

Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков

Основные результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по материалам обследования 2009–2010 гг.

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



В настоящем отчете в кратком виде представлены результаты последнего обследования HBSC. Обследование охватывало 39 стран и областей в Европе и Северной Америке,¹ в нем рассматривалось более 60 тематических вопросов и принимало участие более 200 000 детей и подростков.

HBSC, совместное многострановое исследование ВОЗ, занимается сбором данных о здоровье и благополучии, социальных условиях и поведении 11-, 13- и 15-летних мальчиков и девочек раз в четыре года. Международный отчет, который составляется научно-исследовательской сетью HBSC и издается Европейским региональным бюро ВОЗ, предоставляет наиболее всестороннюю из существующих в мировом масштабе картин состояния здоровья и благополучия подростков.

Основные результаты

Отчет констатирует тот факт, что у подростков в настоящее время больше возможностей, чем когда-либо ранее, обрести крепкое здоровье и развиваться, но многие ведут себя так, что это может вредить их здоровью (начинают курить, употреблять алкоголь и имеют нездоровый рацион питания), также дают низкую оценку своему здоровью. Таким образом они не могут в полной мере развить свой потенциал здоровья.

¹В международный отчет исследования HBSC 2009/2010 гг. включены следующие страны и области: Австрия, Армения, Бельгия (фламанд.), Бельгия (франц.), бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Гренландия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Латвия, Литва, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Словения, Соединенное Королевство (Англия), Соединенное Королевство (Уэльс), Соединенное Королевство (Шотландия), Соединенные Штаты Америки, Турция, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония.

Сосредоточив внимание на социальных детерминантах здоровья и благополучия, отчет демонстрирует широкий диапазон неравенств в отношении здоровья между странами и в рамках каждой страны. Данные отчета свидетельствуют о том, что:

- поведенческие факторы риска для здоровья получают большую распространенность с возрастом и по мере снижения достатка семьи;
- мальчики и девочки усваивают различные здоровые и нездоровые формы поведения, при этом некоторые различия возникают или усугубляются в подростковый период и могут вносить вклад в гендерные неравенства во взрослой жизни;
- картина в отношении состояния здоровья в разных странах неоднородна, что позволяет предположить, что социальный, культурный и экономический контексты в рамках каждой страны может влиять на состояние здоровья и поведение в отношении здоровья, а это способно приводить к неравенствам в вопросах здоровья между странами.

Использование возможностей подросткового возраста

Подростковый возраст является «возрастом возможностей»² для действий, направленных на решение проблем, связанных с неравенствами в вопросах здоровья. Картина состояния здоровья подростков в этот период меняется, при этом возникающие возрастные различия свидетельствуют о необходимости в соответствующих возрасту вмешательствах, направленных на укрепление здоровья и благополучия подростков.

В приведенных ниже примерах, за исключением особо оговоренных случаев, проводится сравнение между 11- и 15-летними подростками.

Взаимоотношения со сверстниками и школа – возрастные изменения

Распространенность отношений с тремя или более друзьями того же пола сокращается в период между 11 и 15 годами, возможно в связи с тем, что в дружеских отношениях возникает более тесная близость. В большинстве стран и областей школьники более старшего возраста чаще проводят вечера вне дома с друзьями, а также общаются с ними с использованием электронных средств связи. Кроме того, они с большей вероятностью начинают воспринимать свою школу – в среднем по общему показателю «школа нравится» снижение произошло почти на 20%, а в Италии для девочек оно составляет 21%.

В подростковом возрасте состояние здоровья ухудшается, и сокращается распространенность здорового поведения

В подростковый период возрастает распространенность субъективных отрицательных показателей здоровья (таких как жалобы на здоровье, низкая самооценка состояния здоровья и низкий уровень удовлетворенности жизнью), особенно среди девочек. В Шотландии, Венгрии и Украине оценка состояния своего здоровья снижается более чем на 20%, а в Греции показатель множественных жалоб на здоровье, со слов респондентов, возрастает на 30%. В 15 лет меньшее число девочек удовлетворены жизнью.

²*The state of the world's children 2011. Adolescence: an age of opportunity.* New York, United Nations Children's Fund, 2011. («Положение детей в мире, 2011 год. Использование возможностей подросткового возраста», Нью-Йорк, ЮНИСЕФ, 2011 г.)

Одиннадцатилетние подростки с большей вероятностью сообщают о присутствии им поведения, способствующему укреплению здоровья. Почти во всех странах и областях с возрастом подростки реже сообщают о ежедневном завтраке и ежедневном присутствии фруктов в их рационе питания (в Австрии распространенность ежедневного завтрака среди девочек снижается на 20% , а в Венгрии более чем на 20 % также среди девочек –распространенность ежедневного употребления фруктов), при этом в обоих гендерах различие составляет примерно 10%. Рост тенденции ежедневного употребления безалкогольных напитков более ярко выражен у мальчиков

Возникают или усугубляются неравенства в отношении здоровья

Появление или усугубление неравенств в отношении здоровья в подростковом возрасте могут привести к неравенствам и во взрослой жизни. В 11 лет нет различий между мальчиками и девочками по параметру удовлетворенности жизнью, но к 15 годам у девочек этот показатель в среднем снижается на 15%. В Швеции и Польше снижение составляет около 15% для девочек и 5% для мальчиков. Рост гендерных неравенств в отношении здоровья также отражается в попытках девочек снизить массу тела (различия возрастает с 2% в 11 лет до 13% в 15 лет) и в увеличении распространенности жалоб на здоровье среди девочек (с 7 % в 11 лет до 18 % к 15 годам).

Рискованные формы поведения получают большую распространенность

Как представляется, поведенческие факторы риска для здоровья получают большую распространенность, особенно в период между 13 и 15 годами. Восемнадцать процентов 15-летних девочек, с их слов, курят каждую неделю, 21% употребляют алкоголь и 26% имеют сексуальные отношения. Характер роста распространенности варьируется по странам, что свидетельствует о том, что социальный, культурный и экономический контексты в каждой из стран могут иметь большое значение.

Гендерный фактор действительно играет весомую роль

Гендерные различия в отношении здоровья и благополучия подростков по-прежнему сохраняются, несмотря на социальные изменения и сокращение гендерных разрывов во многих сферах. Степень гендерных различий между странами и областями позволяет предположить, что социальные и культурные факторы играют важную роль. По ряду показателей здоровья гендерные различия значительно возрастают между 11 и 15 годами: именно в этот важнейший период необходимо предпринимать действия по предупреждению гендерных различий во взрослой жизни.

Необходимой предпосылкой планирования успешных и целенаправленных вмешательств является получение более глубокого представления о сути гендерных различий. Сократить их во взрослой жизни можно, подходя к решению проблем, связанных со здоровьем подростков, с ориентацией на гендерный аспект.

Девочки усваивают формы поведения, способствующие укреплению здоровья, но у них больше психологических проблем и жалоб на здоровье

Девочки с большей вероятностью усваивают формы поведения, способствующие укреплению здоровья, например, это касается употребления фруктов, чистки зубов и ограничения употребления безалкогольных напитков, но почти 10% девочек к 15 годам пропускают ежедневные завтраки и 40% не довольны своим телом, что почти вдвое превышает показатель среди мальчиков. В среднем 22% 15-летних девочек придерживаются диеты для регулирования веса, при том что лишь у 10% из них наблюдается избыточная масса тела: среди мальчиков

9%, с их слов, сидят на диете, тогда как избыточная масса тела отмечена у 18%. Девочки дают более низкую оценку своему здоровью и удовлетворенности жизнью, и у них отмечается больше жалоб на здоровье.

Мальчики усваивают формы поведения, сопряженные с риском для здоровья

Мальчики с большей вероятностью соответствуют положениям рекомендаций по физической активности³, но также и чаще начинают вести себя так, что это может вредить их здоровью. У мальчиков всех возрастов на 10% выше распространённость поведенческих факторов риска для здоровья: рассматривая возрастные, гендерные и межстрановые различия, можно сказать, что 13-летний испанский мальчик сообщает о травме с вероятностью, почти в пять раз превышающей вероятность такого сообщения 13-летней девочки из бывшей югославской Республики Македония.

Мальчики с большей вероятностью начинают приобщаться к таким рискованным формам поведения, как употребление алкоголя и курение конопли и/или табака. Здесь возникают большие гендерные различия: например, армянские мальчики всех возрастов с большей, по сравнению с девочками, почти втрое большей вероятностью испытывали состояние опьянения, а гендерное различие среди 15-летних подростков Литвы, которые когда-либо использовали коноплю, составляет 16%. Мальчики также с большей вероятностью сообщают об участии в драках и «буллинге» (либо причиняя обиды другим, либо являясь жертвой издевательств). Вероятность участия в драке 15-летнего мальчика в три раза превышает таковую для девочек (16% в сравнении с 5%), и они также с более чем удвоенной вероятностью причиняют обиды слабым (16 % и 7 %); кроме того, 15-летний мальчик в Бельгии (на франкоязычной территории) имеет более чем двенадцатикратную вероятность подвергаться издевательствам со стороны сверстников по сравнению с девочкой того же возраста, живущей в Италии. Мальчики в ряде стран, в основном в странах Восточной Европы, сообщают о том, что к 15 годам имели опыт сексуальных отношений: 48 % мальчиков этого возраста в Румынии имели сексуальные отношения, что на 31% больше по сравнению с румынскими девочками.

Взаимоотношения

У девочек скорее наблюдается более позитивное отношение к школьной жизни, большая удовлетворенность школой, чем у мальчиков, они в большей мере чувствуют себя успевающими по школьным предметам, но при этом в большей степени ощущают тяжесть школьной нагрузки. Отвечая на вопрос о том, насколько легко им общаться с родителями, мальчики скорее говорят о том, что им легко говорить с отцом о тех вещах, которые действительно их беспокоят. В отношении общения с матерью четких гендерных различий не существует.

Гендерные парадоксы

В ряде стран и областей гендерные тенденции приобрели противоположную направленность. В ряде скандинавских стран и в Соединенном Королевстве у девочек отмечается более высокая распространённость состояния опьянения: это различие является статистически значимым среди 15-летних девочек в Шотландии, Гренландии, Финляндии и Швеции. Курение каждую неделю имеет значимо большую распространённость среди девочек в Чешской Республике, Англии, Испании и Уэльсе. В Соединенном Королевстве и скандинавских странах большее число девочек имели сексуальные отношения (к 15-летнему возрасту), хотя это

³ *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, World Health Organization, 2010. («Глобальные рекомендации по физической активности в целях укрепления здоровья», Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.).

различие и не является статистически значимым: в Гренландии 71% девочек имели сексуальные отношения в сравнении с 46% мальчиков.

Достаток семьи: важный фактор, позволяющий прогнозировать состояние здоровья подростков

Обычно прослеживается связь между высоким достатком семьи и более позитивными взаимоотношениями, более высокими результатами в отношении здоровья и более здоровым поведением подростков. Картина с поведенческими факторами риска, однако, не столь ясна.

Связи между низким достатком семьи, плохим здоровьем и последствиями для здоровья

Молодые люди, живущие в семьях с низким достатком, с большей вероятностью оценивают свое здоровье как удовлетворительное или плохое: различие составляет 20% для девочек в Дании и 18% для мальчиков в Исландии. В Исландии, Турции, Венгрии, Румынии, Люксембурге, Дании и Швейцарии разрыв между низким и высоким достатком семьи по показателю высокой удовлетворенности жизнью среди девочек превышает 20%.

Низкий достаток семьи является фактором, позволяющим прогнозировать более высокую распространенность избыточной массы тела и ожирения в Восточной Европе и Северной Америке. Например, различие в распространенности среди мальчиков из семей с высоким и низким достатком в Нидерландах, Италии и Бельгии (фламандская часть) составляет почти 15%. В ряде стран Восточной Европы, таких как Армения, отмечается противоположная тенденция, т.е. при высоком достатке семьи можно прогнозировать более высокую распространенность избыточной массы тела и ожирения, при этом различие составляет 10%.

В Германии прослеживается связь между пониженными уровнями распространенности ежедневной физической активности и низким достатком семьи, при этом различие для мальчиков составляет 10%, а травматизм увеличивается с ростом достатка. Для мальчиков в Финляндии различие составляет почти 20%, а для девочек в Люксембурге – около 25%. Связь между низким достатком семьи и низкой распространенностью физической активности усматривается в меньшинстве стран.

Связи между высоким достатком семьи и поведением, способствующим укреплению здоровья

При высоком достатке семьи отмечаются формы поведения, способствующие укреплению здоровья, такие как большее употребление фруктов и ежедневный завтрак. Показатель употребления фруктов девочками из семей с более высоким достатком в Армении, Турции и Украине более чем на 20% превышает показатель для их сверстниц из семей с низким достатком. Молодые люди из семей с высоким достатком, по их словам, легче общаются с матерью и отцом, имеют большую степень поддержки со стороны одноклассников и больше близких друзей. Кроме того, при более высоком достатке существует тенденция к меньшей распространенности малоподвижного образа жизни (меньше времени проводят перед экраном телевизоров).

Достаток семьи и рискованные формы поведения: богатые рискуют больше?

Картина в отношении рискованных форм поведения сложнее, здесь часто не усматривается связи с достатком семьи. Тем не менее, в ряде стран, таких как Исландия и Ирландия, прослеживается связь между более высокими уровнями употребления алкоголя каждую неделю и высоким достатком семьи, при этом в Исландии показатель для мальчиков на 25% выше.

Аналогичным образом, в Исландии, Норвегии (только среди мальчиков) и в Соединенных Штатах Америки более весомая часть молодых людей, недавно пользовавшихся коноплей, из семей с высоким достатком. Различие в распространенности между группами из семей с высоким и низким достатком в Исландии превышает 50% , а в Норвегии – 20%.

В большинстве стран и областей среди мальчиков и девочек из семей с низким достатком наблюдается значимо более высокая распространенность табакокурения каждую неделю, между тем в Румынии, наоборот, каждую неделю курят на 11% больше мальчиков из семей с высокими достатком.

Неравенства между странами и регионами

Отчет обнаруживает неравенства между странами. Например, показатели избыточной массы тела и ожирения у девочек варьируются от 30% в Соединенных Штатах Америки до лишь 5% в Швейцарии. Показатели табакокурения, будучи достаточно сходными в 11-летнем возрасте (менее 1%), к 15 годам резко различаются по странам. Если в Австрии и Литве доля курящих 15-летних мальчиков и девочек превышает 25%, то в Норвегии и Португалии она составляет 10%, что позволяет предположить, что изменив контекст социальной среды, можно улучшить здоровье подростков.

Социальная среда создает возможности по улучшению здоровья подростков

Показатели здоровья дифференцируются не только по возрасту, гендерной принадлежности и социально-экономическому статусу (СЭС), но также и в зависимости от социальной среды, в которой растут молодые люди. Семья, сверстники и школа могут обеспечить благоприятную среду для здорового развития, в которой у подростков могут формироваться и укрепляться защитные факторы, повышающие вероятность того, что они будут способны справляться с неблагоприятными ситуациями даже в условиях не столь высокого достатка. Подростки, которые в прошлых исследованиях HBSC сообщали о том, что им легко общаться с родителями, с большей вероятностью также сообщают о целом ряде позитивных характеристиках здоровья, таких как более высокая самооценка здоровья, более высокий уровень удовлетворенности жизнью, они высказывают также меньше жалоб физического и психофизиологического характера.

Важнейшее значение для подростков имеют дружеские отношения, которые помогают им в формировании личности, развитии социальных навыков и повышении самоуважения и самостоятельности. Подростки, воспринимающие свою школу как благоприятную среду, скорее приобщаются к позитивным, здоровым формам поведения и имеют более высокие результаты в отношении здоровья, в числе которых высокая субъективная оценка здоровья, высокие уровни удовлетворенности жизнью, меньше жалоб на здоровье и низкая распространенность курения.

Выводы

Связанные с возрастом, гендерным фактором и СЭС систематические различия в состоянии здоровья, последствиях поведения в отношении здоровья, а также переживаемом опыте в

различных условиях жизни приводят к неравенствам в отношении здоровья, что требует осуществления международных и национальных мер политики и действий. Они должны быть направлены на детерминанты наблюдаемых неравенств в отношении здоровья в детском и подростковом возрасте, с тем чтобы подростки имели возможность максимально реализовать свой потенциал здоровья и благополучия в настоящем и будущем, и с тем чтобы возникшие неравенства не распространялись на взрослую жизнь и не оказывали негативного влияния на жизнь человека и развитие общества.

Программам укрепления здоровья следует учитывать возрастные, гендерные и социально-экономические различия в путях развития подростков, им следует также направлять свои усилия на обеспечение равных возможностей для всех. Необходимо ориентироваться не только на показатели здоровья и последствия поведения в отношении здоровья, но также и на социальный контекст, в котором живут подростки. Такие широкомасштабные действия помогут предупредить и сократить неравенства в отношении здоровья и стимулировать непрерывное позитивное развитие подростков вне зависимости от них.

Необходимо продолжать развитие доказательной базы данных по возрастным, гендерным и социально-экономическим неравенствам в отношении здоровья и благополучия в целях повышения эффективности действий и мер политики, направленных на укрепление здоровья. Уникальные данные исследования HBSC предоставляют надежный ресурс для такой работы.

Специалистам, работающим в сфере защиты здоровья подростков, следует не только обращать свое внимание на решение непосредственно проблем, связанных с здоровьем, но им следует также рассмотреть вопрос о том, каким образом социальная среда способствует развитию поведения, направленного на укрепление здоровья. «Ресурсная модель» предоставляет систематический подход к определению набора ключевых ресурсов для здоровья и наиболее эффективных подходов к укреплению здоровья и развития.

Международный отчет по материалам обследования HBSC 2009–2010 гг.

Отчет представляет результаты обследования HBSC 2009–2010 гг., основное внимание которого сосредоточено на демографических и социальных детерминантах здоровья подростков. Он обеспечивает прочную доказательную базу в поддержку национальных и международных усилий, направленных на упрочение инициатив, оказывающих воздействие на здоровье и благополучие подростков.

Currie C et al., eds. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6) <http://www.euro.who.int/HBSC>, accessed 2 May 2012).

(Currie C et al., eds. *Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по материалам обследования 2009/2010 гг.*). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. [Политика здравоохранения для детей и подростков, № 6] <http://www.euro.who.int/HBSC>, по состоянию на 2 мая 2012 г.).

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.