды), Torbjørn Torsheim (Центр управления данными HBSC)
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ	Martin M. Weber (руководитель программы, Здоровье детей и подростков), Vivian Barnekow (консультант), Tina Kiaer (сотрудник по коммуникации)

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ HBSC

Международный координационный центр HBSC	Jo Inchley, Adele Piper (до 2020 г.) и Joseph Hancock	Университет Глазго, Соединенное Королевство (Шотландия)
	Dorothy Currie, Panagiota Spanou (до 2019 г.)	Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство (Шотландия)
Центр управления данными HBSC	Oddrun Samdal, Torbjørn Torsheim, Atle Jåstad, Catharina Robson-Wold	Бергенский университет, Норвегия

ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ HBSC

Страна/регион	Ведущий(-ие) исследователь(-и)	Учреждение(-ия)
Албания	Gentiana Qirjako	Медицинский университет, Тирана
Армения	Сергей Г. Саркисян и Марина Мелкумова	Медицинский комплекс "Арабкир", Институт здоровья детей и подростков, Ереван
Австрия	Rosemarie Felder-Puig	Институт укрепления здоровья и профилактики заболеваний, Вена
Азербайджан	Гахраман Хагвердиев Эльхан Мамедов (до 2019 г.)	Министерство здравоохранения
Бельгия (флам.)	Maxim Dierckens Bart de Clercq (до 2019 г.) Benedicte Deforche (до 2017 г.) Anne Hublet (до 2015 г.)	Гентский университет
Бельгия (франц.)	Katia Castetbon Danielle Piette (до 2016 г.) Isabelle Godin (до 2016 г.)	Брюссельский свободный университет
Болгария	Lidiya Vasileva	Болгарская академия наук
Канада	William Pickett и Wendy Craig John Freeman (до 2017 г.)	Университет Квинс в Кингстоне
Хорватия	Ivana Pavić Šimetin	Хорватский институт общественного здравоохранения
Чехия	Michal Kalman	Университет им. Палацкого, Оломоуц
Дания	Mette Rasmussen	Университет Южной Дании
Эстония	Leila Oja Katrin Aasvee (до 2018 г.)	Национальный институт развития здоровья

ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ HBSC (продолжение)

Страна/регион	Ведущий(-ие) исследователь(-и)	Учреждение(-ия)
Финляндия	Jorma Tynjälä	Университет Ювяскюля
Франция	Emmanuelle Godeau	Французская национальная школа государственного здравоохранения
Германия	Matthias Richter	Университет им. Мартина Лютера Галле-Виттенберг, Галле
Греция	Anna Kokkevi	Научно-исследовательский университетский центр психического здоровья, Афины
Гренландия	Birgit Niclasen	Allorfik, правительство Гренландии
Венгрия	Ágnes Németh	Университет им. Лоранда Этвёша, Будапешт
Исландия	Ársæll Már Arnarsson	Исландский университет
Ирландия	Saoirse Nic Gabhainn	Национальный университет Ирландии в Голуэе
Израиль	Yossi Harel-Fisch	Университет им. Бар-Илана, Рамат-Ган
Италия	Alessio Vieno <i>Franco Cavallo (до 2019 г.)</i>	Падуанский университет
Казахстан	Шынар Абдрахманова <i>Жамиля Баттакова (до 2019 г.)</i>	Национальный центр общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения
Латвия	Iveta Pudule	Центр профилактики и контроля заболеваний, Рига
Литва	Kastytis Šmigelskas <i>Apolinaras Zaborskis (до 2017 г.)</i>	Университет наук о здоровье, Каунас
Люксембург	Helmut Willems <i>Bechara Ziade Yolande Wagener (до 2018 г.)</i>	Люксембургский университет, Министерство здравоохранения
Мальта	Charmaine Gauci	Министерство здравоохранения
Нидерланды	Gonneke Stevens <i>Wilma Vollebergh (до 2016 г.) Saskia van Dorsselaer</i>	Утрехтский университет Институт Тримбоса, Утрехт
Северная Македония	Lina Kjostarova Unkovska	Центр психосоциальной поддержки и антикризисных мер "Малинска", Скопье
Норвегия	Oddrun Samdal	Бергенский университет
Польша	Joanna Mazur Agnieszka Malkowska-Szkutnik	Институт матери и ребенка, Варшава, Варшавский университет
Португалия	Margarida Gaspar de Matos	Лиссабонский университет
Республика Молдова	Галина Леско	Дружественный молодежи центр здоровья "Неовита", Кишинев
Румыния	Adriana Baban	Университет им. Бабеша — Бойяи, Клуж-Напока
Российская Федерация	Анна Маточкина <i>Олег Чурганов (до 2016 г.)</i>	Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры
Сербия	Jelena Gudelj Rakic	Институт общественного здравоохранения Сербии "Д-р Милан Йованович Батут"
Словакия	Andrea Madarasová Gecková	Университет им. Павла Йозефа Шафарика, Кошице
Словения	Helena Jeriček Klanšček	Национальный институт общественного здравоохранения
Испания	Carmen Moreno Rodriguez	Севильский университет

ВЕДУЩИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ HBSC (продолжение)

Страна/регион	Ведущий(-ие) исследователь(-и)	Учреждение(-ия)
Швеция	Petra Löfstedt	Агентство общественного здравоохранения Швеции
Швейцария	Marina Delgrande Jordan и Hervé Kuendig <i>Emmanuel Kuntsche (до 2017 г.)</i>	Швейцарский научно-исследовательский институт по изучению зависимости, Лозанна
Турция	Oya Ercan	Стамбульский университет — Джеррахпаша
Соединенное Королевство:		
Англия	Fiona Brooks и Ellen Klemera	Университет Хартфордшира
Шотландия	Jo Inchley	Университет Глазго
Уэльс	Chris Roberts	Правительство Уэльса
Украина	Ольга Балакирева	Институт экономики и прогнозирования Национальной академии наук Украины

Дополнительная информация по каждой национальной группе доступна на веб-сайте HBSC (HBSC, 2020).

Ссылка

HBSC (2020). Health Behaviour in School-Aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study [веб-сайт]. Glasgow: University of Glasgow (www.hbsc.org, по состоянию на 25 февраля 2020 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
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
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

В центре внимания здоровье и благополучие подростков

«Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) – совместное межнациональное исследование ВОЗ – на протяжении более 30 лет обеспечивает информацию о поведении в отношении здоровья, состоянии здоровья, благополучии и социальном окружении мальчиков и девочек в возрасте 11, 13 и 15 лет. В отчете по результатам исследования 2017/2018 гг. представлены данные более чем от 220 тыс. подростков из 45 стран и регионов Европы и Канады. Эти данные касаются социального контекста (отношений с семьей и сверстниками и отношения к школе и онлайн-коммуникации), показателей здоровья (субъективного здоровья, психического здоровья, избыточного веса и ожирения, травматизма), поведения в отношении здоровья (схем питания, физической активности и чистки зубов) и поведения, сопряженного с риском (употребления табака, алкоголя и каннабиса, сексуального поведения, драк и травли), которое имеет отношение к здоровью и благополучию подростков. В 2017/2018 гг. в рамках исследования HBSC были рассмотрены новые темы коммуникации с помощью электронных средств связи, тема кибертравли, пересмотренный показатель питания в семье; кроме того, в настоящий отчет впервые были включены показатели, касающиеся отдельных жалоб на здоровье и недостаточного веса. В томе 1 международного отчета представлены основные результаты исследования 2017/2018 гг., в то время как в томе 2 приведены подробные данные в разбивке по странам/регионам, возрасту, полу и достатку семьи.

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 9789289055024



9 789289 055024 >